



De invloed van primaire preventie en bestuurlijke maatregelen op de ziektelast door depressie in de Rotterdamse bevolking

04 september 2015

A. Burdorf
Erasmus Medisch centrum, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg

Ö. Erdem
Gemeente Rotterdam, Afdeling Onderzoek & Business Intelligence

CEPHIR is de academische werkplaats van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC en de GGD Rotterdam-Rijnmond. In CEPHIR participeren verder: GGD Zeeland, GGD Zuid-Holland Zuid, Soa Aids Nederland en Stichting Voedingscentrum Nederland. Huisman Onderzoekscentrum Infectieziekten en Publieke Gezondheid is onderdeel van CEPHIR.

 **GGD**
Rotterdam-Rijnmond

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam


INHOUDSOPGAVE

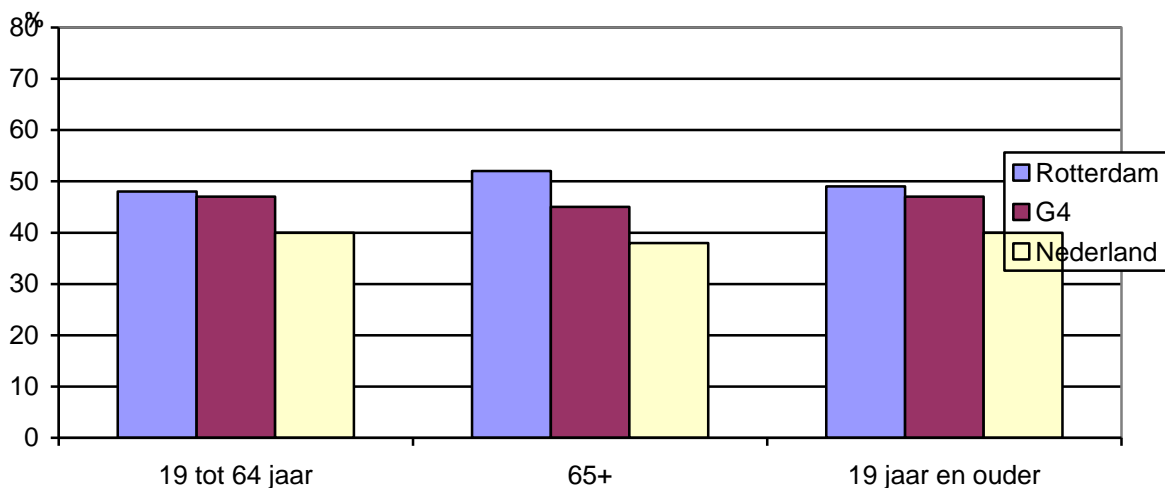
	p.
1. Depressie in Rotterdamse bevolking	3
2. Potentiële maatregelen en interventie	4
3. Consequenties van depressie	6
4. Potentiële gezondheidswinst van maatregelen en interventie	8
4.1 Model voor Health Impact Assessment	8
4.2 Potentiële gezondheidswinst door bestuurlijke maatregelen	10
4.3 Potentiële gezondheidswinst door interventie	11
5. Conclusie en aanbevelingen	12

LITERATUUR

1. Depressie in Rotterdamse bevolking

Depressie vormt een bedreiging voor volksgezondheid in Nederland. De preventie van depressie is zowel in de landelijke nota volksgezondheid 'Gezondheid dichtbij' (1) als in het 'Nationaal Programma Preventie: Alles is gezondheid' als speerpunt opgenomen (2). Het meest recente gezondheidsonderzoek van de GGD'en in samenwerking met het CBS en het RIVM laat zien dat vier op de tien inwoners van 19 jaar en ouder in Nederland in 2012 een matig of hoog risico op een depressie lopen (3). Dit aandeel ligt in de vier grote steden met 47% hoger dan het landelijke gemiddelde. In Rotterdam heeft bijna de helft (49%) van de inwoners van 19 jaar en ouder een matig of hoog risico op een depressie. Daarmee is de prevalentie in Rotterdam hoger dan die van de vier grote steden en Nederland. Vooral onder ouderen zijn er grote verschillen. In Rotterdam heeft iets meer dan de helft van de ouderen (52%) een matig of hoog risico op een depressie. In de vier grote steden (45%) en vooral in Nederland (38%) ligt dit aandeel lager (4).

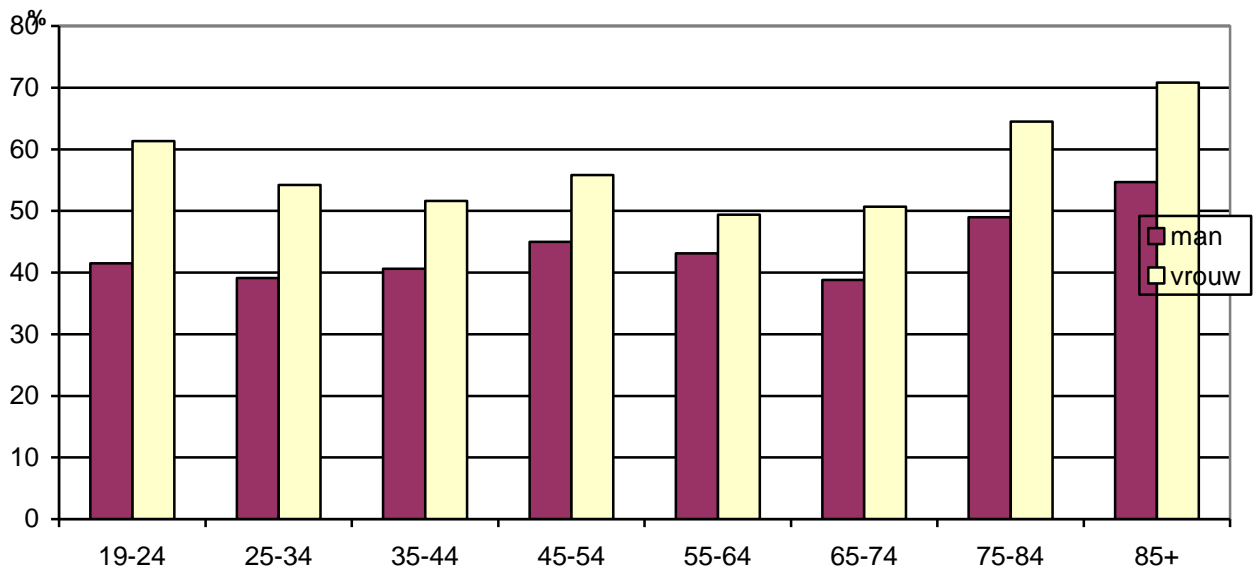
Figuur 1: Het percentage inwoners met een matig of hoog risico op een depressie in Rotterdam, G4 en Nederland in 2012



De verschillen zijn er niet alléén tussen Rotterdam en de vier grote steden, en Nederland, maar ook binnen de Rotterdamse bevolking. Het percentage vrouwen met een matig of hoog risico op een depressie is ongeacht de leeftijd hoger dan die van mannen. De prevalentie bij vrouwen is daarnaast over alle leeftijdsjaren heen minder stabiel dan bij mannen. Tussen de 19 en 74 jaar heeft ongeveer 40% van de mannen een matig of hoog risico op een depressie. Bij de vrouwen in dezelfde

leeftijdjaren schommelt dit tussen 50% en 60%. In hogere leeftijdjaren (75 jaar en ouder) is het percentage vrouwen met een matig of hoog risico op een depressie aanzienlijk hoog. Tweederde van deze groep vrouwen kampt met psychische klachten, terwijl dit bij mannen rond 50% ligt (5).

Figuur 2: Het percentage inwoners met een matig of hoog risico op een depressie in Rotterdam naar geslacht en leeftijd in 2012



2. Potentiële maatregelen en interventie

Het thema mentale gezondheid is als speerpunt in de nota Volksgezondheid 2014-2018 van de gemeente Rotterdam opgenomen. De focus ligt daarbij op het voorkómen en verminderen van psychische klachten onder de Rotterdamse burgers. Het is de vraag hoe dit het beste in termen van effectiviteit en efficiency gerealiseerd kan worden. De gemeentelijke inspanningen kunnen expliciet ingezet worden op het thema mentale gezondheid. Daarbij valt te denken aan programma's of preventieve interventies gericht op het voorkómen dan wel verminderen van depressieve klachten. Een andere manier om mentale gezondheid te beschermen en bevorderen is via de beïnvloedbare determinanten van depressie. In dit geval kunnen de gemeentelijke inspanningen ingezet worden op een aantal belangrijke determinanten zoals werk en onderwijs. Het Rotterdamse college heeft in het Collegeprogramma 2014-2018 (6) zich ten doel gesteld ondermeer om de werkloosheid, schooluitval en

eenzaamheid te verminderen en armoede te bestrijden. Dit zijn tegelijkertijd de sterkste determinanten van depressie.

De bestuurlijke maatregelen uit de collegeperiode 2014-2018 zijn:

1. Het aantal Rotterdammers in de bijstand daalt in deze collegeperiode met 12.000 (collegetarget wethouder Werkgelegenheid en Economie).
2. Het aandeel eenzame ouderen van 65 jaar en ouder in de wijken die het slechtst scoren op eenzaamheid neemt in deze collegeperiode met 5-procentpunten af (collegetarget wethouder Onderwijs, Jeugd en Zorg; actieprogramma voor Mekaar).
3. De armoede in Rotterdam neemt af. Hoewel in het collegeprogramma hierover geen concrete target is geformuleerd, is het Rotterdamse beleid gericht om armoede te bestrijden. We stellen voor dat armoede, d.w.z. het aantal inwoners dat moeite heeft met het rondkomen van het gezamenlijke inkomen in de collegeperiode 2014-2018 met 5 procentpunten afneemt.
4. Onder schoolgaande jongeren neemt schooluitval af. Hoewel in het collegeprogramma hierover ook geen concrete target is geformuleerd, is het Rotterdamse onderwijsbeleid gericht om onderwijsresultaten te verbeteren. We stellen voor dat de schooluitval in Rotterdam in deze collegeperiode met 1,6 procentpunt afneemt naar het niveau van het Nederlandse gemiddelde (van 3,7% naar 2,1%).
5. Rotterdammers gaan meer sporten en bewegen. Ook hierover ontbreekt een concrete collegetarget. Om toch een beeld te geven wat sporten en bewegen kunnen betekenen voor het verminderen van depressie wordt gebruik gemaakt van een schatting van een interventie-effect, afkomstig uit een meta-analyse gepubliceerd in Cochrane Review (7).

De bovengenoemde beoogde veranderingen door het Rotterdamse college kunnen mentale gezondheid impliciet bevorderen. Echter, welke invloed dit in termen van

gezondheidswinst heeft, is een belangrijke vraag die onbeantwoord is. Om inzicht hierin te geven wordt *in dit onderzoek de invloed van de bestuurlijke maatregelen en primaire preventie op de ziektelast door depressie in de Rotterdamse bevolking onderzocht.*

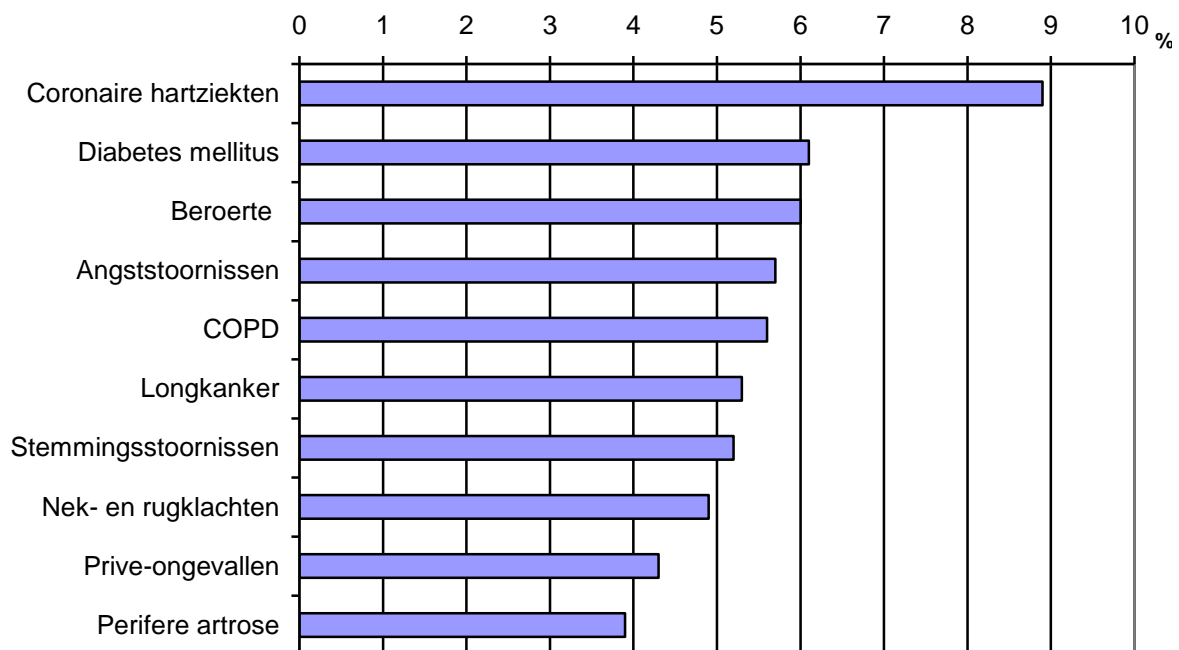
3. Consequenties van depressie

Om de potentiële effecten van de onderzochte bestuurlijke maatregelen en interventie te kwantificeren en onderling te kunnen vergelijken is er voor gekozen om met DALY's (disability-Adjusted Life-Year) te werken. DALY is een maat voor ziektelast en is opgebouwd uit het aantal verloren levensjaren en het aantal jaren geleefd met gezondheidsklachten, gewogen voor de ernst hiervan¹. Het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door ziekten (8). Aan 1 jaar in ernstige depressie worden 0,187 DALY's toegerekend. De berekeningen van het RIVM laten zien dat in Nederland in 2011 de meeste ziektelast door psychische stoornissen (22%), hart- en vaatziekten (21%) en kanker (14%) zijn veroorzaakt. Dit zijn respectievelijk 685.398, 647.141 en 428.988 DALY's. Afzonderlijk naar de ziekten bekeken, komen angststoornissen (5,7%) en stemmingsstoornissen (5,2%) in de top tien van de ziekten met het grootste verlies aan DALY's, hetgeen overeenkomt met respectievelijk 180.272 en 164.592 DALY's (9)².

¹ Het voordeel van DALY's is dat de effecten van ziekten op de volksgezondheid onderling goed vergeleken kunnen worden. In de berekening van DALY's worden vier belangrijke aspecten van ziekten meegenomen: het aantal mensen dat aan de ziekte lijdt, de ernst van de ziekte, de sterfte eraan, en de leeftijd waarop de sterfte optreedt (8).

² Eigen berekeningen ontleend aan Excel document "Ziektelast in 2011" onder het kopje "Achterliggende cijfers en bronnen" op de website <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-ziektelast-in-nederland/>.

Figuur 3: Top tien van ziekten met het grootste verlies aan DALY's in Nederland, 2011 (9)



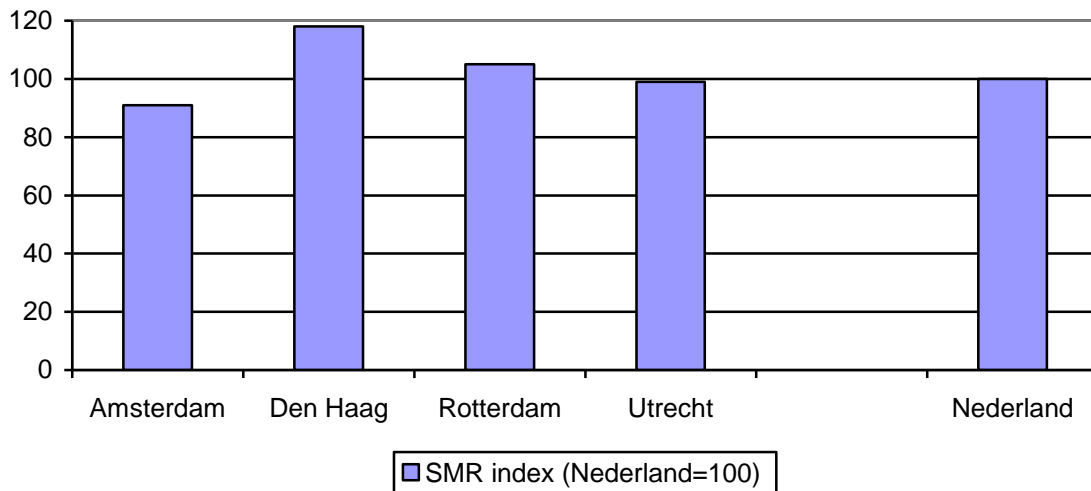
In Nederland is in de periode 2009-2012 volgens het CBS 30.884 mensen aan psychische stoornissen overleden. Verreweg de meeste mensen zijn overleden ten gevolge van dementie en een klein aantal door psychische stoornissen gerelateerd aan alcohol en drugs. Jaarlijks is dit gemiddeld 7.721 sterfgevallen (10). In figuur 4 is in de vier grootste steden en Nederland de gestandaardiseerde sterfte waarbij gecorrigeerd is voor verschillen in geslacht en leeftijd weergegeven. Dit staat ook bekend als 'Standardised Mortality Ratio' (SMR). Hierbij is de sterfte in heel Nederland op 100 gesteld. Een waarde van gestandaardiseerde sterfte boven de 100 wijst op een hogere sterfte dan in Nederland. Een waarde onder de 100 wijst op een lagere sterfte dan in Nederland. Op deze manier worden de regio's en steden onderling met elkaar vergelijkbaar. Van de vier grootste steden is de hoogste sterfte aan psychische stoornissen in Den Haag (SMR=118) geregistreerd, gevolgd door Rotterdam (SMR=105). Zowel in Amsterdam (SMR=91) als in Utrecht (SMR=99) is de sterfte aan psychische stoornissen lager dan in Nederland. (10)³

³ Eigen berekeningen ontleend aan Excel rekenblad op de website

<http://www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte/sterfte-naar-doodsoorzaken/psychische-stoornissen/>.

De totale ziektelast van psychische stoornissen wordt vooral bepaald door sterfte aan dementie en depressieve klachten. In dit rapport staan de depressieve klachten centraal.

Figuur 4: Sterfte aan psychische stoornissen in de G4 en Nederland, 2009-2012



4. Potentiële gezondheidswinst van maatregelen en interventie

4.1 Model voor Health Impact Assessment (HIA)

Het HIA-model Depressie is gebaseerd op een tweetal strategieën: (1) een primaire preventieve interventie met direct effect op het voorkomen van depressie, en (2) bestuurlijke maatregelen op geselecteerde determinanten van depressie.

De eerste strategie blijft noodgedwongen beperkt tot de evaluatie van sporten en bewegen, omdat er op andere terreinen geen bewijskracht is om met enige zekerheid effecten van interventies te schatten. De tweede strategie richt zich op de belangrijkste determinanten van depressie, waarop ook specifieke bestuurlijke maatregelen zijn gedefinieerd: re-integratie naar werk (vermindering werkloosheid), vermindering van armoede, vermindering van schoolverlaters (verbetering opleiding), en vermindering van eenzaamheid onder oudere inwoners.

In het HIA-model depressie wordt de relatie tussen determinanten van depressie en het voorkomen van depressie in de Rotterdamse bevolking (prevalentie) bepaald door de volgende elementen:

- het optreden van de determinant

Hierbij gaat het om de proportie personen met de determinant (bv hoeveel personen zijn werkloos?) en soms ook om het niveau van de determinant (bv wat is de verdeling over lage, middelbare en hoge opleiding?)

- het optreden van de determinant in diverse bevolkingsgroepen

Hierbij wordt de verdeling over de bevolking vastgesteld naar leeftijd en geslacht (bv proportie werklozen per 10 jaarsleeftijdsgroep en geslacht)

- het relatieve risico

Dit is een uitdrukking van het risico om een bepaalde ziekte te krijgen bij aanwezigheid van een bepaalde determinant. Deze risico's zijn geschat op basis van een analyse van verbanden in de Gezondheidsenquête 2008 Rotterdam. Hoewel dit een dwarsdoorsnede-analyse betreft, veronderstellen we dat de vastgestelde verbanden de causale relaties tussen determinanten en depressie goed weergeven.

- het voorkomen van depressie

Dit deel bevat de schattingen van de prevalentie (het aantal personen met depressie) in de Rotterdamse bevolking van 16 jaar en ouder, gebaseerd op de Gezondheidsenquête 2008.

In het HIA-model hanteren we de volgende definities op basis van de vragen in de Gezondheidsenquête:

- werkloosheid: werkloos en werkzoekend
- armoede: grote moeite te hebben met het rondkomen van het inkomen van hun huishouden
- schoolverlaters: voortijdig gestopt met opleiding
- eenzaamheid: de 11 item eenzaamheidsschaal van De Jong, waarbij een score van 3 of hoger (op een maximale score van 11) als matig tot zeer ernstige eenzaamheid is gedefinieerd.
- depressie: de 10 items Kessler Psychological Distress schaal (K-10) over depressieve symptomen in de afgelopen vier weken, waarbij een score van 30 punten of meer (op maximale score van 50) als depressie is gedefinieerd.

De toewijsbare winst in gezondheid (de DALYs door verlaging van de prevalentie van depressie) wordt vastgesteld met behulp van de 'Potentiële Impact Fractie' (PIF). Deze bandering is eerder toegepast in de GIDS-modelleringsstudie (11). Deze maat geeft aan wat de theoretische invloed is van een reductie in de prevalentie van een gezondheidsdeterminant (de risicofactor) op de incidentie van depressie die (mede) wordt veroorzaakt door deze gezondheidsdeterminant. De proportionele reductie van de aantallen personen met depressie als gevolg van de verlaging van de risicofactor zal leiden tot minder verlies aan gezonde levensjaren. De potentiële gezondheidswinst van de bestuurlijke maatregelen en primaire preventieve interventie wordt uitgedrukt in gewonnen DALY's in de Rotterdamse bevolking. Het HIA-model is geprogrammeerd in een Excel spreadsheet (Model-depressieHIA_DEF.xls).

4.2 Potentiële gezondheidswinst door bestuurlijke maatregelen

De totale ziektelast door depressie in de Rotterdamse bevolking bedraagt 2141 DALY's onder mannen en 4636 DALY's onder vrouwen. De leeftijdsgroepen met de hoogste ziektelast zijn 35 tot 54-jarige mannen en 25 tot 54-jarige vrouwen. De 4 bestuurlijke maatregelen en hun geschatte effect op vermindering van depressie staan in tabel 1. Bij volledige realisatie van de bestuurlijke maatregelen op werkgelegenheid en anti-armoedebelid wordt de ziektelast door depressie gereduceerd met 5% tot 11%. De aanpak van schoolverlaters heeft een zeer beperkt effect. Het actieprogramma Voor Mekaar heeft op populatieniveau eveneens een beperkt effect, maar binnen de specifieke doelgroep van 65-jarigen en ouder is een reductie in de ziektelast van 8-9% te verwachten.

Tabel 1 De invloed van bestuurlijke maatregelen op depressie in de Rotterdamse bevolking

Bestuurlijke maatregel	Omvang doelgroep	Effect op doelgroep	DALY winst		Relatieve vermindering in ziektelast	
			man	vrouw	man	vrouw
Reductie van aantal werklozen met 12.000 in 4 jaar	38.500	12.000 reductie	225	239	11%	5%
Reductie van mensen die moeilijk rondkomen met 5-procentpunt in 4 jaar	129.500	24.000 reductie	231	386	11%	8%
Reductie schooluitval met 1,6%-punt in 4 jaar	38.500	7.500 reductie	16	0	1%	0%
Reductie eenzame ouderen van 65 jaar en ouder met 5%-punt in 4 jaar (actieprogramma Voor Mekaar)	38.500	4.000 reductie	20	83	1% (8%)	2% (9%)

4.3 Potentiële gezondheidswinst door interventie

In een Cochrane review over de invloed van beweegprogramma's op depressie is een gemiddelde effect size van 0,62 bepaald (7). Dit is een groot effect te noemen. Deze effect size is toegepast op alle Rotterdammers met depressie. De potentiële gezondheidswinst bij volledige implementatie bedraagt voor mannen 578 DALY's en voor vrouwen 1252 DALY's. Hiermee wordt de ziektelast door depressie gereduceerd met 27%.

Tabel 2 De invloed van beweegprogramma's op depressie in de Rotterdamse bevolking

Interventie	Omvang doelgroep	Effect op doelgroep	DALY winst		Relatieve vermindering in ziektelast	
			man	vrouw	man	vrouw
Beweegprogramma's	36.000	9.800 reductie	578	1252	27%	27%

5. Conclusie en aanbevelingen

1. Bij volledige realisatie van de bestuurlijke maatregelen op werkgelegenheid en anti-armoedebeleid wordt de ziektelast door depressie gereduceerd met 5% tot 11%.
2. De aanpak van schoolverlaters heeft een zeer beperkt effect en reduceert de ziektelast door depressie met maximaal 1%.
3. Het actieprogramma Voor Mekaar heeft in de algemene Rotterdamse bevolking een beperkt effect, maar binnen de specifieke doelgroep van 65-jarigen en ouder is een reductie in de ziektelast van maximaal 8-9% te verwachten.
4. Door implementatie met volledige deelname aan beweegprogramma's onder Rotterdammers met depressie kan de ziektelast door depressie met maximaal 27% worden gereduceerd.

Deze studie laat zien dat de getoetste bestuurlijke maatregelen en primaire preventieve interventie, potentiële beleidsmaatregelen zijn om depressie te bestrijden. Aanbevolen wordt om de implementatie van de bestuurlijke maatregelen te waarborgen en beweegprogramma's te starten om mentale gezondheid van Rotterdammers te verbeteren.

Voor meer info:

Voor vragen en achtergrondinformatie kunt u contact opnemen met Özcan Erdem o.erdem@rotterdam.nl. Indien gewenst kunt ook het HIA-model dat geprogrammeerd is in een Excel spreadsheet (Model-depressieHIA_DEF.xls) opvragen.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Landelijke nota gezondheidsbeleid: Gezondheid dichtbij. Den Haag: VWS, 2011.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Alles is gezondheid. Het Nationaal Programma Preventie 2014 - 2016, deel 1 en deel 2. Den Haag: VWS, 2013.
3. Deuning CM (RIVM). Psychische ongezondheid 2012. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven, 24 november 2014.
4. A.E. van den Berg- de Ruiter, G.M. Schouten, N. Smit en N.F.A. van Veelen-Dieleman. Gezondheid in Kaart. Rotterdam. GGD Rotterdam-Rijnmond, januari 2014.
5. Eigen statistische bewerking op gegevens over Rotterdam verzameld ten behoeve van 'Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD-en, CBS en RIVM 2012'.
6. Het collegeprogramma #Kendoe:
<http://www.rotterdam.nl/collegeprogrammaenbegroting2015>
7. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep.
8. Gommer AM (RIVM). Ziektelast in DALY's samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Ziektelast in DALY's, 5 juni 2014.

9. Poos MJJC (RIVM), Gool CH van (RIVM), Gommer AM (RIVM). Ziektelast in DALY's: Wat is de ziektelast in Nederland? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Ziektelast in DALY's, 5 juni 2014.
10. Mulder M (RIVM), Hertog FRJ den (RIVM). Psychische stoornissen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Gezondheid en ziekte\Sterfte\Sterfte naar doodsoorzaken, 2 juni 2014.
11. Burdorf A, Hooijdonk van C, Veerman L, Mackenbach JP. Schatting van de potentiële effecten van primaire preventieve interventies op de gezondheid van de Rotterdamse bevolking. Rotterdam, 2008.