

# VISIE OP LOKALE DEPRESSIEPREVENTIE

Naar een integrale visie op preventie en  
gezondheidsbevordering, leefstijl en psychisch  
welbevinden

Discussienotitie

versie 1.0

# Visie op lokale depressiepreventie

Naar een integrale visie  
op preventie en gezondheidsbevordering, leefstijl  
en psychisch welbevinden

Discussienotitie  
versie 1.0



## Colofon

### *Partnership Depressiepreventie (PDP)*

Het Partnership Depressiepreventie is een initiatief van het ministerie van VWS. Het bundelt de krachten van een groot aantal partnerorganisaties met als doel de preventie van depressie landelijk en lokaal te verstevigen. Er zijn drie gebieden voor de activiteiten: lokaal beleid, instrumenten voor professionals en voorlichting en bewustwording.

Het Partnership Depressiepreventie wordt gefinancierd door VWS. Het Trimbos-instituut coördineert alle activiteiten.

### *Projectleiding PDP*

Trimbos-instituut: Martijn Bool

### *Projectleider deelproject Lokaal beleid*

GGD Nederland: Chantal Walg (2010), Gerda Jans (2009), Arjan Biemans (2008)

### *Auteur*

Ineke Voordouw

### *Partners PDP*

Actiz ([www.actiz.nl](http://www.actiz.nl))

Fonds Psychische Gezondheid ([www.fondspsychischegezondheid.nl](http://www.fondspsychischegezondheid.nl))

GGD Nederland ([www.ggdnederland.nl](http://www.ggdnederland.nl)),

GGZ Nederland ([www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl))

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) ([www.lvg.org](http://www.lvg.org))

Landelijke huisartsenvereniging (LHV) ([www.lhv.nl](http://www.lhv.nl))

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ([www.nhg.org](http://www.nhg.org))

Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) ([www.mogroep.nl](http://www.mogroep.nl))

Nederlandse Patiënten en Consumenten Platform (NPCF) ([www.npcf.nl](http://www.npcf.nl))

Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) ([www.vng-login.nl](http://www.vng-login.nl))

Trimbos-instituut ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl))

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ([www.zn.nl](http://www.zn.nl)).

### *Samenwerkende organisatie*

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) ([www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl))

### *Waarnemers*

Inspectie Volksgezondheid, RIVM ZonMw, Ministerie van VWS

### *Omslagontwerp*

Studio aan de werf

### *Eindredactie en opmaak binnenwerk*

Gerdie Kienhorst, TextAbility

© 2010 Partnership Depressiepreventie, voor deze Trimbos-instituut, Utrecht

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

Producten van het Partnership Depressiepreventie mogen worden gebruikt met bronvermelding.

Deze uitgave is gratis te downloaden via [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl), [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) en de partnerorganisaties.

## Samenvatting

Het Partnership Depressiepreventie faciliteert de inbouw van depressiepreventie in het lokaal gezondheidsbeleid. In dit kader is deze notitie tot stand gekomen op basis van input van deskundigen en organisaties in het veld. Doel is om de discussie over plaats en rol van depressiepreventie in het lokale gezondheidsbeleid breder te trekken naar de lokale bevordering van psychisch welbevinden en een gezonde leefstijl en te pleiten voor een visie op (depressie)preventie die een natuurlijke verbinding met lokaal beleid op andere terreinen nastreeft, zoals het WMO-beleid.

De notitie beschrijft knelpunten in het lokale beleid: te weinig samenhang tussen de speerpunten voor preventie en tussen depressiepreventie en het dagelijkse doen en laten van mensen in hun omgeving. Goede operationalisering van beleid is lastig, ook omdat er versmalling dreigt naar het gebied van de geïndiceerde preventie, waar 'bewezen effectieve' interventies ingezet kunnen worden.

Deze notitie pleit voor een bredere invulling van depressiepreventie. De visie is gebaseerd op een door de positieve psychologie gesteunde integrale bevordering van psychisch welbevinden, die in de uitvoering aansluit bij het model van Berry (2001). In dit model zijn de bevordering van geestelijke gezondheid, ziektepreventie en (langetermijn)behandeling in een doorlopend spectrum verbonden.

## Inhoud

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Inleiding</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1 Depressiepreventie of geestelijke gezondheid bevorderen?</b>       | <b>6</b>  |
| <b>2 Lokale stand van zaken depressiepreventie</b>                      | <b>7</b>  |
| 2.1 Beleid  | 7         |
| 2.2 Operationalisering struikelblok                                     | 7         |
| 2.3 Te beperkte benadering en invulling                                 | 8         |
| <b>3 Alternatief: psychisch welbevinden bevorderen</b>                  | <b>9</b>  |
| <b>4 Naar een integrale visie op leefstijl en psychisch welbevinden</b> | <b>10</b> |
| 4.1 Hoezo integraal?  | 10        |
| 4.2 Model interventiespectrum voor geestelijke gezondheid               | 10        |
| <b>5 Conclusie</b>  | <b>12</b> |
| <b>Literatuur</b>   | <b>12</b> |



## Inleiding

Het Partnership Depressiepreventie (PDP) schenkt in zijn werkplan voor de periode 2008-2010 aandacht aan het bevorderen van depressiepreventie in het lokaal gezondheidsbeleid. Eén van de activiteiten die het Partnership in dat kader ontplooit is het ontwikkelen van een integrale visie op leefstijl en psychisch welbevinden.

Deze notitie is een aanzet om te komen tot een dergelijke visie. Ze is gebaseerd op ruim tien jaar ervaring met het thema depressiepreventie en grondige kennis van de literatuur. Deskundigen droegen bij aan conceptversies. Deze zijn tijdens een brainstormbijeenkomst en regiobijeenkomsten getoetst en naar aanleiding van de ontvangen feedback bijgesteld.

De notitie beschrijft de situatie waarin het lokaal beleid rondom (depressie)preventie zich momenteel bevindt en de knelpunten die we daarin signaleren. Aansluitend wordt een aangepast model en daarmee een visie op (geestelijke) gezondheidsbevordering en preventie gepresenteerd. Doel is om de discussie over plaats en rol van depressiepreventie in het lokale gezondheidsbeleid in het bredere kader van de bevordering van psychisch welbevinden en een gezonde leefstijl te plaatsen.

## 1 Depressiepreventie of geestelijke gezondheid bevorderen?

Gezondheidsproblemen komen vaak in combinaties voor. Uit onderzoek komt duidelijk naar voren dat de lagere sociaaleconomische groepen meer gezondheidsproblemen hebben dan gemiddeld. Wanneer we willen uitgaan van de 'vraag' van de doelgroep, kunnen we niet op voorhand de middelen en de aandacht concentreren op één specifiek gezondheidsaspect. De ervaring met depressiepreventie leert dat mensen over het algemeen pas in beweging komen om iets aan hun psychische klachten te doen, als zij lijdensdruk ervaren of belemmerd worden in hun dagelijks functioneren.

Uit onderzoek blijkt dat veel mensen onnodig lang met depressieve klachten blijven rondlopen zonder hier (zelf)hulp voor te zoeken. Als er daarnaast sprake is van andere gezondheidsproblematiek, zoals chronische ziekten, is het wenselijk dat bij de behandeling van de somatische problematiek ook actief aandacht wordt geschonken aan de geestelijke gezondheid. Daarmee wordt een risicogroep actief aangesproken en bevinden we ons in het gebied tussen selectieve en geïndiceerde preventie (zie figuur 1).

Aan de andere kant van het spectrum ligt de vraag wat iemand nodig heeft om gezond te leven en zijn of haar mentale vitaliteit te voeden? Een gezonde leefstijl en het bevorderen van psychisch welbevinden vragen om *kennis*, een *positieve houding* en de nodige *vaardigheden* om zich gezond te gedragen of ongezond gedrag te veranderen. Dezelfde strategieën (kunnen) worden ingezet voor alle preventiethema's, want uiteindelijk gaat het bij alle thema's om gezond(er) gedrag.

## 2 Lokale stand van zaken depressiepreventie

### 2.1 Beleid

De meeste gemeenten beschrijven in de huidige situatie de landelijke speerpunten voor preventie - roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie en diabetes – meestal naast elkaar in hun lokaal gezondheidsbeleid en werken ze vervolgens naast elkaar uit in concrete activiteiten. De preventie van gezondheidsproblemen wordt vooral gezien als het domein van zorg en welzijn.

Zo zijn er allerlei activiteiten die tot doel hebben de beoogde doelgroepen te bewegen tot ander, gezonder gedrag of wordt geprobeerd gedrag middels wet- en regelgeving te reguleren. Verbinding van de thema's aan het dagelijkse beleven en doen van mensen ontbreekt doorgaans. Uit onderzoek blijkt echter dat de omgeving waarin mensen wonen, naar school gaan, werken, kortom leven, een aanzienlijke impact heeft op de gezondheid en op hoe mensen hun gezondheid beleven. Deze omgeving zou dus ook of nog meer bij preventie betrokken moeten worden.

### 2.2 Operationalisering struikelblok

Depressiepreventie is voor gemeenten nog lastig te operationaliseren. De bestaande praktijk van depressiepreventie is ontwikkeld vanuit de (gespecialiseerde) GGZ. De afgelopen tien jaar hebben het Trimbos-instituut, GGZ-preventieafdelingen, universiteiten en RIVM onder meer gewerkt aan een onderbouwing van depressiepreventie. Uitgangspunt bij deze aanpak is het interventiespectrum van Mrazek & Haggerty (1994), waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen universele, selectieve en geïndiceerde preventie, doorlopend in behandeling en langetermijninterventies (beschreven in Ruiters e.a., 2005) (zie figuur 1).

De hoge prevalentie en incidentie van depressie, de daarmee gepaard gaande kosten heeft er samen met de beschikbaarheid van (kosten)effectieve preventieve interventies voor mensen met een subklinische depressie, toe geleid dat depressiepreventie als speerpunt werd aangemerkt in de nationale preventienota van VWS uit 2006. Daarmee werd depressiepreventie ook een speerpunt voor het lokale gezondheidsbeleid.

Hoewel de meeste gemeenten inmiddels depressiepreventie in hun tweede nota lokaal gezondheidsbeleid hebben opgenomen – een positieve ontwikkeling, blijkt de vertaling van het geformuleerde beleid naar een concreet werkplan niet eenvoudig. Depressiepreventie bestaat lokaal nog steeds voornamelijk uit een cursusaanbod voor mensen met depressieve klachten. Bij preventie gaat het ook om het bereiken van risico- of kwetsbare groepen. Vanuit een ander belangrijk gemeentelijke beleidskader (WMO, wet maatschappelijke ondersteuning) past ook aandacht voor kwetsbare doelgroepen die nog geen klachten hebben.

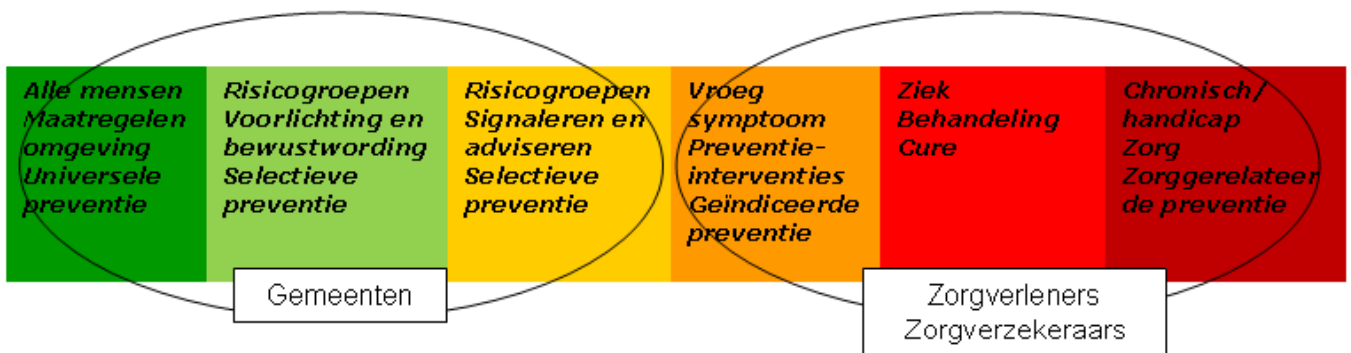


### 2.3 Te beperkte benadering en invulling

Depressiepreventie wordt nu vooral ingevuld als het voorkomen van (verergering van) ziekte. In de toenemende vraag naar ‘bewezen effectieve’ interventies, ligt het risico om depressiepreventie te veel te beperken tot geïndiceerde preventie, de vorm waarbij effecten op (al bestaande) depressieve klachten aantoonbaar is. Deze benadering belemmert gemeenten om een breder preventiebeleid te formuleren en te operationaliseren, want de focus ligt dan bij mensen die al depressieve klachten hebben. Tegelijkertijd lijkt deze beperkte uitwerking van depressiepreventie gemeenten ook te stimuleren tot vooral voor hen nieuwe en andere activiteiten, zoals voorlichting over depressie en deskundigheidsbevordering. De verbinding met wat er verder binnen het gemeentelijk beleid gebeurt (WMO, welzijn, sport en bewegen, algemene ouderen- en jeugdwerk), wordt niet of te weinig gelegd.

Juist op die terreinen zijn er kansen voor maatregelen gericht op de omgeving, dus bedoeld voor alle mensen (gezond, risicogroepen, vroege symptomen en ook de mensen die daadwerkelijk depressief zijn). Zie figuur 1.

**Figuur 1**  
 Het interventiespectrum van preventie tot cure en care



### 3 Alternatief: psychisch welbevinden bevorderen

In de huidige beleidsvorming die dreigt te versmallen naar geïndiceerde preventie ontbreekt het aan voldoende aandacht voor een positieve en bredere benadering. Namelijk de geestelijke gezondheid bevorderen door het psychisch welbevinden te versterken, conform de definitie van de WHO van geestelijke gezondheid. Deze luidt: *'a state of well-being in which the individual realises his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively, and is able to make a contribution to his or her community'*.

Beter dan een 'enge' invulling van depressiepreventie, past deze benadering en focus op het psychisch welbevinden bij het lokaal gezondheidsbeleid. De toenemende aandacht in Nederland voor de positieve psychologie zou hieraan wellicht richting kunnen geven. Door het beleid gericht op geestelijke gezondheidsbevordering te combineren met preventie van depressie (of psychische problemen in bredere zin), kan het ook worden verbonden met het bevorderen van een gezonde leefstijl, zowel voor de lichamelijke component (voldoende bewegen en evenwichtige voeding) als de mentale competenties om gezond te leven: coping, veerkracht, zelfkennis, zelfwaardering, zelfacceptatie, sociale vaardigheden en productiviteit.

Met name het WMO-beleid biedt de mogelijkheid om raakvlakken tussen preventie en andere (lokale) beleidsterreinen te onderzoeken en verbindingen tot stand te brengen.

De positieve psychologie kan een kader scheppen om raakvlakken met andere beleidsterreinen te zoeken. Ze kan ook richting geven aan het handelen van de (lokale) overheid. Walburg benoemt in zijn boek 'Mentaal vermogen, investeren in geluk' (2008) de volgende raakpunten tussen overheid en welbevinden van de bevolking:

- Het functioneren van de overheid zelf heeft invloed op welbevinden omdat vrijheid, democratie, participatie en afwezigheid van corruptie het welbevinden bevordert.
- Beleid van de overheid heeft invloed op het welbevinden via bijvoorbeeld inkomensbeleid, armoedebestrijding, maatschappelijke samenhang en werkgelegenheid.
- Het gezondheidsbeleid van de overheid heeft invloed op welbevinden: toegenomen welbevinden is bevorderlijk voor de gezondheid en omgekeerd.
- Naast financiële en sociale indicatoren is welbevinden een van de indicatoren van het overheidsbeleid,

Welbevinden zou dan ook op lokaal niveau een goede kandidaat zijn om als indicator op te nemen in de monitor van de GGD.

## 4 Naar een integrale visie op leefstijl en psychisch welbevinden

### 4.1 Hoezo integraal?

De beschreven overwegingen pleiten voor een integrale visie op leefstijl en psychisch welbevinden. Het begrip integraal heeft hier meerdere betekenissen, die in de praktijk vaak door elkaar gebruikt worden.

*Integraal vanuit het individu* - gezondheid betreft het lichamelijk, sociaal en psychisch functioneren. Omdat deze drie aspecten van gezondheid met elkaar samenhangen dienen gezondheidsbevordering en preventie dat ook te zijn.

*Integraal vanuit het spectrum van interventies* - binnen gezondheidsbevordering en preventie wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende interventies, zoals voorlichting, het opsporen/vroegsignaleren van risicogroepen, concrete activiteiten voor mensen om gezond gedrag te bevorderen dan wel 'ongezond' gedrag af te leren, wet- en regelgeving, et cetera. In een integrale aanpak zijn deze verschillende activiteiten met elkaar verbonden en kunnen op meerdere 'preventiethema's' betrekking hebben.

*Integraal vanuit de keten van betrokken organisaties* - een veelheid aan welzijns- en gezondheidszorgorganisaties en organisaties op andere relevante terrein zijn betrokken bij één of meerdere interventies. Alleen door goede afstemming en samenwerking kan worden voorkomen dat de doelgroepen te maken krijgen met versnippering of schotten.

*Integraal vanuit beleid bezien* - gezondheid wordt beïnvloed door tal van omgevingsfactoren, zoals werk(loosheid), huisvesting, woonomgeving, onderwijsvoorzieningen, sportfaciliteiten, economische omstandigheden, et cetera. Daarom is het van belang dat de verschillende beleidsterreinen en de daarbij betrokken (uitvoerende) partijen met elkaar bijdragen aan een gezondheidsbevorderende leefomgeving.

### 4.2 Model interventiespectrum voor geestelijke gezondheid

Barry en Jenkins (2007) illustreren in hun boek 'Implementing Mental Health Promotion' de internationale ontwikkelingen op het terrein van het bevorderen van de geestelijke gezondheid aan de hand van een reeks concrete voorbeelden. Barry staat een model voor ogen (Barry, 2001) dat de bevordering van geestelijke gezondheid, ziektepreventie en (langetermijn)behandeling verbindt (zie figuur 2).

Barry (2001) heeft het model van Mrazek & Haggerty uit 1994 aangepast door van de halve cirkel, met het interventiespectrum preventie, behandeling, lange termijn, een hele cirkel te maken. De onderste helft van de cirkel is gericht op geestelijke gezondheidsbevordering.

**Figuur 2**

Een model voor (geestelijke) gezondheidsbevordering en preventie

### Interventiespectrum voor geestelijke gezondheid

(Barry, 2001, in International Journal of Mental Health Promotion)



Met toestemming van de auteur M. M. Barry in het Nederlands vertaald door het Trimbos-instituut

Er worden vier elementen benoemd: competenties (kennis en kunde), veerkracht, ondersteunende omgeving en empowerment (voor jezelf zorgen en opkomen). Eventueel kunnen hier nog andere elementen aan worden toegevoegd. Alle interventies in het gehele spectrum, ook die binnen de klassieke 'cure' (hier: behandeling) en 'care' (hier: onderhoud), streven naar betere kwaliteit van welbevinden en leven. Om die doelen te bereiken zijn activiteiten nodig op het niveau van het individu en dat van de populatie.

## 5 Conclusie

Depressiepreventie zou binnen het lokale (gezondheids)beleid gekoppeld moeten worden aan die bredere aanpak om de geestelijke gezondheid te bevorderen en psychisch welbevinden positief te beïnvloeden.

Uitgaande van het model van Barry heeft depressiepreventie in brede zin te maken met strategieën voor het bevorderen van welbevinden en van de kwaliteit van het leven binnen het gehele spectrum van cure en care op zowel individueel als populatieniveau.

Met name op het gebied van het populatieniveau en de maatregelen gericht op de sociale en fysieke omgeving liggen kansen voor gemeenten om een bijdrage te leveren aan het bevorderen van de geestelijke gezondheid.

## Literatuur

- Barry, M. (2001). Promoting Positive Mental health: Theoretical Frameworks for Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3 (1), 25-34.
- Bohlmeijer, E. & K. Mutsaers (red.) (2007). Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jenkins, R. & M. Barry (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Meijer S.A., F. Smit, C.G. Schoemaker & P. Cuijpers (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM/Trimbos-instituut.
- Ruiter, M., E. Bohlmeijer, J. Blekman (2005). *Derde gids Preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Thema openbare geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Walburg, J.A. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk*. Nieuw Amsterdam Uitgevers.