

Bijlage 1



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Depressiepreventie

Nationale en internationale inventarisatie

RIVM rapport 020032001/2014

L.C. Lemmens et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Depressiepreventie

Nationale en internationale inventarisatie

RIVM Rapport 020032001/2014

Colofon

© RIVM 2014

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

L.C. Lemmens
C.J.M. Rompelberg
C.C.M. Molema
A.W.M. Suijkerbuijk

Contact:
Lidwien Lemmens
Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg
lidwien.lemmens@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van VWS, in het kader van de Kennisvraag Depressiepreventie

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Depressiepreventie: nationale en internationale inventarisatie

In Nederland krijgt bijna één op de vijf mensen ooit een depressie. Daarom heeft het ministerie van VWS de preventie van depressie als prioriteit in het beleid opgenomen. Het doel is om op lokaal niveau meer mensen te bereiken met preventieve interventies, en zo bij meer mensen een depressie te voorkomen. Uit een inventarisatie van het RIVM blijkt dat het aanbod van interventies voor depressiepreventie groot, maar versnipperd is.

Voor de inventarisatie is onderzocht hoeveel preventieve interventies er tussen 2011 en 2013 in de 28 GGD-regio's in Nederland zijn aangeboden. In totaal zijn bijna 200 verschillende interventies gevonden, waarvan een derde slechts in één van de GGD-regio's wordt aangeboden. Verder zijn niet in elke GGD-regio evenveel interventies voor verschillende hoogrisicogroepen beschikbaar: het aanbod voor scholieren, huisartspatiënten met beginnende klachten en mantelzorgers is groter en gevarieerder dan voor mensen met een chronische ziekte of net bevallen moeders.

De gevonden interventies lopen uiteen van groepsbijeenkomsten en zelfhulpcurssussen tot chatsessies met lotgenoten onder begeleiding van een hulpverlener, en speciale spreekuren. De meeste van de gevonden interventies worden aangeboden door preventieafdelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar soms ook door bijvoorbeeld de thuiszorg of school.

De inventarisatie laat ook zien dat vaak gegevens ontbreken over het aantal mensen dat bereikt wordt met een interventie, en over de effectiviteit ervan. Meer inzicht hierin is nodig. Een kanttekening bij de resultaten is dat het nog onbekend is welke invloed de recente veranderingen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg hebben op het aanbod van interventies.

Ten slotte blijkt dat Nederland gebruik zou kunnen maken van vernieuwende (effectieve) interventies die in andere westerse landen zijn ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is begeleiding en huisbezoeken door 'vrijwilligers' bij vrouwen met een beperkt sociaal vangnet en een hoog risico op een postnatale depressie. Zij geven deze vrouwen emotionele en praktische steun, in aanvulling op de verloskundige.

Trefwoorden: depressie, preventie, interventies, nationaal, internationaal, beleid

Abstract

Prevention of depression: national and international survey

In the Netherlands, nearly one in five people experience a depression ever in their life. Therefore, the Department of Health, Welfare and Sports has given priority to prevention of depression in health policy. The goal is to reach more people with preventive interventions on a local level. A survey conducted by the RIVM shows a large, but unevenly dispersed, range of interventions.

In the survey it was investigated how many preventive interventions were offered between 2011 and 2013 in the 28 community health service regions in the Netherlands. In total almost 200 interventions were found, of which one third was only offered in one community health service region. Furthermore, there is an uneven distribution of interventions for various high-risk groups in each region: the range for school-age children, GP patients with starting depressive symptoms and informal caregivers is larger and more varied than for people with a chronic illness or mothers that just gave birth.

The interventions found range from group meetings and self-help courses to chat sessions with peers under the guidance of a counsellor and special consultation hours. Prevention departments within mental health care offer most of the interventions, but in some instances, home care institutions or schools do.

This survey also shows that information on the number of people that is reached by an intervention is often lacking, as well as information on effectiveness. More insight into this is needed. Moreover, the recent transition in Dutch mental health care from specialized care to primary health care will have an impact on the range of interventions found.

Finally, it appears that innovative (effective) interventions that have been developed in other Western countries could be useful for the Netherlands. An example is support and home visits by 'volunteers' for women with a limited social safety net who are at high risk for postpartum depression. They give these women emotional and practical support and are an addition to the midwife.

Key words: depression, prevention, interventions, national, international, policy, mental health

Inhoud

Publiekssamenvatting – 3

Abstract – 5

Inhoud – 7

Kernboodschappen – 9

1 Inleiding – 11

- 1.1 Achtergrond – 11
- 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen – 11
- 1.3 Leeswijzer – 12

2 Methoden – 13

- 2.1 Depressiepreventie – 13
- 2.2 Doelgroepen VWS – 14
- 2.3 Interventies – 15

3 Resultaten nationale inventarisatie – 17

- 3.1 Depressiepreventie in Nederland – 17
 - 3.1.1 Lokaal en regionaal beleid – 17
 - 3.1.2 Aanbod interventies – 18
- 3.2 Interventies per hoogrisicogroep – 23
 - 3.2.1 Chronisch zieken – 24
 - 3.2.2 Scholieren – 26
 - 3.2.3 Mantelzorgers – 32
 - 3.2.4 Net bevallen moeders – 34
 - 3.2.5 Huisartspatiënten – 35
- 3.3 Interessante initiatieven – 43

4 Resultaten internationale inventarisatie – 49

- 4.1 Depressiepreventie in andere westerse landen – 49
 - 4.1.1 Internationale experts – 49
 - 4.1.2 Internationaal beleid – 50
 - 4.1.3 Internationale interventies – 52
- 4.2 Interventies per hoogrisicogroep – 53
 - 4.2.1 Chronisch zieken – 53
 - 4.2.2 Scholieren – 53
 - 4.2.3 Mantelzorgers – 58
 - 4.2.4 Net bevallen moeders – 58
 - 4.2.5 Huisartspatiënten – 59
- 4.3 Interessante initiatieven – 60
 - 4.3.1 Interessant beleid – 60
 - 4.3.2 Interessante interventies – 61
- 4.4 Lessen voor Nederland – 63

5 Beschouwing – 65

- 5.1 Belangrijkste resultaten samengevat – 65
 - 5.1.1 Resultaten nationale inventarisatie – 65
 - 5.1.2 Resultaten internationale inventarisatie – 66
- 5.2 Resultaten in perspectief – 68
- 5.3 Reflectie op onderzoeksmethoden – 69

5.4 Conclusies en aanbevelingen – 70

6 Literatuur – 73

7 Bijlagen – 77

7.1 Nationale inventarisatie – 77

7.1.1 Belronde met experts – 77

7.1.2 Search in I-database van het Centrum Gezond Leven – 77

7.1.3 Overige bronnen ter aanvulling – 78

7.1.4 Telefonische interviews over interventies – 78

7.1.5 Afstemming met Trimbos-instituut – 79

7.2 Internationale inventarisatie – 80

7.2.1 Benadering van experts – 80

7.2.2 Search in Mental Health Compass – 80

7.2.3 Search in NREPP – 81

7.2.4 Overige bronnen ter aanvulling – 81

7.3 Vragenlijsten interviews depressiepreventie huisartsenpraktijk – 82

7.4 Interviews aanbieders interventies – 84

7.5 Overzicht alle gevonden interventies – 86

7.6 Overzicht aantal interventies per doelgroep per GGD-regio – 91

Kernboodschappen

Inzicht in (inter)nationaal aanbod depressiepreventie

Bijna één op de vijf Nederlanders maakt gedurende zijn leven een depressieve periode door. Depressie vormt daarmee een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil het aantal mensen met een depressie terugdringen en heeft hiervoor beleidsdoelstellingen geformuleerd [1, 2]. Een belangrijke doelstelling van het beleid is het zorgen voor een groter bereik van (bewezen) effectieve interventies specifiek voor een aantal hoogerisicogroepen. Deze hoogerisicogroepen betreffen chronisch zieken, scholieren, mantelzorgers, net bevallen moeders en huisartspatiënten. Gegevens over aanbod, bereik en resultaat van depressiepreventie in Nederland zijn echter tot op heden versnipperd en de informatie is ook niet eenduidig. Dit rapport biedt een landelijk overzicht van aangeboden interventies in de periode 2011-2013 en maakt daarnaast een vergelijking met depressiepreventie in andere westerse landen.

Groot maar versnipperd aanbod van interventies in Nederland

In totaal zijn bijna tweehonderd verschillende interventies voor depressiepreventie gevonden. Een derde hiervan lijkt maar in één van de 28 GGD-regio's aangeboden te worden door één specifieke zorgaanbieder. De overige interventies worden meerdere malen aangeboden door verschillende aanbieders en/of binnen verschillende GGD-regio's, of betreffen een e-health-interventie die landelijk wordt aangeboden via een website. In totaal worden alle interventies samen bijna achthonderd keer aangeboden. Het aantal aangeboden interventies per 100.000 inwoners verschilt per GGD-regio.

Gevarieerd aanbod van vooral selectieve en geïndiceerde preventie

Het merendeel van de gevonden interventies betreft selectieve of geïndiceerde preventie. Deze interventies richten zich op mensen met een hoog risico op de ontwikkeling van depressieve klachten of op mensen die al depressieve klachten hebben. Voorbeelden van universele of zorggerichte preventie zijn beduidend minder gevonden. Het type interventies loopt sterk uiteen en betreft onder andere groepscursussen, lespakketten, voorlichtingsbijeenkomsten, websites met informatie, zelfhulpkursussen via internet, speciale spreekuren of huisbezoeken.

Interventies vooral aangeboden binnen de GGZ en gefinancierd door verschillende partijen

De meeste van de gevonden interventies worden aangeboden door preventieafdelingen van GGZ-instellingen/organisaties en vinden binnen de GGZ-setting plaats. In veel mindere mate lijken interventies plaats te vinden in de wijk, een zorginstelling of in de eerstelijnszorg. De meest frequente financiers van de interventies zijn zorgverzekeraars, gemeenten en GGZ-instellingen. De financier kan per jaar verschillen en is mede afhankelijk van het inkoopbeleid van de gemeenten.

Interventieaanbod verschilt per doelgroep

Voor de vijf onderzochte hoogerisicogroepen is het aanbod wisselend wat betreft het totaal aantal interventies en het aantal verschillende interventies. Verder is niet in iedere GGD-regio aanbod voor elk van de vijf doelgroepen gevonden. Er is vooral een groot en gevarieerd aanbod voor scholieren, huisartspatiënten en mantelzorgers gevonden. Voor chronisch zieken en net bevallen moeders is een aanmerkelijk kleiner en minder gevarieerd aanbod gevonden.

Gegevens bereik en effectiviteit interventieaanbod ontbreken veelal

Bereikgegevens van de gevonden interventies zijn vaak onvolledig, onbekend of niet openbaar. Hierdoor is het lastig om uitspraken over bereik te doen. Verder is slechts van een zeer beperkt aantal interventies (middels Nederlandse onderzoeken) bekend of ze bewezen effectief zijn in het voorkomen of reduceren van depressieve klachten. Meer inzicht in zowel bereik als effectiviteit is noodzakelijk om te kunnen bepalen welke interventies voor depressiepreventie voor de verschillende doelgroepen succesvol zouden kunnen worden ingezet in heel Nederland. Deze kansrijke interventies zouden vervolgens kunnen worden ontsloten via de Interventie-database van het Centrum Gezond Leven.

Nationale inventarisatie is een momentopname

Een belangrijke kanttekening bij de resultaten van dit onderzoek is dat momenteel grote verschuivingen plaatsvinden binnen de GGZ door de invoering van de generalistische basis-GGZ. Het doel hiervan is dat mensen meer in de eerstelijnszorg behandeld gaan worden en minder snel in de tweedelijns-GGZ terechtkomen. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen welke invloed deze veranderingen hebben op het aanbod van interventies zoals dat gevonden is in dit onderzoek. Hierbij is het ook interessant om te bekijken hoe de huisartsen hun rol van eerste aanspreekpunt voor mensen met klachten op het gebied psychische gezondheid gaan invullen en welke taken de POH-GGZ gaat krijgen en wat dus hun rol wordt binnen depressiepreventie.

Nederland versus andere westerse landen

Nederland wordt door buitenlandse experts beschouwd als een voorloper op het gebied van, vooral e-health, interventies voor depressiepreventie. Uit de nationale inventarisatie blijkt echter dat nog weinig bekend is over de effectiviteit en het bereik van de gevonden interventies. Voor effectieve interventies met een potentieel groot bereik zou Nederland ook naar het buitenland kunnen kijken. De internationale inventarisatie levert een aantal voorbeelden van interventies in andere landen op die vernieuwend en bewezen effectief zijn en veelbelovende resultaten boeken wat betreft het aantal personen dat daadwerkelijk aan de interventie deelneemt. Deze buitenlandse interventies kunnen als inspiratiebron dienen voor Nederland. Daarnaast is een aantal buitenlandse websites over depressie interessant. Deze websites bieden gerichte informatie en hulp aan een aantal hoogrisicogroepen die in het Nederlandse beleid als specifieke doelgroep zijn aangemerkt.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Bijna één op de vijf Nederlanders maakt gedurende zijn leven een depressie door. Jaarlijks hebben meer dan een half miljoen mensen tussen 18 en 65 jaar een depressie [3]. Depressie is een ziekte met een grote impact op de kwaliteit van leven. Het voorkómen van depressie is als speerpunt opgenomen in de landelijke nota volksgezondheid 'Gezondheid dichtbij' en het 'Nationaal Programma Preventie: Alles is gezondheid' (NPP) [1, 2]. Daarmee wordt de prioriteit uit voorafgaande nota's volksgezondheidsbeleid voortgezet. Een belangrijke doelstelling van het beleid is het zorgen voor een groter bereik van (bewezen effectieve) preventie-interventies. Daartoe heeft VWS al verschillende initiatieven genomen, zoals de instelling van het Partnership Depressie Preventie en de ontwikkeling van het interventieprogramma 'Mentaal Vitaal' [4, 5].

De laatste jaren hebben de veldpartijen veel interventies op het gebied van depressiepreventie ontwikkeld. Deze kenmerken zich door hun grote diversiteit, zowel wat betreft het type ingezette interventie, de doelgroepen, de uitvoerders, de overige betrokken actoren, de setting waarin de interventie plaatsvindt en de bekostiging. Voor verdere beleidsvorming op het gebied van depressiepreventie is inzicht in de resultaten van de inspanningen nodig. Gegevens over wat er in Nederland aan depressiepreventie gebeurt, zijn versnipperd en niet eenduidig wat betreft aanbod, bereik en resultaat. Er is daarom in de eerste plaats behoefte aan een completer landelijk overzicht van interventies voor depressiepreventie. Daarnaast is er behoefte aan meer kennis over initiatieven in andere landen om mogelijk lessen te leren voor het Nederlandse beleid. VWS heeft het RIVM daarom de opdracht gegeven om een nationale en internationale inventarisatie op het gebied van depressiepreventie uit te voeren.

De resultaten van deze inventarisatie kunnen door VWS gebuikt worden als input voor haar beleid rondom de 'Gerichte aanpak depressiepreventie' binnen het kader van het NPP. Bij deze aanpak ligt de focus op hoogrisicogroepen voor depressie. Hierbij onderscheidt VWS de volgende doelgroepen:

- 1) chronisch zieken met een verhoogd risico op een comorbide depressie;
- 2) jongeren in de schoolsetting, vooral KOPP/KVO- en ROC-leerlingen;
- 3) mantelzorgers met een zware zorgbelasting;
- 4) pas bevallen moeders met een verhoogd risico op een post-partumdepressie;
- 5) huisartspatiënten in huisartsgeneeskundige zorg met beginnende of terugkerende depressieve klachten en
- 6) werknemers in stressvolle beroepen.

Het onderhavige rapport zal inzicht verschaffen in gericht beleid en interessante interventies als het gaat om bereik, resultaat, setting of aanpak voor al deze hoogrisicogroepen, met uitzondering van de werknemers in stressvolle beroepen. Depressiepreventie voor deze groep komt in een apart onderzoek aan bod dat volledig aan de werksetting is gewijd.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het onderzoek had tot doel om een nationale en internationale inventarisatie van initiatieven op het gebied van depressiepreventie uit te voeren. Hiertoe werden de onderstaande onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke lokale/regionale initiatieven zijn er in Nederland op het gebied van depressiepreventie?
 - a. Uit wat voor een type interventies bestaan deze initiatieven?
 - b. In welke settings worden deze interventies aangeboden en/of uitgevoerd?
 - c. Voor welke doelgroepen worden deze interventies aangeboden?
 - d. Wat is er bekend over het bereik en resultaat van deze interventies?
 - e. Wie zijn de betrokken actoren bij deze interventies?
 - f. Hoe zijn de interventies gefinancierd?

2. Welke initiatieven zijn er in andere westerse landen op het gebied van depressiepreventie?
 - a. Welk type depressiepreventieprogramma's worden gehanteerd?
 - b. Wat is te zeggen over de aanpak, de doelgroepen, het bereik en de resultaten?
 - c. Welke lessen zijn te leren voor Nederland?

1.3

Leeswijzer

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen van de nationale en internationale inventarisatie zijn samengevat in de 'Kernboodschappen' aan het begin van dit rapport en deze fungeren tevens als managementsamenvatting. In hoofdstuk 2 wordt een aantal voor dit rapport belangrijke begrippen en de doelgroepen toegelicht. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de nationale inventarisatie. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de internationale inventarisatie besproken. Ten slotte plaatst hoofdstuk 5 deze resultaten in perspectief. Hoofdstuk 6 geeft de gebruikte literatuur weer. In de bijlagen staan de gehanteerde onderzoeksmethoden voor de inventarisatie, de vragenlijsten voor de interviews en een overzicht van alle gevonden interventies.

2 Methoden

In dit hoofdstuk wordt toegelicht wat we verstaan onder depressiepreventie, hoe we de doelgroepen hebben afgebakend en wat we verstaan onder een (effectieve) interventie. De methoden van de nationale en internationale inventarisatie staan beschreven in respectievelijk Bijlage 7.1 en Bijlage 7.2.

2.1 Depressiepreventie

In dit onderzoek staat depressiepreventie centraal. Hieronder worden eerst de begrippen depressie en depressieve klachten gedefinieerd. Daarna wordt ingegaan op de typen depressiepreventie die te onderscheiden zijn.

Bij een *depressie* heeft iemand gedurende minstens twee weken vijf of meer van de onderstaande symptomen, waarvan ten minste één van de twee schuingedrukte kernsymptomen [6]:

- *sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna dagelijks;*
- *duidelijke vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten;*
- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename;
- slapeloosheid of overmatig slapen;
- psychomotorische agitatie of remming;
- moeheid of verlies van energie;
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens;
- verminderd vermogen tot concentratie of besluiteloosheid;
- terugkerende gedachten aan de dood, suïcidegedachten, suïcideplannen of suïcidepoging.

Het aantal symptomen is een veelgebruikte maat voor de ernst van depressie [7]. Onderscheiden worden een lichte depressie (5 symptomen), een matige depressie (6-7 symptomen) en een ernstige depressie (8-9 symptomen).

In het geval van *depressieve klachten* heeft iemand een sombere stemming, waar hij of zij hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan het vastgestelde aantal symptomen voor de diagnose depressie (minimaal vijf waarvan ten minste één kernsymptoom) [6]. Dit wordt ook wel een subklinische depressie genoemd.

Er zijn vier typen preventie te onderscheiden [8, 9]:

- *Universele preventie*: is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geselecteerd is op basis van een individuele risicofactor voor depressie (bijvoorbeeld massamediale campagnes gericht op de gehele bevolking of schoolgerichte interventies, waarbij alle leerlingen, ongeacht hun risicostatus benaderd worden);
- *Selectieve preventie*: is gericht op individuen uit een deel van de bevolking waarbij het risico op het ontwikkelen van een depressie aanzienlijk groter is dan gemiddeld (bijvoorbeeld mensen die recent een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt of blootstaan aan een chronische stressor, zoals echtscheiding, rouw, zorgen voor een ziek familielid, werkloosheid);
- *Geïndiceerde preventie*: is gericht op individuen die wel depressieve klachten of symptomen van een depressie hebben, maar die niet voldoen aan

diagnostische criteria voor een depressie (zie ook de definitie van depressieve klachten en symptomen en depressie); of die biologische kenmerken hebben die duiden op een aanleg voor een depressie;

- *Zorggerichte preventie*: is gericht op mensen die een chronische psychische of somatische aandoening hebben (bijvoorbeeld terugvalpreventie of het voorkomen van psychische comorbiditeit).

Het vergroten van de mentale weerbaarheid maakt vaak onderdeel uit van depressiepreventie, vooral ingeval van universele en selectieve preventie. In de resultaten van dit rapport zal hier ook aandacht aan besteed worden bij de bespreking van het interventieaanbod.

2.2 Doelgroepen VWS

VWS onderscheidt in haar 'Gerichte aanpak depressiepreventie' een aantal hoogrisicogroepen. Hieronder wordt toegelicht hoe deze doelgroepen voor dit onderzoek geoperationaliseerd zijn.

Chronisch zieken

Onder chronisch zieken verstaan we zowel mensen die een somatische als mensen die een psychische chronische ziekte hebben of een combinatie van beide. Tot deze groep rekenen we ook mensen die een depressie hebben doorgemaakt en een verhoogde kans hebben om weer een depressie te krijgen (terugval).

Schoolgaande jongeren

In het toekomstige beleid van VWS zal deze doelgroep verder worden aangescherpt, maar in dit onderzoek gaan we nog uit van een breed gedefinieerde doelgroep. Onder deze doelgroep vallen alle schoolgaande kinderen, jongeren en jongvolwassenen, dus zowel basisschoolleerlingen als leerlingen in het voorgezet onderwijs of in het beroepsonderwijs. Zij lopen door pesten, de puberteit of problemen thuis een verhoogde kans op de ontwikkeling van depressieve klachten of een depressie. We onderscheiden interventies voor kinderen/jongeren in het algemeen (niet gebonden aan schoolsetting), voor scholieren (wel gebonden aan de schoolsetting), voor kinderen die huiselijk geweld hebben meegemaakt en voor kinderen van die ouders hebben die een psychische ziekte hebben of ouders die verslaafd zijn (KOPP/KVO).

Mantelzorgers

We gaan hierbij uit van mensen die een zorgtaak hebben voor hun naaste, maar die verder niet gedefinieerd is naar inhoud of zwaarte. Deze keuze is gemaakt omdat interventies doorgaans niet specifiek gericht zijn op mensen met een bepaalde zorgbelasting en omdat de belastbaarheid en de ervaren belasting van mensen individueel verschilt. Daarnaast rekenen we tot deze doelgroep ook de groep partners/familieleden die niet per se een zorgtaak hebben, maar die mogelijk wel hulp nodig hebben bij het leren omgaan met de psychische ziekte van een naaste, om te voorkomen dat ze zelf psychische klachten ontwikkelen.

Net bevallen moeders

Onder deze doelgroep verstaan we vrouwen die tot ongeveer een jaar geleden bevallen zijn. Daarnaast nemen we ook vrouwen mee die nog moeten bevallen. Het gaat hierbij om vrouwen die een verhoogd risico lopen op de ontwikkeling van een post-partumdepressie, ook wel postnatale depressie genoemd. Zaken als een eerder doorgemaakte depressie, zwangerschapscomplicaties, erfelijke

componenten, bepaalde persoonlijke eigenschappen en relatieproblemen kunnen het risico op een post-partumdepressie vergroten.

Huisartspatiënten

Feitelijk staat iedereen als patiënt ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. We gaan daarom bij deze doelgroep uit van volwassenen met beginnende of terugkerende klachten die niet tot een van de vier andere doelgroepen behoren. Binnen deze groep volwassenen onderscheiden we ouderen (55+). Voor dit onderzoek is dit onderscheid relevant omdat er een specifiek preventieaanbod gericht op ouderen bestaat. We laten interventieaanbod dat zich richt op een specifieke ervaring of kenmerk van een persoon (bijvoorbeeld iemand die een naaste is verloren of iemand die asielzoeker is) buiten beschouwing bij deze doelgroep.

2.3 Interventies

Een *interventie* is in dit onderzoek breed gedefinieerd, conform de definitie van het Centrum Gezond Leven (CGL), als 'elke planmatige en doelgerichte aanpak om het gedrag van burgers te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden, met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen' [10].

Eigenaars van interventies die in de Interventie-database (I-database) van het CGL zijn opgenomen kunnen erkenning aanvragen. Het erkenningstraject laat zien wat de *kwaliteit* en *effectiviteit* van interventies is. Dit is belangrijke informatie voor (lokale) organisaties die interventies kiezen voor uitvoering zoals GGD'en, GGZ-instellingen, thuiszorg maar ook voor gemeenten en zorgverzekeraars. Door voor hen zichtbaar te maken wat werkt, kunnen zij gemakkelijker kiezen uit het aanbod en uiteindelijk effectiever werken [11].

De volgende erkenningen worden afgegeven:

- *Goed onderbouwd (I)*

Deze erkenning wordt afgegeven als de doelen, aanpak en randvoorwaarden van de interventie degelijk zijn beschreven en de werkzaamheid van de interventie is onderbouwd met modellen, theorie of literatuur.

- *Effectief (II, III, IV)*

Hier gelden dezelfde criteria als voor Goed onderbouwd, plus: de effectiviteit is aangetoond met in ieder geval Nederlands onderzoek.

Bij de erkenning Effectief geeft de commissie tevens een oordeel over de bewijskracht van de effectiviteit van een interventie:

II – Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

III – Goede aanwijzingen voor effectiviteit

IV – Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

3 Resultaten nationale inventarisatie

3.1 Depressiepreventie in Nederland

3.1.1 *Lokaal en regionaal beleid*

Wettelijk kader

Volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) heeft de gemeente de verplichting om de gezondheid van inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Dit gebeurt vooral door in te zetten op collectieve preventie: het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten en het bevorderen van onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg. Voor een groot deel van de uitvoering van deze taken draagt de gemeente hiervoor zorg door de instelling en instandhouding van een gemeentelijke dienst, de GGD. In de Wpg is vastgelegd dat gemeenten elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid moeten opstellen. Deze geeft richting aan het gemeentelijk beleid voor de komende vier jaar. Het gemeentebestuur dient daarbij rekening te houden met de prioriteiten zoals verwoord in de Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' van het ministerie van VWS van mei 2011 [1]. Hierin wordt vermeld dat de speerpunten uit de preventienota 2006 belangrijk blijven voor het verbeteren van de volksgezondheid: roken, diabetes, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en depressie. De Rijksoverheid laat de keuze voor een gezonde leefstijl over aan de burger, maar probeert deze wel te faciliteren. Mocht er een bijdrage vanuit de overheid noodzakelijk zijn, dan zijn de gemeenten in veel gevallen als eerste aan zet. Dit vraagt van gemeenten om meer samenwerking te zoeken met het veld.

Integraal en sectoraal beleid

Veel gemeenten en samenwerkingsverbanden tussen gemeenten erkennen dat depressie een groot probleem vormt in de samenleving en hebben hierom beleid geformuleerd op het gebied van depressiepreventie. Volgens de Handreiking Gezonde Gemeente is voor een effectieve preventie van depressie integraal gemeentelijk beleid nodig, omdat depressie vaak samengaat met andere (gezondheids)problemen [12]. Met integraal beleid wordt bedoeld dat gemeenten beleid ontwikkelen dat inspeelt op verschillende factoren die psychische problemen beïnvloeden. Door verbindingen te leggen tussen de beleidsterreinen welzijn, sport, jeugd en ouderen kan de gemeente het makkelijker maken voor haar inwoners om hun leefstijl te verbeteren; intersectorale samenwerking dus.

Strategieën

Globaal zijn er twee strategieën die gemeenten kunnen toepassen: universele of selectieve preventie voor mensen die (nog) geen klachten hebben. Hier liggen ook de bovengenoemde relaties met andere beleidssectoren, zoals Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), welzijn, onderwijs, jeugd en sport. De andere strategie richt zich op mensen met depressieve klachten. Deze vorm van preventie is vooral de verantwoordelijkheid van zorgverleners, maar gemeenten kunnen ook een rol hebben in het toegankelijk maken van deze preventieve interventies voor hun inwoners. De lokale of regionale nota's volksgezondheidsbeleid van de gemeenten bieden vaak een overzicht van activiteiten, diensten en interventies op het gebied van depressiepreventie waarvan de gemeente een mogelijke financier is. Gemeenten geven afhankelijk

van de lokale situatie en lokale trends prioriteit aan verschillende risicogroepen voor depressie. Deze risicogroepen zijn vaak jongeren, ouderen, migranten en chronisch zieken.

Een voorbeeld hiervan vormen de gemeenten Berkelland en Oost Gelre die het aantal jongeren met depressieve gevoelens willen verminderen. Onderzoek heeft namelijk laten zien dat één op de tien jongeren in deze gemeenten depressieve gevoelens kent. Hierop willen de gemeenten meer aandacht besteden aan het bestaande interventieaanbod voor jongeren. Het aanbod in deze gemeenten is breed en gevarieerd; verbetermogelijkheden liggen bij de toeleiding naar professionele hulp vanuit scholen [13].

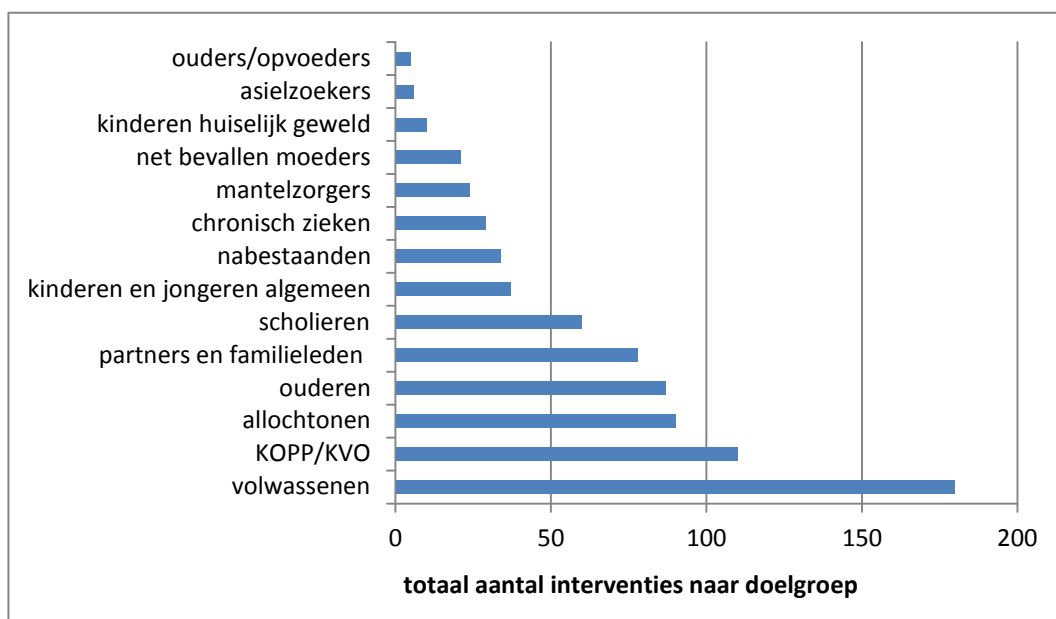
Een ander voorbeeld zijn zes gemeenten op de Veluwe die samen met betrokken organisaties het Programma Depressiepreventie Noord-Veluwe opgesteld hebben. Dit programma heeft als doel het opsporen en begeleiden van volwassenen tussen de 25 en 55 jaar met depressieve klachten, zodat verergering van klachten voorkomen kan worden en de mogelijkheden van psychisch welbevinden toenemen. Om het doel van het programma te bereiken is op de volgende interventies ingezet:

- Voorlichting, training en deskundigheidsbevordering bij diverse doelgroepen van intermediairs met betrekking tot signalering, motivering en verwijzing;
- Ontwikkeling Signalering Niet Pluis (integrale aanpak van signalen van mogelijke psychosociale problematiek);
- Algemene publiciteit en voorlichting onder de bevolking en risicogroepen ten behoeve van bewustwording en het doorbreken van taboes.

Dit programma is inmiddels geëvalueerd, waarna verbeterpunten zijn opgesteld [14].

3.1.2 *Aanbod interventies*

In totaal is voor heel Nederland een aanbod van 771 interventies voor de preventie van depressie gevonden. Deze richten zich op één of meer van de volgende doelgroepen: allochtonen (n=90), asielzoekers (6), chronisch zieken (29), kinderen huiselijk geweld (10), kinderen/jongeren algemeen (37), KOPP/KVO (110), mantelzorgers (24), nabestaanden (34), net bevallen moeders (21), ouderen (87), ouders/opvoeders (5), partners/familieleden (78), scholieren (60) en volwassenen die niet binnen de andere groepen vallen (180) (zie figuur 3.1.1). Op de interventies voor de doelgroepen die vallen binnen de 'Gerichte aanpak depressiepreventie' van VWS wordt in paragraaf 3.2 dieper ingegaan.



Figuur 3.1.1: totaal aantal aangeboden interventies (n=771) naar doelgroep

Er zijn in totaal 179 unieke interventies te onderscheiden (zie Bijlage 7.5). De meeste interventies betreffen selectieve of geïndiceerde preventie en zijn dus specifiek gericht op mensen met een verhoogd risico op depressieve klachten of mensen die al depressieve klachten hebben. Het gevonden aanbod van de interventies loopt uiteen van interventies die aangeboden worden door één aanbieder in één GGD-regio, dit betreft een derde van de interventies, tot interventies die 39 keer worden aangeboden door meerdere aanbieders in heel Nederland. Het merendeel van de gevonden interventies wordt via preventieafdelingen van GGZ instellingen/organisaties aangeboden. De financiering van interventies loopt vaak via de zorgverzekeraar of de gemeente. Soms worden ZonMW-gelden, fondsen, provinciale gelden of eigen instellingsmiddelen gebruikt om de interventies (mee) te financieren.

Top 20 interventies

Een top 20 van de meest aangeboden interventies is weergegeven in Tabel 3.1.1. E-health-interventies zijn buiten beschouwing gelaten, omdat die vaak centraal via een website worden aangeboden en landelijk toegankelijk zijn. De meeste interventies in de top 20 betreffen groepscurssussen die door een preventieafdeling van een GGZ-instelling of organisatie gegeven wordt. Een derde van de interventies in de top 20 richt zich op naasten (kinderen, partners of andere familieleden) van mensen met een psychische ziekte of verslaving. Elf van de interventies worden aanbevolen door het CGL in die zin dat ze het erkenningstraject hebben doorlopen en ten minste de erkenning 'goed onderbouwd' hebben gekregen (zie de laatste kolom in Tabel 3.1.1).

Tabel 3.1.1: top 20 van interventies met het grootste gevonden aanbod in Nederland (n=179 unieke interventies in totaal)

	Naam interventie (totaal aantal keer aangeboden/ totaal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm (aantal keer aangeboden)	Doel-groepen	Setting	Erkenning CGL
1	In de put, uit de put 39/24)	Geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groeps cursus 55+ (7) ▪ Schriftelijke cursus (3) ▪ Verkorte groeps cursus (9) ▪ Groeps cursus (18) 	Ouderen (7) Volwassenen (30)	GGZ Thuis (bij schriftelijk)	Ja, IV
2	Mindfulness (26/23)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus met oefeningen thuis	Volwassenen	GGZ Thuis	Nee
3	Lichte dagen, donkere dagen (25/16)	Geïndiceerd	Groeps cursus	Allochtonen	GGZ wijk	Nee
4	KOPP Doe-praatgroep (24/21)	Selectief	Groeps cursus kinderen en ouders	KOPP/KVO	GGZ	Nee
5	Plezier op school (23/19)	Selectief	Groeps cursus kinderen en ouders	Scholieren	School	Ja, I
6	KOPP Jongerengroep (22/19)	Selectief	Groeps cursus	KOPP/KVO	GGZ	Nee
7	Liever bewegen dan moe (20/16)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus met beweegprogramma	Allochtonen	Wijk	Ja, I
8	KOPP Pubergroep (19/18)	Selectief	Groeps cursus kinderen en ouders	KOPP/KVO	GGZ	Nee
9	Psychische problemen in de familie/ Psychiatrie in de familie (19/15)	Selectief	Groeps cursus	Partners/ familieleden	GGZ	Ja, I
10	Voluit leven (17/13)	Geïndiceerd	Groeps cursus	Volwassenen	GGZ	Ja, I
11	Zelf aan de slag (17/15)	Geïndiceerd	Schriftelijke cursus	Volwassenen	Thuis	Nee
12	Moeder-baby interventie (15/15)	Geïndiceerd	Huisbezoeken	Net bevallen moeders	Thuis	Ja, III
13	Omgaan met borderline (15/13)	Selectief	Groeps cursus	Partners/ familieleden	GGZ	Ja, I
14	Omgaan met mensen met een depressie (15/13)	Selectief	Groeps cursus (13) Schriftelijke cursus (2)	Partners/ familieleden	GGZ Thuis	Ja, I
15	Kunst van het ouder worden (14/14)	Universeel, selectief	Voorlichtingsfilm	Ouderen	GGZ	Nee
16	Op zoek naar zin (14/10)	Geïndiceerd	Groeps cursus	Ouderen	GGZ	Nee
17	Big Move GGZ (12/13)	Zorggericht	Groeps- en individuele sessies	Chronisch zieken (psychisch)	GGZ	Ja, I

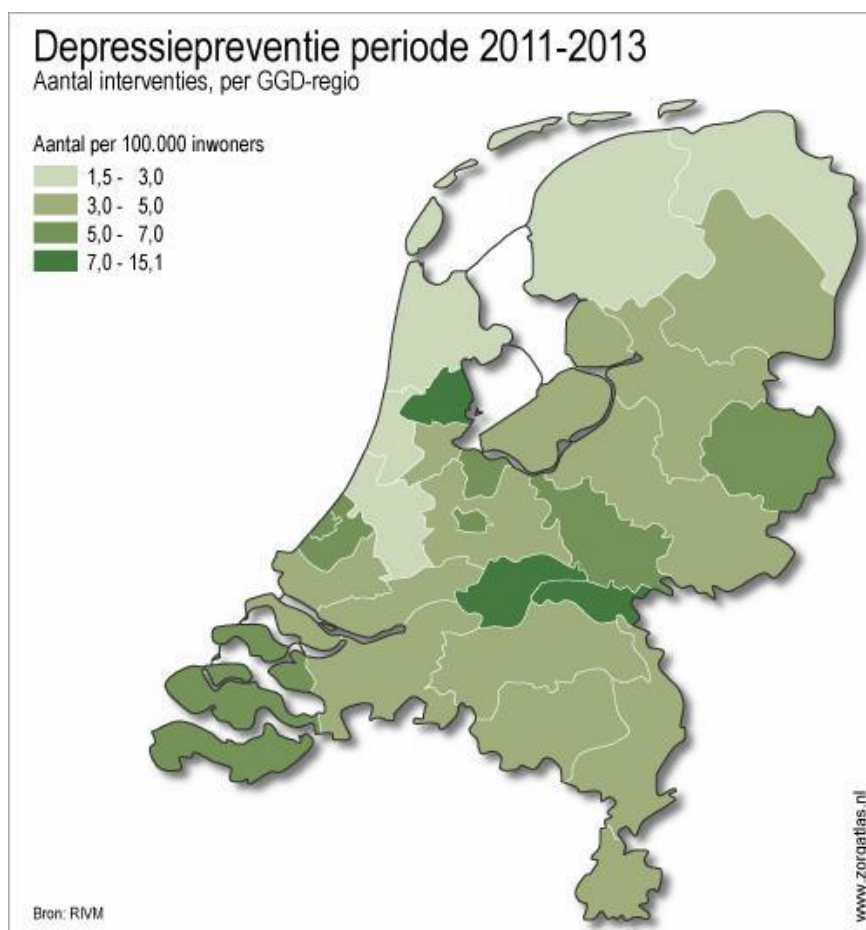
Naam interventie (totaal aantal keer aangeboden/ totaal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm (aantal keer aangeboden)	Doel-groepen	Setting	Erkenning CGL
18 Omgaan met schizofrenie (12/11)	Selectief	Groeps cursus	Partners/ familieleden	GGZ	Ja, I
19 Stoppen met piekeren/ Niet piekeren (12/11)	Selectief	Groeps cursus	Volwassenen	GGZ	Nee
20 Anders leren denken (12/10)	Geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groeps cursus (11) ▪ Schriftelijke cursus (1) 	Volwassenen	GGZ Thuis	Nee

Erkenning CGL: I: goed onderbouwd, II: eerste aanwijzingen voor effectiviteit, III: goede aanwijzingen voor effectiviteit en IV: sterke aanwijzingen voor effectiviteit

Uit de tabel blijkt dat voor de cursus 'In de put, uit de put' het grootste aanbod is gevonden. Deze cursus werd in totaal 39 keer aangeboden en is in 24 van de 28 GGD-regio's gevonden. Van deze cursus zijn vier verschillende varianten gevonden. Eén groeps cursus voor volwassenen, één groeps cursus specifiek voor 55-plussers, één verkorte versie van de groeps cursus en een individuele schriftelijke cursus. De drie groeps cursussen worden op locatie door GGZ-preventieafdelingen gegeven. De schriftelijke cursus kan thuis gevolgd worden en wordt telefonisch begeleid. Er zijn sterke aanwijzingen dat 'In de put, uit de put' effectief is. Dit blijkt uit de beoordeling die uit het erkenningstraject van het CGL is gekomen.

Aanbod in GGD-regio's

In alle 28 GGD-regio's zijn interventies voor depressiepreventie gevonden. Een interventie kon hierbij ook meerdere keren binnen één regio aangeboden worden door verschillende aanbieders. In de regio's Amsterdam, Hart voor Brabant en Gelderland Midden is absoluut gezien het grootste aanbod gevonden van respectievelijk 46, 45 en 42 interventies. Als men echter kijkt naar het aantal aangeboden interventies per 100.000 inwoners dan wordt in de GGD-regio's Rivierenland, Nijmegen en Zaanstreek-Waterland het grootste aanbod gevonden (zie Figuur 3.1.2).

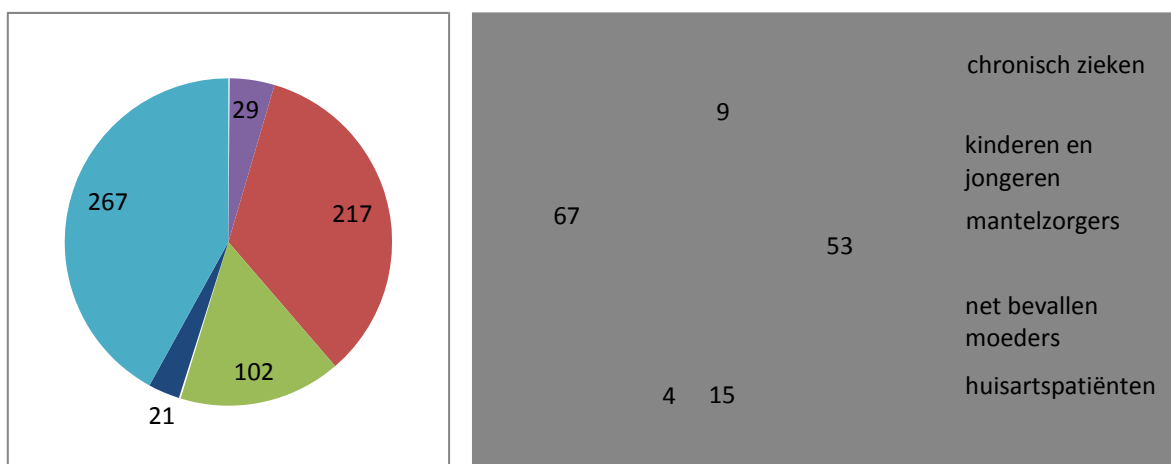


Figuur 3.1.2: aanbod depressiepreventie per 100.000 inwoners per GGD-regio (zonder e-health, n=732 interventies totaal)

De GGD-regio's verschillen in aanbod van interventies voor de verschillende doelgroepen. In geen enkele GGD-regio is een aanbod voor alle dertien eerdergenoemde doelgroepen gevonden. Bovendien heeft GGD-regio Rotterdam-Rijnmond aangegeven dat zij in 2013 een aantal interventies heeft stopgezet. Deze zijn echter nog wel in het kaartje meegenomen omdat het kaartje het aanbod in de periode 2011-2013 weergeeft.

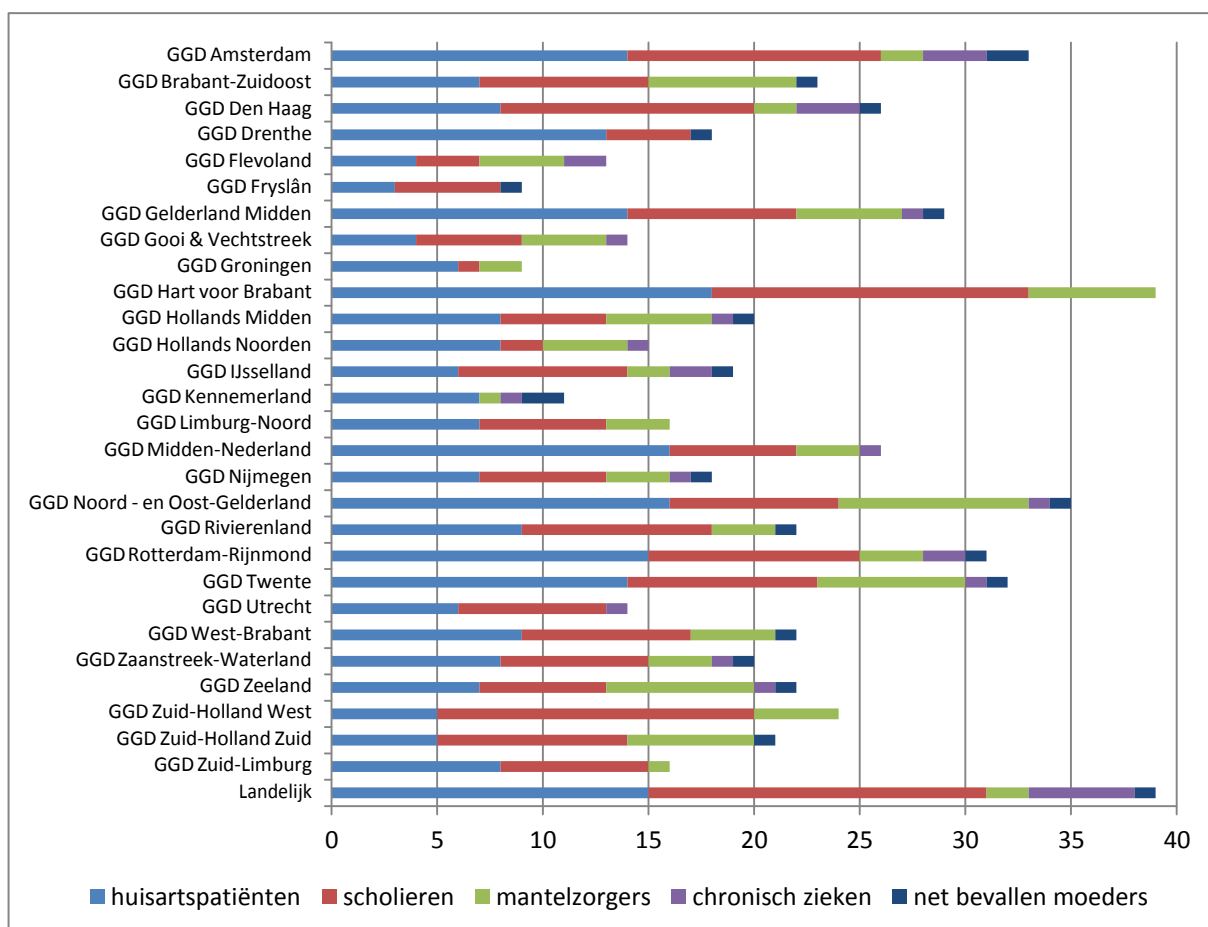
3.2 Interventies per hoogerisicogroep

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de eerder beschreven vijf hoogerisicogroepen en de interventies die voor deze groepen worden aangeboden. Figuren 3.1.3 en 3.1.4 tonen respectievelijk het totaal aantal en het aantal unieke interventies per doelgroep. Uit deze figuren blijkt dat niet voor alle doelgroepen een even groot en gevarieerd aanbod gevonden is.



Figuur 3.1.3 en 3.1.4: totaal aantal interventies (n=636) en aantal unieke interventies naar hoogerisicogroep (n=148)

Niet in alle GGD-regio's is aanbod voor alle vijf de doelgroepen gevonden (figuur 3.1.5). In de GGD-regio Drenthe is bijvoorbeeld geen enkele interventie voor mantelzorgers gevonden en in de regio Flevoland geen voor net bevallen moeders. De interventies die onder 'landelijk' worden weergegeven betreffen e-health.



Figuur 3.1.5: aanbod interventies voor hoogerisicogroepen naar GGD-regio (n=636)

3.2.1

Chronisch zieken

Mensen met een chronische somatische ziekte, zoals dementie, diabetes, epilepsie, ziekte van Parkinson, kanker of beroerte, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie. Zo is bij patiënten met ernstige COPD het risico op depressie 2,5 keer zo groot als bij huisartspatiënten zonder deze aandoening en gelden voor diabetespatiënten soortgelijke cijfers [15, 16]. Daarnaast komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen met een andere psychische stoornis [17].

Interventies

Het gevonden aanbod van interventies voor chronisch zieken wordt in Tabel 3.2.1 beschreven. In totaal is een aanbod van negen unieke interventies gevonden. In de tabel is een tweedeling gemaakt in interventies voor mensen met een somatische en mensen met een psychische chronische ziekte of met een doorgemaakte depressie. Volgens de gehanteerde definities van de verschillende typen preventie betreffen al deze interventies zorggerichte preventie. Het betreft mensen die al 'in zorg' zijn voor een somatische chronische ziekte of mensen die vanwege een psychische ziekte of eerder doorgemaakte depressie doorgaans al bekend zijn met de GGZ. In totaal zijn vijf unieke interventies gevonden voor mensen met een chronische somatische ziekte. De groepscursus 'Leren leven met een chronische ziekte' is

acht keer gevonden in acht verschillende GGD-regio's en de cursus 'Voel je goed met diabetes' drie keer in drie regio's. Deze tweede cursus bevat een beweegprogramma en biedt informatie over een gezonde leefstijl. De overige drie interventies betreffen e-health en kunnen individueel thuis gevolgd worden.

Voor mensen met psychische problematiek zijn vier unieke interventies gevonden. Het beweegprogramma 'BigMove GGZ' is twaalf keer in twaalf verschillende GGD-regio's gevonden. Deze interventie biedt een combinatie van psychologische begeleiding en een beweegprogramma voor mensen die psychische klachten hebben en daarnaast somatische klachten. Het doel van de interventie is dat mensen beter in hun vel zitten, fitter zijn en meer sociale contacten hebben. 'Keep your balance' betreft ook een groeps cursus en de andere twee interventies betreffen e-health. Deze drie interventies richten zich op terugvalpreventie.

Tabel 3.2.1: depressiepreventie voor chronisch zieken

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Somatisch				
Leven met een chronische ziekte/beperkt maar niet bedrukt (8/8)	Zorggericht	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Voel je goed (met diabetes) (3/3)	Zorggericht	Groeps cursus met beweegprogramma van 8 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Alles onder controle MS (e-health)	Zorggericht	Online cursus van 5 lessen met na elke les contact met een coach	Thuis	Nee
Alles onder controle Kanker (e-health)	Zorggericht	Online cursus van 5 lessen met na elke les contact met een coach	Thuis	Nee
Diabetergestemd (e-health)	Zorggericht	Online cursus van 8 lessen met feedback op de vervulde opdrachten	Thuis	Nee
Psychisch				
BigMove GGZ (12/12)	Zorggericht	Beweegprogramma in groep van een half jaar en 6 individuele gesprekken met een psycholoog	GGZ	Ja, I
Keep your balance (1/1)	Zorggericht	Groeps cursus van 6 bijeenkomsten met facultatieve follow-up groep en toegang tot website voor educatie en vragen	GGZ	Nee
Depressievrij.nl (e-health)	Zorggericht	Online cursus van 8 lessen met ondersteuning via SMS en e-mail	Thuis	Nee
Terugval depressie online (e-health)	Zorggericht	Maandelijks invullen van vragenlijst op internet en opstellen van eigen plan, een coach monitort scores en intervenueert zo nodig.	Thuis	Nee

Erkenning CGL: I:goed onderbouwd

Wat betreft beschikbare informatie over de effectiviteit van de verschillende interventies blijkt dat voor één interventie het erkenningstraject van het CGL is doorlopen (Tabel 3.2.1). De interventie 'Big move' is beoordeeld als 'goed onderbouwd'. Voor de interventie 'Diabetergestemd' geldt dat deze niet is beoordeeld door CGL, maar wel is onderzocht in een Nederlandse RCT. De interventie leidde tot een significante vermindering van depressieve klachten in vergelijking met de controlegroep [18].

Van twee interventies is informatie over het bereik gevonden. Van twee aanbieders zijn bereikgegevens beschikbaar voor de interventie 'Leven met een chronische ziekte' voor het jaar 2011. De interventie is zeven keer uitgevoerd en in totaal hebben 58 mensen deelgenomen. Daarnaast blijkt uit een interview met een aanbieder in de regio Deventer dat de interventie daar twee keer is uitgevoerd in 2012 met zes tot acht deelnemers per keer. De online interventie 'Diabetergestemd' blijkt in 2011-2012 zo'n 8.000 unieke bezoekers te hebben gehad.

3.2.2

Scholieren

Schoolgaande kinderen en jongeren zijn een kwetsbare groep en zij kunnen door problemen thuis, op school of in relaties een verhoogd risico lopen op het krijgen van depressieve klachten of een depressie. In totaal werden 217 interventies gevonden, waarvan 53 unieke interventies. Hieronder worden de gevonden interventies besproken. Deze zijn onderverdeeld in interventies voor kinderen of jongeren in het algemeen, voor scholieren en voor kinderen met problemen thuis (KOPP/KVO of huiselijk geweld).

Interventies voor kinderen/jongeren in het algemeen

Voor kinderen en jongeren in het algemeen zijn zeventien unieke interventies gevonden (Tabel 3.2.2). Hiervan betreffen de meeste geïndiceerde preventie ofwel het leren omgaan met en verminderen van depressieve klachten om te voorkomen dat deze uitmonden in een depressie. Ongeveer de helft van de interventies betreft groepsbijeenkomsten en de helft een vorm van e-health. Bij een groot deel van de e-health interventies is er sprake van (anonieme) chatsessies met een hulpverlener.

Tabel 3.2.2: depressiepreventie voor kinderen/jongeren algemeen

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Head up (11/11)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten en één bijeenkomst voor ouders	Thuiszorg - instelling,	Ja, I
Grip op je dip (8/6)	Geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groeps cursus van 10 bijeenkomsten (5) ▪ Online groeps cursus van 8 chatsessies (e-health) ▪ Schriftelijke cursus met 6 telefonische contactmomenten (2) 	GGZ, Thuis	Ja, I
Alles onder controle (e-health)	Geïndiceerd	Online cursus van 5 lessen met na elke les begeleiding door een coach	Thuis	Ja, I
Paardkrachtig (2/2)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus op basis van paardentherapie	Boerderij	Nee

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Pak aan (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 18 bijeenkomsten	JGZ + GGZ	Ja, I
Doepressie (1/1)	Geïndiceerd, zorggericht	Groeps cursus van 15 bijeenkomsten	GGZ	Ja, I
In 5 gesprekken op weg (1/1)	Geïndiceerd	5 individuele gesprekken	GGZ	Nee
Lekker in je vel? (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 8 bijeenkomst en een ouderbijeenkomst	GGZ	Nee
Mindfulness (2/2)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 8-10 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Depri-en-dan (e-health)	Geïndiceerd	Website met psycho-educatie, zelftest, lotgenoten-contact en chatsessies met een hulpverlener	Thuis	Nee
Klikvoorhulp.nl (e-health)	Selectief, geïndiceerd	Website met psycho-educatie, chatsessies of e-mail met hulpverlener en forum	Thuis	Nee
Mindmasters (e-health)	Selectief, geïndiceerd	Website met zelftest en advies op maat, chatsessies of e-mail met hulpverlener	Thuis	Nee
Moodgym (e-health)	Geïndiceerd	Online cursus van 5 modules met oefeningen	Thuis	Nee
Praten online (e-health)	Geïndiceerd	1-5 chatsessies met een hulpverlener	Thuis	Ja, I
Question-zone.nl (e-health)	Universeel	Vraag en antwoord via chatsessies en e-mail met hulpverlener, linkt door naar website 'Zwaar weer'	Thuis	Nee
Vaker Happy (e-health)	Geïndiceerd	Online groeps cursus van 6 chatsessies met een hulpverlener	Thuis	Nee
Zwaar weer (e-health)	Selectief	Psycho-educatie, zelftest, vraag en antwoord, via chatsessies en e-mail met hulpverlener	Thuis	Nee

Erkenning CGL: I: goed onderbouwd

Voor wat betreft de effectiviteit van de verschillende interventies blijkt dat voor zes interventies het erkenningstraject van het CGL is doorlopen (Tabel 3.2.2). Alle zes interventies zijn beoordeeld als 'goed onderbouwd'. Inmiddels is voor de online chatgroep van 'Grip op je dip' in een RCT door van der Zanden *et al.* (2012) een groot significant effect op de vermindering van depressieve klachten aangetoond in vergelijking met een wachtlijst-controlegroep [19]. Daarnaast zijn voor de adolescenten versie van 'Alles onder controle' in een RCT inmiddels geen effecten aangetoond [20].

Van zes interventies is informatie over het bereik gevonden. Dit staan in Tabel 3.2.3 beschreven. De online groeps cursus 'Grip op je dip' biedt bijvoorbeeld jaarlijks 250 deelnemers hulp en verwijst honderd jongeren door

naar reguliere hulpverlening. Van de cursus 'Head up' is van vijf aanbieders bekend wat de bereikgegevens waren in 2011. In totaal is de cursus tien keer aangeboden en hebben 74 kinderen/jongeren meegedaan.

Tabel 3.2.3: bereik depressiepreventie voor kinderen en jongeren in het algemeen

Interventies (aantal aanbieders/ aantal keer uitgevoerd)	Jaar	Aantal deelnemers	Referentie
Head up (5/10)	2011	74	Dijkstra, 2012 [21]
Lekker in je vel? (1/2)	2011	14	Dijkstra, 2012
Praten online (e-health)	Niet gegeven	450-500 (jaarlijks)	Riper, 2013 [20]
Depri-en-dan (e-health)	2011	394	Dijkstra, 2012
Klikvoorhulp.nl (e-health)	2012	Unieke bezoekers: 16.000	Riper, 2013
Grip op je dip (online groeps cursus met chatsessies) (e-health)	Niet gegeven	250 (jaarlijks)	Riper, 2013

Interventies voor scholieren

Uit onderzoek van de GGD Amsterdam blijkt dat één op de vijf kinderen uit de tweede klas van het middelbaar onderwijs depressieve symptomen vertoont en 5,3% suïcidale gedachten heeft gehad.

In totaal zijn zeventien unieke interventies specifiek gericht op scholieren gevonden (Tabel 3.2.4). De helft van de interventies betreft (ook) universele preventie en heeft als doel het vormen van een positief zelfbeeld of het bespreekbaar maken van psychische problemen of beide. Deze interventies worden klassikaal aangeboden in de vorm van lessen of een theatervoorstelling. Alle gevonden interventies richten zich op het vergroten van de mentale weerbaarheid en sociale vaardigheden van de scholieren. Bijna de helft van de interventies behandelt hierbij (ook) het onderwerp pesten.

Tabel 3.2.4: depressiepreventie voor scholieren

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Plezier op school (23/19)	Selectief	Tweedaagse groeps cursus en een ouderbijeenkomst	Overgang basis- naar middelbare school	Ja, I
Vrienden (12/9)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten en 4 bijeenkomsten voor ouders	Basis- of middelbare school	Ja, I
Haal meer uit je leven (5/4)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 4 bijeenkomsten voor studenten	Mbo, hbo, universiteit	Nee

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Een stap op weg (3/3)	Geïndiceerd	Preventieve training, niet nader beschreven	Middelbare school	Nee
Sociale vaardigheidstraining (2/2)	Selectief	Bijeenkomsten met kinderen, ouders en docenten	Basisschool	Nee
Zippy's vrienden (2/2)	Universeel	Zes modules met in totaal 24 lessen verspreid over schooljaar	Basisschool	Ja, I
Preventie van depressie bij jongeren (2/2)	Selectief, geïndiceerd	Signaleringstraject en zo nodig preventieve cursus	Middelbare school	Nee
Laat maar zien wie je bent (asielzoekers) (2/2)	Selectief	Groepscurus van 10 bijeenkomsten	Basisschool	Nee
Ben je gek (1/1)	Universeel	Gastlessen over depressie	Middelbare school	Nee
Get2knowU (1/1)	Universeel	Gastlessen om pesten, eenzaamheid etc. bespreekbaar te maken	Middelbare school	Nee
Grip op je dip (1/1)	Geïndiceerd	Groepscurus van 8 bijeenkomsten speciaal voor ROC-leerlingen	ROC	Nee
Lessen in geluk (1/1)	Universeel	Lesprogramma van 6 lessen	Middelbare school	Nee
Levensvaardigheden (1/1)	Universeel	Lesprogramma van 17 lessen	Middelbare school	Ja, I
No dip, no drugs, safe sex (1/1)	Universeel	Workshops, theatervoorstelling, ouderavond, docentenvoorlichting	Middelbare school	Nee
Theatervoorstelling 'Weerzin' (1/1)	Universeel	Theatervoorstelling	Middelbare school, mbo	Nee
Voorlichting 'Somberheid en depressie' (1/1)	Universeel, selectief	Eenmalige klassikale voorlichting en zo nodig doorverwijzen naar adviesgesprek of cursus	Middelbare school, ROC	Nee
Happyles (e-health)	Universeel, geïndiceerd	Twee klassikaal aangeboden e-learninglessen en zo nodig online groepscurus van 6 chatsessies	Middelbare school, mbo, thuis	Nee

Erkenning CGL: I: goed onderbouwd

Voor wat betreft de effectiviteit van de verschillende interventies blijkt dat voor vier interventies het erkenningstraject van het CGL is doorlopen (Tabel 3.2.4). Alle vier interventies zijn beoordeeld als 'goed onderbouwd'. Voor een vijfde interventie ('Happyles') zijn inmiddels drie pilotonderzoeken uitgevoerd op het vmbo en mbo en deze laten veelbelovende resultaten zien [22]. Alleen voor de interventie 'Grip op je dip' is in de literatuur informatie over het bereik gevonden. Van deze interventie is voor één aanbieder bekend dat de cursus vijf keer is gegeven en dat er totaal 51 scholieren hebben deelgenomen. Verder blijkt uit een interview met een aanbieder van 'Plezier op school' dat in

de regio Brabant Zuidoost ongeveer zeven cursussen per schooljaar worden gegeven met gemiddeld tien kinderen per groep.

Interventies voor kinderen met problemen thuis

In Nederland zijn er op jaarbasis 405.000 mensen met een psychische aandoening en/of verslaving, die kinderen hebben in de leeftijd tot achttien jaar. Deze ouders hebben samen 577.000 kinderen onder de achttien jaar, waarvan 423.000 kinderen twaalf jaar of jonger zijn. Naar schatting lopen deze kinderen een drie tot dertien keer grotere kans om zelf ook psychische problemen of een verslaving te ontwikkelen gedurende hun leven. Ook vragen zij vijf keer vaker hulp bij de GGZ dan kinderen van ouders zonder psychische of verslavingsproblemen [23].

Er zijn twee unieke interventies gevonden voor kinderen in een situatie met huiselijk geweld en zeventien voor KOPP/KVO (Tabel 3.2.5). Bij een deel van de interventies worden ook de ouders betrokken. Verder is een klein aantal van de interventies alleen gericht op de ouders. Alle interventies hebben echter uiteindelijk als doel psychische problemen, zoals depressieve klachten, bij de kinderen te voorkomen. Daarnaast is één interventie gevonden specifiek voor volwassenen met een (onverwerkt) verleden als KOPP/KVO.

Tabel 3.2.5: depressiepreventie voor kinderen met problemen thuis

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
<i>Kinderen huiselijk geweld</i>				
Let op de kleintjes/Knallende ruzie thuis/En nu...ik!, 6-12 jaar (10/9)	Selectief	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten en 4 ouderbijeenkomsten	GGZ	Nee
Moeder-kindcursus, 3-6 jaar (3/3)	Selectief	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten voor moeder en kind	GGZ	Nee
KOPP Doe-praatgroep, 8-12 jaar (24/21)	Selectief	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten en 2 ouderbijeenkomsten	GGZ	Nee
KOPP Jongerengroep, 16-25 jaar (22/19)	Selectief	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten	GGZ	Nee
KOPP Pubergroep, 13-15 jaar (19/18)	Selectief	Groeps cursus van 8-9 bijeenkomsten en 2 ouderbijeenkomsten	GGZ	Nee
Piep zei de muis, 4-8 jaar (6/6)	Selectief	Wijkgebonden kinderclub met 15 bijeenkomsten en ouderbijeenkomsten	GGZ	nee
Moeder-peutergroep, 1-4 jaar (6/4)	Selectief	Groeps cursus van 14 bijeenkomsten met moeder en kind	GGZ	Nee
KOPP volwassenen (4/4)	Selectief	Groeps cursus van 9 bijeenkomsten	GGZ	Nee
KOPP Speel-doegroep, 6-8 jaar (4/2)	Selectief	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten voor ouder en kind	GGZ	Nee

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
KOPP allochtonen (3/3)	Selectief	Groeps cursus van 9 bijeenkomsten	GGZ	Nee
KOPP asielzoekers, 8-12 jaar (3/3)	Selectief	Groeps cursus, niet nader beschreven	GGZ	Nee
Steuntje in de rug, 4-18 jaar (3/3)	Selectief	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten voor ouders	GGZ	Nee
Moeder-kleutergroep, 4-6 jaar (3/1)	Selectief	Niet nader beschreven	GGZ	Nee
Non-verbale kindergroep, 4-12 jaar (asielzoekers) (2/2)	Selectief	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten	Asielzoekers-centrum	Nee
Bureau Basiszorg (1/1)	Selectief, geïndiceerd	Zorgcoördinatie voor gezinnen, toeleiding naar cursusaanbod	GGZ	Nee
Drankjewel.nl (e-health)	Selectief	Website met informatie en advies	Thuis	Nee
KopOpOuders (e-health)	Selectief	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Online groeps cursus van 8 chatsessies voor ouders ▪ Online zelfhulp cursus met 5 modules, optioneel begeleid door hulpverlener via chat, e-mail of face-to-face voor ouders ▪ E-mailservice van max. 8 contacten met een hulpverlener voor vragen en advies voor ouders 	Thuis	Ja, I
Kopstoring (e-health)	Selectief	Online groeps cursus van 8 chatsessies	Thuis	Ja, I
Survivalkid.nl (e-health)	Selectief	Psycho-educatie, zelftest, chatbox met lotgenoten, chatsessies en e-mail met hulpverlener	Thuis	Nee

Erkenning CGL: I: goed onderbouwd

Voor wat betreft de effectiviteit van de verschillende interventies blijkt dat voor twee interventies het erkenningstraject van het CGL is doorlopen (Tabel 3.2.5). Dit zijn 'KopOpOuders' en 'Kopstoring'. Beide interventies zijn beoordeeld als 'goed onderbouwd'; dat wil zeggen dat de doelen, doelgroep(en), aanpak en randvoorwaarden degelijk zijn beschreven. Verder is de werkzaamheid onderbouwd met modellen, theorie of literatuur. Uit een RCT naar de 'Doe-Praat groep' blijkt dat deze interventie effectief is in het verminderen van negatieve cognities bij kinderen, het verhogen van het gebruik van sociale steun in het netwerk en het verhogen van het gevoel sociaal geaccepteerd te worden [24].

Uit de 'fact sheet KOPP/KVO' die uitgebracht is door het Trimbos-instituut blijkt dat GGZ-instellingen met gestandaardiseerde face-to-face interventies voor KOPP/KVO tussen de 2.500 en 5.000 kinderen en ouders per jaar bereiken [23]. Het is niet duidelijk hoe deze gegevens zijn samengesteld. Voor een tiental interventies is voor een aantal aanbieders het specifieke bereik bekend

(Tabel 3.2.6). Van 'Let op de kleintjes/En nu ik' is bijvoorbeeld voor negen aanbieders het bereik bekend. In totaal is deze interventies dertig keer uitgevoerd en werden 261 kinderen bereikt. De website 'Kopstoring' is in totaal door circa duizend mensen bezocht in 2011 en hiervan volgden 31 de cursus die via de website wordt aangeboden. Daarnaast blijkt uit een interview over 'Bureau basiszorg' in de regio Haaglanden dat één fulltime-medewerker van Bureau Basiszorg dertig gezinnen per achttien maanden begeleidt.

Tabel 3.2.6: bereik depressiepreventie voor kinderen met problemen thuis

Interventies (aantal aanbieders/ aantal keer uitgevoerd)	Jaar	Aantal deelnemers	Referentie
<i>Kinderen huiselijk geweld</i>			
Let op de kleintjes/En nu ik (9/30)	2011	261	Dijkstra, 2012
Moeder-kind cursus (3/5)	2011	37	Dijkstra, 2012
<i>KOPP/ KVO</i>			
KOPP Doe-praatgroep (18/49)	2011	397	Dijkstra, 2012
KOPP Pubergroep (14/26)	2011	200	Dijkstra, 2012
KOPP Jongerengroep (9/9)	2011	67	Dijkstra, 2012
Piep zei de muis (5/21)	2011	203	Dijkstra, 2012
KOPP Speel-doegroep (3/11)	2011	94	Dijkstra, 2012
Moeder-peutergroep (2/2)	2011	13	Dijkstra, 2012
Kopstoring (e-health)	2011	Unieke bezoekers: 1.049 Instroom cursus: 31	Dijkstra, 2012
Survalkid.nl (e-health)	2011	Unieke bezoekers: 480 Instroom cursus: 56 Zelftest: 717	Dijkstra, 2012

3.2.3

Mantelzorgers

De Gezondheidsmonitor 2012 laat zien dat ongeveer 1,5 miljoen mensen op jaarbasis langer dan drie maanden mantelzorg verlenen [25]. Mensen die een partner of een familielid hebben met een chronische of psychische ziekte lopen een groter risico om psychische problemen te ontwikkelen waaronder depressie. Dit kan worden veroorzaakt door een (te) zware mantelzorgtaak of doordat men niet weet hoe men met de negatieve gedachten of waanideeën van een naaste om moet gaan. Waar 19% van de mantelzorgers zich ernstig overbelast voelt, geldt dit voor 34% van de mantelzorgers voor mensen met psychische problemen [25, 26].

Interventies

In totaal zijn 102 interventies gevonden voor mantelzorgers, waarvan vijftien unieke. De interventies variëren van een groepscursus tot e-health. Alle interventies hebben tot doel te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt en depressieve of andere psychische klachten ontwikkelt. Veel interventies richten zich op het vergroten van het inzicht in de ziekte en het leren omgaan met de ziekte. Ook wordt informatie en advies gegeven over verschillende vormen van ondersteuning en wordt gewezen op het nemen van tijd en aandacht voor zichzelf. Belangrijke onderdelen van de groepscursussen zijn het delen van ervaringen met elkaar en het oefenen van moeilijke situaties.

Tabel 3.2.7: depressiepreventie voor mantelzorgers

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Psychische problemen in de familie (19/15)	Selectief	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten	GGZ	Ja, I
Omgaan met mensen met een depressie (15/13)	Selectief	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groeps cursus van 10 bijeenkomsten ▪ Schriftelijke cursus met 6 telefonische contactmomenten 	GGZ, thuis	Ja, I
Omgaan met borderline (15/13)	Selectief	Groeps cursus van 8-10 bijeenkomsten	GGZ	Ja, I
Omgaan met schizofrenie (12/11)	Selectief	Groeps cursus van 5-10 bijeenkomsten	GGZ	Ja, I
Psychische problemen in de familie (eenmalige voorlichting) (10/10)	Selectief	Eenmalige voorlichtingsbijeenkomst	GGZ	Nee
Omgaan met dementie (9/9)	Selectief	Groeps cursus van 6 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) (8/8)	Selectief	Eenmalig gesprek met een telefonische follow-up na 2 weken tot 2 maanden	GGZ, thuis, wijk, zorginstelling	Ja, I
Aandacht voor uzelf (4/4)	Selectief	Schriftelijke cursus met telefonische begeleiding	Thuis	Nee
Familiespreekuur (1/1)	Selectief	Telefonische voorlichting en advies	Thuis	Nee
Steunpunt mantelzorgers (1/1)	Selectief	Steunpunt met mantelzorgconsulenten voor info en advies	GGZ, wijk, zorginstelling	Nee
Omgaan met dubbele diagnose (1/1)	Selectief	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Voorlichting geestelijke gezondheid (1/1)	Selectief	Voorlichtingsbijeenkomst	Kerk in wijk	Nee
Dementieonline.nl (voorheen Dementiedebaas, e-health)	Selectief	Online cursus van 5 modules met begeleiding per e-mail	Thuis	Nee
E-mailservice mantelzorgers (e-health)	Selectief	Mogelijkheid vragen stellen via e-mail	Thuis	Nee
Gezond zorgen zelfhulpwebsite (e-health)	Selectief	Online cursus met zelftest en modules die op basis van test worden aangeboden	Thuis	Nee

Erkenning CGL: I: goed onderbouwd

Voor wat betreft de effectiviteit van de verschillende interventies voor mantelzorgers blijkt dat voor vijf interventies het erkenningstraject van het CGL is doorlopen (Tabel 3.2.7). Al deze interventies zijn beoordeeld als 'goed onderbouwd'; dat wil zeggen dat de doelen, doelgroep(en), aanpak en randvoorwaarden degelijk zijn beschreven. Verder is de werkzaamheid onderbouwd met modellen, theorie of literatuur.

Voor zeven interventies zijn bereikgegevens in de literatuur gevonden. Van de interventie 'Omgaan met dementie' is bijvoorbeeld van negen aanbieders het

bereik in 2011 bekend (Tabel 3.2.8). De interventie is in totaal negentien keer uitgevoerd en in totaal hebben 168 mensen deelgenomen. De zelfhulpwebsite 'Gezond zorgen' is in de periode van 14-28 maart 2013 door duizend mensen bezocht.

Tabel 3.2.8: bereik depressiepreventie voor mantelzorgers

Interventies (aantal aanbieders/ aantal keer uitgevoerd)	Jaar	Aantal deelnemers	Referentie
Mantelzorgers			
Omgaan met dementie (9/19)	2011	168	Dijkstra, 2012
Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) (5/265)	2011	306	Dijkstra, 2012
Gezond zorgen zelfhulpwebsite (e-health)	2013	Unieke bezoekers: 1000 ¹	Riper, 2013
Partners/familieleden			
Omgaan met borderline (17/40)	2011	425	Dijkstra, 2012
Psychische problemen in de familie (14/36)	2011	372	Dijkstra, 2012
Omgaan met schizofrenie (7/6)	2011	51	Dijkstra, 2012
Omgaan met mensen met een depressie (6/5)	2011	35	Dijkstra, 2012

¹periode: 14 maart 2013-28 maart 2013

3.2.4

Net bevallen moeders

Vrouwen die zwanger zijn of die net bevallen zijn, kunnen depressieve gevoelens ontwikkelen die kunnen uitmonden in een depressie. Van de 180.000 zwangere vrouwen per jaar krijgt naar schatting één op de zeven vrouwen een post-partumdepressie; dat zijn circa 26.000 vrouwen [27].

Interventies

Voor moeders die tot één jaar geleden een kind hebben gekregen, zijn 21 interventies gevonden, waarvan vier unieke (Tabel 3.2.9). Twee van deze interventies richten zich naast geïndiceerde ook op selectieve preventie en dus ook op moeders die nog geen depressieve klachten hebben, maar die daar wel een groter risico op lopen, bijvoorbeeld omdat ze een medisch begeleide zwangerschap hebben of bij een eerdere zwangerschap depressieve klachten hebben gehad.

Op basis van de individuele gesprekken tijdens het Mamakits-spreekuur wordt bepaald of deze gesprekken voldoende zijn of dat iemand naar de groeps cursus of een andere vorm van begeleiding wordt doorverwezen. De twee andere interventies betreffen individuele trajecten in de thuissituatie waarbij de één huisbezoeken betreft en de andere e-health. Voor alle interventies geldt dat zij moeders informatie en handvatten bieden om negatieve gevoelens rondom de geboorte en het ouderschap te hanteren. De 'Moeder-baby-interventie' richt zich daarnaast heel sterk op de interactie tussen moeder en kind en het voorkomen van hechtingsstoornissen. Hiermee wordt overigens ook beoogd om depressieve klachten op latere leeftijd bij het kind te voorkomen, dus de interventie had ook bij KOPP/KVO ingedeeld kunnen worden.

Tabel 3.2.9: Depressiepreventie voor net bevallen moeders

Interventies (aantal keer aangeboden/ aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Moeder-baby-interventie (15/15)	Geïndiceerd	8-10 huisbezoeken	Thuis	Ja, III
Mamakits (spreekuur) (3/3)	Selectief, geïndiceerd	1-5 individuele gesprekken	GGZ	Nee
Mamakits/Als roze wolven donderen (bijeenkomsten) (2/2)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus van 12 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Hoezo roze wolk (e-health)	Geïndiceerd	Online cursus van maximaal 12 weken met <u>feedback door coach</u>	Thuis	Nee

Erkenning CGL: III: goede aanwijzingen voor effectiviteit

In een RCT is het effect van de 'Moeder-baby-interventie' onderzocht. Er is een significant positief effect gevonden op de moeder-kindinteractie (met name de sensitiviteit van de moeder) en op een veiliger gehechtheid tussen moeder en kind. De interventie heeft daarnaast ook een gunstig effect op de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind [28]. Deze interventie heeft in het CGL-erkenningstraject de beoordeling 'goede aanwijzingen voor effectiviteit' gekregen.

Van acht aanbieders is het bereik van de 'Moeder-baby-interventie' bekend voor 2011. De interventie is 468 keer uitgevoerd en in totaal hebben 696 mensen deelgenomen. Daarnaast blijkt uit een interview met een aanbieder van de 'Mamakits'-interventies in de regio Noord-Holland dat vijftien gesprekken per maand worden gevoerd en dat er jaarlijks zes groeps cursussen worden gegeven met acht tot tien deelnemers per groep.

3.2.5

Huisartspatiënten

Iedereen in Nederland staat ingeschreven bij een huisarts en kan dus beschouwd worden als huisartspatiënt. Bij het bespreken van de interventies richten we ons daarom op interventies voor volwassenen die niet in een van de andere vier in dit rapport besproken hoogrisicogroepen vallen. Omdat er een specifiek aanbod voor ouderen is, bespreken we deze interventies apart. Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven een depressie gehad [3]. Naar schatting krijgt bijna 16% van de ouderen (65+) te maken met een (milde) depressie binnen een periode van drie jaar [25].

Interventies

In totaal zijn 267 interventies gevonden, waarvan 67 unieke. Interventies die zich specifiek richten op ouderen staan in Tabel 3.2.12 beschreven en de overige interventies voor volwassenen in het algemeen in Tabel 3.2.10.

Interventies voor volwassenen

Voor volwassenen zijn in totaal 42 unieke interventies gevonden. Meer dan de helft van de interventies betreft geïndiceerde preventie en is gericht op mensen die al depressieve klachten hebben. De groeps cursus 'In de put, uit de put' wordt het meest aangeboden en kent drie verschillende varianten. Vijftien interventies betreffen een vorm van e-health. Deze interventies variëren van een online zelfhulp cursus tot een applicatie om de stemming te monitoren. Vijf interventies bestaan uit een cursus met een beweegprogramma.

Tabel 3.2.10: depressiepreventie voor volwassenen in het algemeen

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
In de put, uit de put (32/24)	Geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groeps cursus van 12 bijeenkomsten (19/18) ▪ Groeps cursus van 6 bijeenkomsten (verkorte versie (10/9) ▪ Schriftelijke cursus met 6 telefonische contactmomenten (3/3) 	GGZ, thuis	Ja, IV
Mindfulness (26/23)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten met dagelijkse oefeningen voor thuis	GGZ, thuis	Nee
Zelf aan de slag (17/15)	Geïndiceerd	Schriftelijke cursus met begeleiding per telefoon of e-mail	Thuis	Nee
Voluit leven (bijeenkomsten) (17/13)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 9 bijeenkomsten	GGZ	Ja, I
Stoppen met piekeren/Niet piekeren (12/11)	Selectief	Groeps cursus van 6 bijeenkomsten	GGZ	Ja, I
Anders leren denken (12/10)	Geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groeps cursus van 6 bijeenkomsten (11/10) ▪ Schriftelijke cursus met telefonische contactmomenten (1/1) 	GGZ, thuis	Nee
Runningtherapie (10/9)	Geïndiceerd	Groepsgewijze hardlooptherapie gedurende 3 maanden	GGZ, sport-organisatie	Nee
Minder piekeren (4/4)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 5 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Beter in je vel (3/3)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 8 bijeenkomsten	Thuiszorg	Nee
Bewegen zonder zorgen (3/3)	Geïndiceerd	Groeps cursus met beweegprogramma van 8 bijeenkomsten voor vrouwen met een laag inkomen	Wijk	Nee
Piekeren en ontspanning (3/3)	Geïndiceerd	Groeps cursus, niet nader beschreven	Wijk	Nee
Somber of gespannen (3/3)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 3 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Voluit leven (eenmalige bijeenkomst) (3/3)	Geïndiceerd	Eenmalige voorlichtingsbijeenkomst	GGZ	Nee
Doorbraakprogramma Depressie (2/2)	Geïndiceerd, zorggericht	Individuele begeleiding door POH GGZ	Eerstelijns-zorg: huisartsen-praktijk	Nee
Voorlichting geestelijk gezondheid (2/2)	Universeel, selectief	Voorlichtingsbijeenkomst over psychische problemen	Wijk	Nee
Alles onder controle (2/2)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 4 bijeenkomsten en een werkboek voor thuis	GGZ	Nee

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Beweeg je leven (1/1)	Geïndiceerd	Stepped care programma met contact met POH-GGZ, AMW of psycholoog	Eerstelijns-zorg	Nee
Bewust ontspannen (1/1)	Universeel, selectief	Groeps cursus van 4 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Fietsgroep (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus met beweegprogramma van 8 bijeenkomsten	Wijk	Nee
Informatiecentrum Geestelijke Gezondheid (1/1)	Universeel	Laagdrempelig informatiecentrum waar vragen gesteld kunnen worden aan professionals of ervaringsdeskundigen	GGZ	Nee
Je dip te lijf (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Langer leuker leven (1/1)	Universeel, selectief	Workshop om een plan te maken om minder te piekeren/ meer te bewegen	GGZ	Nee
Leefstijlcoach (1/1)	Geïndiceerd	Met een coach wordt een plan gemaakt om psychische problemen aan te pakken d.m.v. een gezonde en actieve leefstijl	GGZ	Nee
Nationale depressietest (1)	Universeel	Telefonische zelftest gevolgd door advies	Thuis	Nee
Programma Depressiepreventie Noord Veluwe (1/1)	Selectief, geïndiceerd	Programma gericht op opsporen en begeleiden van mensen met (hoog risico op) depressieve klachten	GGZ	Nee
Uit de put, in beweging (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus met beweegprogramma van 14 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Wandelpraatgroep (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus met beweegprogramma van 7 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Alles onder controle (e-health)	Geïndiceerd	Online cursus van 5 lessen met na elke les begeleiding door een coach	Thuis	Ja, I
Beating the blues (e-health)	Geïndiceerd	Online zelfhulp cursus met 8 modules en 3 motiverende gesprekken met hulpverlener	Thuis	Nee
Beter gestemd (e-health)	Geïndiceerd	Online cursus met 4 keuzemodules	Thuis	Nee
Depressief.nl (e-health)	Universeel	Website met psycho-educatie, zelftest en forum met deskundigen en lotgenoten	Thuis	Nee

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Depressie zelftest (e-health)	Universeel	Website met zelftest gevolgd door advies	Thuis	Nee
Dipdoc.nl (e-health)	Geïndiceerd	Luisterend oor en advies per e-mail, zo nodig doorverwijzing	Thuis	Nee
E-mailservice mensen met psychische klachten (e-health)	Geïndiceerd	6 tot 8 e-mail-contacten voor probleemverheldering, psycho-educatie, adviezen en eventueel doorverwijzing	Thuis	Nee
Kleur je leven (e-health)	Geïndiceerd	Online cursus van 8 lessen	Thuis	Ja, IV
Klikvoorhulp.nl (e-health)	Selectief, geïndiceerd	Website met psycho-educatie, chatsessies of e-mail met hulpverlener en forum	Thuis	Nee
Mentaal vitaal (e-health)	Universeel	Publieksportal rondom het thema psychische gezondheid	Thuis	Nee
Minddistrict (e-health)	Geïndiceerd	Website met informatie, interventies en tools	Thuis	Nee
Moodlifter (e-health)	Selectief	Online cursus van 5 sessies	Thuis	Nee
Psychischegezondheid.nl/depressiecentrum (e-health)	Universeel, geïndiceerd	Website met psycho-educatie en zelftest	Thuis	Nee
Psyfit.nl (e-health)	Universeel	Online cursus met modules op basis van zelftests en forum	Thuis	Ja, III
Therappi App (e-health)	Geïndiceerd	App met dagelijkse en wekelijkse stemmingsmeter	Thuis	Nee

Erkenning CGL: I: goed onderbouwd, II: eerste aanwijzingen voor effectiviteit, III: goede aanwijzingen voor effectiviteit en IV: sterke aanwijzingen voor effectiviteit

Voor zes interventies is het erkenningstraject van het CGL doorlopen (Tabel 3.2.10). De interventies 'In de put, uit de put' en 'Kleur je leven' krijgen de hoogste beoordeling, namelijk 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit'. De gezondheidswinst van de groepscursus 'In de put, uit de put' voor volwassenen is 830 DALY's per jaar [29]. Bij de interventie 'Psyfit' zijn er 'goede aanwijzingen voor effectiviteit'. Voor de overige drie interventies geldt dat zij 'goed onderbouwd' zijn. Verder is voor 'Beating the blues' in het buitenland met RCT's aangetoond dat deze interventie effectief is [20].

Voor elf interventies zijn gegevens over bereik gevonden in de literatuur. Voor de interventie 'In de put, uit de put' is bijvoorbeeld het bereik van negen aanbieders in 2011 bekend (Tabel 3.2.11). De interventie is 33 keer uitgevoerd en in totaal hebben 276 mensen deelgenomen. De website 'Psyfit' is in de periode mei-december 2011 door 25.966 mensen bezocht en hiervan volgden 99 mensen de cursus via de website.

Tabel 3.2.11: bereik depressiepreventie voor volwassenen

Interventies (aantal aanbieders/aantal keer uitgevoerd)	Jaar	Aantal deelnemers	Referentie
Mindfulness (16/76)	2011	1921	Dijkstra, 2012
Voluit leven (13/68)	2011	642	Dijkstra, 2012
In de put, uit de put (9/33)	2011	276	Dijkstra, 2012
Anders leren denken (4/19)	2011	189	Dijkstra, 2012
Stoppen met piekeren (2/14)	2011	108	Dijkstra, 2012
Alles onder controle (e-health)	2011	100	Dijkstra, 2012
Dipdoc.nl (e-health)	2011	36	Riper, 2013
Mentaal vitaal (e-health)	2012	Unieke bezoekers: 130.000	Riper, 2013
Psychischegezondheid.nl/ depressiecentrum (e-health)	Niet gegeven	Unieke bezoekers: 620.000 (jaarlijks)	Riper, 2013
Psyfit ¹ (e-health)	2011	Unieke bezoekers: 25.966 Instroom cursus: 99	Dijkstra, 2012
Klikvoorhulp.nl (e-health)	2012	Unieke bezoekers: 16.000	Riper, 2013

¹ Periode: 1 mei 2011 – 31 december 2011

Interventies voor ouderen

In totaal zijn 25 unieke interventies gericht op 55-plussers gevonden (Tabel 3.2.12). De meeste interventies betreffen een vorm van selectieve preventie en richten zich op het omgaan met de gevolgen van het ouder worden, zoals lichamelijke beperkingen en verlieservaringen, om te voorkomen dat mensen depressieve klachten ontwikkelen. Vijf interventies bestaan uit een cursus met een beweegprogramma. Drie interventies richten zich specifiek op ouderen die in een verzorgingshuis (gaan) wonen. Eén interventie betreft e-health.

Tabel 3.2.12: depressiepreventie voor ouderen (55+)

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Kunst van het ouder worden (14/14)	Universeel, selectief	Voorlichtingsfilm over het vinden van balans na verlieservaringen	GGZ	Nee
Op zoek naar zin (14/10)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Grip en glans (11/11)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus van 6 bijeenkomsten	Welzijnsinstelling	Nee
In de put, uit de put 55+ (7/7)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 10 bijeenkomsten	GGZ	Ja, IV
Verhalen die we leven/verhaal van je leven (7/5)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus van 7 bijeenkomsten	GGZ, wijk	Nee
Op verhaal komen (5/5)	Geïndiceerd	Groeps cursus van 7 bijeenkomsten	GGZ, wijk	Ja, III
Consultatiebureau voor ouderen (3/3)	Selectief	Spreekuur of huisbezoek om lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden in kaart te brengen	Eerste-lijnszorg thuis	Nee
Integrale aanpak depressiepreventie ouderen/ Veerkracht (3/3)	Selectief, geïndiceerd	Programma gericht op opsporen en begeleiden van ouderen met (hoog risico op) depressieve klachten	Wijk	Nee
Nieuwe bewoners in het verzorgingstehuis (3/3)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus om de overgang naar het verzorgingshuis te vergemakkelijken	Zorginstelling	Nee
Workshop preventie psychische klachten (2/1)	Universeel	Workshops met informatie en oefeningen	GGZ	Nee
Bewegen voelt goed (1/1)	Selectief	Groeps cursus met beweegprogramma	Wijk	Nee
Delfgoud (1/1)	Selectief	Beweeglessen gevolgd door gesprekken over lichamelijke en psychische gezondheid in achterstandswijken	Wijk	Nee
Fit door het leven (1/1)	Universeel	Groeps cursus met beweegprogramma van 5 bijeenkomsten	Sportorganisatie	Nee
Geluk moet je pakken (1/1)	Selectief, geïndiceerd	Programma gericht op opsporen en begeleiden van ouderen met (hoog risico op) depressieve klachten	Wijk	Nee
Gezondheid in balans (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus met beweegprogramma	GGZ	Nee
Gezondheidscheck (1/1)	Selectief	Gezondheidscheck met accent op zelfredzaamheid en welbevinden	Thuiszorg	Nee

Interventies (aantal keer aangeboden/aantal GGD-regio's waarin aangeboden)	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Erkenning CGL
Grosso (1/1)	Geïndiceerd	Groeps cursus met beweegprogramma en training van sociale vaardigheden, weerbaarheid en omgaan met somberheid, en gezondheidsvoorlichting in achterstandswijken	Wijk	Nee
Hoe blijf ik mijzelf (1/1)	Selectief	Groeps cursus van 4-6 bijeenkomsten voor ouderen in een verzorgingshuis	Zorginstelling	Nee
Levenslust (1/1)	Selectief, geïndiceerd	Programma gericht op opsporen en begeleiden van ouderen met (hoog risico op) depressieve klachten	Eerste lijnszorg	Nee
Positief denken voor ouderen (1/1)	Selectief	Groeps cursus van 4 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Preventie van depressie en angst bij autochtone bewoners (1/1)	Universeel, selectief	Voorlichting over psychische problemen en aanbod op gebied van preventie en behandeling	Wijk	Nee
Psychische problemen bij verzorgingshuisbewoners (1/1)	Selectief	Scholen van verzorgenden op het gebied van omgaan van psychische problemen bij bewoners en het screenen van bewoners op depressie	Zorginstelling	Nee
Succesvol ouder worden (1/1)	Selectief	Themabijeenkomst met interactieve werkvormen over stemming en gezondheid	GGZ	Nee
Voel je goed (1/1)	Selectief, geïndiceerd	Groeps cursus van 4 bijeenkomsten	GGZ	Nee
Kleur je leven (e-health)	Geïndiceerd	Online cursus van 8 lessen	Thuis	Ja, IV

Erkenning CGL: I: goed onderbouwd, II: eerste aanwijzingen voor effectiviteit, III: goede aanwijzingen voor effectiviteit en IV: sterke aanwijzingen voor effectiviteit

Voor drie interventies is het erkenningstraject van het CGL doorlopen (Tabel 3.2.12). De interventies 'In de put, uit de put' en 'Kleur je leven' krijgen de hoogste beoordeling, namelijk 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit'. De gezondheidswinst van de groeps cursus 'In de put, uit de put' voor ouderen is 70 DALY's per jaar [29]. Bij de interventie 'Op verhaal komen' zijn er 'goede aanwijzingen voor effectiviteit'. Verder blijkt uit een studie dat een vierde interventie, namelijk 'Op verhaal komen', effectief is in het verminderen van psychische klachten tot negen maanden na de cursus [25].

Voor vijf interventies zijn bereikgegevens gevonden (Tabel 3.2.13). Zo kent de e-health-interventie 'Kleur je leven' in 2011 bijna 40.000 uniek bezoekers en stroomden meer dan zevenhonderd mensen de cursus in. Voor de interventie 'Op zoek naar zin' is van vijf aanbieders het bereik bekend. Zij boden de cursus samen negen keer aan en in totaal namen 54 mensen deel.

Tabel 3.2.13: bereik depressiepreventie voor ouderen (55+)

Interventies (aantal aanbieders/aantal keer uitgevoerd)	Jaar	Aantal deelnemers	Referentie
Op zoek naar zin (5/9)	2011	54	Dijkstra, 2012
Verhalen die we leven (5/7)	2011	45	Dijkstra, 2012
In de put, uit de put 55+ (3/6)	2011	38	Dijkstra, 2012
Het verhaal van je leven (2/5)	2011	22	Dijkstra, 2012
Kleur je leven (e-health)	2011	Unieke bezoekers: 39.444 ¹ Instroom cursus: 739	Dijkstra, 2012

1 Periode: 1 mei 2011–31 december 2011

Depressiepreventie in de huisartsenpraktijk

Omdat de gevonden interventies voor huisartspatiënten voor het overgrote deel buiten de setting van de huisartsenpraktijk plaats lijken te vinden zijn additionele interviews uitgevoerd. Dit is gedaan om een idee te krijgen van wat er binnen de huisartsenpraktijk aan depressiepreventie gedaan wordt. Hieronder wordt beschreven wat er uit de interviews met vier POH's-GGZ en een kaderhuisarts GGZ naar voren kwam.

Taakverdeling huisarts en POH-GGZ

In de huisartsenpraktijk is er op het gebied van depressiepreventie een taakverdeling tussen huisarts en POH-GGZ. De huisarts hoort het verhaal aan van de patiënt. Als de huisarts depressieve klachten vermoedt, verwijzen sommige huisartsen meteen door naar de POH-GGZ, die dan vervolgens gaat screenen. Andere huisartsen voeren eerst zelf een screening uit om de ernst van de klachten te bepalen en verwijzen daarna door. Bij milde tot matige depressieve klachten wordt doorverwezen naar de POH-GGZ en bij ernstige depressie en suïcidaliteit meteen naar de tweede lijn.

Op de vraag of huisartsen ook zelf interventies aanbieden op het gebied van depressiepreventie werd door de geïnterviewde POH's geantwoord dat de huisartsen zelf niet veel doen op het gebied van depressiepreventie. De taak van de huisarts bestaat uit het signaleren en eventueel screenen, doorverwijzen naar POH-GGZ of tweede lijn en het voorschrijven van medicatie. Een van de geïnterviewde POH's-GGZ gaf aan dat de huisarts ook psycho-educatie geeft in de vorm van het meegeven van een patiëntenbrief (met informatie per ziektebeeld) aan de patiënt. De geïnterviewde kaderhuisarts GGZ biedt als enige zelf interventies aan, namelijk psycho-educatie (zorgen dat je lichaamsbeweging hebt, zorgen dat je goed eet, dat je zinvolle sociale contacten onderhoudt), activering (runningtherapie), het nagaan van onderliggende problemen en daar eventueel ook de weg in wijzen en lichttherapie.

Aanbod van interventies door POH-GGZ

De geïnterviewde POH's-GGZ hebben geen standaardlijstje met interventies voor depressiepreventie. Een van de geïnterviewden merkt hierbij op dat depressiepreventie in de praktijk niet duidelijk te benoemen is, omdat er ook mensen zijn met klachten als burn-out en overspannenheid die depressieve klachten kunnen hebben. De geïnterviewde POH's-GGZ geven aan vooral maatwerk te leveren dat afgestemd wordt op de individuele patiënt en dat meerdere elementen kan bevatten. De interventies die het meest genoemd worden, zijn de ondersteunende gesprekken met daarin elementen als: probleemanalyse (waar komen klachten vandaan), psycho-educatie en advisering over leefstijl en zelfzorg, in beweging komen (wandelen of hardlopen), evenwicht zoeken in inspanning-ontspanning en dagstructurering.

Het doel van de interventies is door bewustwording en adviezen de depressieve klachten te verminderen. Indien nodig verwijst de POH-GGZ door naar een GGZ-instelling voor een aanvullende cursus (zoals Mindfulness, een beweeginterventie als BigMove, een assertiviteitstraining of een groepstraining omgaan met depressieve klachten). Ook wordt soms doorverwezen naar andere professionals, zoals maatschappelijk werk of een psychosomatisch fysiotherapeut. E-health-interventies worden door de POH-GGZ niet standaard ingezet. Hier zijn ze naar eigen zeggen nog niet zo bekend mee.

Doelgroepen voor interventies in huisartsenpraktijk

Op de vraag aan wie de POH-GGZ zijn/haar interventies voor depressiepreventie aanbiedt, verschillen de antwoorden van de POH's-GGZ. Allemaal noemen ze de volwassenen als doelgroep. Drie van hen noemen daarnaast ook jongeren/jongvolwassenen als doelgroep en twee noemen ouderen als doelgroep. Het gaat hierbij vooral om mensen met lichte tot matige depressieve klachten (dit kunnen ook mensen met overspannenheid en burn-outverschijnselen zijn). Twee POH's-GGZ geven aan dat ze ook mensen begeleiden die een depressie hebben doorgemaakt en uitbehandeld zijn in de tweede lijn. Doel is in dit geval het voorkomen van een nieuwe depressie (en suïcidaliteit).

Doorverwijzing door POH-GGZ naar GGZ

De mate van doorverwijzing en terugkoppeling met de tweede lijn verschilt per POH-GGZ. Dit hangt onder andere samen met de achtergrond van de POH-GGZ (zelf wel/niet werkzaam [geweest] in tweede lijn) en de mate van bekendheid met de zorgverleners in de tweede lijn. Een van de geïnterviewden geeft aan het als een groot voordeel te zien dat alle POH's-GGZ in de betreffende regio ook deels werkzaam zijn in de tweede lijn, omdat ze dan niet hoeven te netwerken met de tweede lijn (de mensen in de tweede lijn zijn immers directe collega's) en dus goed weten naar wie ze kunnen doorverwijzen. Een andere geïnterviewde POH-GGZ geeft juist aan slechte ervaringen te hebben met doorverwijzing naar de tweede lijn ('Het is een black box'). Er vindt geen terugkoppeling plaats en mensen kunnen niet meteen terecht maar worden op een wachtlijst geplaatst. Deze POH-GGZ, die zelf uit de preventiehoek komt, biedt daarom liever zelf mini-interventies als 'In de put-uit de put' aan. 'Dat werkt goed.'

3.3 Interessante initiatieven

Hieronder wordt per doelgroep een interventie besproken die interessant lijkt te zijn wat betreft aanpak, type preventie, bereik of resultaat en die wellicht door anderen ook aangeboden kan gaan worden. Over deze interventies zijn

interviews gehouden met een aanbieder van de betreffende interventie (met uitzondering van GROSSO).

Chronisch zieken

De interventie 'Leren leven met een chronische ziekte', die door het Trimbos-instituut samen met zorgaanbieders is ontwikkeld, heeft als doel om mensen te leren omgaan met de gevolgen van het hebben van een chronische ziekte en wordt ongeveer al vijf jaar gegeven in de Hanzestreek. De focus ligt hierbij op wat men nog wel kan en acceptatie van wat men niet meer kan. Het is een groeps cursus van tien bijeenkomsten met zes tot acht deelnemers. Belangrijk onderdeel van de interventie is lotgenotencontact. Daarnaast is door de cursusleiders het onderdeel 'mindfulness' toegevoegd aan de basis cursus.

Mensen worden aangemeld via revalidatiecentra, huisartsenpraktijken, AMW of eerstelijnspsychologen of melden zichzelf aan via internet. Om de cursus onder de aandacht te brengen wordt een persbericht in de regionale kranten geplaatst. Ook wordt soms een uitgebreider artikel met bijvoorbeeld een interview met een cursusleider of een deelnemer in de krant geplaatst. Daarnaast wordt aan hulpverleners en welzijnsorganisaties een bericht gestuurd voordat de cursus weer begint.

De cursus wordt gegeven vanuit een preventieafdeling van de GGZ in de regio Deventer en omstreken. Er worden doorgaans twee cursussen per jaar gegeven. In 2013 is nog maar één cursus gegeven, omdat er nog niet voldoende animo was voor een tweede cursus. Tijdens de cursus vallen soms nog mensen af vanwege lichamelijke klachten of omdat zij geen aansluiting bij de groep vinden. De cursus wordt nu nog betaald door de zorgverzekeraar. Het is nog niet duidelijk of en in welke vorm de cursus in 2014 wordt voortgezet. Eventueel wordt gekozen voor een e-healthversie van de cursus.

Scholieren

'Plezier op School' is een zomercursus voor aanstaande brugklassers die op de basisschool problemen hadden in de omgang met leeftijdgenoten. De cursus heeft als doel de sociale competentie van aanstaande brugklassers te vergroten, zodat zij een goede start kunnen maken in het voortgezet onderwijs en het risico op herhaling van pesten en sociale omgangsproblemen afneemt ([Plezier op school](#)). Het betreft een tweedaagse cursus waarin een groep van gemiddeld tien kinderen training krijgt in onder andere sociale vaardigheden, positief denken en ontspanning. Na de eerste schoolweek is er nog telefonisch contact om te kijken hoe het ging. Ook is er een terugkomdag om verworven vaardigheden nog eens te oefenen. Uiteindelijk stromen acht tot negen van de tien kinderen goed in. Momenteel loopt er een RCT aan de Universiteit Utrecht naar de interventie.

Kinderen worden op meerdere manieren geworven. Er wordt voorlichting aan basisscholen gegeven over de cursus en er worden folders en aanmeldingsformulieren achtergelaten. Verder is er een informatieavond voor ouders en leerkrachten, verwijst de JGZ door naar de cursus en wordt er geadverteerd in plaatselijke krantjes. Na aanmelding vindt een intakegesprek met ouder en kind plaats om te bepalen of de cursus geschikt is voor het kind. Bij onderliggende problematiek zoals ADHD wordt het kind doorverwezen.

In de regio Brabant Zuidoost wordt door een deel van de 31 gemeenten, waaronder Helmond en Eindhoven, deze cursus ingekocht. De cursus wordt al tien jaar in Helmond gegeven. De GGD coördineert de cursus en werkt samen

met de verschillende afdelingen van de GGZ, het AMW en de OCGH Advies (ondersteuningsdienst voor scholen). In totaal worden in de regio zeven cursussen per jaar gehouden. De cursus kost zo'n 700 euro per kind met een eigen bijdrage van 45 euro.

KOPP/KVO

'Bureau Basiszorg' in de regio Haaglanden bestaat meer dan tien jaar en coördineert zorg voor gezinnen waarbij de ouder psychiatrische of verslavingsproblemen heeft. Het bureau is opgezet om het gat tussen psychiatrie en gezin te dichten. Een zorgcoördinator bepaalt in samenspraak met het gezin welke interventies er nodig zijn om de ouder weer de regie te geven en de kinderen een zo'n goed mogelijke basis te geven. Er wordt doorverwezen naar verschillende KOPP/KVO-cursussen voor zowel ouder als kind, zoals de cursus 'KopOpOuders' en de KOPP/KVO Puber- en Jongerengroep. De groepen voor kinderen/jongeren worden door 'de Jutters', Centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden, aangeboden.

Medewerkers van de GGZ worden geïnformeerd over het bestaan van Bureau Basiszorg, de zorgcoördinatoren en de verschillende KOPP/KVO-cursussen. Gezinnen moeten voor Bureau Basiszorg aangemeld worden door de behandelaars van de ouder(s). De behandelaar die de aanmelding doet, is vervolgens verplicht mee te werken aan het traject. Omdat bij de ouder(s) vaak schroom is om mee te doen met een cursus worden ook laagdrempelige workshops voor ouders gegeven om ze te motiveren aan een cursus deel te nemen.

Tot 2011 werd de interventie door de GGD aangeboden, maar de gemeente is gestopt met de financiering; daarom is de interventie overgegaan naar de GGZ. Eén zorgcoördinator begeleidt dertig gezinnen per achttien maanden en ziet elk gezin één keer per zes tot acht weken. De vraag is groter dan het aanbod, omdat maar een beperkt aantal mensen zorgcoördinator is. Er is hierdoor een wachtlijst van een half jaar. Momenteel loopt er onderzoek naar de effecten van Bureau Basiszorg.

Mantelzorgers

De interventie 'Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers' (POM), die mede door het Trimbos-instituut is ontwikkeld, heeft als doel om in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren of er sprake is van overbelasting en of er behoefte is aan ondersteuning. De interventie bestaat in principe uit één gesprek. Als dat niet voldoende is, volgt een tweede gesprek. Na twee weken wordt de mantelzorger gebeld om te vragen hoe hij of zij het gesprek ervaren heeft. Daarna wordt elke half jaar naar de situatie van de mantelzorger gevraagd.

De interventie loopt in een groot deel van Twente en is ontstaan vanuit de GGZ, maar wordt nu ook in de reguliere zorg ingezet. Mantelzorgers worden vooral via ouderenadviseurs gewezen op POM en eventueel aangemeld. Dit verdient ook de voorkeur, omdat mantelzorgers dan zo vroeg mogelijk worden opgespoord en niet pas als de thuiszorg is ingeschakeld. Door de inzet van allochtone ouderenadviseurs worden ook allochtone mantelzorgers bereikt. Voor deze groep is het leren van de weg in 'zorgland' een belangrijk onderdeel van het gesprek.

In de praktijk blijkt het lastig om de doelgroep te bereiken, vooral omdat mantelzorgers die net begonnen zijn met de zorg voor een naaste nog geen problemen ervaren wat betreft overbelasting. Voor de groep allochtonen geldt

dat niet in de hele regio allochtone ouderenadviseurs aanwezig zijn. In 2012 zijn in totaal 45 POM-gesprekken met allochtonen gevoerd. De interventie is gratis voor de deelnemers en is jarenlang in het kader van een ZonMW-project gefinancierd. In 2013 werd de interventie uit eigen middelen betaald en in 2014 wordt deze uit een innovatiebudget betaald. De intentie is om POM voort te zetten, maar het hangt af van de financiering in de toekomst of dat ook gaat gebeuren.

Net bevallen moeders

'Mamakits' bestaat sinds 2008 en betreft twee verschillende interventies: een spreekuur en een cursus. Het spreekuur bestaat uit één tot vijf gesprekken met een (aanstaande) moeder. Op basis van deze gesprekken wordt bepaald of gesprekken afdoende zijn of dat de moeder geschikt is voor de groepscursus of dat een andere vorm van hulp nodig is. De groepscursus staat ook bekend onder de naam 'Als roze wolken donderen' en bestaat uit twaalf bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst.

De interventies zijn ontstaan vanuit de behoefte meer preventief op te treden (selectieve preventie). Vaak kwamen moeders pas in beeld als ze al depressieve klachten of een depressie hadden en hun kind al 10-12 maanden was. Nu komen moeders al in beeld als ze nog zwanger zijn of als ze net bevallen zijn en bijvoorbeeld stressklachten hebben of een medisch gecompliceerde zwangerschap. Deze moeders worden doorverwezen via verloskundigen, kraamzorg, gynaecologen, neonatologen, huisartsen of het consultatiebureau. Ook worden ze doorverwezen via de POP-poli, een polikliniek voor psychiatrie, obstetrie en pediatrie. Aan verloskundigen, consultatiebureau medewerkers en kraamverzorgenden worden door medewerkers van Mamakits cursussen gegeven om signalen bij vrouwen die een verhoogd risico lopen op een post-partumdepressie te herkennen.

In Amsterdam wordt drie tot vier keer per jaar een groepscursus gegeven en in Haarlem twee keer. In Haarlem worden zo'n vijftien individuele gesprekken per maand gevoerd. Als een vrouw niet genoeg heeft aan vijf gesprekken, krijgt ze langdurige begeleiding via de polikliniek. Een eigen evaluatie door middel van het afnemen van een vragenlijst voor en na de cursus laat zien dat vrouwen minder psychische klachten hebben.

Huisartspatiënten

GROSSO is een programma in een aantal achterstandswijken van Utrecht, gericht op ouderen (65+). Doel van het programma is het bevorderen van een gezonde leefstijl, het versterken van het welzijn en de maatschappelijke participatie van bewoners met een lage sociaaleconomische status. GROSSO staat voor Geïntegreerde Revitaliserende Ondersteuningsaanpak voor Sociale en gezondheid Stimulering van Ouderen met een lage SES. Ouderen kunnen deelnemen aan een wekelijks beweegprogramma gecombineerd met een sociale vaardigheidstraining om sociale contacten te leggen en te onderhouden, een weerbaarheidstraining om te leren omgaan met angst, een training om te leren omgaan met somberheidsklachten en een aantal voorlichtingsbijeenkomsten over gezondheid. Alle programmaonderdelen zijn op elkaar afgestemd en geïntegreerd, zodat ze elkaar versterken. Dit houdt in dat er wekelijkse beweglessen worden aangeboden met daaraan gekoppeld tweewekelijkse voorlichtingsbijeenkomsten en trainingen [30].

GROSSO is ontwikkeld en uitgevoerd in de periode 2009-2013 door GG&GD Utrecht, de welzijnsinstellingen Portes, AxionContinu en Doenja, Indigo,

Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen en Sportservice Midden-Nederland. Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NSIB) was betrokken bij de ontwikkeling van het project. De GG&GD Utrecht was opdrachtgever en de hoofdfinancier van GROSSO en droeg zorg voor de algemene coördinatie van GROSSO. Van de benaderde 3.152 personen hadden er 1.815 interesse. Deze ouderen zijn persoonlijk aan huis bezocht door een GROSSO-medewerker. Bij de huis-aan-huisbezoeken gaven in totaal 225 personen aan dat zij eventueel wilden deelnemen aan GROSSO. Om aan het project mee te kunnen doen dienden de ouderen lichamelijk zich onvoldoende te bewegen, zich eenzaam te voelen of depressieve klachten te hebben. Uiteindelijk voldeden 114 personen aan de inclusiecriteria. In drie jaar tijd zijn 449 bijeenkomsten georganiseerd, waarvan 315 beweeglessen. De training om te leren omgaan met somberheid is een bewerkte versie van 'In de put, uit de put' en 'Lichte dagen, donkere dagen'. Deze training is in elke wijk één keer gegeven. Daarnaast zijn als aanvulling hierop nog een tweetal zelf ontwikkelde modules aangeboden.

Uit de evaluatie op basis van een voor- en nameting blijkt dat GROSSO significante effecten heeft gehad op de bloeddruk, het uithoudingsvermogen, de ervaren sociale steun, de depressieve klachten en de mate waarin mensen aan zichzelf twijfelen bij het leggen van sociale contacten van de deelnemers. Het GROSSO-programma is in juni 2013 afgerond. Op verzoek van de deelnemers wordt het beweegprogramma gecontinueerd voor een bijdrage van 2,50 euro per les. Hoe de andere onderdelen van het programma eventueel gecontinueerd kunnen worden, wordt nog bekeken.

4 Resultaten internationale inventarisatie

4.1 Depressiepreventie in andere westerse landen

Voor de internationale inventarisatie werden drie internationale experts geïnterviewd. Verder leverde de internationale literatuurverkenning elf recente rapportages over beleid op voor de preventie van depressie. Daarnaast werden 32 rapportages over buitenlandse interventies gevonden.

4.1.1 *Internationale experts*

Hieronder worden de belangrijkste resultaten weergegeven van de interviews met internationale experts uit Finland, Duitsland en Nederland.

Positie van eigen land in Europa wat betreft GGZ-beleid

Finland heeft de laatste jaren het belang van thema's over psychische gezondheid benadrukt in de Europese Unie en de WHO. Finland heeft een nationaal actieplan opgesteld ten aanzien psychische gezondheid en middelengebruik voor de periode 2010-2015. Het Finse 'Masto Programme' had als belangrijkste doel de preventie van depressie (en ziekteverzuim door depressie). Dit programma werd uitgevoerd door het Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid tussen 2007 en 2011. In Duitsland staat het onderwerp preventie steeds vaker op de beleidsagenda. Burn-out en het voorkomen van burn-out bij de werkende populatie is een actueel thema in Duitsland. Duitsland heeft verder geen beleid ontwikkeld voor verschillende risicogroepen voor depressie.

Positie van Nederland wat betreft GGZ-beleid

De Nederlandse internationale expert benadrukt de goed georganiseerde GGZ in Nederland ten opzichte van andere Europese landen. Er is een grote diversiteit aan zorgaanbod, ook buiten de zorginstellingen. Een ander sterk punt van Nederland is de beschikbaarheid van richtlijnen voor de behandeling van diverse psychische aandoeningen; in veel andere landen ontbreken deze nog. Alle drie experts noemen Nederland een leidende en progressieve speler in het veld van depressiepreventie. Nederland verricht veel onderzoek naar depressiepreventie. Sommige veelbelovende interventies, waaronder interventies die gebaseerd zijn op e-health, zijn ontwikkeld in Nederland.

Lessen voor Nederlandse beleidsmakers

De expert uit Finland meent dat het succes van het Finse Masto-project wellicht ook interessant is voor Nederland. Het project omvat interventies die het welbevinden op de werkplek vergroten en in een vroeg stadium ondersteuning bieden bij problemen op het werk. Ook draagt het project bij aan een effectieve behandeling van depressie en de terugkeer naar het werk voor patiënten met een depressie. Invloedrijke beleidsmakers en sociale partners in de stuurgroep vergrootten het draagvlak voor het programma. Een belangrijk onderdeel van het project is deskundigheidsbevordering van humanresourcemanagers en bedrijfsartsen. Hoewel dit een succesvol project is, valt depressiepreventie op het werk buiten deze inventarisatie.

Het Nederlandse GGZ-beleid is volgens de Nederlandse expert bottom-up. Initiatieven komen vanuit het veld op gang en dit werkt ook goed. Het zou van grote waarde zijn als dit gecompleteerd zou worden met een landelijk beleidsdocument waarin doelen voor de komende jaren geformuleerd staan. In Engeland bestaat een dergelijk overkoepelend beleid, dat wellicht als voorbeeld kan dienen voor Nederland. Het document, 'No health without mental health: a

cross-government mental health outcomes strategy for all ages', wordt besproken in de volgende paragraaf.

In Duitsland is de 'Deutsche Bündnis gegen Depression' succesvol gebleken in het terugdringen van het aantal patiënten met depressieve klachten. Ook het aantal suïcides is sterk afgenomen. In ongeveer honderd landen zijn 'Alliances against Depression' opgericht, Duitsland liep hierin voorop. Vanuit het veld van de GGZ, maar ook huisartsen en leerkrachten, was er groot enthousiasme om deel te nemen, waardoor het project op verschillende niveaus uitgevoerd kon worden (zie ook paragraaf 4.1.2. voor de Europese Alliantie).

Voorbeelden van best practices

De expert uit Duitsland noemt hier nogmaals de 'Deutsche Bündnis gegen Depression'. Het project heeft een goede handleiding die dient als basis voor de start van depressiepreventie-interventies. Deze handleiding maakt het mogelijk naar eigen keuze interventies aan te passen aan de eigen regionale situatie en cultuur. Dit werkt heel goed in Duitsland met de verschillende deelstaten. De Nederlandse expert noemt de Scandinavische landen die veel initiatieven voor depressiepreventie hebben ontwikkeld. De expert uit Finland noemt daarnaast enkele Finse voorbeelden:

- 'Effective Families' – ondersteuning voor ouders om overdracht tussen generaties van psychische problemen, waaronder depressie, te voorkomen;
- Verschillende interventies op school voor depressiepreventie: <http://www.mielenterveystaidot.fi/en/>;
- Een cursus voor het bevorderen van een goede geestelijke gezondheid voor Finse inwoners, ontwikkeld door the Finnish Association for Mental Health;
- 'Maestro' -een cursus om stress te reduceren voor veertien- tot achttienjarigen;
- Bevorderen van e-health door zelfhulpprogramma's via internet en mobiele apps, gebaseerd op ACT (acceptance and commitment therapy).

4.1.2 *Internationaal beleid*

Wereldwijd

De WHO heeft het 'Global Mental Health Action Plan 2013-2020' uitgebracht met als missie om sterfte en beperkingen door psychiatrische ziekten terug te dringen ([Global mental health action plan 2013-2020](#)). De WHO stelt dat voor het bevorderen van een goede geestelijke gezondheid en het voorkomen van psychiatrische ziekten, waaronder depressie, de ontwikkeling van landelijk beleid een belangrijke voorwaarde is. In de samenvattende beleidsnotitie van de WHO worden principes voor goed beleid geformuleerd en doelen gesteld voor de periode 2013-2020. Het betreft hier alle vormen van preventie: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie.

Europees

De Europese Unie heeft de eerste resultaten beschreven van de implementatie van het Europese pact voor een goede geestelijke gezondheid beschreven in het rapport: 'Mental Well-being: for a smart, inclusive and sustainable Europe' ([Mental Well-being](#)). Het Europese pact omvat vijf onderwerpen: preventie van suïcide en depressie, een goede geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, op werkplekken, voor ouderen en tot slot het bevorderen van sociale inclusie en het tegengaan van stigma vanwege een psychische aandoening. Enkele aanbevelingen uit het rapport:

- Samenwerking met verschillende sectoren in de samenleving is nodig om depressiepreventie vorm te geven;

- Meer aandacht voor de relatie tussen fysieke gezondheidsproblemen en depressie;
- Preventie van depressie start al op zeer jonge leeftijd, door kinderen weerbaar en sociaal vaardig te maken;
- De economische crisis en sociale determinanten hebben effect op de ontwikkeling van een depressie; meer aandacht is hiervoor noodzakelijk.

Als vervolg op het Europese pact is in 2013 'The EU Joint Action on Mental Health and Well-being' van start gegaan (mentalhealthandwellbeing.eu). Dit nieuwe programma richt zich op een goede geestelijke gezondheid op school en op de werkplek, het voorkomen van depressie en suïcide en het bevorderen van e-health-activiteiten. Vergroten van kennis over best practices en het versterken van internationale samenwerking zijn belangrijk om deze doelen te halen.

PREDI-NU staat voor 'Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU', een samenwerkingsverband van elf Europese lidstaten, gesubsidieerd door de Europese Unie [PREDI NU](#). Dit Europese netwerk wil mensen meer bewustmaken van depressie en zelfmanagement bij depressie vergroten door gebruik te maken van ICT. Het initiatief sluit aan op een ander plan van de Europese Commissie: het 'eHealth Action Plan 2012', dat e-healthtechnologie wil inzetten voor een reeks van lichamelijke en psychische aandoeningen. PREDI-NU voorziet in de ontwikkeling van een zogenaamde iFightDepression Tool, in verschillende talen. Dit omvat internet-based zelfmanagement van patiënten met een milde of matig ernstige depressie en een website voor het brede publiek en voor professionals om depressie in vroeg stadium op te sporen.

De European Alliance Against Depression, EAAD, is eveneens een Europees samenwerkingsverband, gesubsidieerd door de Europese Unie ([EAAD](#)). Het netwerk streeft verschillende doelen na: ondersteuning van patiënten met depressie en hun familieleden, het bewustmaken van depressie onder het brede publiek, informatie bieden voor professionals en het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek. De EAAD streeft een benadering van depressiepreventie op vier niveaus na: publiekscampagne, samenwerking met huisartsen en kinderartsen, aanbod voor hoogrisicogroepen en training van intermediairen zoals jongerenwerkers, ouders, onderwijzers en politie [31].

De FEAM (Federation of European Academies of Medicine) heeft een zogenaamd 'Statement on mental health policy issues' uitgebracht, [FEAM statement](#) om psychiatrische ziekten te helpen voorkomen en terugdringen. De FEAM pleit in dit statement voor meer onderzoek en onderlinge samenwerking (ook met de farmaceutische industrie), meer aandacht voor beleid en een betere communicatie en uitwisseling van informatie.

Afzonderlijke landen

De Universiteit van Verona in *Italië* heeft beleid geformuleerd om depressie bij lichamelijk zieken beter op te sporen en te behandelen ('[Detection and treatment of depression in physically ill patients](#)'). Hiervoor worden artsen in algemene ziekenhuizen alert gemaakt en ondersteund door middel van een test voor de vroege opsporing van depressie. Ook is informatiemateriaal voor patiënten ontwikkeld en wordt groepsgerichte cognitieve therapie aan patiënten aangeboden.

Het Ministerie van Gezondheid in *Italië* heeft het 'Prevention of depression in the national health prevention plan' ontwikkeld ([Prevention of depression](#)) om een goede geestelijke gezondheid voor verschillende doelgroepen, zoals jongeren maar ook mensen in gevangenissen, te bevorderen. Dit vindt plaats door het identificeren van best practices, het ontwikkelen van een richtlijn om best practices te classificeren, het verspreiden van informatie en de inzet van een interactieve database.

Het Ministerie van Gezondheid in *Frankrijk* heeft een 'Action plan Psychiatry and Mental health' opgesteld ([Psychiatry and mental health](#)) met als doel het terugdringen van suïcides, en de zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening. Hiertoe wordt een informatiecampagne voor het algemene publiek en professionals opgezet en worden best practices en trainingen ontwikkeld om depressie bij ouderen en jongeren te herkennen.

Het psychiatrisch en neurologisch instituut van Warschau in *Polen* heeft een 'Polish National Mental Health Programme for the years 2010-2014' opgesteld ([Polish National Mental Health Programme](#)). Dit is een nationaal actieprogramma voor de preventie van suïcides en depressie. Het programma voorziet in geïntegreerde zorg speciaal voor kinderen en jongeren.

Het *Britse* Ministerie van Gezondheid heeft in 2011 het beleidsdocument 'No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for all ages' uitgebracht ([No health without mental health](#)). In dit beleidsplan worden zes doelen gesteld om een goede psychische gezondheid voor de Britse bevolking te bevorderen. Wat betreft depressiepreventie signaleert het rapport risicogroepen zoals ouderen, chronisch zieken, vrouwen, partners van patiënten met dementie en aanstaande ouders. De regering maakt geld vrij om herkenning van depressie te stimuleren en therapie toegankelijker te maken voor mensen met klachten. Ook worden richtlijnen ontwikkeld voor de behandeling van depressie.

In *Australië* heeft een samenwerkingsverband van lokale overheden en de nationale overheid 'Beyond blue' opgericht ([Beyond blue](#)). Een nationaal programma om vanuit het volksgezondheidsperspectief geestelijke gezondheid te bevorderen, het algemene bewustzijn voor psychiatrische aandoeningen te vergroten en mensen met een psychische aandoening te ondersteunen. Het programma is gericht op diverse doelgroepen zoals Aboriginals, jongeren, ouders met een pasgeboren kind, vrouwen en ook mannen. 'Beyond blue' biedt daarnaast een website voor het publiek en voor professionals met veel informatie over angst en depressie, online fora, veel nieuws en activiteiten en publiceert voorstellen om beleid op het gebied van de GGZ te stimuleren.

4.1.3

Internationale interventies

De 32 buitenlandse interventies voor preventie van depressie worden in een reeks van landen opgezet en uitgevoerd: diverse Europese landen, de Verenigde Staten, Canada, Australië en Nieuw Zeeland. De meeste van de gevonden interventies zijn afkomstig uit de Verenigde Staten (n=13). Tien interventies worden in meer landen aangeboden, waarvan vier ook in Nederland.

De interventies zijn opgezet door universiteiten/universiteitsziekenhuizen, de overheid, stichtingen of samenwerkingsverbanden tussen deze verschillende instellingen. Een universele preventieve interventie komt met negentien keer het meest voor; daarna volgt selectieve preventie (n=11). Zeven keer wordt geïndiceerde preventie aangeboden en drie keer zorggerichte preventie. In

veertien gevallen wordt een combinatie van typen preventie nagestreefd. Hierbij omvat de interventie verschillende subdoelen, voor verschillende doelgroepen. In tien gevallen betreft de interventie e-health-activiteiten. Ten aanzien van de keuze van de doelgroepen zijn 22 interventies gericht op kinderen en jongeren, veertien interventies zijn gericht op volwassenen en twee interventies zijn gericht op ouderen. Drie interventies waren gericht op aanstaande ouders. De gevonden interventies worden hieronder per doelgroep besproken.

4.2 Interventies per hoogerisicogroep

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de eerder beschreven vijf hoogerisicogroepen en de interventies die voor deze groepen in andere westerse landen worden aangeboden.

4.2.1 *Chronisch zieken*

Eén interventie heeft betrekking op depressiepreventie voor chronisch zieken. Het 'Program to Encourage Active Rewarding Lives', PEARLS, richt zich op twee afzonderlijke doelgroepen met matige tot ernstige depressieve klachten (geïndiceerde/zorggerichte preventie): volwassenen ouder dan zestig jaar en volwassen patiënten met epilepsie ([PEARLS](#)). Voor beide groepen wordt een vergelijkbaar programma aangeboden. Dit programma bevat zes tot acht sessies bij mensen thuis. Met korte gedragstherapeutische technieken worden problemen opgelost volgens de 'Problem Solving Theory', terwijl ook sociale en fysieke activiteiten worden gestimuleerd en plezierige activiteiten worden ondernomen. De programma's zijn positief beoordeeld in twee RCT's en wordt als zeer succesvol gezien in de VS [32-34]. De programma's worden aanbevolen door het Center for Disease Control.

4.2.2 *Scholieren*

Voor kinderen en jongeren zijn twaalf interventies gevonden. Specifiek voor scholieren zijn nog eens negen interventies gevonden. Eén interventie heeft betrekking op KOPP/KVO. Deze interventies worden in tabellen weergegeven en daaronder besproken.

Kinderen/jongeren in het algemeen

In Tabel 4.2.1 staan de interventies die zich richten op kinderen of jongeren in het algemeen beschreven.

Tabel 4.2.1: depressiepreventie voor kinderen en jongeren, algemeen

Interventie	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Land
Raising awareness about depression	Universeel, selectief, geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publiekscampagne ▪ Ondersteuning van groepen ▪ Educatie van behandelaars 	Thuis, zorg en wijk	Oostenrijk
Fit in je hoofd	Universeel	Website met tips en opdrachten	Thuis	België, Nederland
Parent child interaction therapy	Geïndiceerd	Psycho- en speltherapie	Thuis	VS
MEMO	Universeel	Berichten en filmpjes via mobiele telefoon	Thuis	Nieuw-Zeeland
COPMI	Selectief	Online informatie en hulp	Thuis	Australië
Mental health podcasts	Universeel	Luisteren naar podcasts	Thuis	UK
Acceptance and commitment	Universeel	Mindfulness-oefeningen	Thuis	VS, Duitsland, Zweden, Nederland
Dare to be you	Universeel, selectief	Familie- en groepsbijeenkomsten	Thuis	VS
Kognito at risk for students	Universeel	Online game	Thuis	VS, UK, Nieuw Zeeland
Mental health first aid	Universeel	Cursus van een seminar van 8 uur of opgeknipt in delen	Algemeen	VS, UK, Australië, Singapore, Hong Kong
Sparx	Selectief, geïndiceerd	Online cursus met adventure game-achtige opdrachten	Thuis	Nieuw Zeeland
MobileType programma	Selectief, geïndiceerd	Ondersteuning via smartphone	Thuis	Australië

Het 'Raising awareness about depression'-programma is een initiatief van de Oostenrijkse afdeling van de European Alliance Against Depression (EAAD). Het programma is bedoeld voor jongeren en volwassenen met en zonder depressieve klachten alsook voor mensen met een depressie. Het programma omvat een veelheid aan activiteiten: met een publiekscampagne wordt de algemene bevolking meer bewust gemaakt van depressie. Educatieve activiteiten en trainingen zijn opgezet voor professionals. Voor mensen met depressieve klachten worden groepen en zelfhulpgroepen opgericht; tot slot worden extra behandelmogelijkheden aangeboden voor hoogrisicogroepen. In een jaar tijd hebben meer dan 4.000 mensen aan dit programma deelgenomen.

De Belgische website 'Fit in je hoofd' richt zich op jongeren van zestien jaar en ouder ([Fit in je hoofd](#)). Het is een online tool met informatie en tests om depressieve gevoelens op te sporen en deze terug te dringen met gerichte tips en opdrachten. Voor jongeren onder zestien is er een verwijzing naar de website 'NokNok' en voor mensen ouder dan zestig is er een verwijzing naar de website

'Zilverwijzer' ([Noknok](#) en [Zilverwijzer](#)). De website kent een hoog bereik, ongeveer 200.000 bezoekers per jaar.

'Parent Child Interaction Therapy' is een programma in de VS voor ouders van depressieve kleuters. Ouders worden getraind in het goed omgaan met hun kinderen, door sessies met psycho- en speltherapie; het uiteindelijke doel is het verminderen van depressieve klachten [35].

MEMO is een *Nieuw-Zeelandse* interventie om depressieve klachten bij jongeren van dertien tot zeventien jaar te voorkomen. Negen weken lang krijgen de jongeren twee berichtjes per dag via hun mobiele telefoon, met tekst, cartoons, filmpjes. Er is ook een mobiele website. De teksten zijn afkomstig uit de cognitieve gedragstherapie. In een evaluatie bleek dat jongeren na deelname meer positieve gedachten hadden [36].

COPMI staat voor 'Children Of Parents with a Mental Illness'. Het is een *Australisch* interventieprogramma om een goede psychische gezondheid te bevorderen bij kinderen van ouders met een psychische ziekte ([COPMI](#)). Het programma biedt een website met informatie en tips voor kinderen, familie en vrienden van een patiënt met een psychische ziekte en een e-learningcursus voor professionals. Voor families van patiënten met een psychische aandoening is een dvd gemaakt. Tot slot draagt COPMI bij aan versterking van de samenwerking met andere instanties. In een wetenschappelijke review is het programma positief beoordeeld [37].

De *Britse* Mental Health Foundation heeft over verschillende onderwerpen podcasts gemaakt ([Free audio podcasts](#)). Verschillende onderwerpen gericht op het verbeteren van welbevinden en het voorkomen van stress zijn gratis te downloaden of te beluisteren via de website en i-tunes.

'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT) is een veelgebruikte interventie die het psychisch welbevinden vergroot door acceptatie- en mindfulnessstrategieën ([Acceptance and commitment therapy](#)). Deze interventie wordt in veel landen toegepast, waaronder de VS, Zweden, Duitsland en ook Nederland. Door (luister)oefeningen, videofilmpjes en het raadplegen van ACT-therapeuten nemen gevoelens van angst, stress en depressie af [38].

'Dare To Be You' (DTBY) is een *Amerikaanse* interventie om de gezondheid van kinderen te bevorderen, door onder andere depressieve gevoelens bij kinderen te verminderen ([Dare To Be You](#)). Groepsbijeenkomsten worden opgezet voor kinderen van diverse leeftijden, ouders en schoolvertegenwoordigers om meer sociale vaardigheden aan te leren, en bijvoorbeeld tienerzwangerschappen en verslaving te voorkomen en een betere opleiding voor de kinderen te garanderen.

'Kognito at risk for students' is een online simulatiespel met avatars ([Kognito](#)). Dit zijn representaties van menselijke wezens in de virtuele wereld die ook kunnen communiceren, gevoelens hebben en reageren als mensen. Deze simulatie is bedoeld voor studenten van 18 tot 25 jaar en wordt onder andere aangeboden in 21 staten in de VS. Het doel van deze simulatie is het bevorderen van de psychische gezondheid (en het verminderen van depressieve gevoelens) van studenten. Door het spelen van het online rollenspel verbeteren de psychische en sociale competenties van studenten. Er zijn ook rollenspellen voor opvoeders en ex-militairen.

'Mental Health First Aid' is een cursusaanbod voor het brede publiek (jongeren en volwassenen) in onder andere de VS waarin mensen geleerd wordt anderen maar ook zichzelf te helpen bij een psychische crisis, zoals depressie en suïcide ([Mental health first aid](#)). Meer dan 38.000 mensen hebben de cursus al gevolgd [39-41].

'SPARX' is een online tool, ontwikkeld in *Nieuw-Zeeland*, om jongeren van twaalf tot negentien jaar te ondersteunen bij depressieve gevoelens ([SPARX](#)). Ze nemen deel aan een computerprogramma waarin ze via oefeningen, kleine games en informatie steeds een hoger level kunnen halen. Deze interventie is tot nu toe alleen in onderzoeksverband beschikbaar. De eerste bevindingen zijn positief [42, 43].

Het 'MobileType'-programma (Mobile Tracking of Young People's Experiences) is een zelf-monitoringsprogramma gericht op jongeren in de leeftijd van 14-24 jaar met beginnende symptomen van depressie. Het zelfmonitoringsprogramma, waarin jongeren hun stemming monitoren via de mobiele telefoon, is een methode van 'stepped care'. Hierbij wordt begonnen met lichte interventies waarna als nodig intensievere kunnen volgen. Het voordeel van een zelfmonitoringsprogramma via de mobiele telefoon is dat het gaat om een snelle, gemakkelijke en relatief goedkope interventie die aansluit bij de belevingswereld van jongeren wat de therapietrouw kan bevorderen. Tot nu toe is dit *Australische* programma alleen in onderzoeksverband uitgevoerd [44].

Scholieren

In onderstaande tabel staan de interventies die zich specifiek op scholieren richten beschreven.

Tabel 4.2.2: depressiepreventie voor scholieren

Interventie	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Land
Inzet van coaches	Selectief, geïndiceerd	Ontwikkeling zorgsysteem	Middelbare scholen	België
Strengthening human resources	Universeel	Workshops	School	Slowakije
Mind and Health	Geïndiceerd	Preventief programma	School	IJsland
Positive thoughts and action	Geïndiceerd	Programma van 12 weken met diverse bijeenkomsten	School	VS
Friends en Fun Friends	Selectief, geïndiceerd	Groepsbijeenkomsten door eigen leerkracht	School	Canada, VS en andere landen
CAST	Universeel, selectief, geïndiceerd	12 groepsbijeenkomsten	School	VS
LEADS	Universeel	Lessen, e-health activiteiten	School	VS, Canada, Zwitserland
SOS signs of suïcide	Universeel, selectief, geïndiceerd	Les van 90 minuten	School	VS, Ierland en Canada
Zippy's friends	Universeel	Klassikale lessen	School	VS, Europa, Zuid-Amerika

Met de inzet van coaches op middelbare scholen in *België* is het de bedoeling preventie van depressie te realiseren en suïcide onder jongeren te voorkomen. De aangestelde coach moet een zorgsysteem op school opzetten waarmee jongeren met een hoog risico op depressie vroegtijdig opgespoord worden. Deze coaches richten zich op leerlingen met depressieve klachten, hun klasgenoten, ouders en leraren. Individuele ondersteuning en klassikale activiteiten worden aangeboden. Het programma komt echter niet zo goed van de grond door het gebrek aan voldoende gemotiveerde coaches op de scholen.

'Strengthening the human recourses by education – Mental Health at Secondary Schools' is een *Slowaaks* depressiepreventieproject voor scholieren. Het omvat drie workshops voor scholieren waarin informatie en uitwisseling over goede geestelijke gezondheid en depressie aan bod komen. Het doel van het project is vroege opsporing van depressie en het tegengaan van stigma's.

Het preventieve programma 'Mind and Health' voor *IJslandse* adolescenten bleek effectief in het verminderen van depressieve gevoelens. Vergeleken met een controlegroep de zijn uitkomsten in de onderzoeksgroep gunstiger, ook nog een jaar na de start van het programma. Het programma is alleen nog maar in onderzoeksverband toegepast [45].

Het 'Positive thoughts and action prevention program' is opgezet in de *VS* om klachten bij depressieve jongeren te verminderen. De jongeren en een controlegroep volgen een twaalf weken durend programma, met een wekelijkse groepsbespreking op school, twee huisbezoeken en groepsbijeenkomsten voor de ouders. Positief denken, positieve actie en probleemoplossing zijn de belangrijkste pijlers. Hoewel de deelnemers enthousiast zijn over het programma, verschillen de resultaten weinig met de controlegroep [46].

'Friends' en 'Fun Friends' ([Friends](#)) zijn programma's om gevoelens van angst en somberheid bij kinderen te verminderen en worden in meerdere landen, waaronder de *VS* en *Canada* aangeboden. Het programma 'Friends' is gericht op kinderen van acht tot zestien jaar, 'Fun Friends' voor kinderen van vier tot zeven jaar. Het bevat preventieve programma's voor op school en trainingen om depressieve gevoelens te behandelen. Het programma biedt tot slot trainingen voor professionals die werken met angstige en depressieve kinderen. Dit project is positief beoordeeld in verschillende trials [47].

'CAST' (Coping and Support Training) is een interventie in de *VS* om jongeren beter om te leren gaan met psychische problemen zoals angst en depressie en het tegengaan van middelen gebruik ([CAST](#)). Het programma bestaat uit twaalf sessies met zes tot acht schoolgaande jongeren [48].

Het programma 'LEADS' (Linking Education and Awareness of Depression and Suicide) is bedoeld voor jongeren van dertien tot zeventien jaar ([LEADS](#)). Met dit programma krijgen ze meer kennis van depressie en suïcide om zichzelf en anderen te helpen. Dit gebeurt door lessen op school, groepsactiviteiten, opdrachten, blogs, email en msn activiteiten. Al meer dan 20.000 leerlingen hebben deelgenomen aan dit programma in de *VS*, *Canada* en *Zwitserland*.

'SOS signs of suicide' wordt in de *VS*, *Canada* en *Ierland* aangeboden en is een tweedaagse cursus voor jongeren van dertien tot zeventien jaar waarin ze leren suïcide en depressie te herkennen en hoe ze hier mee om kunnen gaan ([SOS signs of suicide](#)) [49].

Het programma 'Zippy's friends' heeft als doel een goede geestelijke gezondheid te bevorderen, voor jonge kinderen van vijf tot zeven jaar ([Zippy's friends](#)). Het programma bevat 24 sessies in de klas van ongeveer een uur, rondom thema's gevoelens, pesten, communicatie, vriendschap, verandering, verdriet en hoe ga je hier mee om. Het programma wordt in 26 landen wereldwijd uitgevoerd, waaronder Europese landen (inclusief *Nederland*), *Zuid-Amerikaanse landen*, *VS*, *Vietnam* en *Singapore*.

KOPP/ KVO

'Celebrating families!' is een programma in de *VS* dat zich richt op een betere gezondheid voor de kinderen, ook psychische gezondheid (selectieve en geïndiceerde preventie, [Celebrating families!](#)). Deze kinderen hebben vaak verslaafde ouders of ouders met psychische problemen en hebben daardoor te maken met geweld of verwaarlozing. Het programma start met een etentje met de familie daarna volgen themabijeenkomsten over gezond leven, verslaving, geweld, gezonde relaties enzovoort.

4.2.3

Mantelzorgers

Eén interventie heeft betrekking op depressiepreventie voor mantelzorgers (selectieve preventie, [caregiver-intervention](#)). De 'New York University Caregiver Intervention' heeft onder andere als doel het voorkomen van depressie bij echtgenoten van patiënten met Alzheimer. Dit vindt plaats door individuele sessies, bijeenkomsten met familie en groepsbijeenkomsten met andere mantelzorgers [50]. De interventie wordt aangeboden in de *VS*, *UK* en *Australië*.

4.2.4

Net bevallen moeders

Drie interventies voor depressiepreventie voor net bevallen moeders worden beschreven in Tabel 4.2.3.

Tabel 4.2.3: depressiepreventie voor net bevallen moeders

Interventie	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Land
Family Foundation	Universeel	Groepsbijeenkomsten	GGZ en thuis	VS
Elsips	Selectief	Huisbezoeken	Thuis	UK
Inzet van health visitors	Universeel, selectief, geïndiceerd	Huisbezoeken	Thuis	UK

'Family Foundations' in de *VS* is een interventie met als doel positieve vaardigheden aan te leren bij aanstaande ouders, inclusief het voorkomen van een post-partumdepressie ([Family foundations](#)). Hiervoor worden acht groepsbijeenkomsten georganiseerd, vier voor en vier na de bevalling, waarin de sociale en emotionele ontwikkeling van het kind voorop staat en ouders zich voor kunnen bereiden op goed ouderschap [51]

'Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk' is een *Brits* onderzoek naar de effecten van de inzet van vrijwilligers in de verloskundigenpraktijk om post-partumdepressie bij vrouwen met een verhoogd risico te voorkomen ([Elsips](#)). Deze interventie wordt ingezet bij vrouwen zonder vaste woon- en verblijfplaats, met weinig sociale steun, drugs- en alcoholmisbruik, die de taal niet vaardig zijn, die gebruikmaken van bijstand en die beperkt de verloskundige bezoeken. Ook tienermoeders zijn een

hoogrisicogroep. De vrijwilligers, ook wel 'Pregnancy Outreach Workers' (POW's) genoemd, gaan op huisbezoek bij vrouwen met een verhoogd risico. Ze vormen een aanvulling op de verloskundige. Doel van de inzet van de POW's is om de eigen vaardigheden van de vrouwen te vergroten en ondersteuning te bieden bij problemen op het gebied van onder andere huiselijk geweld, huisvesting en bijstand. Deze interventie wordt in onderzoeksverband aangeboden [52].

Diverse andere onderzoeken hebben laten zien dat de inzet van 'health visitors' in *Groot-Brittannië* bijdraagt aan het terugdringen van depressieve klachten bij pas bevallen moeders [53-58]. Deze health visitors betreffen gezondheidswerkers die getraind zijn in het ondersteunen van jonge moeders met depressieve symptomen en leggen huisbezoeken af. In verschillende trials werd eerst met een vragenlijst nagegaan of de moeders depressieve klachten hadden. Door ondersteunende gesprekken thuis met deze health visitors bleven depressieve klachten uit, of verminderden, ook op langere termijn (na anderhalf jaar).

4.2.5 Huisartspatiënten

Vijf interventies hebben betrekking op de doelgroepen jongeren en volwassenen met depressieve klachten. Deze interventies zijn al bij de paragraaf kinderen/jongeren beschreven en worden niet nogmaals in de tabel opgesomd:

- Het 'Raising awareness about depression'-programma
- 'Fit in je hoofd'
- Gratis podcasts van de Mental Health Foundation
- 'Acceptance and commitment therapy'
- 'Mental health first aid'

Nog eens zes interventies zijn gevonden speciaal voor volwassen huisartspatiënten. Eén interventie richt zich op oudere huisartspatiënten.

Volwassenen

In Tabel 4.2.4 worden de interventies voor volwassenen beschreven.

Tabel 4.2.4: depressiepreventie voor volwassenen in het algemeen

Interventie	Type preventie	Vorm/methode	Setting	Land
Deutsches Bündnis gegen Depression	Universeel, zorggericht	Hulpaanbod in eerste lijn	Thuis	Duitsland
Helpline	Universeel, zorggericht	Telefonische hulplijn	Thuis	Griekenland
Psycho-educational family intervention	Zorggericht	Inzet van psycho-educatie	Hulpverlening	Italië
Managing depression via the internet	Geïndiceerd, zorggericht	Online gedrags-therapie	Hulpverlening	Zweden
Mood Memos	Geïndiceerd	Zelfhulp via internet	Thuis	Australië

De 'Deutsches Bündnis gegen Depression' heeft zich als doel gesteld om depressie te bestrijden. Dit vindt plaats door een publiekscampagne, samenwerking met de eerste lijn om behandeling van depressie te verbeteren, samenwerking met andere disciplines in buurten, hulpaanbod voor mensen met een depressie en de oprichting van een Duitse Depressie Stichting. Dit programma is in het jaar 2003 gestart en loopt nog steeds [31].

In *Griekenland* heeft een psychiatrische kliniek in samenwerking met het ministerie van Gezondheid een 'Depression Helpline' opgezet. Deze telefonische hulplijn is bedoeld voor mensen met depressieve klachten. Van deze telefoonlijn wordt veelvuldig gebruikgemaakt en een stijging van telefonische verzoeken werd waargenomen tijdens de economische crisis [59]. Naast de hulplijn loopt er ook een publiekscampagne in Griekenland om mensen meer bewust te maken van depressie.

De Universiteit van Napels in *Italië* heeft een 'Psychoeducational Family Intervention (PFI) in Major Depression' programma opgezet voor patiënten met een depressie. Het doel is psycho-educatie in te zetten bij depressieve patiënten en hun gezinsleden om zo klachten te verminderen. Verder zijn materialen voor psycho-educatie ontwikkeld en zijn professionals getraind om psycho-educatie in therapieën in te bedden.

'Managing depression via the internet' is een interventie die is opgezet door de Örebro University in *Zweden*, met als doel het verminderen van klachten en het voorkomen van een terugval bij patiënten die een depressie hebben gehad. De interventie houdt online gedragstherapie via internet in individuele sessies in en deelname aan een online forum.

'Mood Memos' was een *Australisch* interventieprogramma om depressieve klachten bij volwassenen terug te dringen. Zes weken lang kregen deelnemers twee keer per week mailtjes over zelfhulp bij depressie. Er was ook een controlegroep (totaal 1.326 deelnemers) en de depressieve symptomen werden vergeleken tussen beide groepen, voor en na interventie. Werving vond plaats via internet: via de zoekmachines van Google, Yahoo en Bing, Facebook en websites van GGZ-instellingen [60].

Ouderen

Het *Britse* 'Brighter Futures Project' heeft als doel het bevorderen van een goede geestelijke gezondheid voor ouderen (universele en selectieve preventie). Hiervoor worden activiteiten opgezet voor ouderen die zich geïsoleerd voelen of eenzaam zijn en ondersteuning geboden of bijeenkomsten georganiseerd voor ouderen of mensen die binnenkort met pensioen gaan. Tot slot wordt samenwerking bevorderd tussen organisaties voor ouderen en GGZ-organisaties.

4.3 Interessante initiatieven

Hieronder worden interessant beleid besproken. Daarnaast wordt per doelgroep een interventie besproken die interessant is wat betreft aanpak, bereik of resultaat.

4.3.1 Interessant beleid

In *Australië* heeft een samenwerkingsverband van lokale overheden en de nationale overheid 'Beyond blue' opgericht ([Beyond blue](#)). Beyond blue is veelomvattend: het maakt nieuw beleid, maar biedt ook directe hulp bij depressie en angst, en preventieve interventies. Beyond blue hanteert een volksgezondheidsaanpak, die zich richt op het verbeteren van de psychische gezondheid van de gehele bevolking, over de gehele levensduur, van geboorte tot aan de laatste levensfase. Daarnaast richt het zich op specifieke bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op angst en depressie, zoals Aboriginals en homoseksuelen. Beyond blue werkt samen met een scala van instellingen – waaronder educatieve instellingen, bedrijven, gezondheidsdiensten en online – om toegankelijk te zijn voor zoveel mogelijk mensen. Beyond blue

ontwikkelt evidence-based standpunten over belangrijke kwesties in verband met depressie en angst. Deze omvatten bijvoorbeeld depressie en angst bij homoseksuele, lesbische en biseksuele bevolkingsgroepen, stigmatisering en discriminatie in verband met depressie en angst, verbeterde toegang tot e-healthprogramma's en het bereiken van mensen uit verschillende etnische groepen in verband met depressie en angst. Daarnaast maakt Beyond blue ook zelf beleidsvoorstellen voor het bevorderen van een goede geestelijke gezondheid, bijvoorbeeld over de toegankelijkheid van GGZ-diensten voor de bevolking.

Het *Europese* project 'PREDI-NU' (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU), een samenwerkingsverband van elf Europese lidstaten, gesubsidieerd door de Europese Unie, is kansrijk, omdat het zelfmanagement stimuleert door gebruik te maken van ICT ([PREDI NU](#)). PREDI NU kan daarbij twee problemen aanpakken die in verschillende Europese landen bestaan. De eerste betreft de beperkte toegang tot psychotherapie en farmacotherapie in sommige landen voor patiënten met depressie, daarnaast zijn veel interventies gericht op depressiepreventie niet afgestemd op jongeren. Deze e-health zelfhulpbenadering kan een praktische manier zijn om directe toegang te bieden tot effectieve psychosociale interventies voor milde depressie, speciaal voor jongeren.

4.3.2 *Interessante interventies*

Hieronder wordt per doelgroep besproken wat mogelijk een interessante interventie is wat betreft aanpak, type preventie, bereik of resultaat.

Chronisch ziekten

Het *Amerikaanse* nationale programma PEARLS, 'Program to Encourage Active Rewarding Lives', bestaat inmiddels tien jaar en richt zich op doelgroepen ouderen en patiënten met epilepsie, beide met depressieve klachten ([PEARLS](#)). Het is een evidence-based programma: de belangrijkste componenten hiervoor zijn resultaten van goed ontworpen wetenschappelijke studies. Gedurende zes tot acht huisbezoeken door adviseurs wordt de focus gelegd op gedragstechnieken. De adviseurs stellen de cliënten zo in staat om een actiever leven te leiden en daar meer voldoening uit te halen. Het PEARLS-programma werd aanvankelijk getest door de Universiteit van Washington. Het belangrijkste doel van deze studie was om de effectiviteit van het programma te bepalen als een aanpak voor depressieve klachten bij oudere volwassenen met sociale isolatie, meerdere chronische medische problemen en lichamelijke beperkingen. Deze studie toonde aan dat na meer dan twaalf maanden:

1. PEARLS-deelnemers een grotere afname van symptomen van depressie hadden (43% versus 15% van de gebruikelijke zorggroep);
2. meer PEARLS-deelnemers volledige remissie van depressie bereikten (36% versus 12% van de gebruikelijke zorggroep);
3. PEARLS-deelnemers een betere kwaliteit van leven ervoeren op lichamenlijk en psychisch vlak;
4. PEARLS-deelnemers minder vaak in het ziekenhuis werden opgenomen;

Een vergelijkbare RCT werd voor patiënten met epilepsie uitgevoerd. Ook hier laten de studieresultaten minder depressieve klachten zien in de groep deelnemers aan PEARLS dan die gebruikelijke zorg ontvingen.

Naast de goede wetenschappelijke onderbouwing heeft het programma een aantal andere sterke punten. Het programma is flexibel aan te passen aan de deelnemers, het voorziet in trainingen voor professionals die met het programma willen werken en het biedt een structuur voor het opzetten van

PEARLS binnen de eigen organisatie [32-34]. Het programma wordt in een groot aantal staten uitgevoerd door organisaties voor ouderen en andere zorginstellingen.

Scholieren

Met het *Amerikaanse* programma 'LEADS' (Linking Education and Awareness of Depression and Suicide) krijgen jongeren meer kennis van depressie en suicide, leren ze hoe ze depressie kunnen herkennen en hoe ze zichzelf en anderen hiermee kunnen helpen ([LEADS](#)). De interventie is door middel van wetenschappelijk onderzoek getoetst en effectief bevonden: jongeren die deelnamen aan het programma hadden meer kennis van depressie en preventie hiervan dan jongeren in de controlegroep. Opvallend aan dit programma is dat het gemakkelijk in te passen is in het curriculum van leerlingen op de middelbare school. Het is een korte cursus van drie lessen op drie achtereenvolgende dagen die leerkrachten (heel flexibel, met verschillende didactische stijlen) kunnen inzetten. De cursus is afgestemd op het gedrag van jongeren, zoals het gebruik van sociale media. Tot slot kenmerkt de cursus zich door de geringe kosten en het grote bereik van de interventie (meer dan 20.000 leerlingen).

KOPP/KVO

'Celebrating families!' is een bewezen effectief programma in de VS dat zich richt op een betere gezondheid voor de kinderen, ook psychische gezondheid. In twee studies rapporteerden zowel de kinderen als hun ouders minder depressieve klachten dan de kinderen en ouders in de controlegroep. Het bijzondere aan deze interventie is dat het aandacht heeft voor psychische gezondheid als onderdeel van gezond leven in het algemeen. Deze kinderen leven in sociaal zwakke milieus waarin ouders verslaafd zijn en/of psychische problemen hebben ([Celebrating families!](#)); een gezamenlijke maaltijd als gezin is meer uitzondering dan regel. Daarom start dit programma met een gezamenlijke maaltijd. De interventie biedt wekelijkse instructie gericht op een gezonde levensstijl, vrij van drugs en alcohol. Na het familiediner nemen ouders en kinderen deel aan een aparte groepsessie gewijd aan een bepaald thema. Ouders herenigen dan met hun kinderen in een volgende groepsbijeenkomst om te oefenen. Thema's zijn onder andere: gezond leven, voeding, communicatie, gevoelens en afweer, woedebeheersing, feiten over alcohol, tabak en andere drugs, chemische afhankelijkheid als een ziekte, de effecten van chemische afhankelijkheid voor het hele gezin, het stellen van doelen, het maken van gezonde keuzes, gezonde grenzen, gezonde vriendschappen en relaties. Deze interventie wordt momenteel gebruikt door Amerikaanse rechtbanken die druggereleerde zaken behandelen. Het doel van deze interventie is om ouders te rehabiliteren als goede verzorgers, zodat hun kinderen veilig en in een goede lichamelijke en psychische gezondheid kunnen opgroeien.

Mantelzorgers

De 'New York University Caregiver Intervention' ([caregiver-intervention](#)) is een interventie voor partners/familieleden van patiënten met de ziekte van Alzheimer. Het doel van deze interventie is om plaatsing van deze patiënten in het verpleeghuis te vertragen en het welzijn van de mantelzorgers te verbeteren. Het programma bestaat uit vier onderdelen: twee individuele counseling sessies van een tot drie uur toegesneden op de specifieke situatie van de mantelzorger, vier groepsbijeenkomsten met de mantelzorger en overige betrokken gezinsleden, wekelijkse groepsbijeenkomsten met andere mantelzorgers en ad-hoc telefonische begeleiding om mantelzorgers te helpen omgaan met crises en veranderingen van de symptomen van de patiënt met

Alzheimer. Het programma duurt vier maanden. Deze interventie wordt uitgevoerd in *Amerika*, *Groot-Brittannië* en *Australië* en is in veel studies (RCT's) beschreven. Opvallend is de hoge mate van effectiviteit. Patiënten met Alzheimer, waarbij de mantelzorger deelnam aan de interventie, werden anderhalf jaar later in een verpleeghuis opgenomen dan in de controlegroep. De mantelzorgers zelf ervoeren minder lichamelijke problemen, meer sociale steun van hun omgeving en hadden minder depressieve klachten dan mantelzorgers in de controlegroep. Dit effect hield lange tijd aan (tot drie jaar na de interventie). [50].

Net bevallen moeders

'Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk' is een *Brits* onderzoek naar de effecten van de inzet van vrijwilligers in de verloskundigenpraktijk om de gezondheid van de baby en bij zwangeren met een verhoogd risico te verbeteren ([Elsips](#)). Deze interventie wordt ingezet bij vrouwen zonder vaste woon- en verblijfplaats, met weinig sociale steun, met psychische problemen, met drugs- en alcoholmisbruik, die de taal niet vaardig zijn, die gebruikmaken van bijstand en die beperkt de verloskundige bezoeken. Ook tienermoeders zijn een hoogrisicogroep. Het bijzondere van deze interventie is de inzet van vrijwilligers, ook wel 'pregnancy outreach workers' (POW's) genoemd. Deze gaan op huisbezoek bij vrouwen met een verhoogd risico en geven hen emotionele en praktische steun, tot aan zes weken na de bevalling. Ze vormen een aanvulling op de verloskundige. Doel van de inzet van de POW's is om de eigen vaardigheden van de vrouwen te vergroten en ondersteuning te bieden bij problemen op het gebied van onder andere huiselijk geweld, huisvesting en bijstand. De resultaten van de RCT worden in 2014 verwacht [52].

Huisartspatiënten

'Mood Memos' was een Australisch interventieprogramma om depressieve klachten bij volwassenen ouder dan achttien jaar terug te dringen. Zes weken lang kregen deelnemers twee keer per week een mailtje over informatie over depressie en hoe hier mee om te gaan. Het programma was laag intensief, de geschatte tijdsbelasting voor de deelnemers was drie uur over zes weken. Het programma is in onderzoeksverband van start gegaan (RCT). Bijzonder aan deze interventie is de werving van deelnemers, die vond voornamelijk plaats via internet: via de zoekmachines Google, Yahoo en Bing, Facebook en websites/fora van GGZ-instellingen. De belangstelling voor de interventie was groot (meer dan duizend mensen in de interventie- en controlegroep). Ook de resultaten van de studie waren positief: de deelnemers aan de interventie ervoeren minder depressieve gevoelens [60].

4.4 Lessen voor Nederland

Bij de ontwikkeling van nieuwe interventies zou Nederland gebruik kunnen maken van al ontwikkelde interventies in andere landen, die vernieuwend en/of bewezen effectief zijn en een groot bereik kennen. Een aantal van deze interventies is beschreven in paragraaf 4.3 van dit hoofdstuk.

Een ander leeraspect betreft de toegankelijkheid van informatie over depressiepreventie voor het algemene publiek en professionals. In Nederland bestaan veel websites over mentale gezondheid en depressie. Informatie over depressiepreventie over en voor specifieke hoogrisicogroepen is soms minder duidelijk te vinden dan op sommige buitenlandse websites zoals:

<http://www.blackdoginstitute.org.au> en <http://www.beyondblue.org.au/>. Deze Australische websites bieden per doelgroep een goed overzicht van informatie over directe hulp bij depressieve klachten, mogelijke interventies en lotgenotencontact.

5 Beschouwing

5.1 Belangrijkste resultaten samengevat

Hieronder worden de resultaten van de nationale en internationale inventarisatie kort besproken. Omdat VWS zich in haar nieuwe beleid rondom depressiepreventie wil gaan richten op een zestal hoogrisicogroepen, ligt de focus van de gepresenteerde resultaten van dit rapport op deze doelgroepen. Het betreft de volgende groepen: chronisch zieken, mantelzorgers, scholieren, net bevallen moeders en huisartspatiënten. De zesde groep, werknemers in stressvolle beroepen, is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Deze hoogrisicogroep komt aan de orde in een ander onderzoek dat het RIVM heeft uitgevoerd in opdracht van VWS en SZW.

5.1.1 Resultaten nationale inventarisatie

Onderzoeksvraag 1a t/m e zijn beantwoord in de nationale inventarisatie. De kopjes representeren de onderzoeksvragen.

In totaal is voor Nederland een aanbod van 771 interventies voor depressiepreventie gevonden waarvan 179 unieke.

Type interventies

Het merendeel van de gevonden interventies betreft selectieve of geïndiceerde preventie. Deze richten zich op mensen met een verhoogd risico om depressieve klachten te krijgen of op mensen die al depressieve klachten hebben. Een groot deel van het aanbod bestaat uit groeps cursussen bestaande uit meerdere bijeenkomsten. Daarnaast wordt een gevarieerd aanbod aan e-health-interventies gevonden, zoals chatsessies met lotgenoten, websites met informatie en zelftests en online zelfhulp cursussen. Verder lopen gevonden interventies uiteen van speciale spreekuren tot hardlooptochten of lespakketten voor scholen. Naast specifieke interventies zijn ook een aantal voorbeelden van regionaal of lokaal beleid op het gebied van depressiepreventie gevonden die zich kenmerken door een geïntegreerde aanpak.

Setting van interventies

De meeste van de gevonden interventies worden aangeboden door preventieafdelingen van GGZ-instellingen/organisaties en vinden ook binnen de GGZ-setting plaats. In veel mindere mate lijken interventies plaats te vinden in de wijk, een zorginstelling of eerstelijnszorg. De POH-GGZ speelt wel een toenemend belangrijke rol in de huisartsenpraktijk in de ondersteuning van patiënten met lichte tot matige psychische klachten. De interviews van POH-GGZ-medewerkers laten zien dat de POH-GGZ vooral ondersteunende gesprekken aanbiedt waarin verschillende elementen als psycho-educatie, activering en dagstructurering aan de orde komen. De POH-GGZ maakt daarbij ook gebruik van preventieve interventies in de tweede lijn, complementair aan het aanbod in de eerste lijn. Verder toont het onderzoek dat een deel van de interventies voor kinderen en jongeren plaatsvindt in de schoolsetting. Daarnaast bieden de gevonden e-health-interventies en de schriftelijke zelfhulp cursussen de mogelijkheid om vanuit huis deel te nemen.

Doelgroepen van interventies

In totaal blijken 636 van de 771 gevonden interventies gericht op een van de door VWS aangewezen hoogrisicogroepen, waarvan 148 unieke. De grootte van

het aanbod varieert per doelgroep. Er is vooral veel aanbod voor scholieren (inclusief kinderen/jongeren in het algemeen en kinderen met problemen thuis), huisartspatiënten (volwassenen en ouderen) en mantelzorgers (inclusief partners en familieleden zonder duidelijke zorgtaak) gevonden. Voor chronisch zieken en net bevallen moeders is een aanmerkelijk kleiner aanbod gevonden.

Bereik en resultaat van interventies

Voor een derde (n=46) van alle unieke interventies voor de vijf doelgroepen (n=148) zijn bereikgegevens gevonden. Een derde hiervan betreft het bereik van e-health-interventies (n=15), die doorgaans landelijk worden aangeboden. De bereikgegevens voor de overige interventies zoals groepscursussen betreffen vaak maar een (klein) deel van het totale aanbod van de betreffende interventie in Nederland, omdat het bereik maar voor een deel van de aanbieders bekend is. Hierdoor is het niet te zeggen welke van deze interventies het grootste bereik hebben.

Voor circa een vijfde van de interventies voor de vijf doelgroepen zijn gegevens over effectiviteit gevonden (n=33). Over de effectiviteit is vooral informatie beschikbaar in de vorm van erkenning door het CGL (n=28). Tot op heden zijn er echter slechts enkele interventies (n=4) die de hoogste erkenning kregen en waarbij dus sprake is van sterke aanwijzingen voor effectiviteit. Voor de meeste overige erkende interventies geldt dat ze (theoretisch) goed onderbouwd zijn. Wel loopt er naar een aantal interventies nog een RCT waarvan binnen een jaar resultaten bekend zullen zijn.

Actoren betrokken bij interventies

Bij de meeste interventies is een preventie-afdeling van een GGZ-instelling of -organisatie betrokken. Zij werken vooral samen met zorgverleners die mensen kunnen doorverwijzen naar de betreffende interventies. Zo wordt bij een interventie voor mantelzorgers samen gewerkt met ouderenadviseurs en thuiszorg en bij een interventie voor pas bevallen moeders met onder andere de kraamzorg, verloskundigen en het consultatiebureau. Bij interventies voor kinderen en jongeren wordt samengewerkt met de jeugdgezondheidszorg en met scholen.

Financiering van interventies

De financiering van interventies varieert. Vooral zorgverzekeraars, gemeenten en GGZ-instellingen financieren de interventies. Ook wordt gebruikgemaakt van ZonMW-subsidies. Uit de interviews met aanbieders van interventies blijkt echter dat het per jaar kan verschillen wie de interventie financiert; dit hangt dan doorgaans samen met het inkoopbeleid van gemeenten, die vaak per jaar beslissen of de interventie wel of niet wordt ingekocht. Het blijkt lastig om structurele financiering te verkrijgen.

5.1.2 *Resultaten internationale inventarisatie*

Onderzoeksvraag 2a t/m c is beantwoord in de internationale inventarisatie. De kopjes representeren de onderzoeksvragen. In totaal is er bruikbare informatie over elf beleidsaanpakken en 32 interventies gevonden.

Depressiepreventieprogramma's/beleid

De afgelopen jaren zijn wereldwijd veel beleidsplannen verschenen met initiatieven voor de preventie van depressie en het bevorderen van een goede mentale gezondheid. Bewustwording van het algemene publiek van een goede mentale gezondheid en de (h)erkenning van psychische problemen zijn volgens deze plannen eerste stappen die gezet moeten worden om sociale inclusie van

patiënten met depressie te bevorderen. De buitenlandse beleidsdocumenten beschrijven plannen om de kwaliteit en toegankelijkheid van hulpverlening voor patiënten met depressieve klachten te verbeteren. Daarnaast dragen de beleidsplannen bij aan de implementatie van preventieve interventies in de praktijk met als doel depressie te voorkomen.

Aanpak, doelgroepen, bereik en resultaat

De internationale verkenning van interventies voor depressiepreventie heeft vooral interventies opgespoord bij jongeren, kinderen en volwassenen met depressieve klachten. Interventies met e-health worden ook vooral gezien in deze doelgroepen. E-health-interventies zijn vaak goed afgestemd op de doelgroep door de inzet van sociale media, mobiele apps en sms-diensten. Ook zijn innovatieve interventies ontwikkeld waarin jongeren op een speelse manier door opdrachten in een game competenties ontwikkelen, leren over depressieve gevoelens, weerbaarheid en relaties. Interventies voor chronisch zieken, mantelzorgers en net bevallen moeders zijn veel minder vaak gevonden in deze inventarisatie.

Lessen voor Nederland

De internationale inventarisatie van beleid en interventies voor depressiepreventie heeft een veelheid aan projecten, programma's en plannen opgeleverd. In de buitenlandse beleidsplannen wordt vaak een pleidooi gehouden voor een gerichte preventieve aanpak waarbij verschillende sectoren betrokken zijn, zoals GGZ en huisartsenzorg, onderwijs en welzijnzorg. Bovendien worden plannen voorgesteld waarbij interventies op verschillende niveaus tegelijkertijd ingezet worden: bijvoorbeeld een publiekscampagne om bewustwording voor depressie te vergroten, training van huisartsen om depressie sneller te signaleren en interventies voor jongeren met depressieve klachten op scholen. De plannen richten zich vaak op de risicogroepen voor depressie. Voor een groot deel stemmen deze overeen met de Nederlandse hoogrisicogroepen, zoals scholieren en net bevallen moeders, en kennen daarnaast ook eigen aanpassingen zoals landspecifieke culturele minderheden. In Nederland bestaat er geen landelijk en overkoepelend beleidsdocument over psychische gezondheid, waaronder depressie, waarin doelstellingen voor de toekomst geformuleerd worden. Analooq aan Groot-Brittannië zou in Nederland ook een dergelijk beleid voor de komende jaren gemaakt kunnen worden, als kapstok voor lokaal en regionaal beleid.

Bij de ontwikkeling van nieuwe interventies zou Nederland gebruik kunnen maken van al ontwikkelde interventies in andere landen, die vernieuwend en bewezen effectief zijn en een groot bereik kennen, zoals de interventie PEARLS voor chronisch zieken. Een ander leeraspect betreft de toegankelijkheid van informatie over depressiepreventie voor het algemene publiek en professionals. In Nederland bestaan verscheidene websites over psychische gezondheid en depressie. Informatie over depressiepreventie over en voor hoogrisicogroepen is soms minder duidelijk te vinden dan op sommige buitenlandse websites zoals: <http://www.blackdoginstitute.org.au> en <http://www.beyondblue.org.au/>. Deze Australische websites bieden per doelgroep een goed overzicht van informatie over directe hulp bij depressieve klachten, mogelijke interventies en lotgenotencontact.

5.2 Resultaten in perspectief

Hieronder worden de resultaten zoals besproken in 5.1 in perspectief geplaatst.

Aanbod in Nederland is versnipperd

In de nationale inventarisatie zijn bijna tweehonderd verschillende interventies gevonden waarvan een derde maar door één aanbieder binnen één van de 28 GGD-regio's lijkt te worden aangeboden. Het aanbod is hiermee versnipperd te noemen. Deze bevinding strookt met de bevindingen van het rapport 'Preventie in de zorg' [61] dat een onderdeel vormt van de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014'. Vaak betreft het echter wel interventies die een afgeleide zijn van een meer voorkomende interventie, maar die daar toch dusdanig van verschillen dat ze apart meegeteld worden. Het betreft dan bijvoorbeeld een interventie die specifiek is aangepast voor allochtonen of een fietsgroep in plaats van een hardlooptgroep.

Aanbod voor doelgroepen verschilt

VWS wil in haar nieuwe beleid op het gebied van depressiepreventie de focus leggen op een aantal hoogrisicogroepen [2]. Het huidige aanbod voor deze groepen is verschillend. Voor huisartspatiënten, schoolgaande kinderen/jongeren en mantelzorgers is een veel groter aanbod van interventies gevonden dan voor chronisch zieken en net bevallen moeders. De oorzaak hiervan is niet precies duidelijk. Het zou kunnen dat bij chronisch zieken en net bevallen moeders een (verhoogd) risico op depressieve klachten nog minder goed onderkend wordt door zorgverleners [25], waardoor er minder aanbod voor deze groepen ontwikkeld is.

Minder bekend over bereik en effectiviteit van interventies

Uit eerdere studies van het Trimbos-instituut is al gebleken dat het moeilijk is om precieze bereikgegevens boven de tafel te krijgen [62]. Als er gegevens bekend zijn, dan is dat meestal maar voor een beperkt deel van de aanbieders van een interventie. Verder zijn 'bereikgegevens' wel voor een aantal interventies opgenomen in de I-database van het CGL, maar onder de voorwaarde dat deze niet openbaar worden gemaakt. Bovendien wordt het monitoren en evalueren van het bereik van de interventies door VWS niet als taak van het CGL beschouwd, maar meer als taak van de eigenaars van de interventies, die in principe ook betrokken zijn als een interventie ergens lokaal wordt aangeboden [63]. Hierdoor ontbreekt een landelijk beeld van het huidige bereik van interventies voor depressiepreventie. Een uitzondering hierop vormen e-health-interventies. Voor e-health lijkt het eenvoudiger om het landelijk bereik in beeld te krijgen omdat deze interventies vaak landelijk worden aangeboden en centraal het aantal bezoekers en deelnemers wordt geregistreerd.

Ook gegevens over effectiviteit ontbreken grotendeels. Voor slechts een derde van de gevonden interventies voor de vijf risicogroepen zijn gegevens over effectiviteit gevonden. Deze komen voor het overgrote deel uit de I-database. Opvallend is dat van de twintig interventies die het meest aangeboden worden in Nederland van slechts de helft bekend is wat de effectiviteit is. De vraag is of het wenselijk is dat interventies worden aangeboden waarvan de effectiviteit onduidelijk is. Vaak bestaan deze interventies echter wel uit onderdelen, zoals cognitieve gedragstherapie, die op zichzelfstaand bewezen effectief zijn.

Aanbod van e-health stijgt

E-health is in Nederland aan een opmars bezig, zoals gesignaleerd werd door Riper *et al.* [20]. Meer dan de helft van de gevonden interventies voor chronisch

zieken betreft bijvoorbeeld een e-health-interventie. Vaak is dit een online cursus met een vorm van coaching per telefoon of e-mail. Deze interventies kunnen individueel thuis doorlopen worden. Echter het aanbod van e-health is nog niet voor alle doelgroepen even groot en de vraag is ook of het bij alle doelgroepen even effectief zal zijn. Voor een deel van de e-health-interventies is al bewijs dat zij tenminste 'goed onderbouwd' zijn en een klein aantal is zelfs al bewezen effectief. Volgens internationale experts kan Nederland gezien worden als een voorloper op het gebied van e-health en het onderzoek wat daarnaar wordt uitgevoerd.

Nationale inventarisatie is een momentopname

Vanaf 1 januari 2014 wordt de generalistische basis-GGZ ingevoerd. Hierdoor zullen verschuivingen binnen de GGZ gaan plaatsvinden. De huisarts wordt eerste aanspreekpunt voor mensen met klachten op het gebied van psychische gezondheid. Het doel is dat mensen meer in de eerstelijnszorg behandeld gaan worden en minder snel in de tweedelijns GGZ terecht komen. Het is nog onbekend welke effecten deze veranderingen zullen hebben op het aanbod van interventies zoals gevonden in dit onderzoek. Het Trimbos-instituut inventariseert in een onderzoek de verschuivingen die momenteel in het veld plaatsvinden naar aanleiding van de invoering van de generalistische basis-GGZ.

Nederland versus andere westerse landen

Ook al wordt Nederland beschouwd als één van de voorlopers op het gebied van depressiepreventie door buitenlandse experts, en dan vooral op het gebied van e-health, toch kan Nederland nog wel wat leren van andere westerse landen. Het beschreven buitenlandse beleid en de interventies kunnen ter inspiratie dienen bij de ontwikkeling van nieuwe Nederlandse interventies. Vooral de community-based aanpak, de inzet van 'vrijwilligers', bewezen effectieve interventies voor chronisch zieken en ook andere doelgroepen zijn voor Nederland relevant. Ook kunnen sommige buitenlandse websites over depressie als voorbeeld dienen voor Nederland als het gaat om overzichtelijkheid. Er zijn goede voorbeelden van websites die op doelgroep zijn ingericht. De Nederlandse websites zijn veelal meer algemeen van aard.

5.3 Reflectie op onderzoeksmethoden

Hieronder worden de sterke en minder sterke kanten van de gekozen methoden besproken.

Omgaan met beperkingen van primaire databron

Bij de inventarisatie is gebruikgemaakt van de I-database van het CGL als primaire databron. Deze bron kent echter een aantal beperkingen. Zo worden de interventies door de aanbieders zelf aan de I-database toegevoegd, waardoor informatie over interventies kan verschillen, terwijl het in essentie dezelfde interventie betreft. Voor dit onderzoek is de informatie over de interventies zoveel mogelijk consistent gemaakt. Verder blijkt dat de I-database wat betreft depressiepreventie vooral het aanbod van GGZ-instellingen/organisaties bevat. Daarnaast zet niet elke aanbieder van een specifieke interventie deze interventie in de I-database. Om zicht te krijgen op het totale aanbod aan interventies van zoveel mogelijk aanbieders zijn GGD'en aangeschreven en hebben interviews in de huisartsenpraktijk plaatsgevonden. Daarnaast zijn ook grijze literatuur en internet geraadpleegd.

Weinig bekend over interventies in de huisartsenpraktijk

Het blijkt lastig om de interventies die daadwerkelijk in de huisartsenpraktijk worden gegeven te achterhalen. Deze worden doorgaans niet in de I-database ingevoerd en worden ook niet in de grijze literatuur beschreven. Als alternatief is ervoor gekozen om één kaderhuisarts GGZ en vier POH's-GGZ te interviewen. Om na te gaan of het beeld dat uit de interviews naar voren komt, geldt voor het merendeel van de huisartsenpraktijken in Nederland is een uitgebreider onderzoek onder POH's-GGZ en huisartsen nodig.

Werkelijk aanbod van interventies soms moeilijk te bepalen

Het blijkt soms moeilijk te bepalen of een interventie wel of niet nog wordt aangeboden. Voor elke interventie uit de I-database is getracht na te gaan of deze nog tot het huidige aanbod hoorde en of er misschien meer aanbieders waren. Op een aantal websites van aanbieders staat echter dat de interventie bij voldoende belangstelling wordt aangeboden. In dit onderzoek zijn deze interventies wel meegeteld, maar de vraag is of dit terecht is.

Beperkingen internationale inventarisatie

Alleen internationale interventies die (ook) in het Engels of Duits beschreven waren, konden worden meegenomen in deze studie. Beschreven interventies in andere talen ontbreken dus in dit overzicht. Ook werden alleen interventies geïnccludeerd waarbij onderliggende materialen beschikbaar waren, zoals een website en/of evaluatierapport. De beschreven interventies geven dus slechts een beperkte indicatie van wat er in andere westerse landen beschikbaar is.

5.4 Conclusies en aanbevelingen

(Inter)nationaal beleid op gebied van depressiepreventie blijft van belang

Wereldwijd wordt er een stijging van het aantal mensen met de diagnose depressie verwacht. In Nederland zal dit aantal mogelijk ook stijgen en zal de zorgvraag toenemen omdat zorgverleners depressieve klachten eerder onderkennen en patiënten eerder hulp zoeken bij depressieve klachten [65]. Hierdoor blijft (inter)nationaal beleid op het gebied van depressiepreventie onverminderd belangrijk. Richtlijnontwikkeling, goede opleiding voor professionals, het gebruik van effectieve en kosteneffectieve interventies zijn ingrediënten voor depressiepreventie. Gegeven de beperkte financiële middelen is een goede samenwerking tussen partners in verschillende sectoren (gezondheidszorg, onderwijs, justitie, sociale zaken) essentieel. Binnen de Europese lidstaten is een verschuiving gaande van geestelijke gezondheidszorg binnen instituten naar meer 'community-based' faciliteiten. Deze verschuiving kan de genoemde intersectorale samenwerking versterken. In Nederland is deze verschuiving ook gaande, zoals ook duidelijk wordt uit de documenten van het NPP [2].

Gerichte aanpak depressiepreventie vraagt om verbetering aanbod

De overheid ziet mogelijkheden in een gerichte aanpak voor depressiepreventie voor een aantal specifieke doelgroepen. Het aanbod zoals gevonden in deze inventarisatie lijkt hier nog niet volledig op aan te sluiten. Op zich zijn er veel verschillende interventies gevonden, maar het aanbod voor de benoemde hoogrisicogroepen varieert sterk wat betreft totaal aantal interventies, aantal verschillende interventies en landelijke dekking. Verder lijkt een deel van de interventies maar door één aanbieder binnen één GGD-regio te worden aangeboden. Tot slot is maar van een klein deel van de interventies bekend of ze effectief zijn en of ze voldoende de doelgroep bereiken. Een meer uniform

aanbod van bewezen succesvolle interventies over heel Nederland voor de verschillende hoogrisicogroepen lijkt wenselijk. Dit zou ook passen binnen de beoogde gerichte aanpak, waarin de focus gelegd wordt op het aanbieden van bewezen effectieve interventies met een groot bereik aan de hoogrisicogroepen [2]. De Interventie-database van het CGL kan dienen als verzamelplaats voor deze interventies. Zorgaanbieders die depressiepreventie willen aanbieden, kunnen hier dan uit putten om binnen de eigen regio interventies op te zetten voor specifieke risicogroepen, die mogelijk eerder nog onderbelicht waren.

Transitie in GGZ vraagt om monitoring

Met de komst van de generalistische basis-GGZ wordt het belangrijk om de verschuivingen in de GGZ te monitoren. Een vervolg op deze inventarisatie over een aantal jaar kan nuttig zijn om te bepalen of en hoe het aanbod veranderd is. Het is bijvoorbeeld nu al bekend dat een aantal bestaande interventies ingekort zal gaan worden en dat een aantal interventies misschien wel gaat verdwijnen omdat de financiering niet meer rond te krijgen is [25]. Daarnaast zou meer zicht moeten komen op wat het huidige aanbod in de huisartsenpraktijk is en hoe dit verandert als de basis-GGZ wordt ingevoerd. Hierbij is het ook van om te onderzoeken of en hoe de huisarts de rol van eerste aanspreekpunt op het gebied van psychische gezondheid gaat vervullen en welke rol de POH-GGZ krijgt.

6 Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Landelijke nota gezondheidsbeleid: Gezondheid dichtbij. 2011: Den Haag.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Alles is gezondheid: Het Nationaal Programma Preventie 2014 - 2016 deel 1 en deel 2. 2013: Den Haag.
3. Trimbos-instituut. Feiten en cijfers depressie. 2010 2010 [Beschikbaar op: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/feiten-en-cijfers>]
4. Bool, M. and v.d.A. Poel, Opbrengst en waarde van het Partnership Depressiepreventie. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2011. 89(4): p. 236-241.
5. Trimbos-instituut. Mentaal Vitaal. 2013 [Beschikbaar op: <http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/mentaal-vitaal>]
6. Van Weel-Baumgarten EM, et al., NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap, 2012. 55(6): p. 252-9.
7. Trimbos-instituut. Subtypen depressie. 2009 [Beschikbaar op: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/subtypen>]
8. RIVM, Effecten van preventie: Deelrapport van de VTV 2010: Van gezond naar beter. 2010: Bilthoven.
9. Trimbos-instituut. Wat is preventie? 2013 [Beschikbaar op: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/wat-is-preventie>]
10. RIVM Centrum Gezond Leven. Wat is een gezondheidsbevorderende leefstijlinterventie? 2013 [Beschikbaar op: http://www.loketgezondleven.nl/interventies/kwaliteit-van-interventies/veelgestelde-vragen/#nwid_1]
11. RIVM Centrum Gezond Leven. Erkenningstraject: Niveaus en Criteria. 2013 [Beschikbaar op: <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/kwaliteit-van-interventies/beoordeling/niveaus-criteria/>]
12. Leven, R.C.G. Handreiking Gezonde Gemeente. 2013; [Beschikbaar op: <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/>]
13. Jansen-van Oord, S., Depressiepreventie jongeren in de gemeente Berkelland. 2012, GGD Gelre IJssel.
14. Ceelie, L. and J. Heinrich, Depressiepreventie Noord-Veluwe, evaluatierapport. 2012, Evaluatiebureau Publieke Gezondheid.
15. Anderson, R.J., et al., The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care, 2001. 24: p. 1069-1078.
16. van Maanen, J.G., et al., Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. Thorax, 2002. 57: p. 412-416.
17. Schoemaker, C., J. Spijker, and B.W. Pennix. Welke factoren beïnvloeden de kans op stemmingsstoornissen? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid 2013 [Beschikbaar op: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/welke-factoren-beïnvloeden-de-kans-op-depressie/>]
18. van Bastelaar, K.M.P., et al., Web-Based Depression Treatment for Type 1 and Type 2 Diabetic Patients: A randomized controlled trial. Diabetes care, 2011. 34: p. 320-325.

19. van der Zanden, R., et al., Effectiveness of an Online Group Course for Depression in Adolescents and Young Adults: A Randomized Trial. *J Med Internet Res*, 2012. 14(3): p. e86.
20. Riper, H., et al., Preventie & eMental-health: Kennissynthese 2013. 2013, Vrije Universiteit Amsterdam: Amsterdam.
21. Dijkstra, M., et al., Aard en Omvang GGZ-preventie 2011: Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ-preventie. 2012, Trimbos-instituut: Utrecht.
22. van der Zanden, R. and D. van der Linden, Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de Jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren. 2013, Trimbos-instituut: Utrecht.
23. Goossens, F.X. and A.P. van der Zanden, Factsheet KOPP/KVO. 2012, Trimbos-instituut: Utrecht.
24. van Santvoort, F., et al., Effectiveness of preventive support groups for children (8-12) of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2013. Epub.
25. Smit, F., et al., Depressiepreventie: Stand van zaken, nieuwe richtingen. 2013, Trimbos-instituut, UMCG, Vrije Universiteit Amsterdam: Utrecht.
26. Bransen, E., A. de Gee, and M. de Jonge, Psychische problemen in de familie: een groepscursus voor mantelzorgers. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2013. 3: p. 139-142.
27. Trimbos-instituut, Depressiepreventie, Trimbos-instituut, Editor.
28. van Doesum, K.T.M., et al., A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 2008. 79(3): p. 547-561.
29. Smit, F. and S. Meijer. Stemningsstoornissen: Wat is het bereik en wat zijn de effecten van preventie? . Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid 2013 [Beschikbaar op: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/bereik-effecten/>]
30. de Greef, M., et al., Evaluatierapport GROSSO Utrecht (Noordwest Zuid Zuidwest) 2009-2013. 2013: Utrecht.
31. Hegerl, U., et al., Alliances against depression - A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*, 2013.
32. Chaytor, N., et al., Long-term outcomes from the PEARLS randomized trial for the treatment of depression in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2011. 20(3): p. 545-9.
33. Ciechanowski, P., et al., PEARLS depression treatment for individuals with epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsy Behav*, 2010. 19(3): p. 225-31.
34. Steinman, L., M. Cristofalo, and M. Snowden, Implementation of an evidence-based depression care management program (PEARLS): perspectives from staff and former clients. *Prev Chronic Dis*, 2012. 9: p. E91.
35. Lenze, S.N., J. Pautsch, and J. Luby, Parent-child interaction therapy emotion development: a novel treatment for depression in preschool children. *Depress Anxiety*, 2011. 28(2): p. 153-9.
36. Whittaker, R., et al., MEMO--a mobile phone depression prevention intervention for adolescents: development process and postprogram findings on acceptability from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 2012. 14(1): p. e13.

37. Beardslee, W., T. Solantaus, and B. Morgan, Preventive interventions for children of parents with depression: international perspectives. *MJA Open*, 2012. 1(1): p. 23-27.
38. Twohig, M.P., et al., A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*, 2010. 78(5): p. 705-16.
39. Jorm, A.F., et al., Mental health first aid training by e-learning: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*, 2010. 44(12): p. 1072-81.
40. Jorm, A.F., et al., Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*, 2010. 10: p. 51.
41. Kelly, C.M., et al., Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*, 2011. 5(1): p. 4.
42. Fleming, T., et al., A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behav Cogn Psychother*, 2012. 40(5): p. 529-41.
43. Merry, S.N., et al., The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Bmj*, 2012. 344: p. e2598.
44. Reid, S.C., et al., A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: health service outcomes from a randomised controlled trial of mobiletype. *BMC Fam Pract*, 2013. 14(1): p. 84.
45. Arnarson, E.O. and W.E. Craighead, Prevention of depression among Icelandic adolescents: a 12-month follow-up. *Behav Res Ther*, 2011. 49(3): p. 170-4.
46. McCarty, C.A., H.D. Violette, and E. McCauley, Feasibility of the positive thoughts and actions prevention program for middle schoolers at risk for depression. *Depress Res Treat*, 2011. 2011: p. 241386.
47. Liber, J.M., et al., No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008. 49(8): p. 886-93.
48. Eggert, L.L., et al., Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide--risk behaviors, depression, and drug involvement. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 2002. 15(2): p. 48-64.
49. Aseltine, R.H., Jr., et al., Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 2007. 7: p. 161.
50. Drentea, P., et al., Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Soc Sci Med*, 2006. 63(4): p. 957-67.
51. Feinberg, M.E., et al., Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *J Fam Psychol*, 2010. 24(5): p. 532-42.
52. Kenyon, S., et al., Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk (ELSIPS): a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2012. 12: p. 11.
53. Brugha, T.S., et al., Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med*, 2011. 41(4): p. 739-48.
54. Morrell, C.J., et al., Training health visitors in cognitive behavioural and person-centred approaches for depression in postnatal women as part of a cluster randomised trial and economic evaluation in primary care: the PoNDER trial. *Prim Health Care Res Dev*, 2011. 12(1): p. 11-20.
55. Hewitt, C., et al., Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess*, 2009. 13(36): p. 1-145, 147-230.

56. Morrell, C.J., et al., Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess*, 2009. 13(30): p. iii-iv, xi-xiii, 1-153.
57. Morrell, C.J., et al., Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *Bmj*, 2009. 338: p. a3045.
58. Dennis, C.L. and T. Dowswell, Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. 2: p. Cd001134.
59. Economou, M., et al., [Depression telephone helpline: Help seeking during the financial crisis]. *Psychiatrike*, 2012. 23(1): p. 17-28.
60. Morgan, A.J., A.F. Jorm, and A.J. Mackinnon, Internet-based recruitment to a depression prevention intervention: lessons from the Mood Memos study. *J Med Internet Res*, 2013. 15(2): p. e31.
61. van den Berg, M., et al., Preventie in de zorg, in Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. 2013, RIVM: Bilthoven.
62. Schotanus-Dijkstra, M., et al., Tien jaar monitor GGZ-preventie: inzichten en vraagstukken Ontwikkelingen in organisatie, capaciteit, financiering en bereik. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2013. 91(4): p. 217-224.
63. Huijts P, brief Evaluatie CGL en PGV d.d. 30 oktober 2013, kenmerk 163063-1 11292-VGP, VWS: Den Haag.
64. Schoemaker C, et al. Neemt het aantal mensen met stemmingsstoornissen toe of af? . *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* 2013.
65. GGD-en en RIVM. Regionaal Kompas Volksgezondheid. 2013 [Beschikbaar op: <http://www.regionaalkompas.nl/>]
66. RIVM, Wereldkansen voor preventie. 2014, RIVM: Bilthoven.

7 Bijlagen

7.1 Nationale inventarisatie

De nationale inventarisatie van lokale en regionale initiatieven op het gebied van depressiepreventie diende om onderzoeksvraag 1a t/m f te beantwoorden en bestond uit een aantal stappen: een belronde met experts, een search in de Interventiedatabase (I-database) van het Centrum Gezond Leven (CGL), een search in overige bronnen, het uitvragen van GGD'en en telefonische interviews met aanbieders van interventies. Deze stappen worden hieronder beschreven.

7.1.1 *Belronde met experts*

In 2013 zijn twee belrondes uitgevoerd. In de eerste belronde (februari-april 2013) werden experts benaderd van de volgende organisaties: het Trimbos-instituut, GGD Nederland, ZonMw, College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Aan de experts van deze organisaties werden door het RIVM de volgende vragen gesteld:

1. Heeft u/uw organisatie een overzicht van lokale/regionale initiatieven op het gebied van depressiepreventie dat wij kunnen gebruiken voor onze inventarisatie? Of kent u andere instellingen/personen die ons verder kunnen helpen?
2. Heeft u informatie over buitenlandse initiatieven op dit gebied die relevant zijn voor Nederland? Of kunt u ons doorverwijzen naar iemand die hier informatie over heeft?

De tweede belronde (oktober-november 2013) is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de interventies die in de huisartsenpraktijk worden aangeboden (andere bronnen leverden hierover onvoldoende informatie op). In deze belronde zijn één kaderhuisarts GGZ en vier POH's-GGZ geïnterviewd. De vragenlijst is opgenomen in Bijlage 7.3.

7.1.2 *Search in I-database van het Centrum Gezond Leven*

De I-database van het CGL bevat interventies op het gebied van leefstijl en preventie in Nederland. Deze worden door de zorgaanbieders zelf in de I-database gezet, doorgaans op uitnodiging van het CGL. Voor de nationale inventarisatie werd op 24 april 2013 een zoekopdracht in de I-database uitgevoerd waarbij 'depressie' bij de interventies was aangevinkt in het veld 'Thema'. Hierbij werden interventies meegenomen die in de periode 2011 tot en met 2013 nieuw aan de I-database waren toegevoegd of die in die periode waren geactualiseerd. Dit leverde 447 interventies op.

Vervolgens werden de gevonden interventies opgeschoond, consistent gemaakt en vermeerderd via de volgende stappen:

- interventies gerelateerd aan de werksetting werden verwijderd;
- interventies waarbij in het doel of de korte omschrijving geen depressieve klachten of somberheidsklachten genoemd worden, werden verwijderd;
- interventies die door de ontwikkelaar in de I-database waren gezet, maar waarvan geen afgeleide interventie in de I-database of op internet werd gevonden, werden verwijderd;
- namen van interventies werden consistent gemaakt;

- GGD-regio's werden toegewezen op basis van de plaatsen waarin de interventie werd aangeboden;
- het type preventie werd consistent gemaakt door het lezen van het doel en de omschrijving;
- de officiële beschrijving van de interventie van de primaire eigenaar (bijvoorbeeld het Trimbos-instituut) werd toegevoegd als deze voorhanden was;
- de primaire doelgroep werd bepaald aan de hand van het doel en de omschrijving van de interventie;
- interventies werden vaker meegeteld als zij meerdere keren binnen één GGD-regio werden aangeboden door verschillende aanbieders of als één aanbieder ze in meerdere regio's bleek aan te bieden, zodat het totale aanbod per regio bepaald kon worden.

Het beschreven proces leverde uiteindelijk 494 interventies op. Dat er meer interventies waren dan aan het begin van het proces is te verklaren door de laatste stap in het proces (vaker meetellen van interventies).

7.1.3 *Overige bronnen ter aanvulling*

Om de gevonden interventies verder aan te vullen werd gezocht op internet via websites van GGZ-instellingen/ organisaties en andere aanbieders die toch al bezocht werden om na te gaan in welke plaatsen de interventies uit de I-database werden aangeboden. Daarnaast werd naar interventies gezocht in recente rapporten van onder andere het Trimbos-instituut en het Regionaal Kompas [20, 21, 25, 64]. Ook werd een search uitgevoerd in de grijze literaturoverzichten Narcis en Picarta en in de database van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Aanvulling via deze bronnen leverde in totaal zevenhonderd interventies op.

Alle 28 GGD'en hebben in mei 2013 een Excel-bestand ontvangen dat alle interventies voor depressiepreventie bevatte die op dat moment in de I-database van het Centrum Gezond Leven waren opgenomen voor de betreffende GGD-regio. Aan alle regionale GGD'en is gevraagd of er naast de interventies die in dit overzicht stonden nog andere initiatieven/interventies liepen op het gebied van depressiepreventie die niet waren opgenomen in deze database (het ging hierbij om interventies en initiatieven in de periode van 2011 t/m april 2013). Indien het overzicht niet volledig was, werd gevraagd om de ontbrekende interventies toe te voegen aan het overzicht en het overzicht vervolgens aan het RIVM te retourneren. De aanvulling via de GGD'en leverden 71 extra interventies op. In totaal werden 771 interventies gevonden in de nationale inventarisatie, waarvan 179 unieke interventies. Verder werden alle lokale en regionale beleidstukken die gevonden werden tijdens het nazoeken van informatie over initiatieven of interventies op het gebied van depressiepreventie verzameld.

7.1.4 *Telefonische interviews over interventies*

Om van een aantal interventies een beter beeld te krijgen wat betreft actoren, bereik en resultaat werd een vijftal interviews gehouden met aanbieders van een specifieke interventie. Deze aanbieders en interventies werden in samenspraak met VWS gekozen. Hierbij werd rekening gehouden met het type preventie (bij voorkeur selectief), de hoogerisicogroepen, de GGD-regio waarin de interventie werd aangeboden en het type aanbieder. De vragenlijst voor de interviews is opgenomen in Bijlage 7.4.

7.1.5

Afstemming met Trimbos-instituut

Omdat het Trimbos-instituut zich op het moment van de nationale inventarisatie ook met onderzoek over depressiepreventie in Nederland bezig hield, werd twee keer een afstemmingoverleg gehouden. Dit overleg vond plaats in mei en september van 2013. Tijdens deze overleggen werd informatie over de onderzoeken uitgewisseld om elkaars resultaten aan te vullen en in perspectief te plaatsen. Daarnaast werd additionele relevante informatie via e-mail uitgewisseld. Ook las het Trimbos-instituut mee met het onderhavige rapport.

7.2 Internationale inventarisatie

Met de inventarisatie van initiatieven op het gebied van depressiepreventie in andere landen kan onderzoeksvraag 2a t/m c beantwoord worden. De zoekstrategie bestond uit een benadering van experts, een search in de databases 'Mental Health Compass' en 'National Registry of Evidence-based Programs and Practices' (NREPP) en een search in overige bronnen. Hieronder volgt een beschrijving van de zoekstrategie.

7.2.1 *Benadering van experts*

De experts Ionela Petrea, Head Department International Mental Health Program van het Trimbos-instituut, Kristian Wahlbeck, Director of Development van de Finnish Association of Mental Health, en Ulrich Hegerl, Professor en Head of the Alliances Against Depression Initiatives in Duitsland zijn benaderd voor een kort telefonisch interview.

De volgende vragen zijn hen voorgelegd:

1. Wat is de positie van uw land in Europa wat betreft beleid voor psychische gezondheid en beleid voor depressiepreventie in het bijzonder?
2. Wat is naar uw mening de positie van Nederland?
3. Wat kunnen Nederlandse beleidsmakers leren van het beleid in uw land?
4. Heeft u voorbeelden van (regionale) best practices waarin het beleid voor depressiepreventie van uw land in praktijk wordt gebracht?

Daarnaast is binnen het RIVM is gesproken met Nicoline Tamsma, zij is Senior Advisor International Health Policy.

7.2.2 *Search in Mental Health Compass*

De 'EU-Compass for Action on Mental Health and Wellbeing' is een initiatief van de Europese Unie met als doel informatie-uitwisseling tussen de verschillende Europese lidstaten tot stand te brengen. De database heeft een eigen website: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/. Deze website bevat een overzicht van GGZ-interventies die zich richten op een goede geestelijke gezondheid voor jongeren, ouderen, en werknemers. Daarnaast biedt de website een overzicht van Europese initiatieven om een stigma van psychische ziekte of discriminatie tegen te gaan. Tot slot biedt de website een overzicht van interventies voor de preventie van depressie en suïcide.

Voor deze studie hebben we alle interventies voor preventie van depressie en suïcide geselecteerd. Deze interventies konden gerangschikt worden op beleidsinitiatieven – 'good policies' – en initiatieven voor de praktijk – 'good practice'. Dit leverde 43 beleidsinitiatieven en interventies voor de praktijk op. Van deze initiatieven werden onderliggende documenten, publicaties, websites enzovoort beoordeeld.

Vervolgens werden de interventies opgeschoond en een aantal interventies viel om de volgende redenen af:

- het betrof alleen suïcidepreventie;
- het betrof een interventie op de werkplek;
- het was geschreven in een taal die de onderzoekers niet beheersten;
- de interventie dateerde van voor 2010;
- er was geen onderliggende informatie over de interventie (meer) beschikbaar.

Voor deze studie bleven uiteindelijk zestien Europese initiatieven over op het gebied van depressiepreventie: zes over 'good policy' en tien over 'good practice'.

7.2.3 *Search in NREPP*

NREPP staat voor 'National Registry of Evidence-based Programs and Practices', een Amerikaans initiatief met als doel de bevordering van een goede geestelijke gezondheid en het tegengaan van verslaving. In de database zijn wereldwijde interventies opgenomen, met als doel uitwisseling tussen landen mogelijk te maken en te leren van succesvolle interventies en behandelingen. Alle interventies zijn beoordeeld op effectiviteit en de kwaliteit van onderzoek hiernaar. Een ander criterium betreft de beschikbaarheid van materialen over de interventies. De database heeft een eigen website:

<http://www.nrepp.samhsa.gov/>

Voor deze studie hebben we alle interventies geselecteerd met de keywords 'depression' en 'mental health promotion'. Dit leverde 44 interventies op.

Tijdens het opschoonproces viel een aantal interventies af om de volgende redenen:

- het betrof alleen suïcidepreventie;
- het betrof een interventie op de werkplek;
- de interventie dateerde voor 2010 en bestond niet meer op een website;
- er was geen onderliggende informatie (meer) beschikbaar;
- het betrof een review zonder concrete interventies;

Voor dit onderzoek bleven uiteindelijk elf internationale interventies over.

7.2.4 *Overige bronnen ter aanvulling*

Het RIVM heeft in opdracht van VWS een factsheet over preventie, waaronder depressiepreventie, uitgebracht [66]. Alle referenties werden nagelopen op recente relevante beleidspublicaties en publicaties over interventies. Dit leverde twee aanvullende beleidsgerichte publicaties op.

Ook werd nog een Google-search uitgevoerd met de zoekleutels: allintitle: depression (preventive OR prevention) (intervention OR interventions) en depressive (preventive OR prevention) en (intervention OR interventions), om te zoeken naar overige internationale interventies voor depressiepreventie. Dit leverde 58 hits op. Twee publicaties over beleid en drie over interventies werden toegevoegd aan deze studie.

Verder werden nog een ander beleidsrapport en acht andere interventies gevonden door een zoektocht naar zogenaamde 'grijze literatuur', rapporten, publicaties en dergelijke in internationale bibliografieën.

7.3 Vragenlijsten interviews depressiepreventie huisartsenpraktijk

Telefonisch interview POH-GGZ

- 1) Hoeveel jaar bent u werkzaam als POH-GGZ?
- 2) In welke regio werkt u?
- 3) Bij wie bent u in dienst? (Bij een gezondheidscentrum of bij een GGZ-instelling?)
- 4) Werkt u in een of meerdere huisartspraktijken?
- 5) Wat wordt er in deze huisartspraktijk(en) aan interventies voor depressiepreventie aangeboden?
 - a. Welke interventies doet u zelf?
 - b. Welke interventies doet de huisarts?
 - c. Aan wie wordt deze interventies doorgaans aangeboden?
 - i. Onderscheidt u verschillende doelgroepen?
 - ii. Welke zijn dat? (doelgroepen VWS uitvragen als ze die niet zelf noemen: kinderen/ jongeren (KOPP/KVO, scholieren), net bevallen moeders, mantelzorgers, mensen met een chronische ziekte en mensen met depressieve klachten)
- 6) Op basis van welke criteria wordt besloten of een patiënt in de huisartsenpraktijk in aanmerking komt voor een interventie voor depressiepreventie?
- 7) Op basis van welke criteria wordt een patiënt meteen doorverwezen naar een interventie in de GGZ (NB: dit kunnen ook gesprekken met een eerstelijns psycholoog zijn)?
- 8) Naar welke interventies wordt het meest doorverwezen? En wie biedt deze interventie(s) aan?
- 9) Waarin verschillen de interventies in de huisartsenpraktijk van de interventies die meestal door anderen worden aangeboden als het gaat om depressiepreventie?
- 10) Welke interventie doet u zelf het meest?
 - a. Kunt u wat vertellen over de inhoud van deze interventie?
 - b. Voor welke doelgroep is deze interventie?
 - c. Hoeveel mensen hebben er aan die interventie deelgenomen (afgelopen jaar of afgelopen 12 maanden of eerste helft 2013)?
 - d. Is deze interventie geëvalueerd? Wat is het resultaat van deze interventie?
 - e. Komt het voor dat na het aanbieden van de interventie mensen alsnog naar de GGZ worden doorverwezen?
 - i. Hoe vaak komt dat voor?
 - ii. Wat is de reden hiervoor?
 - iii. Naar welke interventie worden deze mensen dan doorverwezen?
- 11) Bestaat er een lokaal/regionaal/landelijk overzicht van interventies die momenteel via de huisartsenpraktijk worden aangeboden? Zouden wij dit mogen inzien en opnemen in ons rapport? (adres/email geven)

Telefonisch interview kaderarts-GGZ

- 1) Hoeveel jaar bent u werkzaam als kaderarts-GGZ?
- 2) In welke regio werkt u?
- 3) Kunt u vertellen wat uw werkzaamheden als kaderarts-GGZ zijn?
- 4) Wat wordt er in huisartspraktijken doorgaans aan interventies voor depressiepreventie aangeboden?
 - a. Welke interventies doet de huisarts?
 - b. Welke interventies doet de POH-GGZ?
 - c. Aan wie wordt deze interventies doorgaans aangeboden?
 - i. Onderscheidt u verschillende doelgroepen?
 - ii. Welke zijn dat?
- 5) Op basis van welke criteria wordt besloten of een patiënt in de huisartsenpraktijk in aanmerking komt voor een interventie voor depressiepreventie?
- 6) Op basis van welke criteria wordt een patiënt meteen doorverwezen naar een interventie in de GGZ?
- 7) Naar welke interventies wordt het meest doorverwezen? En wie biedt deze interventie(s) aan?
- 8) Waarin verschillen de interventies in de huisartsenpraktijk van de interventies die meestal door anderen worden aangeboden als het gaat om depressiepreventie?
- 9) Welke interventie doet u zelf het meest?
 - a. Kunt u wat vertellen over de inhoud van deze interventie?
 - b. Voor welke doelgroep is deze interventie?
 - c. Hoeveel mensen hebben er aan die interventie deelgenomen (afgelopen jaar of afgelopen 12 maanden of eerste helft 2013)?
 - d. Is deze interventie geëvalueerd? Wat is het resultaat van deze interventie?
 - e. Komt het voor dat na het aanbieden van de interventie mensen alsnog naar de GGZ worden doorverwezen?
 - i. Hoe vaak komt dat voor?
 - ii. Wat is de reden hiervoor?
 - iii. Naar welke interventie worden deze mensen dan doorverwezen?
- 10) Bestaat er een lokaal/ regionaal/ landelijk overzicht van interventies die momenteel via de huisartsenpraktijk worden aangeboden? Zouden wij dit mogen inzien en opnemen in ons rapport?

7.4 Interviews aanbieders interventies

Algemene gegevens interventie

- 1) Sinds wanneer wordt de interventie aangeboden?
- 2) In welke gemeenten binnen de regio wordt de interventie aangeboden?
- 3) Wat is het doel van de interventie?
- 4) In welke setting vindt de interventie plaats (bijvoorbeeld school, buurtcentrum, GGZ-instelling, gezondheidscentrum, huisartsenpraktijk)?
- 5) Wie financiert de interventie? Is er een eigen bijdrage?
- 6) Welke (overige) actoren zijn betrokken bij de (implementatie van de) interventie (bijvoorbeeld docenten, maatschappelijk werk)?
- 7) Hoe is de interventie vormgegeven, welke methoden worden gebruikt (bijvoorbeeld groepsbijeenkomsten, zelfhulpboek of website, huisbezoeken)?
- 8) Worden er verschillende vormen van de interventie aangeboden (bijvoorbeeld bijeenkomsten en online zelfhulp)?

Motivatie keuze interventie

- 9) Waarom heeft u specifiek deze interventie gekozen voor deze doelgroep?
- 10) Heeft u ook andere interventies overwogen in plaats van deze interventie? Waarom heeft u die niet gekozen?
- 11) Biedt u nog meer interventies aan voor deze doelgroep? Waarom wel/niet?

Bereik interventie (hierbij uitgaan van kalenderjaar 2012 of eerste helft 2013)

- 12) Hoe zijn de mensen uit de doelgroep geworven?
- 13) Hoeveel mensen zijn via de werving bereikt/benaderd?
- 14) Hoeveel mensen kwamen in aanmerking voor deelname (beoogd aantal)?
- 15) Hoeveel mensen zijn begonnen aan de interventie?
- 16) Hoeveel mensen hebben de interventie afgemaakt?

Resultaten interventie

- 17) Waren de deelnemers tevreden over de interventie?
- 18) Is de interventie door jullie geëvalueerd? Zo ja, hoe?
- 19) Welke resultaten zijn behaald met de interventie?

Toekomst

- 20) Bent u van plan deze interventie in 2014 ook nog aan te bieden?
- 21) Zo ja, ook in dezelfde vorm?
- 22) Zo nee, waarom niet en gaat u dan een andere interventie aanbieden voor deze doelgroep?

7.5 Overzicht alle gevonden interventies

Naam interventie	Frequentie
Aandacht voor uzelf (telefonisch)	4
Alleen verder	8
Alles onder controle (bijeenkomsten)	2
Alles onder controle (online, kanker)	1
Alles onder controle (online, MS)	1
Alles onder controle (online)	2
Allochtone zorgconsulent	1
Anders leren denken	11
Anders leren denken (telefonisch)	1
Be interactive	6
Beating the blues (online)	1
Ben je gek	1
Beter gestemd (online)	1
Beter in je vel	3
Beweeg je leven	1
Bewegen geeft kracht	1
Bewegen voelt goed	1
Bewegen zonder zorgen	3
Bewust ontspannen	3
Bezoekdienst weduwen en weduwnaars	7
Bezoekvrouwen	1
BigMove GGZ	12
Bureau Basiszorg	1
Consultatiebureau ouderen	3
De kracht van je leven	2
Delfgoud	1
Dementieonline.nl.nl	1
Depressie zelftest (online)	1
Depressief.nl (online)	1
Depressievrij.nl (online)	1
Depri-en-dan (online)	1
Diabetergestemd (online)	1
Dipdoc.nl	1
Doepressie	1
Doorbraakprogramma Depressie	2
Dranjewel.nl (e-health)	1
E-mailservice mantelzorgers	1
E-mailservice mensen met psychische klachten	1
Een stap op weg	3

Familiespreekuur (telefonisch)	1
Fietsgroep	1
Fit door het leven	1
Geluk moet je pakken	1
Gespreksgroep Omgaan met rouw	2
Get2knowU	1
Gezond zorgen zelfhulp website (online)	1
Gezondheid in balans	1
Gezondheidscheck	1
Grip en glans	11
Grip op je dip (bijeenkomsten)	6
Grip op je dip (online)	1
Grip op je dip (schoolcursus)	1
Grip op je dip (telefonisch)	2
Grosso	1
Haal meer uit je leven	5
Happyles (online)	1
Head up	11
Hoe blijf ik mijzelf	1
Hoezo roze wolk (online)	1
In 5 gesprekken op weg	1
In de put, uit de put (55+)	7
In de put, uit de put (telefonisch)	3
In de put, uit de put (verkorte)	10
In de put, uit de put (volwassenen)	19
Informatiecentrum geestelijke gezondheid	1
InHuis	1
Integrale aanpak depressie preventie ouderen	3
Je dip te lijf	1
Je leven in balans	1
Keep your balance	1
Kleur je leven (online)	1
Kleurrijke dagen	1
Klikvoorhulp.nl (online, jongeren)	1
Klikvoorhulp.nl (online, volwassenen)	1
KopOpOuders (e-mailservice)	1
KopOpOuders (online groepscursus)	1
KopOpOuders (online zelfhulpcursus)	1
KOPP allochtonen	3
KOPP asielzoekers	3
KOPP Doe-praatgroep	24
KOPP Jongerengroep	22

KOPP Pubergroep	19
KOPP Speel-doegroep	4
KOPP Volwassenen	4
Kopstoring (online)	1
Kunst van het ouder worden	14
Laat maar zien wie je bent	2
Langer leuker leven	1
Leefstijlcoach	1
Lekker in je vel?	1
Leren leven met een chronische ziekte/Beperkt maar niet bedrukt	8
Lessen in geluk	1
Let op de kleintjes/Knallende ruzie thuis/En nu ik	10
Levenslust	1
Levensvaardigheden	1
Lichaamsgericht werken	3
Lichte dagen, donkere dagen	25
Liever bewegen dan moe	20
Mamakits (bijeenkomsten)	2
Mamakits (spreekuur)	3
Mentaal vitaal (online)	1
Mind-spring	5
Minddistrict (online)	1
Minder piekeren	4
Mindfulness	26
Mindfulness (13-16 jaar)	1
Mindfulness (9-12 jaar)	1
Mindmasters (online)	1
Moeder-baby interventie	15
Moeder-kindcursus	3
Moeder-kleutergroep	3
Moeder-peutergroep	6
Moodgym (online)	1
Moodlifter (online)	1
Nabestaanden na zelfdoding	7
Nationale Depressietest (telefonisch)	1
Nieuwe bewoners in het verzorgingshuis	3
No dip, no drugs, safe sex	1
Non-verbale kindergroep	2
Omgaan met borderline	15
Omgaan met dementie	9
Omgaan met dubbele diagnose	1
Omgaan met mensen met een depressie	13

Omgaan met mensen met een depressie (telefonisch)	2
Omgaan met schizofrenie	12
Ontspannen door inspennen	2
Op verhaal komen	5
Op zoek naar zin	14
Ouderen in contact	3
Paardkrachtig	2
Pak aan	1
Piekeren en ontspanning	3
Piep zei de muis	7
Pijn aan het gevoel	1
Plezier in bewegen	1
Plezier op school	23
Positief denken voor ouderen	1
Praten online (online)	1
Preventie van depressie bij jongeren	2
Preventie van depressie en angst bij autochtone ouderen	1
Preventie van depressie en angst bij etnische groepen	1
Preventie van depressie en suïcidaliteit	1
Preventieve module zorgprogramma asielzoekers,	1
Preventieve ondersteuning mantelzorgers (POM)	9
Programma Depressiepreventie Noord Veluwe	1
Psychische problemen bij verzorgingshuisbewoners	1
Psychische problemen in de familie (voorlichtingsbijeenkomst)	10
Psychische problemen in de familie/ Psychiatrie in de familie	19
Psychischegezondheid.nl/depressiecentrum (online)	1
Psycho-educatie allochtone vrouwen	4
Psyfit.nl (online)	1
Question-zone.nl (online)	1
Rouw in beweging	1
Runningtherapie	10
Sociale vaardigheidstraining	2
Somber of gespannen	3
Somberheid: wat kun je er zelf aan doen? (niet NL talig)	1
Spreekuur ontmoeting	3
Steunpunt mantelzorgers	3
Steuntje in de rug	3
Stoppen met piekeren/ Niet piekeren	12
StressLes(s)	1
Succesvol ouder worden	1
Survival kid (online)	1
Terugval depressie online (online)	1

Theatervoorstelling Weerzin	1
Therappi App (online)	1
Triple P	4
Uit de put, in beweging	1
Vaders van nu	1
Vaker Happy	2
Verhalen die we leven/ verhaal van je leven	7
Verlies en dan verder	8
Voel je goed (allochtonen)	2
Voel je goed (met diabetes)	3
Voel je goed (ouderen)	1
Voluit leven (bijeenkomsten)	17
Voluit leven (eenmalige bijeenkomst)	3
Voorlichting 'somberheid en depressie'	1
Voorlichting geestelijke gezondheid	3
Voorlichting goede geestelijke gezondheid (allochtonen)	1
Vrienden	12
Vroegsignalering en preventie voor risicogroepen	4
Wandelpraatgroep	1
Weer kracht	3
Workshops preventie psychische klachten	2
Zelf aan de slag	17
Zippy's vrienden	2
Zonder werk ook toekomstperspectief	2
Zorgeloos in beweging	1
Zorgmakelaars	1
Zumba	1
Zwaar weer (online)	1
Total	771

7.6 Overzicht aantal interventies per doelgroep per GGD-regio

		Allochtonen	Asielzoekers (incl. vluchtelingen)	Scholieren				Mantelzorgers			Nabestaanden	Net bevallen moeders	Huisartspatienten		Ouders/ opvoeders	Totaal
				Chronisch zieken	Kinderen/ jongeren	Scholieren	Kinderen huiselijk geweld	KOPP/KVO	Mantelzorgers/ vrijwilligers	Partners/ familieleden			Volwassenen	Ouderen		
GGDregio	GGD Amsterdam	12	0	3	1	6	0	5	0	2	1	2	8	6	0	46
	GGD Brabant-Zuidoost	3	1	0	3	2	0	3	2	5	1	1	4	3	0	28
	GGD Den Haag	3	1	3	2	4	0	6	0	2	1	1	7	1	0	31
	GGD Drenthe	1	1	0	2	1	0	1	0	0	1	1	8	5	0	21
	GGD Flevoland	2	0	2	0	1	0	2	2	2	1	0	3	1	0	16
	GGD Fryslân	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	1	0	3	0	10
	GGD Gelderland Midden	10	0	1	1	2	0	5	0	5	3	1	9	5	0	42
	GGD Gooi & Vechtstreek	0	0	1	0	0	1	4	1	3	0	0	4	0	1	15
	GGD Groningen	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	6	0	12
	GGD Hart voor Brabant	4	0	0	4	4	1	6	1	5	2	0	14	4	0	45
	GGD Hollands Midden	1	0	1	1	1	0	3	1	4	0	1	6	2	1	22
	GGD Hollands Noorden	2	1	1	0	1	0	1	0	4	0	0	5	3	1	19
	GGD IJsselmeer	1	0	2	1	3	1	3	0	2	2	1	4	2	0	22
	GGD Kennemerland	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	5	2	0	13
	GGD Limburg-Noord	3	1	0	1	1	0	4	1	2	2	0	5	2	0	22
	GGD Midden-Nederland	3	0	1	2	0	1	3	2	1	1	0	9	7	0	30
	GGD Nijmegen	9	0	1	1	1	0	4	0	3	2	1	4	3	0	29
	GGD Noord - en Oost- Gelderland	2	0	1	1	2	0	5	1	8	2	1	10	6	0	39
	GGD Rivierland	9	0	0	1	3	0	5	1	2	2	1	5	4	0	33
	GGD Rotterdam-Rijnmond	7	0	2	1	6	1	2	0	3	1	1	10	5	1	40
	GGD Twente	4	0	1	1	3	0	5	2	5	0	1	11	3	0	36
	GGD Utrecht	3	0	1	1	1	1	4	0	0	0	0	4	2	0	17
	GGD West-Brabant	2	0	0	1	4	0	3	0	4	2	1	7	2	0	26
	GGD Zaanstreek-Waterland	1	1	1	0	3	1	3	0	3	1	1	7	1	1	24
	GGD Zeeland	1	0	1	1	3	0	2	2	5	1	1	5	2	0	24
	GGD Zuid-Holland West	2	0	0	1	0	0	14	3	1	1	0	2	3	0	27
	GGD Zuid-Holland Zuid	2	0	0	0	6	1	2	2	4	1	1	4	1	0	24
	GGD Zuid-Limburg	0	0	0	1	0	2	4	0	1	3	0	5	3	0	19
	Landelijk	0	0	5	9	1	0	6	2	0	0	1	15	0	0	39
Totaal		90	6	29	37	60	10	110	24	78	34	21	180	87	5	771

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag