

Depressie in Den Haag

Het risico op depressie in de verschillende Haagse stadsdelen

Paul Uitewaal

Psychische stoornissen komen anno 2012 veel voor, in het bijzonder de stoornis depressie. Recent onderzoek noemt een percentage van 43% van de bevolking, dat ooit een psychische stoornis heeft gehad. Een belangrijk deel daarvan leed aan depressie. Inmiddels heeft de landelijke overheid depressie tot een van de speerpunten van het preventiebeleid benoemd. Ook in de Haagse nota Volksgezondheid is depressiepreventie een van de speerpunten.

Om een probleem te voorkomen moet je weten hoe vaak en waar precies het speelt en liefst ook hoe eventuele verschillen in voorkomen kunnen worden verklaard. Dat is wat in onderstaand artikel wordt nagegaan: zijn er binnen de Haagse stadsdelen verschillen in het voorkomen van depressie en waar kan dat aan liggen?

Inleiding

Uit een recent landelijk onderzoek van het Trimbos instituut (1) blijkt dat bijna 43% van de bevolking ooit een psychische stoornis heeft gehad en dat 18% dit in de afgelopen 12 maanden had. Iets minder dan de helft van de mensen die ooit een psychische stoornis hadden (47%) leed aan een stemmingsstoornis. Stemmingsstoornis is een verzamelnaam voor psychische aandoeningen waarbij de gemoedsstemming of emotie van de patiënt ziekelijk is verstoord of niet past bij de situatie waarin de patiënt verkeert. De stemming kan depressief zijn, waarbij de gemoedsstemming bedrukt is, maar ook manisch, waarbij de stemming als pathologisch uitgelaten of ongeremd kan worden gezien. Stemmingsstoornissen zijn van grote invloed op de kwaliteit van leven, bij depressie is ook de kans op vroegtijdige sterfte verhoogd. Daarbij brengen psychische stoornissen maatschappelijk gezien kosten met zich mee. Alleen al de kosten door ziekteverzuim worden geschat op 2,7 miljard euro per jaar (1).

'Zijn er binnen de Haagse stadsdelen verschillen in het voorkomen van depressie en waar kan dat aan liggen?'

In de achtereenvolgende preventienota's 'Kiezen voor gezond leven' 2007-2010 en 'Gezondheid dichtbij' 2011-2014, wordt depressie genoemd als een van de nieuwe speerpunten van het landelijk preventiebeleid (2, 3). Aanpak van dit probleem wordt ook in de Haagse nota Volksgezondheid onderschreven (4). Het *stappenplan lokaalbeleid depressiepreventie* van GGD Nederland betoogt dat de eerste stap bij depressiepreventie is inzicht verschaffen in de omvang van de

problematiek (5).

Daarom zijn in Den Haag de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- Hoe vaak komt depressie voor in Den Haag?
- Hoe vaak komt depressie voor in de verschillende stadsdelen van Den Haag en bestaan er verschillen in prevalentie tussen de stadsdelen?
- Kunnen de (eventuele) verschillen in de prevalentie van depressie tussen de stadswijken verklaard worden uit (in eerder onderzoek gevonden) determinanten voor depressie?

Methode

In een in de vier grote steden gehouden gezondheidsenquête -de G4-enquête- (6) is voor een schatting van het voorkomen van stemmingsstoornissen in de populatie gebruik gemaakt van een Nederlandse versie van de Kessler-10 vragenlijst (K10). Dit is een veel gebruikte vragenlijst voor screening van angst en depressie (zie kader 1). Deze lijst is gevalideerd voor de Nederlandse situatie, maar blijkt beter geschikt te zijn voor het screenen op de aanwezigheid van depressie dan van een angststoornis (7, 8). In dit artikel zullen we alleen ingaan op de K10-score in relatie tot depressie.

De antwoorden op de K10 worden samengevat in een score.

De minimumscore is 10 (angst of depressie onwaarschijnlijk), en de maximumscore is 50 (angst of depressie zeer waarschijnlijk aanwezig). Bij een lage score is het onwaarschijnlijk dat iemand depressief is en naarmate de score hoger wordt, neemt de kans dat iemand depressief is toe.

De K10 wordt gebruikt om mensen in te delen in groepen: de groep waarbij het onwaarschijnlijk is dat

Over de auteur:

Dr. P.J.M. Uitewaal is senior wetenschappelijk onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag en tevens huisarts in Den Haag. E-mail: paul.uitewaal@denhaag.nl.

men depressief is, de groep waarbij er een redelijke kans aanwezig is dat men depressief is en de groep waarbij deze kans hoog is. De ontwikkelaars van de K10 gebruiken hiervoor het afkappunt 20. Dit afkappunt is gekozen omdat hier het evenwicht tussen ten onrechte positieven (dus mensen die volgens de K10 mogelijk depressief zijn, maar dit in werkelijkheid niet zijn) en de ten onrechte negatieven (mensen die volgens de K10 niet depressief zijn, maar dit in werkelijkheid wel zijn) optimaal is (9)¹.

Hoe vaak komt depressie voor in Den Haag?

De eerste vraag die werd beantwoord, is hoe vaak depressie in Den Haag voorkomt.

Figuur 1 laat zien dat er een geleidelijke afname is van de score op de K10.

Tabel 1 laat zien dat 72% van de Haagse populatie een score op de K10 heeft van onder de 20 heeft (depressie onwaarschijnlijk), en dus 28% een score van boven de 20. Bij deze 28% is de kans op de aanwezigheid van een lichte, matige of ernstige depressie aanwezig. Dit percentage ligt veel hoger dan de percentages uit de Nemesis studie (1): 5,2% in de afgelopen 12 maanden en 3,9% bij een zeer hoge urbanisatiegraad. Echter, in de Nemesis studie wordt

Kader 1.

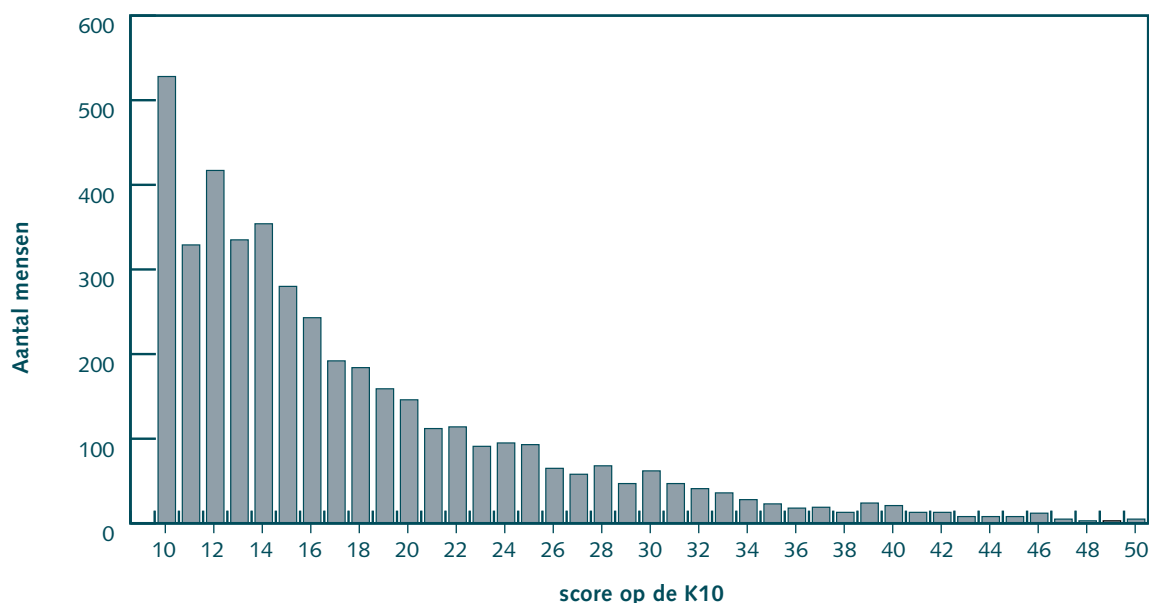
De 10 vragen van de K10:

1. Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden
2. Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig
3. Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen
4. Hoe vaak voelde u zich hopeloos
5. Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig
6. Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten
7. Hoe vaak voelde u zich somber of depressief
8. Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte
9. Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken
10. Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos

Er kon geantwoord worden op een 5-punts Likert schaal (altijd, meestal, soms, af en toe, nooit).

Figuur 1.

Verdeling score op de K10 voor de Haagse populatie: alle mogelijke uitkomsten.



¹ In het rapport van de G4-enquête wordt gekeken naar de groep met een score boven de 30. Het voordeel van dit hoge afkappunt is dat een hoog percentage mensen met deze score ook daadwerkelijk een depressief is (de specificiteit neemt toe), maar een nadeel is dat een groot deel van de mensen met een lagere score dan 30 toch een depressie heeft maar niet meetelt (de sensitiviteit neemt af).

Tabel 1.

Score op de K10 voor de Haagse populatie ingedeeld naar: aandoening niet waarschijnlijk (10-19), licht verhoogde kans op aandoening (20-24), matig verhoogde kans op aandoening (25-29), ernstig verhoogde kans op aandoening (30-50).

Score	Percentage
10-19	72%
20-24	12%
25-29	7%
30-50	9%
Totaal	100%

naar depressie in engere zin gekeken en de K10 voorspelt de waarschijnlijkheid van een depressie. De positief voorspellende waarde van de K10 voor een depressie (dus dat deel van de mensen dat daadwerkelijk een depressie heeft) bij afkappunt 20 is 0.41. Dit betekent dat 41% van de mensen boven dit afkappunt daadwerkelijk een depressie heeft. Voor Den Haag zou dit betekenen dat 12,3% van de bevolking lijdt aan een depressieve of angststoornis, wat nog steeds drie keer hoger is dan de 3,9% uit de Nemesis studie.

Tabel 2.

Percentages van de K10 score per stadsdeel. *

Stadsdeel	Score op de K10	K10 categorieën				Totaal (aantal)
		kans angst/ depressie niet waar- schijnlijk (10-20) % (aantal)	licht verhoogde kans op angst/ depressie (20-24) % (aantal)	matig verhoogde kans op angst/ depressie (25-29) % (aantal)	ernstig verhoogde kans op angst/ depressie (30-50) % (aantal)	
Loosduinen	74 (332)	13 (61)	7 (31)	6 (27)	451	
Haagse Hout	73 (295)	13 (54)	7 (30)	8 (33)	412	
Leidschenveen	78 (324)	10 (43)	5 (22)	7 (32)	421	
Segbroek	77 (464)	10 (60)	7 (47)	6 (42)	613	
Scheveningen	80 (485)	11 (74)	5 (35)	5 (31)	625	
Centrum	58 (456)	17 (125)	10 (72)	15 (124)	777	
Laak	65 (222)	16 (53)	8 (28)	11 (38)	341	
Escamp	68 (443)	13 (88)	9 (66)	11 (83)	680	
Totaal	Den Haag	72(3021)	12 (558)	7(331)	9 (410)	4320

* In de stadsdelen Segbroek, Escamp, Scheveningen en Centrum is gebruik gemaakt van 'ophogingen' (extra interviews) in een aantal wijken. Dit zijn allen wijken met hoge achterstandscore. De respons bij een enquête valt in deze wijken doorgaans lager uit dan gemiddeld in Den Haag. Zonder deze ophoging zouden deze wijken daardoor ondervertegenwoordigd zijn. De gepresenteerde getallen in tabel 1 en 2 zijn gecorrigeerd voor deze ophoging.

Hoe vaak komt depressie voor in de verschillende stadsdelen van Den Haag en bestaan er verschillen in prevalentie tussen de stadsdelen?

Tabel 2 laat de verdeling van de score op de K10 in de stadsdelen in percentages zien, zoals gemeten in de G4-enquête, met daarachter tussen haakjes de aantallen.

Er bestaan significante verschillen tussen de verschillende stadsdelen voor de score op de K10. Uit de literatuur blijkt dat het verband tussen de K10 en depressie binnen de verschillende bevolkingsgroepen redelijk vergelijkbaar is. Daarom mag geconcludeerd worden dat er significante verschillen bestaan voor de prevalentie van depressie tussen de stadsdelen. Depressie komt het vaakst voor in de stadsdelen

'Depressie komt het meest voor in de stadsdelen Centrum en Laak en het minst vaak in Leidschenveen, Segbroek en Scheveningen'

Centrum en Laak en het minst vaak in de stadsdelen Leidschenveen, Segbroek en Scheveningen. Daarbij hebben de mensen in Escamp, Laak en Centrum relatief vaak een score hoger dan 30 op de K10. Gemiddeld scoort 9,5% van de Haagse bevolking

boven de 30, in Escamp, Laak en Centrum is dit 13,1% tegenover 6,7% in de overige stadsdelen. Het percentage mensen dat geen verhoogde kans op depressie heeft (score 10-19 op de K10), varieert van bijna 80% in Scheveningen tot 58% in stadsdeel centrum.

Nogmaals, het gaat hierbij om de score op de K10. De percentages mogen dus niet worden opgevat als absolute percentages voor de aanwezigheid van een depressie, maar kunnen wel gebruikt worden voor vergelijking van groepen en in dit geval van de verschillende stadsdelen.

Kunnen (eventuele) verschillen in de prevalentie van depressie tussen de stadswijken verklaard worden uit de determinanten voor depressie?

Determinanten van depressie

Niet iedereen heeft dezelfde kans een depressie te krijgen. Óf iemand een depressie krijgt hangt samen met tal van factoren. Iemand kan op basis van opvoeding en mogelijk erfelijkheid meer aanleg hebben een depressie te krijgen. Daarnaast spelen lichamelijke gezondheid en omgevingsfactoren een belangrijke rol. Tabel 3 toont een aantal persoonsgebonden risicofactoren die van invloed zijn op de kans om een depressie te krijgen (10).

Het Nemesis onderzoek (1) heeft eveneens gekeken naar kenmerken die geassocieerd kunnen worden met depressie. Hierbij werden de volgende zes

determinanten gevonden: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, werksituatie en woonsituatie.

'Etniciteit' wordt noch in tabel 3 van het Nationaal Kompas Volksgezondheid noch bij het Nemesis onderzoek als risicofactor vermeld. Volgens het Nemesis onderzoek is etniciteit ook geen determinant voor depressie. Dit strookt echter niet met de uitkomsten van enkele studies die hierna zijn verricht. Zo blijkt uit een Amsterdams onderzoek dat depressie veel vaker voorkomt onder Turken en Marokkanen dan bij Nederlanders, wat niet kan worden verklaard door andere verschillen tussen Nederlanders en Turken en Marokkanen zoals leeftijd, inkomen, opleiding etcetera (11).

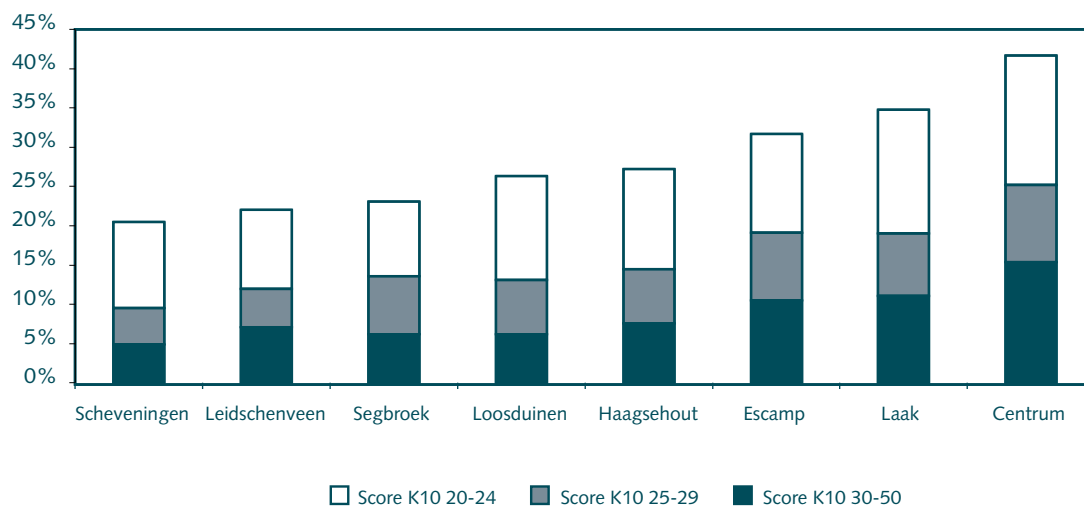
Methode

Om de vraag te beantwoorden of de gevonden verschillen in score op de K10 verklaard kunnen worden door determinanten waarvan bekend is dat deze geassocieerd zijn met het voorkomen van depressie, is allereerst de relatie onderzocht tussen de score op de K10 en de zes determinanten uit de Nemesis studie plus de determinant etniciteit, voor de gegevens uit het Haagse deel van de G4-enquête. Voor dit onderzoek waren we afhankelijk van de gegevens zoals die zijn verzameld in het kader van de G4-enquête. Het was daarom niet mogelijk om de samenhang te bestuderen van alle mogelijke determinanten zoals genoemd in tabel 3.

De samenhang tussen de determinanten en de score op de K10 is bestudeerd met behulp van kruistabellen. Met de Chi-kwadraat toets is gekeken of deze samenhang ook significant was.

Figuur 2.

Verdeling op de K10 score per stadsdeel.



Tabel 3.*Risicofactoren voor het optreden van depressie (10).*

persoonsgebonden determinanten	verhoogde kans op depressie / risicogroep
geslacht	• vrouwen
leeftijd	• 25 tot 45 jaar
genetische factoren	• kinderen van ouders met depressie
persoonlijkheidskenmerken	• neurotische persoonlijkheid
	• internaliserende copingstijl
gezondheidstoestand	• aanwezigheid van chronische lichamelijke ziekte
	• aanwezigheid van andere psychische stoornis
omgevingsgebonden determinanten	
sociale steun	• weinig sociale steun
armoede	• leven in armoede
levensgebeurtenissen	
traumatische ervaringen	• mishandeling, emotionele verwaarlozing
	• vluchtelingen
	• gebeurtenissen op interpersoonlijke vlak (vrouwen)
	• aan gezondheidgerelateerde gebeurtenissen (ouderen)

De onderzoeksvraag of (eventuele) verschillen in de prevalentie van depressie tussen de stadswijken verklaard worden uit de determinanten voor depressie is met behulp van bivariate logistische regressie-analyse beantwoord. Voor deze analyse zijn de scores op de K10 verdeeld in een score <20 (geen grote kans op depressie) tegen over ≥ 20 (depressie mogelijk aanwezig). De gevonden verschillen tussen de stadsdelen zijn hierbij gecorrigeerd voor de zeven determinanten geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, werksituatie, woonsituatie en etniciteit. Wanneer een verschil na correctie verdwijnt, betekent dit dat dit verschil verklaard wordt door deze determinanten.

Resultaten

Uit de analyse van de Haagse data van de G4-enquête blijkt dat er significantie relaties bestaan tussen alle genoemde determinanten voor depressie en de scores op de K10.

Ongecorrigeerd bestaan er de al eerder getoonde verschillen in score op de K10 tussen de verschillende stadsdelen (tabel 4). Daarbij verschillen Haagse Hout, Centrum, Laak en Escamp significant van het referentie stadsdeel Scheveningen. Na correctie voor de zeven determinanten verdwijnen de verschillen bij Laak en Escamp en neemt het verschil tussen stadsdeel Centrum en Scheveningen sterk af (nog net significant verschillend). Het verschil tussen Scheveningen en Haagse Hout blijft echter bestaan.

Bespreking

Doel van dit onderzoek was na te gaan of er binnen Den Haag verschillen tussen de stadsdelen zijn in het voorkomen van depressie. Het onderzoek laat zien dat deze verschillen inderdaad bestaan.

‘Groepen van niet-westerse afkomst, in het bijzonder mensen van Marokkaanse en Turkse afkomst, hebben vaker depressieve gevoelens dan de autochtone Nederlanders’

Kader 2.**Odds Ratio (OR)**

De Odds Ratio is een getal dat de verhouding aangeeft tussen twee Odds: de ene Odds gedeeld door de andere Odds. De Odds geeft de kans aan dat iets wel gebeurt, gedeeld door de kans dat iets niet gebeurt.

Indien de Odds gelijk zijn, is de Odds Ratio 1. Een Odds Ratio boven de 1 betekent dat er een verhoogde kans is ten opzichte van de referentiegroep, een Odds Ratio tussen de 0 en 1 betekent dat er een verlaagde kans is ten opzichte van de referentiegroep.

Tabel 4.

Odds Ratio's (zie kader) van de verschillen in score op de K10: 1. ongecorrigeerd en 2. gecorrigeerd voor de verschillende determinanten. Gegeven is de OR met de betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes. Significante verschillen tussen de stadsdelen zijn vetgedrukte.

Stadsdeel	Relatie stadsdeel en score op de K10	
	ongecorrigeerd	gecorrigeerd
Scheveningen	Referentie [1.00]	Referentie [1.00]
Loosduinen	OR 1,24 [0,94-1,65]	OR 1,27 [0,92-1,75]
Haagse Hout	OR 1,37 [1,03-1,83]	OR 1,52 [1,10-2,10]
Leidscheveen	OR 1,03 [0,77-1,39]	OR 1,14 [0,81-1,59]
Segbroek	OR 1,11 [0,86-1,45]	OR 1,09 [0,81-1,46]
Centrum	OR 2,44 [1,93-3,01]	OR 1,35 [1,01-1,81]
Laak	OR 1,86 [1,39-2,86]	OR 1,16 [0,82-1,64]
Escamp	OR 1,85 [1,45-2,37]	OR 1,21 [0,90-1,62]

Van de totale populatie in Den Haag heeft 28% een score op de K10 van 20 of hoger, wat betekent dat ongeveer 11% van de Haagse bevolking leidt aan een vorm van depressie. Dit percentage is veel hoger dan het percentage gevonden bij de landelijke studie naar geestelijke gezondheid in Nederland; de Nemesis studie (1). In de psychiatrische literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen een 'major' en een 'minor depression' ofwel een depressie in engere zin (ernstige depressie) en een lichte depressie. Het verschil in prevalentie tussen deze twee is groot. Zo laat een studie naar depressie onder ouderen zien dat depressie in engere zin voorkomt bij 2% van de ouderen; de prevalentie van alle andere vormen van depressie bij ouderen is 12,9% (12). Het grote verschil met de Nemesis studie kan dan ook verklaard worden doordat bij de Nemesis studie vooral is gekeken naar mensen met een depressie in engere zin en niet naar mensen met een lichte depressie. Mensen met een lichte depressie lopen wel een grotere kans ook een ernstiger depressie te ontwikkelen (13) en lichte en zware depressie worden op dit moment gezien als een continuüm op een zelfde schaal (14). Daarom is deze groep juist voor depressiepreventie of vroege behandeling van groot belang.

Depressie komt het meest voor in de stadsdelen Centrum, Laak en Escamp en het minst vaak in Leidschenveen, Segbroek en Scheveningen. Deze verschillen worden voor het grootste deel verklaard door verschillen in etnische samenstelling en verschillen in sociaal-economische klasse van de populatie in de stadsdelen. Etnische groepen van niet-westerse afkomst, in het bijzonder mensen van Marokkaanse en Turkse

afkomst, hebben vaker depressieve gevoelens dan de autochtone Nederlanders. Alleen bij de Surinamers kunnen de verschillen worden verklaard door sociaal-economische klasse en werksituatie. Het percentage mensen met een Turkse achtergrond en depressieve gevoelens is opvallend hoog in vergelijking met alle andere groepen (61% scoort ≥ 20 en 28% > 30). Een goede verklaring hiervoor ontbreekt nog. De factor 'werksituatie' blijkt sterk samen te hangen met de score op de K10. Een zeer hoog percentage (68%) van de mensen die werkloos of arbeidsongeschikt is, scoort hoger dan 20 op de K10 en 38% scoort zeer hoog (30-50). Depressie komt binnen deze groep dus bijzonder vaak voor; met het oog op depressiepreventie zou deze groep extra aandacht moeten krijgen.

Leestip: ThijsFassaert. Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands. Proefschrift. Amsterdam VU 2011. (gratis downloaden op <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/19634>).

Referenties:

1. De Graaf R, ten Have M, van Dorsselaar S.
De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: opzet en eerste resultaten.
Utrecht: Trimbos instituut; 2010.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Kiezen voor gezond leven 2007-2010.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2006.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Landelijke nota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
4. Gemeente Den Haag. Nota volksgezondheid 2007-2011
Natuurlijk: gezond! Den Haag: Gemeente Den Haag, 2007.
5. Partnership depressiepreventie. Stappenplan lokaalbeleid depressiepreventie.
GGD Nederland 2010 http://www.loketgezondleven.nl/object_binary/o10171_Depressie-1.pdf
6. Van Veelen JJ, van Dijk AP, Ariëns GAM, et al. G4 op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden.
Den Haag: gemeente Den Haag, gemeente Utrecht, GGD Rotterdam-Rijnmond, GGD Amsterdam; 2009.
7. Fassaert T, De Wit MA, Tuinebreijer WC, et al.
Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents.
Int J Methods Psychiatr Res 2009,18(3):159-68.
8. Donker T, Comijs H, Cuijpers P, et al. The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2010, 176(1):45-50.
9. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60(2):184-9.
10. Nationaal Kompas Volksgezondheid.
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/welke-factoren-beinvloeden-de-kans-op-depressie/>
11. Van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004, 83(1):33-41.
12. Beekman ATF, Deeg DJH, van Tilburg TG, et al. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1997, 39: 294-308.
13. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997, 45(1-2):19-30.
14. De Graaf LE, Huibers MJ, Cuijpers P, Arntz A. Minor and major depression in the general population: does dysfunctional thinking play a role? *Compr Psychiatry* 2010, 51(3):266-74.