Agnes van der Poel, Hester Duivis, Farand Laghaei, Joran Lokkerbol, Filip Smit en Brigitte Boon

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Strategische verkenning

Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen

Pas bevallen moeders, jongeren, huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werknemers

Agnes van der Poel, Hester Duivis, Farand Laghaei, Joran Lokkerbol, Filip Smit en Brigitte Boon

Strategische verkenning

Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen

Pas bevallen moeders, jongeren, huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werknemers

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2014

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever en financier
Ministerie van VWS, directie Publieke gezondheid

Auteurs
Agnes van der Poel, Hester Duivis, Farand Laghaei, Joran Lokkerbol, Filip Smit en Brigitte Boon
Publieke geestelijke gezondheid, Trimbos-instituut

Met medewerking van
Rianne van der Zanden, Els Bransen, Marijke Ruiter, Stephanie Leone, Moniek Zijlstra-Vlasveld en Marjolein Veerbeek
Trimbos-instituut

Met dank aan
Marjolein de Vries
Trimbos-instituut

En dank aan alle deelnemers aan interviews en focusgroepen

Productiebegeleiding
Joris Staal

Opmaak
Canon Nederland N.V.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl, artikelnummer AF 1348

© 2014 Trimbos-instituut, Utrecht
Alle rechten voorbehouden. Het overnemen van teksten is toegestaan, mits met juiste bronvermelding.

Inhoudsopgave

1 Achtergrond: depressie en preventie 5

2 Gerichte aanpak van depressiepreventie: doel en werkwijze 9

3 Verbinding van risicogroep, setting en zorgverleners 11
3.1 Rol van gemeenten en GGD 12
3.2 Doelgroepen, settingen en interventies 13
3.3 Generalistische basis-GGz 14

4 Gerichte aanpak voor zes risicogroepen 15
4.1 Verkenning voor de zes risicogroepen 15
4.2 Pas bevallen moeders 16
4.3 Jongeren: VMBO-leerlingen en KOPP/KVO-kinderen 18
4.4 Huisartspatiënten 20
4.5 Chronisch zieken: kankerpatiënten 22
4.6 Mantelzorgers 24
4.7 Werknemers: ziekenhuisverpleegkundigen 25
4.8 Geconsulteerde partijen 28

5 Kernpunten verkenning "Gerichte aanpak depressiepreventie" 29

Referenties en noten 31

1. Achtergrond: depressie en preventie

Depressie treft velen

In Nederland krijgt bijna één op de vijf volwassenen (18-64 jaar) ooit in het leven en ongeveer één op de twintig in de periode van één jaar een depressie[1]. In absolute aantallen maken zo'n 546.500 volwassenen per jaar een depressieve episode door. Jaarlijks krijgen zo'n 135.600 volwassenen voor het eerst een depressie (incidentie)[2]. Inclusief jongeren en ouderen, wordt geschat dat bijna 800.000 mensen (in 2011) een stemmingsstoornis hadden[3]. Hiermee staat depressie al jaren in de top vijf van hoogste ziektelast, hoogste ziektekosten en grootste veroorzakers van arbeidsverzuim. Depressie vormt daarmee een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Effectieve preventie van depressie is mogelijk, en in veel gevallen ook kosteneffectief (zie tabel 1).

Depressiepreventie: eerste stappen vanaf 2006

Depressiepreventie is in het beleid van het ministerie van VWS sinds ongeveer tien jaar een speerpunt, naast roken, alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en bewegen[4]. Deze aandoeningen en risicofactoren zijn verantwoordelijk voor de grootste, deels vermijdbare ziektelast. Met de komst van de eerste Preventienota in 2006 heeft het ministerie initiatieven ondersteund die het bereik van depressiepreventie beogen te vergroten, zoals het Partnership Depressiepreventie (2007-2012[5]) en de ontwikkeling van de online portal MentaalVitaal.nl. Met deze initiatieven is een aantal eerste stappen gezet.

In het Partnership Depressiepreventie is, na een landelijke verkenning, ingezet op drie pijlers: landelijk gezondheidsbeleid, professionals en het publiek. Resultaten zijn onder andere dat steeds meer gemeenten depressiepreventie en psychische gezondheid in hun lokale gezondheidsnota hebben opgenomen en dat het themadeel depressiepreventie van de Handreiking Gezonde Gemeente (RIVM-Centrum Gezond Leven) door velen geraadpleegd wordt. Een aantal GGD'en is ondersteund bij het opstellen van een maatschappelijke business case, die hen heeft geholpen bij het agenderen van activiteiten op het gebied van depressiepreventie. Met professionals in zorg en welzijn is gewerkt aan instrumenten voor het beter kunnen signaleren van depressieve klachten, en dat heeft bijgedragen aan de ontwikkeling en implementatie van de e-learning 'Signaleren depressie' voor verschillende beroepsgroepen. Specifiek voor bedrijfsartsen is een Handreiking Depressiepreventie ontwikkeld en opgenomen in het aanbod van nascholing voor bedrijfsartsen. Voor het publiek is ingezet op de toeleiding naar MentaalVitaal.nl. Bij het einde van het Partnership Depressiepreventie eind 2012 werd geconcludeerd dat er veel bereikt is, met name in agendering, ontwikkeling en deels in implementatie, maar dat er nog werk te doen is als het gaat om verdere implementatie en borging. Tegelijkertijd werd geconcludeerd dat de incidentie van depressie onverminderd was gebleven, en dat om de incidentie van depressie daadwerkelijk en substantieel te verminderen, een gerichte aanpak voor (hoog) risicogroepen nodig is.

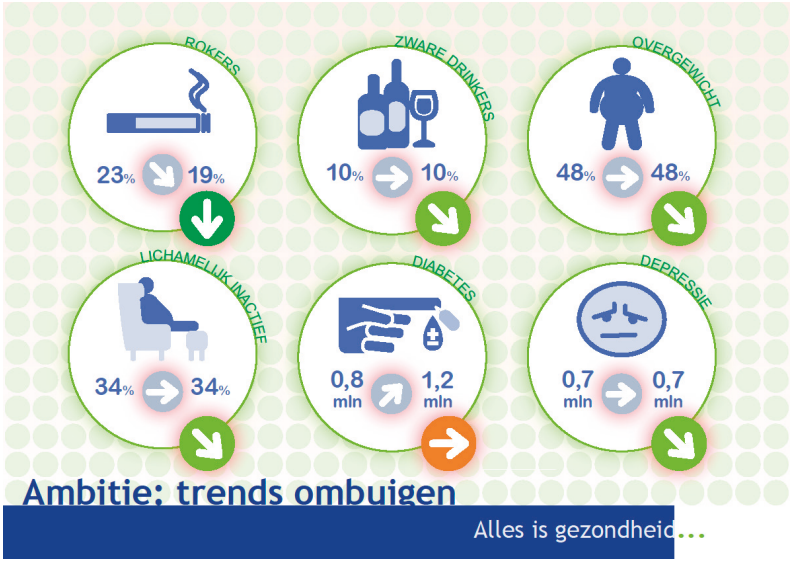
Incidentie onverminderd hoog

Ondanks de inspanningen in de afgelopen jaren, is de incidentie van depressie niet verminderd. Een verklaring daarvoor ligt enerzijds in de vele en diverse risicofactoren die invloed hebben op het ontstaan en persisteren van depressieve klachten (subklinische depressie). Een aantal van die risicofactoren liggen buiten de invloed van de personen die het treft, zoals de samenstelling van burgers in een wijk en de hoeveelheid groen in een wijk. Ook presenteren depressieve klachten en depressie zich op verschillende manieren: waar de een nauwelijks slaapt, is de ander het bed niet uit te krijgen; waar de een overmatig eet, krijgt een ander geen hap door de keel; waar de een zichzelf overschreeuwt, trekt de ander zich volledig terug; et cetera. Het gaat om een verstoring van draagkracht en draaglast, het gaat om lichaam en geest. Anderzijds vragen veel mensen met depressieve klachten niet zelf om hulp en ondersteuning. Dat betekent dat zorgverleners en professionals die in contact staan met de persoon met depressieve klachten deze klachten moeten signaleren, om vervolgens mensen toe te leiden naar effectieve interventies, variërend van (begeleide) zelfhulp tot een groepscursus.

Bovenstaand maakt dat de logische verbinding tussen beleid en uitvoering (per doelgroep/setting) niet altijd wordt gemaakt. Er is niet één 'probleemeigenaar' aan te wijzen: de gemeente is verantwoordelijk (Wpg), zorgverleners zijn verantwoordelijk (via hun richtlijnen en standaarden) en burgers zelf zijn verantwoordelijk (via leefstijl en zelfmanagement). Het gaat juist om het samenspel tussen deze groepen actoren – gezamenlijk zijn zij 'eigenaar' van het brede thema psychische gezondheid.

Nationaal Programma Preventie: depressiepreventie

Het ministerie houdt vast aan depressiepreventie als speerpunt en onderstreept daarmee dat preventie een kwestie van lange adem is. In 2013 verscheen het Nationaal Programma Preventie 2014-2016, *Alles is gezondheid…*, waarin uitdagingen, uitgangspunten, doelstellingen en activiteiten beschreven staan. Belangrijk uitgangspunt in het NPP is dat gezondheid niet van de overheid is, maar van iedereen. Door focus en verbinding aan te brengen, wordt het belang van een brede, integrale aanpak van preventie benadrukt, dichtbij de leef- en belevingswereld van mensen: in de wijk, op de school, op het werk en in de zorg. In figuur 1 staan de trends en ambities van het NPP verbeeld. Het aantal mensen met een depressie zal, bij ongewijzigd beleid, in 2030 onveranderd zijn. Het is de ambitie om deze trend te buigen.



Figuur 1. Nationaal Programma Preventie, trends en ambities

Focus en verbinding: gerichte aanpak depressiepreventie

Om de incidentie van depressie daadwerkelijk en substantieel te verminderen, lijkt het, na een periode van agendering en ontwikkeling, zaak een gerichte aanpak van depressiepreventie voor risicogroepen te organiseren. In de gerichte aanpak staat de verbinding van risicogroep, setting en zorgverlener/professional centraal. In opdracht van het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut deze verkenning uitgevoerd. De resultaten daarvan staan in deze strategische verkenning.

Tabel 1. Depressie en depressiepreventie

Definitie van depressie

Er is sprake van een depressieve stoornis als iemand minimaal vijf van de onderstaande symptomen heeft, waaronder één of beide kernsymptomen, gedurende minstens twee weken.

Kernsymptomen:

- een neerslachtige stemming
- een duidelijk verlies aan interesse in (bijna) alle activiteiten

Aanvullende symptomen:

- eetproblemen (heel veel of heel weinig eten) of verandering in gewicht
- slaapgebrek of juist te veel slapen
- geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
- vermoeidheid en verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens
- concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding

Belang depressiepreventie

Het belang van depressiepreventie is gelegen in het volgende:

- Te midden van allerlei andere ziekten en stoornissen is depressie één van de grootste veroorzakers van ziektelast.
- De forse ziektelast van depressie veroorzaakt niet alleen lijden, maar ook substantiële economische kosten.
- Wanneer alleen therapie geboden wordt aan mensen met een acute depressie blijft het leeuwendeel van de ziektelast en de kosten van depressie voortbestaan.
- Juist bij depressie is het aantal personen met een eerste of terugkerende depressie zeer omvangrijk. Het indammen van die instroom van nieuwe en recidiverende depressiegevallen vraagt om preventie.

Effectief

Depressiepreventie blijkt effectief:

- Meta-analyses laten zien dat preventieve interventies het aantal nieuwe gevallen met 15~30% doen afnemen wanneer er eenmalig één interventie wordt aangeboden.
- Dat percentage stijgt tot circa 50% wanneer preventie op een 'stepped-care' wijze wordt aangeboden.
- Het lijkt waarschijnlijk dat het percentage 'vermeden gevallen' ook hoog zal zijn wanneer preventieve interventies aangeboden worden aan hoogrisicogroepen.

In de preventieve geneeskunde zijn de genoemde percentages te zien als grote effecten.

Kosteneffectief

Onderzoek laat verder zien dat depressiepreventie niet alleen effectief is, maar ook kosteneffectief:

- Depressiepreventie aangeboden als 'minimaal begeleide zelfhulp' blijkt kosteneffectief en zelfs kostenbesparend wanneer niet alleen de zorgkosten maar ook de effecten op arbeidsproductiviteit worden beschouwd.
- Preventieve e-health gaat gepaard met schaalvoordelen: wanneer meer mensen er gebruik van maken, dalen de kosten per gebruiker aanzienlijk.

Gezondheid-economische doorrekeningen laten zien dat het Nederlandse zorgsysteem voor depressie als geheel (dus inclusief behandeling) doelmatiger wordt wanneer meer wordt gedaan aan depressiepreventie en preventie van terugkerende depressies. Dat wil zeggen dat voor eenzelfde zorgbudget méér gezondheidswinst behaald kan worden. In een tijd van economische schaarste is dat een belangrijk inzicht.

Bron: Smit e.a. (2013). Depressiepreventie. Stand van zaken, nieuwe richtingen [6]

2. Gerichte aanpak van depressiepreventie: doel en werkwijze

Ervaringen en resultaten van de afgelopen tien jaar kunnen input geven aan de gerichte aanpak van depressiepreventie op zes risicogroepen, zoals aangegeven in het Nationaal Programma Preventie. In deze strategische verkenning wordt deze gerichte aanpak verkend. De verkenning is uitgevoerd door het Trimbos-instituut, van september 2013 tot medio 2014.

Doel van de gerichte aanpak

De gerichte aanpak van depressiepreventie heeft als doel de incidentie van depressie te verminderen, door de gerichte inzet van effectieve preventieve interventies aan mensen in risicogroepen. Het uitgangspunt is de logische verbinding van de risicogroep in de bevolking aan de plaatsen waar de groep zich bevindt (setting) en de zorgverleners/professionals die horen bij die setting. Startvragen zijn steeds: waar is de risicogroep te vinden en bij wie past signalering van depressieve klachten? Welke effectieve preventieve interventies zijn er en wie kan de risicogroep doorleiden naar deze interventies? Een gerichte aanpak wil zeggen dat de aanpak per risicogroep zoveel als mogelijk gestandaardiseerd is, liefst binnen (landelijk) bindende kaders.

De zes risicogroepen zijn:
pas bevallen moeders, jongeren, huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werknemers in stressvolle beroepen.

Iedere risicogroep bevindt zich in een of meerdere settings en in deze settings werken bepaalde zorgverleners/professionals. De settingen, of domeinen, zoals beschreven in het NPP zijn: gemeente en wijk, zorg, school en werk. Interventies specifiek gericht op depressiepreventie zijn er talloos, maar slechts enkele zijn onderzocht en effectief bevonden.

Werkwijze

In de verkenning zijn de volgende stappen doorlopen:
1. Bestuderen van de wetenschappelijke literatuur;
2. Zoeken naar effectieve interventies in interventiedatabases, waaronder RIVM-Gezond en Actief Leven (van Centrum Gezond Leven), Databank Effectieve Jeugdinterventies (van NJI), Databank Effectieve Sociale Interventies (van Movisie);
3. Consultatie van betrokken veldpartijen, over de gerichte aanpak per risicogroep, in individuele gesprekken en in focusgroepen;

Wat volgt in deze strategische verkenning?

In paragraaf 3 wordt een algemeen beeld geschetst van de verbinding van risicogroepen voor depressie aan de settingen, met bijbehorende zorgverleners. In paragraaf 4 wordt de verkenning van de gerichte aanpak verder beschreven: eerst overkoepelend voor alle groepen (§4.1), gevolgd door een korte beschrijving per risicogroep (§4.2 t/m 4.7). In §4.8 is een overzicht van de geconsulteerde veldpartijen opgenomen. In paragraaf 5 worden de kernpunten van de verkenning van de gerichte aanpak onder elkaar gezet, leesbaar als een samenvatting met aanbevelingen.

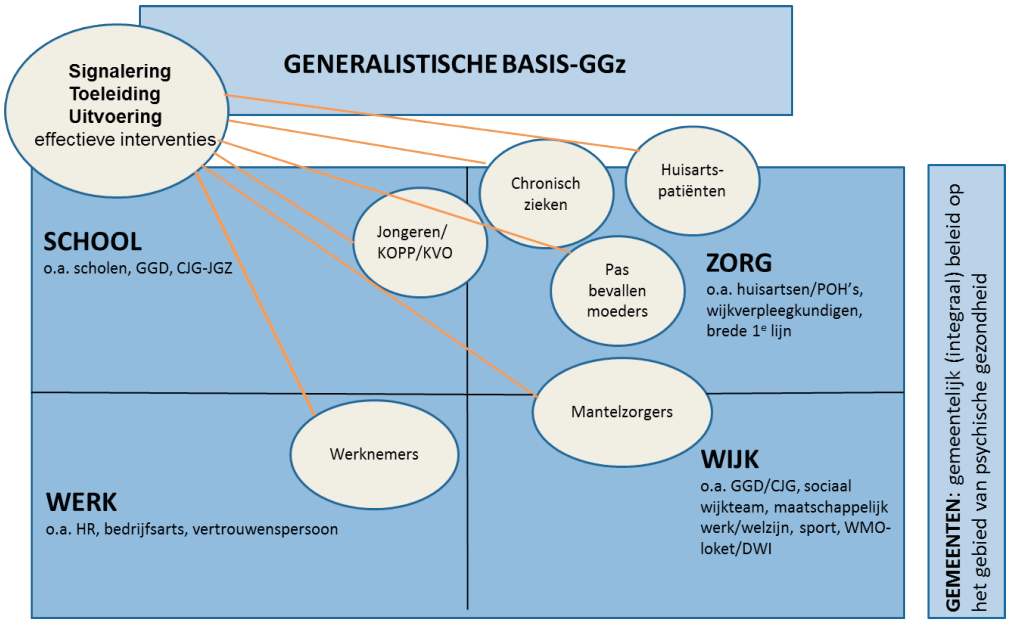
En de burger?

In deze strategische verkenning is geen expliciete rol voor burgers, waaronder de leden van de doelgroepen, beschreven. Uiteraard hebben burgers een verantwoordelijkheid om gezond te leven. Vanuit de omgeving moet hen dat zo gemakkelijk mogelijk worden gemaakt (vanuit de principes van sociale marketing). Vanuit de landelijke overheid, gemeente en zorgverleners is het zaak om stigma rondom psychische problemen te verminderen, onder andere door deze bespreekbaar te maken. Hulpverleners en professionals moeten signaleren, bespreekbaar maken, motiveren en toeleiden zien als een gewoon onderdeel van hun professioneel handelen. Daarnaast moet juiste en voor iedereen begrijpelijke informatie over depressie en depressieve klachten gemakkelijk vindbaar zijn.

3. Verbinding van risicogroep, setting en zorgverleners

Deze paragraaf schetst een algemeen beeld van de verbinding van depressiepreventie per risicogroep aan de setting waar deze te vinden is, met bijbehorende zorgverleners en professionals. Dit algemene beeld is te zien als een kader waarin de gerichte aanpak plaats kan vinden. Uitgangspunt is de burger, cliënt of patiënt, zij bevinden zich in de settingen school, zorg, werk en wijk. In deze paragraaf wordt de rol van de landelijke overheid buiten beschouwing gelaten.

Figuur 2 schetst dat algemene beeld. De gemeente en GGD hebben een rol in de ontwikkeling en uitvoering van gemeentelijk (integraal) beleid (§3.1). In de settingen wijk, zorg, school en werk bevinden zich de risicogroepen voor depressie, en in deze settingen werken zorgverleners die depressieve klachten kunnen signaleren, mensen kunnen toeleiden naar effectieve interventies en/of deze interventies uitvoeren (§3.2). Als er geen sprake is van depressieve klachten, maar van een (vermoeden van een) depressieve stoornis, dan is doorverwijzing naar de generalistische basis-GGz aan de orde (§3.3).



Figuur 2. Depressiepreventie: verbinding tussen risicogroepen, settings en zorgverleners/professionals

3.1 Rol van gemeenten

De preventiecyclus, en daarmee de koppeling tussen de landelijke en gemeentelijke nota gezondheidsbeleid, is vanuit de Rijksoverheid bedoeld als stimulans voor het beleid op het gebied van gezondheidsbevordering en om lokale beleidscycli te ondersteunen[1]. Twee jaar na het verschijnen van de landelijke nota, actualiseren gemeenten hun lokale gezondheidsbeleid. De landelijke prioriteiten bieden aangrijpingspunten voor gemeenten om effectiever beleid te kunnen voeren. Idealiter is er op gemeentelijk niveau politiek bestuurlijk draagvlak voor integraal beleid, waarin doelstellingen op het gebied van (in dit geval) psychische gezondheid helder geformuleerd zijn, afspraken over regie vastgelegd zijn, en financiering van activiteiten benoemd zijn. Beleid kan gericht worden op het collectief (maatschappelijk/sociaal, zoals versterken van veerkracht/ mentale weerbaarheid, groen, buurtinitiatieven en participatie) en op het individu (vroegsignalering door zorgverleners/-functionarissen en toeleiding naar preventieve interventies). Idealiter faciliteert de gemeente samenwerking/verbinding tussen relevante partijen.

Gemeentelijk beleid wordt gevoed door lokale epidemiologische gegevens, zoals de Monitor Volksgezondheid die de GGD iedere vier jaar onder een steekproef van inwoners uitzet[2]. Een gemeente kan ervoor kiezen om in bepaalde wijken extra inspanningen te plegen, op basis van bijvoorbeeld de samenstelling van de bevolking en de aanwezigheid van risicofactoren in de gemeente/wijk (o.a. leeftijd, etniciteit, werkloosheid, eenoudergezinnen).

De Handreiking Gezonde Gemeente (HGG; te vinden bij het RIVM-Centrum Gezond Leven) geeft gemeentelijke beleidsmakers en –uitvoerders actuele informatie, tips, praktijkvoorbeelden rondom gezondheidsbevordering in de gemeente. De HGG geeft aan wat nodig is om gezondheidsbeleid te maken, uit te voeren en te evalueren en presenteert mogelijkheden voor een integrale aanpak, gebaseerd op vijf pijlers, voor acht gezondheidsthema's, waaronder depressie. De pijlers (zie tabel 2) worden gebruikt om bestaande interventies en acties te inventariseren, aandachtspunten te formuleren en richting te geven aan nieuw beleid, na te gaan welke partners en sectoren relevant zijn om te betrekken of mee samen te werken, en interventies te kiezen die bijdragen aan gestelde doelen en bestemd zijn voor de gekozen doelgroepen.

Tabel 2. De vijf pijlers van de integrale aanpak van depressie

Pijler 1: omgeving
Depressie en fysieke en sociale omgevingsfactoren hangen met elkaar samen. De gemeente treft maatregelen die gericht zijn op een gezonde leefomgeving die gezond gedrag stimuleert, bijvoorbeeld een groene en veilige omgeving, sociale cohesie in buurten.
Pijler 2: regelgeving en handhaving: is op depressiepreventie niet van toepassing.
Pijler 3: voorlichting en educatie
Veel mensen hebben onjuiste ideeën over depressie (en andere psychische problemen). Gemeenten kunnen met een actief voorlichtings- en bewustwordingsbeleid inzetten op het bijstellen c.q. wegnemen van onjuiste ideeën en vooroordelen, en het belang van mentale vitaliteit benadrukken. Ook educatieve activiteiten op scholen kunnen bijdragen aan een beter begrip.
Pijler 4: signalering en toeleiding
De signalering van risicofactoren, depressieve klachten en depressie vormen een belangrijke schakel in de keten van depressiepreventie. Belangrijk is dat zorgverleners en andere professionals de risicofactoren en signalen herkennen, én dat zij kunnen adviseren en waar nodig toeleiden naar preventie of zorg.
Pijler 5: ondersteuning (uitvoering interventies)
Preventieve ondersteuning is gericht op risicogroepen en mensen met depressieve klachten, en kan bestaan uit (korte) groepscursussen, individuele ondersteuning of (begeleide) online zelfhulp. Gemeenten zijn eerstverantwoordelijk voor de uitvoering van selectieve preventie (gericht op risicogroepen) en verzekeraars vergoeden vooral de geïndiceerde preventie (voor mensen met depressieve klachten), maar ook gemeenten dragen hier aan bij. Met ingang van 2014 behoort geïndiceerde preventie van depressie tot het takenpakket van de huisarts en praktijkondersteuner van de huisarts (POH-GGZ), in de huisartsenzorg. Afhankelijk van de uitkomsten van een lokale probleemanalyse kan een gemeente het aanbod voor risicogroepen prioriteit geven. Soms wordt een verband gelegd met een ander gezondheidsprobleem, zoals overgewicht of riskant alcoholgebruik.
Bron: Handreiking Gezonde Gemeente, themadeel Depressie, van het RIVM-Centrum Gezond Leven [3]

3.2 Doelgroepen, settingen en interventies

Doelgroepen depressiepreventie

Mensen zijn, als het om depressieve klachten en depressie gaat, in te delen in de volgende groepen:

1. Mensen (al dan niet behorend tot een risicogroep) zonder depressieve klachten
Deze mensen ervaren geen depressieve klachten, het is zaak dat zo te houden, door de versterking van hun veerkracht (mentale weerbaarheid), maar ook door de inrichting van hun leefomgeving en bijvoorbeeld participatie.

2. Mensen (al dan niet behorend tot een risicogroep) met depressieve klachten
Het is een gegeven dat veel mensen met depressieve klachten, zeker degenen met een lagere sociaal-economische status, niet zelf actief op zoek gaan naar manieren om hun psychische toestand te verbeteren. Het is nodig dat professionals (zorgverleners als huisartsen, POH's, verloskundigen en wijkverpleegkundigen, en anderen als docenten, maatschappelijk werkers en ouderenconsulenten) bij deze mensen depressieve klachten signaleren, hen motiveren en – als nodig – toeleiden naar een interventie. Deze interventies kunnen verschillende vormen hebben: zelfmanagement (boek of online), begeleide zelfhulp (boek/online met klein aantal gesprekken met zorgverlener), face-to-face individueel of in een groep gegeven door zorgverlener. Geïndiceerde preventie behoort sinds 2014 tot de taak van de huisarts en POH-GGZ.

3. Mensen met (vermoeden van) depressie
Als een zorgverlener of andere professional het vermoeden heeft dat er geen sprake is van depressieve klachten, maar van een (beginnende) depressie, dan is het zaak dat deze mensen zo snel mogelijk door een huisarts of POH-GGZ gezien worden, om hen te diagnosticeren, te begeleiden, en als nodig te behandelen in de generalistische basis-GGz of door te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz.

De preventie van depressie vindt plaats in de eerste twee hierboven genoemde groepen. Bij de eerste groep gaat het om universele en selectieve preventie, bij de tweede groep om de toeleiding en uitvoering van geïndiceerde preventie. Universele en selectieve preventie wordt veelal (ook) toegepast om mensen met depressieve klachten te identificeren, zodat zij doorgeleid kunnen worden naar een preventieve interventie (geïndiceerde preventie). Bij de derde groep is er geen sprake meer van preventie, maar van diagnostisering en behandeling.

Settingen

Risicogroepen bevinden zich de settingen school, zorg, werk en wijk. In iedere setting bevinding zich ook de relevante partijen die betrokken kunnen zijn bij de preventie van depressie – zie tabel 3.

Tabel 3: setting gekoppeld aan risicogroep voor depressie en betrokken partijen

Setting	Risicogroep	Partijen (binnen en buiten zorg)
Wijk	Mantelzorgers	GGD, sociale wijkteams, CJG, maatschappelijk werk/-welzijn, buurtcentra, sport/bewegen, WMO-loket, DWI
School	Jongeren	GGD, docenten, CJG-JGZ
Zorg	Pas bevallen moeders, huisartspatiënten, chronisch zieken	Huisarts, POH, wijkverpleegkundige, brede eerstelijn (incl. verloskundige, consultatiebureau etc.)
Werk	Werknemers	Bedrijven, bedrijfsarts, vertrouwenspersoon, management

De setting wijk is verbonden met de settingen zorg en school, vanwege de wijkgebondenheid van de zorg en scholen. Dat wordt ook duidelijk als gekeken wordt naar de verantwoordelijkheden: de wijk en de school zijn settingen in de publieke gezondheid (gemeente); de zorg speelt zich af in de curatieve zorg (Zvw), maar ook in de publieke gezondheid (gemeente). Voor scholen geldt dat de verbinding met de wijk met name voor het basisonderwijs, scholen in het voortgezet onderwijs hebben veelal een regionale functie. In de setting werk is depressiepreventie thema van de bedrijfsgezondheidszorg en management; de gemeente heeft hier minder invloed op (bovendien werken veel mensen bij een bedrijf buiten hun woongemeente). In

elke setting is de burger ook verantwoordelijk voor de eigen psychische gezondheid. Daarnaast hebben veel partijen belang bij psychisch gezonde bewoners, patiënten, leerlingen, werknemers enzovoorts. Wanneer partijen gezamenlijk optrekken, worden ieders verantwoordelijkheid en mogelijkheden duidelijk, en wordt gewoonlijk een regisseur aangewezen die het overzicht houdt en het proces bewaakt (veelal is dat een rol van de gemeente/GGD).

Idealiter wordt in het beleid en in de uitvoering lokaal geïnventariseerd welke zorgverleners/functionarissen welke rol zullen spelen, waarbij het ook van belang is in kaart te brengen welke interventies al uitgevoerd worden en welke interventies toegevoegd zouden moeten worden. Deskundigheidsbevordering en communicatie blijken hierbij altijd van belang.

In alle settingen moet ernaar gestreefd worden dat de benoemde zorgverleners en functionarissen capabel zijn om depressieve klachten te signaleren, mensen te motiveren en toe te leiden naar effectieve interventies. De uitvoering van de interventie kan in een andere setting plaatsvinden.

Interventies
Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat geïndiceerde depressiepreventie effectief en kosteneffectief is[4]. In Nederland zijn (enkele) bewezen effectieve interventies beschikbaar[5], zoals te zien is in de Interventiedatabase Gezond en Actief Leven van het RIVM-CGL; dat is echter niet voor alle hoogrisicogroepen het geval.

Een recent RIVM-rapport[6] laat zien dat voor vijf van de zes hoogrisicogroepen (doelgroep werknemers uitgesloten) 179 unieke interventies gevonden zijn (via vooral de Interventiedatabase Gezond en Actief Leven van het RIVM-Centrum Gezond Leven, peiling 2011-2013). Met name voor de doelgroepen scholieren, mantelzorgers en huisartspatiënten is een gevarieerd aanbod gevonden; voor chronisch zieken en net bevallen moeders is een aanmerkelijk kleiner en minder gevarieerd aanbod gevonden. De uitvoering en het bereik kennen een grote variatie. Het RIVM concludeert dan ook: "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."

3.3 Generalistische basis-GGz

Voor alle risicogroepen in alle settingen geldt dat wanneer er sprake is van meer dan depressieve klachten, de huisarts/POH-GGZ de aangewezen zorgverlener is om mensen te diagnosticeren en zo nodig te behandelen of door te verwijzen. Er is dan geen sprake meer van preventie. Mensen komen dan in eerste instantie terecht in de generalistische basis-GGz.

4. Gerichte aanpak voor zes risicogroepen

Voor elk van de zes risicogroepen is de gerichte aanpak van depressiepreventie verkend volgens de eerder beschreven werkwijze: er is literatuuronderzoek gedaan, naar effectieve interventies gezocht en er zijn veldpartijen geconsulteerd.

4.1 Risicogroepen

Een aantal risicogroepen is te divers om als één groep te benaderen. Voor deze verkenning zijn keuzes gemaakt voor bepaalde subgroepen op basis van de literatuur en consultatie van veldpartijen. Belangrijk daarbij was informatie over risicofactoren en hoogrisicogroepen. Ook van belang bij de keuze voor bepaalde groepen was of er effectieve interventies beschikbaar zijn voor bepaalde hoogrisicogroepen. Indien dat zo is, dan kan de gerichte aanpak er uit bestaan dat de signalering en toeleiding opgeschaald moet worden.

- In de groep jongeren is de aanpak van VMBO-scholieren en KOPP/KVO-kinderen in de schoolsetting verkend; deze groepen staan genoemd in het NPP. VMBO-scholieren zijn, net als KOPP/KVO-kinderen, een risicogroep. Voor deze laatste groep is een palet aan interventies beschikbaar – het schort vaak aan de (vroeg-)signalering en toeleiding. KOPP/KVO staat voor kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders.

- Binnen de groep chronisch zieken is ervoor gekozen om een aanpak voor kankerpatiënten te verkennen. Voor deze groep zijn er signaleringsinstrumenten voor psychische klachten. Voor hart- en vaatziekten en COPD/longziekten is minder voorhanden. Daarnaast geldt dat voor diabetes depressiepreventie opgenomen is in de richtlijnen[1].

- Binnen de groep werknemers in stressvolle beroepen is, in overleg met het ministerie van SZW, gekozen voor ziekenhuisverpleegkundigen, vanwege de omvang van die groep die last heeft van depressieve klachten. Voor een aantal andere groepen werknemers is al bijzondere aandacht (zoals de politie en andere publieke dienstverlening[2]). Het ministerie van SZW startte in 2014 de campagne 'Check je werkstress', die veel bedrijven en werknemers zal bereiken[3].

- Mantelzorgers leveren informele zorg aan naasten. Dementie-mantelzorgers zijn in deze verkenning niet specifiek meegenomen omdat er voor die groep al veel ondersteuning voorhanden is[4].

- Voor de groep huisartspatiënten is gekozen voor de verkenning van een aanpak die onderscheid maakt tussen preventie van de eerste depressie en van een volgende depressie (terugvalpreventie). Met de invoering van de Basis GGZ is GGZ-preventie een onderdeel geworden van de huisartsenzorg.

- Binnen de groep pas bevallen moeders is geen keuze voor een subgroep gemaakt, omdat over deze groep nog weinig bekend is.

Per risicogroep is de gerichte aanpak verkend, met als vaste componenten antwoorden op de volgende vragen:
- *Wie* zijn de zorgverleners / professionals rondom deze risicogroep voor depressie?
- *Wat* moeten deze zorgverleners doen? Het gaat om het signaleren van depressieve klachten, mensen met klachten kunnen toeleiden naar effectieve preventieve interventies, en uitvoering van deze interventies.
- *Hoe* kunnen deze zorgverleners dit doen? Zij moeten kunnen signaleren (is training nodig?), effectieve interventies moeten voorhanden zijn (is dat zo?) en voor toeleiden is juiste informatie en structurele samenwerking nodig (is dit er al?); kortom, welke (voorbereidende) acties moeten ondernomen worden?
- *Waar* vindt dit alles plaats? Het gaat om de setting waar de risicogroep komt en zorgverleners werken: zorg, wijk, school, werk.

4.2 Pas bevallen moeders

In Nederland is postpartum depressie een verwaarloosd aandachtsgebied, maar gelet op alle ongewenste gevolgen ervan is 'niets doen' geen optie. Preventie kan geïntegreerd worden in de bestaande pre- en postnatale zorg en dus daar aangeboden worden waar moeders dat aanbod het meest verwachten.

4.2.1 Achtergrond

Prevalentie en hoogrisicogroep
Geschat wordt dat postpartum depressie 13% van de moeders treft1. In Nederland is geen onderzoek gedaan naar het vóórkomen van postpartum depressie, maar er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit percentage in Nederland hoger of lager zou liggen. Per jaar worden in Nederland ± 178.000 kinderen geboren, en daarmee hebben 23.400 pas bevallen moeders een postpartum depressie. Bij zwangere vrouwen en pas bevallen moeders met een hoog risico op postpartum depressie ligt de jaarprevalentie ervan op ongeveer 25%, voor vrouwen met een laag risico ligt dat op 2,3%, zo blijkt uit recent onderzoek1. Een postpartum depressie kan tot 12 maanden na de geboorte ontstaan.

Depressieve klachten tijdens de zwangerschap zijn voorspellend voor de ontwikkeling van postpartum depressie. Daarnaast hebben zwangere vrouwen of moeders die net bevallen zijn een verhoogd risico op een postpartum depressie wanneer zij[1]:

- Eerder een depressieve episode hebben doorgemaakt
- Familiair belast zijn met postpartum depressie
- Relatieproblemen hebben en/of weinig sociale steun ervaren
- Tienermoeders zijn en/of migranten zijn
- Hoge (onrealistische) verwachtingen van het moederschap hebben
- Moeite hebben met major life events
- Moeite hadden met zwanger raken en/of een lange bevalling hadden

Gevolgen[2]
Postpartum depressie is de meest voorkomende complicatie in de postnatale zorg en kan verreikende gevolgen hebben voor de moeder, het kind en het gezin. Door postpartum depressie gaan in Nederland jaarlijks naar schatting 5.553 gezonde levensjaren verloren. Wanneer een postpartum depressie niet behandeld wordt treedt er gemiddeld na 4 tot 6 maanden spontaan herstel op. Echter, in sommige gevallen duurt de depressie langer, met langdurig en ernstig lijden als gevolg voor zowel de nieuwe moeder als haar gezin. Moeders met postpartum depressie ervaren gevoelens van schaamte en eenzaamheid, zij ervaren meer huwelijksproblemen en ook komen scheidingen vaker voor. Daarnaast is er een verhoogd risico op suïcide en in enkele gevallen zelfs infanticide. Er zijn ook gevolgen voor het kind op de korte en lange termijn; zo kan er sprake zijn van een onveilige hechting, een verhoogd risico op kindermishandeling en verwaarlozing, en komen er meer emotionele, gedrags-, cognitieve en interpersoonlijke problemen op latere leeftijd voor. Tevens ontwikkelt 40% van de kinderen met depressieve ouders een depressie voor het 18e jaar.

4.2.2 Verkenning

Setting zorg: verloskunde, kraamzorg en consultatiebureau
De huidige infrastructuur in de pre- en postnatale zorg in Nederland is goed georganiseerd. Het merendeel van de zwangere vrouwen (circa 80%) komt veelvuldig voor controle bij de verloskundige. In de week na de geboorte maakt 95% van de gezinnen gebruik van kraamzorg. Na de bevalling zien jeugdverpleegkundigen en -artsen van het consultatiebureau 100% van de baby's minimaal één keer. Vervolgens zijn er in het eerste levensjaar van het kind ongeveer 10 contactmomenten op het consultatiebureau met de jeugdverpleegkundige en -arts. Zwangere vrouwen en vrouwen die net bevallen komen zo goed in beeld. Signalering, informatieoverdracht en uitvoering van depressiepreventie kunnen daarom bij uitstek geïntegreerd worden in de bestaande pre- en postnatale zorg. Depressiepreventie wordt daarmee aangeboden op de plek en het tijdstip waarop zwangere vrouwen en pas bevallen moeders die verwachten.

Interventies

In Nederland zijn (nog) geen wetenschappelijk onderzochte preventieve interventies beschikbaar, wel loopt er onderzoek (zie tabel 4).

In het buitenland zijn wel interventies onderzocht. Een recente meta-analyse over 28 gerandomiseerde gecontroleerde studies laat zien dat het aantal postpartum depressies afnam met 22% wanneer pas bevallen vrouwen een preventieve psychosociale of psychologische interventie ondergingen[1]. Meer specifiek bleek dat preventieve interventies effectief zijn wanneer de interventie:

- individueel is;
- postnataal wordt ingezet;
- uit meerdere contactmomenten bestaat;
- uitgevoerd wordt door een professionele zorgverlener;
- aangeboden wordt aan vrouwen met een verhoogd risico op depressie.

Een voorbeeld van een interventie die aan deze criteria voldoet, is de Engelse interventie van Brugha en collega's[2]. 'Health visitors' brengen één tot maximaal acht huisbezoeken van een uur aan pas bevallen moeders waarbij zij ondersteunend en geruststellend (normaliserend) werken met de moeders bij het omgaan met depressieve klachten. Onderzoek toont aan dat de interventie effectief is in de preventie van postpartum depressie en daarnaast ook kosteneffectief is. In Nederland zou een dergelijke interventie vrij gemakkelijk in de bestaande pre- en postnatale zorg geïntegreerd kunnen worden.

Tabel 4. Studies in Nederland gericht op preventie van postpartum depressie

In Groningen loopt de Pregnancy Outcomes after Maternity Intervention for Stressful Emotions (PROMISES) studie, waarin onderzocht wordt of er vroeg in de zwangerschap voorspeld kan worden of de zwangere een verhoogd risico heeft op ontwikkeling van een postpartum depressie. Ook wordt onderzocht of aanbieden van psychologische therapie tijdens de zwangerschap aan vrouwen met depressieve of angstklachten een effect heeft op de ervaren klachten én op het kind[4].

De academische werkplaats Twente onderzoekt of het standaard gebruik van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; screening) daadwerkelijk bijdraagt aan een betere herkenning van postpartum depressie op het consultatiebureau. Daarnaast wordt onderzocht of een moeder eerder hulp krijgt en of dit positieve effecten heeft op de ontwikkeling van het kind[5].

Uit onderzoek van het ErasmusMC blijkt dat een standaard online screening (Mind2Care) op psychische en psychosociale problemen bij zwangere vrouwen, helpt bij het signaleren van deze problematiek in de verloskundige en gynaecologische praktijk6.

Uitkomsten consultatie van betrokken partijen

- Gedurende de periode van de verkenning zijn experts van relevante en betrokken partijen geconsulteerd (zie §4.8). Uit deze consultatie blijkt het volgende:
- Vertegenwoordigers van de geconsulteerde veldpartijen onderkennen het belang van een gerichte aanpak van de preventie van postpartum depressie.
- Een verminderd aantal postpartum depressies lijkt haalbaar, wanneer preventieve activiteiten duurzaam geïntegreerd worden in de pre- en postnatale zorg voor moeder en kind. Daarvoor is signalering, informatieoverdracht en uitvoering van preventie in samenhang nodig. De werkwijze zal moeten passen in het dagelijkse werk van de betrokken zorgverleners.
- Verbeteren van de herkenning van een beginnende postpartum depressie is nodig: met een geaccrediteerde bij- of nascholing voor zorgverleners in de pre- en postnatale zorg (verloskundigen, kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen) en door opname van signalering in opleidingen voor deze beroepsgroepen. De e-learning Signaleren Depressie[7] kan hiervoor geschikt gemaakt worden door opname van casussen van beginnende postpartum depressie.

- Mogelijk kan bij de signalering van een beginnende postpartum depressie gebruik worden gemaakt van de EPDS (screeningsinstrument; Edinburgh Postnatal Depression Scale). Deze wordt in het buitenland gebruikt bij de opsporing van moeders met depressieve klachten. In Nederland wordt de effectiviteit van de EPDS momenteel onderzocht door de academische werkplaats Jeugd in Twente[5].
- In de relevante richtlijnen en zorgstandaarden is opgenomen dat zorgverleners (niet nader omschreven) psychosociale problemen en risicofactoren bij de (aanstaande) moeder op geëigende overdrachtsmomenten communiceren[8]. Hoewel er afspraken zijn, verloopt de overdrachtscommunicatie lang niet overal altijd vlekkeloos. Het ontbreekt aan een eenduidig protocol waarin aangegeven wordt welke informatie op welk moment aan wie overgedragen moet worden. Ontwikkeling en implementatie van een communicatieprotocol zal de informatieoverdracht tussen zorgverleners (ketenpartners) in de pre- en postnatale zorg verbeteren.
- Keuze uit een beperkt aantal effectieve interventies ter preventie van postpartum depressie zal de haalbaarheid van het doel vergroten. Gekozen zal moeten worden uit interventies die zich specifiek richten op preventie van postpartum depressie (zoals de bewezen effectieve Engelse interventie die bestaat uit een aantal laagdrempelige huisbezoeken[3] en interventies die een breder spectrum behelzen (zoals het JGZ-opvoedingsondersteuningsprogramma Stevig Ouderschap[9]).
- Wanneer een pas bevallen moeder een depressie heeft, dan is de interventie 'Ouder-Baby Interventie' geschikt[10]. Dit betreft geïndiceerde preventie, bestaande uit begeleiding van het gezin in de thuissituatie. Dit is voor deze specifieke doelgroep de enige interventie waarvan de werkzaamheid wetenschappelijk is aangetoond in de Nederlandse situatie.

4.3. Jongeren: VMBO-scholieren en KOPP/KVO-kinderen

In Nederland heeft 20-25% van de 19-jarigen een depressieve episode doorgemaakt. Een gerichte aanpak om dit percentage naar beneden te krijgen is nodig, gezien de gevolgen voor de jongere zelf en een scala aan maatschappelijke gevolgen. Met de uitvoering van een preventieve interventie in de klas op school kunnen jongeren met een hoog risico op depressie gevonden worden en gericht worden doorverwezen naar andere effectieve interventies.

4.3.1 Achtergrond

Prevalentie en risicogroepen

Depressie is een veel voorkomende psychische stoornis onder jongeren[1], waarvan de prevalentie toeneemt in de adolescentie: depressie komt voor bij 2,8% van de kinderen tot 13 jaar en bij 5,6% van de 13-18 jarigen. In de adolescentie stijgt de prevalentie sterker bij meisjes dan bij jongens (2:1). In de jongvolwassenheid neemt de prevalentie verder toe: op jaarbasis heeft 6,7% van de Nederlandse 18-24 jarigen een depressie en de kans hierop is voor deze leeftijdscategorie groter dan voor de oudere leeftijdscategorieën. Op 19-jarige leeftijd heeft 20-25% van de jongeren een depressieve episode doorgemaakt. Depressie komt veel voor samen met andere stoornissen zoals angststoornissen (25%), obsessief compulsieve stoornissen (15%) en externaliserende problemen zoals ADHD (25-40%). Een depressie op jonge leeftijd voorspelt een langere duur van de stoornis, gaat samen met een hoog risico (30%) op persisteren van de stoornis op volwassen leeftijd en het verhoogt het lifetime risico op suïcide van 1,3% in de algemene bevolking tot 6%.

Depressieve klachten (subklinische depressie) komt eveneens veel voor onder jongeren[1]. De jaarprevalentie wordt geschat op 21,4% van de Nederlandse jongeren tussen 13-17 jaar; prevalentiecijfers over jongvolwassenen ontbreken.

Er bestaat niet één oorzaak voor depressie onder jongeren. Aangenomen wordt dat het om een complex samenspel van genetische, biologische, psychologische en sociale factoren gaat[2]. Er zijn verschillende risicofactoren voor depressie bij jongeren (en volwassenen) te onderscheiden:
- Ouders met psychische problemen (KOPP/KVO)
- Lage sociaal economische status (lage SES)
- Homoseksuele voorkeur
- Aanwezigheid van een andere psychische stoornis

- Aanwezigheid van een chronische ziekte
- Excessieve geremdheid
- Geringe zelfwaardering
- Weinig sociale steun
- Stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen

Een duidelijk beschermende factor voor depressie is het opgroeien in een volledig gezin . Andere beschermende factoren zijn hoge intelligentie, zelfinzicht en realistische zelfwaardering, begrip en kennis over depressie en wat eraan gedaan kan worden, flexibele persoonlijkheid, goede interpersoonlijke relaties, gevoel van 'mastery' (grip op het leven), deelname aan plezierige activiteiten en fysieke activiteiten[4].

Gevolgen

Depressie bij jongeren gaat vaak samen met andere problemen waaronder slechte schoolprestaties, schoolverzuim en drop- out, problematische relaties met ouders en leeftijdgenoten, overmatig gebruik van tabak en alcohol en suïcidaal gedrag[5]. Dit kan gevolgen hebben voor de beroeps- en maatschappelijke positie die iemand in zijn leven kan verwerven. De psychosociale en functionele beperkingen van subklinische depressie bij volwassenen lijken vergelijkbaar te zijn met die van een depressie[6]. Voor jongeren zijn geen studies op dit gebied aangetroffen. Daarnaast hebben depressie en subklinische depressie economische gevolgen: bij volwassenen gaan deze gepaard met substantiële kosten als gevolg van zorgconsumptie en ziekteverzuim[7]. Over de kosten van depressie bij adolescenten en jong volwassenen zijn geen cijfers bekend[7].

4.3.2 Verkenning

Setting school: het VMBO

Veel jongeren zoeken geen hulp voor hun problemen vanwege ontkenning of onderschatting van hun klachten en vanwege pessimisme over het nut van hulpverlening[8]. Daarbij lijken lager opgeleiden minder snel hulp te zoeken dan hoger opgeleiden[9]. Om jongeren die niet zelf op zoek gaan naar hulp toch te kunnen laten profiteren van preventief aanbod voor depressie, is het belangrijk interventies in te bedden in een sociale context zoals de school[10]. Op basis van de risicofactoren is het VMBO een belangrijke vindplaats van deze risicogroep. Ongeveer 400.000 jongeren volgen onderwijs op het VMBO.

Interventies

Er zijn verschillende schoolinterventies gericht op depressiepreventie beschikbaar[11]. Uit onderzoek blijkt dat de afname in depressie het grootst is (vooral bij meisjes) voor schoolprogramma's die universele en geïndiceerde elementen combineren (aandacht voor risicogroepen), een korte duur hebben, huiswerkopdrachten bevatten, een positieve insteek hebben, en uitgevoerd worden door professionals zoals een JGZ- of GGD-professional (niet docenten)[12]. De verkenning laat zien dat het schoolprogramma Happyles[13] lijkt te voldoen aan deze criteria. Happyles is een deels online stepped-care schoolprogramma bestaande uit klassikale lessen, individuele online lessen en tests, en een individueel adviesgesprek voor alle leerlingen. In dit adviesgesprek worden jongeren als nodig doorverwezen naar geïndiceerde preventieve interventies, zoals Op Volle Kracht[14], Grip op je dip[15] en allerlei KOPP/KVO-interventies[16].

Uitkomsten consultatie van betrokken partijen

Gedurende de periode van de verkenning zijn experts van relevante en betrokken partijen geconsulteerd (zie §4.8). Uit deze consultatie blijkt het volgende:

- Vertegenwoordigers van de geconsulteerde veldpartijen onderkennen het belang van een gerichte aanpak van de depressiepreventie onder VMBO-leerlingen en KOPP/KVO-kinderen.
- Een verminderd aantal depressies onder VMBO-leerlingen en KOPP/KVO-kinderen lijkt haalbaar, wanneer preventieve activiteiten duurzaam geïntegreerd worden in de schoolsetting. Daarvoor is signalering, toeleiding en uitvoering van preventie in samenhang nodig. De werkwijze zal moeten passen in het dagelijkse werk van de betrokken professionals. Signalering en toeleiding past bij uitstek in de schoolsetting. Uitvoering van interventies (geïndiceerde preventie) kan zeker ook buiten de school plaatsvinden, bijvoorbeeld via de betrokken ketenpartner zoals de JGZ en POH-GGZ.
- Er ligt een taak voor docenten en mentoren, maar gezien hun volle takenpakket en de specifieke deskundigheid die nodig is om depressieve klachten bij jongeren te signaleren, is het nodig om JGZ-/

GGD-professionals in de schoolsetting structureel te betrekken bij signalering en doorverwijzing.
- Docenten, mentoren en JGZ-/GGD-professionals moeten getraind worden in het leren herkennen en bespreekbaar maken van depressieve klachten en depressie. Ook moeten zij kennis hebben van de lokale sociale kaart, zodat zij weten welke leerlingen zij naar welke interventies kunnen doorverwijzen.
- Keuze uit een beperkt aantal effectieve interventies voor signalering en toeleiding/doorverwijzing zal de haalbaarheid van het doel vergroten. Een signalerende en toeleidende interventie als Happyles wordt op een groeiend aantal scholen reeds toegepast. Vervolgens zijn er voor de jongeren met depressieve klachten en/of KOPP/KVO-problematiek effectieve en veelbelovende (geïndiceerde) interventies.
- Het vignet Gezonde School omvat verschillende gezondheidsthema's waar scholen mee aan de slag kunnen gaan. "Sociaal-emotionele ontwikkeling" is er daar een van en richt zich op onder andere psychische problemen. Interventies die zich richten op depressiepreventie (van signalering tot uitvoering) kunnen hier in ondergebracht worden en daarmee onderdeel worden van een groter geheel dat zich richt op de algehele gezondheid van jongeren.

4.4 Huisartspatiënten

Per 2014 heeft de huisarts een belangrijke rol gekregen binnen de GGZ. De poortwachtersfunctie van de huisarts is versterkt en de huisarts heeft expliciete taken in de herkenning, begeleiding en doorgeleiding van patiënten met psychische klachten gekregen, waaronder de uitvoering van geïndiceerde preventie van depressie. Om deze taken te kunnen uitvoeren is de POH-GGZ functie uitgebreid en geflexibiliseerd[1]. Deze voorwaarden maken de huisartsenzorg zeer geschikt voor de uitvoering van depressiepreventie.

4.4.1 Achtergrond

Prevalentie en risicogroepen
In 2009 werden ruim 535.000 patiënten door de huisarts geregistreerd met een depressieve stoornis. In hetzelfde jaar registreerden de huisartsen bijna 220.000 patiënten met 'depressieve klachten' (subklinische depressie)[2].

Depressieve klachten zijn een van de belangrijkste voorspellers voor een (nieuwe) depressieve episode[3]. Andere voorspellers zijn onder andere functionele beperkingen en een klein sociaal netwerk[3]. Bovendien is het hebben van rest-symptomen na een eerder doorgemaakte depressie een voorname risicofactor voor het opnieuw optreden van een depressieve episode (terugval)[3]. Risicogroepen zijn daarmee ten eerste huisartspatiënten met depressieve klachten (preventie van depressie) en ten tweede huisartspatiënten die een eerdere depressieve episode doormaakten (preventie van recidiverende depressie).

Gevolgen[4]
Met de ernst van de depressie neemt de kwaliteit van leven af en nemen de zorgkosten toe. Een depressie kan in alle leeftijdsgroepen leiden tot een verminderd sociaal, emotioneel en lichamelijk functioneren. Op jonge leeftijd kan een depressie nadelig werken op schoolprestaties en de reguliere ontwikkeling in de levensloop. Ook is een depressie op jonge leeftijd een voorspeller van terugkerende of chronische depressie op latere leeftijd. Daarmee kan de maatschappelijke participatie verminderen. Het risico op (chronische) terugkerende depressie ligt in het algemeen op 20%. Na de eerste episode is het risico op terugval binnen vijf jaar 60%; na drie episodes is dat risico 80%. Mensen met chronische depressie raken sociaal geïsoleerd en kunnen geen zorg meer bieden aan naasten. De gevolgen zijn niet alleen ingrijpend voor de persoon met een depressie, maar ook voor zijn of haar omgeving. Mensen met een depressie hebben een sterfterisico dat een factor 1,65 hoger ligt ten opzichte van mensen zonder depressie. Daarmee is het sterfterisico van depressie hoger dan bijvoorbeeld van cholesterol.

4.4.2 Verkenning

Setting zorg: de huisarts en POH-GGZ

In principe hebben alle Nederlanders een huisarts en daarmee toegang tot huisartsenzorg. Met de herstructurering van de GGZ hebben de huisarts en POH-GGZ een expliciete rol gekregen in de preventie van depressie.

Interventies

Bij beginnende depressieve klachten schrijft de NHG Standaard Depressie[5] voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning voor, en bij aanhoudende klachten wordt kortdurende psychologische behandeling voorgeschreven, zoals begeleide zelfhulp met e-health interventies en/of individuele therapie. Preventieve psychologische interventies kunnen de incidentie van depressie met 21% doen afnemen en zelfs met 26% als het gaat om geïndiceerde preventie[6]. In een recente inventarisatie zijn 42 unieke interventies voor volwassenen gevonden[7]. Daarvan zijn er zes via het CGL erkend (zie tabel 1) en vier daarvan betreffen geïndiceerde depressiepreventie.

Tabel 1. Overzicht via CGL erkende preventieve interventies voor depressie bij volwassenen*

Interventie	Type preventie	Vorm	CGL erkenning
Kleurjeleven	Geïndiceerd	e-health	Sterke aanwijzingen voor effectiviteit
Alles onder controle	Geïndiceerd	e-health	Goed onderbouwd
Psyfit	Universeel	e-health	Goede aanwijzingen voor effectiviteit
In de put, uit de put	Geïndiceerd	Groep	Sterke aanwijzingen voor effectiviteit
Voluit leven	Geïndiceerd	Groep	Goed onderbouwd
Stoppen met piekeren/niet piekeren	Selectief	Groep	Goed onderbouwd

** In CGL-interventiedatabase wordt geen onderscheid gemaakt tussen preventie van eerste of terugkerende depressie.*

Ook interventies gericht op terugvalpreventie zijn effectief, voorbeelden zijn preventieve cognitieve therapie (PCT) en aandachtgerichte cognitieve therapie (CT). PCT wordt momenteel onderzocht in de vorm van begeleide zelfhulp in de huisartsenpraktijk en in de vorm van e-health (in de tweedelijnszorg)[8].
Aandachtgerichte CT kan zowel aan een groep als individueel aangeboden worden, maar is vooral onderzocht als groepsinterventie. Het is bewezen effectief voor patiënten met eerdere depressieve episodes[9].
Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar e-health interventies gericht op de preventie van recidiverende depressie[10].

Uitkomsten consultatie van betrokken partijen

Gedurende de periode van de verkenning zijn experts van relevante en betrokken partijen geconsulteerd (§4.8). Uit deze consultatie blijkt het volgende:

- Vertegenwoordigers van de geconsulteerde veldpartijen onderkennen het belang van een gerichte aanpak van depressiepreventie – gericht op zowel eerste als terugkerende depressie – onder huisartspatiënten.
- Een verminderd aantal depressies is haalbaar, wanneer preventieve activiteiten duurzaam geïntegreerd worden in de huisartsvoorziening. Sinds 2014 is preventie van depressie – de behandeling van klachten – een taak van de huisarts en POH-GGZ. Signalering, toeleiding en uitvoering van interventies is in samenhang nodig.
- Met betrekking tot signalering en toeleiding is het zaak dat huisartsen en POH's alert zijn op signalen die kunnen duiden op depressie-gerelateerde problematiek tijdens consulten. Het consult hoeft niet per definitie voor sombere gevoelens te zijn, maar termen als stress, gespannenheid, slapeloosheid en verschillende (onverklaarde) somatische klachten zoals vermoeidheid, duizeligheid en pijnklachten kunnen in dit kader ook informatief zijn. De POH-Somatiek heeft ook een signalerende rol, omdat die veel patiënten met chronische ziekten ziet en chronische ziekten en depressie komen vaak samen voor.
- Scholing in signalering is beschikbaar[11], via de e-learning 'Signaleren depressie' (voor POH's-Somatiek maar ook wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en ouderenadviseurs) en bijvoorbeeld via de STIP-cursus Depressie voor huisartspraktijken (van NHG). Ook online signalering en toeleiding verdienen aandacht. Het NHG onderzoekt momenteel de mogelijkheden voor de ontwikkeling en implementatie van de module Psychische gezondheid in de Persoonlijke GezondheidsCheck[12].

- Opschaling van e-mental health biedt een kans om veel mensen op een laagdrempelige, praktische en kosteneffectieve manier te bereiken. Op dit moment wordt e-health nog niet breed ingezet in de huisartsenzorg, maar er is veel animo onder huisartsen en POH's-GGZ. Dat blijkt onder andere uit de huidige implementatie van blended Kleurjeleven in een aantal gezondheidscentra en zorggroepen met in totaal ca. 500.000 patiënten (ZonMw-project uitgevoerd door Trimbos-instituut). Ook andere online interventies lijken goed te passen: voorbeelden zijn Psyfit (effectief, gebaseerd op positieve psychologie) en de klachtgerichte interventies Beter slapen, Minder piekeren en Minder stress (worden momenteel onderzocht, ook geschikt voor lage ses-groepen). Naast deze onderzochte interventies, bestaat er een ruim aanbod van (nog) niet-onderzochte e-health interventies, op de markt gebracht door verschillende aanbieders (onder andere Minddistrict, Therapieland en mirro).
- Bij patiënten die al eerder een depressieve episode hebben doorgemaakt is het van belang om bij ieder consult alert te zijn op depressieve gevoelens en klachten – hier ligt een specifieke taak voor de POH-GGZ. Vanwege het feit dat deze patiënten al bekend zijn bij de zorg, is een pro-actieve aanpak nodig: met dossieronderzoek kunnen deze patiënten worden geïdentificeerd en mogelijk kunnen zij tweemaal per jaar worden opgeroepen om hun eventuele depressieve klachten te monitoren. Daarnaast zijn er in de (nabije) toekomst apps beschikbaar die patiënten kunnen gebruiken om hun situatie te monitoren[13]. De POH-GGZ en patiënt kunnen samen afspraken maken over wanneer een patiënt zich moet melden. Ter preventie van een recidiverende depressie worden momenteel veelbelovende online interventies onderzocht, die mogelijk in de toekomst terugval (kosten)effectief kunnen voorkomen.
- Thuisarts.nl is de goedbezochte NHG-website waarop huisartspatiënten betrouwbare informatie en handelingsmogelijkheden vinden. Deze website zal als nodig steeds ge-update moeten worden rondom depressiepreventie.

4.5 Chronisch zieken: kankerpatiënten

Nederland telt veel chronisch zieken. In de verkenning is ervoor gekozen om de gerichte aanpak voor kankerpatiënten uit te werken. Depressie bij kanker is geassocieerd met verhoogde mortaliteit. Het is daarom belangrijk om de symptomen van psychische problemen bij kankerpatiënten te herkennen en te behandelen.

4.5.1 Achtergrond

Prevalentie en risicogroepen

Ruim 600.000 mensen in Nederland hebben kanker (gehad)[1]. De prevalentie van borstkanker is het hoogst (155.000 personen), gevolgd door huidkanker (105.000), prostaatkanker (90.000) en darmkanker (85.000). In 2012 kregen 101.200 mensen kanker. Kanker is een ziekte die vooral op oudere leeftijd voorkomt. Het aantal nieuwe kankerpatiënten stijgt al jaren met ongeveer 3% per jaar. Naar verwachting zal deze groei de komende decennia nog doorzetten als gevolg van de stijgende levensverwachting en de verandering in leefgewoonten[1].

Patiënten met kanker die (nog) onder behandeling zijn kampen relatief vaak met depressieve gevoelens[2]. De prevalentie van depressie bij patiënten met kanker wordt geschat tussen de 7% en 24%, afhankelijk van het meetinstrument waarmee het gemeten is (diagnostisch interview of screeningslijst)[3]. In de acute fase wordt de prevalentie geschat tussen de 14% en 27%. Binnen één jaar na de acute fase ligt de prevalentie van depressie tussen de 9% en 21% en langer dan één jaar na de acute fase ligt deze tussen de 8% en 15%[3]. In de palliatieve fase ligt de prevalentie op ongeveer 16,5%[4].

Bij specifieke kankers wordt de prevalentie van depressie geschat op 23-26% voor eierstok- en baarmoederkanker, 11-20% voor borstkanker, 11-20% voor hoofd- en halskanker, 10% voor prostaatkanker, 7% voor huidkanker en 3-21% voor longkanker[3].

Gevolgen[5]

Het is belangrijk om psychische problemen te herkennen en te behandelen vanwege de impact op de medische behandeling en het welbevinden van de persoon waar het om gaat. Patiënten die distress ervaren rapporteren een lagere kwaliteit van leven, hebben meer moeite met het nemen van beslissingen over de behandeling, houden zich minder goed aan behandelingsvoorschriften, zoeken vaker medische zorg en zijn minder tevreden met de zorg die ze ontvangen. Daarnaast is depressie bij kanker geassocieerd met mortaliteit.

Zo is de kans op overlijden 25% hoger bij patiënten die depressieve klachten hebben en 39% hoger bij patiënten met een depressie, in vergelijking met patiënten die geen depressieve klachten rapporteren. Ook worden patiënten belemmerd bij werk en andere dagelijkse en sociale activiteiten.

4.5.2 Verkenning

Setting zorg: het ziekenhuis

De behandeling van kanker vindt plaats in het ziekenhuis: naast diagnose en behandeling komen patiënten nog vijf á tien jaar terug voor controle. In deze setting kunnen interventies aangeboden worden op de plek en het tijdstip waarop patiënten die verwachten. Ook buiten het ziekenhuis is er aanbod voor psychosociale begeleiding, bijvoorbeeld in inloophuizen. Bovendien speelt de huisarts een (steeds grotere) rol in de psychosociale ondersteuning aan patiënten met kanker[6].

Interventies

Het systematisch screenen op depressie van kankerpatiënten in het ziekenhuis en hen vervolgens behandelen volgens het collaborative care model is (kosten)effectiever dan gebruikelijke zorg[7]. In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' en 'Oncologische revalidatie' wordt gepleit voor systematische signalering van psychosociale problemen van de patiënt gedurende het hele behandeltraject (diagnose, behandeling en nazorg), met de Lastmeter[8] In de Lastmeter worden ook depressieve gevoelens uitgevraagd. Op basis van de Lastmeter kunnen vervolgacties ingezet worden.

Er is evidentie voor de effectiviteit van psychologische interventies bij patiënten met kanker en depressieve klachten[9]. Het hebben van depressieve klachten is een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Problem solving therapy (PST) in de vorm van zelfhulp of individuele sessies met een psychiatrisch verpleegkundige lijken effectief en kosteneffectief bij hoofd- en halskanker[10]; voor patiënten met longkanker, een hersentumor of multipel myeloom en hematologische kanker lopen studies naar de effectiviteit van PST[11]. Eveneens in onderzoek: individuele sessies PST bij patiënten die recentelijk de medische behandeling hebben afgerond[12]. Mindfulness is een andere interventie die wordt toegepast. Voor vrouwen met borstkanker is 'Mindfulness-Based Stress Reductie' (MBSR, groepstraining) effectief gebleken, nu wordt dit voor longkankerpatiënten onderzocht[13]. Naast onderzoek naar de effecten van individuele mindfulness en cognitieve gedragstherapie in het verminderen van depressieve klachten bij mensen met kanker[14], wordt ook Mindfulness based cognitieve therapie in een groeps- en online variant onderzocht[15].

Uitkomsten consultatie van betrokken partijen

Gedurende de periode van de verkenning zijn experts van relevante en betrokken partijen geconsulteerd (zie §4.8). Uit deze consultatie blijkt het volgende:

- Vertegenwoordigers van de geconsulteerde veldpartijen onderkennen het belang van een gerichte aanpak van de depressiepreventie bij kankerpatiënten.
- Een verminderd aantal depressies onder kankerpatiënten lijkt haalbaar, wanneer preventieve activiteiten duurzaam geïntegreerd worden in de ziekenhuissetting. Daarvoor is signalering, toeleiding en uitvoering van preventie in samenhang met en passend in het werk van de betrokken zorgverleners nodig.
- Systematische signalering van psychosociale problemen, waaronder depressieve klachten, kan plaatsvinden door de brede implementatie van de Lastmeter, zoals in de richtlijnen aanbevolen. Daarvoor is ruimte en tijd nodig. Ook is het nodig om artsen en verpleegkundigen te trainen in het adequaat bespreekbaar maken van de resultaten van de Lastmeter met de patiënt. Deze geaccrediteerde training is beschikbaar (via iKNL).
- Momenteel wordt ook onderzoek gedaan naar andere signaleringsinstrumenten[17] door het VUmc, te weten OncoQuest en OncoKompas (specifiek gericht op nazorg). In deze instrumenten is de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) opgenomen. Ook de Lastmeter wordt nader onderzocht, onder andere de meest geschikte afnamemomenten en of de digitale of de papieren versie de meest betrouwbare antwoorden geeft (door iKNL).
- Keuze uit een beperkt aantal effectieve interventies voor depressiepreventie bij kankerpatiënten zal de haalbaarheid van het doel vergroten. Er lijkt keuze uit PST en Mindfulness in verschillende varianten.
- De website Kanker.nl is een platform voor patiënten en naasten waar betrouwbare informatie te vinden is over kanker, behandelmogelijkheden en bijwerkingen. Ook zijn er mogelijkheden voor discussiegroepen

en lotgenotencontact. Op deze site zijn depressie en depressiepreventie ook onderwerpen. Het up-to-date houden van de site draagt bij aan de bevordering van zelfmanagement en empowerment van patiënten. De bekendheid van de site kan vergroot worden onder artsen en verpleegkundigen.
- Patiënten met kanker en depressie kunnen na verwijzing terecht bij gespecialiseerde Instellingen voor Psychosociale Oncologie (IPSO).

4.6 Mantelzorgers

Ongeveer 20% van de Nederlandse volwassen bevolking bood (in 2008) mantelzorg. Mantelzorgers nemen driekwart van de zorg in de thuissituatie voor hun rekening. Uitval van mantelzorgers door overbelasting leidt tot hoge (maatschappelijke) kosten. Met een gerichte aanpak kan uitval voorkomen worden.

4.6.1 Achtergrond

Prevalentie en risicogroepen

Mantelzorgers bieden praktische hulp en emotionele ondersteuning aan een naaste met een beperking, ziekte of stoornis, en zij versterken daarmee de professionele zorg en maken het zelfmanagement van patiënten en burgers mogelijk. Mantelzorg bieden leidt vaak tot voldoening, maar bij 19% van de 2,6 miljoen mantelzorgers (ca. 450.000 mensen in 2008[1]) ook tot ernstige overbelasting (verstoring in draagkracht en draaglast) waardoor zij ziek of overspannen raken en conflicten krijgen thuis of op het werk[2]. Mantelzorgers van mensen met psychische en psychiatrische problemen springen er daarbij in ongunstige zin uit: van hen ervaart 34% ernstige overbelasting[3]. Een emotionele stoornis (waaronder depressie) komt voor bij 7,6% van de mantelzorgers van 21-68 jaar en bij 10-11% van de mantelzorgers in deze leeftijdsgroep die zorgen voor een naaste met psychische problematiek[4]. Het ontbreken van sociale steun in de omgeving hangt samen met een depressie of angststoornis bij mantelzorgers. Het is onduidelijk hoe overbelasting (19%) en emotionele stoornis (bijna 8%) met elkaar samenhangen, omdat het percentage depressies niet hoger lijkt dan in de algemene bevolking. Echter, er lijkt sprake van een onderschatting van het risico op depressie omdat mantelzorgers die zijn uitgevallen (en feitelijk dus geen mantelzorger meer zijn) niet meegenomen zijn in het onderzoek.

Mantelzorgers die risico lopen op overbelasting en uitval vormen een risicogroep, net als mantelzorgers van een naaste met GGZ-problematiek.

Gevolgen

Overbelasting en depressie bij de mantelzorger hebben negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de geboden mantelzorg en daarmee voor de kwaliteit van leven van degene waarvoor wordt gezorgd. Dit betekent hogere zorgkosten voor degene waarvoor wordt gezorgd en voor de mantelzorger zelf, zeker als overbelasting en depressie tot (definitieve) uitval van de mantelzorger leiden. Het betekent ook hogere maatschappelijke kosten doordat tekortschietende mantelzorg voor (jonge) mensen met psychische, verslavings- of gedragsproblemen kan leiden tot overlast in het publieke domein. Ook een toename van werkverzuim en presenteïsme is aannemelijk. Van de mantelzorgers onder de 65 jaar combineert 71% de mantelzorg met een betaalde baan, en 750.000 van hen combineren hun werk met meer dan acht uur per week mantelzorg verlenen gedurende minimaal drie maanden achtereen[5].

4.6.2 Verkenning

Setting zorg en gemeente/wijk: instellingen en WMO

Op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bieden gemeenten hun inwoners ondersteuning bij het verlenen van mantelzorg. Het tegengaan van overbelasting bij mantelzorgers is hiervan het voornaamste doel. Daarnaast hebben steeds meer ggz-instellingen aandacht voor het betrekken van familie en mantelzorgers bij de zorg, zoals blijkt uit de richtlijn *Betrokken Omgeving – Modelregeling relatie ggz-instelling–naasten* (ref). Omdat nog altijd 60% van de GGZ-instellingen de richtlijn niet (voldoende) heeft geïmplementeerd, maakt het Landelijk Platform GGz, de koepel van cliënten- en familieorganisaties in de GGZ, zich in verschillende projecten sterk voor implementatie van passend familiebeleid[6].

Interventies

Mantelzorgers vragen veelal niet zelf om hulp en ondersteuning. In de opsporing en signalering van problematiek kunnen professionele zorgverleners van de cliënt/patiënt (de naaste voor wie de mantelzorger zorgt) een rol spelen. Ook functionarissen van het gemeentelijke WMO-loket kunnen opsporen. Signalering van overbelasting en andere problematiek kan vervolgens plaatsvinden met de goed onderbouwde Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM, twee gesprekken met mogelijkheid tot doorverwijzing)[7]. POM is niet specifiek gericht op signaleren van depressie, maar kan daartoe wel ingezet worden. Met betrekking tot depressiepreventie zijn er geen specifieke op mantelzorgers gerichte effectieve interventies beschikbaar[8]. Wel is het aannemelijk dat mantelzorgers kunnen profiteren van een algemene effectieve interventie voor depressiepreventie, zoals de groepscursus "In de put, uit de put" en "Kleurjeleven", de online individuele variant met minimale begeleiding door bijvoorbeeld een POH-GGZ.

Specifiek voor GGZ-mantelzorgers zijn er goed onderbouwde groepscursussen: Omgaan met depressie, Omgaan met borderline, Omgaan met schizofrenie, en Psychische problemen in de familie[9].

Uitkomsten consultatie van betrokken partijen

Gedurende de periode van de verkenning zijn experts van relevante en betrokken partijen geconsulteerd (zie §4.8). Uit deze consultatie blijkt het volgende:

- Vertegenwoordigers van de geconsulteerde partijen onderkennen het belang van een gerichte aanpak van depressiepreventie onder mantelzorgers. Signalering, toeleiding en uitvoering van interventies is in samenhang nodig.
- Uitval, om welke reden dan ook, moet voorkomen worden. Het verdient aanbeveling om aan te sluiten bij de Toekomstagenda Informele zorg en ondersteuning[10].
- Een verminderd aantal depressies is haalbaar, wanneer preventieve activiteiten duurzaam geïntegreerd worden in de mantelzorgondersteuning in het kader van de WMO en het familiebeleid van GGZ- en andere zorginstellingen. Met betrekking tot de GGZ-mantelzorger wordt de brede implementatie van familiebeleid (richtlijn Betrokken omgeving) aanbevolen.
- Verschillende beroepsgroepen kunnen overbelasting en depressieve klachten bij mantelzorgers signaleren. GGZ- en andere zorgverleners en WMO-functionarissen zouden daartoe getraind moeten worden. Het gaat om (wijk)verpleegkundigen en -verzorgenden, maatschappelijk werkers, POH's, ouderenconsulenten en WMO-functionarissen.
- Training voor de bevordering van signalering van depressieve klachten bij mantelzorgers is nodig. Hiertoe kan bijvoorbeeld de e-learning 'Signaleren depressie' geschikt gemaakt worden door mantelzorg-casussen op te nemen. De Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) kan aangevuld worden met signaleren van depressieve klachten.
- Na de signalering van depressieve klachten kunnen mantelzorgers doorverwezen worden naar effectieve preventieve interventies (groepscursus "In de put, uit de put" en online individuele variant met lichte begeleiding "Kleurjeleven"), uitgevoerd door de POH-GGZ in de huisartsenzorg.
- Expertisecentrum Mantelzorg en Mezzo hebben op hun websites veel informatie voor mantelzorgers en zorgverleners/professionals staan. Deze zouden aangevuld kunnen worden met informatie over depressieve klachten, depressie, interventies en familiebeleid.

4.7 Werknemers: ziekenhuisverpleegkundigen

Werknemers in dienstverlenende beroepen hebben een verhoogd risico op het krijgen van depressie. Eén van die risicogroepen zijn werknemers in de gezondheidszorg, zoals verpleegkundigen in ziekenhuizen. Een kwart van de ziekenhuisverpleegkundigen scoort positief op een depressiescreener. Gerichte inzet op verbetering van de psychische gezondheid heeft positieve effecten voor werkgevers en werknemers. In overleg met het ministerie van SZW is ervoor gekozen om de verkenning te richten op ziekenhuisverpleegkundigen en de interventie PMO module Psychische gezondheid.

4.7.1 Achtergrond

Prevalentie

Depressie komt in elk beroep voor, echter het hebben van een dienstverlenend beroep met een hoge emotionele werkdruk en geringe regelmogelijkheid om het werk zelf in te delen en te organiseren doet de kans op een depressie toenemen[1]. Binnen de dienstverlenende beroepen, hebben vooral werknemers in de gezondheidszorg een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie. Zo lopen vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg 56% meer risico op een depressie (in vergelijking met vrouwen van dezelfde leeftijd in niet-dienstverlenende beroepen), en mannelijke werknemers in de gezondheidszorg zelfs 79%[2].

Verpleegkundigen vormen in ziekenhuizen de grootste beroepsgroep. In een Amerikaanse studie werd gevonden dat 18% in deze beroepsgroep last had van depressieve klachten[3]. In Nederlands onderzoek bleek 25% van de ziekenhuisverpleegkundigen die meedeed aan een screening positief te scoren op depressieve klachten, en ruim 60% scoorde positief op één van de psychische klachten (naast depressie, ook distress, risicovol drinkgedrag, angst, posttraumatische stress en werkgerelateerde moeheid)[4].

Gevolgen

Volgens een conservatieve schatting bedragen de economische kosten van depressie in de leeftijdsgroep van 18-65 jaar jaarlijks €1,5 miljard. Deze kosten worden deels gemaakt in de gezondheidszorg, maar hoofdzakelijk in de arbeidsproductieve sfeer, zoals verminderd functioneren, ziekteverzuim, verlies van werk en arbeidsongeschiktheid[5]. Dit brengt niet alleen hoge kosten voor de werkgever met zich mee, maar heeft ook consequenties voor het leven van de werknemer. In het geval van verpleegkundigen kan een verminderd werkfunctioneren ook gevolgen hebben voor de patiënten. Zo blijken psychische klachten bij verpleegkundigen gerelateerd te zijn aan meer (medicatie)fouten in het werk, een lagere patiëntveiligheid en een lagere patiënttevredenheid[6].

4.7.2 Verkenning

Setting werk: ziekenhuizen

Nederland telt 90 algemene en 8 academische ziekenhuizen, waar naar schatting in totaal 100.000 verpleegkundigen werkzaam zijn. Ieder ziekenhuis heeft een bedrijfsarts, en er is een actieve NVAB-werkgroep van bedrijfsartsen in de zorg.

Werkgevers vinden de mentale gezondheid van werknemers belangrijk[7]. In de werksetting wordt behalve over depressie ook vaak gesproken over stress en burn-out. Om goed bij deze setting aan te sluiten, wordt een bredere focus genomen, namelijk de preventie van psychische klachten en verminderd werkfunctioneren. Dat sluit expliciet aan bij de Leidraad Preventief Medisch Onderzoek (PMO) van werkenden[8].

Interventie

Voor de opsporing van psychische problematiek, waaronder depressieve klachten, kan de PMO module Psychische gezondheid ingezet worden. Deze module is door het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid specifiek voor ziekenhuisverpleegkundigen ontwikkeld[9]. PMO betreft het vrijwillig medisch onderzoek van werknemers dat bedrijfsmatig wordt aangeboden, de bespreking van de uitslag met de werknemer en het geven van adviezen of verwijzing naar verdere hulp of interventies. Het PMO wordt aangeboden zonder dat er bij een werknemer sprake is van concrete gezondheidsklachten of van een indicatie voor een gezondheidsrisico of –probleem, en heeft als doel dit risico of probleem vroegtijdig te onderkennen, te voorkomen of te behandelen of om een werknemer andere handelingsopties aan te kunnen bieden[8]. Na screening en feedback op de uitslag, ontvangen verpleegkundigen die hoog scoren een doorverwijzing naar de bedrijfsarts voor een preventief consult; dit bleek effectief en kosteneffectief te leiden tot een verbetering in werkfunctioneren (daling in depressieve, distress- en angstklachten)[9]. De bedrijfsarts kan zelf medewerkers begeleiden als zij een interventie volgen of doorverwijzen waar nodig (volgens de NVAB richtlijn) naar bijvoorbeeld een huisarts of POH-GGZ, (bedrijfs)maatschappelijk werker of psycholoog mogelijk. De bedrijfsarts of deze zorgverleners voeren passende interventies uit. Voorbeelden zijn blended Kleurjeleven, Allesondercontrole of een aantal gesprekken op basis van PST of CGT.

Uitkomsten consultatie van betrokken partijen

Gedurende de periode van de verkenning zijn experts van relevante en betrokken partijen geconsulteerd. Uit deze consultatie blijkt het volgende:

- Vertegenwoordigers van de geconsulteerde partijen onderkennen het belang van een gerichte aanpak van depressiepreventie en psychische gezondheidsbevordering voor ziekenhuisverpleegkundigen, en breder onder werknemers. Signalering, toeleiding en uitvoering van interventies is in samenhang nodig.
- Wanneer preventieve activiteiten duurzaam geïntegreerd worden in de zorg van bedrijfsartsen in het ziekenhuis, kunnen depressies voorkomen worden. Aansluiting bij de leidraad PMO lijkt nodig.
- De keuze voor het gebruik van de module wordt gemaakt door het ziekenhuisbestuur in samenspraak met de bedrijfsarts. Voor de PMO module Psychische gezondheid geldt dat een aantrekkelijke business case kan helpen de invoering te stimuleren. Ook een stevigere inzet van de Inspectie op de implementatie van de PMO module Psychische gezondheid, kan één van de argumenten zijn voor een organisatie om te starten met preventieve activiteiten. In de kamerbrief van 20 december 2013 van het ministerie van SZW wordt aangegeven dat de Inspectie SZW onder andere in de sector zorg extra aandacht gaat besteden aan handhaving op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting.
- De module Psychische gezondheid is ontwikkeld en onderzocht. Er is verbetering in de module mogelijk door de stepped-care benadering verder te ontwikkelen. Ook bij verpleegkundigen zelf zal een proces van bewustwording in gang moeten worden gezet, zodat bij inzet van de module veel verpleegkundigen willen deelnemen door de screener in te vullen.
- Bedrijfsartsen moeten worden getraind in de uitvoering van de PMO module Psychische gezondheid. Deze training is beschikbaar via het NSPOH.
- Ziekenhuisverpleegkundigen die worden doorverwezen naar de huisarts of POH-GGZ, kunnen deelnemen aan bijvoorbeeld online interventies als Kleurjeleven en Allesondercontrole (beide effectief en kosteneffectief). Kleurjeleven is een interventie gericht op het verminderen van depressieve klachten, Allesondercontrole is een interventie voor veel voorkomende psychische klachten zoals angst, depressie en slaapproblemen.
- De PMO module Psychische gezondheid kan ook voor andere werknemers dan ziekenhuisverpleegkundigen ingezet worden.

4.8 Geconsulteerde partijen

Gedurende de verkenning zijn experts van relevante en betrokken partijen geraadpleegd. Zij zijn geïnterviewd of hebben deelgenomen aan een focusgroep. Hieronder staat per risicogroep een overzicht van geconsulteerde partijen, in alfabetische volgorde.

Pas bevallen moeders

- Academie Verloskunde Amsterdam
- Academische Werkplaats Twente Jeugd
- Careyn Kraamzorg
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
- Erasmus MC
- Geboortecentrum Wonderwereld
- GGD Nederland
- GGD Zaanstreek-waterland ICAR
- GGZ Drenthe
- JGZ Kennemerland
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Kenniscentrum Kraamzorg
- Koster & Brekelmans Trainingen
- Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap
- Mamafit
- Mamakits
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
- Praktijk voor Zwangerschap en Psychiatrie
- TNO
- Trimbos-instituut
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

VMBO-leerlingen en KOPP/KVO-jongeren

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
- GGD Nederland
- Gemeente Den Haag
- GGZ Nederland
- Context/Parnassia Bavo
- Ministerie van OC&W
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
- Trimbos-instituut Opvoeding & Educatie
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- VO-Raad

Huisartspatiënten

- Arkin (Basis-GGZ)
- Caransscoop namens ROS Netwerk GGz
- Expertgroep Kaderhuisartsen GGZ van de NHG (PsyHAG)
- Gezondheidscentrum Withuis
- GGNet (Basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ)
- GGZ Eindhoven (Basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Chronisch zieken: kankerpatiënten

- Antoni van Leeuwenhoek
- Erasmus MC
- Helen Dowling Instituut
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)
- KWF Kankerbestrijding
- Nederlands Kankerinstituut (NKI)
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
- Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)
- Trimbos-instituut I.COM (Innovation Centre of Mental Health & Technology)
- UMC Radboud
- UMCG
- VUmc

Mantelzorgers

- Fonds Psychische Gezondheid
- Mezzo
- Movisie
- Radius Welzijn
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Vereniging van manisch depressieven en betrokkenen (VMDB)

Werknemers: ziekenhuisverpleegkundigen

- Abvakabo FNV
- Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Ministerie van SZW
- Ministerie van VWS
- NSPOH
- NVAB-werkgroep 'Bedrijfsartsen in de zorg'
- Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ)
- Enkele bedrijfsartsen/medewerkers arbodiensten van ziekenhuizen

5. Kernpunten verkenning ‘Gerichte aanpak van depressiepreventie’

Depressiepreventie is een speerpunt in het beleid van het ministerie van VWS sinds de Preventienota van 2006. In het afgelopen decennium zijn stappen in de goede richting gezet, maar de incidentie van depressie is nog niet verminderd. In het Nationaal Programma Preventie (NPP) wordt onderstreept dat preventie een kwestie van lange adem is, er zijn zes risicogroepen voor een gerichte aanpak van depressiepreventie benoemd. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut opdracht gegeven om deze gerichte aanpak te verkennen.

5.1 Kernpunten gerichte aanpak

Gerichte aanpak

Het kader voor de gerichte aanpak van depressiepreventie bestaat uit de logische verbinding van risicogroep, setting en zorgverleners/professionals. De risicogroepen zijn: pas bevallen moeders, jongeren (VMBO-leerlingen en KOPP/KVO-kinderen), huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werknemers in stressvolle beroepen. Mensen uit deze risicogroepen bevinden zich in bepaalde settings (cf. NPP: wijk, zorg, school, werk), waar ook zorgverleners en professionals zich bevinden die depressieve klachten bij deze mensen kunnen signaleren en hen kunnen toeleiden naar effectieve interventies. Gericht wil in dit kader ook zeggen: systematisch. Om systematische signalering, toeleiding naar en uitvoering van interventies vorm te geven, zijn sluitende en efficiënte preventie- en zorgketens nodig. Werkzaamheden moeten passen, of moeten kunnen passen, in het (dagelijkse) werk van zorgverleners en andere professionals. Een zekere mate van standaardisering in de aanpak is nodig om daadwerkelijk en substantieel de incidentie van depressie in de risicogroepen te verminderen.

Per risicogroep is de verkenning uitgevoerd door wetenschappelijke literatuur te bestuderen, effectieve interventies te zoeken in databases (zoals de Interventiedatabase van het RIVM-Centrum Gezond Leven) en betrokken veldpartijen te consulteren in interviews en focusgroepen. De verkenning van een gerichte aanpak van depressiepreventie in de zes risicogroepen levert de volgende kernpunten op:

- Partijen onderschrijven het belang van een gerichte aanpak;
- Signalering van depressieve klachten moet per risicogroep systematisch opgezet en uitgevoerd worden;
- Om goed toe te kunnen leiden, moet het effectieve aanbod van interventies beschikbaar en bekend zijn;
- Een landelijk kader voor coördinatie en implementatie-ondersteuning stimuleert een gerichte aanpak.

Hieronder worden de kernpunten toegelicht.

Partijen onderschrijven belang van een gerichte aanpak

Om depressiepreventie vorm te geven, is veel nodig. Randvoorwaarden liggen in bestuurlijk draagvlak voor doelstelling en uitvoering, en in samenwerking tussen organisaties op beleids- en uitvoerend niveau. Er is ook al veel: depressiepreventie wordt in landelijke en lokale gezondheidsnota’s genoemd, zorgverleners hebben een taak in de signalering en begeleiding van mensen met depressieve klachten (vanuit standaarden en protocollen) en er zijn effectieve en veelbelovende interventies.

Vertegenwoordigers van de geconsulteerde partijen onderkennen het belang van een gerichte aanpak van depressiepreventie voor specifieke risicogroepen om de incidentie van depressie te verminderen. Deze strategische verkenning geeft een aanzet, maar betrokken partijen zullen – per risicogroep – een gerichte aanpak in gezamenlijkheid nader moeten concretiseren. Er zal daarbij aandacht nodig zijn voor het creëren van draagvlak op de verschillende niveaus bij de partijen die een rol hebben binnen de aanpak van de betreffende risicogroep.

Signalering van depressieve klachten moet per risicogroep systematisch opgezet en uitgevoerd worden

Mensen met depressieve klachten komen nauwelijks zelf met deze klachten naar buiten – als zij ze zelf al herkennen. Een gerichte aanpak van depressiepreventie staat of valt met de signalering door betrokken zorgverleners/professionals, in de setting waar de risicogroep zich bevindt. Signalering moet voor iedere risicogroep systematisch opgezet en uitgevoerd worden, mogelijk binnen een (landelijk) bindend kader. Voor alle risicogroepen zijn signalerings- en screeningsinstrumenten voorhanden en/of denkbaar. Wanneer deze instrumenten systematisch ingezet worden, zal de (vroeg-)signalering van depressieve klachten toenemen.

Uit de verkenning blijkt eveneens dat veel zorgverleners en professionals onvoldoende specifieke kennis en vaardigheden hebben om depressieve klachten te signaleren en te bespreken. Daartoe moet deskundigheidsbevordering voor betrokken zorgverleners en professionals (door-)ontwikkeld worden én moeten zorgverleners en professionals (intensiever) getraind worden in bij- en nascholing. In de opleidingen van betrokken zorgverleners en professionals moet signaleren en bespreken van depressieve klachten opgenomen worden. Op die manier wordt signalering geïntegreerd in de werkprocessen van de betreffende zorgverleners en professionals binnen de settingen wijk, zorg, school en werk.

Om goed toe te kunnen leiden, moet het effectieve aanbod beschikbaar en bekend zijn

Vanuit de signalering moet de toeleiding naar effectieve preventieve interventies verbeterd worden: zorgverleners en professionals moeten weten welk lokaal en landelijk aanbod er is. Voor de risicogroep pas bevallen moeders zijn (nog) geen effectieve interventies beschikbaar. Dit is een veld in ontwikkeling, waar een gerichte aanpak een stimulans kan betekenen. Ook voor huisartspatiënten met een recidiverende depressie zijn veelbelovende interventies in onderzoek. Voor de overige risicogroepen zijn interventies beschikbaar of kunnen interventies doorontwikkeld worden. In een gerichte aanpak past de toeleiding naar een beperkt aantal bewezen effectieve interventies. Zorgverleners zullen getraind moeten worden in de uitvoering van deze interventies, binnen hun nascholing (en in hun opleiding). Op deze manier kunnen zorgverleners en professionals ervaring opbouwen in zowel signalering en toeleiding als uitvoering, wat de kwaliteit en effectiviteit ten goede zal komen.

Landelijk kader voor coördinatie en implementatie-ondersteuning

Om de incidentie van depressie te verminderen is tijd, geld en actie nodig. De maatschappelijke kosten van depressie zijn hoog, denk aan zorgkosten, kosten in de arbeidsproductieve sfeer, verminderde kwaliteit van leven, effecten op het gezin etc. Er kan veel gewonnen worden met een gerichte aanpak van depressiepreventie. Gericht wil zeggen dat een zekere mate van standaardisering onontbeerlijk is. Om die gerichte, en zoveel mogelijk gestandaardiseerde, aanpak vorm te geven, is een landelijk (bindend) kader aanbevolen. In een landelijk programma, aangestuurd door een programmabureau, kunnen relevante partijen lokaal activiteiten ondernemen op het gebied van signalering, toeleiden en uitvoeren van effectieve interventies, voor specifieke risicogroepen in bepaalde settings. Door te leren van proefimplementaties, kan een gerichte aanpak voor (een of meerdere) risicogroepen landelijk uitgerold worden. Belangrijke taken van het landelijk opererende bureau kunnen coördinatie en implementatie-ondersteuning zijn, zodat een gerichte, gestandaardiseerde aanpak kan worden geïntegreerd en daardoor geborgd in de werkzaamheden van zorgverleners en professionals.

5.2 Conclusie

Eén van de ambities van het Nationaal Programma Preventie is een verminderd aantal depressies. Veldpartijen onderschrijven het belang van een gerichte aanpak van depressiepreventie voor risicogroepen. Als daarop wordt ingezet, dan kan de incidentie van depressie daadwerkelijk en substantieel verminderen. De gerichte aanpak betekent een standaardisering van aanpak van depressiepreventie: in signalering, toeleiding en uitvoering van effectieve interventies, in samenwerking met betrokken partijen. Dat vereist een landelijk kader waarin coördinatie en implementatie-ondersteuning georganiseerd kan worden.

Referenties en noten

1. Achtergrond: depressie en preventie

1) De Graaf R et al. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
2) De Graaf R et al. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
3) www.rivm.nl: stemmingsstoornis is de verzamelnaam voor depressie, dysthymie (chronische depressie) en bipolaire stoornis. Depressie is veruit de meest voorkomende stemmingsstoornis.
4) Kiezen voor gezond leven (2006), Gezondheid dichtbij (2011), Nationaal Programma Preventie (2013).
5) Bool M et al. Opbrengst en waarde van het Partnership Depressiepreventie. TSG 2011; 89(1): 236-241.
6) Smit F et al. Depressiepreventie. Stand van zaken, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.

3. Verbinding van risicogroep, setting en zorgverleners

1) www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezondheidsbeleid-maken/wettelijke-kaders/
www.loketgezondleven.nl/object_binary/o12025_Factsheet-VWSWPG.pdf
2) www.monitorgezondheid.nl/home.xml
3) www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/depressie/
4) Smit F et al. Depressiepreventie. Stand van zaken, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
5) www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/depressie/interventies-depressie/interventieoverzicht-depressie/
6) Lemmens LC et al. Depressiepreventie. Nationale en internationale inventarisatie. Bilthoven: RIVM, 2014.

4. Gerichte aanpak voor zes risicogroepen

1) NDF werkgroep Diabetes en depressie. Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2013.
2) www.politieacademie.nl/kennisenonderzoek/kennis/kennisdossiers/pw/Pages/Mentaleweerbaarheid.aspx
www.hulpvoorhulpverleners.nl/sire-draagt-campagne-handen-af-van-onze-hulpverleners-over-aan-hulpvoorhulpverleners en
www.handenaf.nl/
3) www.facebook.com/checkjewerkstress/app_382042151933513
4) Zie o.a. www.alzheimer-nederland.nl/hulp-en-advies.aspx en
www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/zorgvraag-bij-dementie.html

4.1 Pas bevallen moeders

1) Dennis CL et al. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 2.
2) Wisner KL et al. Postpartum depression; A major public health problem. JAMA 2006; 296: 2616-2618 / Murray L et al. The impact of postpartum depression on child development. In: Goodyer (Ed). Aetiological Mechanisms in Developmental Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2004 / Wisner KL et al. Postpartum depression. N Engl J Med 2002; 347(3): 194-199 / Buist A. Childhood abuse, parenting and postpartum depression. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32: 479-487 / O'Hara MW. The nature of postpartum depressive disorder. In Murray L, Cooper P (eds). Postpartum and child development. New York: Guilford press, 1997.
3) Brugha TS et al. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. Psychological Medicine 2010; 41(4): 739-748.
Brugha TS et al. Prevention of postnatal depression: cost-effectiveness of health visitor training; results from a cluster randomised controlled trial in primary care (in progress).
4) Studie Groningen: PROMISES, www.p5d-onderzoek.nl
5) Studie Twente: www.postpartumdepressie.nl
6) Studie Rotterdam: www.erasmusmc.nl/perskamer/archief/2014/4809557/
7) E-learning Signaleren depressie: www.signalerendepressie.nl /
Van der Zouwe N et al. E-learning Signaleren depressie voor HBO-professionals in zorg en welzijn: ervaringen en veranderingen in gedrag, kennis, attitudes en vaardigheden. TSG 2014; 92(7): 265-273.
8) Werkgroep gegevensoverdracht. JGZ-Standpunt 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar jeugdgezondheidszorg'. Utrecht: NCJ, 2011.
9) www.stevigouderschap.nl/
10) www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Ouder-baby-interventie, ook bekend als 'Moeder-baby interventie'.

4.3 Jongeren

1) Merry SN et al. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 12 / De Graaf R et al. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS II: Opzet en de eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010 / Buitelaar J et al. Addendum Jeugd bij de Multi Disciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009 / Costello JE et al. Is there an epidemic of child or adolescent depression? J Child Psychol Psychiatry 2006; 47: 1263-1271 / NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. Latest NICE guidance sets new standards for treating depression in children and young people. London: The British Psychological Society, 2005. Kovacs M et al. Depressive disorders in childhood. Arch Gen Psychiat 1984; 41: 229-237.
2) www.nationaalkompas.nl / Van Dorsselaer S et al. Gezondheid, welzijn en opvoeding in Nederland. HBSC-studie 2009. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010 / Smit F et al. Selecting key-variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. J Affect Disord 2004; 81: 241-249.
3) Van Dorsselaer S et al. Gezondheid, welzijn en opvoeding in Nederland. HBSC-studie 2009. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010 / Costello DM et al. Risk and Protective Factors Associated with Trajectories of Depressed Mood from Adolescence to Early Adulthood. J Consult Clin Psychol 2008; 76(2): 173-183.
4) Conijn B et al. Factsheet preventie van depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
5) Meijer SA et al. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: RIVM, 2006 / Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. Am J Health Syst Pharm 2006; 63(3): 233-243 / Glied S et al. Consequences and correlates of adolescent depression. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156(10): 1009-1014 / Fergusson DM et al. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychol Med 2000; 30(1): 23-39 / Cicchetti D et al. Toth SL. The development of depression in children and adolescents. Am Psychol 1998; 53(2): 221-241 / Klein DN et al. Depressive disorders. In: Beauchaine TP et al. (Eds). Child and adolescent psychopathology. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2008.
6) Wagner HR et al. Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. Psychol Med 2000; 30(6): 1377-1390 / Gotlib IH et al. Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. J Consult Clin Psychol 1995; 63(1): 90-100.
7) Smit F et al. Depressiepreventie: stand van zaken, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013 / Cuijpers P et al. Economic costs of minor depression: a population-based study. Acta Psychiatr Scand 2007; 115(3): 229-236 / Smit F et al. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. J Ment Health Policy and Econ 2006; 9(4): 193-200.
8) Vanheusden K et al. Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. Patient Educ Couns 2008; 73(1): 97-104.
9) Nuijen J et al. Trendrapportage GGZ 2010: toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
10) Crutzen R. Hard to get, hard to keep. Dissemination of and exposure to Internet delivered health behavior change interventions aimed at adolescents. Maastricht: Datawyse, 2009.
11) www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/ en
www.gezondeschool.nl/
12) Stice E et al. A Meta-Analytic Review of Depression Prevention Programs for Children and Adolescents: Factors that Predict Magnitude of Intervention Effects. J Consult Clin Psychol 2009; 77(3): 486-503 / Weare K et al. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? Health Promotion International 2011: 26 (S1).

13) Van der Zanden R et al. Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013 / Van der Linden D et al. Happyles. Online stepped care aanbod voor studenten in het middelbaar beroepsonderwijs. Tijdschr Orthoped 2011; 50: 126-130 / www.happyles.nl/
14) www.opvollekracht.com/
15) www.gripopjedip.nl/nl/Home/
16) www.loketgezondleven.nl/object_binary/o15217_4976-TRIMBOS---Handreiking-KOPP-KVO_WEB.pdf

4.4 Huisartspatiënten

1) VWS. Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ. Den Haag: Ministerie van VWS, 2013 / NZa. NZa Regel POH GGZ en NZa Regeling NR/CU 539 Generalistische Basis GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2013.
2) Uit: Smit F et al. Depressiepreventie: stand van zaken, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
3) Karsten J et al. Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. Br J Psychiatry 2011; 198: 206-212 / Hardeveld F et al. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. Acta Psychiatr Scand 2010; 122: 184-191 / Smit F et al. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 290-296 / Cuijpers P et al. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 325-331.
4) Conijn B et al. Factsheet preventie van depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
5) www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie
6) Van Zoonen K et al. Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. Int J Epidemiol 2014; 43: 318-329.
7) Lemmens LC et al. Depressiepreventie. Nationale en internationale inventarisatie. Bilthoven: RIVM, 2014
8) www.doorbreek-depressie.nl
9) Piet J et al. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2011; 31: 1032-1040.
10) www.depressievrij.nl en www.blijfdepressievrij.nl
11) E-learning 'Signaleren depressie': www.signalerendepressie.nl / NHG-Standaard in de praktijk: www.nhg.org/scholing/stip-cursus-depressie
12) http://www.allesisgezondheid.nl/Doe_mee_en_teken_een_pledge/Wie_hebben_er_al_getekend/Persoonlijke_Gezondheidscheck
13) Bijvoorbeeld: www.psymate.eu/ en www.hoegekis.nl/dagboek-studie/informatie

4.5 Chronisch zieken: kankerpatiënten

1) www.cijfersoverkanker.nl
2) Hopman P et al. Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2012. Samenvatting. Utrecht: Nivel, 2012 / Walker S et al. Cost-effectiveness of combining systematic identification and treatment of co-morbid major depression for people with chronic diseases: the example of cancer. Psychological Medicine 2013 [Epub ahead of print].
3) Krebber AMH et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psycho-Oncology 2014; 23(2): 121-130.
4) Mitchell AJ et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 2011; 12: 160-174.
5) Hopman P et al. Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2012. Samenvatting. Utrecht: Nivel, 2012 / Hoekstra-Weebers JEHM. Psychosociale signalering in de regio van het Integraal Kankercentrum Noord Oost (IKNO). Ned Tijdschr Oncol 2010; 7: 238-246 / Carlson LE et al. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1: 8 / Hjerl K, et al. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. Psychosomatics 2003; 44(1): 24-30 / Satin JR et al. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. Cancer 2009; 115(22): 5349–5361 / www.oncoline.nl
6) NHG. Standpunt 'Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk'. Concept 10 januari 2014. Utrecht: NHG, 2014.
7) Walker S et al. Cost-effectiveness of combining systematic identification and treatment of co-morbid major depression for people with chronic diseases: the example of cancer. Psychological Medicine 2013 [Epub ahead of print].
8) www.oncoline.nl en www.lastmeter.nl
9) Hart SL et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. J Natl Cancer Inst 2012; 104: 990-1004.
10) Krebber AMH et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck and lung cancer patients: a randomized controlled trial. BMC Cancer 2012; 12: 173.
11) www.samenlevenmetkanker.nl/?p=332-stepped_care_bij_depressie en www.samenlevenmetkanker.nl/?p=311-Depressie_bij_hersentumoren
12) Van Scheppingen C et al. Is implementing screening for distress an efficient means to a psychological intervention trial? Psycho-Oncology 2013, [Epub ahead of print].
13) Schellekens MPJ et al. Study protocol of a randomized controlled trial comparing Mindfulness-Based Stress Reduction with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with lung cancer and their partners: the MILON study. BMC Cancer 2014; 14: 3.
14) www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Persberichten/Pages/1_1miljoeneurosubsidievoorUMCG-onderzoeknaarkankerendepressie.aspx
15) www.bemind.info
17) www.samenlevenmetkanker.nl/?p=397-OncoQuest / www.onco-kompas.nl/

4.6 Mantelzorgers

1) Oudijk D et al. Mantelzorg uit de doeken. Een actueel beeld van het aantal mantelzorgers. Den Haag: SCP, 2010.
2) Timmermans J et al. De mantelval. Over de dreigende overbelasting van de mantelzorger. Den Haag: SCP, 2005.
3) Wittenberg Y et al. Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek. Den Haag/Amsterdam: SCP / HvA, 2012.
4) De Graaf R et al. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. Tijdschr Psychiatr 2012: 27-38 / Tuithof M et al. Risico-indicatoren van emotionele stoornissen bij mantelzorgers. Resultaten van NEMESIS-2 (in voorbereiding).
5) www.werkenmantelzorg.nl/stichting/feiten-en-cijfers
6) www.platformggz.nl/lpggz/thema_familiebeleid
7) www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/p/1401176/ en www.movisie.nl/esi/preventieve-ondersteuning-mantelzorgers / Bransen E et al. Oog voor mantelzorgers. Praktijkervaringen van zes Leidse organisaties met Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM). Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
8) Lemmens LC et al. Depressiepreventie. Nationale en internationale inventarisatie. Bilthoven: RIVM, 2014
9) www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/zoeken-in-i-database/ en zoek op "psychische problemen in de familie"
10) www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/09/01/toekomst-agenda-informele-zorg-en-ondersteuning.html

4.7 Werknemers: ziekenhuisverpleegkundigen

1) Loo M et al. Depressiepreventie. Handreiking voor bedrijfsartsen. Utrecht: NVAB, 2013.
2) Wieclaw J et al. Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. Occup Environ Med 2006; 63(5): 314-319.
3) Letvak S et al. Depression in hospital-employed nurses. Clin Nurse Spec 2012; 26(3): 177-182.
4) Gartner FR et al. The mental vitality @ work study: effectiveness of a mental module for workers' health surveillance for nurses and allied health care professionals on their help-seeking behavior. J Occup Environ Med 2013; 55(10): 1219-1229.
5) De Graaf R et al. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Surevey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
6) Gartner FR et al. The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review. Int J Nurs Stud 2010; 47(8): 1047-1061.
7) Pas LW et al. Beleid rondom mentale gezondheid in de werksetting. Bilthoven: RIVM, 2014.
8) Sluiter J et al. Leidraad Preventief medisch onderzoek van werkenden. Utrecht: NVAB, 2013.
9) Ketelaar S et al. PMO-module psychische gezondheid verbetert werkfunctioneren in de zorg. TVB 2013; 21(9): 406-411 / Noben C et al. Improving work functioning among nurses in an academic medical centre: Cost benefit analysis from an employer's perspective. Submitted 2014.

Trimbos instituut

In Nederland krijgt bijna één op de vijf volwassenen ooit in het leven een depressie. Per jaar maken zo'n 546.500 volwassenen een depressieve episode door en jaarlijks krijgen zo'n 135.600 volwassenen voor het eerst een depressie. Inclusief jongeren en ouderen, wordt geschat dat bijna 800.000 mensen in 2011 een stemmingsstoornis hadden. Depressie is een belangrijk probleem voor de volksgezondheid: het staat al jaren in de top vijf van hoogste ziektelast, hoogste ziektekosten en grootste veroorzakers van arbeidsverzuim. Effectieve preventie van depressie is mogelijk, en is in veel gevallen ook kosteneffectief.

Depressiepreventie is sinds 2006 een speerpunt in het beleid van het ministerie van VWS. In het afgelopen decennium zijn stappen in de goede richting gezet, maar de incidentie van depressie is nog niet verminderd. In het Nationaal Programma Preventie (2013) wordt onderstreept dat preventie een kwestie van lange adem is. Om de incidentie van depressie daadwerkelijk en substantieel te verminderen, zijn zes risicogroepen voor een gerichte aanpak benoemd. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut opdracht gegeven om deze gerichte aanpak te verkennen.

Het uitgangspunt voor de gerichte aanpak is de logische verbinding van de risicogroep in de bevolking aan de plaatsen waar de groep zich bevindt (setting) en de zorgverleners/ professionals die horen bij die setting. Vragen zijn: waar is de risicogroep te vinden en bij wie past signalering van depressieve klachten? Welke effectieve preventieve interventies zijn er en wie kan de risicogroep doorleiden naar deze interventies? Een gerichte aanpak wil zeggen dat de aanpak per risicogroep zoveel als mogelijk gestandaardiseerd is, liefst binnen (landelijk) bindende kaders. In deze strategische verkenning staan de resultaten beschreven.