



Uitvoeringsprogramma preventie van depressie in Zuid-Holland Zuid

2008-2011

Opgesteld in samenwerking met:

CliëntenBelangenBureau Dordrecht



DE
GROTE
RIVIEREN



Versie 2.0

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Visie op preventie van depressie	7
3	Werken aan een sluitende keten en een integrale aanpak	8
4	Preventie van depressie bij jeugd en jongeren	11
5	Preventie van depressie bij ouderen	14
6	Preventie van depressie bij allochtonen	16
7	Risico's	19
8	Programmaorganisatie	19
9	Communicatie	19
10	Evaluatie	20
11	Financieel kader	21

1 Inleiding

1.1 Opdracht

Op 6 maart 2008 heeft het portefeuillehoudersoverleg volksgezondheid ZHZ besloten om de GGD ZHZ de opdracht te geven om de regionale beleidsopgaven tot uitvoering te brengen en de gezamenlijke regionale doelstellingen op het gebied van psychosociale problematiek te realiseren.

De GGD ZHZ gaat hiervoor als hoofdaannemer fungeren en verricht hiervoor de volgende taken:

- Opstellen van een uitvoeringsprogramma en uitvoeren van de wettelijke taken
- Algehele regionale programma en projectmanagement
- Contracteren van regionale en lokale uitvoeringspartijen
- Opstellen van voortgang –en eindrapportages, inclusief evaluatie en advies

Met het formuleren van dit uitvoeringsprogramma wordt aan het eerste deel van deze taak voldaan.

Reikwijdte van de opdracht

Preventie in de openbare gezondheidszorg omvat vier domeinen. Het gaat om universele preventie (gericht op de gehele, nog gezonde bevolking), selectieve preventie (gericht op specifieke groepen met een verhoogd gezondheidsrisico), geïndiceerde preventie (gericht op mensen met gezondheidsklachten) en zorggerichte preventie (gericht op zieke mensen en het voorkomen van morbiditeit).

Gezondheidsbevordering van de gemeenten en GGD gaat over de eerste twee domeinen, de universele en (deels) selectieve preventie. Daarnaast heeft de GGD een belangrijke rol voor het in stand houden en versterken van een goede preventiestructuur.

Zorgverzekeraars zijn financieel verantwoordelijk voor de geïndiceerde en zorggerichte preventie. Zorginstellingen kunnen actief zijn in de gehele preventieketen.

Deze opdracht heeft alleen betrekking op de programmering van de universele en selectieve preventie.

Rollen en verantwoordelijkheden tussen opdrachtgever en opdrachtnemer

De gemeenten zijn opdrachtgever aan de GGD ZHZ. Deze opdracht is gegeven vanuit de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie. De rollen en verantwoordelijkheden tussen deze twee partijen zijn vastgelegd in de opdracht.

De GGD is opdrachtnemer en voert het algehele management voor het programma. De GGD is met andere woorden de regisseur van de uitvoering. De gemeenten positioneren de GGD ook als zodanig door de GGD de beschikking te geven over sturingsinstrumenten voor de collectieve preventie.

De GGD kan op haar beurt ook als opdrachtgever fungeren voor instellingen die de daadwerkelijke uitvoering (van delen) van het programma ter hand nemen. Met deze partijen worden contracten afgesloten. Hierbij beoordeelt de GGD o.a. de prijs/kwaliteit verhouding. Daarnaast zal de GGD ook partnerships aangaan met andere partijen. De inzet van sturingsmiddelen wordt hierbij steeds situationeel bepaald.

De GGD legt jaarlijks een financiële en inhoudelijke verantwoording af aan de gemeenten.

Relatie met andere programma's

Het uitvoeringsprogramma depressiepreventie heeft een sterke relatie met andere programma's van het lokaal gezondheidsbeleid (o.a. alcohol) en met prestatievelden zeven, acht en negen (kwetsbare groepen) van de WMO. Daarnaast heeft het programma sterke relaties met de jeugdgezondheidszorg (epidemiologie/vroegsignalering/doorverwijzing).

Verantwoording

Dit programma is opgesteld met de deskundige inbreng van GGZ-instelling De Grote Rivieren, Rivas Zorggroep, De Stromen-Opmaat en CBB Dordrecht.

1.2 Doelstellingen en doelgroepen van beleid

In de opdracht aan de GGD ZHZ staat de volgende doelstelling genoemd:

1. De ervaren gezondheid en de psychische ongezondheid van de inwoners van Zuid-Holland Zuid is in 2011 verbeterd ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006. Vooral gericht op mensen met een lage sociaal economische status en ouderen.
2. De psychosociale problematiek bij jeugdigen is in 2011 verminderd ten opzichte van de onderzoeksgegevens jeugdgezondheid 2006.

In het beleidsplan van de gemeenten is gekozen voor psychosociale problematiek. Dit is echter een containerbegrip. In lijn met de preventienota van het ministerie van VWS is besloten om psychosociale problematiek toe te spitsen op de preventie van depressie en op het verminderen van alcoholgebruik door jongeren. In dit uitvoeringsprogramma wordt vorm gegeven aan de aanpak van depressiepreventie.

Depressiepreventie wordt in ZHZ gericht op drie doelgroepen:

- Jeugd en jongeren
- Ouderen
- Allochtonen

Voor deze doelgroepen wordt een regionaal basispakket uitgewerkt op de volgende elementen:

- Kennis verhogen door voorlichting en bewustwording;
- Sociale omgeving versterken door signalering en advies.

1.3 Probleemschets preventie van depressie

Wat is depressie?

Depressie wordt gekenmerkt door een sombere stemming en interesseverlies. Het lusteloze gevoel is voor het grootste deel van de dag aanwezig, gedurende meerdere dagen, minimaal gedurende twee weken; het verlamt elke motivatie. Daarnaast zijn er meerdere klachten met een versturende invloed op iemands functioneren, zoals een onregelde slaap, energiegebrek, problemen met de concentratie, toename of verlies van eetlust, piekeren over dood en suïcide.

Bij de preventie van depressie gaat het om het voorkomen dat mensen depressief worden. Hierbij wordt uitgegaan van gezonde mensen. Er is samenhang tussen de mate waarin alledaagse en stresserende omstandigheden effect hebben op mensen en de mate waarin zij beschikken over mogelijkheden om er mee op te gaan, ook wel copingvaardigheden genoemd. Het bezitten van een uitgebreid scala aan dergelijke vaardigheden is een beschermende factor bij het ontwikkelen van depressies.

Prevalentie, oorzaken en gevolgen

Preventie van depressie is één van de vijf speerpunten uit de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Naar verwachting zal depressie namelijk in 2010 volksziekte nummer 1 zijn.

- Rond de 24.000 personen in ZHZ hebben last van depressiviteit;
- Uit de gezondheidsmonitor 2006 blijkt dat 17 procent van de volwassen bevolking in ZHZ zich psychisch ongezond voelt;
- Mensen met een lage SES voelen zich het meer psychisch ongezond;
- Een kwart van de 75-plussers in de regio ZHZ voelt zich psychisch ongezond;
- Eén op de vijf kinderen in het voortgezet onderwijs geven een indicatieve score op mogelijke psychosociale problematiek

Oorzaken van depressiviteit of emotionele problemen zijn zeer divers: ingrijpende gebeurtenissen, zoals een scheiding, het overlijden van belangrijke anderen en mishandeling kunnen een rol spelen. Maar ook het karakter van een individu, genetische aanleg, sociale competenties, opvoedingsstijl van ouders en verzorgers, conflicten binnen het gezin (huiselijk geweld) en psychische en/of verslavingsproblemen bij ouders kunnen van invloed zijn op het wel of niet ontwikkelen van een depressie of andere psychische klachten. Gevolgen hiervan zijn onder andere:

- Psychische klachten, zoals depressiviteit, kunnen grote invloed hebben op het sociale leven, met bijvoorbeeld sociaal isolement als gevolg;
- Psychische klachten op jonge leeftijd zijn voorspeller voor problemen op latere leeftijd en kunnen beperkend zijn voor een volwaardige deelname aan de samenleving;
- Emotionele problemen belemmeren het functioneren en kunnen ernstige zelfdestructieve vormen aannemen. Vroegtijdige opsporing is daarom belangrijk;
- Er is berekend dat de totale kosten van depressies en angststoornissen 935 miljoen euro bedragen. De kosten van depressies en angststoornissen bij kinderen/jongeren bedragen voor de samenleving ruim 41 miljoen euro (RIVM 2006).

Doel en strategie van depressiepreventie

Preventie van depressie richt zich in de regel op het versterken van (o.a. emotionele, sociale, cognitieve) vaardigheden en activiteiten. Deze helpen om te gaan met moeilijke levensgebeurtenissen, ze beschermen tegen depressie of helpen om depressieve klachten te verminderen. Preventie richt zich primair op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Daarbij zijn in grote lijnen twee strategieën te onderscheiden.

1. Preventie richt zich op mensen die nog geen klachten hebben: middels algemene geestelijke gezondheidsbevordering, kennisoverdracht en competentieversterking (universele preventie). Wanneer deze vorm van preventie op risicogroepen is gericht, wordt ook wel van selectieve preventie gesproken.
2. Preventie richt zich op mensen met lichte depressieve klachten: door vroegsignalering, advisering en ondersteuning wordt voorkomen dat de klachten verergeren tot een depressie (geïndiceerde preventie).

2 Visie op preventie van depressie

Depressie is een ziekte die niet altijd is te voorkomen

Het voorkomen van depressies gaat in de basis over het versterken van vaardigheden van gezonde mensen en risicogroepen en het creëren van een gezonde omgeving. De betrokken partijen (zie verantwoording) delen de mening dat een depressie een ziekte is die niet altijd is te voorkomen. Dit geldt zeker voor depressies die een biologische oorzaak hebben. Toch is met preventie een deel van de depressiviteit te voorkomen of te verzachten. Om dit op een effectieve wijze te doen is er samenwerking nodig tussen instellingen, gemeenten en burgers.

Samenwerken aan kwaliteit

De partijen zijn nu al actief op het gebied van depressiepreventie. Deze activiteiten worden nu nog te vaak los van elkaar geïnitieerd, waardoor samenhang en duurzaamheid ontbreken.

De betrokken regionale partijen zien samenwerking als een voorwaarde voor geslaagde interventies. Naast de regionale partijen zijn natuurlijk ook lokale partijen nodig. Zonder deze partijen kunnen interventies niet uitgevoerd worden. Om deze partijen te betrekken is een procesmatige aanpak nodig. Binnen de beoogde samenwerking moet voor deze lokale deelnemers voldoende ruimte zijn om de eigen belangen te kunnen inbrengen. Dit heeft als gevolg dat het programma zoals hier opgesteld soms op lokaal niveau moet worden aangepast. Lokaal maatwerk is nodig.

Lokale integrale aanpak

Elke gemeente verschilt in meer of mindere mate in problematiek, voorzieningenniveau en cultuur. Ook de gemeentelijke organisaties en de door de politiek en het bestuur gestelde prioriteiten verschillen. Een belangrijk inzicht uit de preventiepraktijk is dat gezondheidswinst bereikt wordt door integraal gezondheidsbeleid. De ambities, mogelijkheden en kansen voor deze strategie zijn per gemeente verschillend.

Preventie roept mogelijk ook meer vraag op

Preventieactiviteiten als het trainen van intermediairs en het organiseren van (vroeg)signalering kan tot gevolg hebben dat er meer behoefte is aan preventiecurcussen en/of curatieve zorg (lichte hulpverleningsvormen als het maatschappelijk werk of zwaardere hulpverleningsvormen uit de GGZ). Het beschikbare volume aan preventie of zorg kan dan mogelijk onvoldoende zijn. De partners zijn zich dit bewust en zullen de vraag en aanbod ontwikkelingen goed monitoren. Indien zich knelpunten voordoen op dit vlak in de preventieketen wordt dit besproken met gemeenten en zorgverzekeraars/zorgkantoor. Een deel van de oplossing ligt mogelijk in het gebruik maken van E-Health (zoals e-mail service of internetcurcussen).

Vergroten van het bereik door E-Health

De laatste jaren wordt op verschillende plaatsen in het land ervaring opgedaan met preventie-interventies op het internet. Uit diverse effectiviteitsonderzoeken blijkt dat deze interventievorm veelbelovend is. Deze vorm van preventie is laagdrempelig en heeft daardoor een hoog bereik. Hierdoor is E-health ook kosteneffectief.

Het Trimbos-instituut is eind 2007 het ambitieuze innovatieprogramma 'Mentaal Vitaal' gestart. Na 2009 moeten er meer landelijke voorbeelden zijn van E-Health. De regionale partners in depressiepreventie willen daarom, in samenhang met het landelijke programma, toewerken naar een stapsgewijze uitbreiding van E-Health in Zuid-Holland Zuid.

3 Werken aan een sluitende keten en een integrale aanpak

Voor het voorkomen van een depressie of een verergering ervan is het nodig dat verschillende partijen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid complementair en aansluitend activiteiten en zorg bieden. Dit wordt een keten voor preventie van depressies genoemd. Binnen deze keten zijn vier preventiedomeinen te onderscheiden: het universele domein, het selectieve domein, het geïndiceerde domein en tenslotte het zorggerichte domein.

De GGD voert regie op de uitvoering

De strategische regie en financiële verantwoordelijkheid binnen het universele en selectieve preventiedomein ligt bij de lokale overheid. Voor de andere twee domeinen zijn zorgverzekeraars en het zorgkantoor verantwoordelijk. Dit uitvoeringsprogramma gaat over de invulling van de eerste twee preventiedomeinen. De gemeente is echter ook (mede)verantwoordelijk voor een goede aansluiting van universele en selectieve preventie op de geïndiceerde en zorggerichte preventie. De GGD voert de regie op de uitvoering over de eerste twee domeinen vanuit haar verantwoordelijkheid voor het onderhouden en bewaken van een adequate preventiestructuur. De regionale samenwerkingspartners erkennen de rol van de GGD als regievoerder in deze domeinen.

Soms is niet duidelijk welke interventie in welk domein behoort en dus wie verantwoordelijk is voor de financiering. In een keten moet dit soort knelpunten worden opgelost, om daarmee een sluitende zorgstructuur te krijgen. Het oplossen van dergelijke problemen begint bij een gezamenlijke visie op depressiepreventie.

Partners en hun rol

Binnen de keten kunnen verschillende partners participeren met elk een eigen rol. Er zijn partners die interventie uitvoeren en partners die toegang hebben tot risicogroepen of een signalerende, verwijzende of faciliterende rol hebben. In onderstaande schema worden de organisaties en hun mogelijke rol nader benoemd:

Regionale organisatie	Mogelijke rol
GGZ De Grote Rivieren	Uitvoeren delen van regionaal uitvoeringsprogramma Advisering Aanleveren van nationale onderzoeksgegevens
Bouman GGZ	Bereiken van risicogroepen Signaleren
GGZ Eleos	Uitvoeren delen van regionaal uitvoeringsprogramma Advisering Aanleveren van onderzoeksgegevens
Rivas Zorggroep/ Stromen Opmaat Groep	Bereiken van risicogroepen Signaleren Samenwerken in uitvoeren van interventies
Mee plus groep	Bereiken van risicogroepen Signaleren Samenwerken in uitvoeren van interventies
VIOZ (Vluchtelingenwerk en inburgeringsorganisatie ZHZ)	Bereiken van risicogroepen Signaleren

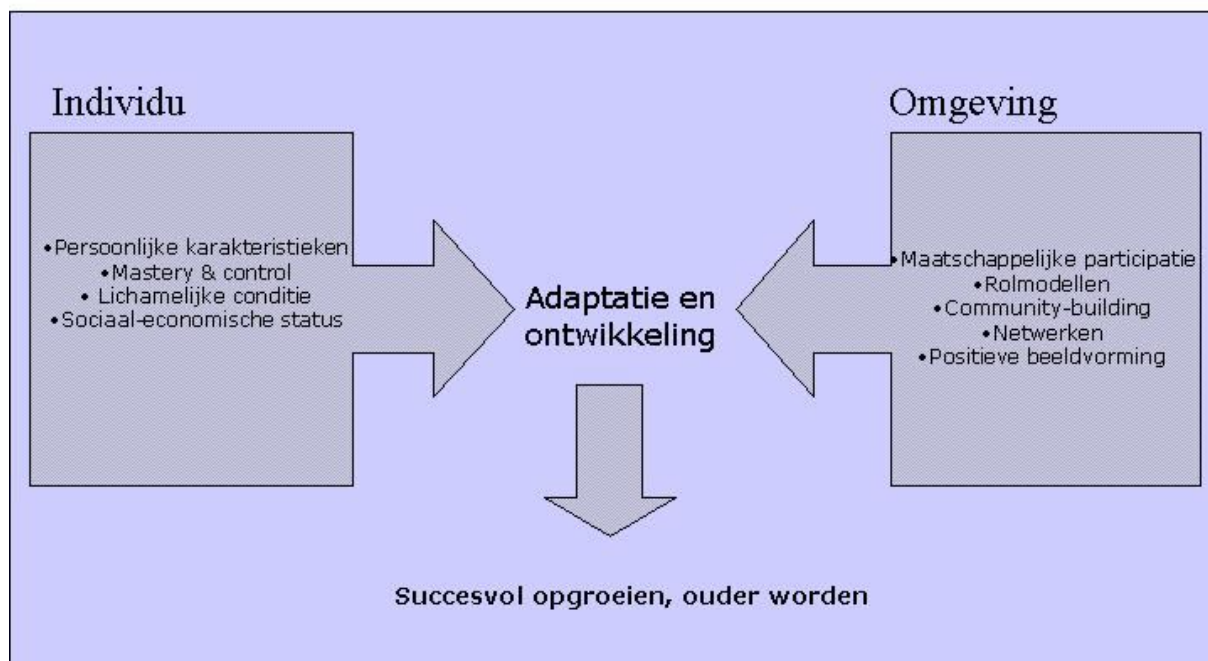
Stichting KOEL	Signaleren Bereiken van risicogroepen (Samenwerken in) uitvoering preventieve interventies
CBB	Samenwerken in uitvoeren van interventies
Jeugdzorg	Signaleren (Samenwerken in) uitvoeren van interventies Bereiken van risicogroepen
Sociale Dienst Drechtsteden en Alblasserwaard- Vijfheerenlanden	Signaleren Bereiken van risicogroepen
Lokale organisaties	Mogelijke rol
Welzijnsorganisaties	(Samenwerken in) uitvoering preventieve interventies Signaleren Bereiken van risicogroepen
Sportorganisaties en verenigingen	(Samenwerken in) uitvoering preventieve interventies
Huisartsen, gezondheidscentra, praktijkondersteuners	Signaleren Bereiken van risicogroepen (Samenwerken in) uitvoering preventieve interventies
Scholen voor basis- en voortgezet onderwijs	Signalering Bereiken van risicogroepen (samenwerken in) uitvoering van preventieve interventies
(allochtone) Zelforganisaties	Signaleren Bereiken van risicogroepen

Van een regionaal raamwerk naar een lokale integrale aanpak

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat preventie het meeste oplevert in een integrale aanpak: wanneer publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, preventieve ondersteuningsprogramma's en maatregelen gericht op de omgeving worden gecombineerd levert dit een verlaging op van het aantal mensen met een depressie. Door een basispakket te ontwikkelen kan zo'n aanpak worden ingezet voor doelgroepen met een sterk verhoogd risico op depressie. Juist bij het realiseren van deze aanpak kunnen gemeenten een cruciale rol vervullen. Verschillende gemeentelijke beleidsterreinen hebben invloed op de psychische gezondheid. In het onderstaande tabel is hiervan een overzicht gegeven:

Risicofactoren	Gemeentelijk beleid
Isolatie en vervreemding	Welzijn, reïntegratie oud –en nieuwkomers
Gebrek aan onderwijs, huisvesting en vervoer	Onderwijs, huisvesting, vervoer
Achterstandswijk	Welzijn, buurtgericht grote stedenbeleid
Slechte sociale omstandigheden	Welzijn, buurtgericht grote stedenbeleid
Slechte voeding	Gezondheidsvoorlichting
Armoede	Sociaal beleid
Beschermende factoren	Gemeentelijk beleid
Integratie van etnische minderheden	Integratiebeleid
Sociale participatie	Wmo
Sociale verantwoordelijkheid en tolerantie	Wmo
Sociale voorzieningen	Sociaal beleid
Sociale steun en netwerken in de omgeving	Wmo

Schematisch ziet een integrale aanpak er als volgt uit:



Figuur 1: ecologisch model succesvol opgroeien/ouder worden (bron: trimbosinstituut)

Het realiseren van een integrale aanpak kost echter wel tijd en inzet. De gemeenten willen echter nu al werken aan gezondheidsbevordering. Daarom wordt er in dit uitvoeringsprogramma voor gekozen om een raamwerk van interventies op te stellen en deze in alle gemeenten van ZHZ uit te voeren en tegelijkertijd in (een deel van de) gemeenten te werken aan een integrale aanpak. De interventies passen uiteraard in een integrale aanpak van depressiepreventie. Momenteel zijn er al een aantal gemeenten (Sliedrecht en AV-gemeenten) die een integrale aanpak realiseren voor de doelgroep ouderen. In Sliedrecht wordt momenteel in een aantal verschillende fasen gewerkt aan een integrale aanpak. Hierbij worden vijf fasen doorlopen;

1. Oriëntatie. Onderzoek naar draagvlak onder ketenpartners in een gemeente
2. Kwalitatieve probleemanalyse: epidemiologische onderbouwing en visie op mogelijke oplossingen;
3. Actieplan. Op basis van onderzoek wordt een voorstel voor actie gemaakt
4. Uitvoering.
5. Bijstelling

Op basis van de hier geschetste ketenaanpak en het integraal werken wordt voor 2008 voorlopig de onderstaande agenda opgesteld. De agenda voor 2009 en verder wordt in overleg met de ketenpartners bepaald.

Agenda voor 2008/2009

1	Organiseren van regionaal netwerkoverleg preventie van depressie met de volgende agenda: <ul style="list-style-type: none"> • Benoemen van rollen en verantwoordelijkheden van ketenpartners op basis van een gezamenlijke visie; • Erkennen en oplossen van financiële knelpunten in het gebied tussen selectieve en geïndiceerde preventie; • Werken aan een ketenstructuur, inclusief het instellen van een stuurgroep;
2	In het kader van het IGB-project werken aan een integrale aanpak, waarin:

	<ul style="list-style-type: none"> Een (review)studie wordt gedaan naar effecten van de omgeving op de ontwikkeling van depressies bij de drie benoemde doelgroepen. Dit dient als input voor het hanteren van de DBS en GES
	<ul style="list-style-type: none"> Verder ontwikkelen van de integrale aanpak van preventie van depressie/eenzaamheid ouderen in Sliedrecht en AV-gemeenten. Aan de hand van deze ervaringen wordt een integrale aanpak ontwikkeld voor de andere gemeenten.

4 Preventie van depressie bij jeugd en jongeren

Volgens buitenlands onderzoek zou 24% van alle jongeren een depressieve episode hebben meegemaakt voor het achttiende levensjaar: dat betekent een van elke vijf leerlingen. In de regio Zuid-Holland Zuid heeft in het schooljaar 2004 –2005 van alle onderzochte leerlingen in het voortgezet onderwijs 21 % een indicatieve score op de KIVPA (, wat betekent dat het vermoeden bestaat van psychosociale problematiek.

Een depressie op jonge leeftijd heeft specifieke (ontwikkelingspsychologische) gevolgen en kan nadelig werken op iemands schoolprestaties, sociale leven en daarmee later op iemands beroepsloopbaan. Ook is een depressie op jonge leeftijd een voorspeller van terugkerende of chronische depressie op latere leeftijd. Een 'vroeg depressie' kan op latere leeftijd voorts leiden tot o.a. problematisch drankgebruik. Al deze factoren tezamen laten zien hoe belangrijk depressiepreventie bij jongeren is.

In de populatie van jongeren zijn er enkele bijzondere doelgroepen voor depressiepreventie. Het gaat om kinderen die aan armoede lijden, die aan verwaarlozing, misbruik of geweld zijn blootgesteld - en vooral kinderen die geen vertrouwensrelatie met iemand anders hebben. Ook kinderen met teruggetrokken (internaliserend) gedrag vormen een mogelijke doelgroep voor depressiepreventie. Het opgroeien in een harmonieuze gezinssituatie, sociale en cognitieve competenties en humor beschermen jongeren juist tegen een depressie.

4.1 Preventie in het universele domein

Algemene publieksinformatie

Algehele voorlichting over depressie bij kinderen en de mogelijkheden om hiermee preventief om te gaan is nodig. Veel ouders en kinderen hebben geen weet van het voorkomen van bijvoorbeeld depressieve episodes bij adolescenten, daarnaast blijkt uit onderzoek dat slechts 1 procent van de mensen die jaarlijks een depressie ontwikkelen bereikt worden met preventie. Toeleiding naar kennis en cursussen is dan ook een belangrijk onderwerp voor de publieksinformatie

Doel	De doelgroep (ouders en jongeren) in de regio informeren over depressie en mogelijkheden om dit te voorkomen dan wel te verminderen.
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> Realiseren van een sociale kaart preventie van depressie in ZHZ; Plaatsen van human-interest artikelen en interviews in regionale media; Samenwerking zoeken met regionale/lokale jongerenwebsites
Resultaat	<ul style="list-style-type: none"> In 2008 is een sociale kaart ontwikkeld i.r.t. de zorgwijzer ZHZ/E-GGD Elke jaar worden er minimaal twee artikelen/interviews geplaatst in schoolkranten/plaatselijke media/internet; In 2008 e.v. kunnen jongeren informatie vinden over depressiepreventie op lokale/regionale jongerensites .
Budget	<ul style="list-style-type: none"> € 3500,- jaarlijks (kosten artikelen/interviews) Basistakenpakket GGD/GBO (realiseren sociale kaart/voorlichtingsbijeenkomsten):

	200 uur, na 2008 onderhoud 100 uur <ul style="list-style-type: none"> • Basistakenpakket GGD/GBO (Overleg met jongerensites): 50 uur
--	---

Deskundigheidsbevordering intermediairen

In 2008 wordt de behoefte aan deskundigheidsbevordering bij intermediairs in beeld gebracht. Het gaat om deskundigheidsbevordering rond vroegsignalering, het geven van voorlichting of het gebruik van lesmateriaal. Aan de hand van deze inventarisatie (en eventueel de te maken keuzes in de lesprogramma's en cursussen) wordt een prioritering aangebracht in de te trainen intermediairen. Voor deze intermediairen wordt op maat een training ontwikkeld.

Doel	Intermediairen zijn deskundig in (vroeg)signalering, toeleiding en/of het toepassen van cursussen
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Inventariseren behoeften intermediairen en prioritering aanbrengen • Aanbieden van training aan intermediairen
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • In 2008 is een training ontwikkeld/beschikbaar voor specifieke intermediaire doelgroepen • In 2008 is in de regio een training(serie) gegeven voor een specifieke intermediaire groep. Intermediairen uit zeven gemeenten zijn getraind.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • € 20.000 jaarlijks (training) • € 5.000 (ontwikkeling/deelname derde partijen) • Basistakenpakket GGD/GBO (inventarisatie, ontwikkeling, werving): 200 uur

Lesprogramma's en cursussen gericht op competentieversterking

Er zijn nog weinig effectieve cursussen bekend op het terrein van de universele preventie. Bestaande cursussen die effect sorteren zijn vooral ontwikkeld voor het onderwijs. Er bestaat ook een interventie voor kinderen die toegepast kan worden buiten de setting school, zoals bijvoorbeeld in het jeugd- en jongerenwerk, club- en buurthuiswerk en sportverenigingen. Hiermee kan voor gemeenten in de Alblasserwaard en Vijfheerenlanden het bereik vergroot worden voor jongeren in de leeftijdsgroep van 12 jaar en ouder. Deze kinderen gaan namelijk voor een groot deel buiten de regio naar het voortgezet onderwijs.

Voor verschillende leeftijdscategorieën en culturele achtergronden bestaat een specifiek aanbod. Een mix van verschillende cursussen is dan ook aan te bevelen. In bijlage 1 wordt een aantal cursussen benoemd die aangeboden kan worden. In overleg met partners wordt een keuze gemaakt uit deze cursussen. Aanbevolen wordt om de cursussen voor het onderwijs te combineren met de Gezonde Schoolmethode. Op deze manier hoeven scholen niet overvraagd te worden.

Doel	Gezonde kinderen en jongeren weerbaar maken voor depressieve/psychische klachten
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Inventariseren behoefte en huidige aanbod van onderwijs en andere vindplaatsen • Aanbieden van interventieprogramma's (evt. in combinatie met bestaand aanbod)
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijks worden op minimaal 14 scholen voor het basisonderwijs leerkrachten getraind voor een cursus; • Jaarlijkse worden op minimaal 3 scholen voor het voortgezet onderwijs leerkrachten getraind voor een cursus; • In de programmaperiode is in minimaal 5 gemeenten i.s.m. welzijnswerk en/of verenigingen een cursus georganiseerd.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijks € 15.000,-- (training leerkrachten en cursusmateriaal) • Basistakenpakket GGD/GBO (werving scholen i.h.k.v. de gezonde school methode): 200 uur

4.2 Preventie in het selectieve domein

Signaleren

Het op tijd signaleren van risicovolle omstandigheden bij kinderen kan voorkomen dat kinderen (op latere leeftijd) depressieve klachten ontwikkelen.

In de integrale jeugdgezondheidszorg wordt vanaf de geboorte de ontwikkeling van kinderen gevolgd. Tijdens de bezoeken aan het consultatiebureau (Opmaat en Rivas) en aan schoolverpleegkundige en schoolarts van de GGD-ZHZ wordt een inschatting gemaakt van somatisch en psychosociaal welbevinden. Vanuit deze instellingen worden doorverwijzingen gemaakt naar relevante cursussen of hulpverleners. Andere signaleerders zijn leerkrachten, begeleiders bij verenigingen en natuurlijk huisartsen. Verdere protocollering en deskundigheidbevordering van intermediairen is nodig (zie opgave bij H3).

Doel	Vroegsignalering van risicokinderen
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none">• Lokaal draagvlak creëren en afspraken maken over signalering -en doorverwijsprotocol• Drempel voor deelname aan interventies verlagen en toeleiding tot preventie/curatie verbeteren
Resultaten	<ul style="list-style-type: none">• Protocollen zijn geïmplementeerd
Budget	<ul style="list-style-type: none">• Basistakenpakket GGD/GBO (protocollen/onderhouden contacten intermediairen): 100 uur

Lesprogramma's en cursussen gericht op competentieversterking

Het aanbod aan effectieve cursussen is in het selectieve domein groter. Bovendien is het aanbieden van deze cursussen relatief eenvoudiger, omdat de setting minder afhangt van medewerking van derden. Kinderen en jongeren die mogelijk verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een depressie wordt een preventieaanbod gedaan. In dit uitvoeringsprogramma worden voor de verschillende leeftijdsgroepen interventies aangeboden.

Laagdrempelige interventies op internet (e-health) nemen een hoge vlucht en kennen ook goede resultaten. Voor veel kinderen en jongeren is internet een goed toegankelijke setting. Momenteel zijn de ontwikkelde interventies nog niet voor alle regio's beschikbaar. De verwachting is dat een aantal van deze interventies in 2009 beschikbaar komt voor GGZ instelling de Grote Rivieren.

Doel	Kinderen en jongeren in risicosituaties weerbaar maken voor psychische klachten
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none">• Drempel voor deelname verlagen en toeleiding verbeteren• Aanbieden van interventieprogramma's
Resultaten	<ul style="list-style-type: none">• In de periode 2008/2009 en 2010/2011 is in alle gemeenten voor twee leeftijdscategorieën een cursus georganiseerd;• Vanaf 2009 worden minimaal drie internetinterventies georganiseerd in de regio ZHZ
Budget	<ul style="list-style-type: none">• Cursussen € 40.000 (2009-2010) € 30.000 (2011)• E-health exploitatie € 10.000 (2009/2010) en € 20.000 (2011)• E-health – instapkosten € 15.000 (2009 en 2011)

5 Preventie van depressie bij ouderen

Twee procent van de ouderen (65+) in Nederland heeft een depressie; 16% heeft last van 'klinische relevante depressieve klachten', met grotendeels dezelfde gevolgen als een depressie. Bij ouderen duren depressies bovendien vaak lang: 43% van de depressies duurt tien maanden of langer en 34% wordt chronisch (tenminste vijftien maanden).

5.1 Preventie in het universele domein

Publieksinformatie

Net als bij de preventie van depressie bij jeugd en jongeren geldt dat weinig mensen bereikt worden met preventie. Middels publieksinformatie wordt beoogd dat het bereik van preventie vergroot wordt.

Doel	De doelgroep in de regio informeren over depressie en mogelijkheden om dit te voorkomen dan wel te verminderen.
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Realiseren van een themakaart preventie van depressie in ZHZ; • Plaatsen van human-interest artikelen en interviews in regionale media; • I.s.m. ouderbonden/kerken organiseren van publieksvoorlichtingen.
Resultaat	<ul style="list-style-type: none"> • In 2008 is een themapagina ontwikkeld i.r.t. de zorgwijzer ZHZ/E-GGD; • Elke jaar worden er minimaal twee artikelen/interviews geplaatst in plaatselijke media/internet;
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • € 3500,- jaarlijks (kosten artikelen/interviews) • Basistakenpakket GGD/GBO (realiseren themakaart): zie jeugd

Voorlichting en training van intermediairs

Net als bij kinderen en jongeren is deskundigheidsbevordering van intermediairen op het gebied van vroegsignalering, toeleiding en/of het toepassen van cursussen van groot belang.

Doel	Intermediairen zijn deskundig in (vroeg)signalering, toeleiding en/of het toepassen van cursussen
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Inventariseren behoeften intermediairen en prioritering aanbrengen • Aanbieden van training aan intermediairen
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • In 2008 is een training ontwikkeld voor specifieke intermediaire doelgroepen • In 2008 is in de regio een training(serie) gegeven voor een specifieke intermediaire groep. Intermediairen uit 7 gemeenten zijn getraind.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • € 20.000 jaarlijks (training) • € 5.000 (ontwikkeling/deelname derde partijen) • Basistakenpakket GGD/GBO (inventarisatie , prioritering en organisatie): 200 uur

Cursussen voor ouderen gericht op competentieversterking

Er zijn nog niet veel bekende effectieve cursussen voor depressiepreventie in het universele domein. Wel zijn er een aantal voorlichtingen en cursussen beschikbaar die te boek staan als innovatief of als een *good-practice*. Voor ouderen worden nu ook laagdrempelige interventies ontwikkeld waarbij internet een belangrijke rol speelt. Steeds meer ouderen worden immers vaardig in het gebruik van internet. Deze toepassingen worden in de regio gestimuleerd.

Naast de specifieke cursussen gericht op het weerbaar maken tegen psychische klachten als depressiviteit zijn er ook nog andere beschermende activiteiten. In veel gemeenten

vinden bijvoorbeeld sociaal-culturele activiteiten plaats voor ouderen. In een integrale aanpak van preventie van depressie vormen de preventiecursussen een natuurlijk onderdeel van de keten (zoals in hoofdstuk drie is aangegeven). Toeleiding naar bestaand sociaal-cultureel aanbod blijft van belang.

Doel	Ouderen weerbaar maken voor depressieve/psychische klachten
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Inventariseren behoefte en bestaand aanbod bij vindplaatsen; • Aanbieden van specifieke interventieprogramma's (evt. in combinatie met bestaand aanbod) • Eventueel toeleiding naar bestaand aanbod verbeteren.
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • In 2008/2009 en 2010/2011 is in elke gemeente van ZHZ een cursus georganiseerd • In 2011 is in vijf gemeenten van de regio een 'internetcommunity 50-plus' actief
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Cursussen: € 10.000,- • Internetcommunity: € 5.000,- • Basisuren GBO (werving internet communities): 50 uur

5.2 Preventie in het selectieve domein

Er zijn verschillende factoren die het risico op depressie bij ouderen vergroten. Het kan gaan om (een combinatie) van: recente verweduwing, sociaal isolement, chronische ziekten of beperkingen, een laag opleidingsniveau, vrouw zijn en ouder dan 65 jaar zijn. Met deze risicofactoren kan 86% van de toekomstige gevallen van depressie worden voorspeld.

Signalering

Voor er gewerkt kan worden aan een effectieve aanpak van depressie moet er eerst zicht zijn waar deze ouderen zich bevinden. De problemen moeten gesignaleerd worden. Dit kan o.a. door het maken van een profiel van een gemeente, waardoor zicht ontstaat op de mogelijke omvang van de risicogroep. Hiervoor ontbreken nu echter de onderzoeksgegevens. Het is wel zinvol om van alle gemeenten een demografische kaart te maken en inzicht te krijgen in welke buurten/wijken ouderen vooral wonen. Hoeveel echtparen er zijn en hoeveel verweduwde ouderen er wonen.

Uiteraard moeten individuele ouderen vervolgens ook daadwerkelijk gesignaleerd worden en indien nodig gemotiveerd worden deel te nemen aan een interventie. Afspraken over de wijze van signaleren en opvolging moeten gemaakt worden in een ketenoverleg. Hiervoor wordt eerst gewerkt aan draagvlak bij de betreffende lokale partners. Intermediairs worden vervolgens getraind op signalering en toeleiding (zie paragraaf 5.1)

Doel	(Vroeg)signalering van ouderen met een verhoogd risico.
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek naar omvang van risicogroepen; • Lokaal draagvlak creëren en afspraken maken over signalering -en doorverwijsprotocol; • Drempel voor deelname aan interventies verlagen en toeleiding verbeteren (zie 5.1).
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • Een profiel van de gemeente mbt risicogroepen; • Protocollen zijn geïmplementeerd.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Basistakenpakket GGD/Epidemiologie (profielen): 100 uur • Basistakenpakket GGD/GBO (protocollen/onderhouden contacten intermediären): 100 uur

Cursussen gericht op competentieversterking

Er is landelijk een redelijk aanbod van effectieve programma's voor risicogroepen. In deze programma's wordt aandacht gegeven aan een of meer risicofactoren. Zoals eerder opgemerkt vormt ook internet voor computervaardige ouderen een laagdrempelige mogelijkheid te werken aan weerbaarheid. In onze regio willen wij deze laagdrempelige interventie ook introduceren. Veel ouderen zijn echter nog niet vaardig in het

internetgebruik, dus ook voor hen blijven groepscursussen nodig. Hiervoor wordt geïnventariseerd welke cursussen in de gemeenten al gegeven worden en of op dit aanbod een verdere aanvulling nodig is. Ook deze cursussen passen in een integrale aanpak van depressie.

Doel	Ouderen in risicosituaties weerbaar maken voor psychische klachten
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Aanbieden van interventieprogramma's • Inventariseren van lopende interventies in gemeenten
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijks is in minimaal 7 gemeenten een cursus georganiseerd (bij grote gemeenten twee cursussen); • In 2009 is minimaal één internetinterventie georganiseerd in de regio ZHZ; • Aantal deelnemers aan cursussen is vergroot.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Bekostiging zorgverzekeringswet/subsidiëring gemeenten • € 10.000,- cursussen • E-health € 10.000 instapkosten (vanaf 2009) • E-health € 10.000 exploitatiekosten (vanaf 2009)

6 Preventie van depressie bij allochtonen

Landelijk is er nog geen goed zicht op de prevalentie van depressie onder allochtonen¹. De indruk bestaat dat depressies in allochtone groepen veel voorkomen, maar dat de problemen zich ook anders voordoen. De GGD Rotterdam heeft in haar gezondheidsenquête² gevraagd naar de psychische gezondheid en heeft ook in een vragenstel (K-10) het risico op een depressie gemeten. Met name de Turkse, Marokkaanse en Surinaamse bevolkingsgroepen geven aan zich vaker psychisch ongezond te voelen in vergelijking met andere bevolkingsgroepen. Hetzelfde beeld komt naar voren als het gaat om het risico op het ontwikkelen van een depressie. De grootste problemen doen zich voor in de volwassen leeftijdsgroepen. In Zuid-Holland Zuid is in de gezondheidsenquête³ ook gevraagd naar de psychische gezondheid. In dit onderzoek was de respons van allochtonen te laag om betrouwbare uitspraken te doen. Wel wordt ook in dit onderzoek een trend gezien dat Turken, Marokkanen en Surinamers zich in psychisch opzicht een stuk ongezonder voelen.

6.1 Preventie in het universele domein

Onderzoek

Zoals in de inleiding is aangegeven is landelijk nog niet veel zicht op prevalentie van depressies onder allochtonen. Ook is er geen goed zicht op de (mogelijke) oorzaken van depressies bij Marokkanen, Turken en Surinamers. Hierdoor ontbreken goede aangrijpingspunten voor het ontwikkelen van effectieve preventie-interventies. Motivaction⁴ heeft in 2007 onderzoek verricht naar de beeldvorming over de GGZ onder Marokkaanse jongeren met de bedoeling handvatten te krijgen voor het opzetten van een E-hulpdienst voor jonge Marokkaanse Nederlanders. Uit het onderzoek kwam naar voren dat er bij deze groep onvoldoende zicht is op en kennis van hulpverlening, dat er veel waarde wordt gehecht aan advies van landgenoten (ook van de imam) en dat veel steun ervaren wordt aan verhalen van lotgenoten en aan de mogelijkheid om te kunnen

¹ Wamel Av, Takkenkamp J, Meeuwissen J, Voordouw I, Verburg H. 2005. Landelijk basisprogramma depressie. Trimbos: Utrecht.

² Kuilman M & G. Schouten. 2007. Gezondheidsenquête 2005: onderzoeksmethodiek en gezondheid in relatie tot achtergrondkenmerken. Een naslagwerk. GGD Rotterdam-Rijnmond.

³ Extra analyse uit de gezondheidsgegevens door de GGD Zuid-Holland Zuid.

⁴ Gomes, C. & Moha, A.A. 2007. Beeldvorming van de GGZ. Motivaction: Amsterdam.

mailen met een hulpverlener (anonimiteit). In de regio ZHZ is ook behoefte aan onderzoek met als doel handvatten te krijgen om interventies beter geschikt te maken voor deze doelgroepen en om het bereik van de interventies te vergroten.

Het onderzoek van Motivaction is door de opbouw van de steekproef niet helemaal representatief. Om beter zicht te krijgen op de doelgroepen in Zuid-Holland Zuid wordt een onderzoeksvoorstel geschreven. Voor het onderzoek wordt externe financiering gezocht.

Doel	Inzicht in prevalentie en oorzaken van depressies bij Turken, Marokkanen en Surinamers en een voorstel voor aangrijpingspunten voor universele preventie.
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Deskresearch • Schrijven onderzoeksvoorstel • Fondsenwerving
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeksvoorstel gereed in eerste helft 2008
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Basisuren GGD/GBO (epidemiologie): 50 uur • Inzet verpleegkundig-specialist Grote Rivieren: 50 uur

Voorlichting en training intermediairs

Voor een breed bereik onder de doelgroep(en) is de insteek om vooral intermediairs voor te lichten en te trainen. Hierbij wordt ingestoken op herkenning van psychische problemen en het doorbreken van taboes. Ook wordt aandacht gegeven aan het toeleiden naar preventieve en curatieve programma's. Hierbij wordt vooral gedacht aan zorgconsulenten en huisartsen in de eerste lijn, vrijwilligers bij zelforganisaties en docenten voor inburgeringscursussen.

Doel	Intermediairen zijn deskundig in (vroeg)signalering, toeleiding, overdragen van kennis en/of het toepassen van cursussen
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Inventariseren behoeften intermediairen en prioritering aanbrengen • Aanbieden van training aan intermediairen
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • In 2008 is een training ontwikkeld voor specifieke intermediaire doelgroepen • In 2008 is in de regio een training(serie) gegeven voor een specifieke intermediaire groep.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • € 10.000 jaarlijks (training) • € 5.000 (ontwikkeling/deelname derde partijen) • Basistakenpakket GGD/GBO (inventarisatie en prioritering/ontwikkeling, organisatie): 200 uur

Publieksvoorlichting

Publieksvoorlichting aan deze doelgroep dient voor eerste en tweede generatie op een persoonlijke leest geschoeid te zijn. Hierbij wordt vooral gedacht aan zogenaamde huiskamerprojecten en situaties waarin de doelgroep bij elkaar is, zoals bijvoorbeeld bij inburgeringscursussen voor 'oudkomers' en migranten zelforganisaties. Hiervoor is het belangrijk dat de intermediairen eerst getraind zijn om een goed bereik te krijgen.

Voor de derde generatie nieuwe Nederlanders zijn andere middelen, zoals internet, waarschijnlijk een goed middel om kennis over depressies en het voorkomen ervan over te brengen. Hierbij moet dan vooral worden ingestoken op het delen van verhalen van lotgenoten aangevuld met bijvoorbeeld een e-mailservice. Aansluiten bij een bestaande jongerensite voor de derde generatie is hiervoor een voorwaarde.

Doel	Vergroten van kennis over depressies en het voorkomen er van
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Overleg voeren met gemeenten/Davinci-college over inbrengen van gezondheid in de inburgeringscursussen. • Organiseren van huiskamerbijeenkomsten voor allochtone vrouwen (mn Turken en Marokkanen) • Onderzoeken of bereik voor jongeren vergroot kan worden door publieksvoorlichting aan te laten sluiten bij bestaande websites.
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • Per jaar worden minimaal 5 huiskamerbijeenkomsten georganiseerd. • Per jaar zijn er minimaal 10 voorlichtingen bij migrantenorganisaties geweest

	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting over gezondheid (w.o. depressiepreventie) is onderdeel van de inburgeringscursus • In 2008 is onderzoek verricht naar mogelijkheden om aansluiting te vinden bij bestaande sites.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • € 5.000,- (huiskamerbijeenkomsten en voorlichtingbijeenkomsten) • Basistakenpakket GGD/GBO (VETC): 200 uur per jaar

6.2 Preventie in het selectieve domein

Signalering

Net als bij de jeugd en ouderen moet ook de (vroeg)signalering en doorgeleiding naar preventieprogramma's of zorgprogramma's van deze doelgroepen verbeterd worden. Het gaat om het herkennen van risicogroepen en hun klachten. Bij deze doelgroepen kan manier waarop klachten of problemen geuit worden verschillen van de manier waarop autochtonen dit doen. Bij de training van intermediairen (zie paragraaf 6.1) wordt dit een belangrijk aandachtspunt.

Doel	In beeld brengen van risicogroepen
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek naar omvang en vindplaats van risicogroepen • Lokaal draagvlak creëren en afspraken maken over signalerings- en doorverwijsprotocol • Drempel voor deelname aan interventies verlagen en toeleiding verbeteren
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • Een profiel per gemeente mbt omvang en vindplaats risicogroepen; • Protocollen zijn geïmplementeerd.
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Basistakenpakket GGD/Epidemiologie (profielen): 100 uur • Basistakenpakket GGD/GBO (protocollen): 100 uur

Cursussen gericht op competentieversterking

Er zijn weinig geëvalueerde projecten bekend voor allochtonen. Hierdoor is de keuze voor effectieve cursussen beperkt. Geëvalueerde cursussen zijn vooral gericht op mensen die al depressieve klachten hebben (geïndiceerde preventie). Er zijn een aantal cursussen in de regio voor vrouwen met spanningsklachten. Op dit vlak bestaat ook een geëvalueerd Utrechts project onder de naam 'Gezond leven en Bewegen'. In de onze regio hebben thuiszorg en de GGZ-instelling soortgelijke projecten. Het verdient aanbeveling om de gebruikte methodieken te vergelijken met de geëvalueerde projecten met als doelstelling de effectiviteit van de gebruikte programma's te vergroten.

In het geïndiceerde domein bestaat een effectieve groepscursus: lichte dagen en donkere dagen. Deze cursus is mogelijk geschikt te maken voor het selectieve domein.

Doel	De doelgroep weerbaar maken voor psychische klachten
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Geschikt maken en aanbieden van interventieprogramma's; • Inventariseren van lopende interventies in gemeenten; • Onderzoeken of bestaande interventies geschikt zijn voor het selectieve domein
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> • Elk jaar is er in de gemeenten van de Drechtsteden en Gorinchem/Leerdam minimaal een cursus georganiseerd (bij grote gemeenten 2 cursussen); • Toename van aantal cursisten aan de cursussen
Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Dekking door ziektekostenverzekeraar/gemeentelijke subsidies AMW • Basistakenpakket GGD/GBO: 30 uur • € 10.000,- (aanpassen en aanbieden van cursussen)

7 Risico's

Het uitvoeren van het programma kent ook enkele inhoudelijke risico's:

- *E-health* interventies staan geprogrammeerd vanaf 2009. Het is nu echter nog niet duidelijk of dan al kan worden 'ingestapt' op dit programma en onder welke (financiële en inhoudelijke) voorwaarden dit kan.
- De praktijk leert dat training van intermediairen veel organisatie vergt. Vooral het creëren van draagvlak bij instellingen en vrijwilligers en vervolgens een geschikt tijdstip vinden is behoorlijk arbeidsintensief. Hierdoor kan het voorkomen dat de gestelde ambitie niet haalbaar blijkt te zijn.

8 Programmaorganisatie

Coördinatie

Het programma kent veel verschillende activiteiten. Om de samenhang binnen het programma te bewaken en te bevorderen op zowel regionaal als lokaal niveau is het nodig hiervoor een projectleider aan te stellen. Deze projectleider bewaakt naast de samenhang, ook het budget, onderhandelt met instellingen over contracten en rapporteert over de voortgang van de uitvoering. Deze coördinatie kan niet worden gedekt uit de huidige basisuren van de GGD.

Budget: € 40.000,- p.j.

Administratieve ondersteuning

Een goede administratie is voor de realisatie en een goede verantwoording van het programma een must. Voor deze ondersteuning is € 10.000,- geraamd.

9 Communicatie

De organisatie van de communicatie

Bij het project zijn verschillende ketenpartners betrokken. Gezien de rol van de GGD als hoofdaannemer worden de communicatieactiviteiten voor het programma door de GGD gecoördineerd, in nauwe samenwerking met de communicatieadviseurs van de ketenpartners en gemeenten. Het aanhangende communicatieplan zal dan ook eerst met alle communicatieadviseurs besproken worden en eventueel bijgesteld alvorens het van kracht wordt.

De uitgangspunten

De algemene uitgangspunten voor de externe communicatie zijn: toegankelijk en rekening houdend met de verschillende belevingswerelden van de doelgroepen.

- Toegankelijkheid

Hoewel depressieve klachten onder alle lagen van de bevolking voorkomen blijkt uit onderzoek dat mensen met een lage SES zich het vaakst psychisch ongezond voelen. Daarbij richt het programma zich ook op mensen met een niet-Nederlandse achtergrond waarvan niet iedereen de Nederlandse taal even goed machtig is. Het is daarom belangrijk dat de communicatie over het inhoudelijke van het preventieprogramma in begrijpelijke taal gesteld wordt.

- rekening houdend met de verschillende belevingswerelden van de doelgroepen.
Het preventieprogramma richt zich zowel op jongeren als op ouderen waarbij er ook nog verschil in afkomst kan zijn. Het behoeft dan geen betoog dat de doelgroepen van het programma in veel gevallen verschillend bediend moeten worden.

Herkenbaarheid project

Voor de herkenbaarheid van het programma is het verstandig om de samenhang binnen het programma zichtbaar te maken. Insteek daarbij wordt dat verschillende organisaties in de regio nauw samenwerken aan het voorkomen van depressieve klachten en het weerbaar maken van mensen die gevoelig zijn voor depressieve klachten. Dit in opdracht van de gemeentebesturen van de regio Zuid-holland Zuid.

Voor een goede herkenbaarheid van het programma is het belangrijk om een projectnaam en -logo af te spreken waaraan iedereen de komende periode kan zien dat de activiteiten worden georganiseerd in het kader van het programma. Binnen de huisstijl moet wel voldoende ruimte gelaten worden voor de afzonderlijke organisaties om zich te profileren. Immers de naam van een organisatie staat voor de klant vaak garant voor deskundigheid en betrouwbaarheid.

Twee informatiestromen

Binnen het programma zijn twee informatiestromen te onderscheiden:

1. Communicatie over het preventieprogramma zelf met als doelgroepen de ketenpartners, gemeenten, medewerkers intern en de media.
2. Communicatie over de inhoud van het programma met als doelgroepen jeugd en jongeren, ouderen en allochtonen.

Waar het gaat om het programma zelf is het goed om aandacht te vragen bij de media voor het project. Te denken valt hierbij aan een startbijeenkomst, een tussentijdse stand van zaken en een *human interest* verhaal.

De communicatie tussen de ketenpartners kan mogelijk ondersteund worden met een digitale nieuwsbrief. Met de communicatieadviseurs van de ketenpartners wordt afgesproken hoe het programma intern, binnen de organisaties zelf, onder de aandacht wordt gebracht.

De communicatie over de inhoud van het programma zal voor een groot deel bestaan uit het onder de aandacht brengen van cursussen of andere activiteiten en het ondersteunen van de voorlichters bij het nadenken over middelen om de doelgroepen te bereiken.

Benodigde communicatie-uren per jaar: 200 uur

Budget: € 10.000 in 2008 (ontwikkelen logo, nieuwsbrieven, etc)

€ 5.000 in 2009 e.v.

10 Evaluatie

Procesevaluatie van de ketensamenwerking

Tijdens de looptijd van het programma is de ketensamenwerking van essentieel belang. In 2009 wordt daarom een eerste (tussen)evaluatie gehouden van deze samenwerking. Het gaat hierbij vooral om de tevredenheid van de deelnemers over o.a. de kwaliteit en voortgang. In 2011 wordt opnieuw het proces geëvalueerd.

Monitoren van vraag en aanbod

Het volgen van de vraag naar preventie en het beschikbare volume is van belang. Hierdoor kunnen mogelijke knelpunten in de keten mogelijk worden voorzien en tijdig worden opgelost.

Evaluatie van interventies

Alle interventies worden geëvalueerd. Deze evaluaties betreffen klanttevredenheidsonderzoeken, bereik en kennistoename. De instellingen die deze interventies uitvoeren verzamelen hiervoor de gegevens. De GGD analyseert deze gegevens vervolgens.

Urenbesteding GGD

	2008	2009	2010	2011
Procevaluatie (GGD/beleid)	-	50	-	50
Vraag/aanbodmonitoring (GGD/epidemiologie)	150	50	50	50
Evaluatie interventies (GGD/epidemiologie)	100	100	100	100

11 Financieel kader

CP-GGZ

Voor de collectieve preventie van depressie hebben de gemeenten in het kader van de Wmo-middelen ontvangen (de zgn. cp-ggz middelen). Gemeenten hebben besloten deze middelen te bundelen en deze aan te wenden voor het uitvoeren van dit programma. Met ziektekostenverzekeraars gaat overleg gevoerd worden over de financiering van een aantal interventies. Daarnaast worden er ook uren van de GGD ingezet om het programma te realiseren.

Benodigde middelen

In het programma staan per doelgroep de middelen opgenomen die nodig zijn om de beoogde resultaten ook te realiseren. In onderstaande schema is hiervan de samenvatting weergegeven. In bijlage 2 is een meer gedetailleerd overzicht opgenomen.

	2008	2009	2010	2011
Jeugd	83.500	108.500	93.500	108.500
Ouderen	53.500	83.500	63.500	63.500
Allochtonen	30.000	30.000	30.000	30.000
Organisatiekosten	60.000	55.000	55.000	55.000
Totaal	227.000	277.000	242.000	257.000

Tabel 1: budget 2008 – 2011

In 2007 zijn met de Grote Rivieren afspraken gemaakt over de inzet van CP-GGZ middelen van het budget 2007 in het jaar 2008. Hierdoor wordt een deel van het nieuwe budget 2008 in dit jaar niet gebruikt. Het jaar 2009 laat een behoorlijke stijging zien van de kosten. Dit wordt veroorzaakt door de zogenoemde instapkosten voor E-Health interventies die nu landelijk ontwikkeld zijn.

Het voorstel is om voor het deel van het budget wat in 2008 niet wordt gebruikt een voorziening te creëren. Hiermee kan dan een deel van de benodigde investeringen worden gedekt.

Ureninzet GGD vanuit het basistakenpakket

Naast de middelen die nodig zijn om diensten en producten in te kopen van zorginstellingen, is er ook inzet nodig van de GGD. Deze inzet varieert van gezondheidsbevordering, epidemiologie, jeugdgezondheidszorg tot beleid. In onderstaande tabel wordt deze inzet samengevat. Naast deze inzet is voor een

omvangrijk programma ook coördinatie en administratieve ondersteuning nodig. Deze inzet kan niet vanuit de huidige basisuren worden bekostigd. Hiervoor is in de vorige paragraaf organisatiekosten opgenomen.

Functie	2008	2009	2010	2011
Epidemiologie	450	450	350	350
Gezondheidsbevordering	1630	1480	1480	1480
Beleid	200	275	200	275
Communicatie	200	200	200	200
JGZ	60	60	60	60
AGZ	PM	PM	PM	PM
Totaal	2540	2465	2290	2365

Tabel 2: uren 2008 - 2011

De inzet van de GGD vanuit haar basistaken bedraagt op een gemiddelde kostprijs van € 75,-- in 2008: €190.500,--.

Bijlage 1 Mogelijke cursussen

A. Jeugd

Leeftijdscategorie	Naam	Doel	Setting	Effectiviteit
<i>Universele domein</i>				
8 – 12 jaar en 12 – 16 jaar	Vriendenprogramma	Versterken emotionele veerkracht en zelfvertrouwen en het opbouwen van probleemoplossende vaardigheden	School	
Kinderen tot 12 jaar Kinderen vanaf 12 jaar	Leefstijl in de vrije tijd	Jongeren stimuleren tot een gezonde ontwikkeling en het aanleren van vaardigheden om ongewenst gedrag te voorkomen	Buurthuizen, sportverenigingen	
<i>Selectieve domein</i>				
8 –12 jaar 12 – 15 jaar 16 –25 jaar Voor kinderen waarvan één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen heeft.	Kopp-cursussen	Voor het voorkomen van psychische problemen door het geven van uitleg, aanleren vaardigheden en lotgenotencontact	Instelling/buurthuis of bv. centrum voor jeugd en gezin.	Positieve effecten op risico en beschermende factoren.
15 – 19 jaar met licht depressieve klachten	Stemmingmakerij/Slechte tijden, Goede tijden	Jongeren krijgen meer grip op hun klachten, waardoor ze meer plezier krijgen in het leven, en thuis en op school beter functioneren	Instelling/buurthuis of bv. Centrum voor jeugd en gezin.	Deelname aan de cursus leidt tot een duidelijke afname in depressiviteit en andere psychische klachten en verbetering in schoolprestaties, sociale vaardigheden en zelfwaardering
16 –25 jaar	'Grip op je dip' (online)	Het verminderen van depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden om er beter mee op te gaan	Centrum jeugd en gezin/buurthuis/ Internet	Effectief in de afname van depressieve klachten.

B. Ouderen

Leeftijdscategorie	Naam	Doel	Setting	Effectiviteit
<i>Universele domein</i>				
50 jaar en ouder	Internetcommunity '50plusnet'	Op peil houden/aanvullen van sociaal netwerk en voorkomen van sociaal isolement, stimuleren van participatie in activiteiten	Internet	Innovatief programma die nog niet op effectiviteit is geëvalueerd, maar wel een good-practice is.
Ouderen tussen 50 – 70 jaar	Op weg naar de gouden jaren	Aanleren van pro-actieve vaardigheden waarmee problemen in een vroeg stadium voorkomen kunnen worden.	Welzijnsinstelling /buurthuis	Effectonderzoek loopt.
Ouderen	De kunst van het ouder worden	Ouder bewust maken van hun eigen mogelijkheden om met moeilijke situaties om te gaan.	Welzijnsinstelling /buurthuis	Innovatief programma die nog niet op effectiviteit is geëvalueerd, maar wel een good-practice is.

Vrouwen van 55 jaar en ouder	Geef uw leven meer glans	Aanleren van vaardigheden om zelf actief bij te dragen aan de glans van het eigen leven. Nadruk ligt vooral op aspecten van positief sociaal welbevinden.	Welzijnsinstelling/ buurthuis	Positief effect op zelfmanagementvaardigheden en het welbevinden. Ook daalden gevoelens van eenzaamheid (maar niet significant).
<i>Selectieve domein</i>				
Ouderen met depressieve klachten	Kleur je leven	Het verminderen van depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden	Internet	Resultaten tonen aan dat de cursus effectief is.
Ouderen vanaf 55 jaar met cumulatie van problemen	Activerend huisbezoek	Bieden van praktische hulp en sociaal-emotionele steun; activering tot sociale of maatschappelijke participatie	Thuisituatie	De interventie heeft een korte termijn effect op eenzaamheidsgevoelens. Bij twee of meer bezoeken werd het effect groter.
Inactieve ouderen tussen de 55 en 65 jaar	GALM			
Vrouwen (60+) die minstens 1 jaar weduwe zijn	'Verlies en dan verder...'	Bevorderen van een eenzaamheidsvoorkomende houding en zicht krijgen op belemmerende normen, waarden en gedragingen en het bevorderen van persoonlijke groei en zelfstandigheid	AMW/GGZ instelling	Cursisten zijn sociaal vaardiger en hebben minder psychosociale problemen.

C. Allochtonen

Leeftijdscategorie	Naam	Doel	Setting	Effectiviteit
<i>Universele domein</i>				
15 –23 jaar (Marokkaanse meisjes)	Depri-en-dan	Informatie, zelftest en chatten met lotgenoten	Internet	Onbekend
<i>Selectieve domein</i>				
Volwassen vrouwen van Marokkaanse en Turkse afkomst	Gezond leven en bewegen	Het verminderen van spanningsklachten door voorlichting en beweging	Buurthuis/ Thuiszorg/ vrouwencentrum	Evaluatie heeft positieve effecten laten zien op kennisvergroting en toename van maatschappelijke participatie
Turkse en Marokkaanse volwassenen (18-65 jaar)	'Lichte dagen, donkere dagen' (interventie hoort in het geïndiceerde domein, maar is mogelijk geschikt te maken voor het selectieve domein).	Verminderen van depressieve klachten door het vergroten van inzicht in de klachten en het leren van vaardigheden om hier beter mee om te gaan.	Buurthuis/ Vrouwencentrum/ Thuiszorg/ GGZ-instelling	Pilotstudy laat een significante afname van depressieve klachten zien.