

# PSYCHISCHE GEZONDHEID EN DEPRESSIEPREVENTIE

STAND VAN ZAKEN REGIO KENNEMERLAND 2010



INTEGRAAL BELEID  
RISICOGROEPEN



EENZAAMHEID  
ANGST EN DEPRESSIE



PESTEN  
SUICIDE

# PSYCHISCHE GEZONDHEID EN DEPRESSIEPREVENTIE STAND VAN ZAKEN REGIO KENNEMERLAND 2010

## Doel factsheet

GGD Kennemerland voert onderzoek uit om gezondheidsproblemen in de regio te signaleren. Psychische gezondheid is een standaardonderdeel van dit onderzoek. Het doel van deze factsheet is om te beschrijven:

1. hoe het met de psychische gezondheid in de regio gesteld is
2. bij welke groepen vooral een ongunstige psychische gezondheid voorkomt
3. wat een integrale aanpak van psychische gezondheid en depressiepreventie kan betekenen in de regio.

## Gezondheidsonderzoek

In de periode 2007 t/m 2009 heeft GGD Kennemerland drie gezondheidsonderzoeken uitgevoerd in tien gemeenten: Beverwijk, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Haarlemmermeer, Heemskerk, Heemstede, Uitgeest, Velsen en Zandvoort [1-3]. Deze factsheet vat de resultaten van dit onderzoek op het gebied van psychische gezondheid samen, uitgesplitst naar doelgroep: jeugdigen (2009), volwassenen (2008) en ouderen (2007, exclusief gemeente Haarlemmermeer). Tabel 4 op pagina 7 geeft de achtergrondgegevens weer van de deelnemers.

## Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

JGZ heeft elk jaar contact met 5-jarigen en leerlingen van groep 7 van het basisonderwijs en klas 2 van het voortgezet onderwijs door middel van een screening en een preventief gezondheidsonderzoek (PGO). Deze factsheet geeft de resultaten van de PGO's weer van de schooljaren 2004-2005 t/m 2008-2009 [4].

## SCHOLIERENONDERZOEK E-MOVO 2009

De resultaten betreffen ruim 7600 scholieren woonachtig in de regio Kennemerland, die meegedaan hebben aan een vragenlijst-onderzoek. Leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs beantwoordden op school via internet vragen over hun gezondheid, thuissituatie, leefstijl en vrije tijd.

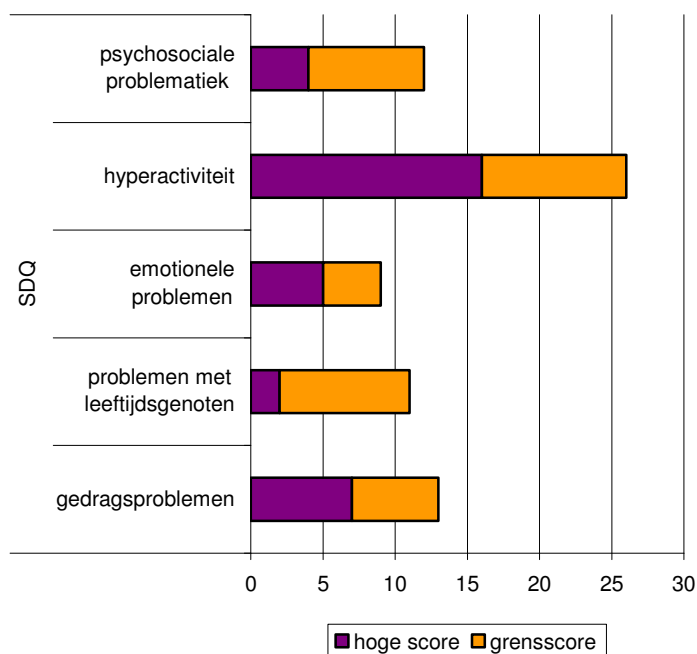
## Psychische gezondheid

De psychische gezondheid is gemeten met twee vragensets: de MHI-5 voor de algemene psychische gezondheid en de SDQ voor de signalering van psychosociale problematiek. Tabel 5 op de laatste pagina licht de meetinstrumenten kort toe. Psychosociale problematiek is onder te verdelen in internaliserend gedrag (teruggetrokken

gedrag, depressie, angst) en externaliserend gedrag (agressie, pesten, delinquentie).

Van de scholieren uit de regio voelt bijna een vijfde (18%) zich psychisch ongezond. Verder heeft 12% van de scholieren een verhoogde kans op psychosociale problematiek (zie figuur 1). Onderverdeeld naar vier type problemen komt hyperactiviteit het vaakst voor, gevolgd door gedragsproblemen.

Figuur 1. Psychosociale problematiek volgens de SDQ van de scholieren uit de regio (%)



## Pesten

Van de scholieren uit de regio wordt 7% regelmatig (minimaal enkele keren per maand) op school gepest. Negen procent pest zelf regelmatig andere leerlingen op school.

## Suicide

In de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek heeft 17% van de scholieren uit de regio er wel eens serieus over gedacht een eind te maken aan zijn leven: 11% een enkele keer, 4% af en toe en 2% (heel) vaak.

## JGZ-BEVINDINGEN 2004-2009

De resultaten betreffen 58.849 kinderen die preventief onderzocht zijn door een arts of verpleegkundige gedurende vijf jaar in drie jaargroepen: groep 2 en groep 7 van het basisonderwijs en klas 2 van het voortgezet onderwijs (exclusief de gemeente Haarlemmermeer).

## Psychosociale problematiek

De registratiegegevens vormen een goede afspiegeling van de jeugd omdat JGZ het merendeel van de opgeroepen kinderen heeft bereikt (rond de 95%). De mate van het vóórkomen van psychosociale problematiek is gedefinieerd als het percentage kinderen waarbij één of meer psychosociale problemen, of daaraan gerelateerde problemen, zijn geconstateerd (zie tabel 5, pagina 8).

In totaal heeft JGZ bij 15% van de onderzochte kinderen in de regio psychosociale problematiek geconstateerd.

## Risicogroepen

1. Scholierenonderzoek E-movo: onderzocht is welke van de (achtergrond)kenmerken invloed hebben op zich psychisch ongezond voelen [1]. Dit wil niet noodzakelijkerwijs zeggen dat er sprake is van een oorzakelijk verband. Er zijn verschillende kenmerken van invloed (in aflopende volgorde van de mate van invloed):

- psychosociale problemen (6.7 keer zo vaak kans als geen problemen hebben)
- een matig tot slecht ervaren gezondheid (2.6 keer zoveel kans als een goed tot uitstekend ervaren gezondheid)
- regelmatig gepest worden (2.5 keer zoveel kans als niet gepest worden)
- meisjes (2.2 keer zoveel kans als jongens)
- zich wel eens onveilig voelen (1.8 keer zoveel kans als zich nooit onveilig voelen)
- een gezin met één ouder + één stiefouder (1.5 keer zoveel kans als een gezin met twee eigen ouders)
- overige van invloed zijnde factoren: eenoudergezinnen, onvoldoende bewegen, van niet-westerse afkomst zijn en regelmatig spijbelen.

Verder blijkt uit dit onderzoek dat meer meisjes (22%) dan jongens (12%) suïcidale gedachten hebben, en meer vmbo-scholieren (21%) dan havo/vwo-scholieren (14%).

2. JGZ-bevindingen: een arts of verpleegkundige ziet vaker psychosociale problematiek in het basisonderwijs bij [4]:

- jongens
  - kinderen uit gebroken gezinnen: eenoudergezinnen of gezinnen met één ouder + één stiefouder. In groep 2 komen co-ouders (twee huizen) als risicogroep hier nog bij
  - een laag opleidingsniveau van ouders.
- Op het voortgezet onderwijs ziet een arts of verpleegkundige psychosociale problemen vaker bij:
- meisjes

- vmbo-leerlingen (praktijkgericht of theoretisch)
  - kinderen uit eenoudergezinnen of gezinnen met één ouder + één stiefouder
  - een laag opleidingsniveau van ouders.
- Tenslotte wordt psychosociale problematiek vaker geconstateerd bij kinderen met een niet-Nederlandse herkomst; met name bij kinderen met een Surinaamse afkomst, gevolgd door een Antilliaanse/Arubaanse en een Marokkaanse afkomst.

3. Vergelijking tussen gemeenten: scholieren woonachtig in de gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude geven het vaakst aan zich psychisch ongezond te voelen en suïcidale gedachten te hebben (zie tabel 1) [5]. In deze gemeente worden scholieren op school eveneens het vaakst gepest.

Tabel 1. Zich psychisch ongezond voelen, suïcidale gedachten hebben en gepest worden bij scholieren uit klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs, uitgesplitst naar scholieren per gemeente

	Psychisch ongezond %	Suïcidale Gedachten %	Gepest worden %
<b>Totaal regio</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>7</b>
Beverwijk	18	19	9
Bloemendaal	14	10	6
Haarlem	19	17	6
Haarlemmerliede en Spaarnwoude	22	22	10
Haarlemmermeer	18	18	6
Heemskerk	18	19	7
Heemstede	14	11	6
Uitgeest	16	10	5
Velsen	18	18	8
Zandvoort	15	13	5

## VOLWASSENENONDERZOEK

De resultaten betreffen de inwoners van de tien gemeenten in Kennemerland, die aan het volwassenonderzoek 2008 hebben meegedaan (in totaal 6.044 respondenten, respons is 43%) [2].

### Psychische gezondheid

De psychische gezondheid is gemeten met twee vragensets (zie tabel 5, pagina 8). In de regio heeft ruim een derde (36%) een matig risico om een angststoornis of depressie te ontwikkelen, 5% heeft een hoog risico. Verder heeft 11% van de volwassenen sombere of depressieve gevoelens gehad in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek, 6% is hiervoor onder behandeling geweest.

### Eenzaamheid

Eenzaamheid is gedefinieerd als het gevoel dat contacten niet de diepgang of frequentie hebben waar men behoefte aan heeft. In de

regio voelt drie op de tien volwassenen (29%) zich matig eenzaam, 4% ernstig eenzaam en 2% zeer ernstig eenzaam.

### Suicide

Suïcidale gedachten zijn niet uitgevraagd in het volwassenenonderzoek. Uit landelijke CBS-cijfers blijkt dat zelfdoding een kwart van de sterfgevallen veroorzaakt tussen de 20-29 jaar bij de mannen (25%) en daarmee de belangrijkste doodsoorzaak in deze groep is. Ook bij jonge vrouwen veroorzaakt zelfdoding een vijfde van de sterfgevallen (21%) [6]. Tussen de 30-39 jaar wordt een vijfde van de sterfgevallen bij de mannen door suicide verklaard (19%) en één op de tien bij de vrouwen (10%). Tussen de 40-49 jaar veroorzaakt zelfdoding één op de tien sterfgevallen bij de mannen (11%) en zes procent bij de vrouwen. Tussen de 50-59 jaar bedragen de percentages vier procent van de mannelijke sterfgevallen en drie procent van de vrouwelijke sterfgevallen. Tenslotte ligt het gemiddelde aantal zelfdodingen voor de provincie Noord-Holland rond het landelijke gemiddelde (omstreeks 10 per 100.000 inwoners) [6].

### Risicogroepen

1. Het volwassenenonderzoek: deze factsheet presenteert resultaten die nog niet eerder gepubliceerd zijn. Onderzocht is welke van de achtergrondkenmerken invloed hebben op het risico om een angststoornis of depressie te ontwikkelen. Dit wil niet noodzakelijkerwijs zeggen dat er sprake is van een oorzakelijk verband. Er zijn verschillende kenmerken van invloed (in aflopende volgorde van de mate van invloed):

- arbeidsongeschikt zijn (3.3 keer zo vaak als een betaalde baan hebben van 12 uur of meer)
- verweduwd zijn (1.9 keer zo vaak als gehuwd zijn of samenwonend)
- gescheiden zijn (1.7 keer zo vaak als gehuwd zijn of samenwonend)
- moeite hebben met rondkomen (1.7 keer zo vaak als geen moeite hebben met rondkomen)
- bezuinigen op minimaal één terrein (1.7 keer zo vaak als niet bezuinigen)
- vrouwen (1.5 keer zo vaak als mannen)
- overige van invloed zijnde factoren: 19-34 jarigen, een niet-Nederlandse herkomst (met name Turks of Marokkaans) en ongehuwd of nooit gehuwd zijn.

2. Vergelijking tussen gemeenten: een matig of hoog risico op een angststoornis of depressie komt het vaakst voor bij respondenten uit Haarlem (44%, zie tabel 2)

[2]. In Zandvoort heeft men het vaakst een periode van sombere of depressieve gevoelens gekend in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek (14%). In Haarlem en Heemstede is men het vaakst hiervoor onder behandeling geweest.

Tabel 2. Matig of hoog risico op een angststoornis of depressie bij volwassenen van 19-65 jaar, sombere of depressieve gevoelens in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek en hiervoor onder behandeling zijn geweest, uitgesplitst naar respondenten per gemeente

	Matig/Hoog risico angst of depressie	Sombere of depressieve gevoelens	Onder behandeling
	%	%	%
<b>Totaal regio</b>	<b>41</b>	<b>11</b>	<b>6</b>
Beverwijk	40	11	6
Bloemendaal	38	10	4
Haarlem	44	12	7
Haarlemmerliede en Spaarnwoude	43	10	5
Haarlemmermeer	38	10	5
Heemskerk	41	11	5
Heemstede	42	12	7
Uitgeest	35	10	5
Velsen	41	12	5
Zandvoort	40	14	6

### OUDERENONDERZOEK

De resultaten betreffen de inwoners van de negen gemeenten in Kennemerland, die aan het ouderenonderzoek 2007 hebben meegedaan (in totaal 5.691 respondenten, respons is 79%) [3]. Haarlemmermeer behoorde in 2007 nog niet tot deze GGD-regio.

### Psychische gezondheid

De psychische gezondheid is met dezelfde vragensets gemeten als in het scholieren- en volwassenenonderzoek (zie tabel 5, pagina 8). In totaal voelt 17% van de ouderen in de regio zich psychisch ongezond. Verder heeft ruim een derde van de ouderen (35%) een matig risico om een angststoornis of depressie te ontwikkelen, 4% heeft een hoog risico.

### Eenzaamheid

Eenzaamheid is op dezelfde wijze onderzocht als in het volwassenenonderzoek. In de regio voelt een derde van de ouderen (33%) zich matig eenzaam, 5% ernstig eenzaam en 3% zeer ernstig eenzaam.

### Suicide

Suïcidale gedachten zijn niet uitgevraagd in het ouderenonderzoek. Uit landelijke CBS-cijfers blijkt dat zelfdoding onder ouderen relatief weinig voorkomt. Dit betreft één procent van de sterfgevallen tussen de 60-69

jaar bij mannen, daarna aflopend tot bijna nul procent van de sterfgevallen bij mannen van 80 jaar of ouder [6]. Bij vrouwen zijn dit vergelijkbare percentages.

### Risicogroepen

1. Het ouderenonderzoek heeft de volgende risicogroepen beschreven [3]:

- vrouwen hebben vaker dan mannen een matig of hoog risico op een angststoornis of depressie (44% versus 30%)
- 85 plussers voelen zich vaker psychisch ongezond (25%) vergeleken met 75-84 jarigen (17%) en 65-74 jarigen (15%)
- drie kwart van de ouderen (74%) die sterk belemmerd zijn door één of meer chronische aandoeningen heeft een verhoogd risico op een angststoornis of depressie.

2. Vergelijking tussen gemeenten: een matig of hoog risico op een angststoornis of depressie komt het vaakst voor bij 65-74 jarige respondenten uit Beverwijk (40%, zie tabel 3) en 75 plussers uit Heemskerk (50%, zie tabel 3) [3].

Tabel 3. Matig of hoog risico op een angststoornis of depressie bij ouderen van 65 jaar en ouder, uitgesplitst naar leeftijd en respondenten per gemeente<sup>1</sup>

	Matig/Hoog risico angst of depressie 65-74 jaar	Matig/Hoog risico angst of depressie 75 plussers
	%	%
<b>Totaal regio</b>	<b>33</b>	<b>44</b>
Bennebroek	31	35
Beverwijk	40	43
Bloemendaal	28	38
Haarlem	34	49
Haarlemmerliede en Spaarnwoude	34	49
Heemskerk	34	50
Heemstede	27	39
Uitgeest	29	37
Velsen	33	36
Zandvoort	23	49

<sup>1</sup>In 2007 was Bennebroek nog geen onderdeel van Bloemendaal en was Haarlemmermeer nog geen onderdeel van deze GGD-regio

### CONCLUSIES

#### Psychische gezondheid in de regio

In de regio komen psychische problemen of een verhoogde kans daarop veelvuldig voor. Dit blijkt uit het feit dat bijna een vijfde van de scholieren uit de regio Kennemerland zich psychisch ongezond voelt. Vooral hyperactiviteit en suïcidale gedachten komen regelmatig voor. Psychosociale problemen zijn door JGZ bij 15% van de preventief onderzochte kinderen geconstateerd. Verder

heeft één op de tien volwassenen een periode gekend met sombere of depressieve gevoelens in het jaar voorafgaand aan het onderzoek. Bovendien hebben vier op de tien volwassenen én ouderen een verhoogd risico op een angststoornis of depressie. Tenslotte is uit landelijke cijfers bekend dat zelfdoding 20-25% van de sterfgevallen veroorzaakt bij jongvolwassenen en vergelijkbare cijfers zijn voor onze regio aannemelijk.

### Risicogroepen

Bij scholieren lijken psychische klachten en psychosociale problemen nauw met elkaar verbonden te zijn. Zo hebben scholieren die regelmatig gepest worden een verhoogde kans op zich psychisch ongezond voelen. Een negatieve gezondheidsbeleving lijkt ook samen te gaan met zich psychisch ongezond voelen. Meisjes lopen tevens meer risico op psychische klachten. Verder blijkt de gezinssamenstelling een risicofactor te zijn. Zo heeft JGZ vaker psychosociale problemen geconstateerd bij kinderen uit eenoudergezinnen of gezinnen met één ouder + één stiefouder. Daarnaast lijkt een laag opleidingsniveau van zowel de kinderen als die van de ouders een risicofactor te zijn voor psychosociale problemen. Bij volwassenen lijkt een verhoogd risico op een angststoornis of depressie vaker voor te komen bij volwassenen die arbeidsongeschikt zijn, verweduwd of gescheiden zijn, financiële problemen hebben en tevens lopen vrouwen meer risico op psychische klachten. Bij ouderen lijkt de oudste leeftijdsgroep het vaakst psychisch te lijden, met name indien dit gepaard gaat met belemmeringen door één of meer chronische aandoeningen.

### DEPRESSIEPREVENTIE IN LOKAAL BELEID

De gevolgen van depressie en psychische ongezondheid zijn voor zowel het individu als de maatschappij groot. Depressie behoort tot de top 5 van ziekten met de hoogste ziektelast en gaat gepaard met hoge zorgkosten. Depressiepreventie is één van de speerpunten in de tweede preventienota van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit 2006. Na inzicht in de noodzaak van depressiepreventie en in hoe het staat met de psychische gezondheid van inwoners uit de regio Kennemerland, is het van belang dat beleidsmakers en professionals inzicht krijgen in de mogelijkheden voor aanpak en preventie.

### Prioritering

Gegevens van gezondheidsonderzoeken vormen een belangrijke input voor de lokale beleidsvoorbereiding. Naast cijfers is het van belang om signalen uit het veld te



inventariseren: Wordt het herkend? Spelen er nog andere (sub)thema's? En welke oorzaken en gevolgen komen we tegen in de praktijk? Hiermee kan bepaald worden welke thema's prioriteit verdienen, of welke doelgroepen van belang zijn. Daarbij kan men als uitgangspunt nemen de risicofactoren voor psychisch ongezond zijn of psychosociale problemen: vrouwelijk geslacht, eenoudergezinnen of gezinnen met één ouder plus één stiefouder, niet-westerse allochtonen, laag opleidingsniveau, verweduwd of gescheiden zijn, arbeidsongeschiktheid, financiële problematiek, eenzaamheid en lichamelijke ziekten met beperkingen.

### Visie

Vervolgens verdient het de aandacht om een visie te bepalen. Landelijk wordt depressiepreventie steeds meer benaderd vanuit een focus op het mentaal vermogen. Deze benadering is erop gericht de emotionele, cognitieve en sociale vaardigheden van mensen te versterken. Daarnaast wordt ingezet op het bevorderen van het psychisch welbevinden en een gezonde leefstijl [7]. Depressie gaat namelijk vaak samen met andere thema's zoals alcohol- of drugsgebruik, roken, bewegen, overgewicht, diabetes. Een dergelijke visie biedt aanknopingspunten voor integraal lokaal gezondheidsbeleid en de preventie van depressie.

### Integraal beleid

Integraal beleid is structureel en meerjarig en richt zich op meerdere pijlers. Dit vergroot de kans op gunstige effecten. Voor depressiepreventie gelden de volgende pijlers [8]:

1. Inrichting van de omgeving: een groene en veilige leefomgeving heeft een gunstige invloed op de psychische gezondheid van mensen [9]. Een lagere kwaliteit en een slechter uiterlijk van huizen in de omgeving en blootstelling aan geweld/drugsgebruik hangen samen met het optreden van depressie.

Ook in de sociale omgeving liggen aangrijpingspunten: een goed contact met burens beschermt tegen depressie.

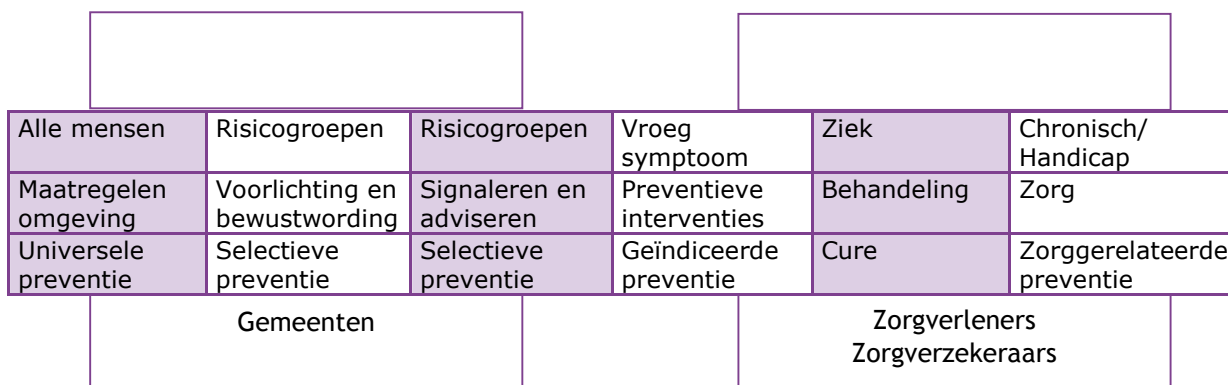
2. Voorlichting en educatie: een actief voorlichtings- en bewustwordingsbeleid kan bijdragen aan de psychische gezondheid van inwoners. Het gaat hierbij om het bijstellen van onjuiste ideeën en vooroordelen over depressie en psychische problemen en het benadrukken van het belang van mentale vitaliteit. Voorbeelden uit de regio zijn de promotie van de website [www.mentaalvitaal.nl](http://www.mentaalvitaal.nl) en klassieke voorlichting en oefening van vaardigheden gericht op het vergroten van de weerbaarheid van leerlingen.
3. Signalering en advies: de signalering van depressie is van belang voor de toeleiding van mensen naar preventieve interventies. Activiteiten kunnen zich richten op het in staat stellen signalen van depressie te herkennen en te benoemen door intermediairs (wijkverpleegkundigen, docenten).
4. Ondersteuning: de ondersteuning richt zich op mensen met depressieve klachten of op risicogroepen, zoals kinderen met psychische problemen of mantelzorgers. Ondersteuning kan bestaan uit cursussen, individuele ondersteuning of een digitaal aanbod. Een voorbeeld uit de regio is de cursus KIES-coach bestaande uit groepsbegeleiding voor kinderen met ouders in echtscheiding.

Gemeenten richten zich veelal op de universele (voor alle mensen) en selectieve preventie (zie figuur 2) [8]. Geïndiceerde preventie (dit is preventie voor mensen met depressieve klachten) behoort globaal tot de verantwoordelijkheid van zorgverleners en zorgverzekeraars, maar ook gemeenten kunnen een bijdrage leveren.

### Naar uitvoering van beleid

De vertaling van het beleid naar uitvoering is bij voorkeur flexibel. Er moet ruimte zijn om aan te sluiten bij de behoefte van de

Figuur 2. Publieke gezondheidszorg, van universele preventie tot zorg



doelgroep. Het betrekken van de doelgroep bij zowel het vormen van beleid als het inrichten van de uitvoer is van groot belang voor het slagen ervan.

Belangrijk is ook om een mix van interventies na te streven. Herhaling van de preventieboodschap en het brengen op verschillende manieren, vergroten de kans dat de boodschap aankomt bij de doelgroep. Aanbevolen wordt om waar mogelijk gebruik te maken van effectieve interventies [10]. Belangrijk aandachtspunt bij depressiepreventie is het bereik van interventies verhogen. Initiatieven op dit gebied zijn o.a. het toepassen van digitale interventies zoals Mentaal Vitaal, de wijkgerichte aanpak en versterken van de toeleiding vanuit de eerste lijn.

Verder is het van belang om ieders rol in de keten helder te hebben. De GGD kan de gemeente adviseren en ondersteunen bij het prioriteren en uitvoeren van effectieve interventies. Voor een goed aansluitend aanbod is het belangrijk dat de samenwerkingspartners elkaar weten te vinden. Samenwerkingspartners voor depressiepreventie zijn GGD, GGZ, welzijnsorganisaties, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, Centrum voor Jeugd en Gezin, eerstelijnszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, bedrijfsartsen en lokale organisaties uit bijvoorbeeld de sectoren werk en inkomen, onderwijs en sport.

## REFERENTIES

- [1] Overberg RI, Cluitmans TLM, Ten Brinke JM, Mérelle SYM. Scholieren onderzoek E-movo Regio Kennemerland. GGD Kennemerland, december 2010.
- [2] Ten Brinke JM, Overberg RI, Mérelle SYM. Volwassenenonderzoek 2008 Kennemerland. GGD Kennemerland, december 2009.
- [3] Poort E, Venemans A, Cluitmans TLM, Oosterlee A, Ten Brinke JM. Ouderenonderzoek 2007 Kennemerland. GGD Kennemerland, mei 2008.
- [4] Samson AC, Oosterlee A, Sinnige EJ, Witt A. De gezondheid van de jeugd geregistreerd. JGZ-bevindingen en andere

gezondheidsgegevens ; 4-19 jarigen in Kennemerland, 2004-2005 t/m 2008-2009. GGD Kennemerland, november 2010.

[5] Cluitmans TLM, Overberg RI, Ten Brinke JM, Mérelle SYM. Scholieren onderzoek E-movo gemeente Bloemendaal t/m gemeente Zandvoort. GGD Kennemerland, december 2010.

[6] Garssen J, Hoogenboezem J. Zelfdoding in Nederland: een statistisch overzicht. CBS, bevolkingstrends, 4<sup>e</sup> kwartaal 2007.

[7] Visie op lokale depressiepreventie, Partnership Depressie Preventie (Trimbos en GGD-NL) [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl).

[8] Handreiking Gezonde Gemeente 2010. [www.loketgezondleven.nl/thema-s/gezonde-gemeente](http://www.loketgezondleven.nl/thema-s/gezonde-gemeente).

[9] Een groene gezonde wijk. Inspiratie voor de praktijk, 2010. [www.degroenestad.nl](http://www.degroenestad.nl).

[10] Landelijke I-database. [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl).

Tabel 4. Achtergrondgegevens deelnemende scholieren, volwassenen en ouderen uit de regio Kennemerland, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken<sup>1</sup>

	Kenmerken Scholieren (n=7.674)	In %	Kenmerken Volwassenen (n=6.044)	In %	Kenmerken Ouderen (n=5.691)	In %
Geslacht	Jongen	50	Man	50	Man	41
	Meisje	50	Vrouw	50	Vrouw	59
Leeftijd	14 jr (klas 2)	54	19-34 jr	29	65-74 jr	49
	16 jr (klas 4)	46	35-49 jr	40	75-84 jr	37
			50-65 jr	32	85-plus	14
Schooltype <sup>2</sup> of opleiding <sup>3,4</sup>	Vmbo-bkg	19	Laag	30	Laag	26
	Vmbo-tl	23	Midden	35	Midden-I	43
	Havo/Vwo	58	Hoog	34	Midden-II	15
Herkomst	Nederlandse	81	Nederlandse	84	Nederlandse	91
	Niet Nederlandse	19	Niet Nederlandse	16	Niet Nederlandse	9
Burgerlijke staat			Gehuwd/Samenwonend	75	Gehuwd/Samenwonend	61
			Ongehuwd, nooit gehuwd geweest	18	Nooit gehuwd	4
			Gescheiden	6	Gescheiden	7
			Weduwe/weduwenaar	1	Weduwe/weduwenaar	29
Gezins- of huishoudsamenstelling	Twee ouders (eigen ouders)	75	Eenpersoonshuishouden	13	Alleenstaand	38
	Twee ouders (één stiefouder)	6	Huishouden met thuiswonende kinderen	51	Twee of meer	62
	Co-ouders (twee huizen)	5	Eenoudergezin	4		
	Eén ouder	12				
	Anders	1				
Arbeidssituatie			Werkt betaald	79		
			Werkloos, arbeidsongeschikt, bijstand	7		
			Pensioen	4		
			Huisvrouw, -man	6		
			Student	5		
Inkomen en bezuinigen			Moeite hebben met rondkomen	22	Alleen AOW	14
			Bezuinigt op minimaal één terrein	60	Bezuinigt op minimaal één terrein	54

<sup>1</sup>Percentages zijn afgerond naar boven (0.5% wordt 1.0%) of naar beneden (0.4% wordt 0%). Hierdoor kan de optelsom meer of minder dan 100% bedragen

<sup>2</sup>Vmbo-bkg=basis, kader, gemengd; Vmbo-tl=theoretische leerweg

<sup>3</sup>Laag=lager onderwijs, LBO, Mavo; Midden=MBO, Havo, Vwo; Hoog=HBO, WO

<sup>4</sup>Laag=lager onderwijs; Midden-I=LBO, MAVO; Midden-II=MBO, Havo, Vwo; Hoog= HBO, WO



Tabel 5. Meetinstrumenten, toelichting en de bijbehorende onderzoeken

Meetinstrument	Toelichting	Onderzoek
MHI-5	Meet de ervaren psychische gezondheid aan de hand van vijf vragen (zenuwachtigheid, rustig voelen, neerslachtigheid, gelukkig voelen en in de put zitten).	Scholierenonderzoek Ouderenonderzoek
SDQ	Bestaat uit vijf subschalen (25 items) die meten of internaliserende en externaliserende gedragingen vóórkomen in de zes maanden voorafgaand aan het onderzoek. Een verhoogde kans op psychosociale problematiek is gedefinieerd als het percentage leerlingen met een 'hoge score' of 'grensscore' als totaalscore.	Scholierenonderzoek
Registratie psychosociale problematiek door arts of verpleegkundige	Psychosociale problematiek is een combinatiemaat van enkelvoudige psychosociale problemen en gerelateerde problemen of omstandigheden. Enkelvoudige psychosociale problemen: gedragsproblemen, opvoedingsproblemen, overige psychosociale problemen (bijv. concentratieproblemen, problemen in het contact met leeftijdsgenoten, buikpijn/hoofdpijn zonder medische reden, somberheid, angst, niet-lekker-in-vel zitten), ernstige zorgen betreffende kindermishandeling. Gerelateerde problemen of omstandigheden: pestproblematiek, problematische gezinsomstandigheden, leerprobleem, veelvuldig schoolverzuim.	JGZ-bevindingen
K10	Berekent het risico op een angststoornis of depressie uit de antwoorden op tien vragen over allerlei gevoelens zoals rusteloosheid en zenuwachtigheid. De periode betreft de maand voorafgaand aan het onderzoek.	Volwassenenonderzoek Ouderenonderzoek
Sombere of depressieve gevoelens	Een periode waarin men minstens twee weken achter elkaar erg somber of depressief was in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek.	Volwassenenonderzoek
Onder behandeling	Onder behandeling of controle zijn geweest voor sombere of depressieve gevoelens door huisarts, specialist of psycholoog in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek	Volwassenenonderzoek
Eenzaamheids-schaal van Jong-Gierveld	Het gevoel dat contacten niet de diepgang of frequentie hebben waar men behoefte aan heeft. De schaal bevat elf vragen over sociale contacten.	Volwassenenonderzoek Ouderenonderzoek

## COLOFON

### **Uitgave**

GGD Kennemerland, februari 2011, [www.ggdkennerland.nl](http://www.ggdkennerland.nl)

### **Tekst en figuren**

Saskia Mérelle (epidemioloog) en Resi Mangunkusumo  
(medewerker gezondheidsbevordering)

### **Contact**

GGD Kennemerland, Epidemiologie en Gezondheidsbevordering  
Postbus 5514, 2000 GM Haarlem  
E: [epi@ggdkennerland.nl](mailto:epi@ggdkennerland.nl)  
T: +31 (0)23 789 1786

