

Versterken van mentaal kapitaal in de gemeente

Joran Lokkerbol, Peter van Splunteren, Barbara Conijn, Filip Smit



Versterken van mentaal kapitaal in de gemeente

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012

 **Trimbos
instituut**
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Projectleiding en eindredactie

Joran Lokkerbol

Projectuitvoering

Joran Lokkerbol

Peter van Splunteren

Barbara Conijn

Filip Smit

Advies (alfabetische volgorde):

Drs. Iris van Asch

Drs. Linda Bolier

Dr. Brigitte Boon

Drs. Els Bransen

Dr. Agnes van der Poel

Prof dr. Anne Margriet Pot

Met dank aan

Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Productiebegeleiding

Martin Fraterman

Kathy Oskam

Opmaak en druk

Canon Nederland N.V.

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF1227**

© 2012 Trimbos-instituut, Utrecht

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

Dit is een strategische verkenning uit de reeks: *Mentaal Kapitaal*. Deze strategische verkenning gaat in op mentaal kapitaal in de *Gemeente*. De andere strategische verkenningen uit deze reeks bekijken het belang van mentaal kapitaal vanuit het perspectief van *Werk*, *Zorg* en *Onderwijs*. Drie centrale vragen worden beantwoord:

1. Wat is het belang van mentaal kapitaal in de gemeente?
2. Hoe kan mentaal kapitaal worden vergroot in de gemeente?
3. Welke baten levert dat op?

In deze verkenning richten we ons op twee specifieke groepen binnen de gemeente; ouderen en mantelzorgers. We beginnen met een definitie van mentaal kapitaal en sluiten deze strategische verkenning af met een kosten-baten analyse omtrent een life-review interventie voor ouderen.

Wat is mentaal kapitaal?

We zien **mentaal kapitaal** als de cognitieve, emotionele en sociale vaardigheden die iemand in staat stellen een zinvol, lerend en productief leven te leiden en succesvol verschillende sociale rollen en functies te vervullen gedurende de verschillende stadia in diens levensloop (naar Foresight 2008). Korteheidshalve duiden we mentaal kapitaal ook aan als 'mentale fitheid', 'veerkracht' en 'mentale weerbaarheid'.

Mentaal kapitaal is iets waarin men kan **investeren**. Zo zijn er trainingen om mentaal kapitaal te versterken, zoals er ook trainingen zijn die iemands fysieke conditie versterken. Voor ouderen is het van belang om te blijven participeren in de samenleving, ondanks veranderingen die ouder worden met zich mee brengt. Voor mantelzorgers is het kunnen blijven verwezenlijken van de eigen levensdoelen belangrijk ondanks de extra (psychische) druk die mantelzorg met zich mee kan brengen.

Investeren in mentaal kapitaal kan **renderen** omdat het bepaalt in welke mate een individu kan bijdragen aan de maatschappij, goed kan functioneren, en op persoonlijk vlak een hoge kwaliteit van leven kan ervaren.

Wat is het belang van mentaal kapitaal in de gemeente?

De gemeente heeft een wettelijke taak bij het bevorderen van welzijn van ouderen en mantelzorgers. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) stelt gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. Binnen de WMO zijn negen

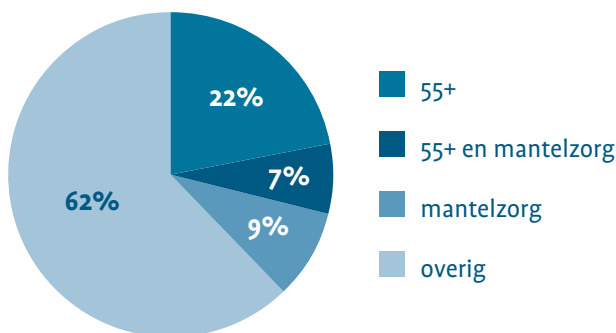
prestatievelden omschreven waarvan meerdere te maken hebben met de ondersteuning van mantelzorgers en ouderen.

Het belang van mentaal kapitaal bij ouderen en mantelzorgers heeft enerzijds te maken met de omvang van deze groepen; zo'n 4,8 miljoen mensen in Nederland (28,6%) is 55 jaar of ouder (Bron: CBS) en 3,5 miljoen Nederlanders (21%) verleenden in 2008 mantelzorg (SCP, 2010). Het ging hier om mensen van 18 jaar en ouder. Van hen gaven er 2,6 miljoen (15%) meer dan 8 uur per week en/of langer dan drie maanden hulp.

Anderzijds is mentaal kapitaal belangrijk, omdat zowel ouderen als mantelzorgers risicogroepen zijn. Zo komen milde depressies vaker dan gemiddeld voor in beide groepen. Depressie leidt tot kosten voor de samenleving, zoals hogere zorgkosten, meer arbeidsverzuim en meer werkloosheid, terwijl daarnaast ook de kosten beschouwd zouden moeten worden wanneer mantelzorgers uitgeput of depressief raken en hun zorg voor familie, vrienden of burens in handen moeten leggen van professionele zorgaanbieders.

Vertaald naar een gemeente met 100.000 inwoners betekent dit dat zo'n gemeente naar verwachting 28.600 inwoners van 55 jaar of ouder heeft. Daarnaast zijn er naar verwachting 15.900 mensen die meer dan 8 uur per week en/of langer dan drie maanden mantelzorg verlenen. Er zit overlap in deze groepen; naar schatting is 44% van de mantelzorgers zelf 55 jaar of ouder (SCP, 2010). De verdeling binnen een gemeente ziet er dus als volgt uit:

Figuur 1: bevolking gemiddelde gemeente met 100.000 inwoners

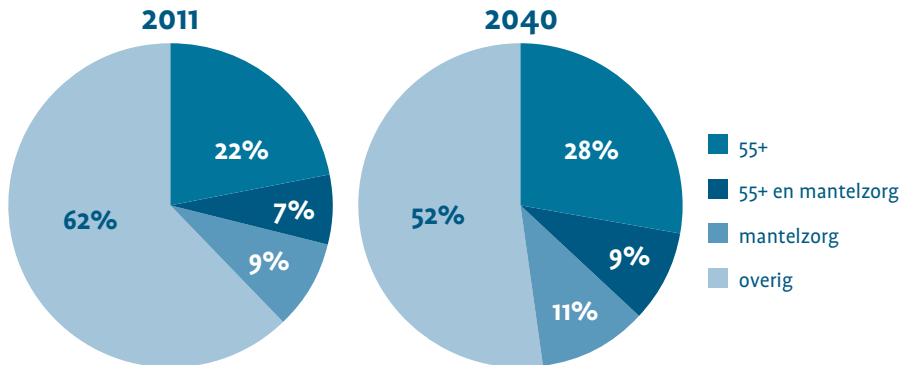


De figuur laat zien dat op dit moment gemiddeld 38% van de inwoners van een gemeente in één van de volgende categorieën valt: 55 jaar of ouder (22%), 55 jaar of ouder én intensief en/of langdurig mantelzorg verlenend (7%), of jonger dan 55 en mantelzorg verlenend (9%). Bij elkaar opgeteld gaat het om circa 38.000 personen op een bevolking van 100.000. De resterende 62% zijn mensen die jonger zijn dan 55 jaar en bovendien geen mantelzorg verlenen.

Met de vergrijzing in het vooruitzicht zal het belang van gezonde en goed functionerende ouderen en mantelzorgers in de toekomst alleen maar belangrijker worden. De

komende jaren zal de verhouding ouderen ten opzichte van de rest van de bevolking sterk veranderen. Onder de aanname dat mantelzorg in gelijke verhouding meegroeit met mensen van 55 jaar of ouder, zal de samenstelling van een gemiddelde gemeente tot aan 2040 als volgt veranderen:

Figuur 2: verwachte verandering samenstelling bevolking 2011-2040



Er vinden een aantal zichzelf versterkende effecten plaats omtrent ouderen en mantelzorg. De komende 30 jaar verdubbelt het aantal gepensioneerden ten opzichte van de beroepsbevolking (naar cijfers CBS). Hierdoor neemt enerzijds de druk op de gezondheidszorg toe; ouderen consumeren meer zorg dan niet-ouderen. Anderzijds neemt de druk op de arbeidsmarkt in de zorgsector toe; relatief minder mensen moeten deze zorg leveren en daarnaast moeten de sociale voorzieningen door relatief minder mensen financieel in stand worden gehouden. Als er geen ingrijpende veranderingen plaatsvinden zal dit ertoe leiden dat ouderen minder op het zorgsysteem kunnen bouwen en meer aangewezen zijn op alternatieve vormen van zorg, zoals mantelzorg. Er zal dus een groter beroep worden gedaan op de mantelzorger. 71 % van de mantelzorgers tussen 18 en 65 jaar heeft een betaalde baan (SCP, 2010) dus voor deze groep geldt een gelijktijdig grotere druk vanuit de zorgvraag van ouderen als ook vanuit de arbeidsmarkt. Om mantelzorgers in staat te stellen om onder groter wordende druk goed te blijven functioneren, kunnen veerkrachtverhogende interventies een belangrijke rol spelen.

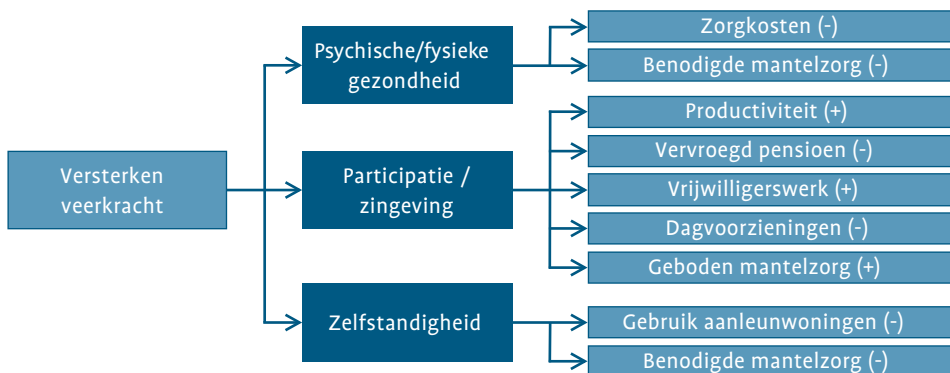
Vergrijzing kan dus een grote rol spelen in zowel de zorgvraag als het zorgaanbod. Een ontwikkeling die hier bovendien doorheen loopt, is het feit dat chronische aandoeningen op steeds jongere leeftijd ontstaan (Nationaal Kompas Volksgezondheid). Omdat nieuwe medische technologieën mortaliteit terugdringen, zijn mensen vervolgens wel langer afhankelijk van geneesmiddelen en periodieke controles (Van der Geest en Heust, 2008), wat de zorgvraag en de daarbij behorende druk op mantelzorg naar verwachting verder zal doen toenemen.

Belang mentaal kapitaal voor ouderen

Voorgaande paragraaf zet het belang van mentaal kapitaal voor ouderen en mantelzorgers uiteen vanuit het perspectief van de samenleving. De oudere en de mantelzorger zelf hebben daarnaast hun eigen belangen bij een goed ontwikkeld mentaal vermogen.

Voor ouderen speelt in eerste plaats het behoud van de gezondheid, zowel op fysiek als psychisch vlak. Daarnaast zijn participatie in de samenleving in de vorm van betaald of onbetaald werk en waardevolle sociale relaties van belang. Hiermee samenhangend speelt zingeving een rol in het mentaal kapitaal van ouderen. Figuur 3 geeft schematisch weer hoe versterking van mentaal kapitaal door versterking van veerkracht mogelijk doorwerkt op verschillende gebieden in het leven van ouderen. In Figuur 3 wijzen de min-tekens op een afname en de plus-tekens op een toename.

Figuur 3: de baten van mentaal kapitaal bij ouderen



Net zoals de rest van de beroepsbevolking, kampt het werkende deel van de ouderen met productiviteitsverliezen als gevolg van mentale ongezondheid. Dit verzuim vindt enerzijds plaats in de vorm van afwezigheid (absenteïsme), anderzijds in de vorm van verminderde productiviteit op het werk (presenteïsme). De Graaf ea (2011) laten zien dat leeftijd niet samenhangt met de mate van verzuim als gevolg van mentale ongezondheid. Op basis van cijfers van het CBS kan geconcludeerd worden dat 15% van de werkende beroepsbevolking 55 jaar of ouder is. Omdat de productiviteitskosten van de gehele werkende beroepsbevolking wordt geschat op 2,7 miljard en leeftijd niet samenhangt met de mate van productiviteitsverliezen, bedragen de productiviteitsverliezen van de werkende mensen van 55 jaar of ouder naar schatting 400 miljoen euro per jaar. Dit zijn de schattingen van verzuimkosten van ouderen die werken. De kosten rondom ouderen die niet langer kunnen werken en een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben is vele malen groter. De beroepsbevolking tussen 55-65 jaar ontvangt verreweg het grootste aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in Nederland: ruim 40% van de ruim 800.000 uitkeringen. In een rapport van het RIVM (Polder ea, 2002) wordt gesteld

dat in 32% van de gevallen een psychische stoornis de belangrijkste diagnose bij arbeidsongeschiktheid is. In totaal worden de kosten voor de maatschappij als gevolg van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid geschat op 30 miljard euro per jaar. Circa 3 miljard hiervan ontstaat in de groep ouderen tussen 55-65 jaar als gevolg van een psychische stoornis.

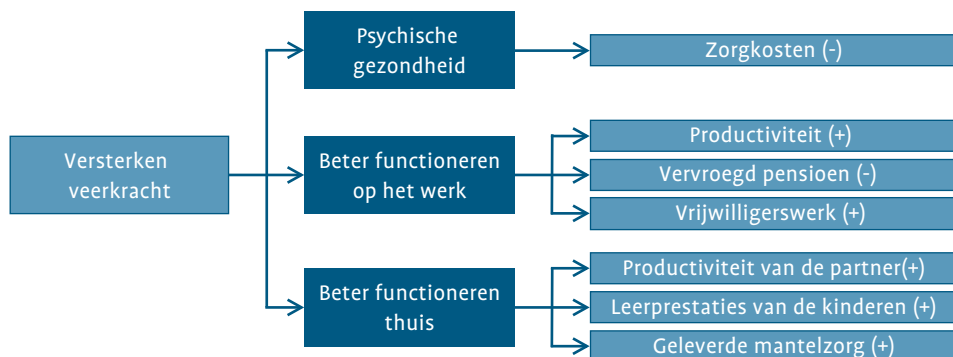
Ouderen maken daarnaast veel zorgkosten. De groep van 55 jaar en ouder, 28,6% van de bevolking, is goed voor 50% van de totale zorgkosten: 37,5 miljard euro per jaar. 18% van deze kosten, bijna 7 miljard euro, is gerelateerd aan een psychische stoornis (Bron: KostenVanZiekten.nl).

Gezien het aantal ouderen in Nederland, en de kosten op het gebied van gezondheid en arbeid die in deze groep ontstaan, kan het versterken van mentaal kapitaal bij ouderen de samenleving mogelijk veel opleveren in termen van ervaren gezondheid en voorkomen kosten.

Belang mentaal kapitaal voor mantelzorgers

Voor mantelzorgers is het belangrijk om goed om te kunnen gaan met de psychische, financiële en fysieke druk als gevolg van het verlenen van mantelzorg, alsmede de druk op de agenda als gevolg van extra uren die gepaard gaan met het verlenen van mantelzorg. Overbelasting is een veel gehoorde klacht die in 2008 bij 450.000 mantelzorgers voorkwam, een stijging van 50% ten opzichte van 2001 (SCP, 2010). Naast een verhoogde kans op overbelasting, lopen mantelzorgers een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie (Magliano, 2008). Onderstaande figuur geeft een overzicht van het belang van mentaal kapitaal voor mantelzorgers.

Figuur 4: de baten van mentaal kapitaal bij mantelzorgers



Mantelzorgers lopen een verhoogd risico op depressie; onderzoek aan de hand van NEMESIS data laat zien dat mantelzorgers vaker een psychische stoornis hebben dan mensen die geen mantelzorg verlenen. Mensen met een psychische stoornis maken

enerzijds meer zorgkosten, anderzijds is deze groep minder productief als gevolg van direct verzuim (absenteïsme) en verminderde productiviteit op het werk (presenteïsme).

Ook voor mantelzorgers geldt dat door de grootte van de groep en de extra verwachte kosten in de zorg en op het gebied van productiviteit, versterking van mentaal kapitaal mogelijk rendeert doordat het kwaliteit van leven doet toenemen en mogelijk zorgkosten en productiviteitsverlies vermindert. Maar vooral omdat het naar verwachting leidt tot minder uitval van mantelzorgers vanwege overbelasting en door de hogere kwaliteit van de mantelzorg die zij bieden.

Welke interventies bestaan er?

Het versterken van het mentaal kapitaal van ouderen en mantelzorgers kan bewerkstelligd worden door het verhogen van veerkracht.

We kijken eerst naar ouderen. Voor ouderen zijn verschillende typen interventies beschikbaar. Enkele voorbeelden zijn:

- Het wegnemen van vooroordelen over ouder worden.
- Het helpen formuleren van een nieuw levensdoel of missie voor de nieuwe levensfase, en het verruimen van de mogelijkheden om daar aan te werken, bijvoorbeeld in eigen bedrijven, binnen bestaande bedrijven of als vrijwilliger.
- Het (laten) ervaren van de voordelen om over meer tijd te beschikken en meer te kunnen genieten van reizen, kunst en andere plezierige zaken.
- Het bevorderen van een gezonde leefstijl waaronder dagelijkse beweging en een gezond voedingspatroon.
- Blijvend leren, cognitieve training, en zoeken naar cognitieve uitdagingen.

Grofweg vallen deze interventies uiteen in interventies rondom:

- Zingeving ("Op zoek naar zin", "De verhalen die we leven", "Op verhaal komen" (onder andere Bohlmeijer ea, 2005; 2007),
- Lichamelijke activiteit (Netz ea, 2005), en
- Versterking van de sociale participatie (Knapp ea, 2011).

In de context van het versterken van mentaal kapitaal zijn interventies rondom zingeving het meest relevant.

Een recente meta-analyse naar veerkrachtversterkende interventies bij ouderen (Trimbos, in voorbereiding), laat zien dat life-review interventies de meest consistent onderzochte en effectief bevonden interventies zijn.

Er is zeer weinig evidentie rondom de effectiviteit van interventies voor mantelzorgers. In Nederland bestaat er een breed aanbod ter ondersteuning van mantelzorgers, maar ook voor deze interventies geldt dat slechts enkelen zijn onderzocht op effectiviteit:

- Steunpunt mantelzorg
- De zorg de baas
- Preventieve ondersteuning mantelzorgers (POM)
- Modulenboek mantelzorgers GGZ
- Familievsn.nl
- Mijngelderseroos.nl
- Pakket interventie mantelzorg op maat
- Groeps cursus psychische problemen in de familie
- Psycho-educatie carrousel
- Marokkaanse mantelzorgers
- Dementie de baas
- Groepsfamiliebegeleiding
- Familiebeleid en familievertrouwenspersoon
- Familie als bondgenoot
- De triadekaart

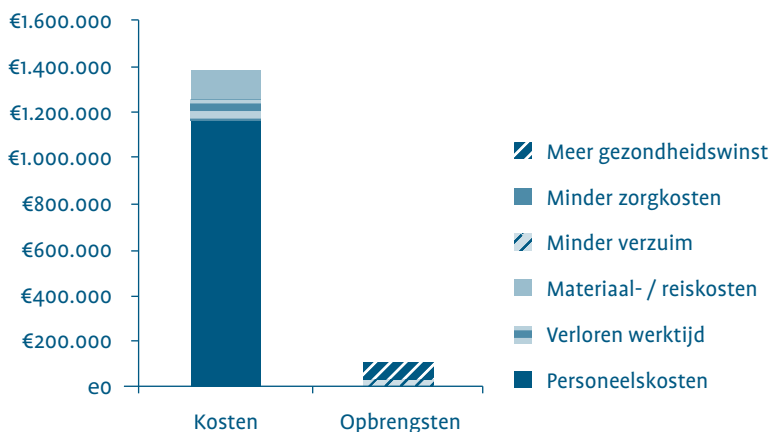
Het gebrek aan evidentie laat zien dat de status van het huidige onderzoek sterk uit de pas loopt met het belang van deze doelgroep voor de maatschappij.

Businesscase voor mentaal kapitaal in de gemeente

In deze paragraaf stellen we een business case op omtrent het aanbieden van een veerkracht versterkende interventie. Gezien de beschikbare evidentie baseren we de business case op de hypothetische uitrol van een life-review interventie voor ouderen. Ter illustratie kijken we hiervoor naar de interventie 'Op verhaal komen'.

De businesscase bekijkt de situatie in een gemeente *zonder* de interventie en *met* de interventie en kijkt vervolgens naar het *verschil* in kosten en opbrengsten. In de situatie *met* de interventie worden er bijvoorbeeld extra kosten gemaakt als gevolg van het aanbieden van de interventie met de daarbij behorende inzet van zorgprofessionals. Tegelijkertijd treedt er een gezondheidseffect op en worden er mogelijk zorgkosten en productiviteitsverliezen vermeden. Onderstaande figuur geeft een overzicht van de hypothetische situatie waarin 1.000 personen van 55+ de interventie 'Op verhaal komen' preventief aangeboden krijgen:

Figuur 5: kosten en opbrengsten van een universele life review interventie bij 1.000 ouderen



Kosten

‘Op verhaal komen’ is een groepscurcus bestaande uit 8 sessies en een terugkomsessie. Er zijn 2 hulpverleners die de cursus aanbieden. Om de kosten van deze interventie in kaart te brengen, is gekeken naar personeelskosten, kosten die ontstaan doordat deelnemers het volgen van de interventie deels tijdens werktijd doen, en overige materiaal- en reiskosten (de Korte, 2012). Personeelskosten vormt de grootste kostenpost bij een interventie als deze.

Opbrengsten

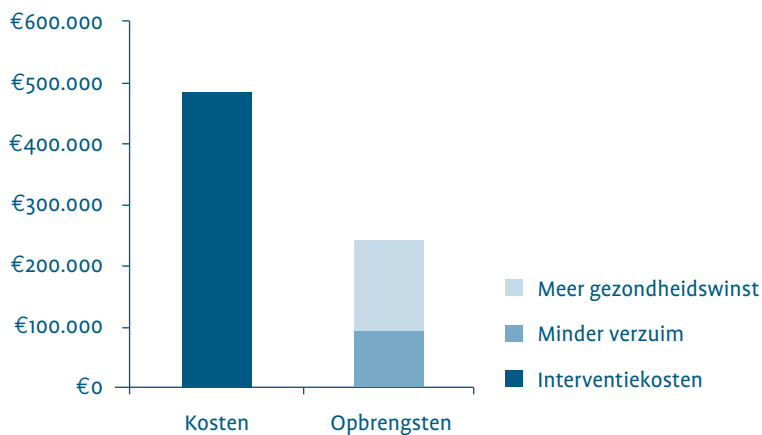
In tegenstelling tot de kosten zijn de opbrengsten niet op elke deelnemer van toepassing. In deze doorrekening zijn de opbrengsten slechts in kaart gebracht voor de deelnemers die naar verwachting depressieve klachten of een depressieve stoornis hebben. Voor deze deelnemers zijn de baten in drie categorieën opgedeeld; minder verzuimdagen, minder zorggebruik en een hogere kwaliteit van leven. De hoogte van de opbrengsten wordt bepaald door meer gezondheidswinst en daarnaast verminderd verzuim. Een vermindering van zorgkosten lijkt verwaarloosbaar.

Kosteneffectiviteit

De kosten en opbrengsten zijn met elkaar vergeleken met behulp van een zogenaamd steady-state model, waarbij de evenwichtssituatie *zonder* interventie wordt vergeleken met de evenwichtssituatie *met* interventie. Er wordt dus expliciet geen rekening gehouden met additionele ontwikkel- of uitrolkosten die nodig zijn om de interventie tot op het betreffende niveau te implementeren. De resultaten laten zien dat de opbrengsten van het uitrollen van een life-review-achtige interventie aan ouderen in Nederland niet opwegen tegen de kosten. In bijlage A worden de onderliggende aannamen besproken die gemaakt zijn om de kosteneffectiviteit in kaart te brengen.

De belangrijkste reden dat de kosten van de interventie hoger uitvallen dan de opbrengsten, is dat deze interventies zeer arbeidsintensief zijn. Dit maakt ze enerzijds duur, anderzijds is het gezien de verwachte demografische ontwikkeling niet waarschijnlijk dat arbeidsintensieve interventies in de toekomst grootschalig aangeboden kunnen worden. De business case rondom life-review interventies voor ouderen heeft de meeste kans om winstgevend en duurzaam te worden, wanneer deze in een minder arbeidsintensieve vorm wordt aangeboden. Op dit moment wordt er aan de Universiteit Twente onderzoek gedaan naar een zelfhulp variant van deze interventie die bovendien via het internet wordt aangeboden. Deze interventie legt daarmee een lagere druk op professionals in de zorg en is beter op te schalen. Eerste uitkomsten van een gecontroleerd experimenteel onderzoek laten zien dat de interventie in deze vorm nog steeds effectief is, zij het in mindere mate. De kosten van de interventie zijn een stuk lager, omdat er veel minder personeelsuren benodigd zijn. Uitgaande van een daling in personeelskosten, reiskosten, en verloren werktijd, alsmede een daling in effectiviteit, zien de kosten en opbrengsten er als volgt uit wanneer de interventie universeel wordt aangeboden, dus aan alle ouderen, ongeacht hun risico om depressief te worden:

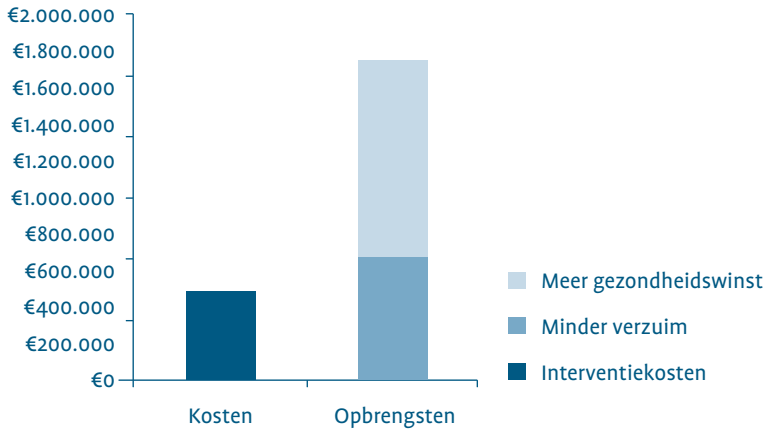
Figuur 6: kosten en opbrengsten van een universele online life review interventie bij 1.000 ouderen



Ook in deze vorm wegen de opbrengsten niet op tegen de kosten, al zijn de verschillen nu minder groot. Zie bijlage B voor de additionele aannamen.

In dit geval wegen de opbrengsten die ontstaan bij ouderen met depressieve gevoelens, niet op tegen de kosten die bij alle ouderen gemaakt worden. In dit stadium zijn de effecten dus niet groot genoeg om universele preventie of algemene gezondheidsbevordering in het kader van veerkrachtversterking te rechtvaardigen. Wel zien we dat de interventie bij een doelgroep van personen met subklinische depressie (minor depression) rendeert:

Figuur 7: kosten en opbrengsten van een online life review interventie bij 1.000 ouderen met depressieve gevoelens



Omdat de opbrengsten bij ouderen met depressieve gevoelens nu hoger zijn dan de kosten, zou meer gericht aanbieden van de interventie kostenbesparend kunnen zijn.

Samenvattend: de gezondheid-economische doorrekeningen laten zien dat er een negatieve business case ontstaat wanneer dit type interventie wordt aangeboden op een arbeidsintensieve manier (de face-to-face werkwijze) en er evenmin een gunstige return-on-investment ontstaat wanneer een minder arbeidsintensieve werkwijze wordt gevolgd (online zelfhulp) terwijl daarbij een universeel aanbod wordt gedaan. Pas wanneer de online zelfhulp variant van de interventie gericht wordt aangeboden aan mensen die al enkele depressieve klachten hebben (subklinische of lichte manifestaties van depressie) zien wij een positieve business case ontstaan. Wij merken hierbij op dat de makers van de online zelfhulp interventie (Prof. dr. Bohlmeijer en collega's) de interventie ook precies met dat doel ontworpen hebben. Onze berekeningen laten zien dat die keuzen vanuit gezondheid-economisch perspectief een gunstig rendement lijken op te leveren.

Discussie

In deze briefing paper keken we naar het belang van mentaal kapitaal voor ouderen en mantelzorgers. Het belang vanuit het perspectief van ouderen komt enerzijds door de grootte van deze groep, anderzijds door de relatief grote druk die deze groep op de maatschappij legt in termen van zorgbehoefte en zorgconsumptie. Ook mantelzorgers vormen een zeer grote groep. Daarnaast spelen zij een belangrijke rol in het voorzien in de zorgbehoefte van een grote groep mensen, die daardoor in mindere mate gebruik hoeven te maken van reguliere zorg. Het belang van mentaal kapitaal van deze doelgroepen wordt niet weerspiegeld in de status van het onderzoek naar evidentie rondom mentaal kapitaal versterkende interventies voor deze groepen. Voor mantelzorg is

evidentie zeer schaars, bij ouderen zijn met name de life-review interventies onderzocht. Deze interventies zijn in de huidige vorm nog te duur om grootschalige implementatie te rechtvaardigen. Een online life-review achtige interventie is naar verwachting kostenbesparend, wanneer deze gericht wordt aangeboden aan hoogrisicogroepen. De geanalyseerde interventies dienen uitsluitend als illustratieve cases; voor de keuze rondom te implementeren interventies raden we aan naar eigen inzicht de Interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven te raadplegen (www.loketgezondleven.nl/interventies/).

Referenties

- Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174: 307-311.
- Bohlmeijer E, Valenkamp M, Westerhof G ea (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, 9(4): 302-304.
- Bohlmeijer ET (2007). *De verhalen die we leven, narratieve psychologie als methode*. Boom, Amsterdam.
- Comijs HC, van Marwijk HW, van der Mast RC ea (2011). The Netherlands study of depression in older persons (NESDO). *BMC Research Notes*, 4: 524.
- De Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten have M (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2), Trimbos instituut, Utrecht.
- De Korte (2012). *The stories we live by: The adaptive role of reminiscence in later life*. Proefschrift, Universiteit Twente.
- Dijkstra M (2009). *Strategische verkenning 4. Mentaal vermogen ouderen*. Trimbos instituut, Utrecht.
- Foresight (2008). *Mental Capital and Wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century*.
- Knapp M, McDaid D, Parsonage M (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. Department of Health, London.
- Magliano L (2008). *Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources*. World Health Organization.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (website bekeken op 08-04-2013). *Gezonde levensverwachting*. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/gezonde-levensverwachting/>.
- Netz Y, WU MJ, Becker BJ ea (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychol Aging*, 20 (2): 272-284.

- Pot AM, Bohlmeijer ET, Onrust S ea (2010). The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 22(4): 572-81.
- Pomp M (2011). Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke baten van healthy ageing onderzoek. Een scenario-analyse tot 2050. Universitair Medische Centrum Groningen, Groningen.
- Polder JJ, Takken J, Meerdering WJ ea (2002). Kosten van Ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven.
- SCP (2010). Mantelzorg uit de doeken. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Van der Geest L, Heust L (2008). Van latere zorg? Financiering van de zorg op lange termijn. Nyfer, Breukelen.
- WHO (2003). Investing in Mental Health. World Health Organization, Geneve.
- Windle G, Hughes D, Linck P ea (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6): 652-669.
- Van der Zouwe N (2012). Mentale veerkracht en depressiepreventie. Korte versie van een overzicht van initiatieven in Zuid-Holland Noord (2006-2012). GGZ Midden-Holland.

Bijlage A

Onderliggende aannamen business case

Omdat de business case evidentie vanuit meerdere bronnen combineert, worden de aannamen hieronder expliciet vermeld:

Aanname	Gevolgen business case
Prevalentie van een beperkte depressie in de 55+ populatie is 10%. Depressieve stoornis komt in deze populatie bij 2% voor (Beekman ea, 1999)	Kosten van het universeel aanbieden van de interventie gelden voor alle deelnemers, terwijl de baten slechts bij 12% ontstaan.
Vermindering verzuim is lineair evenredig aan de verbetering in de Quality of Life.	Bij gebrek aan evidentie maken we deze aanname. Deze vereenvoudiging heeft geen eenduidig effect op de uitkomst van de business case.
Vermindering zorgkosten is lineair evenredig aan de verbetering in de Quality of Life	Bij gebrek aan evidentie maken we deze aanname. Deze vereenvoudiging heeft geen eenduidig effect op de uitkomst van de business case.
Een verbetering in gezondheidswinst wordt gewaardeerd tegen 20.000 euro per QALY.	Gezondheidswinst wordt variërend tussen 20.000 en 80.000 euro gewaardeerd. Door de ondergrens van 20.000 te kiezen, worden de gezondheidseffecten van de interventie mogelijk onderschat.
De tijd die deelnemers buiten het werk aan de interventie besteden, wordt niet expliciet meegerekend als kosten.	Dit verlies van tijd zit indirect verwerkt in een eventueel lagere kwaliteit van leven, en deze wordt als uitkomstmaat al meegenomen in de analyse.
Deelnemers besteden 10% van de interventie-tijd gedurende werktijd.	Deze additionele kostenpost maakt de interventie in termen van kosteneffectiviteit iets minder aantrekkelijk.

Bijlage B

Additionele aannamen business case

Voor de online interventie zijn enkele additionele aannamen gemaakt.

Aanname	Gevolgen business case
Deelnemers besteden geen tijd meer aan de interventie gedurende werktijd	Door het wegvallen van deze kostenpost valt de businesscase gunstiger uit.
Deze minder arbeidsintensieve vorm van aanbieden van de interventie leidt tot een effectvermindering.	Doordat de effecten dalen, valt de effectenkant van de businesscase minder gunstig uit.
Doordat de interventie in een lichtere variant wordt aangeboden, worden effecten van depressieve stoornissen niet langer meegenomen.	Doordat de effecten dalen, valt de effectenkant van de businesscase minder gunstig uit.

