

Psycho-sociale gezondheid - Bouwstenen voor bereik



Verslag van het seminar 'Depressiepreventie en lage SES: hoe verhogen we het bereik?' 16 november 2010 bij Trimbos



Inleiding & aanleiding

Jaarlijks worden 740.000 Nederlanders depressief. Zo veroorzaakt depressie een grote ziektelast die gelijkstaat aan het verlies van 82.000 gezonde levensjaren. De zorgkosten ervan bedragen jaarlijks 660 miljoen euro. Maatschappelijke lasten door arbeidsverzuim zijn dan nog niet meegeteld.

Wanneer tijdig ingegrepen wordt, als er depressieve klachten zijn maar nog geen depressie, kunnen deze klachten binnen de perken gehouden worden. Dit is mogelijk met behulp van depressiepreventie bij risico-groepen. Zowel in gemeentelijke nota's als in de landelijke nota volksgezondheid wordt beleid op het gebied van depressiepreventie vormgegeven. Uitvoering van dit beleid vindt plaats via de eerstelijnszorg, de GGZ of welzijnsorganisaties.

Binnen beleid en uitvoering is speciale aandacht nodig voor mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Hoewel depressie voorkomt in alle lagen van de bevolking, kampt deze doelgroep er nog vaker mee dan de gemiddelde Nederlander.

Vanuit de wetenschap zijn de nodige interventies ontwikkeld voor depressiepreventie. Deze hebben hun effect bewezen en depressieve klachten zijn daadwerkelijk te verminderen. Het aantal mensen dat gebruik maakt van deze interventies is echter nog veel te klein. Slechts 2 tot 3% van de beoogde doelgroep (=de doelgroep is te zien als het aantal mensen wat een depressie krijgt) wordt bereikt. Daarbij wordt de risicogroep van mensen met een lage opleiding/inkomen, nog slechter bereikt.

Uit een evaluatie van depressiepreventie in de G4 – Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht – kon dezelfde conclusie getrokken worden.

Vanuit de vraag die hieruit volgt: "Hoe kunnen we deze doelgroep goed bereiken?" is in samenwerking met het Partnership Depressiepreventie¹ een seminar opgezet. Voor dit seminar zijn experts uit de G4 op het gebied van uitvoering, beleid en financiering van depressiepreventie uitgenodigd. Zij zijn om de tafel gaan zitten om de problemen te analyseren, maar vooral om (deel)oplossingen aan te dragen. Deze deeloplossingen zijn te zien als "bouwstenen" voor het verbeteren van de publieke psychosociale gezondheid. De experts werden tijdens het seminar ondersteund door analyses van wetenschappers en voorbeelden uit de praktijk.

In het verslag wat voor u ligt zijn de tijdens dit seminar verzamelde bouwstenen beschreven. Volgens de experts die deelgenomen hebben aan deze bijeenkomst, kunnen deze bouwstenen bijdragen aan een beter bereik. Ze zijn te gebruiken om bestaand beleid en werkwijzen tegen het licht te houden. Ze kunnen daarnaast natuurlijk dienen als basis voor het ontwerp van nieuw beleid en nieuwe projecten.

¹ Trimbos, GGD Nederland, VNG, Actiz, NHG, LVG, LPGGZ, Fonds psychische gezondheid, ZN, MOgroep, GGZ Nederland, NVAB

De bouwstenen zijn onderverdeeld naar doelstellingen, handelingen, processen en instrumenten. Hiermee zijn oplossingen voor het waarom?, wat?, hoe? en waarmee? van elkaar onderscheiden.

De bouwstenen voor een beter bereik zijn te zien als een set van voorwaarden, waaraan beleid of uitvoering minstens zouden moeten voldoen wanneer we het over deze doelgroep hebben. Bij elkaar vormt deze set geen recept of handleiding. Deze oplossingen zijn niet ideaal of volledig, maar wel goed bruikbaar.

Doelstellingen

Het doel is om de psychosociale gezondheid te verbeteren van de mensen met een lage opleiding/laag inkomen. Wat betekent dit voor beleid en praktijk? We willen bereiken dat **meer mensen 'zin in het leven'** hebben. Dit is een meetbare doelstelling, hoewel meting een lastige zaak is vanwege de lange adem van het proces.

Nieuw opgezette projecten lijken succesvol, maar het lukt nog niet om **massa te maken**. Toch is ook het maken van massa een belangrijke doelstelling die nagestreefd moet worden en daarom deel uit moet maken van de doelstellingen in plannen.

De uiteindelijke doelstelling op individueel en op wijkniveau is hierbij: **zelfmanagement**. Bewoners moeten zoveel mogelijk zelf in staat zijn hun broek op te houden, ook wat psychosociale gezondheid betreft.

Activiteiten

Welke activiteiten moeten gemeenten, professionals en zorgverzekeraars ondernemen om bovenstaande doelstellingen te bereiken?

- Bijdragen aan **prettige wijken**. Hoewel smaken in deze zeker verschillen, valt te denken aan levensloopbestendig, gemixt lage/hoge SES, prettige gezellige omgeving met aantrekkelijke en uitnodigende **ontmoetingsplaatsen**, zowel binnen als buiten. De omgeving moet uitnodigen tot gezond gedrag. Lokale economie, voorzieningenniveau en veiligheid zijn andere steekwoorden in dit opzicht.
- **Risicogroepen** moeten opgespoord worden (mantelzorgers, overleden partner, terugvalpreventie)
- Geschikt **aanbod** ontwikkelen en aanbieden voor de doelgroep lage SES (cognitieve therapie wordt vaak als te moeilijk beschouwd) en voor hun omgeving (bv. workshop vroegsignalering voor buurthuismedewerkers)

Proces

Hoe moeten we deze en andere activiteiten tot stand brengen?

Wat zijn belangrijke procesmatige voorwaarden om het bereik te verhogen en massa te maken?

Het is hierbij met name belangrijk om samenwerking met de juiste partners op de goede manier tot stand te brengen.

We kunnen hierbij een onderverdeling maken in **de benadering van en samenwerking met**

- **de doelgroep** *nader beschreven*
- **professionals in de keten** *nader beschreven*
- **gemeentelijke beleidsterreinen** *nader beschreven*
- **zorgverzekeraar**
- **andere leefstijlproblemen**
- **werk- en schoolsetting**
- **ervaringsdeskundigen**
- **"high potentials" (=de mensen die iets voor een ander willen betekenen)**

Doelgroep:

Mensen zijn gevoelig voor een positieve insteek. Het instrument taal speelt hierbij een belangrijke rol. De term 'mentaal welbevinden' klinkt bijvoorbeeld al heel anders dan 'psychosociale gezondheid', en 'depressiepreventie' klinkt zwaarder dan 'omgaan met slaapproblemen' of 'leren ontspannen'. Vraaggericht werken en/of aansluiten bij de doelen en waarden van de doelgroep is essentieel. Voor de doelgroep is gezondheid niet altijd het belangrijkste in het leven, maar bijvoorbeeld wel 'kunnen spelen met de kinderen', of '(weer) lekker kunnen werken'. Uitgaan van en aansluiten bij de belevingswereld, waarden en motivatie van de doelgroep is hierbij de beste ingang: iets toevoegen voor mensen, dat hun bestaan veraangenaamt. 'Leuk, gemakkelijk en gezellig' zijn hierbij voorwaarden voor de interventie. Om te weten wat de doelgroep drijft, wat de mensen leuk, gemakkelijk en gezellig vinden, is kennis van die doelgroep belangrijk.

Welzijnswerk kan hierbij een rol spelen, zij staan dicht bij de doelgroep en kunnen deze community-gericht benaderen. Voor de benadering van mensen is een pro-actieve, outreachende opstelling noodzakelijk. Samenwerking tussen welzijn en GGZ moet daarom krachtig zijn, met name op wijkniveau.

Om uiteindelijk zelfmanagement te borgen is het van belang dat er aandacht is voor het vergroten van sociale verbanden, evenals de eigen verantwoordelijkheid daarin. Ervaringsdeskundigen, die bekend zijn met beginnende klachten, kunnen een rol spelen in zowel advies als uitvoering.

Professionals in de keten:

Professionals in de keten en/of vrijwilligers (huisartsen, wijkgezondheidszorg, wijkverpleegkundigen, welzijnswerk, eerstelijnspsychologen, buurthuismedewerkers), werken vaak al op veel vlakken samen. Toch is hier ook nog een verbeterslag mogelijk. Zo is het belangrijk om een infrastructuur af te spreken voor overleg en samenwerking, en een goede, geborgde, verdeling van verantwoordelijkheden. Het moet hierbij niet lonen

om het belang van de eigen organisatie na te streven. Naast formele vastlegging van verantwoordelijkheden, moeten partners goed weten waar ze elkaar in kunnen zetten, elkaars kracht kennen.

Gemeentelijke beleidsterreinen

Integraal werken is de norm voor de gemeente. Andere beleidsterreinen hebben invloed op (psychosociale) gezondheid en gezondheid heeft invloed op andere beleidsterreinen. De afdelingen onderwijs, dienst werk & inkomen, sociale zaken, ruimtelijke ordening en/of andersgenoemde afdelingen raken aan het veld van publieke gezondheidszorg en psychosociale gezondheid. Ook hier geldt dat het afspreken van een infrastructuur voor integraal werken een startpunt kan zijn. Een infrastructuur opzetten is ook een voorwaarde voor succes voor andere samenwerkingsverbanden, zoals met professionals, zorgverzekeraars, woningbouwcorporaties, bewonersgroepen, andere setting (wijk/school/werk).

Instrumenten

Verschillende instrumenten om het bereik te verhogen zijn genoemd tijdens het seminar. Deze instrumenten worden als bruikbaar ervaren door de experts uit het publiek. Over de daadwerkelijke effectiviteit van deze instrumenten is nog weinig bekend. Hoewel de lijst al behoorlijk uitgebreid is, kunnen we ons voorstellen dat er andere instrumenten te bedenken zijn met nog meer impact op het bereik.

Mogelijke instrumenten ter verhoging van het bereik:

- Infrastructuur opzetten voor samenwerking (op allerlei gebieden, zie boven)
- Taalgebruik (positief en gericht op de doelgroep)
- Hulpverleners tijd, geld en ruimte geven voor vrijmaken voor innovatie/publieke gezondheid
- Welzijnswerk/ opbouwwerk/ buurthuis kan een rol spelen. Dit zou opnieuw opgebouwd moeten worden.
- Veel plekken voor spontane ontmoeting creëren, activiteiten organiseren gericht op ontmoeting
- Inzetten van de huisartsen en andere eerstelijnszorg, meer en effectiever gebruik van het dubbelconsult bij de huisarts
- Middelen, zoals bestemd voor welzijn, collectieve preventie en geïndiceerde preventie (zorgverzekeraar), bijeenvoegen op wijkniveau
- Structurele financiering voor gecombineerde leefstijlinterventies die huisartsenzorg en wijkactiviteiten met elkaar verbinden