Depressie Preventie

Mevrouw K.R. Jongsma MSc

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Preventie van welvaartsziekten.

Den Haag, 2011

Inhoudsopgave

1	Inleiding: Depressie, een welvaartsziekte	4
2	Depressie - een achtergrondschets	6
3	Huidige organisatie van depressie preventie	10
3.1	Coördinatie & taakverdeling	19
3	Analyse van huidig beleid: Knelpunten en verbeteringen	22
4	Conclusie/Discussie	30

Bijlagen

1	Literatuurlijst	32
2	Lijst van geconsulteerden	39

1 Inleiding: Depressie, een welvaartsziekte

In de visie van de RVZ is een beweging 'van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag' noodzakelijk. Voor die beweging is *preventie*, het onderwerp van het advies waarvoor deze achtergrond is geschreven, relevant. Ziek zijn veroorzaakt sociale en economische schade. Het voorkomen van ziekte, preventie, wordt daarom zowel in de somatische zorg als in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) steeds belangrijker. De kracht van preventie is de aanpak van de oorzaak van belangrijke ziekterisico's. Preventie voorkomt dat mensen ziek worden en dure zorg nodig hebben om beter te worden, vroegtijdig opsporen van ziekte beperkt de (vermijdbare) gezondheidsschade en vergroot de kans dat behandeling succes heeft. Op deze wijze kan preventie resulteren in positieve effecten op het hele volksgezondheidsbeleid (meer kwaliteit van leven, mensen minder/korter ziek, zorg niet overmatig belasten) en economisch beleid (minder economische schade door minder ziekteverzuim en minder arbeidsuitval, lagere zorgkosten). Ook in deze achtergrondstudie geldt het uitgangspunt dat epidemiologische uitdagingen zoveel mogelijk aan de voorkant zouden moeten worden bestreden. Het liefst bij de wortel, maar in ieder geval in een fase waarin nog gezondheidswinst kan worden geboekt. Het kader van deze achtergrondstudie richt zich met name op de organisatie van preventief gezondheidsbeleid, de bijdrage die de verschillende onderdelen van VWS kunnen leveren aan een effectiever preventiebeleid, en aan de randvoorwaarden voor een effectief en efficiënt preventiebeleid.

Preventie heeft in Nederland en andere ontwikkelde landen de afgelopen 150 jaar enorme gezondheidswinst opgeleverd op onder andere het gebied van infectieziektebestrijding, maar de grootste en actuele uitdagingen voor preventie liggen nu bij de welvaartsziekten. Door technologische vooruitgang zijn leefomgeving, consumptie- en arbeidspatronen snel en onherkenbaar veranderd. Materiële welvaart is de norm geworden. Maar de groeiende incidentie van chronische welvaartsziekten geeft aan dat de voorwaarden voor gezondheid geen gelijke tred hebben gehouden. In het advies zal bijzondere aandacht worden besteed aan de

brede groep welvaartsziekten, deze achtergrondstudie zoomt in op depressie.

De term welvaartsziekte is niet onomstreden en zeker voor *depressie* geldt dat de classificatie welvaartsziekte veel stof doet opwaaien. De term welvaartziekte suggereert wellicht ten onrechte dat depressie enkel een probleem is in samenlevingen of groepen die welvarend zijn, of gezien zou moeten worden als luxe probleem. Zoals we later zullen zien is dit niet het geval en komt depressie veel voor, juist ook onder minder welvarende groepen en samenlevingen en is de ziektelast groot. We kiezen toch voor de term welvaartsziekte voor depressie in deze achtergrondstudie, omdat deze ziekte een groot probleem vormt in onze welvaartseconomie. Juist in een omgeving gebaseerd op innovatie is het vermogen van mensen om continue verandering aan te kunnen een belangrijk knelpunt en wordt depressie als zodanig opgevat als welvaartsziekte.

Doel van deze achtergrondstudie is licht te werpen op een effectieve en efficiënte organisatie van depressie preventie. Een goede organisatie begint met duidelijke doelen, voorziet in kennis, kunde en middelen en kent coördinatie en taakverdeling. Deze achtergrond studie bestaat uit drie delen, waarna de conclusie volgt en is logischerwijs alsvolgt opgebouwd:

- Achtergrondinformatie over depressie en haar complexe oorzaken; indicatie van operationele doelen van depressie preventie.
- Huidige organisatie van depressie preventie: Kennis kunde en middelen; Coördinatie en taakverdeling.
- Analyse van huidig beleid: Knelpunten en verbeteringen.

Deze achtergrondstudie is geschreven op basis van een literatuuronderzoek en interviews met experts (zie bijlage 1 voor een lijst van geconsulteerden). Tevens is gebruik gemaakt van de bevindingen vanuit verschillende expertsessies die in het kader van het advies zijn georganiseerd. Aan deze sessies werd deelgenomen door de eerste lijn, patiëntenvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, kennisinstituten, wetenschappers en specialisten.

2 Depressie - een achtergrondschets

In deze studie wordt ingegaan op de preventie van depressie. Voordat de huidige situatie van depressie preventie wordt besproken, zal dit hoofdstuk beginnen met een achtergrondschets van de GGZ en specifieker depressie. Hierin zal de prevalentie, de ziektelast en de kosten van depressie worden besproken om de noodzaak en het doel van preventie van depressie te onderschrijven.

GGZ algemeen

In Nederland nemen psychische stoornissen een prominente plaats in op de top tien van ziekten met de grootste ziektelast en in de top tien van ziekten met de hoogste zorguitgaven. Het zorggebruik in de GGZ is zeer hoog en is de afgelopen jaren sterker toegenomen dan in de rest van de zorg, meer dan verwacht zou mogen worden op grond van demografische ontwikkeling. De Nemesis-studies laten zien dat een nog groter deel van de bevolking in Nederland jaarlijks belangrijke beperkingen kent als gevolg van psychische problemen. De ziektelast bij psychische problemen is hoog en de ernst ervan is vergelijkbaar met ernstige somatische aandoeningen. In 2009 telde de tweedelijns GGZ een miljoen cliënten (ten opzichte van 535.000 patiënten in 2001). De GGZ-uitgaven zijn de afgelopen jaren enorm toegenomen en zijn in 10 jaar tijd meer dan verdubbeld (van € 2.420 miljoen in 2000 naar € 5.003 miljoen in 2009). Geschat wordt dat de totale kosten van psychische problemen ongeveer 4% van het Bruto Binnenlands Product bedragen (Trimbos-instituut, 2010). De gemaakte kosten bestaan voor een gedeelte uit behandelkosten, maar psychische aandoeningen vormen ook een van de belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsuitval.

De burden van depressie

Wereldwijd lijden ongeveer 121 miljoen mensen aan depressie (WHO). In de afgelopen 12 maanden had 5,2% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar een depressieve stoornis (mannen 4,1%, vrouwen 6,3%). De epidemiologie van depressie kent een aanzienlijke instroom van nieuwe gevallen op jaarbasis (Smit,

2008). In totaal hadden ongeveer 600.0001 inwoners van Nederland in de afgelopen 12 maanden een depressieve stoornis (RIVM, 2010; Trimbos-instituut, 2010; VTV, 2010; De Graaf et al, 2010). Zo'n 50% herstelt binnen 3 maanden, de gemiddelde duur bedraagt 8,4 maanden en bij zo'n 20% is het beloop chronisch (duur langer dan 2 jaar) (Spijker et al, 2002). Depressie is momenteel een van de grootste oorzaken van 'disability' en voorspeld is dat het de belangrijkste oorzaak zal zijn in westerse landen in 2030 (Mathers and Loncar, 2006). Depressie kent een slechte prognose, het beperkt de kwaliteit van leven en wordt verder geassocieerd met verhoogde mortaliteit en kent grote sociale en economische schade (GGZ Nederland, 2010). De totale ziektelast veroorzaakt door depressie bedroeg 168.600 DALY's (58.900 bij mannen en 109.700 bij vrouwen) in 2007 (Schoenmaker et al, 2010).

De hoge ziektelast wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren: de relatief hoge prevalentie van depressie; het aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven waarmee de meeste episoden gepaard gaan; het chronisch/recidiverende karakter van veel depressies; de jonge leeftijd (adolescentie en jongvolwassenheid) waarop de eerste episode zich vaak voordoet; en de verhoogde mortaliteit (o.m. aan suïcide, hart- en vaatziekten) (Ormel, Bartel and Nolen, 2004). Van de totale kosten van zorg voor depressie, gaat 26% naar ouderen boven de 65 jaar. Bij ouderen duurt een depressie vaak langer: 43% van de depressies bij ouderen zijn langdurig: tien maanden of langer, en 34% wordt zelfs chronisch (Geerlings et al, 2000). De kosten zijn het hoogst in de leeftijdsgroep 35 tot 60 jaar. In deze leeftijdsgroep is de absolute prevalentie ook het hoogst (VTV, 2010). Depressie kent een recidiverend karakter; over het geheel genomen maakt ongeveer 80% van de patiënten met een depressieve stoornis meer dan één episode door en gemiddeld zijn dit er vier per patiënt (Richtlijnherziening Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, 2010). In Europa overlijden jaarlijks circa 58 duizend mensen door zelfdoding (GGZ, 2010). Zelfdo-

1 De prevalentie van depressie is een schatting die afhankelijk van de manier van dataverzameling en de gehanteerde definitie van depressie afwijken van elkaar. Bovengenoemd cijfer is een gemiddelde gebaseerd op cijfers van het Trimbos-instituur, de NEMESIS-studie en de VTV van het RIVM.

ding is zelfs een van de belangrijkste doodsoorzaken in de groep van 15 tot 44-jarigen. Meer dan 90% van de zelfdodingen is gerelateerd aan psychische problemen, met name depressiviteit (van 't Land, Schoemaker and de Ruiter, 2008).

Depressie?
Volgens de DSM IV spreken we van een depressie wanneer iemand ten minste twee weken (bijna) elke dag somber is en/of verlies van plezier ervaart en daarnaast last heeft van bijkomende symptomen (zoals slaap-, eet-, of concentratieproblemen, zich waardeloos voelen, suïcidale gedachten) die van invloed zijn op het dagelijks of beroepsmatig functioneren (American Psychiatric Association, 2000). Gevolgen van depressie zijn onder andere een lagere kwaliteit van leven, hoge ziektelast en hoge maatschappelijke kosten door zorggebruik, ziekteverzuim en verminderde arbeidsproductiviteit (Murray & Lopez, 1996; Simon, 2003), een hoger risico op suïcide (Bertolote, Fleischmann, DeLeo &Wasserman, 2004) en tevens een verhoogd risico op een volgende depressieve episode (Kok et al, 2011).

Ook economisch gezien is depressie een belangrijk vraagstuk; het gaat over miljoenen mensen en miljarden euro's per jaar. Mede door de het WHO-rapport 'The Global Burden of Disease' (Murray and Lopez, 1996) werd depressie onder de aandacht gebracht als een van de belangrijkste ziekten in termen van ziektelast en maatschappelijke kosten. De kosten zijn hoog, zeker wanneer in de economische berekeningen ook indirecte kosten van depressie worden meegewogen. De indirecte kosten van geestelijke gezondheidsproblemen zijn aanzienlijk hoger dan de directe kosten van de zorg. Depressie en burnout kenmerken zich door gebrek aan energie, moeheid en concentratiestoornissen, wat vanzelfsprekend nadelig is voor de productiviteit van werknemers; het productiviteitsverlies van een werknemer met depressieve klachten is zelfs ruim viermaal groter dan dat van een werknemer met lichamelijke gezondheidsproblemen (GGZ Nederland 2009; Weehuizen, 2008). Arbeidsuitval en arbeidsongeschiktheid kunnen voor 38% aan psychische stoornissen worden geweten. Een belangrijk deel van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is gerelateerd aan depressie en onze kennisintensieve economie stelt

hoge eisen aan het mentaal functioneren. Geschat is dat depressie voor meer dan 950 miljoen euro aan productieverlies per jaar veroorzaakt (Kok et al, 2011). Deze kosten ontstaan doordat mensen vanwege de depressie hun werk niet meer kunnen uitvoeren. De kosten die ontstaan doordat mensen wel op hun werk aanwezig zijn, maar zich door hun depressie niet volledig kunnen inzetten, zijn in deze berekening nog niet eens meegenomen (Kok et al, 2011). Van de mensen in Nederland die arbeidsongeschikt zijn heeft ongeveer een derde een psychische aandoening. De kennisintensieve economie in Nederland stelt hoge eisen aan het functioneren van werknemers (GGZ Nederland, 2010), waarbij geestelijke gezondheid zowel als input als output van productieprocessen kan worden gezien (Weehuizen, 2008). Het minder goed mentaal functioneren resulteert in de setting van een kennisintensieve economie dus in functionele problemen.

Gezien de hoge maatschappelijke kosten, de hoge prevalentie van depressie, de slechte prognose, grote influx van nieuwe gevallen en het beperkte succes van curatieve interventies, is preventie van depressie vanuit een public health perspectief bekeken aantrekkelijk. Onduidelijk is echter hoe en welke middelen ingezet dienen te worden om depressie effectief en efficiënt te organiseren. Deze vraag staat centraal in deze achtergrondstudie:
Hoe kan de organisatie en uitvoering van depressie preventie in Nederland efficiënt en effectief georganiseerd worden?

3 Huidige organisatie van depressie preventie

Bij de organisatie van preventie is het belangrijk te weten wat oorzaken van depressie en aangrijpingspunten voor preventie zijn, wil deze effectief en efficiënt zijn. Hiervoor is het noodzakelijk te onderzoeken welke oorzaken ten grondslag liggen aan depressie. Hier zijn verschillende visies op en deze zullen kort uiteen worden gezet in dit hoofdstuk.

Oorzaken

In Nederland behoren antidepressiva tot de meest voorgeschreven middelen (SFK, 2009) terwijl onderzoekers van geluk vaak rapporteren dat Nederlander hoog scoren qua geluk (OECD, 2011). Dit lijkt elkaar tegen te spreken. Onderzoek waarin trends in beleving, interpretatie en rapportage van onwelbevinden systematisch zijn onderzocht is er niet, waardoor de toegenomen (aandacht voor) depressie niet duidelijk is.

Hoe kan dat nou?

Verschillende vraagtekens doemen op hoe het toch mogelijk is dat we in Nederland - een relatief veilig en welvarend land met voldoende voedsel en medische voorzieningen - veel mensen medicatie tegen depressie gebruiken. Is de *absolute* incidentie van depressie de afgelopen decennia toegenomen, of is de aandacht ervoor vergroot? Zijn de risicofactoren voor depressie toegenomen in onze aldoor veranderende omgeving? Interpreteren mensen hun onwelbevinden tegenwoordig vaker als depressie dan vroeger? Zijn mensen minder terughoudend geworden met de presentatie en rapportage van (depressieve) klachten? Of ligt het aan de torenhoge eisen die we aan onszelf stellen tegenwoordig?

Er zijn verschillende visies op waar de precieze oorzaak ligt. In meer of mindere mate lijken deze allen te wijzen op een frictie tussen de omgeving en de weerbaarheid van mensen. Vanuit de sociaalwetenschappelijke invalshoek wordt de nadruk gelegd op de omgevingsfactoren en maatschappelijke normen (Friedli, 2009; Horstman, 2011; Toebes and Hendriks, 2010). Gedrag wordt

immers voor een groot deel gevormd door de omgeving, die het kader vormen waarbinnen gedrag plaatsvindt. Aan de andere kant wordt er veel gezocht naar oorzaken van verminderde weerbaarheid, waarbij depressie wordt verklaard vanuit genetische defecten (McMahon, 2010; Kendler et al, 2003) en biomedische processen. De stemmingsproblemen die mensen ervaren, worden vanuit deze visie beschouwd als gedragsmatige en cognitieve patronen die aangeleerd, maar ook afgeleerd en veranderd kunnen worden (Lewinsohn et al, 1984; Cuijpers et al, 2008).

Deze nature-nurture discussie wordt bij veel verschillende ziekteprocessen gevoerd; opvallend is dat bij depressie er met name in de twee extremen (genetica en omgeving) gezocht wordt naar oorzaken en oplossingen. Aangezien beide verklaringen elkaar niet uitsluiten, wordt er in deze studie gezocht naar aanknopingspunten voor preventie van depressie vanuit beide extremen. Mensen verschillen immers van elkaar door aangeboren eigenschappen ('genetica') en verschillende leefstijlkeuzen. Iemands leefstijl is niet alleen het resultaat van zijn eigen keuzes, maar wordt ook in belangrijke mate bepaald door iemands sociaaleconomische positie en andere omgevingsfactoren. Omgevingsfactoren als schulden, slechte huisvesting, geweld, criminaliteit en arbeidsomstandigheden beïnvloeden in grote mate of depressie zal ontstaan. Geestelijke gezondheid is dus ook het product van de sociale omgeving. Denkbaar is bijvoorbeeld dat mensen uit westerse samenlevingen die genetische aanleg hebben voor de ontwikkeling van depressie, geen depressie zouden ontwikkelen wanneer zij op zouden groeien in een andere, minder depressief makende omgeving (Friedli, 2009). Dit pleit voor een benadering waarbij de lichamelijke factoren van depressie niet in een vacuüm worden geplaatst. Er bestaan aanzienlijke sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen mensen, die onder meer worden bepaald door dergelijke sociale en fysieke omgevingsfactoren. De aanwezigheid en afwezigheid van gezondheid zijn zodoende deels het gevolg van onze *nature* en deels van onze *nurture* (Toebes and Hendriks, 2011; Grosel et al, 2003), en vormen beiden aangrijpingspunten voor preventie van depressie.

Zorgen voor depressie - Eerstelijn

Vooral de huisarts komt in contact met de grote groep depressieve patiënten: vaak is hij de eerste en in veel gevallen de enige zorgverlener waar deze depressieve patiënten bij terecht komen. Het aantal mensen met depressie dat bekend is bij de huisarts neemt nog steeds toe, wat erop lijkt te duiden dat steeds meer mensen met depressieve klachten de weg naar de zorg hebben weten te vinden (VTV, 2010). Zeventig procent van patiënten met depressie meldt zich bij de huisarts met somatische klachten. Met name met 'vage', niet specifieke klachten zoals onbegrepen langer bestaande pijnmoeheid, lage rugpijn, hoofdpijn, spierpijn, maagklachten en oorsuizen. Veel depressies worden echter niet gedetecteerd door de huisarts, omdat somatische klachten vaak op de voorgrond staan zowel bij de presentatie van klachten als de bij diagnosestelling (Smit, 2008; Nuyen, 2008). Hierdoor wordt 30-50% van de depressies in 1e lijn niet gedetecteerd; van de gedetecteerde gevallen wordt 10-20% van de depressieve patiënten door huisarts verwezen naar 2e lijn (van der Meer, Tiemens & van den Brink, 1996; Meeuwissen, 2008). Slechts 20% krijgt een evidence based behandeling (Ten Have et al, 2004; Lecrubier 2007). Het grootste gedeelte van de depressieve patiënten die de huisarts ziet heeft milde klachten en behandeling gaat soms samen met bezoeken aan een eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werker.

Hoewel de Nederlandse richtlijn Depressie (NHG) terughoudendheid aanbeveelt met antidepressiva, worden deze middelen veel gebruikt. In zijn algemeenheid luidt het advies om alleen antidepressiva voor te schrijven als de depressieve symptomen lang aanhouden en patiënten ernstige functionele beperkingen ervaren. Een milde of matige depressie komt veel voor, en er zijn aanwijzingen dat huisartsen deze depressie behandelen met antidepressiva, ondanks het advies in de NHG-Standaard om hiermee terughoudend te zijn. De ernst van de depressieve symptomen hangt samen met het ontvangen van medicatie; zo krijgt 52,1% van de mensen met een subklinische depressie in de eerstelijn medicatie voorgeschreven, tegenover 74,6% van de mensen met een ernstige depres-

sie (ten Have, van 't Land en de Graaf, 2009). Huisartsen voelen zich vaak niet goed uitgerust om andere behandelingen dan medicatie te gebruiken; mogelijk speelt onmacht of tijdgebrek van de huisarts hierbij ook een rol (Spies et al, 2004; van der Does, 2008).

Zorgen voor depressie - GGZ 2e lijn

Twintig procent van de gedetecteerde gevallen van depressie worden door de huisarts doorverwezen naar de tweedelijn. Behandelingen bestaan hier vooral uit gesprekstherapie of psychotherapie of een combinatie van farmaco- en gesprekstherapie. Een groot deel van de huisartsen is op de hoogte van de gang van zaken en hulpverlening binnen de ambulante GGZ en in de afgelopen jaren is het contact tussen de huisarts en tweedelijn GGZ verbetert. De overlegfrequentie van huisartsen met de tweedelijn is echter nog steeds laag: slechts 21% van de huisartsen heeft regelmatig overleg met de ambulante GGZ (Emmen et al, 2007). Van de mensen met depressieve symptomen die zorg ontvangen in de tweedelijns GGZ, heeft iets meer dan de helft (54%) een subklinische of een lichte depressie, een vijfde een matige depressie en slechts een kwart een ernstige depressie. De tweedelijn GGZ wordt dus bevolkt door mensen met relatief milde depressieve klachten (ten Have et al, 2004; ten Have, van 't Land en de Graaf, 2009). In de tweedelijns GGZ ontvangt 28% van de mensen met een subklinische depressie medicatie, tegenover 49,4% van de mensen met een ernstige depressie. Wat opvalt is dat het medicatiegebruik in de eerstelijn hoger is dan in de tweedelijns GGZ. Maar liefst 72,5% van de mensen met milde psychische klachten, die professionele zorg hiervoor ontvangt, had ooit eerder in het leven ofwel last van een psychische stoornis, ofwel last van psychische of sociale beperkingen ofwel van beide last in de periode voorafgaand aan het zorggebruik; in de tweedelijn is dit percentage nog hoger (81,0 %) dan in de eerstelijnszorg (69,7 %) (ten Have, van 't Land en de Graaf, 2009).

Private sector

Naast zorg voor depressie worden ook veelvuldig, met name door de private sector**,** zelfmanagement en counseling programma's buiten de verzekerde zorg aangeboden ter behandeling of ter

preventie van depressie. Vaak met een insteek in het vergroten van de weerbaarheid en vergroten van zelfmanagement capaciteiten. Jaarlijks wordt er in Nederland ruim 660 miljoen euro uitgegeven aan de zorg voor depressie (Smit, 2009). Er bestaat wisselende evidentie voor de werkzaamheid van deze programma's, en valt verder buiten de scope van deze studie, omdat wij ons focussen op de organisatie van preventie vanuit de 4 VWS-peilers.

Preventie interventies

Binnen de GGZ worden naast behandelingen ook diverse preventieve interventies voor depressie aangeboden. Deze preventieve interventies kunnen op verschillende manieren worden aangeboden: collectief, individueel, in direct contact met de behandelaar of via internet al dan niet met een behandelaar op afstand. Veel van deze preventieve interventies richten zich op risicogroepen en vallen daarom onder de selectieve preventie en in sommige gevallen onder geïndiceerde preventie. Preventie van depressie richt zich meestal op het versterken van vaardigheden en activiteiten die helpen om te gaan met moeilijke levensgebeurtenissen, beschermen tegen depressie of helpen om depressieve klachten te verminderen.

Geïndiceerde preventie

De afgelopen decennia zijn er veel wetenschappelijke studies gedaan naar het ontwikkeling van preventieve interventies voor depressie, de onderbouwing en het meten van hun effectiviteit. Het meeste onderzoek richt zich op geïndiceerde preventie; deze vorm van depressie preventie is effectief bevonden en gestandaardiseerde interventies of 'good practices' kunnen ziektelast voorkomen, mits het op een juist moment en in bepaalde condities wordt aangeboden (Hosman, Jané-Llopis and Saxena; 2005). Interventies kunnen worden aangeboden als groepscursus of zelfhulpcursus, als lotgenotencontact of als onderdeel van een lesprogramma voor scholen. Zelfhulpcursussen kunnen schriftelijk of via internet worden aangeboden. Er bestaan ook combinaties van zelfhulp- en groepscursus (Meijer et al, 2006). Onderzoeken wijzen erop dat preventie effect heeft op de psychische weerbaarheid bij mensen die kampen met depressieve klachten, maar nog geen depressie hebben volgende de DSM IV citeria. Studies laten significante effecten zien op klachtenreductie, die met ge-

middeld 30% werd gereduceerd ten gevolge van de interventies (Meijer et al, 2006). Bij een bereik van 25% van de doelgroep kunnen geïndiceerde interventies helpen om bij 3.600 (maximaal 14.430) volwassenen tussen de 18 en 65 jaar een depressie te vermijden. In DALY's uitgedrukt gaat het om 830 (maximaal 3.300) DALY's die jaarlijks gewonnen (kunnen) worden (Meijer et al, 2006). Cuijpers & Smit (2008) toonden aan dat depressie preventie de incidentie van depressie met 22% kan verminderen, wat erop lijkt te wijzen dat deze interventies een depressie kunnen voorkomen. Doordat selectieve preventie zich richt op een kleine groep mensen die een groot aandeel houdt in de incidentie van depressie (incidentieratio is hoog), zijn veel van deze interventies ook kosteneffectief, zeker wanneer ook niet zorggerelateerde kosten worden meegewogen (Smit, 2008).

Selectieve preventie

Selectieve preventie is gericht op hoogrisicogroepen die nog geen psychische stoornis hebben ontwikkeld, maar wel een aantoonbaar verhoogd risico lopen. Bij vrouwen komt depressies ongeveer twee maal zo vaak voor als bij mannen. Ook komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen met een laag economische status, ook kinderen van ouders met een psychische stoornis vormen ook een risicogroep. Vereenzaming en het verliezen van de partner vormen een risicofactor. Volwassenen die eerder zijn blootgesteld aan depressieve klachten, lopen een aanzienlijk groter risico op een nieuwe depressie (GGZ Nederland, 2005). Sommige chronische lichamelijke ziekten vergroten het risico op depressie. Verder is bekend dat ongeveer 20% van de ouderen (65+) in Nederland last heeft van klinisch relevante klachten; dat wil zeggen zij ervaren beperking door het hebben van sombere of depressieve gevoelens, met grotendeels dezelfde gevolgen als een depressie (Partnership Depressie Preventie, 2010). Gegevens uit zorgregistraties over verschillen naar sociaaleconomische status zijn schaars, maar uit het NEMESIS-2 bevolkingsonderzoek blijkt dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaker depressief zijn, vaker lijden aan ADHD en angststoornissen, en vaker verslaafd zijn aan alcohol of drugs (De Graaf et al, 2010; VTV, 2010), wat samenhangt met omgevingen waarin werkeloosheid hoog is, weinig wordt bewogen, lage educatie, slechte fysieke gezondheid en lage inkomens (Friedli, 2009).

Depressie, roken, overgewicht
Er is een verband tussen depressie en andere welvaartsziekten. Mensen met overgewicht hebben meer kans op een depressie en andersom. Hoe ernstiger de depressie, hoe groter de kans dat iemand rookt of begint met roken en hoe kleiner de kans dat iemand ooit stopt met roken.

Een andere duidelijke risicofactor qua omgeving is een opname in verzorgings- of verpleeghuis (Smit, 2008). Deze factoren beïnvloeden of iemand een depressie ontwikkeld en hebben invloed op het beloop van de ziekte. Ingrijpende levensgebeurtenissen of chronische stressoren zijn ook een risicofactor voor depressie; voorbeelden zijn mensen die een scheiding doormaken, die een naaste verloren hebben door de dood, die de zorg dragen voor een chronisch ziek familielid, of die werkeloos zijn. Echter, niet alle factoren bieden aanknopingspunten voor depressie preventie. Er dient onderscheid te worden gemaakt bij deze risicofactoren voor het ontstaan van een depressie. Het beloop en het ontstaan van een depressie verschilt nogal bij de oorzaken en bieden dus verschillende aanknopingspunten voor depressiepreventie. Een onderzochte interventie, specifiek gemaakt voor jongeren, laat zien dat 15 % reductie in van incidentie mogelijk is via selectieve preventieprogrammas. Uitgaande van een gemiddelde duur van een depressieve episode van zes maanden en bij een wegingsfactor van 0,46 voor de ziektelast van elk geval van depressie worden hiermee jaarlijks zo'n 440 (theoretisch maximaal ±1.800) DALY's gewonnen (Meijer et al, 2006). Voor selectieve preventie van depressie bij ouderen bestaan ook diverse effectieve interventies, die zich richten op ofwel richten op het verzorgend personeel ofwel rechtstreeks gericht zijn op bewoners van het verzorgingstehuis, die ene afname van depressieve klachten laten zien (Meier et al, 2006).

Er zijn verschillende zelfmanagement interventies ontwikkeld die zich richten op deze groepen met een verhoogde kans op depressie. Bestaande interventies richten zich onder andere op ouderen, een groep waar meerdere risicofactoren voor depressie samenkomen: verlies van levenspartner, vereenzaming, lichamelijke

ziekten, opname in verzorgings- of verpleeghuis[2] (Smit, 2008). Veel van de selectieve preventie interventies zijn nog niet onderzocht op hun effectiviteit en derhalve wordt het gebruik van deze interventies (vaak) niet vergoed door zorgverzekeraars. In sommige gevallen worden activiteiten vanuit de gemeenten (Wmo) bekostigd en in veel gevallen door zowel zorgverzekeraar en gemeente. Deze financiering is echter is veel gevallen niet kostendekkend en vaak ontbreekt het aan financiering voor vroegsignalering, verwijzing en toeleiding (Goossens en Speetjes, 2011). In meer dan de helft van de gevallen worden de activiteiten gefinancierd door zowel gemeenten (Wmo) als zorgverzekeraars. In een aantal gevallen wordt die financiering aangevuld met fondsen, eigen gelden of vanuit bemoeizorg. Verder zijn er geen evidence based interventies bekend die de omgevinginvloeden en zelfmanagement combineren, hoewel beide factoren het ontstaan van een depressie beïnvloeden.

Wat doen gemeenten?
Verschillende programma's worden via de gemeente aangeboden voor mensen met depressieve klachten. Zo wordt bijvoorbeeld in Amsterdam een selectief preventie programma tegen sociaal isolement van ouderen uitgevoerd. In dit kader worden activiteiten ondernomen om ouderen te activeren en aan de samenleving te laten participeren, onder meer door de inzet van ouderenadviseurs en huisbezoekprojecten. Ook loopt er in Amsterdam het vriendenprogramma, een programma ter (universele) preventie van angst en depressie bij basisschoolkinderen. In samenwerking met de regionale GGZ en GGD wordt op verschillende manieren gewerkt aan de stimuleren van zelfvertrouwen, versterken van de emotionele veerkracht en het opbouwen van probleemoplossende vaardigheden.

[2] In het RVZ advies over Ouderen, te verschijnen voorjaar 2012, zal verder worden ingegaan op de inrichting van zorg voor kwetsbare ouderen, binnen en buiten het verpleeg- en verzorgingstehuis.

Universele preventie

Universele preventie richt zich op de gezondheid van alle burgers. Hieronder vallen onder andere informatiecampagnes. Deze campagnes zetten in op voorlichting, het herkennen van een depressie en het uit de taboesfeer halen van depressie. Depressie is de afgelopen jaren beter bespreekbaar geworden en heeft bijgedragen aan de vroegsignalering, maar heeft een bescheiden effect op het verkleinen van de ziektelast.

Vanuit gemeenten worden universele populatiebrede programma's aangeboden die ook inzetten op veiligheid, leefbaarheid, milieu en omgeving (van de Goor, 2011). Een integrale aanpak hierbij is belangrijk, aangezien al deze factoren de gezondheidstatus beïnvloeden. Deze interventies gericht op omgevingsinvloeden en maatschappelijke ongelijkheid zijn aanzienlijk minder onderzocht en er bestaan dan ook maar weinig evidence based omgevingsgerichte interventies, omdat niet altijd de verbinding met gezondheidseffecten wordt gelegd. Toch bestaan er wetenschappelijke gronden voor de omgevingsinvloed op het voorkomen van depressie. De kwaliteit van de omgeving heeft immers invloed op het welbevinden van mensen. Niet verrassend is dat mensen met depressieve gevoelens hun omgeving ervaren als negatiever, ook als de buurt objectief gemeten niet onaantrekkelijk is (Lenthe et al, 2010). Overigens wijzen andere studies uit dat omgeving die uitnodigt tot bewegen wel helpt bij de preventie van depressie (Maas et al, 2009, 2008; Pretty et al, 2007; Barton and Pretty, 2010). De omgeving heeft dus invloed op de geestelijke gesteldheid en biedt aanknopingspunten om universele depressie preventie te organiseren via de inrichting van wijken. Het is echter nog niet duidelijk hoe een omgeving precies ingericht dient te worden om depressie te voorkomen, omdat er slechts weinig onderzoek is gedaan naar deze relatie.

E-mental health

Een belangrijke, relatief jonge, opkomende en veelbelovende ontwikkeling op het gebied van preventie en curatie van psychische problemen is e-mental health. Preventieve en vroege interventies worden steeds gemakkelijker toegankelijk via het internet. Internetondersteunde interventies lijken even effectief als reguliere face-to-face cognitief gedragstherapeutische interventies (Spek

et al, 2007). Door preventie via het internet aan te bieden kan het bereik aanzienlijk worden vergroot. De interventies zijn laagdrempelig, vaak gratis en anoniem. Schaamte en angst weerhoudt veel mensen ervan om in behandeling te gaan bij de GGZ. Maar via het internet ervaren zij die drempel niet. Inmiddels is er een breed scala aan online interventies beschikbaar op het terrein van preventie. Dit varieert van online psycho-educatie tot chatmogelijkheden met hulpverleners, zelfhulpmodules en kortdurende behandelmogelijkheden. Diverse preventieve interventies die via het internet worden aangeboden zijn inmiddels onderzocht in gerandomiseerde effectstudies (Spek et al, 2007; Warmerdam, Van Straten, Twisk en Cuijpers, 2010; Van Straten, Cuijpers en Smits, 2008) en zijn daarbij effectief gebleken. Eén studie liet zien dat de via internet aangeboden interventie even effectief is als de interventie die groepsgewijs wordt aangeboden (Spek et al, 2007). Preventie via internet lijkt (kosten-)effectief te zijn en de behandelresultaten van online-interventies doen over het algemeen niet onder voor groepscursussen onder professionele begeleiding. Bovendien is het aanbieden van interventies via internet relatief goedkoop omdat het minder behandelcapaciteit kost (Trimbos-instituut, 2006). E-mental health interventies vallen onder geïndiceerde en selectieve preventie en zetten in op het vergoten van weerbaarheid en het bespreekbaar maken van problemen. Internetinterventies zijn echter niet voor iedereen toegankelijk en acceptabel en vanwege het sterk gestandaardiseerde karakter kunnen ook individuele vragen niet altijd beantwoord worden.

3.1 Coördinatie & taakverdeling

In deze achtergrondstudie beperken we ons tot doelen, middelen en deelnemers die collectief worden gesteld en betaald, dat wil dus zeggen tot de rol van de overheid (rijk en gemeenten) en de zorg. De coördinatie, taakverdeling en het juridische kader waarbinnen depressie preventie plaatsvindt wordt in deze paragraaf besproken.

Verantwoordelijkheden

De systeemverantwoordelijkheid voor preventie van welvaartsziekten ligt bij het rijk, evenals de verantwoordelijkheid voor gezondheidsbescherming en -bevordering; de uitvoering is ver-

deeld over zorg, overheid en private sector. De zorg biedt ziektepreventie, als onderdeel van de verzekerde zorgaanspraken. Ook de overheid doet veel aan ziektepreventie, maar dan met name op het gebied van infectieziekten en niet zo zeer op het gebied van welvaartsziekten (VTV, 2010), terwijl hier veel gezondheidswinst te behalen is.

Juridisch kader

Het huidige juridische kader rondom de GGZ, curatie én preventie, wordt gevormd door de volgende wetten: de Zvw, de Awbz, de Wmo en de Wpg. Forensische psychiatrie, psychiatrie in een strafrechtelijk kader, wordt sinds 2008 gefinancierd vanuit het ministerie van Justitie en valt buiten deze achtergrondstudie. Tot en met 2007 werd de GGZ gefinancierd uit de AWBZ. Met ingang van 1 januari 2008 is een belangrijk deel van de GGZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw)[3]. De Zvw verzekert de volledige extramurale geneeskundige GGZ en het eerste jaar intramurale geneeskundige GGZ. Het CVZ beschouwt geïndiceerde preventie bij depressie of problematisch alcoholgebruik, net als een GGZ-behandeling, als onderdeel van de Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg'(CVZ, 2008). Dit betreft interventies bij personen met de diagnose subklinische depressie. Deze vorm van preventie valt onder de eerstelijnspsychologische zorg en wordt bekostigd via een verrichtingensysteem (Meijer, 2006). De AWBZ verzekert de niet-geneeskundige GGZ en de intramurale geneeskundige GGZ na het eerste jaar.

---

[3] In het algemeen geldt, dat onder de te verzekeren prestaties van de Zvw de geneeskundige zorg valt zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch en verloskundige die plegen te psychologen bieden en die conform de stand van de wetenschap en praktijk is, dat wil zeggen dat de aangeboden geneeskundige zorg 'bewezen effectief' en 'evidence based' moet zijn. Preventieve interventies die aan deze criteria voldoen en die gebaseerd zijn op therapeutische principes uit de cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, probleemoplossende therapie en psychoeducatie, behoren daarmee tot de te verzekeren interventies.

In 2006 is de Wet maatschappelijke ondersteuning ingevoerd, die gemeenten primair verantwoordelijk maakt voor de (maatschappelijke) ondersteuning van hun inwoners. Bij die gelegenheid is (een deel van) de huishoudelijke verzorging overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Wmo, in januari 2009 gevolgd door de ondersteunende begeleiding. Deze decentralisatie van zorgtaken is vooral ingegeven door de overtuiging dat gemeenten in staat zijn zorg te dragen voor ondersteuning op maat, omdat deze decentrale bestuurslaag het dichtst bij de burger staat en haar inwoners het beste kent. Daarbij komt dat gemeenten veel taken hebben op aanpalende beleidsterreinen (wonen, werk en inkomen), zodat zij in de gelegenheid zijn de noodzakelijke verbindingen te leggen en al doende tot een integrale aanpak van problemen te komen (RVZ, 2011). Binnen de GGZ voorziet de Wmo financiering op het gebied van collectieve preventie en OGGZ activiteiten. Financiering van universele en selectieve preventie van depressie loopt via de Wmo. De Wet publieke gezondheid (WPG) regelt dat gemeenten voor de volksgezondheid (w.o. collectieve preventie) verantwoordelijk zijn. Hieruit blijkt duidelijk dat preventie aan verschillende stelsels raakt; de verschillende financieringsstromingen in de GGZ maken het moeilijk om een samenhangend zorgaanbod (bijvoorbeeld voor preventie) te creëren. Er bestaat bijvoorbeeld geen financieel belang om te streven naar vervanging van relatief kostbare tweedelijnszorg door relatief goedkope eerstelijnszorg (bijvoorbeeld preventie). Dit zorgt ook voor veel terugvalproblematiek.

3 Analyse van huidig beleid: knelpunten en verbeteringen

De huidige aanpak van depressie is niet erg effectief en efficiënt georganiseerd en er is weinig aandacht voor preventie. In de volgende paragraven wordt aandacht besteed aan de knelpunten van de huidige aanpak en mogelijk oplossingen voor aanpak van depressie.

Er zijn simpelweg twee manieren om de enorme burden van depressie te verminderen: behandeling en preventie van nieuwe gevallen. Er is veel onderzoek gedaan naar de behandeling van bestaande depressies, relatief pas sinds korte tijd en weinig onderzoek en is gewijd aan mogelijkheden om depressie te voorkómen (Cuijpers, 2003). De nadruk binnen onderzoek en het terugdringen van de burden van depressie lag dan ook met name op behandeling in plaats van preventie. Een duidelijke stijging is zichtbaar in het aantal voorschriften voor antidepressiva wat in Nederland steeg van 105 miljoen in 1997 tot bijna 242 miljoen dagdoseringen in 2009 (SKF, 2010). Geschat wordt dat er momenteel zo'n 800.000 mensen antidepressiva gebruiken (SFK, 2009; VTV, 2010), terwijl er geen duidelijk bewijs is of antidepressiva bij milde depressieve klachten effectief zijn (Hermens et al, 2008). Hoewel er veel onderzoek wordt gedaan naar antidepressiva en deze medicatie veel wordt voorgeschreven ter behandeling van depressie, laten studies zien dat de bestaande behandelsystemen de ziektelast, zelfs als alle depressieve mensen met evidence based curatieve interventies behandeld zouden worden, slechts met 35% zouden verminderen (Cuijpers et al, 2008; Andrews et al, 2004), dit benadrukt dat de huidige aanpak van depressie niet effectief is en geeft het belang aan om in te zetten op preventie.

Doelmatige preventie

De huidige aanpak van depressie schiet te kort op meerdere vlakken. De te vermijden gevallen zijn vooral te vinden bij patiënten met (lichte) subklinische klachten, zowel nieuwe gevallen als mensen met terugvalklachten. Het terugdringen van het aantal mensen waarbij de ontwikkeling van een full blown depressie ontstaat is dus het doel bij de organisatie van preventie.

Aandacht voor de omgeving

Zoals al eerder besproken liggen oorzaken van depressie zowel bij de weerbaarheid van personen als bij omgevingsfactoren. De huidige organisatie van depressie preventie is voornamelijk gericht op geïndiceerde preventie, waarbij er veel nadruk wordt gelegd op de individuele pathologie en weerbaarheid van het individu. Geïndiceerde preventie staat op een stevige basis wat betreft evidentie, maar vaak zijn dergelijke effecten tijdelijk omdat interventies niet gecontinueerd en in samenhang met omgevingsbeleid worden uitgevoerd. Preventie wordt uitgevoerd vanuit een verkokerde blik op zorg, waarin er weinig aandacht is voor de ziekmakende omgeving. In een benadering vanuit ziekte-indicatie schuilt het gevaar om te denken vanuit het kader van een ziekte, terwijl preventie juist in zou moeten zetten op gezondheid, waarbij alle randvoorwaarden voor gezondheid worden meegenomen.

De aanwezigheid of afwezigheid van geestelijke gezondheid is vooral een sociale indicator en vereist naast individuele ook omgevingsoplossingen. De weerbaarheid van mensen dient te worden versterkt in combinatie met een veilige leefomgeving om structureel en effectief preventie van depressie aan de voorkant te bewerkstelligen. Een integrale aanpak, met aandacht voor de gezonde leefstijl, sociale omgeving en fysieke omgeving, zou gericht moeten zijn op risicogroepen, waarbij risicofactoren gezamenlijk met individuele zorggerelateerde risicofactoren worden aangepakt. Op lokaal niveau doen zich op verschillende beleidsterreinen mogelijkheden tot gecombineerde maatregelen voor. Hierbij valt te denken aan het promoten van een gezonde leefstijl op scholen, gezamenlijke aanpak depressie en werkloosheid en het creëren van een veilige woonomgeving door de gemeente, welke allen bijdragen aan de preventie van depressie.

Terugvalpreventie

Het is bekend dat het regelmatig voorkomt dat depressieve klachten na behandeling in de acute fase niet helemaal verdwenen zijn terwijl de patiënt wel hersteld is van een depressie (cq niet meer voldoet aan de criteria van een depressie volgens de DSM-IV) (Fava, Fabbri and Sonino, 2002). Het bestaan van residuele klachten is, evenals het aantal voorgaande episoden, de best bekende risicofactor voor terugval bij depressie (Paykel et al, 1995;

Bockting et al., 2005, 2009; Ten Doesschate, Bockting and Schene, 2009; Burcusa and Iacono, 2007; Kok et al, 2011). Het recidief bij depressie is dan ook erg groot en wordt momenteel niet tijdig herkend, waardoor veel mensen terecht komen in de tweedelijnszorg. Met de huidige behandeling en preventie, hoewel evidence based, wordt dus geen duurzaam effect bereikt. Vermoedelijk treden dezelfde valkuilen en stressoren op bij deze mensen, die niet worden verholpen door zelfmanagement en antidepressiva. Voor ene effectieve aanpak dienen er ook in de omgeving veranderingen doorgevoerd te worden om *blijvend* effectief depressie te voorkomen.

Onderzoek en implementatie

Hoewel er veel onderzoek is besteed aan effectiviteitstudies van medicatie bij depressie, is er groeiende aandacht voor evidentie studies van preventie interventies. Met name de geïndiceerde preventie interventies worden veelvuldig onderzocht. Er zijn preventie interventies die een risicoreductie van 15% opleveren (geïndiceerde preventie van depressiebij jongeren) en significante klachtenreductie (bij volwassenen). Ditzelfde geldt voor enkele selectieve (e-mental health) interventies. Zorgverzekeraars kopen deze interventies echter niet of slechts in beperkte mate in. Bewezen effectiviteit van interventies is dus momenteel nog geen garantie voor brede implementatie. Er lijkt een disbalans te zijn tussen onderzoek en implementatie, doordat de interesse van onderzoekers in sommige gevallen beperkt is tot de effectiviteit van de interventie en is niet gericht op de implementatie, er na een pilotstudie vaak geen financiering is voor verdere uitrol van ontwikkelde interventies en preventieve interventies minder op het netvlies staan van zorginkopers en financiers. Er is kort gezegd veel aandacht voor de ontwikkeling van interventies, maar te weinig voor de 'marketing' en implementatie. Dit effect is vergroot voor preventie via de omgeving, waar wetenschappelijke interesse voor bestaat, maar waarnaar weinig onderzoek wordt bekostigd. Door uitvoerende partijen worden dergelijke vormen van preventie niet als lonend gezien, aangezien aanpassing van de omgeving geen klassieke 'interventie' is waar geld mee verdient kan worden door het te vermarkten.

De financiering van dergelijk onderzoek, laat staan implementatie, is daardoor erg beperkt.

Preventie in eerstelijn

Veel preventieve interventies in de GGZ worden traditioneel vanuit de tweede lijn aangeboden, terwijl het zorg is die qua zwaarte eigenlijk tot de eerstelijnszorg hoort. Er bestaan goed onderzochte en onderbouwde interventies die breder ingezet kunnen worden om gezondheidswinst te behalen. Hier liggen vooral kansen voor de eerstelijn, die overal aanwezig is, waar een toenemende belangstelling voor preventie is en waar een laagdrempelig aanbod voor mensen met depressieve klachten tot zijn recht kan komen (Voordouw et al, 2010). Toch is de organisatie en bemensing van de eerstelijnszorg nog altijd afgestemd op zorg en somatische problemen. Het zou de slagvaardigheid van de eerstelijns-GGZ vergroten, wanneer eerstelijnspsychologen en verpleegkundigen deel zouden uitmaken van eerstelijnsgezondheidscentra voor patiënten die geïndiceerd worden met depressieve klachten. De huisarts heeft daarvoor doorgaans noch de tijd, noch de vaardigheden om patiënten met depressieve klachten verder te helpen, maar speelt een belangrijke rol bij de triage van patiënten en als poortwachter voor zorg en preventie (Ormel Bartel en Nolen, 2004). De groep mensen die zich presenteert bij de huisarts hebben voornamelijk milde klachten en vormen de targetgroep voor geïndiceerde preventie. De uitrol van geïndiceerde preventie via de eerstelijn zou het bereik van preventie interventies kunnen uitbreiden, aangezien 51,2 % van de mensen met subklinische depressie in de eerstelijn momenteel medicatie krijgt voorgeschreven.

Preventie in de eerste lijn zou echter verder moeten reiken dan enkel geïndiceerde preventie. Preventie is juist efficiënt wanneer het problemen voorkomt voordat het klachten worden. Bij een benadering vanuit ziekte-indicatie schuilt het gevaar om te denken vanuit een ziektekader, terwijl preventie juist in zou moeten zetten op gezondheid, waarbij alle randvoorwaarden voor gezondheid worden meegenomen. De huidige organisatie van preventie is daar niet op ingesteld, omdat preventie slechts als klein onderdeel van zorg wordt gebruikt. De benadering van preventie binnen de zorg is gericht op ziekte, bijvoorbeeld door middel van screening

snel ziektegevallen op te sporen. Dit is niet alleen een ziektebenadering in plaats van preventiebenadering, bovendien is het bewezen niet-effectief (Thombs et al, 2011). Om daadwerkelijk depressie te voorkomen in de eerste lijn is een attitude verandering noodzakelijk, waarbij denkbaar is dat in het consult met de huisarts niet de diagnose centraal staat, maar het voorkomen van klachten. Dit betekent dat een arts niet begint met een aantal screeningslijsten op depressie, angst en somatisatiestoornis af te nemen; dit is een benadering vanuit 'ziekte', terwijl eerst bezien moet worden welke betekenis en oorzaak het 'ziektegevoel' hebben. Is er echt sprake van 'ziekte', dat wil zeggen een psychische stoornis, dan is de basis GGZ, bijvoorbeeld verricht door eerstelijnspsychologen of SPV-en de aangewezen weg. Men begint dan met de minst intensieve behandeling waarvan resultaat mag worden verwacht, zodat wat betreft bijvoorbeeld psychotherapie bij depressies primair kortdurende behandelvormen als cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie in aanmerking komen. Intensievere en langer durende (en derhalve duurdere) behandelingsopties worden pas toegepast als de eerste stap onvoldoende effect sorteert, ook wel bekend als stepped-care benadering. Dit geldt ook voor verzorgingstehuizen waar relatief veel langdurige en chronische depressie vóórkomen. Ouderen hebben een opeenstapeling van risicofactoren, en verkeren in een omgeving die over het algemeen gene bescherming biedt tegen depressie. Artsen zouden juist hier alert moeten zijn op beginnende depressies om langdurige klachten te voorkomen.

Samenwerking en wijkgerichte aanpak

Er is nauwelijks verbinding tussen enerzijds de eerstelijnszorg en de collectieve preventie van GGD en gemeente anderzijds. De huisarts reageert op de zorgvraag van de patiënt en de gemeente biedt preventie aan anonieme inwoners van de gemeente. Beiden worden uit afzonderlijke bronnen betaald en de verbinding tussen beide financieringstromen ontbreekt. Om zorg en epidemiologie te verbinden is het noodzakelijk dat op wijkniveau informatie beschikbaar komt voor gemeenten én eerstelijnszorg. Een betere cijfermatige onderbouwing van de gezondheidssituatie op wijk en buurtniveau is nodig om afstemming te vinden en effectieve preventie te organiseren; om klachten te voorkómen en om een voor een wijkgerichte aanpak te realiseren. Dergelijke epidemiologische

data is verrijkend voor gemeenten, aangezien deze data voor hen zichtbaar maakt waar ziektelast voorkomen kan worden en wijkgerichte interventies baat zouden kunnen hebben. Voor de eerstelijn zijn dergelijke data vanzelfsprekend behulpzaam bij het opstellen van adviezen, bovendien hebben dergelijke adviezen een grotere kans van slagen hebben wanneer er een directe verbinding wordt gelegd naar bestaande activiteiten in de buurt (van de Goor, 2011).

Verbinding gemeente en eerstelijn

Gemeente en zorg dienen dus meer verbonden te worden op epidemiologisch gebied. Ook meer verbinding en uitwisseling van interventies is wenselijk, om de hoge influx van nieuwe gevallen tegen te gaan. Het is belangrijk dat aanknopingspunten voor preventie worden aangepast op de situatie van de patiënt, het beloop en het ontstaan van de klachten. Bij patiënten waar depressie een sluipend begin kent door chronische stressoren of een onveilige omgeving is een andere aanpak vereist dan bij mensen die plotseling een dierbare verliezen.

Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met (beginnend) depressieve klachten, maar kunnen (in combinatie) met gemeentelijke programma's in sommige gevallen beter preventief geholpen worden. Denk bijvoorbeeld aan eenzaamheid dat ten grondslag ligt aan depressie, gemeentelijke initiatieven (Wmo) zijn hier beter op toegesneden dan de eerstelijn. Een huisarts moet dan wel bekend zijn met het bestaan van deze gemeentelijke initiatieven. Door gemeente en zorg intensiever te verbinden en beter te integreren kan het effect van preventieve maatregelen dus vergroot worden (van de Goor, 2011).

Gemeenten hebben overzicht over bestaande activiteiten en interventies en kunnen activiteiten, afstemming en samenwerking coördineren. Goed gemeentelijk beleid kan veel GGZ-problematiek voorkomen, omdat gemeenten bij uitstek in staat zijn om op lokaal niveau een samenhangende (preventieve) aanpak vorm te geven. Gemeenten zijn via de Wmo en WPG verantwoordelijk voor de OGGZ (dat wil zeggen het opsporen van, bereiken van, en hulp bieden aan mensen met problemen op meerdere terreinen zoals schulden, verslaving, psychische of psy-

chiatrische problemen, sociaal isolement, vervuiling of werkloosheid), collectieve preventie en zijn verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning en participatie van mensen met psychische problemen. Depressie is een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en eenzaamheid, sociale en maatschappelijke participatie dragen juist bij aan preventie van depressie. Op lokaal niveau zijn er daarom volop mogelijkheden die benut kunnen worden ter preventie van depressie.

Verbinding van de eerstelijn met gemeentelijke interventies heeft nogal wat voeten in aarde en een goede coördinatie van taken is noodzakelijk. De gemeente speelt hier een cruciale rol in, juist omdat zij via de GGD gemakkelijk gevoed kunnen worden met epidemiologische data en overzicht hebben van de intersectorale interventies.

Financieringsschotten

Ondanks de hoge kosten van de GGZ is er gezien de ziektelast van depressie in Nederland er sprake van onderfinanciering; er wordt te weinig uitgegeven aan de behandeling en preventie van psychiatrische stoornissen, in het bijzonder voor depressie, angst- en persoonlijkheidsstoornissen (Ormel, Bartel en Nolen, 2008). Ook op het gebied van de collectieve preventie doet zich een duidelijke afname van preventieve activiteiten voor. De uitvoering van publieke gezondheidstaken door de gemeenten op het gebied van preventie is door de overgang vanuit de AWBZ naar de basisverzekering en door de invoering van de Wmo onder druk komen te staan. Universele preventie valt onder de Wmo, die door de gemeenten wordt uitgevoerd. Voor dit laatste zijn in 2007 € 54 miljoen overgeheveld van de AWBZ naar het gemeentefonds (Wmo). Deze middelen (Wmo) zijn echter niet als OGG-middelen geoormerkt. Dit zou een reden kunnen zijn waarom bij sommige gemeenten de aandacht voor collectieve preventie zeer beperkt is. In 2007 is sprake geweest van afbouw van preventie activiteiten door de GGZ ten gevolge van uitblijvende financiering vanuit de WMO. Dit betekent dat bij (sommige) gemeenten geen tot zeer weinig aandacht voor preventie is. De oorzaak hiervan moet wellicht gezocht worden in de verschillende wetten die op de GGZ-sector van toepassing zijn (Zvw, AWBZ, Wmo, WPG) en die perverse bekostigingsprikkels bevatten, waardoor

verschillende partijen geen belang hebben om te investeren in preventie. Zij hebben eerder belang om hun rol en verantwoordelijkheid af te wentelen op andere partijen in het stelsel, terwijl, zoals eerder beargumenteerd, samenwerking effectieve en efficiënte preventie ten goede zouden komen.

Het financieringssysteem is niet goed afgestemd op preventie. Er zijn perverse prikkels in het stelsel die voorkomen dat effectieve preventie plaatsvindt. Om te voorkomen dat verantwoordelijkheden binnen het stelsel afgewenteld worden op andere partijen is het noodzakelijk financiële prikkels in het stelsel te brengen. Dat wil zeggen dat verzekeraars risicodragen zouden moeten worden voor de AWBZ en ook de gemeente zou geprikkeld moeten worden om het eigenaarschap van gemeenten rechtstreeks te versterken. Door het eigenaarsschap te vergroten, wordt het aantrekkelijker om samen te werken, wat een voorwaarde is voor effectieve en efficiënte preventie.

4 Conclusie/Discussie

De hoge maatschappelijke kosten, de hoge prevalentie van depressie, de slechte prognose, grote influx van nieuwe gevallen en het beperkte succes van curatieve interventies onderschrijven de urgentie van preventieve maatregelen voor depressie. Momenteel is er slechts beperkte aandacht voor preventie van depressie. De huidige aanpak zet in op behandeling van depressie in plaats van preventie. Er wordt veel medicatie gebruikt, zelfs in de eerste lijn, terwijl met een andere aanpak veel nieuwe gevallen voorkomen kunnen worden en antidepressiva gebruik terug kan worden gedrongen. Veel mensen gebruiken antidepressivia, worden dus *behandelt* via de *zorg* voor hun klachten. Dit is echter in veel gevallen niet de effectiefste en meeste efficiënte oplossing; laat staan het beste voor de patiënt. Er wordt maar weinig ziektelast aan de voorkant vermeden, en zorg gaat nu nog vaak boven preventie. Er dient bij de organisatie van preventie een omslag te worden gemaakt naar een werkwijze gebaseerd op *voorkómen* van ziekten. Preventie wordt nu nog aangeboden als onderdeel van zorg, terwijl het om een andere mentaliteit en aanpak vraagt, niet alleen wat betreft betrokkenen, maar ook qua financiering.

Vervlochten oorzaken, vervlochten aanpak

De interventies aangeboden door de eerstelijn en door de gemeente zijn momenteel weinig op elkaar afgestemd. Het zou de slagvaardigheid van depressie preventie vergroten wanneer gemeente en eerstelijn meer zouden samen werken. Verbinding van gemeente en eerstelijnszorg zorgt ervoor dat tegelijkertijd individuele factoren en omgevingsfactoren kunnen worden beïnvloedt. De oorzaken van depressie liggen vervlochten met elkaar, terwijl er nu vaak in eerste instantie aandacht is voor de factoren die bij het individu liggen. Dit is opvallend, aangezien welvaartsziekten juist vaak worden toegeschreven aan de veranderde omgeving, niet zozeer aan de veranderde weerbaarheid van individuen. De oorzaken liggen met elkaar vervlochten, interventies dienen dus zowel in te zetten op weerbaarheid als brede omgevingsoorzaken zoals problemen in de opvoeding, werkloosheid en schulden, waar gemeentelijke inspanningen noodzakelijk voor zijn. Het delen van epidemiologische data op wijkniveau zal bijdragen aan

het identificeren van risicogroepen en de onderliggende oorzaken voor hun kwetsbaarheid, een effectievere verdeling van middelen en voor een betere afstemming van interventies gericht op individuele en omgevingsfactoren. Wijken en omgevingen waar veel depressie voorkomt zou een gemeente moeten prikkelen de sociale en fysieke omgeving te veranderen via intersectoraal beleid, terwijl het de huisarts alert zou moeten maken wanneer iemand vage klachten presenteert op het spreekuur en afkomstig is uit een depressief indicerende omgeving.

Noodzaak voor preventie mindset in de zorg

Daar waar depressie en depressieve klachten voorkomen kúnnen worden, moet dat voorkomen worden met behulp van preventie en een *preventie-mindset* in de zorg. Momenteel zijn veel mensen met lichte klachten opgenomen in de tweedelijn. Lichte klachten kunnen behandeld worden in de eerste of nulde lijn, die horen niet thuis in de tweedelijn. Daar waar nodig zou de tweedelijn moeten worden ingeschakeld; maar nadrukkelijk alleen als preventie en lichtere vormen van zorg niet helpen. Intensievere, langer durende behandelingsopties (inclusief medicatie) zouden in de eerste lijn pas toegepast worden als preventie onvoldoende effect sorteert, volgens de *stepped care* benadering. Huisartsen zetten nu nog vaak in op behandeling met medicatie maar zou beter moeten worden uitgerust om *triage* uit te voeren. Hiervoor is het noodzakelijk dat zij kennis hebben van andere eerstelijn organisaties en (gemeentelijke) initiatieven, zodat de patiënt terecht komt op de plek waar hij het best geholpen kan worden om klachten te voorkomen. Dit vraagt om een andere benadering dan voorheen in de eerstelijn, waar veel medicatie wordt voorgeschreven en een vanuit een ziektebenadering patiënten worden benaderd. Met een preventieve benadering kan het medicatiegebruik in de eerstelijnszorg verminderd worden en de instroom van nieuwe gevallen teruggedrongen worden. Verder is het noodzakelijk dat er binnen de zorg meer aandacht komen voor *terugvalpreventie*, het aantal recidieven is hoog en de huidige organisatie van zorg grijpt hier te laat op in.

Prikkels en financiering

De huidige financieringsstructuur bevat perverse prikkels en er is weinig coördinatie en samenwerking. *Samenwerking* en een goede

regie zijn juist voorwaarden om effectieve en efficiënte preventie vorm te geven. Zowel gemeenten als verzekeraars zouden geprikkeld moeten worden om samenwerking aan te gaan en preventie op hun netvlies krijgen en gebruik te maken van effectieve interventies. Hoewel *onderzoekers* preventie op het netvlies hebben staan en er veel pilot studies zijn die zich richten op de ontwikkeling en het toetsen effectiviteit van interventies, worden weinig interventies daadwerkelijk geïmplementeerd. Er is momenteel vaak geen financiering voor de uitrol van interventies, waardoor veel potentie niet gebruikt wordt. Door de huidige structuur zijn verzekeraars en gemeenten nog weinig geprikkeld om in te zetten op preventie. Effectieve en efficiënte preventie zet in op de *verbinding* van omgeving en individuele factoren. Hiervoor hebben gemeenten en verzekeraars elkaar nodig en is samenwerking dus een voorwaarde. Dit geldt overigens voor veel van de welvaartsziekten, de onderliggende factoren hiervan zijn verbonden en worden vaak vanuit momothematische en zorggeorienteerde programma´s niet aangepakt.

Bijlage 1

Literatuurlijst

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR), 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.

Andrews, G., et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. The British Journal of Psychiatry; 184, 2004, p. 526–533.

Bertolote, J.M., et al. Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25, 2004, p. 147-155.

Barton J and J. Pretty. What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. Environmental Science & Technology, 44, 2010, no. 10, p. 3947-55.

Bockting, C.L., et al. Recurrent depression: remission, relapse and recurrence in a Dutch cohort (Recidiverende depressie: herstel en terugval in een Nederlands cohort). In: Schene, A.H., et al. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, 2005, p. 99-115.

Bockting, C.L.H., et al. Long term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression using: 5.5 years follow-up. Journal of Clinical Psychiatry, 70, 2009, p. 1621–1628.

Burcusa, S.L., and W.J. Lacono. Risk for recurrence in depression. Clinical Psychology Review, 27, 2007, p. 959–985.

Cuijpers, P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. American Journal of Psychiatry; 160, 2003, p. 1385–1391.

Cuijpers, P., et al. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. American Journal of Psychiatry, 165,2008, p. 1272-1280.

Cuijpers & Smit. Has time come for broad-scale dissemination for prevention of depressive disorders? Acta Psychiatrica Scandinavia, 118, 2008, no. 6, p. 419–420.

College voor zorgverzekeringen CVZ. Standpunt Preventie van depressie: verzekerde zorg? CVZ: Diemen, 2008.

Does, van der A.J.W. Depressie. Modern Medicine, 9, 2008, p. 7-12.

Doesschate ten, M.C., et al. Adherence to continuation and maintenance antidepressant treatment in recurrent depression. Journal of Affective Disorders, 115, 2009, p. 167-170.

Emmen, M.J., et al. Versterking van de eerstelijns GGZ: Effecten op langere termijn. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 85, 2007, no. 3, p.166.

Fava, G.A., S. Fabbri en N. Sonino. Residual symptoms in depression: an emerging therapeutic target. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 26, 2002, p. 1019-1027.

Friedli, L. Mental health, resilience and inequalities. WHO Europe: Denmark, 2009.

Geerlings, S.W., et al. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. Psychological Medicine, 30, 2000, p. 369-380.

GGZ Nederland. Preventie biedt perspectief: preventie projecten binnen de GGZ. GGZ Nederland: Amersfoort, 2005.

GGZ Nederland. Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009. GGZ Nederland: Amersfoort, 2009.

GGZ Nederland. Zorg op waarde geschat: Update Sectorrapport GGZ 2010. GGZ Nederland: Amersfoort, 2010.

Goor, I., van de. Van gezondheid verzekerd? TSG, 89, 2011, p. 298-299.

Goossens, F. en P. Speetjens. Financiering KOPP/KVO: Een inventarisatie. Utrecht: Trimbos-instuut, 2011.

Grosel, C., et al. Health and Health Care 2010. The Forecast, The Challenge. Princeton: The Institute for the Future, 2001.

Graaf R. de, M. ten Have en S. van Dorsselaer. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Have M. ten, et al. What depressive symptoms are associated with the use of care services? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. NEMESIS. Journal of Affective Disorders, 80, 2004, no. 2-3, p.239-48.

Have, M. ten, H. 't Landen R. de Graaf. Trendrapportage GGZ 2009. Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.

Horstman K. De moraal van vitaal en bevlogen. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 19, 2011, no. 1, p. 19-29.

Hosman, C., E. Jané-Llopi en S. Saxena Saxena. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary Report. World Health Organization, 2005.

Hermens, M., et. al. Helpen antidepressiva bij depressieve klachten of lichte depressieve stoornissen? Huisarts en Wetenschap, 2008, no. 8, p. 361-369.

Kok, G.D., et al. Huidige behandeling depressie is weggegooid geld. Psychologie en Gezondheid, 39, 2011, no. 1, p. 26-31.

Kendler, K.S., et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. Archives of General Psychiatry, 60, 2003, p. 929- 937.

Land, van 't, H., C. Schoemaker en C. de Ruiter. Trimbos zakboek psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut: 2008.

Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. Journal of Clinical Psychiatry, 68, 2007, p. 36-41.

Lenthe, van F.J, et. al. Sociaal-economische verschillen in recreatief bewegen: De rol van de fysieke en sociale leefomgeving.Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 88, 2010, no. 1, p. 32-40.

Lewinsohn et al. The coping with depression course. Eugene, OR, USA: Castalia Publishing, 1984.

Maas, J. and R.A. Verheij. Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: A multilevel analysis. BMC Public Health, 8, 2008, no. 1, p. 206.

Maas, J., et al. Morbidity is related to a green living environment. Journal of Epidemiology and Community Health, 2009.

Mathers C.D. and D. Loncar. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2, 2006, no. 3, p. 442.

McMahon, F.J., et al. Meta-analysis of genome-wide association data identifies a risk locus for major mood disorders on, Nat Genet, 42, 2010, no. 2, p. 128-31.

Meer, K. van der, Tiemens, B.G., & van den Brink,W. Depressie in de eerstelijnsgezondheidszorg; internationale gegevens over prevalentie en behandeling,onder meer uit Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 140, 1996, p. 2135-2139.

Meijer, S.A., et al. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM-Rapport nr. 270672001; VTV Themarapport. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Trimbos-instituut. 2006.

Murray, C.J.L. and A.D. Lopez. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996.

Nationaal Kompas Volksgezondheid hhtp://www.nationaalkompas.nl\Thema's\Ouderen\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen, 22 maart 2010.

Nuyen, J. Depression and comorbidity. General practice-based studies on occurrence and health care consequences. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, 2008.

OECD. Better Life Index. Country Notes.

OECD. www.oecd.org/betterlifeindex.

Ormel, J., M. Bartel en W.A. Nolen. De depressieparadox: werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie: Oorzaken en beleidsaanbevelingen. Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie, 46, 2004, no. 4, p. 237-246.

Paykel, E.S., et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. Psychological Medicine 25, 1995, p. 1171-1180.

Partnership Depressiepreventie. Documenten lokaal beleid Partnership Depressiepreventie 2007 – 2010. Trimbos-instituut: Utrecht, 2010.

Pretty, J., et al. Green exercise in the UK - countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning. Journal of Environmental Planning and Management, 50, 2007 no. 2, p. 211-13.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ Richtlijn Multidisciplinaire Depressie, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Perspectief 20/20. Den Haag: RVZ, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gemeente en zorg-vangnetten. Den Haag: RVZ, 2011.

Schoemaker, et al. Hoe vaak komt depressie voor? In: Volks-gezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volks-gezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.

Stichting Farmaceutische Kengetallen. De kosten van antide-pressiva zijn in 2008 flink gedaald. Pharmaceutisch Weekblad, 2009, no. 144, p. 13.

SFK - Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten. Stichting Farmaceutische Kengetallen: Den Haag: 2010.

Simon, G.E. Social and economic burden of mood disorders. Biological Psychiatry, 54, 2008, p. 208-215.

Smit, F. Preventing depression. Utrecht: Trimbos-instituut. 2003.

Smit, F. Publieke geestelijke gezondheid: analyse en synthee. Oratie, Amsterdam: Vrije Universiteit. 2009.

Spek, V., et al. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: A

ramdomized controlled clinical trial. Psychological Medicine, 37, 2007, p. 1797-1806.

Spies, T., et al. Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. Huisarts en Wetenschap, 47, 2004, p. 364-7.

Spijker, J., et al. Duration of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (nemesis). British Journal of Psychiatry, 181, 2002, p. 208-213.

Trimbos-instituut. Jaarverslag 2006. Internet vergroot slagkracht GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.

Trimbos-instituut, GGZ in tabellen 2009. Utrecht: Trimbos-instituut. 2010.

VTV: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. 2010.

Verhaak, P.F.M. Geestelijke Gezondheidszorg in de Huisartspraktijk: psychiatriseren of normaliseren. Faculteit der Medische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen, 2011.

Voordouw, I., et al. Depressiepreventie: van een stevig inhoudelijke basis naar verschil gaan maken. TSG 2010 gezondheidsbevordering, 88, 2010, no. 5, p. 224- 226.

Warmerdam, L., et al. Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 2010, no. 1, p. 64-70.

Weehuizen, R. Mental capital, the economic significance of mental health, 2008.

Bijlage 2

Lijst van geconsulteerden

Aartjan Beekman	Vrije Universiteit
Filip Smit	Trimbos-instituut
Yvonne Hof	Trimbos-instituut
Jan Walburg	Trimbos-instituut
Trudy Dehue	Universiteit Groningen
Klasien Horstman	Universiteit Maastricht
Pim Cuijpers	Vrije Universiteit
Aard Francissen	Arkin
Marleen Barth	GGZ Nederland
Egideo Memeo	VWS
Jeroen Hulleman	VWS
Karen van Ruiten	VWS