

GGZ- en verslavings- preventie in het nieuwe zorglandschap

Marijke Ruiter, Els Bransen, Agnes van der Poel, Brigitte Boon



GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Projectleiding en -uitvoering

Marijke Ruiter

Els Bransen

Advies

Agnes van der Poel

Brigitte Boon

Met dank aan

Allen die hebben bijgedragen aan de inhoud van dit document

Opmaak en druk

Canon Nederland N.V.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl, onder artikelnummer **AF1284**

© 2013 Trimbos Instituut, Utrecht

Het overnemen van teksten is toegestaan mits met de juiste bronvermelding.

Inleiding

Preventie van psychische stoornissen en verslaving maakt sinds 1980 deel uit van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland. Als gevolg van het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ wordt met ingang van 2014 de GGZ anders ingericht. Naast gespecialiseerde GGZ is er generalistische basis GGZ en GGZ in de huisartsvoorziening. De herindeling van de GGZ heeft gevolgen voor de uitvoering van het preventieaanbod van de GGZ en verslavingszorg. Wij deden een verkennend onderzoek om deze gevolgen in kaart te brengen en de mogelijkheden te inventariseren voor het aanbieden van erkende preventieve interventies in de nieuwe constellatie. Belangrijke vraag was onder welke voorwaarden de uitvoering van deze interventies behouden en zo mogelijk versterkt kan worden. Respondenten waren de afdelingshoofden Preventie van de instellingen voor GGZ en verslavingszorg en andere betrokkenen bij de nieuwe GGZ. In deze strategische verkenning presenteren wij de resultaten van het onderzoek. Vervolgens gaan we specifiek in op de situatie in vier sectoren: de gemeenten, de huisartsenzorg, de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De eerste drie sectoren krijgen vanaf 2014 nieuwe GGZ-taken. In een aparte paragraaf besteden we aandacht aan e-health. De verkenning is bedoeld voor medewerkers van overheden, zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders waaronder huisartsen en POH's GGZ, die taken hebben of krijgen op het gebied van GGZ- en verslavingspreventie.

Wat verstaan we onder GGZ- en verslavingspreventie?

GGZ- en verslavingspreventie richten zich op het voorkómen van het ontstaan of terugkeren van psychische stoornissen inclusief verslaving en het bevorderen van psychische gezondheid. Dit gebeurt met behulp van interventies die inspelen op risico- en beschermende factoren zoals fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, individuele veerkracht en genetische aanleg.

Doelgroepen van deze preventieve interventies zijn:

- de gezonde bevolking (universele preventie)
- groepen met een verhoogd risico op een psychische stoornis (selectieve preventie)
- individuen met beginnende psychische klachten (geïndiceerde preventie)
- patiënten en cliënten (zorggerelateerde preventie)

Universele en selectieve preventie zijn vooral een zaak van gemeenten op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie was een taak van de GGZ en verslavingszorg die sinds 2006 onder de Zorgverzekeringswet (ZVW) viel. Vanaf 2014 is geïndiceerde preventie een taak voor de huisarts. Zorggerelateerde preventie kan een plaats houden in de curatieve GGZ. Dit betreft vooral terugvalpreventie en preventie

van comorbiditeit door in het kader van de behandeling van cliënten ondersteuning te bieden aan naastbetrokkenen.

Erkende interventies

Om de kwaliteit van preventieve interventies te beoordelen, hanteren het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM een erkenningsstelsel voor (preventieve) interventies voor jeugd respectievelijk volwassenen. Er worden vijf niveaus van erkenning onderscheiden (zie schema 1).

Schema 1. Niveaus van erkenning door de Erkenningscommissies van CGL en NJi (2014)



**Het niveau Effectief is onderverdeeld in de categorieën Eerste aanwijzingen voor effectiviteit, Goede aanwijzingen voor effectiviteit en Sterke aanwijzingen voor effectiviteit.*

In tabel 1 is een overzicht te vinden van de erkende interventies die ingezet kunnen worden voor de verschillende vormen van GGZ- en verslavingspreventie. Een aantal interventies richt zich zowel op selectieve als op geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Het merendeel van de interventies heeft het erkenningsniveau *Goed onderbouwd*. Interventies in de categorie *Eerste aanwijzingen voor effectiviteit* ontbreken nog omdat dit erkenningsniveau pas recent werd ingevoerd.

Tabel 1 Erkende interventies op het gebied van GGZ- en verslavingspreventie

Interventies	Goed onderbouwd	Goede aanwijzingen	Sterke aanwijzingen
Universeel	<i>Alcohol & Drugs</i> <ul style="list-style-type: none"> • Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek • Barcode • De Gezonde School en Genotmiddelen • Op tijd voorbereid 	<i>Alcohol & Drugs</i> <ul style="list-style-type: none"> • Drinktest.nl • Preventie Alcoholgebruik Scholieren 	<i>Alcohol & Drugs</i> Geen
	<i>Roken</i> <ul style="list-style-type: none"> • Actie Tegengif • Rooksignaal • Rookvrij Opgroeien • Smoke Alert 	<i>Roken</i> Geen	<i>Roken</i> Geen
	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • BeweegKuur • Levensvaardigheden • Marietje Kessels Project • Rots en Water • Sta Sterk Training • Triple P • Zippy's Vrienden 	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • Psyfit 	<i>Psychisch welzijn</i> Geen
Selectief	<i>Alcohol & Drugs</i> <ul style="list-style-type: none"> • De Cannabisshow • De Gezonde School en Genotmiddelen • Haltafdoening Alcohol • Homeparty • Hou vol: geen alcohol • Open en Alert • Smart Connection • Unity 	<i>Alcohol & Drugs</i> Geen	<i>Alcohol & Drugs</i> Geen
	<i>Roken</i> <ul style="list-style-type: none"> • 24-uur-niet-rokenactie • De Stopsite 	<i>Roken</i> <ul style="list-style-type: none"> • Stoppen met roken op maat 2.0 	<i>Roken</i> Geen
	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • Brussencursus • Dappere Dino's • JES! Het Zwolsche brugproject • Je bibbers de baas • KIES? Kinderen in echtscheidingsituaties • KopOpOuders Online • Liever bewegen dan moe • Mind-spring • Op koers • Pak aan • Plezier op school • Preventieve Ondersteuning • • • Mantelzorgers • Psychische problemen in de familie • Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP • Triple P • Vrienden • Wijzer met Welder 	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • Preventie langdurig ziekteverzuim & depressie • Zicht op Evenwicht • Ouder-baby interventie • Stemmingmakerij 	<i>Psychisch welzijn</i> Geen

Geïndiceerd	<i>Alchol & Drugs</i> <ul style="list-style-type: none"> • Moti-4 • Wiet-Check 	<i>Alchol & Drugs</i> <ul style="list-style-type: none"> • Minderdrinken.nl 	<i>Alchol & Drugs</i> Geen
	<i>Roken</i> Geen	<i>Roken</i> <ul style="list-style-type: none"> • Stoppen met roken op maat 2.0 	<i>Roken</i> Geen
	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • Alles onder controle • Bewust Actief Leren • Be Interactive • BigMove GGZ • Dyslexie de Baas • Gespannen, angstig: zelf aan de slag • Grip op je dip online • Head up • Kopstoring • Liever bewegen dan moe • Meer zelfvertrouwen • Mind-spring • Move2Learn • Pak aan • Plezier op school • PratenOnline • Stoppen met piekeren • Triple P • Uitputting de baas • Vrienden • Voluit leven 	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • Geen paniek! • Op verhaal komen • Stemmingmakerij • Zicht op Evenwicht 	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • In de put uit de put, 55+ • In de put uit de put, volwassenen • Kleur je leven
Zorggerelateerd	<i>Alcohol & Drugs</i> Geen	<i>Alcohol & Drugs</i> Geen	<i>Alcohol & Drugs</i> Geen
	<i>Roken</i> Geen	<i>Roken</i> Geen	<i>Roken</i> Geen.
	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pak aan • BigMove GGZ • D(o)epressie • Mind-spring • Voorzorg 	<i>Psychisch welzijn</i> <ul style="list-style-type: none"> • Zicht op Evenwicht 	<i>Psychisch welzijn</i> Geen

Bron: I-database CGL, december 2013

Terminologie

Binnen de algemene gezondheidszorg, waaronder de huisartsenzorg, en de jeugdzorg wordt de term preventie vooral geassocieerd met het voorkómen van ziekten, stoornissen en klachten. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie worden niet als preventie maar als behandeling (van klachten) of zorg gezien omdat hiermee een (actueel) probleem wordt aangepakt en niet alleen een toekomstige stoornis wordt voorkomen. Zo verscheen een inventarisatie van 'effectieve, kortdurende interventies voor psychische problemen' in de huisartsenpraktijk (Zwaanswijk en Verhaak, 2009), waaronder Minderdrinken.nl, Kleurjeleven.nl en de zelfhulpversie van de groepscursus In de put, uit de put. Dit zijn interventies voor geïndiceerde preventie. Zorgstandaarden, zorgpaden en richtlijnen voor psychische aandoeningen beschouwen ze echter vaak als

“eerste stap interventies” voor mensen met klachten maar nog zonder diagnose en niet zozeer als preventie (Splunteren et al., 2012; NHG Standaard Depressie, 2012).

Preventie in historisch perspectief

Preventieve interventies worden van oudsher georganiseerd en uitgevoerd vanuit afdelingen Preventie van de instellingen voor GGZ en verslavingszorg. In de afgelopen 10-15 jaar heeft deze werksoort zich sterk ontwikkeld met als resultaat een bestand van erkende, effectieve preventieve interventies (Schotanus-Dijkstra et al., 2013). De interventies zijn gericht op preventie van depressie, angststoornissen en alcoholmisbruik, en op risicogroepen zoals mantelzorgers of kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Het aanbod is vaak door preventiewerkers en het Trimbos-instituut gezamenlijk ontwikkeld en ook in samenwerking op effectiviteit onderzocht. Een belangrijke financier was het Programma Preventie van ZonMw (vanaf 1998). Op het gebied van depressiepreventie blijkt met name geïndiceerde preventie kosteneffectief te kunnen zijn (Smit et al., 2013).

Preventie van psychische problemen was vanaf 1980 een expliciet onderdeel van de toen gevormde RIAGGs (de instellingen voor ambulante GGZ). De afdelingen bleven over het algemeen bestaan gedurende de fusiegolf in de GGZ, die inzette in 1994. In de grotere GGZ-instellingen die daarvan het resultaat waren, werd het ambulante werk vaak geïntegreerd met de klinische zorg en werden de afdelingen Preventie minder zichtbaar. In de verslavingszorg was preventie een onderdeel van de vroegere Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs (CAD's, instellingen voor ambulante verslavingszorg), die later integreerden met verslavingsklinieken en ook wel met GGZ-instellingen.

Aan de *financiering* van de GGZ-preventie vanuit de AWBZ kwam een einde in 2006, toen de curatieve, op behandeling gerichte GGZ voor rekening van de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) kwam. Omdat er al sinds 2003 geen titel meer bestond voor preventie in de AWBZ (deze titel werd toen in het kader van de 'modernisering van de AWBZ' geschrapt), verhuisde de preventieve zorg mee naar de ZVW. Preventie werd gefinancierd als onderdeel van de nieuw in te voeren Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) of als Overig Product (OVP). Met ingang van 2007, toen de WMO werd ingevoerd, werden de universele en de selectieve preventie vanuit de GGZ-budgetten overgeheveld naar de gemeenten. Verslavingspreventie is sinds lange tijd onderdeel van de openbare gezondheidszorg en het gemeentelijke welzijnsbeleid. Vanaf 2007 is de financiering van verslavingspreventie onderdeel van het gemeentelijk WMO-beleid.

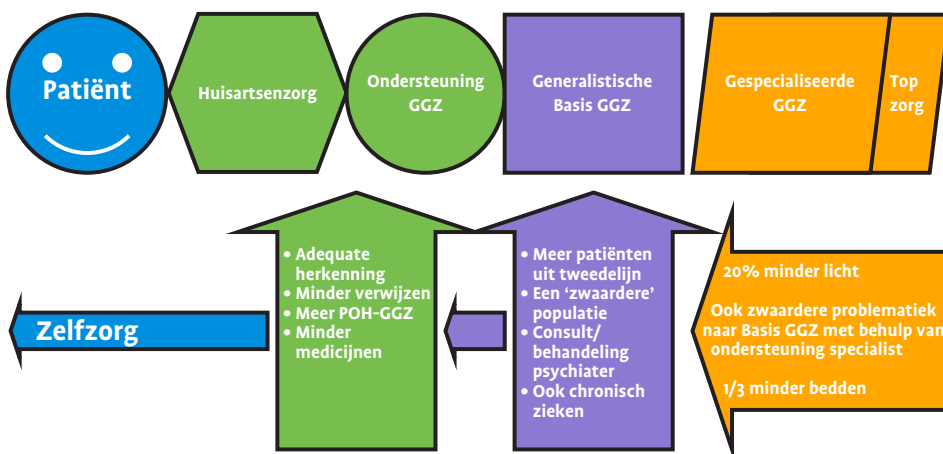
De *organisatie* van de GGZ-preventie binnen de GGZ had onder andere tot gevolg dat er veel nadruk kwam te liggen op geïndiceerde preventie voor depressie en angst. Dit type preventie, gericht op mensen met klachten bij wie nog geen sprake was van een diagnose, werd vaak binnen de instelling georganiseerd en aangeboden aan mensen die

niet voor behandeling in aanmerking kwamen. Ook de selectieve preventie was vaak gericht op de omgeving (naastbetrokkenen, kinderen) van behandelde of opgenomen patiënten. De vorm was vaak een groepsaanbod. Vanaf de jaren 2000 ontwikkelde zich zo een omvangrijk cursusaanbod. Vanaf 2007 werd met behulp van WMO-financiering ook weer meer aandacht besteed aan universele en selectieve preventie in buurten en wijken.

In de verslavingspreventie ligt van oudsher de nadruk meer op universele en selectieve preventie in de vorm van interventies voor scholieren, jeugdhulpverlening en uitgaanspubliek. Het geven van deskundigheidsbevordering aan docenten, jeugdhulpverleners, huisartsen en horecapersoneel gericht op vroegsignalering van middelenproblematiek, behoort tot de kern van de verslavingspreventie.

Het Bestuurlijk Akkoord GGZ en de uitwerking door VWS

In juni 2012 sloot de minister van VWS een Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ met GGZ Nederland en vele andere stakeholders uit de GGZ en de eerstelijnszorg (VWS, 2012). Dit akkoord behelst in een notendop dat de huidige GGZ het aantal bedden met 30% reduceert en 20 % van de specialistische ggz omvormt tot generalistische basis ggz voor de behandeling van mensen met lichtere problematiek. .Uitvoering van deze zorg gebeurt door hoofdbehandelaars die BIG-geregistreerd zijn en een GGZ specifieke opleiding gevolgd hebben. Medebehandelaars zijn zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in de beroepentabel GGZ (NZa, 2013). De huisarts gaat, gesteund door de regeling Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ), GGZ basiszorg bieden. Dat betekent dat de huisarts de screening, behandeling en begeleiding van patiënten met milde en matige klachten, en de behandeling en begeleiding van patiënten met stabiele chronische stoornissen tot taak krijgt. Tevens is de huisarts de poortwachter voor de gehele GGZ en uitvoerder van geïndiceerde preventie voor mensen met (beginnende) psychische klachten. Dit is zelfs een expliciete taak van de POH-GGZ (NZa, 2013). Tenslotte zullen burgers en patiënten zelf meer aan zelfmanagement moeten doen bij het omgaan met psychische gezondheidsproblemen. De nieuw geordende GGZ is per 1 januari 2014 ingevoerd.



Schema 2: De uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord door VWS (VWS, "Voorhangbrief", mei 2013)

In de aanloop naar de nieuwe indeling van de GGZ werden al de nodige aanpassingen gedaan. GGZ-instellingen richtten eerstelijns organisaties op (bijvoorbeeld Indigo) en GGZ-preventieafdelingen gingen hier vaak in mee. Sinds 2007 zijn de zorgverzekeraars niet meer de enige financier van GGZ-preventie. Het aandeel financiering van de GGZ-preventie door gemeenten groeide in enkele jaren tot gemiddeld 40% (Dijkstra en Ruiters, 2011). Over de toekomstige positie van preventie en de financiering ervan is nog veel onduidelijk. De vernieuwing van de GGZ is tenslotte nog maar pas begonnen.

Opzet onderzoek

Om een beeld te krijgen van de recente veranderingen in de uitvoering van preventieactiviteiten door de GGZ en verslavingszorg deden we een verkennend onderzoek. Met behulp van een online vragenlijst en aanvullende interviews met afdelingshoofden Preventie hebben we in kaart gebracht welke veranderingen er tussen 1-1-2011 en 1-1-2013 hebben plaatsgevonden in de uitvoering van preventieactiviteiten op de thema's depressie, angst, alcohol, Kinderen van ouders met psychische en verslavingsproblemen (KOPP/KVO), en jeugd. Ook vroegen we welke verwachtingen men had van de invoering van de nieuwe indeling van de GGZ voor het aanbod van preventieve interventies en stelden we vragen over de kennis die men in de nieuwe situatie verwacht nodig te hebben. Daarnaast vroegen we een negental organisaties, die vanuit een externe positie meekijken, naar hun opvattingen over de toekomstige mogelijkheden voor het uitvoeren van GGZ- en verslavingspreventie. Op een expertmeeting werden de resultaten besproken.

Gedurende het onderzoeksjaar 2013 is gaandeweg meer duidelijk geworden over de uitwerking van de plannen. VWS kwam in mei met de "Voorhangbrief" waarin de voorstellen voor generalistische basis GGZ en huisartsenzorg werden geconcretiseerd; de NZa kwam in de loop van het jaar met aanvullende specificaties van het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en met een taakomschrijving van de POH-GGZ. GGZ Nederland hield actuele informatie bij op haar website GGZ Connect. Ook van deze bronnen is bij het samenstellen van dit document gebruik gemaakt.

Deelname

We benaderden alle ons bekende GGZ-preventieafdelingen (N=34, respons=24, 70%) en alle 11 preventieafdelingen die zijn aangesloten bij Verslavingspreventie Nederland (respons 100%). Van de GGZ-preventieafdelingen zijn er 10 onderdeel van een GGZ-instelling, 7 afdelingen maken deel uit van de Indigo-organisatie, 4 afdelingen zijn verzelfstandigd tot eerstelijnsorganisatie, en 3 respondenten vertegenwoordigen de functie preventie die is geïntegreerd in de zorgafdelingen van een GGZ-instelling. Van de afdelingen verslavingspreventie zijn er 6 onderdeel van een zelfstandige instelling voor verslavingszorg, 3 afdelingen zijn onderdeel van een GGZ-instelling en 2 afdelingen maken deel uit van de Indigo-organisatie. Interviews zijn gehouden met 12 afdelings-

hoofden GGZ- en/of verslavingspreventie, vertegenwoordigers van de werkgroep generalistische basis GGZ van de instellingen voor verslavingszorg en vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Zorgverzekeraar VGZ, Trimbos Zorginnovatie, GGZ Nederland, Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste lijn/Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) netwerk, Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen, Landelijke Vereniging POH-GGZ, GGD Nederland en Indigo Servicebureau.

Resultaten

GGZ-preventie

In de twee jaren voorafgaande aan 2013 nam de financiering van selectieve preventie door gemeenten en van geïndiceerde preventie door de zorgverzekeraars af. Bij de helft van de GGZ-preventieafdelingen is de capaciteit verminderd en werd een teruggang in het aanbod van cursussen en trainingen gemeld op alle thema's: depressie, angst, KOPP/KVO en mantelzorg. De afdelingen die zich hadden aangesloten bij Indigo rapporteerden meer teruggang dan andere afdelingen. Aan het einde van 2013 werd de financiering van preventie door de laatste zorgverzekeraars gestaakt en vond ook hier een definitieve teruggang plaats. Enkele afdelingen werden opgeheven. Preventiewerkers kregen taken in de hulpverlening als zij een daarvoor geschikte basisopleiding hadden of werden gedetacheerd als POH-GGZ naar huisartsenpraktijken.

Voor 2014 verwachten de respondenten:

- Verdere terugloop van financiering door gemeenten en zorgverzekeraars
- Toename van samenwerking tussen nulde en eerste lijns partners
- Toename van het gebruik van e-mental health door burgers, cliënten en professionals
- Verdere inzet van preventiewerkers in de uitvoering van de generalistische basis GGZ, als POH-GGZ, voor individuele preventie (bijvoorbeeld adviesgesprekken)
- Verdere inkorting van preventieve cursussen.

Verslavingspreventie

De 11 afdelingen verslavingspreventie hebben zich in de periode tot 2013 verenigd in het samenwerkingsverband Verslavingspreventie Nederland (VPN). Alle afdelingshoofden zagen in de afgelopen twee jaar een ontwikkeling naar meer individuele preventieve adviesgesprekken. Daarnaast was in de afgelopen twee jaar de jeugdzorg in toenemende mate doelgroep van deskundigheidsbevordering door preventiewerkers van de verslavingszorg. Ook de samenwerking met deze sector en met de nulde en eerste lijn nam toe. Ruim de helft van de afdelingshoofden (N=6) zag de gemeentelijke financiering van jeugdwelzijn en -verslavingspreventie afnemen.

Voor 2014 verwachten de afdelingshoofden dat:

- Deze ontwikkelingen van de afgelopen twee jaar zich gaan doorzetten
- Alcoholpreventie voor volwassenen en ouderen een impuls zal krijgen omdat het aanbod voor deskundigheidsbevordering, vroegsignalering en -interventie van de verslavingspreventie – met steun van het Partnership Vroegsignalering Alcohol –

steeds beter in beeld is bij beroepsgroepen in de 1e lijn (huisarts, POH-GGZ)

- De flexibilisering van de functie POH-GGZ de inzet van consultatie en e-health interventies vanuit de verslavingszorg mogelijk zal maken
- Er behoefte zal zijn aan inbreng vanuit de verslavingspreventie binnen de sociale- en jeugdwijkteams vanwege de onbekendheid van deze teams met de huidige erkende preventieve interventies. Die interventies moeten mogelijk geschikt worden gemaakt voor deze nieuwe settings (vanwege kosten, aanpak, benodigde kennis en competenties).

Kennisagenda

Welke kennis is volgens de hoofden GGZ- en verslavingspreventie nodig om gemeenten, de huisartsenzorg en de generalistische basis GGZ te helpen bij het overnemen van de preventieve zorg zoals die voorheen door de GGZ en verslavingszorg werd geleverd?

Voor de kennisagenda noemen de GGZ-preventiehoofden kennis over de manier waarop interventies geschikt gemaakt kunnen worden voor toepassing in de nulde en eerste lijn en kennis over de effectiviteit van dergelijke aangepaste interventies (inkorringen, e-health varianten). Als tweede belangrijk onderwerp noemen zij kennis over samenwerkingsprocessen met partners in de nulde en eerste lijn. Hoe ziet ketenzorg er uit wat betreft preventie (ook wel eerste-stap interventies genoemd)? Hoe ziet de samenwerking tussen gemeente en zorg, of tussen welzijn en zorg er uit, en hoe functioneer je daarin optimaal? Tenslotte vinden zij kennis over deskundigheidsbevordering van derden in de samenwerking met nulde en eerstelijns partners belangrijk. Hoe kunnen zij bijvoorbeeld functionarissen in de nulde en eerste lijn trainen in het signaleren van psychische problemen?

De afdelingshoofden verslavingspreventie noemen kennis van de juiste randvoorwaarden voor uitvoering van preventieactiviteiten binnen de nieuwe GGZ-kaders als onderwerp van onderzoek. Verder vinden zij kennis over de taakafbakening en samenwerking tussen de nulde, eerste en tweede lijn bij de uitvoering van preventie belangrijk. Daarnaast vinden zij onderzoek naar de inbedding van preventieve e-health interventies in de eerstelijnszorg relevant.

Visie overige betrokkenen

Aan personen uit organisaties die niet direct betrokken zijn bij de organisatie of uitvoering van GGZ- of verslavingspreventie maar wel bij de inrichting van de nieuwe GGZ, vroegen wij wat volgens hen de wenselijke toekomstige plaats van GGZ- en verslavingspreventie is. Over het algemeen zagen de geïnterviewden een duidelijke plaats voor GGZ- en verslavingspreventie in de nulde en de eerste lijn maar ook in de langdurige zorg. De door hen genoemde opvattingen zijn als volgt samen te vatten:

- Vat GGZ- en verslavingspreventie breder op dan de producten en het aanbod tot nu toe. Er zijn ook andere methoden voor preventief handelen, zoals individuele begeleiding of begeleid (blended) gebruik van e-health.
- Denk aan een plaats in een keten van de eerste lijn met WMO- en wijkgerichte benadering.

- Denk op maat van gemeenten. Er bestaat vaak behoefte aan producten die zijn aangepast aan de lokale situatie.
- Zoek naar een plaats voor preventie in de integrale zorg: de combinatie van zorg en welzijn.
- Maak producten bekend bij huisartsen; er is veel behoefte aan kennis over geestelijke gezondheid en verslaving en over preventie.
- Maak daarbij duidelijk dat met een geïndiceerde preventieve interventie een (actueel) probleem wordt aangepakt en niet alleen een toekomstige stoornis wordt voorkomen.
- Geef zelfmanagement een plaats; ga uit van klachtgericht werken in plaats van stoornisgericht; zorg voor een aanbod van individuele preventie (waaronder blended e-health toepassingen) naast groepscursussen.
- Zet in op deskundigheidsbevordering van de POH-GGZ om de alcoholpreventie in de huisartspraktijk een impuls te geven.

Tijdens een expert meeting werden de voorlopige resultaten gepresenteerd aan alle betrokkenen bij het onderzoek. Conclusies en aanbevelingen werden per setting geformuleerd en besproken.

Algemene conclusies

- Op grond van de onderzoeksbevindingen en de bespreking daarvan tijdens de expertmeeting constateren we dat de veranderingen in de GGZ gevolgen hebben voor de uitvoeringsmogelijkheden van GGZ- en verslavingspreventie.
- De uitvoering van geïndiceerde preventie, die het grootste deel uitmaakte van de GGZ-preventie, past niet in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, omdat alleen de behandeling van gediagnosticeerde stoornissen wordt vergoed. Dat heeft tot gevolg dat de belangrijkste activiteit van veel afdelingen GGZ-preventie, het aanbieden van geïndiceerde preventie in de vorm van cursussen, niet meer wordt ingekocht door zorgverzekeraars. Het is wel mogelijk preventiecursussen aan te bieden tegen eigen betaling door de cliënt. Ook bieden sommige verzekeraars vergoedingen aan in aanvullende pakketten.
- Geïndiceerde preventie van depressie, angst (paniek) en alcoholproblemen is met ingang van 2014 een expliciete taak van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Vanzelfsprekend is het aan de huisarts om aan die taak een eigen invulling te geven.
- Als GGZ en verslavingszorg daarover afspraken hebben gemaakt met gemeenten, kunnen zij ook in 2014 en daarna uitvoering blijven geven aan universele en selectieve (de "collectieve") preventie. Dat betreft dan voorlichting en bewustwording maar ook preventieve ondersteuning van jeugdigen en hun gezinnen, volwassenen en ouderen. Voor de verslavingspreventie zijn deze vormen van preventie core business. Voor de GGZ-preventieafdelingen is dit niet altijd zo. In de uitdagingen voor gemeenten gaan we hier verder op in.

- Een ander belangrijk werkterrein van de afdelingen GGZ-preventie, de zorggerichte preventie gericht op de directe omgeving van cliënten, blijft mogelijk in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ omdat de bekostigingsproducten hier in principe ruimte voor bieden. Zorggerichte preventieve ondersteuning van cliënten in de GGZ op velerlei terrein, zoals leefstijl of informatie over maatschappelijke ondersteuning, kan bovendien vanuit andere sectoren (gemeenten) worden geboden. Ook is zorggerichte preventie een taak van de POH-GGZ.

Relevante uitdagingen

Bij het formuleren van uitdagingen houden we rekening met de volgende omstandigheden:

- Het versterken van de mentale weerbaarheid en de preventie van psychische stoornissen staan hoog in het vaandel van de rijksoverheid. Depressiepreventie en alles wat daarmee samenhangt is een zwaartepunt in het landelijke preventiebeleid (zie bijvoorbeeld het Nationaal Programma Preventie). Daarom blijft het uitvoeren van effectieve preventieve interventies voor de preventie van depressie onverminderd relevant. Recent heeft VWS een gericht beleid ingezet voor zes risicogroepen: pas bevallen moeders, jongeren (met name VMBO-ers en KOPP/KVO-kinderen), huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werkenden in stressvolle beroepen. De rijksoverheid, gemeenten, uitvoerders en het Trimbos-instituut trekken in de komende jaren gezamenlijk op om de uitvoering van een innovatief plan van aanpak mogelijk te maken.
- Het zwaartepunt voor de toekomstige uitvoering van GGZ- en verslavingspreventie zal komen te liggen bij de burger en de patiënt, die enerzijds te maken heeft met gemeentelijke zorg en welzijnsvoorzieningen en anderzijds in eerste instantie bij de huisarts komt bij psychische gezondheidsproblemen. Beide zorgsystemen zullen de komende jaren verder vervlochten raken (VGZ website: wijknetwerken; KPMG, 2013). Dit biedt goede kansen voor de organisatie van ketenzorg waarin preventieve activiteiten de eerste stappen vormen. Zorgverzekeraars, gemeenten en eerstelijnsorganisaties hebben hier het voortouw.
- De nieuwe indeling van de GGZ heeft ertoe geleid dat de capaciteit en de formatie van de afdelingen GGZ-preventie sterk zijn geslonken, met als gevolg dat een groot deel van het laagdrempelig aanbod van erkende interventies is vervallen en er uitvoeringsexpertise verloren gaat. Daarnaast geven de bezuinigingen bij gemeenten aanleiding tot bescheiden verwachtingen van de gemeentelijke financiering van GGZ-preventie in de komende jaren. Ook de gemeentelijke financiering van verslavingspreventie staat onder druk. Dat maakt het nodig om andere verbanden en samenwerkingsrelaties te ontwikkelen en een nieuwe uitvoeringspraktijk voor GGZ-preventie en mogelijk ook verslavingspreventie vorm te geven.

Uitdagingen per setting

Gemeenten

Kader - Gemeenten hebben een taak in de zorg voor de geestelijke gezondheid van haar inwoners vanwege de wet op de publieke gezondheid (WPG) en de wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO). Collectieve preventie van gezondheidsproblemen valt onder de WPG en het compenseren van belemmeringen bij het maatschappelijk participeren als gevolg van een beperking is het doel van de WMO. In dit kader financiert de gemeente onder andere informatie, advies en ondersteuning bij opgroeien, opvoeden, mantelzorg bieden en vrijwilligerswerk doen. Ook het bieden van maatschappelijke opvang en het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg en verslavingsbeleid vallen onder de WMO.

Interventies - Voorbeelden van GGZ- en verslavingspreventie die binnen (toekomstige) gemeentelijke beleidskaders passen zijn: (zie ook tabel 1)

- Schoolprogramma's gericht op gezondheidsbevordering en preventie van psychische stoornissen en verslavingen zoals Preventie Alcoholgebruik Scholieren of Happyles
- Interventies voor vroegsignalering en vroeginterventie voor jongeren met risicovol gebruik van alcohol of drugs zoals Open en Alert, Moti-4 of Wiet-Check binnen het onderwijs, jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg
- Preventieve interventies gericht op ouders met een psychische stoornis zoals Kopopouders.nl of ouders met puberkinderen die (teveel) alcohol drinken zoals Homeparty
- Doe- en praatgroepen voor KOPP-kinderen
- Preventieve interventies gericht op mantelzorgers zoals Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers en Psychische problemen in de Familie
- Interventies gericht op het versterken van psychische veerkracht van (specifieke groepen) burgers zoals Psyfit en de Beweegkuur.
- Deskundigheidsbevordering op het gebied van (preventie van) verslaving en psychische stoornissen aan professionals in de nulde en eerste lijn (sociale wijkteams en huisartsen), de jeugdzorg en diensten 'werk en inkomen'; signaleren van psychische en verslavingsproblemen door functionarissen in de "frontlinies": buurt- en wijkteams, loketbeheerders

Situatieschets - Vanaf 2014 worden meer zorgtaken uit de AWBZ naar de gemeenten overgeheveld en vanaf 2015 worden gemeenten ook verantwoordelijk voor de jeugdzorg inclusief de jeugd GGZ. Gemeenten hechten over het algemeen veel waarde aan preventie. Naast kwaliteit willen zij dat preventie voldoende bereik heeft, en innovatief en kosteneffectief is. GGZ-preventieafdelingen hebben vanaf 2007 (WMO) een deel van hun budget kunnen besteden aan taken in de gemeenten maar in de afgelopen jaren is de financiering door gemeenten teruggelopen. Dit geldt voor de verslavingspreventie in veel mindere mate. Gemeenten gaan buurt- en wijkteams organiseren. Deze teams zullen naar verwachting vooral inzetten op problematische situaties bij jeugd en

gezinnen, en bij (alleenstaande) volwassenen en ouderen. Onder hen bevinden zich mensen die niet met hun psychische problemen naar de huisarts gaan.

Uitdagingen - Het is van belang dat gemeenten aandacht blijven besteden aan de preventie van psychische problemen en verslaving bij kwetsbare burgers. Voor de uitvoering van de nieuwe gemeentelijke zorgtaken is inzet van de GGZ- en verslavings-expertise op het gebied van effectieve preventie van groot belang. Gemeenten kunnen preventieve interventies aan hun inwoners aanbieden via het (jeugd)welzijnswerk, de sociale wijkteams, steunpunten mantelzorg, scholen, het internet of de GGZ en de verslavingszorg. Voorwaarde is een goede afstemming en samenwerking tussen aanbieders. Daarnaast is het nodig dat preventieve interventies op de vragen en behoeften van gemeenten worden toegesneden. In het lokaal gezondheidsbeleid (GGD) heeft men inzicht in het vóórkomen van psychische problemen en risico's op wijkniveau. In de Handreiking Gezonde Gemeente van het Centrum Gezond Leven <http://www.loket-gezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/> worden voor de invulling hiervan suggesties gedaan. Zie ook: **Buurtteams voor jeugd in Den Haag**.

Buurtteams voor jeugd in Den Haag

Theo Mahieu is hoofd van de afdeling Preventie van De Jutters/De Golfbreker, een instelling voor jeugd GGZ in de regio Haaglanden. Hij heeft zich vooral georiënteerd op de gemeentelijk georganiseerde jeugdzorg en startte het project *Opvoeden in de buurt*. Het preventieteam (10 fte, 15 personen), dat drastisch is afgeslankt nadat de zorgverzekeraar de geïndiceerde preventie in 2012 niet meer vergoedde, verdeelde zich in Den Haag over de 10 stedelijke CJG's en werd onderdeel van de buurtteams die vanuit deze centra opereren. De teamleden vervullen een nuttige rol bij het signaleren van psychische en verslavingsproblematiek en kunnen adequaat verwijzen naar preventieve ondersteuningsgroepen voor kinderen en jongeren van ouders met psychische of verslavingsproblemen, opvoedingsondersteuning voor de ouders en verwijzing naar psychische en verslavingszorg als dat nodig is.

Huisartsenzorg

Kader - De huisartsenzorg richt zich op probleemverkenning, diagnostiek en triage, behandeling van psychische klachten, begeleiding van mensen met een (stabiele chronische) psychische stoornis en geïndiceerde preventie. De huisartsenzorg heeft, in tegenstelling tot de GGZ, geen drempel. Iedereen heeft een huisarts en de meeste mensen gaan van tijd tot tijd naar de huisarts.

Ter ondersteuning van de huisarts is in 2008 de regeling Praktijkondersteuning (POH) GGZ ingesteld. Deze regeling is in 2012 en 2013 uitgebreid en stelt huisartsen in staat om per normpraktijk voor 12 uur per week een POH-GGZ aan te stellen. De regeling is met ingang van 2014 ook geflexibiliseerd en kan daardoor tevens (mede) worden gebruikt voor de inzet van internetprogramma's, groepsconsulten of het consulteren van een specialist. De regeling POH-GGZ moet altijd in samenhang met de huisartsenzorg worden aangeboden (NZa, 2013). Het functieprofiel van de functionaris POH-GGZ is nog in ontwikkeling. Meestal zijn het maatschappelijk werkers of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers) die als POH-GGZ functioneren.

Interventies – Alle erkende interventies voor geïndiceerde preventie van depressie, angst (paniek) en alcoholproblemen (zie ook tabel 1) lenen zich voor toepassing in de huisartsenpraktijk. Echter, ze zijn nu nog niet toegesneden op toepassing door de huisarts of de POH-GGZ. Wel is een aantal jaren geleden geïnventariseerd welke effectieve interventies zich zouden lenen voor toepassing in de huisartsenpraktijk (Zwaanswijk en Verhaak, 2009). Ook vinden er op projectbasis implementatietrajecten plaats gericht op het toepassen van e-mental health interventies (Kleur je leven, Grip op je dip), beweeginterventies, klachtgerichte mini-interventies (cultuursensitieve varianten van Beter slapen, Minder piekeren en Minder stress) en signalering van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk en het vervolgens aanbieden van een kortdurende interventie zoals de Drinktest.nl. Bij deze implementatietrajecten wordt ook gekeken naar de ontwikkeling van alternatieven voor een groepsgerichte aanpak.

Situatieschets - Tot en met 2013 werden de erkende interventies voor geïndiceerde preventie bijna uitsluitend uitgevoerd door afdelingen Preventie van GGZ-instellingen. Daaraan is met ingang van 2014 een einde gekomen. In plaats daarvan is de huisarts, en met name de POH-GGZ, aangewezen als uitvoerder van geïndiceerde preventie. Ook zorggerichte preventie en terugvalpreventie zijn taken in het kader van de regeling POH-GGZ (NZa, 2013). Hoe de precieze invulling van taken en functies er uit zal gaan zien is nu nog grotendeels onduidelijk. Wel zijn nu al knelpunten zichtbaar. Niet alle huisartsenpraktijken beschikken over een POH GGZ. Vooral kleinere praktijken blijven achter. Soms spelen er ruimteproblemen om extra medewerkers te huisvesten. Ook laat de vergoeding niet toe dat alle taken kunnen worden uitgevoerd (bijvoorbeeld het groepsconsult). En er zijn signalen dat de invulling van de functie verschilt per zorgverzekeraar.

Uitdagingen – De huisartsenpraktijk is een goede plek voor het uitvoeren van interventies voor geïndiceerde preventie, zorggerichte preventie en terugvalpreventie. Het bereik is groot en er zijn geen drempels in de vorm van het aanspreken van een eigen risico, zoals in de (generalistische basis- en gespecialiseerde) GGZ. De relatie met somatiek is gemakkelijk te leggen. Door de vaak langer durende contacten met patiënten bestaat de mogelijkheid hen effectief te motiveren tot deelname aan een preventieve interventie. Daarom dient de uitvoering van geïndiceerde preventie in de huisartsenpraktijk systematisch te worden geïntroduceerd en gefaciliteerd. Hierbij kunnen organisaties als NHG, InEen (opvolger van LVG) en de Vereniging POH-GGZ een belangrijke rol spelen.

Niet altijd beschikt de POH-GGZ over de expertise voor uitvoering van groeps- en blended (individueel en e-health) interventies. Daarom is het wenselijk dat expertise voor het uitvoeren van geïndiceerde preventie wordt opgenomen in de opleidings- en nascholingsmodules voor de POH-GGZ, zo mogelijk in combinatie met zorggerichte en terugvalpreventie die eveneens tot het takenpakket behoren.

Voor de verdere ontwikkeling van geïndiceerde preventie in de huisartsenpraktijk zijn experimenten belangrijk waarbij samengewerkt wordt tussen (groepen) huisartsenpraktijken en

GGZ-instellingen. In het kader van de functie POH-GGZ wordt dan een aanbod ontwikkeld in overleg met de betreffende huisartsen, dat in de huisartsenpraktijk wordt uitgevoerd door de preventieafdeling. Zie ook: **Bruggen bouwen tussen GGZ en huisartsenzorg in Venlo.**

Bruggen bouwen tussen GGZ en huisartsenzorg in Venlo

Fanny Schilderinck, SPV-er, is sinds 2009 POH-GGZ in Gezondheidscentrum Withuis in Venlo. Het gezondheidscentrum ligt in een wijk met een lage SES. Tevens is zij werkzaam als preventiewerker bij het Vincent van Gogh Instituut (VvG), een instelling voor gespecialiseerde GGZ en verslavingszorg. De preventiewerkers van Vincent van Gogh zijn met ingang van december 2013 toegevoegd aan regionale teams die Outreachende Zorg bieden aan mensen met psychische problematiek in alle gradaties, in samenwerking met alle andere zorgverleners in die regio. In de teams zijn bijvoorbeeld ook FACT, OGGZ, MDFT en crisiszorg opgenomen. Door haar dubbelfunctie kan Fanny goed schakelen tussen de Outreachende Zorg van VvG en de huisartsenzorg vanuit het Gezondheidscentrum in Venlo. Ze kent de cliënten en weet aan welke preventieve ondersteuning zij mogelijk behoefte hebben. De groepscursussen, die ze binnen het gezondheidscentrum organiseert voor de preventie van angst, geven de cliënten bijvoorbeeld veel praktische handvatten voor het omgaan met angst als een behandeling in de generalistische basis- of gespecialiseerde GGZ niet nodig is. Ook als mensen al een behandeling achter de rug hebben, kan een preventie cursus helpen om eerder aangeleerde vaardigheden en technieken op te frissen, zo is haar ervaring.

Generalistische basis GGZ

Kader - De generalistische basis GGZ is bedoeld voor de diagnostiek en generalistische behandeling van mensen met lichte tot matig-ernstige, niet-complexe DSM IV psychische stoornissen en mensen met stabiele chronische problematiek. Daartoe zijn vier zorgproducten gespecificeerd die variëren in omvang (minuten) en personele bezetting. Patiënten in de generalistische basis GGZ werden tot 1-1-2014 behandeld in de gespecialiseerde GGZ en in de eerstelijns GGZ (bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen). De huisarts is de belangrijkste verwijzer naar de generalistische basis GGZ. Doorverwijzing vindt plaats op basis van een aantal specifieke criteria en het vermoeden van een psychische stoornis volgens de DSM.

Interventies – Geen van de interventies voor geïndiceerde GGZ- en verslavingspreventie wordt gefinancierd als product van de generalistische basis GGZ. Preventie is geen taak van de generalistische basis GGZ.

Situatieschets – Voor de invulling van de vier producten van de generalistische basis GGZ zijn de randvoorwaarden bekend. De invulling in de praktijk is een zaak van de organisaties die de generalistische basis GGZ gaan uitvoeren en hun partners in de ketenzorg. Organisaties die zich met het oog op de komst van de generalistische basis GGZ al langer hebben verzelfstandigd, zoals Indigo, Prezens in Amsterdam en Lentis-Direct in Groningen, hebben zich gepositioneerd als instellingen die wijkgericht werken in samenhang met de eerstelijns gezondheidszorg (huisartsenzorg). Soms bieden deze organisaties de preventieve cursussen aan als laagdrempelige groepsbehandeling.

Uitdagingen– Wij pleiten voor een integratie van preventieve interventies voor geïn-
diceerde en selectieve preventie met de producten van de generalistische basis GGZ.
Hoe de invulling van de generalistische basis GGZ en de samenhang van deze zorg met
de zorg in de nulde en eerste lijn er uit gaat zien is nog grotendeels onbekend, maar
aanbieders hebben wel enige ruimte voor eigen invullingen (VWS Q&A POH-GGZ
en Generalistische Basis GGZ, 2013). Het lijkt wenselijk gezamenlijke producten te
ontwikkelen die ook een preventief aspect hebben. Daarbij kunnen bestaande effec-
tieve preventieve interventies een goed startpunt vormen. Deze gezamenlijke producten
zouden vervolgens als laagdrempelige behandeling aangeboden kunnen worden in
combinatie met de huisartsenzorg en de zorg in wijken en buurten.

Een voorbeeld is de signalering van behoeften aan preventieve ondersteuning bij naast-
betrokkenen en kinderen van cliënten in de generalistische basis GGZ (de POM-aanpak;
Duzijn & Veldhuis, 2006). Dit past goed in een familiebeleid zoals dat binnen de GGZ
wordt nagestreefd. Voor het bieden van verdere ondersteuning zou dan vervolgens
een beroep kunnen worden gedaan op de POH-GGZ of het welzijnswerk (bijvoorbeeld
steunpunten mantelzorg). Centra voor Jeugd & Gezin kunnen dan KOPP/KVO groepen
aanbieden.

Gespecialiseerde GGZ

Kader - De gespecialiseerde GGZ is bedoeld voor patiënten met ernstige psychische
problemen met een hoge mate van complexiteit. Deze zorg, geleverd door klinische en
ambulante afdelingen van GGZ- en verslavingszorginstellingen, wordt het eerste jaar
gefinancierd uit de ZVW en komt daarna voor rekening van de AWBZ. De zorg wordt
geleverd op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

Interventies – Alle interventies voor de preventieve ondersteuning van de naastbetrok-
kenen (mantelzorgers) en kinderen van cliënten zijn van toepassing in de gespeciali-
seerde GGZ. Zie ook tabel 1.

Situatieschets – In de gespecialiseerde GGZ blijft naar verwachting de zorg voor mensen
met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) centraal staan. Het aantal bedden
wordt afgebouwd en ambulante behandeling wordt het uitgangspunt. Dit heeft conse-
quenties voor de naaste omgeving zoals partners, kinderen, ouders en vrienden van deze
patiënten. Naastbetrokkenen zijn kwetsbaar voor overbelasting, depressie en angst.

Uitdaging – Het is van belang dat preventieve ondersteuning van naastbetrokkenen
en kinderen van cliënten in de gespecialiseerde GGZ uitgevoerd blijft worden. Dit sluit
aan op het familiebeleid dat vrijwel alle GGZ- en verslavingszorg instellingen inmid-
dels hebben opgesteld. Ook hier is de POM-aanpak geschikt voor het signaleren van
problemen van naastbetrokkenen van cliënten en het vaststellen van hun behoefte aan
ondersteuning. Voor volwassen naastbetrokkenen is er de preventie cursus Psychische
problemen in de familie. Deze cursus helpt naastbetrokkenen bij het omgaan met de
stoornis en de patiënt (Bransen e.a., 2013). Signalering en ondersteuning van naast-

betrokkenen past in de bekostiging van de behandeling van de patiënt (DBC) omdat veerkrachtige, geïnformeerde en vaardige naasten een positieve bijdrage kunnen leveren aan de behandeling en het herstel van patiënten (Van Erp e.a., 2009).

E-health

E-health is sterk in opmars en de mogelijkheden zijn nog nauwelijks te overzien. E-health moet volgens het Bestuurlijk Akkoord een belangrijke rol spelen bij het opvangen van de vraag aan ondersteuning bij psychische problemen. Zelfzorg is een veelgebezigde term die van toepassing is op zelfstandig te volgen preventieve interventies, online of als zelfhulpboek, die steun bieden bij levensgebeurtenissen of behandeling van klachten.

Uitdaging – Implementatie preventieve e-health interventies. In het voorgaande werden al diverse voorbeelden gegeven van het inzetten van e-health. Inzet in de huisartsenvoorziening, of als onderdeel van de behandeling in de basis en gespecialiseerde GGZ, raakt langzaam steeds meer ingeburgerd, maar veel individuele hulpverleners en kleinere organisaties zijn nog onbekend met het aanbod. Ook kan er nog veel verbeterd worden aan de toepassing en het gebruik van e-health interventies. Ontwikkeling van klachtgerichte interventies (voor bijvoorbeeld slapen en piekeren) voor toepassing in de huisartsenpraktijk lijkt een belangrijke aanvulling op het bestaande pakket. Zie ook: **E-health toepassen in zorg en preventie.**

E-health toepassen in zorg en preventie

Irene Helderma is programmamanager Preventie bij GGzE Direct in Eindhoven. Zij werkt aan de toepassing van de e-health producten in de behandelomgeving van de instelling, om zo optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden die de online interventies bieden. E-health is een must. Veel instellingen voor GGZ hebben zelf een aanbod gecreëerd of nemen diensten af van een van de aanbieders die op de markt actief zijn. Maar om e-health effectief en efficiënt in te kunnen zetten in het behandelaanbod is meer nodig. Zo wordt in Eindhoven nu geëxperimenteerd met het deels online uitvoeren van de intakeprocedure, waarbij de cliënt zich kan voorbereiden op het eerste gesprek. En met behulp van filmpjes raakt de cliënt alvast vertrouwd met behandelaars en de behandelsetting. Ook worden delen van het preventief groepsaanbod online uitgevoerd. Daarbij kunnen deelnemers aan groepscursussen elkaar met een app ondersteunen bij het uitvoeren van gezamenlijke huiswerkopdrachten.

Kernboodschap

In de nieuwe ordening van de GGZ is er binnen GGZ-instellingen steeds minder plaats voor aparte preventieafdelingen en verdwijnt de preventie-expertise in rap tempo. Overheid, zorgaanbieders en financiers streven naar een verbreding van preventieve GGZ en verslavingszorg naar wijkteams (universele en selectieve preventie), huisartsenzorg (met name geïndiceerde preventie) en geestelijke gezondheidszorg (zorggerelateerde preventie). De expertise in deze settings voor het uitvoeren van effectieve preventie is echter beperkt aanwezig, evenals inzicht bij betrokkenen in de hiervoor benodigde logistieke kanalen en bekostigingsstructuur. Vanwege de onverminderde relevantie van preventie van depressie, angststoornissen en schadelijk alcoholgebruik, zoals ook blijkt uit de landelijke en gemeentelijke gezondheidsnota's, is nodig dat de gemeentelijke zorg- en welzijnsector, huisartsenzorg en GGZ/verslavingszorg in onderlinge afstemming de uitvoeringspraktijk voor GGZ-preventie en deels ook verslavingspreventie opnieuw vorm geven. Daarbij bepleiten wij systematische introductie en facilitering van de uitvoering van geïndiceerde preventie in de huisartsenzorg door samenwerking van NHG, LHV, InEen, de Vereniging POH-GGZ, de GGZ- en verslavingspreventiesector en zorgverzekeraars. Deskundigheidsbevordering, aanpassing van opleidingen en ook experimenten met de inzet van E-health kunnen ervoor zorgen dat de kwaliteit en het bereik van de erkende preventieve interventies behouden blijft. Daarbij is samenwerking tussen (groepen) huisartsenpraktijken en (preventieafdelingen van) GGZ- en instellingen voor verslavingszorg essentieel.

Literatuur en websites

Websites

CGL I-database <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/zoeken-in-i-database/>

CGL Handreiking Gezonde Gemeente <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/>

CGL Erkenningstraject <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/kwaliteit-van-interventies/>

GGZ Connect/Basis GGZ http://www.ggz-connect.nl/berichten?theme_id=40

Transitiebureau WMO (VWS en VNG) <http://www.invoeringwmo.nl/>

Trimbos Preventie <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie>

VGZ <http://www.vgz.nl/over-vgz/wijknetwerken>

VWS <http://www.invoeringbasisggz.nl/>

Literatuur

- Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014. Ministerie van VWS, 2012.
- Bransen E, Gee A. de & Jonge M. de (2013). Psychische problemen in de familie: een groepscurcus voor mantelzorgers. TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 3, pp 139-142.
- Dijkstra M, Ruiters M. (2011). Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2010. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en Verslavingspreventie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Duzijn B. & Veldhuis M. (2006). Preventieve ondersteuning mantelzorgers; methode voor systematische opsporing en preventieve ondersteuning van mantelzorgers. Utrecht: Trimbos-instituut
- Erp N. van, Place C, Michon H. (2009). Familie in de langdurige GGZ. Deel 1: Interventies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Integrale zorg – naar nieuwe coalities in de zorg. Amsterdam: KPMG, 2013.
- NHG Standaard Depressie. Utrecht: NHG, 2012.
- NZa Regel POH GGZ. NZa, 2013
- NZa Regeling NR/CU 539 Generalistische Basis GGZ. NZa, 2013.
- Q&A Beleid POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ. Ministerie van VWS, 2013.
- Schotanus-Dijkstra M, Ruiters M, Poel A van der, Hosman C, Boon B (2013). Tien jaar monitor GGZ-preventie: inzichten en vraagstukken. Ontwikkelingen in organisatie, capaciteit, financiering en bereik. TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 91, 4: 216-233.
- Smit F, Vlasveld M, Beekman A, Cuijpers P, Schoevers R, Ruiters M, Boon B. (2013) Depressiepreventie. Stand van zaken, nieuwe richtingen (Programmeringsstudie ZonMw). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Splunteren P van, Boerema I, Steenkamer B, Regt M de. (2012) Handleiding bouwstenen zorgpaden basis GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut en ROS Netwerk.
- Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ. Ministerie van VWS, 2013
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM (2009). Effectieve kortdurende interventies voor psychische Problemen. Een kennissynthese over hun toepassing in de huisartsenvoorziening. Utrecht: NIVEL.

