



# Preventie van depressie

## Factsheet Preventie 2011

Depressie is een veel voorkomende stoornis met een aanzienlijke ziektelast en hoge economische kosten, - het laatste vooral door verlies in productiviteit. Binnen het gezondheidszorgsysteem lukt het niet om de ziektelast als gevolg van depressie te keren. Aanvullende strategieën zijn nodig. Er zijn effectieve interventies voor de preventie van depressie beschikbaar, met name voor mensen met depressieve klachten. Het gaat dan om groepsinterventies, zelfhulp in de vorm van bibliotherapie en online interventies.

### 1. Depressie: definitie, prognose en prevalentie

#### Definitie van depressie

Er is sprake van een depressieve stoornis als iemand minimaal vijf van de onderstaande symptomen heeft, waaronder één of beide kernsymptomen, gedurende tenminste twee weken.

Kernsymptomen:

- Een neerslachtige stemming
- Een duidelijk verlies aan interesse in (bijna) alle activiteiten

Aanvullende symptomen:

- Eetproblemen (heel veel of heel weinig eten) of verandering in het gewicht
- Slaapgebrek of juist te veel slapen
- Geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
- Vermoeidheid en verlies aan energie
- Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens
- Concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- Terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding

Bij jongeren kan depressie gepaard gaan met agitatie en risicovol gedrag en bij ouderen met motorische vertraging, wanideeën en fysieke pijn.

### Prognose van depressie

Depressie biedt een ongunstige prognose wat betreft beloop en uitkomsten:

- Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden, maar bij 20% van de gevallen duurt een depressie langer dan twee jaar.
- Een recidiverende depressie heeft een grote en negatieve impact op iemands leven. In de vijf jaar na het herstel is er een kans van 70% op een nieuwe episode. Elke bijkomende episode verhoogt de kans op weer een episode: een persoon die drie depressieve episodes heeft gehad, heeft 90% kans op een vierde.
- Mensen met een depressie lopen een hoger risico op voortijdig overlijden. Dit risico is een factor 1.65 hoger ten opzichte van mensen die nooit een depressieve episode kenden.

### Prevalentie: jaarlijks 797.000 mensen

In Nederland kampen jaarlijks 797.000 mensen (vanaf 13 jaar) met een depressie. Bij jongeren (13-17) is de 1-jaarsprevalentie van depressie 3,8%, bij volwassenen (18-65) 5,8% en bij ouderen (65+) 5,0%. Depressie komt enigszins vaker voor in de leeftijdsgroep 35-45 jaar en bij vrouwen. Voor het achttiende levensjaar heeft ongeveer 15% van de jongeren een depressieve episode meegemaakt. Een 'vroeg' depressie kan iemands schoolprestaties en de reguliere ontwikkeling in de levensloop verstoren.

## 2. Depressie: kosten, verzuim en ziektebelasting

### Economische kosten: jaarlijks €1,5 miljard

Volgens een conservatieve schatting bedragen de economische kosten van depressie in de leeftijdsgroep 18-65 jaarlijks €1,5 miljard. Deze kosten worden deels gemaakt in de gezondheidszorg en hoofdzakelijk in de arbeidproductieve sfeer. De daadwerkelijke economische kosten van depressie voor de samenleving zijn aanzienlijk hoger omdat adolescenten en mensen boven de 65 in deze schatting niet zijn opgenomen.



### Depressie grootste oorzaak van verzuim

Depressie verklaart 8,2% van de verzuimdagen van de werkende bevolking. Daarmee is het de grootste oorzaak van verzuim. Mensen met een depressie blijken gemiddeld 35,3 dagen verzuim te hebben, dat is gemiddeld 22,8 dagen meer dan mensen zonder depressieve stoornis.

Na depressie wordt de top vijf van verzuim bepaald door chronische rugpijn, aandoeningen aan de luchtwegen, drugsgebruik en spijsverteringsproblemen. Het voorkomen, genezen en beperken van de gevolgen van depressie zal een positief effect hebben op het terugdringen van ziekteverzuim en het functioneren op het werk. Omdat de verzuimkosten van depressie vaak beduidend groter zijn dan de medische kosten ervan, zal preventie en behandeling van deze aandoeningen kosteneffectief zijn. Preventie en behandeling gericht op risicogroepen, zoals mensen met een lage sociaal-economische status, zijn mogelijk extra kosteneffectief.

### Ziektebelasting: verlies van 183.000 gezonde levensjaren

Geestelijke stoornissen als depressie, angststoornissen en alcoholproblemen staan hoog in de top tien van de meest invaliderende ziektes over de hele wereld. Ook in Nederland is depressie een van de meest invaliderende ziektes. Jaarlijks gaan in ons land 183.000 gezonde levensjaren (Quality Adjusted Life Years, QALYs) verloren door depressie. Hoe dit komt is duidelijk: depressie komt veel voor, veroorzaakt een grote individuele ziektebelasting (vergelijkbaar met bijna-blindheid), heeft een slechte prognose en is geassocieerd met voortijdig overlijden.

## 3. Preventie van depressie: een noodzaak

### De jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen is aanzienlijk

Jaarlijks krijgen 2,7% van de volwassenen en 2,8% van de ouderen (65+) een eerste depressie (incidentie). In totaal gaat het om 365.000 nieuwe gevallen, gelijk aan 48% van de bestaande gevallen. Eén op de twee personen met een depressie is dus een nieuw geval. Het is verstandig alles te doen om deze instroom in te dammen. Om dit te realiseren is preventie nodig.

### Behandeling kan de ziektebelasting slechts deels verminderen

Met het huidige behandelaanbod wordt slechts 10-20% van de ziektebelasting van depressie weggenomen. Een omvangrijke 80-90% blijft dus bestaan en veroorzaakt individueel lijden, verlies van kwaliteit van leven en economische kosten. Opnieuw moet geconcludeerd worden dat preventie noodzakelijk is naast behandeling.



### Effectiviteit van preventie van depressie

Resultaten uit een meta-analyse tonen aan dat de incidentie van depressie kan worden verminderd met 20-30% door de inzet van preventieve interventies. Het aanbieden van preventieve interventies volgens een stepped-care werkwijze kan de incidentie zelfs verminderen met 50%. Dit effect duurt 2 jaar.

### Kosteneffectiviteit van preventie van depressie

Economische gegevens wijzen erop dat depressiepreventie bij volwassenen kosteneffectief is, in het bijzonder wanneer deze wordt aangeboden in de vorm van zelfhulp (bibliotherapie of via het internet) met minimale begeleiding van een therapeut. Dit geldt zeker als gekeken wordt vanuit een maatschappelijk perspectief, wanneer de kosten van vermindering in productiviteit worden meegenomen.

## 4. Preventie van depressie: doelgroepen

### Risicogroepen en risicofactoren

Aangenomen wordt dat een depressie ontstaat door een combinatie van risicofactoren. Op basis van sociale en psychische factoren kan een aantal risicogroepen worden onderscheiden.

- Mensen van wie de ouders of naaste familieleden te maken hebben gehad met een depressieve stoornis, angststoornis of alcoholprobleem
- Mensen die al eerder een depressie hebben meegemaakt (kans op recidiverende depressie)
- Mensen met een subklinische depressie, dat wil zeggen enkele depressieve klachten die nog niet beantwoorden aan de criteria van een klinische depressie
- Mensen die een langdurige angststoornis hebben (verhoogd risico op secundaire depressie)
- Mensen met een jeugdtrauma, zoals mishandeling of verwaarlozing voor hun zestiende levensjaar
- Kwetsbare persoonlijkheden, bijvoorbeeld hoog neuroticisme, weinig zelfvertrouwen, hoge interpersoonlijke sensitiviteit en kinderen met leerproblemen
- Kwetsbare mensen die te maken krijgen met ingrijpende levensgebeurtenissen zoals ernstige ziekte, verlies van arbeid of overlijden van een echtgenoot

- Mensen met een chronische lichamelijke ziekte, waaronder tumoren, cardiovasculaire ziektes, chronisch obstructieve longziekte (COPD), lage rugpijn; of een handicap, bijvoorbeeld een visuele handicap of iets waardoor beperkingen in het functioneren ontstaan
- Mensen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen
- Vrouwen: de 1-jaarsprevalentie voor vrouwen van 18-64 jaar is 6,3% tegen 4,1% voor mannen
- Alleenstaanden, die weinig sociale steun en eenzaamheid ervaren (ook weduwen en weduwnaren)
- Kwetsbare groepen zoals dak- en thuislozen en asielzoekers

Een opeenstapeling van risicofactoren bij eenzelfde individu verhoogt het risico op depressie aanzienlijk. Door preventie op deze hoog-risicogroepen te richten, zou een behoorlijke gezondheidswinst bereikt kunnen worden.

### Beschermende factoren

De volgende factoren kunnen mensen beschermen tegen het ontstaan van een depressie en kunnen mogelijk ingezet worden in preventieve strategieën voor het verhogen van de veerkracht en daarmee het bevorderen van de geestelijke gezondheid:

- Hoge intelligentie
- Zelfinzicht, een realistische zelfwaardering, zelfvertrouwen
- Begrip, kennis van depressie en wat eraan gedaan kan worden
- Een gemakkelijke (flexibele) persoonlijkheid
- Goede interpersoonlijke relaties, makkelijke omgangsstijl met anderen
- Een gevoel van 'mastery', het versterken van de interne locus of control
- Het plannen van en deelnemen aan plezierige activiteiten
- Fysieke activiteiten, sport

Beschermende factoren specifiek bij kinderen:

- De aanwezigheid van tenminste één steunende ouder
- (Eventueel) een heldere kijk op het psychische probleem van de ouder



## 5. Preventie van depressie: interventies

In Nederland zijn er diverse goed beschreven en effectieve interventies voor preventie van depressie beschikbaar. De interventies zijn gericht op mensen met depressieve klachten en mensen die behoren tot risicogroepen. Het gaat vaak om groepsinterventies, zelfhulp in de vorm van bibliotherapie en online interventies. Hieronder worden enkele lang bestaande en nieuwe interventies uitgelicht.

### • **Cursus 'In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen'**

De groepscursus 'In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen' is een gestructureerde cognitieve gedragstherapeutische interventie en wordt sinds 15 jaar door de meeste instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aangeboden. Op basis van de cursussen voor volwassenen (18+) en voor ouderen (55+), is een verkorte versie voor alle volwassenen 18+ samengesteld. Verder bestaan er versies voor jongeren en jongvolwassenen, en is er een cultuursensitieve versie voor migranten.

### • **Mentale veerkracht**

Mentale veerkracht kan beschouwd worden als een beschermende factor voor depressie. Mensen kunnen aan hun mentale veerkracht werken via de website [www.mentaalvitaal.nl](http://www.mentaalvitaal.nl) en de zelfhulp cursus [www.psyfit.nl](http://www.psyfit.nl). Ook mindfulness wordt als cursus aangeboden bij depressiepreventie, met als focus het doelbewust aandacht geven en volledig bewust zijn van het moment, zonder te oordelen.

### • **Bewegen**

Sinds enkele jaren worden interventies ontwikkeld waarbij de nadruk ligt op bewegen, omdat bewegen een gunstig effect heeft op mensen met lichte depressieve klachten. Een voorbeeld is het programma 'Liever bewegen dan moe'.

### • **Klachtgericht aanbod**

Er worden ook klachtgerichte interventies aangeboden, zoals korte interventies over piekeren, anders leren denken, slaapproblemen, stress en assertiviteit.



### • **E-health**

Online interventies worden gezien als een laagdrempelig alternatief en/of aanvulling op het bestaande aanbod. Het anoniem kunnen deelnemen aan deze interventies is daarbij vaak een belangrijk aspect. Enkele voorbeelden:



*Psyfit.nl* is een online zelfhulp cursus om de mentale veerkracht te verbeteren. Mensen leren wat mentale veerkracht is, en hoe ze gelukkiger en meer ontspannen in het leven kunnen staan. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, positieve psychologie en mindfulness.



*Kleurjeleven.nl* is een online zelfhulp cursus bestaande uit acht lessen en een terugkomles, om volwassenen en ouderen vaardigheden te leren om hun stemming te verbeteren. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.



*Gripopjedip.nl* biedt een online groepscursus aan in een beveiligde chatbox, om jongeren en jongvolwassenen te ondersteunen bij het aanpakken van sombere gevoelens en depressieve klachten. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

Een overzicht van aanbevolen interventies tegen depressie is te vinden in het Interventieoverzicht Depressie van het Loket Gezond Leven ([www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/interventieoverzicht](http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/interventieoverzicht)). De meeste interventies zijn geschikt voor toepassing in de eerste lijn ('basis-GGZ'). Zij kunnen worden aangeboden door of via gezondheidscentra, eerstelijnspsychologen en anderen. De meeste preventieafdelingen van GGZ-instellingen hebben een cursusaanbod gericht op de regio.

## 6. Preventie van depressie: een integrale aanpak

In de praktijk bestaat depressiepreventie uit vele verschillende activiteiten, die zijn geordend in een integrale aanpak. Een integrale aanpak van depressiepreventie is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen. Deze aanpak berust op verschillende 'pijlers'. Welke worden ingezet, wanneer en in welke verhouding, is afhankelijk van de lokale situatie, doelstellingen en doelgroepen. De volgende pijlers kunnen een rol spelen:

- **Inrichting van de omgeving**

Het creëren van een groene en veilige leefomgeving heeft een gunstige invloed op de psychische gezondheid van mensen.

- **Voorlichting en educatie**

Met een actief voorlichtings- en bewustwordingsbeleid kan men onjuiste ideeën en vooroordelen over depressie en andere psychische problemen bijstellen en het belang van mentale vitaliteit benadrukken. Educatieve activiteiten op scholen, zoals onderdelen in het curriculum over mentale vitaliteit, kunnen ook bijdragen aan een beter begrip van psychische gezondheid.

- **Signalering en advies**

Activiteiten op het gebied van signalering en advies zijn belangrijk voor het toeleiden van mensen naar preventieve interventies en zorg. Intermediairen, zoals maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en docenten, die vaak in contact komen met de doelgroepen kunnen worden getraind om signalen van depressie te leren herkennen. Vervolgens kunnen zij cliënten adviseren over geschikte preventieve activiteiten.

- **Ondersteuning**

Preventieve ondersteuning is gericht op mensen met depressieve klachten. Deze ondersteuning kan bestaan uit (korte) cursussen, individuele ondersteuning of een digitaal aanbod waarbij mensen in hun eigen tijd en op eigen kracht een aanbod op internet volgen. Ook is er een ondersteuningsaanbod voor risicogroepen, zoals kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers.

Een uitwerking van de integrale aanpak van lokaal gezondheidsbeleid depressiepreventie is te vinden in de Handreiking Gezonde Gemeente, themadeel Depressie ([www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie](http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie)).

## 7. Preventie van depressie: een gezamenlijke verantwoordelijkheid

Depressiepreventie heeft veel invalshoeken en er zijn veel activiteiten en interventies denkbaar, die door verschillende organisaties kunnen worden uitgevoerd. De volgende samenwerkingspartners kunnen een bijdrage leveren:

- **Gemeenten** stellen eens in de vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op. Depressiepreventie is daarvan meestal een onderdeel.
- De **GGD** is het eerste aanspreekpunt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid en heeft een belangrijke adviserende, soms ook uitvoerende functie. De GGD kan veel activiteiten in het kader van depressiepreventie coördineren.
- Op het snijvlak van preventie en zorg zijn de **preventieafdelingen van de GGZ-instellingen** actief. Zij beschikken over kennis van depressiepreventie en bieden preventieve ondersteuning aan voor risicogroepen en mensen met depressieve klachten. Ook voeren zij activiteiten uit in het kader van de Wmo, zoals voorlichting, deskundigheidsbevordering, signalering en advies.
- **Welzijnsorganisaties en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening** zijn onmisbaar voor het bereiken van doelgroepen; zij hebben meestal een rechtstreekse relatie met gemeenten en kunnen belangrijke uitvoeringstaken op zich nemen.
- Het **Centrum voor Jeugd en Gezin** is er voor kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar, vooral op het gebied van opvoedingsondersteuning en de begeleiding van risicogezinnen.
- Waar preventie overgaat in zorg, speelt de **eerste lijn** een belangrijke rol. Werkers in de eerste lijn (o.a. huisartsen en praktijkondersteuners, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en thuiszorgorganisaties) hebben een belangrijke taak bij het vaststellen en behandelen van depressies. Daarnaast kunnen zij ook een rol spelen in de preventieketen door bij te dragen aan bewustwording, educatie, en signalering en advies. Ook kunnen zij geïndiceerde preventie uitvoeren.
- **Verpleeg- en verzorgingshuizen** organiseren activiteiten waar ook thuiswonende ouderen vanuit de omgeving aan kunnen deelnemen.
- **Bedrijfsartsen** hebben te maken met mensen die deelnemen aan het arbeidsproces, en kunnen hen verwijzen naar lokale preventieve activiteiten.
- Ook **lokale organisaties** uit bijvoorbeeld de sectoren werk en inkomen, onderwijs en sport kunnen samenwerkingspartner zijn.



#### Websites depressiepreventie:

Kiesbeter.nl  
Loketgezondleven.nl  
Mentaalvitaal.nl  
Nationaalkompas.nl  
Psychischegezondheid.nl  
Trimbos.nl/preventie

## Literatuur

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Chisholm, D., Sanderson, K., Ayuso-Mateos, J.L. & Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 184, 393-403.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C. & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-80.
- Dijkstra, M. & Ruiter, M. (2011). *Aard en omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2010. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en Verslavingspreventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Graaf, R. de, Have, M. & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut. [uitkomsten zijn geprojecteerd naar de Nederlandse bevolking van 14 juni 2010]
- Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, & Have, M. ten (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Loket Gezond Leven, RIVM. *Interventieoverzicht depressie*. Geraadpleegd op 1 december 2011, [www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/interventieoverzicht](http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/interventieoverzicht).
- Loket Gezond Leven, RIVM. *Handreiking Gezonde Gemeente*. Geraadpleegd op 1 december 2011, [www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie](http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie).
- Meijers, S., Smit, F., Schoemaker, C. & Cuijpers, P. (2006). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. De Bilt: RIVM.
- Smit, F., Majo, C., Lokkerbol, J., Petrea, I., Beekman, A. & Cuijpers, P. *Costs and benefits of preventing mental disorders: the economic case*. In voorbereiding.
- Van't Veer-Tazelaar, P., Marwijk, H. van, Oppen, P. van, Hout, P. van, Horst, H. van der, Cuijpers, P., Smit, F., Beekman, A. (2009). Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life. A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 66(3), 297-304.

## Colofon

**Projectleiding**  
Marijke Ruiter

**Auteurs**  
Barbara Conijn  
Marijke Ruiter

**Advies**  
Filip Smit

**Tekstredactie**  
Kati Dobos  
Agnes van der Poel

**Productbegeleiding**  
Joris Staal  
Kati Dobos

**Ontwerp**  
Ladenius Communicatie BV Houten

**Productie**  
Ladenius Communicatie BV Houten

**Beeld**  
[www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

Deze uitgave is te bestellen via  
[www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met  
artikelnummer AF 1115

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.  
Alle rechten voorbehouden. Niets  
uit deze uitgave mag worden  
verveelvoudigd en/of openbaar  
gemaakt, in enige vorm of op  
enige wijze, zonder voorafgaande  
toestemming van het Trimbos-  
instituut.