



Depressiepreventie in publieke gezondheidszorg en sociaal domein

Het Trimbos-instituut inventariseerde wat er binnen de publieke gezondheidszorg en de sociale domein gebeurt op het gebied van depressiepreventie en het verbeteren van het mentale gezondheid. Deze factsheet beschrijft de opbrengsten van de inventarisatie en gaat in op mogelijke vervolgstappen. Er blijkt veel variatie te zijn in de activiteiten. Doel en doelgroep, gebruikte methode, bewezen effectiviteit, setting en uitvoerders verschillen. De belangrijkste conclusie is dat depressiepreventie baat heeft bij een integrale gemeentelijke aanpak. Dit gaat niet vanzelf; van belang is dat hier expliciet op wordt geïnvesteerd.

Bijna 1 op de 5 Nederlanders krijgt ooit in zijn of haar leven een depressie. Jaarlijks gaat het om ongeveer één op de 20 mensen.¹ Een depressie heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven van degene die eraan lijdt én voor zijn naasten. Ook de economische kosten zijn hoog: depressie is de grootste psychische oorzaak van verzuim op de werkvloer.² Depressie staat al jaren in de top tien van hoogste ziektelast en hoogste ziektekosten.^{3,4} Daarmee vormt depressie een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Effectieve preventie van depressie is mogelijk, en in veel gevallen ook kosteneffectief.⁵ Met het Meerjarenprogramma Depressiepreventie wil het veld samen met het ministerie van VWS tot een gerichte aanpak komen voor depressiepreventie.

Het Meerjarenprogramma kwam in 2017 tot stand en legt de focus op zes hoogrisicogroepen:

1. Jongeren (w.o. kinderen van ouders met psychische- en verslavingsproblemen);
2. Jonge vrouwen (w.o. pas bevallen vrouwen);
3. Werknemers (in stressvolle beroepen);
4. Huisartspatiënten met signalen van (beginnende) depressie;
5. Chronisch zieken;
6. (Overbelaste) mantelzorgers.

Het Trimbos-instituut kreeg opdracht om te inventariseren wat er binnen publieke gezondheidszorg en het sociale domein al gebeurt op het gebied van depressiepreventie en het verbeteren van de mentale gezondheid. Deze factsheet beschrijft de opbrengsten van deze inventarisatie en gaat in op mogelijke vervolgstappen.

Inventarisatie

Voor de inventarisatie werden drie methoden gebruikt (Kader 1). Op deze manier hoopten we zicht te krijgen op de *diversiteit* aan activiteiten en programma's binnen het domein van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein. De inventarisatie richtte zich specifiek op medewerkers van GGD'en en beleidsmedewerkers van gemeenten (volksgezondheid en sociaal domein). Deze inventarisatie geeft zicht op de eventuele lacunes in type activiteiten of aanpak. We pretenderen niet een volledig overzicht te geven en evenmin kunnen we aangeven in welke mate de gevonden activiteiten en programma's worden uitgevoerd of zijn gekoppeld aan beleidsplannen voor depressiepreventie en/of het bevorderen van mentale gezondheid.

Verskillende opbrengsten per methode

De inventarisatie met behulp van een breed uitgezette online vragenlijst leverde veel beschreven landelijk (erkende) interventies op zoals Happyles, de Gezonde school en goed beschreven programma's zoals Mental Health First Aid. Tevens werden trainingen genoemd zoals Snel beter in je vel, het digitale instrument van de Jeugdgezondheidszorg en de supportgroepen van de Depressie Vereniging. Naast landelijke activiteiten werden ook meer regionale initiatieven aangedragen, zoals het 'Programma Mentaal Gezond Noord-Veluwe', 'Preventieprogramma Rüya', en Zaansfit.

Met behulp van deskresearch vulden we de resultaten van de vragenlijst aan. We bezochten websites die een overzicht geven van preventieve interventies, zoals de databanken van de zeven landelijke instituten uit het Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies. Denk bijvoorbeeld aan de Databank Effectieve Jeugdinterventies of het Loket Gezond Leven van het RIVM. Ook de jeugdpreventiewijzer Amsterdam en de website van het regionaal trainingscentrum 's-Hertogenbosch hebben we gebruikt. Aanvullend zochten we via

Drie methoden voor de inventarisatie namelijk:

- I. Verkenning via een online vragenlijst, uitgezet via verschillende kanalen
 - a. 39 Respondenten: GGD'en, verschillende uitvoerende GGZ-instellingen en een gemeente
 - b. Na exclusiecriteria 55 activiteiten
- II. Deskresearch
 - a. CGL-databank
 - b. Jeugdpreventiewijzer Amsterdam
 - c. Regionaal trainingscentrum
 - d. Beleidsnota's 16 gemeenten (in databank goede voorbeelden VNG; op suggestie; landelijke spreiding, van groot tot klein)
 - e. Overig (op basis van wat onder onze aandacht werd gebracht)
- III. Regionale bijeenkomsten met GGD-en
 - a. GGD West-Brabant (jeugd en jongvolwassenen 0 tot 25 jaar)
 - b. GGD Zeeland (alle leeftijden)
 - c. GGD Hollands Midden (jeugd en jongeren van 0 tot 25)



internet meer specifiek naar preventie-activiteiten voor hoogrisicogroepen en typen activiteiten waarvoor we nog weinig resultaten hadden. Op die manier hebben we preventie-activiteiten gevonden zoals MamaKits, Psyfit, en het Depressiegala.

Daarnaast bestudeerden we zestien gemeentelijke beleidsnota's met betrekking tot publieke gezondheid en/of sociaal domein.^a De insteek en de terminologie rondom (de bevordering van) mentale gezondheid wisselt per gemeente evenals de mate waarin er een concrete aanpak is geformuleerd. In de beleidsplannen wordt gesproken van depressiepreventie, het tegengaan van eenzaamheid en/of het bevorderen van mentale gezondheid of psychisch welbevinden. Bij één gemeente wordt alleen genoemd dat hun gemeente ten opzichte van de regio hoger risico heeft op psychische ongezondheid, angststoornis of depressie. Bij een ander wordt genoemd welke activiteiten met welke doelen en welke partijen moeten worden georganiseerd en hoe de financiering eruit ziet.^b

Het organiseren van een regionale bijeenkomst in samenwerking met een aantal GGD'en was een derde methode om beleid en activiteiten te inventariseren, maar dan nu de diepte in. Voor de bijeenkomsten in de drie GGD-regio's was het animo groot, alle bijeenkomsten werden bezocht door het maximale aantal deelnemers (variërend van 30 tot 40 personen). De aanwezigheid van medewerkers van organisaties uit zowel de publieke gezondheidszorg als het sociaal domein leidde ertoe dat de opbrengst veel breder was dan vanuit de deskresearch en de vragenlijst. Opvallend was dat verschillende organisaties en professionals elkaar nu voor het eerst tegenkwamen. Naast GGD- en JGZ-medewerkers, namen deel: medewerkers van scholen, sociale (wijk)teams, POH's-GGZ, welzijnsorganisaties, informele zorg, ouderenwerkers, thuiszorg, curatieve zorg, verslavingszorg, en GGZ-instellingen. Deze bijeenkomsten leverden in tegenstelling tot de vorige methode een rijker beeld op aan activiteiten in het sociaal domein, maar ook vanuit andere domeinen zoals sport en kerk, en activiteiten vanuit (eerstelijns)zorg. Ook eigen, regionale aanpakken van de GGD en samenwerkingspartners werden genoemd.

De drie gebruikte methoden, hoewel zeker niet volledig, geven ons wel een beeld van wat er binnen publieke gezondheidszorg en het sociale domein al gebeurt op het gebied van depressiepreventie en het verbeteren van de mentale gezondheid. Hieronder vatten wij op hoofdlijnen onze indrukken en bevindingen samen.



GGD Hollands Midden

GGD Hollands Midden heeft samen met het Da Vinci College Lammenschans in Leiden de soap serie 'BOOKA' geschreven vóór en dóór jongeren. Een van de afleveringen gaat over depressie. De komende tijd wordt er lesmateriaal ontwikkeld om aan de hand van de soap de thema's in de klas te kunnen bespreken.

Bekijk hier de aflevering over depressie:
<https://www.youtube.com/watch?v=9rHLYOy6Wzk>

^a De beleidsnota's betroffen de volgende gemeenten: Friese Waddeneilanden, Opheusden, Roerdalen, Utrecht, Amersfoort, de Brabantse Wal gemeenten, Brummen, Emmen, De Bilt, Opsterland, Nijmegen, Noord Veluwe, regio Kennemerland, Rotterdam, Walcheren, Zaltbommel en Zeist.

^b Genoemde activiteiten in beleidsnota's hoeven niet per definitie te betekenen dat ze op dit moment uitgevoerd worden.



Naast erkende interventies ook veel andere preventieactiviteiten

De opbrengsten van vooral de regionale bijeenkomsten laten zien dat veel professionals met interventies en activiteiten werken die niet zijn beoordeeld binnen het erkenningensysteem of zijn opgenomen in de landelijke databanken. Niet altijd is duidelijk in hoeverre de genoemde activiteiten specifiek gericht zijn op depressiepreventie en/of mentale gezondheidsbevordering. Overigens betekent dit niet dat de genoemde activiteiten niet effectief zijn; de effectiviteit is (ons) niet bekend.

Veel preventieactiviteiten gericht op jeugd

Veel activiteiten, interventies en beleid voor depressiepreventie en mentale gezondheid zijn gericht op jeugd en jongvolwassenen. Dit wordt duidelijk vanuit alle drie de methoden waarmee wij de inventarisatie uitvoerden. Deze doelgroep van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie krijgt in het domein van publieke gezondheid en het sociaal domein bij uitstek veel aandacht, meer dan de andere hoogrisicogroepen. Door de Jeugdwet zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor preventie, zorg en ondersteuning ten behoeve van een gezonde psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen. Door meer aandacht voor de psychische gevolgen van stress en prestatiedruk

bij jongeren,^{3,6} in combinatie met een toename van de hulpvraag in de zorg voor jeugd^{7,8} lijkt het logisch dat er een toenemende belangstelling is voor mentale gezondheidsbevordering bij jeugdigen en jongvolwassenen. Veel van de activiteiten en interventies voor jeugd en jongeren vinden plaats op school, in de wijk of bij het gezin. Tot deze activiteiten behoren bijvoorbeeld HappyPles, groepsinterventies voor kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen, Rots en water trainingen, M@ZL, Meidengroep, Gezonde School, en jouwGGD.nl. Hiernaast zijn er nog meer verschillende regionale initiatieven.

Weinig variatie in activiteiten voor andere hoogrisicogroepen

Vergeleken met de hoogrisicogroep Jongeren, is er weinig variatie in de activiteiten gericht op de andere hoogrisicogroepen. We kwamen voor de doelgroep Jonge vrouwen in totaal bijvoorbeeld slechts vier activiteiten of interventies tegen voor preventie van postpartum depressie, namelijk Centering Pregnancy, MamaKits, Kansrijke start, en het Mama café. Zwangere vrouwen worden in relatie tot algemene gezondheid benoemd in vier van de zestien beleidsnota's. De hoogrisicogroep (overbelaste) mantelzorgers stond in de helft van de onderzochte beleidsnota's. Slechts enkele interventies of aanpakken voor deze doelgroep, zoals Mantelzorg de BAAS werden genoemd in de verkenning. Chronisch zieken en Huisartspatiënten krijgen aandacht in zeven van de zestien beleidsnota's. Activiteiten die voor deze doelgroepen worden genoemd zijn bijvoorbeeld Welzijn op Recept, gesprekken bij de POH-GGZ en Doen bij Depressie. Overigens is voor een aantal hoogrisicogroepen, zoals chronisch zieken, werkenden of zwangere vrouwen, te verwachten dat er vooral vanuit andere domeinen (zorg en werk) activiteiten voor depressiepreventie en mentale gezondheidsbevordering worden ondernomen.

Gemeente Rotterdam

Gemeente Rotterdam heeft in haar Nota 'Publieke Gezondheid 2016-2020' aangegeven welke projecten door worden gezet en wat er wordt opgezet om te zorgen dat de doelen die ze hebben gesteld worden behaald. Deze projecten zijn onder andere Grip & Glans, het trainen van professionals op het signaleren van depressie, verbeterde doorverwijzing en effectieve interventies inzetten voor jeugd. Bron: "Rotterdam Vitale Stad" - Nota Publieke Gezondheid 2016-2020

Activiteiten richten zich ook op niet-hoogrisicogroepen

Uit de vragenlijst, deskresearch en één van de bijeenkomsten kwamen regelmatig activiteiten naar voren die gericht zijn op ouderen zoals Wonen in je 1-tje, Op zoek naar zin, en Op verhaal komen. Deze activiteiten voor ouderen worden meestal onder de noemer eenzaamheid geschaard. Dit thema is bij acht gemeenten een speerpunt in de nota's. Daarnaast kwamen we in beperkte mate activiteiten tegen voor mensen met een migratie achtergrond. Voorbeelden hiervan zijn Liever Bewegen dan Moe en Lichte dagen, Donkere dagen. De doelgroep mensen met een migratie achtergrond is niet benoemd als hoogrisicogroep in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie.

Veel variatie in de concrete uitwerking van beleidsplannen

Mentale gezondheid is in vrijwel elke van de zestien gemeentelijke beleidsnota's een thema, maar wat dit betekent voor de praktijk verschilt. De ene gemeente heeft een uitgebreid plan van aanpak per doelgroep, de andere noemt alleen dat mentale gezondheid belangrijk is. De beleidsnota's met een plan van aanpak, noemen vooral de GGD als partij voor de ontwikkeling van een aanpak voor depressiepreventie en bevordering van mentaal welbevinden/psychische gezondheid.

Welzijnswerk draagt bij door bevorderen participatie

In de regionale bijeenkomst van Zeeland wist het welzijnswerk veel activiteiten te benoemen die volgens hen bijdragen aan depressiepreventie en mentale gezondheidsbevordering. Deze activiteiten richten zich, naast individuele ondersteuning, vooral op het bevorderen van sociale netwerken en contacten voor kwetsbare doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is het organiseren van lotgenotencontact (bijvoorbeeld Alzheimercafé). Daarnaast biedt het welzijnswerk ook trainingen aan, zoals sociale vaardigheden- en weerbaarheidstraining. Dit gebeurt vooral vanuit de visie dat een inclusieve samenleving waarin iedereen mee kan doen belangrijk is.

De preventiematrix biedt goede basis voor versterken samenwerking

Deelnemers aan de regionale bijeenkomsten en de GGD'en ervaarden het als zeer zinvol om met behulp van een aangepaste preventiematrix.^c (Figuur 1) kennis te delen en lacunes en kansen te inventariseren in de regio.

De preventiematrix biedt zo een goede basis om de samenwerking in de regio op te zetten en te verbeteren. De professionals in de regio hebben elkaar (beter) leren kennen en zijn beter op de hoogte van activiteiten van anderen. In alle drie de bijeenkomsten werd geconstateerd dat – ondanks een rijke opbrengst – de samenhang in activiteiten volledig ontbrak. Voor sommige preventieniveaus en settings waren er veel initiatieven, maar waren betrokkenen niet (altijd) van elkaars activiteiten op de hoogte. Voor andere preventieniveaus en settings waren er amper activiteiten. De GGD'en geven hierbij aan de bijeenkomst en de ingevulde preventiematrix te willen benutten als een eerste aanzet om tot een integrale regionale aanpak te komen. Op verschillende wijzen zullen zij hier een vervolg aan geven.



Voorbeeld van een preventiematrix

Welzijn op Recept

Welzijn op Recept is een aanpak waarbij de huisarts mensen met psychosociale problemen verwijst (het recept) naar een welzijnscoach of naar activiteiten op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur. Daarmee krijgen zij ondersteuning bij het versterken van hun gezondheid en welzijn. Met deze aanpak zijn op dit moment 66 gemeenten aan de slag.

Bron: Welzijn op recept – Landelijk kennisnetwerk

^c De Preventiematrix is ontwikkeld door de landelijke werkgroep Preventie en Vroegsignalering, die op verzoek van VWS en VNG is opgericht om preventie concreet te maken. Naast verschillende kennisinstituten zijn enkele gemeenten lid van de werkgroep. Voor meer info zie <https://www.ncj.nl/preventiematrixen/>.

Preventiematrix: mentaal welbevinden jeugd

3 Preventieniveaus					
Gewenste situatie	Setting				Probleem
		IN BALANS Alle jeugdigen	WANKEL EVENWICHT Groepen jeugdigen met verhoogd risico	KLACHTEN Individuele jeugdigen met verhoogd risico of klachten	
Mentaal welbevinden psychologisch, emotioneel, sociaal	Gezin				Depressie angst, eenzaam, stress, burn-out
	School of werk				
	Wijk				
	Zorg				
	Gemeente				

Figuur 1: De aangepaste preventiematrix welke werd gebruikt bij de regionale bijeenkomsten om te inventariseren wat er in de regio voor preventie-activiteiten werden uitgevoerd op het gebied van depressiepreventie in publieke gezondheidszorg en sociaal domein.

Versterken depressiepreventie vraagt integrale aanpak mentale gezondheid

De inventarisatie laat zien dat er binnen de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein een divers palet bestaat van activiteiten voor depressiepreventie en bevordering van mentale gezondheid. Voor de ene doelgroep lijkt er meer variatie in preventieve activiteiten en interventies te zijn dan voor de andere. Hiermee is niet gezegd dat de betreffende doelgroep ook daadwerkelijk meer aandacht krijgt. Op basis van deze inventarisatie kunnen we geen oordeel vellen over de mate waarin de activiteiten worden uitgevoerd en wie ermee worden bereikt. De regionale bijeenkomsten maken daarbij vooral duidelijk dat er veel gebeurt, maar dat er tevens sprake is van een grote versnippering van preventieve activiteiten. Voor het versterken van depressiepreventie betekent dit vooral dat ingezet zou moeten worden op een integrale lokale en/of regionale aanpak voor het bevorderen van mentale gezondheid en het voorkomen van depressies. Deze zou zich kunnen richten op het doelgericht verbeteren van de samenhang tussen de huidige activiteiten: in het domein van de publieke gezondheid en in het sociale domein, én in de verschillende settings, op verschillende preventieniveaus en voor verschillende doelgroepen. Daarnaast zou een integrale aanpak zich kunnen richten op het bevorderen van de effectiviteit van

de activiteiten door (meer) erkende interventies in te zetten en, waar dat nodig is, de effectiviteit van de huidige activiteiten (beter) te onderbouwen met onderzoek.

Conclusie

In de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein vinden er in Nederland verschillende activiteiten plaats die zijn gericht op depressiepreventie en/of mentale gezondheid. Er is veel aandacht voor het thema zowel in de praktijk als het gemeentelijk beleid. Tegelijkertijd is er veel variatie in de activiteiten als het gaat om doel en doelgroep, gebruikte methode, bewezen effectiviteit, setting en uitvoerders. En hoewel dat positief is, ontbreken er voor sommige doelgroepen en in bepaalde settings activiteiten en lijkt er weinig samenhang te zijn tussen de verschillende activiteiten. Daar waar het gaat om interventies kunnen erkende interventies meer ingezet worden, en kan gewerkt worden aan het verhogen van het erkenningsniveau van gebruikte interventies. Een integrale aanpak op gemeentelijk niveau is essentieel om verder te komen en daadwerkelijk effect te sorteren met depressiepreventie en het bevorderen van mentale gezondheid. Dit gaat niet vanzelf; van belang is dat hier expliciet op wordt geïnvesteerd, bijvoorbeeld door het aanstellen van een lokale of regionale kwartiermaker.



Bronnen

- 1 De Graaf, R., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., & Ten Have, M. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 2 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
- 3 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Volksgezondheid Toekomst verkenning 2018. Bilthoven, RIVM
- 4 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2017). Kosten van Ziektestudie. Bilthoven, RIVM
- 5 Smit, F., Vlasveld, M., Beekman, A., Cuijpers, P., Schoevers, R., Rutter, M., & Boon, B. (2013). Depressiepreventie. Stand van zaken, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 6 Schoemaker, C., Kleinjan, M., Van der Borg, M., Busch, M., Muntinga, M., Nuijen, J. & Dedding, C. (2019) Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen. RIVM, Trimbos-instituut en Amsterdam UMC.
- 7 Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018). Jeugdhulp 2018. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 8 Batterink, M., Geurts, B., Reitsma, J., & Tazelaar, P. (2019). Analyse volume jeugdhulp. Eindrapportage. Barneveld: Significant.



Tips tot slot

Tijdens de regionale bijeenkomsten en uit de beleidsnota's blijkt hoe belangrijk de agenderende rol van de GGD is voor het op de kaart zetten van mentale gezondheidsbevordering en depressiepreventie. Hieronder volgen enkele tips, mede op basis van deze verkenning.

- **Regionale themabijeenkomsten** blijken een agenderende en verbindende werking te hebben over verschillende domeinen heen. De preventiematrix bleek een uitstekende methode voor GGD'en om samen met gemeenten en regionale partners in kaart te brengen wat er aan depressiepreventie en mentale gezondheidsbevordering gebeurt in de regio. Dit overzicht kan worden benut voor het aanbrengen van samenhang en het signaleren van lacunes. Opbrengst van deze bijeenkomst kan bovendien een 'netwerk depressiepreventie en mentale gezondheid' zijn. Op deze manier blijven de partners met elkaar om tafel zitten en worden de lijntjes korter. Dit kan bijdragen aan betere samenwerking, draagvlak, en goede afspraken over regio.
- Het is belangrijk om na te denken over **taalgebruik en focus**, vooral wanneer het sociaal domein wordt betrokken. De vraag is of depressiepreventie de term is die de professionals en beleidsmakers aanspreekt. Positiever geformuleerd is het bevorderen mentale gezondheid, welbevinden of veerkracht. Voor de preventie van depressie kan het helpen om aan te sluiten bij waar de energie en/of urgentie zit. Dat kan bijvoorbeeld ook zijn op positieve gezondheid, stress, armoedebestrijding en/of eenzaamheid. Dit hangt af van waar de gemeente of andere organisaties zich op inzetten en waar op kan worden aangehaakt, maar ook van de termen die andere professionals aanspreken.
- In het kader van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie worden sluitende ketenaanpakken ontwikkeld voor hoogrisiciogroepen. De opbrengsten kunnen worden benut om integrale samenwerking op lokaal niveau verder vorm te geven. Een eerste product voor de doelgroep jongeren is '**Rondom Jong**'. Dit is een wegwijzer om depressiepreventie rondom een jongere te organiseren vanuit de 'patient journey'. Een startpunt is bij uitstek de school als een belangrijke leefomgeving van de jongeren.
- In de **Handreiking Gezonde Gemeente**, themadeel depressie, van Loket Gezond Leven is veel informatie te vinden om effectief te werken aan (een integrale aanpak van) depressiepreventie. Zo staan hier de argumenten op een rij die GGD'en in hun overleg met gemeenten kunnen gebruiken om het belang van depressiepreventie aan te kaarten. De handreiking geeft informatie over hoe een integrale aanpak er uit kan zien, en (een overzicht van) erkende interventies. Daarnaast staat er informatie over goede voorbeelden van gemeenten en over financiering, feiten en cijfers.

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00
www.trimbos.nl
info@trimbos.nl

*Deze factsheet is gemaakt met
financiële steun van het ministerie
van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport (VWS).*

M.m.v.
GGD GHOR Nederland
Centrum Gezond Leven RIVM

Auteurs
Tessa van Doesum
Els Bransen
Marja van Bon-Martens

Projectleiding
Marja van Bon-Martens

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
Gettyimages.nl

Bestelinformatie
*Deze factsheet AF1702 is gratis te
downloaden via www.trimbos.nl.*

Vragen?
*Heeft u vragen naar aanleiding van deze
publicatie?*
Stel uw vraag via tdoesum@trimbos.nl.

©2019 Trimbos-instituut, Utrecht