

1

Depressiepreventie in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid

Rol en verantwoordelijkheid lokale overheid
in gezondheidsbeleid

A

Cijfers en feiten: omvang en
ernst van het probleem

B

Preventie loont

C

Ambities realiseren door landelijke en lokale interactie

D

Depressiepreventie als beleidsdoel
in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid

E

Taak- en rolverdeling binnen de gemeente

F

Facetbeleid versterkt het gezondheidsbeleid

G

Basispakket Depressiepreventie

H

Resultaten meten

I

Voorbeeldtekst voor de nota lokaal gezondheidsbeleid

J

Voorwoord

Voor u ligt de handleiding *Preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid*. Voor de landelijke overheid is preventie van deze aandoening een speerpunt. Depressie komt zeer veel voor en heeft bovendien grote invloed op de kwaliteit van leven. Uit lokale gezondheidsmonitors blijkt steeds vaker dat veel Nederlanders kampen met psychische klachten.

Gemeenten ontvangen vanaf 1 januari 2007 een deel van het ABWZ-budget voor collectieve preventie van psychische stoornissen. Voor veel gemeenten is depressie echter een nieuw thema dat veel vragen zal oproepen. We hopen dat deze handleiding een aantal daarvan zal beantwoorden. De tekst is geschreven voor beleidsmakers volksgezondheid van gemeenten, regionale GGD's en GGZ-instellingen, alsmede voor gezondheidsbevorderaars van GGD's, instellingen voor thuiszorg, algemeen maatschappelijk werk en lokale initiatiefnemers op het gebied van depressiepreventie. Met deze handleiding kunt u op een praktische manier invulling geven aan lokaal beleid voor preventie van depressie.

Qua opzet sluit deze handleiding aan bij de recent verschenen richtlijnen *Tabakspreventie* en *Preventie van overgewicht* van respectievelijk STIVORO (Stichting volksgezondheid en roken) en het Voedingscentrum. Bij de samenstelling heeft het Trimbos-instituut verder nauw samengewerkt met GGZ-Nederland. Op lokaal niveau is gebruik gemaakt van de expertise opgedaan door de gemeente Zoetermeer, de GGZ Groningen, GGD Hollands Midden, Parnassia, GGD Rotterdam, Big!Move en Riagg Amersfoort. Van de aanvullingen en commentaren vanuit landelijke en lokale instellingen hebben we dankbaar gebruik gemaakt.

In de tekst vindt u praktische informatie, concepten en voorbeelden die te gebruiken zijn bij het opstellen van uw eigen documenten. Alle teksten zijn te downloaden en eenvoudig te bewerken via www.lsp-preventie.nl

MET DE HANDLEIDING KUNT U

- snel de contouren voor een gemeentelijk depressiepreventiebeleid schetsen;
- een selectie maken van wat voor uw specifieke werkgebied relevant is;
- een eigen plan voor intern gebruik opstellen (met de functie *copy/paste* in uw tekstverwerker).

Daarmee legt u accenten waar dat nodig is, zodat u de gemeenteraad en andere belanghebbende partijen met een adequaat plan voor preventie van depressie goed kunt informeren.

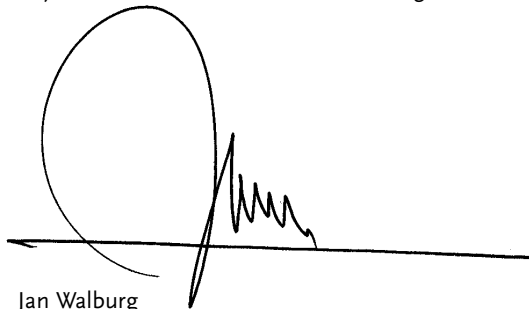
In de hoofdstukken hieronder treft u informatie aan over doelstellingen, interventies, het organiseren van samenwerking tussen uitvoerende partijen en over het opstellen van een communicatieplan. De handleiding is als werkboek te gebruiken: bij elk onderwerp kunt u de onderdelen selecteren die u zelf relevant acht. In de tekst is ruimte gelaten voor het invullen van eigen gegevens waar het data, namen, instellingen en cijfers betreft. We zijn ervan uitgegaan dat gemeenten een actieperiode vaststellen voor agendasetting en structurele inbedding van depressiepreventie op gemeentelijk niveau.

Deze Handleiding preventie van depressie bestaat uit twee delen en een bijlage:

1. het formuleren van beleid in de nota lokaal gezondheidsbeleid;
2. de uitvoering van dit beleid naar concrete activiteiten.

- Het eerste deel geeft informatie om verantwoord beleid te kunnen formuleren.
- Het tweede, praktisch gerichte deel helpt om het beleid uit te kunnen voeren. Op overzichtelijke wijze is de benodigde (achtergrond)informatie bewerkt tot een praktisch handboek, dat ook digitaal beschikbaar is. Op grond van bevindingen in de praktijk zal deze digitale versie (www.lsp-preventie.nl) regelmatig worden bijgewerkt. Op genoemde site vindt u verder aanvullende achtergrondinformatie, theoretische onderbouwing, regionale toepassingen van interventies en illustraties van interventies.
- DE LEEFLIJN, die als bijlage bij deze handleiding is opgenomen, bevat een overzicht van alle preventieprogramma's die op dit moment beschikbaar zijn voor verschillende leeftijdsgroepen. Ook deze tekst wordt periodiek geactualiseerd.

Wij wensen u veel succes met het vormgeven van depressiepreventie in uw gemeente.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, loopy initial 'J' followed by a series of smaller, connected loops, all resting on a horizontal line.

Jan Walburg
Voorzitter Raad van Bestuur

Trimbos-instituut
Landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg
en maatschappelijke zorg

Inhoud

A	Rol en verantwoordelijkheid lokale overheid in gezondheidsbeleid	6
B	Cijfers en feiten: omvang en ernst van het probleem	7
C	Preventie loont	10
D	Ambities realiseren door landelijke en lokale interactie	13
E	Depressiepreventie als beleidsdoel in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid	14
F	Taak- en rolverdeling binnen de gemeente	18
G	Facetbeleid versterkt het gezondheidsbeleid	19
H	Basispakket Depressiepreventie	21
I	Resultaten meten	24
J	Voorbeeldtekst voor de nota lokaal gezondheidsbeleid	26

A

Rol en verantwoordelijkheid lokale overheid

Depressie behoort tot de aandoeningen met de grootste ziektelast en vormt een aanzienlijke bedreiging voor de volksgezondheid. Wanneer mensen een depressie hebben, is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Lokale gezondheidsmonitors maken zichtbaar dat veel inwoners van gemeenten last hebben van depressieve klachten. Dit gegeven doet een appèl op het openbaar gezondheidsbeleid van de gemeente: een integraal lokaal preventiebeleid kan de kans op depressie verminderen.

ZELFREDZAAMHEID

Ook al zijn individuele burgers in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid, in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is vastgelegd dat de gezondheid van burgers ook Nederlandse gemeenten aangaat. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de uitvoering van preventieve taken “die niet direct voortkomen uit een hulpvraag van de burgers”. Het is aan de gemeentelijke en rijksoverheid om de samenleving zo in te richten, dat deze mensen daadwerkelijk in staat stelt een goede gezondheid te realiseren. Verder zijn gemeenten krachtens de WCPV wettelijk verplicht tot het uitvoeren van de jeugdgezondheidszorg.

OORZAAK VAN SCHOOLUITVAL, ARBEIDSVERZUIM EN EENZAAMHEID

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) hebben gemeenten per 1 januari nog sterker de regie gekregen voor integratie van preventie en maatschappelijke ondersteuning. De WMO staat voor ‘meedoen’: mensen moeten in een vroeg stadium actief betrokken worden bij de samenleving. Depressie is een belangrijke oorzaak van *schooluitval, arbeidsverzuim en eenzaamheid*. Daarentegen dragen sociale en maatschappelijke participatie bij aan preventie van depressie. Op lokaal niveau zijn er daarom volop mogelijkheden die benut kunnen worden. Het gaat daarbij niet zozeer om nieuwe, kostbare, additionele voorzieningen als om het creëren van meer samenhang tussen zorgaanbieders enerzijds en zorg en beleidsterreinen (welzijn, sociaal, veiligheid en sport en bewegen) anderzijds.

De WMO heeft als doelstelling om de zelfredzaamheid van zorgbehoevende mensen te vergroten en om de zorg zolang mogelijk in de eigen woonomgeving te realiseren. Een goede geestelijke gezondheid (o.a. goed in je vel zitten, vertrouwen hebben in de eigen competenties, zingevende doelen hebben en deze kunnen realiseren) vormt daarvoor een voorwaarde. De aanwezigheid van psychische klachten ondermijnt de zelfredzaamheid. Om de doelstellingen van de WMO te laten slagen is het daarom cruciaal dat een gemeente goede ondersteuningsprogramma's ter beschikking stelt op het terrein van geestelijke gezondheidsbevordering. Deze handleiding laat zien hoe een gemeente in korte tijd deze preventieve ondersteuning kan realiseren voor kwetsbare doelgroepen.

B

Cijfers en feiten: omvang en ernst van het probleem



WAT IS DEPRESSIE?

Depressie wordt gekenmerkt door een sombere stemming en interesseverlies. Het lusteloze gevoel is voor het grootste deel van de dag aanwezig, gedurende meerdere dagen, minimaal gedurende twee weken; het verlamt elke motivatie. Daarnaast zijn er meerdere klachten met een versturende invloed op iemands functioneren, zoals een ontregelde slaap, energiegebrek, problemen met de concentratie, toename of verlies van eetlust, piekeren over dood en suïcide.

BELOOP

Is een depressie eenmaal ontstaan, dan kent deze meestal een ongunstig beloop. Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden, maar in een van de vijf gevallen duurt een depressie langer dan twee jaar: in feite is hij dan chronisch. Iemand kan verschillende malen in zijn leven een depressie krijgen. De kans daarop is zelfs aanzienlijk: 85% binnen vijf jaar (Gezond verstand, 2006), al zijn er ook lagere schattingen. 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 dat van cholesterol.

ZORGGEBRUIK

Van de volwassenen met depressie maakte in 1996 ongeveer tweederde in een gegeven jaar gebruik van enigerlei zorg. Meer dan de helft van hen bezocht de eerste lijn, ongeveer een derde de ambulante GGZ. Slechts 2% van de volwassenen met depressie werd opgenomen in de GGZ (Bijl & Ravelli, 1998). Dergelijke cijfers over het zorggebruik van jongeren en ouderen zijn niet beschikbaar; waarschijnlijk zijn ze lager, omdat depressie bij deze groepen minder snel wordt herkend. Deze gegevens laten zien dat op het terrein van 'vroegsignalering' nog veel winst te behalen is.

ZIEKTELAST

De stoornis komt veel voor en gaat gepaard met aanzienlijke functionele beperkingen, wat leidt tot een grote maatschappelijke ziektelast. In Nederland lijden jaarlijks ongeveer 737.000 personen tussen de 12 en 75 jaar aan depressie. Volgens de World Health Organization is depressie wereldwijd een van de voornaamste veroorzakers van niet-fatale ziektelast.

ECONOMISCHE KOSTEN

Mensen met een depressie doen een groter beroep op de gezondheidszorg en verzuimen vaker van hun werk. Zo brengt depressie ook aanzienlijke economische gevolgen met zich mee: per jaar ten minste 1,3 miljard euro bij de mensen in de leeftijdsgroep van 18–65 jaar, overwegend door productieverliezen ten gevolge van arbeidsverzuim.

JONGEREN: KERNGEGEVENS

Volgens buitenlands onderzoek zou 24% van alle jongeren een depressieve episode hebben meegemaakt voor het achttiende levensjaar: dat betekent een van elke vijf leerlingen. Een depressie op jonge leeftijd heeft specifieke (ontwikkelingspsychologische) gevolgen en kan nadelig werken op iemands schoolprestaties, sociale leven en daarmee later op iemands beroepsloopbaan. Ook is een depressie op jonge leeftijd een voorspeller van terugkerende of chronische depressie op latere leeftijd. Een 'vroeg depressie' kan op latere leeftijd voorts leiden tot problematisch drankgebruik. Al deze factoren tezamen laten zien hoe belangrijk depressiepreventie bij jongeren is.

In de populatie van jongeren zijn er enkele bijzondere doelgroepen voor depressiepreventie. Dat zijn kinderen die aan armoede lijden, die aan verwaarlozing, misbruik of geweld zijn blootgesteld - en vooral kinderen die geen vertrouwensrelatie met iemand anders hebben. Ook kinderen met teruggetrokken (internaliserend) gedrag vormen een mogelijke doelgroep voor depressiepreventie. Het opgroeien in een harmonieuze gezinssituatie, sociale en cognitieve competenties en humor beschermen jongeren juist tegen een depressie.

Jeugdmonitor van de GG&GD Rotterdam en omstreken

De GG&GD Rotterdam en omstreken onderzoekt de lichamelijke en psychische gezondheid van kinderen en jongeren van 0 tot en met 18 jaar met de Jeugdmonitor Rotterdam. Op zeven verschillende leeftijdsmomenten wordt informatie verzameld. Dat gebeurt zo mogelijk via verschillende bronnen (ouders, leerlingen, leerkrachten, jeugdartsen en/of jeugdverpleegkundigen). Uit de Jeugdmonitor 2000-2002 blijkt dat bij 27% van de meisjes en 11% van de jongens in de derde klas van het Voortgezet Onderwijs sprake is van een ongunstig psychisch welbevinden. Een groot deel hiervan kampt met depressieve klachten. Naar aanleiding van deze bevindingen besloten de lokale GG&GD, GGZ en de Afdeling voor GGZ preventie een preventieproject op te zetten voor leerlingen. Het preventieproject bestaat uit voorlichting over depressie op scholen, (vroeg)signalering door jeugdverpleegkundigen en een preventieve cursus voor jongeren met somberheidsklachten. Om depressieve klachten te voorkomen, krijgen alle jongeren in de leeftijd van 14-17 jaar bovendien een cursus 'Levensvaardigheden' waarin wordt ingespeeld op het aanleren, ontwikkelen en behouden van sociale en emotionele vaardigheden.

VOLWASSENEN: KERNGEGEVENS

Jaarlijks hebben 588.800 volwassenen (18-65 jaar) een depressie. Bij vrouwen komen depressies ongeveer tweemaal zo vaak voor als bij mannen. Ook komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Volwassenen die eerder blootgesteld zijn aan depressieve klachten, lopen een aanzienlijk groter risico op een nieuwe depressie. Ditzelfde geldt voor volwassenen met een kwetsbare persoonlijkheid (weinig zelfvertrouwen en een geringe zelfwaardering bijvoorbeeld). Enkele chronische lichamelijke ziektes (migraine, chronische problemen met ademen, chronische maag-darmklachten, lage rugpijn) vergroten bovendien het risico op een depressie onder volwassenen, evenals stressvolle levensgebeurtenissen. Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen juist beschermen tegen een depressie.

Twee procent van de ouderen (65+) in Nederland heeft een depressie; 16% heeft last van 'klinische relevante depressieve klachten', met grotendeels dezelfde gevolgen als een depressie. Bij ouderen duren depressies bovendien vaak lang: 43% van de depressies duurt tien maanden of langer en 34% wordt chronisch (tenminste vijftien maanden). Belangrijke risicofactoren voor depressie zijn weduwschap, weinig sociale steun (eenzaamheid), chronische ziektes als Parkinson, Alzheimer, kanker, hart- en vaatziekten, functionele beperkingen, lage opleiding, verlies van autonomie. Vooral ouderen die geconfronteerd worden met meerdere risicofactoren hebben een sterk verhoogd risico op depressie. Sociale participatie, lichamelijke gezondheid, gevoel van controle over het eigen leven en sociale steun in de omgeving beschermen ouderen tegen een depressie.

Gezondheidspeiling Zuid-Holland Noord

De GGD in Zuid-Holland Noord heeft in 2005 een gezondheidspeiling gedaan voor de geestelijke gezondheid van 65-94 jarigen. Daaruit bleek dat 33% van de 65-plussers een matig risico loopt op een depressie en 4,5% een hoog risico. 7% van de ouderen bleek daarnaast ernstig eenzaam. De peiling wijst bovendien uit dat, hoe eenzamer ouderen zijn, des te vaker zij een hoog risico op een depressie lopen en/of aan suïcide gedacht hebben. Het blijkt moeilijk deze groep ouderen te bereiken: slechts een op de vijf ouderen uit deze risicogroepen bezocht in het afgelopen jaar de geestelijke hulpverlening. Om deze redenen implementeren GGD Hollands Midden en GGZ Leiden en omstreken de integrale aanpak depressiepreventie bij ouderen (IAD) dat door het Trimbos-instituut is ontwikkeld.

C

Preventie loont

DE BETEKENIS VAN PREVENTIE VAN DEPRESSIE TIJDENS DE LEVENSLLOOP

Onderzoek (Hosman e.a., 2005) wijst uit: wanneer preventie op het juiste moment wordt aangeboden (in kwetsbare posities en tijdens belangrijke transities in het leven) kan dat een wereld van verschil maken voor de rest van iemands leven. Het gaat dan om het creëren van een leefomgeving waarin de kans op een geestelijk gezond leven wordt geoptimaliseerd.

Preventie van depressie kan starten bij de allerjongsten. Zij zijn nog bijzonder kwetsbaar voor invloeden vanuit de omgeving en juist in de eerste levensjaren kunnen een goede hechting en basisvertrouwen worden gerealiseerd. Wanneer ouders van jonge kinderen ernstige psychische klachten of psychiatrische problemen hebben, of wanneer ouders de eerste jaren moeilijkheden met de opvoeding ervaren, komen deze ontwikkelingen in de knel. Goede preventieve voorlichting, begeleiding en training van de ouders kunnen helpen om een veilig en stimulerend opvoedingsklimaat te scheppen.

Vanaf de basisschool wordt de invloed van leeftijdsgenoten en de leeromgeving steeds belangrijker. Een veilige en gezonde schoolomgeving is daarom van groot belang. Juist op deze leeftijd kunnen trainingen leerlingen helpen om voldoende sociaal en emotioneel weerbaar te worden, waardoor zij beter bestand zijn tegen bedreigende situaties (pesten, misbruik) en waardoor ze belangrijke vriendschappelijke relaties kunnen realiseren.

Tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid wordt vooral een begin gemaakt met identiteitsvorming. Ook wordt de overgang naar meer zelfstandigheid in gang gezet. Op deze leeftijd kunnen depressies voor het eerst sterk naar voren komen en een positieve identiteit en zelfvertrouwen ondermijnen. Wanneer niet adequaat met psychische klachten wordt omgegaan, kunnen de problemen lange tijd in het volwassen leven blijven voortbestaan. Juist op deze leeftijd kunnen sociale en probleemoplossende vaardigheden worden getraind. Voor jongeren met depressieve klachten kunnen preventieve cursussen uitkomst bieden.

Tijdens de volwassenheid zijn veel depressies arbeids- en zorggerelateerd. Overbelasting door het werk of een combinatie van werk en zorgtaken kunnen een belangrijke oorzaak van depressie zijn. De informele zorg voor zieke ouders kan tot overbelasting en psychische klachten leiden. Mensen met een lagere sociaal economische status en allochtonen zijn extra kwetsbaar. Er zijn verschillende preventieve trainingen en zelfhulpprogramma's beschikbaar die mensen weer helpen een goede balans in hun leven te vinden.

GOEDE HECHTING EN
BASISVERTROUWEN

SOCIAAL EN EMOTIONEEL
WEERBAAR WORDEN

IDENTITEITSVORMING EN
ZELFSTANDIGHEID

ARBEIDS- EN ZORGERELATEERD

BEHOUD VAN KWALITEIT VAN LEVEN EN ZINGEVINGSVRAGEN

Voor ouderen is het behoud van kwaliteit van leven een belangrijke uitdaging. Verschillende factoren kunnen deze bedreigen: sociaal isolement, verlies van dierbaren, functionele beperkingen, verlies van zelfstandigheid. Ouderen beleven een periode waarin ze vaak terugkijken op hun leven; zingevingsvragen spelen een grote rol. Er is veel preventieve ondersteuning beschikbaar gericht op versterking van gevoel van controle, verwerking van verlieservaringen, sociale participatie en versterking van zingeving.

EFFECTEN VAN PREVENTIEVE INTERVENTIES

In de afgelopen decennia zijn vele honderden wetenschappelijke studies gedaan om preventieve interventies te ontwerpen, te onderbouwen en op effect te onderzoeken. Deze studies tonen aan dat effectieve preventie van psychische problemen mogelijk is. Op de hieronder volgende punten kan preventie aanzienlijke en significante effecten hebben.

- *De psychische weerbaarheid en andere beschermende factoren:* probleemoplossende vaardigheden, stressmanagementvaardigheden, sociale vaardigheden, het gevoel van controle over het leven, prosociaal gedrag, levenssatisfactie, sociale steun en een ondersteunend schoolklimaat.
- *Risicofactoren*, zoals vroege hechtingsproblemen tussen ouder en kind, problematisch opvoedingsgedrag, slachtoffer zijn van pesten.
- *Psychische klachten.* Preventieve programma's kunnen tot een substantiële en significante afname van depressieve symptomen leiden, waardoor de kans op een depressie aanzienlijk vermindert.
- *Sociale en economische effecten.* Te denken valt aan jeugd delinquentie, contacten met justitie en politie, productiviteitsverlies, werkloosheid en gebruik van sociale en zorgvoorzieningen; aan betere schoolprestaties, een hoger opleidingsniveau en meer inkomen. Steeds meer onderzoek toont aan dat depressiepreventie tot kostenbesparing in de gezondheidszorg leidt.

Enkele studies laten nu ook zien dat preventie bij mensen met milde depressieve klachten ertoe leidt dat minder stoornissen ontstaan.

DOEL EN STRATEGIE VAN DEPRESSIEPREVENTIE

Preventie van depressie richt zich in de regel op het versterken van (o.a. emotionele, sociale, cognitieve) vaardigheden en activiteiten. Deze helpen om te gaan met moeilijke levensgebeurtenissen, ze beschermen tegen depressie of helpen om depressieve klachten te verminderen. Preventie richt zich primair op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Daarbij zijn in grote lijnen twee strategieën te onderscheiden.

1. Preventie richt zich op mensen die nog geen klachten hebben: middels algemene geestelijke gezondheidsbevordering, kennisoverdracht en competentieversterking (universele preventie). Wanneer deze vorm van preventie op risicogroepen is gericht, wordt ook wel van selectieve preventie gesproken.
2. Preventie richt zich op mensen met lichte depressieve klachten: door vroegsignalering, advisering en ondersteuning wordt voorkomen dat de klachten verergeren tot een depressie. (secundaire of geïndiceerde preventie).

INTEGRALE AANPAK

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat preventie het meeste oplevert in een integrale aanpak: wanneer publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, preventieve ondersteuningsprogramma's en maatregelen gericht op de omgeving worden gecombineerd. Door een basispakket te ontwikkelen kan zo'n aanpak worden ingezet voor doelgroepen met een sterk verhoogd risico op depressie. Juist bij het realiseren van deze aanpak kunnen gemeenten een cruciale rol vervullen.

D

Ambities realiseren door lokale interactie

De grote uitdaging voor de komende jaren is om meer mensen met preventie van depressie te bereiken. Op dit moment maken jaarlijks 4000 personen (jongeren, volwassenen en ouderen) gebruik van preventieve ondersteuning (cursussen, groepswork) tegen depressies. Dit bereik kan sterk worden vergroot. Een van de mogelijkheden daartoe is om beschikbare preventieve interventies meer laagdrempelig (dichter bij huis) aan te bieden.

Niet iedereen heeft echter intensieve ondersteuning nodig. Voor de meeste mensen kan goede voorlichting of een kort advies voldoende zijn om weer controle over het eigen leven te krijgen. Ook zelfhulp – al dan niet aangeboden via internet – kan het bereik van preventie snel vergroten en het risico op depressie verminderen

Voorwaarde is dat er lokaal voor hoogrisicogroepen een structurele, samenhangende aanpak wordt gerealiseerd. Daarvoor moeten betrokken partijen de krachten bundelen, zodat het bereik van de preventieve hulp wordt vergroot. Gemeenten hebben hierin een sleutelrol. Zij kunnen vanuit een overzicht van bestaande activiteiten door lokale actoren beleid ontwikkelen dat tot meer samenwerking en afstemming leidt.

E

Depressiepreventie als beleidsdoel

Depressie is op dit moment een van de belangrijkste bedreigingen van de volksgezondheid. Daarom heeft de Rijksoverheid in haar nota *Kiezen voor gezond leven* (2006) depressiepreventie als een van de vijf speerpunten benoemd. De nota bouwt voort op een eerdere rijksnota van 2003, *Langer Gezond leven*, die een pleidooi bevatte om in de wijk, op het werk, in de zorg en op school aandacht te besteden aan drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. De nieuwe nota wil bovendien schadelijk alcoholgebruik en depressie steviger aanpakken. Wat dit laatste betreft is de doelstelling van de rijksoverheid om het bereik van depressiepreventie substantieel te vergroten. Aangezien er sterke aanwijzingen zijn dat bewegingsstimulering psychische klachten kan verminderen, en er aanwijzingen zijn voor positieve effecten van bewegen op het voorkómen van psychische klachten raden we ook aan gebruik te maken van DE LEEFLIJN van de eerdergenoemde Handleiding Overgewicht. Het is zinvol om bij het ontwikkelen van een gemeentelijk depressiepreventiebeleid een verbinding te maken met de beweegcomponent van het overgewichtbeleid. Bij het sport en bewegenbeleid ontstaat steeds meer aandacht voor integraal gezondheidsbeleid. Uit onderzoek blijkt dat de fysieke omgeving in belangrijke mate bewegen kan stimuleren. Denk bijvoorbeeld aan voldoende veilige wandel- en fietspaden en speel- en groenvoorzieningen. (Zie ook paragraaf G.)

Voor gemeenten is het raadzaam de landelijke speerpunten uit de nota *Kiezen voor gezond leven* te volgen. De gezondheidsenquêtes van de GGD ondersteunen deze keuze en zowel landelijk als lokaal zijn dit de onderwerpen waarmee de meeste gezondheidswinst te behalen is.

Het lokaal gezondheidsbeleid van een gemeente is er op gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. De gemeente ondersteunt zowel jongeren, volwassenen als ouderen in het ontwikkelen en behouden van een goede gezondheid. Om een aantoonbare bijdrage te leveren aan gezondheidsbevordering en -bescherming zal de gemeente daarom speerpunten benoemen en meetbare doelen formuleren, die zijn gerelateerd aan de landelijke doelstelling. Het gaat erom te bevorderen:

- dat depressie wordt voorkomen;
- dat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken.

Op lokaal niveau is een belangrijke bijdrage te leveren aan het realiseren van deze doelstelling. De gemeente kan daartoe veel activiteiten opzetten, in overleg met GGD en GGZ. Zo kan in gemeentelijke actieprogramma's de komende vier jaar het speerpunt depressie-

preventie continu onder de aandacht worden gebracht. Een dergelijk actieprogramma is bij voorkeur uitgewerkt naar leeftijdsfase: jongeren, volwassenen en ouderen, met daarin aandacht voor doelgroepen die extra aandacht verdienen. Vaak vinden in een gemeente al diverse activiteiten plaats, door meerdere organisaties uitgevoerd, die een bijdrage aan de preventie van depressie leveren. In dat geval kan een gemeentelijk actieprogramma leiden tot een goed op de vraag afgestemd aanbod van activiteiten en voorzieningen.

Bij de uitvoering van het geformuleerde beleid is het belangrijk om zo veel en zo goed mogelijk gebruik te maken van organisaties en beroepsgroepen binnen de gemeente. Het gaat om GGD, GGZ-instellingen/afdeling preventie, huisartsen en praktijkondersteuners, eerstelijnspsychologen, maatschappelijk werkers, leerkrachten, thuiszorg, welzijnswerk, steunpunten mantelzorg en vrijwilligersorganisaties en sportvoorzieningen. In de meeste gemeenten zal het er vooral om draaien, de afzonderlijke activiteiten meer met elkaar in verband te brengen. Voorkomen moet worden dat er in sommige gevallen meer van hetzelfde gedaan wordt, terwijl er op andere terreinen lacunes in het aanbod bestaan. De gemeente kan bij uitstek de regierol vervullen om vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen.

Hieronder volgt een aantal inspirerende voorbeelden van een lokale aanpak depressiepreventie in drie gemeenten.

Depressiepreventie voor de jeugd: PIEP zei de muis in Amersfoort

“In de groep die ik nu begeleid bijvoorbeeld, zit een meisje dat hier binnenkwam met een wit gezichtje, wallen onder de ogen en heel erg timide. Zij maakte zich ontzettend veel zorgen om de situatie thuis: een van de kinderen in het gezin is ernstig ziek en moeder kampt daardoor met depressieve klachten. In het begin van de cursus was ze erg gesloten, wilde niet loskomen. Maar na een aantal bijeenkomsten zagen we daar langzaam verandering in komen. Tijdens de elfde bijeenkomst mogen kinderen vertellen wie er belangrijk voor hen zijn, en toen kwam alles eruit. Voor het eerst sprak zij over haar moeder en de situatie thuis, hoe moeilijk zij het daarmee had. Sinds die bijeenkomst is ze eigenlijk alleen maar losser geworden: ze durft meer, legt meer contacten en vertelt zelfs grapjes. En niet alleen in de groep, maar vooral ook daarbuiten: op school en ook thuis durft ze veel beter aan te geven wat ze wel en niet wil en durft ze ook te zeggen wat zij belangrijk vindt. En daardoor zie je dat het niet alleen met het kind, maar ook met de moeder beter gaat, en dat is natuurlijk geweldig om te zien.”

Catelijne Mostert

Preventiewerker Jeugd | RIAGG Amersfoort & Omstreken

>

PIEP zei de muis is een samenwerkingsproject van GGD Eemland, RIAGG Amersfoort & Omstreken, Stichting Welzijn Amersfoort en het Trimbos-instituut. Het project is gericht op het signaleren en ondersteunen van jonge kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen in achterstandswijken. Deze kinderen werden tot op heden niet bereikt met preventie. Het programma omvat informatiebijeenkomsten voor eerstelijnswerkers, een vaste club voor de kinderen waarin aandacht is voor sociale steun, ontspanning, vaardigheden en het zelfbeeld en ouderbijeenkomsten. In korte tijd zijn inmiddels bijna 100 kinderen bereikt en nog veel meer kinderen (waaronder broertjes en zusjes) in beeld gebracht.

Depressiepreventie voor volwassenen: Big!Move in Amsterdam

“Ik ben vier jaar geleden begonnen met Big!Move, ik was een van de eerste deelnemers. Toen was ik echt heel ernstig ziek, ik had last van reuma en was heel erg mensenschuw. Als ik de hond aan het uitlaten was en een bekende tegenkwam op straat, dan dook ik het liefste in een hoekje weg. Nou, dat heb ik aangekaart bij de huisarts en deze heeft me doorverwezen naar Big!Move, waar ik begonnen ben met zwemmen. Later ben ik ook gaan wandelen. Eigenlijk heb ik alles aan Big!Move te danken. Als ik hen niet had gehad, was er nu niet veel van me overgebleven. Big!Move geeft je het gevoel dat je weer in de maatschappij hoort, en heeft me mijn zelfvertrouwen teruggegeven. Ik duik niet meer weg als ik bekenden tegenkom. Eigenlijk kun je zeggen dat mijn geestelijke en lichamelijke gezondheid allebei omhoog gehold zijn. Ik wandel nu nog steeds en organiseer zelf ook wandeltochten. Je wordt er eigenlijk gewoon een heel ander mens door.”

Deelneemster Big!Move

Gezondheidscentrum Venserpolder bevindt zich in een achterstandswijk in Amsterdam Zuidoost met een multiculturele bevolking. Veel patiënten van het gezondheidscentrum hebben aandoeningen die te maken hebben met een ongezonde leefstijl zoals overgewicht, suikerziekte, hart- en vaatziekten, spanningen en moeheid. Na een verwijzing van een huisarts stimuleert Big!Move mensen om in beweging te komen via cursussen dansen, zwemmen, wandelen of fietsen. Enkele kernbegrippen van het programma zijn: plezier (de generator van het project), naar buiten gericht (creëren van nieuwe sociale relaties in de wijk), kracht (vergroten van zelfvertrouwen), participatie (commitment van alle partijen), procesgericht (interactie tussen deelnemers en begeleiders), focus op gezond gedrag (wordt bekrachtigd) en continuïteit. Uit onderzoek blijkt o.a. dat er een afname is van huisartsconsulten met 20% en van telefonische consulten met 23%.

Preventie van depressie bij ouderen: Wijk aan zet in Den Haag

“Het is geweldig dat we met 16 partijen op het gebied van preventie om de tafel zitten en echt iets voor elkaar hebben gekregen rondom deze problematiek. De onderlinge concurrentie tussen zorginstellingen blijkt een succesvolle samenwerking niet in de weg te staan. Er willen zelfs steeds meer partijen meedoen! En de grote kracht van het project is natuurlijk dat ouderen zelf aan zet zijn: zij mogen meespreken en voelen zich gehoord.”

Janet Lieferring

Projectleider Wijk aan zet | Parnassia, Den Haag

Parnassia heeft het initiatief genomen om in verschillende wijken in Den Haag een integrale aanpak depressiepreventie bij ouderen te realiseren. Doelstellingen zijn o.a. betere signalering van depressieve klachten en betere samenwerking tussen zorgaanbieders. Wijkbewoners worden actief betrokken bij het oplossen van het gesignaleerde problemen. Er is nu een structureel samenwerkingsverband tussen 16 instellingen. Er is een laagdrempelig, gratis spreekuur over psychische problemen en regelmatig worden voorlichtingsbijeenkomsten over diverse thema's georganiseerd. Inmiddels is het initiatief uitgebreid naar stadsdeel Haags Hout en Zoetermeer

F

Taak- en rolverdeling binnen de gemeente

De verantwoordelijkheid voor het initiëren en uitvoeren van preventie van depressie in het domein van de openbare gezondheidszorg ligt in de eerste plaats bij de gemeente. De gang van zaken is meestal als volgt.

- De GGD signaleert met haar gezondheidsmonitor problemen binnen de gemeente, zoals veel eenzaamheid onder ouderen in een bepaalde wijk. De GGD brengt dit onder de aandacht van de gemeenteraad.
- De *wethouder Volksgezondheid* geeft opdracht tot het opnemen van preventie van depressie als beleidsdoel in de nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid.
- De *gemeenteraad* stelt de prioriteiten vast en bepaalt in welke mate preventie van depressie voor de gemeente een item is.
- De *ambtenaar Volksgezondheid* is belast met de realisering van deze opdracht en kan zich hierbij laten informeren en adviseren door de GGD en GGZ.

De functionarissen Gezondheidsbevordering van de GGD houden zich bezig met de ontwikkeling, begeleiding en uitvoering van preventieprogramma's in samenwerking met diverse partners. Daarbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van (1) deskundigheid van lokale partners op het gebied van depressiepreventie en (2) preventieprogramma's die landelijk beschikbaar zijn en al tot succes hebben geleid. De GGD adviseert de gemeenten en instellingen over het preventiebeleid en informeert hen over de diverse programma's. De resultaten van de uitvoering van de programma's worden vervolgens onderzocht en geëvalueerd.

Voor de ontwikkeling en uitvoering van beleid gericht op preventie van depressie is ook de GGZ een belangrijke partner voor de gemeente. De gemeente kan de GGZ rechtstreeks benaderen voor de ontwikkeling van een lokale aanpak depressiepreventie. In de praktijk zullen GGZ en GGD vaak gezamenlijk optreden. Een en ander kan per gemeente sterk variëren.

G

Integraal beleid versterkt het gezondheidsbeleid

Integraal beleid heeft tot doel om op verschillende beleidsterreinen tegelijk gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden. Daarbij gaat het om:

- het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- het beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt);
- het beïnvloeden van de fysieke omgeving (zoals woonomgeving).

Van de volgende factoren is met wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat zij het risico op psychische problematiek en depressie vergroten:

- isolatie en vervreemding;
- gebrek aan onderwijs, huisvesting en vervoer;
- achterstandswijk;
- pesten;
- rassendiscriminatie;
- sociale achterstand;
- geweld en criminaliteit;
- werkstress;
- werkloosheid.

Om binnen de gemeente een effectief depressiepreventiebeleid te voeren en het percentage depressiviteit onder inwoners daadwerkelijk terug te dringen, zijn sectoroverschrijdende maatregelen nodig. Op lokaal niveau doen zich op verschillende beleidsterreinen mogelijkheden tot gecombineerde maatregelen voor. We geven een paar voorbeelden.

JEUGD EN ONDERWIJS

Op school is het zaak een gezonde leefstijl te bevorderen. In veel gemeenten wordt geëxperimenteerd met 'de gezonde school'. Deze kwalificatie garandeert dat op de school een sociaal stimulerende en veilige omgeving aanwezig is. Dit draagt bij aan het welbevinden van jongeren en verlaagt het risico op depressie. Maar ook voorlichting, training en deskundigheidsbevordering op het gebied van leefstijlgerelateerde factoren zijn gangbare beleidsmaatregelen voor de sector onderwijs.

ARBEIDSPARTICIPATIE

Werkloosheid is een risicofactor voor depressie. Gemeenten en zorginstellingen kunnen gezamenlijk de mogelijkheden voor arbeidsparticipatie introduceren en laten slagen.

PRETTIGE EN VEILIGE WOONOMGEVING

Een prettige en veilige woonomgeving is van grote invloed op de geestelijke gezondheid van bewoners. Is er voldoende groen in de omgeving? Zijn er voldoende ontmoetingspunten? Is er voldoende verlichting? Zijn er maatregelen om verpaupering tegen te gaan? Is er voldoende toezicht op veiligheid? Is het mogelijk en aantrekkelijk genoeg om naar buiten te gaan om te wandelen en te fietsen? Kan je in de buurt sporten of moet je daarvoor ver weg naar de rand van de stad? Maatregelen gericht op het stimuleren van een prettige en veilige woonomgeving kunnen in sterke mate bijdragen aan het depressiepreventiebeleid.

SOCIALE STEUN EN NETWERKEN IN DE OMGEVING

In veel gemeenten wordt geëxperimenteerd met projecten gericht op het doorbreken van sociaal isolement van volwassenen en ouderen. Een voorbeeld: activerende huisbezoeken. Of projecten waarbij schoolgaande kinderen een bezoek brengen aan ouderen in de wijk. In wijken waar veel depressie voorkomt, kunnen deze activiteiten worden geïntensiveerd.

H

Basispakket depressiepreventie

Om depressie als volksgezondheidsprobleem terug te dringen, zou iedere gemeente in Nederland op dit gebied preventiebeleid moeten voeren. Het is echter niet mogelijk om één algemeen beleidsprogramma op te stellen. Kinderen van ouders met ernstige psychische problemen hebben heel andere voorlichting en preventieve interventies nodig dan bijvoorbeeld oudere mensen met een chronische ziekte. Een gemeente zal daarom allereerst prioriteiten voor doelgroepen en regio's moeten vaststellen, waarvoor de gegevens van de lokale gezondheidsmonitor richting kunnen geven. Vervolgens zal voor de geprioriteerde doelgroep een lokale aanpak depressiepreventie worden ontwikkeld.

Van een basispakket depressiepreventie kan worden gesproken wanneer een lokale aanpak minimaal vier elementen bevat:

- A. voorlichting en bewustwording;
- B. signalering & advies;
- C. preventieve ondersteuning;
- D. maatregel gericht op de omgeving.

Ad A. Voorlichting en bewustwording

Ondanks de toenemende aandacht voor psychische problemen in de media is het voor veel mensen moeilijk om te onderkennen dat zij zelf psychische klachten hebben, laat staan dat ze hulp zoeken. Een eerste stap is daarom bekendheid te geven aan het onderwerp en mensen uit de doelgroep van goede informatie te voorzien. Aandacht voor het onderwerp in lokale media en voorlichtingsbijeenkomsten zijn hiervan voorbeelden.

Ad B. Signaleren en adviseren

Leraren, huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn enkele voorbeelden van de vele professionals die uit hoofde van hun functie regelmatig in contact komen met de doelgroepen. Zij zijn daarom bij uitstek in staat om depressieve klachten te signaleren en bespreekbaar te maken. Soms zal een kort advies volstaan, soms zal het nodig zijn om mensen te motiveren om aan een intensievere interventie deel te nemen. Binnen een basispakket moet aandacht zijn voor training en begeleiding van beroepskrachten die regelmatig in contact staan met de doelgroep, voor goede afspraken over verwijzingen en voor toepassing van signaleringsinstrumenten.

Ad C. Preventieve ondersteuning

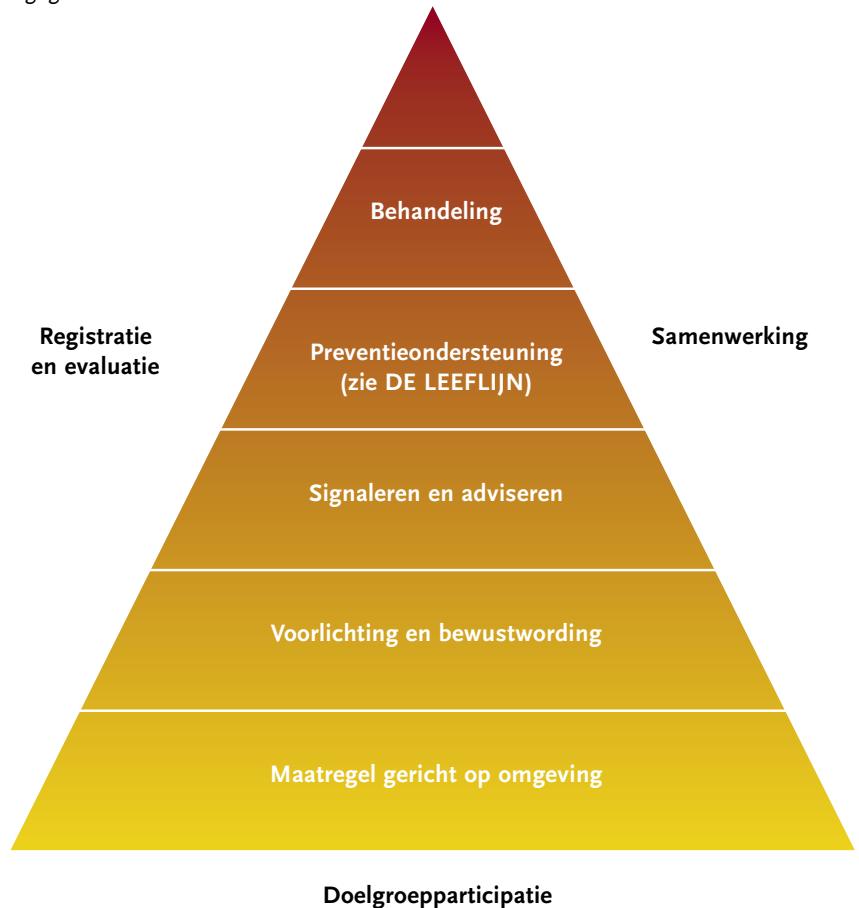
Mensen met depressieve klachten die niet genoeg hebben aan een advies, moeten minimaal een effectieve preventieve interventie kunnen krijgen. Bij voorkeur zijn meerdere interventies beschikbaar die variëren in duur, intensiteit, inhoud en vorm. Dit geeft de mogelijkheid aan te sluiten bij de voorkeur van de cliënt.

Ad D. Integrale maatregelen

Tot een basispakket depressiepreventie behoort verder minimaal één maatregel gericht op reductie van de belangrijkste risicofactor in de omgeving. Onderzoek onder de doelgroep kan vaststellen van welke risicofactor zij het meest last hebben.

Vertegenwoordigers van de doelgroep dienen te worden betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van een basispakket depressiepreventie. Zij kunnen zorg dragen voor een goede aansluiting van het basispakket bij de behoeften van de doelgroep, zoals het kiezen van interventies en omgevingsmaatregel en het opstellen van voorlichtingsmateriaal. Doelgroep participatie is hier als laatste genoemd, maar vormt feitelijk de peiler van een basispakket depressiepreventie.

In figuur 1 zijn de elementen van een basispakket depressiepreventie schematisch weergegeven.



Een basispakket is te visualiseren als een pyramide. De elementen onderin zijn algemeen van aard en gericht op de gehele bevolking. Interventies hoger in de pyramide worden steeds intensiever en richten zich op steeds kleinere groepen mensen, voor wie minder intensieve interventies niet voldoende zijn.

Inmiddels zijn voor de meeste doelgroepen effectieve of veelbelovende ondersteunende interventies beschikbaar. Dit geldt nog niet altijd voor voorlichtingspakketten en signaleringsinstrumenten. Het ministerie van VWS heeft naar aanleiding van de nota Kiezen voor gezond leven aan het Trimbos-instituut en GGZ-Nederland gevraagd het initiatief te nemen voor een landelijk partnership depressiepreventie. Dit partnership heeft als hoofddoelstelling de lokale implementatie van depressiepreventie te ondersteunen.

Een overzicht van beschikbare preventieve ondersteunende interventies is te vinden in deel 2 F van deze handleiding of op de website www.lsp-preventie.nl

Resultaten meten

De afdeling epidemiologie van uw regionale GGD heeft inzicht in de 'gegevens over depressie' van uw gemeente/regio. De medewerkers van deze afdeling kunnen ook uw actieplan depressiepreventie met onderzoek begeleiden. Er zijn verschillende onderzoeksmethoden en meetinstrumenten. De bruikbaarheid van een methode op landelijke of op lokale schaal verschilt echter per onderzoeksmethode en onderzoeksvraag. Waarschijnlijk zullen in de nabije toekomst ook op landelijk niveau de uitkomsten van gezondheidsmonitors bekend worden. Hierdoor ontstaat inzicht in de landelijke gemiddelden van de prevalentie van depressie. Dit stelt uw GGD in staat om lokale gegevens af te zetten tegen het landelijk gemiddelde. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft voor haar toezicht op de openbare gezondheidszorg een aantal indicatoren ontwikkeld, waaronder een voor depressie. Voor haar toezicht zal ook zij gebruik maken van de gegevens die de GGD's met de gezondheidsmonitors verzamelen.

INTERVENTIES

Landelijk wordt gewerkt aan een certificeringssysteem voor interventies. Alleen effectief gebleken interventies komen in aanmerking voor certificering. Toetsing daarvan vindt vooral landelijk of internationaal plaats. Op lokaal niveau worden vooral het proces, het bereik van de interventies en de evaluatie van de interventies gemeten. Zo kan de GGD onderzoeken hoeveel mensen uit de doelgroep met de diverse interventies zijn bereikt. Periodiek kan het gewenst zijn om ook op lokaal niveau een voor- en nameting uit te voeren op depressieve klachten. Daarvoor zijn gevalideerde vragenlijsten beschikbaar, waarmee is na te gaan of (nog steeds) dezelfde effecten worden bereikt als in het landelijke effectonderzoek. Dit is zeker raadzaam wanneer interventies zijn aangepast aan (nieuwe) doelgroepen.

GEZONDHEIDSMONITOR

Verder onderzoekt de afdeling epidemiologie van de GGD landelijke of regionale trends in gezondheid of gedrag. Iedere GGD voert op gezette tijden een gezondheidsmonitor uit. Daarmee is in kaart te brengen waar de belangrijkste knelpunten zitten bij ongezond gedrag. Deze informatie over gezondheid is een belangrijke factor in het besluit om gezondheidsbeleid aan te passen of te handhaven, zowel lokaal als landelijk.

Registratie & evaluatie

Het laten registreren van activiteiten die onderdeel zijn van de lokale aanpak depressiepreventie laat snel zien in hoeverre doelstellingen zijn bereikt. Daarnaast kan een procesevaluatie van de actieperiode inzicht geven in succes- en faalfactoren, waardoor op lokaal niveau duidelijk wordt hoe een bepaalde actie is verlopen. De aldus verkregen gegevens kunnen leerstof bieden voor structurele implementatie van basispakketten depressiepreventie en toekomstig depressiepreventiebeleid. Ook is het belangrijk dat gebruikers alle

interventies evalueren, omdat zo kan worden getoetst of de interventies aansluiten bij de behoeften van de doelgroep. De landelijke organisaties kunnen uit dergelijke gegevens conclusies trekken voor bijstelling van het aanbod aan de regio.

Beleidsmatig ligt het voor de hand om beleid en aanbod van preventie in te passen in een vierjarige cyclus rond het ontwikkelen en vaststellen van de nota's lokaal gezondheidsbeleid.

Voorbeeldtekst voor de nota lokaal gezondheidsbeleid

Dit hoofdstuk bevat een voorbeeldtekst voor de nota lokaal gezondheidsbeleid over het onderwerp depressie en de preventie daarvan. De tekst <in rood> biedt gelegenheid om de eigen gegevens van de gemeente in te vullen.

Depressie in de <gemeente A>

Depressieve klachten zijn bij <doelgroep(en)> in de <deelgemeente, wijken> een ernstig gezondheidsprobleem. De <Gemeente A> gaat dan ook de komende vier jaar als een van de speerpunten aandacht besteden aan het terugdringen van depressieve klachten bij <doelgroep(en)> in <deelgemeente, wijken>.

Cijfers en feiten: omvang en ernst van het probleem

Depressie wordt gekenmerkt door een sombere stemming en interesseverlies. Maar er zijn meer klachten die een versturende invloed hebben op iemands functioneren, zoals een onregelde slaap, energiegebrek, problemen met de concentratie, toename of verlies van eetlust, piekeren over de dood en suïcide. Depressie kent een ongunstig beloop en kan meermalen in iemand leven terugkeren. De stoornis gaat gepaard met aanzienlijke functionele beperkingen.

De GGD <naam GGD> heeft in opdracht van de <gemeente A> de gezondheidssituatie van de inwoners in kaart gebracht. Hieronder volgen de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek.

<Samenvatting van de resultaten uit de gezondheidsenquête weergeven>

Doelstelling voor de preventie van depressie

Op basis van deze gegevens zal preventie van depressie zich vooral toespitsen op <doelgroep(en)> in <deelgemeente/wijk>. De <gemeente A> heeft de volgende doelstelling voor de aanpak van depressie binnen deze doelgroep:

- dat minimaal 50% van de doelgroep wordt bereikt met voorlichting;
- dat bij 30% van de mensen met depressieve klachten deze klachten ook daadwerkelijk worden gesignaleerd en dat deze mensen een advies krijgen;
- dat minimaal 20% gebruik heeft gemaakt van preventieve ondersteuning of programma's gericht op geestelijke gezondheidsbevordering.

Met het bereiken van deze doelstelling mag worden verwacht dat het risico op depressie onder de doelgroep aanzienlijk is verminderd.

Lokaal actieprogramma preventie van depressie

Om bovenstaande doelstellingen te realiseren heeft de <gemeente A> de GGZ <naam van de GGZ> en/of GGD <naam van de GGD> gevraagd een actieprogramma Preventie van depressie op te stellen. Dat behelst een breed basispakket aan maatregelen op het gebied van depressiepreventie, gericht op zowel het individu als de omgeving. In <naam document of website> staan de activiteiten beschreven die in de <gemeente A> de komende jaren worden uitgevoerd.

Omdat ook factoren buiten de directe invloedssfeer van de sector Volksgezondheid van invloed zijn op gezondheid, heeft de <gemeente A> de volgende maatregel genomen gericht op de omgeving <jeugd en onderwijs; werk; ruimtelijke ordening, sociaal beleid>

Resultaten meten

De <gemeente A> acht het van belang om de uitvoering van het lokale actieprogramma preventie van depressie te monitoren. Om deze reden heeft de <gemeente A> de afdeling epidemiologie van de GGD <naam GGD> gevraagd om bij aanvang, tijdens en na afloop van het lokale actieprogramma de resultaten ervan te rapporteren en te vertalen naar concrete adviezen.

GEBRUIKTE BRONNEN

- Aalders M., Gorkum H. van. Gezondheidscentrum Venserpolder. In: Zorg in beweging, contouren voor een gezonde eerstelijns en gezonde ziekenhuizen. NPHF.
- Baars M. en Eebes H. Projectvoorstel wijkgerichte aanpak (preventie van) psychische problematiek bij ouderen. Mariahoeve. Parnassia en TCO Noord, Den Haag, 2006.
- Bohlmeijer E., Smit F., Smits C., Onrust S., Toet J., Riper H. Depressiepreventie bij ouderen. Handleiding. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.
- Bohlmeijer E., Smit F., Smits C. Preventie van depressie bij ouderen. Introductie en onderbouwing. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.
- Bool M. Kinderen uit de knel. Brochure over hoe gemeenten en instellingen samen kunnen werken aan preventieve jeugdzorg. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.
- Cuijpers P., Willemsse G. Preventie van depressie bij ouderen. Een overzicht van interventies. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.
- GGD Rotterdam en omstreken. Factsheet jeugdmonitor Rotterdam. 2006.
- GGD Zuid Holland Noord. Geestelijke gezondheid personen 65-94 jaar. Gezondheidspeiling
- GGZ Nederland. Preventie biedt perspectief. Preventieprojecten binnen de GGZ. Publicatienummer 2005-295L. GGZ Nederland, Amersfoort, 2005.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. & Saxena, S (Eds) (2005). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary Report. WHO.
- Landelijk Preventie Platform Depressie en Angststoornissen, werkgroep Kinderen en Jongeren. Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren. Basisdocument. 2004. <http://www.lsp-preventie.nl/bestanden/basisdocument%20Angst%20en%20Depressie%20III.doc>
- Landelijk Preventie Platform Depressie en Angststoornissen. Verslag van de werkgroep alternatieve werkvormen. 2004.
- Looij-Jansen P.M. van de. Rotterdamse Jeugdmonitor. Derdeklassers voortgezet onderwijs 2000-2002. GGD Rotterdam en omstreken, 2003.
- Meijer S.A., Smit F., Schoemaker C.G., Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM en Trimbos-instituut, Bilthoven, 2006.
- Overgoor L., Aalders M. Evaluatieverslag Big!Move april 2003 - juni 2004. Amsterdam, gezondheidscentrum Venserpolder, 2004.
- Parnassia. Wijk aan zet voor ouderen, stand van zaken west. Powerpointpresentatie.
- Preventienota 'Kiezen voor gezond leven.'
- Ruiters M., Bohlmeijer E., Blekman J. Derde gids preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Thema openbare geestelijke gezondheidszorg. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.
- Schoemaker C., Spijker J. Depressie: Zijn er in Nederland verschillen naar regio? VTV, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Bilthoven, RIVM, 2005.
- Smit F., Bohlmeijer E., Cuijpers P. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.
- Speerpunten en actieprogramma 'Kiezen voor gezond leven.'

- Stichting Welzijn Amersfoort. PIEP zei de muis, een folder voor verwijzers, Soesterkwartier. 2006.
- Trimbos-instituut, Landelijke Steunfunctie Preventie, GGZ en Verslavingszorg. Overzicht van interventies van GGZ- en verslavingspreventie voor kinderen, jongeren en hun omgeving. December, 2005.
- Wamel A. van, Takkenkamp J., Meeuwissen J., Voordouw I., Verburg H. Landelijk basisprogramma depressie. Trimbos-instituut, Utrecht, 2005.
- Zouwe N. van der, Voordouw I. Preventie van eenzaamheid en depressie ouderen: nieuw speerpunt lokaal gezondheidsbeleid. Preventieperiodiek 5/2006.

