

Landelijke Monitor Depressie

Derde peiling: trends tot en met 2021



Landelijke Monitor Depressie

Derde peiling: trends tot en met 2021

Colofon

Opdrachtgevers

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Directeurenoverleg van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie

Financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Auteurs

Jasper Nuijen en Tessa van Doesum

In samenwerking met/gebaseerd op gegevens van

Gezondheidsenquête (CBS)
Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD'en; CBS; en RIVM)
HBSC-Nederland 2021 (*Health Behaviour in School-aged Children*)
(Universiteit Utrecht; Trimbos-instituut; en SCP)
NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) en ZEA (Zelfstandigen Enquête Arbeid)
(TNO en CBS)
NEMESIS-3 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) (Trimbos-instituut)
NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn
Vektis

Review

Marja van Bon-Martens
Hans Kroon
Annemarie Luik
Laura Shields-Zeeman

Projectleiding

Jasper Nuijen en Marja van Bon-Martens

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Bestelinformatie

Dit rapport is gratis te downloaden via www.trimbos.nl

Artikelnummer **AF2052**

© Trimbos-instituut, 2023

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.

Inhoud

Infographic	5
1 Inleiding	15
2 Jongeren	17
2.1 Populatieprevalentie: prevalentie in de algemene bevolking	18
2.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: huisartsenzorg	21
3 Volwassenen	25
3.1 Populatieprevalentie	26
3.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: huisartsenzorg	31
3.3 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: specialistische GGZ (S-GGZ)	33
4 Ouderen	37
4.1 Populatieprevalentie	38
4.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: huisartsenzorg	41
4.3 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: specialistische ggz (s-ggz)	43
5 Jonge vrouwen	47
5.1 Populatieprevalentie	48
5.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg: huisartsenzorg	53
6 Zwangere en/of pas bevallen vrouwen	57
6.1 Populatieprevalentie: beroepsbevolking	57
6.2 Zorgprevalentie: huisartsenzorg	59
7 Mensen met een chronische ziekte	61
7.1 Populatieprevalentie: algemene bevolking	61
7.2 Zorgprevalentie: huisartsenzorg	63
8 Mantelzorgers	67
8.1 Populatieprevalentie	67
9 Beschouwing	71
Trends in populatieprevalentie	71
Trends in zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik	74
Conclusies	75
Bijlage 1 Aanpak derde peiling	77
1 Algemeen	77
2 Geselecteerde databronnen en gegevens	77

Bijlage 2 Cijferoverzicht	85
1 Jongeren	85
2 Volwassenen	93
2.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg	98
3 Ouderen	111
3.1 Populatieprevalentie	111
3.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg	115
4 Jonge vrouwen	127
4.1 Populatieprevalentie	127
4.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg	135
5 Zwangere en/of pas bevallen vrouwen	143
5.1 Populatieprevalentie: beroepsbevolking	143
5.2 Zorgprevalentie	144
6 Mensen met een chronische ziekte	145
6.1 Populatieprevalentie: algemene bevolking	145
6.2 Zorgprevalentie	148
7 Mantelzorgers	151
7.1 Populatieprevalentie: algemene bevolking	151

Landelijke Monitor Depressie

Derde peiling

Monitor realisatie ambitie Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP DP)

Het meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP DP) – gestart in 2017 – ambieert een substantiële afname van het aantal mensen met een depressie in 2030. Hiertoe wordt gewerkt aan een sluitende ketenaanpak voor zes risicogroepen.

Met de Landelijke Monitor Depressie wordt gemonitord of (op termijn) ontwikkelingen optreden die aansluiten bij deze ambitie. Dit gebeurt door het volgen van de ontwikkelingen in:

- de mate waarin depressieproblematiek voorkomt in de algemene bevolking en de beroepsbevolking (**populatieprevalentie**);
- de mate waarin vanwege depressieproblematiek gebruik wordt gemaakt van zorg (**zorgprevalentie**); en
- de **intensiteit van het zorggebruik** vanwege depressieproblematiek.

Hiervoor wordt gebruik gemaakt van gegevens uit bestaande landelijk representatieve databronnen.

Focus op zes risicogroepen MJP DP en twee leeftijdsgroepen



Jongeren



Jonge vrouwen



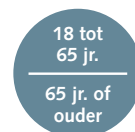
Werknemers



Huisartspatiënten
met signalen van
(beginnende)
depressie



Mensen met een
chronische ziekte
en mantelzorgers



2 leeftijdsgroepen

Depressieproblematiek:

- Zelf-gerapporteerde depressieklachten en aanverwante klachten, zoals angst- en burn-outklachten
- Zelf-gerapporteerde depressie
- Diagnose depressie / depressieve stoornis

Verwachte ontwikkelingen op langere termijn bij een succesvolle aanpak van landelijke depressiepreventie



Een dalende populatieprevalentie



Een dalende zorgprevalentie



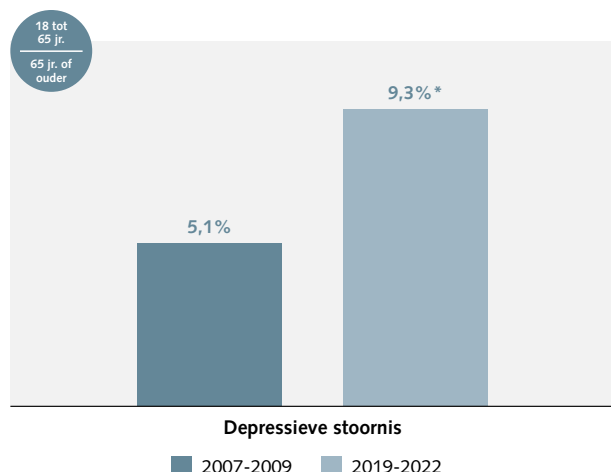
Minder intensief zorggebruik

Deze derde peiling van de Landelijke Monitor Depressie gaat over ontwikkelingen tot en met 2021. Effecten van het MJP DP – gestart in 2017 – kunnen nog niet worden verwacht. Dit omdat het MJP DP zich tot nu toe gericht heeft op het ontwikkelen van ketenaanpakken voor de zes risicogroepen, en waarbij voor twee risicogroepen (mensen met een chronische ziekte; en mantelzorgers) deze ontwikkeling nog gaande is. In de volgende fase van het MJP DP ligt de focus op het breed implementeren en doorontwikkelen van de ketenaanpakken in de praktijk. Bij de duiding van de cijfers wordt ook stilgestaan bij mogelijke effecten van de coronacrisis in 2020 en 2021.



Vastgesteld op basis van een uitgebreid klinisch instrument (CIDI) en volgens de criteria van de DSM-IV.¹ Bron: NEMESIS-3 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) (Trimbos-instituut)³⁻⁵

% volwassenen van 18 tot 65 jaar met een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden²



* = significant verschil ten opzichte van 2007-2009

Toelichting

Uit de NEMESIS-studie³ blijkt dat het vóórkomen van een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden onder volwassenen van 18 tot 65 jaar substantieel is toegenomen, van 5,1% in 2007-2009 (NEMESIS-2) naar 9,3% in 2019-2022 (NEMESIS-3).^{4,5} Omdat de coronapandemie gedurende het veldwerk van NEMESIS-3 uitbrak, heeft een deel van de volwassenen vóór de uitbraak deelgenomen aan de studie, en een deel tijdens de pandemie. Door deze twee groepen met elkaar te vergelijken hebben de NEMESIS-onderzoekers kunnen nagaan of de 12-maands prevalentie van psychische aandoeningen vóór en tijdens de coronapandemie verschilt. Dit blijkt niet het geval, ook niet wanneer specifiek wordt gekeken naar de 12-maandsprevalentie van depressieve stoornis.⁶ Met andere woorden: de coronacrisis heeft niet bijgedragen aan de sterke stijging tussen 2007-2009 en



2019-2022 in het vóórkomen van een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen. Op basis van verdiepende analyses hebben de NEMESIS-onderzoekers verder aanwijzingen gevonden dat de stijgende prevalentie al ruim voor de start van NEMESIS-3 (november 2019) lijkt te zijn ingezet.

De NEMESIS-studie is niet opgezet om verklaringen te geven voor de stijging in het vóórkomen van psychische aandoeningen in de volwassen bevolking. Het is dus niet zeker wat de oorzaken zijn waardoor het percentage volwassenen met een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden bijna is verdubbeld tussen 2007-2009 en 2019-2022. Diverse mogelijke factoren kunnen een rol spelen, zoals voortschrijdende individualisering, het in toenemende mate ervaren van prestatiedruk, het verminderen van het stigma rond psychische klachten, een complexer wordende samenleving, toenemende zorgen over de toekomst en toenemende financiële onzekerheid.

1 De CIDI (Composite International Diagnostic Instrument) is een volledig gestructureerd interview, waarin gevraagd wordt naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die mensen daarvan ondervinden. Uit de antwoorden valt af te leiden of voldaan wordt aan de criteria van een psychische aandoening volgens de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

2 In de kerncijfers van NEMESIS-3 is uitgegaan van de criteria van de DSM-V (de meest recente versie) en van volwassenen van 18 t/m 75 jaar. Hiervan uitgaande is in 2019-2022 de 12-maands prevalentie van depressieve stoornis 8,5% bij volwassenen van 18 t/m 75 jaar.

3 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf R. de. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3 (NEMESIS-3): Objectives, methods and baseline characteristics of the sample. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2022.

4 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Luijk A., Graaf R. de. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry. In press.

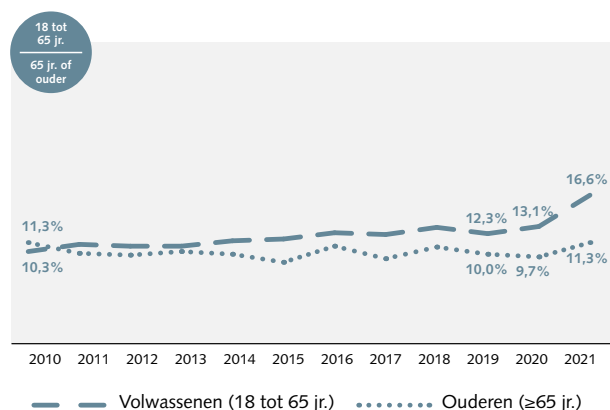
5 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf R. de. Trends NEMESIS Samenvatting <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/nemesis-trends/samenvatting-2/>. Geraadpleegd op: 13 januari 2023. Trimbos-instituut, Utrecht.

6 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf R. de. NEMESIS Effect coronapandemie Psychische aandoeningen vóór en tijdens corona <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/effect-coronapandemie/vergelijking-corona/>. Geraadpleegd op: 13 januari 2023. Trimbos-instituut, Utrecht.

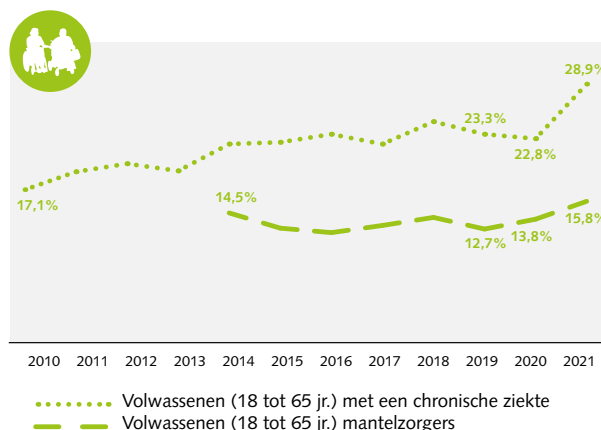


Gemeten met een korte vragenlijst, de MHI-5 (*Mental Health Inventory*; gehanteerde afkapscore: score ≤ 60). Bron: Gezondheidsenquête (CBS). Met het gehanteerde afkappunt worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.⁷

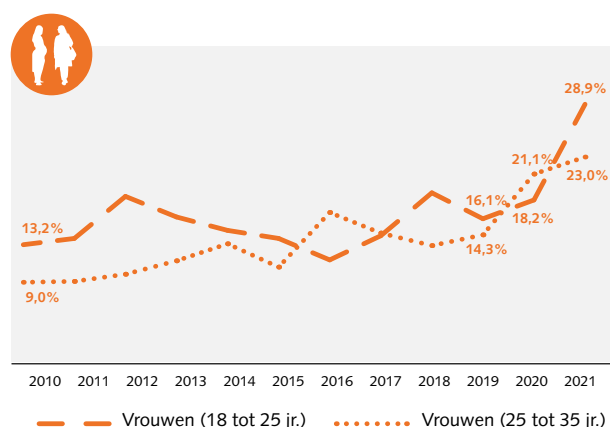
% met lichte tot ernstige depressie-/angstklachten



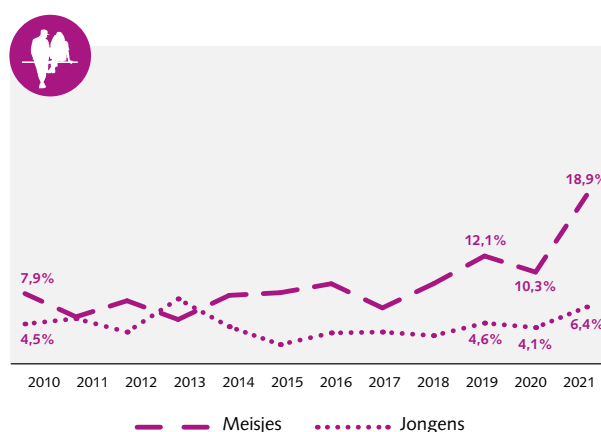
2021: ± 1.777.000 volwassenen
± 391.000 ouderen



2021: ± 947.600 volwassenen met een chronische ziekte¹⁰
± 206.400 volwassen mantelzorgers



2021: ± 218.000 18- tot 25-jarige vrouwen⁸
± 256.000 25- tot 35-jarige vrouwen⁹



2021: ± 108.000 12- tot 18-jarige meisjes
± 38.000 12- tot 18-jarige jongens

7 Perenboom R., Oudshoorn K., Herten L. van, Hoeymans N., Bijl R. (2000). Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO.

8 Het percentage 18- tot 25-jarige mannen met lichte tot ernstige depressie-/angstklachten laat een wisselende trend zien in de periode 2010-2020, variërend van 6,7% tot 10,6%. In 2021 gaat het om 16,3%, een sterke stijging ten opzichte van 2019 (9,5%) en 2020 (9,6%). Dit komt neer op circa 128.000 18- tot 25-jarige mannen met lichte tot ernstige depressie-/angstklachten in 2021.

9 Het percentage 25- tot 35-jarige mannen met lichte tot ernstige depressie-/angstklachten laat een wisselend beeld zien in de periode 2010-2021. Het percentage stijgt tussen 2014 (8,6%) en 2019 (11,9%), om te dalen naar 9,0% in 2020. In 2021 neemt het toe naar 13,4%, wat neerkomt op circa 154.000 25- tot 35-jarige mannen.

10 De aanwezigheid van chronische ziekte is vastgesteld met behulp van een eenvoudige vraag: "Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?".



Toelichting

De jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête (zie figuren op p. 3) geven aan dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij de meeste leeftijds- en risicogroepen een onregelmatige, maar min of meer stijgende trend vertoont in de periode 2010-2021, met een verhoudingsgewijs sterke toename in 2021 (ten opzichte van 2020). Dit geldt voor de brede groep volwassenen van 18 tot 65 jaar, voor 18- tot 65-jarigen met een chronische ziekte, voor jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar én van 25 tot 35 jaar, en voor meisjes van 12 tot 18 jaar. De sterkste stijgingen in 2021 (ten opzichte van 2020) doen zich voor bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar en bij meisjes van 12 tot 18 jaar. Het valt verder op dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten alleen bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar sterk toeneemt in 2020 (ten opzichte van 2019).

Op basis van de cijfers wordt niet duidelijk hoe de al langer aanhoudende stijgende trends in de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten kunnen worden verklaard. Zoals eerder genoemd kan een verscheidenheid aan factoren mogelijk van invloed zijn, zoals voortschrijdende individualisering, het in toenemende mate ervaren van prestatiedruk, het verminderen van het stigma rond psychische klachten, een

complexer wordende samenleving, toenemende zorgen over de toekomst en toenemende financiële onzekerheid. De verhoudingsgewijs sterke stijgingen in 2021 lijken erop te wijzen dat de coronacrisis de bestaande stijgende trends hebben versterkt, in het bijzonder bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar en bij meisjes van 12 tot 18 jaar. Bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar zijn er aanwijzingen dat een mogelijk versterkend effect al in 2020, het eerste coronajaar, is opgetreden. Mogelijk speelt hier een rol dat in deze leeftijdsgroep het aandeel moeders met jonge schoolgaande kinderen aanzienlijk is. Het zou kunnen dat de (extra) zorg en ondersteuning voor hun jonge kinderen, doordat scholen waren gesloten, onderwijs online werd aangeboden en/of gezinnen in quarantaine moesten, al in 2020 een negatieve impact heeft gehad op de mentale gezondheid van moeders.

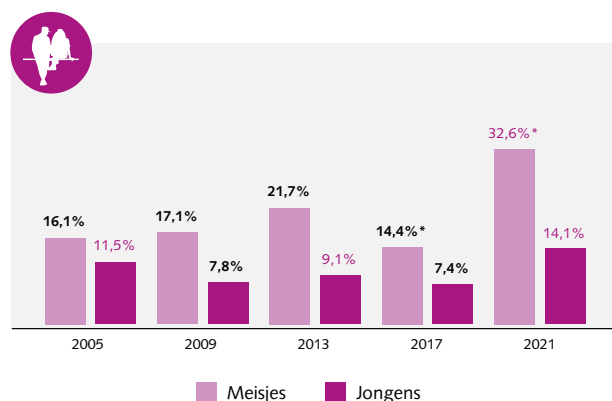
Bij jongens van 12 tot 18 jaar, ouderen van 65 jaar of ouder, en mantelzorgers van 18 tot 65 jaar laten de gegevens van de Gezondheidsenquête in de periode 2010-2021 een meer variabel beeld zien, met een afwisselend stijgende en dalende prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten. Wel stijgt de prevalentie in 2021 ook bij deze groepen ten opzichte van voorgaande jaren, wat zou kunnen wijzen op een effect van de coronacrisis.

Verandert de prevalentie van emotionele problemen onder jongeren over de tijd?



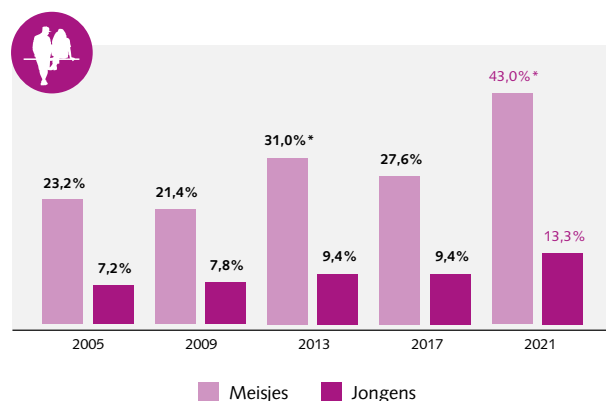
Gemeten met een subschaal van een korte vragenlijst, de SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*). Bron: HBSC-Nederland 2021 (*Health Behaviour in School-Aged Children*) (Universiteit Utrecht, Trimbos-instituut en SCP).

% scholieren van groep 8 in het basisonderwijs (gemiddelde leeftijd: 11,1 jaar) met emotionele problemen



* = significant verschil ten opzichte van meting ervóór
Zwart = significant verschil ten opzichte van 2021

% scholieren in het voortgezet onderwijs (12 t/m 18 jaar) met emotionele problemen¹¹



* = significant verschil ten opzichte van meting ervóór
Zwart = significant verschil ten opzichte van 2021

¹¹ Bij deze trendcijfers is alleen uitgegaan van de gegevens van leerlingen in de eerste vier leerjaren van het voortgezet onderwijs. In de kerncijfers zijn óók de gegevens van leerlingen tot en met 16 jaar in het vijfde en zesde leerjaar meegenomen. Uitgaande van alle leerjaren in het voortgezet onderwijs is in 2021 de prevalentie van emotionele problemen 43,7% onder meisjes, en 13,3% onder jongens.



Aansluitend bij de bevindingen van de Gezondheidsenquête onder jongeren, geven de bevindingen van de HBSC-studie (*Health Behaviour in School-Aged Children*; vierjaarlijkse metingen)¹² aan dat het percentage schoolgaande meisjes dat emotionele problemen¹³ rapporteert in 2021 sterk is toegenomen ten opzichte van 2017, en in geen enkel eerder peiljaar zo hoog is geweest. In het basisonderwijs gaat het om meer dan een verdubbeling in 2021, terwijl het percentage bij meisjes in het voortgezet onderwijs in 2021 ongeveer 1,5 keer zo hoog is (zie figuren op p. 4). Ook bij jongens

op de basisschool en in het voortgezet onderwijs neemt de prevalentie van emotionele problemen toe, maar in mindere mate dan bij schoolgaande meisjes. Er wordt door de HBSC-onderzoekers een aantal mogelijke verklaringen gegeven voor deze bevindingen, waaronder de gevonden stijging in de ervaren druk door schoolwerk (die ook sterker is bij meisjes dan jongens), de gevonden daling in positieve relaties met vrienden, klasgenoten, en leraren onder meisjes in het voortgezet onderwijs, en de invloed van coronacrisis.¹²



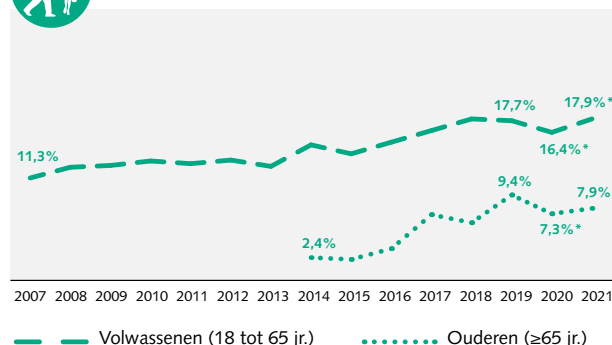
12 Boer M., Dorsselaer S. van, Looze M. E. de, Roos S.A. de, Brons H., Eijnden R.J.J.M. van den, Monshouwer K., Huijnk, W., Ter Bogt T.F.M., Vollebergh W.A. J.M., Stevens, G.W.J.M. (2022). HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.

13 Emotionele problemen behoren tot symptomen in het spectrum van de internaliserende stoornissen, zoals stemmings- en angststoornissen.



Gemeten met een bewerking van vijf items uit een korte vragenlijst, de UBOS (Utrechtse Burn-out Schaal). Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

% met burn-outklachten



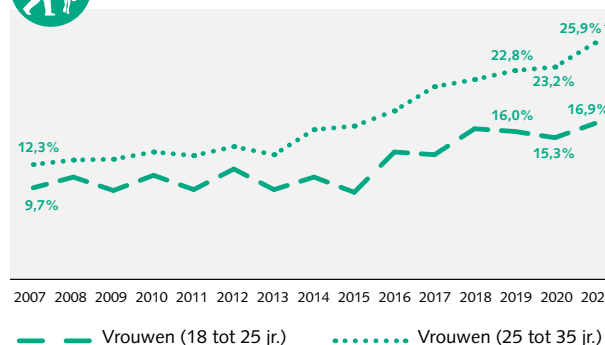
* = significant verschil ten opzichte van meting ervoor

2021: ± 1.300.000 volwassen werknemers
± 18.000 oudere werknemers

Toelichting

Uit de jaarlijkse metingen van het NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) blijkt dat het percentage werknemers dat burn-outklachten rapporteert al sinds langere tijd stijgt, zowel in de brede groep werknemers van 18 tot 65 jaar, als in de meer specifieke groepen van oudere werknemers van 65 jaar of ouder, jonge vrouwelijke werknemers van 18 tot 25 jaar én van 25 tot 35 jaar. Vanaf de jaren 2013-2015 zijn de sterkste stijgingen te zien.

Op basis van verdiepende analyses over de periode 2014-2018 heeft TNO verschillende verklarende factoren gevonden voor de al langer aanhoudende stijgende trend in de prevalentie van burn-outklachten, waaronder de emotionele belasting in het werk, ontevredenheid met salaris, een slechte werk-privé balans, een gebrekkige autonomie, langdurig beeldschermwerk (digitalisering) en een hoge verzuimfrequentie.¹⁴ Opgemerkt dient te worden dat dit geen uitputtende lijst van verklarende factoren is. In de verdiepende analyses konden namelijk diverse mogelijk relevante persoonskenmerken en maatschappelijke factoren niet worden meegenomen, omdat deze niet waren gemeten.



* = significant verschil ten opzichte van meting ervoor

2021: ± 74.000 18- tot 25-jarige vrouwelijke werknemers¹⁵
± 214.000 25- tot 35- jarige vrouwelijke werknemers¹⁶

Het valt verder op dat de prevalentie van burn-outklachten bij 18- tot 65-jarige werknemers en bij oudere werknemers in 2020 daalt (ten opzichte van 2019). Ook bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar wordt de stijgende prevalentie in 2020 onderbroken.¹⁷ In alle drie de groepen stijgt de prevalentie weer in meer of mindere mate in 2021. Bij vrouwelijke werknemers van 25 tot 35 jaar is een ander beeld te zien: bij hen stijgt de prevalentie van burn-outklachten door in 2020 en 2021, en is er geen sprake van een daling in 2020.¹⁸ Hier kan een invloed van de coronacrisis en het hebben van jonge kinderen een rol spelen. Uit een ander verdiepend onderzoek van TNO blijkt namelijk dat bij jongere vrouwelijke werknemers met veelal thuiswonende jonge kinderen (11 jaar of jonger), al een stijging van burn-outklachten is te zien in juni/juli 2020 ten opzichte van 2019. Bij jongere mannelijke werknemers met veelal thuiswonende jonge kinderen loopt de prevalentie van burn-outklachten meer gestaag op, die pas later echt doorzet (maart 2021).¹⁹ Een mogelijke verklaring volgens TNO voor deze bevindingen is dat deze ouders hun eigen werk moesten combineren met (meer) zorg en ondersteuning voor hun jonge kinderen, doordat scholen waren gesloten, onderwijs online werd aangeboden en/of gezinnen in quarantaine moesten.

14 Houtman I., Kraan K., Rosenkrantz N., e.a. (2020). Oorzaken, gevolgen en risicogroepen van burn-out. Eindrapport. Leiden: TNO.

15 Het percentage 18- tot 25 jarige mannelijke werknemers met burn-outklachten vertoont een onregelmatige, maar stijgende trend, van 7,7% in 2007 naar 10,4% in 2021. In 2018 springt het percentage eruit met 13,5%. In 2021 gaat het in deze leeftijdsgroep om circa 44.000 mannelijke werknemers met burn-outklachten.

16 Het percentage 25- tot 35-jarige mannelijke werknemers met burn-outklachten laat een onregelmatige, maar stijgende trend zien, van 9,3% in 2007 naar 21,0% in 2021. Het gaat in 2021 in deze leeftijdsgroep om circa 177.000 mannelijke werknemers met burn-outklachten.

17 Dit geldt ook voor mannelijke werknemers van 18 tot 25 jaar, met een prevalentie van resp. 11,4% (in 2019), 10,1% (in 2020) en 10,4% (in 2021).

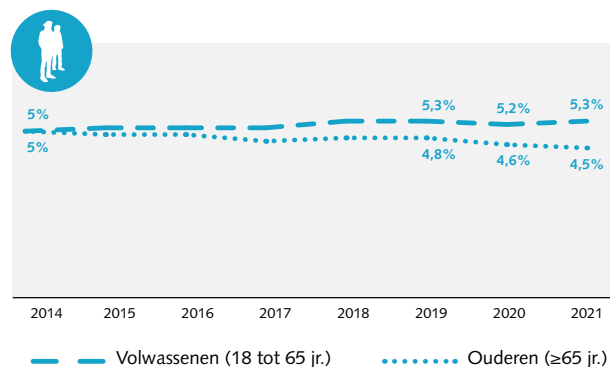
18 Dit geldt ook voor mannelijke werknemers van 25 tot 35 jaar, met een prevalentie van resp. 19,3% (in 2019), 19,3% (in 2020) en 19,8% (in 2021).

19 Zoomer T., Houtman I. (2021). Identificatie van risicogroepen voor mentale gezondheidsproblemen onder werknemers tijdens de corona pandemie. Secundaire analyse NEA-COVID-19 cohort. Leiden: TNO.

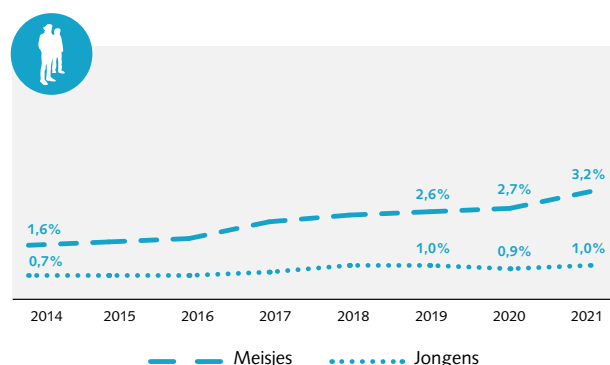


Diagnose depressie = depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens huisartsgeneeskundige classificatie (ICPC). Bron: Nivel Eerstelijns Zorgregistratie.

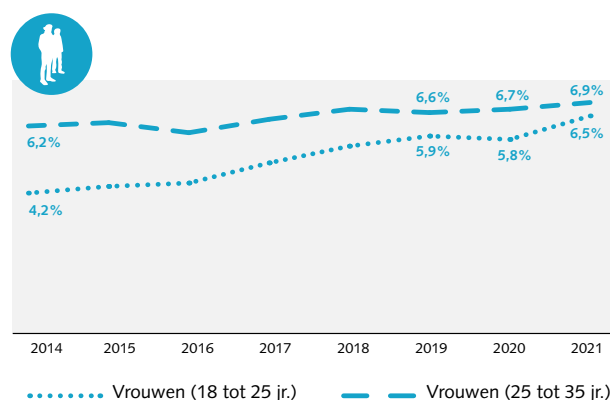
% huisartspatiënten met een diagnose depressie



2021: ± 562.000 volwassenen
± 156.000 ouderen



2021: ± 18.000 12- tot 18-jarige meisjes
± 6.000 12- tot 18-jarige jongens



2021: ± 49.300 18- tot 25-jarige vrouwen ²⁰
± 77.400 25- tot 35-jarige vrouwen ²¹

²⁰ Het percentage 18- tot 25-jarige mannelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie stijgt van 2,1% in 2014 naar 3,1% in 2019, en blijft stabiel in 2020. In 2021 neemt het percentage toe naar 3,3%, wat neerkomt op 26.200 patiënten.

²¹ Het percentage 25- tot 35-jarige mannelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie ligt in de jaren 2014 t/m 2017 stabiel rond 2,9-3,0%, om in 2020 te stijgen naar 3,7%, en vervolgens in 2021 stabiel te blijven. Het gaat om circa 42.300 patiënten in 2021.

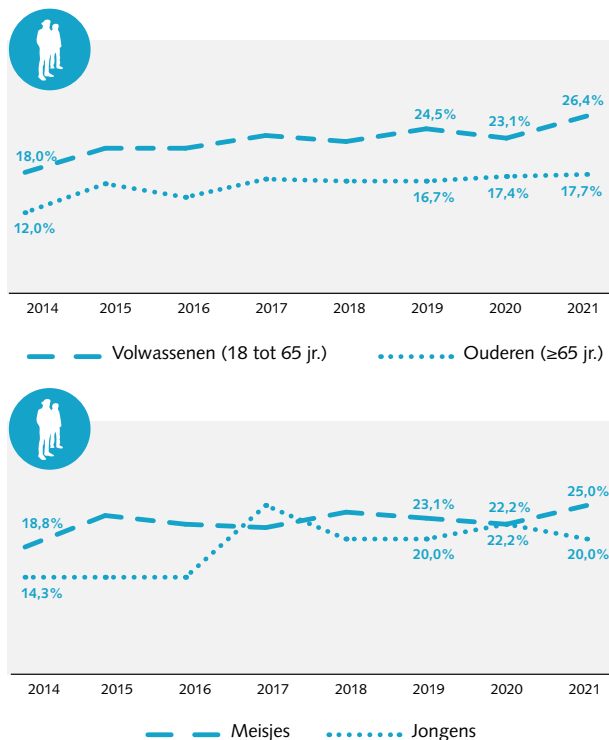
Toelichting

De mate waarin vanwege depressieklachten en/of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebruik wordt gemaakt van huisartsenzorg laat in de periode 2014-2021 verschillende trends zien afhankelijk van leeftijd en geslacht. Dit blijkt uit gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Onder de brede groep volwassenen van 18 tot 65 jaar stijgt de zorgprevalentie tussen 2014 en 2018 licht, om daarna vrijwel stabiel te blijven. Bij jongens van 12 tot 18 jaar neemt de zorgprevalentie tussen 2016 en 2018 toe, om vervolgens nagenoeg stabiel te blijven. Bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar is sprake van een meer onregelmatige, maar wat sterker stijgende trend. Veruit de duidelijkst stijgende trends in de periode 2014-2021 in het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie zijn zichtbaar bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar en bij meisjes van 12 tot 18 jaar. Daarbij neemt de zorgprevalentie in beide groepen verhoudingsgewijs sterk toe in 2021 (ten opzichte van 2020). Dit sluit aan bij de sterke toename in 2021 van de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten in beide groepen in de algemene bevolking. Ouderen van 65 jaar of ouder laten een afwijkend beeld zien in de zin dat bij hen het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie juist een dalende trend vertoont in de periode 2014-2021. Deze dalende trend wijkt ook af van de trends in de populatieprevalentie bij ouderen. Zo vertoont de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij ouderen in de algemene bevolking een variabel patroon met een stijging in 2021. Het is onduidelijk hoe deze discrepantie kan worden verklaard.



Diagnose depressie = depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens huisartsgeneeskundige classificatie (ICPC) Bron: Nivel Eerstelijns Zorgregistratie.

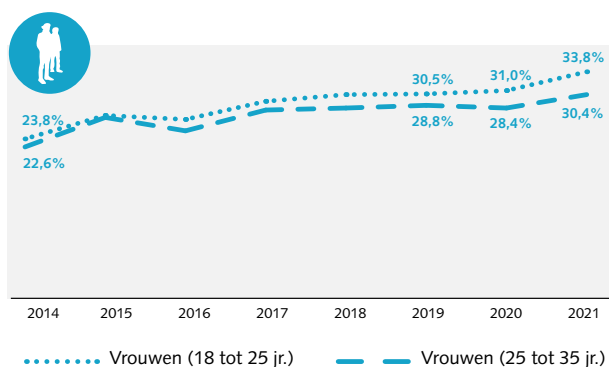
% huisartspatiënten met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ



Toelichting

Het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ kan worden beschouwd als een indicator voor de intensiteit van het gebruik van huisartsenzorg. In het algemeen neemt dit percentage toe in de periode 2014-2021, blijktens gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Wel zijn er verschillen afhankelijk van leeftijd en geslacht. Bij volwassenen van 18 tot 65 jaar met een diagnose depressie is er sprake van een onregelmatige, maar stijgende trend in het percentage dat contact heeft met de POH-GGZ. Dit geldt ook voor 18- tot 25-jarige en 25- tot 35-jarige vrouwen met een diagnose depressie. Bij ouderen van 65 jaar of ouder met een diagnose depressie stijgt het percentage met name tussen 2014 en 2017, terwijl dit bij 12- tot 18-jarige meisjes met een diagnose depressie vooral tussen 2014 en 2015 plaatsvindt, en bij 12- tot 18-jarige jongens met een diagnose depressie met name tussen 2016 en 2017.

% huisartspatiënten met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ^{22,23}



22 Het percentage 18- tot 25-jarige mannelijke huisartspatiënten dat is gezien door de POH-GGZ vertoont in de periode 2014-2021 een onregelmatige, maar stijgende trend, van 19,0% in 2014 naar 36,4% in 2021.

23 Het percentage 25- tot 35-jarige mannelijke huisartspatiënten dat is gezien door de POH-GGZ vertoont in de periode 2014-2021 een onregelmatige, maar stijgende trend, van 20,7% in 2014 naar 29,7% in 2021.

Het vóórkomen van een depressieve *stoornis* in de afgelopen 12 maanden is onder volwassenen bijna verdubbeld tussen 2007-2009 en 2019-2022. Verder zijn tussen 2014 (of nog verder terugkijkend) en 2021 veelal stijgende, en soms wisselende²⁴ trends zichtbaar in de prevalentie van depressie- of aanverwante *klachten* (angstklachten, burn-outklachten en emotionele problemen) bij de verschillende risico- en leeftijdsgroepen. Over het geheel genomen neemt ook het gebruik van huisartsenzorg vanwege depressie(klachten) in meer of mindere mate toe tussen 2014 en 2021. Een uitzondering vormen ouderen van 65 jaar of ouder bij wie de zorgprevalentie een dalende trend vertoont. In het algemeen ziet tussen 2014 en 2021 een steeds groter deel van de huisartspatiënten met depressie(klachten) de POH-GGZ.

Geconcludeerd kan worden dat bij de risico- en leeftijdsgroepen geen sprake is van een dalende populatieprevalentie, een dalende zorgprevalentie, en minder intensief zorggebruik, trends die op langere termijn verwacht worden bij een succesvolle aanpak van landelijke depressiepreventie. Deze conclusie is niet verrassend omdat effecten van het MJP DP – gestart in 2017 – nog niet kunnen worden verwacht. Dit omdat het MJP DP zich tot nu toe heeft gericht op het ontwikkelen van ketenaanpakken voor de zes risicogroepen, en waarbij de ontwikkeling voor twee risicogroepen (mensen met een chronische ziekte; en mantelzorgers) nog gaande is. Pas in de volgende fase van het MJP DP ligt de focus op het breed implementeren, toepassen en doorontwikkelen van de ketenaanpakken in de praktijk.

De coronacrisis lijkt niet te hebben bijgedragen aan de sterke stijging tussen 2007-2009 en 2019-2022 in de 12-maandsprevalentie van depressieve *stoornis* onder volwassenen van 18 tot 65 jaar. De stijging is al ruim voor de coronacrisis begonnen. Wel lijken de cijfers erop te wijzen dat de coronacrisis vooral bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar en bij meisjes van 12 tot 18 jaar bestaande stijgende trends in de prevalentie van depressie- of aanverwante *klachten* heeft versterkt. Verder zijn er aanwijzingen dat bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar een mogelijk versterkend effect op *klachtniveau* al in 2020, het eerste coronajaar, is opgetreden.

24 Afwisselend stijgende en dalende prevalentie.





- de Gezondheidsenquête (CBS).*
- de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD'en, CBS en RIVM).
- HBSC-Nederland 2021 (*Health Behaviour in School-aged Children*) (Universiteit Utrecht, Trimbos-instituut en SCP).*
- de NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden)* en de ZEA (Zelfstandigen Enquête Arbeid) (TNO en CBS).
- NEMESIS-3 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) (Trimbos-instituut).*
- Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.*
- Vektis.

In deze infographic wordt ingegaan op een selectie van de gegevens, zoals aangeven met een *.

Nadere toelichting over gegevensverzameling tijdens de coronacrisis in 2020 en 2021

- De Gezondheidsenquête is doorlopend over het hele jaar afgenomen, maar was wel verstoord gedurende de lockdowns in 2020 en 2021, omdat er geen interviews aan huis konden worden afgenomen en er alleen online response binnenkwam.²⁵ Het CBS heeft een weging gebruikt om voor deze verstoring te corrigeren.
- De dataverzameling van de derde peiling van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen vond in het najaar van 2020 plaats, toen er sprake was van een (gedeeltelijke) lockdown.
- De dataverzameling van de HBSC-studie vond plaats van oktober 2021 tot en met januari 2022, een periode van meer coronamaatregelen en een (harde) lockdown.
- De dataverzameling van de NEA vond plaats in het vierde kwartaal van 2020 en 2021. In 2020 begon toen net de tweede golf, waarmee de gegevensverzameling ook gedeeltelijk plaatsvond tijdens de tweede lockdown. Ook de gegevensverzameling in 2021 vond gedeeltelijk plaats tijdens de lockdown in het najaar van dat jaar.
- De data verzameling van de ZEA vond plaats in het eerste kwartaal van 2021, toen de avondklok voor het eerst was ingegaan.
- De eerste meting van NEMESIS-3 werd uitgevoerd van november 2019 tot en met maart 2022. Dit was dus zowel vóór als tijdens de coronapandemie.
- De gegevens van NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn betreffen data die op continue basis worden geëxtraheerd uit elektronische patiëntendossiers van deelnemende huisartspraktijken.²⁶
- Declaratiegegevens van aanbieders van specialistische ggz worden na goedkeuring op maandelijkse basis door zorgverzekeraars aan Vektis verstuurd.

25 Gezondheidsenquête in 2020 (cbs.nl)

26 In 2021 ging het om 316 huisartspraktijken.

Colofon

Opdrachtgevers: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Directeurenoverleg van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie
Financier: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Auteurs: Jasper Nuijen & Tessa van Doesum
Projectleiding: Jasper Nuijen & Marja van Bon-Martens
Utrecht, Trimbos-instituut, 2023. Artikelnummer: INF138
Vormgeving: Canon Nederland N.V.

1 Inleiding

Het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP DP) is in 2017 gestart met het doel om het aantal mensen met een depressie in 2030 met 30% te verminderen (ten opzichte van 2017). Aan dit doel wordt gewerkt middels sluitende ketenaanpakken depressiepreventie voor zes risicogroepen: jongeren (onder wie KOPP/KOV)¹, jonge vrouwen (onder wie pas bevallen vrouwen), werknemers (in stressvolle beroepen), huisartspatiënten met signalen van (beginnende) depressie, mensen met een chronische ziekte en (overbelaste) mantelzorgers.

Het Trimbos-instituut heeft de opdracht gekregen om gedurende de looptijd van het MJP DP te monitoren in hoeverre het beoogde doel wordt behaald. De Landelijke Monitor Depressie is één van de onderdelen van deze monitor, en waarin – op basis van gegevens van bestaande landelijk representatieve databronnen – voor de zes risicogroepen, en de brede leeftijdsgroepen van 18 tot 65 jaar en van 65 jaar of ouder, zicht wordt gegeven op de ontwikkelingen in:

- de mate waarin depressieproblematiek² voorkomt in de algemene bevolking en de beroepsbevolking (**populatieprevalentie**);
- de mate waarin vanwege depressieproblematiek gebruik wordt gemaakt van zorg (**zorgprevalentie**); en
- de **intensiteit van het zorggebruik** vanwege depressieproblematiek.

Zodoende kan worden nagegaan of op de langere termijn verwachte ontwikkelingen bij een succesvolle landelijke aanpak van depressiepreventie optreden: een dalende populatieprevalentie, een dalende zorgprevalentie en minder intensief zorggebruik.

In dit rapport beschrijven we de resultaten van de derde peiling van de Landelijke Monitor Depressie die gaan over de ontwikkelingen in de jaren tot en met 2021. Een groot deel van de data die gerapporteerd worden gaat over de jaren vóór 2017, het startjaar van het MJP DP. In de hoofdstukken 2 tot en met 8 worden de belangrijkste resultaten voor de risico- en/of leeftijdsgroepen gepresenteerd. Het gaat overwegend om beschrijvende resultaten. Trends zijn daarmee niet statistisch getoetst op significantie, enkele uitzonderingen daargelaten en wat zal worden aangegeven. Elk hoofdstuk begint met een samenvatting van de kernbevindingen. Het rapport eindigt met een beschouwing (hoofdstuk 9). Hierin worden de belangrijkste trends bij de risico- en leeftijdsgroepen samengevat en geduid, en wordt een conclusie getrokken over in hoeverre deze trends reeds aansluiten bij de verwachte ontwikkelingen op langere termijn bij een succesvolle landelijke aanpak van depressiepreventie.

Bijlage 1 licht de aanpak voor het selecteren van de databronnen toe, en geeft een beschrijving van de geselecteerde databronnen. Voor lezers die gedetailleerde of aanvullende gegevens zoeken, is een compleet cijferoverzicht beschikbaar in bijlage 2. Hierin worden alle data gepresenteerd die voor deze peiling zijn verzameld.

1 Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOV).
2 Onder de overkoepelende noemer 'depressieproblematiek' wordt verstaan: zelf-gerapporteerde depressieklachten en aanverwante klachten (zoals angst- en burn-outklachten); zelf-gerapporteerde depressie; en diagnose depressie/depressieve stoornis.

2 Jongeren

Kernbevindingen

- De HBSC-studie (vierjaarlijkse metingen) laat zien dat het percentage meisjes op de basisschool dat emotionele problemen rapporteert aanzienlijk stijgt tussen 2017 en 2021, van 14,4% naar 32,6%. Ook de prevalentie van emotionele problemen bij jongens op de basisschool neemt duidelijk toe tussen 2017 en 2021, van 7,4% naar 14,1%. Een vergelijkbaar beeld is te zien bij scholieren in het voortgezet onderwijs³: tussen 2017 en 2021 stijgt de prevalentie bij meisjes van 27,6% naar 43,0%, en bij jongens van 9,4% naar 13,3%.
- Uit de Gezondheidsenquête (jaarlijkse metingen) blijkt dat het percentage 12- tot 18-jarige meisjes dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont tussen 2010 (7,9%) en 2020 (10,3%). In 2021 neemt de prevalentie relatief sterk toe naar 18,9%. Bij 12- tot 18-jarige jongens fluctueert de prevalentie tussen 2010 en 2020 (variërend tussen 2,2% en 7,3%). Wel stijgt ook bij jongens de prevalentie in 2021 verhoudingsgewijs sterk (naar 6,4%), maar minder sterk dan bij meisjes.
- Gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR; jaarlijkse metingen) laten zien dat het percentage 12- tot 18-jarige meisjes dat vanwege depressieklachten of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebuikt maakt van huisartsenzorg verdubbelt tussen 2014 en 2021, van 1,6% naar 3,2%. De relatief sterkste stijgingen zijn te zien in 2017 en in 2021. Voor 12- tot 18-jarige jongens is een ander beeld te zien: de zorgprevalentie blijft tussen 2014 en 2016 stabiel op 0,7%, om daarna toe te nemen naar 1,0% in 2018, waarna het nagenoeg stabiel blijft tot en met 2021 (1,0%).
- De NZR-gegevens wijzen er verder op dat het percentage 12- tot 18-jarigen met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ stijgt in de periode 2014-2021. Bij meisjes vindt de toename vooral tussen 2014 en 2015 plaats (van 18,8% naar 23,5%); bij jongens met name tussen 2016 en 2017 (van 14,3% naar 25,0%). Het gemiddeld aantal contacten dat meisjes en jongens met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ blijft redelijk constant tussen 2014 en 2021. Uitgezonderd 2017, variëren de gemiddelden van 2,2 tot 2,7 contacten onder meisjes; en van 1,8 tot 2,6 contacten onder jongens. Relatief steeds minder meisjes (vanaf 2015) en jongens (vanaf 2014) met een diagnose depressie krijgen antidepressiva voorgeschreven. Wel wordt bij jongens deze dalende trend in 2021 onderbroken. In 2021 is het voorschrijfpercentage 7,2% onder meisjes, en 6,8% onder jongens.

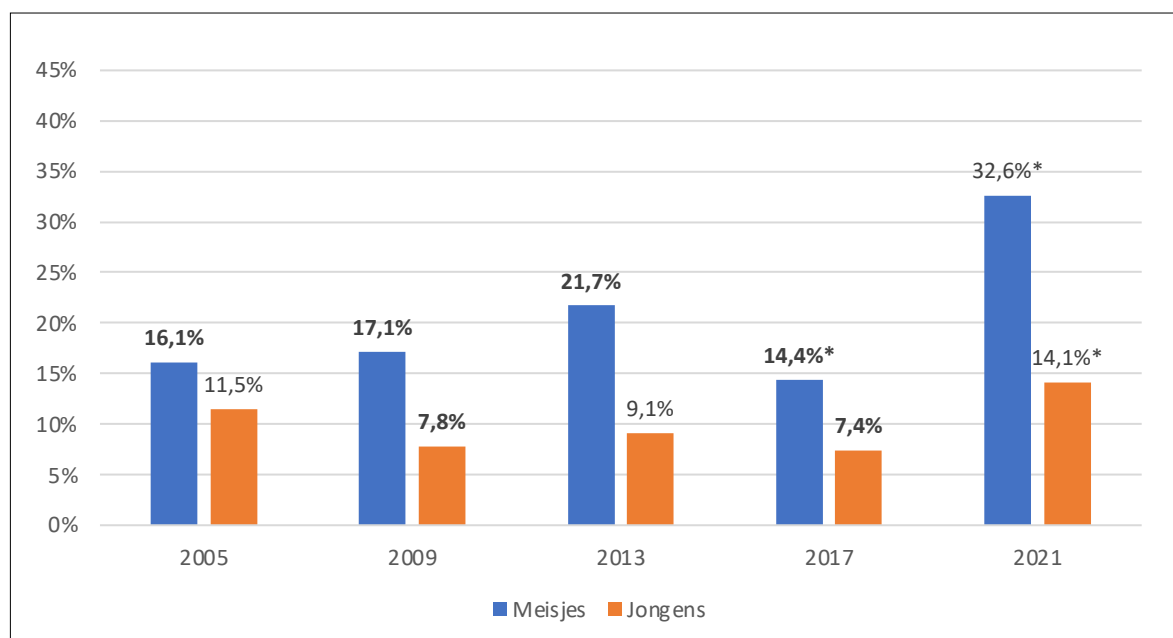
3 Bij deze trendcijfers is alleen uitgegaan van de gegevens van leerlingen in de eerste vier leerjaren van het voortgezet onderwijs (en niet óók van de gegevens van leerlingen tot en met 16 jaar in het vijfde en zesde leerjaar). In de kerncijfers zijn óók de gegevens van leerlingen tot en met 16 jaar in het vijfde en zesde leerjaar meegenomen. Uitgaande van alle leerjaren in het voortgezet onderwijs is in 2021 de prevalentie van emotionele problemen 43,7% onder meisjes, en 13,3% onder jongens.

In dit hoofdstuk wordt voor jongeren – één van de zes risicogroepen zoals aangewezen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie – ingegaan op de trends in populatieprevalentie, zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik. Daarbij focussen wij op jongeren van 12 tot 18 jaar, omdat voor kinderen jonger dan 12 jaar weinig gegevens beschikbaar zijn. Omdat veel van de trends blijken te verschillen tussen meisjes en jongens worden de resultaten uitgesplitst naar geslacht gepresenteerd. Het hoofdstuk beperkt zich tot het bespreken van de belangrijkste cijfers. In Bijlage 2 (Cijferoverzicht; hoofdstuk 1) zijn alle cijfers over jongeren in detail te vinden, inclusief aanvullende cijfers die geen aandacht krijgen in dit hoofdstuk, zoals cijfers over kinderen jonger dan 12 jaar.

2.1 Populatieprevalentie: prevalentie in de algemene bevolking

Emotionele problemen

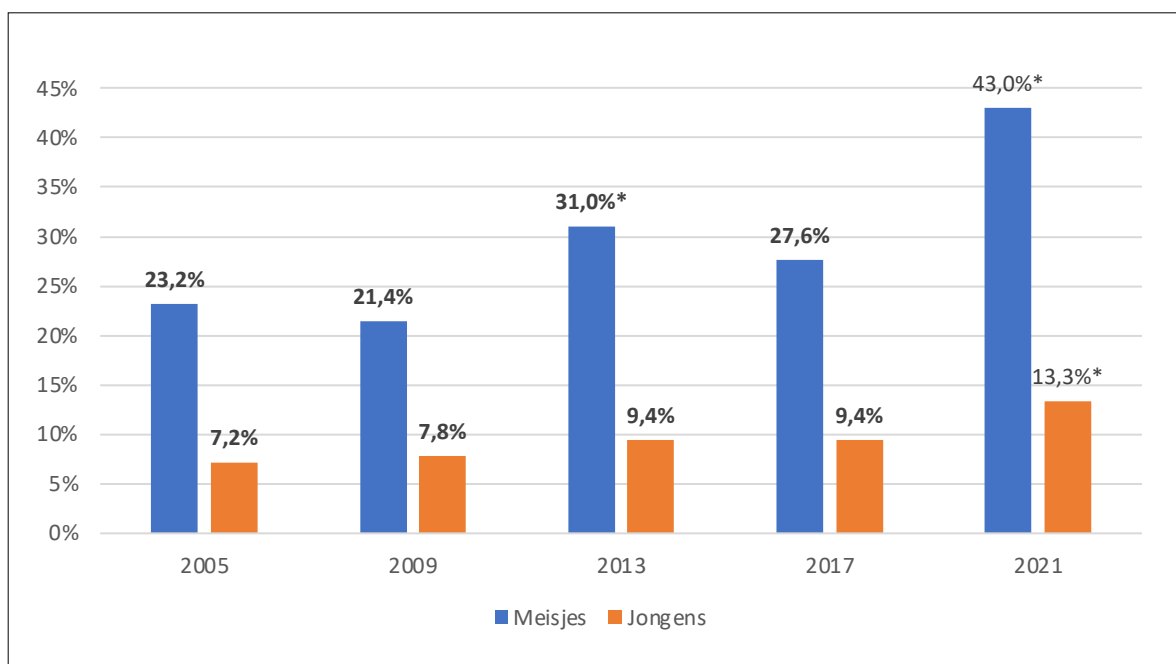
Uit de vierjaarlijkse metingen van de HBSC-studie (*Health Behaviour in School-Aged Children*) blijkt dat het percentage meisjes in groep 8 op de basisschool dat emotionele problemen rapporteert significant daalt tussen 2013 en 2017, van 21,7% naar 14,4% (zie figuur 2.1). Echter, in 2021 stijgt het percentage significant naar 32,6%, meer dan een verdubbeling ten opzichte van 2017. Een zodanig sterke stijging is in de voorgaande peiljaren niet voorgekomen. Bij jongens op de basisschool stijgt de prevalentie van emotionele problemen ook significant tussen 2017 en 2021, van 7,4% naar 14,1%. Hoewel het om bijna een verdubbeling van de prevalentie gaat, is de stijging onder jongens wat minder sterk dan onder meisjes. Emotionele problemen worden vaker door meisjes dan jongens gerapporteerd; in de vijf peiljaren is de prevalentie 1,4 tot 2,4 keer zo hoog bij meisjes.



Figuur 2.1: Het vóórkomen van emotionele problemen bij scholieren van groep 8 in het basisonderwijs (gemiddelde leeftijd: 11,1 jaar), naar geslacht. Toelichting: Emotionele problemen (in de afgelopen zes maanden) zijn gemeten met een subschaal van de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Bron: HBSC-onderzoek (Health Behaviour in School-Aged Children); peiljaren: 2005, 2009, 2013, 2017 en 2021.

* = significant verschil ten opzichte van meting ervóór; Vetgedrukt = significant verschil ten opzichte van 2021.

De vierjaarlijkse metingen van de HBSC-studie laten verder zien dat de trends in de prevalentie van emotionele problemen bij meisjes en jongens in het voortgezet onderwijs globaal overeenkomen met die in het basisonderwijs. Terwijl in 2017 27,6% van de meisjes in het voortgezet onderwijs emotionele problemen rapporteerde, is dit in 2021 significant toegenomen naar 43,0%.⁴ In geen enkel voorgaand peiljaar is een zodanig hoge prevalentie gevonden. Het percentage jongens dat emotionele problemen rapporteert stijgt geleidelijk tussen 2005 en 2017, om tussen 2017 en 2021 scherper (en ook statistisch significant) te stijgen (van 9,4% naar 13,3%). De 'overall' toename tussen 2017 en 2021 is bij jongens wat minder sterk dan bij meisjes. Net als in het basisonderwijs, rapporteert ook in het voortgezet onderwijs een hoger percentage meisjes dan jongens emotionele problemen. Wel is het verschil tussen meisjes en jongens groter in het voortgezet onderwijs; in het voortgezet onderwijs is in de vijf peiljaren de prevalentie 2,7 tot 3,3 zo hoog onder meisjes.



Figuur 2.2: Het vóórkomen van emotionele problemen bij scholieren in het voortgezet onderwijs (12 t/m 16 jaar), naar geslacht. Toelichting: Emotionele problemen (in de afgelopen zes maanden) zijn gemeten met een subschaal van de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Bron: HBSC-onderzoek (Health Behaviour in School-Aged Children); peiljaren: 2005, 2009, 2013, 2017 en 2021.

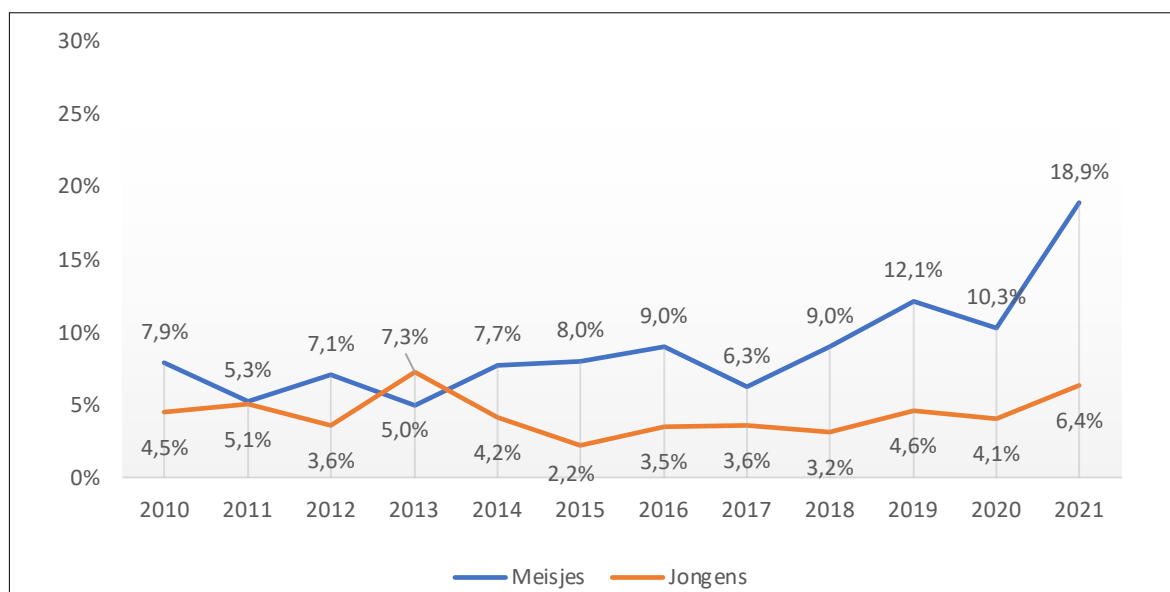
* = significant verschil ten opzichte van meting ervoor; Vetgedrukt = significant verschil ten opzichte van 2021.

Lichte tot ernstige depressie-/angstklachten

De jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête laten zien dat het percentage 12- tot 18-jarige meisjes dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont tussen 2010 (7,9%) en 2020 (10,3%) (zie figuur 2.1).⁵ In 2021

- 4 Bij deze trendcijfers is alleen uitgegaan van de gegevens van leerlingen in de eerste vier leerjaren van het voortgezet onderwijs. In de kerncijfers zijn óók de gegevens van leerlingen tot en met 16 jaar in het vijfde en zesde leerjaar meegenomen. Uitgaande van alle leerjaren in het voortgezet onderwijs is in 2021 de prevalentie van emotionele problemen 43,7% onder meisjes, en 13,3% onder jongens.
- 5 Hier kan meespelen dat de aantallen responderende meisjes van 12 tot 18 jaar verhoudingsgewijs laag zijn in de Gezondheidsenquête, waardoor minder precieze prevalentieschattingen kunnen worden gemaakt.

neemt het percentage relatief sterk toe naar 18,9%, veruit de hoogste waarde in de gehele meetperiode 2010-2021. Het percentage 12- tot 18-jarige jongens dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert fluctueert behoorlijk tussen 2010 en 2020, variërend tussen 2,2% en 7,3%, en laat geen duidelijk stijgende of dalende trend zien (zie figuur 2.1).⁶ Wel stijgt ook bij jongens het percentage verhoudingsgewijs sterk in 2021, hoewel minder sterk dan bij meisjes. Tevens is de prevalentie van 6,4% in 2021 niet de hoogste prevalentie in de gehele meetperiode 2010-2021.⁷ Afgezien van 2013, rapporteren in deze leeftijdsgroep in alle peiljaren relatief meer meisjes dan jongens lichte tot ernstige depressie-/angstklachten. Specifiek gezegd is in de peiljaren de prevalentie 1,8 tot 3,6 keer zo hoog onder meisjes. In absolute aantallen gaat het in 2021 om circa 108.000 meisjes tegenover circa 38.000 jongens.



Figuur 2.3: Het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten onder jongeren (12 tot 18 jaar), naar geslacht. Toelichting: depressie-/angstklachten (in de afgelopen vier weken) zijn gemeten met de MHI-5 (Mental Health Inventory; gehanteerde afkapscore: ≤ 60).⁸ Bron: Gezondheidsenquête (CBS); peiljaren: 2010-2021.

Zelf-gerapporteerde depressie

Uit de jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête blijkt verder dat in de leeftijdsgroep van 12 tot 18 jaar zowel het percentage meisjes als het percentage jongens dat zelf een depressie⁹ rapporteert een grillige trend vertoont in de periode 2014-2021.¹⁰ Bij meisjes varieert de

6 Hier kan meespelen dat de aantallen responderende jongens van 12 tot 18 jaar verhoudingsgewijs laag zijn in de Gezondheidsenquête, waardoor minder precieze prevalentieschattingen kunnen worden gemaakt.

7 In 2013 is de prevalentie 7,3%.

8 Met het gehanteerde afkappunt worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. Perenboom R., Oudshoorn K., Herten L. van, Hoeymans N., Bijl R. (2000). Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO.

9 Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

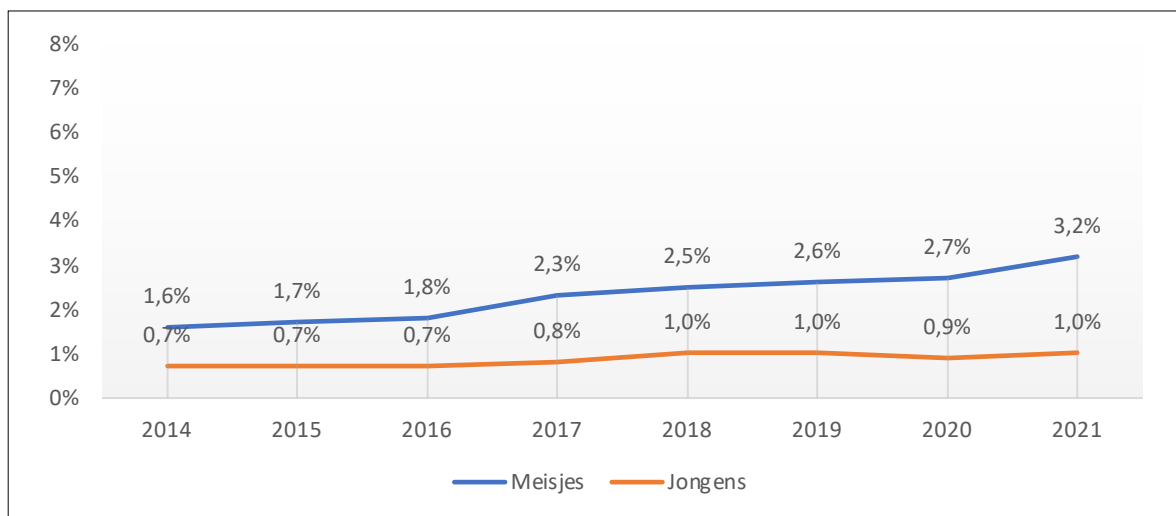
10 Hier kan meespelen dat de aantallen responderende meisjes en jongens van 12 tot 18 jaar verhoudingsgewijs laag zijn in de Gezondheidsenquête, waardoor minder precieze prevalentieschattingen kunnen worden gemaakt.

prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie tussen 1,8% en 10,0%, en bij jongens tussen 0,7% en 4,0%. Het valt op dat 2021 bij meisjes het jaar is van de uitschieter van 10,0% , terwijl dit bij jongens met een prevalentie van 3,8% niet het geval is. In absolute aantallen gaat het in 2021 om circa 57.000 meisjes die zelf een depressie rapporteren tegenover circa 23.000 jongens.

2.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: huisartsenzorg

Gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie of angst

Uitgaande van huisartspatiënten van 12 tot 18 jaar, laten de gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) een stijgende trend zien in het percentage meisjes met een diagnose depressie¹¹ (zie figuur 2.4). Tussen 2014 en 2021 verdubbelt het percentage van 1,6% naar 3,2%. De relatief sterkste stijgingen vinden plaats in 2017 en in 2021. Het percentage jongens met een diagnose depressie laat een ander patroon zien: stabiel op 0,7% tussen 2014 en 2016, om daarna toe te nemen naar 1,0% in 2018, waarna het nagenoeg stabiel blijft tot en met 2021 (1,0%). In alle peiljaren is in deze leeftijdsgroep bij een groter deel van de meisjes een diagnose depressie gesteld dan bij de jongens. Specifiek gezegd is in de peiljaren de zorgprevalentie 2,3 tot 3,2 zo hoog onder meisjes. In absolute aantallen gaat het in 2021 om ongeveer 18.000 meisjes met een diagnose depressie tegenover ongeveer 6.000 jongens.

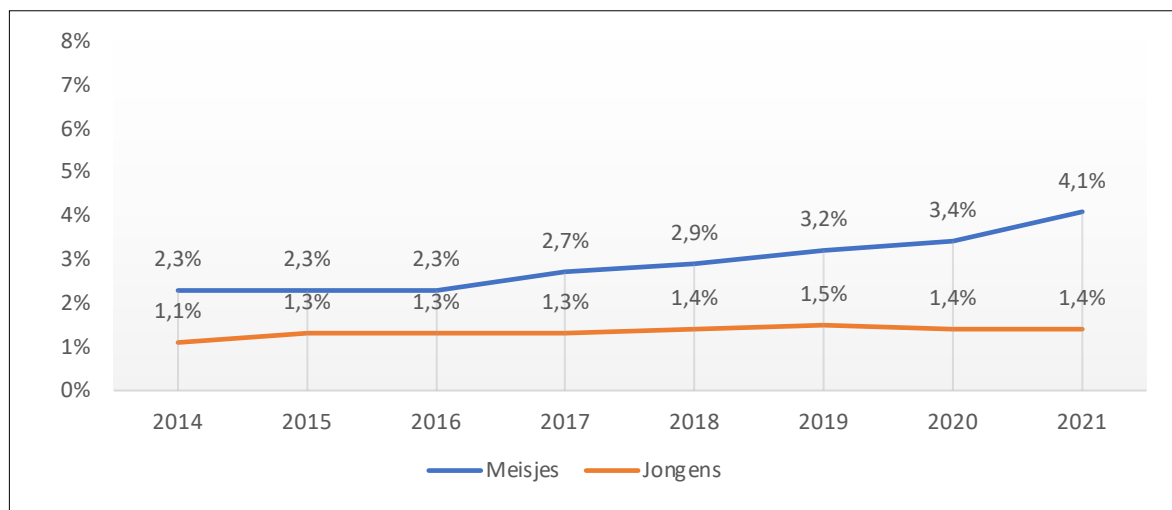


Figuur 2.4: Het percentage huisartspatiënten (12 tot 18 jaar) met een diagnose depressie, naar geslacht. Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten), presenteert figuur 2.4 ook de trends in de periode 2014-2021 in de percentages 12- tot 18-jarige meisjes en jongens

11 Volgens de ICPC (International Classification of Primary Care), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem. Uitgegaan is van depressieklachten (ICPC-code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

met een diagnose angst¹² in de huisartsenpraktijk. Deze zijn zowel bij meisjes als jongens vergelijkbaar met de trends zoals te zien voor de diagnose depressie. Wel liggen de percentages meisjes en jongens met een diagnose angst in alle peiljaren hoger dan de percentages meisjes en jongens met een diagnose depressie. Bij meisjes zijn de percentages 1,2 tot 1,4 keer zo hoog; bij jongens 1,4 tot 1,9 keer zo hoog. Net als bij de diagnose depressie, hebben in deze leeftijdsgroep in alle peiljaren relatief meer meisjes dan jongens een diagnose angst. Specifiek gezegd is in de peiljaren de zorgprevalentie 1,8 tot 2,9 keer zo hoog onder meisjes. In absolute aantallen gaat het in 2021 om ongeveer 23.000 meisjes met een diagnose angst tegenover ongeveer 8.000 jongens.



Figuur 2.5: Het percentage huisartspatiënten (12 tot 18 jaar) met een diagnose angst, naar geslacht.

Toelichting: Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens de ICPC. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

Intensiteit van het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie

Uitgaande van 12- tot 18-jarige meisjes met een diagnose depressie, geven de gegevens van NZR aan dat het percentage meisjes dat is gezien door de POH-GGZ stijgt van 18,8% in 2014 naar 23,5% in 2015, om daarna betrekkelijk stabiel te blijven (variërend tussen 21,7% en 25,0%; zie figuur 2.6). Het percentage jongens met een diagnose depressie dat contact heeft met de POH-GGZ neemt tussen 2016 en 2017 toe van 14,3% naar 25,0%, om daarna van 2018 tot en met 2021 vrij stabiel te blijven liggen rond de 20,0% tot 22,2%. Het gemiddeld aantal contacten¹³ dat 12- tot 18-jarige huisartspatiënten met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ blijft in de periode 2014-2021 bij zowel meisjes (2,2 – 2,7 contacten)¹⁴ als jongens (1,8 – 2,6 contacten)¹⁵ redelijk constant. Relatief steeds minder meisjes (vanaf 2015) en jongens (vanaf 2014) met een diagnose depressie krijgen antidepressiva voorgeschreven in de periode 2014-2021 (zie figuur 2.7). Voor jongens

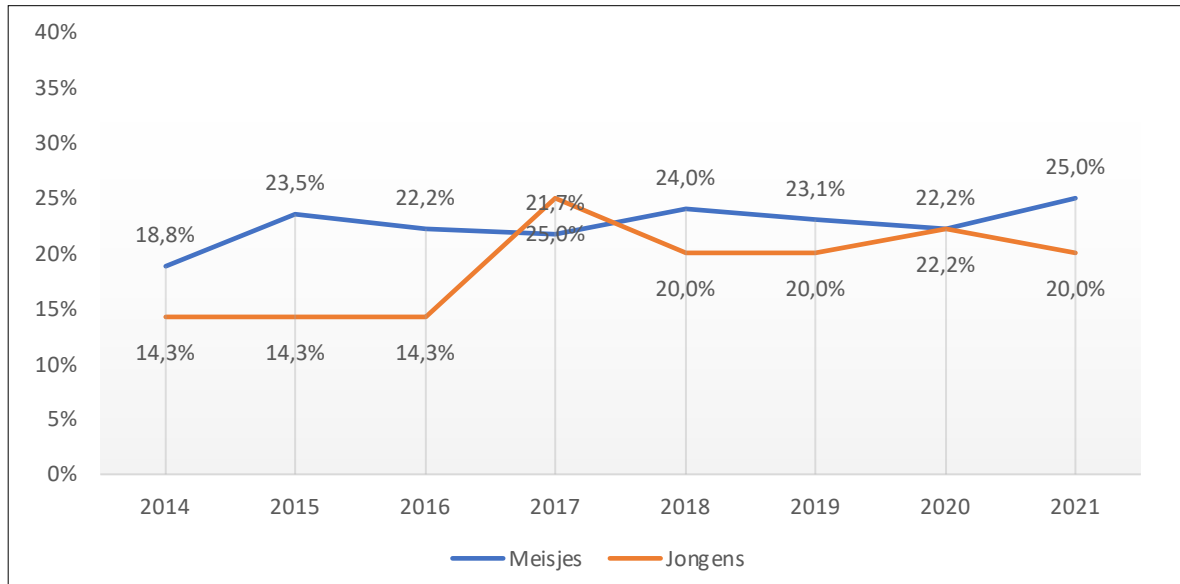
12 Volgens de ICPC (International Classification of Primary Care), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem. Uitgegaan is van angstklachten (ICPC-code P01) en/of een angststoornis/-toestand (ICPC-code P74) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

13 Het gaat hier om contacten vanwege enigerlei psychische problemen, d.w.z. enigerlei code uit het P-hoofdstuk van de ICPC (*International Classification of Primary Care*), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem.

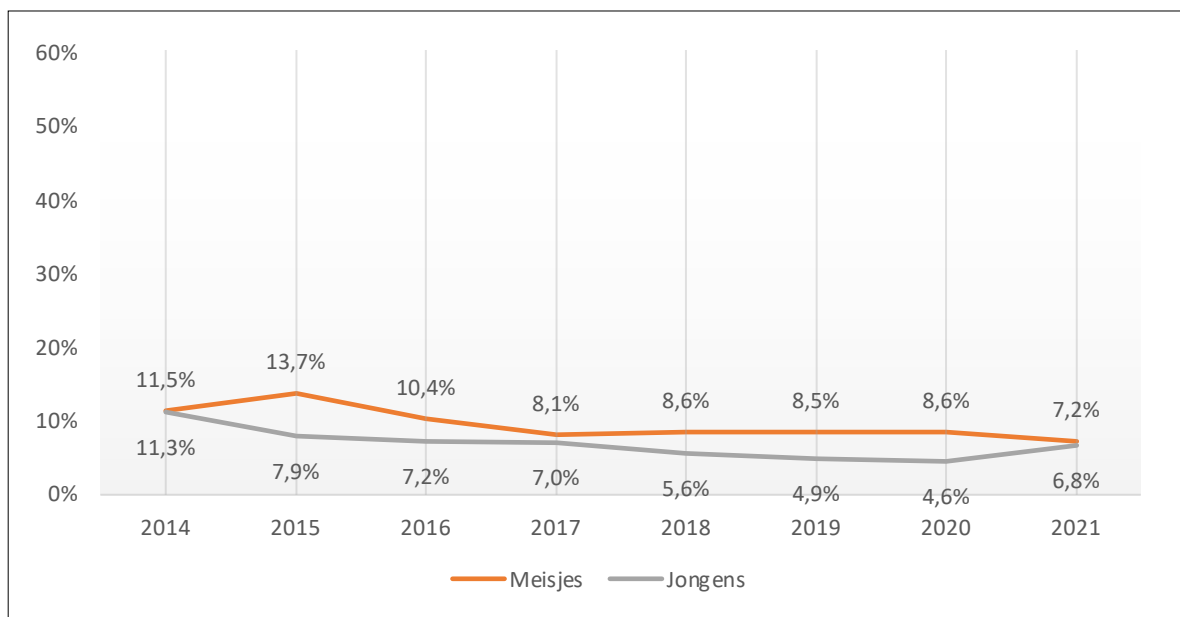
14 Afwijking in 2017: gemiddeld 3,8 contacten.

15 Afwijking in 2017: gemiddeld 3,4 contacten.

wordt de dalende trend in 2021 onderbroken met een stijging naar 6,8% (ten opzichte van 4,6% in 2020), terwijl het voorschrijfpercentage bij meisjes verder daalt naar 7,2%. In zijn algemeenheid geven de lage voorschrijfpercentages aan dat huisartsen bij 12- tot 18-jarigen met een diagnose depressie terughoudend zijn met het inzetten van antidepressiva.



Figuur 2.6: Het percentage huisartspatiënten (12 tot 18 jaar) met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ, naar geslacht. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren 2014-2021.



Figuur 2.7: Het percentage huisartspatiënten (12 tot 18 jaar) met een diagnose depressie en een voorschrift van antidepressiva, naar geslacht. Toelichting: antidepressiva: code N06A volgens Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC) classificatie. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

3 Volwassenen

Kernbevindingen

- De NEMESIS-studie laat een stijging zien in het vóórkomen van depressieve stoornis (volgens DSM-IV criteria) in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen van 18 tot 65 jaar van 5,1% in 2007-2009 naar 9,3% in 2019-2022.¹⁶ De 12-maandsprevalentie van depressieve stoornis vóór en tijdens de coronapandemie verschilt niet.
- Uit de Gezondheidsenquête (jaarlijkse metingen) blijkt dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij volwassenen van 18 tot 65 jaar een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont tussen 2010 (10,3%) en 2020 (13,1%). In 2021 neemt de prevalentie relatief sterk toe naar 16,6%.
- De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA; jaarlijkse metingen) wijst erop dat er in de periode 2007-2021 sprake is van een significant stijgende trend in de prevalentie van burn-outklachten bij werknemers van 18 tot 65 jaar. Terwijl in 2007 11,3% van de werknemers burn-outklachten rapporteert, is dit in 2021 toegenomen naar 17,9%. Het valt op dat de stijgende trend in 2020 wordt onderbroken: de prevalentie daalt dat jaar naar 16,4% ten opzichte van 17,7% in 2019.
- Gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR; jaarlijkse metingen) laten zien dat het percentage patiënten van 18 tot 65 jaar dat vanwege depressieklachten of een depressie (ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebuikt maakt van huisartsenzorg licht stijgt van 5,0% in 2014 naar 5,3% in 2018. In de daaropvolgende jaren (t/m 2021) blijft deze zorgprevalentie vrijwel stabiel.
- De NZR-gegevens wijzen verder op een onregelmatige, maar stijgende trend in het percentage volwassen patiënten met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ. Terwijl het in 2014 gaat om 18,0%, is het percentage in 2021 gestegen naar 26,4%. Het gemiddeld aantal contacten dat patiënten met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ blijft vrij constant in de periode 2014-2021. Uitgezonderd 2017, varieert het gemiddelde van 2,7 tot 3,0 contacten. Tot slot daalt het percentage patiënten dat antidepressiva krijgt voorgeschreven tussen 2015 en 2020, van 55,2% naar 46,6%.

In dit hoofdstuk wordt voor volwassenen van 18 tot 65 jaar ingegaan op de trends in populatieprevalentie, zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik. De brede groep volwassenen omvat twee risicogroepen die zijn aangewezen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP DP), namelijk huisartspatiënten en werknemers van 18 tot 65 jaar. Het hoofdstuk beperkt zich tot het bespreken van de belangrijkste cijfers. In Bijlage 2 (Cijferoverzicht; hoofdstuk 2) zijn alle cijfers over volwassenen in detail te vinden, inclusief aanvullende cijfers die geen aandacht krijgen in dit hoofdstuk.

¹⁶ In de kerncijfers van NEMESIS-3 is uitgegaan van de criteria van de DSM-V (de meest recente versie) en van volwassenen van 18 t/m 75 jaar. Hiervan uitgaande is in 2019-2022 de 12-maandsprevalentie van depressieve stoornis 8,5%.

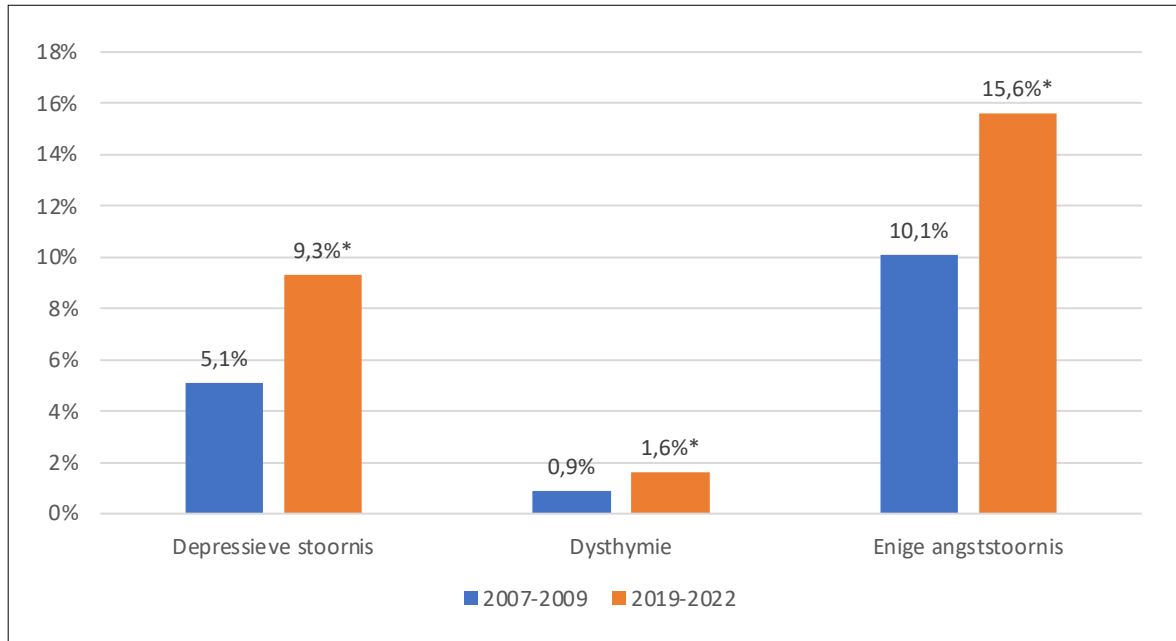
3.1 Populatieprevalentie

3.1.1 Prevalentie in de algemene bevolking

Depressieve stoornis en aanverwante stoornissen

Uit NEMESIS (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*), een representatieve studie naar de psychische gezondheid van de algemene volwassen bevolking die momenteel voor de derde keer met een steeds een nieuwe steekproef wordt uitgevoerd¹⁷, blijkt dat het vóórkomen van depressieve stoornis is toegenomen, zoals bepaald op basis van een uitgebreid klinisch instrument (CIDI) en volgens criteria van de DSM-IV.¹⁸ Terwijl in 2007-2009 (NEMESIS-2) bij 5,1% van de volwassenen van 18 tot 65 jaar sprake was van een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden, is dit in 2019-2022 (NEMESIS-3) gestegen naar 9,3% (zie figuur 3.1).^{19,20} Ook de 12-maandsprevalentie van dysthymie²¹ onder volwassenen verdubbelt bijna tussen deze twee meetmomenten, van 0,9% naar 1,6%. Vanwege de overlap tussen depressieve en angststoornissen, toont figuur 3.1 ook de verandering in het vóórkomen van een angststoornis. Te zien is dat de 12-maandsprevalentie onder volwassenen tussen 2007-2009 en 2019-2022 is toegenomen van 10,1% naar 15,6%. Alle bovengenoemde stijgingen in prevalenties zijn significant, ook wanneer rekening wordt gehouden met veranderingen over de tijd in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie en stedelijkheid.

-
- 17 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf R. de. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3 (NEMESIS-3): Objectives, methods and baseline characteristics of the sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2022.
 - 18 De CIDI (*Composite International Diagnostic Instrument*) is een volledig gestructureerd interview: het antwoord op een vraag leidt volgens vaste regels tot de volgende vraag. De CIDI vraagt naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die mensen daarvan ondervinden. Uit de antwoorden valt af te leiden of voldaan wordt aan de criteria van een psychische aandoening volgens de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.
 - 19 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten, F., Graaf, R. de. Trends NEMESIS Samenvatting <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/nemesis-trends/samenvatting-2/>. Geraadpleegd op: 13 januari 2023 .Trimbos-instituut, Utrecht.
 - 20 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Luik A., Graaf R. de. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. In press.
 - 21 Iemand heeft een depressieve stemming die minstens twee jaar duurt, maar die niet altijd even sterk aanwezig is. Daarnaast is sprake van minstens twee symptomen die bij een depressieve stoornis horen.



Figuur 3.1: Het vóórkomen van respectievelijk depressieve stoornis, dysthymie en angststoornis in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen van 18 tot 65 jaar. Toelichting: psychische aandoeningen zijn vastgesteld op basis van een uitgebreid klinisch instrument CIDI (Composite International Diagnostic Instrument) en conform criteria van de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).²²

Bron: NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study); peiljaren: 2007-2009 (NEMESIS-2) en 2019-2022 (NEMESIS-3).

* = significant verschil ten opzichte van 2007-2009, ook na correctie voor veranderingen over tijd in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie en stedelijkheid.

Omdat de coronapandemie gedurende het veldwerk van NEMESIS-3 uitbrak, heeft een deel van de volwassenen vóór de uitbraak deelgenomen aan de studie (eind 2019 tot maart 2020), en een deel tijdens de pandemie (september 2020 t/m maart 2022). Door deze twee groepen met elkaar te vergelijken hebben de NEMESIS-onderzoekers kunnen nagaan of de 12-maands prevalentie van psychische aandoeningen vóór en tijdens de coronapandemie verschilt. Dit blijkt niet het geval, ook niet wanneer specifiek wordt gekeken naar de 12-maandsprevalentie van depressieve stoornis.²³ Met andere woorden: de coronacrisis heeft niet bijgedragen aan de sterke stijging tussen 2007-2009 en 2019-2022 in het vóórkomen van depressieve en aanverwante stoornissen bij volwassenen.

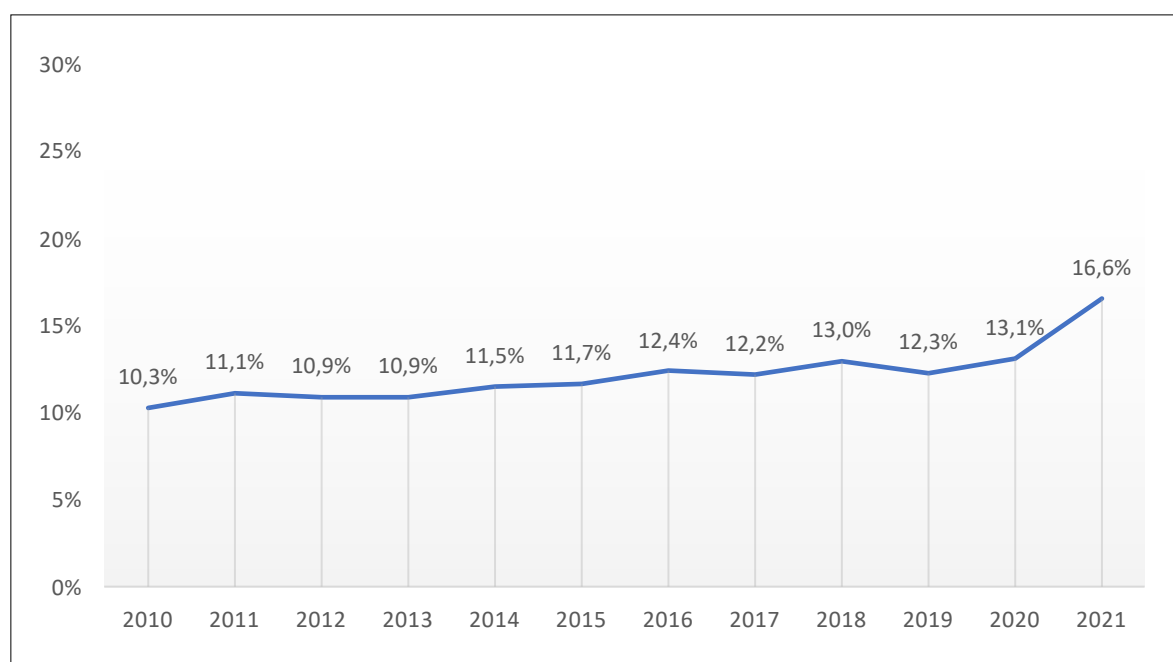
22 In de kerncijfers van NEMESIS-3 is uitgegaan van de criteria van de DSM-V (de meest recente versie) en van volwassenen van 18 t/m 75 jaar. Hiervan uitgaande is in 2019-2022 de 12-maandsprevalentie van depressieve stoornis 8,5% en de 12-maandsprevalentie van enige angststoornis 15,2%. In de DSM-V is de diagnosecategorie dysthymie vervangen door de categorie persisterende depressieve stoornis. In 2009-2022 is de 12-maandsprevalentie van persisterende depressieve stoornis 3,5% bij volwassenen van 18 t/m 75 jaar.

23 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf, R. de. NEMESIS Effect coronapandemie Psychische aandoeningen vóór en tijdens corona <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/effect-coronapandemie/vergelijking-corona/>. Geraadpleegd op: 13 januari 2023 .Trimbos-instituut, Utrecht.

De onderzoekers hebben verder op basis van de drie vervolgmetingen van NEMESIS-2 (respectievelijk uitgevoerd in 2010-2012, 2013-2015 en 2016-2018) gekeken naar de trend in het vóórkomen van een stemmingsstoornis²⁴ in de afgelopen drie jaar.⁴⁴ Het blijkt dat de driejaars-prevalentie tussen 2013-2015 en 2016-2018 is toegenomen van 7,5% naar 10,7%.²⁵ Deze bevinding wijst erop dat de stijging in de prevalentie van depressieve en aanverwante stoornissen al ruim voor de start van NEMESIS-3 (november 2019) lijkt te zijn ingezet.

Lichte tot ernstige depressie-/angstklachten

De jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête geven aan dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij volwassenen van 18 tot 65 jaar een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont tussen 2010 (10,3%) en 2020 (13,1%), om in 2021 relatief sterk te stijgen naar 16,6% (zie figuur 3.2). In absolute aantallen gaat het in 2021 om circa 1.777.000 volwassenen. Globaal dezelfde trend is waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Wel komen lichte tot ernstige depressie-/angstklachten meer voor bij 18- tot 65-jarige vrouwen dan bij hun mannelijke leeftijdsgenoten, met een 1,3 tot 1,6 keer hogere prevalentie onder vrouwen in de periode 2010-2021.²⁶



Figuur 3.2: Het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten onder volwassenen (18 tot 65 jaar). Toelichting: depressie-/angstklachten (in de afgelopen vier weken) zijn gemeten met de MHI-5 (Mental Health Inventory; gehanteerde afkapscore: ≤ 60).²⁷ Bron: Gezondheidsenquête (CBS); peiljaren: 2010-2021.

24 Deze analyse is alleen uitgevoerd voor de hoofdcategorie stemmingsstoornis, en niet voor de specifieke aandoeningen binnen deze hoofdcategorie: depressieve stoornis, dysthymie en bipolaire stoornis.

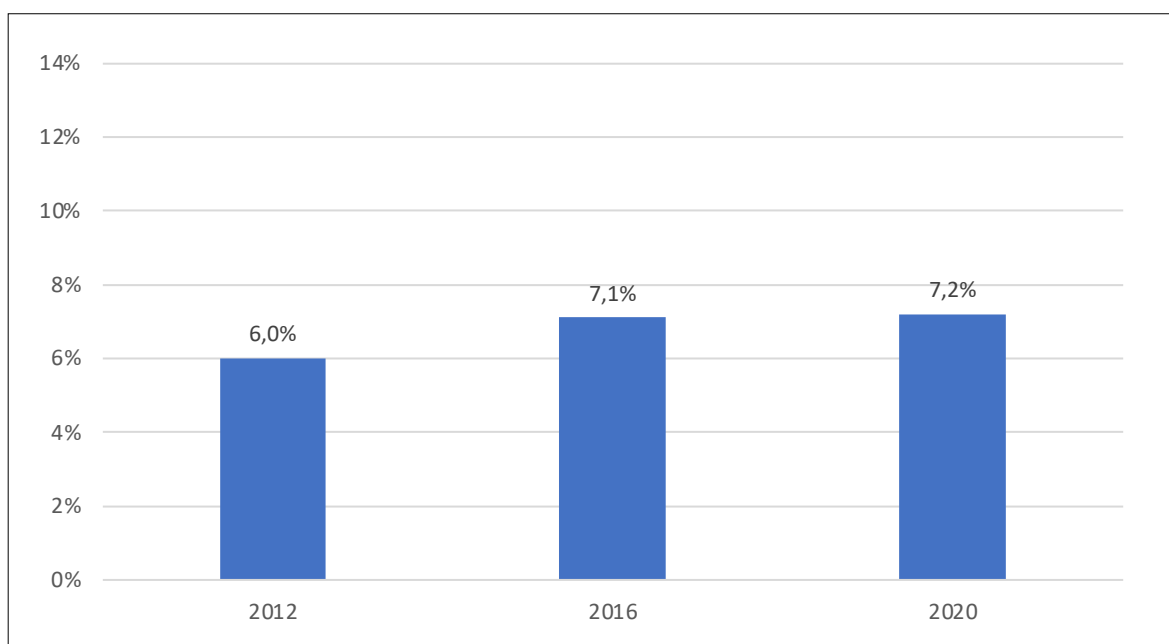
25 In 2010-2012 is de driejaars-prevalentie van stemmingsstoornis 7,4%.

26 Bijv. 2021: 19,6% bij 18- tot 65-jarige vrouwen vs. 13,6% bij 18- tot 65-jarige mannen.

27 Met het gehanteerde afkappunt worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. Perenboom R., Oudshoorn K., Herten L. van, Hoeymans N., Bijl R. (2000). Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO.

Ernstige depressie-/angstklachten

De vierjaarlijkse metingen van de Gezondheidsmonitor geven aan dat de prevalentie van ernstige depressie-/angstklachten onder volwassenen van 18/19²⁸ tot 65 jaar met name tussen 2012 (6,0%) en 2016 (7,1%) toeneemt (zie figuur 3.3). In 2020 gaat het om een prevalentie van 7,2%, wat neerkomt op ongeveer 769.000 volwassenen. Uitsplitsing naar geslacht laat verschillende trends zien: terwijl bij vrouwen de prevalentie van ernstige depressie-/angstklachten gelijkmatig toeneemt²⁹, is de prevalentie voor mannen het hoogst in 2016.³⁰ De prevalentie is in de drie peiljaren 1,2 tot 1,4 zo hoog onder vrouwen dan onder mannen.³¹



Figuur 3.3: Het vóórkomen van ernstige depressie-/angstklachten onder volwassenen (18/19* tot 65 jaar). Toelichting: Depressie-/angstklachten zijn gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10; gehanteerde afkapscore: ≥ 30).³²

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD'en; CBS; RIVM); peiljaren: 2012, 2016 en 2020.

* = In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.

Zelf-gerapporteerde depressie

Uit de Gezondheidsenquête blijkt verder dat een steeds groter deel van de volwassenen van 18 tot 65 jaar zelf een depressie³³ rapporteert, met een stijging van 8,6% in 2014 naar 10,9% in 2021.

28 In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.

29 2021: 7,1%; 2016: 7,7%; en 2020: 8,4%.

30 2021: 5,0%; 2016: 6,4%; en 2020: 6,0%.

31 Bijv. 2020: 8,4% bij 18- tot 65-jarige vrouwen vs. 6,0% bij 18- tot 65-jarige mannen.

32 Met het gehanteerde afkappunt worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

33 Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

In absolute aantallen betreft het circa 1.167.000 volwassenen in 2021. Ruwweg dezelfde stijgende trend is te zien voor vrouwen en mannen, waarbij in de peiljaren 2014-2021 de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie 1,1 tot 1,4 keer zo hoog is onder 18- tot 65-jarige vrouwen dan onder hun mannelijke leeftijdsgenoten.³⁴

3.1.2 Prevalentie in de beroepsbevolking

Burn-outklachten

De jaarlijkse metingen van de NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden)³⁵ laten zien dat de prevalentie van burn-outklachten bij werknemers van 18 tot 65 jaar significant stijgt in de periode 2007-2021.³⁶ Met name tussen 2013 (12,6%) en 2018 (17,9%) is er sprake van relatief sterke toename (zie figuur 3.4). Verder valt op dat de prevalentie van burn-outklachten in 2020 daalt naar 16,4% (ten opzichte van 17,7% in 2019), om vervolgens in 2021 weer te stijgen naar 17,9%. In absolute aantallen gaat het in 2021 in deze leeftijdsgroep om ongeveer 1.300.000 werknemers. Globaal dezelfde trend is waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Wel stijgt de prevalentie van burn-outklachten relatief sterker onder 18- tot 65-jarige vrouwelijke werknemers. Hierdoor is het percentage werknemers dat burn-outklachten rapporteert vanaf 2015 1,1 tot 1,2 keer zo hoog onder 18- tot 65-jarige vrouwelijk werknemers dan onder hun mannelijke tegenhangers.³⁷ In de jaren 2007-2014 was er nog sprake van een lagere prevalentie onder vrouwelijke werknemers.

Uitgaande van de tweejaarlijkse metingen van de ZEA (Zelfstandigen Enquête Arbeid)³⁸ is er ook onder zelfstandig ondernemers van 18 tot 65 jaar sprake van een significant stijgende prevalentie van burn-outklachten, van 8,1% in 2015 naar 10,1% in 2021.³⁹ In 2021 gaat het om naar schatting 111.000 zelfstandig ondernemers. Een vergelijking met de NEA-gegevens uit dezelfde peiljaren wijst erop dat burn-outklachten bij 18- tot 65-jarige zelfstandig ondernemers wel beduidend minder vaak voorkomen dan bij hun leeftijdsgenoten in loondienst.

34 Bijv. 2021: 12,3% bij 18- tot 65-jarige vrouwen vs. 9,6% bij 18- tot 65-jarige mannen.

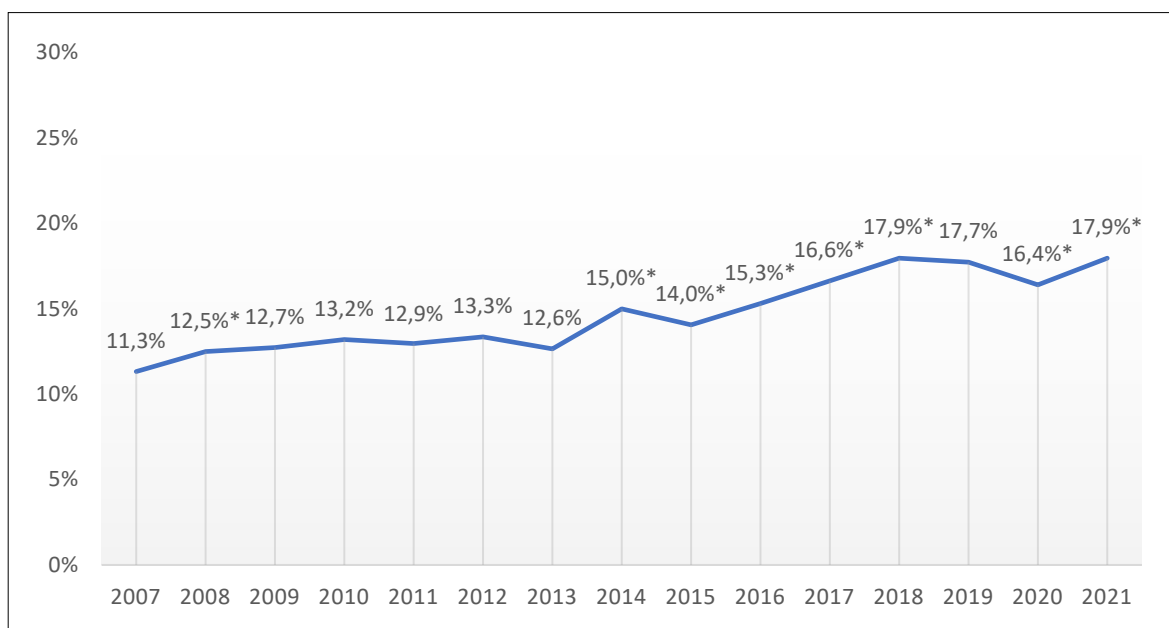
35 Uitgevoerd door TNO en CBS.

36 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde < 0,20.

37 Bijv. 2021: 19,4% bij 18- tot 65-jarige vrouwelijke werknemers vs. 16,5% bij 18- tot 65-jarige mannelijke werknemers.

38 Uitgevoerd door TNO en CBS.

39 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde < 0,20.



Figuur 3.4: Het vóórkomen van burn-outklachten bij werknemers van 18 tot 65 jaar. Toelichting: Burn-outklachten zijn gemeten met een bewerking van vijf items uit de UBOS (Utrechtse Burn-out Schaal). Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS); peiljaren: 2007-2021. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte

Tweejaarlijkse peilingen van de NEA laten verder zien dat de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte tussen 2014 en 2018 stabiel blijft (2,2%-2,3%) bij 18- tot 65-jarige werknemers, om in 2020 te dalen naar 2,0%. Bij hun leeftijdsgenoten die werkzaam zijn als zelfstandig ondernemer is een stabiel beeld te zien tussen 2015 (1,5%) en 2021 (1,4%). Uitgedrukt in absolute aantallen gaat het respectievelijk om circa 134.000 werknemers in 2020, en om ongeveer 15.000 zelfstandig ondernemers in 2021, die zelf een depressie als beroepsziekte rapporteren.

3.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: huisartsenzorg

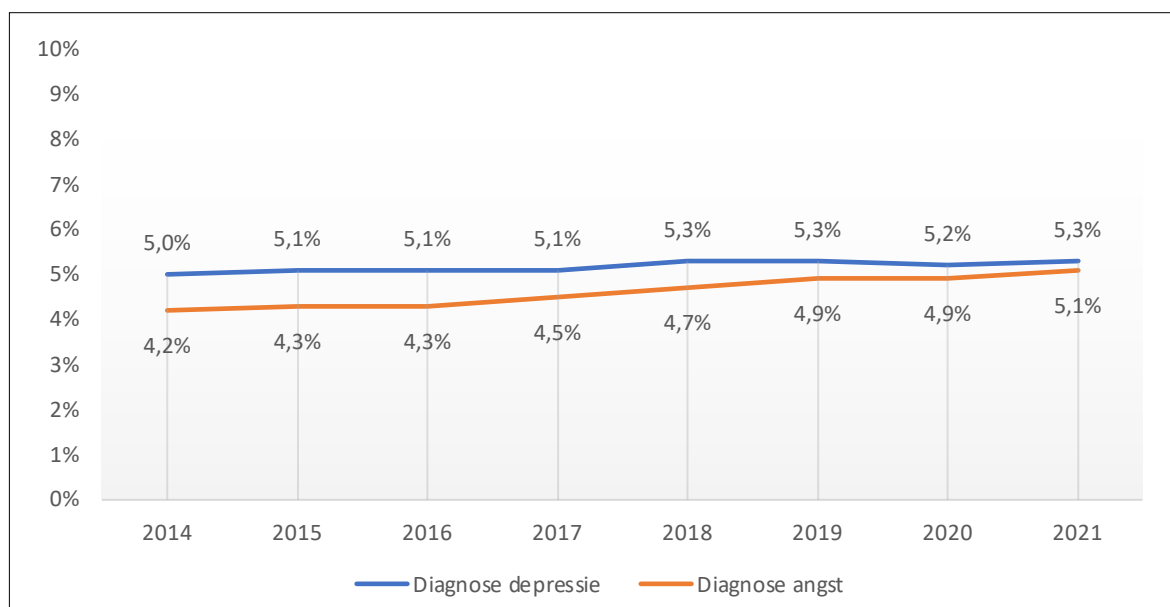
Gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie of angst

De gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) geven aan dat het percentage huisartspatiënten van 18 tot 65 jaar met een diagnose depressie⁴⁰ licht stijgt van 5,0% in 2014 naar 5,3% in 2018, om daarna vrijwel stabiel te blijven. In absolute aantallen gaat het in 2021 in deze leeftijdsgroep om ongeveer 562.000 huisartspatiënten met een diagnose depressie. Globaal dezelfde trend is te zien als wordt uitgesplitst naar geslacht. Wel is bij een groter deel van de 18- tot 65-jarige vrouwelijke huisartspatiënten een diagnose depressie gesteld dan bij 18- tot 65-jarige mannelijke huisartspatiënten. In de periode 2014-2021 is de zorgprevalentie 1,8 keer zo hoog onder vrouwen.⁴¹

40 Volgens de ICPC (*International Classification of Primary Care*), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem. Uitgegaan is van depressieklachten (ICPC-code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

41 Bijv. 2021: 6,6% bij 18- tot 65-jarige vrouwelijke huisartspatiënten vs. 3,7% bij 18- tot 65-jarige mannelijke huisartspatiënten.

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten), toont figuur 3.5 ook de trend in het percentage huisartspatiënten van 18 tot 65 jaar met een diagnose angst.⁴² Te zien is dat dit percentage verhoudingsgewijs sterker toeneemt in de gehele periode 2014-2021 dan het percentage patiënten met een diagnose depressie. In 2021 gaat het om een percentage van 5,1%, wat neerkomt op circa 542.000 volwassenen.



Figuur 3.5: Het percentage huisartspatiënten (18 tot 65 jaar) met een diagnose depressie of angst.

Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens de ICPC. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

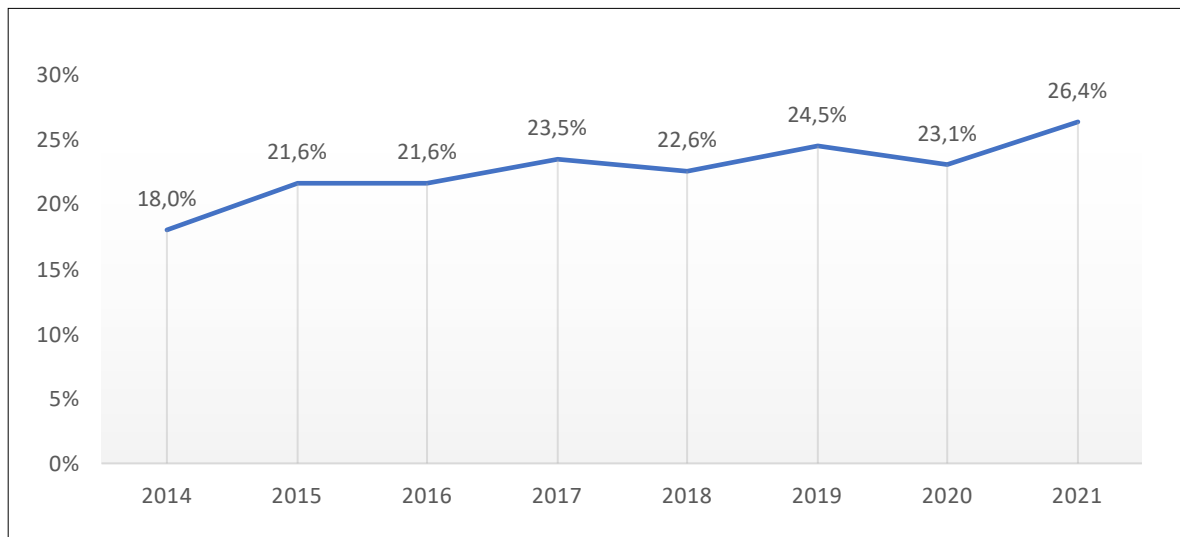
Intensiteit van het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie

Uitgaande van de huisartspatiënten van 18 tot 65 jaar mét een diagnose depressie, bestaat er volgens de gegevens van NZR in de periode 2014-2021 een onregelmatige, maar stijgende trend in het percentage patiënten dat is gezien door de POH-GGZ (zie figuur 3.6). De toename is relatief het sterkst in 2015 en in 2021. Het gemiddeld aantal contacten⁴³ dat 18- tot 65-jarige huisartspatiënten met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ blijft vrij constant (2,7 – 3,0)⁴⁴ in de periode 2014-2021. Het percentage patiënten dat antidepressiva krijgt voorgeschreven daalt tussen 2015 en 2020 van 55,2% naar 46,6% (zie figuur 3.7).

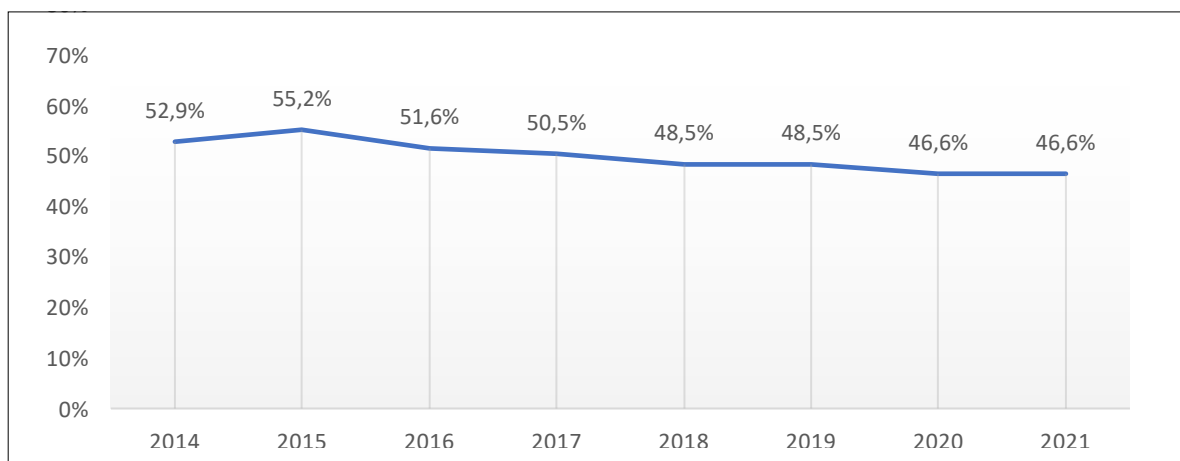
42 Uitgegaan is van angstklachten (ICPC-code P01) en/of een angststoornis/-toestand (ICPC-code P74) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

43 Het gaat hier om contacten vanwege enigerlei psychische problemen, d.w.z. enigerlei code uit het P-hoofdstuk van de ICPC (*International Classification of Primary Care*), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem.

44 Afwijking in 2017: gemiddeld 3,8 contacten.



Figuur 3.6: Het percentage huisartspatiënten (18 tot 65 jaar) met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren 2014-2021.



Figuur 3.7: Het percentage huisartspatiënten (18 tot 65 jaar) met een diagnose depressie en een voorschrift van antidepressiva. Toelichting: antidepressiva: code N06A volgens Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC) classificatie. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

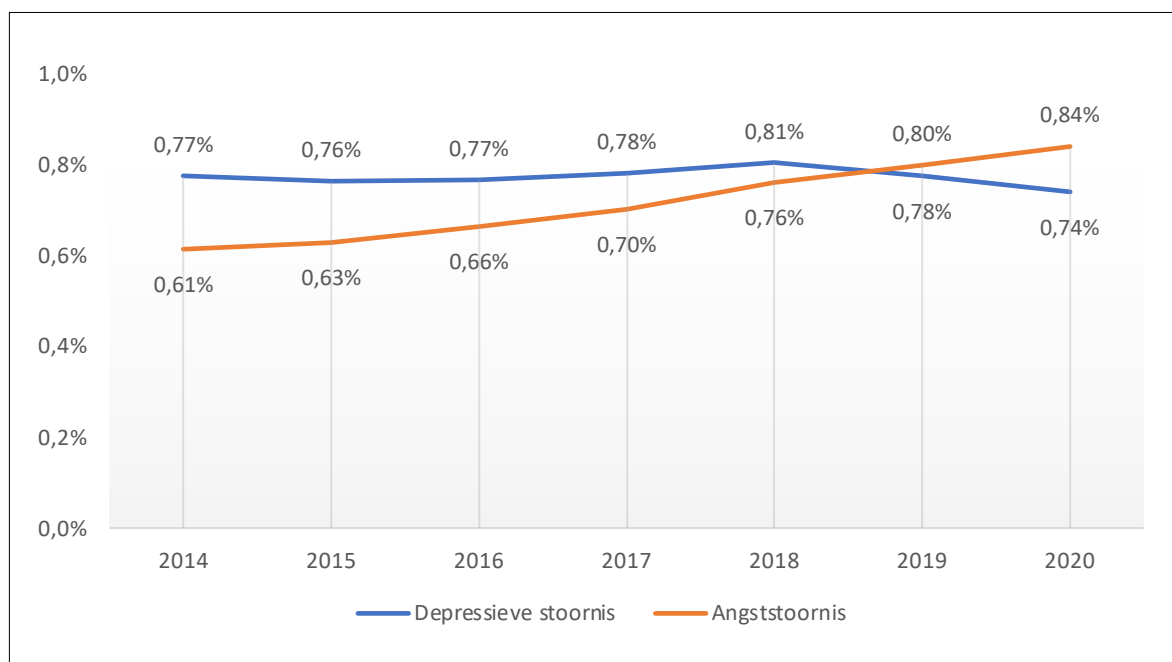
3.3 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: specialistische GGZ (S-GGZ)

- Omdat Vektis geen nieuwe verwerking van persoonsgegevens mag doen, waren alleen declaratiegegevens uit bestaande rapportages beschikbaar. Derhalve kon per peiljaar alleen worden uitgegaan van de patiënten voor wie een diagnose-behandelcombinatie (DBC) was geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis of een angststoornis, en niet óók van de patiënten voor wie een DBC was afgesloten met een dergelijke hoofddiagnose. Het kan hierbij gaan om een geopende initiële DBC of een geopende vervolg-DBC (d.w.z. een DBC aansluitend op een initiële of vervolg-DBC). Verder waren de gegevens alleen uitgesplitst naar s-ggz met en zonder verblijf beschikbaar.

Gebruik van S-GGZ vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis of angststoornis

Uit gegevens van Vektis blijkt dat het percentage volwassenen van 18 tot 65 jaar dat vanwege een diagnose depressieve stoornis⁴⁵ gebruik maakt van s-ggz zonder verblijf in de periode 2014-2020 betrekkelijk stabiel rond 0,7% en 0,8% schommelt (zie figuur 3.8). In 2020 is het percentage met 0,7% het laagst, wat neerkomt op circa 79.000 volwassenen. Globaal dezelfde trend is te zien wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Wel ontvangen meer 18- tot 65-jarige vrouwen s-ggz zonder verblijf vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. In de periode 2014-2020 ligt het percentage 1,7 tot 1,8 keer zo hoog onder vrouwen.⁴⁶

Vanwege de overlap tussen depressieve en angststoornissen, toont figuur 3.8 ook de trend in het percentage volwassenen van 18 tot 65 jaar dat vanwege een diagnose angststoornis⁴⁷ gebruik maakt van s-ggz zonder verblijf. Te zien is dat dit percentage een stijgende trend vertoont, van 0,6% in 2014 naar 0,8% in 2020. In absolute aantallen gaat het in 2020 om 90.000 volwassenen. Vanaf 2019 ontvangen meer volwassenen s-ggz zonder verblijf vanwege een gediagnosticeerde angststoornis dan vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis.



Figuur 3.8: Het percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een diagnose depressieve stoornis of angststoornis gebruik maakt van specialistische ggz zonder verblijf. Toelichting: het gaat om hoofddiagnoses conform criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uitgaande van in een peiljaar geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Het kon gaan om een geopende initiële DBC of een geopende vervolg-DBC (oftewel een DBC aansluitend op een initiële of vervolg-DBC). Bron: Vektis declaratiegegevens; peiljaren: 2014-2020.

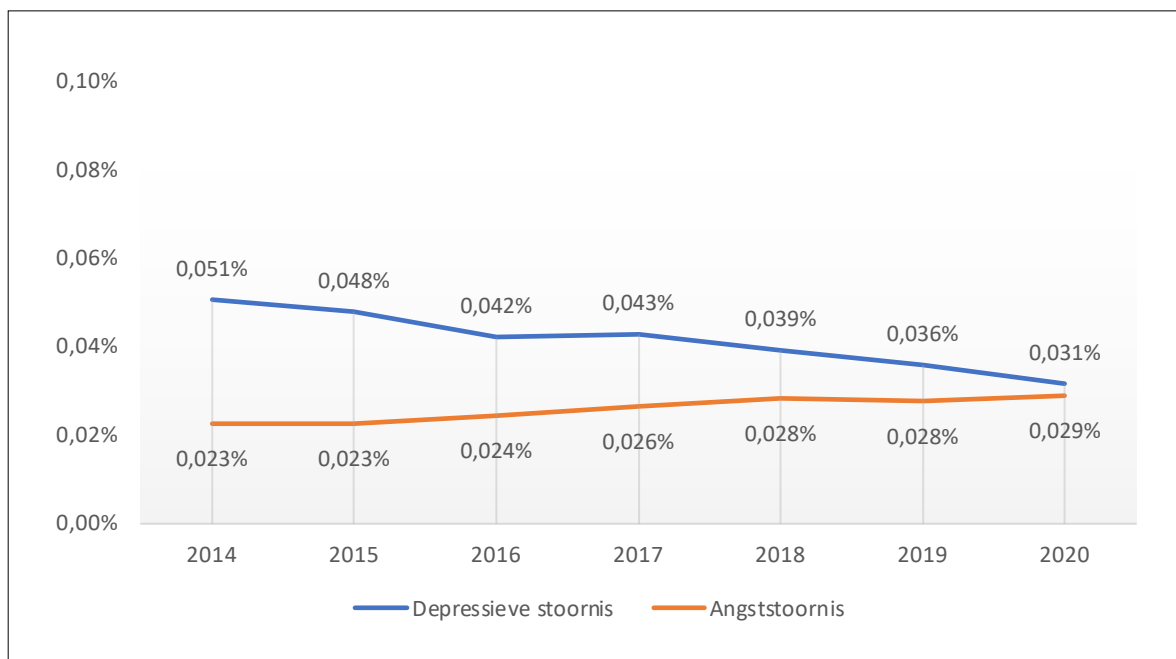
45 Volgens de criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen. Per peiljaar is uitgegaan van geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's) met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

46 Bijv. 2020: 0,038% bij 18- tot 65-jarige vrouwen vs. 0,025% bij 18- tot 65-jarige mannen.

47 Per peiljaar is uitgegaan van geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's) met als hoofddiagnose angststoornis.

Kijkend naar s-ggz met verblijf, daalt het percentage 18- tot 65-jarige volwassenen dat hier vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis mee te maken krijgt, van 0,05% in 2014 naar 0,03% in 2020 (zie figuur 3.9). In absolute aantallen gaat het in 2020 om ruim 3.000 volwassenen. Uitsplitsing naar geslacht laat een overeenkomstige dalende trend zien. Wel verblijven in deze leeftijdsgroep meer vrouwen dan mannen vanwege een diagnose depressieve stoornis in de s-ggz. In de periode 2014-2020 komt een opname 1,4 tot 1,6 keer zo vaak voor onder vrouwen.

Vanwege de overlap tussen depressieve en angststoornissen, laat figuur 3.9 ook de trend zien voor gediagnosticeerde angststoornissen. Net als bij het gebruik van s-ggz zonder verblijf, is er sprake van een stijgende trend in het percentage 18- tot 65-jarige volwassenen dat vanwege een diagnose angststoornis wordt opgenomen in de s-ggz. Tussen 2014 en 2020 neemt het percentage toe van 0,02% naar 0,03%. In absolute aantallen gaat het in 2020 om 3.000 volwassenen met een gediagnosticeerde angststoornis, bijna evenveel als het aantal volwassenen dat in dat peiljaar vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis is opgenomen.



Figuur 3.9: Het percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een diagnose depressieve stoornis of angststoornis gebruik maakt van specialistische ggz met verblijf. Toelichting: het gaat om hoofddiagnoses conform criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uitgaande van in een peiljaar geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Het kon gaan om een geopende initiële DBC of een geopende vervolg-DBC (oftewel een DBC aansluitend op een initiële of vervolg-DBC). Bron: Vektis declaratiegegevens; peiljaren: 2014-2020.

Intensiteit van het gebruik van S-GGZ vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis

Uitgaande van de volwassenen van 18 tot 65 jaar die vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis gebruik maken van s-ggz zonder verblijf in een peiljaar, laten de gegevens van Vektis een stijgende trend zien in de gemiddelde behandelduur in het betreffende peiljaar. Terwijl een ambulante behandeling in 2014 gemiddeld 29 uur duurde per patiënt, is dit gemiddelde in 2020 toegenomen naar 37 uur. De gemiddelde behandelduur neemt ook toe

bij de volwassenen die vanwege een diagnose depressieve stoornis in de s-ggz verblijven, van 110 uur per patiënt in 2014 naar 150 uur per patiënt in 2020. Tegelijkertijd daalt na 2015 de gemiddelde duur waarin deze volwassenen in de s-ggz verblijven. In 2020 is de gemiddelde opnameduur per patiënt 47,6 dagen, een daling van ruim vijf dagen ten opzichte van 2015 (gemiddelde opnameduur: 52,9 dagen).

4 Ouderen

Kernbevindingen

- De Gezondheidsenquête (jaarlijkse metingen) laat in de periode 2010-2021 een variabel beeld zien (afwisselend stijgend en dalend) in het percentage ouderen van 65 jaar of ouder dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert. In 2021 is de prevalentie 11,3%; in de voorgaande peiljaren varieert de prevalentie van 9,1% tot 11,3%.
- De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA; jaarlijkse metingen) geeft aan dat de prevalentie van burn-outklachten bij werknemers van 65 jaar of ouder significant toeneemt in de periode 2014-2021. In 2014 rapporteerde 2,4% van de oudere werknemers burn-outklachten, terwijl dit in 2021 meer dan verdrievoudigd is naar 7,9%. Het valt op dat de stijgende trend in 2020 wordt onderbroken: de prevalentie daalt dat jaar naar 7,3% vergeleken met 9,4% in 2019.
- Gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR; jaarlijkse metingen) laten een daling zien in het percentage patiënten van 65 jaar of ouder dat vanwege depressieklachten of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebuikt maakt van huisartsenzorg, van 5,0% in 2014 naar 4,5% in 2021.
- De NZR-gegevens geven verder aan dat het percentage oudere patiënten met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ stijgt van 12,0% in 2014 naar 17,0% in 2017, om daarna tot en met 2021 (17,7%) redelijk stabiel te blijven. Het gemiddeld aantal contacten dat patiënten met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ blijft vrij constant in de periode 2014-2021. Afgezien van 2017, varieert het gemiddelde van 2,4 tot 2,9 contacten. Ook het percentage patiënten dat antidepressiva krijgt voorgeschreven blijft betrekkelijk stabiel tussen 2014 en 2021, variërend tussen 64,6% en 69,9%.

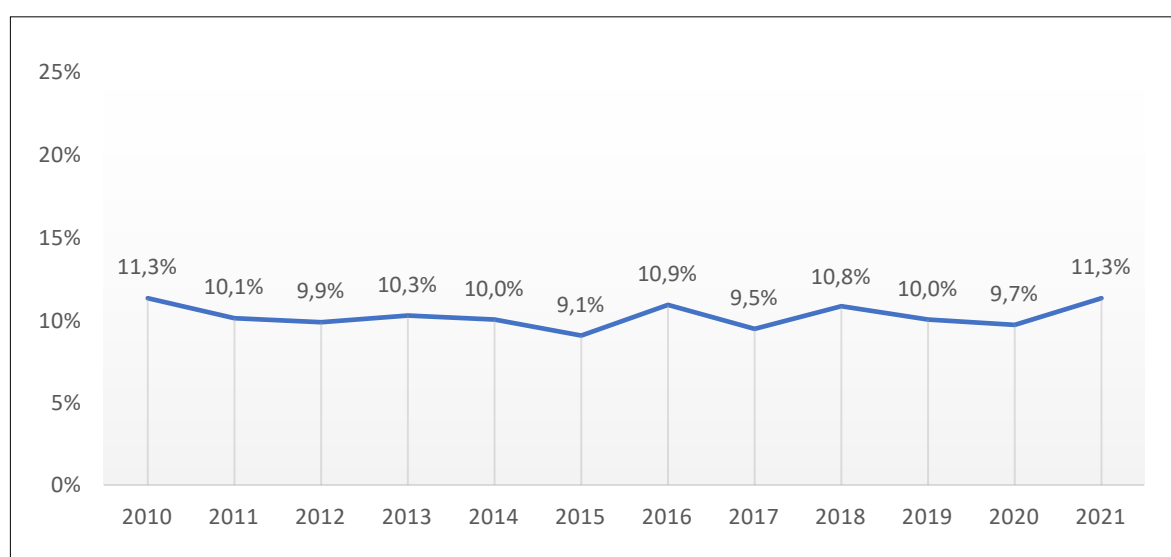
In dit hoofdstuk wordt voor ouderen van 65 jaar of ouder ingegaan op de trends in populatieprevalentie, zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik. De brede groep ouderen omvat twee risicogroepen die zijn aangewezen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP DP), namelijk huisartspatiënten en werknemers van 65 jaar of ouder. Het hoofdstuk beperkt zich tot het bespreken van de belangrijkste cijfers. In Bijlage 2 (Cijferoverzicht; hoofdstuk 3) zijn alle cijfers over ouderen in detail te vinden, inclusief aanvullende cijfers die geen aandacht krijgen in dit hoofdstuk.

4.1 Populatieprevalentie

4.1.1 Prevalentie in de algemene bevolking

Lichte tot ernstige depressie-/angstklachten

Uitgaande van de jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête is er in de periode 2010-2021 geen (duidelijk) stijgende of dalende trend te zien in het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie- /angstklachten bij ouderen van 65 jaar of ouder, met een prevalentie die varieert tussen 9,1% en 11,3% (zie figuur 4.1). In absolute aantallen gaat het in 2021 om naar schatting 391.000 ouderen. Ook wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht, zijn er geen (duidelijk) stijgende of dalende trends waarneembaar. Wel komen lichte tot ernstige depressie-/angstklachten vaker voor bij oudere vrouwen dan bij oudere mannen; in de periode 2010-2021 is de prevalentie 1,4 tot 2,4 keer zo hoog onder oudere vrouwen.⁴⁸



Figuur 4.1: Het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten onder ouderen (65 jaar of ouder). Toelichting: depressie-/angstklachten (in de afgelopen vier weken) zijn gemeten met de MHI-5 (Mental Health Inventory; gehanteerde afkapscore: ≤ 60).⁴⁹ Bron: Gezondheidsenquête (CBS); peiljaren: 2010-2021.

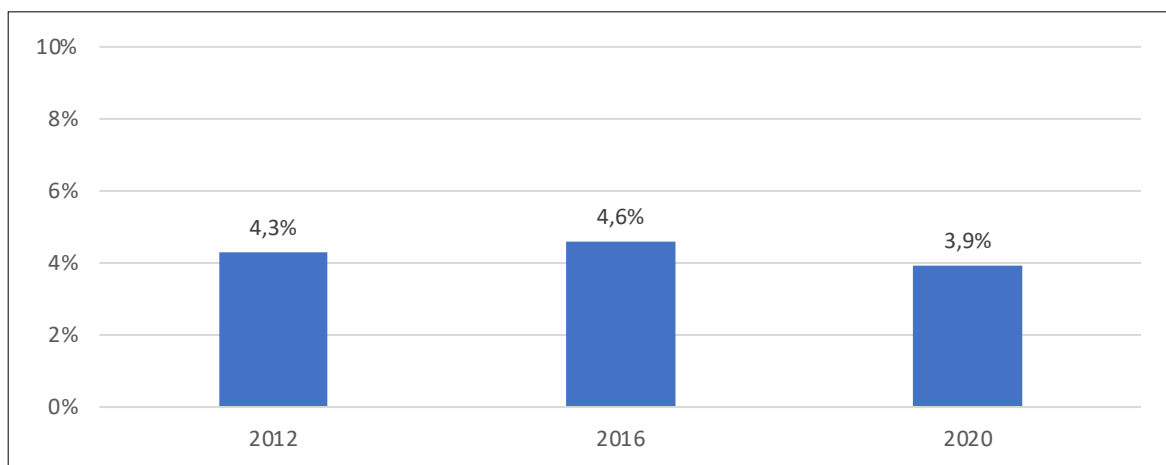
Ernstige depressie-/angstklachten

Uit de vierjaarlijkse metingen van de Gezondheidsmonitor blijkt dat de prevalentie van ernstige depressie-/angstklachten onder ouderen van 65 jaar of ouder stijgt van 4,3% in 2012 naar 4,6% in 2016, om daarna af te nemen naar 3,9% in 2020 (zie figuur 4.2). In absolute aantallen gaat het in 2020 om ongeveer 132.000 ouderen. Globaal dezelfde trend is waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Van de oudere vrouwen rapporteert een groter deel ernstige depressie- /angstklachten dan van de oudere mannen. In de drie peiljaren is de prevalentie 1,6 tot 1,9 keer zo hoog onder oudere vrouwen.⁵⁰

48 Bijv. 2021: 13,2% bij vrouwen van 65 jaar of ouder vs. 9,2% bij mannen van 65 jaar of ouder.

49 Met het gehanteerde afkappunt worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. Perenboom R., Oudshoorn K., Herten L. van, Hoeymans N., Bijl R. (2000). Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO.

50 Bijv. 2020: 4,7% bij vrouwen van 65 jaar of ouder vs. 2,9% bij mannen van 65 jaar of ouder.



Figuur 4.2: Het vóórkomen van ernstige depressie-/angstklachten bij/onder ouderen (65 jaar of ouder).

Toelichting: Depressie-/angstklachten zijn gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10; gehanteerde afkapscore: ≥ 30).⁵¹

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD'en; CBS; RIVM); peiljaren: 2012, 2016 en 2020.

Zelf-gerapporteerde depressie

De jaarlijkse peilingen van de Gezondheidsenquête wijzen er verder op dat het percentage ouderen van 65 jaar of ouder dat zelf een depressie⁵² rapporteert een wisselende trend (afwisselend dalend en stijgend) vertoont. Specifiek gezegd varieert de prevalentie in de periode 2014-2021 tussen 5,1% en 6,9%. In 2021 rapporteert 5,3% van de ouderen een depressie, wat neerkomt op ongeveer 183.000 ouderen. Uitsplitsing naar geslacht laat in de periode 2014-2021 een wat minder variabel beeld zien bij oudere mannen (met een prevalentie die fluctueert tussen 4,0% en 5,3%) dan bij oudere vrouwen (met een prevalentie die varieert tussen 6,0% en 8,1%). De prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie is in de peiljaren 1,4 tot 2,0 keer zo hoog onder oudere vrouwen.

4.1.2 Prevalentie in de beroepsbevolking

Burn-outklachten

De jaarlijkse metingen van de NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden)⁵³ geven aan dat de prevalentie van burn-outklachten onder werknemers van 65 jaar of ouder tussen 2014 en 2019 bijna is verviervoudigd, van 2,4% naar 9,4% (zie figuur 4.3). In 2020 daalt de prevalentie naar 7,3%, om in 2021 weer wat te stijgen naar 7,9%. Over de gehele periode 2014-2021 bezien is er sprake van een significante toename in het vóórkomen van burn-outklachten.⁵⁴ In absolute aantallen gaat het in 2021 om ongeveer 18.000 oudere werknemers. Een globaal vergelijkbare trend is waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Sinds 2017 rapporteren relatief meer oudere vrouwelijke werknemers burn-outklachten dan

51 Met het gehanteerde afkappunt worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

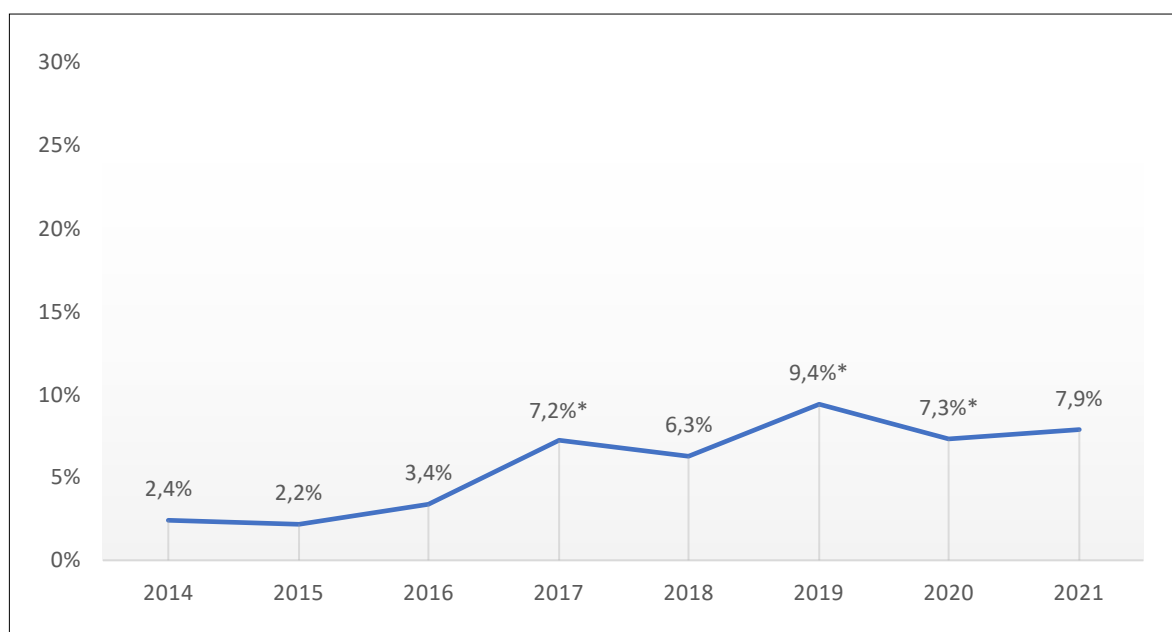
52 Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

53 Uitgevoerd door TNO en CBS.

54 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde $< 0,20$.

oudere mannelijke werknemers. In de periode 2017-2021 is de prevalentie 1,4 tot 1,6 keer zo hoog onder oudere vrouwelijke werknemers.⁵⁵

De tweejaarlijkse metingen van de ZEA (Zelfstandigen Enquête Arbeid)⁵⁶ laten zien dat de prevalentie van burn-outklachten ook significant stijgt onder zelfstandig ondernemers van 65 jaar of ouder. Tussen 2015 en 2021 is er sprake van meer dan een verdubbeling, van 2,1% naar 4,7%.⁵⁷ In absolute aantallen gaat het in 2021 om circa 6.400 zelfstandig ondernemers. Een vergelijking met de NEA-gegevens geeft aan dat in de peiljaren 2017, 2019 en 2021 burn-outklachten beduidend minder vaak voorkomen bij oudere zelfstandig ondernemers dan bij hun leeftijdsgenoten in loondienst.



Figuur 4.3: Het vóórkomen van burn-outklachten bij oudere werknemers (65 jaar of ouder). Toelichting: Burn-outklachten zijn gemeten met een bewerking van vijf items uit de UBOS (Utrechtse Burn-out Schaal). Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS); peiljaren: 2014-2021.

* = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte

Tweejaarlijkse metingen van de NEA geven verder aan dat het percentage werknemers van 65 jaar of ouder dat depressie als beroepsziekte rapporteert rond de 0,8-0,9% ligt in de periode 2014-2020. In 2016 is de prevalentie met 0,3% afwijkend ten opzichte van de andere peiljaren. Uitgaande van tweejaarlijkse metingen van de ZEA in de periode 2015-2021 varieert de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte tussen 0,2% en 0,9% onder zelfstandig ondernemers van 65 jaar of ouder. Uitgedrukt in absolute aantallen betreft het respectievelijk circa 1.900 werknemers in 2020, en circa 410 zelfstandig ondernemers in 2021.

55 Bijv. 2021: 9,7% bij vrouwelijke werknemers van 65 jaar of ouder vs. 6,9% bij mannelijke werknemers van 65 jaar of ouder.

56 Uitgevoerd door TNO en CBS.

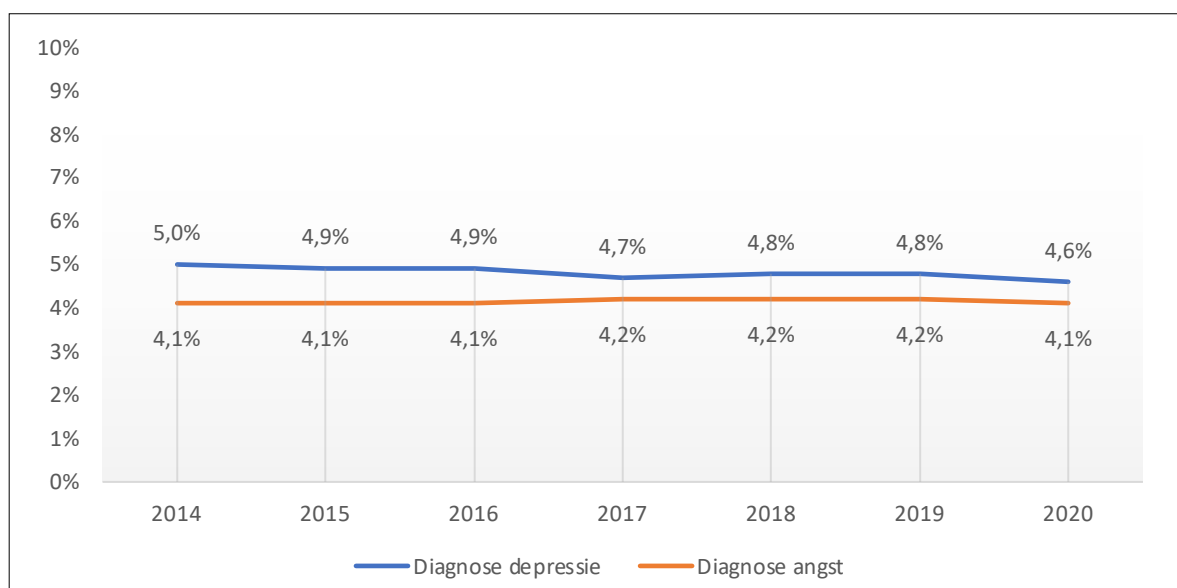
57 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde < 0,20.

4.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: huisartsenzorg

Gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie of angst

De gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) laten zien dat in de periode 2014-2021 het percentage huisartspatiënten van 65 jaar of ouder met een diagnose depressie⁵⁸ daalt, van 5,0% in 2014 naar 4,5% in 2021 (zie figuur 4.4). In absolute aantallen gaat het in 2021 om naar schatting 156.000 huisartspatiënten. Uitsplitsing naar geslacht laat zien dat het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressie bij oudere vrouwen over de gehele periode 2014-2021 een dalende trend vertoont, terwijl bij oudere mannen alleen in 2020 en 2021 sprake is van een verhoudingsgewijs lager percentage. In de leeftijdscategorie van 65 jaar of ouder is bij relatief meer vrouwelijke huisartspatiënten een diagnose depressie gesteld dan mannelijke huisartspatiënten. In de periode 2014-2021 ligt het percentage 1,8 tot 1,9 keer zo hoog onder vrouwen.⁵⁹

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten), laat figuur 4.4 ook de trend zien in het percentage huisartspatiënten van 65 jaar of ouder met een diagnose angst.⁶⁰ Zoals te zien blijft dit percentage in de periode 2014-2021 stabiel op 4,1%-4,2%. In absolute aantallen betreft het in 2021 ongeveer 141.000 huisartspatiënten.



Figuur 4.4: Het percentage huisartspatiënten (65 jaar of ouder) met een diagnose depressie of angst. Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens de ICPC. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

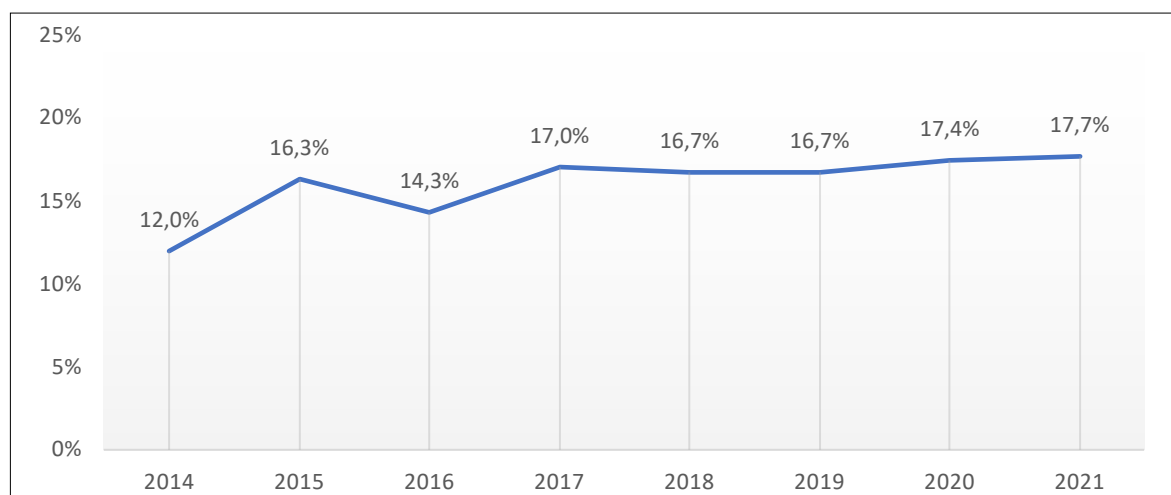
58 Volgens de ICPC (*International Classification of Primary Care*), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem. Uitgegaan is van depressieklachten (ICPC-code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

59 Bijv. 2021: 5,8% bij vrouwelijke huisartspatiënten van 65 jaar of ouder vs. 3,1% bij mannelijke huisartspatiënten van 65 jaar of ouder.

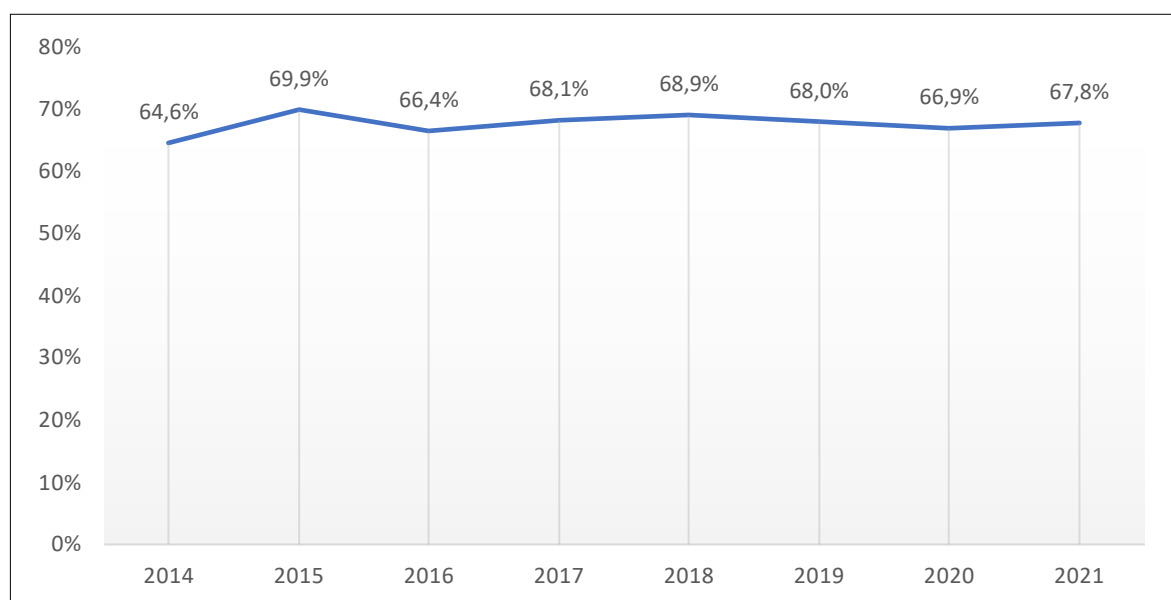
60 Uitgegaan is van angstklachten (ICPC-code P01) en/of een angststoornis/-toestand (ICPC-code P74) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

Intensiteit van het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie

Kijkend naar de huisartspatiënten van 65 jaar of ouder mét een diagnose depressie, wijzen de gegevens van de NZR erop dat het percentage patiënten dat is gezien door de POH-GGZ stijgt van 12,0% in 2014 naar 17,0% in 2017, om vervolgens tot en met 2021 redelijk stabiel te blijven (zie figuur 4.5). Gemiddeld hebben oudere huisartspatiënten met een diagnose depressie 2,4 – 2,9 contacten^{61,62} met de huisarts en/of POH-GGZ in de periode 2014-2021. Het deel wat antidepressiva krijgt voorgeschreven, blijft betrekkelijk constant in de periode 2014-2021 (schommelend tussen 64,6% en 69,9%; zie figuur 4.6).



Figuur 4.5: Het percentage huisartspatiënten (65 jaar of ouder) met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren 2014-2021.



Figuur 4.6: Het percentage huisartspatiënten (65 jaar of ouder) met een diagnose depressie en een voorschrift van antidepressiva. Toelichting: antidepressiva: code N06A volgens Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC) classificatie. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

61 Het gaat hier om contacten vanwege enigerlei psychische problemen, d.w.z. enigerlei code uit het P-hoofdstuk van de ICPC (*International Classification of Primary Care*), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem.

62 Afwijking in 2017: gemiddeld 3,8 contacten.

4.3 Zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik: specialistische ggz (s-ggz)

Omdat Vektis geen nieuwe verwerking van persoonsgegevens mag doen, waren alleen declaratiegegevens uit bestaande rapportages beschikbaar. Derhalve kon per peiljaar alleen worden uitgegaan van de patiënten voor wie een diagnose-behandelcombinatie (DBC) was geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis of een angststoornis, en niet óók van de patiënten voor wie een DBC was afgesloten met een dergelijke hoofddiagnose. Het kan hierbij gaan om een geopende initiële DBC of een geopende vervolg-DBC (d.w.z. een DBC aansluitend op een initiële of vervolg-DBC). Verder waren de gegevens alleen uitgesplitst naar s-ggz met en zonder verblijf beschikbaar.

Gebruik van s-ggz vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis of angststoornis

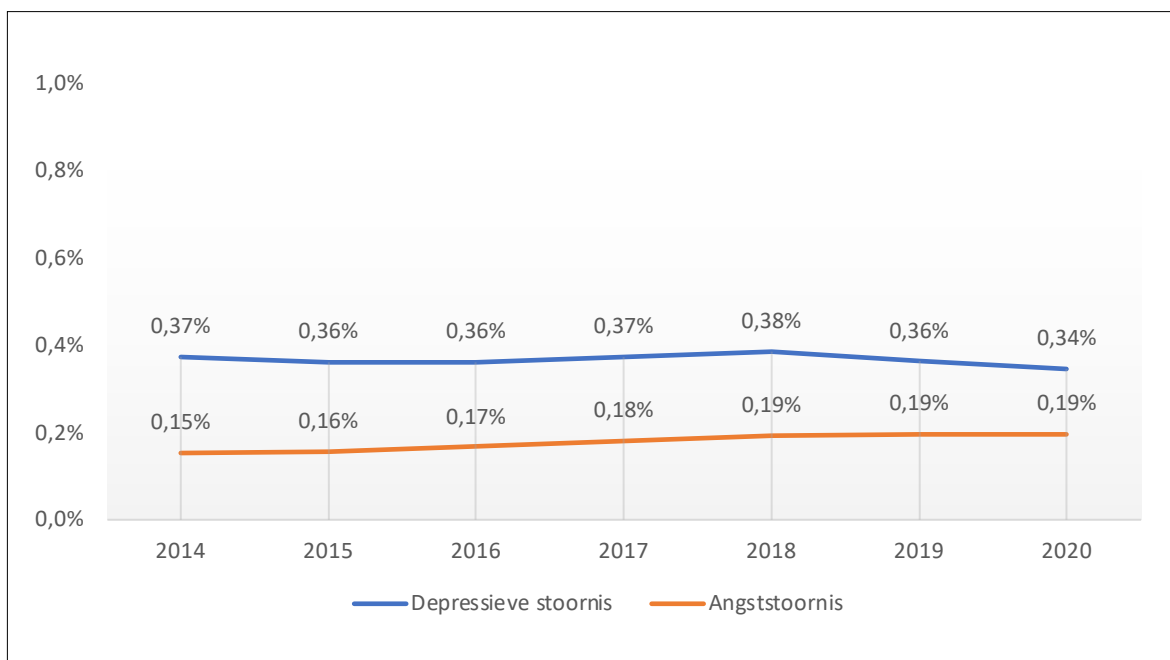
De gegevens van Vektis laten zien dat het percentage ouderen van 65 jaar of ouder dat vanwege een diagnose depressieve stoornis⁶³ gebruik maakt van s-ggz zonder verblijf rond 0,3 % en 0,4 % ligt in de periode 2014-2020. Met 0,3 % is het percentage het laagst in 2020, wat neerkomt op circa 11.600 ouderen. Min of meer dezelfde trend is waarneembaar bij uitsplitsing naar geslacht. Wel ontvangen meer vrouwen van 65 jaar of ouder vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis ambulante behandeling in de s-ggz dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. In de periode 2014-2020 is het percentage 1,7 tot 1,8 keer zo hoog onder vrouwen.⁶⁴

Vanwege de overlap tussen depressieve en angststoornissen, laat figuur 4.7 ook de trend zien in het percentage ouderen van 65 jaar dat vanwege een diagnose angststoornis⁶⁵ gebruik maakt van s-ggz zonder verblijf. Het percentage stijgt in de periode 2014-2018 naar 0,2 %, om in 2019 en 2020 stabiel te blijven. In absolute aantallen gaat het in 2020 om circa 6.600 ouderen.

63 Volgens de criteria van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen. Per peiljaar is uitgegaan van geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's) met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

64 Bijv. 2020: 0,038 % bij 18- tot 65-jarige vrouwen vs. 0,025 % bij 18- tot 65-jarige mannen.

65 Per peiljaar is uitgegaan van geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's) met als hoofddiagnose angststoornis.

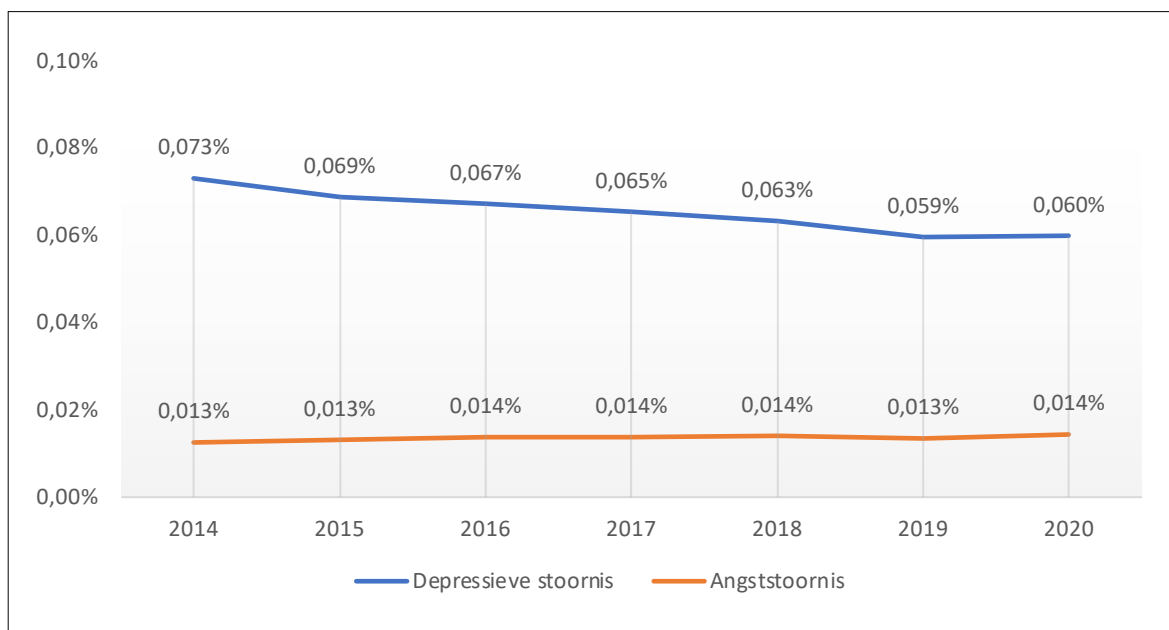


Figuur 4.7: Het percentage ouderen (65 jaar of ouder) dat vanwege een diagnose depressieve stoornis of angststoornis gebruik maakt van specialistische ggz zonder verblijf. Toelichting: het gaat om hoofddiagnoses conform criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uitgaande van in een peilaar geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Het kon gaan om een geopende initiële DBC of een geopende vervolg-DBC (oftewel een DBC aansluitend op een initiële of vervolg-DBC).

Bron: Vektis declaratiegegevens; peiljaren: 2014-2020.

Als gekeken wordt naar s-ggz met verblijf, daalt het percentage ouderen van 65 jaar of ouder dat vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis wordt opgenomen van 0,07% in 2014 naar 0,06% in 2019 (zie figuur 4.8). Dit percentage blijft stabiel in 2020, neerkomend op circa 2.000 ouderen. Uitsplitsing naar geslacht laat eenzelfde trend zien. Wel verblijven meer vrouwen dan mannen vanwege een diagnose depressieve stoornis in de s-ggz. In de periode 2014-2020 komt een opname 1,5 tot 1,7 keer zo vaak voor onder vrouwen.

Vanwege de overlap tussen depressieve en angststoornissen, presenteert figuur 4.8 ook de trend voor gediagnosticeerde angststoornissen. Te zien is dat in de periode 2014-2020 een stabiel percentage ouderen van 65 jaar of ouder vanwege een diagnose angststoornis in de s-ggz verblijft (0,01%). In absolute aantallen gaat het in 2020 om bijna 500 ouderen.



Figuur 4.8: Het percentage ouderen (65 jaar of ouder) dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis of angststoornis gebruik maakt van specialistische ggz met verblijf. Toelichting: het gaat om hoofddiagnoses conform criteria van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uitgaande van in een peiljaar geopende diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Het kon gaan om een geopende initiële DBC of een geopende vervolg-DBC (oftewel een DBC aansluitend op een initiële of vervolg-DBC).
Bron: Vektis declaratiegegevens; peiljaren: 2014-2020.

Intensiteit van het gebruik van S-GGZ vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis

Uitgaande van de ouderen van 65 jaar of ouder die vanwege een gediagnosticeerde depressieve stoornis ambulante s-ggz ontvangen in een peiljaar, blijft de gemiddelde behandelduur per patiënt stabiel tussen 2014 en 2017 (30-31 uur), om in drie daaropvolgende jaren te stijgen naar 36 uur in 2020. Bij de ouderen die vanwege een diagnose depressieve stoornis in de s-ggz verblijven, laat de gemiddelde behandelduur de gehele periode 2014-2020 een stijgende trend zien. Terwijl het in 2014 gaat om gemiddeld 109 uur per patiënt, is het gemiddelde in 2020 toegenomen naar 136 uur. De gemiddelde opnameduur per patiënt vertoont geen (duidelijk) stijgende of dalende trend in de periode 2014-2020, variërend van 74,6 dagen tot 79,0 dagen.

5 Jonge vrouwen

Kernbevindingen

- Uit de Gezondheidsenquête (jaarlijkse metingen) blijkt dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten onder jonge vrouwen een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont in de periode 2010-2021. Bij 18- tot 25-jarige vrouwen springt daarbij vooral de stijging naar 28,9% in 2021 eruit (t.o.v. 18,2% in 2020). Bij 25- tot 35-jarige vrouwen neemt de prevalentie in 2020 opvallend sterk toe naar 21,1% (t.o.v. 14,3% in 2019); de daaropvolgende stijging naar 23,0% in 2021 is relatief bescheiden.
- De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA; jaarlijkse metingen) geeft aan dat het percentage jonge vrouwelijke werknemers dat burn-outklachten rapporteert significant toeneemt in de periode 2007-2021. In de leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar is de stijgende trend vooral vanaf 2015 (9,2%) te zien; in 2021 is de prevalentie van burn-outklachten gestegen naar 16,9%. Het valt op dat de sinds 2015 stijgende trend in 2020 wordt onderbroken. In de leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar is vooral vanaf 2013 (13,4%) sprake van een stijgende trend. In 2021 is de prevalentie van burn-outklachten toegenomen naar 25,9%, zonder een tijdelijke daling in 2020.
- Gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR; jaarlijkse metingen) geven aan dat het percentage 18- tot 25-jarige vrouwen dat vanwege depressieklachten of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebuikt maakt van huisartsenzorg stijgt van 4,2% in 2014 naar 6,5% in 2021. Vanaf 2016 is een relatief sterkere stijging in de zorgprevalentie te zien, die in 2020 tijdelijk wordt onderbroken. Bij 25- tot 35-jarige vrouwen is een minder eenduidig stijgende trend te zien: tussen 2016 en 2018 stijgt de zorgprevalentie van 6,0% naar 6,7%, om stabiel te blijven tot en met 2020, en vervolgens licht toe te nemen naar 6,9% in 2021.
- De NZR-gegevens wijzen verder op een onregelmatige, maar stijgende trend in het percentage jonge vrouwelijke patiënten met een diagnose depressie dat contact heeft met de POH-GGZ. In de leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar neemt dit percentage toe van 23,8% in 2014 naar 33,8% in 2021; en in de leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar van 22,6% in 2014 naar 30,4% in 2021. Het gemiddeld aantal contacten dat jonge vrouwelijke patiënten met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ blijft vrij stabiel in de periode 2014-2021. Uitgezonderd 2017, varieert het gemiddelde van 2,6 tot 3,2 contacten (leeftijdscategorie van 18 tot 25 jaar) en van 2,2 tot 3,3 contacten (leeftijdscategorie van 25 tot 35 jaar). Ten slotte daalt onder 18- tot 25-jarige vrouwen met een diagnose depressie het voorschrijfpercentage van antidepressiva van 26,8% in 2015 naar 20,9% in 2018, om daarna betrekkelijk stabiel te blijven. In de oudere leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar zet de dalende trend vanaf 2015 (40,7%) door tot en met 2021 (31,5%).

In dit hoofdstuk wordt voor jonge vrouwen – één van de zes risicogroepen zoals aangewezen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie – ingegaan op de trends in populatieprevalentie, zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik. Daarbij wordt gekeken naar vrouwen van 18 tot

25 jaar en van 25 tot 35 jaar. Waar er opvallende resultaten over de mannelijke leeftijdsgenoten zijn, zullen deze ook genoemd worden. Het hoofdstuk beperkt zich tot het bespreken van de belangrijkste cijfers. In Bijlage 2 (Cijferoverzicht; hoofdstuk 4) zijn alle cijfers over jonge vrouwen (en hun mannelijke leeftijdsgenoten) in detail te vinden.

5.1 Populatieprevalentie

5.1.1 Prevalentie in de algemene bevolking

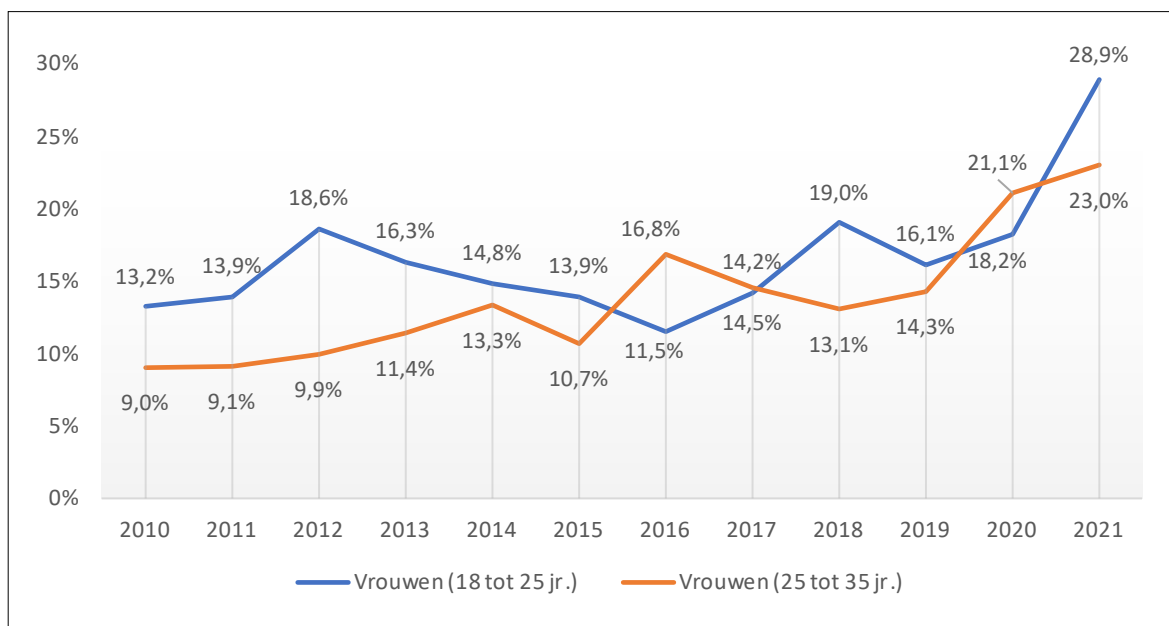
Lichte tot ernstige depressie-/angstklachten

Uit de jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête blijkt dat het percentage vrouwen van 18 tot 25 jaar dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert tussen 2010 en 2019 fluctueert, om vanaf 2019 te stijgen (zie figuur 5.1). Met name de stijging van 18,2% in 2020 naar 28,9% in 2021 springt eruit. In 2021 gaat het om circa 218.000 vrouwen van 18 tot 25 jaar. Bij 18- tot 25-jarige mannen is een redelijk vergelijkbare trend te zien. Wel komen lichte tot ernstige depressie-/angstklachten vaker voor bij 18- tot 25-jarige vrouwen dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. In de periode 2010-2021 is de prevalentie 1,1 tot 2,8 keer zo hoog onder vrouwen.⁶⁶

Figuur 5.1 laat zien dat de trend in de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij vrouwen van 25 tot 35 jaar minder onregelmatig is dan bij vrouwen van 18 tot 25 jaar. Over de gehele periode 2010-2021 bekeken is er sprake van een toenemende prevalentie onder 25- tot 35-jarige vrouwen. Daarbij is de stijging tussen 2019 en 2020 opvallend sterk, van 14,3% naar 21,1%. De daaropvolgende toename naar 23,0% in 2021 is relatief beperkt. Dit percentage in 2021 komt neer op ongeveer 256.000 25- tot 35-jarige vrouwen met lichte tot ernstige depressie-/angstklachten. Bij 25- tot 35-jarige mannen is sprake van een meer stabiele trend in de periode 2010-2021. Vanaf 2013 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten vaker gerapporteerd door 25- tot 35-jarige vrouwen dan hun mannelijke leeftijdsgenoten, waarbij de prevalentie 1,1 tot 2,3 zo hoog is onder vrouwen.⁶⁷

66 Bijv. 2021: 28,9% bij 18- tot 25-jarige vrouwen vs. 16,3% bij 18- tot 25-jarige mannen. Dit percentage komt in 2021 neer op ongeveer 128.000 mannen in de leeftijd van 18 tot 25 jaar met lichte tot ernstige depressie-/angstklachten.

67 Bijv. 2021: 23,0% bij 25- tot 35-jarige vrouwen vs. 13,4% bij 25- tot 35-jarige mannen. Een uitzondering vormt 2015 waarin de prevalentie onder vrouwen (10,7%) en mannen (10,4%) nagenoeg gelijk was. Het percentage uit 2021 komt neer op ongeveer 154.000 mannen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar met lichte tot ernstige depressie-/angstklachten.



Figuur 5.1: Het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij vrouwen. Toelichting: depressie-/angstklachten (in de afgelopen vier weken) zijn gemeten met de MHI-5 (Mental Health Inventory; gehanteerde afkapscore: ≤ 60).⁶⁸ Bron: Gezondheidsenquête (CBS); peiljaren: 2010-2021.

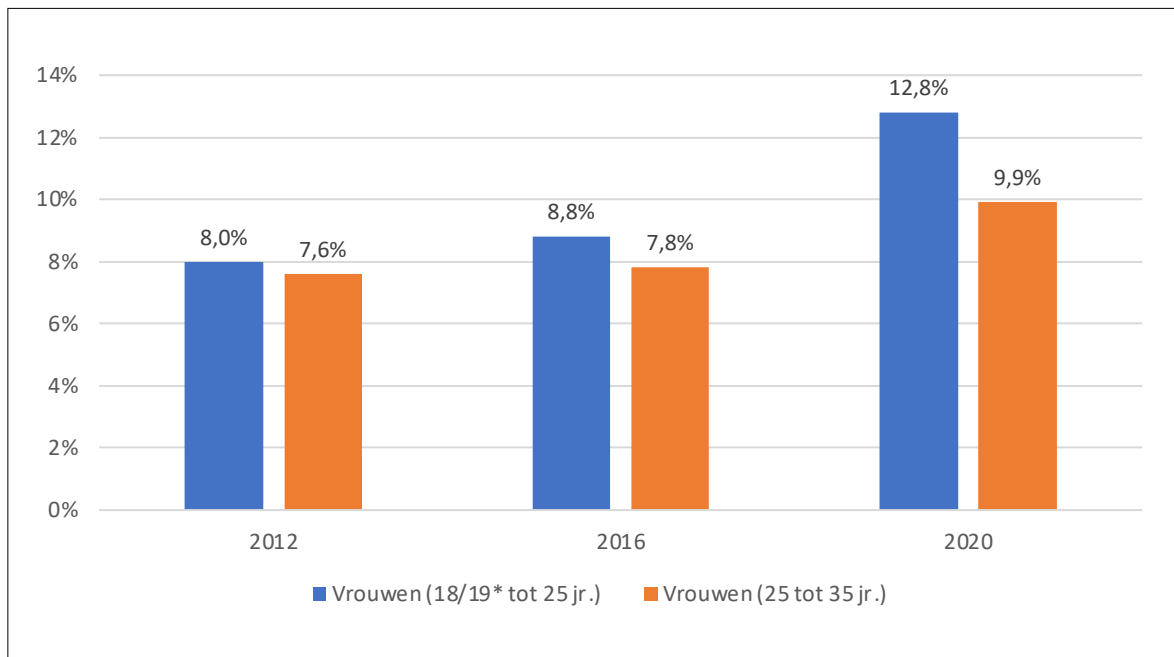
Ernstige depressie-/angstklachten

De vierjaarlijkse metingen van de Gezondheidsmonitor laten zien dat het percentage jonge vrouwen dat ernstige depressie-/angstklachten rapporteert is toegenomen tussen 2012 en 2020 (zie figuur 5.2). De prevalentie stijgt het sterkst tussen 2016 en 2020, en dan vooral bij de jongste vrouwen van 18/19⁶⁹ tot 25 jaar. In 2020 gaat het om ongeveer 96.500 vrouwen van 18/19 tot 25 jaar, en om circa 109.500 vrouwen van 25 tot 35 jaar.

Bij jonge mannen neemt het percentage dat ernstige depressie-/angstklachten rapporteert ook toe, het sterkst tussen 2012 en 2016. Jonge vrouwen rapporteren vaker ernstige depressie-/angstklachten dan jonge mannen. In de drie peiljaren is de prevalentie van ernstige depressie-/angstklachten 1,4 tot 2,1 keer zo hoog onder vrouwen van 18/19 tot 25 jaar dan onder mannen in deze leeftijdsgroep. In de leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar is de prevalentie 1,3 tot 1,5 keer zo hoog onder vrouwen dan onder mannen.

⁶⁸ Met het gehanteerde afkappunt worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. Perenboom R., Oudshoorn K., Herten L. van, Hoeymans N., Bijl R. (2000). Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO.

⁶⁹ In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.



Figuur 5.2: Het vóórkomen van ernstige depressie-/angstklachten onder vrouwen (18/19* tot 35 jaar).

Toelichting: Depressie-/angstklachten zijn gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10; gehanteerde afkapscore: ≥ 30).⁷⁰ Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD'en; CBS; RIVM).

* = In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar of ouder geïncludeerd; vanaf 2020 was dit vanaf 18 jaar of ouder.

Zelf-gerapporteerde depressie

Uit de Gezondheidsenquête blijkt verder dat het percentage vrouwen van 18 tot 25 jaar dat zelf een depressie⁷¹ rapporteert een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont, van 10,0% in 2014 naar 15,0% in 2021. In absolute aantallen betreft het circa 113.000 18- tot 25-jarige vrouwen in 2021. Ook bij 18- tot 25-jarige mannen is een onregelmatige, maar stijgende trend te zien. De prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie is 1,1 tot 2,6 keer zo hoog onder 18- tot 25-jarige vrouwen dan onder hun mannelijke leeftijdsgenoten⁷².

Ook bij vrouwen van 25 tot 35 jaar is er sprake van een onregelmatige, maar stijgende trend in de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie, van 8,3% in 2014 naar 14,4% in 2021. In absolute aantallen gaat het in 2021 om circa 160.000 25- tot 35-jarige vrouwen. Het percentage 25- tot 35-jarige mannen dat zelf een depressie rapporteert neemt meer gestaag toe in de periode 2014-2021. In deze leeftijdscategorie is het sekseverschil in de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie minder duidelijk. Met uitzondering van de peiljaren 2015, 2018 en 2019, is de prevalentie bij vrouwen 1,1 tot 1,5 keer hoger dan bij mannen.⁷³

70 Met het gehanteerde afkappunt worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

71 Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een eenvoudige vraag. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

72 Bijv. 2021: 15,0% bij 18- tot 25-jarige vrouwen vs. 10,8% bij 18- tot 25-jarige mannen.

73 Bijv. 2021: 14,4% bij 25- tot 35-jarige vrouwen vs. 11,4% bij 25- tot 35-jarige mannen,

5.1.2 Prevalentie in de beroepsbevolking

Burn-outklachten

Uit de jaarlijkse metingen van de NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden)⁷⁴ blijkt dat de prevalentie van burn-outklachten onder jonge vrouwelijke werknemers significant toeneemt in de periode 2007-2021 (zie figuur 5.3). Daarbij is de stijgende trend sterker onder 25- tot 35-jarige vrouwelijke werknemers⁷⁵ dan onder 18- tot 25-jarige vrouwelijke werknemers.⁷⁶

In de jongste leeftijdscategorie stijgt het percentage dat burn-outklachten rapporteert vooral vanaf 2015 (9,2%). In 2021 is de prevalentie toegenomen naar 16,9%, wat neerkomt op ongeveer 74.000 18- tot 25-jarige vrouwelijke werknemers met burn-outklachten. Het valt op dat de sinds 2015 stijgende trend in 2020 wordt onderbroken (zie figuur 5.3). Over de gehele periode 2007-2021 neemt ook onder 18- tot 25-jarige mannelijke werknemers de prevalentie van burn-outklachten significant toe.⁷⁵ Echter, tussen 2015 en 2021 is de stijging bij hen beduidend minder dan onder 18- tot 25-jarige vrouwelijke werknemers. In bijna alle peiljaren is de prevalentie van burn-outklachten hoger onder 18- tot 25-jarige vrouwelijke werknemers dan onder hun mannelijke tegenhangers, met een prevalentie die 1,1 tot 1,6 keer zo hoog is.⁷⁷ Een uitzondering vormen 2009 en 2015 waarin (vrijwel) geen sprake is van een sekseverschil in de prevalentie.

Bij 25- tot 35-jarige vrouwelijke werknemers is vooral vanaf 2013 (13,4%) een toename te zien in het percentage dat burn-outklachten rapporteert. Er is geen sprake van een daling van de prevalentie in 2020 zoals in de jongere leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar. In 2021 is de prevalentie gestegen naar 25,9%, wat betekent dat in 2021 circa 214.000 25- tot 35-jarige vrouwelijke werknemers burn-outklachten rapporteren. Bij 25- tot 35-jarige mannelijke werknemers is in de periode 2007-2021 een overeenkomstige stijgende trend waarneembaar, maar minder sterk.⁷⁵ Het sekseverschil in de prevalentie van burn-outklachten is minder eenduidig in deze leeftijdscategorie. Tot 2015 is de prevalentie onder 25- tot 35-jarige vrouwelijke werknemers lager (2011), vrijwel even hoog (2008 t/m 2010; 2014), of hoger (2007, 2012 en 2013) dan onder hun mannelijke tegenhangers. In de recentere peiljaren 2015-2021 is de prevalentie 1,1 tot 1,2 zo hoog onder vrouwelijke werknemers.⁷⁸

Voor zelfstandig ondernemers zijn vanuit de tweejaarlijkse ZEA (Zelfstandigen Enquête Arbeid)⁷⁹ gegevens over een kortere tijdsperiode beschikbaar (2015-2021). Deze gegevens laten zien dat ook bij 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers sprake is van een significant

74 Uitgevoerd door TNO en CBS.

75 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een groot effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde $\geq 0,20$.

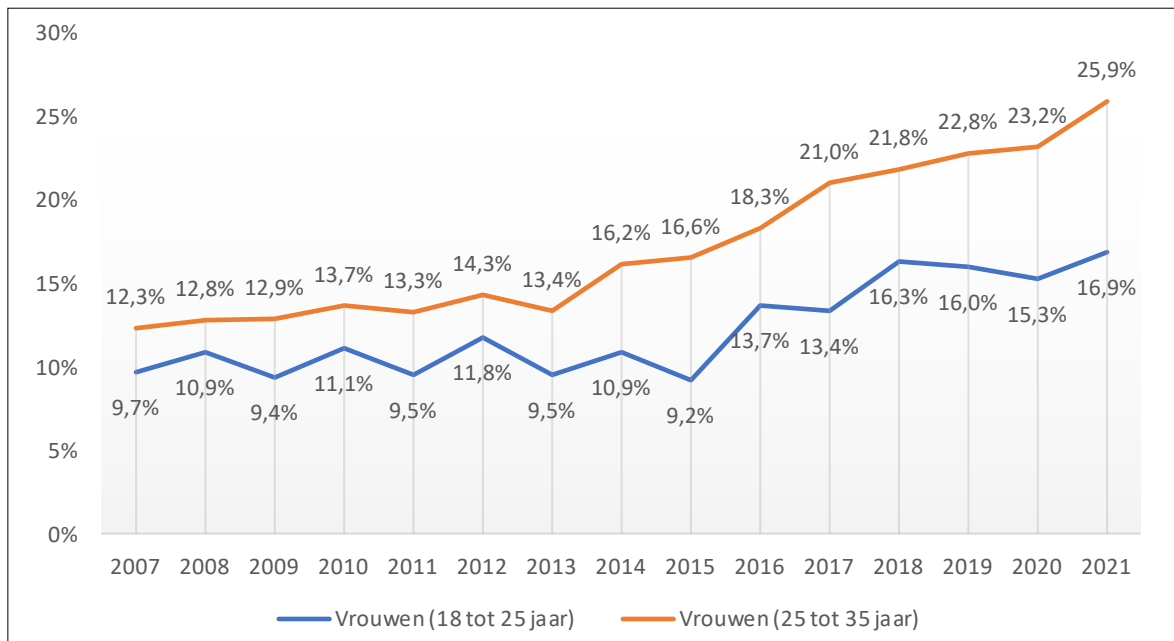
76 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde Cohen's d $< 0,20$.

77 Bijv. 2021: 16,9% bij 18- tot 25-jarige vrouwelijke werknemers vs. 10,4% bij 18- tot 25-jarige mannelijke werknemers.

78 Bijv. 2021: 25,9% bij 25- tot 35-jarige vrouwelijke werknemers vs. 21,0% bij 25- tot 35-jarige mannelijke werknemers.

79 Uitgevoerd door TNO en CBS.

stijgend percentage dat burn-outklachten.^{80,81} De prevalentie neemt toe van 8,0% in 2015 naar 16,3%, met een redelijk gelijkmatige stijging in de vier peiljaren. In absolute aantallen gaat het in 2021 om ongeveer 11.000 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers met burn-outklachten. Ook bij 25- tot 35-jarige mannelijke zelfstandig ondernemers stijgt de prevalentie van burn-outklachten significant in de periode 2015-2021.⁷⁸ Deze toename is tot en met 2019 te zien, om in 2021 weer wat af te nemen. Met uitzondering van 2019 is de prevalentie in de peiljaren 1,2 tot 1,5 keer hoger bij 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers dan bij hun mannelijke tegenhangers.⁸²



Figuur 5.3: Het voorkomen van burn-outklachten bij vrouwelijke werknemers. Toelichting: Burn-outklachten zijn gemeten met een bewerking van vijf items uit de UBOS (Utrechtse Burn-out Schaal). Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS); peiljaren: 2007-2021. * = significant verschil ten opzichte van meting ervoor.

Zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte

Uit de tweejaarlijkse metingen van de NEA blijkt dat het percentage 18- tot 25-jarige vrouwelijke werknemers dat depressie als beroepsziekte⁸³ rapporteert significant stijgt in de periode 2014-2020.⁸⁴ De toename vindt plaats tussen 2014 (0,7%) en 2018 (1,4%), om in 2020 stabiel te blijven. Uitgedrukt in absolute aantallen betreft het 5.800 vrouwelijke werknemers van 18 tot

80 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde Cohen's $d < 0,20$.

81 Er zijn geen gegevens beschikbaar over 18- tot 25-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers.

82 Bijv. 2021: 16,3% bij 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers vs. 13,3% bij 25- tot 35-jarige mannelijke zelfstandig ondernemers.

83 Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag die eens in de twee jaar wordt gesteld in de NEA. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

84 Significante lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde $< 0,20$.

25 jaar. Bij 18- tot 25-jarige mannelijke werknemers is ook sprake van een significant stijgende trend in de periode 2014-2020.⁸³ Deze toename is tot en met 2018 te zien; in 2020 daalt de prevalentie bij hen weer. In 2014, 2016 en 2018 is de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte 0,7 tot 0,9 keer zo laag bij 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers dan bij hun mannelijke tegenhangers; in 2020 is de prevalentie gelijk.

In de oudere leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar blijft de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte betrekkelijk stabiel bij vrouwelijke werknemers (van 2,2% in 2014 naar 2,4% in 2020). In absolute aantallen gaat het in 2020 om 19.000 25- tot 35-jarige vrouwelijke werknemers. Bij 25- tot 35-jarige mannelijke werknemers is hetzelfde waarneembaar. In de vier peiljaren is in deze leeftijdsgroep de prevalentie 0,8 tot 0,9 keer zo laag bij vrouwelijke werknemers dan bij hun mannelijke tegenhangers.⁸⁵

De tweejaarlijkse metingen van de ZEA geven aan dat het percentage 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers dat depressie als beroepsziekte rapporteert toeneemt tussen 2015 en 2021, van 0,5% naar 3,9%.⁸³ Het gaat in 2021 om ongeveer 2.500 25- tot 35-jarige vrouwelijk zelfstandig ondernemers die zelf een depressie als beroepsziekte rapporteren. Bij 25- tot 35-jarige mannelijke zelfstandig ondernemers laat deze prevalentie een wisselende trend zien in de periode 2015-2021, variërend tussen 1,5% en 2,6%. In de twee meest recente peiljaren (2019 en 2021) is in deze leeftijdsgroep de prevalentie 1,5 keer zo hoog onder 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers dan onder hun mannelijke tegenhangers.⁸⁶

5.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg: huisartsenzorg

Gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie of angst

De gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn laten zien dat het percentage 18- tot 25-jarige vrouwen dat contact heeft met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose depressie⁸⁷ stijgt van 4,2% in 2014 naar 6,5% in 2021 (Figuur 5.4). Vanaf 2016 is een relatief sterkere stijging te zien, die in 2020 tijdelijk wordt onderbroken. In 2021 neemt de zorgprevalentie toe naar 6,5%, wat neerkomt op ongeveer 49.300 18- tot 25-jarige vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie. Globaal dezelfde trend is waarneembaar bij 18- tot 25-jarige mannelijke huisartspatiënten. Wel is in deze leeftijdsgroep het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressie 1,9 tot 2,1 keer zo hoog onder vrouwen dan onder mannen.⁸⁸

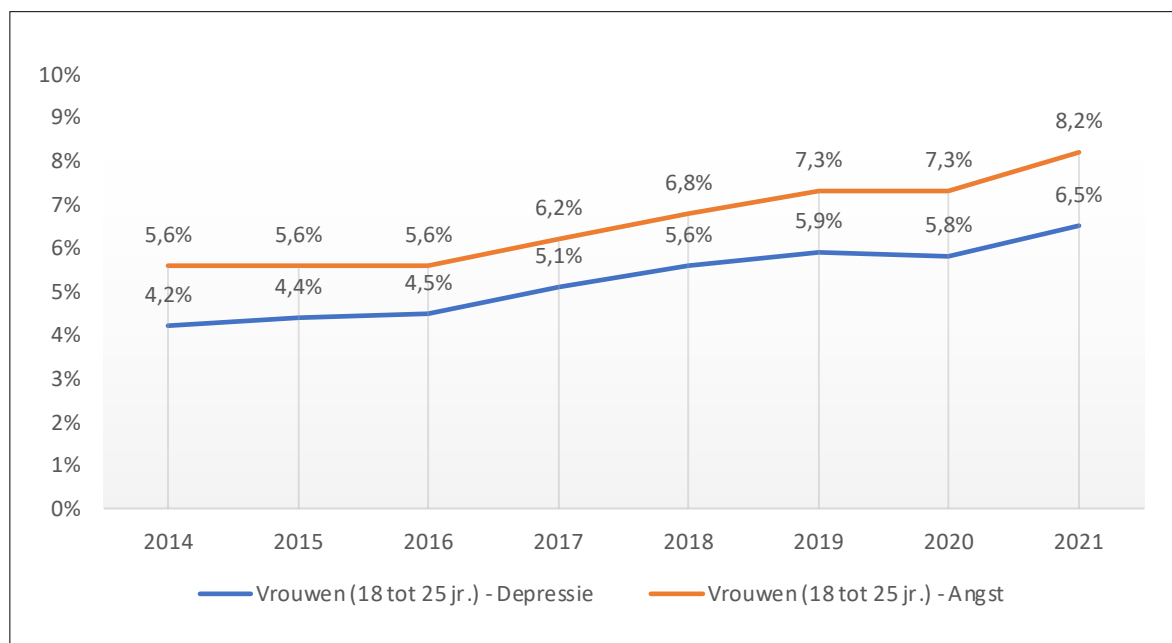
85 Bijv. 2020: 2,4% bij 25- tot 34-jarige vrouwelijke werknemers vs. 2,8% bij 25- tot 34-jarige mannelijke werknemers.

86 Bijv. 2021: 3,9% bij 25- tot 35-jarige vrouwelijke zelfstandig ondernemers vs. 2,6% bij 25- tot 35-jarige mannelijke zelfstandig ondernemers.

87 Volgens de ICPC (International Classification of Primary Care), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem. Uitgegaan is van depressieklachten (ICPC-code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

88 Bij mannen in de leeftijd van 18 tot 25 jaar gaat het in 2021 om ongeveer 26.200 huisartspatiënten met een diagnose depressie en ongeveer 25.000 huisartspatiënten met een diagnose angst.

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten), laat figuur 5.4 ook de trend zien in het percentage 18- tot 25-jarige vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose angst.⁸⁹ Een vergelijkbare stijgende trend is zichtbaar als bij de diagnose depressie. In 2021 gaat het om een percentage van 8,2% wat neerkomt op ongeveer 62.000 18- tot 25-jarige vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose angst.⁸⁷



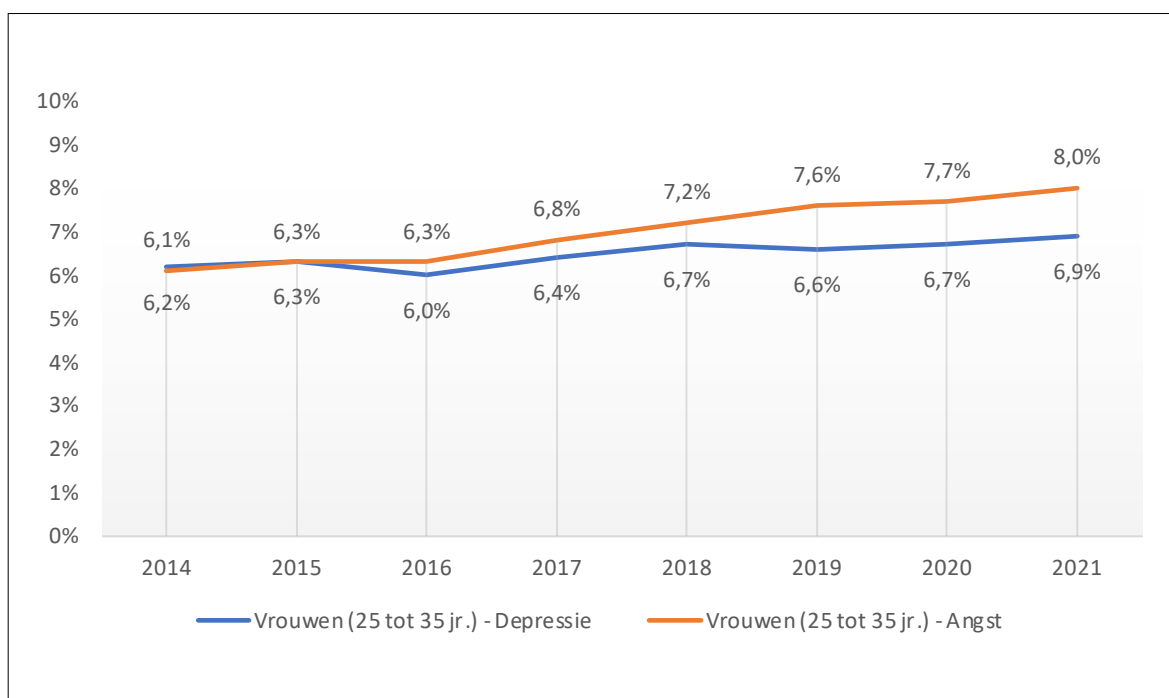
Figuur 5.4: Het percentage vrouwelijke huisartspatiënten (18 tot 25 jaar) met een diagnose depressie of angst. Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens de ICPC. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

Bij vrouwen van 25 tot 35 jaar is er een minder eenduidig stijgende trend te zien in het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressie (zie figuur 5.5). Tussen 2016 en 2018 stijgt de zorgprevalentie van 6,0% naar 6,7%, om stabiel te blijven tot en met 2020, en vervolgens licht toe te nemen naar 6,9% in 2021. In absolute aantallen gaat het in 2021 om ongeveer 77.400 25- tot 35-jarige vrouwelijke huisartspatiënten. Bij hun mannelijke tegenhangers is een redelijk vergelijkbare trend te zien. Wel is in deze leeftijdsgroep het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressie 1,8 tot 2,1 keer zo hoog onder vrouwen dan onder mannen.⁹⁰

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten), laat figuur 5.5 ook de trend zien in het percentage 25- tot 35-jarige vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose angst. Deze zorgprevalentie stijgt gestaag in de periode 2014-2021. In 2021 gaat het om een zorgprevalentie van 8,0%, wat neerkomt op circa 88.900 25- tot 35-jarige vrouwen.⁸⁹

⁸⁹ Uitgegaan is van angstklachten (ICPC-code P01) en/of een angststoornis/-toestand (ICPC-code P74) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

⁹⁰ Bij mannen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar gaat het in 2021 om ongeveer 42.300 huisartspatiënten met een diagnose depressie en ongeveer 44.900 huisartspatiënten met een diagnose angst.



Figuur 5.5: Het percentage vrouwelijke huisartspatiënten (25 tot 35 jaar) met een diagnose depressie of angst. Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens International Classification of Primary Care (ICPC).

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

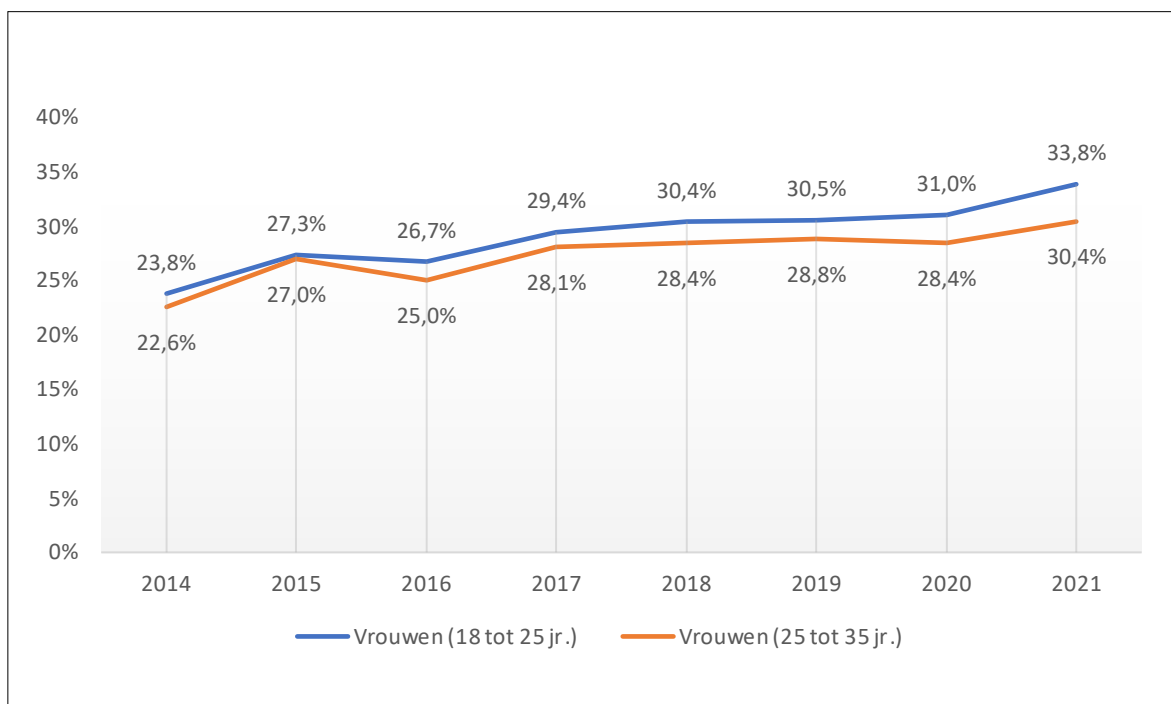
Intensiteit van het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie

Het percentage vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie dat contact heeft met de POH-GGZ laat een onregelmatige, maar stijgende trend zien in de periode 2014-2021, zowel in de leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar (van 23,8% in 2014 naar 33,8% in 2021) als in de leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar (van 22,6% in 2014 naar 30,4% in 2021; zie figuur 5.6). Het gemiddeld aantal contacten⁹¹ dat vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ blijft tussen 2014 en 2021 vrij constant in beide leeftijdsgroepen (18 tot 25 jaar: 2,6 – 3,2 contacten⁹²; en 25 tot 35 jaar: 2,2 – 3,3 contacten⁹³). Daarnaast daalt vanaf 2015 in beide leeftijdscategorieën het percentage vrouwen dat antidepressiva krijgt voorgeschreven (zie figuur 5.6). Onder 18- tot 25-jarige vrouwen met een diagnose depressie daalt het voorschrijffpercentage van antidepressiva van 26,8% in 2015 naar 20,9% in 2018, om daarna betrekkelijk stabiel te blijven. In de oudere leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar zet de dalende trend vanaf 2015 door tot en met 2021, van 40,7% naar 31,5%. Bij de mannelijke leeftijdsgenoten zijn in deze periode gelijksoortige trends waarneembaar.

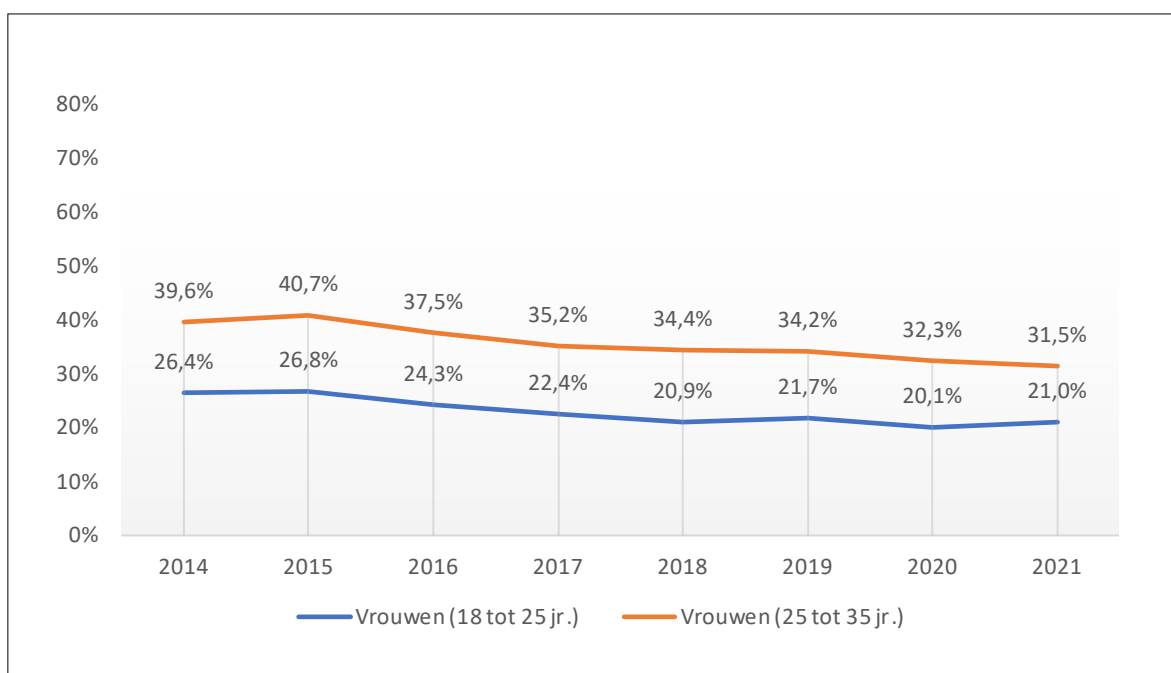
91 Het gaat hier om contacten vanwege enigerlei psychische problemen, d.w.z. enigerlei code uit het P-hoofdstuk van de ICPC (*International Classification of Primary Care*), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem.

92 Afwijking in 2017: 4,0 contacten.

93 Afwijking in 2017: 4,2 contacten.



Figuur 5.6: Het percentage vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren 2014-2021.



Figuur 5.7: Het percentage vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie en een voorschrift van antidepressiva. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren 2014-2021.

6 Zwangere en/of pas bevallen vrouwen

Kernbevindingen

- Uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA; jaarlijkse metingen) blijkt dat het percentage pas bevallen werknemers (d.w.z. vrouwelijke werknemers van 18 jaar of ouder met een kind jonger dan twee jaar) dat burn-outklachten rapporteert significant toeneemt in de periode 2014-2021. Het percentage neemt vooral tussen 2017 en 2019 toe, van 12,9% naar 18,6%. In 2020 daalt het percentage naar 16,1%, om in 2021 weer te stijgen naar 17,1%.
- Gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR; jaarlijkse metingen) geven aan dat er sprake is van een wisselende trend (afwisselend dalend en stijgend) in het percentage zwangere of pas bevallen vrouwen dat vanwege depressieklachten of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebuikt maakt van huisartsenzorg. Het percentage varieert tussen 6,2% en 6,9% in deze periode, waarbij in de drie meest recente peiljaren sprake is van een stabiel percentage van 6,5%-6,6%.

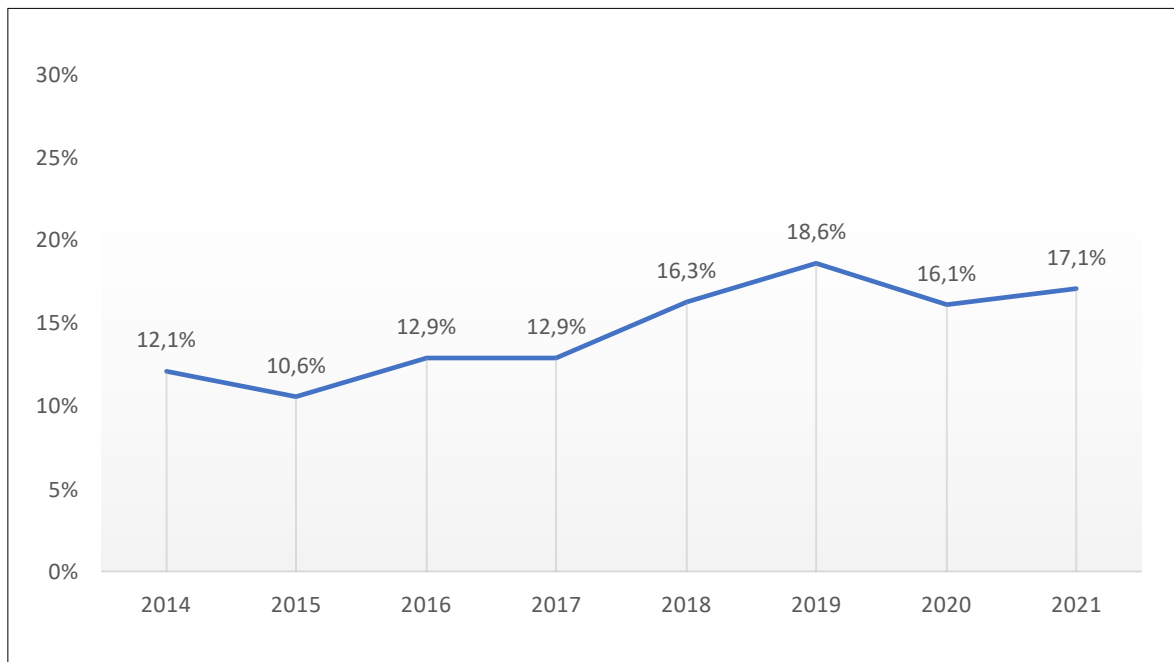
In dit hoofdstuk wordt voor zwangere en/of pas bevallen vrouwen ingegaan op de trends in populatieprevalentie en zorgprevalentie. Zij vormen één van de risicogroepen zoals aangewezen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Het hoofdstuk beperkt zich tot het bespreken van de belangrijkste cijfers. In Bijlage 2 (Cijferoverzicht; hoofdstuk 5) zijn alle cijfers over zwangere en pas bevallen vrouwen in detail te vinden.

6.1 Populatieprevalentie: beroepsbevolking

Burn-outklachten bij pas bevallen vrouwelijke werknemers

Bij de gegevens van de NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) is uitgegaan van vrouwelijke werknemers van 18 jaar of ouder met een kind jonger dan twee jaar. Uit de jaarlijkse NEA-metingen blijkt dat bij hen sprake is van een significant stijgende trend in de prevalentie van burn-outklachten in de periode 2014-2021.⁹⁴ Figuur 6.1 laat zien dat het percentage recent bevallen vrouwen dat burn-outklachten rapporteert vooral tussen 2017 en 2019 toeneemt, van 12,9% naar 18,6%. In 2020 daalt het percentage naar 16,1%, om in 2021 weer te stijgen naar 17,1%. In 2021 gaat het om 37.000 vrouwelijke werknemers met een kind jonger dan twee jaar die burn-outklachten rapporteren.

94 Significant lineair stijgend (een andersoortige trend kan niet worden uitgesloten). Het betreft een klein effect, d.w.z. een Cohen's d-waarde < 0,20.



Figuur 6.1: Het vóórkomen van burn-outklachten bij vrouwelijke werknemers vanaf 18 jaar met een kind jonger dan 2 jaar. Toelichting: Burn-outklachten zijn gemeten met een bewerking van vijf items uit de UBOS (Utrechtse Burn-out Schaal). Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS); peiljaren: 2014-2021.

Zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte bij pas bevallen vrouwelijke werknemers

De tweejaarlijkse peilingen van de NEA laten in de periode 2014-2020 een wisselende trend zien in het percentage vrouwelijke werknemers met een kind jonger dan twee jaar die zelf een depressie als beroepsziekte rapporteren. Tussen 2014 (1,6%) en 2016 (1,0%) daalt de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte, om vervolgens weer te stijgen in 2018 (1,2%) en 2020 (1,7%).⁹⁵ In absolute aantallen gaat het in 2020 om ongeveer 3.300 vrouwelijke werknemers met een kind jonger dan 2 jaar.

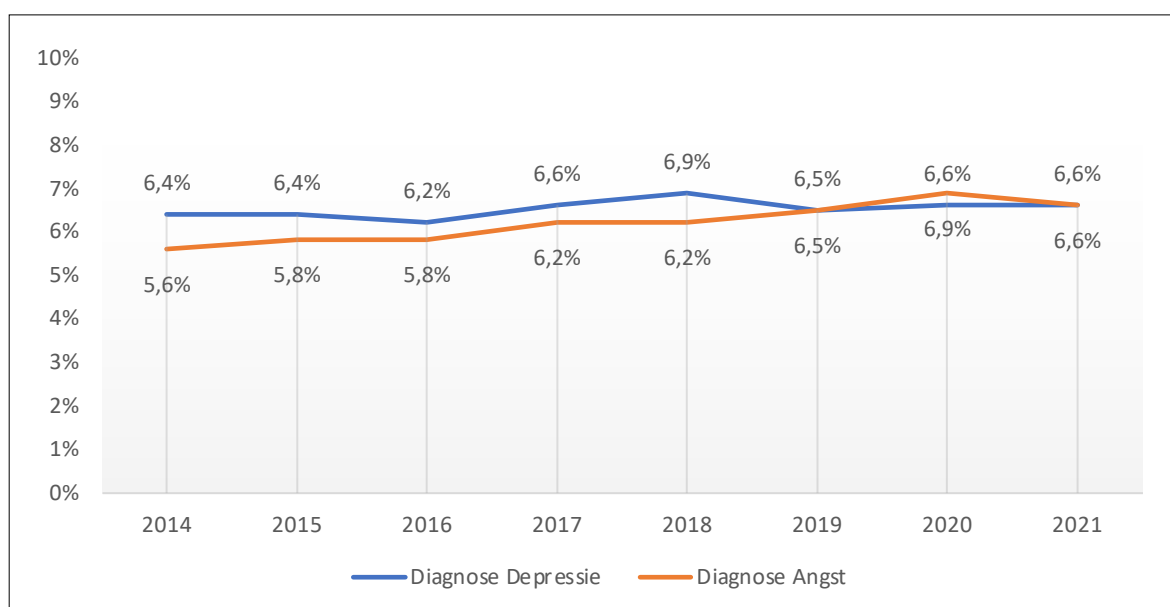
⁹⁵ Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag die eens in de twee jaar wordt gesteld in de NEA. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

6.2 Zorgprevalentie: huisartsenzorg

Gebruik van huisartsenzorg door zwangere of pas bevallen vrouwen vanwege een diagnose depressie of angst

De gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn laten in de periode 2014-2021 een wisselende trend (afwisselend dalend en stijgend) zien in het percentage zwangere of pas bevallen vrouwen⁹⁶ dat vanwege depressieklachten of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie)⁹⁷ gebruik maakt van huisartsenzorg (zie figuur 6.2). Het percentage varieert tussen 6,2% en 6,9% in deze periode, waarbij in de drie meest recente peiljaren sprake is van een stabiel percentage van 6,5%-6,6%.

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten), laat figuur 6.2 ook de trend zien in het percentage zwangere of pas bevallen huisartspatiënten met een diagnose angst.⁹⁸ Te zien is dat deze zorgprevalentie stijgt van 5,6% in 2014 naar 6,9% in 2020, om in 2021 licht te dalen naar 6,6%.



Figuur 6.2: Het percentage zwangere of pas bevallen vrouwen in de huisartsenpraktijk met een diagnose depressie of angst. Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens de ICPC.

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

96 Zwangere en pas bevallen vrouwen zijn per peiljaar onderscheiden op basis van een selectie van 22 codes uit de ICPC (*International Classification of Primary Care*, het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem) die wijzen op zwangerschap of geboorte, inclusief klachten of aandoeningen daaromtrent, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

97 Uitgegaan is van depressieklachten (ICPC-code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

98 Uitgegaan is van angstklachten (ICPC-code P01) en/of een angststoornis/-toestand (ICPC-code P74) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

7 Mensen met een chronische ziekte

Kernbevindingen

- Uit de Gezondheidsenquête (jaarlijkse metingen) blijkt dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten onder 18- tot 65-jarigen met een chronische ziekte een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont tussen 2010 (17,1%) en 2020 (22,8%), om in 2021 relatief sterk te stijgen naar 28,9%. Bij ouderen vanaf 65 jaar met een chronische ziekte is er sprake van een meer variabel beeld, waarbij de prevalentie in de jaren tot en met 2020 varieert tussen 13,1% en 15,6%. In 2021 stijgt de prevalentie relatief sterk naar 16,1% ten opzichte van voorliggende jaren.
- Gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (jaarlijkse metingen) laten zien dat het percentage 18- tot 65-jarigen met een chronische ziekte dat vanwege depressieklachten of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebuikt maakt van huisartsenzorg redelijk stabiel blijft in de jaren 2014-2018, om vanaf 2018 (6,6%) licht te dalen naar 6,3% in 2020, en vervolgens stabiel te blijven in 2021. Ouderen vanaf 65 jaar met een chronische ziekte maken in de periode 2014-2021 minder gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie: de zorgprevalentie daalt van 5,3% in 2014 naar 4,7% in 2021.

In dit hoofdstuk wordt voor volwassenen (18 tot 65 jaar) en ouderen (65 jaar of ouder) met een chronische ziekte ingegaan op de trends in populatieprevalentie en zorgprevalentie. Mensen met een chronische ziekte vormen één van de risicogroepen die zijn aangewezen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Het hoofdstuk beperkt zich tot het bespreken van de belangrijkste cijfers. In bijlage 2 (Cijferoverzicht; hoofdstuk 6) zijn alle cijfers over mensen met een chronische ziekte in detail te vinden.

7.1 Populatieprevalentie: algemene bevolking

Lichte tot ernstige depressie-/angstklachten

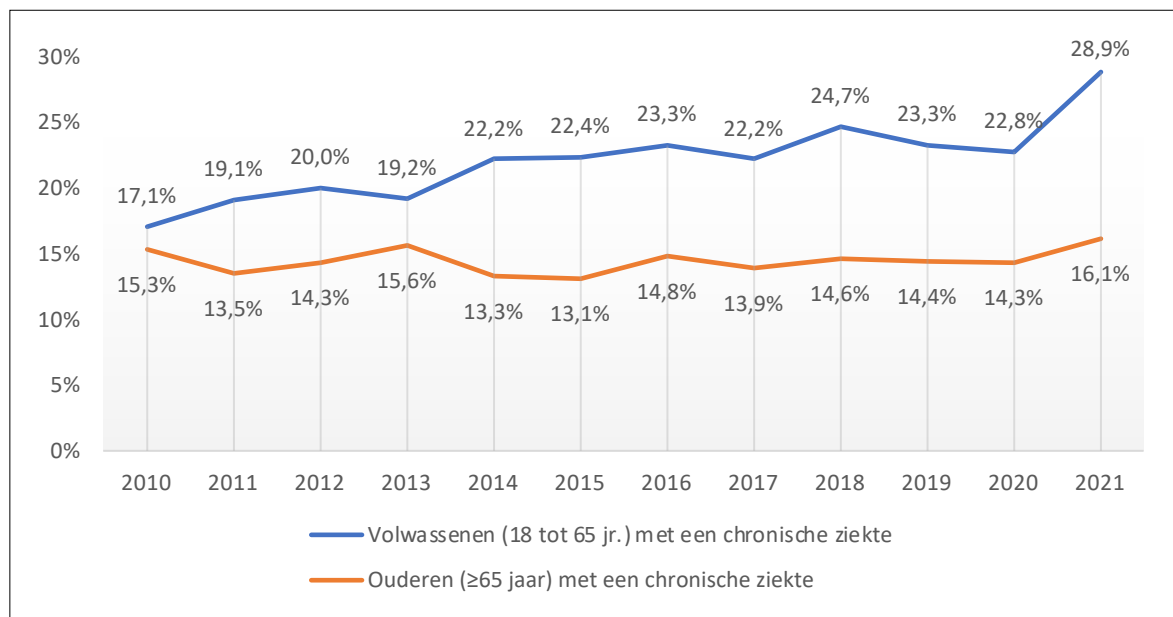
Uit de jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête blijkt dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten onder 18- tot 65-jarigen met een chronische ziekte⁹⁹ een onregelmatige, maar stijgende trend vertoont tussen 2010 (17,1%) en 2020 (22,8%), om in 2021 relatief sterk te stijgen naar 28,9% (zie figuur 7.1). In 2021 gaat het om ongeveer 947.600 volwassenen met een chronische ziekte die lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteren. Ten opzichte van de totale groep volwassenen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 3) komen lichte tot ernstige depressie-/angstklachten 1,7 tot 1,9 keer zo vaak voor bij volwassenen met een chronische ziekte.

⁹⁹ Zoals vastgesteld met een enkelvoudige vraag: "Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?".

Globaal dezelfde trend is waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Noemenswaardig is dat bij 18- tot 65-jarige vrouwen met een chronische ziekte de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten stijgt in 2020 (ten opzichte van 2019), terwijl er bij hun mannelijke tegenhangers juist sprake is van een daling. In de peiljaren is de prevalentie 1,1 tot 1,4 keer zo hoog onder 18- tot 65-jarige vrouwen met een chronische ziekte dan onder hun mannelijke tegenhangers.

Bij ouderen vanaf 65 jaar met een chronische ziekte is er sprake van een meer variabel beeld in de periode 2010-2021, met een afwisselend stijgende en dalende prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten (zie figuur 7.1). In de jaren tot en met 2020 varieert de prevalentie tussen 13,1% en 15,6%. In 2021 stijgt de prevalentie wel relatief sterk naar 16,1% ten opzichte van voorliggende jaren. In 2021 gaat het om ongeveer 283.900 ouderen met een chronische ziekte die lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteren. Vergeleken met de totale groep ouderen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 4) rapporteert een 1,3 tot 1,5 keer zo hoog percentage ouderen met een chronische ziekte lichte tot ernstige depressie-/angstklachten.

Ook uitsplitsing naar geslacht laat geen eenduidige stijgende of dalende trends zien. In de peiljaren is het percentage dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert 1,3 tot 2,3 keer zo hoog onder oudere vrouwen met een chronische ziekte dan onder hun mannelijke tegenhangers.



Figuur 7.1: Het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij mensen met een chronische ziekte. Toelichting: depressie-/angstklachten (in de afgelopen vier weken) zijn gemeten met de MHI-5 (Mental Health Inventory; gehanteerde afkapscore: ≤ 60).¹⁰⁰ Bron: Gezondheidsenquête (CBS); peiljaren: 2010-2021.

¹⁰⁰ Met het gehanteerde afkappunt worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. Perenboom R., Oudshoorn K., Herten L. van, Hoeymans N., Bijl R. (2000). Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO.

Zelf-gerapporteerde depressie

Uit de Gezondheidsenquête blijkt verder dat het percentage 18- tot 65-jarigen met een chronische ziekte dat zelf een depressie¹⁰¹ rapporteert een wisselende trend vertoont in de periode 2014-2021, variërend tussen 17,9% (2017) en 21,6% (2021). In absolute aantallen gaat het in 2021 om circa 708.300 volwassenen met een chronische ziekte die een depressie rapporteren. Vergelijkend met de totale groep volwassenen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 3) komt zelf-gerapporteerde depressie in de peiljaren ongeveer twee keer zo vaak voor bij volwassenen met een chronische ziekte.

Uitsplitsing naar geslacht laat ook geen eenduidige stijgende of dalende trends zien. In de peiljaren is de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie bij 18- tot 65-jarige vrouwen met een chronische ziekte vrijwel even hoog (2016, 2017 en 2019) of 1,1 tot 1,3 keer zo hoog dan bij hun mannelijke tegenhangers.

Ook bij ouderen vanaf 65 jaar met een chronische ziekte is er in de periode 2014-2021 sprake van een wisselende trend in het percentage dat zelf een depressie rapporteert, variërend tussen 7,7% (2018) en 10,1% (2019). In 2021 gaat het om 8,5%, wat neerkomt op circa 149.900 ouderen met een chronische ziekte die zelf een depressie rapporteren. Ten opzichte van de totale groep ouderen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 4) is de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie 1,3 tot 1,6 keer zo hoog bij ouderen met een chronische ziekte.

Globaal dezelfde wisselende trend is te zien wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Onder oudere vrouwen met een chronische ziekte rapporteert in de peiljaren een 1,3 tot 1,8 keer zo hoog percentage een depressie dan onder hun mannelijke tegenhangers.

7.2 Zorgprevalentie: huisartsenzorg

Gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie of angst

Uit de gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn blijkt dat het percentage 18- tot 65-jarigen met een chronische ziekte¹⁰² dat vanwege een diagnose depressie¹⁰³ gebruik maakt van de huisartsenzorg redelijk stabiel blijft in de jaren 2014-2018, om vanaf 2018 (6,6%) licht te dalen naar 6,3% in 2020 (zie figuur 7.2). De zorgprevalentie is in 2021 ook 6,3%, wat neerkomt op ongeveer 207.500 volwassenen met een chronische ziekte én een diagnose depressie. Ten opzichte van de totale groep volwassenen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 3) is de zorgprevalentie in de peiljaren 1,2 tot 1,3 keer zo hoog onder volwassenen met een chronische ziekte.

101 Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

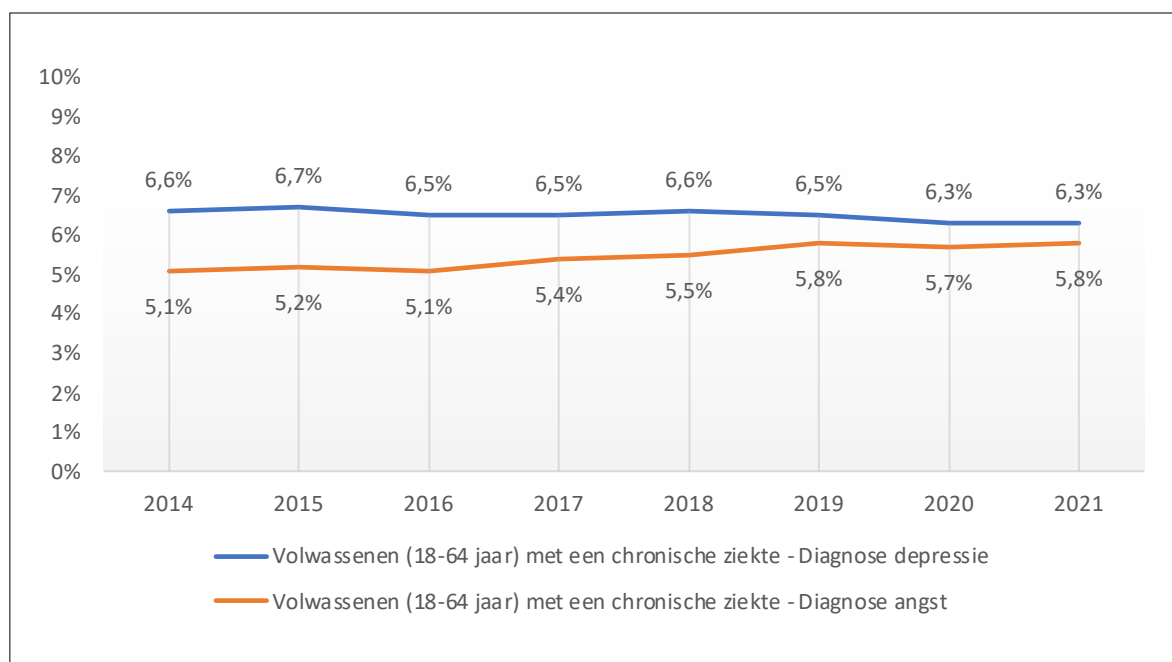
102 Personen met een chronische ziekte zijn per peiljaar onderscheiden op basis van een selectie van 109 codes uit de ICPC (*International Classification of Primary Care*, het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem) die wijzen op een chronische aandoening, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem (Nielen et al., 2019).

103 Uitgegaan is van depressieklachten (ICPC-code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

Globaal dezelfde trend is waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Wel is het percentage 18- tot 64-jarigen met een chronische ziekte dat vanwege een diagnose depressie contact heeft met de huisartsenzorg 1,6 tot 1,7 keer hoger onder vrouwen dan onder mannen.

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten), laat figuur 7.2 ook de trend zien in het percentage volwassenen met een chronische ziekte dat vanwege een diagnose angst gebruik maakt van huisartsenzorg.¹⁰⁴ Deze zorgprevalentie stijgt van 5,1% in 2016 naar 5,8% in 2019, om vervolgens stabiel te blijven. In absolute aantal gaat het in 2021 om circa 189.900 volwassenen met een chronische ziekte én een diagnose angst. Vergeleken met de totale groep volwassenen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 3) is de zorgprevalentie in de peiljaren 1,2 tot 1,6 keer zo hoog onder volwassenen met een chronische ziekte.

Uitsplitsing naar geslacht laat ruwweg dezelfde trend zien. Wel is het aandeel 18- tot 65-jarige vrouwen met een chronische ziekte dat vanwege een diagnose angst contact heeft met de huisartsenzorg 1,8 tot 2,0 keer zo hoog dan bij hun mannelijke tegenhangers.



Figuur 7.2: Het percentage 18- tot 65-jarigen met een chronisch ziekte in de huisartsenpraktijk met een diagnose depressie of angst. Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens de ICPC. Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

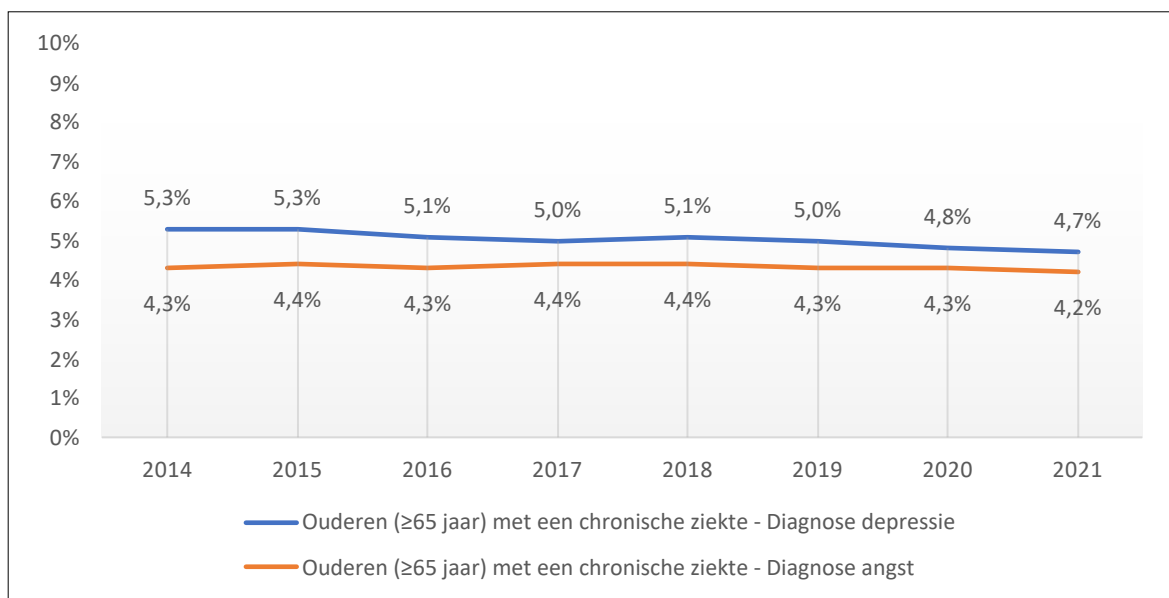
104 Uitgegaan is van angstklachten (ICPC-code P01) en/of een angststoornis/-toestand (ICPC-code P74) in een peiljaar, zoals geregistreerd in een Huisartsen Informatie Systeem.

Ouderen vanaf 65 jaar met een chronische ziekte komen in de periode 2014-2021 minder vaak naar de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose depressie. De zorgprevalentie daalt van 5,3% in 2014 naar 4,7% in 2021 (zie figuur 7.3). In 2021 gaat het om bijna 83.600 ouderen met een chronische ziekte én een diagnose depressie. Ten opzichte van de totale groep ouderen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 4) is de zorgprevalentie onder ouderen met een chronische ziekte nauwelijks hoger.

Als wordt uitgesplitst naar geslacht is globaal dezelfde dalende trend waarneembaar. Wel is de zorgprevalentie bij oudere vrouwen met een chronische ziekte 1,8 tot 1,9 keer zo hoog dan bij hun mannelijke tegenhangers.

Vanwege de overlap tussen depressie(klachten) en angst(klachten) laat figuur 7.3 ook de trend zien in het percentage ouderen met een chronische ziekte dat vanwege een diagnose angst gebruik maakt van huisartsenzorg. Dit percentage blijft betrekkelijk stabiel in de periode 2014-2021, variërend tussen 4,2% en 4,4%. In 2021 gaat het in absolute aantallen om ongeveer 74.700 ouderen met een chronische ziekte én een diagnose angst. Vergeleken met de totale groep ouderen (met én zonder chronische ziekte; zie hoofdstuk 4) is de zorgprevalentie 1,1 tot 1,3 zo hoog onder ouderen met een chronische ziekte.

Een vergelijkbare stabiele trend is waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. Wel is het percentage oudere vrouwen met een chronische ziekte dat vanwege een diagnose angst contact heeft met de huisartsenzorg 2,1 tot 2,3 keer zo hoog dan bij hun mannelijke tegenhangers.



Figuur 7.3: Het percentage chronisch zieken in de huisartsenpraktijk met een diagnose depressie of angst. Toelichting: Diagnose depressie: depressieklachten (code P03) en/of een depressie(ve stoornis) (code P76) volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Diagnose angst: angstklachten (code P01) en/of een angststoornis/-toestand (code P74) volgens International Classification of Primary Care (ICPC).

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; peiljaren: 2014-2021.

8 Mantelzorgers

Kernbevindingen

- Uit de Gezondheidsenquête (jaarlijkse metingen) blijkt dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten onder mantelzorgers van 18 tot 65 jaar een wisselende trend (afwisselend dalend en stijgend) vertoont in de periode 2014-2021. In de jaren tot en met 2020 varieert de prevalentie tussen 12,3% en 14,5%. In 2021 neemt de prevalentie relatief sterk toe naar 15,8% ten opzichte van voorliggende jaren.
- Ook in leeftijdsgroep van 65 jaar of ouder is sprake van een variabel patroon in de periode 2014-2021: het percentage oudere mantelzorgers dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert varieert tussen 7,3% en 13,6%.

In dit hoofdstuk wordt voor mantelzorgers van 18 tot 65 jaar en van 65 jaar of ouder ingegaan op de trends in de populatieprevalentie. Mantelzorgers vormen één van de risicogroepen die zijn aangewezen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Mantelzorg is de zorg die door iemand wordt gegeven aan een bekende uit de omgeving, zoals partners, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is.¹⁰⁵ Het hoofdstuk beperkt zich tot het bespreken van de belangrijkste cijfers. In Bijlage 2 (Cijferoverzicht; hoofdstuk 7) zijn alle cijfers over mantelzorgers in detail te vinden.

8.1 Populatieprevalentie

Lichte tot ernstige depressie-/angstklachten

Uit de jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête blijkt dat het percentage mantelzorgers van 18 tot 65 jaar dat lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert een wisselende trend (afwisselend dalend en stijgend) vertoont in de periode 2014-2021 (zie figuur 8.1). In de jaren tot en met 2020 varieert de prevalentie tussen 12,3% en 14,5%. In 2021 neemt de prevalentie relatief sterk toe naar 15,8% ten opzichte van voorliggende jaren. Het gaat in 2021 om ongeveer 206.400 volwassen mantelzorgers die lichte tot ernstige depressie-/angstklachten rapporteert. Vergeleken met de totale groep volwassenen (wel én geen mantelzorg biedend; zie hoofdstuk 3) is de prevalentie bij volwassen mantelzorgers nauwelijks hoger in de peiljaren (met uitzondering van 2014).¹⁰⁶

Ook als uitgesplitst wordt naar geslacht zijn geen eenduidige stijgende of dalende trends waarneembaar. Het valt op dat alleen bij 18- tot 65-jarige vrouwelijke mantelzorgers sprake is van een verhoudingsgewijs sterk stijgende prevalentie in 2021. In de meeste peiljaren is

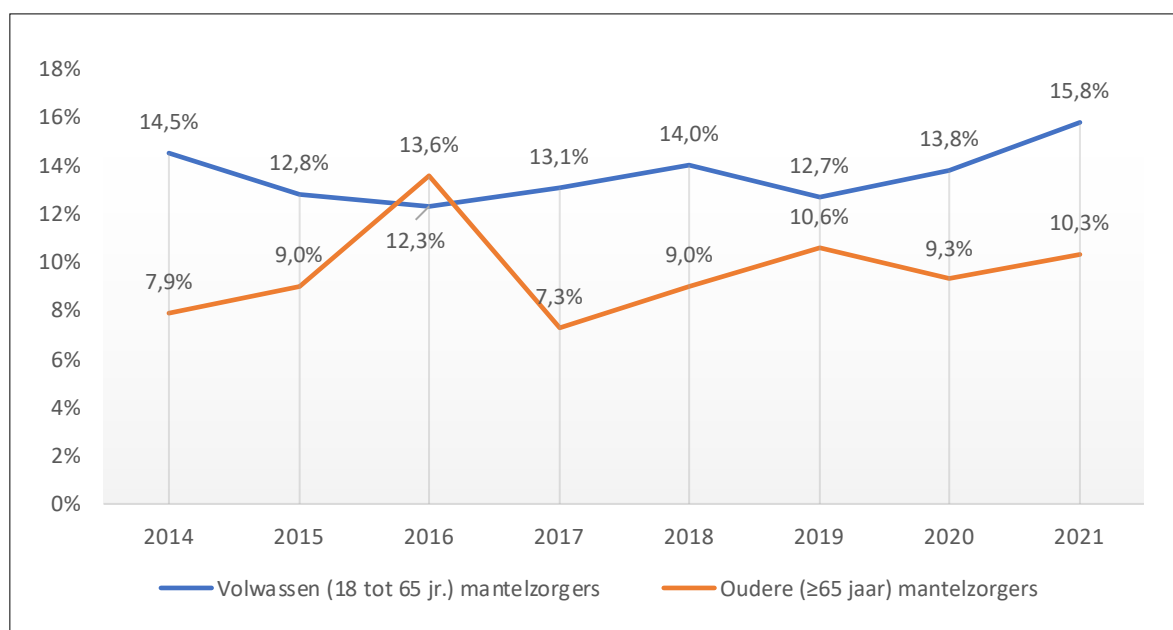
¹⁰⁵ Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald (definitie volgens de Gezondheidsenquête en de Gezondheidsmonitor Ouderen en Volwassenen).

¹⁰⁶ 2014: 11,5% bij de totale groep volwassenen (wel én geen mantelzorg biedend; zie tabel 3.2).

het percentage 18- tot 65-jarige vrouwelijke mantelzorgers dat lichte tot ernstige depressie-/ angstklachten rapporteert 1,1 tot 1,4 zo hoog dan bij hun mannelijke tegenhangers. Uitzondering vormen de peiljaren 2015, 2019 en 2020, waarin de prevalentie onder vrouwelijke mantelzorgers juist wat lager is.

Ook bij mantelzorgers van 65 jaar of ouder is sprake van een variabel beeld in de periode 2014-2021, waarbij het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten varieert tussen 7,3% en 13,6% (zie figuur 8.1).¹⁰⁷ In 2021 rapporteert 10,3% van de oudere mantelzorgers lichte tot ernstige depressie-/angstklachten, wat neerkomt op ongeveer 50.700 mensen. Vergeleken met de totale groep ouderen (wel én geen mantelzorg biedend; zie hoofdstuk 4) rapporteert in de meeste peiljaren een vrijwel even hoog, of een wat lager (0,8-0,9 keer) percentage oudere mantelzorgers lichte tot ernstige depressie-/angstklachten.¹⁰⁸

Ook wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht is veel variatie te zien. Met uitzondering van 2018 is in de peiljaren de prevalentie bij oudere vrouwelijke mantelzorgers 1,3 tot 2,9 keer zo hoog dan bij oudere mannelijke mantelzorgers.



Figuur 8.1: Het vóórkomen van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij volwassen en oudere mantelzorgers. Toelichting: depressie-/angstklachten (in de afgelopen vier weken) zijn gemeten met de MHI-5 (Mental Health Inventory; gehanteerde afkapscore: ≤60).¹⁰⁹ Bron: Gezondheidsenquête (CBS); peiljaren: 2014-2021.

¹⁰⁷ Hier kan meespelen dat de aantallen responderende mantelzorgers van 65 jaar of ouder verhoudingsgewijs laag zijn in de Gezondheidsenquête, waardoor minder precieze prevalentieschattingen kunnen worden gemaakt.

¹⁰⁸ Een uitzondering vormen de peiljaren 2016 en 2019 waarin de prevalentie 1,1-1,2 zo hoog is onder oudere mantelzorgers.

¹⁰⁹ Met het gehanteerde afkappunt worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. Perenboom R., Oudshoorn K., Herten L. van, Hoeymans N., Bijl R. (2000). Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden: TNO.

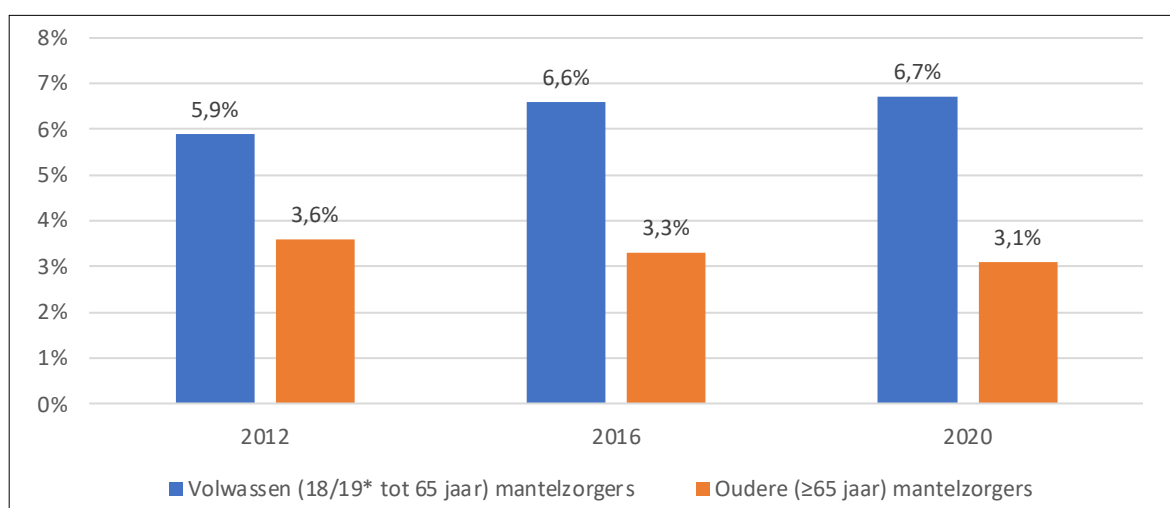
Ernstige depressie-/angstklachten

De vierjaarlijkse metingen van de Gezondheidsmonitor laten zien dat het percentage mantelzorgers van 18/19¹¹⁰ tot 65 jaar dat ernstige depressie-/angstklachten rapporteert stijgt van 5,9% in 2012 naar 6,6% in 2016, om in 2021 met 6,7% redelijk stabiel te blijven (zie figuur 8.2). Ten opzichte van de totale groep volwassenen (wel én geen mantelzorg biedend; zie hoofdstuk 3) is de prevalentie bij volwassen mantelzorgers vrijwel gelijk (2012) of wat lager (0,9 keer; 2016 en 2020).

Uitsplitsing naar geslacht laat verschillende trends zien: terwijl bij vrouwelijke mantelzorgers van 18/19 tot 65 jaar de prevalentie van ernstige depressie-/angstklachten gelijkmatig toeneemt¹¹¹, is de prevalentie bij hun mannelijke tegenhangers het hoogst in 2016.¹¹² In deze leeftijdsgroep is de prevalentie in de drie peiljaren 1,1 tot 1,2 keer zo hoog bij vrouwelijke mantelzorgers dan bij mannelijke mantelzorgers.

Het percentage mantelzorgers van 65 jaar of ouder dat ernstige depressie-/angstklachten rapporteert daalt van 3,6% in 2012 naar 3,1% in 2020 (zie figuur 8.2). Vergeleken met de totale groep ouderen (wel én geen mantelzorg biedend; zie hoofdstuk 4) is de prevalentie in de drie peiljaren 0,7 tot 0,8 keer zo laag bij oudere mantelzorgers.

Wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht is ook bij oudere vrouwelijke mantelzorgers een dalende trend in de prevalentie van ernstige depressie-/angstklachten te zien (van 4,5% in 2012 naar 3,8% in 2020); bij oudere mannelijke mantelzorgers daalt de prevalentie alleen tussen 2016 (2,6%) en 2012 (2,3%). De prevalentie is in de drie peiljaren 1,5 tot 1,8 keer zo hoog onder oudere vrouwelijke mantelzorgers dan onder oudere mannelijke mantelzorgers.



Figuur 8.2: Het voorkomen van ernstige depressie-/angstklachten bij volwassen (18/19* tot 65 jaar) en oudere mantelzorgers (≥65 jaar). Toelichting: Depressie-/angstklachten zijn gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10; gehanteerde afkapscore: ≥30).¹¹³ Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD'en; CBS; RIVM). * = In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.

110 In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.

111 2021: 6,2%; 2016: 6,7%; en 2020: 7,1%.

112 2021: 5,2%; 2016: 6,3%; en 2020: 6,0%.

113 Met het gehanteerde afkappunt worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

Zelf-gerapporteerde depressie

Uit de Gezondheidsenquête blijkt verder dat het percentage bij mantelzorgers van 18 tot 65 jaar dat zelf een depressie¹¹⁴ rapporteert een wisselend patroon laat zien in de periode 2014-2021. In de jaren tot en met 2020 varieert de prevalentie tussen 9,8% en 11,8%. In 2021 stijgt de prevalentie relatief sterk naar 12,2% vergeleken met voorliggende jaren. Ten opzichte van de totale groep volwassenen (wel én geen mantelzorg biedend; zie hoofdstuk 3) is in de peiljaren de prevalentie 1,1 tot 1,4 zo hoog onder volwassen mantelzorgers, met uitzondering van 2020 waarin de prevalentie vrijwel gelijk is.

Ook als uitgesplitst wordt naar geslacht is een wisselende trend te zien. Er bestaat geen eenduidig verschil in prevalentie tussen 18- tot 65-jarige vrouwelijke mantelzorgers en hun mannelijke tegenhangers.¹¹⁵

Onder mantelzorgers van 65 jaar of ouder varieert de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie sterk in de periode 2014-2021, van 3,9% tot 9,9%.¹¹⁶ De prevalentie bij oudere mantelzorgers wijkt niet eenduidig af van de prevalentie in de totale groep ouderen.¹¹⁷

Een wisselende trend is ook waarneembaar wanneer wordt uitgesplitst naar geslacht. De prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie is in de meeste peiljaren 1,4 tot 2,7 keer zo hoog bij oudere vrouwelijke mantelzorgers dan bij oudere mannelijke mantelzorgers.¹¹⁸

114 Het gaat hier om zelf-rapportage uitgaande van een enkelvoudige vraag. Het gaat uitdrukkelijk niet om het vaststellen van een depressieve stoornis aan de hand van een diagnostisch interview en conform criteria van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

115 In sommige peiljaren (2016, 2020 en 2021) is de prevalentie van zelf-gerapporteerde depressie hoger (1,2-1,4 keer) onder vrouwelijke mantelzorgers dan onder mannelijke mantelzorgers; in andere peiljaren vrijwel gelijk (2018) of lager (2014, 2015, 2017, 2019; 0,8-0,9 keer).

116 Hier kan meespelen dat de aantallen responderende mantelzorgers van 65 jaar of ouder verhoudingsgewijs laag zijn in de Gezondheidsenquête, waardoor minder precieze prevalentieschattingen kunnen worden gemaakt.

117 In sommige peiljaren (2016 en 2017) is de prevalentie onder oudere mantelzorgers hoger (1,1-1,4 keer) of vrijwel even hoog (2014, 2019 en 2020); en in andere peiljaren (2015, 2018 en 2021) lager (0,7-0,9 keer).

118 Een uitzondering vormen de peiljaren 2018 en 2021 waarin de prevalentie 0,8-0,9 zo laag is onder oudere mantelzorgers.

9 Beschouwing

In de voorgaande hoofdstukken is voor respectievelijk volwassenen van 18 tot 65 jaar, ouderen van 65 jaar of ouder, jonge vrouwen, zwangere en/of pas bevallen vrouwen, mensen met een chronische ziekte en mantelzorgers ingegaan op de trends in:

- de mate waarin depressieproblematiek¹¹⁹ voorkomt in de algemene bevolking en de beroepsbevolking (**populatieprevalentie**);
- de mate waarin vanwege depressieproblematiek gebruik wordt gemaakt van zorg (**zorgprevalentie**); en
- de **intensiteit van het zorggebruik** vanwege depressieproblematiek.

In deze beschouwing worden de belangrijkste trends bij de risico- en leeftijdsgroepen¹²⁰ samengevat en geduid, en wordt een conclusie getrokken over in hoeverre deze trends reeds aansluiten bij de verwachte ontwikkelingen op langere termijn bij een succesvolle landelijke aanpak van depressiepreventie (d.w.z. een dalende populatieprevalentie, een dalende zorgprevalentie en minder intensief zorggebruik).

Trends in populatieprevalentie

Algemene bevolking: verandering over de tijd in de prevalentie van depressieve stoornis

Uit de NEMESIS-studie¹²¹ blijkt dat het vóórkomen van een depressieve stoornis (conform DSM-IV criteria) in de afgelopen 12 maanden onder volwassenen van 18 tot 65 jaar substantieel is toegenomen, van 5,1% in 2007-2009 (NEMESIS-2) naar 9,3 in 2019-2022 (NEMESIS-3).^{122,123} Omdat de coronapandemie gedurende het veldwerk van NEMESIS-3 uitbrak, heeft een deel van de volwassenen vóór de uitbraak deelgenomen aan de studie, en een deel tijdens de pandemie. Door deze twee groepen met elkaar te vergelijken hebben de NEMESIS-onderzoekers kunnen nagaan of de 12-maands prevalentie van psychische aandoeningen vóór en tijdens de coronapandemie verschilt. Dit blijkt niet het geval, ook niet

119 Onder de overkoepelende noemer 'depressieproblematiek' wordt verstaan: zelf-gerapporteerde depressieklachten en aanverwante klachten (zoals angst- en burn-outklachten); zelf-gerapporteerde depressie; en diagnose depressie/depressieve stoornis.

120 In deze beschouwing wordt niet apart stilgestaan bij zwangere en/of pas bevallen vrouwen, ouderen vanaf 65 jaar met een chronische ziekte, en mantelzorgers van 65 jaar of ouder.

121 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf R. de. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3 (NEMESIS-3): Objectives, methods and baseline characteristics of the sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2022.

122 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Luik A., Graaf R. de. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. In press.

123 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf R. de. Trends NEMESIS Samenvatting <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/nemesis-trends/samenvatting-2/>. Geraadpleegd op: 13 januari 2023. Trimbo-instituut, Utrecht

wanneer specifiek wordt gekeken naar de 12-maandsprevalentie van depressieve stoornis.¹²⁴ Met andere woorden: de coronacrisis heeft niet bijgedragen aan de sterke stijging tussen 2007-2009 en 2019-2022 in het vóórkomen van een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen. Op basis van verdiepende analyses hebben de NEMESIS-onderzoekers verder aanwijzingen gevonden dat de stijgende prevalentie al ruim voor de start van NEMESIS-3 (november 2019) lijkt te zijn ingezet.

De NEMESIS-studie is niet opgezet om verklaringen te geven voor de stijging in het vóórkomen van psychische aandoeningen in de volwassen bevolking. Het is dus niet zeker wat de oorzaken zijn waardoor het percentage volwassenen met een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden bijna is verdubbeld tussen 2007-2009 en 2019-2022. Diverse mogelijke factoren kunnen een rol spelen, zoals voortschrijdende individualisering, het in toenemende mate ervaren van prestatiedruk, het verminderen van het stigma rond psychische klachten, een complexer wordende maatschappij, toenemende zorgen over de toekomst en toenemende financiële onzekerheid.

Algemene bevolking: verandering over de tijd in de prevalentie van depressieklachten en aanverwante klachten

De jaarlijkse metingen van de Gezondheidsenquête geven aan dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij de meeste leeftijds- en risicogroepen een onregelmatige, maar min of meer stijgende trend vertoont in de periode 2010-2021, met een verhoudingsgewijs sterke toename in 2021 (ten opzichte van 2020). Dit geldt voor de brede groep volwassenen van 18 tot 65 jaar (van 10,3% in 2010 naar 16,6% in 2021), voor 18- tot 65-jarigen met een chronische ziekte (van 17,1% naar 28,9%), voor jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar (van 13,2% naar 28,9%) én van 25 tot 35 jaar (van 9,0% naar 23,0%), en voor meisjes van 12 tot 18 jaar (van 7,9% naar 18,9%). De sterkste stijgingen in 2021 (ten opzichte van 2020) doen zich voor bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar en bij meisjes van 12 tot 18 jaar. Het valt verder op dat de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten alleen bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar sterk toeneemt in 2020 (ten opzichte van 2019).

Op basis van de cijfers wordt niet duidelijk hoe de al langer aanhoudende stijgende trends in de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten kunnen worden verklaard. Zoals eerder genoemd kan een verscheidenheid aan factoren mogelijk van invloed zijn, zoals voortschrijdende individualisering, het in toenemende mate ervaren van prestatiedruk, het verminderen van het stigma rond psychische klachten, een complexer wordende maatschappij, toenemende zorgen over de toekomst en toenemende financiële onzekerheid. De verhoudingsgewijs sterke stijgingen in 2021 lijken erop te wijzen dat de coronacrisis de bestaande stijgende trends hebben versterkt, in het bijzonder bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar en bij meisjes van 12 tot 18 jaar. Bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar zijn er aanwijzingen dat een mogelijk versterkend effect al in 2020, het eerste coronajaar, is opgetreden. Mogelijk speelt hier een rol dat in deze leeftijdsgroep het aandeel moeders met jonge schoolgaande kinderen aanzienlijk is. Het zou kunnen dat de (extra) zorg en ondersteuning voor hun

124 Have M. ten, Tuithof M., Dorsselaer S. van, Schouten F., Graaf R. de. NEMESIS Effect coronapandemie Psychische aandoeningen vóór en tijdens corona <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/effect-coronapandemie/vergelijking-corona/>. Geraadpleegd op: 13 januari 2023. Trimbo-instituut, Utrecht.

jonge kinderen, doordat scholen waren gesloten, onderwijs online werd aangeboden en/of gezinnen in quarantaine moesten, al in 2020 een negatieve impact heeft gehad op de mentale gezondheid van moeders.

Bij jongens van 12 tot 18 jaar, ouderen van 65 jaar of ouder, en mantelzorgers van 18 tot 65 jaar laten de gegevens van de Gezondheidsenquête in de periode 2010-2021 een meer variabel beeld zien, met een afwisselend stijgende en dalende prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten. Wel stijgt de prevalentie in 2021 ook bij deze groepen ten opzichte van voorgaande jaren, wat zou kunnen wijzen op een effect van de coronacrisis.

Aansluitend bij de bevindingen van de Gezondheidsenquête onder jongeren, geven de bevindingen van de HBSC-studie (*Health Behaviour in School-Aged Children*; vierjaarlijkse metingen) aan dat het percentage schoolgaande meisjes dat emotionele problemen¹²⁵ rapporteert in 2021 sterk is toegenomen ten opzichte van 2017, en in geen enkel eerder peiljaar zo hoog is geweest.¹²⁶ In het basisonderwijs gaat het om meer dan een verdubbeling in 2021 (32,6% vs. 14,4% in 2017), terwijl het percentage bij meisjes in het voortgezet onderwijs in 2021 ongeveer 1,5 keer zo hoog is (43,0% vs. 27,6% in 2017). Tussen 2017 en 2021 neemt de prevalentie van emotionele problemen ook toe bij jongens op de basisschool (van 7,4% naar 14,1%) en in het voortgezet onderwijs (van 9,4% naar 13,3%), maar in mindere mate dan bij schoolgaande meisjes. Er wordt door de HBSC-onderzoekers een aantal mogelijke verklaringen gegeven voor deze bevindingen, waaronder de gevonden stijging in de ervaren druk door schoolwerk (die ook sterker is bij meisjes dan jongens), de gevonden daling in positieve relaties met vrienden, klasgenoten, en leraren onder meisjes in het voortgezet onderwijs, en de invloed van coronacrisis.¹²⁶

Beroepsbevolking: verandering over de tijd in de prevalentie van burn-outklachten

Uit de jaarlijkse metingen van het NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) blijkt dat het percentage werknemers dat burn-outklachten rapporteert al sinds langere tijd stijgt, zowel in de brede groep werknemers van 18 tot 65 jaar (van 11,3% in 2007 naar 17,9% in 2021), als in de meer specifieke groepen van oudere werknemers van 65 jaar of ouder (van 2,4% in 2014 naar 7,9% in 2021), jonge vrouwelijke werknemers van 18 tot 25 jaar (van 9,7% in 2007 naar 25,9% in 2021) én van 25 tot 35 jaar (van 9,7% in 2007 naar 16,9% in 2021). Vanaf de jaren 2013-2015 zijn de sterkste stijgingen te zien.

Op basis van verdiepende analyses over de periode 2014-2018 heeft TNO verschillende verklarende factoren gevonden voor de al langer aanhoudende stijgende trend in de prevalentie van burn-outklachten, waaronder de emotionele belasting in het werk, ontevredenheid met salaris, een slechte werk-privé balans, een gebrekkige autonomie, langdurig beeldschermwerk (digitalisering) en een hoge verzuimfrequentie.¹²⁷ Opgemerkt dient te worden dat dit geen

125 Emotionele problemen behoren tot symptomen in het spectrum van de internaliserende stoornissen, zoals stemmings- en angststoornissen.

126 Boer M. Dorsselaer S. van, Looze M. E. de, Roos S.A. de, Brons H., Eijnden R.J.J.M. van den, Monshouwer K., Huijnk, W., Ter Bogt T.F.M., Vollebergh W.A. M., Stevens, G.W.J.M. (2022). HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.

127 Houtman I., Kraan K., Rosenkrantz N., e.a. (2020). Oorzaken, gevolgen en risicogroepen van burn-out. Eindrapport. Leiden: TNO.

uitputtende lijst van verklarende factoren is. In de verdiepende analyses konden namelijk diverse mogelijk relevante persoonskenmerken en maatschappelijke factoren niet worden meegenomen, omdat deze niet waren gemeten.

Het valt verder op dat de prevalentie van burn-outklachten bij 18- tot 65-jarige werknemers en bij oudere werknemers in 2020 daalt (ten opzichte van 2019). Ook bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar wordt de stijgende prevalentie in 2020 onderbroken. In alle drie de groepen stijgt de prevalentie weer in meer of mindere mate in 2021. Bij vrouwelijke werknemers van 25 tot 35 jaar is een ander beeld te zien: bij hen stijgt de prevalentie van burn-outklachten door in 2020 en 2021, en is er geen sprake van een daling in 2020.

Hier kan een invloed van de coronacrisis en het hebben van jonge kinderen een rol spelen. Uit een ander verdiepend onderzoek van TNO blijkt namelijk dat bij jongere vrouwelijke werknemers met veelal thuiswonende jonge kinderen (11 jaar of jonger), al een stijging van burn-outklachten is te zien in juni/juli 2020 ten opzichte van 2019. Bij jongere mannelijke werknemers met veelal thuiswonende jonge kinderen loopt de prevalentie van burn-outklachten meer gestaag op, die pas later echt doorzet (maart 2021).¹²⁸ Een mogelijke verklaring volgens TNO voor deze bevindingen is dat deze ouders hun eigen werk moesten combineren met (meer) zorg en ondersteuning voor hun jonge kinderen, doordat scholen waren gesloten, onderwijs online werd aangeboden en/of gezinnen in quarantaine moesten.

Trends in zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik

Zorgprevalentie: verandering over de tijd in het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie

De mate waarin vanwege depressieklachten en/of een depressie(ve stoornis) (kortweg: diagnose depressie) gebruik wordt gemaakt van huisartsenzorg laat in de periode 2014-2021 verschillende trends zien afhankelijk van leeftijd en geslacht. Dit blijkt uit gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Onder de brede groep volwassenen van 18 tot 65 jaar stijgt de zorgprevalentie tussen 2014 en 2018 licht (van 5,0% naar 5,3%), om daarna vrijwel stabiel te blijven. Bij jongens van 12 tot 18 jaar neemt de zorgprevalentie tussen 2016 en 2018 toe (van 0,7% naar 1,0%), om vervolgens nagenoeg stabiel te blijven. Bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar is sprake van een meer onregelmatige, maar wat sterker stijgende trend (van 6,2% in 2014 naar 6,9% in 2021). Veruit de duidelijkst stijgende trends in de periode 2014-2021 in het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie zijn zichtbaar bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar (van 4,2% in 2014 naar 6,5% in 2021) en bij meisjes van 12 tot 18 jaar (van 1,6% in 2014 naar 3,2% in 2021). Daarbij neemt de zorgprevalentie in beide groepen verhoudingsgewijs sterk toe in 2021 (ten opzichte van 2020). Dit sluit aan bij sterke toename in 2021 van de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten in beide groepen in de algemene bevolking. Ouderen van 65 jaar of ouder laten een afwijkend beeld zien in de zin dat bij hen het gebruik van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie juist een dalende trend vertoont in de periode 2014-2021 (van 5,0% in 2014 naar 4,5% in

¹²⁸ Zoomer T., Houtman I. (2021). Identificatie van risicogroepen voor mentale gezondheidsproblemen onder werknemers tijdens de corona pandemie. Secundaire analyse NEA-COVID-19 cohort. Leiden: TNO.

2021). Deze dalende trend wijkt ook af van de trends in de populatieprevalentie bij ouderen. Zo vertoont de prevalentie van lichte tot ernstige depressie-/angstklachten bij ouderen in de algemene bevolking een variabel patroon met een stijging in 2021. Het is onduidelijk hoe deze discrepantie kan worden verklaard.

Intensiteit van zorggebruik: verandering over de tijd in de intensiteit van huisartsenzorg vanwege een diagnose depressie

Het percentage huisartspatiënten met een diagnose depressie dat is gezien door de POH-GGZ kan worden beschouwd als een indicator voor de intensiteit van het gebruik van huisartsenzorg. In het algemeen neemt dit percentage toe in de periode 2014-2021, blijkt uit gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Wel zijn er verschillen afhankelijk van leeftijd en geslacht. Bij volwassenen van 18 tot 65 jaar met een diagnose depressie is er sprake van een onregelmatige, maar stijgende trend in het percentage dat contact heeft met de POH-GGZ (van 18,0% in 2014 naar 26,4% in 2021). Dit geldt ook voor jonge vrouwen met een diagnose depressie (leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar: van 23,8% in 2014 naar 33,8% in 2021; en leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar: van 22,6% in 2014 naar 30,4% in 2021). Bij ouderen van 65 jaar of ouder met een diagnose depressie stijgt het percentage met name tussen 2014 en 2017 (van 12,0% naar 17,0%), terwijl dit bij 12- tot 18-jarige meisjes met een diagnose depressie vooral tussen 2014 en 2015 plaatsvindt (van 18,8% naar 23,5%), en bij 12- tot 18-jarige jongens met een diagnose depressie met name tussen 2016 en 2017 (van 14,3% naar 25,0%).

Een andere indicator voor intensiteit van zorggebruik, het gemiddeld aantal contacten dat huisartspatiënten met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ, blijft in de risico- en leeftijdsgroepen redelijk constant in de periode 2014-2021. Het voorschrijfpercentage van antidepressiva, weer een andere indicator, vertoont een dalende trend in de risico- en leeftijdsgroepen, met uitzondering van ouderen met een diagnose depressie, waar het vrij stabiel blijft.

Conclusies

Het vóórkomen van een depressieve *stoornis* in de afgelopen 12 maanden is onder volwassenen bijna verdubbeld tussen 2007-2009 en 2019-2022. Verder zijn tussen 2014 (of nog verder terugkijkend) en 2021 veelal stijgende, en soms wisselende¹²⁹ trends zichtbaar in de prevalentie van depressie- of aanverwante *klachten* (angstklachten, burn-outklachten en emotionele problemen) bij de verschillende risico- en leeftijdsgroepen. Over het geheel genomen neemt ook het gebruik van huisartsenzorg vanwege depressie(klachten) in meer of mindere mate toe tussen 2014 en 2021. Een uitzondering vormen ouderen van 65 jaar of ouder bij wie de zorgprevalentie een dalende trend vertoont. In het algemeen ziet tussen 2014 en 2021 een steeds groter deel van de huisartspatiënten met depressie(klachten) de POH-GGZ. Daarnaast blijft het gemiddeld aantal contacten dat zij met de huisarts en/of de POH-GGZ hebben redelijk stabiel. Het voorschrijfpercentage van antidepressiva daalt in de meeste risico- en leeftijdsgroepen.

129 Afwisselend stijgende en dalende prevalentie.

Geconcludeerd kan worden dat bij de risico- en leeftijdsgroepen geen sprake is van een dalende populatieprevalentie, een dalende zorgprevalentie, en minder intensief zorggebruik, trends die op langere termijn verwacht worden bij een succesvolle aanpak van landelijke depressiepreventie. Deze conclusie is niet verrassend omdat effecten van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP DP) – gestart in 2017 – nog niet kunnen worden verwacht. Dit omdat het MJP DP zich tot nu toe heeft gericht op het ontwikkelen van ketenaanpakken voor de zes risicogroepen, en waarbij voor twee risicogroepen (mensen met een chronische ziekte; en mantelzorgers) de ontwikkeling nog gaande is. Pas in de volgende fase van het MJP DP ligt de focus op het breed implementeren, toepassen en doorontwikkelen van de ketenaanpakken in de praktijk.

De coronacrisis lijkt niet te hebben bijgedragen aan de sterke stijging tussen 2007-2009 en 2019-2022 in de 12-maandsprevalentie van depressieve *stoornis* onder volwassenen van 18 tot 65 jaar. De stijging is al ruim voor de coronacrisis begonnen. Wel lijken de cijfers erop te wijzen dat de coronacrisis vooral bij jonge vrouwen van 18 tot 25 jaar en bij meisjes van 12 tot 18 jaar bestaande stijgende trends in de prevalentie van depressie- of aanverwante *klachten* heeft versterkt. Verder zijn er aanwijzingen dat bij jonge vrouwen van 25 tot 35 jaar een mogelijk versterkend effect op *klachtniveau* al in 2020, het eerste coronajaar, is opgetreden.

Bijlage 1 Aanpak derde peiling

1 Algemeen

De Landelijke Monitor Depressie maakt gebruik van gegevens uit bestaande, elkaar aanvullende, landelijke databronnen. Er worden dus geen nieuwe dataverzamelingen opgezet en uitgevoerd. Voor het volgen van ontwikkelingen in de populatieprevalentie van depressieproblematiek wordt gebruik gemaakt van gegevens uit lopende monitor- en cohortstudies in (groepen binnen) de algemene bevolking.¹³⁰ Ontwikkelingen in de zorgprevalentie van depressieproblematiek en de intensiteit van het zorggebruik vanwege depressieproblematiek worden gemonitord met behulp van gegevens uit zorgregistratie- en declaratiesystemen. Deze derde peiling richt zich op beschikbare trendgegevens tot en met 2021.

2 Geselecteerde databronnen en gegevens

Aan de hand van selectiecriteria¹³¹ is voor de derde peiling een keuze gemaakt voor de acht landelijke databronnen die in Tabel 1 staan vermeld. Voor elke risicogroep van het MJP DP (in rood weergegeven in de tabel) zijn er gegevens van ten minste één databron beschikbaar. De doelgroepen van vier databronnen komen overeen met, of sluiten aan bij, een risicogroep van het MJP DP: de HBSC-studie (jongeren), de NEA (werknemers), de ZEA (zelfstandig ondernemers), en Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (huisartspatiënten).

In Tabel 2 is te zien welke gegevens van de acht databronnen zijn gebruikt voor de derde peiling van de Landelijke Monitor Depressie. Voor zorgprevalentie en intensiteit van zorggebruik inzake depressieproblematiek waren landelijke gegevens beschikbaar over de huisartsenpraktijk. Wat betreft het gebruik van s-ggz kon voor de derde peiling alleen worden uitgegaan van patiënten met een *nieuw* gediagnosticeerde depressieve stoornis of angststoornis (zorgincidentie). Dit omdat Vektis geen nieuwe verwerking van persoonsgegevens mag doen, waardoor alleen declaratiegegevens uit bestaande rapportages beschikbaar waren. Derhalve kon per peiljaar alleen worden uitgegaan van de patiënten voor wie een diagnose-behandelcombinatie (DBC) was geopend met als hoofddiagnose een depressieve stoornis of een angststoornis, en niet óók van de patiënten voor wie een DBC was afgesloten met een dergelijke hoofddiagnose. Wat betreft huisartsenzorg en s-ggz is ervoor gekozen om gegevens vanaf 2014 te gebruiken, het jaar van de invoering van het nieuwe ggz-stelsel. Er bestaan geen landelijke databronnen met gegevens over het gebruik van het sociale domein, de publieke gezondheidszorg of de generalistische basis-ggz vanwege depressieproblematiek.

Er wordt overwegend uitgegaan van beschrijvende statistiek, waarmee wordt bedoeld dat trends niet statistisch zijn getoetst op significantie. Voor een aantal databronnen (NEMESIS, HBSC, NEA en ZEA) zijn wel toetsingsresultaten beschikbaar.

130 Monitorstudie: herhaalde cross-sectionele metingen bij telkens een nieuwe (steeproef van een) populatie.
Cohortstudie: herhaalde metingen bij dezelfde (steeproef van een) populatie.

131 [Zie Landelijke Monitor Depressie - 1e peiling](#), Bijlage 2, pp. 159-160.

Tabel 1 Overzicht van de landelijke databronnen die zijn gebruikt voor de derde peiling van de Landelijke Monitor Depressie. Voor elke databron is aangegeven over welke risicogroep(en) van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP DP) de betreffende databron gegevens bevat. De risicogroepen staan in **rood** weergegeven.

Databron	Bronhouder	Doelgroep databron	Leeftijdsgroepen			Risicogroepen MJP DP waar geen landelijke databron specifiek op is gericht			
			Jongeren (<18 jaar)	Volwassenen (18-64 jaar)	Ouderen (≥65 jaar)	Jonge vrouwen (18-34 jr.)	Zwangere/ pas bevallen vrouwen	Mensen met een chronische ziekte	Mantel- zorgers
Populatieprevalentie									
NEMESIS-studie (<i>Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study</i>)	Trimbos	Algemene bevolking (18-75 jaar)		X					
Gezondheids-enquête	CBS	Algemene bevolking (≥12 jaar)	X	X	X	X	X	X	
HBSC-studie (<i>Health Behaviour in School-Aged Children</i>)	Universiteit Utrecht; Trimbos; SCP	Scholieren basisonderwijs (gem. 11,1 jaar) en voortgezet onderwijs (12-18 jaar)	X						
Gezondheids-monitor Volwassenen en Ouderen	GGD'en; CBS; RIVM	Algemene bevolking (≥18/19 jaar)		X	X	X		X	
NEA (<i>Nationale Enquête Arbeids-omstandigheden</i>)	TNO; CBS	Werkende beroepsbevolking: werknemers (≥18 jaar) ^a		X	X	X	X		
ZEA (<i>Zelfstandige Enquête Arbeid</i>)	TNO; CBS	Werkende beroepsbevolking: zelfstandig ondernemers (≥18 jaar) ^a		X	X	X			
Zorgprevalentie/-incidentie* en intensiteit van zorggebruik									
Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn	Nivel	Huisartspatiënten (alle leeftijden)	X	X	X	X	X	X	
Declaratie-gegevens*	Vektis	Patiënten specialistische ggz (≥18 jaar)		X	X				

^a De databron bevat ook werkende 15- tot 18-jarigen, maar die zijn voor de Landelijke Monitor Depressie niet meegenomen.

* Omdat Vektis geen nieuwe verwerking van persoonsgegevens mag doen, waren alleen gegevens beschikbaar uit bestaande rapportages. Hierdoor kon per peiljaar o.a. alleen worden uitgegaan van het aantal patiënten voor wie een diagnose-behandelcombinatie (DBC) was geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis, en niet óók van de patiënten voor wie een DBC was afgesloten met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

Tabel 2 **Overzicht van welke gegevens van de landelijke databronnen zijn gebruikt voor de eerste peiling van de Landelijke Monitor Depressie.**

Databron (bronhouder)	Welke gegevens?	Hoe zijn de gegevens verzameld?	Welke peiljaren?
Populatieprevalentie			
NEMESIS-studie	Depressieve stoornis, dysthymie en angststoornis	Klinisch interview (CIDI; DSM-criteria)	2007-2009; en 2019-2022
Gezondheidsenquête (CBS)	Depressie-/angstklachten; Zelf-gerapporteerde depressie	Zelfrapportage (MHI-5); Zelfrapportage (enkelvoudige vraag)	2010 t/m 2021; 2014 t/m 2021
HBSC-studie (Universiteit Utrecht; Trimbos; SCP)	Emotionele problemen	Zelfrapportage (subschaal SDQ)	2005, 2009, 2013, 2017 en 2021
Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD'en; CBS; RIVM)	Depressie-/angstklachten	Zelfrapportage (K10)	2012, 2016 en 2020
NEA (TNO; CBS)	Burn-outklachten; Zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte	Zelfrapportage (bewerking UBOS); Zelfrapportage (enkelvoudige vraag)	2007 t/m 2021; 2014, 2016, 2018 en 2020
ZEa (TNO; CBS)	Burn-outklachten; Zelf-gerapporteerde depressie als beroepsziekte	Zelfrapportage (bewerking UBOS); Zelfrapportage (enkelvoudige vraag)	2015, 2017, 2019 en 2021
Zorgprevalentie/-incidentie* en intensiteit van zorggebruik			
Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (Nivel)	Huisartsenpraktijk: zorgprevalentie Diagnose depressie; diagnose angst <u>Huisartsenpraktijk: intensiteit zorggebruik bij diagnose depressie</u> Percentage patiënten met minimaal één contact met POH-GGZ; Gemiddeld aantal contacten; Voorschrijfpercentage antidepressiva	Registratiegegevens (ICPC-classificatie) Registratiegegevens; Registratiegegevens; Registratiegegevens (ATC-classificatie)	2014 t/m 2021 Idem; Idem; Idem
Declaratiegegevens (Vektis)	<u>Specialistische ggz (s-ggz): zorgincidentie*</u> S-ggz zonder verblijf: nieuw gestelde hoofddiagnose depressieve stoornis; S-ggz met verblijf: nieuw gestelde hoofddiagnose depressieve stoornis; S-ggz: intensiteit zorggebruik bij nieuw gestelde hoofddiagnose depressieve stoornis S-ggz zonder verblijf: gemiddelde behandelduur (uren); S-ggz met verblijf: gemiddelde verblijfsduur (dagen); gemiddelde behandelduur (uren)	Declaratiegegevens (DSM-criteria); Declaratiegegevens; Declaratiegegevens	2014 t/m 2020; Idem; Idem

K10: *Kessler Psychological Distress Scale*; MHI-5: *Mental Health Inventory*; SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*; UBOS; Utrechtse Burn-Out Schaal.

ATC: Anatomisch Therapeutisch Chemisch; DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; ICPC: *International Classification of Primary Care*.

* Omdat Vektis geen nieuwe verwerking van persoonsgegevens mag doen, waren alleen gegevens beschikbaar uit bestaande rapportages. Hierdoor kon per peiljaar o.a. alleen worden uitgegaan van het aantal patiënten voor wie een diagnose-behandelcombinatie (DBC) was geopend met als hoofddiagnose depressieve stoornis, en niet óók van patiënten voor wie een DBC was afgesloten met als hoofddiagnose depressieve stoornis.

3 Nadere informatie databronnen

NEMESIS-studie

De NEMESIS-studie (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) – uitgevoerd door het Trimbos-instituut – is een landelijke representatieve bevolkingsstudie naar de psychische gezondheid en het welzijn van volwassen Nederlanders.¹³² De NEMESIS-studie is nu drie keer uitgevoerd. NEMESIS-1 vond plaats in de periode 1996-1999 en bestond uit drie metingen. NEMESIS-2 is uitgevoerd in de periode 2007-2018 en bestond uit vier metingen (eerste meting: 2007-2009). November 2019 is de eerste meting van NEMESIS-3 van start gegaan en die duurde tot en met maart 2022. Dit was dus zowel vóór als tijdens de coronapandemie. In de eerste meting van NEMESIS-3 namen 6.194 mensen in de leeftijd van 18 tot en met 75 jaar deel, wat neerkomt op een respons van 51,2%. Om te corrigeren voor over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen is gebruik gemaakt van een wegingsfactor die verschillende kenmerken omvatte, waaronder geslacht, leeftijd, partnerstatus, opleidingsniveau en stedelijkheid. Na weging kwam de verdeling van de demografische kenmerken van de onderzochte respondenten zeer dicht bij die van de Nederlandse bevolking. Trends tussen 2007-2009 (NEMESIS-2) en 2019-2022 (NEMESIS-3) zijn onderzocht met gewogen data van de eerste metingen van beide studies. Om te zorgen dat de cijfers van beide studies vergelijkbaar zijn, worden psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden conform criteria van de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)¹³³ bij volwassenen van 18 tot 65 jaar met elkaar vergeleken.

Gezondheidsenquête

Het doel van de jaarlijkse gezondheidsenquête van het CBS is om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de gezondheid, medische contacten, de leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking van Nederland. De enquête wordt afgenomen onder een landelijk representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking van 12 jaar of ouder¹³⁴ (circa 8.500 respondenten in peiljaren tot en met 2019). Over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen wordt gecorrigeerd door middel van een wegingsfactor op verschillende kenmerken, waaronder geslacht, leeftijd, migratieachtergrond, burgerlijke staat en stedelijkheid. Ook in 2020 en 2021 is de Gezondheidsenquête doorlopend over het hele jaar afgenomen. Wel was er sprake van verstoring gedurende de lockdowns in 2020 en 2021, omdat er geen interviews aan huis konden worden afgenomen en er alleen online response binnenkwam.¹³⁵ Het CBS heeft een weging gebruikt om voor deze verstoring te corrigeren. Het aantal respondenten van 12 jaar of ouder was met circa 7.500 respondenten in 2020 en 2021 wat lager dan voorgaande peiljaren.

132 ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., de Graaf, R. NEMESIS Methode Resultaten veldwerk <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/methode/resultaten-veldwerk/#steekproef>. Geraadpleegd op: 26 januari 2023 .Trimbos-instituut, Utrecht

133 Zoals vastgesteld op basis van een uitgebreid klinisch instrument CIDI (*Composite International Diagnostic Instrument*).

134 Het totale aantal respondenten is wat groter, maar de MHI-5 (Mental Health Inventory) wordt alleen aan personen vanaf 12 jaar voorgelegd.

135 [Gezondheidsenquête in 2020 \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl/nl-nl/gezondheidsenquête-in-2020).

HBSC-studie

In de vierjaarlijkse HBSC-studie (*Health Behaviour in School-aged Children*) – uitgevoerd door Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) – worden de gezondheid, het welzijn, het gedrag en de sociale omgeving van jongeren in de leeftijd van 11 tot en met 16 jaar in Nederland gemonitord. Het meest recente peiljaar van het HBSC-onderzoek is 2021, waarbij is uitgegaan van een representatieve steekproef van leerlingen van groep 8 van het basis onderwijs (gemiddelde leeftijd: 11,1 jaar) (n=1.525) en van leerlingen van het voortgezet onderwijs (klas 1 t/m 6) in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar (n=5.234). De steekproef van het basisonderwijs is gewogen voor stedelijkheidsniveau en sekse. De steekproef van het voortgezet onderwijs is naast voorgenoemde factoren ook gewogen op leerjaar en schoolniveau. De dataverzameling vond plaats van oktober 2021 tot en met januari 2022, een periode van meer coronamaatregelen en een (harde) lockdown. Vóór 2017 werd in de HBSC-studie wat betreft het voortgezet onderwijs een klassensteekproef getrokken uit de eerste vier leerjaren, terwijl in HBSC 2017 en 2021 gebruik is gemaakt van een steekgroep van het gehele voortgezet onderwijs. Om een vergelijking met de eerste HBSC-onderzoeken (2005, 2009 en 2013) mogelijk te maken, zijn daarom voor de trendanalyses de gegevens van alleen de eerste vier leerjaren gebruikt.

Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen – uitgevoerd door de GGD'en, het CBS en het RIVM – geeft inzicht in de gezondheid en leefstijl van Nederlanders van 18 jaar¹³⁶ en ouder en vindt elke vier jaar plaats. De gegevens leveren input voor landelijk, regionaal en lokaal gezondheidsbeleid. Door de grote steekproefomvang is het mogelijk regionale en lokale uitsplitsingen van de gegevens te maken. In het najaar van 2020 is de monitor voor de derde keer uitgevoerd toen er sprake was van een (gedeeltelijke) lockdown. De steekproefomvang was bijna 540.000 mensen met een respons van 38,9%. Bij over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen wordt een correctie toegepast door een wegingsfactor op basis van persoons- en regiokenmerken.

NEA

De NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) is een periodiek onderzoek naar de werksituatie van werknemers in Nederland bekeken door de ogen van werknemers. Het doel is om tegemoet te komen aan de informatiebehoefte van de overheid, werkgevers, vakbonden, brancheorganisaties et cetera. De monitor wordt uitgevoerd door TNO en CBS. Werknemers in de leeftijd van 15-75 jaar (sinds 2014)¹³⁷ die in Nederland werken en wonen, worden benaderd om de vragenlijst in te vullen. Over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen (bijvoorbeeld ten aanzien van bedrijfstakken, geslacht, etniciteit) wordt gecorrigeerd door weging toe te passen, zodat de steekproef als representatie van de werkende bevolking gezien kan worden. In 2021, het meest recente peiljaar waarvan gegevens zijn gebruikt voor dit rapport, vulden bijna 50.000 werknemers de enquête in. De dataverzameling vond plaats in het vierde kwartaal van 2020 en 2021. In 2020 begon toen net de tweede golf, waarmee de gegevensverzameling ook gedeeltelijk plaatsvond tijdens de tweede lockdown. Ook de gegevensverzameling in 2021 vond gedeeltelijk plaats tijdens de lockdown in het najaar van dat jaar.

136 Vanaf de peiling in 2020 werden volwassenen vanaf 18 jaar meegenomen. In de peilingen in 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar meegenomen.

137 Peiljaren 2003-2013: leeftijd van 15-65 jaar.

ZEA

De ZEA (Zelfstandigen Enquête Arbeid) is een periodieke enquête onder zelfstandig ondernemers over hun arbeidsomstandigheden en inzetbaarheid. De ZEA is een aanvulling op de NEA en wordt eveneens uitgevoerd door TNO en CBS. Een steekproef van zelfstandig ondernemers van 15 jaar of ouder wordt benaderd om de vragenlijst in te vullen. Over-of ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen worden gecorrigeerd door een weging toe te passen. Bij de ZEA wordt dit gedaan met een insluitkans. In 2021, het meest recente peiljaar waarvan gegevens zijn gebruikt voor dit rapport, vulden ruim 8.000 zelfstandig ondernemers de vragenlijst in. Daarvan had bijna 80% geen personeel in dienst. De data verzameling vond plaats in het eerste kwartaal van 2021, toen de avondklok voor het eerst was ingegaan.

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: huisartsenpraktijk

Binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) worden onder meer gegevens verzameld en geanalyseerd die aangesloten huisartsen verspreid over het land, routinematig vastleggen in hun Huisartsen Informatie Systeem (HIS).¹³⁸ De gegevens worden op continue basis geëxtraheerd uit elektronische patiëntendossiers van deelnemende huisartspraktijken. Aan NZR namen in 2021 316 huisartsenpraktijken deel, die representatief zijn voor alle regio's van Nederland. Er zijn bijna twee miljoen patiënten ingeschreven in deze praktijken. In dit rapport gaat het per peiljaar om het percentage huisartspatiënten bij wie een diagnose depressie of angst (zie kader voor toelichting) is gesteld (zorgprevalenties). Daarnaast wordt – uitgaande van de huisartspatiënten met een diagnose depressie – gekeken naar drie indicatoren voor intensiteit van zorggebruik in de huisartsenpraktijk: het percentage patiënten met minimaal één contact met de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ), het gemiddeld aantal contacten met de huisarts en/of POH-GGZ vanwege psychische problemen¹³⁹, en het voorschrijfpercentage van antidepressiva.

Voor het vastleggen van gezondheidsproblemen gebruiken huisartsen in de Nederland de *International Classification of Primary Care* (ICPC, versie 1). Personen voor wie ten minste eenmaal in een peiljaar een registratie van depressieklachten (ICPC-code P03) of een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) is gedaan in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS), worden beschouwd als personen met een diagnose depressie. Deze twee ICPC-codes zijn tezamen genomen vanwege registratieverschillen tussen huisartsen. De diagnose van een depressie(ve stoornis) vraagt om een langdurige anamnese. Sommige huisartsen kiezen bij een eerste consult daarom voor het registreren van depressieklachten (ICPC-code P03), en passen deze code niet aan als in een later stadium blijkt dat de patiënt een depressie(ve stoornis) (ICPC-code P76) heeft.

Overeenkomstig worden personen voor wie in een peiljaar minimaal een keer angstklachten (ICPC-code P01) zijn geregistreerd, of een angsttoestand/-stoornis (ICPC-code P74), beschouwd als personen met een diagnose angst.

¹³⁸ [Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn | Nivel](#).

¹³⁹ D.w.z. enigerlei code uit het P-hoofdstuk van de ICPC (International Classification of Primary Care), het huisartsgeneeskundig classificatiesysteem.

Declaratiegegevens Vektis: specialistische ggz (s-ggz)

Het curatieve deel van de s-ggz wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierd op basis van zogeheten diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Een DBC bevat informatie over de zorg die aan een patiënt is verleend vanwege een bepaalde psychische aandoening, oftewel de hoofddiagnose conform criteria van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Aanbieders van s-ggz leveren de door hen geregistreeerde 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. 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. Omdat Vektis geen nieuwe verwerking van persoonsgegevens mag doen, waren alleen gegevens uit bestaande publicaties beschikbaar. Derhalve kon per peiljaar alleen worden uitgegaan van de patiënten voor wie een DBC was geopend met als hoofddiagnose een depressieve stoornis of een angststoornis, en niet óók van de patiënten voor wie een DBC was afgesloten met een dergelijke hoofddiagnose. Het kan hierbij gaan om een geopende initiële DBC of een geopende vervolg-DBC (d.w.z. een DBC aansluitend op een initiële of vervolg-DBC). Verder waren de gegevens alleen uitgesplitst naar s-ggz met en zonder verblijf beschikbaar. Door deze aantallen af te zetten tegen de aantallen in de algemene bevolking, wordt zicht verkregen op het percentage personen dat in een peiljaar gebruik maakte van de s-ggz met en zonder verblijf vanwege een nieuw gediagnosticeerde depressieve stoornis of angststoornis (zorgincidenties). Voorts is op basis van de beschikbare declaratiegegevens van Vektis gekeken naar drie indicatoren voor de intensiteit van het zorggebruik in de s-ggz vanwege een depressieve stoornis: de gemiddelde behandelduur in de ambulante setting, de gemiddelde behandelduur tijdens een verblijf, en de gemiddelde verblijfsduur.

Bijlage 2 Cijferoverzicht

1 Jongeren

1.1 Populatieprevalentie: algemene bevolking

Tabel 1.1: Het vóórkomen van psychosociale problemen (gemeten met de Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ, totaalscore) en emotionele problemen (gemeten met de SDQ, subschaal) in de afgelopen zes maanden bij scholieren van gemiddeld 11,5 jaar in het basisonderwijs en bij scholieren in de leeftijd van 12 tot 17 jaar in het voortgezet onderwijs, naar geslacht (peiljaren: 2005, 2009, 2013, 2017 en 2021). ^{1,2}

	Meisjes		Jongens		Totaal	
	Psychosociale problemen	Emotionele problemen	Psychosociale problemen	Emotionele problemen	Psychosociale problemen	Emotionele problemen
	% (95% BI)	% (95% BI)	% (95% BI)	% (95% BI)	% (95% BI)	% (95% BI)
Basisonderwijs						
2005	15,2 [12,6 – 18,3]	16,1 [13,5 – 19,0]	19,6 [16,4 – 23,2]	11,5 [9,4 – 14,1]	17,4 [15,4 – 19,6]	13,8 [12,0 – 15,8]
2009	14,8 [12,2 – 17,8]	17,1 [14,5 – 20,1]	14,6 [12,1 – 17,5]	7,8 [6,2 – 9,8]	14,7 [12,8 – 19,6]	12,4 [10,8 – 14,3]
2013	17,5 [14,7 – 20,8]	21,7 [18,8 – 24,8]	17,3 [14,8 – 20,1]	9,1 [7,2 – 11,4]	17,4 [15,4 – 19,7]	15,4 [13,6 – 17,4]
2017	15,4 [13,1 – 17,3]	14,4* [12,2 – 17,0]	16,2 [13,5 – 19,4]	7,4 [5,6 – 9,8]	15,8 [13,9 – 17,9]	10,9* [9,5 – 12,6]
2021	30,7* [26,8 – 34,6]	32,6* [28,7 – 36,4]	21,3 [17,1 – 25,5]	14,1* [10,4 – 17,8]	26,1* [22,8 – 29,4]	23,4* [20,4 – 26,4]
Voortgezet onderwijs						
2005	19,2 [16,9 – 21,7]	23,2 [21,0 – 25,5]	13,7 [11,7 – 16,0]	7,2 [5,9 – 8,8]	16,4 [14,5 – 18,6]	15,1 [13,5 – 16,9]
2009	14,6* [12,7 – 16,7]	21,4 [19,5 – 23,4]	14,6 [12,8 – 16,7]	7,8 [6,8 – 9,0]	14,6 [13,1 – 16,3]	14,5 [13,4 – 15,7]
2013	24,1* [21,7 – 26,6]	31,0* [29,0 – 33,0]	16,0 [14,1 – 18,1]	9,4 [8,4 – 10,5]	20,0* [18,1 – 22,0]	20,0* [18,6 – 21,6]
2017	23,6 [21,7 – 25,7]	27,6 [25,9 – 29,4]	17,1 [15,4 – 19,0]	9,4 [8,3 – 10,6]	20,3 [18,8 – 21,8]	18,2 [17,1 – 19,4]
2021	40,2* [37,1 – 43,3]	43,0* [40,3 – 45,8]	21,9* [19,7 – 24,1]	13,3* [12,0 – 14,7]	30,9* [28,5 – 33,2]	27,9* [25,7 – 30,1]

¹ * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

² vet = significant verschil ten opzichte van 2021. Bron: HBSC-onderzoek (Health Behaviour in School-aged Children).

Tabel 1.2: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Meisjes		Jongens		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2010	7,9	5,3 – 11,7	4,5	2,2 – 8,7	6,5	4,6 – 9,1
2011	5,3	3,0 – 9,3	5,1	2,6 – 9,7	5,2	3,4 – 8,0
2012	7,1	4,3 – 11,3	3,6	1,7 – 7,5	5,4	3,6 – 8,1
2013	5,0	2,9 – 8,5	7,3	4,5 – 11,6	6,1	4,2 – 8,6
2014	7,7	5,3 – 11,1	4,2	2,6 – 7,0	5,9	4,4 – 8,0
2015	8,0	5,5 – 11,4	2,2	1,1 – 4,7	5,1	3,6 – 7,0
2016	9,0	6,3 – 12,7	3,5	2,0 – 6,1	6,2	4,6 – 8,3
2017	6,3	4,1 – 9,6	3,6	2,1 – 6,2	5,0	3,5 – 6,9
2018	9,0	6,4 – 12,6	3,2	1,7 – 5,9	6,0	4,5 – 8,1
2019	12,1	9,0 – 16,0	4,6	2,7 – 7,7	8,3	6,4 – 10,7
2020	10,3	7,1 – 14,7	4,1	2,4 – 6,9	7,2	5,3 – 9,7
2021	18,9	14,6 – 24,0	6,4	4,0 – 10,3	12,6	10,0 – 15,7

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 1.3: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, naar geslacht (peiljaren 2014-2019).

	Meisjes		Jongens		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	1,8	0,8 – 3,9	1,8	0,8 – 3,9	1,8	1,0 – 3,1
2015	3,9	2,3 – 6,6	1,6	0,7 – 3,9	2,8	1,7 – 4,3
2016	4,2	2,5 – 7,1	3,4	1,9 – 5,9	3,8	2,6 – 5,5
2017	3,3	1,9 – 5,8	0,7	0,2 – 2,2	2,0	1,2 – 3,3
2018	8,0	5,5 – 11,6	2,5	1,3 – 5,1	5,2	3,7 – 7,2
2019	3,8	2,2 – 6,4	4,0	2,3 – 6,9	3,9	2,6 – 5,7
2020	4,7	2,6 – 8,3	2,6	1,3 – 5,2	3,7	2,3 – 5,7
2021	10,0	6,9 – 14,5	3,8	2,0 – 7,0	6,9	4,9 – 9,5

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

1.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg

1.2.1 Huisartsenzorg

Tabel 1.4: Het percentage huisartspatiënten jonger dan 12 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	0,1	0,1	0,1
2015	0,1	0,1	0,1
2016	0,1	0,1	0,1
2017	0,1	0,1	0,1
2018	0,1	0,1	0,1
2019	0,1	0,1	0,1
2020	0,1	0,1	0,1
2021	0,1	0,1	0,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.5: Het percentage huisartspatiënten jonger dan 12 jaar met een diagnose angst (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	0,7	0,6	0,6
2015	0,8	0,7	0,7
2016	0,7	0,6	0,7
2017	0,8	0,7	0,8
2018	0,8	0,7	0,8
2019	0,9	0,7	0,8
2020	0,9	0,7	0,8
2021	0,9	0,7	0,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.6: Het percentage huisartspatiënten jonger dan 12 jaar met een enigerlei psychische diagnose (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	10,0	16,6	13,4
2015	10,4	17,1	13,8
2016	10,4	16,9	13,7
2017	10,8	17,8	14,4
2018	11,2	18,2	14,8
2019	10,9	17,5	14,3
2020	10,7	17,0	13,9
2021	10,9	17,3	14,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.7: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	1,6	0,7	1,2
2015	1,7	0,7	1,2
2016	1,8	0,7	1,2
2017	2,3	0,8	1,5
2018	2,5	1,0	1,7
2019	2,6	1,0	1,8
2020	2,7	0,9	1,8
2021	3,2	1,0	2,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.8: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met een diagnose angst (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	2,3	1,1	1,6
2015	2,3	1,3	1,8
2016	2,3	1,3	1,8
2017	2,7	1,3	2,0
2018	2,9	1,4	2,1
2019	3,2	1,5	2,3
2020	3,4	1,4	2,4
2021	4,1	1,4	2,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.9: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met enigerlei psychische diagnose (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	14,2	18,2	16,3
2015	14,5	18,5	16,5
2016	14,8	18,5	16,7
2017	16,2	18,9	17,6
2018	17,0	19,4	18,3
2019	17,7	19,2	18,5
2020	18,1	18,9	18,5
2021	20,4	19,3	19,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.10a: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar dat is gezien door de POH-GGZ vanwege een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	0,3	0,1	0,2
2015	0,4	0,1	0,3
2016	0,4	0,1	0,3
2017	0,5	0,2	0,4
2018	0,6	0,2	0,4
2019	0,6	0,2	0,4
2020	0,6	0,2	0,4
2021	0,8	0,2	0,5

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.10b: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76) dat is gezien door de POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	18,8	14,3	16,7
2015	23,5	14,3	25,0
2016	22,2	14,3	25,0
2017	21,7	25,0	26,7
2018	24,0	20,0	23,5
2019	23,1	20,0	22,2
2020	22,2	22,2	22,2
2021	25,0	20,0	23,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.11: Het gemiddeld aantal contacten dat huisartspatiënten jonger dan 12 jaar met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021). Het gaat om contacten vanwege psychische problemen (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	1,6	1,3	1,4
2015	1,9	1,4	1,6
2016	1,1	1,4	1,3
2017	2,8	2,0	2,4
2018	1,7	1,3	1,5
2019	1,7	1,7	1,7
2020	1,8	1,3	1,6
2021	2,0	1,5	1,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.12: Het gemiddelde aantal contacten dat huisartspatiënten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021). Het gaat om contacten vanwege psychische problemen (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	2,4	2,2	2,4
2015	2,7	2,1	2,5
2016	2,2	1,8	2,1
2017	3,8	3,4	3,7
2018	2,6	2,2	2,5
2019	2,7	2,3	2,6
2020	2,5	2,3	2,5
2021	2,7	2,6	2,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 1.13: Het voorschrijfpercentage van antidepressiva (ATC-code: N06A) bij huisarts-patiënten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2019).

Jaren	Meisjes	Jongens	Totaal
2014	11,5	11,3	11,4
2015	13,7	7,9	11,8
2016	10,4	7,2	9,4
2017	8,1	7,0	7,8
2018	8,6	5,6	7,7
2019	8,5	4,9	7,5
2020	8,6	4,6	7,5
2021	7,2	6,8	7,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

2 Volwassenen

2.1 Populatieprevalentie

2.1.1 Prevalentie in de algemene bevolking

Tabel 2.1: Het vóórkomen van enige stemmingsstoornis, depressieve stoornis, dysthymie en angststoornis in de afgelopen 12 maanden bij volwassenen van 18 tot 65 jaar. Toelichting: psychische aandoeningen zijn vastgesteld op basis van een uitgebreid klinisch instrument CIDI (Composite International Diagnostic Instrument) en conform criteria van de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

	2007-2009	2019-2022
Enige psychische stoornis	17,4 %	26,1 % *
Depressieve stoornis	5,1 %	9,3 % *
Dysthymie	0,9 %	1,6 % *
Enige angststoornis	10,1 %	15,6 % *

Bron: NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study); peiljaren: 2007-2009 (NEMESIS-2) en 2019-2022 (NEMESIS-3).

* = significant verschil ten opzichte van 2007-2009, ook na correctie voor veranderingen over tijd in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie en stedelijkheid.

Tabel 2.2: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij volwassenen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2010	11,9	10,7 – 13,2	8,6	7,5 – 9,9	10,3	9,5 – 11,2
2011	12,2	10,8 – 13,6	9,9	8,7 – 11,4	11,1	10,2 – 12,1
2012	13,1	11,8 – 14,6	8,4	7,2 – 9,7	10,9	9,9 – 11,8
2013	12,7	11,4 – 14,1	8,9	7,7 – 10,3	10,9	10,0 – 11,9
2014	13,6	12,3 – 15,0	9,3	8,2 – 10,5	11,5	10,6 – 12,4
2015	13,4	12,1 – 14,9	10,0	8,9 – 11,4	11,7	10,8 – 12,7
2016	14,5	13,2 – 16,0	10,2	9,0 – 11,6	12,4	11,5 – 13,3
2017	13,7	12,4 – 15,1	10,6	9,4 – 11,9	12,2	11,3 – 13,1
2018	15,0	13,7 – 16,4	10,9	9,8 – 12,2	13,0	12,1 – 13,9
2019	14,1	12,8 – 15,5	10,5	9,4 – 11,8	12,3	11,4 – 13,3
2020	15,7	14,2 – 17,3	10,5	9,2 – 11,9	13,1	12,1 – 14,2
2021	19,6	17,9 – 21,4	13,6	12,1 – 15,2	16,6	15,4 – 17,8

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 2.3: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij volwassenen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	9,7	8,6 – 10,9	7,5	6,5 – 8,6	8,6	7,8 – 9,4
2015	10,1	8,9 – 11,4	7,2	6,2 – 8,4	8,6	7,9 – 9,5
2016	11,2	10,0 – 12,5	8,7	7,6 – 9,9	9,9	9,1 – 10,8
2017	9,0	7,9 – 10,2	8,3	7,2 – 9,5	8,7	7,9 – 9,5
2018	11,2	10,0 – 12,4	9,0	7,9 – 10,2	10,1	9,3 – 10,9
2019	10,3	9,2 – 11,6	7,9	6,9 – 9,0	9,1	8,3 – 10,0
2020	11,4	10,1 – 12,8	8,6	7,4 – 10,0	10,0	9,1 – 11,0
2021	12,3	10,9 – 13,8	9,6	8,3 – 11,0	10,9	9,9 – 11,9

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 2.4: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale, K10) bij volwassenen in de leeftijd van 18/19* tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2012- 2020). Met de gehanteerde afkapscore ≥ 30 worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. * = In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2012	7,1	6,8 – 7,4	5,0	4,7 – 5,2	6,0	5,8 – 6,2
2016	7,7	7,4 – 7,9	6,4	6,2 – 6,7	7,1	6,9 – 7,2
2020	8,4	8,1 – 8,6	6,0	5,8 – 6,2	7,2	7,0 – 7,3

Bron: Gezondheidsmonitor Ouderen & Volwassenen van GGD'en, RIVM en CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

2.1.2 Prevalentie in de beroepsbevolking

Tabel 2.5: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij werknemers in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2007-2021).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2007	10,9	10,3 – 11,5	11,7	11,1 – 12,3	11,3	10,9 – 11,8
2008	11,9*	11,3 – 12,6	12,9*	12,3 – 13,6	12,5*	12,0 – 12,9
2009	11,8	11,1 – 12,4	13,5	12,9 – 14,1	12,7	12,2 – 13,1
2010	12,6	11,9 – 13,2	13,8	13,2 – 14,4	13,2	12,8 – 13,7
2011	12,1	11,5 – 12,8	13,6	13,0 – 14,2	12,9	12,5 – 13,4
2012	13,2*	12,6 – 13,9	13,4	12,8 – 14,0	13,3	12,9 – 13,7
2013	11,8*	11,2 – 12,4	13,3	12,7 – 13,9	12,6*	12,2 – 13,0
2014	14,8*	14,2 – 15,3	15,1*	14,6 – 15,6	15,0*	14,6 – 15,3
2015	14,5	14,0 – 15,0	13,6*	13,2 – 14,1	14,0*	13,7 – 14,4
2016	15,9*	15,4 – 16,4	14,7*	14,3 – 15,2	15,3*	14,9 – 15,6
2017	17,7*	17,1 – 18,2	15,7*	15,2 – 16,2	16,6*	16,3 – 17,0
2018	18,7*	18,2 – 19,1	17,2*	16,8 – 17,6	17,9*	17,6 – 18,2
2019	18,8	18,3 – 19,2	16,7	16,3 – 17,1	17,7	17,4 – 18,0
2020	17,3*	16,9 – 17,8	15,5*	15,1 – 15,9	16,4*	16,1 – 16,7
2021	19,4*	18,9 – 19,9	16,5*	16,0 – 17,0	17,9*	17,6 – 18,3
Significante lineaire trend?	Ja, klein effect		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 2.6: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij zelfstandig ondernemers in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2015-2019).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2015	8,1	6,8 – 9,5	8,1	7,2 – 9,2	8,1	7,3 – 9,0
2017	9,1	7,9 – 10,4	9,7*	8,8 – 10,7	9,5	8,7 – 10,3
2019	9,0	7,7 – 10,3	10,4	9,4 – 11,5	9,8	9,0 – 10,7
2021	9,8	8,7 – 10,9	10,2	9,4 – 11,2	10,1	9,4 – 10,8
Significante lineaire trend?	Nee		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 2.7: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij werknemers in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	1,7	1,5 – 1,9	2,6	2,4 – 2,9	2,2	2,0 – 2,4
2016	1,8	1,6 – 2,0	2,5	2,3 – 2,7	2,2	2,0 – 2,3
2018	2,0	1,8 – 2,2	2,5	2,4 – 2,7	2,3	2,2 – 2,2
2020	1,6*	1,5 – 1,8	2,3	2,1 – 2,5	2,0*	1,9 – 2,1
Significante lineaire trend?	Nee		Nee		Nee	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 2.8: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij zelfstandig ondernemers in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2015-2019).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2015	1,1	0,7 – 1,8	1,7	1,3 – 2,2	1,5	1,1 – 1,9
2017	0,8	0,5 – 1,3	1,7	1,3 – 2,2	1,4	1,1 – 1,7
2019	1,1	0,7 – 1,7	1,2	0,9 – 1,7	1,2	0,9 – 1,5
2021	1,2	0,8 – 1,7	1,6	1,2 – 2,0	1,4	1,2 – 1,7
Significante trend, effect	Nee		Nee		Nee	

Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$.

2.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg

2.2.1 Huisartsenzorg

Tabel 2.9: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	6,4	3,6	5,0
2015	6,6	3,7	5,1
2016	6,5	3,7	5,1
2017	6,6	3,7	5,1
2018	6,8	3,8	5,3
2019	6,8	3,8	5,3
2020	6,6	3,7	5,2
2021	6,6	3,7	5,3

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 2.10: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een diagnose angst (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	5,5	2,8	4,2
2015	5,7	2,9	4,3
2016	5,7	2,8	4,3
2017	6,0	3,0	4,5
2018	6,3	3,1	4,7
2019	6,6	3,3	4,9
2020	6,6	3,2	4,9
2021	6,8	3,3	5,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 2.11: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met enigerlei psychische diagnose (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	22,9	17,5	20,2
2015	23,6	18,0	20,8
2016	23,7	18,1	20,9
2017	24,8	18,9	21,9
2018	25,9	19,6	22,8
2019	26,1	20,0	23,1
2020	25,7	19,7	22,7
2021	26,6	20,1	23,4

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 2.12a: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar dat is gezien door de POH-GGZ vanwege een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	1,2	0,7	0,9
2015	1,5	0,8	1,1
2016	1,4	0,7	1,1
2017	1,6	0,8	1,2
2018	1,6	0,9	1,2
2019	1,7	0,9	1,3
2020	1,6	0,7	1,2
2021	1,8	1,0	1,4

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 2.12b: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76) dat is gezien door de POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	18,8	19,4	18,0
2015	22,7	21,6	21,6
2016	21,5	18,9	21,6
2017	24,2	21,6	23,5
2018	23,5	23,7	22,6
2019	25,0	23,7	24,5
2020	24,2	18,4	23,1
2021	27,3	27,0	26,4

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 2.13: Het gemiddeld aantal contacten dat huisartspatiënten in de leeftijd 18 tot 65 jaar met een diagnose depressie hebben met de huisarts en/of POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021). Het gaat om contacten vanwege psychische problemen (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	2,7	2,6	2,7
2015	2,9	2,8	2,9
2016	2,2	2,2	2,2
2017	3,9	3,6	3,8
2018	2,8	2,8	2,8
2019	2,9	2,8	2,9
2020	3,0	2,8	2,9
2021	3,0	3,0	3,0

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 2.14: Het voorschrijfpercentage van antidepressiva (ATC-code: N06A) bij huisartspatiënten in de leeftijd 18 tot 65 jaar met een diagnose depressie, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	53,9	51,1	52,9
2015	56,6	52,9	55,2
2016	52,9	49,2	51,6
2017	51,6	48,4	50,5
2018	49,8	46,2	48,5
2019	49,7	46,4	48,5
2020	47,9	44,2	46,6
2021	47,6	44,1	46,6

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

2.2.2 Specialistische GGZ

Tabel 2.15a: Het aantal volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	50.531	30.560	81.091
2015	49.991	29.931	79.922
2016	50.318	29.992	80.310
2017	51.993	30.166	82.159
2018	54.573	30.490	85.063
2019	52.965	29.395	82.360
2020	50.955	28.027	78.982

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.15b: Het geschatte percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,97	0,58	0,77
2015	0,96	0,57	0,76
2016	0,96	0,57	0,77
2017	0,99	0,57	0,78
2018	1,04	0,57	0,81
2019	1,00	0,55	0,78
2020	0,96	0,52	0,74

Bron: Vektis declaratiegegevens.

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 2.16a: Het aantal volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	3.116	2.187	5.303
2015	2.971	2.031	5.002
2016	2.662	1.753	4.415
2017	2.672	1.813	4.485
2018	2.525	1.591	4.116
2019	2.264	1.544	3.808
2020	2.027	1.336	3.363

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.16b: Het geschatte percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,060	0,042	0,051
2015	0,057	0,039	0,048
2016	0,051	0,033	0,042
2017	0,051	0,034	0,043
2018	0,048	0,030	0,039
2019	0,043	0,029	0,036
2020	0,038	0,025	0,031

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 2.17a: Het aantal volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	42.908	21.275	64.183
2015	44.178	21.576	65.754
2016	46.790	22.688	69.478
2017	50.381	23.389	73.770
2018	55.389	24.931	80.320
2019	59.145	25.612	84.757
2020	63.132	26.559	89.691

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.17b: Het geschatte percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,82	0,40	0,61
2015	0,85	0,41	0,63
2016	0,90	0,43	0,66
2017	0,96	0,44	0,70
2018	1,05	0,47	0,76
2019	1,12	0,48	0,80
2020	1,19	0,49	0,84

Bron: Vektis declaratiegegevens.

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 2.18a: Het aantal volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	1.541	817	2.358
2015	1.537	835	2.372
2016	1.623	916	2.539
2017	1.884	899	2.783
2018	2.006	989	2.995
2019	1.957	988	2.945
2020	2.132	945	3.077

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.18b: Het geschatte percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,030	0,016	0,023
2015	0,030	0,016	0,023
2016	0,031	0,017	0,024
2017	0,036	0,017	0,026
2018	0,038	0,019	0,028
2019	0,037	0,019	0,028
2020	0,040	0,018	0,029

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 2.19a: Het aantal volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	247.820	210.219	458.039
2015	241.865	202.242	444.107
2016	244.681	201.501	446.182
2017	250.982	200.046	451.028
2018	261.342	202.094	463.436
2019	262.863	198.562	461.425
2020	261.916	194.451	456.367

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.19b: Het geschatte percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	4,76	4,00	4,38
2015	4,64	3,85	4,24
2016	4,69	3,83	4,26
2017	4,80	3,79	4,29
2018	4,98	3,81	4,39
2019	4,98	3,72	4,35
2020	4,93	3,62	4,27

Bron: Vektis declaratiegegevens.

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 2.20a: Het aantal volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	18.076	22.882	40.958
2015	17.784	22.532	40.316
2016	16.986	22.136	39.122
2017	17.149	21.646	38.795
2018	17.059	21.761	38.820
2019	16.270	21.289	37.559
2020	15.786	20.486	36.272

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.20b: Het geschatte percentage volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,35	0,44	0,39
2015	0,34	0,43	0,39
2016	0,33	0,42	0,37
2017	0,33	0,41	0,37
2018	0,32	0,41	0,37
2019	0,31	0,40	0,35
2020	0,30	0,38	0,34

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 2.21a: De gemiddelde behandelduur (uren) bij volwassenen (18 tot 65 jaar) dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van specialistische ggz zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	29,1	29,1	29,1
2015	30,3	30,3	30,3
2016	30,8	31,0	30,8
2017	31,3	31,1	31,2
2018	32,6	32,3	32,5
2019	34,1	34,3	34,1
2020	36,5	37,1	36,7

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.21b: De gemiddelde behandelduur (uren) bij volwassenen (18 tot 65 jaar) die vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maken van specialistische ggz met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	115,5	101,4	109,7
2015	120,0	109,7	115,8
2016	120,7	108,3	115,8
2017	124,4	110,1	118,6
2018	137,2	116,5	129,2
2019	148,2	125,6	139,0
2020	169,8	136,2	150,4

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.22: Het opnamepercentage in de specialistische GGZ (S-GGZ) bij volwassenen (18 tot 65 jaar) met een nieuwe diagnose depressieve stoornis, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	5,81	6,68	6,14
2015	5,61	6,35	5,89
2016	5,02	5,52	5,21
2017	4,89	5,67	5,18
2018	4,42	4,96	4,62
2019	4,10	4,99	4,42
2020	3,83	4,55	4,08

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 2.23: De gemiddelde verblijfsduur (in dagen) in de specialistische GGZ (S-GGZ) van opgenomen volwassenen (18 tot 65 jaar) met een nieuwe diagnose depressieve stoornis, naar geslacht (peiljaren 2015-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	53,4	49,9	52,0
2015	53,4	52,3	52,9
2016	52,0	47,5	50,2
2017	50,6	46,6	49,0
2018	51,5	46,5	49,6
2019	48,4	48,9	48,6
2020	47,4	47,9	47,6

Bron: Vektis declaratiegegevens.

3 Ouderen

3.1 Populatieprevalentie

3.1.1 Prevalentie in de algemene bevolking

Tabel 3.1: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2010	14,7	12,1 – 17,8	8,1	6,2 – 10,3	11,3	9,7 – 13,1
2011	13,6	11,0 – 16,8	6,8	5,0 – 9,0	10,1	8,5 – 12,0
2012	13,3	10,8 – 16,2	6,6	4,9 – 8,8	9,9	8,4 – 11,7
2013	12,5	10,1 – 15,4	8,1	6,3 – 10,4	10,3	8,7 – 12,1
2014	12,9	10,8 – 15,3	6,6	5,1 – 8,5	10,0	8,6 – 11,6
2015	11,9	9,9 – 14,3	5,9	4,5 – 7,7	9,1	7,8 – 10,6
2016	14,5	12,3 – 17,0	6,7	5,1 – 8,7	10,9	9,5 – 12,5
2017	13,0	11,0 – 15,2	5,5	4,2 – 7,1	9,5	8,2 – 10,9
2018	12,8	10,7 – 15,2	8,7	7,0 – 10,7	10,8	9,5 – 12,4
2019	12,6	10,7 – 14,9	7,0	5,5 – 8,8	10,0	8,7 – 11,4
2020	12,1	10,0 – 14,5	7,1	5,6 – 9,0	9,7	8,4 – 11,3
2021	13,2	11,0 – 15,8	9,2	7,4 – 11,4	11,3	9,8 – 13,0

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 3.2: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	8,1	6,5 – 10,1	4,1	3,0 – 5,8	6,3	5,2 – 7,5
2015	7,0	5,5 – 9,0	4,3	3,1 – 5,9	5,8	4,8 – 7,0
2016	8,3	6,7 – 10,4	5,2	3,8 – 7,0	6,9	5,8 – 8,2
2017	6,7	5,3 – 8,4	4,6	3,4 – 6,2	5,7	4,8 – 6,9
2018	6,0	4,6 – 7,8	4,0	2,9 – 5,6	5,1	4,1 – 6,2
2019	7,2	5,8 – 9,1	5,3	4,1 – 7,0	6,3	5,3 – 7,5
2020	7,2	5,4 – 9,2	4,0	2,9 – 5,6	5,7	4,6 – 7,0
2021	6,3	4,8 – 8,2	4,1	3,0 – 5,7	5,3	4,3 – 6,5

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 3.3: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale, K10) bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2012- 2020). Met de gehanteerde afkapscore ≥ 30 worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2012	5,4	5,1 – 5,7	2,9	2,7 – 3,2	4,3	4,1 – 4,5
2016	5,8	5,6 – 5,9	3,3	3,2 – 3,5	4,6	4,5 – 4,7
2020	4,7	4,6 – 4,9	2,9	2,8 – 3,1	3,9	3,8 – 4,0

Bron: Gezondheidsmonitor Ouderen & Volwassenen van GGD'en, RIVM en CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

3.1.2 Prevalentie in de beroepsbevolking

Tabel 3.4: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij werknemers in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	#	2,5 – 9,3	1,4	0,6 – 3,0	2,4	1,4 – 3,9
2015	1,8	0,7 – 4,7	2,3	1,3 – 3,9	2,2	1,3 – 3,5
2016	2,2	1,0 – 4,9	4,0	2,7 – 5,9	3,4	2,4 – 4,9
2017	8,9*	6,1 – 12,9	6,4	4,7 – 8,6	7,2*	5,7 – 9,1
2018	8,3	6,1 – 11,1	5,4	4,1 – 6,9	6,3	5,2 – 7,6
2019	10,9	8,5 – 13,9	8,7*	7,2 – 10,6	9,4*	8,1 – 11,0
2020	9,7	7,5 – 12,3	6,1*	4,8 – 7,7	7,3*	6,2 – 8,7
2021	9,7	7,5 – 12,5	6,9	5,5 – 8,7	7,9	6,6 – 9,4
Significante lineaire trend?	Ja, klein effect		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervoor.

Tabel 3.5: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij zelfstandig ondernemers in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2015-2019).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2015	#	#	2,5	1,3 – 4,7	2,1	1,1 – 3,9
2017	#	#	2,4	1,3 – 4,3	2,9	1,8 – 4,6
2019	#	#	3,0	1,8 – 5,1	3,4	2,2 – 5,2
2021	3,2	1,6 – 6,3	5,3	3,8 – 7,3	4,7	3,5 – 6,3
Significante lineaire trend?	#		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$.

Voor vrouwelijke zelfstandig ondernemers zijn geen gegevens beschikbaar vanwege te lage aantallen.

Tabel 3.6: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij werknemers in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	0,0	0,0 – 2,4	1,3	0,6 – 3,0	0,9	0,4 – 2,1
2016	0,0	0,0 – 1,6	0,5	0,2 – 1,4	0,3	0,1 – 1,0
2018	0,7	0,3 – 2,1	0,8	0,4 – 1,6	0,8	0,5 – 1,4
2020	1,7	0,9 – 3,1	0,5	0,2 – 1,1	0,9	0,5 – 1,5
Significante lineaire trend?	Nee		Nee		Nee	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$.

Tabel 3.7: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij zelfstandig ondernemers in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2015-2019).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2015	#	#	0,2	0,0 – 1,5	0,2	0,0 – 1,2
2017	#	#	0,8	0,3 – 2,2	0,9	0,4 – 2,1
2019	#	#	0,7	0,2 – 2,0	0,5	0,2 – 1,5
2021	0	0,0 – 1,6	0,4	0,1 – 1,3	0,3	0,1 – 1,0
Significante lineaire trend?	#		Nee		Nee	

Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$.

Voor vrouwelijke zelfstandig ondernemers zijn geen gegevens beschikbaar vanwege te lage aantallen.

3.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg

3.2.1 Huisartsenzorg

Tabel 3.8: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	6,4	3,3	5,0
2015	6,3	3,3	4,9
2016	6,3	3,3	4,9
2017	6,1	3,2	4,7
2018	6,2	3,3	4,8
2019	6,1	3,4	4,8
2020	5,8	3,1	4,6
2021	5,8	3,1	4,5

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 3.9: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een diagnose angst (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	5,5	2,4	4,1
2015	5,5	2,5	4,1
2016	5,5	2,4	4,1
2017	5,6	2,5	4,2
2018	5,6	2,6	4,2
2019	5,6	2,6	4,2
2020	5,6	2,5	4,1
2021	5,6	2,4	4,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 3.10: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met enigerlei psychische diagnose (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	27,8	19,1	23,8
2015	27,8	19,4	23,9
2016	27,6	19,3	23,7
2017	27,7	19,6	23,9
2018	27,7	20,0	24,1
2019	27,8	20,4	24,3
2020	26,6	19,5	23,2
2021	26,8	19,8	23,5

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 3.11a: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat is gezien door de POH-GGZ vanwege een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,8	0,4	0,6
2015	1,0	0,5	0,8
2016	0,9	0,4	0,7
2017	1,1	0,5	0,8
2018	1,1	0,5	0,8
2019	1,0	0,5	0,8
2020	1,0	0,5	0,8
2021	1,0	0,5	0,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 3.11b: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76) dat is gezien door de POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	12,5	12,1	12,0
2015	15,9	15,2	16,3
2016	14,3	12,1	14,3
2017	18,0	15,6	17,0
2018	17,7	15,2	16,7
2019	16,4	14,7	16,7
2020	17,2	16,1	17,4
2021	17,2	16,1	17,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 3.12: Het gemiddelde aantal contacten dat huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder hebben met de huisarts en/of POH-GGZ vanwege een diagnose depressie, naar geslacht (peiljaren 2014-2021). Het gaat om contacten vanwege psychische problemen (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	2,7	2,5	2,6
2015	3,0	2,8	2,9
2016	2,5	2,2	2,4
2017	3,8	3,3	3,7
2018	2,9	2,7	2,8
2019	2,9	2,6	2,8
2020	3,0	2,7	2,9
2021	2,9	2,7	2,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 3.13: Het voorschrijfpercentage van antidepressiva (ATC-code: N06A) bij huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	65,9	61,7	64,6
2015	71,4	66,5	69,9
2016	68,1	62,7	66,4
2017	70,1	64,0	68,1
2018	70,6	65,2	68,9
2019	69,6	64,7	68,0
2020	68,4	63,6	66,9
2021	69,4	64,6	67,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

3.2.2 Specialistische GGZ

Tabel 3.14a: Het aantal ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	7.532	3.339	10.871
2015	7.298	3.485	10.783
2016	7.549	3.497	11.046
2017	7.936	3.822	11.758
2018	8.302	4.089	12.391
2019	8.017	3.944	11.961
2020	7.777	3.872	11.649

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.14b: Het geschatte percentage ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,47	0,25	0,37
2015	0,44	0,26	0,36
2016	0,45	0,25	0,36
2017	0,46	0,26	0,37
2018	0,47	0,27	0,38
2019	0,45	0,26	0,36
2020	0,43	0,25	0,34

Bron: Vektis declaratiegegevens.

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 3.15a: Het aantal ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	1.402	722	2.124
2015	1.384	680	2.064
2016	1.379	689	2.068
2017	1.359	705	2.064
2018	1.333	714	2.047
2019	1.281	689	1.970
2020	1.302	726	2.028

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.15b: Het geschatte percentage ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,087	0,055	0,073
2015	0,084	0,050	0,069
2016	0,082	0,049	0,067
2017	0,079	0,049	0,065
2018	0,076	0,048	0,063
2019	0,072	0,045	0,059
2020	0,072	0,046	0,060

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 3.16a: Het aantal ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	3.059	1.414	4.473
2015	3.187	1.487	4.674
2016	3.452	1.656	5.108
2017	3.879	1.803	5.682
2018	4.305	1.927	6.232
2019	4.432	2.005	6.437
2020	4.516	2.073	6.589

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.16b: Het geschatte percentage ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,19	0,11	0,15
2015	0,19	0,11	0,16
2016	0,21	0,12	0,17
2017	0,23	0,12	0,18
2018	0,25	0,13	0,19
2019	0,25	0,13	0,19
2020	0,25	0,13	0,19

Bron: Vektis declaratiegegevens.

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 3.17a: Het aantal ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	236	130	366
2015	249	140	389
2016	282	142	424
2017	295	140	435
2018	311	144	455
2019	303	143	446
2020	349	138	487

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.17b: Het geschatte percentage ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose angststoornis gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,015	0,010	0,013
2015	0,015	0,010	0,013
2016	0,017	0,010	0,014
2017	0,017	0,010	0,014
2018	0,018	0,010	0,014
2019	0,017	0,009	0,013
2020	0,019	0,009	0,014

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 3.18a: Het aantal ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	40.822	26.004	66.826
2015	38.672	24.863	63.535
2016	37.485	24.105	61.590
2017	37.268	23.913	61.181
2018	37.855	24.606	62.461
2019	36.727	24.043	60.770
2020	34.973	22.829	57.802

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.18b: Het geschatte percentage ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	2,54	1,98	2,29
2015	2,35	1,82	2,11
2016	2,23	1,71	2,00
2017	2,18	1,65	1,94
2018	2,16	1,65	1,93
2019	2,06	1,57	1,83
2020	1,92	1,45	1,70

Bron: Vektis declaratiegegevens.

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 3.19a: Het aantal ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	4.002	2.763	6.765
2015	3.949	2.707	6.656
2016	3.976	2.641	6.617
2017	3.793	2.587	6.380
2018	3.823	2.613	6.436
2019	3.679	2.579	6.258
2020	3.695	2.526	6.221

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.19b: Het geschatte percentage ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege enigerlei nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) gebruik maakt van de specialistische GGZ (S-GGZ) met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020.)^a

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	0,25	0,21	0,23
2015	0,24	0,20	0,22
2016	0,24	0,19	0,21
2017	0,22	0,18	0,20
2018	0,22	0,18	0,20
2019	0,21	0,17	0,19
2020	0,20	0,16	0,18

^a Per peiljaar geschat door het aantal volwassenen met een hoofddiagnose depressieve stoornis in de S-GGZ af te zetten tegenover het totaal aantal volwassenen in de algemene bevolking.

Tabel 3.20a: De gemiddelde behandelduur (uren) bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder dat vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maakt van specialistische ggz zonder verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	31,2	28,5	30,4
2015	32,0	29,5	31,2
2016	31,3	29,3	30,7
2017	31,0	29,7	30,6
2018	32,9	31,4	32,4
2019	34,3	32,6	33,7
2020	36,9	34,2	36,0

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.20b: De gemiddelde behandelduur (uren) bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder die vanwege een nieuwe diagnose depressieve stoornis gebruik maken van specialistische ggz met verblijf, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	112,6	103,3	109,5
2015	113,3	108,2	111,6
2016	118,6	106,0	114,4
2017	119,0	107,1	115,0
2018	122,8	112,4	119,2
2019	129,6	112,7	123,6
2020	140,7	126,5	135,6

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.21: Het opnamepercentage in de specialistische GGZ (S-GGZ) bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een nieuwe diagnose depressieve stoornis, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	15,7	17,8	16,3
2015	15,9	16,3	16,1
2016	15,4	16,5	15,8
2017	14,6	15,6	14,9
2018	13,8	14,9	14,2
2019	13,8	14,9	14,1
2020	14,3	15,8	14,8

Bron: Vektis declaratiegegevens.

Tabel 3.22: De gemiddelde verblijfsduur (in dagen) in de specialistische GGZ (S-GGZ) van opgenomen ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een nieuwe diagnose depressieve stoornis, naar geslacht (peiljaren 2015-2020).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	71,1	80,2	77,1
2015	69,8	77,0	74,6
2016	76,2	78,2	77,6
2017	69,1	80,9	76,9
2018	75,3	81,0	79,0
2019	70,9	78,1	75,6
2020	70,2	80,2	76,6

Bron: Vektis declaratiegegevens.

4 Jonge vrouwen

4.1 Populatieprevalentie

4.1.1 Prevalentie in de algemene bevolking

Tabel 4.1: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot 25 jaar, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen (18-24)		Mannen (18-24)		Totaal (18-24)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2010	13,2	9,5 – 18,1	8,2	5,1 – 13,0	11,0	8,4 – 14,4
2011	13,9	9,8 – 19,3	7,7	4,5 – 12,9	11,1	8,3 – 14,7
2012	18,6	14,2 – 24,1	8,4	5,3 – 13,1	14,0	11,1 – 17,6
2013	16,3	12,1 – 21,5	7,6	4,6 – 12,3	12,2	9,4 – 15,6
2014	14,8	11,4 – 19,0	8,9	6,3 – 12,4	11,8	9,6 – 14,5
2015	13,9	10,5 – 18,1	7,0	4,6 – 10,5	10,4	8,2 – 13,0
2016	11,5	8,7 – 15,2	10,6	7,6 – 14,6	11,1	8,9 – 13,7
2017	14,2	10,8 – 18,4	8,1	5,5 – 11,7	11,1	8,9 – 13,8
2018	19,0	14,9 – 23,9	6,7	4,2 – 10,5	12,8	10,3 – 15,8
2019	16,1	12,5 – 20,5	9,5	6,7 – 13,3	12,7	10,3 – 15,5
2020	18,2	14,0 – 23,2	9,6	6,6 – 13,8	13,8	11,1 – 16,9
2021	28,9	23,6 – 34,7	16,3	12,3 – 21,4	22,4	19,0 – 26,3

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 4.2: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij jongvolwassenen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen (25-34)		Mannen (25-34)		Totaal (25-34)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2010	9,0	6,6 – 12,2	10,5	7,6 – 14,3	9,7	7,7 – 12,0
2011	9,1	6,5 – 12,5	10,9	7,9 – 14,9	10,0	7,9 – 12,5
2012	9,9	7,3 – 13,3	10,6	7,5 – 14,7	10,2	8,2 – 12,8
2013	11,4	8,7 – 14,8	10,0	7,1 – 13,9	10,7	8,7 – 13,2
2014	13,3	10,5 – 16,7	8,6	6,3 – 11,8	11,0	9,1 – 13,2
2015	10,7	8,2 – 13,8	10,4	7,9 – 13,7	10,6	8,7 – 12,8
2016	16,8	13,6 – 20,5	10,0	7,4 – 13,3	13,4	11,3 – 15,8
2017	14,5	11,6 – 18,1	11,3	8,6 – 14,7	12,9	10,9 – 15,3
2018	13,1	10,6 – 16,1	11,8	9,2 – 15,0	12,5	10,6 – 14,6
2019	14,3	11,6 – 17,6	11,9	9,3 – 15,2	13,1	11,1 – 15,4
2020	21,1	17,5 – 25,4	9,0	6,5 – 12,4	15,0	12,7 – 17,7
2021	23,0	19,2 – 27,3	13,4	10,2 – 17,3	18,2	15,6 – 21,0

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 4.3: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot 25 jaar, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen (18-24)		Mannen (18-24)		Totaal (18-24)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	10,0	7,2 – 13,7	4,9	3,1 – 7,8	7,4	5,7 – 9,7
2015	6,8	4,5 – 10,3	5,4	3,4 – 8,5	6,1	4,4 – 8,3
2016	9,7	7,1 – 13,2	6,6	4,3 – 9,9	8,1	6,3 – 10,4
2017	8,6	6,1 – 12,1	7,6	5,2 – 11,1	8,1	6,3 – 10,4
2018	15,4	11,7 – 19,9	6,0	3,6 – 9,8	10,6	8,4 – 13,4
2019	12,1	8,9 – 16,1	5,1	3,2 – 8,2	8,5	6,6 – 11,0
2020	12,9	9,3 – 17,5	8,0	5,3 – 12,0	10,4	8,0 – 13,3
2021	15,0	11,0 – 20,1	10,8	7,5 – 15,2	12,8	10,2 – 16,1

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 4.4: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij jongvolwassenen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen (25-34)		Mannen (25-34)		Totaal (25-34)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	8,3	6,1 – 11,2	7,7	5,5 – 10,8	8,0	6,4 – 10,0
2015	8,5	6,2 – 11,5	8,1	5,8 – 11,2	8,3	6,6 – 10,3
2016	12,3	9,6 – 15,7	8,0	5,7 – 11,2	10,2	8,3 – 12,4
2017	9,4	7,0 – 12,5	8,6	6,3 – 11,7	9,0	7,3 – 11,1
2018	10,0	7,8 – 12,8	10,8	8,3 – 13,9	10,4	8,7 – 12,5
2019	10,3	8,0 – 13,2	10,7	8,2 – 13,7	10,5	8,8 – 12,5
2020	13,8	10,7 – 17,6	10,4	7,6 – 14,0	12,1	9,9 – 14,6
2021	14,4	11,3 – 18,2	11,4	8,5 – 15,1	12,9	10,7 – 15,4

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 4.5: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale, K10) bij jongvolwassenen in de leeftijd van 18/19 tot 25 jaar, naar geslacht (peiljaren 2012- 2020). Met de gehanteerde afkapscore ≥ 30 worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. * = In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.

jaren	Vrouwen (19-24)		Mannen (19-24)		Totaal (19-24)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2012	8,0	7,3 – 8,8	3,8	3,2 – 4,6	5,9	5,4 – 6,4
2016	8,8	8,1 – 9,6	6,5	5,6 – 7,5	7,6	7,0 – 8,3
2020	12,8	12,1 – 13,5	7,1	6,5 – 7,8	9,9	9,5 – 10,4

Bron: Gezondheidsmonitor Ouderen & Volwassenen van GGD'en, RIVM en CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 4.6: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale, K10) bij jongvolwassenen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar, naar geslacht (peiljaren 2012- 2020). Met de gehanteerde afkapscore ≥ 30 worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

jaren	Vrouwen (25-34)		Mannen (25-34)		Totaal (25-34)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2012	7,6	7,0 – 8,3	5,0	4,4 – 5,6	6,3	5,9 – 6,8
2016	7,8	7,3 – 8,4	6,1	5,5 – 6,7	7,0	6,5 – 7,4
2020	9,9	9,4 – 10,5	6,6	6,1 – 7,1	8,3	7,9 – 8,6

Bron: Gezondheidsmonitor Ouderen & Volwassenen van GGD'en, RIVM en CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

4.1.2 Prevalentie in de beroepsbevolking

Tabel 4.7: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij werknemers in de leeftijd van 18 tot 25 jaar, naar geslacht (peiljaren 2007-2021).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2007	9,7	8,2 – 11,5	7,7	6,4 – 9,3	8,7	7,7 – 9,9
2008	10,9	9,3 – 12,7	9,7	8,2 – 11,4	10,3	9,2 – 11,5
2009	9,4	8,0 – 11,0	9,4	8,0 – 11,2	9,4	8,4 – 10,6
2010	11,1	9,6 – 12,8	9,0	7,7 – 10,7	10,1	9,1 – 11,3
2011	9,5	8,1 – 11,1	7,9	6,6 – 9,5	8,8	7,8 – 9,9
2012	11,8*	10,3 – 13,5	9,0	7,7 – 10,5	10,4*	9,4 – 11,5
2013	9,5*	8,1 – 11,1	8,2	6,8 – 9,8	8,8*	7,8 – 9,9
2014	10,9	9,6 – 12,3	8,9	7,7 – 10,2	9,9	9,0 – 10,8
2015	9,2	8,1 – 10,4	8,9	7,8 – 10,1	9,0	8,2 – 9,9
2016	13,7*	12,4 – 15,1	10,9*	9,7 – 12,3	12,3*	11,4 – 13,3
2017	13,4	12,1 – 14,9	9,8	8,6 – 11,1	11,7	10,8 – 12,6
2018	16,3*	15,1 – 17,5	13,5*	12,4 – 14,7	14,9*	14,1 – 15,8
2019	16,0	14,8 – 17,3	11,4*	10,4 – 12,5	13,8	13,0 – 14,6
2020	15,3	14,1 – 16,6	10,1	9,1 – 11,2	12,7	12,0 – 13,6
2021	16,9	15,5 – 18,3	10,4	9,3 – 11,6	13,7	12,8 – 14,6
Significant lineaire trend?	Ja, klein effect		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 4.8: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij werknemers in de leeftijd van 25 tot 35 jaar, naar geslacht (peiljaren 2007-2019).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2007	12,3	11,1 – 13,7	9,3	8,3 – 10,5	10,8	10,0 – 11,7
2008	12,8	11,6 – 14,3	13,3*	12,0 – 14,7	13,1	12,1 – 14,1
2009	12,9	11,6 – 14,3	12,9	11,7 – 14,3	12,9	12,0 – 13,9
2010	13,7	12,4 – 15,1	13,9	12,6 – 15,3	13,8	12,9 – 14,8
2011	13,3	11,9 – 14,9	14,6	13,2 – 16,0	13,9	13,0 – 14,9
2012	14,3	13,0 – 15,7	13,0	11,8 – 14,3	13,6	12,7 – 14,6
2013	13,4	12,1 – 14,8	12,6	11,3 – 13,9	13,0	12,1 – 13,9
2014	16,2*	15,0 – 17,4	17,0*	15,9 – 18,2	16,6*	15,8 – 17,4
2015	16,6	15,5 – 17,7	13,4*	12,5 – 14,5	15,0*	14,2 – 15,7
2016	18,3*	17,2 – 19,5	16,0*	15,0 – 17,1	17,1*	16,4 – 17,9
2017	21,0*	19,8 – 22,2	18,0*	16,9 – 19,1	19,5*	18,6 – 20,3
2018	21,8	20,9 – 22,9	20,1*	19,1 – 21,0	20,9*	20,3 – 21,6
2019	22,8	21,8 – 23,9	19,3	18,3 – 20,2	21,0	20,3 – 21,7
2020	23,2	22,2 – 24,3	19,8	18,9 – 20,8	21,5	20,8 – 22,2
2021	25,9*	24,8 – 27,1	21,0	19,9 – 22,1	23,4*	22,6 – 24,2
Significant lineaire trend?	Ja, groot effect		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 4.9: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij zelfstandig ondernemers in de leeftijd van 25 tot 35 jaar, naar geslacht (peiljaren 2015-2019).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2015	8,0	5,2 – 12,1	5,2	3,5 – 7,8	6,2	4,6 – 8,3
2017	11,4	8,4 – 15,1	8,6*	6,6 – 11,2	9,6*	7,9 – 11,7
2019	13,5	10,1 – 17,9	14,5*	11,7 – 17,7	14,1*	11,9 – 16,6
2021	16,3	13,1 – 20,0	13,3	11,2 – 15,8	14,3	12,5 – 16,3
Significant lineaire trend?	Ja, klein effect		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 4.10: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij werknemers in de leeftijd van 18 tot 25 jaar, naar geslacht (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	0,7	0,4 – 1,2	0,8	0,5 – 1,3	0,7	0,5 – 1,1
2016	1,0	0,7 – 1,5	1,1	0,7 – 1,6	1,0	0,8 – 1,4
2018	1,4	1,1 – 1,9	1,9*	1,5 – 2,4	1,6 *	1,4 – 2,0
2020	1,4	1,0 – 1,9	1,4	1,1 – 1,9	1,4	1,1 – 1,7
Significant lineaire trend?	Ja, klein effect		Ja, klein effect		Ja, klein effect	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 4.11: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij werknemers in de leeftijd van 25 tot 35 jaar (peiljaren 2014-2020).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	2,2	1,8 – 2,7	2,6	2,1 – 3,2	2,4	2,1 – 2,8
2016	2,4	2,0 – 2,9	2,6	2,1 – 3,1	2,5	2,2 – 2,8
2018	2,4	2,0 – 2,8	2,7	2,3 – 3,1	2,6	2,3 – 2,8
2020	2,4	2,0 – 2,8	2,8	2,4 – 3,2	2,6	2,3 – 2,9
Significant lineaire trend?	Nee		Nee		Nee	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$.

Tabel 4.12: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij zelfstandig ondernemers in de leeftijd van 25 tot 35 jaar, naar geslacht (peiljaren 2015-2019).

Jaren	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2015	0,5	0,1 – 2,4	1,9	1,0 – 3,8	1,4	0,7 – 2,6
2017	1,8	0,8 – 3,8	2,3	1,3 – 3,9	2,1	1,3 – 3,2
2019	2,2	1,1 – 4,6	1,5	0,8 – 3,0	1,8	1,1 – 2,9
2021	3,9	2,4 – 6,2	2,6	1,7 – 4,0	3,0	2,2 – 4,2
Significant lineaire trend?	Ja, klein effect		Nee		Ja, klein effect	

Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. Groot effect: Cohen's $d \geq 0.2$.

4.2 Zorgprevalentie en intensiteit van zorg

4.2.1 Huisartsenzorg

Tabel 4.13: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 25 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	4,2	2,1	3,1
2015	4,4	2,1	3,2
2016	4,5	2,3	3,3
2017	5,1	2,7	3,9
2018	5,6	3,0	4,3
2019	5,9	3,1	4,5
2020	5,8	3,1	4,4
2021	6,5	3,3	4,9

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.14: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 25 jaar met een diagnose angst (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	5,6	2,3	3,9
2015	5,6	2,4	4,0
2016	5,6	2,4	4,0
2017	6,2	2,5	4,3
2018	6,8	2,7	4,7
2019	7,3	3,1	5,1
2020	7,3	2,9	5,1
2021	8,2	3,2	5,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.15: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 25 jaar met enigerlei psychische diagnose (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	20,0	15,6	17,7
2015	20,6	16,2	18,3
2016	20,5	16,5	18,4
2017	22,6	17,8	20,1
2018	24,1	18,6	21,2
2019	25,0	19,2	22,1
2020	25,2	18,9	22,0
2021	28,0	19,7	23,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.16: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 25 tot 35 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	6,2	2,9	4,6
2015	6,3	3,0	4,7
2016	6,0	2,9	4,5
2017	6,4	3,0	4,7
2018	6,7	3,4	5,1
2019	6,6	3,5	5,1
2020	6,7	3,7	5,2
2021	6,9	3,7	5,3

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.17: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 25 tot 35 jaar met een diagnose angst (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	6,1	3,0	4,5
2015	6,3	3,2	4,8
2016	6,3	3,1	4,7
2017	6,8	3,4	5,1
2018	7,2	3,5	5,4
2019	7,6	3,8	5,7
2020	7,7	4,0	5,8
2021	8,0	3,9	6,0

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.18: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 25 tot 35 jaar met enigerlei psychische diagnose (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	23,1	16,7	20,0
2015	23,8	17,2	20,6
2016	23,6	17,0	20,3
2017	25,5	18,6	22,0
2018	27,0	19,5	23,3
2019	27,4	20,2	23,8
2020	27,5	20,7	24,1
2021	28,8	21,3	25,1

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.19a: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 25 jaar dat is gezien door de POH-GGZ vanwege een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	1,0	0,4	0,7
2015	1,2	0,5	0,9
2016	1,2	0,6	0,9
2017	1,5	0,8	1,1
2018	1,7	0,9	1,3
2019	1,8	0,9	1,4
2020	1,8	0,9	1,3
2021	2,2	1,2	1,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.19b: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 25 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76) dat is gezien door de POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	23,8	19,0	22,6
2015	27,3	23,8	28,1
2016	26,7	26,1	27,3
2017	29,4	29,6	28,2
2018	30,4	30,0	30,2
2019	30,5	29,0	31,1
2020	31,0	29,0	29,5
2021	33,8	36,4	34,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.20a: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 25 tot 35 jaar dat is gezien door de POH-GGZ vanwege een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen (25-34)	Mannen	Totaal
2014	1,4	0,6	1,0
2015	1,7	0,8	1,2
2016	1,5	0,7	1,1
2017	1,8	0,8	1,3
2018	1,9	0,9	1,4
2019	1,9	0,9	1,4
2020	1,9	1,0	1,5
2021	2,1	1,1	1,6

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.20b Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 25 tot 35 jaar met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76) dat is gezien door de POH-GGZ, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	22,6	20,7	21,7
2015	27,0	26,7	25,5
2016	25,0	24,1	24,4
2017	28,1	26,7	27,7
2018	28,4	26,5	27,5
2019	28,8	25,7	27,5
2020	28,4	27,0	28,8
2021	30,4	29,7	30,2

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.21: Het gemiddelde aantal contacten dat huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 25 jaar hebben met de huisarts en/of POH-GGZ vanwege een diagnose depressie, naar geslacht (peiljaren 2014-2021). Het gaat om contacten vanwege psychische problemen (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	2,6	2,6	2,6
2015	2,9	2,7	2,9
2016	2,4	2,4	2,4
2017	4,0	4,1	4,1
2018	2,8	3,0	2,9
2019	3,1	3,0	3,1
2020	3,0	2,7	2,9
2021	3,2	3,2	3,2

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.22: Het gemiddelde aantal contacten dat huisartspatiënten in de leeftijd van 25 tot 35 jaar hebben met de huisarts en/of POH-GGZ vanwege depressie, naar geslacht (peiljaren 2014-2021). Het gaat om contacten vanwege psychische problemen (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	2,8	2,7	2,8
2015	3,1	2,9	3,0
2016	2,2	2,3	2,2
2017	4,2	3,7	4,1
2018	3,1	2,9	3,0
2019	3,1	3,1	3,1
2020	3,2	3,0	3,1
2021	3,3	3,1	3,2

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.23: Het voorschrijfpercentage van antidepressiva (ATC-code: N06A) bij huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 25 jaar met een diagnose depressie, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	28,0	23,3	26,4
2015	28,4	23,7	26,8
2016	26,0	21,3	24,3
2017	23,9	19,9	22,4
2018	22,0	19,1	20,9
2019	22,4	20,4	21,7
2020	21,5	17,7	20,1
2021	22,4	18,4	21,0

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 4.24: Het voorschrijfpercentage van antidepressiva (ATC-code: N06A) bij huisartspatiënten in de leeftijd van 25 tot 35 jaar met een diagnose depressie, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	40,3	38,1	39,6
2015	42,3	37,1	40,7
2016	39,0	34,3	37,5
2017	36,9	31,7	35,2
2018	35,7	31,7	34,4
2019	36,2	30,2	34,2
2020	33,7	29,7	32,3
2021	33,0	28,6	31,5

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

5 Zwangere en/of pas bevallen vrouwen

5.1 Populatieprevalentie: beroepsbevolking

Tabel 5.1: Het vóórkomen van burn-outklachten (gemeten met een bewerking van vijf items uit de Utrechtse Burn-out Schaal, UBOS) bij vrouwelijke werknemers in de leeftijd van 18 jaar en ouder en met een kind jonger dan twee jaar (peiljaren 2015-2021).

Jaren	%	95%-BI
2015	10,6	9,0 – 12,4
2016	12,9	11,2 – 14,9
2017	12,9	11,0 – 14,9
2018	16,3*	14,6 – 18,1
2019	18,6	16,7 – 20,6
2020	16,1	14,4 – 18,0
2021	17,1	15,2 – 19,1
Significant lineaire trend?	Ja, klein effect	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Klein effect: Cohen's $d < 0.2$. * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór.

Tabel 5.2: Het vóórkomen van de beroepsziekte depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij vrouwelijke werknemers in de leeftijd van 18 jaar en ouder en met een kind jonger dan twee jaar (peiljaren 2016-2020).

Jaren	%	95%-BI
2014	1,6	1,0 – 2,6
2016	1,0	0,6 – 1,7
2018	1,2	0,8 – 1,9
2020	1,7	1,1 – 2,4
Significant verschil?	Nee	

Bron: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (TNO; CBS).

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

5.2 Zorgprevalentie

5.2.1 Huisartsenzorg

Tabel 5.3: Het percentage zwangere of pas bevallen vrouwelijke huisartspatiënten met een diagnose depressie (ICPC-code P03 of P76) en het percentage met enigerlei psychische diagnose (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk) (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Diagnose depressie	Angst	Enigerlei psychische diagnose
2014	6,4	5,6	22,2
2015	6,4	5,8	22,6
2016	6,2	5,8	22,4
2017	6,6	6,2	23,7
2018	6,9	6,2	25,0
2019	6,5	6,5	24,7
2020	6,6	6,9	25,1
2021	6,6	6,6	25,4

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

6 Mensen met een chronische ziekte

6.1 Populatieprevalentie: algemene bevolking

Tabel 6.1: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij volwassenen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een chronische aandoening, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2010	19,8	17,3 – 22,6	14,0	11,6 – 16,7	17,1	15,3 – 19,0
2011	20,8	18,1 – 23,8	17,1	14,4 – 20,2	19,1	17,1 – 21,2
2012	22,5	19,6 – 25,7	16,6	13,6 – 20,2	20,0	17,8 – 22,3
2013	21,3	18,5 – 24,4	16,5	13,6 – 20,0	19,2	17,1 – 21,4
2014	24,3	21,5 – 27,3	19,6	16,7 – 22,9	22,2	20,1 – 24,4
2015	24,3	21,4 – 27,4	20,2	17,3 – 23,5	22,4	20,3 – 24,6
2016	25,0	22,2 – 28,1	21,2	18,2 – 24,6	23,3	21,2 – 25,6
2017	23,9	21,1 – 26,9	20,3	17,4 – 23,5	22,2	20,2 – 24,3
2018	26,2	23,5 – 29,1	22,8	20,0 – 26,0	24,7	22,7 – 26,8
2019	24,3	21,6 – 27,2	22,0	19,0 – 25,3	23,3	21,2 – 25,4
2020	25,3	22,1 – 28,4	19,9	16,6 – 23,6	22,8	20,5 – 25,2
2021	32,1	28,7 – 35,7	25,2	21,7 – 29,1	28,9	26,5 – 31,5

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 6.2: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een chronische aandoening, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2010	19,0	15,2 – 23,4	11,8	8,9 – 15,5	15,3	12,9 – 18,2
2011	18,1	14,4 – 22,5	8,9	6,4 – 12,3	13,5	11,2 – 16,2
2012	18,1	14,3 – 22,6	10,3	7,4 – 14,3	14,3	11,8 – 17,3
2013	17,9	14,1 – 22,5	13,3	10,1 – 17,4	15,6	13,0 – 18,6
2014	16,8	13,6 – 20,5	9,3	6,9 – 12,4	13,3	11,2 – 15,8
2015	15,9	12,7 – 19,6	9,6	7,1 – 13,0	13,1	11,0 – 15,7
2016	20,2	16,6 – 24,3	8,8	6,4 – 12,1	14,8	12,5 – 17,5
2017	18,2	15,0 – 21,8	8,7	6,3 – 11,8	13,9	11,8 – 16,3
2018	16,6	13,4 – 20,4	12,3	9,5 – 15,6	14,6	12,4 – 17,1
2019	18,4	15,3 – 22,1	9,6	7,2 – 12,7	14,4	12,3 – 16,8
2020	17,5	14,1 – 21,5	10,7	8,1 – 14,0	14,3	12,1 – 16,9
2021	19,6	16,0 – 23,9	11,9	9,0 – 15,6	16,1	13,7 – 18,9

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 6.3: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij volwassenen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een chronische ziekte, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	20,5	17,8 – 23,4	17,6	14,8 – 20,8	19,2	17,2 – 21,3
2015	20,5	17,8 – 23,5	16,4	13,7 – 19,5	18,6	16,7 – 20,7
2016	20,6	18,0 – 23,5	19,7	16,7 – 23,0	20,2	18,2 – 22,3
2017	18,1	15,6 – 20,9	17,7	15,0 – 20,8	17,9	16,1 – 19,9
2018	22,0	19,5 – 24,8	20,6	17,8 – 23,7	21,4	19,5 – 23,4
2019	19,9	17,4 – 22,7	19,0	16,2 – 22,1	19,5	17,6 – 21,6
2020	22,1	19,1 – 25,3	17,0	14,0 – 20,6	19,8	17,6 – 22,2
2021	23,9	20,9 – 27,3	18,8	15,7 – 22,4	21,6	19,3 – 24,0

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 6.4: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij ouderen in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een chronische ziekte, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	11,0	8,5 – 14,2	6,1	4,1 – 8,8	8,8	7,1 – 10,8
2015	9,2	6,8 – 12,3	6,5	4,4 – 9,4	8,0	6,3 – 10,1
2016	10,1	7,6 – 13,3	7,9	5,7 – 11,1	9,1	7,3 – 11,2
2017	10,8	8,3 – 13,8	6,8	4,7 – 9,7	9,0	7,3 – 11,0
2018	8,8	6,5 – 11,7	6,5	4,5 – 9,2	7,7	6,1 – 9,7
2019	11,1	8,6 – 14,2	8,8	6,5 – 11,8	10,1	8,3 – 12,2
2020	10,0	7,4 – 13,4	6,9	4,8 – 9,9	8,6	6,8 – 10,8
2021	10,2	7,5 – 13,6	6,4	4,4 – 9,2	8,5	6,7 – 10,6

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

6.2 Zorgprevalentie

6.2.1 Huisartsenzorg

Tabel 6.5: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een chronische ziekte en bij wie een diagnose depressie is gesteld (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	8,0	4,9	6,6
2015	8,1	5,0	6,7
2016	7,9	4,9	6,5
2017	7,9	4,8	6,5
2018	8,0	4,8	6,6
2019	8,0	4,7	6,5
2020	7,7	4,6	6,3
2021	7,8	4,6	6,3

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 6.6: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een chronische ziekte en bij wie een diagnose angst is gesteld (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	6,4	3,5	5,1
2015	6,6	3,6	5,2
2016	6,5	3,5	5,1
2017	6,8	3,6	5,4
2018	7,1	3,7	5,5
2019	7,4	3,8	5,8
2020	7,3	3,8	5,7
2021	7,5	3,8	5,8

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 6.7: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een chronische ziekte en bij wie enigerlei psychische diagnose is gesteld (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	28,4	23,8	26,3
2015	29,0	24,4	26,9
2016	28,7	24,2	26,6
2017	29,6	24,9	27,5
2018	30,6	25,4	28,2
2019	30,8	25,6	28,4
2020	30,1	25,1	27,8
2021	30,9	25,4	28,4

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 6.8: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een chronische ziekte en bij wie een diagnose depressie is gesteld (ICPC-code P03 of P76), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	6,7	3,6	5,3
2015	6,7	3,6	5,3
2016	6,5	3,5	5,1
2017	6,3	3,4	5,0
2018	6,4	3,5	5,1
2019	6,3	3,5	5,0
2020	6,0	3,3	4,8
2021	6,0	3,3	4,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 6.9: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een chronische ziekte en bij wie een diagnose angst is gesteld (ICPC-code P01 of P74), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	5,7	2,6	4,3
2015	5,7	2,7	4,4
2016	5,7	2,6	4,3
2017	5,9	2,6	4,4
2018	5,8	2,7	4,4
2019	5,7	2,7	4,3
2020	5,8	2,6	4,3
2021	5,7	2,5	4,2

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Tabel 6.10: Het percentage huisartspatiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een chronische ziekte en bij wie enigerlei psychische diagnose is gesteld (enigerlei ICPC-code uit het P-hoofdstuk), naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

Jaren	Vrouwen	Mannen	Totaal
2014	29,4	20,7	25,5
2015	29,5	21,0	25,6
2016	28,9	20,7	25,1
2017	29,0	21,0	25,3
2018	28,8	21,3	25,3
2019	28,9	21,7	25,5
2020	27,6	20,7	24,4
2021	27,9	21,0	24,7

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

7 Mantelzorgers

7.1 Populatieprevalentie: algemene bevolking

Tabel 7.1: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij mantelzorgers in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	15,2	12,4 – 18,5	13,3	10,1 – 17,4	14,5	12,3 – 16,9
2015	12,4	9,8 – 15,7	13,3	9,7 – 18,2	12,8	10,5 – 15,4
2016	12,8	9,9 – 16,3	11,6	8,2 – 16,1	12,3	10,0 – 15,0
2017	14,0	11,2 – 17,3	11,8	8,4 – 16,3	13,1	10,9 – 15,7
2018	14,8	12,1 – 18,1	12,7	9,4 – 17,0	14,0	11,8 – 16,5
2019	12,5	9,9 – 15,7	12,9	9,6 – 17,1	12,7	10,5 – 15,1
2020	13,8	10,7 – 17,6	13,9	9,6 – 19,6	13,8	11,2 – 16,9
2021	17,8	14,0 – 22,3	12,5	8,5 – 18,1	15,8	12,9 – 19,2

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 7.2: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Mental Health Inventory, MHI-5) in de afgelopen vier weken bij mantelzorgers in de leeftijd van 65 jaar en ouder met een chronische aandoening, naar geslacht (peiljaren 2010-2021). Met de gehanteerde afkapscore ≤ 60 worden lichte tot ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	9,1	5,5 – 14,6	6,3	3,1 – 12,3	7,9	5,2 – 11,6
2015	10,8	6,8 – 16,7	6,5	3,5 – 11,8	9,0	6,2 – 12,9
2016	18,7	12,9 – 26,4	8,2	4,5 – 14,4	13,6	9,9 – 18,3
2017	9,5	6,0 – 14,7	4,7	2,4 – 9,2	7,3	5,0 – 10,6
2018	6,3	3,3 – 11,8	11,6	7,4 – 17,8	9,0	6,2 – 12,9
2019	14,7	10,3 – 20,7	5,0	2,6 – 9,5	10,6	7,7 – 14,4
2020	11,9	7,2 – 19,1	5,6	2,5 – 12,2	9,3	6,1 – 14,0
2021	11,5	6,8 – 18,6	8,9	4,8 – 15,9	10,3	6,9 – 15,0

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 7.3: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij mantelzorgers in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	10,2	7,8 – 13,1	13,3	10,1 – 17,4	11,4	9,5 – 13,8
2015	11,2	8,7 – 14,3	12,8	9,1 – 17,7	11,8	9,6 – 14,3
2016	11,7	9,0 – 15,1	8,4	5,5 – 12,5	10,4	8,3 – 12,9
2017	8,7	6,5 – 11,5	11,4	8,1 – 15,8	9,8	7,8 – 12,1
2018	11,0	8,6 – 14,0	10,7	7,7 – 14,7	10,9	8,9 – 13,2
2019	9,6	7,3 – 12,5	11,2	8,1 – 15,3	10,2	8,3 – 12,5
2020	11,4	8,5 – 15,2	8,8	5,5 – 13,8	10,4	8,5 – 13,3
2021	13,0	9,7 – 17,1	10,8	7,1 – 16,2	12,2	9,6 – 15,3

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 7.4: Het vóórkomen van zelf-gerapporteerde depressie (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij mantelzorgers in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2014-2021).

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2014	7,2	4,0 – 12,8	4,8	2,1 – 10,5	6,2	3,8 – 9,8
2015	7,3	4,1 – 12,8	2,7	1,0 – 7,1	5,4	3,3 – 8,7
2016	12,2	7,5 – 19,0	7,5	4,0 – 13,7	9,9	6,7 – 14,2
2017	7,1	4,1 – 12,0	5,0	2,5 – 9,8	6,2	4,0 – 9,4
2018	3,8	1,7 – 8,3	4,4	2,2 – 8,7	4,1	2,4 – 6,9
2019	7,6	4,5 – 12,3	5,2	2,7 – 9,8	6,6	4,4 – 9,7
2020	7,6	3,9 – 14,1	3,4	1,3 – 8,8	5,9	3,4 – 10,0
2021	3,5	1,4 – 8,7	4,3	1,8 – 10,0	3,9	2,0 – 7,2

Bron: Gezondheidsenquête CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 7.5: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale, K10) bij mantelzorgers in de leeftijd van 18/19* tot 65 jaar, naar geslacht (peiljaren 2012- 2020). Met de gehanteerde afkapscore ≥ 30 worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd. * = In 2012 en 2016 werden volwassenen vanaf 19 jaar geïnccludeerd; sinds 2020 vanaf 18 jaar.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2012	6,2	5,6 – 7,0	5,2	4,5 – 6,0	5,9	5,4 – 6,4
2016	6,7	6,2 – 7,3	6,3	5,6 – 7,1	6,6	6,2 – 7,0
2020	7,1	6,6 – 7,6	6,0	5,4 – 6,6	6,7	6,3 – 7,1

Bron: Gezondheidsmonitor Ouderen & Volwassenen van GGD'en, RIVM en CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Tabel 7.6: Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale, K10) bij mantelzorgers in de leeftijd van 65 jaar en ouder, naar geslacht (peiljaren 2012- 2020). Met de gehanteerde afkapscore ≥ 30 worden ernstige depressie-/angstklachten geselecteerd.

	Vrouwen		Mannen		Totaal	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
2012	4,5	3,8 – 5,3	2,5	2,1 – 3,0	3,6	3,2 – 4,1
2016	3,9	3,6 – 4,3	2,6	2,3 – 3,0	3,3	3,1 – 3,6
2020	3,8	3,4 – 4,2	2,3	2,1 – 2,6	3,1	2,8 – 3,3

Bron: Gezondheidsmonitor Ouderen & Volwassenen van GGD'en, RIVM en CBS.

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt.

Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

