



**Rapport met de inventarisatie en aanbevelingen  
rond depressiepreventie in Lelystad**

## **Rapport Depressiekring Lelystad**

April 2011

Opdrachtnemer: GGD Flevoland  
Afdeling Beleid & Onderzoek  
Boomgaardweg 4, Almere

Projectleden: Nienke Blokker, Beleidsmedewerker GGD Flevoland  
Linda Bolt, Onderzoeker GGD Flevoland  
Wim Lanphen, Beleidsmedewerker GGD Flevoland  
Peggy van Leeuwen, Medewerker (Digitale) Projecten GGD  
Flevoland  
Carola Meulenbroek, Gezondheidsbevorderaar GGD Flevoland

Contactpersoon: C. Meulenbroek  
Telefoonnummer: 036 535 7373  
Email: [c.meulenbroek@ggdflevoland.nl](mailto:c.meulenbroek@ggdflevoland.nl)

## Inhoudsopgave

<b>Aanleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>Hoofdstuk 1. Depressie en depressiepreventie</b> .....	<b>5</b>
1.1 Inleiding .....	5
1.2 Wat is depressie? .....	5
1.3 Hoe vaak komt het voor? .....	5
1.4 Zorg en kosten .....	5
1.5 Risicofactoren .....	6
1.6 Preventie .....	6
1.7 Tot slot .....	7
<b>Hoofdstuk 2. Inventarisatie</b> .....	<b>8</b>
2.1 Voorbereiding .....	8
2.2 Methode en de eerste bevindingen .....	9
2.3 Resultaten: Conclusies op basis van de gehouden interviews .....	9
2.4 Aanbeveling .....	11
<b>Hoofdstuk 3. Overzicht aanbod in Lelystad</b> .....	<b>12</b>
3.1 Inleiding .....	12
3.2 Ontwikkeling overzicht .....	12
<b>Hoofdstuk 4. Resultaten interactieve bijeenkomst</b> .....	<b>13</b>
4.1 Inleiding .....	13
4.2 Bereik, behoefte en vraaggericht samenwerken .....	13
4.3 Coördinatie van de zorg .....	13
4.4 Inzicht in aanbod en transparantie .....	13
4.5 'Schotten' beslechten .....	14
4.6 Eigen kracht én kracht van de omgeving versterken .....	14
4.7 Vervolg en afronding van dit rapport .....	14
<b>Nawoord</b> .....	<b>16</b>
<b>Bronvermelding</b> .....	<b>17</b>
<b>Bijlage 1. Criteria voor depressie volgens de DSM-IV</b> .....	<b>18</b>
<b>Bijlage 2. Rode draad uit interviews</b> .....	<b>19</b>
<b>Bijlage 3. Onderdeel uit Handreiking Gezonde Gemeente</b> .....	<b>21</b>
<b>Bijlage 4. Internettoepassingen depressie(preventie)</b> .....	<b>22</b>

## Aanleiding

### **Achtergrond**

Psychische problematieken, waaronder depressieve klachten en depressie<sup>1</sup>, zijn ook in de gemeente Lelystad een belangrijk gezondheidsprobleem. Uit de meest recente volwassenenenquête (2009) van GGD Flevoland blijkt dat 6% van de inwoners van Lelystad een hoog risico heeft op het ontwikkelen van een angststoornis of een depressie. Daarnaast heeft 29% van de inwoners van Lelystad een matig risico op het ontwikkelen van deze psychische problemen. Deze percentages staan gelijk aan het Flevolands gemiddelde. Ander onderzoek geeft een mogelijk verband aan tussen factoren zoals etniciteit en sociaal economische status en het ontwikkelen van een depressie ([De Graaf et al., 2005](#), [Van der Wurff et al., 2004](#)). Depressie is één van de zeven gezondheidsproblemen die in Flevoland als speerpunten zijn benoemd.

### **Opdracht**

Naar aanleiding van deze cijfers heeft de gemeente Lelystad, GGD Flevoland de opdracht gegeven om een inventarisatie te houden rond depressiepreventiemogelijkheden en activiteiten te ondernemen om het bestaande aanbod te optimaliseren. Kort gezegd hebben deze activiteiten als doel om:

- de actoren rond depressiepreventie en hun aanbod in kaart te brengen;
- samenwerking tussen diverse actoren in Lelystad te verbeteren;
- het bereik van bestaand aanbod te vergroten.

GGD Flevoland streeft er in dit project naar om samen met betrokken partijen te komen tot een integrale aanpak rond depressiepreventie, waarbij de samenwerking tussen bestaande partijen optimaal wordt benut om het aanbod af te stemmen op de vraag van de inwoners. Daarbij is het belangrijk om aandacht te hebben voor de individuele expertise van (keten)partners én voor het stimuleren van de 'eigen kracht' van inwoners van Lelystad.

### **Rapport; een concept**

Dit conceptrapport beschrijft de aandachtspunten die op basis van een literatuurstudie (hoofdstuk 1) en gesprekken met verschillende contactpersonen (samenvatting in hoofdstuk 2) zijn vastgesteld. Ook is tijdens dit project het aanbod depressiepreventie in kaart gebracht als een hulpmiddel voor professionals bij de verwijzing naar passend cursus- of begeleidingsaanbod (sociale kaart). Op de sociale kaart is zichtbaar welke plek het aanbod heeft in het netwerk rond depressiepreventie en is er aandacht voor het aanbod gericht op gerelateerde leefstijlonderwerpen.

Dit concept wordt als discussiestuk gebruikt tijdens een interactieve bijeenkomst met professionals.

---

<sup>1</sup> De gehanteerde definitie luidt: Iemand met een depressie heeft last van een hevige neerslachtigheid. Deze neerslachtigheid duurt minimaal twee weken. Bij een depressie is deze heviger en tast het dagelijks functioneren aan. (Bron: Trimbos Instituut)

## Hoofdstuk 1. Depressie en depressiepreventie

### 1.1 Inleiding

In de aanleiding is al even kort beschreven hoe vaak depressie voorkomt en wat risicofactoren zijn. Naar aanleiding van een literatuurstudie wordt er in dit hoofdstuk een verdere toelichting gegeven op depressie, zorg, kosten en preventie.

### 1.2 Wat is depressie?

Depressie is een stemmingstoornis. Het wordt gekenmerkt door hevige neerslachtigheid die minimaal twee weken aanhoudt en die het dagelijks functioneren aantast (zie bijlage 1 voor een volledig overzicht van de DSM IV criteria). Een periode waarin iemand voldoet aan de criteria voor depressie heet een depressieve episode, gemiddeld duurt een episode zes tot acht maanden. Veertig procent van de mensen met een depressie heeft binnen twee jaar een terugval. Een depressie kan negatieve gevolgen hebben voor het sociaal, emotioneel en lichamelijk functioneren en vermindert de maatschappelijke participatie.

### 1.3 Hoe vaak komt het voor?

In Nederland lijden per jaar ongeveer 643.000 volwassenen van 18 tot 65 jaar aan een stemmingstoornis, dit is zo'n 6% van deze leeftijdsgroep. Het grootste deel van de mensen met een stemmingstoornis lijdt aan een depressieve stoornis, namelijk ruwweg 545.000.

Er zijn geen regionale prevalentiecijfers bekend maar aangenomen mag worden dat de landelijke cijfers wat betreft het voorkomen van depressie ook voor de provincie Flevoland gelden. In de vierjaarlijkse gezondheidsenquêtes die GGD Flevoland uitvoert is gekeken naar het risico op een angststoornis of een depressie. Uit de meest recente enquêtes (senioren 2008, volwassenen 2009) blijkt dat van alle volwassen Flevolandse 30% een matig risico en 6% een ernstig risico op een angststoornis of depressie heeft. Voor senioren is dit respectievelijk 37% en 6%.

Voor Lelystad zijn deze percentages nagenoeg gelijk. Daar heeft 29% van de volwassenen en 39% van de senioren een matig risico. Zes procent van de volwassenen en 7% van de senioren heeft een hoog risico; dit betekent dat zo'n 3300 volwassenen en senioren in Lelystad een hoog risico op een angststoornis of depressie hebben. De enquête kan echter geen volledig beeld geven van de problematiek rond depressie in Lelystad omdat de enquête niet specifiek op dit onderwerp is gericht en het aantal vragen over dit onderwerp (om die reden) beperkt is. In hoofdstuk 4 (paragraaf 4.7) komen we daarom terug op dit punt.

### 1.4 Zorg en kosten

Een derde van de mensen met een depressie zoekt geen hulp, de overige twee derde zoekt wel hulp<sup>2</sup>.

Van de mensen die hulp zoeken bezoekt ongeveer de helft de eerste lijn, waarvan de meesten naar de huisarts gaan. Van de bezoekers die bij de huisarts komen, wordt het grootste deel alleen door de huisarts behandeld. In 6% van de eerste contacten wordt de patiënt doorverwezen, meestal is dit naar een vrijgevestigde psycholoog, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of een psychiater. In verdere contacten met de huisarts wordt nog slechts 2% doorverwezen, hierbij gaat het dan vaak om doorverwijzingen naar een psychiater.

Naast het zoeken van hulp in de eerste lijn wordt er door mensen met een depressie ook vaak hulp gezocht bij de GGZ en in mindere mate op het internet.

Depressie staat in de top vijf van ziekten met de grootste ziektelast door een groot verlies aan gezonde levensjaren. Dit betekent dat mensen lange tijd leven met hun ziekte en dus een verminderde kwaliteit van leven hebben. Daarnaast is depressie ook één van de duurdere ziekten. In 2005 waren de kosten voor zorg bij depressie 773 miljoen euro. Hiervan ging bijna 70% naar vrouwen en 30% naar mannen. Naast de hoge zorgkosten speelt ook mee dat mensen met een depressie zich vaker ziekmelden op hun werk wat tot grote gevolgen voor hun functioneren leidt en daarmee risicovol is voor de economie.

<sup>2</sup> Bron: National Kompas RIVM (2011).

### 1.5 Risicofactoren

Risicofactoren voor depressie zijn onder te verdelen in persoonsgebonden factoren, omgevingsfactoren en levensgebeurtenissen. In onderstaande tabel is hier een overzicht van te zien (overgenomen van Nationaal Kompas).

<b>Persoonsgebonden factoren</b>	<b>Kenmerken risico op depressie</b>
Geslacht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vrouwen</li> </ul>
Leeftijd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-45 jaar</li> </ul>
Genetische factoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen van ouders met depressie</li> </ul>
Persoonlijkheidskenmerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geremdheid</li> <li>• Geringe zelfwaardering</li> </ul>
Gezondheidstoestand	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronische lichamelijke ziekte</li> <li>• Psychische ziekte</li> </ul>
<b>Omgevingsfactoren</b>	
Sociale steun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weinig sociale steun</li> </ul>
Armoede	
<b>Levensgebeurtenissen</b>	
Traumatische ervaringen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mishandeling, emotionele verwaarlozing</li> <li>• Vluchtelingen</li> <li>• Gebeurtenissen op inter-persoonlijke vlak (vrouwen)</li> <li>• Aan gezondheidgerelateerde gebeurtenissen (ouderen)</li> </ul>

### 1.6 Preventie

Het doel van depressiepreventie is om te voorkomen dat mensen een depressieve stoornis ontwikkelen. Preventie kan zich op verschillende doelgroepen richten. Universele preventie richt zich op de algehele bevolking en heeft als doel attitudeverandering, gedragsverandering en kennisoverdracht. Selectieve preventie richt zich op risicogroepen en geïndiceerde preventie richt zich op mensen met beginnende depressieve klachten.

De belangrijkste aanbieders van interventies voor depressiepreventie zijn de preventie afdelingen van GGZ instellingen. Binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg spelen GGD'en een belangrijke rol, zij hebben zowel coördinerende als uitvoerende taken. In de eerste lijn gaat het bij depressiepreventie om vroegherkenning en geïndiceerde preventie, in de vorm van behandeling van klachten. Onder andere de huisarts, de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog en de bedrijfsarts zijn hiermee bezig. Ook de thuiszorg en stichtingen voor het welzijn van ouderen spelen een rol. Vanuit de nuldelijn zetten instanties als het Depressie Centrum en Korrelatie zich in voor depressiepreventie, voornamelijk door het geven van informatie.

Op landelijk niveau heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) depressiepreventie als speerpunt benoemd in haar laatste preventienota. De doelstelling is om het bereik van depressiepreventie te vergroten. In april 2011 verschijnt de nieuwe landelijke nota waarin, naar verwachting, depressiepreventie weer als één van de speerpunten wordt beschreven.

Een andere landelijke partij op het gebied van preventie is het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL). Het CGL beschikt over een interventiedatabase waarin alle leefstijlinterventies in Nederland in staan, ook die op het gebied van depressiepreventie. Daarnaast beoordeelt het CGL interventies op kwaliteit en effectiviteit en werkt het CGL samen met lokale en landelijke partners.

Interventies voor depressiepreventie verschillen in grote mate van elkaar. De vorm van de preventie is bijvoorbeeld afhankelijk van de doelgroep. Steeds vaker worden interventies via internet aangeboden. Hierdoor kan het bereik worden vergroot en bovendien zijn deze interventies vaak laagdrempelig, gratis en anoniem.

Vooraf bij mensen met depressieve klachten lijken interventies effectief te zijn. Voorbeelden van bewezen effectieve interventies gericht op het verminderen en/of voorkomen van klachten zijn de cursus 'In de put, uit de put' en de internetcursus 'Kleur je leven'. Deze laatste twee hebben als doel het herkennen, onderzoeken en veranderen van negatieve gedachten, ook wel cognitieve gedragstherapie genoemd. Van preventieve

interventies voor de algehele bevolking is het effect nauwelijks onderzocht. Ook over de kosteneffectiviteit is nog weinig bekend maar aangenomen wordt dat preventieve interventies kosteneffectief zullen zijn. De interventies zijn over het algemeen namelijk niet duur terwijl de ziekte waar ze zich op richten wel kostbaar is.

### **1.7 Tot slot**

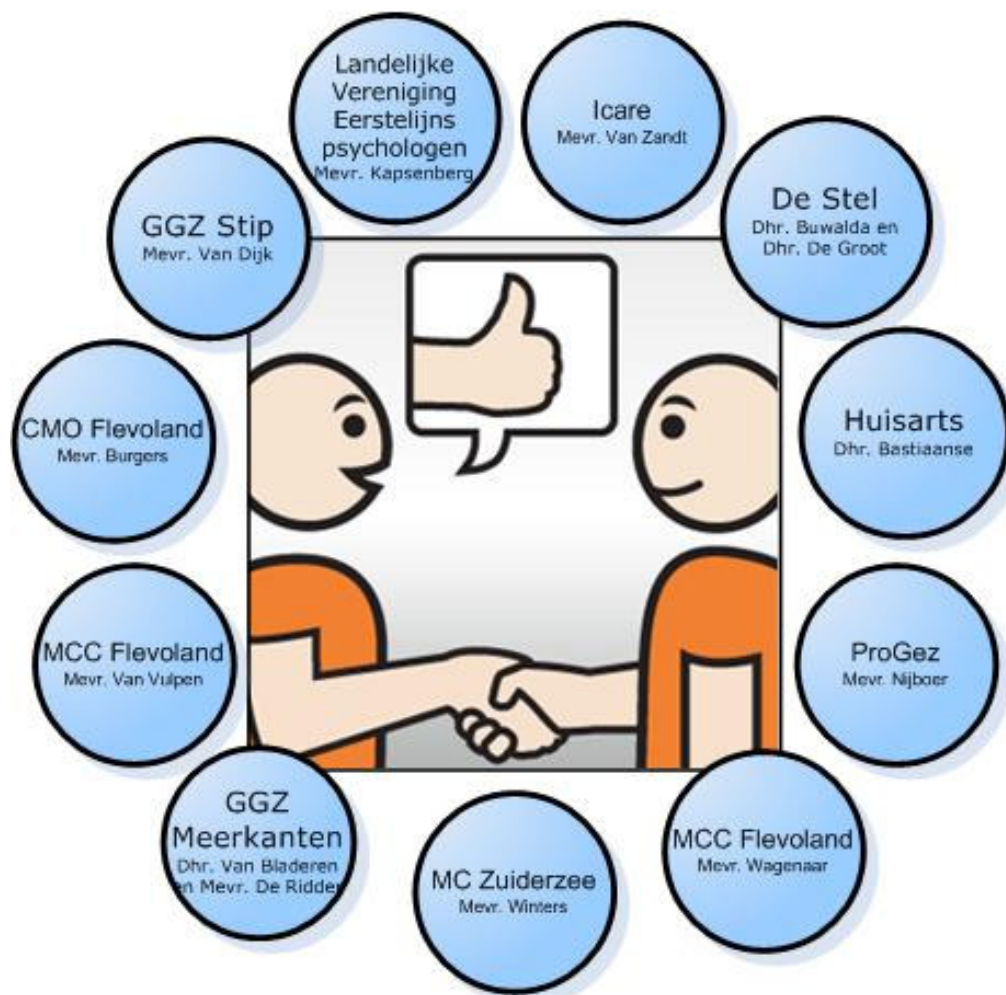
Uit bovenstaande blijkt dat depressie een veelvoorkomende ziekte is die gepaard gaat met een grote ziektelast (zoals een depressieve stemming, lichamelijke klachten, concentratieproblemen etcetera) en hoge kosten. Preventie van depressie is dan ook van groot belang. Hiervoor is het wel noodzakelijk om goed in te kaart te brengen wie betrokken zijn bij depressiepreventie en wie wat doet. In het vervolg van dit rapport zal dit voor de gemeente Lelystad uitgewerkt worden.

## Hoofdstuk 2. Inventarisatie

### 2.1 Voorbereiding

Ter voorbereiding op de inventarisatie in het werkveld zijn er gesprekken gevoerd met een aantal regionale partijen en lokale samenwerkingspartners met ervaring op het gebied van (projecten rondom) depressiepreventie. Zo hebben vertegenwoordigers van ProGez, Icare en MCC Flevoland advies gegeven naar aanleiding van het plan van aanpak en hebben zij contactpersonen in Lelystad genoemd. Met behulp van deze adviezen is het plan van aanpak aangepast.

Vervolgens zijn verschillende contactpersonen rond depressiepreventie in Lelystad geïnterviewd. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de geïnterviewde personen.





## 2.2 Methode en de eerste bevindingen

Uit de oriënterende gesprekken, de literatuurstudie en de eerste interviews (met mensen uit de eerste- en tweedelijnszorg<sup>3</sup>) kwamen een aantal aandachtspunten voor het vervolg van dit project.

*Bevinding:* In het vooronderzoek rees de vraag hoe de preventie van depressie daadwerkelijk vorm wordt gegeven. Op het moment dat iemand depressieve klachten heeft, is er al geen sprake meer van universele of primaire preventie<sup>4</sup>. Het probleem is dat iemand pas in beeld komt als er daadwerkelijk klachten zijn. Daarentegen zijn er wel risicogroepen te noemen (zie ook de literatuurstudie in hoofdstuk 1) en wezen de oriënterende gesprekken uit dat de meeste projecten rond depressiepreventie zich o.a. richten op het verbeteren van de vroegsignalering.

Daarop is besloten om niet alleen de zorg- of hulpverleners in kaart te brengen die zich direct met depressie bezig houden, maar ook de partners in het 'voorveld' te benoemen; de partners die zich met de 'risicofactoren' bezig houden (zoals verslavingszorg of schuldhulpverlening).

*Bevinding:* Een tweede vraag die al snel opspeelde, was in hoeverre een ketenaanpak passend is bij depressiepreventie. Een keten impliceert een hiërarchie die - gezien de grilligheid van het onderwerp (dat wil zeggen: veel verschillende risicogroepen en veel verschillende hulpverleners die op verschillende momenten in contact komen met de doelgroep) - niet passend is. Het lijkt daarom beter om, met betrekking tot het voorveld, te praten over een netwerk. Bij een netwerk is met name samenwerking van belang en is iedereen verantwoordelijk voor de activiteiten die bij depressie passen (zoals signaleren en doorverwijzen). In het netwerk zijn er hulpverleners die rechtstreeks te maken hebben met cliënten met depressie (ve klachten) en hulpverleners die te maken hebben met cliënten met risicofactoren voor een depressie. Deze laatste groep zouden we signaleerders kunnen noemen.

De aanname van een netwerk suggereert dat er ook een aantal sleutelposities in het netwerk (zouden moeten) zijn; ofwel personen die overzicht hebben op het netwerk.

De genoemde bevindingen en aannames zijn meegenomen in de daarop volgende interviews met professionals. De gehouden interviews hadden een open karakter maar waren wel gestructureerd aan de hand van vooraf vastgestelde thema's.

## 2.3 Resultaten: Conclusies op basis van de gehouden interviews

De rode draad uit de interviews is per thema beschreven. Hiervan is een uitgebreide beschrijving te vinden in bijlage 2. Op basis van de gehouden interviews zijn diverse conclusies over depressiepreventie in Lelystad te trekken. Deze worden hieronder toegelicht.

*Conclusie 1:* Het aanbod in Lelystad is divers en bevat aanbod rond universele preventie (er zijn geen klachten), selectieve preventie en curatie (behandeling van depressie). Echter, het bereik is niet optimaal waardoor het aanwezige aanbod niet volledig kan worden benut.

Alle professionals benoemen dat zij het bereik van het bestaande aanbod graag willen vergroten. Deelnemersaantallen vallen soms tegen waardoor het bestaande aanbod nog niet optimaal wordt benut. Als mogelijke oorzaken worden onder andere genoemd; een drempelverhogende setting,

---

<sup>3</sup> Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt zoals huisartsen, maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen. Tweedelijnszorg is de zorg waar een verwijzing voor nodig is.

<sup>4</sup> Universele preventie richt zich op de algehele bevolking en heeft als doel attitudeverandering, gedragsverandering en kennisoverdracht.

te weinig publiciteit voor het aanbod en een beperkte (onderlinge) doorverwijzing naar het aanbod.

- Conclusie 2:** *Er bestaan twee 'gremia' rond depressiepreventie waar een inwoner van Lelystad gebruik van kan maken: een medische omgeving en een maatschappelijke omgeving<sup>5</sup>.*  
In de medische omgeving bevinden zich de eerste- en tweedelijns zorgverleners zoals huisartsen, GGZ-Praktijk Ondersteuner Huisartsen (POH) en andere hulpverleners in gezondheidscentra, eerstelijns psychologen, professionals van GGZ Meerkanten en anderen. In de maatschappelijke omgeving bevinden zich bijvoorbeeld maatschappelijke instellingen en buurt- of wijkgerichte organisaties zoals GGZ Stip, Welzijn Lelystad of Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland (MDF). Beide omgevingen hebben wensen, behoeften en doelen die elkaar raken op het gebied van depressiepreventie maar zijn niet op elkaar afgestemd.
- Conclusie 3:** *Zowel professionals in de medische omgeving als in de maatschappelijke omgeving hebben aandacht voor de preventie van depressie en maken zich hard voor dit onderwerp. De meerwaarde van samenwerking binnen één omgeving wordt gezien maar is nog niet vormgegeven.*  
Er is op dit moment geen structureel overleg tussen verschillende organisaties binnen de medische omgeving. Wel is er incidenteel contact op inhoud; naar aanleiding van een concrete casus of vraag. In de maatschappelijke omgeving probeert men op dit moment een structurele overlegvorm op te zetten (Sociaal Café GGZ). Er is nog geen sprake van structurele samenwerking tussen de maatschappelijke en medische omgeving.
- Conclusie 4:** *De medische en maatschappelijke omgeving kunnen elkaar (nog) niet voldoende vinden en hebben (daardoor nu nog) geen gezamenlijke doelen en wensen. Als gevolg daarvan blijven kansen, met name voor het vergroten van het bereik en het creëren van aanbod dichtbij de inwoner, tot nu toe onbenut.*  
In de medische omgeving is er vaak een duidelijke zorgvraag van een inwoner: er zijn depressiviteitsklachten en men wil graag professioneel en passende zorg. Als het gaat om de preventie van depressie ontbreekt (op dat moment) een duidelijke zorgvraag, werkt de setting soms drempelverhogend en is werving een aandachtspunt. Daarentegen is de drempel naar de 'maatschappelijke omgeving' over het algemeen wat lager voor inwoners. Door de organisatiestructuur is de maatschappelijke omgeving niet altijd transparant en (daardoor) lastig bereikbaar voor de medische omgeving.
- Conclusie 5:** *In landelijke projecten en projecten in andere regio's worden vergelijkbare bevindingen gezien, namelijk: het is van belang om samenwerking rond depressiepreventie in de 'keten' en binnen een gemeente te versterken<sup>6</sup>.*  
Uit gesprekken met professionals die betrokken zijn bij vergelijkbare projecten in andere regio's en/of landelijke projecten rond depressiepreventie, blijkt dat zij veel herkennen in de bevindingen rond samenwerking, aanbod en bereik. Het netwerk en de medische en maatschappelijke omgeving wordt door hen niet als zodanig benoemd maar wel herkend.
- Conclusie 6:** *Voor de preventie van depressie, met in gedachte de WMO-uitgangspunten zoals 'het versterken van de eigen kracht van inwoners', is het van belang om de medische en maatschappelijke omgeving te verbinden.*  
Door de samenwerking binnen beide omgevingen te versterken én de samenwerking tussen de omgevingen te stimuleren, wordt het mogelijk om meer gebruik te maken van elkaars expertise en ervaring. Met gebundelde

---

<sup>5</sup> Tijdens dit project zijn er meer professionals uit de medische omgeving gesproken dan uit de maatschappelijke omgeving.

<sup>6</sup> Zo blijkt uit gesprekken met GGD NL over de ontwikkelingen in de vier grote gemeenten.

kennis kan het aanbod makkelijker worden aangepast op de behoefte van inwoners en/of bepaalde risicogroepen én kan de toeleiding tot het juiste aanbod worden vergroot.

#### **2.4 Aanbeveling**

Op basis van de bevindingen en aannames lijkt het meer verbinden van de maatschappelijke en medische omgeving een belangrijke stap richting het optimaal benutten van expertise en het vergroten van het bereik van het huidige aanbod. Beide omgevingen richten zich nu al op de preventie van depressie, hebben op sommige punten contact gelegd, maar kunnen nog meer gebruik maken van elkaars kennis om depressiviteitsklachten in een vroeg stadium te signaleren.

De maatschappelijke omgeving is bij uitstek een plek om participatie van inwoners te verhogen en activiteiten dicht(er)bij inwoners te brengen. Als de medische omgeving een deel van haar kennis over vroegsignalering en doorverwijzing kan overbrengen aan de maatschappelijke omgeving, kunnen vroegsignalering en (indien nodig) de toeleiding tot zorg worden verbeterd. Daarnaast is het van belang dat de maatschappelijke omgeving veel meer 'zichtbaar' wordt voor de professionals in de medische omgeving zodat zij cliënten/patiënten naar dit veld kunnen doorverwijzen.

Om direct in te spelen op de behoefte van professionals in Lelystad om elkaar beter te leren kennen (uit de inventarisatie) en om de zojuist beschreven aanbevelingen met hen te delen, is er een interactieve bijeenkomst belegd. Tijdens de bijeenkomst zijn professionals uit de maatschappelijke en medische omgeving gevraagd om mee te denken over het thema preventie bij depressie. Daarbij is niet alleen gekeken naar activiteiten die de maatschappelijke en medische omgeving verbinden maar ook naar de relatie tussen depressiviteitsklachten en het bestaande aanbod rond gerelateerde leefstijlthema's (zoals bewegen).

De genoemde aanbevelingen gaan met name over het inrichten van het aanbod wanneer iemand al depressieve klachten heeft. De eigenlijke 'preventie' van depressie begint al eerder; namelijk bij het versterken van de eigen kracht van inwoners en het vergroten en versterken van de sociale omgeving. Dit wordt ook door professionals herkend (zie hoofdstuk 4). Met voldoende 'eigen kracht' en een ondersteunende omgeving kunnen inwoners van Lelystad, nog voordat zich klachten voordoen, terugvallen op hun omgeving. Deze gedachte sluit aan bij de landelijke ontwikkeling vanuit het Partnership Depressiepreventie<sup>7</sup> en Loket Gezond Leven. Genoemde instituten wijzen erop dat integraal beleid rond depressiepreventie evident is en dat er daarbij ingezet moet worden op meerdere pijlers<sup>8</sup>, namelijk:

- Inrichting van de omgeving (zoals een veilige buurt, het stimuleren van sociale cohesie of het stimuleren van een groene omgeving).
- Voorlichting en educatie (zoals schoolprogramma's die zijn gericht op het ontwikkelen van sociaal-emotionele vaardigheden zoals assertiviteit en weerbaarheid).
- Signalering en advies (zoals het trainen van intermediairs in het herkennen van psychische problemen).
- Ondersteuning (zoals cursusaanbod voor mensen met depressieve klachten of gericht op risicogroepen).

Het is aan te bevelen om integraal beleid in Lelystad in te richten aan de hand van deze pijlers. Hierbij is het belangrijk om, naast deze huidige inventarisatie onder professionals, ook zicht te krijgen op de werkelijke vraag van inwoners en hun omgeving (passend bij de WMO-uitgangspunten waaronder het versterken van de 'eigenkracht' van de inwoners en diens omgeving en – in aanvulling daarop – het bieden van passende ondersteuning).

---

<sup>7</sup> Het Partnership Depressiepreventie is een initiatief van het ministerie van VWS en heeft als doel om de preventie van depressie landelijke en lokaal te verstevigen.

<sup>8</sup> Handreiking Gezonde Gemeente: depressie ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl))

## Hoofdstuk 3. Overzicht aanbod in Lelystad

### 3.1 Inleiding

In het kader van dit project is er ook gekeken naar het huidige aanbod rond depressiepreventie in Lelystad. Een overzicht van alle aanbieders wordt in een apart document bij het definitieve rapport gevoegd. Een verkorte versie van dit overzicht wordt binnenkort op internet geplaatst ([www.ggdflerland.nl](http://www.ggdflerland.nl)).

Het overzicht is bedoeld als hulpmiddel voor professionals bij het doorverwijzen van een cliënt/patiënt naar passend aanbod. In de opzet is met een kleurenindeling getracht helder aan te geven welk aanbod passend is bij welke mate van depressiviteitsklachten. In het overzicht staat het aanbod gericht op de behandeling van depressie (rood), het aanbod gericht op het verminderen en/of controleren van (beginnende) depressiviteitsklachten (oranje) en het aanbod gericht op gerelateerde leefstijlthema's voor het versterken van de eigen kracht en de sociale omgeving (groen).

### 3.2 Ontwikkeling overzicht

Voor het ontwikkelen van het overzicht zijn gegevens uit de database van GGD Flevoland, genaamd Socard, gefilterd op het aanbod in Lelystad. Naar aanleiding van de literatuurstudie en de interviews is beschreven welke soorten aanbieders betrokken zijn bij het thema depressiepreventie (bijvoorbeeld maatschappelijk werk of verslavingszorg als het gaat om het signaleren van risicogroepen). Op die manier ontstond er een beeld over het netwerk in Lelystad, welke tussentijds steeds tijdens de interviews met professionals is getoetst. Op basis van dat netwerk is handmatig op trefwoorden gezocht en zijn de gegevens vervolgens gesorteerd op het type aanbod (rood, oranje en groen).

Naast het overzicht van (fysieke) aanbieders is bekeken welke digitale mogelijkheden er rond depressiepreventie zijn. Het digitale aanbod, de zogenaamde e-health programma's, is toegevoegd aan het overzicht en apart te lezen in bijlage 3. Per programma is uitgezocht voor welke doelgroep het kan worden ingezet en in hoeverre het wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast is bekeken of een verwijzing door een professional noodzakelijk is.

## Hoofdstuk 4. Resultaten interactieve bijeenkomst

### 4.1 Inleiding

Naar aanleiding van de resultaten uit de inventarisatie is een bijeenkomst met professionals georganiseerd. De genodigden reageerden enthousiast op de uitnodiging en de bijeenkomst kende deelnemers met hele diverse achtergronden en van verschillende organisaties. Tijdens de bijeenkomst werden de resultaten van de inventarisatie gepresenteerd, informatie (en mogelijk inspiratie) gegeven vanuit GGD Nederland over ontwikkelingen in andere regio's en werd door de professionals gediscussieerd over depressiepreventie in Lelystad. De laatste discussie ging met name over de manier waarop de medische en de maatschappelijke omgeving met elkaar kunnen worden verbonden en over het versterken van de eigen kracht van inwoners. In dit hoofdstuk worden de voornaamste discussiepunten en de resultaten van de bijeenkomst benoemd.

### 4.2 Bereik, behoefte en vraaggericht samenwerken

Uit de inventarisatie bleek al dat het huidige aanbod, door een beperkt bereik, niet optimaal kan worden benut. Tijdens de bijeenkomst werd daarop aanvullend gediscussieerd over de vraag of met het huidige aanbod wel de 'juiste' mensen worden bereikt. Vooral mensen die de meeste baat hebben bij depressiepreventie, zullen daar uit zichzelf geen gebruik van maken. Daar lijken een aantal 'blinde vlekken' te zitten: professionals hebben die mensen niet in beeld. Daarnaast is niet bekend welke behoefte die mensen hebben waardoor onduidelijk is of het bestaande aanbod wel voldoet. Kortom: "Er is veel (aanbod) in Lelystad maar sluit het aanbod voldoende aan bij de vraag?".

Hier wordt de meerwaarde van samenwerking gezien door professionals. Samen hebben zij meer mensen 'in beeld' en zouden makkelijker hun behoeften kunnen nagaan. Daarbij is vraaggericht werken een sleutelbegrip. Het zou mooi zijn als deze informatie onderling kan worden uitgewisseld middels een netwerk van professionals. Daarbij moet de lijn naar de maatschappelijke omgeving waaronder welzijnswerk, inloophuizen en dergelijke worden versterkt.

### 4.3 Coördinatie van de zorg

In het verlengde van de discussie over de behoefte van inwoners van Lelystad werd het belang van de coördinatie van de zorg benoemd. Rond depressie spelen vaak meerdere problemen (multiproblematiek) waardoor er verschillende hulpverleners betrokken zijn. Om het hoofd te bieden aan de verschillende problemen hebben mensen behoefte aan iemand die overzicht geeft/heeft op de problematiek en die hen op het juiste spoor zet om een probleem aan te pakken. Het gebrek aan een dergelijke 'coördinator' lijkt belangrijker dan knelpunten zoals wachttijden voor een cursus rond depressiepreventie, taalbarrières en dergelijke.

Belangrijk in het kader van de coördinatie is te noemen dat er tijdens de bijeenkomst een aantal sleutelfuncties in verschillende settings werd vastgesteld zoals de POH-GGZ en de maatschappelijk werkers in gezondheidscentra en de Zichtbare schakel in wijken. Deze professionals 'slaan een brug' tussen de medische en de maatschappelijke omgeving en zijn goed toegankelijk voor inwoners (laagdrempelig). Het is aan iedere organisatie om de coördinatie van haar individuele depressiezorg in Lelystad goed te regelen.

### 4.4 Inzicht in aanbod en transparantie

De professionals waarderen het overzicht op het huidige aanbod (sociale kaart) als positief, al is er nog ruimte voor discussie over de indeling. Naast een overzicht op het aanbod blijkt het voor professionals ook belangrijk te weten welke hulpverleners betrokken zijn bij het aanbod. Dit is nodig om in te kunnen schatten of het aanbod in zijn totaliteit voldoende matched met de hulpvrager. Daarvoor moeten professionals elkaar (s werkwijze) dus toch 'kennen'. Ook hier wordt genoemd dat de lijn naar welzijnsorganisaties moet worden versterkt.

Het aanbod zelf staat niet ter discussie: tijdens de inventarisatie werd al geconcludeerd dat dit in Lelystad zeer divers is. Wel wordt er een nieuwe trend gezien waar het Lelystadse aanbod meer op moet worden afgestemd. Het aanbod wordt aantrekkelijker wanneer het een 'luchtige' titel heeft, kortdurend is en van een positieve benadering uitgaat.

#### **4.5 'Schotten' beslechten**

Er wordt gesproken over de 'schotten' die tussen de verschillende organisaties zijn ontstaan door onder andere marktwerking en veranderende regelgeving vanuit de overheid. Dit heeft het werkveld op sommige punten verhard. Het 'met elkaar om de tafel zitten', samenwerking op thema en komen tot een samenhangend product waarbij iedereen volledig tot zijn recht komt, is daarom waardevol. Daarmee is echter het probleem van schotten tussen de financiering nog niet opgelost.

#### **4.6 Eigen kracht én kracht van de omgeving versterken**

Tijdens de bijeenkomst wordt de term 'Empowerment' als positief bestempeld omdat deze preventie, eigen kracht en zelfredzaamheid vertegenwoordigt. Professionals zijn erover uit dat zij de eigen kracht van mensen willen versterken. Als dit optimaal kan worden doorgevoerd, biedt misschien zelfs een 'train-de-trainer concept' uitkomst: inwoners die in hun eigen kracht zijn gezet, kunnen anderen daar ook in begeleiden.

#### **4.7 Vervolg en afronding van dit rapport**

Na de bijeenkomst is er een afspraak gepland om met een aantal aanwezigen verder te praten. Bij deze afspraak waren Maatschappelijke Dienst Flevoland, GGZ Meerkanten, Welzijn Lelystad, GGZ Stip, CMO Flevoland, de Zichtbare Schakel (Icare) en GGD Flevoland vertegenwoordigd. Deze groep wordt in dit document verder benoemd als werkgroep. De afspraak had als doel om na te gaan of deze organisaties zich konden vinden in de manier waarop de resultaten van de bijeenkomst op 1 maart zijn beschreven (c.q. het rapport goed af te ronden) en om deze resultaten om te buigen tot meer concrete afspraken onderling.

Uit het overleg komen de volgende punten naar voren:

##### **Risicofactoren binnen gemeente Lelystad vragen aandacht**

Als belangrijke aanvulling op het rapport noemt de werkgroep een aantal gemeente-specifieke risicofactoren die maken dat depressiepreventie bijzondere aandacht vraagt binnen de gemeente Lelystad. Zo kent Lelystad een relatief grote groep niet-westerse allochtonen én inwoners met een lage sociaal economische status. Beide groepen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie<sup>9</sup> en daarom is het voor de gemeente belangrijk in te zetten op depressiepreventie (gericht op specifieke doelgroepen).

##### **Interactieve website met overzicht van het aanbod is belangrijk**

Om het aanbod rond depressie(preventie) laagdrempelig te maken, vindt de werkgroep het belangrijk dat het ontwikkelde overzicht up-to-date wordt gehouden en digitaal wordt aangeboden; ook voor inwoners. De huidige lokatie van het overzicht (op [www.ggdlevoland.nl](http://www.ggdlevoland.nl)) is waarschijnlijk niet vindbaar voor inwoners. Om inwoners voldoende te prikkelen zou een interactieve website (waarbij de inwoner advies krijgt over zijn/haar persoonlijke situatie) beter zijn, waarbij het overzicht een onderdeel is van de website als geheel. De vraag aan de gemeente is of zij dit punt op kunnen pakken.

---

<sup>9</sup> Bron: Nationaal Kompas RIVM (met verwijzing naar: De Graaf et al. (2005) en Van Der Wurff et al. (2004)).

### **Acties vanuit de verschillende organisaties**

Samengevat zijn er zijn drie punten die de aandacht hebben van deze werkgroep, namelijk:

1. Het netwerk van professionals in Lelystad (en het bestendigen daarvan middels een lokaal symposium).
2. Vroegsignalering (o.a. middels deskundigheidsbevordering).
3. Aanbod doorgaand maken (zodat een inwoner ten allen tijde kan instromen).

De werkgroep spreekt uit dat ze in deze samenstelling graag verder willen denken over de invulling van genoemde punten en daartoe wordt een vervolgspraak gemaakt.

## Nawoord

Mede dankzij de bijdrage van de diverse lokale partners heeft GGD Flevoland de opdracht van gemeente Lelystad met mooie resultaten kunnen afronden.

De actoren rond depressiepreventie en hun aanbod zijn in kaart gebracht en door de inventarisatie is er meer zicht gekomen op de huidige situatie rond depressiepreventie. Daarnaast zijn vertegenwoordigers van verschillende organisaties met elkaar in gesprek gegaan. De discussie die door de organisaties onderling is gevoerd, was interessant en heeft geleid tot een gesprek over hoe men elkaar meer kan ondersteunen/kan vinden. Deze discussie kan mogelijk bijdragen aan het verder vormgeven en verbeteren van de onderlinge samenwerking in Lelystad. Naar aanleiding van de discussie en de inventarisatie zijn er ook een aantal concrete aanbevelingen aangereikt aan de gemeente, met als doel om depressiepreventie in Lelystad te kunnen optimaliseren. Er is draagvlak gecreëerd en een aantal organisaties zijn bereid gevonden om verder te denken over de concrete invulling ten behoeve van depressiepreventie, het netwerk, deskundigheidsbevordering en bereik van het aanbod.

Met deze mooie resultaten sluiten we het onderzoek naar aanbod van depressiepreventie in Lelystad af. We hebben inzicht gekregen in de huidige situatie door de bril van professionals. In het kader van integraal beleid zou het ook goed zijn om depressiepreventie in Lelystad te bekijken door de bril van beleidsmakers en inwoners. Het verdient aanbeveling dit mee te nemen en integraal beleid hierop te gaan vormgeven. De 'Handreiking Gezonde Gemeente' (te vinden op [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)) biedt een leidraad bij het vertalen van beleidsdoelstellingen naar een concreet uitvoeringsprogramma.



## Bronvermelding

- Loket gezond Leven (<http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/>) (2011).
- Nationaal kompas RIVM (<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/>) (2011).
- Graaf R. de, Have M. ten, Dorsselaer S. van, Schoemaker C., Beekman A., Vollebergh W. Verschillen **tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit. Resultaten van Nemesis.** Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 2005c; 60(7/8): 703-716
- Wurff F.B. van der, Beekman A.T., Dijkshoorn H., Spijker J.A., Smits C.H., Stek M.L., et al. **Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands.** J. Affect. Disord., 2004; 83 (1): 33-41.

## **Bijlage 1. Criteria voor depressie volgens de DSM-IV**

Iemand heeft een depressieve stoornis volgens de DSM-IV (codes 296.2 en 296.3) wanneer hij of zij gedurende minimaal twee weken last heeft van ten minste vijf van de negen onderstaande symptomen.

Van de twee kernsymptomen moet er minstens één aanwezig zijn:

- Een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag;
- Een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

Daarnaast dienen nog minimaal drie of vier overige symptomen aanwezig te zijn:

- Eetproblemen (heel veel of juist heel weinig eten) en veranderingen in het gewicht;
- Slaapproblemen;
- Geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd;
- Vermoeidheid en verlies van energie;
- Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld;
- Concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid;
- Terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding.

## **Bijlage 2. Rode draad uit interviews**

### ***Aanbod en bereik***

Het aanbod rond depressiepreventie in Lelystad wordt in verschillende settings teruggezien. Vanuit de eerste- en tweedelijnszorg worden diverse, op depressiepreventie gerichte, trainingen of cursussen aangeboden, is signalering een aandachtspunt en wordt er doorverwezen naar passend aanbod in de gemeente. Ook welzijnsorganisaties signaleren, verwijzen door of hebben zelf aanbod op het gebied van depressiepreventie. Waar de setting het toelaat, wordt gekeken of een patiënt/cliënt ook daadwerkelijk passend aanbod krijgt of heeft gekregen. Het volgen van een patiënt/cliënt door het inplannen van extra gesprekken, is niet altijd mogelijk bijvoorbeeld vanwege financieringsstructuren.

Alle partijen geven aan dat het wenselijk is om het bereik van het huidige aanbod te vergroten; nu vallen deelnemersaantallen tegen terwijl er wel een behoefte wordt gesignaleerd. Er worden verschillende oorzaken genoemd voor de beperkte deelname zoals onvoldoende bekendheid onder inwoners, onvoldoende publiciteit voor het aanbod, onvoldoende doorverwijzing of het feit dat het preventieaanbod zich in een tweedelijnszorg setting bevindt (wat drempel-verhogend werkt voor een aanmelding).

Een ander knelpunt op dit moment is de wachttijd tot aan de start van passend aanbod; een cursus/training wordt veelal cyclisch aangeboden waardoor inwoners soms moeten wachten voordat een cursus begint. Zorgverleners moeten inwoners dan proberen 'in beeld te houden' tot de start van een cursus; iets wat bij deze doelgroep niet altijd gemakkelijk is.

Tot (laagdrempelig) aanbod behoren ook digitale programma's voor depressiepreventie (e-health). E-health programma's zijn specifiek ontwikkeld voor depressiepreventie en hebben als doel om depressieve klachten te verminderen of niet verder toe te laten nemen. Voor een deel van de mensen met depressieve klachten is een dergelijk programma toereikend maar dat geldt lang niet voor iedereen. E-health kan ook als onderdeel van een behandeling worden ingezet. Een groot aantal van de bestaande programma's wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Desondanks is het aantal hulpverleners wat in dit kader op e-health wijst beperkt. Binnen sommige gremia wordt zelfs weerstand ervaren tegen het gebruik van e-health programma's.

De diverse gremia hebben niet alleen ideeën over het vergroten van het bereik maar ook over aanpassingen in het aanbod zelf. Zo hebben verschillende partijen de wens om met risicogroepen aan de slag te gaan en aanbod, naar behoefte, verder in te vullen. Het gebrek aan budget is een belangrijk knelpunt waardoor zulke ideeën niet tot uitvoer komen.

### ***Signalering***

Vroegsignalering is een belangrijk aangrijpingspunt voor de preventie van depressie. In de eerste lijn worden richtlijnen gehanteerd voor signalering. In het kader van signalering wordt wel (regelmatige bij)scholing en deskundigheidsbevordering genoemd als voorwaarden om goed en vroegtijdig te kunnen signaleren. Duidelijke knelpunten rond signalering komen echter tijdens deze inventarisatie niet naar voren. Knelpunten zijn meer gericht op het toeleiden naar passend aanbod.

### ***Samenwerking***

Alle partijen zien het belang van depressiepreventie en – gezien de groei van mensen met psychische problematiek - de toenemende noodzaak hierop in te zetten. Dit blijkt ook uit een enquête die in 2009 is gehouden door ProGez onder 1<sup>e</sup> lijns zorgaanbieders. Daarin gaven deze zorgaanbieders aan dat zij 'depressie' als één van de belangrijkste gespreksonderwerpen zien voor de gemeente Lelystad ('depressie' ging hier gelijk op met het onderwerp 'jeugd').

Binnen organisaties/instellingen vindt regelmatig overleg plaats tussen de verschillende disciplines. Tijdens een dergelijk overleg komt ook depressiepreventie aan bod. Hoewel de interne afstemming veel aandacht krijgt en diverse partijen elkaar (extern) weten te vinden op basis van een concrete vraag, is er geen structureel lokaal overleg meer over depressie en preventie in Lelystad. In het verleden bestond het regionale 'Platform Depressiepreventie'. Echter, een aantal jaren geleden vond dit geen voedingsbodem meer en verdween het platform. De oorzaak daarvan is onduidelijk maar men heeft het vermoeden dat de concurrentie tussen verschillende organisaties een rol speelde bij de weerstand om onderling af te stemmen.

Verschillende partijen hebben de wens om samenwerking met anderen te intensiveren, met als doel aanbod voor een bepaalde doelgroep te ontwikkelen of het bereik te vergroten. Daarnaast ziet men het belang om bestaand aanbod 'dichterbij de inwoner' te brengen. De inzet van een GGZ-POH (als sleutelfiguur in het netwerk) biedt hierin kansen, maar het aantal GGZ-POH in gezondheidscentra in Lelystad is beperkt. Daarbij zijn de GGZ-POH nog zoekende naar verdere invulling van hun, relatief nieuwe, functie.

De diverse partijen in Lelystad signaleren en verwijzen naar elkaar door. Een aandachtspunt is dat een eenduidig beeld van het volledige 'speelveld' op het gebied van depressiepreventie ontbreekt. Alle professionals hebben een eigen sociale kaart met daarop aanbieders uit hun netwerk.

### **Bijlage 3. Onderdeel uit Handreiking Gezonde Gemeente**

([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl))

#### **Een samenhangend en integraal beleid**

Gezondheid wordt door verschillende factoren ('determinanten') beïnvloed. Het veelgebruikte model van Lalonde maakt duidelijk dat gemeenten met hun gezondheidsbeleid kunnen inspelen op meerdere factoren die de gezondheid beïnvloeden: omgeving (sociaal en fysiek), leefstijl en gezondheidszorg.

#### **Maatregelen op andere beleidsterreinen**

Veel van deze factoren zijn niet direct vanuit gezondheidsbeleid te beïnvloeden, maar vereisen maatregelen op andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, ruimtelijke ordening, sociale zaken of milieu. Andersom kan gezondheid een bijdrage leveren aan de doelstellingen van andere beleidssectoren: gezonde kinderen kunnen beter leren, gezonde burgers kunnen aan het werk of op andere fronten 'meedoen' in de maatschappij. Dit vraagt om beleid dat erop gericht is om gezondheid of determinanten hiervan in samenhang te beïnvloeden. Dit beleid richt zich niet alleen op het individu, maar ook op zijn of haar omgeving.

#### **Van beleid naar uitvoer**

Een samenhangende visie op depressiepreventie stoelt op een integrale aanpak, een geïntegreerde benadering van deelproblemen en intersectoraal werken. De beleidsformulering begint met het verkennen van de mogelijkheden voor een dergelijke aanpak. De vijf pijlers helpen daarbij.

De beleidsuitvoering begint met een vertaling van alle doelstellingen naar een concreet uitvoeringsprogramma. Op basis van de vijf pijlers van integraal beleid stelt de gemeente met partners een lokale mix van interventies samen. Welke pijlers worden ingezet, hangt af van de doelstellingen en doelgroepen.

**Pijler 1:** inrichting van de omgeving

**Pijler 2:** op depressiepreventie is regelgeving en handhaving niet van toepassing

**Pijler 3:** voorlichting en educatie

**Pijler 4:** signalering en advies

**Pijler 5:** ondersteuning

## Bijlage 4. Internettoepassingen depressie(preventie)

Op internet is een groot aanbod aan informatieve websites over psychische klachten en depressie. Veel van deze sites bieden naast informatie ook zelftests, fora, chatboxen, blogs en e-mailcontacten met zowel lotgenoten als hulpverleners.

De website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) is een website op het gebied van zorg, zorgverzekeringen en gezondheid en wordt gemaakt door het centrum VTV van het RIVM. De website is bedoeld als hulpmiddel bij het maken van keuzes op eerder genoemde gebieden en biedt, onder andere, een overzicht van zorgverleners op het gebied van e-mental health. Voor het onderwerp depressie toont het overzicht 47 websites. Voor elke website wordt vermeld wat het is, voor wie het is, wie de aanbieder is, of de site vrij toegankelijk is, of het anoniem is, wat de kosten zijn en of de effectiviteit onderzocht is.

Als voordelen van e-mental health worden met name laagdrempeligheid en anonimiteit genoemd. Verder kan men vaak zelf kiezen waar, wanneer en in welk tempo de behandeling gevolgd wordt.

Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van online behandelingen en zelfhulp bij depressie. Uit het onderzoek blijkt dat de online zelfhulpbehandeling 'Kleur je leven' (ontwikkeld door het Trimbos-Instituut) zonder professionele begeleiding net zo weinig effectief is als huisartsenzorg bij *ernstige* depressies. Voor milde depressieve klachten of preventie lijkt deze cursus wel veelbelovend te zijn. Verder is gebleken dat de kosten lager zijn dan reguliere huisartsenzorg.

De cursus 'Beating the blues' is onder andere in Groot-Brittannië wetenschappelijk onderzocht. De conclusies zijn dat het goed toepasbaar, effectief en waarschijnlijk ook kosteneffectief is.

De internetcursussen 'Kleur je leven' en 'Grip op je dip' zijn onderzocht door het Centrum Gezond Leven (CGL) en zijn respectievelijk bewezen effectief en wetenschappelijk goed onderbouwd.

Enkele andere cursussen zijn ontwikkeld door universiteiten en worden meteen/vooraf onderzocht op effectiviteit.

In onderstaande tabel is een overzicht te vinden van online cursussen en therapieën.

<b>Internet-toepassing</b>	<b>Webadres</b>	<b>Wat?</b>	<b>Voor wie geschikt?</b>	<b>Verwijzing nodig?</b>	<b>Kosten</b>	<b>Vergoed door verzekering</b>	<b>Wetenschappelijke onderbouwing/getest?</b>	<b>Extra</b>
Beating the Blues	<a href="http://www.beatingtheblues.nl">www.beatingtheblues.nl</a>	- Interactief computerprogramma - 8 online sessies van 1u + 3 face-to-face sessies - Cognitieve gedragstherapie (CGT)	- Voor milde tot matige depressieve klachten - 18+	Ja	?	Ja	Ja (getest in Groot Britannië - zie website voor referenties)	In Lelystad aangeboden door: Bureau voor psychologisch Advies Kapsenberg
Moodlifter	<a href="http://www.moodlifter.nl">www.moodlifter.nl</a>	- Online zelfhulpprogramma bij somberheid - 5 online sessies van 20min	- Bij somberheidsklachten - 18+	Nee	€69,95	Nee	Onderzoek bezig, zie ook BtB	Ontwikkeld in het verlengde van BtB
Kleur je leven	<a href="http://www.kleurjeleven.nl">www.kleurjeleven.nl</a>	- Internetcursus - 8 lessen + 1 opfrisles van 30min (opdrachten 1 a 2u p/w) - CGT	- Bij sombere gevoelens of mild depressieve klachten - 18-55jr & 55+	Nee	€200,00	Ja	Bewezen effectief (CGL)	- Ontwikkeld door Trimbos-Instituut - 2 versies voor verschillende lftd, verschil zit in de voorbeelden ed
Interapy	<a href="http://www.interapy.nl">www.interapy.nl</a>	- Online contact met psycholoog via persoonlijke website (geen chat) - gem. 21 wk - CGT	- Bij milde en ernstige klachten - 16+	Ja	?	Ja	Ja, o.a. door UvA, zie website	Ook voor andere psychische klachten
Virenze internettherapie	<a href="http://www.virenze-internettherapie.nl">www.virenze-internettherapie.nl</a>	- Online therapie + tel. + face-to-face - Klachten verminderen en terugval voorkomen - 20-25 wk	- Lichte tot matige depressie	Ja	?	Ja	?	Ook voor andere psychische klachten
Webzorg	<a href="http://www.webzorg.nl">www.webzorg.nl</a>	- Internetbehandeling + tel. - 4-6mnd - CGT	- Depressieve klachten	Ja/Nee	?	Ja/Nee	?	- Ook voor andere psychische klachten - Kan anoniem, zonder verwijzing, dan niet vergoed
Internettherapie	<a href="http://www.internettherapie.nl">www.internettherapie.nl</a>	- 8 hoofdstukken en opdrachten - CGT	- Licht depressieve klachten	?	Gratis?	?	?	Auteurs: GGZ Delfland, verder bijna geen info te vinden

Depressievrij	<a href="http://www.depressievrij.nl">www.depressievrij.nl</a>	- Internettraining voor verminderen van de kans op terugkerende depressie - 8 lessen	- Volwassenen die depressie hebben gehad	?	?	?	Wordt momenteel onderzocht op effectiviteit door RuG	Training alleen mogelijk via deelname aan onderzoek RuG!
<b>Jongeren</b>								
Grip op je Dip Online	<a href="http://www.gripopjedip.nl">www.gripopjedip.nl</a>	- Online groepscursus in beveiligde chatbox - 6 online bijeenkomsten van 1,5u (opdrachten 1u p/w)	- Jongeren met depressieve klachten, die niet lekker in hun vel zitten - 16-25jr	? Waarschijnlijk niet	Gratis	nvt	Theoretisch goed onderbouwd (CGL)	Onderdeel van informatieve website
Alles onder controle	<a href="http://www.allesondercontrole.nu">www.allesondercontrole.nu</a>	- Online cursus, begeleiding per email - 5 lessen van 30min + opdrachten	- Jongeren, somber of angstig - 12-21jr	? Waarschijnlijk niet	?	?	Wordt onderzocht door VU	Ontwikkeld door VU
PratenOnline.nl	<a href="http://www.pratenonline.nl">www.pratenonline.nl</a>	- Via chat praten met professional	- Jongeren met depressieve klachten - 12-23jr	? Waarschijnlijk niet	Gratis	nvt	Wordt momenteel (?) onderzocht door Trimbos-Instituut	-



