

STAPPENPLAN LOKAAL BELEID DEPRESSIEPREVENTIE

Instrument voor lokale beleidsmakers

versie 1.0

Stappenplan lokaal beleid depressiepreventie

Instrument voor lokale beleidsmakers
versie 1.0



Colofon

Partnership Depressiepreventie (PDP)

Het Partnership Depressiepreventie is een initiatief van het ministerie van VWS. Het bundelt de krachten van een groot aantal partnerorganisaties met als doel de preventie van depressie landelijk en lokaal te verstevigen. Er zijn drie gebieden voor de activiteiten: lokaal beleid, instrumenten voor professionals en voorlichting en bewustwording.

Het Partnership Depressiepreventie wordt gefinancierd door VWS. Het Trimbos-instituut coördineert alle activiteiten.

Projectleiding PDP

Trimbos-instituut: Martijn Bool

Projectleider deelproject Lokaal beleid

GGD Nederland: Chantal Walg (2010), Gerda Jans (2009), Arjan Biemans (2008)

Auteur

Ineke Slagter

Partners PDP

Actiz (www.actiz.nl)

Fonds Psychische Gezondheid (www.fondspsychischegezondheid.nl)

GGD Nederland (www.ggdnederland.nl)

GGZ Nederland (www.ggznederland.nl)

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) (www.lvg.org)

Landelijke huisartsenvereniging (LHV) (www.lhv.nl)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (www.nhg.org)

Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) (www.mogroep.nl)

Nederlandse Patiënten en Consumenten Platform (NPCF) (www.npcf.nl)

Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) (www.vng-login.nl)

Trimbos-instituut (www.trimbos.nl)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (www.zn.nl).

Samenwerkende organisatie

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) (www.nvab-online.nl)

Waarnemers

Inspectie Volksgezondheid, RIVM ZonMw, Ministerie van VWS

Omslagontwerp

Studio aan de werf

Eindredactie en opmaak binnenwerk

Gerdie Kienhorst, TextAbility

© 2010 Partnership Depressiepreventie, voor deze Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Partnership Depressiepreventie, vertegenwoordigd door het Trimbos-instituut.

Producten van het Partnership Depressiepreventie mogen worden gebruikt met bronvermelding.

Deze uitgave is gratis te downloaden via www.loketgezondleven.nl, www.trimbos.nl en de partnerorganisaties.

Samenvatting

Dit Stappenplan volgt de structurering van de beleidscyclus (beleidsvoorbereiding, beleidsvorming, uitvoering en evaluatie van beleid) voor het aandachtsgebied depressiepreventie met het oog op lokale beleidsvorming. Het biedt een instrument aan beleidsmakers en managers die betrokken zijn bij lokale en regionale samenwerking op dit onderwerp.

Systematisch komt door de cyclus heen een overzicht tot stand van de instrumenten die inzicht geven in incidentie en prevalentie van depressie en actoren (beleidsvoorbereiding), de mogelijkheden en het aanbod van preventieve interventies van lokale en landelijke partners gericht op integrale beleidsontwikkeling (beleidsvorming), en bouwstenen voor uitvoeringsbeleid en evaluatie van het bereik van interventies en het toezicht erop (beleidsevaluatie). Deze informatie biedt een handvat aan lokale en regionale partijen om succesvol met elkaar het gesprek aan te gaan en een gezamenlijk beleid voor depressiepreventie te ontwikkelen.

Inhoud

Samenvatting	3
Inleiding	5
1 Beleidsvoorbereiding: gegevens verzamelen	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Gegevensbronnen	7
1.3 Gegevens over actoren depressiepreventie verzamelen	10
2 Beleidsvorming	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Inventarisatie: aan de basis van ketensamenwerking	13
2.3 Zicht op de activiteiten van landelijke organisaties	14
2.4 Zicht op de lokale en regionale partners depressiepreventie	16
3 Uitvoering beleid depressiepreventie	22
4 Evaluatie depressiepreventie	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	24
4.3 Werkplaats Monitoren vraag en aanbod CGL	25
4.4 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg	25
4.5 Benchmark eerstelijnspsychologen (in ontwikkeling)	26
4.6 Verantwoording Gemeentelijk Gezondheidsbeleid (in ontwikkeling)	26
4.7 Monitor Maatschappelijke Dienstverlening (Madimonitor)	27
4.8 Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis	27
4.9 Maatschappelijke verantwoording geestelijke gezondheidszorg	28
4.10 Inzicht in het bereik van GGZ-preventieactiviteiten	28

5	Bijlagen	29
5.1	Uitkomsten indicatoren en standaardvraagstellingen	
	LNM Gezondheid samenhangend met depressie	29
5.2	Samenvattend overzicht evaluatiebronnen depressiepreventie	32

Inleiding

Het 'Stappenplan lokaal beleid depressiepreventie' heeft een tweeledig doel. Het biedt (gemeentelijke) beleidsmakers en managers van partijen die betrokken zijn bij lokale en regionale samenwerking een instrument voor beleidsvoorbereiding, -vorming, monitoring en evaluatie van depressiepreventiebeleid. Met het stappenplan als kader krijgt een eigen lokale aanpak van depressiepreventie een goede vorm. Daarnaast leveren de inzichten over het verzamelen van gegevens en de huidige mogelijkheden voor evaluatie van beleid, input op voor landelijke afstemming tussen leveranciers van registratie- en evaluatiegegevens. Dit stappenplan is bedoeld als beleidsondersteunend instrument voor depressiepreventiebeleid aan gemeenten, lokale en regionale beleidsmakers en professionals.

Om hun eigen lokale gezondheidsbeleid vorm te geven hebben gemeenten en samenwerkingspartners inzicht nodig in de inhoudelijke stappen van de beleidscyclus (figuur 1) die ze samen doorlopen. Op landelijk niveau wordt de beleidscyclus voor preventie weergegeven in de preventiecyclus van VWS. Deze bestaat uit de VTV 2006 'Zorgen voor de Gezondheid'; de Preventienota 2006 'Kiezen voor gezond leven'; de gemeentelijke nota's Lokaal Gezondheidsbeleid en het Gefaseerd toezicht 2007 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Dit stappenplan depressiepreventie neemt de structurering van de beleidscyclus over. Dit geeft gemeenten en samenwerkingspartners een systematisch overzicht van de instrumenten die inzicht geven in:

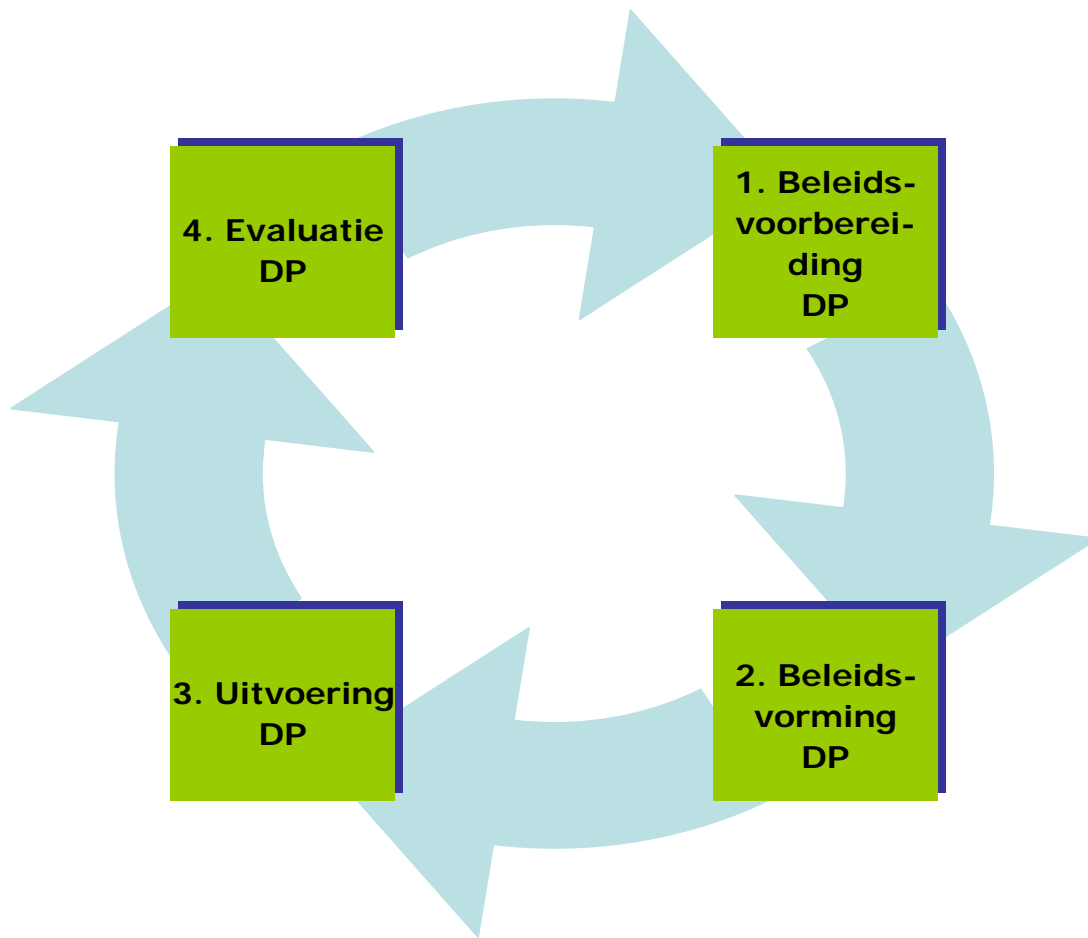
- het vóórkomen van psychische problematiek;
- de mogelijkheden en het aanbod van preventieve interventies van de partners gericht op integrale beleidsontwikkeling;
- evaluatiegegevens over bereik van interventies en toezicht op de uitvoering van interventies.

De beleidscyclus functioneert goed wanneer een motor de cyclus draaiende houdt. De gemeente is verantwoordelijk voor de strategische regievoering. De GGD adviseert de gemeente en kan, in overleg, de uitvoeringsregie voor de gemeente oppakken.

Dit stappenplan volgt de doorloop van de beleidscyclus in vier fasen (zie figuur 1). In hoofdstuk 1 tot en met 4 komen achtereenvolgens alle fasen aan de orde:

- beleidsvoorbereiding depressiepreventie (gegevens verzamelen);
- beleidsvorming depressiepreventie (inventariseren en beeld krijgen);
- uitvoering depressiepreventie (ondersteunende publicaties en producten);
- evaluatie depressiepreventie (informatie over de uitvoering).

Figuur 1
Beleidscyclus depressiepreventie (DP)





1 Beleidsvoorbereiding: gegevens verzamelen

1.1 Inleiding

Beleidsvoorbereiding start met het verzamelen van gegevens over hoe vaak een gegeven problematiek en daarmee samenhangende factoren voorkomen. Daarnaast is een oriëntatie op de actoren die een rol kunnen spelen bij een integrale aanpak van depressiepreventie al in de eerste fase cruciaal. Deze organisaties kunnen als partners betrokken worden bij de analyse van de gegevens en interactief meedenken in de beleidsvormende fase.

Dit hoofdstuk beschrijft de bronnen die ons de informatie leveren waarop depressiepreventie kan worden gebaseerd en geeft een overzicht van de belangrijkste actoren op dit gebied.

1.2 Gegevensbronnen

1.2.1 *Voorkomen van depressie in de bevolking en omvang risicofactoren*

De omvang van depressie wordt weergegeven in het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl). Dit geeft een beeld van het landelijke voorkomen van depressie en dus van de omvang van het probleem. Gebaseerd op drie vrij oude bevolkingsonderzoeken lijden ongeveer 850.000 mensen in Nederland aan depressie. Deze cijfers moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Regionaal worden de landelijke gegevens gebruikt als basisinformatie over het voorkomen van depressie in de bevolking. In 2009 heeft het Trimbosinstituut een nieuw NEMESIS¹-onderzoek uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek worden verwerkt in de VTV² 2010 en gepubliceerd in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Risico op depressie: risicoprofielen

Het Trimbosinstituut heeft in de studie 'Meer effect met depressiepreventie?'³ risicoprofielen beschreven. Ze geven een indicatie van de potentiële doelgroepen. Zie kader op blz. 8. Verbeterde risicoprofielen komen in 2010 beschikbaar in het kader van het PDP.

¹ NETHERLANDS MENTAL SURVEY AND INCIDENCE STUDY uitgevoerd in 1996, 1997 en 1999

² Volksgezondheid Toekomst Verkenning

³ Reeks: Wetenschappelijke Onderbouwing Depressiepreventie. Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksinformatie, vroegherkenning en terugvalpreventie. Geke Romijn, Marijke Ruiters, Filip Smit, 2007

<p><i>Kinderen van 2 – 3 jaar oud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lage sociaaleconomische status van het ouderlijk gezin - Familiegeschiedenis van depressie, angststoornissen of middelengebruik <p><i>Kinderen 4 – 5 jaar oud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stress van de ouders rondom de opvoeding - Ouderlijk oordeel over internaliserend gedrag van het kind <p><i>Volwassenen van 18 – 65 jaar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Blootstelling aan jeugdtrauma's zoals emotionele verwaarlozing en psychisch, lichamelijk en seksueel geweld - Kwetsbaarheidfactoren zoals een lage mastery (het gevoel weinig controle te hebben over je eigen leven) en een hoge mate van neuroticisme (abnormale gevoeligheid en geneigdheid tot piekeren), aanwezigheid van enkele depressieve klachten - Een medische voorgeschiedenis van eerder angststoornissen, de aanwezigheid van lichamelijke ziekten zoals migraine, cardiovasculaire aandoeningen, problemen met het ademhalingsapparaat, klachten in de buikstreek, lage rugpijn <p><i>Ouderen van 55 – 85 jaar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkele symptomen van depressie - Aanwezigheid van een angststoornis - Recent weduwschap, klein sociaal netwerk, of weinig sociale steun - Lichamelijke ziekten, functionele beperkingen - Laag opleidingsniveau en/of een lage sociaaleconomische status - Geringe mate van mastery - Vrouwelijk geslacht
--

Lokale en Nationale Monitor Gezondheid

GGD'en verzamelen in hun monitors voor gemeenten gegevens over de gezondheid van de lokale en regionale bevolking. Voor de verschillende indicatoren waarover informatie wordt verzameld via de monitors, wordt gebruikgemaakt van de standaardvraagstellingen die zijn ontwikkeld in de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid (LNM Gezondheid). De indicatoren zijn opgenomen in tabel 1. De antwoorden die de lokale bevolking in monitors geeft op de vragen over deze indicatoren kunnen inzicht verschaffen over de risico's op depressie in de lokale bevolking. Ook zijn indicatoren opgenomen over het voorkomen van depressie. Voor een overzicht van de uitkomsten van de indicatoren en standaardvraagstellingen in de LNM Gezondheid, samenhangend met depressie, zie bijlage 1 (vanaf blz. 29).

Tabel 1

Indicatoren Lokale en Nationale Monitor gezondheid gerelateerd aan risicoprofielen Depressiepreventie

LNM Gezondheid	Indicatoren
<i>Monitor Jeugdgezondheid (0-19 jarigen)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Armoede (werksituatie en inkomen) - Ingrijpende gebeurtenissen - Opvoeding en opvoedingsondersteuning - Psychosociale gezondheid - Kwaliteit van leven 8-19 jarigen

LNM Gezondheid	Indicatoren
<i>Monitor Volksgezondheid</i> (19-65 jarigen)	<ul style="list-style-type: none"> - Voorkomen van angststoornissen en depressies (basisvragen: K10 vragenlijst¹ en de facultatieve vraag bestaat uit 5 vragen uit de NESDA-onderzoek) - Voorkomen van eenzaamheid - Kwaliteit van leven (wordt nagevraagd met de SF12 en de MHI-5²) - Chronische aandoeningen - Huiselijk geweld - Zorggebruik
<i>Monitor Ouderen</i> (65 jaar en ouder)	<ul style="list-style-type: none"> - Voorkomen van angststoornissen en depressies - Voorkomen van eenzaamheid - Kwaliteit van leven - Sociaal netwerk - Huishoudsamenstelling - Chronische aandoeningen - Beperkingen - Beperkingen HDL vervoer - Inkomen - Geslacht - Zorggebruik

1.2.2 POLS van CBS: omvang depressieve gevoelens

Jaarlijks voert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) een gezondheidsenquête uit onder een representatieve steekproef van ongeveer tienduizend personen: het Perma-nant Onderzoek Leefsituatie (POLS). Uitgesloten van dit onderzoek zijn bewoners van instellingen en tehuizen. Omdat de cijfers zijn gebaseerd op steekproefonderzoek hebben ze een onnauwkeurigheidsmarge.

Aan personen van 12 jaar en ouder is vanaf 2001 gevraagd of men ooit een periode – minstens 14 dagen achter elkaar – heeft doorgemaakt, waarin men:

- erg angstig of bezorgd is geweest;
- erg depressief of somber is geweest;

De gegevens over psychische klachten worden verzameld via de Mental Health Inventory 5 (MHI-5).

De resultaten van deze onderzoeken (monitors) worden door de GGD'en toegevoegd aan de website www.monitorgezondheid.nl. Alle beschikbare regionale datasets vormen samen de landelijke dataset.

Het project LNM Gezondheid stelt in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg een basisvragenlijst vast voor deze monitors. Als deze vragenlijst is ingevoerd, wordt het in de toekomst mogelijk een landelijk beeld te geven wat betreft de indicatoren: volwassenen met hoog risico op angststoornis of depressie en volwassenen/ouderen met een hoge eenzaamheidsscore.

¹ Kessler Psychological Distress Scale

² De vraagstelling van CBS in de POLS en de vraagstelling in de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid is gelijk. Hierdoor zijn de lokaal verzamelde gegevens te vergelijken met landelijke cijfers.

1.2.3 VAAM: vraag en aanbod eerstelijnsgezondheidszorg

Om inzicht in de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg te verwerven, is de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) ontwikkeld. Zie www.nivel.nl. De VAAM analyseert de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg in een te selecteren gemeente, wijk of buurt. Het resultaat is gebaseerd op de bevolkingssamenstelling van de gemeente, wijk of buurt. De VAAM biedt een aanvulling op de informatie over psychosociale problemen (niet specifiek over depressie) uit de hiervoor genoemde bronnen. VAAM geeft inzicht in:

- de vraag naar zorg voor specifieke aandoeningen als chronische ziektes en psychosociale problemen;
- de vraag naar zorg van specifieke voorzieningen als huisartsenzorg, farmaceutische zorg, fysiotherapeutische zorg en eerstelijns GGZ;
- demografische achtergrondstatistieken van de gekozen gemeente, wijk of buurt.

Vanaf medio 2009 is de jongste update van VAAM beschikbaar gesteld.

1.2.4 Monitor@Work-VBBA: beleving en beoordeling arbeid

De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) uit Monitor@Work meet psychosociale arbeidsbelasting en werkstress. De vragenlijst beoogt twee doelen. Ten eerste het meten van aspecten van het werk die met de subjectieve beleving van respondenten samenhangen. Daarnaast worden meer zichtbare kenmerken in de arbeidssituatie gemeten waarover respondenten een beoordeling kunnen geven. In de vragenlijst wordt naar depressieve gevoelens gevraagd.

De VBBA kan toegepast worden in het werkingsgebied van de Arboret op groepsniveau als signalerend en inventariserend instrument en op individueel niveau als signalerend of screenend instrument. Voor het interpreteren van de resultaten van VBBA-onderzoek worden geanonimiseerde referentiegegevens uit een benchmark gebruikt. De resultaten van een VBBA-onderzoek kunnen door middel van deze referentiebestanden worden vergeleken met de Nederlandse beroepsbevolking en diverse branches.

In opdracht van het Ministerie van SZW heeft TNO grootschalige onderzoeken uitgevoerd in 2003 en 2005 onder tienduizenden werknemers in Nederland. In deze metingen zijn vragen uit het Monitor@Work-instrumentarium opgenomen. In een volgende Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden zou het onderwerp depressie nadrukkelijk meegenomen kunnen worden.

1.3 Gegevens over actoren depressiepreventie verzamelen

Op lokaal en regionaal niveau is het zinvol om al bij de start van de integrale aanpak depressiepreventie te inventariseren welke samenwerkingspartners een (positieve) rol in de aanpak kunnen spelen. Op grond van de verzamelde gegevens uit de genoemde bronnen formuleren gemeenten en zorgverzekeraars met de samenwerkingspartners (realistische) beleidsdoelen die zowel op korte als op lange termijn toetsbaar zijn.

Gemeenten en verzekeraar

De gemeente(n) en zorgverzekeraar zijn als financier en opdrachtgever de basispartners in de samenwerking. Aan hen dient op grond van evaluatiegegevens verantwoording te worden afgelegd. De samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar is cruciaal in

de strategische regievoering van depressiepreventie. Zij kunnen immers in de rol van opdrachtgever door het maken van resultaatafspraken, het realiseren van beleidsdoelen ondersteunen.

Overige partners

Het Partnership Depressiepreventie heeft, naast de gemeenten en de zorgverzekeraars, de volgende samenwerkingspartners voor Lokaal Gezondheidsbeleid Depressiepreventie gedefinieerd:

- GGD'en;
- Organisaties welzijn en maatschappelijke dienstverlening;
- Thuiszorgorganisaties;
- Huisartsen;
- Eerstelijnspsychologen;
- GGZ-organisaties;
- Intramurale zorg: verzorgings- en verpleeghuizen;
- Bedrijfsgezondheidszorg

Deze partners kunnen als voorbeeld dienen voor de lokale en regionale inventarisatie. Uiteraard zijn er vele andere organisaties waarmee samengewerkt kan worden. Vooral bij maatregelen op andere factoren, zoals maatregelen voor een prettige en veilige woonomgeving, breidt het samenwerkingsnetwerk zich uit. Fysiotherapeuten spelen bv. een rol in de preventieprogramma's 'Liever bewegen dan moe'.

Daarnaast richt het Partnership Depressiepreventie zich op de volgende settingen:

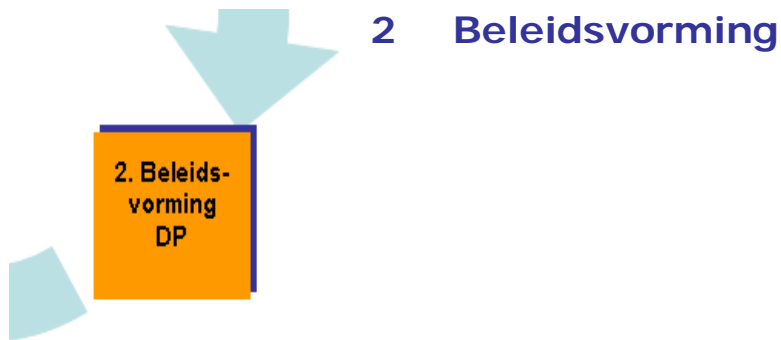
- School en JGZ (jeugdgezondheidszorg 0 - 23 jaar en scholen)
- Wijk en participatie (eerstelijns, welzijnswerk, informele zorg, thuiszorg, verpleging en verzorging)
- Arbeid (bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde).

De producten die voor de diverse settingen worden opgesteld kunnen de lokale voorbereiding en uitvoering van beleid ondersteunen.

Ervaringen

De aanpak depressiepreventie wordt (interactief) vastgesteld in samenwerking met alle samenwerkingspartners. Het formuleren van realistische doelen op basis van adequate gegevens is voor de ketensamenwerking de basis voor de aanpak van depressiepreventie. Regio's met ervaring in het lokaal gezondheidsbeleid depressiepreventie, adviseren een gefaseerde aanpak met realistische doelen. Depressie betreft complexe problematiek; de aanpak is een proces van lange adem.

Aandacht voor depressie(preventie) is zowel landelijk als lokaal van recente datum. Veel activiteiten zijn nog in ontwikkeling en leveren op korte termijn soms minder op dan verwacht. Advies van ervaringsregio's is om klein te starten met een beperkte groep samenwerkingspartners en in de loop van de tijd de aanpak te verbreden naar meer interventies en partners. Het is een optie om hier aan te sluiten bij bestaande OGGZ-netwerken. Het risico daarvan is dat de aanpak zich vooral richt op zorggerichte of geïndiceerde preventie.



2.1 Inleiding

Een integrale aanpak van depressiepreventie die een mix aan interventies bij elkaar brengt die ook evenwichtig over de verschillende vormen van preventie verdeeld is, vergroot de doelmatigheid en de effectiviteit. Door zo'n aanpak kunnen de belangrijkste doelgroepen in een gemeente/regio worden bereikt en worden determinanten tegelijk en in samenhang aangepakt. In een integraal depressiepreventieprogramma vinden we naast een cursusaanbod ook voorlichting en bewustwording, signalering en advisering, preventieve ondersteuning, deskundigheidsbevordering, en bevordering van een gezonde sociale en fysieke omgeving. Goede samenwerking tussen relevante partijen is dan cruciaal.

Depressiepreventie is tot op heden vooral ingevuld als het voorkomen van (verergering van) ziekte. In de integrale visie op depressiepreventie moeten relevante partijen die nu minder in beeld zijn, ook bij de aanpak betrokken worden. Een voorbeeld. Uit onderzoek blijkt dat voldoende lichaamsbeweging mogelijk helpt om depressies te voorkomen. Bij de beleidsvorming depressiepreventie moeten daarom ook de mogelijkheden van sportorganisaties en fysiotherapeuten en de interventies waarin bewegen is opgenomen, meegenomen worden. Juist daarom is het zaak om het totale aanbod en de mogelijkheden te inventariseren en de potentie van de samenwerkingsketen goed in beeld te brengen.

Dit hoofdstuk begint met een praktisch format om lokale organisaties, hun mogelijke rol en hun activiteiten of beschikbare interventies te inventariseren (par. 2.2) ten behoeve van een analyse van sterkten en zwakten in de beoogde regionale of lokale keten rond depressiepreventie. Een beleidsmaker kan dat overzicht vervolgens aanvullen met informatie, data, ondersteuning of deskundigheidsbevordering die hem ten dienste staan vanuit de landelijke organisaties zoals Centrum Gezond Leven, Trimbos-instituut en kiesbeter.nl. In paragraaf 2.3 wordt kort beschreven wat zij in huis hebben. Paragraaf 2.4 vervolgt met informatie over de taakstelling, werkwijze en organisatie van de verschillende lokale en regionale samenwerkingspartners. Met al deze informatie 'in de rugzak' kunnen lokale en regionale partijen in gesprek om gezamenlijk een integrale regionale leeflijn depressiepreventie te ontwikkelen.

Daarbij is het van belang om onderlinge verwachtingen goed uit te spreken en af te stemmen. Uit de evaluatie van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid (o.a. naar de handleiding preventie van depressie) die het Centrum Gezond Leven van het RIVM in 2008 uitvoerde door middel van onderzoek onder gemeenten, GGD'en en GGZ-instellingen¹ bleek dat er behoefte is aan helderheid over de rollen van verschillende lokale en landelijke partners. Via een goede inventarisatie is die helderheid te verkrijgen.

¹ Evaluatieonderzoek handleidingen lokaal gezondheidsbeleid, RIVM, april 2009

2.2 Inventarisatie: aan de basis van ketensamenwerking

In de beleidsvoorbereidende fase (zie hoofdstuk 1) zijn de belangrijke actoren bij depressiepreventie verkend. De verschillende partners participeren in de keten van samenwerking met elk een eigen rol. De rollen lopen uiteen van het uitvoeren van een interventie tot een rol bij signaleren, verwijzen, faciliteren en ondersteunen bij het bereiken van doelgroepen. Tabel 1 (een in te vullen format) geeft u na invulling een overzicht van actoren met hun inbreng in de integrale aanpak depressiepreventie en is een hulpmiddel bij de voorbereiding van beleid op hoofdlijnen. U brengt de lokale en regionale samenwerkingspartners verder in beeld. Per partner wordt de mogelijke rol beschreven, de activiteiten en/of interventies die deze organisatie kan uitvoeren, de vorm van preventie die ze vertegenwoordigen (universeel, selectief, geïndiceerd of zorggerelateerd), de doelstelling van de interventies en het beoogde resultaat.

Tabel 1

Format voor overzicht van actoren met hun inbreng in een integrale aanpak depressiepreventie

Lokale organisaties	Mogelijke rol	Activiteiten/interventies	Vorm preventie	Doelstelling en resultaat
Regionale organisaties	Mogelijke rol	Activiteiten/interventies	Vorm preventie	Doelstelling en resultaat
Gemeentelijke beleidsterreinen	Mogelijke rol	Activiteiten/interventies	Vorm preventie	Doelstelling en resultaat
Ziektekostenverzekeraar	Mogelijke rol	Activiteiten/interventies	Vorm preventie	Doelstelling en resultaat
Landelijke organisaties	Mogelijke rol	Activiteiten/interventies	Vorm preventie	Doelstelling en resultaat

Analyse aan de hand van SWOT en de preventieketen

Op grond van de verzamelde informatie in het format kan een SWOT-analyse worden uitgevoerd. Wat zijn de sterktes en zwaktes om het gezamenlijke doel te realiseren?

Figuur 2
Preventiecuratieketen

Gezond Maatregelen omgeving Universele pre- ventie	Risico Voorlichting en bewustwording Selectieve preventie	Risico Signaleren en adviseren Selectieve pre- ventie	Vroeg symptoom Preventie- interventies Geïndiceerde preventie	Ziek Behandeling Cure	Chronisch/ handicap Zorg Zorggerela- teerde pre- ventie
--	--	---	---	-----------------------------	--

Waar liggen de kansen en bedreigingen in de keten? Moeten er in de samenwerkingsketen hiaten worden opgelost? Op grond van deze analyse kan een start worden gemaakt met het maken van afspraken en organiseren van de ketensamenwerking.

Preventie (zie figuur 2) beweegt zich in een spectrum van universele tot en met geïndiceerde preventie, en na behandeling is er ruimte voor zorggerelateerde preventie, bijvoorbeeld in het geval van chronische ziekte of handicap. In alle fasen zijn er mogelijke activiteiten en interventies. In de beleidsvorming moet worden afgewogen waar gezien de beoogde doelgroep(en) en de beschikbare middelen en menskracht de beste resultaten te behalen zijn.

Voor dat doel kan bijvoorbeeld in de interventiedatabank van Centrum Gezond Leven (zie 2.3.1), een minimum aantal interventies, gespreid over de gewenste preventievormen worden geselecteerd om door de partners te worden beoordeeld in hun voorbereiding van de (besluitvorming over de) gezamenlijke geïntegreerde aanpak.

2.3 Zicht op de activiteiten van landelijke organisaties

2.3.1 Centrum Gezond Leven – I Database

In Nederland uitgevoerde leefstijlinterventies depressiepreventie zijn te vinden in de interventiedatabank (I-database) in het Loket Gezond Leven (CGL) bij het Centrum Gezond Leven (RIVM) www.loketgezondleven.nl/i-database. In 2009 zijn alle organisaties die interventies uitvoeren benaderd om hun gegevens te actualiseren en aan te vullen. Daarmee is de database geheel geactualiseerd.

In deze database zijn of worden interventies uit oudere databanken (zoals de Qui-database, de LSP-databank en die van het NISB (Nederlands Instituut voor Sport en Beweging) geïntegreerd. Er wordt gewerkt aan het overnemen van de informatie van andere databanken in de I-database, zodat deze hét instrument zal worden voor inzicht in het aanbod van interventies voor professionals.

Het CGL heeft met het Centrum Jeugdgezondheidszorg en NJi een Erkenningscommissie ingesteld om de beoordeling van de effectiviteit van interventies op een aantal vastgestelde criteria uit te voeren. Interventies kunnen worden aangemeld voor een beoordeling op het predicaat: 'goed beschreven', 'theoretisch goed onderbouwd', 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief'. Een brede verspreiding van informatie over goede of veelbelovende lokale of regionale interventies depressiepreventie draagt bij aan het landelijk gebruik van deze interventies.

De I-database geeft informatie over de beoordeling van de verschillende interventies. Per 8 maart 2010 zijn onder de zoektitel 'depressiepreventie' 24 interventies opgenomen in de I-database. Onder de zoektitel 'depressie' zijn 418 interventies opgenomen. Drie in-

terventies hebben de beoordeling 'bewezen effectief (namelijk de interventies 'Kleur je leven', 'In de put, uit de put' voor de doelgroep volwassenen en 55+', alle drie van het Trimbos-instituut. Zes andere hebben beoordeling 'theoretisch goed onderbouwd' en een is als 'goed beschreven' beoordeeld.

Beleidsmakers kunnen de zoektermen aanpassen, waardoor gericht op doelgroep, setting, enz. de interventies zichtbaar worden die gezien de ingegeven criteria bruikbaar zijn voor hun lokale/regionale aanpak van depressiepreventie.

2.3.2 *www.kiesBeter.nl: inzicht in aanbod voor burgers*

De zorgportal kiesBeter.nl wordt in opdracht van het ministerie van VWS gemaakt door het RIVM. Dit publieksportal (internet, telefoon, loketten) verschaft burgers inzicht in de keuzes die ze kunnen maken in de zorg en biedt hun hiertoe relevante informatie. Het aanbod bestaat uit vergelijkende keuze-informatie (o.a. over zorgverzekeringen, zorgverleners) en statische informatie (over onder meer ziekte en gezondheid, preventie, medicijnen, patiëntenrechten) in tekst, beeld en geluid. Over depressie is bovendien een kiesBeter tv-aflevering te zien. Geleidelijk aan wordt meer interactieve informatie geboden in bijvoorbeeld keuzehulpen (decision aids).

In 2009 bezochten meer dan 4,3 miljoen mensen de site, tussen de 12.00-17.000 mensen per dag. Burgers met depressieve gevoelens kunnen informatie vinden over wat depressie is; hoe depressie voorkomen kan worden of ontstaat; hoe depressie wordt vastgesteld en behandeld (keuzehulp, medicatie); en hoe om te gaan met een depressie middels adviezen voor de cliënt, zijn familie en andere betrokkenen.

KiesBeter.nl geeft ook actuele cursusinformatie over het verminderen van psychische klachten. Burgers kunnen zorgaanbieders vergelijken over de hele breedte van de GGZ en kunnen ook online behandelingen uitzoeken voor depressie. In de loop van 2010 zal de GGZ-informatie op kiesBeter.nl worden uitgebreid met wachttijdgegevens. Kwaliteitsgegevens over GGZ-aanbieders in Nederland volgen daarna.

De GGZ-informatie op kiesBeter komt tot stand in samenwerking met o.m. het Trimbos-instituut, GGZ Nederland en de NVVP¹.

2.3.3 *Trimbos-instituut*

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg. De kerntaken van het Trimbos-instituut zijn: het informeren van beleidsmakers, politici en professionals over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking; het monitoren en signaleren van psychische en verslavingsproblemen (3e meting NEMESIS); onderzoek doen naar de organisatie, toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van preventie en hulpverlening (studie 'Meer effect met depressiepreventie?'); ontwikkelen van nieuwe methoden, protocollen, richtlijnen en programma's voor preventie, behandeling en organisatie van de zorg (bijvoorbeeld de cursus Kleur je leven); cursussen en trainingen geven op het gebied van de GGZ en de verslavingszorg, om hulpverleners te ondersteunen bij de verbetering van de kwaliteit van hun werk; voorlichting geven over psychische problemen en over alcohol en drugs.

¹ Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde psychotherapeuten

2.4 Zicht op de lokale en regionale partners depressiepreventie

2.4.1 *GGD'en: epidemiologie, gezondheidsbevordering, beleidsadvisering*

GGD'en zijn verantwoordelijk voor het inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. De epidemiologen van GGD'en voeren monitors uit die gemeenten inzicht geven in o.a. de psychische gezondheid van hun burgers. De gemeente bepaalt of en in welke mate preventie van depressie prioriteit krijgt in onder meer de nota Lokaal Gezondheidsbeleid, die mede is ingebed in landelijk beleid. Beleidsadviseurs van de GGD'en adviseren en ondersteunen gemeenten bij de ontwikkeling van hun beleid. Functionarissen Gezondheidsbevordering van de GGD adviseren de gemeenten en lokale/regionale organisaties over het preventiebeleid depressiepreventie. Samen met GGZ-instellingen kunnen de functionarissen gezondheidsbevordering preventieprogramma's voor een lokale aanpak depressiepreventie ontwikkelen. De samenwerking met eerstelijnsorganisaties is hierin belangrijk. De eerste lijn ziet de mensen met licht depressieve klachten of onverklaarbare klachten en werken steeds meer wijkgericht en gericht op een specifieke populatie.

2.4.2 *GGD'en: jeugdgezondheidszorg*

De afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD levert jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen of voor 4-19 jarigen.

Het tijdig signaleren van één of meerdere psychosociale problemen bij de jeugd en het bieden van interventies aan deze kinderen kan problemen helpen voorkomen of verminderen. We spreken bij jeugdigen niet over depressie, maar over psychosociale gezondheid. Het signaleringsinstrument SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) meet een verhoogde score en de gevolgen daarvan voor het dagelijks functioneren. Het gebruik van het signaleringsinstrument SDQ voor de groep 7-12 jarigen is landelijk afgesproken. Voor andere leeftijdsgroepen vindt onderzoek naar betrouwbaarheid plaats. In de basisdataset van het Digitaal Dossier JGZ (DDJ) wordt, na invoering van het DDJ, de individuele SDQ-score vastgelegd.

In de monitor Jeugdgezondheid worden door de GGD in samenwerking met thuiszorgorganisaties gegevens verzameld met de concept-standaardvraag 'Psychosociale gezondheid' voor de leeftijdsgroep 0-19 jarigen waarmee een verhoogde score op de SDQ wordt berekend.

2.4.3 *GGZ-organisaties*

De afgelopen jaren heeft de GGZ flinke ontwikkelingen doorgemaakt. Historisch bestond er onderscheid tussen aanbieders van ambulante zorg en klinische zorg. Voor ambulante zorg waren er de RIAGG's. Inmiddels zijn in de meeste regio's instellingen gefuseerd tot één geïntegreerde GGZ-instelling, die over de hele breedte van het spectrum een aanbod in huis hebben. De moderne GGZ-instellingen bieden onder meer preventie, eerstelijns-GGZ, ambulante zorg en klinische zorg. De preventie wordt op verschillende manieren georganiseerd en de preventieactiviteiten worden door zowel preventiewerkers als hulp-

verleners uitgevoerd. SPV'en en psychologen worden soms voor een deel van hun aanstelling ingezet voor het uitvoeren van preventieactiviteiten.

De I-database van het Centrum Gezond Leven is de snelste toegang tot het complete lokale of regionale aanbod van interventies op het gebied van depressiepreventie. We noemen een aantal gestandaardiseerde interventies voor verschillende doelgroepen die minimaal goed beschreven en deels theoretisch goed onderbouwd of zelfs bewezen effectief zijn¹. Gestandaardiseerde interventies depressiepreventie, voor verschillende doelgroepen, die door GGZ-instellingen worden aangeboden zijn:

- In de put, uit de put voor volwassenen
- In de put, uit de put 55+
- Lichte dagen, donkere dagen
- Op zoek naar zin
- Grip op je dip online (16-25 jaar)
- Grip op je dip: zelf je somberheid overwinnen
- Verlies en dan verder
- Somber? Zelf aan de slag
- Kleur je leven (internet)
- Leven met een chronische ziekte
- Liever bewegen dan moe
- Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars
- Stemmingmakerij/Cursus Een Stap op weg

Bijna alle interventies bestaan uit face-to-face cursussen met een wekelijkse of tweewekelijkse frequentie waaraan gewoonlijk minimaal 4 en maximaal 12 personen deelnemen. 'Leren leven met een chronische ziekte' en 'Somber? Zelf aan de slag' zijn begeleide zelfhulpinterventies. Onder begeleiding van een GGZ-medewerker/preventiewerker wordt de 'bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars' uitgevoerd door vrijwilligers.

'Kleur je leven' is een internetinterventie die sinds 2007 bestaat en waaraan grotere groepen mensen tegelijk kunnen deelnemen. De interventie die de laatste jaren het meest werd toegepast is 'In de put, uit de put', zowel voor volwassenen als voor 55-plussers. Het bereik van de verschillende interventies wordt door het Trimbos-instituut onderzocht (zie par. 4.10).

2.4.4 *Organisaties voor maatschappelijke dienstverlening*

Organisaties voor maatschappelijke dienstverlening bieden naast (algemeen) maatschappelijk werk, sociaal raadsliedenwerk en ouderen(advies)werk. Een voorbeeld van ouderenwerk is activerende huisbezoeken, waarbij de doelstelling o.a. het doorbreken van sociaal isolement is.

(Algemeen) maatschappelijk werk

Het AMW² is ambulante, concrete dienstverlening, advisering, bemiddeling en psychosociale hulpverlening voor iedereen die kampt met problemen van maatschappelijke en/of individuele aard. Daarnaast vindt signalering en preventie plaats. De dienstverlening is laagdrempelig, gratis en toegankelijk zonder verwijzing. Het AMW is niet specifiek of exclusief gericht op bepaalde groepen in de samenleving of op specifieke problemen. Het

¹ Aard en omvang GGZ- en VZ-preventie 2007, Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie, Martha de Jonge en Marijke Ruiter, Trimbos-instituut, mei 2009. Zie verder de I-database.

² Voor informatie over het AMW: www.mogroep.nl/index.php?p=136497

AMW werkt integraal en systeemgericht. Niet een probleem, maar de cliënt, zijn context en mogelijkheden staan centraal. Doel is om de zelfredzaamheid van de hulpvrager te vergroten.

Signalering

MOVISIE heeft een intake-instrument voor het (A)MW ontwikkeld. Deze werkwijze (methode) geldt als dé standaard in het landelijke AMW. Items van de intake en de hulpverlening worden geregistreerd. Het grootste deel van de AMW-organisaties werkt hierbij volgens het Informatiemodel AMW. Met de registratiegegevens wordt de landelijke Madimonitor (zie 4.7) gevuld. Met dit intake-instrument laat de hulpverlener aan de hand van een aantal thema's de cliënt zijn verhaal vertellen. Hierbij is aandacht voor zowel de feitelijke als de beleefde probleemsituatie. Ook wordt gesproken over de verandermogelijkheden van de cliënt zelf en zijn omgeving of omstandigheden, en over de ondersteuning van het maatschappelijk werk die daarbij past.

Het maatschappelijk werk voor jeugd en op school maakt ook gebruik van screenings- en signaleringsinstrumenten. Daarvan worden de resultaten op klantniveau vastgelegd. Zij bieden geen zicht in het voorkomen van depressieve klachten bij de jeugd op lokaal, regionaal of landelijk niveau.

Interventie(s)

Bij het maatschappelijk werk kan een klant terecht voor individuele informatie en advies, maar vooral voor het helpen oplossen van problemen. Depressieve gevoelens maken regelmatig onderdeel uit van deze (samengestelde) problematiek. Deze vragen of problemen kunnen in een of meer gesprekken (meestal vijf tot vijftien) met een maatschappelijk werker worden besproken, vanuit een generalistische (systeemgerichte) benadering. Met de cliënt samen wordt gewerkt om diens mogelijkheden om zijn problemen zelf op te lossen, te vergroten. De hulp wordt op vrijwillige basis geboden. Bij ingewikkelde problematiek wordt doorverwezen.

Organisaties voor Maatschappelijke Dienstverlening bieden daarnaast regelmatig de cursus 'In de put, uit de put' en andere groepscursussen aan voor cliënten die depressieve klachten hebben, om zo de neerwaartse gerichte spiraal van depressie te doorbreken of te voorkomen.

2.4.5 Thuiszorgorganisaties: jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg van de thuiszorg levert jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Zie voor verdere informatie over de jeugdgezondheidszorg par. 2.4.2.

2.4.6 Huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt de landelijk ontwikkelde manier van werken van huisartsen rond depressie(preventie) beschreven. Kennis van de werkwijze en afspraken van huisartsen bevordert een goede afstemming op lokaal en regionaal (beleids)niveau.

NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) - Huisartsen werken met NHG-Standaarden (zie www.nhg.org). Dit zijn door werkgroepen van huisartsen opgestelde richtlijnen die de taak van de huisarts bij uiteenlopende klachten en aandoeningen beschrijven. Voor depressie beschrijft de NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie)¹

¹ 1^e herziene versie 2003, Nederlands Huisartsen Genootschap

richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met een depressieve stoornis. Voor angststoornissen en problematisch alcoholgebruik is eveneens een NHG-Standaard opgesteld.

Signalering door huisartsen - In de NHG-Standaard depressie zijn richtlijnen opgenomen voor diagnostiek. Huisartsen nemen de hulpvraag van de patiënt als uitgangspunt. Bij klachten of bij signalen van de patiënt of zijn omgeving gaat de huisarts in een diagnostisch gesprek na of er een depressieve stoornis bestaat. In de richtlijn is het werken met vragenlijsten niet opgenomen. De meeste huisartsen gaan in op de hulpvraag van de patiënt en maken geen gebruik van vragenlijsten.

Interventies - In de Standaard depressie zijn interventies zoals voorlichting, begeleiding, medicamenteuze behandeling en verwijzing uitgewerkt. De huisarts kan in de huisartspraktijk samenwerken met een Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) die de langdurige aandacht voor een patiënt met depressie(ve klachten) kan overnemen, bijvoorbeeld met betrekking tot counseling en informatievoorziening.

Het NIVEL heeft in het 3e kwartaal 2009 het onderzoeksprogramma 'Mogelijke interventies bij psychische problemen binnen de huisartsenvoorziening' afgerond. Het resultaat van het onderzoek is een overzicht¹ waarin effectieve kortdurende interventies bij psychische problemen zijn getypeerd naar hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening en andere eerstelijns settings in de gezondheidszorg.

GGZ Huisartsen Advies Groep - De GGZ Huisartsen Advies Groep is een netwerkorganisatie van huisartsen met een duidelijke belangstelling voor de GGZ in de eerste lijn. De leden hebben allen de tweejarige Kaderopleiding GGZ van het NHG succesvol afgesloten. De GGZ Huisartsen Advies Groep wil de deskundigheid bij huisartsen en de samenwerking op het gebied van de GGZ tussen de eerste en de tweede lijn bevorderen. De gegevens van de 14 huisartsen van de groep zijn te vinden op de website van het NHG (www.nhg.org/expertgroepen).

2.4.7 Eerstelijnspsychologen

Een eerstelijnspsycholoog helpt o.a. bij angsten, depressie, somberheid, problemen op het werk, studie en overspannenheid. Het is kortdurende hulpverlening (in beginsel maximaal twaalf zittingen), gericht op het opheffen van de klachten en/of 'herstel van het evenwicht'. De eerstelijnspsycholoog is toegankelijk voor iedereen en is opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering, met maximaal acht zittingen per kalenderjaar. In de eerste lijn wordt nauw samengewerkt met andere hulpverleners, zoals huisartsen en algemeen maatschappelijk werk. Er worden afspraken gemaakt over wie wat doet, zodat elke cliënt de juiste hulp krijgt op de juiste plaats. Regelmatig vindt overleg plaats over verwijzingen naar elkaar.

2.4.8 Samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen

De LESA (Landelijke Eerstelijns Afspraak) Depressieve stoornis is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Een LESA is afgeleid van een NHG-Standaard en een richtlijn van een andere eerstelijnsberoepsgroep. De richtlijnen in deze LESA zijn globaal. Via regionaal overleg kunnen werkafspraken tussen betrokken partijen geformuleerd worden.

¹ Zwaansdijk M Verhaak PFM (2009). Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Een kennisynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening. NIVEL-rapport.

leerd worden over verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg. De eerste lijn kent per (sub)regio een verschillende beschikbaarheid van disciplines bij de behandeling en preventie van psychische aandoeningen. De LESA richt zich op de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen en als model dienst doen voor samenwerkingsafspraken met andere disciplines en organisaties.

De Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) ondersteunen bij de implementatie van de LESA op regionaal niveau.

2.4.9 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en)

De Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) www.lvg.org/vormen/ros.htm zijn maatschappelijke ondernemingen. Zij stimuleren de integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg en bieden ondersteuning in de eerste lijn. Concreet richten ze zich op huisartsen, fysio- en oefentherapeuten, verloskundigen, logopedisten en eerstelijns-GGZ.

Alle ruim 20 ROS'en zijn aangesloten bij de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Zij vormen een landelijk dekkend netwerk. De ondersteuning is regionaal bepaald.

De GGZ-coördinatoren van de ROS'en bieden versterking van de eerstelijns-GGZ. De contactpersonen preventie bij een aantal ROS'en zetten zich behalve voor programmatische preventie ook breder in en staan open voor samenwerken met gemeenten die beleid willen afstemmen met de Regionale Ondersteuningsstructuur in hun regio. Hulpverleners kunnen ondersteuning vragen bij de samenwerking met huisartsen en eerstelijns-GGZ.

2.4.10 Zorg thuis en intramuraal (verzorgings- en verpleeghuizen)

Zorg thuis - Thuiszorgorganisaties leveren burgers in de thuissituatie de ondersteuning die zij nodig hebben bij huishoudelijke- en dagelijkse levensverrichtingen en bij verzorging en verpleging. De verzorgers en verpleegkundigen zijn toegerust om signaleren van het mentaal welbevinden van hun cliënten op te vangen. Deze medewerkers zijn, door de vaak langdurige relatie met hun cliënten, intermediairen voor verwijzing. Inzicht in de sociale kaart van depressiepreventie biedt de thuiszorgmedewerkers de mogelijkheid hun cliënten te informeren over aanbod van interventies van o.a. welzijnsorganisaties in de gemeente.

Zorg in verzorgings- en verpleeghuizen - Angstgevoelens en (milde) depressies komen aanzienlijk vaker voor in verpleeg- en verzorgingshuizen¹ dan in de eerste lijn. Depressie/depressieve symptomen komen frequent voor en ontstaan veelal voor opname. Mogelijke verklaringen zijn verlies van zelfstandigheid en de dreiging van opname. Vooral minder ernstige depressies bij opname herstellen zich gedurende het verpleeghuisverblijf. Opvallend is dat er weinig nieuwe depressies ontstaan. Geadviseerd wordt om screening op depressie bij elke opname te overwegen, mits gevolgd door diagnostiek, behandeling en monitoring van de behandeling. Depressiepreventie bij thuiswonende ouderen heeft extra effect. De lokale overheid is verantwoordelijk voor de burgers die thuis wonen en gebruikmaken van extramuraal voorzieningen.

Interventievoorbeelden - 'Kleur je leven' voor (oudere) volwassenen (55+) is een theoretisch goed onderbouwde interventie. Welzijnsorganisaties organiseren veel beweeginter-

¹ Onderzoek AGED van verpleeghuis Martin Smalbrugge, verpleeghuisarts en onderzoeker bij het VU Medisch Centrum.

venties voor deze doelgroep. In de I-database zijn deze interventies te selecteren per doelgroep in de eigen regio. Voor thuiswonende 55-plussers is de cursus 'Op zoek naar zin' inzetbaar. Actiz ondersteund een pilot waarin de interventie 'Op zoek naar zin' geschikt wordt gemaakt voor oudere ouderen.

Voor mensen met een chronische ziekte is de cursus 'Leven met een chronische ziekte' beschikbaar.

2.4.11 *Bedrijfsgezondheidszorg*

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft een multidisciplinaire richtlijn en een module Depressie en arbeid voor de beroepsgroep ontwikkeld. In de richtlijn wordt ingegaan op:

- a. Omvang van het probleem: in welke mate veroorzaakt depressie beperkingen en treedt er verlies van arbeidsvermogen op ten gevolge van depressie?
- b. In hoeverre vormen verzuim en arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de aandoening ook een belangrijk maatschappelijk probleem ten gevolge van sterke vermindering van arbeidsparticipatie en hoge kosten? In welke mate geven patiënten zelf aan dat werken een moeilijk probleem voor hen vormt?
- c. In hoeverre spelen werkaspecten een rol in beschermende dan wel veroorzakende zin?
- d. Welke interventies zijn beschreven en welke zijn effectief?
- e. Hoe kunnen aanbevelingen in de praktijk worden geïmplementeerd?

Interventies richten zich op het vergroten van de vitaliteit en inzetbaarheid van werknemers door middel van voorlichting, steunende en structurerende interventies (zoals psycho-educatie, maatschappelijk werk, supportgroep), zelfhulp, behandeling met medicijnen en/of psychotherapie, psychologische interventies, biologische therapie, verrichten van fysieke inspanning vanaf de eerste symptomen (aangepast aan leeftijd en belangstelling), aandacht voor dagbesteding en –structuur.

De bedrijfsarts kan enerzijds de relatie met het werk in kaart brengen en anderzijds de re-integratie zo goed mogelijk begeleiden. Samenwerking vindt plaats met A&O-deskundigen, Arboverpleegkundigen, huisartsen, psychiaters, psychologen en andere GGD-medewerkers.

3 Uitvoering beleid depressiepreventie



Als resultaat van het werkplan van het Partnership Depressiepreventie (landelijke ondersteuningstraject 2008-2010) zijn op het deelterrein lokaal beleid verschillende producten en publicaties beschikbaar gekomen die lokale beleidsmakers kunnen ondersteunen ook bij de uitvoering van beleid. Behalve dit stappenplan voor depressiepreventiebeleid zijn er, of komen binnenkort beschikbaar over depressiepreventie:

- Depressiepreventie. Handreiking voor bedrijfsartsen (versie 1.0)
- Ondersteuningsprogramma's bij lokaal beleid voor depressiepreventie (versie 1.0)
- Fasen van ketenaanpak en facetten van preventie, een model. Een werkmethode bij depressiepreventie (IAD) ouderen (versie 1.0)
- Format regionaal interventie-overzicht – handleiding en een model (in Excel) om een digitaal overzicht te maken van preventieve interventies in de regio voor jeugd, volwassenen en ouderen.
- Lokaal gezondheidsbeleid Jeugd – overzicht van bestaande en lopende activiteiten op het terrein van jeugd- en depressiepreventie (in samenwerking met het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM)
- Visie op lokale depressiepreventie. Naar een integrale visie op preventie en gezondheidsbevordering, leefstijl en psychisch welbevinden. Discussienota versie 1.0.
- Goede voorbeelden: een overzicht van lokale en regionale projecten en initiatieven (depressie)preventie.

Deze worden zowel op de websites van de PDP-partners als bij het loket Gezond Leven van het Centrum Gezond Leven beschikbaar gesteld. Indien van toepassing zullen ze worden opgenomen in de I-database of in de Handleiding Gezonde gemeenten van het CGL.

Op Kennisnet van GGD Nederland <http://www.ggd Kennisnet.nl> onder het thema collectieve preventie staan verder voorbeelden van lopende en geëvalueerde projecten met een integrale aanpak depressiepreventie.

Een ambitieus project dat de inzet van ICT met innovatie combineert om depressie te bestrijden en een gezonde leefstijl te bevorderen is Mentaal Vitaal. Het loopt van 2008 tot 2010 en wordt uitgevoerd met het Trimbos-instituut als projectleider en waarbij GGZ-instellingen, universiteiten en maatschappelijke organisaties bij zijn betrokken. De doelen zijn een hoger en breder bereik (van 4.000 in 2008 tot 42.000 in 2010) tegen beheersbare kosten. Via de verschillende internetsites (portals voor mental fitness, zelfmanagement van depressie, Grip op je dip en Kleur je leven worden preventie en behandeling aangeboden. Het project wordt geheel gevolgd met implementatie- en monitoringonderzoek.

Voor meer informatie zie <http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/mentaal-vitaal>.

4 Evaluatie depressiepreventie



4.1 Inleiding

Voor de bijstelling van het integraal gezondheidsbeleid is inzicht in de effecten van de lokale/regionale aanpak van depressiepreventie essentieel. Bovendien moeten beslissers over beleid kunnen zien wat wel en niet gewerkt heeft. In de preventienota¹ van VWS staat dat meer mensen preventieve hulp tegen depressies moeten kunnen krijgen. Door in de beleidscyclus depressiepreventie met een nulmeting te werken, wordt het mogelijk om bij de evaluatie te beoordelen of deze doelstelling is gerealiseerd.

Evaluatie-instrumenten zijn op dit moment in ontwikkeling. Het effect van een integrale aanpak is moeilijk vast te leggen, omdat de opgetreden veranderingen niet zonder meer kunnen worden toegeschreven aan de interventies. De prevalentie van depressie wordt door verschillende externe factoren beïnvloed. Zo kan de door de kredietcrisis veroorzaakte oplopende werkloosheid de prevalentie van depressie ongunstig beïnvloeden, ondanks doeltreffende interventies.

Het 'Referentiekader gezondheidsbevordering'² geeft de resultaten van gezondheidsbevordering weer in drie domeinen: interventie-uitkomsten, determinanten en gezondheid. De prevalentie van depressie zit aan het einde van het gezondheidsbevorderingsproces, in het domein gezondheid. De voorgaande stappen moeten zijn doorlopen voordat we bij 'gezondheid' en daarmee het verminderen van depressie uitkomen. Ten behoeve van evaluatie en verantwoording op lokaal en regionaal niveau is het realistisch om op interventie-uitkomsten te monitoren in plaats van op gezondheidsmaten. Relevante uitkomstmaten voor interventies zijn:

- aantal mensen met beginnende depressieve gevoelens die worden gesignaleerd;
- bereik van voorlichtingsactiviteiten en deskundigheidsbevordering;
- samenwerkingsafspraken: welke partijen zijn bij elkaar gebracht, procesuitkomsten en bijvoorbeeld attitudeverandering van professionals.

Registreren en monitoren: producten en processen

Toch is het daarnaast van belang om de ondernomen activiteiten zelf te registreren en monitoren zodat inzichtelijk wordt wat de aanpak heeft opgeleverd. Gemeenten kunnen de afdeling epidemiologie van hun GGD vragen de uitvoering van hun aanpak depressiepreventie te monitoren en evalueren. Bij aanvang kan de GGD op grond van de instrumenten die zijn opgenomen in paragraaf 1.2 van dit stappenplan de aanvangssituatie in beeld brengen (nulmeting). De inhoud van het uitvoeringsprogramma depressiepreventie

¹ Ministerie van VWS, Preventienota Kiezen voor Gezond Leven, Den Haag, 2006

² Gezond effect bevorderen, H. Saan & W. de Haes, NIGZ, 2005

kan met behulp van (een selectie van) de hieronder opgenomen instrumenten worden geëvalueerd, de resultaten worden gerapporteerd en vertaald in concrete adviezen.

Tijdens de voorbereiding van het uitvoeringsprogramma kunnen aanvullende afspraken met de samenwerkingspartners worden gemaakt over het registreren van de inspanningen tijdens het programma, zodat de lokale inspanningen betrokken worden in de (proces)evaluatie. Een zorgvuldige voorbereiding van deze aanvullende evaluatie is belangrijk, zodat een uniforme en systematische registratie wordt uitgevoerd die ten grondslag kan liggen aan een goede analyse en oordeelsvorming. In deze evaluatie wordt nagedacht over de verantwoording van activiteiten die in meer indirecte zin bijdragen aan depressiepreventie, zoals voorlichtingen, artikelen in lokale media, beschikbaar stellen van een ontmoetingsplek, verbetering van sociale cohesie en het maken van een overzicht van het bestaand aanbod ten behoeve van inwoners.

Verder is het van belang niet alleen het product, maar ook het proces van depressiepreventie te monitoren. SGBO Benchmark heeft daarvoor een instrument genaamd de Voortgangsmeter ontwikkeld. Het Trimbos-instituut heeft een logboek ontwikkeld¹ om de succes- en faalfactoren van de integrale aanpak te evalueren. Een handvat om de indirect bijdragende activiteiten te monitoren wordt op dit moment gemist door de samenwerkingspartners.

In de volgende paragrafen komen de organisaties aan bod die bronnen voor kwantitatieve evaluatie leveren. In bijlage 2 (vanaf blz. 32) zijn de mogelijkheden in een overzicht samengebracht.

4.2 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ heeft zich in het toezicht op de openbare gezondheidszorg (uitvoering 2008) gericht op de verschillende deelnemers aan het netwerk OGZ in de verschillende GGD-regio's. Inspectie baseert zich op de daadwerkelijke problemen (depressie en eenzaamheid) en de concrete activiteiten (interventies depressiepreventie). Het doel is om na te gaan of de preventiecyclus werkt zoals beoogd wordt. De indicatoren zijn zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande informatiesystemen, zoals de monitors jeugdgezondheid, volksgezondheid en gezondheid ouderen om de administratieve lasten te beperken. De set indicatoren die is gebruikt in het toezicht op de OGZ moet zich ontwikkelen tot een set indicatoren voor maatschappelijke verantwoording.

De geselecteerde indicatoren zijn:

- percentage kinderen (7-12 jaar) met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ (psychosociale problemen);
- percentage (19-65 jaar) met een hoog risico op een angststoornis of een depressie;
- percentage (19-65 jaar, > 65 jaar) met een hoge eenzaamheidsscore.

Daarnaast levert de IGZ aanvullend de cijfers over suicides per 100.000 inwoners aan uit de CBS-registratie.

De IGZ heeft voor de beoordeling van de kwaliteit uitgevraagd welke interventies uit de richtlijn Preventie van depressie in Lokaal Gezondheidsbeleid door de GGD of andere organisaties in de regio zijn aangeboden en wat het bereik hiervan is. Uitgangspunt voor

¹ Gehanteerd bij het project ' Veerkracht: depressiepreventie bij ouderen in Leiden Zuidwest'. Link logboek: [http://www.trimbospreventie.nl/downloads/logboek%20iad%20\(3;%2021-9-06\).pdf](http://www.trimbospreventie.nl/downloads/logboek%20iad%20(3;%2021-9-06).pdf).

Of kijk bij www.trimbospreventie.nl bij Integrale aanpak depressiepreventie

de selectie van de interventies uit de leeflijn is dat deze 'bewezen effectief' zijn of ten minste gemotiveerd geselecteerd door experts. Daarnaast werd de gelegenheid geboden om informatie te geven over een beperkt aantal interventies die niet in de leeflijn stonden. Alle GGD'en hebben in het voorjaar 2009 een instellingsrapport ontvangen. Gemeenten kunnen hun eigen GGD vragen relevante gegevens hieruit te gebruiken bij de evaluatie van lokaal gezondheidsbeleid.

4.3 Werkplaats Monitoren vraag en aanbod CGL

De Werkplaats Monitoren vraag en aanbod van het Centrum Gezond Leven heeft een landelijke monitoringtaak www.loketgezondleven.nl/centrum-gezond-leven. De Werkplaats gaat na welke interventies worden uitgevoerd en hoeveel mensen (bereik) en intermediairen (implementatie) daarmee worden bereikt. Er is nog geen landelijk instrument om bereik en implementatie van interventies te meten. Enkele GGD'en kunnen inzicht geven in bereik- en implementatiegegevens van interventies. Dit wordt bevestigd door de IGZ naar aanleiding van het toezicht 2007 bij de GGD'en. IGZ wil van GGD'en weten wat het aanbod is, maar ook wie hiermee nu daadwerkelijk bereikt wordt. Het Centrum Gezond Leven werkt in overleg met VTV van het RIVM aan de voorbereidingen voor een instrument om bereik en implementatie van interventies te meten. De IGZ wil in 2012 gegevens verkrijgen van lokale partijen over bereik en implementatie van interventies.

Om goed te kunnen werken met dit stappenplan is het essentieel dat landelijk een uniform instrument wordt ontwikkeld om het bereik van interventies gestandaardiseerd te meten. Het instrument dient bruikbaar te zijn voor de verschillende samenwerkingspartners, zodat evaluatiegegevens vergelijkbaar zijn en op gemeentelijk niveau inzicht kan worden gegeven in het bereik van uitgevoerde interventies. IGZ vindt het belangrijk dat dit instrument de rapportagedruk van organisaties waar mogelijk vermindert. De geregistreerde gegevens over bereik dienen idealiter gebruikt te kunnen worden voor rapportage aan gemeenten, samenwerkingsorganisaties en de IGZ.

4.4 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) www.LINH.nl is een netwerk van 100 huisartsenpraktijken met ongeveer 280 huisartsen. De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelenvoorschriften en verwijzingen. Het doel van LINH is onder meer representatieve en kwalitatieve informatie over de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren. De informatie uit LINH geeft een trend weer en dient voor onderbouwing van het landelijk beleid van beroepsgroep en overheid en voor het beantwoorden van vraagstellingen op het gebied van het gezondheidsbeleid in het algemeen. De gegevens van LINH worden gebruikt voor de VAAM (zie 1.2.3).

De cijfers van LINH laten in de GGZ-verwijsdiagnoses 2007 grote overeenkomsten zien tussen de verschillende GGZ-disciplines. Bij alle disciplines staan de diagnoses 'depressie / down, depressief gevoel' in de top-5. Bij de registratie van verwijzingen naar GGZ gaat het om psychiatrie, RIAGG, psycholoog, eerstelijnspsycholoog, psychotherapie en het maatschappelijk werk. Overigens gaat het bij verwijzingen naar maatschappelijk werk niet altijd om GGZ-problematiek. De registratie geeft geen inzicht in de relatie met de diagnose 'depressie / down, depressief gevoel'. De cijfers geven wel inzicht in verwijzingen naar praktijkondersteuner algemeen en zijn niet toegespitst op de POH-GGZ.

4.5 Benchmark eerstelijnspsychologen (in ontwikkeling)

De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) kent sinds jaar en dag een LVE-codeboek. Hiermee registreren eerstelijnspsychologen verscheidene data op cliëntniveau, zoals relevante persoons- en sociale gegevens, aanmeldingsklacht(en), type behandelingen, verwijzingen, afronding, DSM-IV classificaties, GAF-scores¹ en andere voor de hulpverlening relevante data. Op basis hiervan wordt jaarlijks met geaggregeerde gegevens een LVE-jaarbericht samengesteld (landelijk en regionaal).

Vanaf 2004/2005 is de samenwerking met het NIVEL geïntensiveerd. Het NIVEL heeft op basis van het registratiesysteem van de LVE tot voor kort het LINEP onderhouden, een benchmark van eerstelijnspsychologenpraktijken. Sinds 2008 wordt gewerkt aan een benchmark die is opgebouwd uit het registratiesysteem van de eerstelijnspsychologen. Vanaf 2010 worden de gegevens onder het beheer van het NIVEL centraal en digitaal binnengehaald (beschermde omgeving), landelijk gepubliceerd en teruggegeven naar praktijkniveau (spiegelinformatie). Hieraan gekoppeld vindt door het NIVEL – na overleg met de IGZ en overheid - op dit moment een onderzoek plaats naar geëigende prestatie- en uitkomstindicatoren voor de psychologische zorg in de eerste lijn. Het doel hiervan is koppeling van het LVE-codeboek, prestatie- en uitkomstindicatoren in een gestandaardiseerd landelijk systeem. Eind 2009 worden de eerste resultaten hiervan verwacht.

4.6 Verantwoording Gemeentelijk Gezondheidsbeleid (in ontwikkeling)

Per gemeente wordt in de Nationale Atlas Volksgezondheid www.zorgatlas.nl de stand van zaken rond de nota's Lokaal Gezondheidsbeleid weergegeven. Dit overzicht geeft echter geen inzicht in de inhoud van de gemeentelijke nota's. Op de website van GGD Nederland www.ggd.nl is een overzicht opgenomen van beschikbare digitale gemeentelijke nota's. GGD Nederland, VNG, VWS, IGZ en RIVM zijn op dit moment een instrument aan het ontwikkelen om de ambities, keuzes en prioriteiten in de nota's lokaal gezondheidsbeleid inzichtelijk te maken. Hierna wordt een inhoudelijke monitoring van deze nota's mogelijk.

In het programma Zichtbare Zorg (ondergebracht bij de IGZ) wordt momenteel een kwaliteitskader gemeentelijk gezondheidsbeleid ontwikkeld als onderdeel van de maatschappelijke verantwoording (zorgsectoren). Na implementatie van het kwaliteitskader kan de IGZ met behulp van die informatie gefaseerd toezicht houden op gemeenten wat betreft hun in de Wet publieke gezondheid opgenomen verplichtingen aangaande het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Gemeenten en het RIVM kunnen de resultaten gebruiken voor het spiegelen van de prestaties aan die van andere gemeenten en VWS kan de informatie gebruiken voor beleidsbijstelling. In de visie van het Programma Zichtbare Zorg is het evalueren van beleid op concrete resultaten belangrijk. Leidt het beleid tot een verbeterde gezondheidstoestand van de bevolking in het algemeen en van kwetsbare groepen in het bijzonder? Evaluatie van het speerpunt depressiepreventie in lokaal gezondheidsbeleid dient in het kwaliteitskader een plek te krijgen, zodat gemeenten in de evaluatie van hun beleid hiermee rekening kunnen houden.

¹ Global Assessment of Functioning (GAF): maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid.

4.7 Monitor Maatschappelijke Dienstverlening (Madimonitor)

Na veranderingen in het werkveld ontwierp de MOgroep Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (W&MD) een nieuw informatiemodel dat per 1 januari 2008 is ingegaan. Naast AMW kunnen nu ook Sociaal Raadsliedenwerk en Ouderenadvieswerk het model gebruiken. Het informatiemodel heeft een aantal doelstellingen, zoals het bijdragen aan de kwaliteit van de registratie en het hulpverleningsproces; bijdragen aan de kwaliteit en uniformiteit van de informatie over cliënt, hulpverlening en organisatie en het genereren van lokale, regionale en landelijke informatie over de maatschappelijke dienstverlening. De cliëntgegevens die organisaties (volgens het informatiemodel) registreren voeden de landelijke Madimonitor. De Madimonitor beschikt over een benchmarkfunctie, waardoor vergelijkingen mogelijk zijn

Sinds 1 januari 2009 is in dit informatiemodel een code geactiveerd voor depressieve klachten, waarop organisaties nu kunnen registreren. Het (A)MW kan hiermee inzichtelijk maken hoeveel mensen zich met depressieklachten melden bij het (A)MW en welke trajecten worden geboden. In het informatiemodel en dus ook in de landelijke Madimonitor wordt de cursus 'In de put, uit de put' onder de rubriek type hulpverleningstraject geregistreerd als 'groepswork', waarmee geen dieper inzicht wordt verschaft m.b.t. groepswork depressiepreventie.

Op de website <http://www.kwiz.nl/madimonitor/website/index.html> is informatie over de Madimonitor te lezen. Gemeenten kunnen bij hun eigen organisatie voor maatschappelijke dienstverlening relevante gegevens uit de Madimonitor opvragen.

4.8 Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis

Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg VVT geeft inzicht in de kwaliteit van de zorg in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg, zowel voor de sector als geheel als voor individuele zorgondernemingen. Het kwaliteitskader is verdeeld in tien thema's waaronder 'mentaal welbevinden'. In essentie stuurt dit thema de inzet van de medewerkers voor o.a. depressiepreventie. Tweejaarlijks wordt bij zorgverleners onder meer gemeten of zij voldoende aandacht hebben voor cliënten die eenzaam zijn of depressief, of er voldoende geestelijke verzorging aanwezig is in de intramurale zorg en of in de thuissituatie verandering in het mentaal welbevinden is gesignaleerd en doorgegeven. Met de nulmeting van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is een schat aan gegevens beschikbaar. Omdat het een nulmeting betreft zijn er nog geen streefnormen vastgesteld.

De persoonlijke ervaring van cliënten/vertegenwoordigers aangaande mentaal welbevinden waren in 2007 (gemiddelde score uitgedrukt in een cijfer tussen 1 en 4):

- voor de branche verpleging en verzorging met somatiek: 3,20;
- voor de branche verpleging en verzorging met psychogeriatric: 3,24;
- voor de branche zorg thuis: 3,38.

Voor de zorginhoudelijke indicatoren wordt de meting door de zorgaanbieders, volgens een uniforme methode, zelf gedaan. De mate waarin de indicator depressie (symptomen van depressie per drie dagen, % cliënten) in 2007 voorkwam (landelijk gemiddelde) was voor de branche verpleging en verzorging psychogeriatric 24% en voor de branche zorg thuis 16%.

4.9 Maatschappelijke verantwoording geestelijke gezondheidszorg

Sinds 1 januari 2008 zijn GGZ-instellingen wettelijk verplicht de jaarverslaglegging in te richten volgens het stramien van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De instellingen (inclusief verslavingszorginstellingen) hebben hard gewerkt om de resultaten en kwaliteit van de door hen geleverde zorg meetbaar en inzichtelijk te maken. Voor de maatschappelijke verantwoording is de basisset prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg 2009-2010 ontwikkeld (www.zichtbarezorg.nl/page/Geestelijke-gezondheidszorg/Kwaliteitsindicatoren/Basisset-2009-2010).

In verslagjaar 2007 was het bereik van mensen met (een risico op) depressieve klachten 30.124. Uit nadere analyse bleek dat ook het aantal mensen dat bereikt is met een universele preventieactiviteit meegeteld is. In 2009 is de prestatie-indicator herzien en scherper gedefinieerd. De definitie luidt: het aantal mensen met depressieve klachten en mensen met een depressieve stoornis, dat bereikt is met selectieve, geïndiceerde of terugvalpreventieactiviteiten. Najaar 2009 komen de gegevens vrij over verslagjaar 2008. Gemeenten kunnen GGZ-instellingen om deze gegevens vragen.

4.10 Inzicht in het bereik van GGZ-preventieactiviteiten

Het Trimbos-instituut heeft in de afgelopen jaren in de Aard en Omvangstudies GGZ-preventie (www.trimbos.nl) verslag uitgebracht over de GGZ-preventie. Een speciaal aandachtspunt in het onderzoek over 2006 en 2007 was het bereik van de preventieactiviteiten. Deze indicator is opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ en verslavingszorg.

In het onderzoek bij de GGZ-instellingen wordt voor een lijst van gestandaardiseerde interventies gevraagd naar het bereik (het aantal deelnemers) en daarnaast naar het bereik van de overige activiteiten binnen het thema depressie. In 2006 was het bereik van het gestandaardiseerde aanbod depressie 2154 verdeeld over 12 activiteiten. Minimum bereik was 2 en het maximum 96. Het bereik van 11 andere interventies depressie in 2006 was 2390 met een minimumbereik van 9 en een maximum van 1200.

In 2007 was het bereik van het gestandaardiseerde aanbod depressie 7085 personen. Het bereik is in 2007 bijna tweemaal zo groot als in 2006. Deze toename is o.a. toe te schrijven aan de verbeterde registratie. De twee internetinterventies nemen 50% van het bereik voor hun rekening. Het aantal personen dat met niet-gestandaardiseerde interventies is bereikt in 2007 is sterk afgenomen ten opzichte van 2006.

De gegevens op de prestatie-indicator preventie (paragraaf 4.9) zijn in 2009 vergeleken met de Aard- en omvangstudie 2007. De bereikcijfers geleverd op de prestatie-indicator (30.214) zijn voor het thema depressie veel hoger dan de cijfers uit de Aard- en omvangstudie (8.273). De vraag 'het aantal mensen van de risicogroep dat geparticipeerd heeft in alle preventieactiviteiten die voor de risicogroep zijn uitgevoerd' laat ruimte voor meer omvangrijke inschattingen. De verschillen laten zien dat veel personen worden bereikt met niet-gestandaardiseerde interventies.

5 Bijlagen

5.1 Uitkomsten indicatoren en standaardvraagstellingen LNM Gezondheid samenhangend met depressie

Jeugd

1. Meting armoede (werksituatie en inkomen)

- Percentage 0-19 jarigen waarvan minimaal één ouder/verzorger betaald werk heeft – basisvraag
- Percentage 0-19 jarigen dat opgroeit in een huishouden met een inkomen beneden modaal in de totale indexpopulatie – facultatieve vraag

2. Meting ingrijpende gebeurtenissen (o.a. vraag over

- a. *psychische problemen van (één van) de ouders*
- b. *Langdurige ziekte of ziekenhuisopname van een gezinslid*
- c. *Problemen met drank of verslaving*
- Percentage 0-12 jarigen dat ooit met één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen te maken heeft gehad
- Aard van ingrijpende gebeurtenissen die 0-12 jarigen ooit meemaakten of nu nog meemaken
- Percentage 0-19 jarigen dat nu nog problemen heeft met één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen
- Aard van de ingrijpende gebeurtenissen waar 0-19 jarigen nu nog problemen mee hebben
- Aantal (1, 2, 3,4 of >4) ingrijpende gebeurtenissen waar 0-19 jarigen op dit moment nog problemen mee hebben

3. Meting over opvoeding en opvoedingsondersteuning

- Percentage ouders dat in de rol van opvoeder zorgen heeft over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kind waarvoor behoefte is aan deskundige hulp of advies

4. Meting psychosociale gezondheid - basisvraag - *onder psychosociale problemen worden emotionele problemen (zoals angst, depressieve gevoelens, zelfbeeld), gedragsproblemen (zoals driftig, onrustig) en sociale problemen (problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen) verstaan*

- Percentage kinderen met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ
- Percentage kinderen met een verhoogde score op de SDQ-schaal emotionele problemen
- Percentage kinderen met een verhoogde score op de SDQ-schaal gedragsproblemen
- Percentage kinderen met een verhoogde score op de SDQ-schaal problemen met leeftijdsgenoten
- Percentage kinderen met een verhoogde score op de SDQ-schaal hyperactiviteit/aandachtstekort
- Percentage kinderen met een verhoogde score op de SDQ-schaal pro-sociaal gedrag

5. Meting kwaliteit van leven 8-19 jarigen (vraagstelling aan ouder of kind)

- Percentage dat een lage kwaliteit van leven heeft ten opzichte van de referentiepopulatie
- Percentage dat een hoge kwaliteit van leven heeft ten opzichte van de referentiepopulatie

Volwassenen

- 1. Meting van het vóórkomen van angststoornissen en depressies in de algemene bevolking**
 - angst en depressie – basisvraag
 - angst en depressie – facultatieve vraag
- 2. Meting van het vóórkomen van eenzaamheid (emotioneel en sociaal)**
 - eenzaamheid
- 3. Meting kwaliteit van leven (basisvraag)**
 - Meting percentage in de totale indexpopulatie dat psychisch gezond; licht gezond; matig ongezond; ernstig ongezond is
 - Meting percentage in de totale indexpopulatie dat fysiek gezond; licht gezond; matig ongezond; ernstig ongezond is
- 4. Meting chronische aandoeningen (basisvraag)**
 - Percentage mensen in de afgelopen 12 maanden in de totale indexpopulatie met (relevante vraagstelling voor depressie) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct; hartinfarct; andere ernstige hartaandoening; migraine; astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA; darmstoornissen langer dan 3 maanden; ernstige of hardnekkige aandoening van de rug
- 5. Meting huiselijk geweld (basisvraag)**
 - Percentage 19-65 jarigen dat slachtoffer is geweest van (relevante onderdelen vraagstelling voor depressie) psychisch/emotioneel geweld in huiselijke kring; lichamelijk geweld in huiselijke kring en seksueel misbruik in huiselijke kring
 - Percentage 19-65 jarigen dat slachtoffer is geweest van huiselijk geweld korter dan 1 jaar geleden, tussen 1 en 5 jaar geleden of langer dan 5 jaar geleden
- 6. Meting zorggebruik (basisvraag)**
 - Percentage mensen dat in de afgelopen 12 maanden contact heeft gehad met (relevante onderdelen vraagstelling voor depressie) RIAGG/GGZ; algemeen maatschappelijk werk; CAD/verslavingszorg; vrijgevestigd psycholoog; vrijgevestigd psychiater

Ouderen

- 1. Meting van het vóórkomen van angststoornissen en depressies in de algemene bevolking**
 - angst en depressie – basisvraag
- 2. Meting van het vóórkomen van eenzaamheid (emotioneel en sociaal)**
 - eenzaamheid
- 3. Meting kwaliteit van leven (basisvraag)**
 - Meting percentage in de populatie 65 jaar en ouder dat psychisch gezond; licht gezond; matig ongezond; ernstig ongezond is
 - Meting percentage in de populatie 65 jaar en ouder dat fysiek gezond; licht gezond; matig ongezond; ernstig ongezond is
- 4. Meting sociaal netwerk (basisvraag)**
 - Percentage 65-plussers in de totale indexpopulatie met een bepaald type netwerk: lokaal, familieafhankelijk netwerk, lokaal geïntegreerde netwerk, lokaal ingehouden netwerk, op wijdere samenleving gericht netwerk, op privacy gericht netwerk
- 5. Meting huishoudsamenstelling (basisvraag)**
 - Percentage 65-plussers in de totale indexpopulatie dat alleenstaand is (ongetrouwd gescheiden of verweduwd)
 - Percentage 65-plussers in de totale indexpopulatie die alleen woont (eenpersoonshuishoudens)

6. Meting chronische aandoeningen (basisvraag)

- Percentage mensen in de afgelopen 12 maanden in de totale indexpopulatie met suikerziekte; beroerte, hersenbloeding of herseninfarct; hartinfarct; andere ernstige hartaandoening; kanker; migraine; hoge bloeddruk; vernauwing van de bloedvaten in de buik of benen; astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARRA; darmstoornissen langer dan 3 maanden; psoriasis; gewrichtsslijtage; chronische gewrichtsontsteking; andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder; ernstige of hardnekkige aandoening van de rug; andere ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand; in de populatie 65 jaar of ouder
- Percentage mensen met een belemmering in het dagelijks functioneren als gevolg van één of meer chronische aandoeningen in de populatie 65 jaar of ouder

7. Meting beperkingen (basisvraag)

- Percentage 65-plussers met gehoorbeperkingen; gezichtsbeperkingen; mobiliteitsbeperkingen; met 1 of meer ADL (algemeen dagelijkse levensverrichtingen) beperkingen

8. Meting beperkingen HDL vervoer (basisvraag)

- Percentage 65-plussers in de totale indexpopulatie dat niet zelfstandig één of meerdere HDL (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) activiteiten kan verrichten
- Percentage 65-plussers in de totale indexpopulatie dat niet zelfstandig gebruik kan maken van eigen of openbaar vervoer

9. Meting inkomen (basisvraag)

- Percentage ouderen dat moeite heeft met het rondkomen in de populatie 65 jaar en ouder
- Percentage ouderen voor wie het (gezamenlijk) inkomen alleen uit AOW bestaat in de populatie 65 jaar en ouder

10. Meting geslacht (basisvraag)

- Percentage vrouwen in de totale indexpopulatie

11. Meting zorggebruik (basisvraag)

- Percentage mensen dat in de afgelopen 12 maanden in de populatie 65 jaar en ouder contact heeft gehad met (relevante onderdelen vraagstelling voor depressie) RIAGG/GGZ; algemeen maatschappelijk werk; CAD/verslavingszorg; vrijgevestigd psycholoog; vrijgevestigd psychiater

5.2 Samenvattend overzicht evaluatiebronnen depressiepreventie

Evaluatiebron	Interventies	Uitkomst	Streefnorm	Aandachtspunt
Toezicht van de IGZ op de GGD'en	De 30 interventies opgenomen in de leeflijn van het Trimbos-instituut en andere interventies depressiepreventie in GGD-regio's.	<ul style="list-style-type: none"> - Percentage (19-65 jaar) met een hoog risico op een angststoornis of een depressie - Percentage (19-65 jaar, >65 jaar) met een hoge eenzaamheidsscore - Percentage (7-12 jaar) met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ (psychosociale problemen) - Aantal personen dat in de periode 2002-2005 zelfmoord heeft gepleegd - Inzicht in het aantal aangeboden interventies in een GGD-regio. Zowel uit de leeflijn als andere interventies. - Inzicht in het bereik van de aangeboden interventies (percentage per doelgroep bereikt) 	<p>T.o.v. resultaten 2008:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afname van percentage 19-65 jarigen met een hoog risico op een angststoornis of een depressie - Afname van percentage 19-65 jarigen en > 65 jaar met een hoge eenzaamheidscore - Afname van percentage 7-12 jarigen met een hoge score op psychosociale problemen - Toename van aantal bewezen effectieve interventies - Toename van het aantal mensen dat preventieve hulp krijgt tegen depressies 	<ul style="list-style-type: none"> - IGZ gaat uit van de doelstelling in de preventienota van VWS. - De set met indicatoren voor het toezicht wordt herzien. - Een nieuwe indicatorenset zal medio 2010 gereedkomen.
Centrum Gezond Leven (Werkplaats monitoren vraag en aanbod) www.loketgezondleven.nl/centrum-gezond-leven	<ul style="list-style-type: none"> - Interventies depressiepreventie opgenomen in de I-database - Certificering van interventies - Evaluatie en bijstelling van handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid 	<ul style="list-style-type: none"> - 'Kleur je leven', 'Head up' en 'Grip op je dip online' zijn gecertificeerd 	In 2012 gegevens beschikbaar van lokale partijen over bereik en implementatie van interventies.	Vorbereiding monitorsysteem om bereik en implementatiegegevens van interventies te kunnen verzamelen (CLG en VTV van RIVM).
Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg www.LINH.nl	De verwijzingen naar interventies. - Interessant: verwijzingen naar GGZ en praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)	<ul style="list-style-type: none"> - De top-5 GGZ-verwijsdiagnoses 2007 vertoont grote overeenkomsten tussen de verschillende GGZ-disciplines. Bij alle disciplines staan de diagnoses 'depressie / down, depressief gevoel' in de top-5. - Bij de registratie van verwijzingen naar de 	<p>T.o.v. resultaten 2007:</p> <p>Toename GGZ-verwijsdiagnose naar verschillende GGZ disciplines in 2007: 2,7 per 1000 patiënten en 21% van totaal aantal verwijzingen naar GGZ.</p>	

Evaluatiebron	Interventies	Uitkomst	Streefnorm	Aandachtspunt
		<p>GGZ gaat het om psychiatrie, RIAGG, psycholoog, eerstelijnspsycholoog, psychotherapie en het maatschappelijk werk.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij verwijzingen naar AMW gaat het niet altijd om GGZ-problematiek. De registratie geeft geen inzicht in relatie met de diagnose 'depressie / down, depressief gevoel. - De cijfers geven inzicht in verwijzingen naar praktijkondersteuner algemeen en niet toegespitst op de POH-GGZ. 		
Benchmark Eerstelijns Psychologen (in ontwikkeling)	<ul style="list-style-type: none"> - Kortdurende hulpverlening - Verwijzing 	<p>Registratie op cliëntniveau van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aanmeldingsklacht(en); - typebehandelingen; - verwijzingen; - afronding; - DSM-IV classificaties; - GAF-scores; - en andere data inzake de hulpverlening in Jaarbericht 2007. 	In overleg met IGZ en VWS worden momenteel prestatie- en uitkomstindicatoren vastgesteld.	NIVEL en NVE ontwikkelen een benchmark, waarvan eind 2009 de eerste resultaten worden verwacht.
Verantwoording gemeentelijk gezondheidsbeleid www.zorgatlas.nl www.ggd.nl	Interventies opgenomen in de nota's lokaal gezondheidsbeleid	Eén keer per vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid die tijdig is verschenen, zodat het beleid onderdeel is van de preventiecyclus.	In het kwaliteitskader wil men indicatoren opnemen over: <ul style="list-style-type: none"> - Tijdig verschijnen nota's lokaal gezondheidsbeleid. - Opgenomen speerpunten preventienota (depressiepreventie) in de nota's lokaal gezondheidsbeleid 2011 	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteitskader gemeentelijk gezondheidsbeleid is in ontwikkeling. - Instrument voor inhoudelijke monitoring nota's lokaal gezondheidsbeleid is in ontwikkeling
Informatiemodel AMW – Maatschappelijke Dienstverlening (Madi)	In de Madi-monitor is de cursus 'In de put, uit de put' onder de rubriek type hulpverleningstrategie geregistreerd als 'groepswork'	Sinds 1 januari 2009 is in de problematiekentabel een code te gebruiken voor depressieve klachten. Het AMW kan hiermee inzichtelijk maken hoeveel mensen zich met depressieklachten melden bij het (A)MW en welke trajecten worden geboden aan betreffende cliënten.	Nog geen gegevens beschikbaar en geen streefnorm benoemd	In de benchmark kunnen in de toekomst meer vergelijkingen worden gemaakt tussen gegevens uit de Madi-monitor en de indicator 'depressieve klachten'

Evaluatiebron	Interventies	Uitkomst	Streefnorm	Aandachtspunt
Kwaliteitskader verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (uitkomsten van de individuele zorgorganisaties zijn te vinden op: www.kiesbeter.nl www.jaarverslagenzorg.nl)	Interventies gericht op ouderen en chronisch zieken	<ul style="list-style-type: none"> - Nulmeting in het kwaliteitskader is van 2007 en geeft een inzicht in de interventies. - De persoonlijke ervaring van cliënten/vertegenwoordigers aangaande mentaal welbevinden (gemiddelde score uitgedrukt in een cijfer tussen 1 en 4): - Voor de branche verpleging en verzorging met somatiek: 3,20 - Voor de branche verpleging en verzorging met psychogeriatric: 3,24 - Voor de branche zorg thuis: 3,38. 	Streefnorm is nog niet vastgesteld.	De monitors die door de GGD'en worden uitgevoerd worden niet uitgezet bij burgers die in een intramurale setting verblijven.
Maatschappelijke verantwoording GGZ	Interventies gericht op selectieve, geïndiceerde en terugvalpreventie voor mensen met depressieve klachten en mensen met een depressieve stoornis	<ul style="list-style-type: none"> - De uitkomsten over verslagjaar 2007 zijn bekend, 30.124. - Uitkomsten over verslagjaar 2008 zijn najaar 2009 bekend. 	Streefnorm is nog niet vastgesteld.	
Aard en omvang GGZ-preventieactiviteiten www.trimbos.nl	12 gestandaardiseerde interventies van GGZ-instellingen	<ul style="list-style-type: none"> - In 2006 was het bereik van het gestandaardiseerde aanbod depressie 2179 verdeeld over 12 activiteiten. Het bereik van 11 andere interventies depressie in 2006 was 2390. Het totale bereik was 4544. - In 2007 was het bereik van het gestandaardiseerde aanbod depressie 7085 verdeeld over 13 activiteiten. Het bereik van 11 andere interventies depressie in 2007 was 1188. Het totale bereik is 8273. 	Toename van het bereik van het gestandaardiseerde aanbod depressie t.o.v. bereik 2007.	De Aard en omvangstudie heeft een overlap met de evaluatie van de Handleidingen door het Centrum Gezond Leven.