



Zicht op depressie: *de aandoening, preventie en zorg*

Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg



Colofon

Opdrachtgever en financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Regievoering

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Projectleiding

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Eindredactie

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Marja van Bon-Martens, Trimbos-instituut

Mede-auteurs

Ron de Graaf, Trimbos-instituut

Margreet ten Have, Trimbos-instituut

Agnes van der Poel, Trimbos-instituut

Derek de Beurs, NIVEL

Mark Nielen, NIVEL

Peter Verhaak, NIVEL

Laura Voorrips, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

Met medewerking van:

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

RIVM

Stichting Benchmark GGZ (SBG)

Vektis

Zorginstituut Nederland (ZIN)

© **Trimbos-instituut, 2017**

Tekst uit deze publicatie mag worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding.

Contact:

Jasper Nuijen: jnuijen@trimbos.nl

Inhoudsopgave

Publiekssamenvatting	5
Synopsis	7
Leeswijzer	9
Kerngegevens uitgelicht	11
Kernbevindingen en conclusies	21
Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg	39
Algemene inleiding	41
Deel A Depressie: epidemiologie	45
1. Inleiding	47
2. Vóórkomen	50
3. Risicofactoren	55
4. Comorbiditeit	59
5. Beloop	61
6. Gevolgen	65
7. Lacunes in epidemiologische gegevens	69
Deel B Depressie: preventie en Zorg	71
1. Inleiding	73
2. Publieke gezondheidszorg en sociaal domein	80
3. Huisartsenzorg	91
4. Generalistische basis-GGZ	102
5. Specialistische GGZ	112
6. Verstrekkingen van antidepressiva	130
7. Kosten van depressiezorg	137
8. Lacunes in landelijke gegevens over preventie en zorg	142
Referenties	145
Referenties Deel A	147
Referenties Deel B	151
Bijlagen	155
Bijlage 1 <i>Maandprevalentie angst- of depressieve klachten onder volwassenen van 19 jaar of ouder, naar GGD-regio en ernst</i>	157
Bijlage 2 <i>Risicofactoren voor het ontwikkelen of in stand houden van een depressieve stoornis</i>	159
Bijlage 3 <i>Hoogrisicogroepen: prevalentiegegevens</i>	161
Begeleidingscommissies	165

Publiekssamenvatting

Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg

Jaarlijks hebben in Nederland ruim een half miljoen volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar een depressieve stoornis (kortweg: depressie). De impact van depressie is groot: voor de persoon zelf, voor de naaste omgeving en voor de maatschappij. De kosten van verzuim door depressie worden geschat op ongeveer 1,8 miljard euro op jaarbasis; de kosten van depressiezorg op circa 1,6 miljard euro.

Dit blijkt uit een overzicht van de beschikbare cijfers over depressie. Er is veel kennis over deze aandoening, maar tegelijkertijd ontbreekt belangrijke informatie. Om een depressie te kunnen voorkómen, is het bijvoorbeeld belangrijk om meer te weten over factoren die het ontstaan van een depressie voorspellen. Dat geldt ook voor factoren die voorspellen of een depressie langdurig aanhoudt, of terugkeert na een periode van herstel.

Dit overzicht brengt ook in beeld welke preventieve maatregelen en zorg bij depressie worden geboden door partijen in de 'keten': van preventieve maatregelen in gemeenten tot en met specialistische geestelijke gezondheidszorg specialistische (GGZ). De beschikbare informatie hierover uit landelijke registraties blijkt versnipperd te zijn. Van sommige ketenpartijen, zoals huisartsenzorg en specialistische GGZ, is verhoudingsgewijs veel bekend over de omvang en de aard van de geboden depressiepreventie of -zorg. Van andere domeinen is juist weinig landelijke informatie beschikbaar, zoals publieke gezondheidszorg, sociaal domein en jeugd-ggz. Hierdoor is het lastig om zicht te krijgen op de kwaliteit van de keten van depressiezorg in Nederland en hoe deze valt te verbeteren. Het is onder andere nodig om informatie uit de verschillende registraties te koppelen en de ontbrekende gegevens op te vullen.

De rapportage is geschreven in opdracht van het ministerie van VWS en maakt deel uit van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Ze is het product van samenwerking tussen het Trimbos-instituut en andere kennisorganisaties, onder regie van het RIVM.

Trefwoorden: depressie, preventie, prevalentie, risicofactoren, beloop, gevolgen, publieke gezondheidszorg, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg, antidepressiva

Synopsis

A clear view of depression: the disorder, prevention and care

Each year, more than half a million adults between 18 and 64 years of age in the Netherlands face a depressive disorder (in short: depression). Depression has a significant impact: for the individual concerned and people close to him or her, and for society as a whole. The annual costs of absence from work and lower work productivity due to depression are estimated to be around 1.8 billion euros, and the costs of treating depression around 1.6 billion euros, as shown in an overview of available figures on depression. Although much is known about this disorder, important information is missing. In order to prevent depression, it is, for example, important to know more about factors that predict the development of depression. This also applies to factors that predict how long depression will last, or whether it is likely to return after a period of recovery.

This overview also identifies which preventive measures and care for depression are offered by parties in the 'chain': from preventive measures in municipalities to specialized mental health care. The available information on this from national registers is fragmented. For some chain partners, such as general practice and specialized mental health care, relatively much is known about the scope and nature of the depression prevention or care offered. However, little information is available for other domains, such as public health care and youth mental health care. This makes it difficult to gain a clear understanding of the quality of the chain of depression care in the Netherlands and how it can be improved. Among other things, information from the various registers needs to be linked and the missing data completed.

The report has been written on the instructions of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport. It is part of the State of Public Health and Health Services project. It is the result of cooperation between the Trimbos Institute of Mental Health and Addiction and other knowledge organisations, coordinated by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).

Keywords: depression, prevention, prevalence, risk factors, course, consequences, public health care, general practice, mental health care, antidepressants

Leeswijzer

Dit themarapport geeft een zo actueel mogelijk overzicht van beschikbare landelijke kerncijfers over depressie op het gebied van epidemiologie (deel A) en preventie en zorg (deel B). Op basis van het ontstane beeld worden belangrijke gegevenskategorien onderscheiden die een belemmering vormen voor het goed kunnen monitoren en evalueren van (preventieve) depressiezorg in Nederland, en het beleid daaromtrent, en worden suggesties gedaan voor het opvullen van deze ‘witte vlekken’. Deze rapportage is opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS en maakt deel uit van de Staat van Volksgezondheid en Zorg.

Het rapport begint met twee samenvattende onderdelen. In het onderdeel **Kerngegevens uitgelicht** worden de belangrijkste kerncijfers in figuurvorm weergegeven. Het onderdeel **Kernbevindingen en conclusies** is een uitgebreide samenvatting van het rapport. Het lezen van dit onderdeel volstaat voor een lezer om de belangrijkste informatie in het rapport tot zich te nemen.

Daarna volgt het eigenlijke rapport. Na een algemene inleiding, wordt in **Deel A** ingegaan op de epidemiologie van depressieve stoornis in Nederland. In achtereenvolgende hoofdstukken worden epidemiologische kerngegevens uit Nederlands onderzoek onder de algemene bevolking gepresenteerd over het vóórkomen, de risicofactoren, de comorbiditeit, het beloop en de gevolgen van depressieve stoornis. In het afsluitende hoofdstuk worden belangrijke lacunes in epidemiologische kerngegevens samengevat.

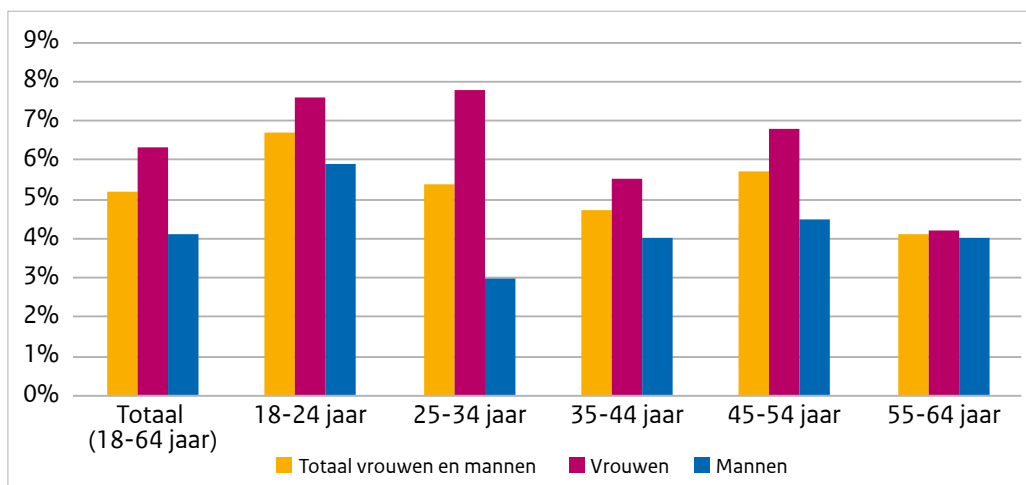
Vervolgens wordt in **Deel B** gefocust op het continuüm van depressiezorg: van het voorveld (publieke gezondheidszorg en sociaal domein) tot de keten van de geestelijke gezondheidszorg (ggz-keten: huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ). In aparte hoofdstukken wordt voor elk van deze domeinen ingegaan op de rol die een domein heeft in (preventieve) depressiezorg, en worden – voor zover beschikbaar – landelijke cijfers gepresenteerd over de omvang en aard van depressiezorg die in een domein wordt geboden. Aanvullend worden in aparte hoofdstukken cijfers gepresenteerd over verstrekkingen van antidepressiva en kosten van depressiezorg. Elk hoofdstuk begint met een samenvatting. In het afsluitende hoofdstuk worden belangrijke gegevenslacunes op een rij gezet.

In zowel Deel A als Deel B is elk hoofdstuk opzichzelfstaand te lezen.

Kerngegevens uitgelicht

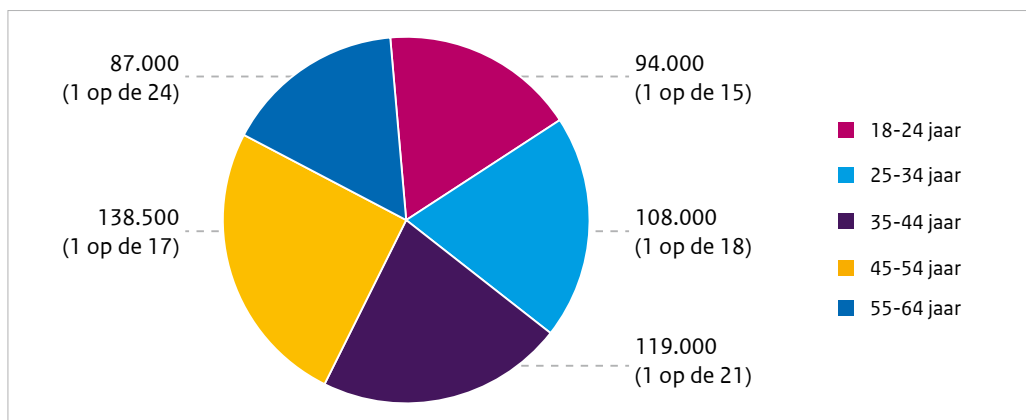
Jaarlijks heeft ruim 1 op de 20 (5,2%) volwassen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar een depressieve stoornis. Dit komt neer op bijna 550.000 volwassenen.

Het percentage volwassenen (18-64 jaar) met een depressieve stoornis in het afgelopen jaar, naar leeftijd en geslacht.



Bron: NEMESIS-2

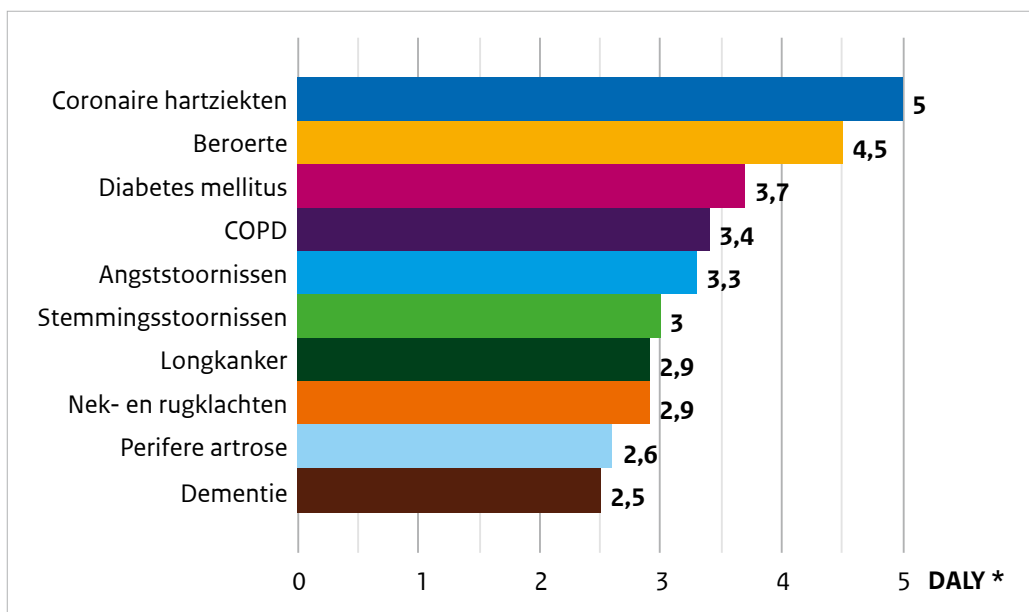
Het aantal volwassenen (18-64 jaar) met een depressieve stoornis in het afgelopen jaar, naar leeftijd.



Bron: NEMESIS-2

Stemmingsstoornissen, waarvan depressieve stoornis veruit het grootste deel vormt, staan op de zesde plek in de ranglijst van aandoeningen die het meeste gezondheidsverlies (ziektelast) veroorzaken in Nederland.

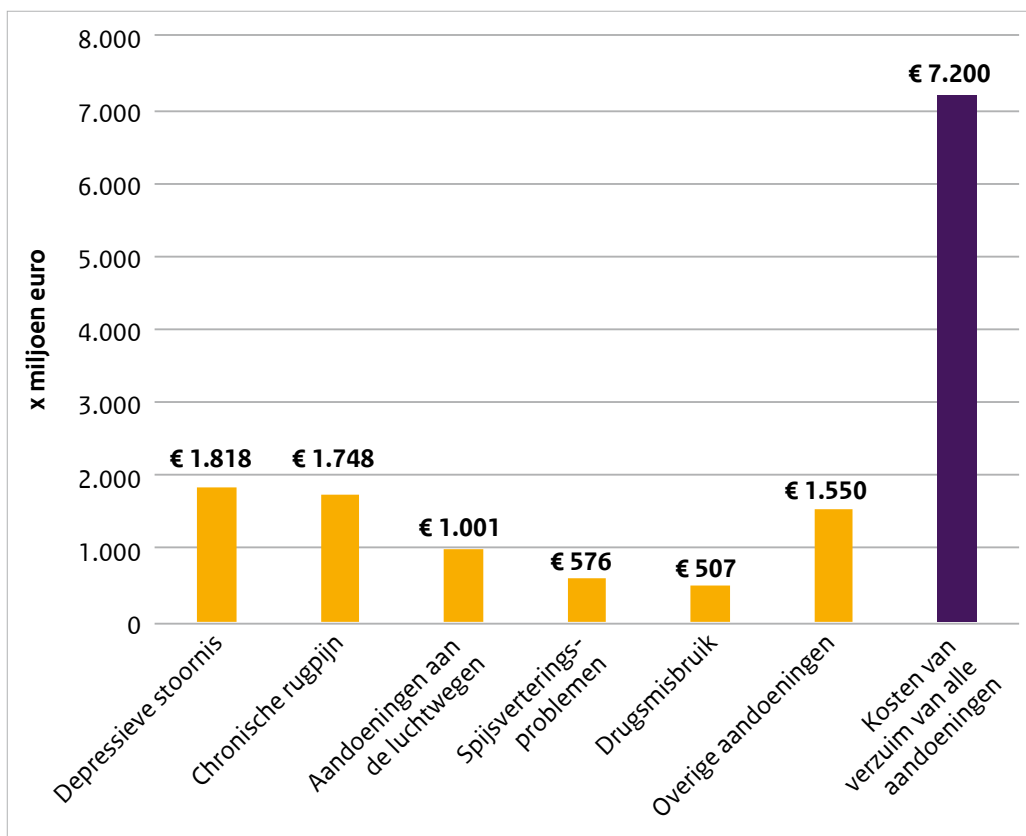
Aandoeningen met de meeste ziektelast in Nederland in 2015.



* De DALY (Disability Adjusted Life Years) kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. De gepresenteerde waarden zijn de percentages van de totale ziektelast geschat voor alle ziekten in Nederland in 2015.
Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018

Depressieve stoornis staat bovenaan in de ranglijst van aandoeningen met de hoogste verzuimkosten. Op jaarbasis worden de kosten van verzuim door depressieve stoornis geschat op ongeveer € 1,8 miljard.

Aandoeningen met de hoogste jaarlijkse verzuimkosten* voor de samenleving.

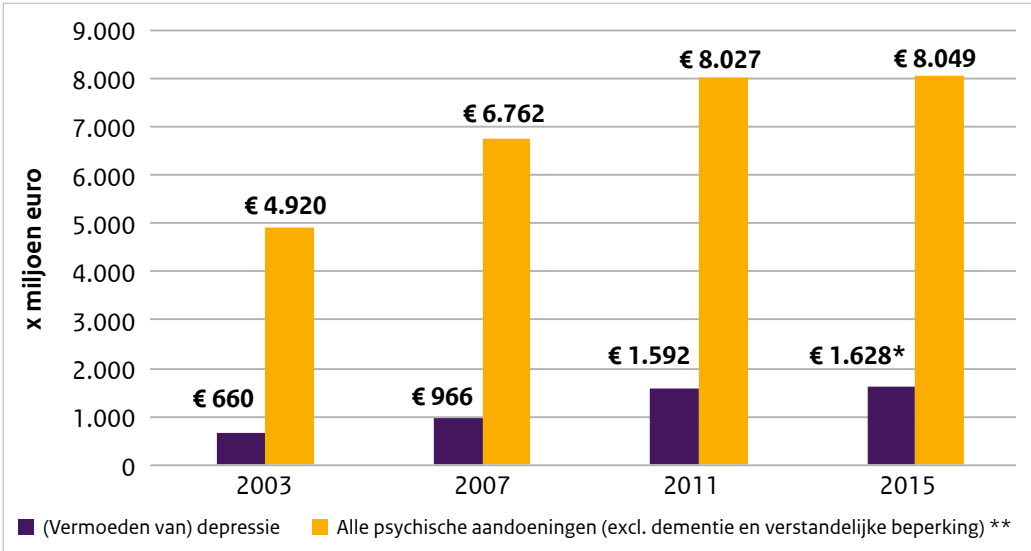


* Het gaat om afwezigheid van het werk en/of verminderd functioneren tijdens het werk.

Bron: NEMESIS-2

De totale uitgaven aan depressiezorg worden geschat op ongeveer € 1,6 miljard.

Kosten van de zorg voor depressie en voor alle psychische aandoeningen tezamen (exclusief dementie en verstandelijke beperking).



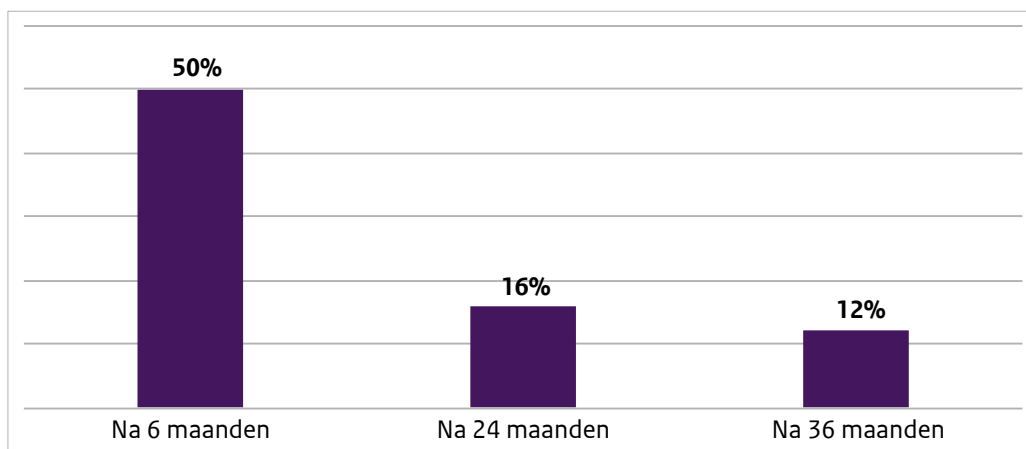
* Voorlopig cijfer.

** Dit is niet hetzelfde als uitgaven aan aanbieders van ggz (die bedroegen bijvoorbeeld € 6.543 in 2015). Het gaat hier namelijk óók om uitgaven aan niet-ggz aanbieders in het kader van zorg voor psychische problemen (bijvoorbeeld in de thuiszorg of huisartsenzorg) evenals uitgaven voor voorgeschreven geneesmiddelen.

Bron: Kosten van Ziektenstudie

De duur van een depressieve stoornis varieert sterk per persoon.

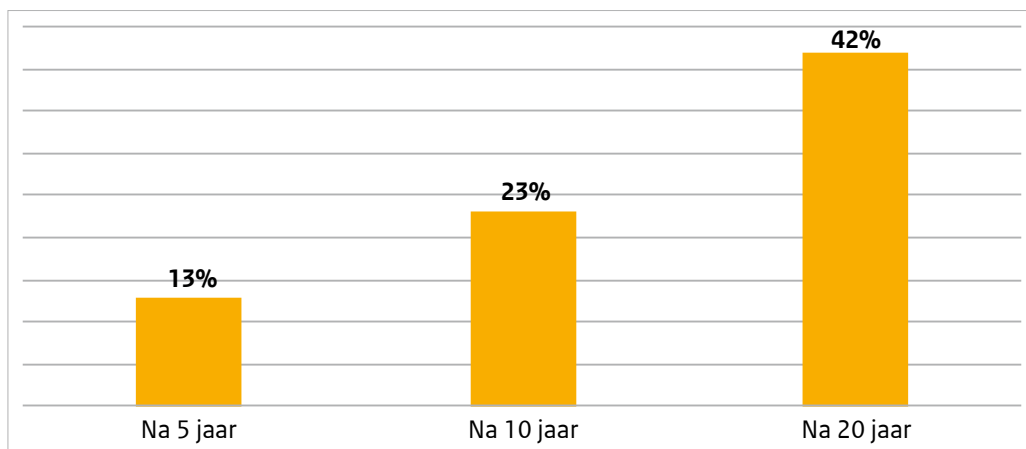
Het percentage volwassenen met een nieuwe depressieve stoornis dat hiervan nog niet is hersteld.



Bron: NEMESIS-2

Een depressieve stoornis keert vaak terug.

Het percentage volwassenen bij wie een depressieve stoornis terugkeert na herstel.



Bron: NEMESIS-1

Het is de ambitie van veldpartijen en van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om het aantal mensen met een depressieve stoornis fors omlaag te brengen. Er is een Meerjarenprogramma Depressiepreventie opgesteld om tot een gerichte aanpak voor depressiepreventie te komen bij zes hoogrisicogroepen: jongeren, jonge vrouwen, werknemers in stressvolle beroepen, huisartspatiënten met signalen van (beginnende) depressie, chronisch zieken en (overbelaste) mantelzorgers.



Van de jongeren in de leeftijd van 13-17 jaar heeft 3,6% in de afgelopen zes maanden* een depressieve stoornis gehad.

* Dit percentage mag niet worden verdubbeld om een jaarlijks percentage te schatten.

Bron: Verhulst et al., 1997



Jaarlijks heeft 6,7% van de jongvolwassenen in de leeftijd van 18-24 jaar een depressieve stoornis.

Bron: NEMESIS-2



Jaarlijks heeft 7,6% van de vrouwen in de leeftijd van 18-24 jaar een depressieve stoornis; en 7,8% van de vrouwen in de leeftijd van 25-34 jaar.

Bron: NEMESIS-2



Jaarlijks heeft 4,2% van de werkenden* in de leeftijd van 18-64 jaar een depressieve stoornis.

* Personen die minstens 12 uur per week werken.

Bron: NEMESIS-2

In 2015 had 4,1% van de huisartspatiënten een diagnose depressieve klachten of een depressieve stoornis.

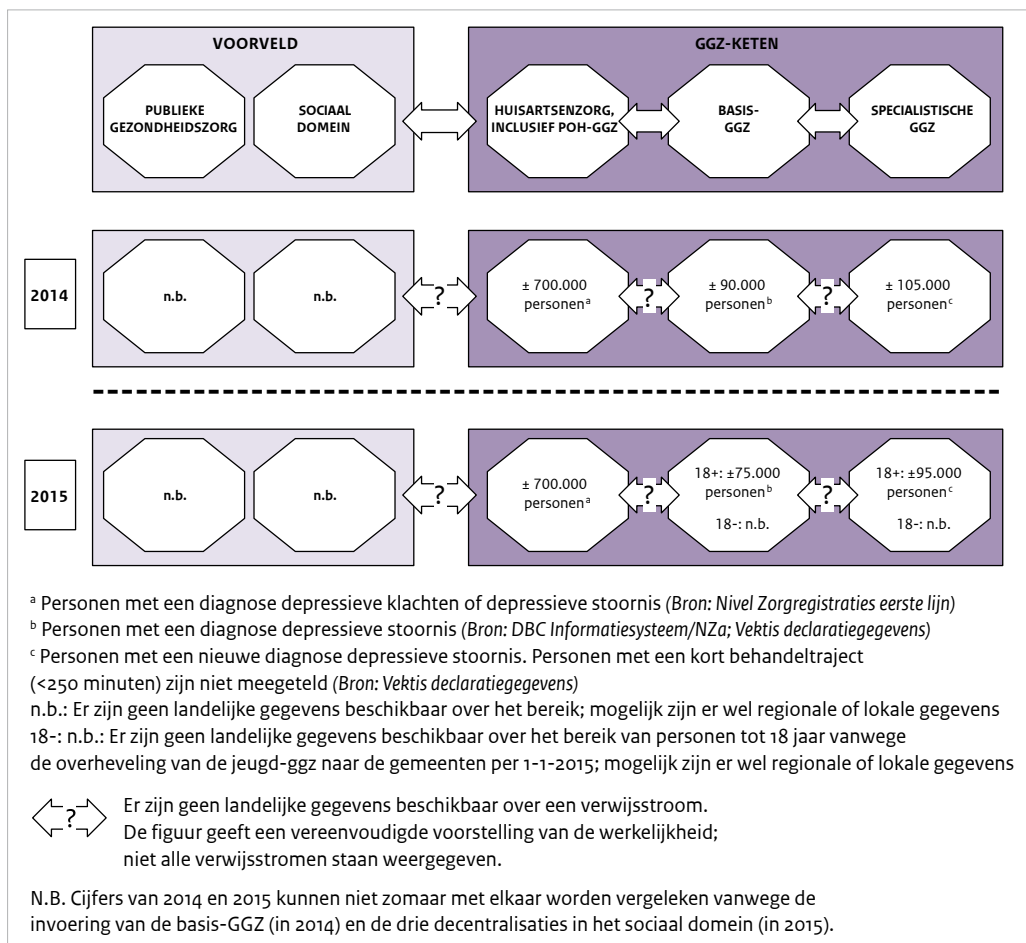
Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn



Jaarlijks heeft 7,1% van de chronisch lichamelijk zieken in de leeftijd van 18-64 jaar een depressieve stoornis; en 4,6% van de mantelzorgers in de leeftijd van 18-64 jaar.

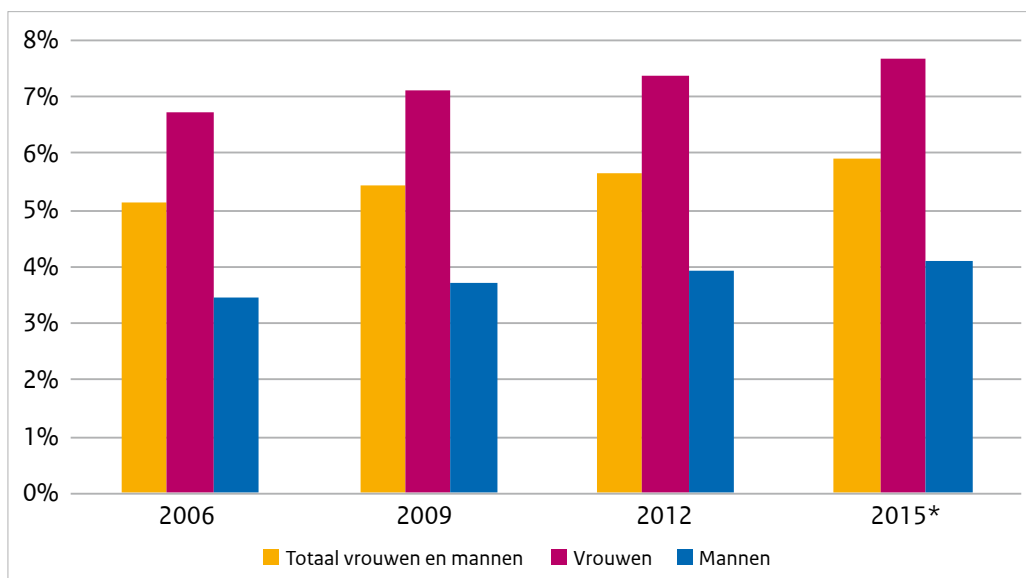
Bron: NEMESIS-2

De keten van depressiezorg: over het bereik van het voorveld (publieke gezondheidszorg en sociaal domein) en over de doorstroom in de keten ontbreken landelijke gegevens. Sinds 2015, toen de jeugd-ggz naar de gemeenten is overgeheveld, ontbreken bovendien landelijke gegevens over het bereik van depressiezorg voor jongeren tot 18 jaar.



In 2015 werd aan 5,9% van de Nederlanders een antidepressivum verstrekt, wat neerkomt op ruim 1 miljoen personen. De reden van verstrekking is onbekend; een deel van antidepressiva zal vanwege een andere reden als een depressieve stoornis zijn verstrekt, zoals een angststoornis of chronische pijn.

Het percentage personen dat een antidepressivum kreeg verstrekt.



* Voorlopige cijfers.

Bron: Zorginstituut Nederland/CBS

Kernbevindingen en conclusies

1. Doel en opzet

Hoewel er veel gegevens beschikbaar zijn over depressie en depressiezorg, is deze informatie tegelijkertijd zeer gefragmenteerd en afkomstig uit een veelheid aan bronnen. In dit themarapport is deze informatie bij elkaar gebracht om een zo actueel mogelijk overzicht te bieden van beschikbare landelijke kerncijfers over depressie op het gebied van epidemiologie (deel A) en preventie en zorg (deel B). In beide delen worden op basis van het ontstane beeld relevante gegevenskluizen onderscheiden die een belemmering vormen voor het goed kunnen monitoren en evalueren van (preventieve) depressiezorg, en het beleid daaromtrent, en worden suggesties gedaan voor het opvullen van deze 'witte vlekken'.

2. Epidemiologie (deel A): kerngegevens en lacunes

Het eerste deel van deze rapportage focust op de epidemiologie van depressieve stoornis in Nederland op basis van beschikbare cijfers uit representatief onderzoek in de algemene bevolking.¹

2.1 Epidemiologische kerngegevens

Depressieve stoornis komt veel voor

Depressieve stoornis volgens DSM-criteria² is een veelvoorkomende aandoening. Bijna één op de vijf (18,7%) volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar krijgt er ooit in zijn of haar leven mee te maken; en jaarlijks ruim één op de twintig (5,2%) volwassenen. In aantallen uitgedrukt hebben op jaarbasis naar schatting 546.500 Nederlanders tussen de 18-64 jaar een depressieve stoornis. Depressieve stoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (jaarprevalentie: 6,3% versus 4,1%). Zowel bij vrouwen als mannen is het de op één na meest voorkomende psychische aandoening in een afgelopen jaar. Alleen een specifieke fobie (bij vrouwen) en alcoholmisbruik (bij mannen) komt nog vaker voor. Per jaar krijgt 1,6% van de volwassenen zonder een depressieve stoornis in het verleden voor het eerst in het leven een depressieve stoornis. Het gaat dan om 135.600 mensen per jaar.

Er zijn in Nederland geen landelijk representatieve cijfers beschikbaar over het vóórkomen van depressieve stoornis onder jongeren tot 18 jaar en ouderen van 65 jaar en ouder.

Diverse risicofactoren

Uit onderzoek in de algemene bevolking komt een breed scala aan kenmerken naar voren die samenhangen met een verhoogd risico op een depressieve stoornis.³ Dit is belangrijke informatie voor het inrichten en vormgeven van preventie-activiteiten. De belangrijkste demografische risicogroepen zijn: vrouwen, alleenstaanden, alleenstaande ouders, werklozen, arbeidsongeschikten, lager opgeleiden en mensen met een laag inkomen. Daarnaast zijn er diverse andere risicofactoren, waaronder kindertraumata (verwaarlozing of mishandeling in de jeugd), psychopathologie bij ouders of andere eerstegraads familieleden, stressvolle levensgebeurtenissen, voorgaande psychopathologie, een kwetsbare persoonlijkheid (zoals het hebben van een lage zelfwaardering), ongezonde leefstijl (zoals roken, drinken, weinig

¹ Voor wat betreft volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar zijn de gegevens veelal afkomstig uit het NEMESIS-onderzoek (*Netherlands mental health survey and incidence study*).

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

³ Een risicofactor hoeft niet per se een oorzakelijk verband te betekenen, maar kan ook indirect, via andere kenmerken, samenhangen met een depressieve stoornis.

bewegen en ongezond eten) en ongunstige werkomstandigheden. Dikwijls komen meerdere risicofactoren voor depressieve stoornis tegelijkertijd voor bij dezelfde persoon. Daarnaast verschillen de risicofactoren voor een deel per levensfase (jeugd, volwassenheid en ouderdom). Er zijn ook enkele kenmerken die juist een beschermend effect lijken te hebben, zoals het aanhangen van een religie en ‘floreren’ (de ervaring gelukkig te zijn én een betekenisvol leven te leiden).

Mede op basis van deze bevindingen (en op basis van internationaal onderzoek) richt het Meerjarenprogramma Depressiepreventie zich op een zestal goed identificeerbare hoogrisicogroepen: jongeren (onder wie kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen), jonge vrouwen (onder wie pas bevallen vrouwen), werknemers (in stressvolle beroepen), huisartspatiënten met signalen van beginnende depressie, chronisch zieken en (overbelaste) mantelzorgers.⁴ De bevindingen uit het onderzoek in de algemene bevolking wijzen nog op twee aanvullende – deels overlappende – doelgroepen voor depressiepreventie: personen met een lage sociaaleconomische status (lage opleiding, laag inkomen, geen werk hebben), en personen die een recente stressvolle levensgebeurtenis hebben meegemaakt (zoals overlijden of scheiding van de partner, werkloos worden, en het meemaken van aanzienlijk inkomensverlies).

Comorbiditeit komt vaak voor

Comorbiditeit met een andere psychische aandoening is bij depressieve stoornis eerder regel dan uitzondering. Het gaat dan meestal om een bijkomende angststoornis, en minder vaak om een bijkomende middenstoornis. Van de volwassenen met een depressieve stoornis in het afgelopen jaar, had bijna de helft (48%) ook een angststoornis en 15% ook een middenstoornis in hetzelfde jaar. Lichamelijke ziekte en een depressieve stoornis komen ook dikwijls gelijktijdig voor. Zo had circa 7% van de volwassenen met een chronische lichamelijke aandoening een depressieve stoornis in het afgelopen jaar. Een depressieve stoornis die samengaat met een andere psychische aandoening of een lichamelijke aandoening is over het algemeen ernstiger en heeft een minder gunstig beloop. Daarom is het van belang dat er in de depressiezorg aandacht is voor de eventuele aanwezigheid van andere psychische aandoeningen of bijkomende (chronische) lichamelijke aandoeningen naast de depressieve stoornis. Omgekeerd dient er in ‘niet-ggz’-zorgsectoren aandacht te zijn voor de mogelijke aanwezigheid van een bijkomende depressieve stoornis naast de lichamelijke problematiek.

Verschillen in beloop

De duur van een depressieve stoornis kan sterk verschillen per persoon. Van de volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar die een depressieve stoornis ontwikkelen knapt ongeveer de helft binnen zes maanden op. Echter, 16% is binnen twee jaar nog steeds niet hersteld; bij hen is

⁴ Bijlage 3 geeft een indruk (geen volledig overzicht) van de prevalentie van depressieve klachten of depressieve stoornis in de hoogrisicogroepen op basis van Nederlandse of buitenlandse bronnen.

sprake van een chronische depressieve stoornis.⁵ Naarmate iemands lichamelijk en psychisch functioneren voorafgaand aan een depressieve stoornis beter is, duurt een depressieve episode korter. Als er bij iemand ten tijde van een depressieve stoornis sprake is van suïcidegedachten, een bijkomende dysthymie⁶ of angststoornis, medicatiegebruik of hulp vanuit de ggz, duurt een depressieve episode langer. Het gebruik van medicatie en het ontvangen van ggz moeten overigens eerder worden gezien als gevolgen van een langere duur dan als voorspeller ervan.

Bij mensen die van een depressieve stoornis zijn opgeknapt is de kans op terugval (een recidief) groot: binnen vijf jaar na herstel heeft 13% opnieuw een depressieve stoornis. Binnen 10 jaar is het percentage personen met een terugval toegenomen naar 23%, en na 20 jaar zelfs naar 42%. Diverse klinische factoren voorspellen het sneller terugkeren van een depressieve stoornis: een vroege leeftijd bij het ontstaan van de eerste depressieve episode, een hoger aantal eerder doorgemaakte depressieve episodens, en een ernstigere laatste depressieve episode. Daarnaast spelen een jonge leeftijd (18-30 jaar), traumatische jeugdervaringen, aanhoudende problemen voorafgaand aan de terugval, en emotionele instabiliteit (ook wel neuroticisme genoemd) een rol.

De hierboven beschreven cijfers hebben betrekking op de algemene volwassen bevolking, waarvan een deel wel, en een deel geen zorg ontvangt. Onderzoek bij 'klinische' populaties (bijvoorbeeld patiënten in de huisartsenpraktijk of ggz) laat een ongunstiger beloop van depressieve stoornis zien dan in de algemene populatie.⁷

Aanzienlijke individuele en maatschappelijke gevolgen

De gevolgen van een depressieve stoornis kunnen ernstig zijn voor een individu. De aandoening veroorzaakt beperkingen op belangrijke terreinen in iemands leven, zoals op het werk of in het sociale leven. Het hebben doorgemaakt van een depressieve stoornis verhoogt het risico om later in het leven suïcidegedachten te krijgen en suïcidepogingen te ondernemen. Mensen met een depressieve stoornis hebben een grotere kans om eerder te overlijden dan mensen zonder depressieve stoornis. Waarschijnlijk spelen verschillende factoren hierbij een rol, zoals het verband tussen depressieve stoornis en een verhoogd risico op suïcide, ongezonde leefstijl-gewoontes en chronische lichamelijke ziekte. Een depressieve stoornis kan ook negatieve gevolgen hebben voor de naaste omgeving.

Mede doordat het een veelvoorkomende aandoening is, zijn de gevolgen van depressieve stoornis voor de samenleving als geheel aanzienlijk. Zo behoort depressieve stoornis tot de psychische en lichamelijke aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken in Nederland (en ook in Europa en wereldwijd). Verder staat depressieve stoornis bovenaan de top vijf van aandoeningen die gepaard gaan met de meeste verzuimdagen van alle werkenden tezamen.

⁵ Dit zijn zeer recente resultaten op basis van NEMESIS-2-gegevens, die een actualisering en uitbreiding vormen van ouder onderzoek op basis van NEMESIS-1-gegevens.

⁶ Een chronische variant van een milde depressieve stoornis (volgens DSM-criteria).

⁷ Bijvoorbeeld de NESDA-studie (*Netherlands Study of Depression and Anxiety*).

Ruim 8% van het aantal verzuimdagen van alle werkenden tezamen wordt verklaard door een depressieve stoornis. De kosten van het totale verzuim door depressieve stoornis, inclusief verminderd functioneren op het werk (ook wel presenteïsme genoemd), worden per miljoen werkenden geschat op ruim € 240 miljoen. Dit komt bij de totale werkende bevolking (7,5 miljoen werkenden) neer op circa € 1,8 miljard. Ook de totale uitgaven aan depressiezorg zijn aanzienlijk: in 2015 werden deze geschat op ruim € 1,6 miljard.

2.2 Lacunes in epidemiologische kerngegevens

Ontbreken van recente gegevens over het vóórkomen van depressieve stoornis bij volwassenen

De meest recente cijfers over het vóórkomen (prevalentie en incidentie) van depressieve stoornis in de algemene volwassen bevolking in Nederland zijn gebaseerd op gegevens verzameld in 2007-2009. Om up-to-date gegevens te verkrijgen over het vóórkomen van depressieve stoornis, andere varianten van depressie en bijkomende (comorbide) psychische of lichamelijke aandoeningen, is het verzamelen van nieuwe cijfers door middel van een psychiatrisch-epidemiologische studie wenselijk.⁸ Dit is ook van belang om te kunnen monitoren of – zoals wordt nagestreefd door het Meerjarenprogramma Depressiepreventie – het aantal mensen met een depressieve stoornis fors gaat afnemen in het komende decennium.

Ontbreken van gegevens over depressieve stoornis bij jongeren en ouderen

In Nederland ontbreken landelijk representatieve cijfers over het vóórkomen, het beloop en de gevolgen van depressieve stoornis, andere varianten van depressie, en bijkomende aandoeningen bij jongeren tot 18 jaar, zoals bepaald op basis van een uitgebreid diagnostisch instrument en conform DSM-criteria. Beschikbaar onderzoek heeft zich vooral gericht op emotionele problemen of stoornissen zoals bepaald aan de hand van vragenlijsten, en laat grote variaties zien.⁹ In de Staat van Volksgezondheid en Zorg is momenteel voor de jeugd een kerncijfer over *welbevinden* opgenomen. Echter, experts geven aan dat dit cijfer onvoldoende bruikbaar is voor het goed kunnen volgen en verantwoorden van het overheidsbeleid, en dat hiervoor bevolkingscijfers over psychische aandoeningen bij de jeugd nodig zijn.¹⁰ Mede daarom is het wenselijk dat in toekomstig psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek onder de algemene bevolking naar psychische aandoeningen ook de jongere leeftijdsgroep tot 18 jaar wordt meegenomen, of dat een aparte studie onder deze leeftijdsgroep wordt uitgevoerd.

In Nederland ontbreken eveneens landelijk representatieve cijfers over het vóórkomen, het beloop en de gevolgen van depressieve stoornis, andere varianten van depressie en bijkomende aandoeningen bij ouderen van 65 jaar of ouder, zoals bepaald op basis van een uitgebreid klinisch instrument en conform DSM-criteria.

⁸ Overigens zal een nieuwe studie uitgaan van de DSM-5. In deze herziene versie is onder andere de definitie van depressieve stoornis iets gewijzigd ten opzichte van de DSM-IV.

⁹ In het onderzoek werd geen onderscheid gemaakt tussen depressieve klachten en angstklachten. Verder kon o.b.v. de gebruikte vragenlijsten niet worden vastgesteld of er sprake is van een depressieve stoornis of een angststoornis.

¹⁰ Beoordeling kerncijfers Staat van Volksgezondheid en Zorg (2017).

Ontbreken van gegevens over risicofactoren voor een ongunstig beloop van depressieve stoornis

Het beloop van een depressieve stoornis kan sterk variëren tussen personen. Voor het inrichten van de zorg is het daarom van belang om kennis te hebben over de verschillende 'ziekestadia' die een depressieve stoornis kan hebben ('stagering') en de risicofactoren die bijdragen aan een overgang naar een ernstiger fase ('profilering'). Deze kennis is essentieel voor het gerichter kunnen voorkómen van een allereerste depressieve stoornis, een terugkerende (recidiverende) depressieve stoornis en een chronische depressieve stoornis. Hiervoor is meer onderzoek nodig, zowel in de algemene bevolking als in 'klinische' populaties (bijvoorbeeld bij patiënten in de huisartsenpraktijk of ggz). Zo is er uit algemeen bevolkingsonderzoek onder volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar nog niet veel bekend over de risicofactoren die een rol spelen bij de overgang van geen klachten naar depressieve klachten¹¹, en van depressieve klachten naar een 'volledige' depressieve stoornis. Ook de risicofactoren voor een chronisch beloop van een depressieve stoornis in de algemene bevolking zijn nog onvoldoende onderzocht.

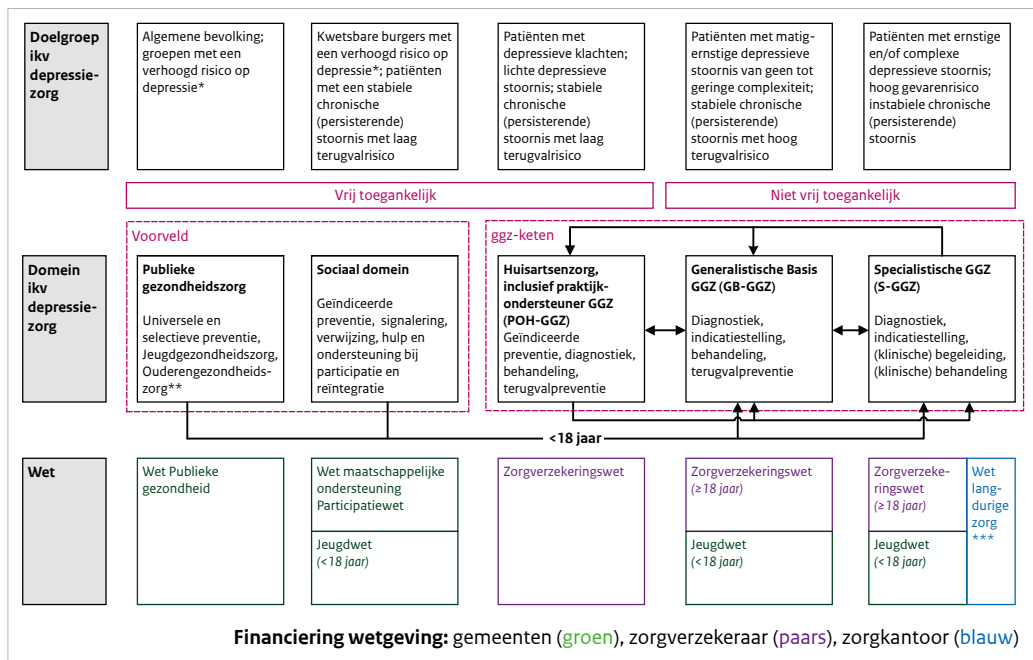
Zowel bij jongeren tot 18 jaar als ouderen vanaf 65 jaar zijn de risicofactoren voor een ongunstig beloop onbekend vanwege het ontbreken van landelijk representatief onderzoek in de bevolking naar het vóórkomen en het beloop van depressieve stoornis in deze leeftijdsgroepen.

¹¹ Waarbij niet voldaan wordt aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis.

3. Preventie en zorg (deel B): kerngegevens en lacunes

Het tweede deel van deze rapportage focust op het continuüm van depressiezorg: van het voorveld (publieke gezondheidszorg en sociaal domein) tot de ggz-keten (huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ) (zie figuur). Op basis van beschikbare gegevens uit landelijke registratiesystemen wordt per domein een beeld geschetst van de feitelijke (preventieve) depressiezorg. Bovendien worden landelijke cijfers gepresenteerd over verstrekkingen van antidepressiva en kosten van depressiezorg.

Het continuüm van depressiezorg in 2017



* depressieve klachten of een depressieve stoornis
 ** niet te verwarren met (geïnstitutionaliseerde) ouderenzorg
 *** bij verblijf > 3 jaar
 Bron: Nuijen en Van Bon (2017). Trimbos-instituut: Utrecht

3.1 Landelijke kerngegevens over preventie en zorg

Publieke gezondheidszorg en sociaal domein

De publieke gezondheidszorg richt zich op het bewaken, beschermen en bevorderen van de volksgezondheid en daarmee op een gezonde samenleving. Voor depressie gaat het vooral om het bevorderen van mentale gezondheid en de preventie en vroegsignalering van depressieve klachten en stoornissen via jeugdgezondheidszorg (JGZ), ouderengezondheidszorg¹² en gezondheidsbeleid. De JGZ versterkt de eigen kracht van kinderen en jongeren en signaleert kinderen en jongeren met een (verhoogd risico op een) depressieve stoornis. De jeugdarts kan indien nodig rechtstreeks naar jeugdhulp verwijzen. Het sociaal domein richt zich op maatschappelijke integratie en participatie van alle inwoners in de verschillende levensdomeinen, zoals zorg, welzijn, arbeid, onderwijs, gezondheidszorg en vrije tijdsbesteding. Kern van de uitvoering in het sociaal domein zijn de sociale (wijk)teams. In het kader van de depressiezorg kunnen sociale (wijk)teams een rol spelen bij het bevorderen van de mentale gezondheid en de preventie en vroegsignalering van depressieve klachten en stoornissen bij kwetsbare burgers. Daarnaast kunnen zij een ondersteunende rol spelen bij herstel, participatie en re-integratie van mensen met (chronische) depressieve stoornissen. Samen met de publieke gezondheidszorg vormt het sociaal domein het voorveld van de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Binnen de publieke gezondheidszorg worden geen landelijk representatieve kwantitatieve gegevens verzameld over de aard en het bereik van preventie-activiteiten gericht op depressieve klachten of stoornissen. Anno 2013 kozen gemeenten in hun nota's volksgezondheidsbeleid vaker het thema psychosociale gezondheid (eenzaamheid/weerbaarheid/mentale fitheid et cetera) (87%) dan het smallere thema depressiepreventie (67%). De sociale (wijk)teams voeren evenmin een landelijk eenduidige registratie over de aard van de problemen waarmee zij worden geconfronteerd of over de hulp die zij bieden aan personen met depressieve klachten of stoornissen. Gemeenten gaven in het najaar van 2015 aan dat onder andere preventief werken/vroegsignalering (38%) en het ondersteunen en faciliteren van collectieve voorzieningen in de wijk (38%) taken zijn die nog onvoldoende door sociale (wijk)teams worden uitgevoerd.

Huisartsenzorg

Wat betreft depressiezorg biedt de huisarts, ondersteund door de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), hulp aan patiënten met depressieve klachten of een lichte depressieve stoornis (al dan niet conform DSM-classificatie).

Landelijk representatieve cijfers van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn laten zien dat het percentage patiënten (willekeurig welke leeftijd) met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis in de huisartsenpraktijk is toegenomen van 3,8% in 2012 naar 4,1% in 2015. Dit komt neer op circa 700.000 patiënten in 2015. Er waren relatief weinig jongeren tot

¹² Niet te verwarren met (geïstitutionaliseerde) ouderenzorg.

18 jaar met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (2015: 0,5%) vergeleken met volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar (2015: 5,1%) en ouderen van 65 jaar of ouder (2015: 4,9%). Bijna tweemaal zoveel vrouwen (2015: 5,4%) als mannen (2015: 2,9%) hadden deze diagnoses. Het gaat hier om huisartsdiagnoses zoals geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier volgens het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem (ICPC-1).¹³

Ook het aantal contacten in de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis nam toe: van 69 per 1.000 ingeschreven huisartspatiënten in 2012 naar 109 in 2015. Dit betekende circa 1,8 miljoen contacten in 2015, waarbij het vooral ging om een langdurend (>20 minuten) huisartsconsult (24%), een kortdurend (≤20 minuten) huisartsconsult (23%), een langdurend POH-GGZ-consult (22%) of een telefonisch huisartscontact (21%).

De POH-GGZ zag in de periode 2012-2015 een steeds groter deel van de patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis, van 7% in 2012 tot 20% in 2015. Dit komt neer op circa 140.000 patiënten in 2015. Ook nam de POH-GGZ een steeds groter deel van alle contacten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis op zich, van 16% in 2012 naar 34% in 2015. Dit betekende ongeveer 620.000 contacten met de POH-GGZ in 2015. De grotere rol van de POH-GGZ hangt samen met een sterke toename tussen 2012 en 2015 van het percentage huisartsenpraktijken waar een POH-GGZ werkzaam is (van 27% naar 87%).

In de jaren 2012 tot en met 2015 schreven huisartsen aan hooguit 10% van de jongere patiënten onder de 18 jaar met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis een antidepressivum voor. Het voorschrijfpercentage van antidepressiva lag aanzienlijk hoger onder volwassen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar met deze diagnoses (50%-58%), en was het hoogst onder oudere patiënten van 65 jaar of ouder met deze diagnoses (61%-70%). Er zijn geen eenduidige veranderingen te zien in het voorschrijfpercentage van antidepressiva of andere psychofarmaca (kalmerings- en slaapmiddelen) in de periode 2012-2015.

Generalistische basis-GGZ

Met de invoering van het nieuwe ggz-stelsel vanaf januari 2014 werd de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) geïntroduceerd; voor die tijd was er sprake van eerstelijns psychologische zorg. Wat betreft depressiezorg is de GB-GGZ bedoeld voor patiënten met een niet al te complexe of risicovolle depressieve stoornis conform DSM-classificatie.¹⁴

In landelijke registratiesystemen blijken beperkt gegevens beschikbaar te zijn over depressiezorg in de GB-GGZ. Enerzijds komt dit doordat de declaratiegegevens (in de vorm van zorgproducten en andere prestaties) in de landelijk dekkende database van Vektis geen diagnose-informatie bevatten. Anderzijds worden de 'rijkere' gegevens in het DBC-Informatiesysteem (DIS), die wel diagnose-informatie bevatten, voornamelijk maar door een beperkt deel

¹³ *International Classification of Primary Care*, versie 1 (ICPC-1).

¹⁴ Het criterium van een DSM geclassificeerde psychische stoornis bestond niet vóór 2014, waardoor de GB-GGZ minder toegankelijk is dan voorheen de eerstelijns psychologische zorg.

van de zorgaanbieders aangeleverd.¹⁵ Dit roept de vraag op hoe representatief deze gegevens zijn. Deze beperking in het achterhoofd houdende en uitgaande van de beschikbare DIS-gegevens, wordt voorzichtig geschat dat er in 2014 voor ruim 90.000 patiënten een zorgproduct of andere prestatie werd geopend met als diagnose depressieve stoornis. Daarbij dient bedacht te worden dat 2014 een overgangsjaar was vanwege de invoering van de GB-GGZ. Voor een deel van deze patiënten zal in 2014 een zogeheten transitieprestatie zijn geopend om een al in 2013 gestarte behandeling in de ‘oude’ eerstelijns psychologische zorg te kunnen voortzetten; voor een ander deel zal een prestatie zijn geopend als vervolg op een reeds in 2013 gestarte behandeling in de ‘oude’ tweedelijns-GGZ. Vanaf 2015 ontbreken gegevens over patiënten tot 18 jaar, vanwege de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten. Enkel uitgaande van volwassenen van 18 jaar of ouder, is een voorzichtige schatting op basis van DIS-gegevens dat in 2015 voor ruim 75.000 unieke patiënten een prestatie met als diagnose depressieve stoornis werd geopend in de GB-GGZ.

De beschikbare, doch incomplete DIS-gegevens laten verder zien dat in 2014 in alle drie de leeftijdsgroepen – jongere patiënten tot 18 jaar, volwassen patiënten tussen 18-64 jaar en oudere patiënten van 65 jaar of ouder – het merendeel vrouw was (respectievelijk 60%, 67% en 66%). Volgens de DIS-gegevens werd behandeling in de jongste patiëntgroep het vaakst ingezet vanwege een gediagnosticeerde eenmalige depressieve episode (44%) of een overige/ niet nader gespecificeerde depressieve stoornis (33%); in de twee oudere patiëntgroepen ging het meestal om een gediagnosticeerde eenmalige of terugkerende (recidiverende) depressieve stoornis (patiënten tussen 18-64 jaar: respectievelijk 52% en 26%; patiënten van 65 jaar of ouder: respectievelijk 50% en 31%).

Tot slot geven de landelijk dekkende declaratiegegevens van Vektis aan dat in 2014 het merendeel (69%) van de totale patiëntpopulatie (willekeurige welke diagnose) in de GB-GGZ-behandeling ontving van een vrijgevestigde zorgverlener. Verder bleek dat in 2015 een ‘zwaardere’ mix van prestaties werd ingezet ten opzichte van 2014: verhoudingsgewijs ging het vaker om de zorgproducten ‘intensief’ en ‘chronisch’ in plaats van de zorgproducten ‘kort’ en ‘middel’. Het is onduidelijk in hoeverre dit beeld ook geldt voor de groep patiënten met een diagnose depressieve stoornis.

Specialistische GGZ

Met de invoering van het nieuwe ggz-stelsel vanaf januari 2014 werd de specialistische GGZ (S-GGZ) geïntroduceerd; voor die tijd was er sprake van tweedelijns-GGZ. Wat betreft depressiezorg is de S-GGZ bedoeld voor mensen met een ernstige, complexe en/of risicovolle depressieve stoornis conform DSM-classificatie.¹⁶

Uit de landelijk dekkende declaratiedatabase van Vektis blijkt dat er in 2014 voor 105.000 patiënten een diagnose-behandelcombinatie (DBC) met als hoofddiagnose depressie

¹⁵ De dekkingsgraad was 36% in 2015.

¹⁶ Het criterium van ernstige, complexe en/of risicovolle psychische stoornis bestond niet vóór 2014, waardoor de S-GGZ minder toegankelijk is dan voorheen de ‘oude’ tweedelijns-GGZ.

(kortweg: DBC depressieve stoornis) werd geopend in de S-GGZ. Dit is overigens niet het totaal aantal patiënten dat in 2014 in de S-GGZ in zorg was vanwege een depressieve stoornis. Zo zijn patiënten met een kortdurende DBC depressieve stoornis niet meegeteld,¹⁷ evenmin als patiënten met een DBC depressieve stoornis die reeds in 2013 werd geopend en nog doorliep in 2014. Als deze patiënten zouden worden meegeteld, stijgt het aantal patiënten dat in 2014 in de S-GGZ werd behandeld voor een depressieve stoornis waarschijnlijk aanzienlijk.¹⁸ Vanaf 2015 ontbreken gegevens over jongere patiënten tot 18 jaar, vanwege de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten. Uitgaande van volwassen patiënten van 18 jaar en ouder, daalde het aantal patiënten voor wie een DBC depressieve stoornis werd geopend tussen 2014 en 2015 licht, van bijna 99.000 naar ruim 95.000.

Volgens de declaratiegegevens van Vektis was van de patiënten met een in 2014 geopende DBC depressieve stoornis 6% jonger dan 18 jaar, 82% in de leeftijd van 18-64 jaar, en 12% 65 jaar of ouder. In alle drie de leeftijdsgroepen was het merendeel van de patiënten vrouw (respectievelijk 69%, 62% en 69%). Uit DIS-gegevens verwerkt door het CBS bleek dat in 2013, dus ten tijde van de ‘oude’ tweedelijns-GGZ, een eenmalige of terugkerende (recidiverende) depressieve episode het vaakst werd gesteld als hoofddiagnose bij patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar (respectievelijk 39% en 35%) en bij patiënten van 65 jaar of ouder (respectievelijk 31% en 50%). Jongere patiënten tot 18 jaar hadden het vaakst dysthymie (42%) en een eenmalige depressieve episode (31%) als hoofddiagnose.

Uitgaande van de declaratiegegevens van Vektis ontving in het peiljaar 2014 bijna driekwart (74%) van de patiënten met een DBC depressieve stoornis behandeling vanuit een instelling.¹⁹ Patiënten werden in veruit de meeste gevallen uitsluitend ambulante behandeld; 7% werd tijdens de looptijd van een DBC depressieve stoornis voor ten minste één dag opgenomen met overnachting. Dit verblijfspercentage is waarschijnlijk een overschatting, omdat patiënten met een kortdurende DBC depressieve stoornis – waar verblijf minder vaak onderdeel van zal uitmaken – niet zijn meegeteld. De gemiddelde behandelduur per patiënt met een DBC depressieve stoornis was langer bij opgenomen patiënten (peiljaar 2014: 102 uur) dan bij degenen die uitsluitend ambulante behandeling ontvingen (peiljaar 2014: 30 uur).²⁰ Ook deze gemiddelden zijn waarschijnlijk overschattingen vanwege het niet meenemen van kortdurende DBC's. Ten slotte bleek dat de gemiddelde verblijfsduur per opgenomen patiënt met een DBC depressieve stoornis daalde van 62 dagen in het peiljaar 2012 naar 58 dagen in het peiljaar 2014. Dit hangt waarschijnlijk samen met de capaciteitsdaling in opnamevoorzieningen in deze periode.

¹⁷ Declaraties van kortdurende DBC's (<250 minuten directe tijd) bevatten geen diagnose-informatie.

¹⁸ Een analyse op basis van gegevens uit het DBC-informatiesysteem (DIS) gaf aan dat het in 2013 – dus ten tijde van de ‘oude’ tweedelijns-GGZ – ging om 100.000 extra patiënten met een DBC depressieve stoornis.

¹⁹ Voor een peiljaar werd uitgegaan van de patiënten voor wie in dat peiljaar een DBC depressieve stoornis werd geopend, en voor wie die DBC in hetzelfde of het daaropvolgende jaar werd afgesloten. Het gaat dus niet om volledige zorgtrajecten voor een depressieve stoornis, omdat die voor een deel van de patiënten ook DBC's zullen omvatten die vóór of na het peiljaar werden geopend.

²⁰ Het gaat om de totale geregistreerde patiëntgebonden tijd, inclusief indirecte tijd (tijd die geen betrekking heeft op het uitvoeren van een directe behandelactiviteit).

Gegevens van Stichting Benchmark GGZ (SBG) wijzen erop dat na een in 2015 afgerond zorgtraject vanuit een instelling bijna de helft (45%) van de volwassen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar was hersteld van een depressieve stoornis. Bij ruim een kwart (26%) van patiënten was de ernst van de depressieve klachten substantieel verminderd. Bij de resterende patiënten was er na afloop van de behandeling geen verandering in de ernst van de klachten (20%), of waren de klachten verergerd (5%). Andere SBG-gegevens wijzen erop dat ruim 70% van de volwassen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar hun in 2015 afgeronde zorgtraject vanuit een instelling vanwege een depressieve stoornis beoordeelden met een acht of hoger (op een schaal lopend van 0 tot 10). Minder dan 7% van de patiënten gaf als algemeen oordeel een vijf of lager.

Verstrekingen van antidepressiva

Landelijk dekkende gegevens zoals aangeleverd door verzekeraars aan Zorginstituut Nederland geven aan dat het percentage personen aan wie een antidepressivum werd verstrekt gestaag is toegenomen, van 5,1% in 2006 naar 5,9% in 2015.²¹ Dit komt neer op ruim 1 miljoen mensen in 2015. Een belangrijke beperking van deze gegevens is dat de reden van verstrekking onbekend is, waardoor het onduidelijk is of de antidepressiva werden verstrekt vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis of vanwege een andere reden (bijvoorbeeld een angststoornis). Aldus kunnen op basis van deze gegevens geen conclusies worden getrokken over of en in hoeverre er sprake is van mogelijke ‘overbehandeling’ met antidepressiva in Nederland.

Uit verdere verwerking van de gegevens door het CBS blijkt dat antidepressiva verhoudingsgewijs vaker werden verstrekt aan vrouwen, personen uit oudere leeftijdsgroepen (vanaf 45 jaar), personen uit lagere inkomensgroepen en personen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond. Deze beschrijvende resultaten kunnen (deels) worden verklaard doordat een depressieve stoornis vaker voorkomt bij vrouwen en bij personen met een lager inkomens- of opleidingsniveau. Er bestaat ook enige regionale variatie in het verstrekken van antidepressiva. Hier kunnen regionale verschillen (bijvoorbeeld in bevolkingssamenstelling, sociaaleconomische omstandigheden of de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen) een rol spelen.

Kosten van depressiezorg

Cijfers afkomstig van de Kosten van Ziektenstudie van het RIVM geven aan dat het totaal aan werkelijk gemaakte kosten van zorg bij personen met een (vermoeden van een) depressieve stoornis (al dan niet conform DSM-classificatie) aanzienlijk is. In 2015 bedroegen deze kosten € 1,63 miljard, oftewel 20% van de kosten voor alle psychische aandoeningen tezamen. Ten opzichte van 2011 (€ 1,59 miljard) zijn de kosten van depressiezorg beperkt gestegen.²²

²¹ Verstrekingen van antidepressiva aan opgenomen personen in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn hierbij niet meegenomen.

²² De cijfers over 2015 zijn nog voorlopig omdat uitgegaan is van uitgaven in 2015 op basis van de eerste raming van het CBS en omdat voor de toedeling van kosten naar depressie gebruik is gemaakt van extrapolaties van zorggebruik in eerdere jaren (en niet 2015).

De ggz nam in 2015 veruit het merendeel van de kosten van depressiezorg voor haar rekening (73%), gevolgd door de ouderenzorg (16%). De huisartsenzorg had slechts een klein aandeel in de kosten (1,4%), terwijl in dit echelon aan een omvangrijke groep patiënten met depressieve problematiek hulp werd geboden (circa 700.000 in 2015).

3.2 Lacunes in landelijke kerngegevens over preventie en zorg

De hierboven beschreven kerngegevens – die direct, of via eenvoudige bewerkingen, ontsloten werden – geven een indruk van de beschikbare informatie over depressiezorg in de diverse landelijke registratiesystemen. Tegelijkertijd wijst het verkregen overzicht op belangrijke gegevenshiaten.

Voor diverse domeinen en doelgroepen zijn er geen of weinig landelijke gegevens over depressiezorg

Specifieke informatie over aard en omvang van de (preventieve) depressiezorg in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein ontbreekt nagenoeg: deze gegevens worden niet systematisch verzameld. Het is bekend dat er op lokaal niveau veel gebeurt in bijvoorbeeld het versterken van mentale veerkracht, positieve gezondheid en/of specifieke activiteiten en programma's op het gebied van depressie. Een landelijk overzicht over wat er waar in deze zorgdomeinen op het terrein van (preventieve) depressiezorg gebeurt, welke organisaties daarin een rol spelen, welke doelgroepen worden bereikt en wat hiervan het resultaat is, ontbreekt echter. Het is raadzaam om na te gaan of en, zo ja, welke vorm van monitoring hiervoor wenselijk en haalbaar is.

Door de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten, bevatten de declaratiedatabases van Vektis, het DBC-informatiesysteem (DIS) en de database van SBG vanaf 2015 géén gegevens meer over jongere patiënten tot 18 jaar in de GB-GGZ en S-GGZ. Hierdoor kan er vanaf 2015 op landelijk niveau geen zicht meer worden verkregen op de omvang, aard en uitkomsten van de depressiezorg die wordt geboden aan jongere patiënten tot 18 jaar in de GB-GGZ en S-GGZ. In dit kader is het interessant om te melden dat het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie samenwerkt met het Leids Universitair Medisch Centrum aan het realiseren van een continue database met registratiegegevens over patiëntkenmerken en behandeluitkomsten van 13 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, de zogeheten *Research Data Infrastructure (RDI)*. Met behulp van deze database wordt het hiaat omtrent de jeugd-ggz als geheel, en depressiezorg bij jongeren tot 18 jaar in het bijzonder, mogelijk deels opgevuld.

In zijn algemeenheid zijn voor de GB-GGZ weinig landelijke gegevens beschikbaar over de geleverde depressiezorg. Dit heeft verschillende redenen. De declaratiedatabase van Vektis over de GB-GGZ bevat geen diagnose-informatie, waardoor patiënten met een depressieve stoornis niet kunnen worden onderscheiden. DIS-gegevens over de GB-GGZ, die wel diagnose-informatie bevatten, worden vooralsnog door slechts een beperkt en mogelijk selectief deel van de zorgaanbieders aangeleverd, wat de representativiteit van deze gegevens beperkt. Ten slotte zijn vrijgevestigde aanbieders pas in januari 2017 begonnen met het

aanleveren van gegevens over behandeluitkomsten aan SBG, terwijl juist zij in de GB-GGZ aan de meerderheid van de patiënten zorg verlenen. Een eerste stap om te komen tot meer landelijke informatie over depressiezorg in de GB-GGZ zou zich kunnen richten op het vergemakkelijken en stimuleren van de gegevensaanlevering door zorgaanbieders aan het DIS.

Een andere gegevenslacune vloeit voort uit het gegeven dat alle genoemde databronnen wat betreft de S-GGZ betrekking hebben op het curatieve deel, oftewel het deel dat wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) op basis van DBC's. Zodoende ontbreekt het zicht op de patiënten met een depressieve stoornis die langdurig in een ggz-instelling verblijven.²³

Ten slotte is het belangrijk om op te merken dat er gewerkt wordt aan een nieuwe bekostigingssystematiek voor de ggz, die de registratie in de DBC's (S-GGZ) en prestaties (GB-GGZ) moet vervangen. Het is de vraag of daarmee diagnose-informatie beschikbaar zal blijven in de declaratiedatabases van Vektis en het DIS. Het is belangrijk dat diagnose-informatie in de toekomst beschikbaar is, om de aard, omvang en effecten van de zorg in de GB-GGZ en S-GGZ aan patiënten met specifieke psychische aandoeningen, onder wie degenen met een depressieve stoornis, te kunnen monitoren.

Ontbrekende landelijke gegevens over depressiezorg in de huisartsenpraktijk en de specialistische GGZ

Bestaande registratiesystemen bevatten veel informatie over de depressiezorg in de huisartsenzorg en S-GGZ. Echter, een aantal belangrijke aspecten van depressiezorg in deze domeinen kan minder goed in kaart worden gebracht met registratiegegevens.

Zo bieden gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn geen inzicht in de aard van de niet-medicamenteuze zorg – waaronder e-mental health – die de huisarts en POH-GGZ bieden aan patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. Ook ontbreekt informatie over behandeluitkomsten en patiëntervaringen. Aanvullende en verdiepende gegevensverzamelingen zijn nodig om deze gegevenslacunes op te vullen. Zo kan er een koppeling worden gemaakt met gegevens uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, om op die manier meer zicht te krijgen op patiëntervaringen met depressiezorg in de huisartsenpraktijk.

Op basis van gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn kan het voorschrijven van antidepressiva en andere soorten psychofarmaca in de huisartsenpraktijk goed worden gemonitord. Zoals hierboven beschreven bleek het voorschrijfpercentage antidepressiva relatief hoog onder volwassenen (18-64 jaar) en onder oudere (≥65 jaar) huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. Nader onderzoek, waarbij ook de ernst van de depressieve problematiek, en de dosering en de duur van de voorgeschreven medicatie worden meegenomen, is wenselijk om na te gaan in hoeverre er sprake is van mogelijke medicamenteuze overbehandeling door huisartsen.

²³ Langer dan 1 jaar (tot en met 2014); langer dan 3 jaar (vanaf 2015).

In de declaratiegegevens van Vektis ontbreekt informatie over de aard van de geleverde depressiezorg in de S-GGZ. De ‘rijkere’ gegevens in het DIS bevatten wél gedetailleerde informatie over de soorten van niet-medicamenteuze behandelvormen die in de S-GGZ zijn ingezet bij patiënten met een diagnose depressieve stoornis. Evaluatie en monitoring van deze DIS-gegevens zijn wenselijk om te kunnen vaststellen of patiënten passende zorg krijgen. Informatie over voorgeschreven medicatie in de S-GGZ – gespecificeerd naar soort medicijn²⁴ – ontbreekt zowel in de declaratiedatabase van Vektis als in het DIS. Dit zou beschikbaar gemaakt kunnen worden door een koppeling op patiëntniveau te maken met landelijke registratiesystemen over medicatieverstrekingen. Aldus kan meer zicht worden verkregen op of er sprake is van passende medicamenteuze behandeling bij depressieve stoornis in de S-GGZ.

Op basis van de instellingen met een adequate gegevensaanlevering aan SBG kunnen indicaties worden gegeven van landelijk gemiddelde behandeluitkomsten en patiëntervaringen bij patiënten die vanuit een instelling binnen de S-GGZ worden behandeld vanwege een diagnose depressieve stoornis. Voor vrijgevestigde aanbieders – die een minderheid van de patiënten in de S-GGZ bedienen – kunnen hiervan vooralsnog geen indicaties worden gegeven doordat die pas in januari 2017 zijn begonnen met gegevensaanlevering aan SBG.²⁵

Ontbrekende landelijke gegevens over patiëntstromen in het continuüm van depressiezorg

Doordat bestaande landelijke registratiesystemen betrekking hebben op een specifiek echelon, ontbreken vooralsnog grotendeels gegevens over de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten met depressieve klachten of een depressieve stoornis in het continuüm van depressiezorg, van het voorveld (publieke gezondheidszorg en sociaal domein) tot de ggz-keten (huisartsenzorg, GB-GGZ en S-GGZ). Hierdoor is het onbekend welke routes patiënten in het continuüm van depressiezorg doorlopen (*patient journeys*), en welke factoren hierbij van invloed zijn. Het lijkt daarom wenselijk om daarvoor gebruik te maken van koppelingen op persoonsniveau tussen de bestaande landelijke registratiesystemen over de huisartsenzorg, GB-GGZ en S-GGZ.²⁶

²⁴ Volgens het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC)-classificatiesysteem.

²⁵ De gegevensaanlevering van zowel instellingen als vrijgevestigden aan SBG is tijdelijk stopgezet vanwege privacyoverwegingen. Wellicht dat hierdoor een gegevenslacune is ontstaan voor 2017.

²⁶ Vektis heeft hier een begin mee gemaakt door koppeling van verschillende declaratiedatabases, en voor zover diagnose-informatie beschikbaar is.

4. Tot besluit

In dit themarapport zijn landelijke kerncijfers over depressie op het gebied van epidemiologie, preventie en zorg bij elkaar gebracht. Er zijn veel waardevolle gegevens beschikbaar; deze rapportage geeft hier een indruk van. Tegelijkertijd kan worden geconstateerd dat de fragmentatie van databronnen en het bestaan van diverse belangrijke gegevenskluizen een belemmering vormen voor het adequaat kunnen monitoren en evalueren van (preventieve) depressiezorg in Nederland, en het beleid daaromtrent. De geobserveerde informatieversnippering en gegevenslacunes zijn daarbij niet specifiek voor depressie, maar spelen in zijn algemeenheid ook bij andere veelvoorkomende psychische aandoeningen (zoals angststoornissen en middelenstoornissen). Daarom loont het des te meer om initiatieven te ontplooien voor het combineren van informatie uit verschillende bestaande databronnen en het opvullen van geconstateerde ‘witte vlekken’.

Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg

Algemene inleiding

Depressie staat meer dan ooit in de belangstelling. Hoewel depressie al 10 jaar een van de speerpunten is van het preventiebeleid van de overheid, zijn er geen aanwijzingen dat het vóórkomen van depressie in de algemene bevolking substantieel is afgenomen. Op jaarbasis heeft ruim één op de 20 volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar een depressieve stoornis. Dit betekent onveranderd veel individueel lijden, ook van naasten, en onveranderd grote maatschappelijke gevolgen. Daarom hebben cliëntorganisaties, beroepsgroepen, brancheorganisaties en kennisinstituten zich begin 2017 ten doel gesteld om het aantal personen met een depressie fors terug te dringen in het komende decennium. Om deze ambitie te realiseren heeft het ministerie van VWS met de betrokken partijen een Meerjarenprogramma Depressiepreventie opgesteld. Dit programma vormt een leidraad voor het bewerkstelligen van een sluitende keten voor de preventie van depressie, waarbij de focus ligt op een zestal hoogrisicogroepen.²⁷ Het ministerie is bovendien eind september 2016 gestart met een meerjarige landelijke publiekscampagne om de bewustwording van mensen over depressie te vergroten.

Depressiezorg in zijn volle breedte heeft ook een kwaliteitsimpuls gekregen door de ontwikkeling van nieuwe, of de herziening van bestaande, kwaliteitsstandaarden. Zo wordt in 2017 de Zorgstandaard Depressieve stoornissen opgeleverd. Vanuit het perspectief van patiënten en naasten beschrijft deze Zorgstandaard waar goede zorg voor mensen met depressieve klachten of een depressieve stoornis aan moet voldoen. De Zorgstandaard richt zich primair op professionals werkzaam in de huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en (hoog)specialistische GGZ. In diverse andere sectoren zijn recentelijk richtlijnen rondom depressie ontwikkeld, waaronder de jeugdgezondheidszorg (2016), de jeugdhulp en –bescherming (2014), en de arbeids- en bedrijfsgeneeskundige setting (2016).

Ook vanuit het wetenschappelijk onderzoek wordt een vernieuwende impuls gegeven aan het verbeteren van depressiezorg. Binnen het Preventieprogramma van ZonMw lopen diverse projecten op het gebied van depressiepreventie. Het in 2016 gestarte meerjarige ZonMw Onderzoeksprogramma GGZ biedt volop ruimte voor projecten gericht op depressie, waarbij wordt ingezet op vroege herkenning en behandeling, en een op de persoon toegesneden zorg ('gepersonaliseerde' zorg).

De vernieuwde aandacht vanuit beleid, zorgpraktijk en onderzoek voor depressie(zorg), maakt het een goed moment om het tweede themarapport in het kader van de Staat van Volksgezondheid en Zorg aan dit thema te wijden.

²⁷ Jongeren (onder wie kinderen van ouders met psychische problemen, KOPP, en kinderen van verslaafde ouders, KVO), jonge vrouwen (onder wie pas bevallen vrouwen), werknemers (in stressvolle beroepen), huisartspatiënten met signalen van (beginnende) depressie, chronisch zieken en (overbelaste) mantelzorgers.

Doel en opzet themarapport

Hoewel er veel gegevens beschikbaar zijn over depressie en depressiezorg, is deze informatie tegelijkertijd zeer gefragmenteerd en afkomstig uit een veelheid aan bronnen. In dit themarapport worden gegevens bij elkaar gebracht om een zo actueel mogelijk overzicht te bieden van de beschikbare landelijke kerncijfers over depressie op het gebied van epidemiologie (Deel A) en preventie en zorg (Deel B). In beide delen worden op basis van het ontstane beeld relevante informatielacunes geïdentificeerd die een belemmering vormen voor het goed kunnen monitoren en evalueren van (preventieve) depressiezorg, en het beleid daaromtrent, en worden suggesties gedaan voor het opvullen van deze ‘witte vlekken’.

Deel A

Depressie: epidemiologie

Ron de Graaf en Margreet ten Have

1. Inleiding

In het eerste deel van dit rapport wordt ingegaan op de epidemiologie van depressieve stoornis in Nederland. In achtereenvolgende hoofdstukken worden epidemiologische kerngegevens uit Nederlands onderzoek onder de algemene bevolking gepresenteerd over het vóórkomen, de risicofactoren, de comorbiditeit, het beloop en de gevolgen van depressieve stoornis. Afgesloten wordt met een hoofdstuk waarin belangrijke lacunes in epidemiologische kerngegevens over depressieve stoornis worden samengevat.

Definitie

Een depressieve stoornis is niet zomaar een dipje in iemands stemming. In het kader op de volgende pagina staan de criteria voor een depressieve stoornis volgens het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA, 2013). Wanneer iemand niet (volledig) voldoet aan deze criteria is er sprake van depressieve klachten (of ‘subklinische depressie’ in DSM-terminologie). Voor preventie-activiteiten gericht op het voorkómen van een depressieve stoornis is het belangrijk om te weten hoe groot de groep personen is bij wie de depressieve klachten overgaan in een ‘volledige’ depressieve stoornis, en welke personen hierop het meeste risico hebben. Daarom worden – voor zover beschikbaar – in de vervolghoofdstukken ook epidemiologische gegevens over depressieve klachten gepresenteerd.

In epidemiologisch onderzoek wordt dit onderscheid tussen depressieve klachten en een depressieve stoornis niet altijd gemaakt. Daarom is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen epidemiologisch onderzoek waarin depressieve symptomen worden vastgesteld aan de hand van een uitgebreid diagnostisch interview, of uitsluitend via het afnemen van een (veelal korte) vragenlijst. In het eerste geval worden DSM-criteria systematisch uitgevraagd bij onderzoekdeelnemers, en kan apart worden gerapporteerd over de groep met depressieve klachten (waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis). Wanneer uitsluitend een vragenlijst wordt afgenomen, kan doorgaans niet worden vastgesteld of onderzoekdeelnemers al dan niet voldoen aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis. Zodoende vormen onderzoekdeelnemers met een verhoogde score op een depressievragenlijst een gemengde groep van personen met depressieve klachten of een depressieve stoornis. In de vervolghoofdstukken zal dan ook steeds duidelijk worden gemaakt of het cijfers zijn over depressieve klachten inclusief of exclusief mensen met een depressieve stoornis.

Volgens de huidige DSM-versie, de DSM-5, heeft iemand een depressieve stoornis als men gedurende ten minste twee weken minstens één van de volgende twee kernsymptomen heeft:

- een neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag;
- een duidelijk verlies aan interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

Daarnaast dienen andere symptomen bijna dagelijks aanwezig te zijn:

- eetproblemen (heel veel of juist heel weinig eten) of verandering in het gewicht;
- slaapgebrek of juist te veel slapen;
- geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd;
- vermoeidheid of verlies aan energie;
- gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens;
- concentratieproblemen, vertraagd denken of besluiteloosheid;
- terugkerende gedachten aan de dood of aan zelfdoding.

Er is sprake van een depressieve stoornis wanneer minimaal vijf symptomen tegelijk aanwezig zijn, inclusief één of twee van de kernsymptomen. Daarnaast moeten de symptomen in significante mate lijden of beperkingen veroorzaken in het sociaal of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen. Ten slotte mogen de symptomen niet het gevolg zijn van de directe fysiologische effecten van een middel (alcohol of drugs) of een somatische aandoening, en zijn er uitsluitingscriteria om de grens met bipolaire stoornis en psychotische stoornissen te bewaken.

Gebruikte bronnen

De epidemiologische gegevens die in de vervolghoofdstukken worden gepresenteerd zijn wat betreft volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar vooral afkomstig uit NEMESIS-2, of uit de voorloper van deze studie, NEMESIS-1 (zie kader voor achtergrondinformatie). Voor jongeren tot 18 jaar en ouderen van 65 jaar of ouder wordt – voor zover beschikbaar – ingegaan op gegevens uit ander epidemiologisch onderzoek onder de algemene Nederlandse bevolking.

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

Een uitgebreid diagnostisch instrument (de CIDI, *Composite International Diagnostic Instrument*) werd mondeling afgenomen bij onderzoekdeelnemers om een brede range te bepalen van veelvoorkomende psychische aandoeningen, waaronder depressieve stoornis, volgens de criteria van de DSM-IV (de voorloper van de DSM-5).²⁸

De gegevens van de eerste meting werden verzameld in de periode 2007-2009, en van de drie vervolgmetingen telkens ongeveer drie jaar daarna. In de eerste meting werd met de CIDI de psychische problematiek gedurende het gehele leven nagevraagd; in de drie vervolgmetingen werd dit gedaan voor de periode sinds het laatste interview.

De voorloper van deze studie is NEMESIS-1. Dat onderzoek werd uitgevoerd in 1996, met vervolgmetingen ongeveer een jaar en drie jaar daarna, en stelde aandoeningen vast volgens de criteria van de DSM-III-R (de voorloper van de DSM-IV).

²⁸ Ten opzichte van de DSM-IV is de definitie van depressieve stoornis volgens de DSM-5 slechts beperkt veranderd. Rouw als uitsluitingscriterium (dat wil zeggen depressieve klachten voortkomende uit rouw en die niet langer dan twee maanden duurden, dienen niet als een depressieve stoornis te worden geclassificeerd) is komen te vervallen.

2. Vóórkomen

2.1 Volwassenen

Prevalentie van depressieve stoornis

Tabel 2.1 laat zien dat 18,7% van de volwassen bevolking ooit in het leven (levensprevalentie) een depressieve stoornis heeft gehad. Daarmee is depressieve stoornis de meest voorkomende psychische aandoening in het leven bij vrouwen, en na alcoholmisbruik de meest voorkomende bij mannen. Depressieve stoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (24,3% versus 13,1%). De levensprevalentie stijgt met de leeftijd, maar is bij 55-64-jarigen echter lager dan bij 45-54-jarigen. Mogelijk hadden daadwerkelijk minder 55-64-jarigen ooit in hun leven een depressieve stoornis gehad dan 45-54-jarigen, maar het kan ook zo zijn dat zij zich de symptomen van een vroegere depressie minder goed herinneren of dat zij nu de gevolgen daarvan voor hun toenmalige functioneren als minder zwaar inschatten.

De jaarprevalentie van depressieve stoornis is 5,2% (zie Tabel 2.1).²⁹ In aantallen uitgedrukt hadden op jaarbasis naar schatting 546.500 Nederlanders tussen de 18-64 jaar een depressieve stoornis.³⁰ Ook de jaarprevalentie is hoger bij vrouwen dan bij mannen (6,3% versus 4,1%). Daarmee is depressieve stoornis na specifieke fobie (een angststoornis) de meest voorkomende psychische aandoening in een afgelopen jaar bij vrouwen, en na alcoholmisbruik de meest voorkomende psychische aandoening bij mannen.

Tabel 2.1 Het vóórkomen van depressieve stoornis, ooit in het leven (levensprevalentie) en in de afgelopen 12 maanden (jaarprevalentie), naar geslacht en leeftijd.

	Levensprevalentie (%)			Jaarprevalentie (%)		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	13,1	24,3	18,7	4,1	6,3	5,2
Leeftijd						
18-24	7,1	18,9	13,0	5,9	7,6	6,7
25-34	12,1	22,0	17,1	3,0	7,8	5,4
35-44	11,8	26,0	18,8	4,0	5,5	4,7
45-54	18,7	27,6	23,1	4,5	6,8	5,7
55-64	13,2	23,7	18,4	4,0	4,2	4,1

Bron: NEMESIS-2

²⁹ Jaarprevalentie betekent dat de depressieve stoornis op een bepaald moment in de afgelopen 12 maanden aanwezig was. Het betekent dus niet dat de depressieve stoornis continu gedurende dat hele jaar aanwezig was.

³⁰ Ten tijde van de eerste meting van NEMESIS-2: 2007-2009.

De Nederlandse gegevens wijken niet af van internationale cijfers die op een vergelijkbare manier zijn bepaald onder volwassenen. In tien ontwikkelde landen die aan een wereldwijd uitgevoerde studie deelnamen³¹ was de gemiddelde levensprevalentie 14,6% (met een variatie van 6,6-21,0%) en de gemiddelde jaarprevalentie 5,5% (met een variatie van 2,2-8,3%) (Bromet *et al.*, 2011). Het valt op dat de Verenigde Staten een duidelijke uitschieter naar boven laten zien (jaarprevalentie: 8,3%).

Is de prevalentie van depressieve stoornis veranderd over de tijd?

Voor de DSM-hoofdgroep stemmingsstoornissen, waarvan depressieve stoornis het allergrootste deel vormt, is een vergelijking gemaakt tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2. Hieruit bleek dat de jaarprevalentie van stemmingsstoornissen onder volwassenen iets was afgenomen, van 7,4% in 1996 naar 6,1% in 2007-2009. Echter, als rekening werd gehouden met verschillen in demografische kenmerken van de steekproeven in beide studies, zoals een groter percentage hoger opgeleiden en ouderen in 2007-2009, dan was deze daling niet meer significant. Deze bevinding is overeenkomstig buitenlandse trendstudies, waar ook nauwelijks verandering over de tijd werd gezien in de jaarprevalentie van psychische aandoeningen.

Leeftijd van ontstaan van depressieve stoornis

Bij volwassenen tussen 18-64 jaar is de gemiddelde leeftijd waarop een eerste depressieve episode ontstaat 29 jaar (Ten Have *et al.*, 2012). Bij vrouwen ontstaat een depressieve stoornis doorgaans eerder dan bij mannen: op respectievelijk gemiddeld 28 en 31 jaar. Een depressieve stoornis ontstaat gemiddeld later dan andere veelvoorkomende psychische aandoeningen (zoals angst- en middelenstoornissen).

Incidentie van depressieve stoornis

Per jaar krijgt 1,6% van de volwassenen voor het eerst in het leven een depressieve stoornis (De Graaf *et al.*, 2012). Het gaat dan om 135.600 mensen per jaar. Van alle nieuw ontstane psychische aandoeningen komt de depressieve stoornis het meest voor.

Depressieve klachten: geen recente prevalentiegegevens

Recente Nederlandse cijfers over het vóórkomen van depressieve klachten (waarbij geen sprake is van een depressieve stoornis volgens DSM-criteria) onder volwassenen ontbreken. In NEMESIS-1 (peiljaar: 1996) kwam dit bij 7,6% van de volwassenen in de afgelopen 12 maanden voor (Cuijpers *et al.*, 2004). Echter, er zijn aanwijzingen van onderzoek-methodische aard dat dit percentage een overschatting is. Recentere cijfers over het vóórkomen (en ook over het beloop) van depressieve klachten in de volwassen bevolking komen in de loop van 2017 beschikbaar op basis van NEMESIS-2-gegevens. Deze informatie is van belang omdat depressieve klachten kunnen overgaan in een 'volledige' depressieve stoornis. Als bekend is hoe groot de groep personen is die daadwerkelijk een dergelijke overgang meemaakt, en welke personen hierop het meeste risico hebben, kunnen gerichte preventie-activiteiten worden vormgegeven.

³¹ WHO-World Mental Health Surveys.

2.2 Jongeren

Depressieve stoornis: weinig prevalentiegegevens

Binnen NEMESIS-2 is de jongste leeftijdsgroep 18-24 jaar. Daar werd een jaarprevalentie van depressieve stoornis gevonden van 6,7% (zie Tabel 2.1). Er zijn in Nederland geen landelijk representatieve gegevens beschikbaar over het vóórkomen van depressieve stoornissen bij jongeren beneden de 18 jaar. Dat komt doordat niet eerder een grootschalig representatief onderzoek in de algemene bevolking is uitgevoerd onder deze doelgroep.

Binnen de regionale TRAILS-studie in Noord-Nederland³² zijn wel bij ruim 1.500 19-jarigen psychische aandoeningen gemeten met een diagnostisch instrument (peiljaar: 2008-2010). Hieruit bleek een jaarprevalentie van depressieve stoornis van 8,8% onder 19-jarigen (Ormel *et al.*, 2015). In een veel oudere studie (peiljaar: 1993) bij 13-18 jarigen had 3,6% een depressieve stoornis in de afgelopen 6 maanden, op basis van informatie van de ouders of de jongeren zelf (Verhulst *et al.*, 1997). De prevalentiecijfers uit deze studies kunnen niet met elkaar worden vergeleken, onder andere vanwege verschillen van onderzoek-methodische aard.

Leeftijd van ontstaan van depressieve stoornis

Over de leeftijd waarop een eerste depressieve episode ontstaat bij jongeren zijn uitsluitend gegevens bekend voor 19-jarigen uit de regionale TRIALS-studie. Gevonden werd dat de leeftijd waarop de depressieve stoornis zich voor het eerst openbaarde gemiddeld 14 jaar was onder 19-jarigen (Ormel *et al.*, 2015).

Verschillende prevalenties op basis van vragenlijsten

In ander beschikbaar Nederlands onderzoek onder jongeren is gebruikgemaakt van vragenlijsten naar emotionele (internaliserende) problemen. In dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen depressieve klachten en angstklachten. Verder kan op basis van de gebruikte vragenlijsten niet worden vastgesteld of er al dan niet sprake is van een depressieve stoornis of een angststoornis volgens de DSM. Zodoende vormen de onderzoekdeelnemers met een verhoogde score op een vragenlijst een gemengde groep jongeren die emotionele problemen of een emotionele stoornis hebben.

Volgens de landelijk representatieve HBSC-studie³³ onder ruim 7.500 scholieren van 11-16 jaar had 8,3% in de afgelopen zes maanden emotionele problemen of een emotionele stoornis (peiljaar: 2001-2002; Vollebergh *et al.*, 2006). Dit percentage komt redelijk overeen met de bevindingen van een regionale studie in Zuid-Holland bij ruim 800 11-18 jarigen (peiljaar: 2003) en waarin dezelfde vragenlijst werd gebruikt.³⁴ Uit dit onderzoek bleek 8,7% van de jongens en 9,3% van de meisjes in de afgelopen zes maanden emotionele problemen of een emotionele stoornis te hebben gehad (Tick *et al.*, 2008). In de HBSC-studie uit het jaar 2003 onder ruim

³² Tracking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS).

³³ Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC).

³⁴ Youth Self Report (YSR).

5.500 scholieren van 12-16 jaar werd uitgegaan van een andere vragenlijst.³⁵ Op grond hiervan werd een veel hogere zesmaands prevalentie van emotionele problemen of een emotionele stoornis gevonden, namelijk 20% (De Looze *et al.*, 2014).

2.3 Ouderen

In Nederland zijn geen landelijk representatieve gegevens beschikbaar over het vóórkomen van depressieve stoornis bij ouderen van 65 jaar of ouder. Dat komt doordat niet eerder een grootschalig onderzoek onder ouderen uit de algemene bevolking is uitgevoerd. Er zijn ‘oude’ gegevens (peiljaar: 1992-1993) beschikbaar van de regionale LASA-studie onder ouderen tussen 55-85 jaar (Beekman *et al.*, 1995).³⁶ Hieruit bleek dat 2,0% van de 55-85 jarigen in de afgelopen maand een depressieve stoornis had volgens DSM-III criteria (de tijdens het onderzoek gangbare DSM-versie). Verder werd gevonden dat 12,9% van de 55-85 jarigen in de afgelopen maand depressieve klachten of een depressieve stoornis had volgens een vragenlijst.³⁷

2.4 Regionale cijfers

Op regionaal of lokaal niveau zijn er geen of slechts beperkt gegevens beschikbaar over het vóórkomen van een depressieve stoornis in de algemene bevolking. Wel zijn er regionale en lokale cijfers beschikbaar uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen over het vóórkomen van angst- of depressieve klachten in de afgelopen maand bij personen van 19 jaar of ouder, zoals vastgesteld op basis van een korte vragenlijst³⁸ (peiljaar: 2016). In Figuur 2.1 worden deze cijfers per GGD-regio gepresenteerd.³⁹

³⁵ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

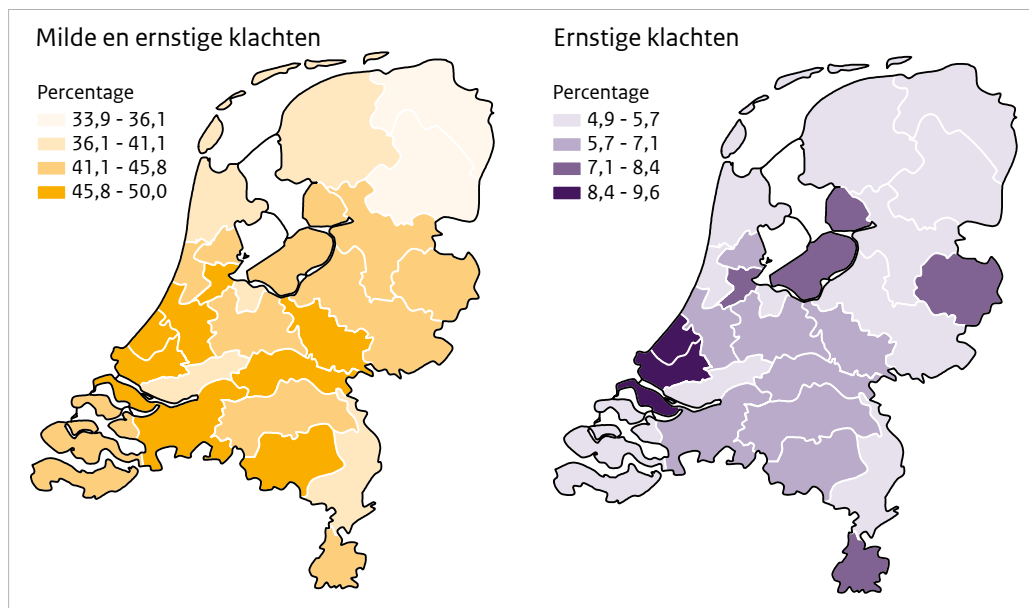
³⁶ Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).

³⁷ Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D).

³⁸ Kessler Psychological Distress Scale (K10)

³⁹ In Bijlage 1 worden de exacte percentages per GGD-regio gepresenteerd, inclusief 95%-betrouwbaarheidsinterval.

Figuur 2.1 Het percentage volwassenen van 19 jaar of ouder met angst- of depressieve klachten in de afgelopen maand, naar GGD-regio en ernst.



Milde en ernstige klachten: een score van 16-50 op de Kessler Psychological Distress Scale (K10).

Ernstige klachten: een score van 30-50 op de K10.

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016, GGD'en, CBS en RIVM.⁴⁰

⁴⁰ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/psychische-gezondheid/regionaal-internationaal/regionaal#node-matig-hoog-risico-op-angststoornis-depressie-ggd-regio>

3. Risicofactoren

Er zijn verschillende risicofactoren⁴¹ voor een depressieve stoornis bekend, variërend van erfelijkheid, persoonlijkheid, gezondheidsaspecten, tot ingrijpende levensgebeurtenissen en aspecten die samenhangen met de gezinssituatie, sociale relaties en werk. Vaak spelen meerdere oorzaken een rol (Smit *et al.*, 2004). Zo zal een stressor, zoals een bepaalde levensgebeurtenis, eerder tot een depressieve stoornis leiden bij mensen met een zekere kwetsbaarheid (bijvoorbeeld genetisch of qua persoonlijkheid) dan bij mensen zonder die kwetsbaarheid. Voor een overzicht van risicofactoren, met name bepaald op basis van internationaal onderzoek, wordt verwezen naar Bijlage 2.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op wat er uit onderzoek in de algemene Nederlandse bevolking bekend is over risicofactoren voor een depressieve stoornis. Dit is belangrijke informatie voor het inrichten en vormgeven van preventie-activiteiten. Opgemerkt moet worden dat sommige van de hieronder genoemde risicofactoren onderzocht zijn voor de DSM-hoofdgroep stemmingsstoornissen. Omdat depressieve stoornis het grootste deel uitmaakt van deze hoofdgroep, kan er vanuit worden gegaan dat een risicofactor voor een stemmingsstoornis ook geldt voor een depressieve stoornis.

3.1 Risicofactoren bij volwassenen

Demografische kenmerken

Uit NEMESIS-2 blijkt dat vrouwen, alleenstaanden, alleenstaande ouders, werklozen, arbeidsongeschikten, lager opgeleiden en mensen met een laag inkomen een grotere kans hebben op een depressieve stoornis in het afgelopen jaar (De Graaf *et al.*, 2010). Het hebben van een religie had juist een beschermend effect. Het hebben van een niet-westerse migratieachtergrond liet geen verhoogd risico zien, overigens in tegenstelling tot een studie in Amsterdam waarin gevonden werd dat met name mensen met een Turkse migratieachtergrond een verhoogd risico hebben op een stemmingsstoornis (De Wit *et al.*, 2008). Vrouwen, jongvolwassenen (18-29 jaar), lager opgeleiden en mensen met een laag inkomen hebben een verhoogde kans op het voor het eerst in het leven *ontwikkelen* van een stemmingsstoornis in het leven (De Graaf *et al.*, 2012).

⁴¹ Een risicofactor hoeft niet per se een oorzakelijk verband te betekenen, maar kan ook indirect, via andere kenmerken, samenhangen met een depressieve stoornis.

Kindertraumata, ouderlijke psychopathologie en stressvolle levensgebeurtenissen

Kindertraumata (verwaarlozing of mishandeling in de jeugd) en ouderlijke psychopathologie (wat niet alleen als sociale omgevingsfactor, maar ook kan worden beschouwd als een maat voor iemands genetische belasting)⁴² hangen samen met een sterk verhoogde kans op het hebben van een stemmingsstoornis (Bijl *et al.*, 1997). Het voor het eerst in het leven *ontwikkelen* van een stemmingsstoornis komt vaker voor bij mensen die stressvolle levensgebeurtenissen hebben meegemaakt (De Graaf *et al.*, 2012). Het gaat in dit onderzoek dan om mensen die een scheiding of het overlijden van hun partner meemaakten, mensen die werkloos zijn geworden, of mensen die een beduidende teruggang in hun huishoudinkomen meemaakten.

Voorgaande psychopathologie en persoonlijkheidsfactoren

Mensen die eerder een angststoornis of middelenstoornis hadden (voorgaande psychopathologie) hebben een verhoogd risico op het voor eerst in het leven krijgen van een stemmingsstoornis (De Graaf *et al.*, 2002). Dit geldt ook voor het hebben van een kwetsbare persoonlijkheid, zoals een lage zelfwaardering en emotionele instabiliteit (ook wel neuroticisme genoemd) (De Graaf *et al.*, 2002). Mensen die een ‘betekenisvol’ leven leiden, ofwel ‘floreren’, hebben juist een beduidend kleinere kans om een stemmingsstoornis te ontwikkelen (Schotanus-Dijkstra *et al.*, 2017). Aangezien er aanwijzingen zijn dat ‘floreren’ aangeleerd kan worden, biedt dit mogelijk nieuwe preventiemogelijkheden (Schotanus-Dijkstra, in druk).

Leefstijlfactoren

Mensen met ongezonde leefstijlgewoontes, zoals roken, drinken, weinig bewegen en ongezond eten, hebben een duidelijk verhoogde kans op een depressieve stoornis (Vermeulen-Smit *et al.*, 2015). Het blijkt dat sporten een beschermend effect heeft op het krijgen van een depressieve stoornis. Het is overigens niet zo dat hoe meer men sport des te beter dat is voor de psychische gezondheid (Ten Have *et al.*, 2009).

Werkgerelateerde factoren

Werknemers die drie of meer ongunstige werkomstandigheden ervaren, hebben een sterk verhoogde kans op een stemmingsstoornis (Ten Have *et al.*, 2015). Het gaat dan om het ervaren van een beperkte autonomie, hoge psychologische taakeisen, baanonzekerheid of beperkte steun van collega's. Het sterkste individuele verband werd gevonden voor baanonzekerheid. Dit betekent dat beleid gericht op het verbeteren van de werkomstandigheden een gunstig effect zal hebben op de psychische gezondheid van werknemers, en daarmee wellicht ook op hun productiviteit.

⁴² De rol van genetica blijkt uit ander onderzoek dat aantoonde dat mensen met een eerstegraads familielid met een depressieve stoornis een hoger risico hebben om ook een depressieve stoornis te ontwikkelen (Sullivan *et al.*, 2000; Middeldorp *et al.*, 2005).

Mantelzorg

Het verlenen van mantelzorg wordt vaak als stressor gezien die een depressieve stoornis kan uitlokken. Op basis van NEMESIS-2-gegevens werd echter gevonden dat de psychische gezondheid van mantelzorgers niet verschilt van die van anderen, ook niet wat betreft het hebben van een stemmingsstoornis (Tuithof *et al.*, 2015). Dit lijkt verrassend omdat eerder onderzoek liet zien dat mantelzorgers zich vaak belast voelen. Deze verschillen in bevindingen worden hoogstwaarschijnlijk verklaard doordat in eerder onderzoek vaak werd uitgegaan van een selecte onderzoeksgroep, bijvoorbeeld oudere mantelzorgers die hun demente partner verzorgen, en niet zoals in NEMESIS van volwassenen uit de algemene bevolking. Een verklaring voor de NEMESIS-bevindingen kan zijn dat er een selectieproces plaatsvindt waarbij degenen die mantelzorg verlenen gezonder zijn dan degenen die dat niet doen of die daarmee zijn gestopt (Tuithof *et al.*, 2015). Overigens bleek wel dat mantelzorgers met een beperkt sociaal vangnet (zoals geen betaald werk hebben, zonder partner wonen of weinig sociale steun ervaren) een grotere kans hadden op een depressieve stoornis of een angststoornis.

3.2 Risicofactoren bij jongeren

In de regionale TRAILS-studie werd gevonden dat 19-jarige vrouwen meer kans hadden op een stemmingsstoornis (waaronder depressieve stoornis) dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. Het vóórkomen van een stemmingsstoornis bij 19-jarigen hing niet samen met de sociaaleconomische status van hun ouders.

In ander beschikbaar Nederlands onderzoek is gekeken naar welke groepen jongeren een verhoogd risico hebben op emotionele problemen of een emotionele stoornis, zoals gemeten met een vragenlijst.⁴³ Uit de landelijk representatieve HBSC-studie onder scholieren van 11-16 jaar bleek dat jongeren uit minder welvarende gezinnen, jongeren met een vader zonder betaalde baan en jongeren die niet met hun beide biologische ouders samenwonen, meer kans hebben op emotionele problemen of een emotionele stoornis (Vollebergh *et al.*, 2006). Daarnaast zagen zij bij meisjes en bij jongere kinderen ook een licht verhoogde kans hierop. In een studie in Zuid-Holland werd bij 11-18 jarigen geen noemenswaardig geslachtsverschil in het vóórkomen van emotionele problemen of een emotionele stoornis gevonden (Tick *et al.*, 2008). In de HBSC-studie onder scholieren van 12-16 jaar uit het jaar 2003 werd een andere vragenlijst gebruikt.⁴⁴ Het bleek dat meisjes, jongeren uit minder welvarende gezinnen, en jongeren uit onvolledige gezinnen vaker emotionele problemen of een emotionele stoornis hadden (De Looze *et al.*, 2014). Er werd geen verband gevonden met leeftijd, etniciteit en schoolniveau.

⁴³ Op basis van de gebruikte vragenlijsten kan geen onderscheid worden gemaakt naar depressieve klachten, angstklachten, een depressieve stoornis en/of een angststoornis.

⁴⁴ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). In de andere genoemde studies werd de Youth Self Report (YSR) gebruikt.

3.3 Risicofactoren bij ouderen

In zijn algemeenheid spelen bij ouderen van 65 jaar en ouder grofweg dezelfde risicofactoren voor een depressieve stoornis een rol als bij volwassenen van jongere leeftijd, maar de invloed van lichamelijke ziekten en depressie-geïndiceerde medicatie neemt toe (Kok & Oude Voshaar, 2016). De belangrijkste risicofactoren bij ouderen zijn: een eerdere depressieve stoornis, rouw, slaapstoornissen, lichamelijke handicaps en ziekten, vrouwelijk geslacht, cognitieve stoornissen en een gebrek aan of verlies van sociale contacten (Kok & Oude Voshaar, 2016).

In de LASA-studie onder 55-85 jarigen hadden vrouwen, niet (meer) getrouwden, mensen met functionele beperkingen, mensen met een ervaren slechte gezondheid en mensen die eenzaam waren, vaker depressieve klachten of een depressieve stoornis, zoals gemeten met een vragenlijst (Beekman *et al.*, 1995).⁴⁵ Daarnaast nam de kans op depressieve klachten of een depressieve stoornis toe naarmate men ouder was.

3.4 Hoogrisicogroepen uit het Meerjarenprogramma Depressiepreventie

Mede op basis van bovenbeschreven bevindingen (en op basis van internationaal onderzoek) richt het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (ministerie van VWS, 2017) zich op zes hoogrisicogroepen voor depressieve stoornis: jongeren (onder wie kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO)), jonge vrouwen (onder wie pas bevallen vrouwen), werknemers (in stressvolle beroepen), huisartspatiënten met signalen van beginnende depressie, chronisch zieken en (overbelaste) mantelzorgers. De bevindingen uit Nederlands onderzoek in de algemene bevolking wijzen nog op twee aanvullende – deels overlappende – doelgroepen voor depressiepreventie: mensen met een lage sociaaleconomische status (lage opleiding, laag inkomen, geen werk hebben) en mensen die stressvolle levensgebeurtenissen hebben meegemaakt (zoals overlijden of scheiding van de partner, verlies van werk, of verlies van een substantieel deel van het inkomen).

Opgemerkt dient te worden dat voor diverse van de zes hoogrisicogroepen geen landelijk representatieve gegevens uit onderzoek in de algemene bevolking beschikbaar zijn over het vóórkomen van depressieve klachten en depressieve stoornis. Dit komt mede doordat diverse hoogrisicogroepen vooralsnog globaal zijn omschreven. In Bijlage 3 worden prevalentiegegevens uit Nederlandse en buitenlandse bronnen over de hoogrisicogroepen gepresenteerd.

⁴⁵ Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D).

4. Comorbiditeit

4.1 Comorbiditeit met andere psychische aandoeningen

Het samengaan met andere psychische aandoeningen is bij depressieve stoornis eerder regel dan uitzondering. Deze zogeheten comorbiditeit is een belangrijke factor die bijdraagt aan de ernst van een depressieve stoornis en daarmee ook het beloop ervan ongunstig beïnvloedt. In de behandelsetting is het daarom van belang om bij patiënten aandacht te besteden aan psychische aandoeningen die naast een depressieve stoornis kunnen voorkomen.

Cijfers uit onderzoek in de algemene volwassen bevolking

Uit NEMESIS-2 blijkt dat van de volwassenen (18-64 jaar) met een depressieve stoornis in het afgelopen jaar, bijna de helft (48%) in hetzelfde jaar ook een angststoornis had, 20% ook dysthymie⁴⁶ en 15% ook een middelenstoornis. Comorbiditeit met een angststoornis of dysthymie komt vaker voor onder vrouwen (respectievelijk 52% en 21%) dan onder mannen (respectievelijk 42% en 18%). Bij mannen (17%) is er wat vaker dan bij vrouwen (14%) sprake van comorbiditeit met een middelenstoornis in het afgelopen jaar.

Uit NEMESIS-2 blijkt verder dat van de volwassenen (18-64 jaar) die ooit in hun leven een depressieve stoornis hebben gehad, 49% ook ooit een angststoornis had, 26% ook ooit een middelenstoornis had en 9% ook ooit dysthymie had. Het valt op dat het ooit in het leven hebben gehad van zowel een depressieve stoornis als een middelenstoornis beduidend vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen (42% tegenover 17%).

Van degenen met zowel een depressieve stoornis als een angststoornis ooit in het leven, ontstond in de meerderheid van de gevallen (65% bij vrouwen; 62% bij mannen) de depressieve stoornis later dan de angststoornis. In een minderheid van de gevallen (12% bij vrouwen; 13% bij mannen) was de depressieve stoornis eerder ontstaan dan de angststoornis. In de resterende gevallen ontstonden de depressieve stoornis en de angststoornis in hetzelfde jaar. Ook bij de volwassenen met zowel een depressieve stoornis als een middelenstoornis ooit in het leven, was de depressieve stoornis vaker later ontstaan dan de middelenstoornis (44% bij vrouwen; 64% bij mannen).

⁴⁶ Dysthymie is volgens de DSM een chronische variant van een milde depressieve stoornis.

4.2 Comorbiditeit met lichamelijke aandoeningen

Een depressieve stoornis en een lichamelijke aandoening (al dan niet chronisch) komen dikwijls gelijktijdig voor bij één persoon. Diverse chronische lichamelijke aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, kanker en diabetes, verhogen de kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Penninx *et al.*, 2010). Omgekeerd hebben mensen met een depressieve stoornis een grotere kans op het krijgen van onder meer hart- en vaatziekten, diabetes en overgewicht (Penninx *et al.*, 2010). Een depressieve stoornis heeft een slechtere prognose als er tegelijkertijd een (chronische) lichamelijke ziekte bestaat, en omgekeerd is het beloop van een lichamelijke aandoening ongunstiger wanneer er tevens sprake is van een depressieve stoornis. Het is daarom van belang dat er in de depressiezorg aandacht is voor de eventuele aanwezigheid van (chronische) lichamelijke problematiek, en dat er in 'niet-ggz'-zorgsectoren aandacht is voor een mogelijke aanwezige depressieve stoornis.

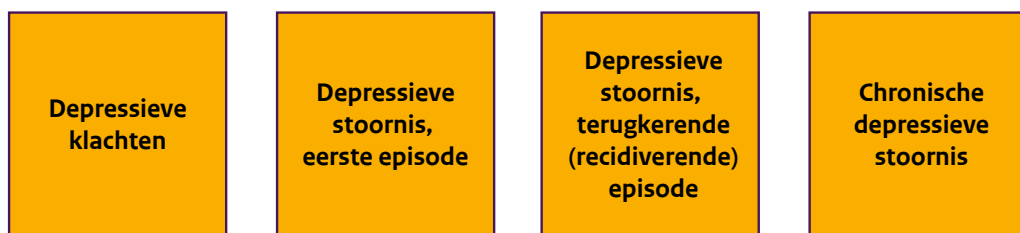
Cijfers uit onderzoek in de algemene bevolking

Uit NEMESIS-2 blijkt dat 7,1% van de volwassenen (18-64 jaar) met een chronische lichamelijke aandoening te maken had met een depressieve stoornis in het afgelopen jaar. Op basis van de oudere NEMESIS-1-gegevens is gekeken naar de comorbiditeit van stemmingsstoornis en vijf veelvoorkomende lichamelijke aandoeningen (Verdurmen *et al.*, 2006). Bij volwassenen met astma of COPD was de jaarprevalentie van stemmingsstoornis 11,0% tegenover 7,5% bij degenen zonder astma en COPD. Voor reuma was dit 10,9% versus 7,4%; voor chronische rugpijn 11,8% versus 7,3%; voor hoge bloeddruk 10,8% versus 7,5%; en voor spijsverteringsproblemen 16,6% versus 7,4%. Verder bleken volwassenen met spijsverteringsproblemen, chronische rugpijn en reuma vaker voor het eerst in hun leven een stemmingsstoornis te ontwikkelen; voor astma en hoge bloeddruk werd deze relatie niet gevonden. Omgekeerd werd niet gevonden dat volwassen met een stemmingsstoornis vaker genoemde lichamelijke aandoeningen ontwikkelen.

5. Beloop

De depressieve stoornis kan nader worden getypeerd naar beloop. In Figuur 5.1 wordt een onderscheid gemaakt tussen vier 'ziekestadia', van depressieve klachten (waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis) tot een chronische depressieve stoornis. Dit onderscheid lijkt op dit moment het beste aan te sluiten bij de zorgpraktijk en kan daardoor handvatten bieden voor het inrichten van de zorg (Spijker *et al.*, 2016). De veronderstelling is dat een deel van de patiënten met depressieve klachten een overgang doormaakt naar een 'volledige' depressieve stoornis. Voor een deel van de patiënten met een depressieve stoornis zal het gaan om een eenmalige depressieve episode, terwijl een ander deel te maken zal krijgen met één of meer terugkerende (recidiverende) depressieve episodes, of met een depressieve stoornis met een chronisch beloop, zonder perioden van herstel.⁴⁷ In dit hoofdstuk wordt ingegaan op wat uit onderzoek in de algemene Nederlandse bevolking bekend is over deze varianten van beloop.

Figuur 5.1 Vier ziektestadia van een depressieve stoornis^a.



^a Gebaseerd op Hetrick *et al.*, (2008).

5.1 Beloop van depressieve klachten naar depressieve stoornis

Uit NEMESIS-1 (peiljaar: 1996-1999) blijkt dat volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar met depressieve klachten een vier en een half keer zo grote kans hebben om een volledige depressieve stoornis te ontwikkelen als mensen zonder depressieve klachten (Cuijpers *et al.*, 2004). Afgezien van emotionele verwaarlozing als kind, is er vooralsnog weinig bekend over risicofactoren voor de overgang van depressieve klachten naar een volledige depressieve stoornis. Met gegevens uit LASA is gekeken naar het beloop van depressieve klachten onder ouderen in de leeftijd van 55-85 jaar. Uitgaande van de 55-85 jarigen met depressieve klachten op één van de eerste drie metingen (1992-1993; 1995-1996; 1998-1999) en die werden gevolgd gedurende

⁴⁷ Volgens de DSM-IV was er sprake van een chronische depressieve stoornis wanneer iemand gedurende ten minste de voorgaande twee jaar voortdurend aan alle criteria van een depressieve episode voldeed. Binnen de DSM-IV werd chronische depressieve stoornis nog apart onderscheiden van dysthymie. In de huidige DSM-5 zijn chronische depressieve stoornis en dysthymie samengevoegd tot één categorie, de zogeheten persisterende depressieve stoornis.

een periode van 17 jaar, bleek later in deze follow-up-periode 45% geen depressieve klachten meer te hebben gehad, 41% nog steeds depressieve klachten te hebben en 15% een depressieve stoornis te hebben ontwikkeld (Jeuring *et al.*, 2016).

5.2 Duur van depressieve stoornis en depressieve klachten

Informatie over de duur van een depressieve stoornis is van belang voor zorgverleners om patiënten en hun naastbetrokkenen een prognose te kunnen geven over hoe lang hun aandoening kan gaan duren. Zeer recentelijk is hier op basis van NEMESIS-2-gegevens onderzoek naar gedaan (Ten Have *et al.*, 2017).⁴⁸ Uitgegaan werd van volwassenen die bij aanvang geen depressieve stoornis hadden, maar die depressieve klachten of een depressieve stoornis ontwikkelden ergens in de drie daaropvolgende jaren. Van de mensen met een depressieve stoornis knapte de helft binnen zes maanden op (zie Figuur 5.2). Echter, 16% was na twee jaar nog steeds niet hersteld van de depressieve stoornis. Bij deze mensen was er sprake van een chronische depressieve stoornis. Na drie jaar was er bij 12% nog steeds geen sprake van herstel.

Naarmate men voorafgaand aan de depressieve stoornis lichamelijk en psychisch beter functioneerde, duurde de depressieve episode korter. Indien men ten tijde van de depressieve stoornis suïcidegedachten had, een bijkomende dysthymie⁴⁹ of angststoornis had, medicatie gebruikte, of hulp ontving in de ggz, duurde de depressieve episode langer. Het gebruik van medicatie en het ontvangen van ggz moeten overigens eerder worden gezien als gevolgen van een langere duur dan als voorspeller ervan. Andere kenmerken (allereerste of recidiverende depressieve episode, kwetsbaarheidskenmerken, demografische kenmerken en voorafgaande lichamelijke gezondheid) hadden geen invloed op de duur.

Kijkend naar de volwassenen met depressieve klachten, herstelde de helft binnen drie maanden. Echter, na twee jaar was bij 12% nog steeds sprake van depressieve klachten; en na drie jaar was dit bij 10% nog steeds het geval. De risicofactoren voor een langere duur van een depressieve klachten waren vergelijkbaar met die van een depressieve stoornis.

5.3 Recidiverende depressieve stoornis

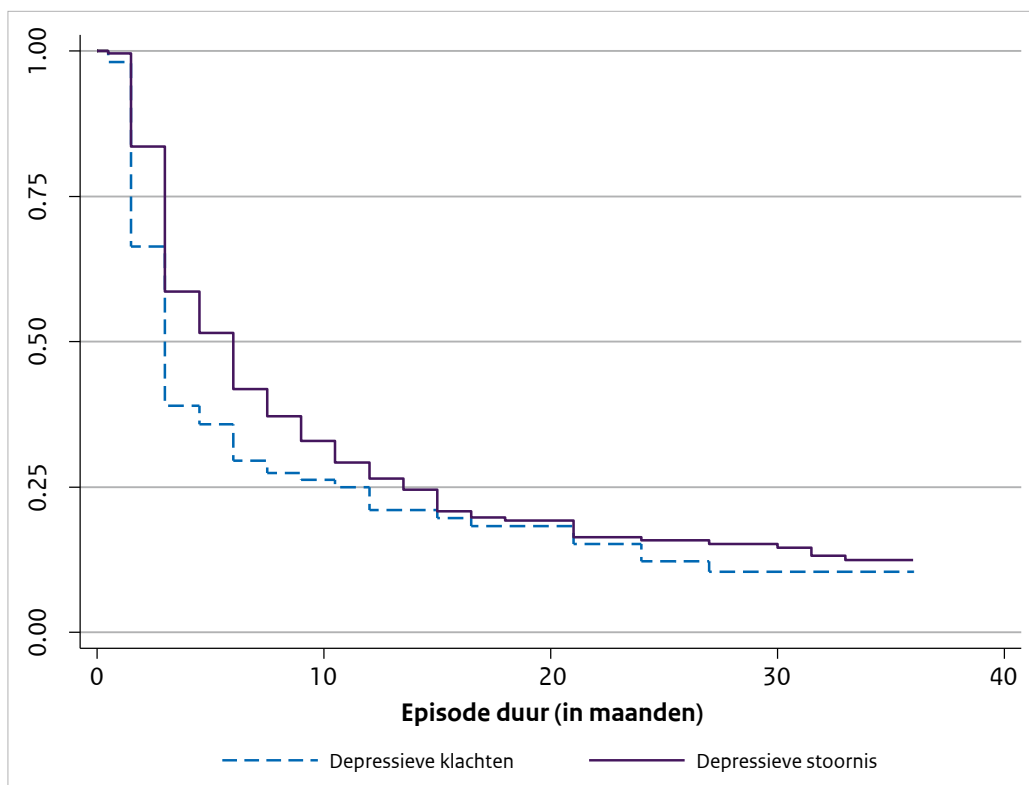
Als de depressieve stoornis niet chronisch is, kunnen mensen die eenmaal een depressieve episode hebben gehad en daarvan zijn hersteld, later opnieuw een depressieve episode krijgen. Dit verschijnsel heet recidivering of terugval. Recidivering is in de algemene Nederlandse bevolking vooralsnog alleen uitgebreid onderzocht op basis van de oudere NEMESIS-1-gegevens. Hierbij werd uitgegaan van de DSM-III-R, de toentertijd geldende DSM-versie. De kans op recidivering bleek aanzienlijk (Hardeveld *et al.*, 2013).

⁴⁸ Dit onderzoek betreft een actualisering en uitbreiding van eerder onderzoek op basis van NEMESIS-1-gegevens (Spijker *et al.*, 2002).

⁴⁹ Dysthymie is volgens de DSM een chronische variant van een milde depressieve stoornis.

Van de volwassenen die ooit in hun leven een depressieve stoornis hadden gehad en daarvan waren hersteld, had 13% binnen vijf jaar opnieuw een depressieve stoornis. Na 10 jaar was het percentage personen met een terugval toegenomen naar 23%, en na 20 jaar zelfs naar 42%. Er werden diverse risicofactoren gevonden voor een kortere duur tussen herstel en terugval (recidivering): een jonge leeftijd (18-30 jaar), een vroege leeftijd bij het ontstaan van de depressieve stoornis, een hoger aantal eerder doorgemaakte depressieve episoden, een ernstigere laatste depressieve episode, traumatische jeugdervaringen, aanhoudende problemen voorafgaand aan de recidivering, en emotionele instabiliteit (ook wel neuroticisme genoemd).

Figuur 5.2 De duur van depressieve stoornis en depressieve klachten in de algemene volwassen bevolking.



Leeswijzer Figuur 5.2: De horizontale as geeft de duur van de depressieve episode weer; de verticale as de proportie van mensen dat de episode nog heeft. De lezer kan hieruit o.a. het volgende opmaken: Van de mensen met een depressieve stoornis knapte 50% binnen zes maanden op van hun depressieve stoornis; 16% was binnen twee jaar nog steeds niet hersteld, en 12% nog steeds niet binnen drie jaar. Van de mensen met depressieve klachten knapte 50% binnen 3 maanden op; 12% was binnen twee jaar nog steeds niet hersteld, en 10% nog steeds niet binnen drie jaar.

Bron: Ten Have et al. (2017).

Er zijn inmiddels ook enkele eerste gegevens over recidivering beschikbaar op basis van de actuelere NEMESIS-2-gegevens, waarbij wordt uitgegaan van DSM-IV criteria.

Van de volwassenen die in de afgelopen drie jaar een depressieve stoornis kregen, ging het bij ruim de helft (57%) om een recidiverende depressieve stoornis. Een kwart (23%) had in deze driejarige periode meer dan één depressieve episode meegemaakt (Ten Have *et al.*, 2017).

Volwassenen met een recidiverende depressieve stoornis in het afgelopen jaar hebben tot dan toe in hun leven gemiddeld zeven tot acht eerdere depressieve episodes meegemaakt.

Dit betekent dat deze mensen naar schatting gemiddeld een vijfde deel van hun leven doorbrengen in een depressieve toestand (Vos *et al.*, 2004). Met elke depressieve episode lijkt het risico op een volgende episode toe te nemen.

5.4 Chronische depressieve stoornis

Zoals hierboven beschreven, blijkt uit NEMESIS-2 dat het bij 16% van de volwassenen die een depressieve stoornis ontwikkelen gaat om een chronische variant (Ten Have *et al.*, 2017).

Vooralsnog ontbreken gegevens uit onderzoek in de algemene bevolking over de risicofactoren voor het ontwikkelen van een chronische depressieve stoornis. In de NESDA-studie⁵⁰, waarin voornamelijk patiënten van huisartsen en ggz-instellingen werden onderzocht, is hier wel naar gekeken (Boschloo *et al.*, 2014). Bij de patiënten met een niet-chronische depressieve stoornis bij aanvang ontwikkelde 28% chroniciteit gedurende de vier daaropvolgende jaren. Bij de patiënten die reeds een chronische depressieve stoornis bij aanvang hadden, bleef bij 53% de stoornis voortduren in de vierjarige follow-up periode. In beide groepen van patiënten verhoogden de ernst van de depressieve stoornis bij aanvang, kindertraumata en hogere leeftijd de kans op het ontwikkelen of voortduren van chroniciteit na vier jaar. In de bij aanvang reeds chronische groep verhoogden daarnaast recente stressvolle levensgebeurtenissen en een hoger opleidingsniveau het risico op het blijven voortduren van de depressieve stoornis.

⁵⁰ Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA).

6. Gevolgen

6.1 Individuele gevolgen

Verminderd functioneren

Stemmingsstoornissen, waarvan depressieve stoornis het overgrote deel uitmaakt, gaan gepaard met meer beperkingen in het functioneren op belangrijke terreinen (werk, sociale contacten, et cetera) dan andere veelvoorkomende psychische aandoeningen als angst- en middenstoornissen (Bijl *et al.*, 2000). Indien sprake is van een bijkomende psychische aandoening naast de stemmingsstoornis, is het functioneren doorgaans nog slechter. Zelfs volwassenen die langer dan een jaar geleden een stemmingsstoornis hebben gehad, functioneren nog steeds minder goed dan degenen die nooit een stemmingsstoornis hadden (Bijl *et al.*, 2000). Ook is aangetoond dat volwassenen die een depressieve stoornis kregen, ruim voorafgaand hieraan al minder goed functioneerden dan mensen zonder depressieve stoornis (Ormel *et al.*, 2004; Buist-Bouwman *et al.*, 2004). Hun functioneren verslechterde verder tijdens de depressieve episode, maar keerde na afloop van de depressieve episode weer terug naar het niveau van voor de depressieve stoornis. Met andere woorden: er bleek geen sprake van een zogeheten ‘littekeneffect’. Een uitzondering daarop vormden degenen met ernstige, recidiverende (terugkerende) depressieve episodes: bij hen was het functioneren na herstel van de depressieve episode iets slechter dan voorafgaand aan de depressieve episode. Overigens gaan ook depressieve klachten gepaard met aanzienlijke beperkingen in het functioneren (Cuijpers *et al.*, 2004).

Werkverzuim

Onder werkenden blijkt dat depressieve stoornis in de top vijf staat van psychische en chronische lichamelijke aandoeningen die gepaard gaan met het meeste aantal verzuimdagen (De Graaf *et al.*, 2011) (Tabel 6.1, bovenste helft). Werkenden met een depressieve stoornis verzuimen per jaar gemiddeld 23 dagen meer dan mensen zonder een depressieve stoornis. Wanneer bij het verzuim (absenteïsme) ook het verminderd kwantitatief en kwalitatief functioneren indien men wel werkt (presenteïsme) wordt meegenomen, dan zijn de extra dagen verzuim per jaar nog hoger: gemiddeld 30 dagen meer bij depressieve stoornis.

Ook uit Europees bevolkingsonderzoek,⁵¹ waarbij ook niet-werkenden werden meegenomen, blijkt dat depressieve stoornis in de top-10 staat van psychische en chronische lichamelijke aandoeningen die gepaard gaan met het meeste verzuim van werk of belangrijkste andere bezigheid (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004b). In dit onderzoek behoorde depressieve stoornis tot de vijf psychische aandoeningen met de grootste ongunstige invloed op het functioneren (naast posttraumatische-stressstoornis, sociale fobie, dysthymie en paniekstoornis).

⁵¹ European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), waaronder in Nederland.

Suïcidaliteit

Het is niet bekend hoeveel mensen met een depressieve stoornis daadwerkelijk overlijden als gevolg van suïcide. Wel is bekend dat volwassenen die eerder in hun leven een depressieve stoornis hebben gehad een bijna vier keer zo grote kans hebben op het later in hun leven krijgen van suïcidale gedachten vergeleken met mensen zonder depressieve stoornis (Ten Have *et al.*, 2011). Voor 'niet-geslaagde' suïcidepogingen zijn deze kansen eveneens beduidend groter bij mensen met een depressieve stoornis (Ten Have *et al.*, 2007); dat zal voor 'geslaagde' pogingen hoogstwaarschijnlijk eveneens gelden.

Sterfte

Mensen met een depressieve stoornis hebben een grotere kans om eerder te overlijden dan mensen zonder depressieve stoornis (Cuijpers *et al.*, 2014). Waarschijnlijk spelen verschillende factoren hierbij een rol, zoals het verband tussen depressieve stoornis en een verhoogd risico op suïcide, ongezonde leefstijlgewoontes en chronische lichamelijke ziekte.

Tabel 6.1 De vijf psychische of chronische lichamelijke aandoeningen die op individueel niveau en op niveau van de samenleving de meeste verzuimdagen opleveren (van hoogste naar lager), na correctie voor comorbiditeit.

Verzuim	Totaal verzuim*
<i>Individueel niveau</i>	<i>Individueel niveau</i>
Drugsmisbruik	Drugsmisbruik
Spijsverteringsproblemen	Bipolaire stoornis
Depressieve stoornis	Depressieve stoornis
Chronische rugpijn	Spijsverteringsproblemen
Paniekstoornis	Paniekstoornis
<i>Niveau van de samenleving</i>	<i>Niveau van de samenleving</i>
Depressieve stoornis	Depressieve stoornis
Chronische rugpijn	Chronische rugpijn
Aandoeningen aan de luchtwegen	Aandoeningen aan de luchtwegen
Spijsverteringsproblemen	Drugsmisbruik
Drugsmisbruik	Spijsverteringsproblemen

* Verzuim en presentisme (verminderd kwantitatief en kwalitatief functioneren op het werk) tezamen

Bron: De Graaf *et al.* (2011)

6.2 Maatschappelijke gevolgen

Ziektelast

In 2007 stond depressieve stoornis in Nederland op de vierde plaats op de ranglijst van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken (Gommer *et al.*, 2010).⁵² In 2015 stonden stemmingsstoornissen, waarvan depressieve stoornis het overgrote deel vormt, op de zesde plek.⁵³ Ook Europees gezien (vierde plek) en wereldwijd gezien (11^e plek) behoort depressieve stoornis tot de aandoeningen die voor de meeste ziektelast zorgen (Murray *et al.*, 2012).

Kosten van verzuim

De kosten van psychische aandoeningen worden voor het grootste deel bepaald door de kosten van verzuim op het werk (Smit *et al.*, 2006). Doordat depressieve stoornis een aandoening is die relatief vaak voorkomt, staat deze helemaal bovenaan de lijst van de top vijf van psychische en chronische lichamelijke aandoeningen die de meeste verzuimdagen van alle werkenden tezamen genereren (zie Tabel 6.1, onderste helft). Ruim 8% van het aantal verzuimdagen van alle werkenden tezamen wordt verklaard door de depressieve stoornis. De kosten van het verzuim door depressieve stoornis, inclusief presentisme, worden per miljoen werkenden geschat op ruim € 240 miljoen.⁵⁴

Dit komt bij de totale werkende bevolking (7,5 miljoen werkenden) neer op circa € 1,8 miljard. De kosten van verzuim door depressieve klachten zijn in deze cijfers niet meegenomen. Eerder onderzoek wijst erop dat deze kosten die van depressieve stoornis benaderen (Cuijpers *et al.*, 2007).

Kosten depressiezorg

Ook de kosten van depressiezorg zijn hoog. Geschat werd dat in 2015 de totale uitgaven aan depressiezorg € 1,63 miljard bedroegen in Nederland.⁵⁵ Bedacht dient te worden dat hierbij werd uitgegaan van depressie in brede zin. Er is niet enkel gekeken naar gemaakte kosten van zorg bij personen met een gediagnosticeerde depressieve stoornis conform DSM-classificatie, maar ook bij personen met een (vermoeden van) depressie niet conform DSM-criteria (bijvoorbeeld zoals gediagnosticeerd door huisartsen op basis van het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem, de ICPC-1).

⁵² Ziektelast wordt gemeten in termen van DALY's ('disability-adjusted life years'). Het gaat om een combinatie van de door een aandoening verloren jaren in gezondheid tijdens het leven met de verloren levensjaren door overlijden aan de aandoening.

⁵³ www.volksgezondheidenzorg.info; Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018.

⁵⁴ De kosten voor eventuele bijkomende aandoeningen naast depressieve stoornis zijn hierbij niet meegerekend.

⁵⁵ Bron: Kosten van Ziektenstudie.

6.3 Gevolgen voor naasten

Een depressieve stoornis heeft niet alleen gevolgen voor het individu en de samenleving als geheel, maar ook de belangrijkste naasten – partner, kinderen, ouders, vrienden – kunnen er onder lijden. Het verlenen van mantelzorg kan voor sommige naasten ongunstige psychische gevolgen hebben. Eerder is al aangegeven dat kinderen van ouders met een depressieve stoornis zelf een verhoogd risico hebben om deze aandoening te ontwikkelen.

6.4 Stigma

Mensen met een psychische aandoening, en dus ook mensen met een depressieve stoornis, kunnen te maken krijgen met stigma. Uit NEMESIS-2 (peiljaar: 2007-2009) bleek dat Nederlanders niet sterk afwijzend staan tegenover (ex-)patiënten met willekeurig welke psychische aandoening, maar wel enige voorzichtigheid betrachten in de omgang met deze groep (Ten Have *et al.*, 2015). De bereidheid om (ex-)patiënten in het eigen leven toe te laten nam af naarmate de afstand tot het privéleven kleiner werd. Lager opgeleiden waren vaak minder tolerant tegenover (ex-)patiënten dan hoger opgeleiden. Vergelijking met eerder onderzoek uit 1987 en 1997 wees er niet op dat de houding van Nederlanders sinds 1987 sterk verbeterd is. Overigens werd in deze onderzoeken geen onderscheid gemaakt naar het type psychische aandoening van de (ex-)patiënt. Onbekend is daarom in hoeverre bovenstaande bevindingen ook gelden voor de houding van de algemene bevolking tegenover de groep mensen met een depressieve stoornis.

7. Lacunes in epidemiologische gegevens

Ontbreken van recente gegevens over het vóórkomen van depressieve stoornis bij volwassenen

De meest recente cijfers over het vóórkomen (prevalentie en incidentie) van depressieve stoornis in de algemene volwassen bevolking in Nederland zijn gebaseerd op gegevens verzameld in 2007-2009.⁵⁶ Om up-to-date gegevens te verkrijgen over het vóórkomen van depressieve stoornis, andere varianten van depressie en bijkomende (comorbide) psychische of lichamelijke aandoeningen, is het verzamelen van nieuwe cijfers door middel van een psychiatrisch-epidemiologische studie wenselijk.⁵⁷ Dit is ook van belang om te kunnen monitoren of – zoals wordt nagestreefd door het Meerjarenprogramma Depressiepreventie – het aantal mensen met een depressieve stoornis fors gaat afnemen in het komende decennium.

Ontbreken van gegevens over depressieve stoornis bij jongeren en ouderen

In Nederland ontbreken landelijk representatieve cijfers over het vóórkomen, het beloop en de gevolgen van depressieve stoornis, andere varianten van depressie, en bijkomende aandoeningen bij jongeren tot 18 jaar, zoals bepaald op basis van een uitgebreid diagnostisch instrument en conform DSM-criteria. Beschikbaar onderzoek heeft zich vooral gericht op emotionele problemen of stoornissen zoals bepaald aan de hand van vragenlijsten, en laat grote variaties zien.⁵⁸ In de Staat van Volksgezondheid en Zorg is momenteel voor de jeugd een kerncijfer over *welbevinden* opgenomen. Echter, experts geven aan dat dit cijfer onvoldoende bruikbaar is voor het goed kunnen volgen en verantwoorden van het overheidsbeleid, en dat hiervoor bevolkingscijfers over psychische aandoeningen bij de jeugd nodig zijn.⁵⁹ Mede daarom is het wenselijk dat in toekomstig psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek onder de algemene bevolking naar psychische aandoeningen ook de jongere leeftijdsgroep tot 18 jaar wordt meegenomen, of dat een aparte studie onder deze leeftijdsgroep wordt uitgevoerd.

In Nederland ontbreken eveneens landelijk representatieve cijfers over het vóórkomen, het beloop en de gevolgen van depressieve stoornis, andere varianten van depressie en bijkomende aandoeningen bij ouderen van 65 jaar of ouder, zoals bepaald op basis van een uitgebreid klinisch instrument en conform DSM-criteria.

⁵⁶ Vermeldenswaardig is dat in het kader van de zogeheten *Biobanking and BioMolecular resources Research Infrastructure The Netherlands* (BBMRI-NL; www.bbMRI.nl) in de periode 2015-2017 een onderzoek wordt uitgevoerd onder ruim 30.000 mensen uit de algemene Nederlandse bevolking en waarin de prevalentie van depressieve stoornis ooit in het leven wordt bepaald op basis van een nieuw ontwikkeld instrument, de *Lifetime Depression Assessment Self-report* (LIDAS) (Bot et al., 2017). Een publicatie wordt verwacht in 2018.

⁵⁷ Overigens zal een nieuwe studie uitgaan van de DSM-5. In deze herziene versie is onder andere de definitie van depressieve stoornis iets gewijzigd ten opzichte van de DSM-IV.

⁵⁸ In het onderzoek werd geen onderscheid gemaakt tussen depressieve klachten en angstklachten. Verder kon op basis van de gebruikte vragenlijsten niet worden vastgesteld of er sprake is van een depressieve stoornis of een angststoornis.

⁵⁹ Beoordeling kerncijfers Staat van Volksgezondheid en Zorg (2017).

Ontbreken van gegevens over risicofactoren voor een ongunstig beloop van depressieve stoornis

Het beloop van een depressieve stoornis kan sterk variëren tussen personen. Voor het inrichten van de zorg is het daarom van belang om kennis te hebben over de verschillende 'ziekestadia' die een depressieve stoornis kan hebben ('stagering') en de risicofactoren die bijdragen aan een overgang naar een ernstiger fase ('profilering'). Deze kennis is essentieel voor het gerichter kunnen voorkómen van een allereerste depressieve stoornis, een terugkerende (recidiverende) depressieve stoornis en een chronische depressieve stoornis. Hiervoor is meer onderzoek nodig, zowel in de algemene bevolking als in 'klinische' populaties (bijvoorbeeld bij patiënten in de huisartsenpraktijk of ggz). Zo is er uit algemeen bevolkingsonderzoek onder volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar nog niet veel bekend over de risicofactoren die een rol spelen bij de overgang van geen klachten naar depressieve klachten,⁶⁰ en van depressieve klachten naar een 'volledige' depressieve stoornis. Ook de risicofactoren voor een chronisch beloop van een depressieve stoornis in de algemene bevolking zijn nog onvoldoende onderzocht.

Zowel bij jongeren tot 18 jaar als ouderen vanaf 65 jaar zijn de risicofactoren voor een ongunstig beloop onbekend vanwege het ontbreken van landelijk representatief onderzoek in de bevolking naar het vóórkomen en het beloop van depressieve stoornis in deze leeftijdsgroepen.

⁶⁰ Waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis.

Deel B

Depressie: preventie en Zorg

Jasper Nuijen en Marja van Bon-Martens (redactie)

1. Inleiding

1.1 Inleiding in het kort

In het tweede deel van het rapport wordt een overzicht geboden van landelijke kerncijfers over (preventieve) depressiezorg en worden belangrijke informatielacunes op dit gebied onderscheiden.

Afbakening

De focus ligt op het continuüm van (preventieve) depressiezorg: van het voorveld (publieke gezondheidszorg en sociaal domein) tot de keten van de geestelijke gezondheidszorg (ggz-keten: huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ). Figuur 1.1 geeft een overzicht van dit continuüm, zoals dit in 2017 is georganiseerd. Preventie en zorg zijn gericht op verschillende doelgroepen naar gradatie van de ernst en complexiteit van depressieve klachten en een depressieve stoornis, en vinden plaats in verschillende domeinen. Hier liggen vervolgens verschillende wettelijke kaders met bijbehorende financieringsstromen aan ten grondslag. Met deze afbakening blijft een deel van de (preventieve) depressiezorg in andere settings buiten beschouwing, zoals in algemene en academische ziekenhuizen, in verpleeghuizen, op het werk via de arbeidsgeneeskundige zorg, op school via passend onderwijs, of via informele zorg.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 tot en met 5 wordt voor elk van de domeinen in het continuüm ingegaan op de rol die een domein heeft in (preventieve) depressiezorg, en worden – voor zover beschikbaar – landelijke cijfers gepresenteerd over de omvang en aard van depressiezorg die in een domein wordt geboden. Hierbij is uitgegaan van landelijk dekkende of representatieve gegevens die direct, of via eenvoudige bewerkingen, ontsloten konden worden uit bestaande registratiesystemen. Vervolgens worden cijfers gepresenteerd over verstrekkingen van antidepressiva (hoofdstuk 6) en kosten van depressiezorg (hoofdstuk 7). Elk hoofdstuk begint met een samenvatting. In het afsluitende hoofdstuk 8 worden de belangrijke gegevenslacunes op een rij gezet.

Diagnosegegevens: verschillende classificatiesystemen

In hoofdstuk 3 (huisartsenzorg), hoofdstuk 4 (generalistische basis-GGZ) en hoofdstuk 5 (specialistische GGZ) worden patiëntaantallen gepresenteerd gebaseerd op diagnosegegevens in zorgregistraties. Het gaat hierbij om diagnoses volgens verschillende classificatiesystemen. Huisartsen hanteren het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem (ICPC-1),⁶¹ waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen depressieve klachten en depressieve stoornis. Zorgverleners in de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) en

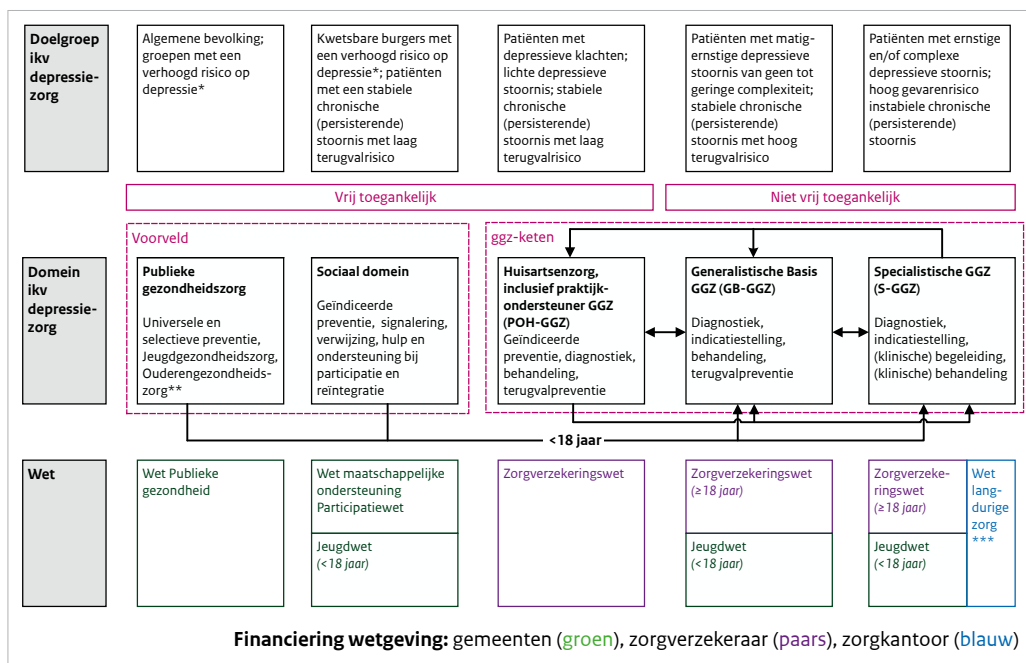
⁶¹ International Classification of Primary Care, versie 1.

gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) gaan uit van de DSM.⁶² In de DSM wordt een diagnose-categorie depressieve klachten onderscheiden onder de noemer ‘subklinische depressie’. Echter, deze diagnose komt niet voor in de registratiesystemen van de GB-GGZ en S-GGZ, omdat in deze echelons alleen patiënten dienen te worden behandeld bij wie sprake is van een ‘volledige’ stoornis volgens DSM-classificatie.

Vervolg inleiding

In het vervolg van deze inleiding worden het voorveld (publieke gezondheidszorg en sociaal domein) en de ggz-keten kort toegelicht in het kader van depressiezorg. Daarbij wordt ingegaan op de toegankelijkheid van zorg en de lokale samenhang tussen de domeinen.

Figuur 1.1 Continuüm van depressiezorg in 2017.



* depressieve klachten of een depressieve stoornis

** niet te verwarren met (geïstitutionaliseerde) ouderenzorg

*** bij verblijf > 3 jaar

Bron: Nuijen en Van Bon (2017). Trimbos-instituut: Utrecht

⁶² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

1.2 Publieke gezondheidszorg en sociaal domein

De publieke gezondheidszorg richt zich op het bewaken, beschermen en bevorderen van de volksgezondheid en daarmee op een gezonde samenleving. Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat een concrete hulpvraag ontbreekt. De publieke gezondheidszorg richt zich vooral op collectieve preventie voor de algemene bevolking (universele preventie) en voor groepen met een verhoogd risico (selectieve preventie). Voor depressie gaat het vooral om het bevorderen van mentale gezondheid en de preventie en vroegsignalering van depressieve klachten via jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg⁶³ en gezondheidsbeleid. Het wettelijk kader voor Publieke Gezondheid wordt gevormd door de *Wet publieke gezondheid* (Wpg). De publieke gezondheidszorg wordt gefinancierd door het rijk en de gemeenten. Samen met het sociaal domein vormt de publieke gezondheidszorg het voorveld van de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Het sociaal domein richt zich op maatschappelijke integratie en participatie van alle inwoners in de verschillende levensdomeinen, zoals zorg, welzijn, arbeid, onderwijs, gezondheidszorg en vrijetijdsbesteding, en laat zich het beste omschrijven als maatschappelijke ondersteuning. De beleidsregie en financiering voor het sociaal domein is vanaf 2015 overgegaan naar de gemeenten via drie grote decentralisaties, vanwege de *Jeugdwet*, de *Participatiewet* en de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo 2015). Inzet is het versterken en vergroten van de zelfredzaamheid en participatie van burgers en patiënten door meer aandacht voor preventie en ondersteuning van personen met een beperking en personen met psychische of psychosociale problemen. Kern van de uitvoering in het sociaal domein zijn de sociale (wijk) teams (ook wel buurtteams, regioteams of wijkteams genoemd). In het kader van de depressiezorg kunnen sociale (wijk)teams een rol spelen bij het bevorderen van de mentale gezondheid en de preventie en vroegsignalering van depressieve klachten bij kwetsbare burgers. Daarnaast kunnen zij een ondersteunende rol spelen bij herstel, participatie en re-integratie van mensen met (chronische) depressieve stoornissen.

1.3 Ggz-keten: huisartsenzorg, GB-GGZ en S-GGZ

De ggz, inclusief de huisartsenzorg, richt zich op individuele depressiepreventie en op genezen en/of herstellen van mensen met psychische klachten en stoornissen. Zorg wordt geboden waar dat gewenst is, maar niet meer dan nodig is (matched care). In de afgelopen jaren zijn er in de ggz diverse belangrijke ontwikkelingen geweest. Zo is een nieuw echelon geïntroduceerd, de generalistische basis-GGZ en wordt er ingezet op beddenafbouw en ambulantisering. Het beleid van de overheid is hierbij gericht op het tot stand brengen van zorg en ondersteuning in de buurt vanuit de wens om de zorg te verbeteren en tegelijkertijd betaalbaar te houden. De keten richt zich meer op het bevorderen van zelfmanagement (onder andere door e-mental health) en preventie, en het versterken van de ggz in huisartsenpraktijk (onder andere via de

⁶³ Niet te verwarren met (geïstitutionaliseerde) ouderenzorg.

functie praktijkondersteuner GGZ, POH-GGZ) (Van Hoof *et al.*, 2016; Nuijen, 2014; ministerie van VWS 2013a, 2013b; KPMG, 2016). Door de introductie van de generalistische basis-GGZ wordt in de ggz niet meer gesproken over eerste lijn (huisartsenzorg en eerstelijns psychologische zorg) en tweede lijn, maar bestaan er in de nieuwe keten van ggz per 2014 drie echelons te weten:

1. de huisartsenzorg inclusief POH-GGZ is er voor mensen met psychische klachten en lichte psychische stoornissen;
2. de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) is bedoeld voor mensen met niet al te complexe of risicovolle psychische stoornissen;
3. de specialistische GGZ (S-GGZ) is er voor mensen met ernstige, complexe en/of risicovolle psychische stoornissen. Een klein deel van de patiënten is gebaat bij een verdere intensivering van de behandeling in een hoogspecialistische setting (TOPGGZ afdeling of universitaire kliniek/behandelprogramma).

Het wettelijk kader voor de ggz wordt gevormd door de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) voor standaardzorg, de *Jeugdwet* voor jeugd-ggz tot 18 jaar, en de *Wet langdurige zorg* (Wlz) voor mensen met langdurige psychische stoornissen (verblijf >3 jaar) die 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben. De GB-GGZ en de S-GGZ voor jeugdigen (tot 18 jaar) worden sinds 1 januari 2015 gefinancierd door gemeenten, terwijl voor de jeugd de huisartsenzorg, inclusief POH-GGZ, onder de Zvw valt. De curatieve ggz voor volwassenen (vanaf 18 jaar) in de huisartsenzorg, inclusief POH-GGZ, en in de GB-GGZ en S-GGZ wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars. De zorgkantoren, gekoppeld aan zorgregio's, regelen en financieren de uitvoering van de langdurige zorg in het kader van de Wlz.

In de ggz werken patiënten en naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars sinds 2013 in het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ samen aan de kwaliteit van de ggz via de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. De Zorgstandaard Depressieve stoornissen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017a) beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met depressieve klachten of een depressieve stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm, zie kader 1.1. In de generieke modules van het Netwerk worden bovendien zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische aandoeningen, zoals zelfmanagement, en de samenwerking met en ondersteuning van naasten.

Kader 1.1 Zorgstandaard depressieve stoornissen

Zorgstandaard Depressieve stoornissen

De Zorgstandaard Depressieve stoornissen (in ontwikkeling) geeft voor de totale keten van de ggz (huisartsenzorg inclusief POH-GGZ, GB-GGZ en S-GGZ) richting aan de zorg voor mensen met depressieve klachten of een depressieve stoornis (al dan niet recidiverend of chronisch). Dit geldt voor de onderdelen preventie, zorg (cure & care) en ondersteuning bij zelfmanagement. De zorgstandaard geeft hiertoe, vanuit het perspectief van patiënten en naasten, een beschrijving van goede zorg voor mensen met een depressie.

Het uitgangspunt voor de zorgstandaard vormde de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Spijker *et al.*, 2013) en de daarbij horende patiëntenversie (2005), inclusief addenda voor jeugdigen (2009) en ouderen (2008), de NHG-Standaard Depressie (van Weel-Baumgarten, 2012), de Richtlijn Stemmingsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming (Meeuwissen *et al.*, 2015), de JGZ-richtlijn Depressie (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2016), de niet-geautoriseerde conceptversie van de zorgstandaard voor depressie (2012),⁶⁴ en de Generieke module Psychische klachten huisartsenpraktijk (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017b).

De zorgstandaard richt zich op de ggz (inclusief de huisartsenzorg en jeugd-ggz) maar niet op het sociale domein, de kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg (JGZ), hoewel ze daarop wel van toepassing kan zijn. De zorgstandaard kan tevens relevant zijn voor andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met depressieve klachten of een depressieve stoornis.

In de depressiezorg wordt gepaste zorg ingezet. Gepaste zorg betekent in dit verband laagdrempelige, generalistische zorg als het kan, en specialistische, intensieve zorg als het nodig is. Matching aan specifieke interventies of een type hulpverlener vindt plaats wanneer dit mogelijk is. Gepaste zorg houdt ook in dat een patiënt de zorg krijgt die past bij de aard en mate van ernst van de klachten, terwijl die zorg zo min mogelijk inbreuk maakt op diens leven en dat van gezinsleden.

Behandeling vindt bovendien plaats op basis van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, en desgewenst diens naasten, aansluitend op de behandeldoelen, en rekening houdend met de aard en ernst van de depressieve stoornis, behoefte aan ondersteuning, en andere persoonlijke factoren. In de behandelkeuze wordt voorts rekening gehouden met behandelvariabelen ten aanzien van het tot stand brengen en onderhouden van een goede werkrelatie en met diversiteit. Intensivering is mogelijk als het klinische beeld dit noodzakelijk maakt, zoals bij een ernstige depressie met psychotische kenmerken. Crisisinterventie door opname is dan bijvoorbeeld geïndiceerd.

⁶⁴ Deze concept zorgstandaard is destijds ontwikkeld door een werkgroep in opdracht van het ministerie van VWS. De zorgstandaard is niet geautoriseerd door betrokken beroepsverenigingen. De concept zorgstandaard kan worden beschouwd als een voorloper van de zorgstandaard.

1.4 Toegankelijkheid

De preventieve voorzieningen in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein zijn in principe vrij toegankelijk voor alle inwoners. Dit geldt ook voor de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ). Voor individuele voorzieningen in het sociaal domein kunnen gemeenten een eigen bijdrage heffen op basis van de Wmo. Voor de GB-GGZ en de S-GGZ is een verwijzing nodig. Voor volwassenen geldt bovendien een verplicht eigen risico op grond van de Zvw; en als daarvoor is gekozen, ook een vrijwillig eigen risico. Voor langdurige zorg betalen volwassenen een eigen bijdrage.

Op grond van de Jeugdwet kunnen jeugdartsen, huisartsen en medisch specialisten rechtstreeks verwijzen naar de jeugd-ggz. Daarnaast hebben gemeenten de beleidsvrijheid om ook andere professionals de bevoegdheid te geven om een jeugdige te verwijzen naar de jeugd-ggz, zoals medewerkers van sociale (wijk)teams.⁶⁵ Binnen de Zvw mogen uitsluitend artsen naar de ggz verwijzen. Dit betekent dat een patiënt zodra hij/zij 18 wordt, een verwijzing moet hebben die ook geldig is voor de Zvw.

Voor volwassenen vanaf 18 jaar wordt behandeling alleen door de basisverzekering vergoed als er (een vermoeden van) een psychische stoornis conform DSM-classificatie is. Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar bepaalt de gemeente onder welke voorwaarden toegang tot de GB-GGZ en S-GGZ wordt vergoed. Als zorg niet kan worden vergoed, bestaat de mogelijkheid deze zelf te betalen.

1.5 Lokale samenhang in depressiezorg

Gemeenten hebben een belangrijke rol bij het aanbrengen van lokale samenhang in het continuüm van de depressiezorg: de preventie, vroegherkenning en behandeling van depressie, maar ook bij herstel, participatie en re-integratie van mensen met (chronische) depressieve stoornissen. Zij zijn verantwoordelijk voor een groot deel van de publieke gezondheidszorg en de maatschappelijke ondersteuning. Verder zijn zij verantwoordelijk voor de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de huisartsenzorg en de ggz.⁶⁶ Daarnaast is de gemeente verantwoordelijk voor een samenhangend en dekkend aanbod in de regio van preventie en zorg voor jeugdigen tot 18 jaar en hun verzorgers, inclusief de jeugd-ggz.⁶⁷ In de Wmo is expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning, op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer wordt overwogen een beroep te doen op de Wet Langdurige Zorg.

⁶⁵ <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/toegang>

⁶⁶ Wet publieke gezondheid, 2016.

⁶⁷ Jeugdwet, 2014.

Binnen de ggz geven Landelijke samenwerkingsafspraken (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016) richtlijnen aan professionals (in alle zorgchelons) en informatie aan patiënten over de zorgprocessen bij volwassenen en ouderen met psychische problemen. Voor de jeugd-ggz zijn Landelijke samenwerkingsafspraken in ontwikkeling. De samenwerkingsafspraken hebben onder andere betrekking op consultatie, (terug)verwijzing, en op de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van de Landelijke samenwerkingsafspraken kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt.

2. Publieke gezondheidszorg en sociaal domein

2.1 Publieke gezondheidszorg en sociaal domein in het kort

De publieke gezondheidszorg is gedefinieerd als ‘de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten’. Preventie van depressie is sinds 2006 beleidsspeerpunt voor VWS. De wijze waarop gemeenten en hun GGD depressiepreventie organiseren verschilt per doelgroep en regio. De interventies en de omstandigheden zijn dan ook in elke regio weer anders. Anno 2013 kozen gemeenten in hun nota’s gemeentelijk gezondheidsbeleid vaker het thema psychosociale gezondheid (eenzaamheid/weerbaarheid/mentale fitheid etc.) (87%) dan het smallere thema depressiepreventie (67%). Gemeenten zijn zowel verantwoordelijk voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) als voor preventie en jeugdhulp op basis van de Jeugdwet. Preventieve activiteiten in het kader van ouderengezondheidszorg kunnen zich richten op mentale fitheid en de bestrijding van eenzaamheid. Hier ligt voor gemeenten een belangrijke verbinding met de Wmo.

Voor de uitvoering in het sociaal domein heeft bijna elke gemeente sociale (wijk)teams ingesteld, hoewel zeer divers qua organisatievorm, taakopvatting en samenstelling. In het kader van depressie spelen sociale (wijk)teams een rol bij het bevorderen van de mentale gezondheid, de preventie en vroegsignalering van depressieve klachten bij kwetsbare burgers. Bovendien spelen zij een rol bij de ondersteuning en begeleiding van mensen met (chronische) depressieve stoornissen in het kader van herstel, re-integratie, participatie en terugvalpreventie.

Met de decentralisaties en transformatie hebben gemeenten een grotere verantwoordelijkheid gekregen in (de lokale samenhang van) het zorgcontinuüm van de depressiezorg. Daardoor liggen er volop kansen voor gemeenten om integraal beleid op het thema psychische gezondheid en depressie in de publieke gezondheidszorg en in het sociale domein te formuleren, én uit te voeren. Veel risico-indicatoren voor depressie (zie deel A) liggen eveneens in de gemeentelijke invloedssfeer. Zo is bijvoorbeeld de gemeente verantwoordelijk voor Werk en inkomen en Participatie, en beïnvloedt ze daarmee de risico-indicator werkloosheid. Bovendien heeft de gemeente een taak en verantwoordelijkheid in de keten voor de totale depressiezorg voor jeugd: van Jeugdgezondheidszorg tot jeugd-ggz. Gemeenten kunnen bovendien beleid voeren op basis van gemeente- en wijkprofielen en/of op doelgroepen met een verhoogd risico op depressie (zoals groepen met een lage sociaaleconomische status (ses), eenzaamheid of KOPP/KVO). Door in te

zetten op preventie, vroegherkenning en vroege interventies kan naar verwachting veel leed worden voorkomen en kwaliteit van leven worden gewonnen, en wordt maatschappelijke participatie bevorderd, zoals in werk en onderwijs.

Professionals in de sociale (wijk)teams hebben vaak te maken met mensen met psychische klachten, zoals stress en depressieve klachten, en met hun complexe problemen, zoals ten aanzien van huisvesting, onderwijs en schulden. De insteek is veelal het versterken van het normale leven (zelfredzaamheid) en het omgaan met stress (weerbaarheid, veerkracht). Gemeenten gaven in het najaar van 2015 aan dat onder andere preventief werken/ vroegsignalering (38%) en het ondersteunen en faciliteren van collectieve voorzieningen in de wijk (38%) taken zijn die nog onvoldoende door sociale (wijk)teams worden uitgevoerd. Samenwerking met GGD'en en Jeugdgezondheidszorg is raadzaam om een sluitende lokale aanpak tot stand te brengen. Samenwerking met de GB-GGZ en S-GGZ is nodig om effectieve verwijzingen te kunnen realiseren.

Om de kansen te kunnen verzilveren, is het noodzakelijk dat de samenwerking tussen publieke gezondheid en sociaal domein en ggz – lokaal – goed wordt opgezet en geëvalueerd. Het gaat om samenwerking binnen en tussen de echelons. Een voorbeeld van samenwerking 'binnen' een echelon is dat in gemeenten andere beleidssectoren (dan enkel het zorgveld) betrokken zouden moeten zijn; zoals Werk en inkomen, of Huisvesting. Een voorbeeld van samenwerking 'tussen' echelons is dat afspraken moeten worden gemaakt over criteria voor verwijzing, naar wie wordt verwezen en/of welke interventie wordt ingezet. De landelijke samenwerkingsafspraken kunnen hiervoor als basis dienen.

Om de samenwerking tussen publieke gezondheid, sociaal domein en huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) vorm te geven en op te zetten, zijn tijd en ruimte nodig. Een van de goede initiatieven is de samenwerking rondom 'Welzijn op recept', waarbij huisartsen en POH's-GGZ mensen met psychische klachten verwijzen naar het lokale welzijnsaanbod. Daarnaast kunnen de sociale (wijk)teams een ondersteunende rol spelen bij herstel, participatie en re-integratie van mensen met (chronische) depressieve stoornissen. Samenwerking met de ggz (waaronder de FACT-teams), waar het mensen met depressieve stoornissen betreft, hoort daarbij. Ondanks de goede initiatieven op dit gebied, blijven kennis en ervaring vaak onbenut doordat ze niet worden beschreven of op effect worden onderzocht.

Medewerkers van sociale (wijk)teams zouden idealiter over basiskennis van geestelijke gezondheid en ggz moeten beschikken en korte lijnen moeten hebben met de huisarts en de POH-GGZ. Geconstateerd wordt echter dat de aanwezige kennis (op dit gebied) over het algemeen niet groot is. Deskundigheidsbevordering binnen de sociale (wijk)teams is noodzakelijk. Een knelpunt hier is dat evidence-based werken in het sociale domein nog in de kinderschoenen staat.

Gegevenslacunes

Specifieke informatie over aard en omvang van de (preventieve) depressiezorg in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein ontbreekt nagenoeg: deze gegevens worden niet systematisch verzameld. Het is bekend dat er op lokaal niveau veel gebeurt in bijvoorbeeld het versterken van mentale veerkracht, positieve gezondheid en/of specifieke activiteiten en programma's op het gebied van depressie.⁶⁸ Een landelijk overzicht over wat er waar in deze zorgdomeinen op het terrein van (preventieve) depressiezorg gebeurt, welke organisaties daarin een rol spelen, welke doelgroepen worden bereikt en wat hiervan het resultaat is, ontbreekt echter. Het is raadzaam om na te gaan of en, zo ja, welke vorm van monitoring hiervoor wenselijk en haalbaar is.

2.2 Wat behelst depressiezorg binnen de publieke gezondheidszorg?

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) wordt publieke gezondheidszorg gedefinieerd als 'de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'. De wet regelt de organisatie van de publieke gezondheidszorg, en beschrijft daarbij de verantwoordelijkheden van de rijksoverheid en de gemeentelijke overheden. De rijksoverheid is onder andere verantwoordelijk voor het vaststellen van een landelijke nota gezondheidsbeleid en een landelijk programma voor uitvoering van onderzoek op het gebied van de publieke gezondheid; elke vier jaar.

De gemeente is onder andere verantwoordelijk voor het vaststellen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid waarin de gemeentelijke doelstellingen, bijbehorende acties en beoogde resultaten staan beschreven voor algemene bevorderingstaken,⁶⁹ jeugdgezondheidszorg en ouderengezondheidszorg.⁷⁰ De gemeente neemt bij het vaststellen van deze nota gemeentelijk gezondheidsbeleid in elk geval de landelijke prioriteiten in acht, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid. Voor de uitvoering van deze taken dienen de gemeenten zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke

⁶⁸ Zie bijvoorbeeld: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/depressie>; en de brochure 'Depressiepreventie en lokaal gezondheidsbeleid. Vier GGD-projecten in de schijnwerpers' van GGD Nederland (2013).

⁶⁹ Algemene bevorderingstaken in de Wpg staan omschreven als het bevorderen van de totstandkoming en continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg. Hiervoor dient de gemeente onder andere op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking, gezondheidsaspecten te bewaken in bestuurlijke beslissingen, en bij te dragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering

⁷⁰ Tot 2007 behoorde ook de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) wettelijk tot de taken van de publieke gezondheidszorg. Dit betreft de maatschappelijke zorg voor 'zorgwekkende zorgmijders', zoals personen met chronische psychische of psychosociale problemen. In de periode 2007 tot 2015 viel de OGGZ onder de Wmo als 8^e prestatieveld). Vanaf 2015 is de OGGZ niet meer expliciet in een wet opgenomen.

gezondheidsdienst (GGD), die veelal regionaal is georganiseerd. Deze GGD dient te beschikken over deskundigen op het gebied van sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen.

Landelijk gezondheidsbeleid

Preventie van depressie is sinds 2006 beleidsspeerpunt voor VWS (ministerie van VWS, 2006, 2011, 2015). In de eerste preventienota wilde VWS depressiepreventie agenderen en samenwerking stimuleren om zodoende meer mensen te bereiken met depressiepreventie. Via het Partnership Depressiepreventie is gewerkt aan deze doelstellingen, onder andere door het schrijven van een handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid (Ministerie van VWS, 2006; Bool & Van der Poel, 2011; Bool, 2010). In de daarop volgende landelijke nota vraagt VWS aandacht voor het organiseren van een adequaat functionerende keten van vroege signalering en preventieve/kortdurende behandeling dichtbij de patiënt, inclusief zelfmanagement, e-health, via het versterken van de functie eerstelijns-GGZ en de samenwerking tussen gemeenten (depressiepreventie en welzijn) en de eerstelijnszorg (Ministerie van VWS, 2011). Aandacht is er ook voor risicofactoren en beschermende factoren. De Handreiking Gezonde Gemeente van het Loketgezondleven.nl benadert de gezondheidsthema's integraal, maar biedt ook ondersteuning bij lokaal beleid specifiek ter preventie van depressie.⁷¹

Het kabinet zette landelijk stevig in op het stimuleren van een gezonde leefstijl en de integrale aanpak via onderwijs, werk, wijk/omgeving en zorg. Het Nationaal Programma Preventie 'Alles is Gezondheid' (www.allesisgezondheid.nl) startte in 2014 en bevatte onder meer een beleidslijn op depressiepreventie (zie kader 2.1). Inzet vindt ook plaats op preventie in de gezondheidszorg, versterking van gezondheidsbescherming en het verkleinen van gezondheidsachterstanden, onder andere via het Stimuleringsprogramma 'Gezond in' (www.gezondin.nu), en op goede informatievoorziening (wijkprofielen⁷²). In de landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 zet VWS dit ingezette beleid door met de ambitie om in 2030 een substantiële verbetering te realiseren ten opzichte van de trends zoals die zijn gerapporteerd in de RIVM Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014 (Ministerie van VWS, 2015).

⁷¹ <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/depressie>

⁷² Wijkprofielen bevatten gedetailleerde (vaak kwantitatieve) informatie over de bevolking en (determinanten van) gezondheid op wijk- en buurtniveau.

Kader 2.1 Depressiepreventie in het landelijke gezondheidsbeleid

In het Nationaal Programma Alles is Gezondheid (Ministerie van VWS, 2013c) is depressiepreventie een specifiek onderdeel. Als doel is geformuleerd om meer depressies te kunnen voorkomen, met name door de aandacht voor specifieke risicogroepen. Ook staat kort beschreven dat VWS op dat moment (2013 en verder) met partners een programmatische aanpak voor Depressiepreventie ontwikkelt. Deze aanpak moet zich richten op zes – door het Partnerschap Depressiepreventie en expertmeetings – geïdentificeerde hoogrisicogroepen: pas bevallen moeders; KOPP/KVO-kinderen en ROC-leerlingen; huisartspatiënten met depressieklachten; werknemers in stressvolle beroepen; chronisch zieken; en mantelzorgers.

In dat kader heeft het Trimbos-instituut in 2014 een strategische verkenning opgeleverd met de titel ‘Depressiepreventie – Gerichte aanpak voor risicogroepen’ (Van der Poel *et al.*, 2014). Relevante stakeholders uit de settingen zorg, school, werk en gemeente/wijk waren betrokken, en verschilden (vanzelfsprekend) per risicogroep. Ook is de inrichting van preventie op het niveau van gemeente/wijk beschreven (echter, oplevering van het rapport lag vóór de decentralisatie van onder andere de Jeugdwet).

In 2016 is door het Trimbos-instituut een advies uitgebracht aan VWS over de contouren van een Meerjarenplan Depressiepreventie. Op basis daarvan heeft VWS, samen met betrokken partijen, het Meerjarenprogramma Depressiepreventie geformuleerd (Ministerie van VWS, 2017). Op de Alles is Gezondheid conferentie van februari 2017 hebben 19 organisaties een ‘pledge’⁷³ ondertekend – *de Depressiedeel* – waarin zij aangeven zich in te zullen spannen om het aantal depressies te verminderen, hopelijk met een daling van 30% in 2030.

In september 2016 lanceerde VWS de meerjarige publiekscampagne depressiepreventie, waarin aandacht wordt gevraagd voor herkenning van signalen van depressie (zie <https://www.omgaanmetdepressie.nl/>). De campagne richt zich op de risicogroepen; in 2016-2017 zijn dat jongeren en jonge vrouwen.

In het Meerjarenprogramma staat een sluitende keten centraal: van signalering van klachten of symptomen, het bespreken daarvan, toeleiding naar preventieve activiteiten en interventies, tot uitvoering van die activiteiten en interventies. Eventuele doorverwijzing naar de huisarts, of via de huisarts naar generalistische basis-GGZ, is een laatste stap. Activiteiten en interventies kunnen door mensen zelf worden uitgevoerd of gedaan (zelfhulp) of kunnen worden begeleid door professionals in verschillende settings.

⁷³ Met een pledge verbinden organisaties zich aan de doelen van het Nationaal Programma Preventie ‘Alles is gezondheid...’ en beloven zij gerichte en concrete activiteiten te ondernemen. Zie ook <http://www.allesisgezondheid.nl/pledges>.

Het gaat wederom om de zes hoogrisicogroepen. Winst is vooral mogelijk door in te zetten op:

- meer bewustzijn van signalen en risicofactoren van depressieve klachten en depressie;
- beter bereik van de hoogrisicogroepen;
- beter toeleiden naar de juiste interventies;
- beter gebruik van deze interventies.

In 2017 richt het Meerjarenprogramma zich op jongeren en jonge vrouwen. De jaren daarna komen de overige hoogrisicogroepen aan bod. Per hoogrisicogroep is er een regievoerder, die de andere relevante partijen bijeenroept om te komen tot concrete afspraken en activiteiten. Voor de hoogrisicogroep jongeren is dat GGD-GHOR Nederland.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid

De landelijke prioriteiten bieden gemeenten aanknopingspunten voor de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dit gebeurt vaak na advies van de GGD, op basis van lokale epidemiologische gegevens. Het is aan gemeenten zelf welke ambities en prioriteiten zij in hun nota formuleren.

De wijze waarop gemeenten en hun GGD depressiepreventie organiseren verschilt per doelgroep en regio (GGD Nederland, 2013). De interventies en de omstandigheden zijn dan ook in elke regio weer anders. Door GGD Nederland is in 2013 (in het kader van het Partnership Depressiepreventie) de inhoud van 190 nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid in kaart gebracht. Gemeenten blijken daarin vaker het thema psychosociale gezondheid (eenzaamheid/weerbaarheid/mentale fitheid etc.) te kiezen (87%) dan het smallere thema depressiepreventie (67%) (Van den Broek & Koornstra, 2013). Voor de doelgroep jeugdigen (<19 jaar) wordt het speerpunt depressie minder vaak genoemd (<40%) dan de overige landelijke speerpunten. In weinig nota's wordt overleg of samenwerking met de eerstelijnszorg genoemd. De verbinding met de (toen nog aanstaande) decentralisaties in het sociale domein werd al wel in de nota's gelegd: variërend per decentralisatie (Jeugdwet, Participatiewet en Wmo 2015) besteedde 50-70% van de nota's hier aandacht aan. Wijkgericht werken wordt in de helft van de nota's genoemd.

Integrale aanpak depressiepreventie

Preventie van depressie is onder andere gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen en vraagt om een integrale aanpak (Trimbos-instituut, 2011). Dat betekent dat gemeenten lokaal beleid ontwikkelen dat inspeelt op beïnvloeding van factoren die samenhangen met psychische problematiek. Verschillende maatregelen en interventies worden in samenhang ingezet voor diverse doelgroepen en hun omgeving: populaties die (nog) geen klachten hebben (universele preventie), groepen met een verhoogd risico (selectieve preventie), en individuen die tot een risico- of kwetsbare groep behoren en/of (lichte) klachten hebben (geïndiceerde preventie). Om een integrale aanpak lokaal vorm te geven, kunnen gemeenten vier pijlers voor een integrale aanpak gebruiken: 1) Voor de *fysieke en sociale omgeving* kan het gaan om het inrichten van een groene en veilige leefomgeving en het stimuleren van sociale cohesie en onderlinge steun; 2) *Voorlichting en educatie* kunnen zich richten op de-stigmatisering maar ook op mentale vitaliteit, veerkracht, weerbaarheid en zelfredzaamheid door middel van voorlichtingsactiviteiten en schoolprogramma's;

3) *Signalering en advies* kan worden versterkt door enerzijds professionals en intermediairs hierin te faciliteren, en anderzijds door het gebruik van protocollen, richtlijnen en standaarden; en 4) *Preventieve ondersteuning* is gericht op mensen met depressieve klachten of op individuen en groepen met een verhoogd risico. Deze ondersteuning kan bestaan uit groepscurssussen, individuele ondersteuning of online zelfhulp met of zonder begeleiding. Gemeenten zijn de eerstverantwoordelijke voor de uitvoering van selectieve preventieve ondersteuning (gericht op risicogroepen) en gemeenten en verzekeraars vergoeden vooral de geïndiceerde preventie (gemeenten voor jeugdigen met depressieve klachten of een verhoogd risico en verzekeraars voor volwassenen). Op het *Loket Gezond Leven van het CGL* worden per pijler de mogelijkheden beschreven voor een concrete invulling van een integrale aanpak van depressie door gemeenten. Ook is daar een *interventieoverzicht voor depressiepreventie* te vinden.

Jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bevordert en borgt het gezond en veilig opgroeien van kinderen in Nederland. JGZ omvat alle preventieve kerntaken in de zorg voor jeugd. Een nieuwe basispakket JGZ is per 1 januari 2015 ingevoerd om een betere aansluiting te krijgen op de Stelselwijziging Jeugd (Ministerie van VWS, 2012; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015). De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en het actief aanbieden van dit basispakket aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar. Onderdeel van dit basispakket zijn onder andere individuele contactmomenten, zoals via het consultatiebureau, het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) en het contactmoment adolescenten. Veelal wordt de JGZ door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) aangeboden, maar dat hoeft niet. Een gemeente mag de JGZ ook bij een andere organisatie beleggen.

De kern van het basispakket wordt gevormd door de volgende onderdelen: het systematisch volgen van de lichamelijke, psychosociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en jongeren; het beoordelen ervan in relatie tot sociale, pedagogische en fysieke omgeving; het signaleren van problemen en vroegtijdig opsporen van stoornissen; het geven van preventieve voorlichting, advies, instructie en begeleiding; het ontzorgen en normaliseren; het beoordelen of extra zorg, ondersteuning of hulp nodig is en deze er direct bij halen; het samenwerken met andere relevante professionals; en het adviseren van gemeenten en scholen over collectieve maatregelen en activiteiten. Het uitvoeren van specifieke programma's of (groeps-)activiteiten na signalering van risico's of problemen bij kinderen of jongeren (geïndiceerde preventie) is geen onderdeel van het basispakket. Deze programma's en activiteiten vallen deels onder preventie op basis van de Jeugdwet. Groepsactiviteiten gericht op gezondheidsbevordering (universele en selectieve preventie) blijven onderdeel in het kader van de Wet publieke gezondheid. Gemeenten zijn zowel verantwoordelijk voor de uitvoering van de JGZ als voor preventie en jeugdhulp op basis van de Jeugdwet. De JGZ signaleert risico's en problemen en versterkt de eigen kracht van kinderen en jongeren. Na het signaleren van een risico of probleem kan ondersteuning vanuit de preventieve activiteiten vanuit de Jeugdwet plaatsvinden. Als daarvoor specifieke JGZ-deskundigheid nodig is, kan de uitvoering bij de JGZ worden belegd. In de Jeugdwet is opgenomen dat onder andere de jeugdarts rechtstreeks naar jeugdhulp kan verwijzen.

JGZ-professionals krijgen in hun dagelijkse praktijk te maken met kinderen en jongeren die een (verhoogd risico op een) depressieve stoornis hebben. De JGZ-professional dient daarom kennis te hebben van (signalen van) depressieve klachten, de risicofactoren voor het ontstaan en het beloop. De richtlijn *Depressie* (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2016) is een leidraad voor JGZ-professionals en ondersteunt bij voorlichting, preventie, signalering, ondersteuning, monitoring en, indien nodig, toeleiding naar verdere diagnostiek of preventieve ondersteuning bij depressie. Interventies waarnaar volgens deze richtlijn verwezen kan worden zijn onder meer www.gripopjedip.nl, Triple-P, KOPP-interventies en het actuele preventieve interventie-aanbod in de *NJI-databank* en de *Interventiedatabase Gezond en Actief Leven* (zie kader 2.2).

Ouderengezondheidszorg

Gemeenten zijn vanaf 1 juli 2010 verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de 65 jaar volgens artikel 5a van de Wpg. Belangrijke taken zijn monitoren, signaleren, en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Daarbij hebben de gemeenten een grote beleidsvrijheid bij het invullen van deze taken. Bij de evaluatie van de implementatie van dit artikel in 2012 bleek dat dit artikel in 77% van de gemeenten is besproken (Van der Kemp, 2012). Hiervan heeft 47% preventieve gezondheidszorg voor ouderen als specifiek onderwerp in de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid opgenomen en 52% (ook) in andere nota's, veelal de Wmo-nota. Nieuwe activiteiten werden slechts beperkt ondernomen. Inhoudelijk gaat het om het uitvoeren van de ouderenmonitor door de GGD, het afleggen van huisbezoeken, het aanbieden van preventieve activiteiten, zoals beweeg-activiteiten en activiteiten ter bestrijding van eenzaamheid, en afstemming met lokale aanbieders van zorg en welzijn. Daarbij stelt het grootste deel van de gemeenten dat het beleid rond preventieve gezondheidszorg voor ouderen door artikel 5a weinig of niet is veranderd.

Vooraf ouderen die worden geconfronteerd met meerdere risicofactoren hebben een sterk verhoogd risico op depressie. Sociale participatie, lichamelijke gezondheid, gevoel van controle over het eigen leven en sociale steun uit de omgeving beschermen ouderen tegen een depressie. Preventieve activiteiten kunnen zich daarom ook richten op onder andere mentale fitheid en de bestrijding van eenzaamheid. Hier ligt voor gemeenten een belangrijke verbinding met de Wmo. Interventies die kunnen worden ingezet zijn te vinden in de *Interventiedatabase Gezond en Actief Leven* (zie kader 2.2) en de *Databank interventies langdurige zorg* van de gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Diverse publicaties geven echter aan dat preventie en gezonde leefstijl in het algemeen niet hoog op de agenda van de publieke gezondheidszorg staan (Peeck, 2016; Koornstra & Stom, 2016).

2.3 Wat behelst depressiezorg binnen het sociaal domein?

De decentralisaties in het sociaal domein geven gemeenten meer verantwoordelijkheden en regie in de zorg en ondersteuning van inwoners. In de zorgvernieuwing die met deze transformaties wordt beoogd is integraliteit van zorg en ondersteuning door hierin meer samenwerking en samenhang aan te brengen een belangrijk thema. Inzet is het versterken en vergroten van de zelfredzaamheid en participatie van burgers en patiënten door meer aandacht voor preventie en ondersteuning van personen met een beperking en van personen met psychische of psychosociale problemen.

Voor de uitvoering in het sociaal domein heeft bijna elke gemeente sociale (wijk)teams ingesteld, hoewel zeer divers qua organisatievorm, taakopvatting en samenstelling (Van Arum & Schoorl, 2016; Van den Enden *et al.*, 2017). In de meeste gevallen richten deze sociale (wijk)teams zich op de hulp aan kwetsbare burgers en gezinnen, waarbij sprake is van complexe problematiek op verschillende levensdomeinen, zoals psychische problemen en schulden. Mede door de veranderingen in de organisatie en financiering van de ggz, de invoering van de GB-GGZ en de ambulantisering, hebben sociale (wijk)teams in het nieuwe zorgstelsel een nog grotere rol gekregen in de zorg en ondersteuning van kwetsbare burgers in het nieuwe zorgstelsel (Ruiter *et al.*, 2013). Zij komen dicht bij de burgers, achter de voordeur, en bieden snel hulp en ondersteuning zonder indicatie, met de bedoeling om daarmee (verdere) escalatie van problemen te voorkomen (Sok *et al.*, 2013; Larsen *et al.*, 2014). In het kader van depressie spelen sociale (wijk)teams een rol bij het bevorderen van de mentale gezondheid, de preventie en vroegsignalering van depressieve klachten bij kwetsbare burgers. Bovendien spelen zij een rol bij de ondersteuning en begeleiding van mensen met (chronische) depressieve stoornissen in het kader van herstel, re-integratie, participatie en terugvalpreventie.

Voor de professionals in de sociale (wijk)teams zijn de kwaliteitsnormen voor de eigen beroepsorganisaties van toepassing, waarbij de organisatiegraad van sociaal werkers laag is (Gezondheidsraad, 2014). Verder kunnen zij gebruikmaken van de *Richtlijn Stemmingsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* en de databanken die overzicht bieden van (effectieve) interventies, en dan vooral die voor sociale interventies en jeugdinterventies, uiteraard voor zover van toepassing in het sociale domein (zie kader 2.2). Op grond van de Jeugdwet kunnen medewerkers van sociale (wijk)teams van de gemeente de bevoegdheid krijgen om een jeugdige rechtstreeks te verwijzen naar de ggz.⁷⁴

⁷⁴ <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/toegang>

Kader 2.2 Interventies voor depressie in landelijke databanken

Zeven kennisinstituten zijn aangesloten bij het Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies. De kennisinstituten hebben elk een eigen erkenningscommissie gericht op een specifiek werkveld. De databanken vermelden de mate van beoordeling, onderbouwing en effectiviteit van de opgenomen interventies. Hieronder een overzicht (april 2017) van interventies uit de drie databanken die relevant zijn voor depressie.⁷⁵

Interventiedatabank Gezond en Actief Leven (32 erkende interventies voor zoekterm depressie)

- 2 met sterke aanwijzingen voor effectiviteit: Kleur je leven, Zicht op Evenwicht.
- 4 met goede aanwijzingen voor effectiviteit: In de put, uit de put bij volwassenen, Voluit leven, Op verhaal komen, Preventie van langdurig ziekteverzuim en depressie bij werknemers met een hoog risico.
- 3 met eerste aanwijzingen voor effectiviteit: Psychische problemen in de familie, Omgaan met mensen met een depressie, Ouder-baby interventie.
- 18 goed onderbouwde interventies: Preventief adviesgesprek over psychiatrische problematiek en/of problematisch middelengebruik, Head Up, Grip op je dip online, Zippy's Vrienden, Stoppen met piekeren, Meer Zelfvertrouwen, Liever Bewegen dan Moe, Vrienden, D(o)epressie, Levensvaardigheden, Pak aan, Triple P, Happyles, Somberheid: wat kun je er zelf aan doen?, Alles onder Controle, Klachtgerichte Mini-interventie: Minder stress, Klachtgerichte aanpak depressiepreventie, Omgaan met stress.
- 5 goed beschreven: Gewichtige Gezinnen Jongeren, Klaar voor de start?!, Elke stap telt, Scoren met Gezondheid, Bewegen op recept bij de sport.

Databank effectieve sociale interventies (8 zoekresultaten voor zoekterm depressie)

- 2 effectief beoordeelde interventies: Vroeger en verder, Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers.
- 2 goed onderbouwde interventies: Horizonmethodiek en Psychische problemen in de familie-Groeps cursus voor mantelzorgers.
- 4 interventies zonder beoordeling: Vrienden maken... kun je leren, Uit de schaduw van de ander, Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars, Eigen-kracht conferentie.

Databank Effectieve Jeugdinterventies (11 resultaten voor filter depressie)

- 11 goed onderbouwde interventies: De D(o)epressie cursus, Grip op je dip online, Happyles, Head Up, Move2Learn, Pak aan, PratenOnline, Survival Kid, Triple P, Triple P niveau 4, Vrienden.

Publieksinformatie over depressie (en preventie) via de landelijke websites

<https://www.mentaalvitaal.nl/> en <https://mindblue.nl/> en <https://www.thuisarts.nl/depressie>.

⁷⁵ De overige databanken van de Kennisinstituten aangesloten bij het Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies zijn: Interventiebibliotheek (Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg), Databank interventies langdurige zorg (Vilans) en de Erkende interventies langdurige GGZ (Trimbos-instituut) en Effectief Actief van het Kenniscentrum Sport.

2.4 Cijfers over depressiezorg in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein

Binnen de publieke gezondheidszorg worden geen landelijk representatieve kwantitatieve gegevens verzameld over de aard en het bereik van preventie activiteiten die zich richten op depressie. Tot en met 2011 werd via de Monitor Aard en Omvang GGZ-preventie gedurende tien jaar gedetailleerde informatie verzameld over de inhoud, de uitvoering en de financiering van GGZ-preventie als onderdeel van de tweedelijns-GGZ. Sinds de verschuiving van (geïndiceerde) preventie naar de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en de gemeenten wordt deze informatie niet meer systematisch verzameld (Schotanus-Dijkstra *et al.*, 2013).

De sociale (wijk)teams voeren evenmin een landelijk eenduidige registratie over de aard van de problemen waarmee zij worden geconfronteerd. Een van de doelen van de transformatie is immers meer ruimte voor professionals en daarvoor het verminderen van de regel- en administratieve druk.⁷⁶ In het najaar van 2015 erkent 92% van de gemeenten dat de teams nog niet aan alle taken toekomen. Onder andere preventief werken/vroegsignalering (38%) en het ondersteunen en faciliteren van collectieve voorzieningen in de wijk (38%) zijn taken die onvoldoende worden uitgevoerd (Van Arum & Schoorl, 2016).

In het kader van horizontale verantwoording (managementinformatie voor gemeenten) is de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein ontwikkeld. Deze monitor geeft inzicht in gebruik, voorspellers voor gebruik, cliëntervaringen met de Wmo en toegankelijkheid van voorzieningen in het sociaal domein. Indicatoren voor hulp of ondersteuning bij depressie of psychische klachten zijn hierin niet opgenomen (Kwaliteitsinstituut Nederlandse gemeenten (KING) & Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), 2016). Uit de voorjaarspeiling 2016 van het Panel Psychisch Gezien blijkt dat ruim een op de 10 panelleden – volwassenen met ernstige of aanhoudende psychische problemen, van wie de helft (ook) met depressieve klachten – de voorafgaande 12 maanden contact heeft gehad met het sociaal wijkteam (Van Hoof, 2016). De panelleden waardeerden de ontvangen hulp en begeleiding door het sociaal (wijk)team met een gemiddeld rapportcijfer van 5,9.

⁷⁶ Jeugdwet, 2014.

3. Huisartsenzorg

Peter Verhaak, Jasper Nuijen, Mark Nielen en Derek de Beurs

3.1 Huisartsenzorg in het kort

Wat betreft depressiezorg biedt de huisarts, ondersteund door de praktijk-ondersteuner GGZ (POH-GGZ), hulp aan mensen met depressieve klachten of een lichte depressieve stoornis (al dan niet conform DSM-classificatie).

Landelijke cijfers samengevat

Uit de landelijk representatieve cijfers van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn blijkt dat het percentage patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis in de huisartsenpraktijk steeg van 3,8% in 2012 naar 4,1% in 2015. Dit betekent dat in 2015 circa 700.000 patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis in de huisartsenpraktijk werden gezien. De POH-GGZ zag in de periode 2012-2015 een steeds groter deel van deze patiënten. Was dit in 2012 nog maar 7%, in 2015 was dit toegenomen tot 20%. Dit komt erop neer dat POH's-GGZ in 2015 met circa 140.000 huisartspatiënten minimaal één contact hadden vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. De grotere rol van de POH-GGZ hangt samen met een sterke toename tussen 2012 en 2015 van het percentage huisartsenpraktijken waar een POH-GGZ werkzaam is, van 27% naar 87%.

Bedacht moet worden dat deze cijfers betrekking hebben op door huisartsen geregistreerde diagnoses in het elektronisch patiëntendossier volgens het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem (ICPC-1).⁷⁷ Het daadwerkelijke aantal huisartspatiënten met depressieve klachten of een depressieve stoornis zal hoger liggen. Dit heeft diverse oorzaken. Registratie-effecten kunnen een rol spelen. Sommige huisartsen zijn bijvoorbeeld geneigd om voor een patiënt met depressieve klachten of een depressieve stoornis een andere ICPC-code (bijvoorbeeld voor stress of overspannenheid) in het patiëntendossier te registreren, omdat deze andere code als minder belastend voor de patiënt wordt ervaren. Daarnaast zal de huisarts niet in alle gevallen depressieve klachten of een depressieve stoornis herkennen. Dit kan komen doordat patiënten geen hulpbehoefte hebben, of hun depressieve klachten vooral somatisch uiten (bijvoorbeeld via hoofdpijn- of vermoeidheidsklachten). Ook huisarts-gerelateerde factoren kunnen meespelen, zoals de beperkte beschikbare tijd per consult, of het ervaren van onvoldoende kennis en vaardigheden omtrent het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek.

⁷⁷ International Classification of Primary Care, versie 1.

Het aantal contacten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis nam toe van 69 in 2012 naar 109 in 2015 per 1.000 ingeschreven huisartspatiënten. Absoluut gezien komt dit voor 2015 neer op circa 1,8 miljoen contacten in de huisartsenpraktijk. Het ging daarbij meestal om een langdurend (>20 minuten) huisartsconsult (24%), een kortdurend (≤20 minuten) huisartsconsult (23%), een langdurend POH-GGZ-consult (22%) of een telefonisch huisartscontact (21%). Het aandeel POH-GGZ-contacten ten opzichte van alle contacten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis werd steeds groter in de periode 2012-2015. In 2012 betrof 16% van alle contacten een POH-GGZ-contact, in 2015 was dit percentage gestegen naar 34%. Dit betekent dat er in 2015 ongeveer 620.000 contacten met de POH-GGZ waren vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis.

Er waren relatief weinig jongeren tot 18 jaar met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (2015: 0,5%) vergeleken met volwassenen tussen 18-64 jaar (2015: 5,1%) en ouderen van 65 jaar of ouder (2015: 4,9%). Bijna tweemaal zoveel vrouwen (2015: 5,4%) als mannen (2015: 2,9%) hadden deze diagnose. Aansluitend hierbij kwam de POH-GGZ voornamelijk in aanraking met patiënten uit de twee oudere leeftijdsgroepen, en vaker met vrouwelijke dan mannelijke patiënten.

In de jaren 2012 tot en met 2015 schreven huisartsen aan hooguit 10% van de jongeren tot 18 jaar met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis een antidepressivum voor. Het voorschrijfpercentage van antidepressiva lag beduidend hoger onder 18-64 jarigen met deze diagnose (50%-58%), en was het hoogst onder ouderen (≥65 jaar) met deze diagnose (61%-70%). Er waren geen eenduidige veranderingen te zien in het voorschrijfpercentage van antidepressiva of andere psychofarmaca (kalmerings- en slaapmiddelen) in de periode 2012-2015.

Hoewel de voorschrijfpercentages van antidepressiva onder volwassenen en ouderen met een diagnose depressieve klachten en depressieve stoornis relatief hoog waren, is het te voorbarig om op basis van deze gegevens te concluderen dat er sprake was van medicamenteuze 'overbehandeling' door huisartsen. Hiervoor is een nadere analyse nodig waarbij ook wordt gekeken naar de ernst van de depressieve problematiek, en naar de dosering en de duur van de voorgeschreven medicatie. Specifieke aandacht voor het voorschrijven onder jongeren tot 18 jaar is gewenst, gezien de controversie rondom het gebruik van antidepressiva bij deze doelgroep.

Gegevenslacunes

Op basis van de landelijk representatieve gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn kan de depressiezorg zoals geleverd in de huisartsenpraktijk goed worden gemonitord in termen van de omvang en kenmerken van de groep huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis, de contacten die de huisarts en POH-GGZ hebben met deze patiënten, en in hoeverre de huisarts antidepressiva en andere psychofarmaca aan hen voorschrijft.

De gegevens bieden minder goed zicht op een aantal andere belangrijke aspecten van de depressiezorg in de huisartsenzorg, waaronder:

- De inhoud van de niet-medicamenteuze zorg – inclusief e-mental health – die wordt geboden door de huisarts en POH-GGZ.
- De uitkomsten van en de patiëntervaringen met de geboden zorg door de huisartsen en POH-GGZ.
- De stroom van patiënten met depressieve klachten en een depressieve stoornis tussen de huisartsenzorg en voorzieningen in het ‘voorveld’, zoals sociale (wijk)teams, en tussen de huisartsenzorg en ‘hogere’ echelons, zoals de GB-GGZ en S-GGZ.

Via aanvullende en verdiepende gegevensverzamelingen zou meer zicht kunnen worden verkregen op zorginhoudelijke aspecten, behandeluitkomsten en patiëntervaringen. Zo kan er een koppeling worden gemaakt met gegevens uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, om op die manier meer inzicht te krijgen in de ervaren kwaliteit van zorg. Patiëntstromen kunnen in kaart worden gebracht door koppelingen op persoonsniveau te maken tussen NIVEL Zorgregistraties eerste lijn en registratiesystemen met gegevens over andere echelons (bijvoorbeeld declaratiedatabases van Vektis of het DBC-informatiesysteem van de NZa).

3.2 Wat behelst depressiezorg in de huisartsenpraktijk?

De huisarts

De huisarts speelt als poortwachter een cruciale rol in de herkenning, diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met depressieve klachten en een depressieve stoornis. In het kader hieronder worden depressie-doelgroepen beschreven die (kunnen) worden bediend in de huisartsenpraktijk. De huisarts zal een deel van de patiënten zelf behandelen en begeleiden, al dan niet in samenwerking met een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). De behandeling en begeleiding is laagdrempelig en toegankelijk en zoveel als mogelijk klachtgericht en niet stoornisgericht. Daarbij houdt de huisarts nadrukkelijk rekening met de omgeving van de patiënt, de mogelijkheden tot zelfmanagement en de impact van de klachten op het dagelijks functioneren. Een ander deel van de patiënten zal de huisarts verwijzen, bijvoorbeeld naar sociale (wijk)teams of naar de ggz. Sinds de invoering van het nieuwe ggz-stelsel op 1 januari 2014 wordt een doorverwijzing van de huisarts naar de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) of specialistische GGZ (S-GGZ) alleen vergoed wanneer er sprake is van een (vermoeden van een) stoornis volgens DSM, het standaard psychiatrisch classificatiesysteem.⁷⁸

⁷⁸ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

Kader 3.1 Depressie-doelgroepen in de huisartsenpraktijk^a

- Patiënten met depressieve klachten of een depressieve stoornis, al dan niet conform de DSM-classificatie:
 - met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren EN:
 - relatief korte ziekte duur.
- Stabiele patiënten met chronische depressieve problematiek die niet-crisisgevoelig zijn en een laag risico op terugval hebben;
- Patiënten bij wie de noodzaak bestaat voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie omdat zij kwetsbaar zijn voor terugval in een depressieve stoornis;
- Patiënten met een depressieve stoornis met een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenpraktijk en bij wie motiveren tot behandeling in de ggz vooralsnog niet slaagt, tenzij er een ernstig gevaarscriterium is.

^a Gebaseerd op de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GB-GGZ en S-GGZ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

De huisarts volgt bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met depressieve klachten of een depressieve stoornis de Standaard Depressie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Van Weel-Baumgarten *et al.*, 2012). Hoewel de diagnostische criteria in de NHG-Standaard zijn ontleend aan de DSM-IV, is het van belang te beseffen dat het stellen van een exacte DSM-diagnose voor de huisarts regelmatig niet nodig is om de juiste vervolgstappen te kunnen bepalen (waaronder eventueel een verwijzing naar de GB-GGZ of S-GGZ). De aanbevelingen van de NHG-Standaard Depressie volgen in grote lijnen die van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Spijker *et al.*, 2013). Afhankelijk van de duur en de ernst van de depressieve klachten, de mate van lijdensdruk en disfunctioneren, en de voorkeur van de patiënt varieert het beleid van voorlichting en advisering (bijvoorbeeld omtrent leefstijl en dagstructurering) tot een meer actieve aanpak, in de vorm van begeleide zelfhulp (al dan niet online), kortdurende psychologische behandeling (zoals Problem Solving Treatment, oplossingsgerichte gesprekken, cognitief gedragstherapeutische technieken) en/of het voorschrijven van antidepressiva. In de huisartsenpraktijk wordt geen cognitieve gedragstherapie gegeven, hiervoor verwijst de huisarts naar een psycholoog of psychiater. Uitgaande van de wetenschappelijke evidentie is de NHG-Standaard terughoudend met het starten met medicamenteuze behandeling bij een depressieve stoornis. Het kan voor een huisarts een uitdaging zijn om goede begeleiding te bieden aan patiënten die hun behandeling met antidepressiva willen afbouwen. Dit is zo omdat het risico bestaat dat de depressieve stoornis weer terugkeert tijdens het afbouwen. Ook is er geen eenduidigheid over de beste manier om medicatie af te bouwen.

De POH-GGZ

De huisarts wordt ondersteund door een POH-GGZ. De POH-GGZ biedt – onder verantwoordelijkheid van de huisarts – vraagverheldering, diagnostiek, kortdurende behandeling of (langer durende) ondersteuning en begeleiding aan patiënten met depressieve klachten of een depressieve stoornis. Hierbij staat niet zozeer de aandoening centraal, maar het aanpassingsvermogen van de patiënt en zijn vermogen tot zelfmanagement. De NHG-Standaard Depressie is leidend.

De POH-GGZ functioneert op hbo opleidings- en ervaringsniveau, en is doorgaans opgeleid als sociaal-psihiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker of (basis-)psycholoog. Door het hele land worden post-hbo-opleidingen tot POH-GGZ aangeboden. Onder invloed van het beleid van de afgelopen jaren om de ggz in de huisartsenpraktijk te versterken, is het percentage praktijken dat werkt met een POH-GGZ enorm toegenomen, van 27% in 2010 naar 87% in 2015 (De Beurs *et al.*, 2016a). De functie van de POH-GGZ is volop in ontwikkeling. In 2014 heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging, in samenwerking met onder andere het NHG, InEen en de Landelijk Vereniging voor POH-GGZ, een functie- en competentieprofiel voor de POH-GGZ uitgebracht (Landelijke Huisartsen Vereniging *et al.*, 2014). Dit profiel wordt gezien als een tussenstap in de doorontwikkeling van de POH-GGZ, mogelijk naar een beroep met een eigen hbo-opleiding en BIG-registratie.

3.3 Landelijke cijfers over depressiezorg in de huisartsenpraktijk

Gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn over de periode 2012-2015

De gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit de elektronische patiëntendossiers, zogeheten Huisartsen Informatie Systemen (HIS-en), van huisartsen die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Het gaat om gegevens die deelnemende huisartsen routinematig registreren in hun HIS, waaronder gegevens over gezondheidsproblemen, contacten en voorgeschreven geneesmiddelen. Aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn namen in 2015 ruim 500 huisartsenpraktijken deel, die representatief waren voor alle regio's van Nederland. In 2015 waren er in totaal ruim 1.500.000 patiënten ingeschreven in deze huisartsenpraktijken.

In dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd voor de jaren 2012 tot en met 2015, en die betrekking hebben op achtereenvolgens:

- de omvang en kenmerken van de groep huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis;
- het aantal en type contacten dat er in de huisartsenpraktijk plaatsvond vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis; en
- hoe vaak psychofarmaca werden voorgeschreven aan huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis.

Ter vergelijking worden bovengenoemde gegevens ook gepresenteerd voor de totale groep huisartspatiënten met enigerlei gediagnosticeerde psychische klachten of psychische stoornis.

Diagnoses geregistreerd volgens het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem

In Nederland gebruiken huisartsen de ICPC-1⁷⁹ voor het vastleggen van klachten, symptomen en aandoeningen in het HIS. Patiënten bij wie ten minste eenmaal in het betreffende jaar een ICPC-code P03 (depressieve klachten) en/of P76 (depressieve stoornis) was geregistreerd, werden beschouwd als patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. De twee ICPC-codes werden tezamen genomen vanwege registratieverschillen tussen huisartsen. De diagnose van een depressieve stoornis vraagt om een langdurige anamnese. Sommige huisartsen kiezen bij een eerste consult daarom voor het registreren van depressieve klachten (ICPC-code P03), en passen deze code niet aan als in een later stadium blijkt dat de patiënt een depressieve stoornis (ICPC-code P76) heeft.

Voorschrijven van psychofarmaca

Binnen NIVEL Zorgregistraties eerste lijn worden voorgeschreven medicijnen gecodeerd volgens het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC-) classificatiesysteem. In dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd over het voorschrijven van de volgende typen psychofarmaca:

- antidepressiva (ATC-code: N06A);
- kalmeringsmiddelen (anxiolytica; N05B); en
- slaapmiddelen (hypnotica/sedativa; N05C).

Van iedere patiënt met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (ICPC-code P03/P76) werd vastgesteld of hij/zij in hetzelfde jaar een voorschrift van één van deze typen psychofarmaca had ontvangen. Hetzelfde werd gedaan voor de totale patiëntengroep met enigerlei psychische diagnose (enigerlei P-code).

Ingeschreven patiëntenpopulatie wisselt per jaar en per type gegevens

Per jaar en per soort gegevens werd uitgegaan van een wisselend totaal aantal patiënten dat was ingeschreven in de deelnemende huisartspraktijken.⁸⁰ Dit heeft te maken met het feit dat gedurende de jaren het aantal huisartspraktijken dat deelneemt aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn wisselde en met het feit dat binnen een jaar sommige praktijken met betrekking tot bepaalde registratiegegevens (diagnose, contactgegevens, medicatievoorschriften) werden uitgesloten vanwege onvoldoende kwaliteit van de gegevens.

⁷⁹ International Classification of Primary Care, versie 1.

⁸⁰ Opvraagbaar bij auteurs.

Omvang en kenmerken patiëntpopulatie

Totale patiëntpopulatie

Tabel 3.1 laat zien dat het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis tussen 2012 en 2015 toenam van 3,8% naar 4,1%. Geëxtrapoleerd naar de totale bevolking waren er in 2015 circa 700.000 patiënten met minimaal één contact vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis in de huisartsenpraktijk. Het percentage huisartspatiënten met enigerlei psychische diagnose steeg in vergelijkbare mate tussen 2012 en 2015, van 18,7% naar 20,3%. De toenames in het percentage patiënten waren relatief het sterkst in 2014, toen het nieuwe ggz-stelsel werd ingevoerd.

Tabel 3.1 Het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (ICPC-code P03 of P76) en het percentage huisartspatiënten met enigerlei psychische diagnose (enigerlei P-code), in de periode 2012-2015. In de laatste drie kolommen staan de procentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
Patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis							
< 18 jaar	0,3	0,4	0,5 ^a	0,5 ^a	19	30	11
18-64 jaar	4,6	4,7	5,1	5,1	1	9	0
≥65 jaar	4,9	4,9	5,1	4,9	0	3	-3
Totaal	3,8	3,8	4,2	4,1	1	9	-1
Patiënten met enigerlei psychische diagnose							
< 18 jaar	12,8	13,4	14,7	15,5	4	10	5
18-64 jaar	19,2	19,3	20,4	20,8	1	6	2
≥65 jaar	23,9	23,9	24,2	24,2	0	1	0
Totaal	18,7	18,9	19,9	20,3	1	6	2

^a Door de afronding op één cijfer achter de komma, blijft de absolute stijging in het percentage verborgen.

Depressieve klachten of een depressieve stoornis werden relatief weinig vastgesteld bij personen tot 18 jaar (2015: 0,5%) vergeleken met volwassenen tussen 18-64 jaar (2015: 5,1%) en ouderen van 65 jaar of ouder (2015: 4,9%). Uitgaande van enigerlei gediagnosticeerde psychische klachten of psychische stoornis was dit verschil tussen de jongste leeftijdsgroep tot 18 jaar en de twee oudere leeftijdsgroepen minder groot.

In het algemeen werden depressieve klachten of een depressieve stoornis bij bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen gediagnosticeerd in de huisartsenpraktijk (niet in tabel; bijvoorbeeld in 2015: 5,4% versus 2,9%). Dit geslachtsverschil zien we in grote lijnen terug in alle jaren van 2012 tot en met 2015 en bij alle drie de leeftijdscategorieën.

Patiëntpopulatie van de POH-GGZ

Tabel 3.2 geeft aan dat het percentage huisartspatiënten dat ten minste één contact had met de POH-GGZ vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis relatief sterk toenam tussen 2012 en 2015, van 0,3% naar 0,8%. Geëxtrapoleerd naar de totale bevolking ging het in 2015 om circa 140.000 huisartspatiënten. Ook het percentage huisartspatiënten dat in aanraking kwam met de POH-GGZ vanwege enigerlei psychische diagnose steeg sterk tussen 2012 en 2015, van 0,8% naar 2,6%.

Tabel 3.2 Het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (ICPC-code P03/P76) en het percentage huisartspatiënten met enigerlei psychische diagnose (enigerlei P-code), gezien door de POH-GGZ, in de periode 2012-2015. In de laatste drie kolommen staan de percentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
Patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis							
< 18 jaar	0,02	0,04	0,1 ^a	0,1 ^a	65	78	58
18-64 jaar	0,4	0,5	0,9	1,1	47	63	27
≥65 jaar	0,2	0,4	0,5	0,7	63	53	35
Totaal	0,3	0,4	0,7	0,8	49	62	29
Patiënten met enigerlei psychische diagnose							
< 18 jaar	0,1	0,3	0,6	0,8	140	79	38
18-64 jaar	1,0	1,5	2,5	3,5	44	69	37
≥65 jaar	0,5	0,9	1,3	1,8	60	56	37
Totaal	0,8	1,1	1,9	2,6	49	68	37

^a Door de afronding op één cijfer achter de komma, blijft de absolute stijging in het percentage verborgen.

De POH-GGZ zag in de periode 2012-2015 een steeds groter deel van de huisartsenpatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (niet in tabel). Werd in 2012 nog maar 7% van deze patiënten ook door de POH-GGZ gezien, in 2015 was dit percentage toegenomen tot 20%.⁸¹ Alle patiënten met enigerlei psychische diagnose in beschouwing nemend, steeg het percentage patiënten dat in aanraking kwam met de POH-GGZ van 4% in 2012 naar 13% in 2015.⁸²

De POH-GGZ bood in de periode 2012-2015 vooral hulp aan volwassenen tussen 18-64 jaar met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis, en in mindere mate aan ouderen van 65 jaar of ouder. Jongeren tot 18 jaar werden relatief weinig gezien door de POH-GGZ. Dit hangt samen met het gegeven dat het percentage jongeren tot 18 jaar bij wie

⁸¹ $(0,271\% / 3,787\%) \times 100 = 7\%$; $(0,847\% / 4,141\%) \times 100 = 20\%$

⁸² $(0,771\% / 18,661\%) \times 100 = 4\%$; $(2,639\% / 20,34\%) \times 100 = 13\%$

depressieve klachten of een depressieve stoornis werd gediagnosticeerd laag was in de huisartsenpraktijk in de jaren 2012-2015 (zie Tabel 3.1). Net als de huisarts zag de POH-GGZ nagenoeg twee keer zoveel vrouwelijke patiënten als mannelijke patiënten met een diagnose depressieve klachten of een depressieve stoornis.

Kenmerken verleende zorg

Contacten met de huisarts of POH-GGZ

Tabel 3.3 laat zien dat het aantal contacten per 1.000 ingeschreven huisartspatiënten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis toenam van 69 in 2012 naar 109 in 2015 (een stijging van 58%). Dit betekent dat landelijk in 2015 ongeveer 1,8 miljoen contacten in de huisartsenpraktijk plaatsvonden vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. Het aantal contacten per 1.000 ingeschreven patiënten vanwege enigerlei psychische diagnose steeg tussen 2012 en 2015 in vergelijkbare mate, van 285 naar 437 (een stijging van 53%).

Tabel 3.3 Aantal contacten^a per 1.000 ingeschreven huisartspatiënten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (ICPC-code P03/P76) en vanwege enigerlei psychische diagnose (enigerlei P-code), in de periode 2012-2015. In de laatste drie kolommen staan de percentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
Patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis							
<18 jaar	4,5	6,2	8,7	12,4	37	42	42
18-64 jaar	84,3	91,9	110,8	135,9	9	21	23
≥65 jaar	91,3	94,6	100,0	125,0	4	6	25
Totaal	69,1	74,8	88,6	109,3	8	18	23
Patiënten met enigerlei psychische diagnose							
<18 jaar	117,5	123,7	145,9	187,9	5	18	29
18-64 jaar	304,6	332,1	384,1	486,3	9	16	27
≥65 jaar	419,4	433,2	439,7	544,5	3	1	24
Totaal	285,1	306,6	346,6	437,3	8	13	26

^a Enigerlei contact met huisarts of POH-GGZ: kortdurend (≤20 minuten) of langdurend (>20 minuten) consult, visite, telefonisch consult of groepsconsult met POH-GGZ.

Overeenkomstig de diagnoseverdeling per leeftijdsgroep (zie Tabel 3.1), waren er in de periode 2012-2015 onder jongeren tot 18 jaar relatief weinig contacten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis in vergelijking met volwassenen tussen 18-64 jaar en ouderen van 65 jaar of ouder. In 2015 waren de contacten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis als volgt verdeeld naar type contact: 24% betrof een langdurend

(>20 minuten) huisartsconsult, 23% een kortdurend (≤20 minuten) huisartsconsult, 22% een langdurend POH-GGZ-consult en 21% een telefonisch huisartscontact. De resterende 10% betrof vooral visites van de huisarts (4%) en telefonische contacten met de POH-GGZ (3%).

Contacten met de POH-GGZ

Tabel 3.4 laat zien dat het aantal contacten met de POH-GGZ vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis meer dan verdriedubbelde tussen 2012 en 2015, van 11 naar 37 contacten per 1.000 ingeschreven huisartspatiënten. Geëxtrapoleerd naar landelijk niveau ging het in 2015 om ongeveer 620.000 contacten met de POH-GGZ vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. Het aantal contacten met de POH-GGZ vanwege enigerlei psychische diagnose steeg relatief nog wat sterker, van 28 naar 106 contacten per 1.000 ingeschreven huisartspatiënten.

Tabel 3.4 Aantal contacten^a met de POH-GGZ per 1.000 ingeschreven huisartspatiënten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (ICPC-code P03/P76) en vanwege enigerlei psychische diagnose (enigerlei P-code), in de periode 2012-2015. In de laatste drie kolommen staan de percentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
Patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis							
<18 jaar	0,7	1,3	2,4	3,8	94	82	61
18-64 jaar	15,0	21,6	37,0	48,3	44	71	30
≥65 jaar	8,8	14,1	22,3	33,1	60	58	48
Totaal	11,1	16,2	27,5	36,7	46	70	33
Patiënten met enigerlei psychische diagnose							
<18 jaar	3,4	9,0	17,3	25,4	164	92	47
18-64 jaar	38,0	54,9	96,9	140,7	45	76	45
≥65 jaar	21,2	32,7	51,6	76,4	55	58	48
Totaal	28,1	41,8	73,0	106,0	48	75	45

^a Enigerlei contact met POH-GGZ: kortdurend (≤20 minuten) of langdurend (>20 minuten) consult, visite, telefonisch consult of groepsconsult met POH-GGZ.

Het aandeel POH-GGZ-contacten ten opzichte van alle contacten vanwege een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis steeg in de periode 2012-2015 (niet in tabel). Betrof het in 2012 nog 16% enigerlei contact met de POH-GGZ, in 2015 was dit percentage gestegen naar 34%.⁸³ Kijkend naar alle contacten vanwege enigerlei psychische diagnose, nam het percentage POH-GGZ-contacten toe van 10% in 2012 naar 24% in 2015.⁸⁴

⁸³ $(11,07 / 69,08) \times 100 = 16\%$; $(36,65 / 109,26) \times 100 = 34\%$

⁸⁴ $(28,14 / 285,11) \times 100 = 10\%$; $(105,98 / 437,34) \times 100 = 24\%$

Voorschrijven van psychofarmaca

Tabel 3.5 laat zien dat in de jaren 2012 tot en met 2015 ruim de helft van de huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis in hetzelfde jaar antidepressiva kreeg voorgeschreven. Er is geen sprake van een eenduidige verandering in het voorschrijfpercentage in deze periode. Patiënten met enigerlei psychische diagnose in beschouwing nemend, had circa 20% een voorschrift voor een antidepressivum.

Huisartsen waren in periode 2012-2015 terughoudend in het voorschrijven van antidepressiva aan jongeren tot 18 jaar met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis: 9-10% had een prescriptie. Het voorschrijfpercentage van antidepressiva schommelde in de jaren 2012-2015 onder 18-64 jarigen tussen 50% en 58%, en was het hoogst onder ouderen van 65 jaar of ouder, variërend tussen 61% en 70%. Uitgaande van alle patiënten met enigerlei psychische diagnose ligt het voorschrijfpercentage antidepressiva circa een factor 2,5 lager, en is in de twee leeftijdsgroepen van 18-64 jaar en van 65 jaar of ouder min of meer gelijk. Vrouwen krijgen bij een diagnose depressieve gevoelens of depressieve stoornis wat vaker antidepressiva voorgeschreven dan mannen (58% versus 53%). Hetzelfde patroon werd binnen de groep met enigerlei psychische diagnose gevonden (27% versus 18%).

Tabel 3.5 Het percentage patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (ICPC-code P03/P76) en enigerlei psychische diagnose (enigerlei P-code) met een voorschrift voor een antidepressivum (ATC-code: N06A). In de laatste drie kolommen staan de procentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
Patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis							
<18 jaar	9,2	8,9	8,7	10,2	-4	-2	18
18-64 jaar	57,7	54,0	50,2	54,1	-6	-7	8
≥65 jaar	69,6	65,0	61,0	69,1	-7	-6	13
Totaal	59,4	55,5	51,5	56,1	-7	-7	9
Patiënten met enigerlei psychische diagnose							
<18 jaar	1,1	1,0	1,1	1,2	-1	6	13
18-64 jaar	26,2	25,4	24,3	26,6	-3	-5	10
≥65 jaar	26,5	25,3	24,6	27,8	-5	-3	13
Totaal	22,7	21,8	20,9	23,0	-4	-4	10

Ongeveer een kwart van de patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis kreeg in hetzelfde jaar een kalmeringsmiddel (anxiolytica) voorgeschreven, en meer dan 15% een slaapmiddel (hypnotica/sedativa). Ook hier blijken vrouwen vaker middelen voorgeschreven te krijgen dan mannen (niet in tabel weergegeven).

4. Generalistische basis-GGZ

4.1 Generalistische basis-GGZ in het kort

Met de invoering van het nieuwe ggz-stelsel vanaf januari 2014 werd de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) geïntroduceerd; voor die tijd was er sprake van eerstelijns psychologische zorg. Wat betreft depressiezorg is de GB-GGZ bedoeld voor mensen met een niet al te complexe of risicovolle depressieve stoornis conform DSM-classificatie.⁸⁵

Landelijke cijfers samengevat

Op basis van gegevens uit landelijke registratiesystemen kan een beperkt beeld worden geschetst van de feitelijke depressiezorg in de GB-GGZ. Enerzijds komt dit doordat de declaratiegegevens (in de vorm van zorgproducten en andere prestaties)⁸⁶ in de landelijk dekkende database van Vektis geen diagnose-informatie bevatten. Anderzijds worden de 'rijkere' gegevens in het DBC-Informatiesysteem (DIS), die wel diagnose-informatie bevatten, voornamelijk maar door een beperkt en mogelijk selectief deel van de zorgaanbieders aangeleverd. Dit roept de vraag op hoe representatief beschikbare DIS-gegevens over de GB-GGZ zijn.

Deze beperking in het achterhoofd houdende en uitgaande van de beschikbare DIS-gegevens in 2014, wordt geschat dat 12% van de jongere patiënten tot 18 jaar, 37% van de volwassen patiënten tussen 18-64 jaar en 30% van de oudere patiënten van 65 jaar of ouder behandeling ontving vanwege een diagnose depressieve stoornis. Toepassing van deze percentages op de landelijk dekkende declaratiegegevens van Vektis leidt tot de voorzichtige schatting dat in 2014 in de GB-GGZ voor ruim 90.000 unieke patiënten een zorgproduct of andere prestatie met als diagnose depressieve stoornis werd geopend. Daarbij dient bedacht te worden dat 2014 een overgangsjaar was vanwege de invoering van de GB-GGZ. Voor een deel van de 90.000 patiënten met een diagnose depressieve stoornis zal in 2014 een zogeheten transitieprestatie zijn geopend om een al in 2013 gestarte behandeling in de 'oude' eerstelijns psychologische zorg te kunnen voortzetten; voor een ander deel van de 90.000 patiënten zal een prestatie zijn geopend als vervolg op een reeds in 2013 gestarte behandeling in de 'oude' tweedelijns-GGZ.

Vanaf 2015 ontbreken gegevens over patiënten tot 18 jaar in de declaratiedatabase van Vektis en in het DIS, vanwege de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten. Enkel uitgaande van volwassenen van 18 jaar of ouder, is een voorzichtige schatting dat in 2015 voor ruim 75.000 unieke patiënten een prestatie met als diagnose depressieve stoornis werd geopend in de GB-GGZ.

⁸⁵ Het criterium van een DSM geclassificeerde psychische stoornis bestond niet vóór 2014, waardoor de GB-GGZ minder toegankelijk is dan voorheen de eerstelijns psychologische zorg.

⁸⁶ Zie p. 110 voor een beschrijving van de zorgproducten en andere prestaties.

Het merendeel van de patiënten met een diagnose depressieve stoornis in de GB-GGZ was vrouw. De DIS-gegevens suggereren dat in 2014 het percentage vrouwelijke patiënten niet veel verschilde tussen de drie leeftijdsgroepen: 60% onder patiënten tot 18 jaar, 67% onder patiënten tussen 18-64 jaar en 66% onder patiënten van 65 jaar of ouder. Verder suggereren de DIS-gegevens dat het in 2014 bij de twee oudere leeftijdsgroepen in ongeveer de helft van de gevallen ging om een behandeling vanwege een gediagnosticeerde eenmalige depressieve episode. Een recidiverende depressieve stoornis werd ook relatief vaak gediagnosticeerd in deze leeftijdsgroepen: bij 26% van de patiënten tussen 18-64 jaar en bij 31% van de oudere patiënten van 65 jaar of ouder. Patiënten tot 18 jaar hadden ook het vaakst een diagnose eenmalige depressieve episode (44%), maar bij hen werd beduidend minder vaak dan in de oudere leeftijdsgroepen een recidiverende depressieve stoornis gediagnosticeerd (6%). Daarentegen hadden de jongere patiënten tot 18 jaar relatief vaak een diagnose overige depressieve stoornis (33%), en in mindere mate dysthymie (17%).⁸⁷

Tot slot geven de declaratiegegevens van Vektis aan dat in 2014 het merendeel (69%) van de totale patiëntpopulatie (willekeurige welke diagnose) in de GB-GGZ-behandeling ontving van een vrijgevestigde zorgverlener. Verder werd in 2015 een 'zwaardere' mix van prestaties ingezet ten opzichte van 2014: verhoudingsgewijs ging het vaker om de zorgproducten 'intensief' en 'chronisch' in plaats van de zorgproducten 'kort' en 'middel'. Het is onduidelijk in hoeverre dit beeld ook geldt voor de groep patiënten met een diagnose depressieve stoornis.

Gegevenslacunes

Landelijke gegevens over depressiezorg in de GB-GGZ zijn beperkt voorhanden. De landelijk dekkende declaratiegegevens van Vektis hebben betrekking op de totale patiëntpopulatie in de GB-GGZ, maar bevatten geen diagnose-informatie op basis waarvan de patiëntgroep met een diagnose depressieve stoornis kan worden onderscheiden. Op basis van DIS-gegevens kan dit wel, maar deze gegevens worden voornamelijk door slechts een beperkt en mogelijk selectief deel van zorgaanbieders binnen de GB-GGZ aangeleverd. Daardoor kan van een basaal gegeven als de omvang van de patiëntgroep met een diagnose depressieve stoornis in de GB-GGZ enkel een voorzichtige schatting worden gemaakt. Het lijkt wenselijk om de gegevensaanlevering door zorgaanbieders binnen de GB-GGZ aan het DIS te vergemakkelijken en te stimuleren. Temeer omdat de DIS-gegevens ook informatie bevatten over onder andere de aard van de geboden behandeling en de behandelende beroepsgroepen.

Stichting Benchmark GGZ (SBG) verzamelt gegevens over behandeluitkomsten en patiëntervaringen bij patiënten die vanwege een diagnose depressieve stoornis zijn behandeld in de GB-GGZ. Echter, beschikbare gegevens hebben voornamelijk alleen betrekking op instellingen. Vrijgevestigde aanbieders, die aan de meerderheid van de patiënten in de GB-GGZ zorg verlenen, zijn pas in januari 2017 gestart met het aanleveren van uitkomstgegevens aan SBG.⁸⁸

⁸⁷ Dysthymie is volgens de DSM een chronische variant van een milde depressieve stoornis.

⁸⁸ De gegevensaanlevering van zowel instellingen als vrijgevestigden aan SBG is tijdelijk stopgezet vanwege privacyoverwegingen. Wellicht dat hierdoor een gegevenslacune is ontstaan voor 2017.

Voor alle hierboven genoemde landelijke registratiesystemen geldt dat zij door de overheveling van de jeugd-ggz naar gemeenten vanaf 2015 géén gegevens meer bevatten over patiënten tot 18 jaar. Ten slotte ontbreken op landelijk niveau gegevens over zowel de instroom van patiënten met een diagnose depressieve stoornis naar de GB-GGZ vanuit de huisartsenzorg of andere echelons, als over de uitstroom van deze patiënten vanuit de GB-GGZ naar de S-GGZ of andere echelons.

4.2 Wat behelst depressiezorg in de generalistische basis-GGZ?

De Zorgstandaard Depressieve stoornissen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017a) beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een depressieve stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm, zie kader 1.2. De kerntaken van de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) hierbij zijn diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van matige tot ernstige depressieve stoornissen (zie kader 4.1). Er is brede kennis van het hele veld van psychische problemen. Gerichtheid op het bevorderen van het functioneren (participatie en herstel) is essentieel: het elimineren van stoornis en ziekte is hierbij niet altijd het uitgangspunt.

Binnen de GB-GGZ zijn vaak vrijgevestigde (eerstelijns) GZ-psychologen werkzaam, maar ook psychotherapeuten, sociaalpsychiatrische verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz en klinisch psychologen. In de GB-GGZ wordt generalistisch, eclecticisch en vanuit de herstelvisie gewerkt (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

Kader 4.1 *Depressie-doelgroepen in de generalistische basis-GGZ^a*

- Patiënten met een (vermoeden van een) depressieve stoornis volgens DSM-classificatie met:
 - matig tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;
 - (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijk of psychosociaal functioneren die NIET met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF;
 - een zekere mate van gevaarsrisico, maar er zijn beschermende factoren aanwezig: adequate coping, werk of structurele daginvulling en dagelijks steunsysteem.
- Patiënten bij wie verbetering van de depressieve stoornis uitblijft bij de behandeling in de huisartsenzorg (indicatief na twee maanden).
- Patiënten met een stabiele chronische depressieve stoornis waarbij sprake is van een hoger risico op terugval (zoals wanneer er sprake is een bijkomende persoonlijkheidsstoornis).

^a Gebaseerd op de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GB-GGZ en S-GGZ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

Binnen de GB-GGZ wordt een behandeling voor volwassenen alleen door de basisverzekering vergoed indien er een DSM-classificatie is. De gemeente financiert de GB-GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar. Als zorg niet kan worden vergoed, bestaat de mogelijkheid deze zelf te betalen. Het behandelaanbod is ingedeeld op basis van vier integrale zorgproducten: kort, middel, intensief en chronisch, gebaseerd op de gemiddelde behandeltijd (respectievelijk circa 300, 500 en 750 minuten, en 750 minuten per jaar) (Bakker & Jansen, 2013). De indicatiestelling hiervoor gebeurt door de behandelaren. Uitgangspunt voor de keuze van zorg zijn de aard en ernst van de klachten, de behoefte en de voorkeur van de patiënt en diens naasten.

4.3 Landelijke cijfers over depressiezorg in de generalistische basis-GGZ

Er zijn weinig landelijke gegevens beschikbaar over de feitelijke depressiezorg in de GB-GGZ. Een reden hiervoor is dat declaraties van geleverde zorg door GB-GGZ-aanbieders – op basis van de vier zorgproducten en overige prestaties⁸⁹ – aan verzekeraars geen diagnose – informatie bevatten. Vektis, het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars, heeft daarom wel de beschikking over landelijk dekkende declaratiegegevens over de totale zorg in de GB-GGZ, maar kan op basis van deze gegevens *niet* het deel onderscheiden dat betrekking heeft op depressiezorg. In principe zouden GB-GGZ-aanbieders ook gegevens over de door hen geleverde zorg dienen te leveren aan het DBC Informatiesysteem (DIS), zodat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de ontwikkelingen hierin kan monitoren. De aan het DIS te leveren gegevens zijn ‘rijker’ dan de declaratiegegevens, en bevatten onder andere diagnose-informatie. Daardoor zou op basis van DIS-gegevens zicht kunnen worden verkregen op zorg die in de GB-GGZ wordt verleend aan patiënten met een depressieve stoornis. Echter, de gegevensaanlevering aan DIS door aanbieders is vooralsnog incompleet.⁹⁰ Dit roept de vraag op hoe representatief beschikbare DIS-gegevens over de GB-GGZ zijn.

Gegeven deze beperkingen van landelijke databronnen wordt in onderstaande paragrafen op basis van declaratiegegevens van Vektis ingegaan op de omvang en kenmerken van de *totale* patiëntpopulatie in de GB-GGZ, en de aan hen verleende zorg in de jaren 2012 tot en met 2015. Het gaat dus om de twee jaren voorafgaand aan, en de twee jaren volgend op, de introductie van de GB-GGZ (per 1 januari 2014). Beschikbare, doch incomplete DIS-gegevens over 2014 en 2015 worden gebruikt om een indruk te krijgen van de omvang en kenmerken van de patiëntgroep die in de GB-GGZ werd behandeld voor een diagnose depressieve stoornis.

Er worden geen gegevens van Stichting Benchmark GGZ (SBG) over behandeluitkomsten bij patiënten met een diagnose depressieve stoornis gepresenteerd. Deze keuze is gemaakt omdat vrijgevestigde aanbieders pas in januari 2017 zijn begonnen met het aanleveren van uitkomstgegevens aan SBG, terwijl juist zij in de GB-GGZ aan de meerderheid van de patiënten zorg verlenen.

⁸⁹ Zie p. 110 voor een beschrijving van de zorgproducten en overige prestaties.

⁹⁰ Dekkingsgraad was 36% in 2015.

Omvang patiëntpopulatie

Totaal aantal patiënten met een in het peiljaar geopende prestatie

Tabel 4.1 laat zien dat in 2014 in de GB-GGZ voor bijna 300.000 patiënten een zorgproduct of andere prestatie werd geopend. Bedacht dient te worden dat 2014 een overgangsjaar vormde. Voor een deel van de patiënten zal in 2014 een zogeheten transitieprestatie⁹¹ zijn geopend om een al in 2013 gestarte behandeling in de ‘oude’ eerstelijns psychologische zorg te kunnen voortzetten; voor een ander deel zal een prestatie zijn geopend als vervolg op een reeds in 2013 gestarte behandeling in de ‘oude’ tweedelijns-GGZ.

Vanwege de invoering van de Jeugdwet in 2015 geven de declaratiegegevens vanaf dat jaar geen zicht meer op het aantal jongeren tot 18 jaar dat in de GB-GGZ werd behandeld. Enkel uitgaande van volwassen patiënten vanaf 18 jaar en ouder, daalde het aantal patiënten voor wie een prestatie werd geopend in 2015 met bijna 8% ten opzichte van 2014. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de declaratiegegevens voor 2015 nog niet helemaal compleet zijn (naar verwachting ontbreekt minder dan 2%).

Tabel 4.1 Het aantal unieke patiënten voor wie in een peiljaar een prestatie werd geopend, naar leeftijd. De jaren 2012 en 2013 hebben betrekking op eerstelijns psychologische zorg; de jaren 2014 en 2015 op de generalistische basis-GGZ. In de laatste drie kolommen staan de percentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
< 18 jaar	65.406	63.059	65.625	- ^b	-4%	4%	- ^b
18-64 jaar	242.175	221.472	216.774	198.787	-9%	-2%	-8%
≥65 jaar	11.841	13.304	14.537	14.225	12%	9%	-2%
Totaal	319.422	297.835	296.936	-^b	-7%	-0,3%	-^b

^a Gegevens van 2015 zijn nog niet 100% compleet: qua kosten was voor ruim 98% uitgedeclareerd.

^b Door overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten per 1-1-2015, zijn er geen ggz-patiënten in de leeftijd tot 18 jaar binnen de Zorgverzekeringswet.

Bron: Vektis.

Het valt op dat tussen 2012 en 2013 het aantal patiënten met een geopende prestatie in eerstelijns psychologische zorg daalde met 7%. Het is onduidelijk waardoor dit wordt veroorzaakt. Een mogelijke reden kan zijn dat er in 2013 ten opzichte van 2012 minder patiënten vanuit de huisartsenzorg werden verwezen naar de eerstelijns psychologische zorg, mogelijk vanwege de groeiende rol van de POH-GGZ (zie ook hoofdstuk 3).

⁹¹ Tijdelijke prestatie in 2014 voor de duur van 1 jaar, waarmee het mogelijk werd gemaakt om zorgactiviteiten te declareren waarvan het door de overgang naar de GB-GGZ onwenselijk was dat deze werden bekostigd door middel van één van de vier zorgproducten.

Geschat aantal patiënten met een in het peiljaar geopende prestatie met als diagnose depressieve stoornis
 Zoals eerder aangegeven is een beperking van bovenstaande declaratiegegevens dat diagnose-informatie ontbreekt. Hierdoor is het onduidelijk welk deel van de patiënten in de GB-GGZ werd behandeld vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis. Om hier toch een indruk van te kunnen krijgen, is gebruikgemaakt van bij de NZa beschikbare, onvolledige gegevens uit het DBC Informatiesysteem (DIS) over 2014 en 2015. Tabel 4.2 toont bij welk deel van de prestaties in de GB-GGZ (in dit geval gaat het om afgesloten prestaties) de hoofdbehandelaar een diagnose depressieve stoornis had gesteld, uitgesplitst naar leeftijd.

Tabel 4.2 Percentage afgesloten prestaties in de generalistische basis-GGZ in 2014 en 2015 met een diagnose depressieve stoornis conform DSM-IV, naar leeftijd.

	2014	2015
< 18 jaar	12%	- ^b
18-64 jaar	37%	36%
≥65 jaar	30%	36%

^b Door overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten per 1-1-2015, zijn er geen ggz-patiënten in de leeftijd tot 18 jaar binnen de Zorgverzekeringswet.

Bron: NZa.

Onder de aanname dat deze verdeling op basis van onvolledige DIS-gegevens representatief is, kan – uitgaande van de landelijk dekkende declaratiegegevens van Vektis – voorzichtig worden geschat dat in 2014 voor ruim 90.000 unieke patiënten een prestatie met als diagnose depressieve stoornis werd geopend (zie Tabel 4.3). Voor 2015 zijn uitsluitend gegevens beschikbaar over volwassenen van 18 jaar of ouder. Een voorzichtige schatting is dat in 2015 voor ruim 75.000 patiënten van 18 jaar of ouder een prestatie met als diagnose depressieve stoornis werd geopend in de GB-GGZ.

Tabel 4.3 Het geschatte aantal patiënten voor wie in 2014 en 2015 een prestatie met als diagnose depressieve stoornis werd geopend in de generalistische basis-GGZ, naar leeftijd.

	2014	2015
< 18 jaar	7.828	- ^a
18-64 jaar	80.905	71.212
≥65 jaar	4.350	5.066
Totaal	93.082	-^a

^a Door overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten per 1-1-2015, zijn er geen ggz-patiënten in de leeftijd tot 18 jaar binnen de Zorgverzekeringswet.

Bron: Vektis, NZa.

Kenmerken patiënten met een diagnose depressieve stoornis

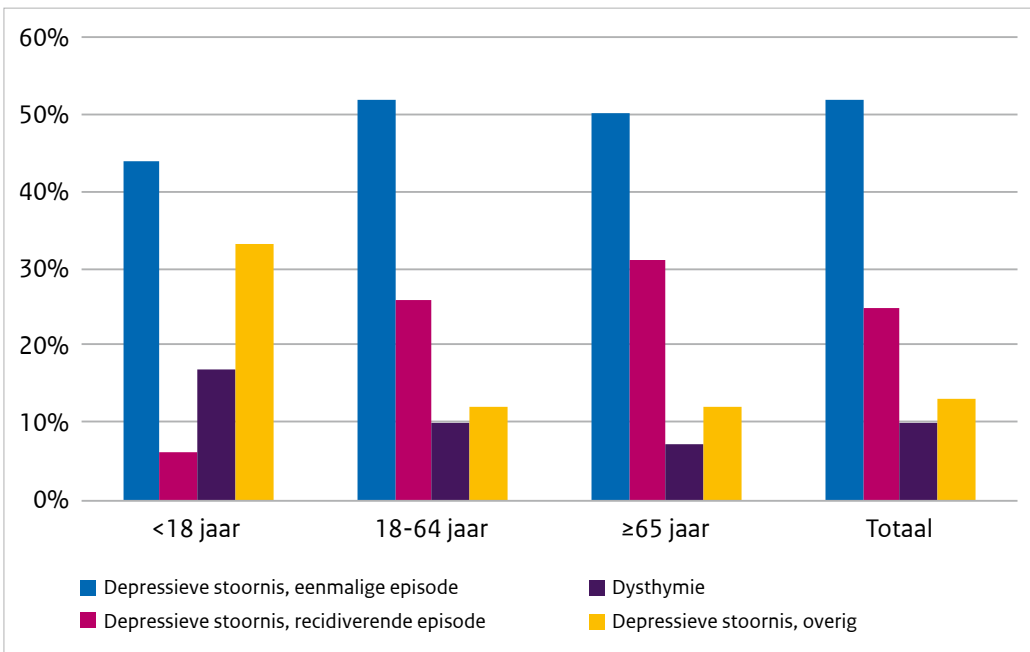
Verdeling naar leeftijd en geslacht

De onvolledige DIS-gegevens van de NZa suggereren in 2014 de volgende leeftijdsverdeling voor patiënten met een diagnose depressieve stoornis in de GB-GGZ: 12% jonger dan 18 jaar, 81% tussen de 18-64 jaar en 7% 65 jaar of ouder. Tweederde (66%) van de patiënten met een diagnose depressieve stoornis was vrouw. Het percentage vrouw verschilde niet veel tussen de drie leeftijdsgroepen: respectievelijk 60% (bij patiënten tot 18 jaar), 67% (bij patiënten tussen 18-64 jaar) en 66% (bij patiënten van 65 jaar of ouder).

Verdeling naar type depressieve stoornis

Figuur 4.1 geeft op basis van de onvolledige DIS-gegevens een indicatie van de verdeling naar het type depressieve stoornis dat in 2014 werd gediagnosticeerd in de GB-GGZ. Ruim de helft van de diagnoses (52%) betrof een eenmalige depressieve episode; een kwart betrof een recidiverende episode. Onder jongeren tot 18 jaar werden dysthymie en een overige depressieve stoornis relatief vaker gediagnosticeerd in vergelijking met de oudere leeftijdsgroepen.

Figuur 4.1 Verdeling van in 2014 afgesloten prestaties in de generalistische basis-GGZ met als diagnose depressie stoornis (conform DSM-IV), naar type depressieve stoornis en leeftijd.



Bron: NZa.

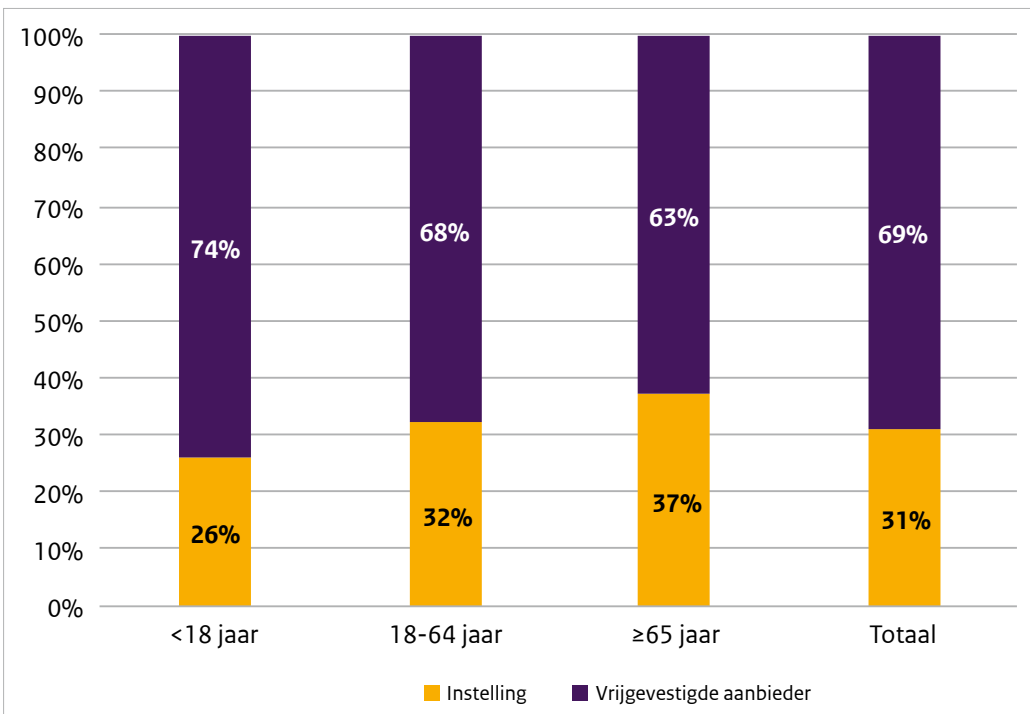
Kenmerken verleende zorg aan totale patiëntpopulatie

In deze paragraaf worden op basis van de declaratiegegevens van Vektis uitsluitend gegevens gepresenteerd die gaan over kenmerken van de zorg die werd verleend aan de *totale* patiëntgroep in de GB-GGZ. Het is onduidelijk in hoeverre de groep patiënten met een diagnose depressieve stoornis afwijkt van dit algemene beeld. Voor een peiljaar werd uitgegaan van de patiënten voor wie in het peiljaar een zorgproduct of andere prestatie werd geopend. Het gaat dus om de zorg verleend tijdens de looptijd van een prestatie, waarbij een deel kan hebben plaatsgevonden in het jaar volgend op het peiljaar.

Verdeling naar instelling en vrijgevestigde praktijk

Figuur 4.2 laat zien dat in het peiljaar 2014 bijna 7 op de 10 patiënten (69%) in de GB-GGZ-behandeling van een vrijgevestigde zorgverlener ontving. Het percentage patiënten dat door een vrijgevestigde werd behandeld was het grootst onder jongere patiënten tot 18 jaar, en nam af in de twee oudere leeftijdscategorieën.

Figuur 4.2 Patiënten met een prestatie in de generalistische basis-GGZ verdeeld naar behandeling door een instelling of vrijgevestigde aanbieder, uitgesplitst naar leeftijd. De prestatie werd geopend in 2014, en werd in 2014 of 2015 afgesloten.



Bron: Vektis.

Verdeling naar type prestatie; gemiddelde behandelduur per prestatie

Figuur 4.3 toont dat in het peiljaar 2014 het zorgproduct intensief (32%) relatief het vaakst werd toegepast, gevolgd door de zorgproducten middel (27%) en kort (22%). Daarnaast was er relatief vaak sprake van een transitieprestatie (16%) om een reeds gestarte behandeling in de 'oude' eerstelijns psychologische zorg in 2014 voort te kunnen zetten in de GB-GGZ. Bij jongere patiënten tot 18 jaar en bij oudere patiënten van 65 jaar of ouder was het aandeel zorgproduct kort, zorgproduct middel en zorgproduct intensief vrijwel gelijk, terwijl bij patiënten tussen 18-64 jaar het aandeel zorgproduct intensief het grootst was.

Voor het peiljaar 2015 zijn gegevens over jongere patiënten tot 18 jaar niet meer beschikbaar, vanwege de invoering van de Jeugdwet. Kijkend naar de twee oudere leeftijdsgroepen valt op dat het aandeel 'lichte' prestaties (zorgproducten kort en middel) afnam, en het aandeel 'zwaardere' prestaties (zorgproducten intensief en chronisch) juist toenam. Verder was het aandeel onvolledige behandeltrajecten in het peiljaar 2015 kleiner dan het aandeel transitietrajecten in het peiljaar 2014. Deze veranderingen wijzen erop dat er in het peiljaar 2015 gemiddeld intensievere hulp werd geboden in de GB-GGZ aan patiënten vanaf 18 jaar dan in het peiljaar 2014. Dit komt overeen met de observatie dat in de twee oudere leeftijdsgroepen de gemiddelde behandelduur⁹² per patiënt toenam tussen de peiljaren 2014 en 2015 (bij patiënten tussen 18-64 jaar: van 7,3 uur naar 8,6 uur; bij patiënten van 65 jaar of ouder: van 6,9 naar 8,3 uur; niet in tabel weergegeven).

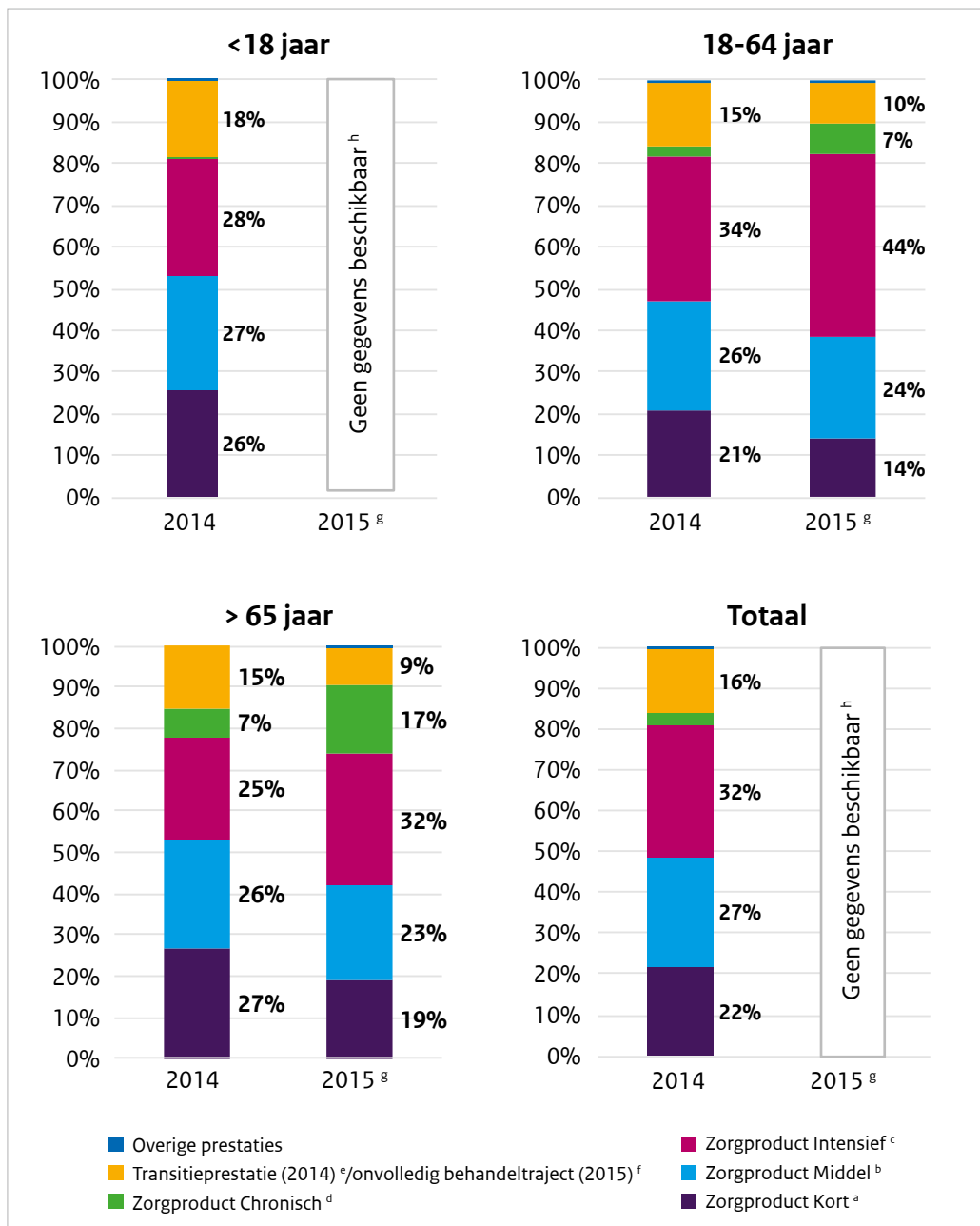
Toelichting Figuur 4.3

- ^a Er is sprake van: een DSM-stoornis; problematiek van lichte ernst; een laag risico; een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit; en aanhoudende/persisterende klachten (eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd).
- ^b Er is sprake van: een DSM-stoornis; problematiek van matige ernst; een laag tot matig risico; een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit; en een duur van de klachten die beantwoordt aan richtlijncriteria.
- ^c Er is sprake van: een DSM-stoornis; ernstige problematiek; een laag tot matig risico; een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit; en een de duur van de klachten die beantwoordt aan de richtlijncriteria.
- ^d Er is sprake van: een DSM-stoornis; risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie; en een laag tot matig risico.
- ^e Tijdelijke prestatie (in 2014) voor de duur van 1 jaar, waarmee mogelijk werd gemaakt om zorgactiviteiten te declareren waarvan het door de overgang naar de GB-GGZ niet wenselijk was dat deze worden bekostigd door middel van één van de vier zorgproducten.
- ^f Is in drie situaties van toepassing: de verwijzer verwijst de patiënt naar een behandelaar in de GB-GGZ, maar de behandelaar stelt geen DSM-stoornis vast; er wordt vroegtijdig geconcludeerd dat de patiënt dient te worden behandeld in de specialistische GGZ; of de behandeling wordt vroegtijdig door de patiënt en/of behandelaar afgebroken.
- ^g Gegevens van 2015 zijn nog niet 100% compleet: qua kosten was voor ruim 98% uitgedeclareerd.
- ^h Door overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten per 1-1-2015, zijn er geen ggz-patiënten in de leeftijd tot 18 jaar binnen de Zorgverzekeringswet.

Bron: Vektis.

⁹² Het gaat om de totale geregistreerde patiëntgebonden tijd, inclusief indirecte tijd (tijd die geen betrekking heeft op het uitvoeren van een directe behandelactiviteit).

Figuur 4.3 Verdeling van prestaties in de generalistische basis-GGZ in de peiljaren 2014 en 2015, naar type en leeftijd. De prestatie werd geopend in het peiljaar, en werd in het peiljaar of het daaropvolgende jaar afgesloten.



5. Specialistische GGZ

5.1 Specialistische GGZ in het kort

Met de invoering van het nieuwe ggz-stelsel vanaf januari 2014 werd de specialistische GGZ (S-GGZ) geïntroduceerd; voor die tijd werd gesproken van tweedelijns-GGZ. Wat betreft depressiezorg is de S-GGZ bedoeld voor mensen met een ernstige, complexe en/of risicovolle depressieve stoornis conform DSM-classificatie.⁹³

Landelijke cijfers samengevat

Op basis van beschikbare landelijke gegevens wordt in dit hoofdstuk een indruk gegeven van de feitelijke depressiezorg in de S-GGZ. Het gaat daarbij om het curatieve deel, het deel dat wordt bekostigd vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) op basis van zogeheten diagnose-behandelcombinaties (DBC's).

Omvang patiëntpopulatie

Uitgaande van de landelijk dekkende declaratiegegevens van Vektis werd in 2014 voor circa 105.000 patiënten een DBC geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis (kortweg: DBC depressieve stoornis). Dit kwam neer op 13% van alle patiënten met een 2014 geopende DBC (willekeurig welke). In 2013 werd in de 'oude' tweedelijns-GGZ nog voor 132.000 patiënten een DBC depressieve stoornis geopend. Deze daling tussen 2013 en 2014 (-20%) is waarschijnlijk grotendeels toe te schrijven aan het overhevelen van patiënten naar de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ; ingevoerd per 1-1-2014) en naar de praktijkondersteuner POH-GGZ (POH-GGZ) in de huisartsenpraktijk.

Vanaf 2015 ontbreken gegevens over jongere patiënten tot 18 jaar, vanwege de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten. Uitsluitend kijkend naar volwassen patiënten van 18 jaar en ouder, daalde het aantal patiënten voor wie een DBC depressieve stoornis werd geopend tussen 2014 en 2015 licht, van bijna 99.000 naar ruim 95.000.

Bovengenoemde aantallen betreffen overigens niet het totaal aantal patiënten dat zorg ontving binnen de S-GGZ vanwege een depressieve stoornis. Zo zijn patiënten met een kortdurende (<250 minuten directe tijd⁹⁴) DBC depressieve stoornis niet meegeteld, omdat de declaratiegegevens voor dit type DBC geen diagnose-informatie bevatten. Daarnaast ontbreken de patiënten die wel een DBC depressieve stoornis in het peiljaar hadden, maar die in het jaar daar voorafgaand al was geopend. Wanneer deze patiëntengroepen zouden

⁹³ Het criterium van ernstige, complexe en/of risicovolle psychische stoornis bestond niet vóór 2014, waardoor de S-GGZ minder toegankelijk is dan voorheen de 'oude' tweedelijns-GGZ.

⁹⁴ Tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of diens naaste(n).

zijn meegenomen stijgt het aantal patiënten dat in 2014 en 2015 in de S-GGZ werd behandeld vanwege een hoofddiagnose depressieve stoornis waarschijnlijk aanzienlijk.⁹⁵

Kenmerken patiëntpopulatie

Volgens de declaratiegegevens van Vektis was van de patiënten met een in 2014 geopende DBC depressieve stoornis 6% jonger dan 18 jaar, 82% in de leeftijd van 18-64 jaar, en 12% 65 jaar of ouder. In alle drie de leeftijdsgroepen was het merendeel van de patiënten vrouw (respectievelijk 69%, 62% en 69%).

Op basis van door het CBS verwerkte gegevens uit het DBC-informatiesysteem (DIS) werden enkele robuuste bevindingen gedaan in de jaren 2011 tot en 2013, dus ten tijde van de 'oude' tweedelijns-GGZ. Personen uit lagere inkomensgroepen bleken vaker vanwege een depressieve stoornis te zijn behandeld in de tweedelijns-GGZ dan personen uit hogere inkomensgroepen. Deze bevinding sluit aan bij de epidemiologische evidentie uit algemeen bevolkingsonderzoek dat personen met een lager inkomen een hogere kans hebben op een depressieve stoornis, en behandeling in de ggz. Verder werden een eenmalige of terugkerende (recidiverende) depressieve episode het vaakst gesteld als hoofddiagnose bij patiënten tussen 18-64 jaar (respectievelijk 39% en 35%) en bij patiënten van 65 jaar of ouder (respectievelijk 31% en 50%). Patiënten tot 18 jaar hadden het vaakst dysthymie als hoofddiagnose (42%),⁹⁶ gevolgd door een eenmalige depressieve episode (31%) en een overige depressieve stoornis (21%). Analyse op recentere DIS-gegevens kan laten zien of deze bevindingen ook gelden voor de S-GGZ (sinds 2014).

Zorgkenmerken

Op basis van de declaratiegegevens van Vektis werd een indruk verkregen van de zorg die werd verleend aan patiënten met een DBC depressieve stoornis. Voor een peiljaar werd uitgegaan van de patiënten voor wie in dat peiljaar een DBC depressieve stoornis werd geopend.⁹⁷ Het gaat om de zorg verleend tijdens de looptijd van de DBC, waarbij een deel kan hebben plaatsgevonden in het jaar volgend op het peiljaar. Het gaat dus niet om volledige zorgtrajecten voor een depressieve stoornis, doordat die voor een deel van de patiënten ook DBC's zullen omvatten die vóór of na het peiljaar werden geopend.

In het peiljaar 2014 ontving bijna driekwart (74%) van de patiënten in de S-GGZ met een DBC depressieve stoornis behandeling vanuit een instelling. Patiënten werden in veruit de meeste gevallen uitsluitend ambulante behandeld; 7% werd voor ten minste één dag opgenomen met overnachting. Onder oudere patiënten van 65 jaar of ouder was het verblijfspercentage aanzienlijk hoger (17%) dan onder jongere patiënten tot 18 jaar (5%) en

⁹⁵ Een analyse op basis van de 'rijkere' gegevens uit het DBC-informatiesysteem (DIS) gaf aan dat het in 2013 – dus ten tijde van de 'oude' tweedelijns-GGZ – ging om 100.000 extra patiënten met een DBC depressieve stoornis.

⁹⁶ Dysthymie is volgens de DSM een chronische variant van een milde depressieve stoornis.

⁹⁷ Voor een klein deel van de patiënten werd in een peiljaar meer dan één DBC depressieve stoornis geopend. Gemiddeld werden er in een peiljaar 1,02 DBC's depressieve stoornis per patiënt geopend.

patiënten tussen 18-64 jaar (6%). Overigens zijn deze verblijfspercentages waarschijnlijk overschattingen omdat patiënten met een kortdurende DBC depressieve stoornis – waar verblijf minder vaak onderdeel van zal uitmaken – niet zijn meegenomen.

Zoals te verwachten was de gemiddelde behandelduur per patiënt met een DBC depressieve stoornis langer bij opgenomen patiënten (peiljaar 2014: 102 uur) dan bij degenen die uitsluitend ambulante werden behandeld (peiljaar 2014: 30 uur). Ook deze gemiddelden zijn waarschijnlijk overschattingen vanwege het niet meenemen van kortdurende DBC's. Ten slotte bleek dat de gemiddelde verblijfsduur per opgenomen patiënt met een DBC depressieve stoornis daalde van 62 dagen in het peiljaar 2012 naar 58 dagen in het peiljaar 2014. Dit hangt waarschijnlijk samen met capaciteitsdaling in opnamevoorzieningen in deze periode.

Behandeluitkomsten en patiëntervaringen

Gegevens van Stichting Benchmark GGZ (SBG) wijzen erop dat na een in 2015 afgerond zorgtraject vanuit een instelling bijna de helft (45%) van de volwassen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar was hersteld van een depressieve stoornis. Bij ruim een kwart (26%) van patiënten was de ernst van de depressieve klachten substantieel verminderd. Bij de resterende patiënten was er na afloop van de behandeling geen verandering in de ernst van de klachten (20%), of waren de klachten ernstiger geworden (5%).

Andere SBG-gegevens wijzen erop dat ruim 70% van de volwassen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar hun in 2015 afgeronde zorgtraject vanuit een instelling vanwege een depressieve stoornis beoordeelden met een acht of hoger (op een schaal lopend van 0 tot 10). Minder dan 7% van de patiënten gaf als algemeen oordeel een vijf of lager.

Gegevenslacunes

Omdat er enkel is uitgegaan van beschrijvende analyses van gegevens die direct, of via eenvoudige bewerkingen, ontsloten konden worden, geven bovenbeschreven bevindingen slechts een indruk van de beschikbare informatie over depressiezorg in de S-GGZ in de diverse landelijke registratiesystemen. Het DIS bevat bijvoorbeeld ook gegevens over de soorten behandelvormen die werden verleend aan patiënten, en over welke beroepsgroepen een behandeling uitvoerden.

Nochtans wordt duidelijk dat elk registratiesysteem beperkingen heeft. Omdat de landelijk dekkende declaratiegegevens van Vektis voor wat betreft kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's geen diagnose-informatie bevatten, kan hiermee geen zicht worden verkregen op het deel van de depressiezorg dat via deze DBC's wordt geleverd. Met DIS-gegevens kan dit in principe wel. Verwerkingen van DIS-gegevens door het CBS zijn inmiddels voor de jaren 2011-2013 openbaar gemaakt, en lopen op dit moment nog achter op de actualiteit.

Op basis van de instellingen met adequate gegevensaanlevering aan SBG kunnen indicaties worden gegeven van landelijk gemiddelde behandeluitkomsten en patiëntervaringen bij patiënten die vanuit een instelling binnen de S-GGZ werden behandeld vanwege een hoofddiagnose depressieve stoornis. Voor vrijgevestigde aanbieders – die een minderheid van de patiënten in de S-GGZ bedienen – kunnen hiervan nog geen indicaties worden gegeven omdat die pas in januari 2017 zijn begonnen met gegevensaanlevering aan SBG.⁹⁸

Los van deze beperkingen die gaan over specifieke registratiesystemen, zijn er ook algemene gegevenslacunes aan te wijzen. Alle bovengenoemde databases bevatten vanaf 2015 géén gegevens meer over patiënten tot 18 jaar vanwege de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten. Ook kan op basis van de registratiesystemen vooralsnog geen goed zicht worden verkregen op de stromen van patiënten met een depressieve stoornis tussen de S-GGZ en andere echelons, zoals de huisartsenzorg en GB-GGZ.⁹⁹ Ten slotte zijn de gegevens beperkt tot het curatieve deel van de S-GGZ, en ontbreekt het zicht op de depressiezorg in de langdurige GGZ.

5.2 Wat behelst depressiezorg in de specialistische GGZ?

De Zorgstandaard Depressieve stoornissen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017a) beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een depressieve stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm, zie Figuur 1.1. De kerntaken van de specialistische GGZ (S-GGZ) hierbij zijn diagnostiek, indicatiestelling, begeleiding en behandeling van ernstige en complexe depressieve stoornissen (zie kader 5.1). Binnen de S-GGZ kan deze zorg zowel mono- als multidisciplinair worden aangeboden. Net als in de GB-GGZ is gerichtheid op het bevorderen van het functioneren (participatie en herstel) essentieel: het elimineren van stoornis en ziekte is hierbij niet altijd het uitgangspunt.

In de S-GGZ zijn psychiaters, gerieters, verslavingsartsen KNMG, (klinisch, neuro- en GZ-) psychologen, (sociaalpsychiatrische) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz, (psycho)therapeuten, vaktherapeuten, ervaringsdeskundigen, agogen en activiteitenbegeleiders werkzaam. De meeste beroepsgroepen zijn werkzaam in een ggz-instelling, maar er zijn ook vrijgevestigde klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters, die veelal ingebed zijn in een professioneel netwerk met andere disciplines (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

⁹⁸ De gegevensaanlevering van zowel instellingen als vrijgevestigden aan SBG is tijdelijk stopgezet vanwege privacyoverwegingen. Wellicht dat hierdoor een gegevenslacune is ontstaan voor 2017.

⁹⁹ Door koppeling van verschillende declaratiedatabases gaat Vektis meer zicht bieden op (een deel van) deze patiëntstromen.

Kader 5.1 Depressie-doelgroepen in de specialistische GGZ^a.

- Patiënten met een (vermoeden van een) depressieve stoornis volgens DSM-classificatie met:
 - ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;
 - recidiverende ernstige problematiek OF;
 - (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF;
 - complexe problematiek die om behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF;
 - hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suicide of automutilatie of (kinder)mishandeling.
- Patiënten met een ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met depressieve stoornis, inzet medicatie voor terugvalpreventie.
- Patiënten met een depressieve stoornis en een indicatie voor bemoezorg (bijvoorbeeld F-ACT).
- Patiënten bij wie verbetering van de depressieve stoornis uitblijft bij de behandeling in generalistische basis-GGZ (indicatief drie tot vier maanden).
- Patiënten bij wie verbetering van de depressieve stoornis uitblijft bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in generalistische basis-GGZ niet geschikt maakt.
- Patiënten met een instabiele chronische depressieve stoornis.
- Patiënten met een depressieve stoornis bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is.

^a Gebaseerd op de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GB-GGZ en S-GGZ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

Net als in de GB-GGZ wordt binnen de S-GGZ een behandeling voor volwassenen alleen door de basisverzekering vergoed indien er een DSM-classificatie is. De gemeente financiert de S-GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar. Als zorg niet kan worden vergoed, bestaat de mogelijkheid deze zelf te betalen. Uitgangspunt voor de keuze van zorg bestaat uit de behoefte en de voorkeur van de patiënt en diens naasten. Veruit het grootste deel van de behandelingen vindt ambulante plaats. Patiënten met een depressieve stoornis die langdurig zijn opgenomen (langer dan 3 jaar) vallen onder de Wlz. Een klein deel van de patiënten heeft een hoogspecialistische zorgvraag. Het gaat om patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoening onvoldoende baat hebben bij een reguliere behandeling in de S-GGZ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

5.3 Landelijke cijfers over depressiezorg in de specialistische GGZ

Gegevens over de curatieve S-GGZ

De gegevens uit landelijke registratiesystemen die in de volgende paragrafen worden gepresenteerd gaan over het curatieve deel van de S-GGZ, ofwel het deel dat wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) op basis van zogeheten diagnose-behandelcombinaties (DBC's).¹⁰⁰ Een DBC bevat informatie over de zorg die aan een patiënt is verleend vanwege een bepaalde psychische aandoening, de hoofddiagnose (of primaire diagnose) conform DSM-IV criteria. Een DBC kan maximaal een jaar openstaan vanaf het moment van openen. Een DBC kan in het ene jaar zijn geopend en het volgende jaar worden afgesloten. Wanneer een behandeling van een patiënt nog niet is afgerond, wordt aansluitend een vervolg-DBC geopend. Opeenvolgende DBC's voor dezelfde patiënt bij dezelfde ggz-aanbieder voor dezelfde hoofddiagnose vormen gezamenlijk een zorgtraject.

Gegevens uit diverse landelijke registratiesystemen

De gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit diverse landelijke registratiesystemen. Daarbij gaat het om informatie die direct, of via eenvoudige bewerkingen, kon worden ontsloten uit de registratiesystemen. Aanbieders binnen de S-GGZ leveren de door hen geregistreerde DBC's aan bij zorgverzekeraars ten behoeve van declaratie. De goedgekeurde DBC's worden daarna door zorgverzekeraars maandelijks aan Vektis verstuurd, waardoor Vektis over een actuele landelijke declaratiedatabase beschikt. Daarnaast leveren de aanbieders hun DBC-gegevens aan bij het DBC Informatiesysteem (DIS), zodat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de ontwikkelingen in de verleende zorg in de S-GGZ kan monitoren. Van beide bronnen – declaratiegegevens en DIS-gegevens – is gebruikgemaakt om zicht te krijgen op de omvang en kenmerken van de groep patiënten met een DBC met als hoofddiagnose depressieve stoornis, en op de zorg die aan hen werd verleend. De declaratiegegevens van Vektis hebben betrekking op de periode 2012-2015, dus de twee jaren voorafgaand aan, en de twee jaren volgend op de introductie van de S-GGZ (per 1 januari 2014). Gepresenteerde DIS-gegevens zoals verwerkt door het CBS zijn gebruikt ter aanvulling van de declaratiegegevens en hebben betrekking op de jaren 2012 en 2013, toen er nog sprake was van de 'oude' tweedelijns-GGZ. Ten slotte worden gegevens van Stichting Benchmark (SBG) gepresenteerd over behandeluitkomsten en patiëntervaringen bij patiënten met een afgesloten zorgtraject met als hoofddiagnose depressieve stoornis in 2015.

¹⁰⁰ Tot en met één jaar verblijf. Verblijf van één tot drie jaar is sinds 2015 ook Zvw-gefinancierd, maar wordt nog geregistreerd in zorgzwaartepakketten (zzp'en).

Omvang patiëntpopulatie

Aantal patiënten op basis van een in het peiljaar geopende DBC

Uitgaande van de landelijk dekkende declaratiegegevens van Vektis, laat Tabel 5.1 zien dat in 2014 voor ruim 105.000 patiënten een DBC met als hoofddiagnose depressieve stoornis werd geopend in de S-GGZ. Dit is een daling van 20% ten opzichte van 2013 toen de ‘oude’ tweedelijns-GGZ nog bestond. Deze daling kan waarschijnlijk deels worden verklaard uit het overhevelen van een deel van de patiënten naar de per 1 januari 2014 ingevoerde generalistische basis-GGZ (GB-GGZ). Daarnaast is waarschijnlijk een ander deel van de patiënten dat voorheen in de tweedelijns-GGZ zou zijn behandeld in 2014 geholpen door een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) in de huisartsenpraktijk (zie ook hoofdstuk 3).

Opgemerkt dient te worden dat in de declaratiegegevens voor wat betreft kortdurende DBC's (<250 minuten directe tijd¹⁰¹), diagnostiek DBC's en crisis DBC's diagnose-informatie ontbreken. Hierdoor zijn de gepresenteerde patiëntaantallen met een geopende DBC depressieve stoornis onderschattingen van de werkelijke aantallen. Verder zijn de gegevens voor 2015 nog niet helemaal compleet (naar verwachting ontbreekt minder dan 2%).

Tabel 5.1 Het aantal unieke patiënten voor wie in een peiljaar een diagnose-behandelcombinatie (DBC)^a werd geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis en het totaal aantal patiënten met enigerlei geopende DBC, naar leeftijd. De jaren 2012 en 2013 hebben betrekking op de tweedelijns-GGZ; de jaren 2014 en 2015 op de specialistische GGZ. In de laatste drie kolommen staan de percentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015 ^b	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
Patiënten met een hoofddiagnose depressieve stoornis							
< 18 jaar	6.714	8.506	6.319	- ^c	27%	-26%	- ^c
18-64 jaar	96.419	108.952	85.784	82.640	13%	-21%	-4%
≥65 jaar	13.395	14.572	13.010	12.653	9%	-11%	-3%
Totaal	116.528	132.030	105.113	-^c	13%	-20%	-^c
Alle patiënten							
< 18 jaar	234.223	232.825	181.942	- ^c	-1%	-22%	- ^c
18-64 jaar	591.298	637.796	522.796	499.158	8%	-18%	-5%
≥65 jaar	83.690	89.713	75.081	70.651	7%	-16%	-6%
Totaal	909.211	960.334	779.819	-^c	6%	-19%	-^c

^a Exclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

^b Gegevens van 2015 zijn nog niet 100% compleet: qua kosten was voor ruim 98% uitgedeclareerd.

^c Door overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten per 1-1-2015, zijn er geen ggz-patiënten in de leeftijd tot 18 jaar binnen de Zorgverzekeringswet.

Bron: Vektis.

¹⁰¹ Tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of diens naaste(n).

In 2015 is de daling flink afgevlakt. Door de invoering van de Jeugdwet in 2015 geven de gegevens vanaf dat jaar geen zicht meer op het aantal jongeren tot 18 jaar dat in de S-GGZ werd behandeld. Kijkend naar volwassen patiënten van 18 jaar en ouder, nam het aantal patiënten voor wie een DBC depressieve stoornis werd geopend licht af van bijna 99.000 in 2014 naar ruim 95.000 in 2015 (-3,5%).

Wanneer wordt gekeken naar het totaal aantal patiënten in de S-GGZ voor wie enigerlei DBC werd geopend, zijn een vergelijkbare veranderingen te zien in de periode 2012-2015. Het valt op dat tussen 2012 en 2013 het aantal patiënten met een geopende DBC depressieve stoornis duidelijk toenam (+13%). Het totaal aantal patiënten voor wie enigerlei DBC werd geopend steeg ook, hoewel minder sterk (+6%). Het is onduidelijk waardoor deze stijgingen worden veroorzaakt. Mogelijk heeft de tijdelijke invoering in 2012 van een eigen bijdrage voor tweedelijns-GGZ voor volwassenen van 18 jaar of ouder tot een daling van het aantal patiënten geleid in 2012.¹⁰² Voor wat betreft depressieve stoornis kan ook hebben meegespeeld dat aanpassingsstoornissen (vanaf 2012) en werk- en relatieproblemen (vanaf 2013) niet langer werden vergoed vanuit de basisverzekering, waardoor vanaf deze jaren voor een deel van de patiënten met deze typen problematiek mogelijk een DBC werd geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

Uitgaande van het totaal aantal patiënten voor wie enigerlei DBC werd geopend, had in 2014 ruim 13% van de patiënten een hoofddiagnose depressieve stoornis. Vrijwel hetzelfde percentage was ook al te zien in 2012 en 2013 in de 'oude' tweedelijns-GGZ. Dit is overigens een onderschatting van het werkelijke percentage omdat patiënten met kortdurende DBC's (<250 minuten directe tijd¹⁰³), diagnostiek DBC's en crisis DBC's met als hoofddiagnose depressieve stoornis niet kunnen worden onderscheiden op basis van declaratiegegevens.

Aantal patiënten op basis van verschillende definities

De 'rijkere' gegevens uit het DBC Informatiesysteem (DIS) bevatten wat betreft kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's wel diagnose-informatie. Daarnaast bevatten de DIS-gegevens ook nevendiagnoses. Ter illustratie laat Tabel 5.2 voor de jaren 2012 en 2013 zien dat het aantal patiënten met een diagnose depressieve stoornis in de 'oude' tweedelijns-GGZ varieert naar gelang welke databron en welke operationalisering wordt toegepast.

¹⁰² De eigen bijdrage in de tweedelijns-GGZ gold voor diagnose-behandelcombinaties (DBC's) geopend in 2012, en bedroeg € 100 per jaar voor een DBC tot 100 minuten en € 200 voor een DBC vanaf 100 minuten. In 2013 werd de eigen bijdrage weer afgeschaft.

¹⁰³ Tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of diens naaste(n).

Tabel 5.2 Het aantal unieke patiënten met een diagnose depressieve stoornis dat behandeling ontving in de tweedelijns-GGZ in 2012 en 2013, uitgaande van verschillende gegevens en operationalisering.

	2012	2013
I) O.b.v. declaratiegegevens, hoofddiagnose depressieve stoornis, DBC's geopend in het peiljaar, exclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's ^a	116.528	132.030
II) O.b.v. DIS-gegevens, hoofddiagnose depressieve stoornis, DBC's zijn geopend in het peiljaar of het voorgaande jaar, inclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's ^b	216.735	237.120
Vershil II t.o.v. I	100.207	105.090
III) O.b.v. DIS-gegevens, hoofd- of nevendiagnose depressieve stoornis, DBC's zijn geopend in het peiljaar of het voorgaande jaar, inclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's ^b	299.995	329.270
Vershil III t.o.v. II	83.260	92.150

^a Bron: Vektis.

^b Bron: CBS.

De bovenste rij toont de eerder gepresenteerde patiëntaantallen op basis van declaratiegegevens, waarbij werd uitgegaan van patiënten voor wie in een peiljaar een DBC werd geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis. In de middelste rij – op basis van DIS-gegevens verwerkt door het CBS – zijn ook de patiënten meegenomen met een hoofddiagnose depressieve stoornis bij wie een DBC reeds werd geopend in het jaar voorafgaand aan het peiljaar. Daarnaast omvatten deze gegevens ook de patiënten met een kortdurende DBC, diagnostiek DBC en crisis DBC met als hoofddiagnose depressieve stoornis. Deze ruimere definitie leidt in 2012 en 2013 tot respectievelijk 100.000 en 105.000 meer patiënten met een hoofddiagnose depressie in de tweedelijns-GGZ. Volgens deze 'ruimere' definitie had in deze jaren circa 20% van de patiënten in de tweedelijns-GGZ een hoofddiagnose depressieve stoornis (ruim hoger dan de eerder genoemde 13% gebaseerd op declaratiegegevens).

Wanneer ook DBC's met een nevendiagnose depressieve stoornis werden meegenomen, de derde en meest ruime definitie, steeg het aantal patiënten met een depressieve stoornis in de tweedelijns-GGZ verder met respectievelijk ruim 80.000 patiënten in 2012 en ruim 90.000 patiënten in 2013. Dit suggereert dat er bij een substantieel deel van de patiënten die primair werden behandeld vanwege een andere psychische aandoening, sprake was van een bijkomende depressieve stoornis die een rol speelde in de behandeling van de primaire aandoening. Onduidelijk is vooralsnog hoeveel patiënten met een diagnose depressieve stoornis volgens

deze twee ruimere definities behandeling ontvingen in de S-GGZ, omdat het CBS op het moment van opstellen van dit rapport nog geen DIS-gegevens voor 2014 en recentere jaren heeft ontvangen.

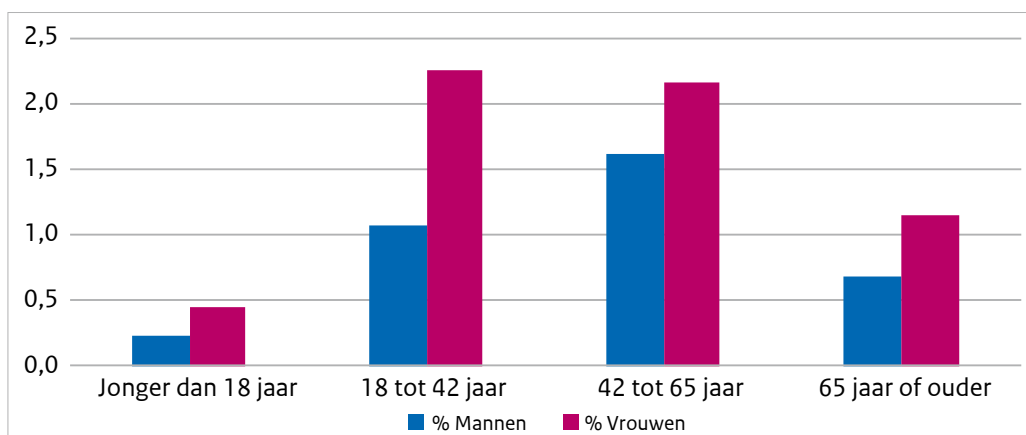
Kenmerken patiëntpopulatie

Verdeling naar leeftijd en geslacht

Uitgaande van de patiënten voor wie in 2014 een DBC depressieve stoornis¹⁰⁴ werd geopend in 2014 in de S-GGZ, was 6% van de patiënten jonger dan 18 jaar, was bijna 82% tussen de 18-64 jaar, en was ruim 12% 65 jaar of ouder. Bijna tweederde van de patiënten (63%) was vrouw. Het aandeel vrouwen varieerde weinig tussen de drie leeftijdsgroepen, met percentages van respectievelijk 69% (onder patiënten tot 18 jaar), 62% (onder patiënten tussen 18-64 jaar) en 69% (onder patiënten ≥65 jaar). Dezelfde verdeling naar leeftijd en geslacht was te zien in 2012 en 2013, dus ten tijde van de 'oude' tweedelijns-GGZ.¹⁰⁴

Figuur 5.1 is gebaseerd op DIS-gegevens verwerkt door het CBS over 2013, dus ten tijde van de 'oude' tweedelijns-GGZ, waarbij de leeftijdsgroep 18-64 jaar verder is opgesplitst. Mannen werden het meest behandeld voor een depressieve stoornis in de leeftijdsgroep 42-64 jaar. Ook vrouwen in deze leeftijdsgroep ontvingen relatief vaak zorg vanwege een depressieve stoornis, maar vrouwen in de leeftijd van 18 tot 42 jaar het vaakst.

Figuur 5.1 Het percentage patiënten met een hoofddiagnose depressieve stoornis dat in 2013 werd behandeld in de tweedelijns-GGZ, naar leeftijd en geslacht. Uitgegaan werd van personen met een lopende en/of afgesloten diagnose-behandelcombinatie (DBC).



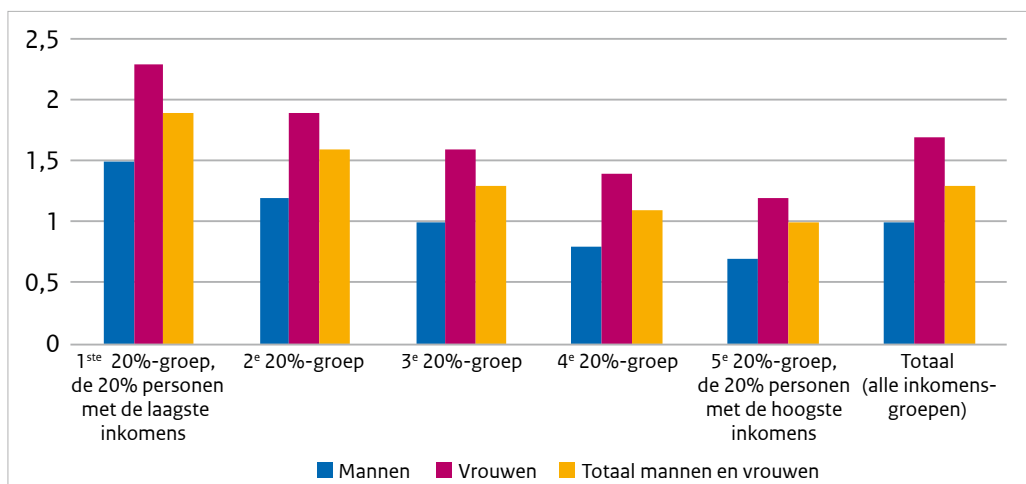
Bron: CBS.

¹⁰⁴ Bron: Vektis. Exclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

Verdeling naar inkomensniveau

DIS-gegevens over 2013 verwerkt door het CBS laten zien dat er een relatie bestaat tussen inkomensniveau en het percentage patiënten dat in de tweedelijns-GGZ werd behandeld vanwege een hoofddiagnose depressieve stoornis: hoe hoger het inkomensniveau, hoe lager de jaarprevalentie van behandelde patiënten (zie Figuur 5.2). Daarbij is de leeftijdsopbouw van de inkomensgroepen gestandaardiseerd naar die van de totale bevolking, zodat verschil in leeftijd geen rol speelt bij verschillen tussen inkomensgroepen. De relatie tussen inkomensniveau en depressie-behandeling was ook te zien in 2011 en 2012, en lijkt dus een robuust fenomeen.

Figuur 5.2 Het percentage patiënten met een hoofddiagnose depressieve stoornis dat in 2013 werd behandeld in de tweedelijns-GGZ, naar inkomensgroep^a en gestandaardiseerd naar de leeftijdsopbouw in de totale bevolking. Uitgegaan werd van personen met een lopende en/of afgesloten diagnose-behandelcombinatie (DBC).



^a Gebaseerd op het inkomen in het jaar voorafgaand aan het jaar waarover behandeling voor depressie is weergegeven. De 1^{ste} 20%-groep staat voor de 20% personen met de laagste inkomens en de 5^e 20%-groep staat voor de 20% personen met de hoogste inkomens.

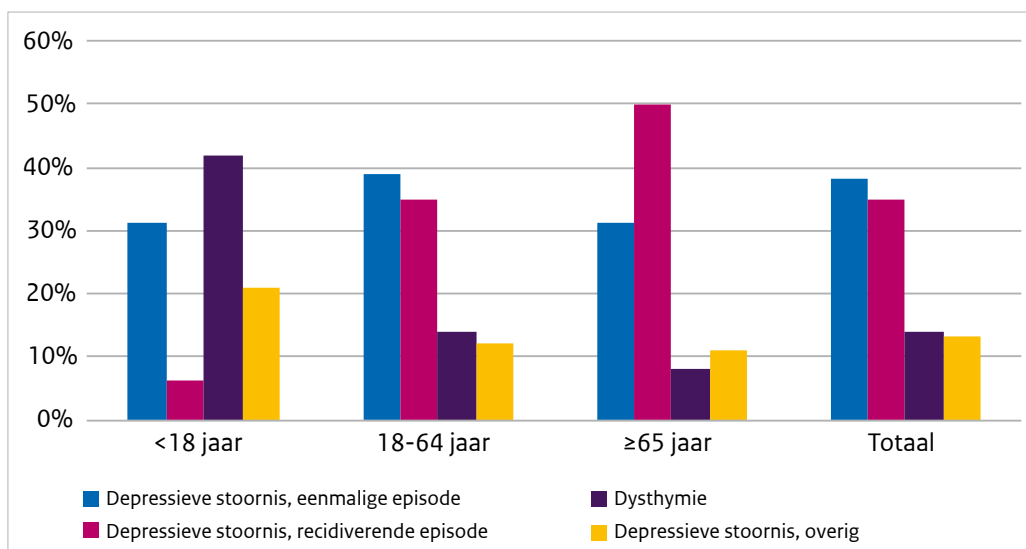
Bron: CBS.

Verdeling naar type depressieve stoornis

Uitgaande van DIS-gegevens over 2013 toont Figuur 5.3 de verdeling naar het type depressieve stoornis dat als hoofddiagnose werd gesteld bij patiënten in de tweedelijns-GGZ. In bijna 4 op de 10 gevallen (38%) betrof het een behandeling voor een eenmalige depressieve episode. Bij een iets lager percentage (35%) werd behandeling ingezet vanwege een recidiverende depressieve stoornis, oftewel een depressieve episode die was teruggekeerd na herstel. Bij circa 14% van de patiënten werd dysthymie als hoofddiagnose gesteld. De verdeling naar type

depressieve stoornis verschilde per leeftijdscategorie. Zo werd onder jongere patiënten tot 18 jaar dysthymie verhoudingsgewijs het vaakst als hoofddiagnose gesteld, terwijl dit bij oudere patiënten van 65 jaar of ouder de recidiverende depressieve stoornis betrof. In 2011 en 2012 was vrijwel dezelfde diagnoseverdeling te zien, wat wijst op een stabiel gegeven, althans ten tijde van de ‘oude’ tweedelijns-GGZ.

Figuur 5.3 Verdeling van patiënten in de tweedelijns-GGZ in 2013 naar type depressieve stoornis, zoals gesteld als hoofddiagnose (conform DSM-IV classificatie). Per jaar werd uitgegaan van personen met een lopende en/of afgesloten diagnose-behandelcombinatie (DBC)^a.



^a Een klein deel van de patiënten (2%) telt vaker mee omdat voor hen in 2013 meerdere DBC's werden geopend of afgesloten met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

Bron: CBS.

Kenmerken verleende zorg

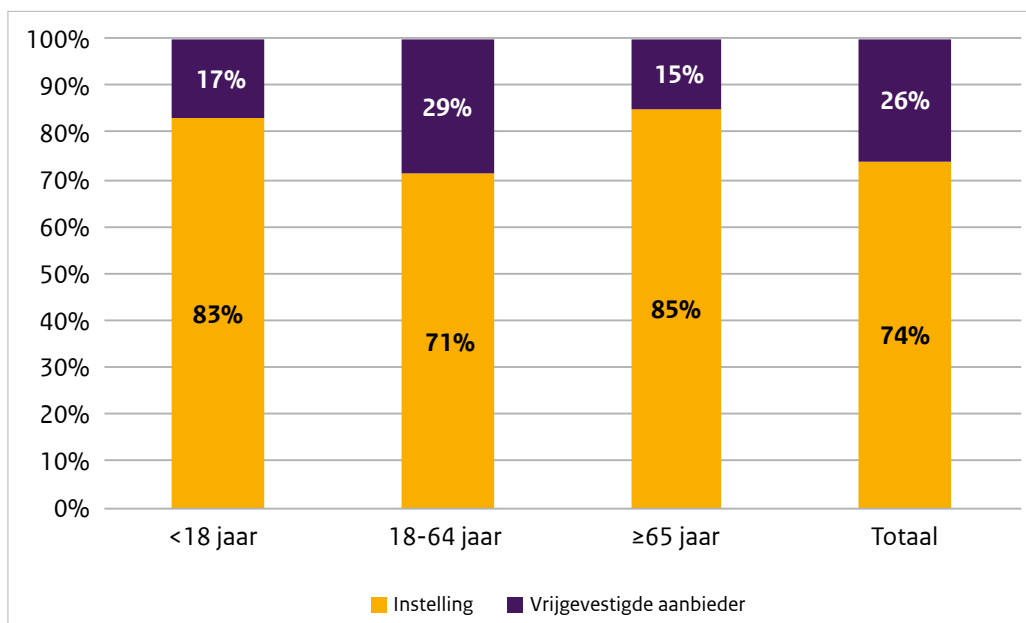
Op basis van de declaratiegegevens van Vektis wordt hieronder ingegaan op kenmerken van de zorg die werd verleend aan patiënten met een DBC met als hoofddiagnose depressieve stoornis. Daarbij werd voor een peiljaar uitgegaan van de patiënten voor wie in het peiljaar een DBC depressieve stoornis werd geopend.¹⁰⁵ Het gaat om de zorg verleend tijdens de looptijd van de DBC, waarbij een deel kan hebben plaatsgevonden in het jaar volgend op het peiljaar. Het gaat dus niet om volledige zorgtrajecten voor een depressieve stoornis, omdat die voor een deel van de patiënten ook DBC's zullen omvatten die vóór of na het peiljaar werden geopend.

¹⁰⁵ Voor een klein deel van de patiënten werd in een peiljaar meer dan één DBC depressieve stoornis geopend. Gemiddeld werden er in een peiljaar 1,02 DBC's depressieve stoornis per patiënt geopend.

Verdeling naar instelling en vrijgevestigde praktijk

Figuur 5.4 laat zien dat in het peiljaar 2014 74% van de patiënten met een DBC depressieve stoornis in de S-GGZ werd behandeld door een zorgverlener werkzaam in een instelling, en 26% door een vrijgevestigde zorgverlener. In vergelijking met jongere patiënten tot 18 jaar en oudere patiënten van 65 jaar of ouder, ontvingen patiënten tussen 18-64 jaar relatief vaker zorg in een vrijgevestigde praktijk.

Figuur 5.4 Patiënten met een diagnose-behandelcombinatie (DBC) met als hoofddiagnose depressieve stoornis^a verdeeld naar behandeling door een instelling of vrijgevestigde aanbieder in de specialistische GGZ, uitgesplitst naar leeftijd. De DBC werd geopend in 2014, en werd in 2014 of 2015 afgesloten.

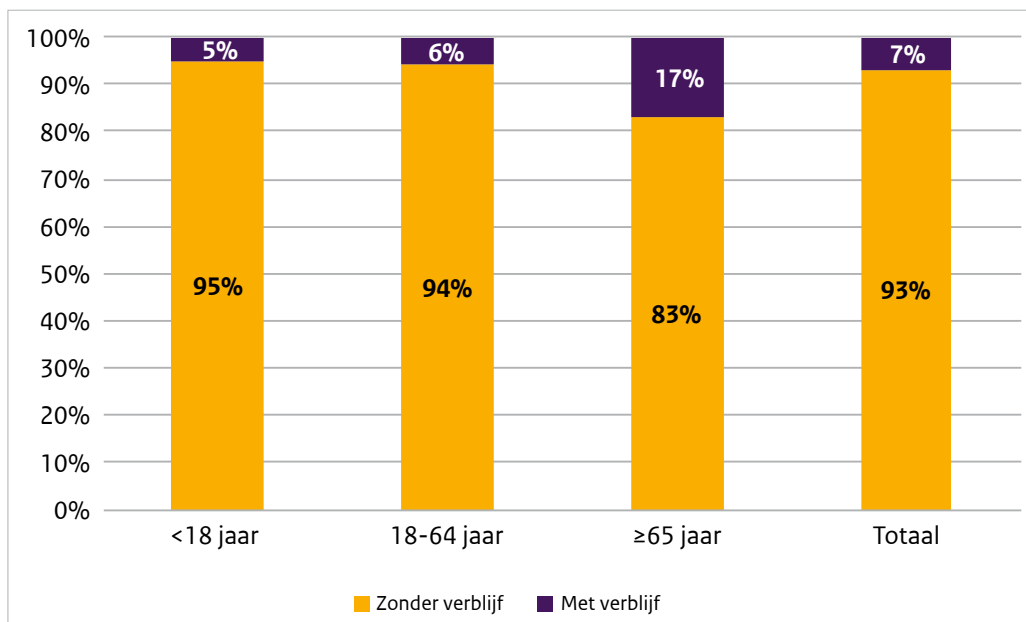


^a Exclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's met als hoofddiagnose depressieve stoornis. Bron: Vektis.

Verdeling naar geen of wel verblijf

In het peiljaar 2014 werd 93% van de patiënten met een DBC depressieve stoornis in de S-GGZ uitsluitend ambulant behandeld (zie Figuur 5.5). De resterende 7% van de patiënten verbleef tijdens de looptijd van de DBC minimaal één dag op een opnameafdeling met overnachting. Het verblijfspercentage was bij patiënten van 65 jaar of ouder (17%) beduidend hoger dan onder de twee jongere leeftijdsgroepen. Opgemerkt dient te worden dat de verblijfspercentages waarschijnlijk overschattingen zijn doordat patiënten met een kortdurende DBC – waarbij verblijf minder vaak onderdeel van zal uitmaken – met als hoofddiagnose depressieve stoornis niet zijn meegenomen.

Figuur 5.5 Patiënten met een diagnose-behandelcombinatie (DBC) met als hoofddiagnose depressieve stoornis^a verdeeld naar geen of wel verblijf tijdens behandeling in de specialistische GGZ, uitgesplitst naar leeftijd. De DBC werd geopend in 2014, en werd in 2014 of 2015 afgesloten.



^a Exclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's met als hoofddiagnose depressieve stoornis. Bron: Vektis.

Behandelduur¹⁰⁶

Tabel 5,3 laat zien dat in het peiljaar 2014 de gemiddelde behandelduur per patiënt met een DBC depressieve stoornis beduidend langer was bij opgenomen patiënten dan bij patiënten die uitsluitend ambulante werden behandeld (102 uur versus 30 uur). Dit is weinig verrassend omdat opgenomen patiënten te kampen zullen hebben gehad met ernstiger en complexere problematiek. Deze gemiddelden zijn overigens waarschijnlijk overschattingen, omdat kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's of crisis DBC's met als hoofddiagnose depressie niet onderscheiden kunnen worden op basis van declaratiegegevens en dus niet zijn meegenomen.

Bij opgenomen patiënten jonger dan 18 jaar was de gemiddelde behandelduur aanzienlijk langer dan bij opgenomen patiënten in de twee oudere leeftijdsgroepen. Het is onduidelijk hoe dit kan worden verklaard.

¹⁰⁶ Het gaat om de totale geregistreerde patiëntgebonden tijd, inclusief indirecte tijd (tijd die geen betrekking heeft op het uitvoeren van een directe behandelactiviteit). Gegevens over de peiljaren 2012 en 2013 worden niet getoond, omdat het aantal behandelminuten pas vanaf 2014 is verplicht om te vermelden op declaraties.

Tabel 5.3 De gemiddelde behandelduur (in uren) per patiënt met een diagnose-behandelcombinatie (DBC) met als hoofddiagnose depressieve stoornis^a in de specialistische GGZ in de peiljaren 2014 en 2015, naar leeftijd en geen/wel verblijf. De DBC werd geopend in het peiljaar, en werd in het peiljaar of het daaropvolgende jaar afgesloten.

		2014	2015 ^b
< 18 jaar	Zonder verblijf	35 ^c	- ^d
	Met verblijf	130 ^c	- ^d
	Totaal	40 ^c	- ^d
18-64 jaar	Zonder verblijf	29	30
	Met verblijf	104	106
	Totaal	34	35
≥65 jaar	Zonder verblijf	30	31
	Met verblijf	102	100
	Totaal	42	42
Totaal	Zonder verblijf	30	- ^d
	Met verblijf	105	- ^d
	Totaal	35	- ^d

^a Exclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

^b Gegevens van 2015 zijn nog niet 100% compleet: qua kosten was voor ruim 98% uitgedeclareerd.

^c Bij de invoering van de Jeugdwet zijn alle lopende DBC's eind 2014 afgesloten, inclusief de DBC's die normaliter zouden zijn doorgelopen in 2015. Dit heeft een verlagend effect gehad op de gemiddelde behandelduur bij jeugd DBC's die in 2014 zijn geopend.

^d Door overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten per 1-1-2015, zijn er geen ggz-patiënten in de leeftijd tot 18 jaar binnen de Zorgverzekeringswet.

Bron: Vektis.

Verblijfsduur

Tabel 5.4 laat zien dat de gemiddelde verblijfsduur (in dagen) per patiënt met een DBC met verblijf¹⁰⁷ steeds minder lang werd in de periode 2012-2015. Dit geldt zowel voor de groep opgenomen patiënten met een DBC met als hoofddiagnose depressieve stoornis als voor alle patiënten met enigerlei DBC met verblijf. Deze dalingen hangen waarschijnlijk samen met het beleid dat is gericht op beddenafbouw en ambulantisering, en dat voor wat betreft Zvw-gefinancierde intramurale voorzieningen al sinds 2011 feitelijk resulteert in een dalende capaciteit.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Tijdens de looptijd van de DBC was sprake van minimaal één dag op een opnameafdeling met overnachting.

¹⁰⁸ Vanaf 2013 daalt ook de capaciteit van langdurige verblijfsvoorzieningen, maar in een bescheidener tempo (Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ).

In het peiljaar 2012 was de gemiddelde verblijfsduur per opgenomen patiënt met een DBC depressieve stoornis beduidend langer bij jongere patiënten tot 18 jaar dan bij patiënten in de twee oudere leeftijdsgroepen. Echter, vooral in het peiljaar 2014 daalde de gemiddelde verblijfsduur aanmerkelijk sterker onder jongere patiënten tot 18 jaar, waardoor in het peiljaar 2014 juist oudere patiënten van 65 jaar of ouder gemiddeld de langste verblijfsduur hadden. Deze sterke daling is waarschijnlijk een registratie-artefact, doordat vanwege de overgang naar de Jeugdwet alle jeugd-DBC's in 2014 uiterlijk 31-12-2014 werden afgesloten, inclusief de DBC's met verblijf die anders pas in 2015 zouden zijn afgesloten.

Tabel 5.4 De gemiddelde verblijfsduur (in dagen) per patiënt met een diagnose-behandelcombinatie (DBC) met verblijf in de peiljaren 2012-2015, zowel voor patiënten met als hoofddiagnose depressieve stoornis^a en voor patiënten met enigerlei DBC, naar leeftijd. De DBC werd geopend in het peiljaar, en werd in het peiljaar of het daaropvolgende jaar afgesloten. In de laatste drie kolommen staan de percentuele veranderingen tussen de jaren.

	2012	2013	2014	2015 ^b	Mutatie 2012-2013	Mutatie 2013-2014	Mutatie 2014-2015
DBC met verblijf met als hoofddiagnose depressieve stoornis							
<18 jaar	86	79	56 ^c	- ^d	-9%	-28% ^c	- ^d
18-64 jaar	55	52	51	51	-5%	-3%	+0,6%
≥65 jaar	78	76	74	72	-2%	-2%	-3%
Totaal	62	60	58	-^d	-4%	-3%	-^d
Enigerlei DBC met verblijf							
<18 jaar	95	86	59 ^c	- ^d	-10%	-31% ^c	- ^d
18-64 jaar	60	57	54	52	-4%	-6%	-3%
≥65 jaar	77	72	70	70	-7%	-2%	-1%
Totaal	65	61	57	-^d	-5%	-8%	-^d

^a Exclusief kortdurende DBC's, diagnostiek DBC's en crisis DBC's met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

^b Gegevens van 2015 zijn nog niet 100% compleet: qua kosten was voor ruim 98% uitgedeclareerd.

^c Bij de invoering van de Jeugdwet zijn alle lopende DBC's eind 2014 afgesloten, inclusief de DBC's die normaliter zouden zijn doorgelopen in 2015. Dit heeft een verlagend effect gehad op de gemiddelde verblijfsduur bij jeugd-DBC's die in 2014 zijn geopend.

^d Door overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten per 1-1-2015, zijn er geen ggz-patiënten in de leeftijd tot 18 jaar binnen de Zorgverzekeringswet.

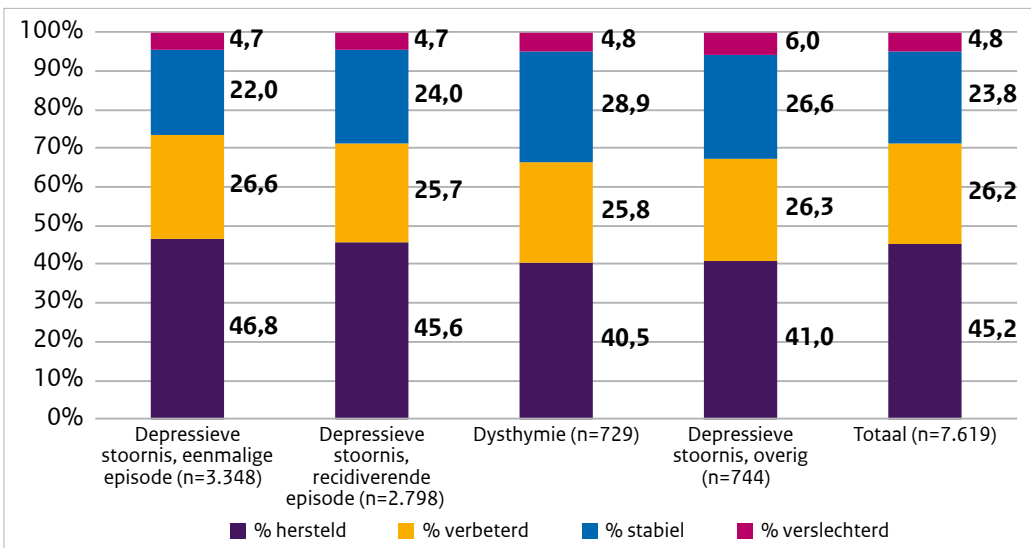
Bron: Vektis.

Behandeluitkomst en patiëntervaring

Uitkomst van behandeling vanuit een instelling

De gegevens van Stichting Benchmark GGZ (SBG) in Tabel 5.6 geven een indicatie van de landelijk gemiddelde behandeluitkomst bij volwassen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar die voor een depressieve stoornis werden behandeld vanuit een instelling binnen de S-GGZ. De gegevens zijn afkomstig van 30 instellingen met een adequate aanlevering van uitkomstgegevens aan SBG¹⁰⁹, en hebben betrekking op in 2015 afgeronde zorgtrajecten (en die voor patiënten uit meerdere, opeenvolgende DBC's kunnen bestaan).

Figuur 5.6 Behandeluitkomst bij volwassen patiënten (18-64 jaar) die vanwege een depressieve stoornis werden behandeld vanuit een instelling binnen de specialistische GGZ, naar type depressieve stoornis. Uitgegaan werd van in 2015 afgesloten zorgtrajecten met als hoofddiagnose depressieve stoornis.



Verslechterd betekent dat er aan het einde van het zorgtraject een statistisch betrouwbare toename was van de ernst van de klachten ten opzichte van het begin van het zorgtraject. Onveranderd betekent dat er geen sprake was van een statistische betrouwbare verandering in de ernst van de klachten tussen eind- en beginmeting. Verbeterd betekent een statistisch betrouwbare afname van de ernst van de klachten tussen eind- en beginmeting. Hersteld betekent niet alleen een statistisch betrouwbare klachtafname, maar bovendien een afname die zodanig groot is dat een patiënt als 'gezond' kan worden beschouwd (De Beurs et al., 2016b).

Bron: SBG.

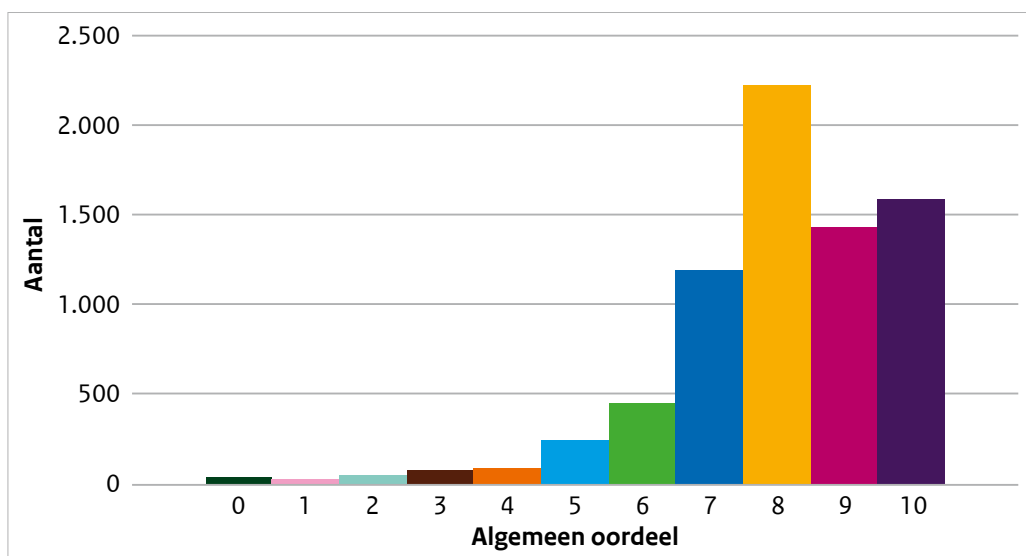
¹⁰⁹ Een instelling had in 2015 bij minimaal 40% van haar DBC-trajecten binnen het zogeheten zorgdomein Volwassenen Cure een uitkomstmeting uitgevoerd, en minimaal 25 compleet gemeten DBC-trajecten aangeleverd.

De gegevens wijzen erop dat na behandeling vanuit een instelling bijna de helft (45%) van de volwassen patiënten was hersteld van een depressieve stoornis, en dat bij ruim een kwart (26%) de ernst van de klachten substantieel was verminderd. Bij ruim 20% van de patiënten waren de klachten na afloop van de behandeling niet veranderd qua ernst, terwijl bij bijna 5% sprake was van ernstiger klachten. Het percentage herstelde patiënten lag wat hoger onder degenen die waren behandeld vanwege een eenmalige of terugkerende (recidiverende) depressieve episode dan onder degenen die waren behandeld vanwege een dysthymie of ander type depressieve stoornis.

Patiëntervaring met behandeling vanuit een instelling

De SBG-gegevens in Figuur 5.7 geven een indicatie van hoe volwassen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar hun behandeling voor een depressieve stoornis vanuit een instelling binnen de S-GGZ hebben ervaren, zoals gemeten met het algemene rapportcijfer uit de CQ-index (CQi) kortdurende GGZ. De gegevens wijzen erop dat ruim 70% van de volwassen patiënten hun behandeling voor een depressieve stoornis beoordeelden met een acht of hoger (op een schaal lopend van 0 tot 10). Minder dan 7% van de patiënten gaf als algemeen oordeel een vijf of lager. Nagenoeg hetzelfde beeld was te zien wanneer verdere uitsplitsingen werden gedaan naar type depressieve stoornis, geslacht, leeftijd of opleidingsniveau.

Figuur 5.7 Verdeling van het algemeen oordeel van volwassen patiënten (18-64 jaar) over hun behandeling voor een depressieve stoornis vanuit een instelling binnen de specialistische GGZ. Uitgegaan werd van in 2015 afgeronde zorgtrajecten met een CQ-index meting voor kortdurende GGZ (N=7.416). Het algemeen oordeel loopt van 0 ('heel erg slecht') tot 10 ('uitstekend').



Bron: SBG.

6. Verstrekkingen van antidepressiva

6.1 Verstrekkingen van antidepressiva in het kort

Landelijke cijfers samengevat

Het percentage personen aan wie een antidepressivum werd verstrekt nam in Nederland gestaag toe van 5,1% in 2006 naar 5,9% in 2015. Dit betekent dat in 2015 ruim 1 miljoen mensen een verstrekking van een antidepressivum hadden. Deze cijfers zijn gebaseerd op landelijk dekkende gegevens zoals aangeleverd door verzekeraars aan Zorginstituut Nederland. Verstrekkingen van antidepressiva aan opgenomen personen in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn hierbij niet meegenomen. Daarnaast is de reden van medicatieverstrekking onbekend. Een deel van de antidepressiva zal dus voor een andere reden dan een depressieve stoornis zijn verstrekt, zoals een angststoornis, stress, of in het kader van een stoppen-met-roken programma.

Uit verdere verwerking van de gegevens door het CBS blijkt dat antidepressiva verhoudingsgewijs vaker werden verstrekt aan vrouwen, personen uit oudere leeftijdsgroepen (vanaf 45 jaar), personen uit lagere inkomensgroepen en personen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond. Dit zijn overigens beschrijvende resultaten die onder andere (deels) verklaard kunnen worden doordat een depressieve stoornis vaker voorkomt bij vrouwen en bij personen met een lager inkomens- of opleidingsniveau. Tot slot laten de door het CBS verwerkte gegevens ook enige regionale variatie zien in het verstrekken van antidepressiva. Het is onduidelijk waardoor dit wordt veroorzaakt. Regionale verschillen in bijvoorbeeld bevolkingssamenstelling, sociaaleconomische omstandigheden of de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen kunnen een rol spelen.

Gegevenslacunes

Een belangrijke beperking van de gegevens is dat de reden van verstrekking van antidepressiva onbekend is. Daardoor is het onduidelijk bij welk percentage van de personen antidepressiva werden verstrekt vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis, en kunnen op basis van deze gegevens geen conclusies worden getrokken over of en in hoeverre er sprake is van mogelijke 'overbehandeling' met antidepressiva in Nederland.

In dit kader is het opvallend dat uit beschikbare landelijke registraties niet direct is af te leiden in welke mate en voor welke duur antidepressiva worden voorgeschreven aan personen die in de generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ worden behandeld voor een depressieve stoornis. In relatie tot de ernst en aard van de behandelde depressieve stoornis, biedt dit essentiële informatie om te kunnen monitoren in hoeverre behandeling met antidepressiva conform richtlijnaanbevelingen wordt ingezet in deze echelons. In principe zou dit soort informatie beschikbaar kunnen komen door op

persoonsniveau gegevens in de declaratiedatabases van Vektis of het DBC-informatie-systeem te koppelen aan registratiesystemen over medicatieverstrekkingen.

In hoofdstuk 3 is op basis van gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn beschreven dat in de huisartspraktijk de voorschrijfpercentages van antidepressiva relatief hoog waren onder volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar of ouder) met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis (volgens het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem, de ICPC-1). Ook op basis van deze gegevens is het te voorbarig om te concluderen dat er sprake is van medicamenteuze ‘overbehandeling’ door huisartsen. Dit vergt nadere analyse waarbij ook de ernst van de depressieve problematiek, en de dosering en de duur van de voorgeschreven medicatie worden meegenomen. Los daarvan lijkt de huisartsenpraktijk wel een van de aangewezen plekken om onnodige behandeling met antidepressiva terug te dringen, omdat veel nieuwe patiënten met depressieve problematiek, en dus potentiële nieuwe gebruikers van antidepressiva, zich hier voor het eerst melden.

6.2 Landelijke cijfers over verstrekkingen van antidepressiva

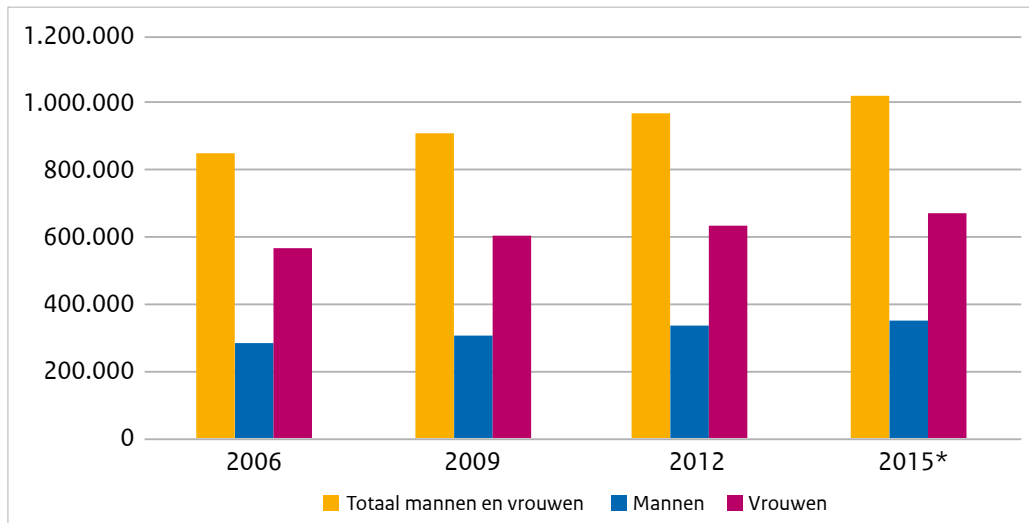
In dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd over verstrekkingen van antidepressiva (ATC-code No6A).¹¹⁰ Deze landelijk dekkende gegevens worden door verzekeraars in het kader van de risicoverevening geleverd aan Zorginstituut Nederland, en zijn door het CBS verder verwerkt door koppeling aan persoonskenmerken en regionale indeling van Nederland. Opgemerkt dient te worden dat het gaat om verstrekkingen van antidepressiva die worden vergoed uit de verplichte basisverzekering voor geneeskundige zorg. Aldus omvatten de gegevens niet de antidepressiva die worden verstrekt aan opgenomen personen in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Verstrekte antidepressiva aan personen in verzorgingshuizen zijn wel inbegrepen. Omdat de reden van medicatieverstrekking onbekend is, dient ook bedacht te worden dat een deel van de antidepressiva voor een andere reden dan een depressieve stoornis zal zijn verstrekt, zoals een angststoornis, stress, of in het kader van een stoppen-met-roken programma.

Aantal verstrekkingen van antidepressiva

In 2015 werd aan ruim 1 miljoen personen een antidepressivum verstrekt. Vergeleken met 2006 is het aantal personen met verstrekte antidepressiva in 2015 met circa 20 procent toegenomen (zie Figuur 6.1). Relatief gezien nam het aantal gebruikers van antidepressiva tussen 2006 en 2015 toe van 5,1% naar 5,9% van de totale bevolking, een stijging van ruim 15% (zie Figuur 6.2).

¹¹⁰ Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System.

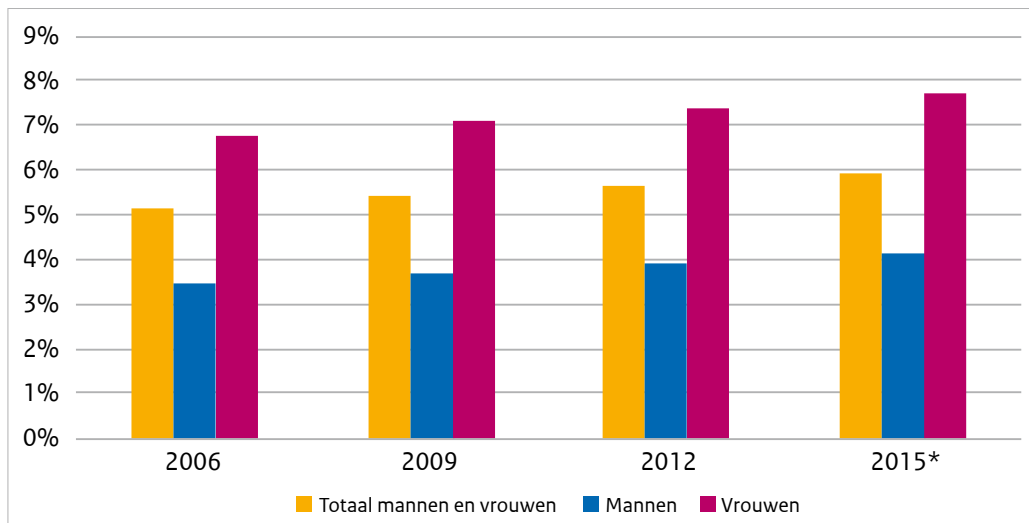
Figuur 6.1 Aantal personen dat een antidepressivum kreeg verstrekt in Nederland.



* Voorlopige cijfers.

Bron: CBS/Zorginstituut Nederland

Figuur 6.2 Percentage personen dat een antidepressivum kreeg verstrekt in Nederland.



* Voorlopige cijfers.

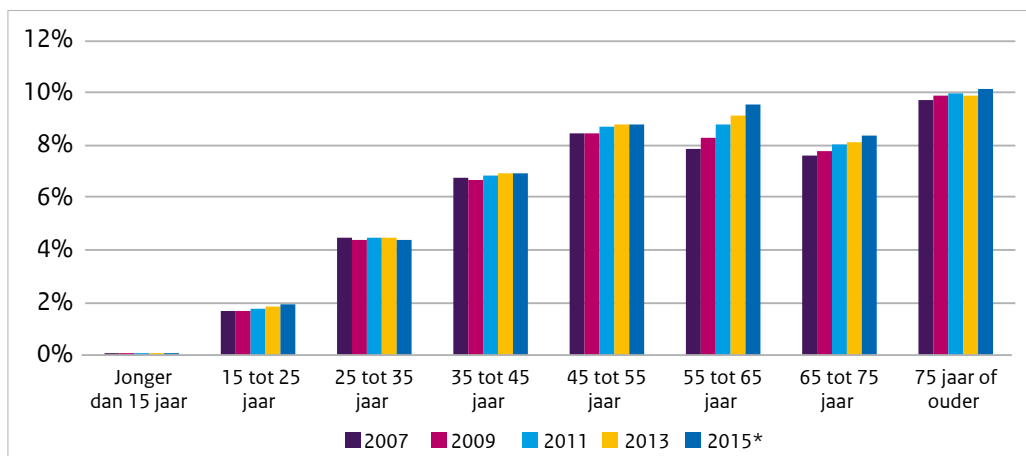
Bron: CBS/Zorginstituut Nederland

Selectieve Serotonine Heropnameremmers (SSRI's) waren veruit het vaakst voorgeschreven type antidepressivum. Bij ongeveer de helft van de personen aan wie in 2015 een antidepressivum werd verstrekt ging het om een SSRI. In circa een kwart van de gevallen betrof het een tricyclisch antidepressivum (TCA). Aan de resterende kwart van de gebruikers werd een andersoortig antidepressivum verstrekt.¹¹¹ Niet alleen werden tussen 2006 en 2015 aan steeds meer personen antidepressiva verstrekt, ook de hoeveelheid verstrekte antidepressiva nam toe. Zo nam bijvoorbeeld het aantal standaarddagdoseringen (Defined Daily Dose, DDD) van antidepressiva toe van 240 per gebruiker in 2006 tot 277 in 2015, een stijging van ruim 15%.

Verstrekking van antidepressiva naar geslacht en leeftijd

Bovenstaande Figuren 6.1 en 6.2 laten ook zien dat antidepressiva aanzienlijk vaker werden verstrekt aan vrouwen dan aan mannen. In de periode 2006-2015 was ongeveer twee op de drie personen met een verstrekt antidepressivum vrouw. Verstrekking van antidepressiva verschilde ook per leeftijdsgroep. Figuur 6.3 toont dat antidepressiva in 2015 relatief het meest werden verstrekt aan personen van 75 jaar of ouder (10,1%), gevolgd door 55- tot 65-jarigen (9,5%) en 45- tot 55-jarigen (8,8%). Het valt op dat onder 55- tot 65-jarigen het percentage personen dat een antidepressivum verstrekt kreeg de afgelopen jaren verhoudingsgewijs het sterkst is toegenomen. Antidepressiva werden beduidend minder vaak verstrekt aan personen jonger dan 25 jaar. In de periode 2006-2015 kreeg minder dan 2% van de 15- tot 25-jarigen een antidepressivum verstrekt; en minder dan 0,1% van de jongeren tot 15 jaar.

Figuur 6.3 Percentage personen dat een antidepressivum kreeg verstrekt in Nederland, naar leeftijd.



* Voorlopige cijfers.

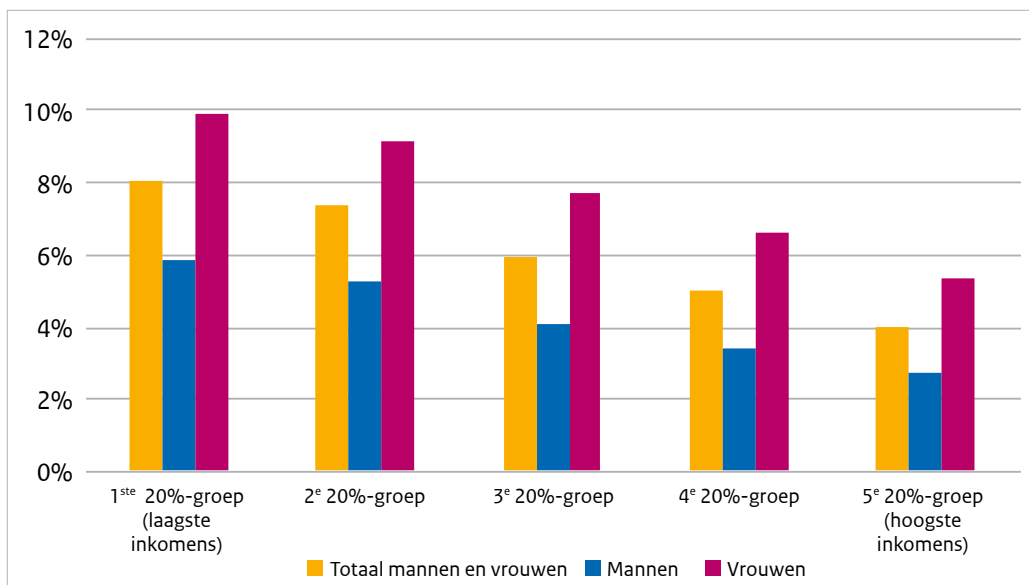
Bron: CBS/Zorginstituut Nederland

¹¹¹ Zorginstituut Nederland. GIPdatabank 2016. Zie ook: www.gipdatabank.nl

Verstrekking van antidepressiva naar inkomen, herkomst en regio

Er bestaat een relatie tussen inkomensniveau en de verstrekking van antidepressiva: aan personen in hogere inkomensgroepen werden verhoudingsgewijs minder antidepressiva verstrekt. Dit wordt voor 2015 geïllustreerd in Figuur 6.4, waarbij de inkomensgroepen zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht zodat verschillen tussen de groepen daar niet van afhangen.

Figuur 6.4 Percentage personen in Nederland dat een antidepressivum kreeg verstrekt, naar inkomensgroep, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, 2015*.



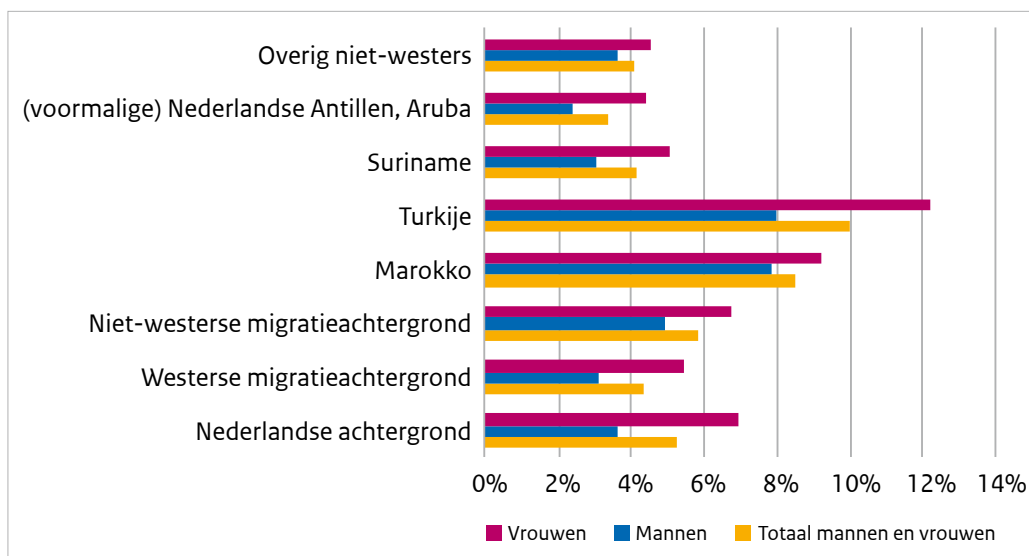
* Gebaseerd op voorlopige cijfers.

Bron: CBS/Zorginstituut Nederland.

Toelichting: 1^e 20%-groep staat voor de 20% personen met de laagste inkomens en de 5^e 20%-groep staat voor de 20% personen met de hoogste inkomens. Gebaseerd op het inkomen in het jaar voorafgaand aan het jaar waarover de verstrekking van antidepressiva is weergegeven.

Uit Figuur 6.5 blijkt dat het percentage personen dat een antidepressivum kreeg verstrekt niet in alle herkomstgroepen gelijk was in 2015. Aan mannen (tot 65 jaar) met een niet-westerse migratieachtergrond werd vaker een antidepressivum verstrekt dan aan mannen met een Nederlandse achtergrond. Bij vrouwen was dit verschil klein. Bij mannen en vrouwen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond was het percentage met een verstrekking van antidepressiva beduidend hoger dan bij mannen en vrouwen met een Nederlandse achtergrond. De bevolkingsopbouw in de herkomstgroepen was voor deze vergelijking voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerd naar die van de Nederlandse bevolking van 0 tot 65 jaar.

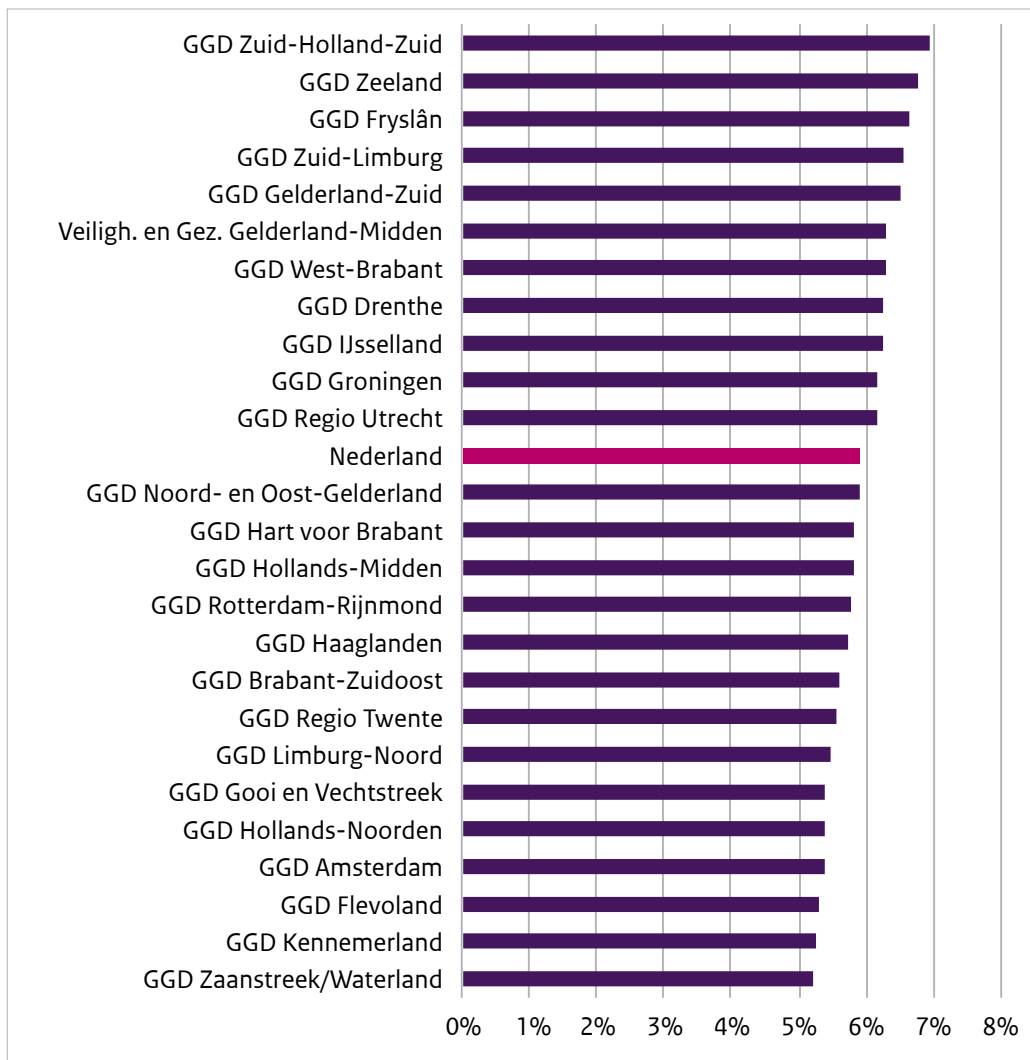
Figuur 6.5 Percentage personen in Nederland dat een antidepressivum kreeg verstrekt, naar migratieachtergrond, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, 0-65 jaar, 2015*.



* Gebaseerd op voorlopige cijfers.
Bron: CBS/Zorginstituut Nederland.

Tot slot bestaat er ook enige regionale variatie in het verstrekken van antidepressiva. Figuur 6.6 gaat uit van de regionale indeling van Nederland in 25 GGD-regio's en laat zien dat het percentage personen dat in 2015 een antidepressivum kreeg verstrekt in de GGD-regio's Zuid-Holland Zuid (7,0%), Zeeland (6,8%), Friesland (6,6%) en Zuid-Limburg (6,6%) beduidend hoger was dan het landelijk gemiddelde (5,9%). In de GGD-regio's Zaanstreek/Waterland (5,2%), Kennemerland (5,3%) en Flevoland (5,3%) lag het percentage antidepressiva-verstrekkingen daarentegen ruim onder het landelijke gemiddelde. De bevolkingsopbouw in de verschillende GGD-gebieden is voor deze vergelijking voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerd naar die van de Nederlandse bevolking.

Figuur 6.6 Percentage personen (mannen en vrouwen) dat een antidepressivum kreeg verstrekt, naar GGD-regio en in Nederland, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, 2015*.



* Gebaseerd op voorlopige cijfers.
Bron: CBS/Zorginstituut Nederland.

7. Kosten van depressiezorg

7.1 Kosten van depressiezorg in het kort

De totale uitgaven aan zorg voor depressie zijn aanzienlijk en bedroegen € 1,63 miljard in 2015, wat neerkwam op 20% van de kosten voor alle psychische aandoeningen tezamen. Deze cijfers zijn afkomstig uit de Kosten van Ziektenstudie van het RIVM. Hierbij is gekeken naar het totaal aan werkelijk gemaakte kosten van zorg bij personen met een (vermoeden van een) depressieve stoornis, al dan niet conform DSM-classificatie.

Niet verrassend is dat veruit het merendeel van de kosten van zorg voor depressie (73%) in de ggz werd gemaakt. Nochtans nam ook de ouderenzorg met 16% een aanzienlijk deel voor haar rekening. Om aangrijpingspunten te vinden voor een hogere doelmatigheid van de depressiezorg, lijkt het daarom belangrijk om niet alleen in de ggz, maar ook in de ouderenzorg, te bepalen welke patiëntgroepen de meeste kosten genereren, en wat hiervan de redenen zijn. De huisartsenzorg had slechts een klein aandeel in de kosten van depressiezorg (1,4%), terwijl hier aan een omvangrijke groep patiënten met depressieve problematiek hulp werd geboden (circa 700.000 in 2015, zie hoofdstuk 3).

Tussen 2003 (€ 0,66 miljard) en 2011 (€ 1,59 miljard) stegen de kosten van depressiezorg relatief sterk. Volgens een nadere analyse van het RIVM is dit waarschijnlijk veroorzaakt door een samenspel van factoren, waaronder een toegenomen vraag naar psychische hulpverlening, een grotere toegankelijkheid van de ggz, en een gegroeid aanbod van ggz-aanbieders (Bijenhof *et al.*, 2012). Mogelijk kunnen daarnaast ook registratie-effecten een rol hebben gespeeld – zoals completere registraties van personen met een gediagnosticeerde depressieve stoornis – waardoor meer kosten werden toegewezen aan depressiezorg. Tussen 2011 en 2015 namen de uitgaven aan depressiezorg slechts beperkt toe (+2%). Verklaringen zijn niet direct voorhanden, dit vraagt om een nieuwe nadere analyse.

7.2 Cijfers over kosten van zorg voor depressie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de uitgaven aan de zorg voor depressie, zoals bepaald in de Kosten van Ziektenstudie. Het betreft de werkelijk gemaakte kosten, waarbij het brede perspectief van de Zorgrekeningen van het CBS wordt gehanteerd. Dit betekent dat is gekeken naar het totaal aan uitgaven aan geneeskundige zorg, langdurige zorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang.¹¹² Toewijzing van kosten naar depressie is gedaan op basis van beschikbare diagnose-informatie in diverse databronnen. Bedacht dient te worden dat het daarbij gaat om depressie in brede zin. Er is niet enkel gekeken naar gemaakte kosten van zorg bij personen met een gediagnosticeerde depressieve stoornis conform DSM-classificatie, maar ook bij personen met een (vermoeden van) depressie niet conform DSM-criteria (bijvoorbeeld zoals gediagnosticeerd door huisartsen op basis van het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem, ICPC-1). Ten slotte hebben de cijfers over 2015 een voorlopig karakter. Enerzijds omdat is gebruikgemaakt van uitgaven in 2015 op basis van de eerste raming van het CBS, en anderzijds omdat voor de toedeling van kosten naar depressie is gebruikgemaakt van extrapolaties van zorggebruik in eerdere jaren (en niet 2015).

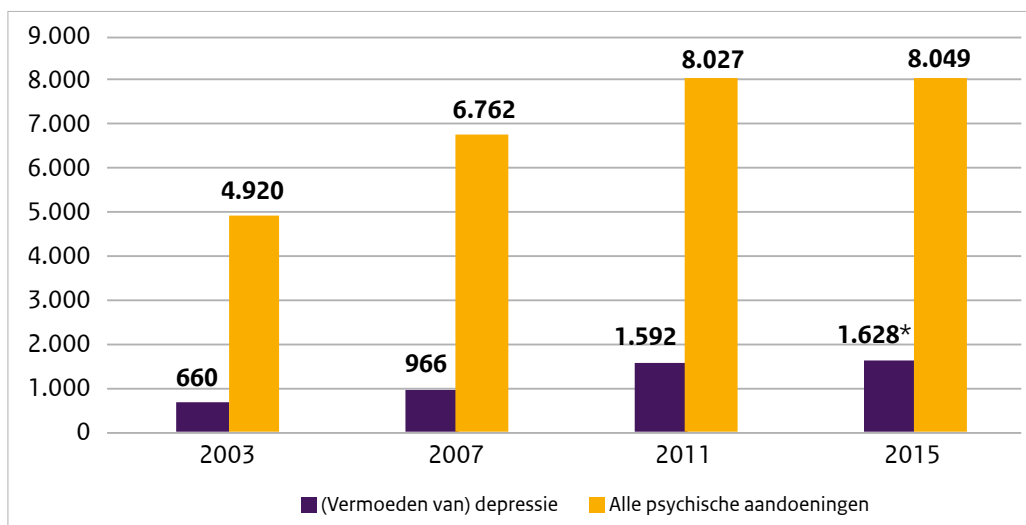
¹¹² Het gaat om uitgaven aan zorggoederen en -diensten door alle instellingen, praktijken en organisaties die die goederen en diensten leveren; ook aanbieders voor wie het niet hun belangrijkste werk is, tellen mee.

Kosten depressiezorg in de periode 2003-2015

Figuur 7.1 laat zien dat in 2015 de zorg voor depressie € 1,63 miljard kostte. Dit is bijna tweeënhalve keer zo hoog als in 2003, toen de kosten € 0,66 miljard bedroegen. Deze kostenstijging vond met name plaats tussen 2003 en 2007 (+46%) en tussen 2007 en 2011 (+65%). Tussen 2011 en 2015 bleef de stijging beperkt tot 2%.

Uitgaande van de zorg voor alle psychische aandoeningen tezamen,¹¹³ was in 2015 een vijfde deel (20%) toe te schrijven aan de kosten van de zorg voor depressie. Dit was reeds het geval in 2011, wat aangeeft dat de zorgkosten van depressie en de totale zorgkosten van psychische aandoeningen in vrijwel gelijke mate licht gestegen zijn tussen 2011 en 2015. Zowel in 2003 als in 2007 werd nog een aanzienlijk lager percentage van de totale zorgkosten van psychische aandoeningen toegeschreven aan depressie, respectievelijk 13% en 14%. Een grofweg vergelijkbaar patroon is te zien wanneer wordt gekeken naar het aandeel van de kosten van depressiezorg in de totale zorgkosten: 1,0% (2003), 1,3% (2007), 1,8% (2011) en 1,7% (2015).

Figuur 7.1 Kosten van de zorg voor depressie en voor alle psychische aandoeningen tezamen (exclusief dementie en verstandelijke handicap) in de periode 2003-2015 (in miljoen euro).



* Voorlopige cijfers omdat is uitgegaan van uitgaven in 2015 op basis van de eerste raming van het CBS en omdat voor de toedeling van kosten naar depressie is gebruikgemaakt van extrapolaties van zorggebruik in eerdere jaren (en niet 2015).

Bron: Kosten van Ziektenstudie.

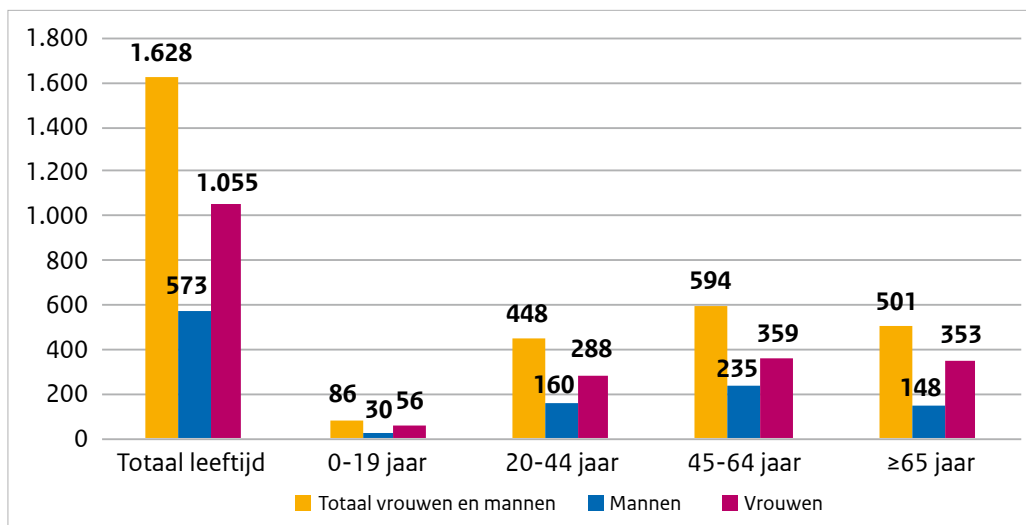
¹¹³ Dit is niet hetzelfde als uitgaven aan aanbieders van ggz (die bedroegen bijvoorbeeld € 6.543 in 2015). Het gaat hier namelijk óók om uitgaven aan niet-ggz-aanbieders in het kader van zorg voor psychische problemen (bijvoorbeeld in de thuiszorg of huisartsenzorg) evenals uitgaven voor voorgeschreven geneesmiddelen.

Verdeling zorgkosten depressie naar leeftijd en geslacht

Zoals te zien in Figuur 7.2 werden de kosten van depressiezorg in 2015 vooral gemaakt door volwassenen van 20 jaar of ouder. Ruim een kwart (28%) van deze kosten had betrekking op 20-44-jarigen, ruim een derde (36%) op 45-64-jarigen, en bijna een derde (31%) op personen van 65 jaar of ouder. Slechts 5% van de kosten van depressiezorg was toe te schrijven aan personen jonger dan 20 jaar.

Bijna tweederde (65%) van de kosten van depressiezorg had betrekking op vrouwen. Dit percentage was wat lager onder 45-64 jarigen (60%), en wat hoger onder personen van 65 jaar of ouder (70%).

Figuur 7.2 Kosten van de zorg voor depressie in 2015 naar leeftijd en geslacht (in miljoenen euro).

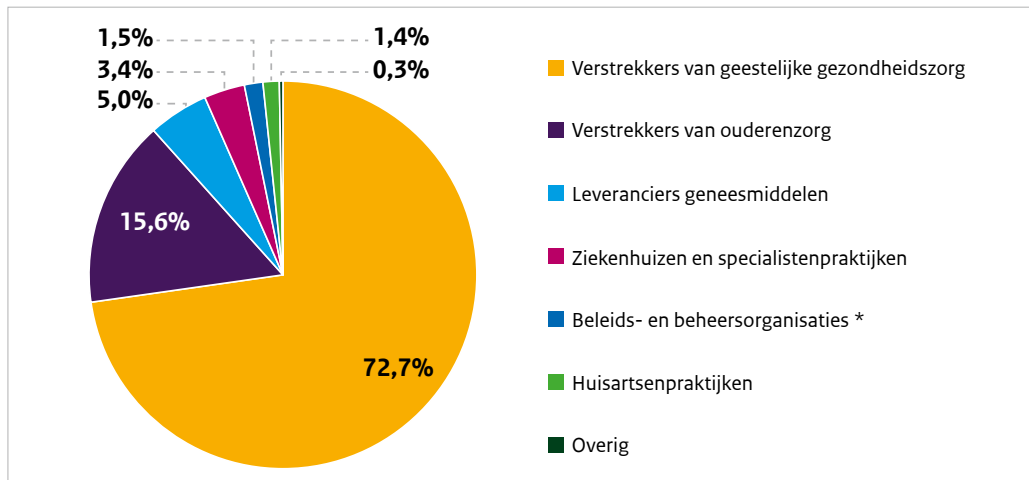


Bron: Kosten van Ziektenstudie.

Verdeling zorgkosten depressie naar sector en financiering

In 2015 was bijna driekwart (73%) van de zorgkosten voor depressie toe te schrijven aan de ggz (exclusief huisartsenzorg) (zie Figuur 7.3). Ouderenzorg volgde op gepaste afstand, met een aandeel van 16% in de kosten. Zoals weergegeven namen andere sectoren 5% of minder van de zorgkosten voor depressie voor hun rekening. De huisartsenzorg had met 1,4% een opvallend laag aandeel in de kosten, gegeven de omvangrijke groep patiënten met depressieve problematiek die in de huisartsenpraktijk hulp ontvangt (circa 700.000 patiënten; zie hoofdstuk 3).

Figuur 7.3 Kosten van de zorg voor depressie in 2015, naar sector.

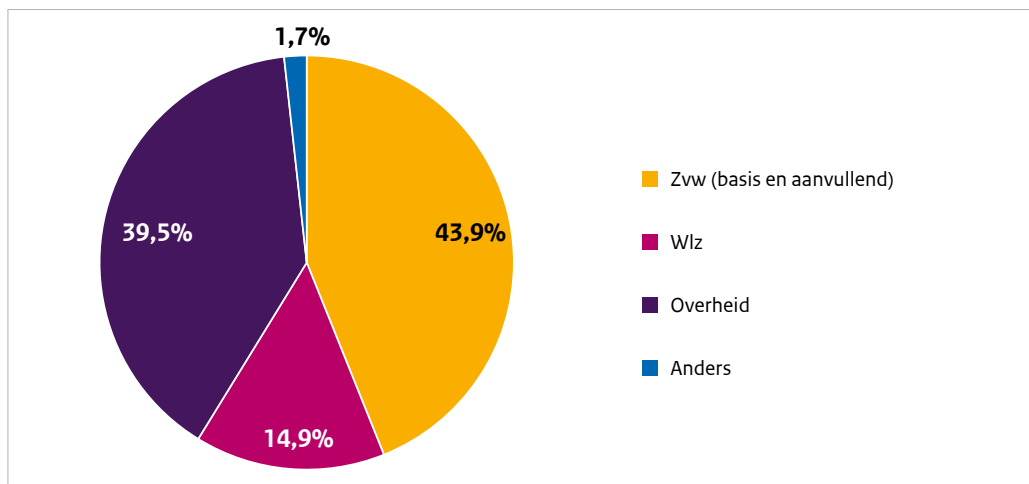


* Verdeling publieke en private zorguitgaven.

Bron: Kosten van Ziektenstudie.

Uit Figuur 7.4 blijkt dat in 2015 ruim 40% van de totale zorg voor depressie – ongeacht vanuit welke sector – werd gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw).

Figuur 7.4 Kosten van de zorg voor depressie in 2015, naar financieringsbron.



Bron: Kosten van Ziektenstudie.

8. Lacunes in landelijke gegevens over preventie en zorg

In de voorgaande hoofdstukken zijn kerngegevens over depressie op het gebied van preventie en zorg gepresenteerd, die direct, of via eenvoudige bewerkingen, werden ontsloten uit landelijke registratiesystemen. Hiermee is een indruk verkregen van de beschikbare informatie. Tegelijkertijd wijst het verkregen overzicht op belangrijke gegevenshiaten.

Voor diverse domeinen en doelgroepen zijn er geen of weinig landelijke gegevens over depressiezorg

Specifieke informatie over aard en omvang van de (preventieve) depressiezorg in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein ontbreekt nagenoeg: deze gegevens worden niet systematisch verzameld. Het is bekend dat er op lokaal niveau veel gebeurt in bijvoorbeeld het versterken van mentale veerkracht, positieve gezondheid en/of specifieke activiteiten en programma's op het gebied van depressie. Een landelijk overzicht over wat er waar in deze zorgdomeinen op het terrein van (preventieve) depressiezorg gebeurt, welke organisaties daarin een rol spelen, welke doelgroepen worden bereikt en wat hiervan het resultaat is, ontbreekt echter. Het is raadzaam om na te gaan of en, zo ja, welke vorm van monitoring hiervoor wenselijk en haalbaar is.

Door de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten bevatten de declaratiedatabases van Vektis, het DBC-informatiesysteem (DIS) en de database van SBG vanaf 2015 géén gegevens meer over jongere patiënten tot 18 jaar in de GB-GGZ en S-GGZ. Hierdoor kan er vanaf 2015 op landelijk niveau geen zicht meer worden verkregen op de omvang, aard en uitkomsten van de depressiezorg die wordt geboden aan jongere patiënten tot 18 jaar in de GB-GGZ en S-GGZ. In dit kader is het interessant om te melden dat vanuit het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt samengewerkt met het Leids Universitair Medisch Centrum aan het realiseren van een continue database met registratiegegevens over patiëntkenmerken en behandeluitkomsten van 13 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, de zogeheten *Research Data Infrastructure* (RDI). Met behulp van deze database wordt het hiaat omtrent de jeugd-ggz als geheel, en depressiezorg bij jongeren tot 18 jaar in het bijzonder, mogelijk deels opgevuld.

In zijn algemeenheid zijn voor de GB-GGZ weinig landelijke gegevens beschikbaar over de geleverde depressiezorg. Dit heeft verschillende redenen. De declaratiedatabase van Vektis over de GB-GGZ bevat geen diagnose-informatie, waardoor patiënten met een depressieve stoornis niet kunnen worden onderscheiden. DIS-gegevens over de GB-GGZ, die wel diagnose-informatie bevatten, worden voornamelijk door slechts een beperkt en mogelijk selectief deel van de zorgaanbieders aangeleverd, wat de representativiteit van deze gegevens beperkt. Ten slotte zijn vrijgevestigde aanbieders pas in januari 2017 begonnen met het aanleveren van gegevens over behandeluitkomsten aan SBG, terwijl juist zij in de GB-GGZ aan de meerderheid van de patiënten zorg verlenen. Een eerste stap om te komen tot meer

landelijke informatie over depressiezorg in de GB-GGZ zou zich kunnen richten op het vergemakkelijken en stimuleren van de gegevensaanlevering door zorgaanbieders aan het DIS.

Een andere gegevenslacune vloeit voort uit het gegeven dat alle genoemde databronnen wat betreft de S-GGZ betrekking hebben op het curatieve deel, oftewel het deel dat wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) op basis van DBC's. Daardoor ontbreekt het zicht op de patiënten met een depressieve stoornis die langdurig in een ggz-instelling verblijven.¹¹⁴

Ten slotte is het belangrijk om op te merken dat er wordt gewerkt aan een nieuwe bekostigingssystematiek voor de ggz, die de registratie in de DBC's (S-GGZ) en prestaties (GB-GGZ) moet vervangen. Het is de vraag of daarmee diagnose-informatie beschikbaar zal blijven in de declaratiedatabases van Vektis en het DIS. Het is belangrijk dat diagnose-informatie in de toekomst beschikbaar is, om de aard, omvang en effecten van de zorg in de GB-GGZ en S-GGZ aan patiënten met specifieke psychische aandoeningen, onder wie degenen met een depressieve stoornis, te kunnen monitoren.

Ontbrekende landelijke gegevens over depressiezorg in de huisartsenpraktijk en de specialistische GGZ

Bestaande registratiesystemen bevatten veel informatie over de depressiezorg in de huisartsenzorg en S-GGZ. Echter, een aantal belangrijke aspecten van depressiezorg in deze domeinen kan minder goed in kaart worden gebracht met registratiegegevens. Zo bieden gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn geen inzicht in de aard van de niet-medicamenteuze zorg – waaronder e-mental health – die de huisarts en POH-GGZ bieden aan patiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. Ook ontbreekt informatie over behandeluitkomsten en patiëntervaringen. Aanvullende en verdiepende gegevensverzamelingen zijn nodig om deze gegevenslacunes op te vullen. Zo kan er een koppeling worden gemaakt met gegevens uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, om op die manier meer zicht te krijgen op patiëntervaringen met depressiezorg in de huisartsenpraktijk.

Op basis van gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn kan het voorschrijven van antidepressiva en andere soorten psychofarmaca in de huisartsenpraktijk goed worden gemonitord. Zoals hierboven beschreven bleek het voorschrijfpercentage antidepressiva relatief hoog onder volwassenen (18-64 jaar) en oudere (≥65 jaar) huisartspatiënten met een diagnose depressieve klachten of depressieve stoornis. Nader onderzoek, waarbij ook de ernst van de depressieve problematiek, en de dosering en de duur van de voorgeschreven medicatie worden meegenomen, is wenselijk om na te gaan in hoeverre er sprake is van mogelijke medicamenteuze overbehandeling door huisartsen.

¹¹⁴ Langer dan 1 jaar (tot en met 2014); langer dan 3 jaar (vanaf 2015).

In de declaratiegegevens van Vektis ontbreekt informatie over de aard van geleverde depressiezorg in de S-GGZ. De ‘rijkere’ gegevens in het DIS bevatten wél gedetailleerde informatie over de soorten van niet-medicamenteuze behandelvormen die in de S-GGZ zijn ingezet bij patiënten met een diagnose depressieve stoornis. Evaluatie en monitoring van deze DIS-gegevens zijn wenselijk om te kunnen vaststellen of patiënten passende zorg krijgen. Informatie over voorgeschreven medicatie in de S-GGZ – gespecificeerd naar soort medicijn¹¹⁵ – ontbreekt zowel in de declaratiedatabase van Vektis als in het DIS. Dit zou beschikbaar gemaakt kunnen worden door een koppeling op patiëntniveau te maken met landelijke registratiesystemen over medicatieverstrekingen. Aldus kan meer zicht worden verkregen op of er sprake is van passende medicamenteuze behandeling bij depressieve stoornis in de S-GGZ.

Op basis van de instellingen met een adequate gegevensaanlevering aan SBG kunnen indicaties worden gegeven van landelijk gemiddelde behandeluitkomsten en patiënt-ervaringen bij patiënten die vanuit een instelling binnen de S-GGZ worden behandeld vanwege een diagnose depressieve stoornis. Voor vrijgevestigde aanbieders – die een minderheid van de patiënten in de S-GGZ bedienen – kunnen hiervan vooralsnog geen indicaties worden gegeven omdat die pas in januari 2017 zijn begonnen met gegevensaanlevering aan SBG.¹¹⁶

Ontbrekende landelijke gegevens over patiëntstromen in het continuüm van depressiezorg

Omdat bestaande landelijke registratiesystemen betrekking hebben op een specifiek echelon, ontbreken vooralsnog grotendeels gegevens over de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten met depressieve klachten of een depressieve stoornis in het continuüm van depressiezorg, van het voorveld (publieke gezondheidszorg en sociaal domein) tot de ggz-keten (huisartsenzorg, GB-GGZ en S-GGZ). Hierdoor is het onbekend welke routes patiënten in het continuüm van depressiezorg doorlopen (*patient journeys*), en welke factoren hierbij van invloed zijn. Het lijkt daarom wenselijk om daarvoor gebruik te maken van koppelingen op persoonsniveau tussen de bestaande landelijke registratiesystemen over de huisartsenzorg, GB-GGZ en S-GGZ.¹¹⁷

¹¹⁵ Volgens het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC)-classificatiesysteem.

¹¹⁶ De gegevensaanlevering van zowel instellingen als vrijgevestigden aan SBG is tijdelijk stopgezet vanwege privacyoverwegingen. Wellicht dat hierdoor een gegevenslacune is ontstaan voor 2017.

¹¹⁷ Vektis heeft hier een begin mee gemaakt door koppeling van verschillende declaratiedatabases, en voor zover diagnose-informatie beschikbaar is.

Referenties

Referenties Deel A

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Beekman AT, van Os J, van Marle HJC, van Harten PN. Themanummer Stagering en profilering. Hervorming van diagnostiek. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2012;54:913-914.
- Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 1997;141:2453-2460.
- Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology. Psychological Medicine. 2000;30:657-668.
- Bijlage 5 'Beoordeling kerncijfers Staat van Volksgezondheid en Zorg' zoals besproken op de vergadering van 13 april 2017 van de Werkorganisatie van de Staat van Volksgezondheid en Zorg; 2017.
- Boschloo L, Schoevers RA, Beekman AT, Smit JH, van Hemert AM, Penninx BW. The four-year course of major depressive disorder: the role of staging and risk factor determination. Psychotherapy and Psychosomatics. 2014;83:279-88.
- Bot M, Middeldorp CM, de Geus EJ, Lau HM, Sinke M, van Nieuwenhuizen B, Smit JH, Boomsma DI, Penninx BW. Validity of LIDAS (Lifetime Depression Assessment Self-report): a self-report online assessment of lifetime major depressive disorder. Psychological Medicine 2017;47(2):279-289).
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Kaur J, Karam AN, Kostyuchenko S, Lepine JP, Levinson D, Matschinger H, Medina Mora ME, Oakley Browne M, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-National Epidemiology of DSM-IV Major Depressive Episode. BMC Medicine. 2011;9:90.
- Buist-Bouwman MA, Ormel J, de Graaf R, Vollebergh WAM. Functioning after a major depressive episode: complete or incomplete recovery? Journal of Affective Disorders. 2004;82:363-371.
- Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. American Journal of Psychiatry. 2014;171:453-462.
- Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. Journal of Affective Disorders. 2004;79:71-79.
- Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, de Graaf R, ten Have M, Beekman A. Economic costs of minor depression: a population-based study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007;115:229-236.
- de Graaf R, Bijl RV, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM. Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2002;106:303-313.

- de Graaf R de, Bijl RV, Vollebergh W, Spijker J. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003;38:1-11.
- de Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- de Graaf R, ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- de Looze M, van Dorsselaer S, de Roos S, Verdurmen J, Stevens G, Gommans R, van Bon-Martens M, ter Bogt T, Vollebergh W. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit van Utrecht; 2014.
- de Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman AJ, Gorissen WH, Schrier AC, Penninx BW, Komproe IH, Verhoeff AP. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43:905-912.
- Gommer AM, Poos MJJC, Hoeymans N. Verloren levensjaren, ziekte en ziektelast voor 56 geselecteerde aandoeningen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM; 2010.
- Hardeveld F, Spijker J, de Graaf R, Nolen WA, Beekman ATF. Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*. 2013;43:39-48.
- Hetrick SE, Parker AG, Hickie IB, Purcell R, Yung AR, McGorry PD. Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008;77:263-270.
- Jeuring HW, Huisman M, Comijs HC, Stek ML, Beekman ATF. The long-term outcome of subthreshold depression in later life. *Psychological Medicine*. 2016;46:2855-2865.
- Kok R, Oude Voshaar R. Depressie bij ouderen. In: *Handboek depressieve stoornissen*. Red. Schene AH *et al.* Utrecht: De Tijdstroom; 2016.
- Middeldorp CM, Birley AJ, Cath DC, Gillespie NA, Willemsen G, Statham DJ, de Geus EJ, Andrews JG, van Dyck R, Beem AL, Sullivan PF, Martin NG, Boomsma DI. Familial clustering of major depression and anxiety disorders in Australian and Dutch twins and siblings. *Twin Research and Human Genetics*. 2005;8(6):609-15.
- Ministerie van VWS. Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Den Haag: Ministerie van VWS; 2017. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/02/15/rapport-meerjarenprogramma-depressiepreventie-versie-14-februari-2017>.
- Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2197-2223.
- Ormel J, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Vollebergh W. Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode. A 3-wave population-based study of state, scar and trait effects. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61:387-392.

- Ormel J, Raven D, van Oort F, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, Vollebergh WAM, Buitelaar J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*. 2015;45:345–360.
- Penninx W, van Dyck R. Stand van zaken: Depressie en somatische comorbiditeit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2010;154:722–727.
- Schotanus-Dijkstra M, Drossaert CHC, Pieterse ME, Boon B, Walburg JA, Bohlmeijer ET. An early intervention to promote well-being and flourishing and reduce anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*. In druk.
- Schotanus-Dijkstra M, ten Have M, Lamers SMA, de Graaf R, Bohlmeijer ET. The longitudinal relationship between mental well-being and mental illness: findings from a representative adult population study. *European Journal of Public Health*. In press.
- Smit F, Beekman A, Cuijpers P, de Graaf R, Vollebergh W. Selecting key-variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;81:241–249.
- Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. 2006;9:193–200.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. IV. Duur van depressieve episoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2003; 47:2025–2028.
- Spijker J, Ruhé E, Beekman ATF. Beloop en stagering van depressie. In: *Handboek depressieve stoornissen*. Red. Schene AH *et al.* Utrecht: De Tijdstroom; 2016.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(10):1552–62.
- ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2’ (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. The association between type and number of adverse working conditions and mental health during a time of economic crisis (2010–2012). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50:899–907.
- ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van ’t Land H, Vollebergh W. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study’ (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.
- ten Have M, de Graaf R, Monshouwer K. Sporten en psychische gezondheid. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study’ (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut. 2009.
- ten Have M, van Dorsselaer S, Tuithof M, de Graaf R. Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2’ (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- ten Have M, Penninx BWJH, Tuithof M, van Dorsselaer S, Kleinjan M, Spijker J, Graaf R de. Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. In druk; 2017.

- ten Have M, van Weeghel J, van Dorsselaer S, Tuithof M, de Graaf R. Houding van de algemene bevolking ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2). *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2015;57:785-794.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004b;109(Suppl. 420):38-46.
- Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC. Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43:349-355.
- Tuithof M, ten Have M, van Dorsselaer S, Bransen E, de Graaf R. Risico-indicatoren van emotionele stoornissen bij mantelzorgers. Resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2016;94:73-80.
- Verdurmen, J, ten Have M, van Dorsselaer S, van 't Land H, Vollebergh W, de Graaf R. Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand R, Kasius MC. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1997;141:777-781.
- Vermeulen-Smit E, ten Have M, van Laar M, de Graaf R. Clustering of health risk behaviours and the relationship with mental disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2015;171:111-119.
- Vollebergh WAM, van Dorsselaer S, Monshouwer K, Verdurmen J, van der Ende J, ter Bogt T. Mental health problems in early adolescents in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41:156-163.
- Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijshaar M, Corry J, Andrews G. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61:1097-1103.

Referenties Deel B

- Bakker P, Jansen P. Generalistische basis-GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Enschede: Bureau HHM; 2013.
- Bijenhof AM, Folkertsma MA, Kommer GJ, Slobbe LCJ, Polder JJ. Kostenontwikkeling GGZ. Kosten van ziekten notities 2012-1. Bilthoven: RIVM; 2012.
- Boel M, van der Poel A. Opbrengst en waarde van het Partnership Depressiepreventie. TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2011;89(4):236-241.
- de Beurs D, Magnée T, de Bakker D, Verhaak P. Analyse van de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk over de periode 2010-2015. Utrecht: NIVEL; 2016a.
- de Beurs E, Barendregt M, de Heer A, van Duijn E, Goeree B, Kloos M, et al. Comparing methods to denote treatment outcome in clinical research and benchmarking mental health care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2016b; 23: 308-318.
- Gezondheidsraad. Sociaal werk op solide basis. Den Haag: Gezondheidsraad; 2014.
- GGD Nederland. Depressiepreventie en lokaal gezondheidsbeleid. Vier GGD-projecten in de schijnwerpers. Utrecht: GGD Nederland; 2013.
- Koornstra A, Stom C. Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. Utrecht: GGD GHOR Nederland; 2016.
- KPMG. Monitor Generalistische basis-GGZ. Periode: jan 2011-dec 2015. Utrecht: KPMG Advisory NV; 2016.
- Kwaliteitsinstituut Nederlandse gemeenten (KING) & Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). Indicatorenoverzicht rapportage gemeentelijke monitor Sociaal Domein. Informatie over de gebruikte indicatoren in de tweede rapportage gemeentelijke monitor Sociaal Domein. Den Haag: KING/VNG; 2016.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap, PsyHAG, InEen et al. Functie en competentieprofiel POH-GGZ. Utrecht: LHV, NHG, PsyHAG en InEen; 2014.
- Larsen V, Lubbe M, de Boer L. Meta analyse MKBA's sociale (wijk)teams: Integrale aanpakken vergeleken in termen van kosten en baten. Amsterdam: LPBL, Economisch Adviesbureau; 2014.
- Meeuwissen JAC, Speetjens P, Meije D, Oud M et al. Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW); 2015.
- Ministerie van VWS. Preventienota. Kiezen voor gezond leven. Den Haag: Ministerie van VWS; 2006.
- Ministerie van VWS. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van VWS; 2011.
- Ministerie van VWS. Kamerbrief Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische basis-GGZ. Den Haag: Ministerie van VWS; 2013a.
- Ministerie van VWS. Kamerbrief Vragen inzake voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische basis-GGZ. Den Haag: Ministerie van VWS; 2013b.
- Ministerie van VWS. Alles is gezondheid... Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016. Den Haag: Ministerie van VWS; 2013c.

- Ministerie van VWS. Factsheet Nieuw basispakket Jeugdgezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS; 2014.
- Ministerie van VWS. Kamerbrief over landelijke nota volksgezondheidsbeleid 2016-2019. Den Haag: Ministerie van VWS; 2015.
- Ministerie van VWS. Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Den Haag: Ministerie van VWS; 2017. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/02/15/rapport-meerjarenprogramma-depressiepreventie-versie-14-februari-2017>.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Landelijk professioneel kader. Uitvoering basispakket jeugdgezondheidszorg (JGZ). Utrecht: NCJ; 2015.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). JGZ-richtlijn Depressie. Utrecht: NCJ; 2016.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Utrecht; 2016.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard Depressieve stoornissen [autorisatieversie d.d. 12 april 2017]. Utrecht; 2017a.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Generieke module Psychische klachten huisartsenpraktijk. Utrecht; 2017b.
- Nuijen J (red). Trendrapportage GGZ: versterking van de ggz in de huisartsenpraktijk. Terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- Peeck C, Vink J. Een leven lang vitaal. Eindrapport Project Ouderen en Preventie. Den Haag: Schuttelaar & partners; 2016.
- Ruiter M, Bransen E, van der Poel A, Boon B. GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap. Strategische Verkenning. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Schotanus-Dijkstra M, Ruiter M, van der Poel A, Hosman C, Boon B. Tien jaar monitor GGZ-preventie: inzichten en vraagstukken. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2013;91(4):217-24.
- Slagter I. Handleiding voor lokaal beleid depressiepreventie. Utrecht: Partnership Depressiepreventie, voor deze Trimbos-instituut; 2010. https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/010171_Depressie-1.pdf
- Sok K, van den Bosch A, Goeptar H, Sprinkhuizen A, Scholte M. Samenwerken in de wijk: Actuele analyse van sociale wijkteams. Utrecht: Movisie; 2013.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, van Vliet IM, et al. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Trimbos-instituut. Factsheet Handreiking Gezonde Gemeente: depressie. Bilthoven: RIVM, CGL; 2011.
- van Arum S, Schoorl R. Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na decentralisaties (najaar 2015). Utrecht: Movisie; 2016.
- van den Broek M, Koornstra A. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's in 2013. Utrecht: GGD Nederland; 2013.
- van den Enden T, Kooiman A, Udo N, de Meijer M. Organisatievormen en positionering van (wijk)teams. Overwegingen en ervaringen van gemeenten in beeld. Utrecht: Integraal Werken in de Wijk; 2017.

- van der Kemp S, Poortvliet P. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, Research voor beleid; 2012.
- van der Poel A, Duivis H, Laghaei F, Lokkerbol J, Smit F, Boon B. Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen. Pas bevallen moeders, jongeren, huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werknemers. Strategische verkenning. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- van Hoof F, Knispel A, Hulsbosch L, Place C, Muusse Ch, van Vugt M, Planije M, Michon H, Kroon H. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- van Weel-Baumgarten EM, van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, van Marwijk HWJ, van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, van Avendonk MJP, van der Weele GM. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap. 2012;55(6):252-9.

Bijlagen

Bijlage 1

Maandprevalentie angst- of depressieve klachten onder volwassenen van 19 jaar of ouder, naar GGD-regio en ernst

GGD-regio		Maandprevalentie	95%-betrouwbaarheidsinterval	
			Ondergrens	Bovengrens
GGD Groningen	Milde en ernstige klachten	35,8%	34,6%	37,0%
	Ernstige klachten	5,5%	4,9%	6,1%
GGD Fryslân	Milde en ernstige klachten	38,6%	37,5%	39,7%
	Ernstige klachten	4,9%	4,3%	5,5%
GGD Drenthe	Milde en ernstige klachten	33,9%	32,2%	35,6%
	Ernstige klachten	4,9%	4,1%	5,9%
GGD IJsselland	Milde en ernstige klachten	43,2%	41,7%	44,6%
	Ernstige klachten	5,2%	4,5%	6,0%
GGD Twente	Milde en ernstige klachten	44,8%	43,5%	46,1%
	Ernstige klachten	7,1%	6,3%	8,0%
GGD Noord en Oost Gelderland	Milde en ernstige klachten	44,1%	43,1%	45,2%
	Ernstige klachten	5,5%	5,0%	6,1%
VG Gelderland Midden	Milde en ernstige klachten	49,3%	47,7%	50,9%
	Ernstige klachten	6,8%	5,9%	7,8%
GGD Gelderland Zuid	Milde en ernstige klachten	49,1%	47,9%	50,2%
	Ernstige klachten	6,5%	5,9%	7,1%
GGD Regio Utrecht	Milde en ernstige klachten	43,8%	43,0%	44,6%
	Ernstige klachten	5,7%	5,3%	6,1%
GGD Hollands Noorden	Milde en ernstige klachten	36,1%	35,0%	37,1%
	Ernstige klachten	5,4%	4,8%	6,0%
GGD Zaanstreek Waterland	Milde en ernstige klachten	42,7%	41,6%	43,9%
	Ernstige klachten	6,6%	6,0%	7,2%
GGD Kennemerland	Milde en ernstige klachten	41,1%	39,9%	42,2%
	Ernstige klachten	5,5%	5,0%	6,1%

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

Milde en ernstige klachten: een score van 16-50 op de Kessler Psychological Distress Scale (K10).

Ernstige klachten: een score van 30-50 op de K10.

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassen en Ouderen 2016, GGD'en, CBS en RIVM.

Bijlage 2

Risicofactoren voor het ontwikkelen of in stand houden van een depressieve stoornis

Bron: Zorgstandaard Depressieve stoornissen (2017), [autorisatieversie d.d. 12 april 2017].

Persoonsgebonden risicofactoren

Erfelijkheid:

- kinderen van ouders met een depressie hebben driemaal zoveel kans om een depressie te krijgen dan kinderen van andere ouders.

Persoonlijkheid/persoonlijheidsproblematiek:

- mensen die erg geremd zijn (introversie) of juist snel boos, die een angstige of verdrietige reactie hebben op omgevingsprikkels;
- een geringe zelfwaarde hebben;
- moeilijk tegenslag en kritiek hanteren (neuroticisme);
- negatieve cognitieve stijl (ervaringen worden negatief geïnterpreteerd);
- negatieve attributiestijl (negatief omgaan met stress, plakt direct negatieve labels).

Gezondheid:

- hormonale afwijkingen door aandoeningen aan de schildklier of de bijnier;
- (hormonale schommelingen bij of na een) zwangerschap, bevalling, puberteit of menopauze;
- chronische lichamelijke aandoening zoals dementie, de ziekte van Parkinson, systeemziekten, diabetes;
- chronische pijn en/of onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten;
- kwetsbaarheid door beperkte cognitieve vaardigheden of in de vorm van een verstandelijke beperking;
- een inactieve leefstijl en/of onvoldoende lichamelijke fitheid;
- het doormaken van een hartinfarct en een CVA;
- het gebruik van sommige medicijnen;
- een andere psychische aandoening;
- alcohol- en drugsgebruik;
- slaapproblematiek of slaaptkort.

Omgevingsgebonden risicofactoren

Gezinsituatie, sociale relaties en werk:

- relationele problemen of ruzies (tussen ouders), intergenerationele problemen;
- weinig sociale steun (met name mannen) of veel eenzaamheid, zoals alleenstaanden en gescheiden mensen;
- armoede;
- verlies van werk en/of inkomen, waaronder pensionering;
- kinderen van ouders met een consequent negatieve opvoedingsstijl, overmatig beschermende, kritische, autoritaire of verwaarlozende opvoedingsstijl of onveilige hechting;
- hoge werkdruk, weinig controle over taken, weinig support op het werk;
- leerproblemen of problemen met een leerkracht;
- sociale uitsluiting en gepest worden;
- gezinsleden met een chronische ziekte en/of zorg hebben voor een zieke partner;
- ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven;
- kinderen van ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen (KOPP/KVO-kinderen);
- lage sociaaleconomische status en negatief worden benaderd door de omgeving.

Levensgebeurtenissen:

- stressvolle levensgebeurtenissen op het persoonlijke of interpersoonlijke vlak (vooral bij vrouwen), zoals het verlies van een dierbare, zwangerschapsverlies of aan de gezondheid gerelateerde gebeurtenissen (vooral bij ouderen);
- (psycho)traumatische jeugdervaringen zoals (seksuele) mishandeling en emotionele verwaarlozing verhogen de kwetsbaarheid voor latere psychische stoornissen, waaronder depressie;
- migratie (zoals heimwee, discriminatie, problemen met integratie en acceptatie) of (psycho) traumatische gebeurtenissen vergroten de kans op een depressie, bijvoorbeeld bij vluchtelingen.

Bijlage 3

Hoogrisicogroepen: prevalentiegegevens

Onderstaande tabel geeft een indruk (geen volledig overzicht) van beschikbare gegevens uit Nederlandse en buitenlandse bronnen over de prevalentie van depressieve klachten, depressieve stoornis en/of depressie-gerelateerde problematiek bij de hoogrisicogroepen van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie [1,2].

Risicogroep [2]: omvang groep [3]	Prevalentie
Jonge vrouwen	Jaarprevalentie depressieve stoornis: 7,6% onder 18-24 jarige vrouwen; en 7,8% onder 25-34 jarige vrouwen (De Graaf et al., 2010; NL)
Zwangere en pas bevallen vrouwen ca. 180.000 geboortes per jaar	Geen NL cijfers beschikbaar 13% postpartum depressie (PPD) <ul style="list-style-type: none">• met hoog risico op PPD: 25%• met laag risico op PPD: 2,3% (Dennis & Dowswell, 2013)
Jongeren	6-maands prevalentie depressieve stoornis: 3,6% onder 13-17 jarigen (Verhulst et al., 1997; NL) Jaarprevalentie depressieve stoornis: 6,7% onder 18-24 jarigen (De Graaf et al., 2010; NL) Levensprevalentie depressieve stoornis: 8,4% onder 13-14 jarigen; en 15,4% onder 17-18 jarigen (Merikangas et al., 2010) Op 19-jarige leeftijd heeft 20-25% van de jongeren een depressieve stoornis gehad (Merry et al., 2011)
KOPP/KVO 403.000 ouders met een psychische stoornis of verslaving hebben samen 577.000 kinderen (Goossens & Van der Zanden 2012)	Geen cijfers over gehele KOPP/KVO-groep bekend Op 35-jarige leeftijd heeft 65% van de kinderen van ouders die ooit een depressieve en/of angststoornis hadden, zelf een depressieve en/of angststoornis, of heeft deze gehad (Havinga et al., 2016; NL)
VMBO-leerlingen ca. 400.000 jongeren	Onbekend
Huisartspatiënten	2015: depressieve klachten (ICPC-code P03) of depressieve stoornis (ICPC-code P76): 4,1%; dat zijn ca. 700.000 personen (NIVEL; NL)

Risicogroep [2]: omvang groep [3]	Prevalentie
Werknemers in stressvolle beroepen	<p><i>Onbekend</i></p> <p>Jaarprevalentie depressieve stoornis onder 'werkenden' (≥ 12 uur/week): 4,2% (De Graaf <i>et al.</i>, 2011; NL)</p> <p>Beroepsziekte nr. 1: stress op de werkvloer; >1 mln. mensen lopen risico op werkgerelateerde psychische aandoeningen als burn-out (www.duurzameinzetbaarheid.nl)</p>
Ziekenhuisverpleegkundigen	<p>25% had depressieve klachten volgens een vragenlijst (Gartner <i>et al.</i>, 2013; NL)</p>
<p>Chronisch zieken</p> <p>Circa 1/3 van de Nederlanders had op jaarbasis minimaal eenmaal contact met de huisartsenpraktijk voor een chronische ziekte; voor 65-74 jarigen is dit percentage circa 70%; en voor 75-plussers ruim 80% (Van Oostrom <i>et al.</i>, 2011; https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/chronische-aandoening-jaarprevalentie-huisartsbezoek)</p>	<p>Jaarprevalentie depressieve stoornis bij 18-64 jarigen met een chronische lichamelijke aandoening: 7,1% (N2#; NL)</p>
<p>Kankerpatiënten</p> <p>In 2016 hadden 790.000 mensen kanker, of kanker gehad en overleefd; en 108.400 mensen kregen kanker in 2016 (IKNL; http://cijfersoverkanker.nl; https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/kanker-aantal-nieuwe-gevallen)</p>	<p><i>Geen NL cijfers beschikbaar</i></p> <p>Gepoolde prevalentie depressieve stoornis (tijdens of na kankerbehandeling): 13%</p> <p>Gepoolde prevalentie depressieve klachten volgens een vragenlijst (tijdens of na behandeling): 8-24% (Krebbert <i>et al.</i>, 2014)</p>
<p>Mantelzorgers</p> <p>2,6 miljoen mensen (Oudijk <i>et al.</i>, 2010)</p>	<p>Jaarprevalentie depressieve stoornis: 4,6% (N2#; NL)</p> <p>Jaarprevalentie stemmings-/angststoornis (waaronder depressieve stoornis): 7,6% (Tuithof <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>Ernstige overbelasting: 19% (Timmermans <i>et al.</i>, 2005) en 34% van mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening (Wittenberg <i>et al.</i>, 2012)</p>

- [1] <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/02/15/rapport-meerjarenprogramma-depressiepreventie-versie-14-februari-2017>
- [2] *De hoogrisicogroepen zijn groot en breed gedefinieerd (zie vetgedrukt). Enkele van deze groepen zijn in de afgelopen jaren specifiek benoemd doordat over de specifieke groep meer informatie te vinden was. NL geeft aan dat het Nederlandse cijfers betreft.*
Nz# In kader van depressiepreventie-activiteiten zijn extra analyses uitgevoerd op NEMESIS-2-data.
- [3] *Bij enkele hoogrisicogroepen staat de omvang de groep genoemd. Echter, een cijfer over groepsomvang (1^{ste} kolom) kan niet zomaar worden gecombineerd met een prevalentiecijfer over depressie (2^e kolom) omdat de bronpopulaties van elkaar kunnen verschillen.*

De gegevens in de tabel geven geen volledig overzicht van de literatuur.

De tabel is voornamelijk samengesteld op basis van de volgende rapportages:

- Smit F, Vlasveld M, Beekman A, Cuijpers P, Schoevers R, Ruiters M, Boon B. Depressiepreventie. Stand van zaken, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- van der Poel A, Duijvis H, Laghaei F, Lokkerbol J, Smit F, Boon B. Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen. Pas bevallen moeders, jongeren, huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werknemers. Strategische verkenning. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.

Referenties:

- de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; Issue 2: Art. No. CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- Goossens F, van der Zanden AP. Factsheet KOPP/KVO. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Havinga PJ, Boschloo L, Bloemen AJP, Nauta MH, de Vries SO, Penninx BWJH, Schoevers RA, Hartman CA. Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: A prospective cohort study. Journal of Clinical Psychiatry. 2016; e1-10.
- Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Ripema IC, de Bree R, Leemans CR, Becker A, Brug J, van Straten A, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw IM. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psycho-Oncology. 2014; 23(2): 121-130.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Culi LH, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2010; 49(10): 980-989.
- Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; 7(12): CD003380.

- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (huisartsen) <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerstelij>
- Oudijk D, de Boer A, Woittiez I, Timmermans J, de Klerk M. Mantelzorg uit de doeken. Een actueel beeld van het aantal mantelzorgers. Den Haag: SCP; 2010.
- Timmermans J, de Boer A, Iedema J. De mantelval. Over dreigende overbelasting van de mantelzorger. Den Haag: SCP; 2005.
- Tuithof M, ten Have M, van Dorsselaer S, Bransen E, de Graaf R. *Risico-indicatoren van emotionele stoornissen bij mantelzorgers: Resultaten van NEMESIS-2*. TSG. 2016; 94(2): 73-80.
- van Oostrom SH, Picavet HS, van Gelder BMn, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2011; 155: A3 193.
- Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF, *et al*. The prevalence of dsm-iii-r diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. Archives of General Psychiatry. 1997; 54: 329-336.
- Wittenberg Y, Kwekkeboom MH, Boer AH de. Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek. Den Haag: SCP; 2012.

Begeleidingscommissies

Adviescommissie Themaportage

- Prof. dr. Aartjan Beekman, VU Medisch Centrum
- Drs. Nathalie Kelderman, Depressie Vereniging
- Drs. Yvonne Moolenaar, GGZ Nederland
- Prof. dr. Jan Spijker, Radboud Universiteit
- Prof. dr. Bea Tiemens, Radboud Universiteit
- Prof. dr. Wilma Vollebergh, Universiteit Utrecht; vertegenwoordiger vanuit de Wetenschappelijke Adviescommissie van de Staat VenZ
- Dr. Marieke Zwaanswijk, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Wetenschappelijke Adviescommissie van de Staat van Volksgezondheid en zorg

- Drs. Annemiek van Bolhuis MBA, RIVM
- Prof. dr. Dorret Boomsma, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. Carolien van den Brink, RIVM
- Prof. dr. Werner Brouwer, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Prof. dr. Andre Knottnerus (voorzitter), Maastricht University
- Prof. dr. Anton Kunst, Academisch Medisch Centrum
- Prof. dr. Dirk Ruwaard, Maastricht University
- Prof. dr. Joris Slaets, Leyden Academy on Vitality and Ageing
- Prof. dr. Ingrid Steenhuis, Vrije Universiteit Amsterdam
- Prof. dr. Margo Trappenburg, Universiteit Utrecht
- Prof. dr. Wilma Vollebergh, Universiteit Utrecht
- Prof. dr. Gert Westert, Radboud Universitair Medisch Centrum

Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg

Jaarlijks hebben in Nederland ruim een half miljoen volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar een depressieve stoornis (kortweg: depressie). De impact van depressie is groot: voor de persoon zelf, voor de naaste omgeving en voor de maatschappij. Dit blijkt uit een overzicht van de beschikbare cijfers over deze aandoening. Het overzicht brengt ook in beeld welke preventieve maatregelen en zorg bij depressie worden geboden door partijen in de 'keten': van preventieve maatregelen in gemeenten tot en met specialistische geestelijke gezondheidszorg. De beschikbare informatie hierover uit landelijke registraties blijkt versnipperd te zijn. De rapportage is geschreven in opdracht van het ministerie van VWS en maakt deel uit van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Het Trimbos-instituut was penvoerder.

De Staat van Volksgezondheid en Zorg

De Staat VenZ presenteert actuele en eenduidige cijfers over de verschillende domeinen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hiermee kan het beleid van VWS worden gevolgd en verantwoord.

De Staat VenZ bestaat uit een digitaal cijferoverzicht (www.staatvenz.nl), daarop gebaseerde rapportages en domeinoverstijgende thematische rapportages.

De Staat VenZ is het resultaat van samenwerking tussen het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), het Trimbos-instituut en Zorginstituut Nederland (ZIN).

www.staatvenz.nl