

Steunpunt beleidsrelevant onderzoek



Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede

Ann DeSmet, Koen Hermans, Evelyn Verlinde, Sara Willems,
Jan De Maeseneer & Chantal Van Audenhove, Onderzoeksgroep KANS

Achtergrond

Depressie is de meest voorkomende psychische stoornis wereldwijd en treft in België jaarlijks 5% van de bevolking (Bruffaerts et al, 2004). Depressie is bovendien een ernstige risicofactor voor het ondernemen van een poging tot zelfdoding, 70% van de personen die een suïcidepoging ondernamen was depressief (Marquet et al, 2005). In België zou 4,8% van de bevolking die 15 jaar of ouder is ooit een zelfdodingspoging ondernomen hebben. Voor 0,4% gebeurde dit nog in het afgelopen jaar (Gisle, 2008).

Socio-economische factoren zoals werkloosheid, alleenstaand zijn, een lager opleidingsniveau, een laag inkomen zijn medebepalend voor een verhoogd risico op depressie en zelfdoding (Alonso et al, 2004; Scoliers, 2009).

Tegelijkertijd zijn factoren als werkloosheid, ar-

moede, eenzaamheid ook vaak een gevolg van depressie (Levinson et al 2010).

Eerstelijns welzijnsvoorzieningen (zoals CAW, ICAW en OCMW) bieden met prioriteit hulp aan personen die financieel kwetsbaar zijn. Men kan er bijgevolg van uitgaan dat vele gebruikers van deze eerstelijns welzijnsvoorzieningen een depressie doormaken die al dan niet gepaard gaat met suïcidale ideatie.

Met het oog op een performante werking van een getrapte zorg is het essentieel dat de signalen van de problematiek goed worden herkend en dat de ernst kan worden ingeschat in een eerstelijnsdienst zoals het OCMW, CAW en ICAW. Een adequate inschatting is immers de basis voor een passend ondersteuningsaanbod zoals ondersteuning van de zelfhulp, het bieden van begeleiding in de eerstelijns en zo no-

dig kan doorverwezen worden voor gespecialiseerde behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Everaert, 2007; Scheerder, 2009).

In het onderzoeksprogramma KANS van het Steunpunt WVG wordt nagegaan hoe depressieve gevoelens zich manifesteren bij de gebruikers van de eerstelijnswelzijnsvoorzieningen en welke de kenmerken zijn van mensen die een hoog risico vertonen voor depressie. Deze informatie kan aan hulpverleners in eerstelijnswelzijnsvoorzieningen inzichten bieden om de psychische problemen sneller te detecteren, te begeleiden of door te verwijzen.

Deze studie geeft op volgende vragen een antwoord:

1. Hoe ernstig is de depressiviteit die de gebruikers van eerstelijnsdiensten met onwelbevinden doormaken?
2. Met welke contextfactoren gaan deze depressieve gevoelens samen?
3. In welke mate hebben eerdere pogingen tot zelfdoding plaatsgevonden bij gebruikers van eerstelijnsdiensten met onwelbevinden?
4. Met welke contextfactoren hangen deze zelfdodingspogingen samen?
5. Welke is de relatie tussen financiële kwetsbaarheid en de ernst van depressieve gevoelens?

De onderzoeksresultaten kunnen de minister van WVG inspireren bij zijn plannen om het beleidsplan suïcidepreventie in de nabije toekomst verder te ontwikkelen en te optimaliseren.

Methoden

Er was vooropgesteld dat alle gebruikers tussen 18 en 65 jaar van de eerstelijnswelzijnsvoorzieningen in 8 Vlaam-

se regio's in de periode tussen december 2008 en april 2010 gescreend werden op de aanwezigheid van gevoelens van psychisch onwelbevinden. Indien de betrokken voorzieder vond dat het deelnemen aan de studie de respondent onnodig in de war zou brengen, die zich hierdoor slechter zou voelen of het invullen van de vragenlijst een te zware belasting zou vormen voor de respondent, werd deze persoon uitgesloten van deelname aan de studie¹.

Hierbij is het niet duidelijk welke fractie van de totale gebruikersgroep aan de inclusiecriteria beantwoordt. Onze studie beperkt zich dus tot uitspraken over de gebruikers van eerstelijnswelzijnsvoorzieningen met financiële kwetsbaarheid en/of onwelbevinden zoals gedefinieerd in ons screeningsinstrument. In het onderzoeksrapport zal een schatting gemaakt worden van de verhouding t.a.v. de totale gebruikersgroep van deze diensten.

Deze personen kunnen aan de studie deelnemen indien ze:

- Voldoende het Nederlands beheersen
- In 1 van de 8 geselecteerde regio's verblijven
- Tussen 18 en 65 jaar zijn
- Minstens psychisch onwelbevinden of financiële kwetsbaarheid ervaren (zie tabel 1)

De 8 regio's die voor deze studie geselecteerd werden zijn: Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tielt-Winge, Geel en Antwerpen. Deze regio's werden gekozen om een zo groot mogelijke diversiteit te weerspiegelen naar: 1. socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking in deze regio; 2. de graad van stedelijkheid en 3. naar provinciale spreiding (Hermans et al, 2008).

Tabel 1. Screeningscriteria voor psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid		
Psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997)		
	Enkel psychisch onwelbevinden	Zowel psychisch onwelbevinden als financieel kwetsbaar
▪ Heeft u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel?	Op minstens 1 van beide 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die psychisch onwelbevinden ervaart	
▪ Heeft u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?		
Financiële kwetsbaarheid		
	Enkel financieel kwetsbaar	
▪ Geniet u een verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekteverzekering?	Op minstens 1 van deze 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die zich in een financieel kwetsbare positie bevindt	
▪ Werd u het OMNIO-statuut toegekend in het kader van de ziekteverzekering?		
▪ Is uw bruto belastbaar gezinsinkomen lager dan 13.543,71 euro verhoogd met 2.507,30 euro per gezinslid ander dan de aanvrager? Hierbij is een gezinslid iedereen die officieel of hetzelfde adres woont		
		Zowel op minstens 1 van de vragen over psychisch onwelbevinden 'ja' antwoorden als op minstens 1 van de vragen over 'financiële kwetsbaarheid' 'ja' antwoorden

Tabel 2. Regionale verdeling van totale steekproef

	Aantal respondenten
Antwerpen Noord	118
Geel	76
Genk	109
Gent 1	131
Ieper	76
Oostende	60
Oudenaarde	40
Tielt-Winge	35

In totaal beantwoordden 657 gebruikers van de eerstelijnszorgvoorzieningen aan de inclusiecriteria en namen deel aan de studie. Tabel 1 toont de spreiding over de regio's ².

Aan de hand van de Beck Depression Inventory (BDI) is vervolgens de ernst van depressiviteit ingeschat bij de personen die op minstens één van de vragen van Whooley positief antwoordden (n=461). De ernst van depressieve gevoelens in de afgelopen week wordt op basis van deze schaal ingedeeld in 4 categorieën: minimale depressiviteit, milde, matige en ernstige depressiviteit. Een matige en ernstige depressiviteit vormen een indicatie dat de persoon een depressieve episode doormaakt.

Tabel 3. Ernst van depressiviteit

	OCMW (n=272)	CAW (n=128)	ICAW (n=89)	Totaal (n=455) ³
Minimaal	n= 114 (42%)	n=51 (40%)	n=34 (38%)	n=199 (44%)
Mild	n=56 (21%)	n=24 (19%)	n=22 (25%)	n=94 (20%)
Matig	n=49 (18%)	n=29 (23%)	n=17 (19%)	n=80 (17%)
Ernstig	n=53 (19%)	n=24 (19%)	n=16 (18%)	n=82 (18%)

Een milde depressiviteit wijst op een mogelijke/lichte depressie (Nolen & Dingemans, 2004). De mate van depressiviteit in de BDI is een aanwijzing van de ernst van de depressieve klachten. Een diagnose van depressie kan echter enkel gesteld worden door een arts en/of via een gespecialiseerd klinisch psychologisch onderzoek.

Hoewel vooral matige en ernstige depressiviteit in de klinische praktijk worden gebruikt als ondersteunend middel in het stellen van de diagnose "depressie", willen we in deze studie ook aandacht besteden aan de milde depressiviteit. Gezien preventie en vroegdetectie van psychische problemen zeer belangrijk zijn in eerstelijnszorg is het cruciaal dat ook de eerste lichte tekenen van depressie in deze setting herkend kunnen worden. De eerstelijns is immers goed geplaatst voor een aanpak van psycho-educatie en voor de ondersteuning van de zelfhulp bij lichte vormen van depressie.

Indien minder dan de helft van de antwoorden op de Beck Depression Inventory ontbraken, werden ontbrekende antwoorden op deze schaal-items door het gemiddelde van de antwoorden van die persoon op de andere schaalitems vervangen. Dit was het geval voor 53 respondenten, waar voor de meerderheid (32 personen) slechts 1 score ontbrak. Indien meer dan de helft van de schaal-items ontbrak, werd voor die persoon geen BDI score berekend (6 personen).

Resultaten

1. Ernst van de depressiviteit

Van de 657 eerstelijnszorggebruikers die aan de inclusiecriteria beantwoordden, antwoordden er 461 (70%) positief op de screeningsvragen over het psychisch onwelbevinden. Ongeveer de helft van de gebruikers (n = 362) ervaart zowel psychisch onwelbevinden als een financiële kwetsbaarheid (55,1%). De groep welzijnszorggebruikers die enkel psychisch onwelbevinden ondervindt, is veel kleiner en maakt slechts 15,1% uit van de geïncludeerde personen.

Iets meer dan de helft van de eerstelijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden vertoont mogelijke tekenen van een depressie aangezien zij een milde, matige tot ernstige depressiviteit ervaren. Van de welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden vertoont 35% een matige tot ernstige depressiviteit⁴.

Bijna driekwart van de welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden geeft aan minder energie te hebben en slaapproblemen te ondervinden. Ook het werk heeft hieronder te lijden.

Meer dan de helft van de welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden vertoont klachten die typerend zijn voor een depressie, zoals moedeloosheid, niet meer genieten, verdriet en bijna de helft van de respondenten vertoont ook somatische of cognitieve klachten die met depressie gepaard gaan zoals slaapproblemen, gebrek aan eetlust. Ongeveer 4 op 10 van deze welzijnszorggebruikers voelt zich schuldig en legt de verantwoordelijkheid bij zichzelf. Hoe meer van deze klachten bij eenzelfde persoon voorkomen, hoe groter de kans op een depressieve stoornis. Deze lijst geeft aan dat de meest kenmerkende klachten van een depressie bij de meerderheid van welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden voorkomen.

**Tabel 4. Items van depressiviteit
% respondenten dat een bevestigende score geeft
(1-2-3 op schaal van 0 tot 3)**

Items uit Beck Depression Inventory

word sneller moe dan anders	74,5
slaap minder goed dan vroeger	72,5
geniet niet meer, geen voldoening	68,6
kan mijn werk moeilijker doen dan vroeger	63,7
ben vaak geërgerd	61,8
heb moeite met nemen van beslissingen	62,1
ben moedeloos over toekomst	55,8
maak me zorgen om mijn gezondheid	54,2
huil vaak – voortdurend - kan niet meer huilen	53,2
gevoel van mislukkingen	51,7
gevoelens van verdriet	51,1
heb minder eetlust dan anders	49,2
heb minder belangstelling voor seks	48,6
voel me schuldig	42,6
kritiek op mezelf, geef mezelf de schuld	42,5
ben teleurgesteld in mezelf	41,5
minder belangstelling voor andere mensen	40,8
heb gevoel gestraft te worden	39,0
voel me onaantrekkelijk	38,4
overweeg een eind te maken aan mijn leven	36,4
ben afgevallen (zonder op dieet te zijn)	33,9

2. Contextfactoren van psychisch onwelbevinden

Er werd nagegaan of de ernst van depressiviteit verschilde tussen regio's, naar geslacht en leeftijd en naarmate men al dan niet als financieel kwetsbaar beschouwd wordt. Er werden geen significante verschillen vastgesteld op deze vlakken. De depressiviteit komt ook in even sterke mate voor bij gebruikers van het OCMW, CAW en ICAW.

De mate van depressiviteit verschilt daarentegen wel significant naargelang men tewerkgesteld is (al dan niet tijdelijk onderbroken). Van de mensen die tewerkgesteld zijn, heeft 39% een milde tot ernstige vorm van depressiviteit terwijl dit bij werklozen 60% is. Onder de

financieel kwetsbaren met psychisch onwelbevinden bevinden zich significant meer werklozen (82% is werkloos versus 52% bij de personen met enkel psychisch onwelbevinden).

De mate van depressiviteit hangt ook significant samen met hoe men zijn eigen gezondheidstoestand inschat. Indien men zijn gezondheid als goed tot zeer goed beschouwt, ervaart slechts 38% een milde, matige tot ernstige depressiviteit. Een meerderheid van de respondenten die zijn gezondheidstoestand als slecht tot zeer slecht inschat, nl. 80%, heeft last van milde, matige of ernstige depressiviteit. Het is mogelijk dat men gerelateerd aan de depressiviteit het subjectief gezondheidsgevoel lager inschat, maar toch is er zeker ook een verband tussen depressiviteit en somatische klachten: van de deelnemers die aangeven last te hebben van langdurige ziekten ervaart 65% een milde, matige tot ernstige depressiviteit. Dit is slechts 40% bij de respondenten die geen langdurige ziekte, aandoening of handicap hebben (significant verschil).

Het is de bedoeling van het onderzoek om in een volgende onderzoeksfase ook een koppeling tot stand te brengen tussen de gegevens van dit onderzoek met databankgegevens (met respect voor de privacy). Dit zal ook zicht bieden op verbruiksgegevens in de gezondheidszorg en het beeld van het zorggebruik van deze groep completeren. Hierdoor wensen we een antwoord te bieden op de vraag of deze groep ook meer gebruik maakt van diensten in de eerstelijnsgezondheidszorg en de tweedelijns, wordt deze groep meer opgenomen in residentiële zorg, of er een hoger medicatiegebruik is ... Op deze manier zal een sector-overschrijdend beeld ontstaan, waardoor geïntegreerde beleidsaanbevelingen tot stand kunnen komen.

3. De mate van suïcidaliteit bij welzijnszorggebruikers

Bijna de helft van de welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden kent iemand die een suïcidepoging heeft ondernomen. Meer dan een derde heeft zelf ooit ook een poging tot zelfdoding ondernomen (35%) en 15% heeft dit meermaals gedaan. Van de welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden heeft 9% nog een poging tot zelfdoding ondernomen in de afgelopen 12 maanden. Van 10 personen kregen we geen antwoord op deze vragen.

4. Contextfactoren van suïcidaliteit bij welzijnszorggebruikers

Herhaalde pogingen tot zelfdoding komen voornamelijk voor bij personen die ernstige depressieve gevoelens

Tabel 5. Aantal respondenten in minimale, milde, matige of ernstige depressiviteit die een suïcidepoging ondernam

	<i>Minimale depressiviteit (n=196)</i>	<i>Milde depressiviteit (n=94)</i>	<i>Matige depressiviteit (n=79)</i>	<i>Ernstige depressiviteit (n=79)</i>
Geen suïcidepoging	n=155 (79%)	n=64 (68%)	N=51 (65%)	n=21 (27%)
Eenmalige suïcidepoging	n=28 (14%)	n=21 (22%)	N=18 (23%)	n=22 (28%)
Herhaaldelijke suïcidepogingen	n=13 (7%)	n=9 (10%)	N=10 (13%)	n=36 (46%)

ervaren. Het ondernemen hebben van een suïcidepoging hangt zeer sterk samen met het kennen van iemand die een suïcidepoging heeft ondernomen, dit verviervoudigt het risico dat men zelf in het afgelopen jaar heeft geprobeerd zich van het leven te beroven (van 4% naar 17%). Net zoals depressieve gevoelens komt suïcidaliteit in even grote getale voor bij gebruikers van OCMW diensten, CAW-diensten en ICAW diensten.

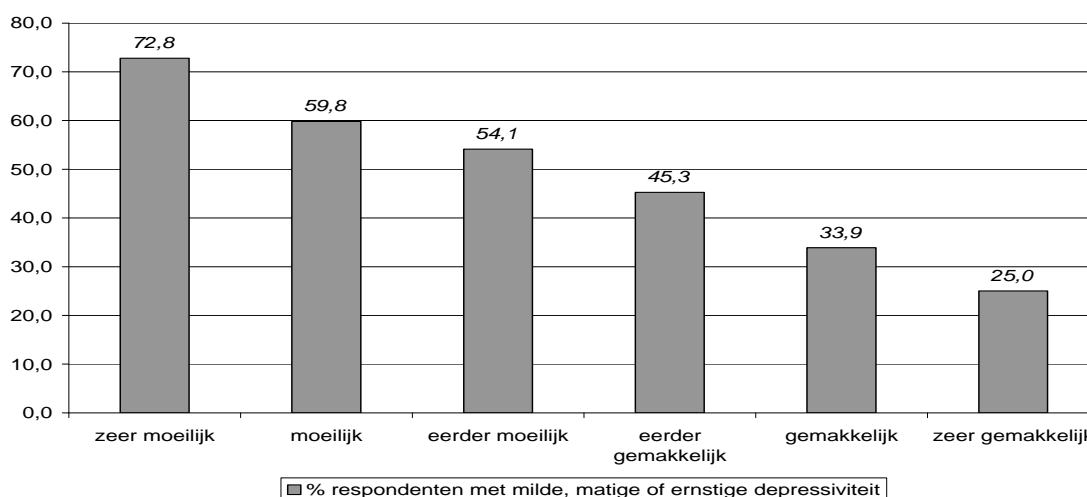
Werklozen hebben significant vaker een poging ondernomen tot zelfdoding (39% heeft ooit poging ondernomen) dan diegenen met een betaalde baan (23% heeft ooit poging ondernomen).

Suïcidepogingen komen het minst vaak voor in 'buitengebieden' of de kleinere gemeenten: 2% van de personen die hier wonen hebben recent een poging tot zelfdoding ondernomen. Hoewel niet significant verschillend, ligt het cijfer voor recente zelfdodingspogingen het hoogst in de structuurondersteunende kleinstedelijke gebieden (15%), gevolgd door grootstedelijke gebieden (10%) en regionaal stedelijke gebieden (7%). Binnen deze structuurondersteunende kleinstedelijke gebieden vertoont de regio Oudenaarde het hoogste cijfer in suïcidepogingen.

Besluit

- Een op 2 welzijnszorggebruikers met gevoelens van psychisch onwelbevinden vertoont tekenen van depressie. Van deze zorggebruikers met psychisch onwelbevinden kan bij een derde de neerslachtigheid als een matige tot ernstige depressiviteit beschouwd worden en heeft een derde ooit een zelfdodingspoging ondernomen. Voor 9% gebeurde dit in het afgelopen jaar. Het cliënteel van OCMW, CAW en ICAW kampt duidelijk met ernstige psychische klachten.
- Deze psychische klachten gaan hand in hand met financiële moeilijkheden. Immers zowel depressiviteit als suïcidaliteit gaan samen met het gevoel niet rond te kunnen komen. En hierbij is oorzaak en gevolg niet zo duidelijk: depressie en suïcidaliteit leiden tot verminderde prestaties op de werkvloer en werkloosheid, maar evenzo leiden werkloosheid en het gevoel niet rond te kunnen komen tot hopeloosheid en uitzichtloosheid. Dit geldt ook voor het samengaan van somatische en psychische klachten bij het cliënteel van OCMW, CAW en ICAW. Het hebben van chronische somatische aandoeningen kan tot een

Figuur 1: proportie deelnemers met tekenen van minstens milde depressiviteit naar de mate waarin men moeilijk of gemakkelijk met het inkomen kan rondkomen



5. Relatie tussen financiële kwetsbaarheid en onwelbevinden

In figuur 1 wordt voor iedere subcategorie van de mate waarin men het gevoel heeft financieel rond te komen, het percentage respondenten weergegeven dat minstens tekenen van milde depressiviteit vertoont. Depressiviteit komt in onze onderzoeksresultaten significant meer voor naarmate men een betalingsachterstand heeft en het gevoel heeft niet rond te komen met het inkomen.

Het ondernemen hebben van een zelfdodingspoging komt zoals bij depressiviteit significant vaker voor naarmate men het inkomen minder toereikend vindt: 42% van de personen die moeilijk of zeer moeilijk kunnen rondkomen met het inkomen heeft ooit een zelfdodingspoging ondernomen terwijl dit 21% bedraagt van de welzijnszorggebruikers die gemakkelijk tot zeer gemakkelijk met het inkomen kunnen rondkomen.

hogere mate van depressiviteit leiden, maar het ervaren van depressiviteit op zich kan ook de algemene gezondheidsperceptie negatief beïnvloeden (Moussavi et al, 2007). Deze hoge samenhang tussen financiële, psychische en algemene gezondheidsproblemen pleit des te meer voor een geïntegreerde aanpak in de eerstelijnsgezondheidszorg.

- OCMW, CAW en ICAW krijgen in gelijke mate te maken met cliënten met ernstige depressieve en suïcidale gedachten. Bijgevolg hebben deze eerstelijnswelzijnsvoorzieningen een belangrijke rol in het herkennen van deze depressieve en suïcidale signalen zodat de psychische problemen doelgericht kunnen aangepakt worden.
- In deze eerstelijnswelzijnsvoorzieningen zou het vroegtijdig herkennen van depressiviteit goed kunnen gebeuren aan de hand van de zeer beknopte screeningsvragen van Whooley. Voor de

inschatting van de ernst van de depressiviteit is de BDI een bruikbaar instrument. Afhankelijk van de mate van depressiviteit kan vervolgens gekozen worden voor versterking van de zelfhulp, begeleidende gesprekken in de eerstelijns of gerichte verwijzing voor diagnostiek en behandeling van depressie.

- Bijna driekwart van de welzijnzorggebruikers met psychisch onwelbevinden geeft ook aan slaapproblemen te ondervinden. Aangezien slaapproblemen vaak als de eerste tekenen en voorspellers van een nakende depressie worden aangetroffen en het minder stigmatiserend zou zijn deze problemen te bespreken dan het over depressiviteit te hebben, worden slaapproblemen als mogelijk domein aangehaald voor een eerste interventie en mogelijke preventie van depressie (Ford & Cooper-Patrick, 2001). Het spontaan bespreken van slaapgedrag en -problemen met welzijnzorggebruikers die aangeven last te hebben van neerslachtigheid en minder plezier te hebben in wat men doet, kan een goede ingangspoort zijn naar het erkennen en behandelen van de depressieve klachten.
- Spreken over suïcidale ideatie is een belangrijke stap in de preventie van suïcide. Dit is echter niet gemakkelijk voor de doorsnee eerstelijnswerker. Het is belangrijk dat men zich bewust is van de sterke relatie tussen depressiviteit en suïcidaliteit en dat erover praten een eerste stap kan zijn om de cirkel te doorbreken.

Aanbevelingen voor het werkveld

Het onderzoek van KANS bevestigt de relatie tussen financiële problemen enerzijds en depressiviteit en suïcidaliteit anderzijds. Het is bijgevolg van belang dat de eerstelijnswelzijnsvoorzieningen op een doeltreffende wijze omgaan met hulpvragers die psychisch onwelbevinden ervaren. We formuleren een aantal aanbevelingen voor het werkveld, voor het management van de sector en voor navormings-initiatieven.

Voor de hulpverleners is het o.i. van belang

- dat zij over de competenties beschikken om depressiviteit bij hun gebruikers op het spoor te komen en om de ernst ervan in te schatten;
- dat zij instrumenten ter beschikking hebben om dit op een efficiënte en betrouwbare manier in kaart te brengen;
- dat zij over de competenties en de tijd beschikken om depressieve en suïcidale gedachten te bespreken met de gebruiker;
- dat zij weten hoe ze zelfhulp kunnen ondersteunen o.a. door het gebruik van 'web based' programma's zoals "fit in je hoofd" of "kleur je dag";
- dat zij basisprincipes van begeleiding van mensen met depressie kunnen hanteren;
- dat zij ernstig depressieve en suïcidale mensen kunnen verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening;
- dat de gespecialiseerde hulpverlening vlot toegankelijk is en effectieve vormen van hulpverlening hanteert om depressie te behandelen.

- dat de eerstelijnswelzijnsdiensten in hun benadering van deze groep aandacht hebben voor de lichamelijke problemen en waar nodig en mogelijk afstemmen met de eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen, in het bijzonder de huisarts.

Aanbevelingen voor de overheid

We pleiten ervoor dat de CAW, de ICAW en de OCMW een bijzondere aandacht krijgen bij het hernieuwde suïcidepreventieplan van de Vlaamse overheid. De deskundigheidsbevordering van eerstelijns werkers in hoger vermelde domeinen (detectie, begeleiding, doorverwijzing) is o.i. een prioriteit.

De invoering van een eerstelijnspsychologische functie is een denkspoor dat o.i. interessante mogelijkheden biedt om in de eerstelijnsgezondheidszorg voldoende competentie te realiseren voor de preventie, de psychoeducatie en de behandeling van allelaagse psychologische problemen (cf. werknota werkgroep 6 eerstelijnsgezondheidsconferentie).

Daarnaast blijft de toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGZ met effectieve en kostenefficiënte behandelingen voor mensen met een matige of ernstige depressie een belangrijk streefdoel (Reynders et.al, 2009).

Referenties

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., de Girolama, G., de Graaf, R., de Myttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J-P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, J & Vilagut, G. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, S21-27

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking: resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 75-85

Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I., Van Audenhove, Ch. (2007) *Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. Analyse, evaluatie en optimalisering van het zorgaanbod*. Leuven: LUCAS.

Ford, D.E., Cooper-Patrick, L (2001). Sleep disturbances and mood disorders. An epidemiological perspective. *Depression and Anxiety*, 14, 3-6

Gisle, G. (2008). *Gezondheidsenquête België 2008 – Mentale Gezondheid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaillie, J., Maes, L., De Maeseneer, J. & Van Audenhove, Ch. (2008). Werknota "De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's". Programma 1- Kencijfers en monitoring. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Levinson D, Lakoma MD, Petukhova M, Schoenbaum M, Zaslavsky AM, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, De Girolamo G, Graaf R de, Gureje O, Haro JM, Hu C, Karam AN, Kawakami N, Lee S, Lepine JP, Oakley Browne M, Okoliyski M, Posada-Villa J, Sagar R, Carmen Viana M, Williams D, Kessler RC. *Associations of serious mental illness with earnings: results from the WHO World Mental Health surveys. British Journal of Psychiatry* 2010; 197: 114-121.

Marquet, R.L., Bartelds, A.I., Kerkhof, A.J., Schellevis, F.G. & van der Zee, J. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. *BMC Family Practice*, 6, 45

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858

Nolen, W.A. & Dingemans, P.M.A.J. (2004). Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 10, 681-686

Reynders, A., Van Heeringen, C., De Maeseneer, J., Van Audenhove, Ch. (2009). *Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Scheerder, G. (2009). The Care of Depression and Suicide: Attitudes, Skills, and Current Practices of Community and Health Professionals. Doctoral thesis in Medical Sciences, Leuven

Scoliers, G., Portzky, G., Van Heeringen, K., Audenaert, K. (2009). Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: a 5-year follow-up study. *Archives of Suicide Research*, 13, 201-213

Van Menxel, G. & Serrien, L. (2008). Meervoudige kwetsbaarheid. Een onderzoek naar het bereik van risicogroepen in de samenleving door het algemeen welzijnswerk. *Presentatie gegeven tijdens het MVG, Team Algemeen en Forensisch Welzijnswerk, Brussel, 22 april 2008*.

Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. (1997). Case-finding instruments for Depression. Two Questions Are as Good as Many. *J Gen Intern Med*. 12(7): 439-445.

¹ Voor de volledige beschrijving van de onderzoeksmethode en resultaten verwijzen we naar het onderzoeksrapport van Kans.

² Voor 12 personen kon de regio van woonplaats niet vastgesteld worden, wat bijv. kan voorkomen doordat deze personen verblijven in een opvangcentrum voor thuislozen.

³ Iets minder dan een vierde van alle respondenten is in meer dan één voorziening in begeleiding en staan dan ook in meerdere kolommen opgenomen. Hierdoor ligt de som van de aantallen respondenten van de kolommen afzonderlijk hoger dan het totaal aantal deelnemers.

⁴ Voor 6 personen kon de mate van depressiviteit niet ingeschat worden door teveel ontbrekende gegevens op deze schaal.

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove