

DEPRESSIEPREVENTIE

Handreiking voor bedrijfsartsen

versie 1.0

Depressiepreventie

Handreiking voor bedrijfsartsen
versie 1.0

*Monique Loo
Noks Nauta*

 **Partnership**
Depressiepreventie



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Colofon

Partnership Depressiepreventie (PDP)

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

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

Projectleiding PDP

Trimbos-instituut: Martijn Bool

Projectleider deelproject Lokaal beleid

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

Auteurs

Monique Loo, Noks Nauta

Partners PDP

Actiz (www.actiz.nl)

Fonds Psychische Gezondheid (www.fondspsychischegezondheid.nl)

GGD Nederland (www.ggdnederland.nl),

GGZ Nederland (www.ggz nederland.nl)

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) (www.lvg.org)

Landelijke huisartsenvereniging (LHV) (www.lhv.nl)

Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) (www.nhg.artsennet.nl)

Maatschappelijke Ondernemersgroep (MOgroep) (www.mogroep.nl)

Nederlandse Patiënten en Consumenten Platform (NPCF) (www.npcf.nl)

Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) (www.vng-login.nl)

Trimbos-instituut (www.trimbos.nl)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (www.zn.nl).

Samenwerkende organisatie

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) (www.nvab-online.nl)

Waarnemers

Inspectie Volksgezondheid, RIVM ZonMw, Ministerie van VWS

De Sigmund-strips zijn opgenomen met toestemming van Peter de Wit.

Omslagontwerp

Studio aan de werf

Eindredactie en opmaak binnenwerk

Gerdie Kienhorst, TextAbility

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

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

Producten van het Partnership Depressiepreventie mogen worden gebruikt met bronvermelding.

Deze uitgave is gratis te downloaden via www.loketgezondleven.nl, www.trimbospreventie.nl, www.trimbos.nl en de partnerorganisaties.

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF 0972. U krijgt dan een factuur voor de betaling.

Leeswijzer

Deze handreiking combineert theoretische informatie met praktische handvatten.

Gebruikers verschillen in hun manier van opnemen en toepassen van informatie. Vandaar deze leeswijzer:

- De **inleiding** schetst de **context** voor deze handreiking.
- Wilt u direct aan de slag met de **praktische handvatten**, gebruik dan de **hoofdstukken 1, 2 en 3**.
- Wilt u meer **theoretisch kader**, lees dan de **hoofdstukken 4 tot en met 7**.

Inhoud

Leeswijzer	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
1 Depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg	7
1.1 Waarom	7
1.2 Hoe?	8
2 Praktische tools en tips	13
2.1 Tips	13
2.2 Screeningsinstrumenten	14
3 Planmatige aanpak bedrijfsarts	15
3.1 Aandachtspunten	15
3.2 Uitwerking	15
4 Depressie klinisch en subklinisch	17
4.1 Lijden	17
4.2 Ziektebelasting	18
4.3 Overwegingen	19
5 Depressie en werk	21
5.1 Depressie in de beroepsbevolking	21
5.2 Werkgebonden factoren en depressie	21
5.3 Effectiviteit depressiepreventie in arbeidscontext	22
6 Het Partnerschap Depressiepreventie	23
6.1 Wat doet het PDP?	23
6.2 Lokaal beleid	23
6.3 Voorlichting en bewustwording	23
6.4 Signaleren, adviseren, motiveren en deskundigheidsbevordering	23
6.5 Setting arbeid	24

7	Preventie	25
7.1	Soorten preventie	25
7.2	Evidenties en verzekerde zorg	25
7.3	Beschikbare interventies	27
7.4	Uitwerking naar type preventie	27
8	Verwijzingen	33
8.1	Literatuur	33
8.2	Webadressen tabel 2 en 3	35
	Bijlagen	36
	Overzicht interventies depressiepreventie met relatie tot bedrijfsgezondheidszorg	36
	Overzicht interventies volwassenen	38

Samenvatting

Voor de ontwikkeling van deze handreiking over depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg is behalve informatie vanuit het Partnership Depressiepreventie en de recentste wetenschappelijke kennis vooral de input van professionals in de arbozorg, werknemers met een historie van depressie en leidinggevend en P&O-ers (focusgroepen, interviews, gebruikersgroepen) gebruikt.

De handreiking is speciaal gericht op bedrijfsartsen. Lezers die met name op zoek zijn naar *praktische handvatten* worden na een kort 'waarom en hoe' (vormen van preventie en interventies) direct bediend met tips en tools (zoals geschikte screeningsinstrumenten) en met een schematisch uitgewerkte checklist die zij als startpunt voor een planmatige aanpak van depressiepreventie kunnen gebruiken. Wie meer *theoretische achtergrond* wil (cijfers over depressielijden, ziektelast, overwegingen rond depressie in de arbeidscontext, het werk van het Partnership Depressiepreventie) krijgt in beknopte hoofdstukken een goed eerste overzicht en wordt adequaat naar verdere verdieping verwezen.

In de bijlage zijn uit de 428 door het RIVM geselecteerde interventies depressiepreventie er twaalf geselecteerd die goed aansluiten op de bedrijfsgezondheidszorg. Zij zijn systematisch omschreven naar doelgroep, doel, uitvoeringsmogelijkheden, kosten en wetenschappelijke status.

Inleiding

De NVAB is van mening dat bedrijfsartsen een belangrijke rol te vervullen hebben bij depressiepreventie. U merkt dat depressie(preventie) momenteel volop in de belangstelling staat. Het ministerie van VWS gaf hieraan een krachtige impuls met de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (2006). Uitgangspunt is dat kiezen voor gezond leven loont: mensen blijven daarmee langer leven in betere gezondheid. En dat leidt weer tot minder maatschappelijke kosten en minder druk op het gezondheidszorgsysteem.

Depressie treft een groot aantal mensen, kent hoge kosten en heeft een ongunstige prognose. De kans op terugval is groot en neemt toe na elke depressie-episode. Behandeling van een depressie heeft slechts beperkt effect op de ziektelast. Preventie in het klinisch relevant voorstadium lijkt effectief. En innovatieve interventies, gebaseerd op de huidige technologische mogelijkheden, bieden kansen voor minder kosten- en zorgintensieve vormen van preventie en therapie. De krachten op het vlak van depressiepreventie zijn gebundeld in het Partnership Depressie Preventie (PDP). Bij al deze grotendeels individueel gerichte aandacht beluisteren we ook kritische geluiden. Deze pleiten voor verbreding buiten het individu, maken ons attent op onze (voor)oordelen en alert op de invloed van sociaal maatschappelijke gebruiken en cultuur. Wat is een depressie dan eigenlijk? Mogen mensen niet meer somberen en moeten zij altijd, volledig verantwoordelijk, streven naar geluk?

Wat moeten bedrijfsartsen weten van depressiepreventie? (Hoe) moeten en hoe kunnen zij aan depressiepreventie bijdragen? We vroegen het aan professionals in de arbozorg, aan werknemers die een depressie gehad hebben en aan leidinggevend en P&O-ers in de vorm van focusgroepen, interviews en gebruikersgroepen. Hun input, informatie van het PDP, wetenschappelijke artikelen en recente publicaties hebben we als bronnen gebruikt voor de ontwikkeling van deze handreiking.

Met dit document willen we bedrijfsartsen informatie op het gebied van depressiepreventie aan de hand doen. Veel informatie en tips beperken zich niet alleen tot preventie van depressie, maar zijn te gebruiken in het kader van breder preventief optreden. Deze handreiking is een concept en zal door bedrijfsartsen in de praktijk getest worden. Op basis van de praktijkervaringen en voortschrijdende inzichten kan vervolgens bijstelling plaatsvinden en kunnen er best practices worden beschreven.

We maken u erop attent dat de *behandeling* van depressie buiten het bestek van deze handreiking valt. De bedrijfsarts kan daarvoor terecht bij het *Handboek Arbeid en Belastbaarheid* (Swinkels et al, 2001), de *CBO-richtlijnen* (Van der Velde, 2005) en de *NHG-standaard Depressie* (Van Marwijk et al, 2003).

Minimaal verwachten we van bedrijfsartsen dat zij handelen conform de NVAB-richtlijn bij verzuim door psychische problemen en dus ook bij de begeleiding van een depressie: bedrijfsartsen begeleiden de stressgerelateerde dimensie van het beeld, benutten de 4-DKL om de voortgang te monitoren, intermediairen en consulteren minstens de huisarts voor de optimale behandeling van de specifieke depressieve component en overleggen (mits er toestemming is) met betrokken behandelaren. Zij zorgen voor de optimale communicatie tussen werknemers en hun werksysteem en intermediairen naar passende arbeidsomstandigheden en werk (zo aanpassing nodig zou zijn).

De NVAB is ook betrokken bij de ontwikkeling van de zorgstandaard Depressie. Deze beoogt de zorg voor mensen met een depressie zo te coördineren en vorm te geven dat er

sprake is van integrale zorg. Uiteraard spelen de werkomgeving en arbozorg daarbij een rol. De NVAB zal de bedrijfsarts hierover op de gebruikelijke wijze informeren.

1 Depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg

1.1 Waarom

We noemen eerst enkele relevante feiten voor de bedrijfsarts die onderbouwen waarom depressiepreventie een aandachtsveld voor de bedrijfsgezondheidszorg is.

- De NVAB meent dat er voldoende indicaties zijn die aantonen dat preventie van depressie belangrijk én (kosten)effectief is. Voor de onderbouwing van deze mening verwijzen wij naar de uitgebreide informatie in hoofdstuk 4.
- Kwantitatieve onderbouwing van het probleem van depressie in werksituaties is niet zeer uitgebreid. Hoofdstuk 5 vat samen wat wel bekend is.
- Er is een 'Partnership Depressiepreventie' actief (PDP). Dit Partnership richtte zich tot voor kort vooral op het domein van de algemene bevolking maar heeft ook arbeid en arbeidsgezondheidszorg in het aandachtsgedebied betrokken. Meer informatie over het Partnership Depressiepreventie biedt hoofdstuk 6.
- Het College van Zorgverzekeraars (CVZ) heeft depressiepreventie in het basispakket opgenomen. Helaas biedt dat voor bedrijfsartsen vooralsnog geen ruimte om vergoeding via de zorgverzekeraar te ontvangen; zij worden niet genoemd als een eerstelijnsleverancier van deze te vergoeden zorg, maar hier ligt wel een uitdaging.



- De NVAB meent dat de bedrijfsarts kan bijdragen aan depressiepreventie. Deze overtuiging werd gedeeld door de bedrijfsartsen, de werknemers en de werkgevers die we betrokken bij de ontwikkeling van deze handreiking
- Het PDP ontwikkelde risicoprofielen voor de algemene bevolking. Deze profielen dragen ertoe bij om met de beste kans van slagen die interventies aan die personen aan te bieden die er ook het meest bij gebaat zijn. Voor de bedrijfsarts zijn deze profielen nog niet bruikbaar! Voor de subgroep werkenden wordt onderzocht welke risicoprofielen gemaakt kunnen worden onder de aanname dat deze wezenlijk andere informatie (zullen) bieden (PDP, 2009). U kunt over de algemene profielen meer lezen in de tussenrapportage van het PDP van mei 2009. Twee modellen van Schroevers voor geïndiceerde en selectieve preventie treft u aan in Romijn et al. (2007, blz. 28 en 29).

Los daarvan is het nuttig om te weten welke risicofactoren, risicogroepen en beschermende factoren vooralsnog bekend zijn. Tabel 1 geeft deze.

Tabel 1Risicofactoren, risicogroepen en beschermende factoren¹

	Onderzocht in de algemene bevolking	Onderzocht specifiek in de werkende bevolking
<i>Risicofactoren</i>	Eerdere depressie (1) Subklinische depressie (1) Langdurige angststoornis (1) Jeugdtrauma (1) Ingrijpende levensgebeurtenissen (1) Chronische lichamelijke ziekte of beperking (1) Lage sociaal economische status (1)	Gebrek aan steun (3) Niet passende functie (3) Te veel werk i.c.m. gebrek aan regelmo- gelijkheden (3) Hoge psychologische taakeisen (3) Stressvolle gebeurtenissen (3) Procedurele onrechtvaardigheid (3) Hoge werkdruk (4,6) Blootstelling aan kwik/ oplosmiddelen (5) Agressie op de werkplek (5) Arbeidsconflict en ongewenste omgangs- vormen (5)
<i>Risicogroepen</i>	Mensen met naaste familieleden met depressie / angst/ alcoholmisbruik (1) Kwetsbare persoonlijkheden (neuroticisme, laag zelfvertrouwen, hoge interpersoon- lijke sensitiviteit) (1) Vrouwen (1) Alleenstaanden (1) Sociaal kwetsbaren (thuis- en daklozen, asielzoekers) (1) Zeer creatieve mensen (2)	Werknemers in gezondheidszorg (3) Leraren (3) Advocaten (3) Secretarieel personeel (3) Vrachtwagenchauffeurs (internationale ritten) (4)
<i>Beschermende factoren</i>	Zelfinzicht, zelfwaardering, zelfvertrouwen (1) Begrip en kennis over depressie en mogelijkheden (1) Flexibele persoonlijkheid (1) Sociaal vaardig (1) Gevoel van 'mastery'; regie en grip houden (1) Plannen en participeren in plezierige activiteiten (1) Het hebben van werk (3) Fysieke activiteiten (sport) (1)	

Bronnen: 1 = Smit et al. (2007); 2 = Andreasen (2006); 3 = NCvB Depressie beroepsgebonden; 4 = Psychischenwerk; 5 = Speijer (2008); 6 = Plaisier (2009).

1.2 Hoe?

Vormen van preventie en interventies

Er zijn meerdere vormen van preventie (zie hoofdstuk 7) en de bedrijfsarts beschikt over verschillende ingangen om ondersteuning te bieden aan depressiepreventie. Voor een up-to-date overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken specifiek voor interventies op het gebied van depressiepreventie verwijzen we naar de website van het RIVM: <http://www.loketgezondleven.nl/>. Op deze website zijn inmiddels 428 interventies verzameld. Voor elke interventie is onder andere beschreven voor welke doelgroep deze bedoeld is en welk effect ervan verwacht wordt. Ook is beschreven in hoeverre de interventie wetenschappelijk of theoretisch (goed) onderbouwd is.

Hieruit hebben we voor bedrijfsartsen een keuze gemaakt van interventies die goed aansluiten op de bedrijfsgezondheidszorg. Dat overzicht vindt u in de bijlage (vanaf blz. 36).

In tabel 2 (blz. 10-11) hebben we de mogelijke interventies van de bedrijfsarts gerangschikt naar gebruikelijke contactmomenten en klantsituaties. De bedrijfsarts heeft nu al de beschikking over deze mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het (depres-

¹ De informatie uit deze tabel is onderhevig aan nieuwe inzichten uit onderzoek en we realiseren ons dat veel mogelijke risicofactoren of kwetsbaarheden nog niet of onvoldoende onderzocht zijn.

sie)preventiebeleid van klantorganisaties en als interventiebeleid in contact met groepen of individuen.

U kunt als bedrijfsarts ook aansluiten bij lokaal beleid. Onderaan de tabel hebben we hiertoe enkele suggesties opgenomen.

Hoofdstuk 7 biedt theoretische verdieping. Deels is dezelfde informatie gerangschikt per preventiesoort. Daarnaast geeft het informatie over de gevonden evidenties over de effectiviteit van bepaalde interventiesoorten. Tot slot komen de keuze van preventieve interventies aan bod en de voorwaarden die het College van Zorgverzekeraars stelde aan de verzekerde vormen van depressiepreventie.

Wij menen dat de genoemde attitude, adviezen, gebruikte instrumenten en geschetste situaties zich niet alleen beperken tot preventie van depressie. Ze zijn vaak ook algemeen bruikbaar zijn voor brede preventie van psychische problematiek en zelfs als preventieve interventies te benutten voor andere werkgerelateerde problematiek.

Allochtone werknemers

Deze handreiking presenteert praktische suggesties die algemeen breed toepasbaar zijn. Hier een korte notitie over de bijzondere positie van allochtonen in verband met depressie(preventie).

Alleen in het Nederlands cultuurgebied bestaat al diversiteit over het begrip depressie. De persoonlijke kleur en waardering die het individu aan het begrip depressie geeft verschilt erg. Anders gezegd: er zijn grote verschillen in interpretatie van wat klachten als 'chronisch somber zijn' en 'geen initiatief meer kunnen opbrengen' betekenen voor de persoonlijke leefsfeer en de nabije omgeving van het individu met de klachten (zie ook paragraaf 4.3). Deze interpretatieverschillen worden uiteraard ook gekleurd door culturele en etnische diversiteit, net als de mate waarin het individu in staat is of in staat gehouden wordt om initiatief te ontplooien en te werken aan zijn gezondheid of om hulp te accepteren. Dit kan invloed hebben op de contactkwaliteit tussen u en de werknemer (met klachten). Nuances van de klachten kunnen bijvoorbeeld verloren gaan wanneer u gebruikmaakt van niet-professionele tolken (tolken door familie). Soms bereikt u meer inzicht bij de werknemer zelf wanneer u niet rechtstreeks aan betrokkene vraagt wat de klacht voor hem of haar betekent maar indirect uw vragen stelt. 'Wie is de persoon binnen uw familie bij wie u altijd om raad vraagt, wat zou deze persoon vinden van de klachten zoals u die nu heeft, wat zou deze persoon u aanraden'.

Specifiek op het gebied van depressie is nog weinig ontwikkeld. Wie zich meer wil verdiepen in helpende vaardigheden in interculturele contacten kan de volgende publicaties lezen: '*Beschermjassen, transculturele hulp aan families*', '*Zorg aan buitenlanders?*', '*Het succes ligt op straat*'. Zie voor de verwijzingen hoofdstuk 8.

Tabel 2

Interventiemogelijkheden op depressie en depressiepreventie in de bedrijfsgezondheidszorg

Actie bedrijfsarts	Populatie	Interventiemogelijkheden	Voorwaarden
Bedrijfsarts zelf als instrument, als voorbeeld en als cultuurdrager (= vnl. universele preventie)	Gehele klantpopulatie Aanvankelijk vooral gericht op sleutelfiguren, beslissers en beïnvloeders	<ul style="list-style-type: none"> - Maak uzelf kenbaar en geef aan hoe bedrijfsgezondheidszorg bijdraagt aan inzetbaarheid en welzijn; - Leg vanaf het vroegste begin contact met sleutelfiguren in de organisatie (management, OR, P&O); - Maak de eerste stap (neem initiatief) met het doel voor ogen; Spreek de taal van uw contactpersoon (zoek naar wederzijdse belangen, win-win); - Werk verbindend in de organisatie, streef naar multidisciplinaire samenwerking met de klant. - Maak psychische (werk)problematiek (h)erkenbaar en bespreekbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedrijfsarts werkt vanuit de visie dat (passend) werk bijdraagt aan het welzijn; - Bedrijfsarts is op zoek naar structurele oplossingen in belang van de organisatie en ziet daarbij de organisatie als een geheel, als een som van onderdelen; - Bedrijfsarts is in staat te initiëren, feedback te geven, vertrouwen te wekken, contact te maken, te reflecteren op eigen handelen, gaat discussies of verschillen van mening niet uit de weg maar is nieuwsgierig; - Bedrijfsarts werkt aan een klantcontract waarbinnen zowel de organisatie als opdrachtgever als arbozorg als opdrachtnemer kunnen floreren; - Bedrijfsarts (h)erkent eigen grenzen; helpt anderen hun verantwoordelijkheden in te vullen maar neemt niet over.
Planmatige aanpak (= universele, selectieve en geïndiceerde preventie) Hoofdstuk 3 biedt ondersteuning	Gehele populatie Met name: Management, leidinggevenden, P&O, preventiewerkers, OR en casemanagers om hun cultuurdragende, voorbeeldgevende en signalerende rol	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden psycho-educatie in het bedrijf als geheel (hoe blijf je mentaal vitaal); - Aanbieden psycho-educatie en interventies aan leidinggevenden, P&O, preventiewerkers, case-managers (hoe werken we aan psychisch welbevinden, hoe signaleren we, wat kunnen we doen, sociale kaart); - Planmatig aanpakken risicofactoren met bedrijf. 	Bedrijfsarts onderzoekt: <ul style="list-style-type: none"> - risicofactoren in werk (RIE, gegevens spreekuren, PMO, MTO, branchegegevens, beroepgegevens, arboconvenanten). VBBA, VAR, SVI kunnen ingezet worden - werknemers met kwetsbaarheden (gegevens spreekuren, SMO, contacten sociale kaart) - screening klachten (in MTO, SU, PMO); <p>Gebruik informatie uit tabel 2 en 3.</p>
Planmatige aanpak voor specifieke groepen	- Werknemers die blootstaan aan risicofactoren	- Aanbieden psycho-educatie en interventies aan risicogroepen (hoe blijf je mentaal vitaal, hoe ga je om met risicofactoren, hoe neem je invloed);	Bedrijfsarts doet onderzoek naar: <ul style="list-style-type: none"> - risicofactoren in werk (RIE, gegevens uit spreekuren, PMO gegevens, MTO, branche-gegevens, beroepenge-

<p>(= <i>selectieve en geïndiceerde preventie</i>)</p> <p>Hoofdstuk 3 biedt ondersteuning</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Werknemers met kwetsbaarheid - Werknemers met klachten - Werknemers in een herstructurering in het bedrijf - (en hun collega's en partners) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden van psycho-educatie en interventies aan medewerkers met kwetsbaarheden (hoe werk ik in en met het bedrijf aan mijn psychisch welbevinden, hoe signaleer ik tijdig, wat kunnen we doen, sociale kaart); - Tegenwoordig wordt ook vaak gewerkt met informatie die werknemers individueel en anoniem kunnen krijgen via internet-(bedrijfs)portalen met persoonlijke feedback; - Vergeet niet dat ook herstructurering in het bedrijf leidt tot risico's op psychische problematiek en mogelijk depressie. Momenteel zijn herstructurering en risico op baan- of functieverlies niet te onderschatten. U kunt daar nu al preventief in optreden. 	<p>gevens, arboconvenanten);</p> <ul style="list-style-type: none"> - werknemers met kwetsbaarheden (gegevens uit gesprekken, SMO, contacten sociale kaart); - screening op klachten (in MTO, SU, PMO) - vooraf is toestemming van werkgever al gegeven dat (bepaalde) interventies geboden kunnen worden (voorlichting en persoonlijke feedback gaat meestal goed, doorverwijzing blijkt verschillen de praktijk gerealiseerd); <p>Blijf investeren in het (goed) contact houden met bedrijf. Benoem mogelijkheden en kansen, laat zien hoe imago van bedrijf, bedrijfsbinding en betrokkenheid baat hebben bij de te nemen acties en interventies;</p> <p>Gebruik de informatie uit tabel 2 en 3.</p>
<p>BG spreekuur</p> <p>(= <i>selectieve en geïndiceerde preventie</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zonder klachten of risico's: actie behoort tot de universele preventie 2. zonder klachten maar bij risico's: selectieve preventie 3. bij klachten: geïndiceerde preventie 	<p>Werknemers (en hun collega's of partners)</p> <ul style="list-style-type: none"> - met vragen - met klachten - uit risicogroep of risico-omgeving (zie ook tabel 2) <p>Leidinggevenden, PZ, preventiewerkers, OR, casemanagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting en advisering - Individuele arbeidshulpverlening of inschakeling A&O deskundige bij groeps- of organisatie-interventies; - Verwijzing (naar informatieve websites of zorgverlening GGZ via huisarts, zie ook de websites bij praktische tools en tips in dit document); - (blijf) Zorgen voor afstemming en verbinding in bedrijf (match met werk, leidinggevende, collega's). 	<p>Creëer voldoende contactmogelijkheden (tijd, veiligheid, vertrouwen);</p> <p>Wanneer screening op (sub)depressie aangewezen is kan dat via:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gebruikelijke anamnese (cf NVAB richtlijn), 4DKL en criteria subklinische depressie (zie ook tabel 3) - informatievergaring uit RIE of doorvragen; <p>Heb aandacht, ook bij screening, voor angstklachten (zet 4DKL in): angstklachten komen vaak samen met depressie voor.</p>

Afkortingen Tabel 2¹

MTO = Medewerkerstevredenheidsonderzoek

VAR = Vragenlijst Arbeidsre-integratie

SVI = Sociale Veiligheids Index

VBBA = Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid

¹Zie voor links 8.2.

2 Praktische tools en tips

2.1 Tips

Online hulp bij psychische klachten op KiesBeter.nl

<http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners>

Op het zorgportaal KiesBeter.nl staat sinds eind 2009 een overzicht van alle voorzieningen in Nederland die online hulpverlening voor psychische klachten bieden. Na het beantwoorden van vier korte vragen krijgen bezoekers een lijst van websites waar zij het best met hun klachten terecht kunnen. De internetsite KiesBeter.nl wordt gemaakt door het RIVM. Wie op KiesBeter.nl naar het gedeelte Online hulp bij psychische klachten gaat, moet eerst invullen waarvoor hulp wordt gezocht. Gekozen kan worden uit alcoholproblemen, angst of paniek, depressie en overig. Ook wordt de leeftijd van de bezoeker gevraagd, of er gezocht wordt naar een anonieme e-mental health voorziening en of iemand bereid is om te betalen voor de online hulp. Na een klik op de knop 'Toon resultaten' krijgt de bezoeker een lijst met alle Nederlandse websites die aan de zoekcriteria voldoen.

Interventiedatabase - <http://www.loketgezondleven.nl>

Het RIVM heeft een overzicht gemaakt van alle bestaande op depressiepreventie gerichte interventies. Per aanbod wordt een aantal hoofdkenmerken gegeven (doelgroep, doel, aanbieder) met de wetenschappelijke status van de interventie. Uit dit overzicht hebben we voor het gemak in de bijlage een aantal interventies gekozen, die naar onze mening geschikt zijn om op te nemen in uw sociale kaart.

Verzekerde zorg Depressiepreventie - <http://www.cvz.nl/>

Rapport 264 van 22 september 2008. Via deze website is gedetailleerde informatie te raadplegen over welke vormen van depressiepreventie onder de verzekerde zorg vallen (zie ook hoofdstuk 6).

Depressietest en informatie (patiënteniveau) - <http://www.cz.nl/depressie>

CZ heeft een website ontwikkeld waarop deskundigen online te raadplegen zijn en informatie staat over de symptomen van een depressie en wat iemand er zelf aan kan doen. Tevens kan hier een gratis 'depri-test' worden gedaan om vast te stellen of er sprake is van een dipje of van een (milde) depressie. Afhankelijk van de uitkomst krijgt de invuller tips en adviezen op maat. De informatie is opgesteld met inbreng van deskundigen van HSK (Arnhem).

Beschikbare PDP documenten - <http://www.lsp-preventie.nl>,

Downloads Depressie en Angst. Het Partnership DepressiePreventie heeft een eigen pagina waarop de meest relevante en interessante werkdocumenten kunnen worden ingezien en gedownload. Onder andere:

* *Signalement Depressie Preventie 2008* (uitgave maart 2009, een recente laatste update over de stand van zaken)

* *Preventie van Depressie; doel, organisatie en aanbod* (goed overzicht van de activiteiten op het terrein)

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o4237n16906.html (zie Preventie, Ziekten en aandoeningen, Psychische stoornissen, Depressie).

2.2 Screeningsinstrumenten

Tabel 3

Instrumenten voor gebruik door bedrijfsartsen om depressie¹ tijdig te onderkennen of uit te sluiten

Afkorting	Naam	Doel	Meet depressie in test of schaal	Validiteit en normering	Informatie
4 – DKL	4-Dimensionele Klachtenlijst Aanbevolen lijst in de bedrijfsgezondheidszorg	Onderscheiden van stresssymptomen van depressie, angst, en somatisatie in de begeleiding van mensen in de eerstelijns gezondheidszorg.	Bestaat uit een distress, angst, depressie en somatisatieschaal. Depressieschaal kent 6 items.	Alle onderdelen zijn als voldoende of goed beschouwd. Test-hertestwaarde is acceptabel waardoor de 4 DKL ook prima als monitoringinstrument ingezet kan worden. Kwaliteit van de handleiding kan beter.	Zelfinvullijst, duur 10 minuten. Gratis beschikbaar. Lijst wordt geadviseerd als eerste keuze ondersteunend hulpmiddel bij de begeleiding bij psychische problemen (NVAB-richtlijn). Geeft geen diagnose maar maakt wel alert op mogelijke meespelende dimensies van angst en depressie. In de herziene NVAB-richtlijn (2007) staan de mogelijkheden uitgebreid beschreven
DHS	Depressie Herkenningsschaal (vertaling van Goldberg Screeningslijst)	Screenet op depressieve stoornis, al dan niet met generaliseerde angst.	Hele vragenlijst gaat over depressie, heeft 9 vragen waarvan de laatste 5 slechts bevraagd hoeven als een van de eerste 4 vragen positief scoort.	Als lijst om snelle indicatie te hebben voldoende betrouwbaar. Verder onderzoek is aanbevolen (ook voor wat betreft specifieke bruikbaarheid in BGZ).	Interview-instrument (2 minuten) gebaseerd op Goldberg Screeningslijst. Kan handig zijn als snellere en simpelere screening op depressie alleen. Gratis beschikbaar.
INTEL	Interventie Studie Eerste Lijn – Screeningsvragenlijst (deze lijst is afgeleid van de DHS en bevat 2 vragen minder)	Kort interview (7 items) Meet depressieve stoornis, al dan niet met generaliseerde angst.	Hele vragenlijst gaat over depressie.	De betrouwbaarheid en de validiteit zijn nog onvoldoende onderzocht.	Interview-instrument (2 min) gebaseerd op Goldberg Screeningslijst, mogelijk nog sneller inzicht dan de DHS.
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	Meet angst en depressie.	Bestaat uit een depressie- en een angstschaal. Depressie kent 7 items Een score van 8 op de depressie-items is reden tot verder onderzoek en verwijzing.	Zeer sensitief, weinig specifiek, zal als screener veel vals positieven opleveren. Wel goed geschikt om depressie uit te sluiten (DMS-IV). Uitgebreid in arbeidspopulaties getest.	Korte zelfinvullijst, duur 5 minuten. Als screeningsinstrument bij depressiepreventie weinig geschikt. Is echter in de BGZ goed bruikbaar als het doel is depressie uit te sluiten!
CES-D	Center for epidemiological studie – Depression Scale	Zelfbeoordelingslijst, meet de omvang van de depressieve symptomen.	Maakt gebruik van schalen uit diverse andere lijsten (Zung depressieschaal, Beck depr invent).	Sensitiviteit en specificiteit 92-93 % op major depression. Vraagscholing, minder geschikt voor bedrijfsgezondheidszorg.	Reactie te geven op 20 stellingen. Oorspronkelijk om risicogroepen te screenen. Uitgebreid in arbeidspopulatie getest. Vooral geschikt om ernstige depressie te includeren.
DASS	Depression Anxiety Stress Scales	Meet angst, depressie en stress.	Bestaat uit depressie, angst en stressschaal. Afkappunt 12 voor de depressieschaal.	Dezelfde voor- en nadelen als de HADS, vooral geschikt om major depressie uit te sluiten.	Duurt 5-10 minuten, ook online beschikbaar. Zal bij screening veel valspositieven opleveren.

¹ Bronnen: PDP en informatie van de website www.psychischnwerk.nl. De genoemde vragenlijsten zijn daar te downloaden via de link 'Tools en checklists'.

3 Planmatige aanpak bedrijfsarts

3.1 Aandachtspunten

Gezien de informatie die we in dit project hebben verzameld zijn we van mening dat een bedrijfsarts heel goed planmatig kan werken aan depressiepreventie. Zie ook hoofdstuk 1, tabel 2. We geven hier een lijstje met met aandachtspunten voor het planmatig opzetten van depressiepreventie, die we in de volgende paragraaf stuk voor stuk toelichten.

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| a. Populatie | e. Betrekken van anderen |
| b. Soort preventie | f. Bijgesteld plan |
| c. Screeningsinstrument | g. Uitvoering |
| d. Conceptplan | h. Evaluatie |

3.2 Uitwerking

Ad a. Populatie

Stel uzelf de vragen:

- Voor welke (deel)populaties werkt u?
- Zijn er bij deze populaties meer mensen met een risicoprofiel/risicofactoren (zoals ouderen, chronisch zieken, vrouwen, allochtonen?)
- Zijn er ook beschermende factoren?
- Wat weet u over de prevalentie van depressieve klachten in uw populatie?
- Wat weet u over het verzuim vanwege depressieve klachten?
- Wat verwacht u van depressiepreventie in deze populatie?
- Worden psychische problemen binnen de arbeidspopulatie (h)erkend?

Ad b. Soort preventie

Stel uzelf de vragen:

- Wat doet u op dit moment al aan depressiepreventie?
 - o Vragenlijstje bij PMO (en/of medewerkerstevredenheidsonderzoek)
 - o Vragenlijstje bij spreekuur
 - o Voorlichting aan leidinggevenden
 - o Anderszins, nl.....(zelf invullen)
- Kijkend naar preventie (zie hoofdstuk 7), welk soort preventie zou het beste passen bij uw populatie en waarom?
- Welk doel zou u met preventie willen bereiken? Formuleer zo SMART mogelijk.
- Welke (nieuwe) mogelijkheden voor depressiepreventie overweegt u en geef van elk de voor- en de nadelen weer:
 - o Tijdens periodiek onderzoek (individueel en/of op organisatieniveau)
 - o Preventieve betrokkenheid bij organisatieveranderingen
 - o SMO: aandacht voor individuen en voor bedrijfsprocessen
 - o Training voor leidinggevenden: herkennen van vroege signalen van depressie bij medewerkers en hoe hiermee om te gaan.

Ad c. Screeningsinstrument

Zie voor een overzicht van bruikbare instrumenten tabel 3 op blz. 14.

Stel uzelf de vragen:

- Welk(e) vragen/screeningsinstrument gebruikt u thans en wat is uw ervaring daarmee?

- Welke vragen/screeningsinstrument(en) passen het beste bij uw doelstelling en waarom?

Ad d. Conceptplan

Maak een conceptplan waarin de volgende elementen staan:

- Achtergrondinfo over depressie en cijfers over depressie in dit bedrijf
- Waarom depressiepreventie in dit bedrijf? Beschrijf argumenten op basis van de achtergrondinfo, die helpen om uw plan in het bedrijf te 'verkopen'.
- Wat kan preventie gaan opleveren (materieel en immaterieel)?
- Is het een aparte actie of past het in een groter plan voor bijvoorbeeld gezondheidsmanagement?
- Welke acties stelt u voor en op wie hebben die betrekking?
- Wat gaat u zelf doen en waar betreft u anderen buiten de arbodienst bij?
- Sterke en zwakke kanten van het plan
- Voorstel voor uitvoering, communicatie en evaluatie

Ad e. Betrekken van anderen

Betrek minimaal de volgende anderen en bespreek uw conceptplan:

- Werkgever
 - o Verwacht u dat deze werkgever open staat voor depressiepreventie?
 - o Bedenk vooraf welk (economisch en menselijk) belang er is voor de werkgever.
 - o Welke vragen verwacht u?
 - o Welke weerstanden verwacht u?
 - o Wie zijn sleutelfiguren?
 - o Houd rekening met de ontwikkelingsfase van het bedrijf.
 - o Verbreed onderwerp.
 - o Sluit aan bij ervaringen elders.
- Ondernemingsraad
 - o Verwacht u dat de OR open staat voor depressiepreventie?
 - o Welke vragen verwacht u?
 - o Welke weerstanden verwacht u?
 - o Vraag suggesties voor communicatie.
- Andere arbodisciplines (bijvoorbeeld A&O'er, BMW, psycholoog):
 - o Wat doen zij nu al aan depressiepreventie?
 - o Welke rol verwacht u van hen?
 - o Welke reacties verwacht u van hen op uw plan?
- Andere hulpverleners buiten de arbozorg; breng het lokale/regionale netwerk in kaart voor hulpverlening (individueel en groepsgericht) en leg contacten:
 - o (eerstelijns) psychologen
 - o GGZ, liefst met arbeidshulpverlening/ preventieve trainingen
 - o GGD en anderen

Ad f Bijgesteld plan

Maak een bijgesteld plan op basis van de acties onder punt e. Beschrijf ook hoe u tijdens de uitvoering van het plan communiceert met het bedrijf: met de leidinggevenden en met de werknemers. Maak een realistische tijdsplanning en beschrijf hoe u de evaluatie zult aanpakken: kwantitatief en kwalitatief!

Ad h. Evaluatie

Hoe is het gegaan? Proces en effect, kwantitatief en kwalitatief. Hoe gaat u (op basis hiervan) verder?

4 Depressie klinisch en subklinisch

4.1 Lijden

Van een depressie wordt gesproken wanneer iemand¹:

- langer dan twee weken ongewoon somber is en/of nergens meer plezier in heeft;
- een aantal klachten heeft zoals slaapstoornissen, verminderde eetlust, weinig energie, vermoeidheid, concentratieproblemen, besluiteloosheid, traagheid, lichamelijke onrust, schuldgevoelens, gedachten over de dood of zelfdoding;
- en wanneer de klachten het dagelijks doen en laten verstoren en dit wordt ervaren als last, wanneer men hieronder lijdt.

De bedrijfsarts kan een depressie diagnosticeren aan de hand van de formele criteria zoals die voortkomen uit de DSM IV (Diagnostical Statistical Manual - IV).

Tabel 4
Diagnostiek van depressie²

Criteria voor inclusie	Criteria voor exclusie
<p>+ vijf of meer van onderstaande symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest, waarbij één van de twee eerste verplicht is:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een depressieve stemming - een duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten - verandering van eetlust of gewicht - slapeloosheid of overmatig slapen - agitatie of remming - moeheid of verlies van energie - gevoelens van waardeloosheid of schuld - besluiteloosheid, concentratieproblemen of verminderd vermogen tot nadenken - gedachten aan de dood of aan suïcide <p>+ De symptomen veroorzaken een duidelijk lijden of beperkingen in het functioneren, sociaal of beroepsmatig of op andere belangrijke terreinen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - de symptomen zijn het directe fysiologische gevolg van misbruik van middelen - somatisch beeld

De genoemde criteria zijn de criteria voor een depressieve episode.

Naast deze vorm zijn nog andere vormen van depressie te onderscheiden; de belangrijkste zijn:

- De bipolaire stoornis: deze vorm kent manische episoden naast depressieve episoden.
- De psychotische depressie: deze vorm gaat, naast de symptomen van de depressieve episode, gepaard met hallucinaties of wanen.

Voorwaarden voor diagnose zijn ook:

- Er is geen sprake van een bipolaire stoornis (d.w.z. geen manische episodes).
- De symptomen zijn niet toe te schrijven aan een rouwreactie.
- De symptomen zijn niet direct toe te schrijven aan middelengebruik of een somatische aandoening

¹ Deze tekst is vrij bewerkt overgenomen van de website www.psychischegezondheid.nl/depressie. Deze site biedt goed leesbare informatie over depressie en is ook geschikt voor werknemers, leidinggevenden of andere betrokkenen in het werksysteem met vragen over depressie.

² Overgenomen uit NVAB-richtlijn Psychische problemen.

Inmiddels blijkt er ook een klinisch relevant 'voorstadium' van depressie te duiden. In de literatuur treffen we diverse termen aan: subklinische depressie (Cuijpers, 1998; Romijn et al., 2007; Cuijpers et al., 2008; Smit, 2009), milde depressie (Swinkels et al., 2001) en beginnende depressie (Cuijpers et al., 2008; Romijn et al., 2007).

We kiezen in deze handreiking voor de term subklinische depressie om beter aan te sluiten bij de bestaande praktijk. Wat betreft de criteria adviseren we om aan te sluiten bij de criteria van het College van Zorgverzekeraars (Speijer, 2008) die zijn gebaseerd op diverse onderzoeken van het Trimbos-instituut. Er is sprake van de aanwezigheid van één kernsymptoom, aangevuld met maximaal drie overige symptomen (Speijer, 2008).

Subklinische depressie: er is sprake van één kernsymptoom, aangevuld met maximaal drie overige symptomen

Van een subklinische depressie is sprake wanneer (nog) niet voldaan is aan alle diagnostische DSM IV-criteria voor een full-blown depressie of 'Major Depression' (Romijn et al., 2007). Cuijpers beschreef al in 1998 de klinische relevantie van de subklinische depressie (Cuijpers, 1998). In 2008 concludeert hij dat verder onderzoek naar de rol van subklinische depressie nog steeds nodig is. Het is tot nu toe nog onduidelijk of dit beeld moet worden gezien als een aparte entiteit (zoals de DSM-IV suggereert), als een minder ernstig niveau van een depressie waarvoor de een wel hulp zoekt en de ander niet, of dat er sprake is van een prodromaal syndroom voor de depressie. Ook adviseert Cuijpers onderzoek te doen naar mogelijke negatieve gevolgen van de behandeling van subklinische depressie, denk aan het ongewenste medicaliseren. Desondanks acht hij voldoende evidentie aanwezig om te concluderen dat een subklinische depressie gepaard gaat met behoorlijke beperkingen op diverse leefgebieden en hoge zorgkosten, dat er een verhoogde kans bestaat op de ontwikkeling van een depressieve stoornis met alle gevolgen van dien én dat psychologische behandeling van subklinische depressies effectief is en mogelijk het ontstaan van of de doorontwikkeling tot depressieve stoornissen voorkomt. (Cuijpers et al, 2008).

4.2 Ziektebelasting

Depressie treft een groot aantal mensen, er gaan hoge kosten mee gepaard en de prognose is ongunstig. De incidentie bij volwassenen is 2,8% en dat betekent ongeveer 289.000 mensen. Jaarlijks zijn ongeveer 589.000 volwassen Nederlanders depressief, de eenjaarsprevalentie bedraagt 5,8% (Speijer, 2008).

De helft van de mensen herstelt binnen drie maanden, 60% herstelt binnen zes maanden (Hofstra et al., 2005). Bij één op de 5 gevallen duurt de depressie langer dan twee jaar (Smit et al., 2007 factsheet). De ziektebelasting wordt ook wel weergegeven in termen van 'verlies van gezonde levensjaren' en dan gaat het om 157.700 verloren gezonde levensjaren. Aanzienlijke zorgkosten van ca. € 660 miljoen gaan met depressie gepaard. De maatschappelijke kosten door ziekteverzuim bedragen € 953 miljoen per jaar (Romijn et al., 2007). Kosten als gevolg van presentisme, wel in werk aanwezig zijn maar verminderd functioneren, zijn in de ramingen niet meegeteld maar worden omvangrijk geacht (Smit, 2009).

Het RIVM verwacht een stijging van de zorgkosten tussen 2005 en 2020 met 59%. Deze stijging komt deels voort uit vergrijzing; met het stijgen van de leeftijd stijgt de blootstelling aan bepaalde risicofactoren voor het ontstaan van depressie (verlies van een dierbare, hebben van een chronische aandoening). Het overgrote deel van de verwachte

stijging in zorgkosten komt echter voort uit het grotere beroep dat volwassenen op de zorg zullen doen. De verwachting is dat mensen steeds meer zullen ervaren en (h)erkennen dat depressie belemmerend werkt op hun functioneren in de huidige diensten- en kenniseconomie. Deze stelt immers hoge eisen aan de sociale, cognitieve en emotionele vaardigheden (Smit, 2009).

Voor subklinische depressie gaat het jaarlijks om 1,3 miljoen mensen met een ziektelast van 34.500 verloren gezonde levensjaren. In de leeftijdsgroep van 18 – 65 jaar worden productieverliezen geschat van ongeveer € 1,5 miljard euro per jaar (Romijn et al., 2007).

Tabel 5
Statistische gegevens depressie

	Incidentie	Prevalentie	Verlies gezonde levensjaren	Zorgkosten	Productieverliezen
Subklinische depressie		1,3 miljoen volwassenen	34.500		1,5 miljard
Klinische depressie	2,8% = 289.000 volwassenen	5,8% = 598.000 volwassenen	157.700	660 miljoen	953 miljoen + x miljoen extra

4.3 Overwegingen

Overwegingen rond depressie(preventie):

- **Succesvolle behandelingen blijken zo succesvol niet te zijn.**
- **Preventie is de gelauwerde oplossing maar bereikt slechts een beperkte groep.**
- **Zelfzorg en e-zorg (internet) als panacee hebben ook hun beperkingen.**
- **Vanuit welk perspectief gaan we depressie te lijf en hoe houdbaar is dat?**

Van behandeling van een depressie is slechts beperkt effect te verwachten. Door het huidige behandelaanbod zou slechts 10-20% van de ziektelast verminderen (Speijers, 2008). Bovendien behandelt maar 30% van de behandelaars volgens de geldende richtlijnen (Smit, 2009; Smolders, 2009). Dus krijgt slechts een beperkt deel van de depressie lijders toegang tot wetenschappelijk effectief gebleken hulp. Lage therapietrouw ondermijnt ook het mogelijke effect van therapie, enerzijds wellicht omdat de patiënt te weinig betrokken is bij het proces (Smit, 2009), anderzijds wellicht omdat de bijwerkingen erger zijn dan de kwaal (Dehue, 2008). Voort blijkt het succes van een behandeling helaas van tijdelijke aard; 50% van de mensen valt na een succesvol geachte behandeling binnen vijf jaar opnieuw terug naar een depressie (Smit, 2009). Na één episode blijkt de recidiefkans 50% maar na een tweede episode ligt de recidiefkans al op 70%, terwijl na drie of meerdere episodes deze kans 90% bedraagt (Romijn et al., 2007). Tel de progressieve recidiefkans op bij de beperkte effecten van therapie en de grootte van de groep mensen die lijdt onder depressie en dan wordt duidelijk dat voor het verlichten van deze individuele en maatschappelijke last naar alternatieven moet worden gezocht voor alleen het bieden van therapie. Preventie lijkt een betere ingang te zijn.

Preventie als oplossing?

Preventie bereikt echter slechts een beperkt aantal mensen terwijl preventieve interventies in de subklinische fase wel (kosten)effectief zijn. Tussen de 7 - 35% van het aantal nieuwe gevallen van depressie binnen één jaar kan vermeden worden (Romijn et al., 2007). In werkelijkheid besteden we maar 2% van het zorgbudget in de ggz aan preventie en bereiken preventieve interventies slechts ongeveer 8.000 mensen (Smit, 2009). Nieuwe varianten in het zorgaanbod zouden ons kunnen helpen om laagdrempelig, tegen lagere kosten, een breder publiek te bereiken. Denk aan e-mental health en zelfhulp-interventies: interventies, zowel preventief als therapeutisch en al dan niet met enige vorm van professionele begeleiding, die via de moderne communicatiemiddelen aangeboden worden zoals via internet, mobiele telefonie, twitter. Een recente meta-analyse van Van 't Hof laat zien dat deze interventies effectief blijken voor een veelvoud van psychische problemen waaronder depressie (Van 't Hof et al., 2009). Niettemin moet met (ook) deze vormen van hulp prudent worden omgegaan. Verder onderzoek is nodig, want e-hulp kent ook beperkingen en is niet zomaar het panacee voor elke patiënt (De Graaf et al., 2009).



Ethische aspecten

Niet minder belangrijk zijn de ethische dilemma's. Van bedrijfsartsen mag verwacht worden dat zij terughoudend zijn met het etiketteren en daarmee samenhangend medicaliseren en stigmatiseren van de medemens met een (sub)klinische depressie. Mag een individu dan niet zomaar meer somberen en moet iedereen dan vooral actief aan de slag en zijn of haar verantwoordelijkheid vooral richten op het bereiken van succes en geluk? Wat is sociaal maatschappelijk succes eigenlijk, wie definieert dat en is het wel zo dat iedereen (alleen) een eigen verantwoordelijkheid en verplichting heeft om dat succes na te jagen en te bereiken? Moet en mag van een medemens met depressieve kenmerken verwacht worden dat hij alles op alles zet om productief te zijn en wat is de rol van de maatschappij daarbij? Wellicht is depressie wel te zien als een adaptief mechanisme, als een geëvolueerde manier om zonder al te veel blijvende schade te stoppen met verdere investeringen in onbereikbare doelen? Diverse wetenschappers laten tegengeluiden horen waarmee ze ons behandelaars erop attent maken dat we niet al te snel de focus alleen op het individu, op zijn of haar eigen verantwoordelijkheden en op de biologische componenten moeten leggen (Dehue, 2008; De Botton, 2009; Maassen, 2009). Daarmee ontkennen ze het bestaan van dit (sub)klinisch symptoomcomplex geenszins. Ze doen wel een groot appel op nuancering en kritisch meedenken. Ze pleiten ervoor de begeleiding van mensen die lijden onder dit symptoomcomplex vorm te geven vanuit een klantgedreven focus met zicht op, bewustzijn van en verbinding zoekend in de maatschappelijke context.

5 Depressie en werk

De tot nu toe gepresenteerde gegevens betroffen hoofdzakelijk onderzoeken bij volwassenen in de algemene bevolking. Hoe staat het dan met de beroepsbevolking?

5.1 Depressie in de beroepsbevolking

Binnen de werkende bevolking heeft vermoedelijk 7% van de werknemers een depressie. Laitinen-Krispijn e.a. (2000) vonden in de Nemesis-studie dat in Nederland de helft van de werknemers met een depressie gewoon aan het werk was. Depressie bleek in deze studie echter wel geassocieerd met bijna 30 dagen verzuim in het jaar volgend op de meting. Depressie beïnvloedt het werkzame leven op een negatieve manier (o.a. Lerner & Henke, 2008). Ook diverse andere studies tonen aan dat depressie leidt tot meer verzuim, meer fouten en productiviteitsverlies (Sanderson, 2007; Stewart, 2003; Kessler, 2006; Lerner & Henke, 2008). Depressie leidt tot meer baanonzekerheid en een verminderd carrièreperspectief (Doshi e.a., 2008). Mensen met een depressie hebben over het algemeen meer moeite om zich te concentreren, moeten extra inspanningen leveren om het werk gedaan te krijgen, zijn vermoeider en verzuimen meer. De maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim werden in paragraaf 4.2 beraamd op 953 miljoen euro per jaar (Romijn, 2007), terwijl Smit verwacht dat de maatschappelijke kosten veel hoger liggen wanneer ook de productieverliezen als gevolg van presentisme worden meegeteld (Smit, 2009).

5.2 Werkgebonden factoren en depressie

Depressie is echter niet alleen relevant voor de bedrijfsarts vanwege de invloed op het functioneren in werk. Depressie is ook relevant voor de bedrijfsarts omdat er werkgebonden factoren zijn die de ontwikkeling van een depressie kunnen uitlokken. In 2007 werd 5,6% van de 1192 gemelde psychische beroepsziekten gerelateerd aan een depressie (NCvB-statistiek).

Depressie kan in elk beroep voorkomen. Dienstverlenende beroepen met een hoge emotionele werkdruk (gezondheidszorg, sociaal werk, onderwijs) doen de kans op depressie toenemen (Schene, 2007). Achtergrondinformatie op de depressiepagina van het NCvB verwijst naar literatuuronderzoek waaruit blijkt dat er beperkte aanwijzingen zijn dat juristen, leraren en secretariael personeel een verhoogd risico lopen. Er zijn sterke aanwijzingen dat bepaalde psychosociale risicofactoren in het werk kunnen bijdragen aan het ontstaan van een depressie. Deze psychosociale risicofactoren in werk zijn:

- het hebben van niet-passend werk;
- het hebben van te veel werk;
- weinig controle over het werktempo;
- problemen in de werkverhoudingen;
- gepest worden;
- hoge psychologische taakeisen;
- weinig regelmogelijkheden;
- weinig sociale ondersteuning op het werk;
- meegemaakte stressvolle werkgebeurtenissen.

Van slechts twee van deze factoren, namelijk het hebben van niet-passend werk en gebrek aan sociale ondersteuning (pesten), is het aannemelijk dat deze een voldoende onafhankelijke bijdrage aan het ontstaan van de aandoening leveren om te spreken van een beroepsgebonden depressie (NCvB)¹.

Daarnaast, zo meldt het NCvB, is ook van enkele chemische factoren in het werk bekend dat ze een rol kunnen spelen bij de etiologie van een depressie. Er zijn beperkte aanwijzingen dat blootstelling aan lood en organische oplosmiddelen risicofactoren zijn. Aangezien een somatisch beeld (zoals bij blootstelling aan lood of oplosmiddelen) een exclusie-criterium is voor de diagnose, kan er geen sprake zijn van een depressieve stoornis volgens de DSM-IV (NCvB). Overigens zijn er ook aanwijzingen dat het hebben van betaald werk beschermt tegen depressie (NCvB).

5.3 Effectiviteit depressiepreventie in arbeidscontext

Onderzoeken naar de effectiviteit van depressiepreventie specifiek in de arbeidscontext zijn schaars. Nieuwenhuijsen concludeert in haar Cochrane-review dat er van symptoom-reducerende behandelingen zoals (een combinatie van) medicatie, versterkte eerstelijnszorg en psychologische interventies nog onvoldoende bewijs is voor effect op arbeidsongeschiktheid (Nieuwenhuijsen et al., 2008). Er zijn wel indicaties dat interventies die in de werksetting plaatsvinden en gericht zijn op het werk en een betere toeleiding naar de juiste zorg, meer succesvol zijn in het verminderen van verzuim en productiviteitsverlies (Schene et al., 2006; Wang et al., 2007). Serieuze aandacht en ondersteuning door leidinggevenden en collega's lijkt ook tot beter (werk)resultaat te leiden dan het invaliderende stigmatiseren door collega's en leidinggevenden (McDaid et al., 2008).

¹ Grote delen van deze alinea komen van de website van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten www.beroepsziekten.nl. Deze website biedt met de achtergrondstudie bij depressie een overzichtelijke samenvatting van beroepsgelateerde aspecten.

6 Het Partnerschap Depressiepreventie

6.1 Wat doet het PDP?

Depressiepreventie zou veel leed en kosten kunnen voorkómen, maar hoe organiseer je dat? Sinds 2007 bestaat het Partnership Depressiepreventie (PDP). Het Trimbos-instituut voert de coördinatie. De partners zijn: Actiz, GGD Nederland, GGZ Nederland, Fonds Psychische gezondheid, LHV, NHG, LVG, MOgroep, NPCF, VNG en ZN. Betrokken zijn ook RIVM, ZonMw en de Inspectie Gezondheidszorg. De NVAB is een participant.

Het PDP heeft drie doelstellingen (PDP, 2008):

- zorgen voor betere afstemming en samenwerking binnen de infrastructuur voor depressiepreventie
- zorgen voor meer bewustwording
- zorgen voor meer bereik van preventieve interventies

Het partnership voert daartoe de volgende projecten uit:

1. lokaal beleid
2. voorlichting en bewustwording
3. signaleren, adviseren, motiveren en deskundigheidsbevordering

6.2 Lokaal beleid

Dit onderdeel van het werkplan streeft naar het agenderen van psychische stoornissen, toegespitst op depressie, in de nota's lokaal gezondheidsbeleid. Ondersteunend daarbij zijn onder meer: materiaal om lokaal gezondheidsbeleid vorm te geven voor de verschillende leeftijdsgroepen (jeugd, volwassenen en ouderen in wijkverband en binnen de werksituatie), een beleidsmonitor over vóórkomen van depressie en het lokale aanbod, een overzicht van de lokaal beschikbare interventies, de samenhang tussen leefstijl en psychisch welbevinden.

6.3 Voorlichting en bewustwording

Dit onderdeel richt zich op het tot stand brengen van voorlichting aan een gericht publiek: mensen met depressieklachten en hun omgeving. Onderdeel daarvan is de inzet van professionele lokale partners voor informatie en realisatie van aanbod. Daarmee willen we herkenning en erkenning van de depressieproblematiek vergroten en grotere bekendheid geven aan de mogelijkheden om gebruik te maken van interventies. Dit werkplanonderdeel richt zich ook op het opstellen van een voorstel voor en verwerving van middelen voor de grootschalige activiteiten.

6.4 Signaleren, adviseren, motiveren en deskundigheidsbevordering

In dit domein worden risicoprofielen opgesteld en signalerings- en screeningsinstrumenten geïnventariseerd. Doel is ze beschikbaar stellen om de herkenning van depressieklachten door verschillende professionals te vergroten. Goed verwijzen betekent mensen

met depressieklachten adequaat kunnen adviseren en motiveren om daadwerkelijk gebruik te maken van beschikbare interventies. Daarvoor wordt deskundigheidsbevordering geïnventariseerd en settingspecifiek (jeugd volwassenen/ouderen, werksetting) ingevuld.

6.5 Setting arbeid

Projecten 1 en 3 hebben beide een taakgroep Setting arbeid, die door Kwaliteitsbureau NVAB is ingevuld. Mw. dr. Noks Nauta, bedrijfsarts en psycholoog, werkte hierin samen met mw. drs. Monique Loo, bedrijfsarts. In het kader van het project Lokaal beleid is in mei 2009 een focusgroep van bedrijfsartsen bijeengewees, die heeft gesproken over het thema en de praktische mogelijkheden in het werk van de bedrijfsarts. Daarnaast zijn telefonische interviews uitgevoerd met leidinggevenden en P&O'ers en met werknemers met een doorgemaakte depressie.

In juni en oktober 2009 heeft het PDP regionale bijeenkomsten georganiseerd waarin ook een sessie over arbeid plaatsvond. Bedrijfsartsen en anderen (zoals medewerkers, gemeente, medewerkers GGD) hebben gebrainstormd over hoe depressiepreventie concreet gestalte zou kunnen krijgen in lokaal beleid.

Voor meer informatie kunt u de verwijzingen van hoofdstuk 8 volgen.

7 Preventie

7.1 Soorten preventie

Bedrijfsartsen zijn gewend te werken met de volgende indeling van preventie:

- primaire preventie
- secundaire preventie
- tertiaire preventie

In de stukken over depressiepreventie zult u andere terminologie tegenkomen. Deze lichten we hier toe en presenteren ook informatie over de huidige evidenties voor specifieke vormen van depressiepreventie. Tot slot vermelden we in detail hoe de bedrijfsarts actief kan zijn met preventie. Per preventiesoort treft u voorbeelden van interventies die tot het arsenaal van een bedrijfsarts (zouden moeten) behoren.

Tabel 6

Overzicht soorten preventie

Soort preventie	Doelgroep
<i>Universele preventie</i>	Richt zich op de algemene populatie ongeacht risicostatus of klachten (denk aan postbus 51-spotjes over alcohol en stoppen met roken).
<i>Selectieve preventie</i>	Richt zich op mensen met bepaalde kwetsbaarheden (denk aan alcoholpreventie bij kinderen en jongeren, voorlichting over lawaai in de bouw, grieppreventie in de zorg, preventief consult zwangere werkneemsters).
<i>Geïndiceerde preventie</i>	Richt zich op mensen met klachten (denk aan werknemers die bij een PMO klachten presenteren en daarom door u uitgenodigd worden voor een consult)
<i>Terugvalpreventie</i>	Richt zich op mensen die herstellende zijn (denk aan de terugvalpreventie uit de richtlijn NVAB psychische problemen).
<i>Recidiefpreventie</i>	Herstelde mensen met een risico op herhaling.

7.2 Evidenties en verzekerde zorg

Cuijpers laat zien dat geïndiceerde preventie mogelijk is en doorontwikkeling tot een depressie kan voorkomen. De kans op een depressie neemt met 20 à 30 % af (Cuijpers et al., 2006; Cuijpers et al., 2008). Een vorm van een stepped-care-aanpak met monitoring van de uitkomst en mogelijkheden om naar intensievere vormen van preventie over te stappen als dat nodig is, laat zien dat de kans op doorontwikkeling naar een depressie of angststoornis zelfs tot de helft terug te brengen is (Van 't Veer et al., 2009). Een dergelijke aanpak past eigenlijk ook goed binnen de bedrijfsgezondheidszorg omdat het hier gaat om een procescontingente aanpak (zoals in de NVAB-richtlijn Psychische problemen).

Voor wat betreft de effectiviteit van terugvalpreventie laten meta-analyses zien dat preventieve cognitieve therapie voor recidiverende depressie de kans op herhaling positief beïnvloedt, ook op de langere termijn (Vittengl et al., 2007; Romijn et al., 2008).

Het rapport van het College voor Zorgverzekeringen (Speijer, 2008) geeft het best de stand van zaken weer van de huidige evidenties. Wat dit betekent voor het zorgaanbod kunt u daar ook lezen. We geven een korte samenvatting. Vanuit de conclusie dat depressie beter te voorkomen is (schade is groot, hoge kosten) dan te genezen, onderzocht het CvZ welke vormen van preventieve zorg zo effectief blijken dat ze als te verzekeren zorg opgenomen zouden kunnen worden in het basispakket voor de zorgverzekering. Doel is om de toegang tot deze effectief gebleken zorg laagdrempelig te kunnen aanbieden. Het CvZ concludeerde dat programma's ter preventie van depressie met één of meer van de therapeutische principes cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie, problem solving therapy (PST) en interpersoonlijke therapie (IPT), voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat deze zorg geboden moet kunnen worden zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen dat plegen te doen. Deze vormen van zorg zijn opgenomen in het basispakket.

Tabel 7
Overzicht verzekerde zorg depressiepreventie (CvZ)

<i>Cognitieve gedragstherapie</i>	Een mengvorm van gedragstherapie en behandelingen die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve therapie. Deze behandelvorm is gebaseerd op het idee dat psychische klachten voortkomen uit de wijze waarop mensen informatie selecteren en verwerken.
<i>Interpersoonlijke therapie</i>	Therapievorm die overwegend wordt toegepast bij stemmings- en angststoornissen. Ontleent haar kracht aan de sociale interactie tussen cliënt en hulpverlener.
<i>Problem solving therapy</i>	Een tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met depressieve klachten vergroot.
<i>Psycho-educatie</i>	Bevat onderdelen van de hierboven genoemde therapieën. Deze behandelingen worden ook wel 'minimale interventies' genoemd. CvZ noemt letterlijk de volgende programma's; 'In de put, uit de put', 'Kleur je leven', 'Alles onder controle', 'Grip op je dip'.

De beoordeelde principes kunnen apart of in combinatie met elkaar worden toegepast. De aanbiedingsvormen variëren van individueel of groepsgewijs, in direct contact met een behandelaar of via internet, al dan niet met een behandelaar op afstand.

Voorwaarden aan verzekerde zorg

Het CvZ stelt wel voorwaarden voordat 'de verzekerde zijn aanspraak kan doen gelden':

- De verzekerde moet behoren tot de hoogrisicogroep voor geïndiceerde preventie; bij de verzekerde moet een subklinische depressie zijn vastgesteld door een professional.
- De verzekerde moet de vraag of hij hulp wil ontvangen voor zijn klachten bevestigend beantwoorden. Deze vraag moet de professional stellen die ook de diagnose subklinische depressie stelt. De door CvZ geformuleerde vraag luidt: "Zijn uw klachten van zodanige aard dat u hier hulp voor wilt ontvangen?"

- Het preventieprogramma dient te worden afgestemd op de mogelijkheden en voorkeuren van de verzekerde. Deze afstemming gebeurt door een professional in samenspraak met de cliënt.

Bedrijfsartsen kunnen sinds enige jaren rechtstreeks verwijzen naar onder de zorgverzekeringwet vallende zorg. Het is goed te weten dat de vier eerder genoemde therapieën (of mengvormen daarvan) voor werknemers met subklinische depressie binnen de vergoeding van het basisverzekeringspakket vallen. Daarnaast werken er (bedrijfs)psychologen en/of ggz-psychologen in arbodienstverband. Ook voor hen is het belangrijk om de visie en het besluit van het CvZ te kennen, want hun inzet in deze programma's kan voor vergoeding in aanmerking komen.

7.3 Beschikbare interventies

Voor een up-to-date overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken specifiek voor interventies op het gebied van depressiepreventie verwijzen we naar de website van het RIVM <http://www.loketgezondleven.nl>. Op deze website zijn inmiddels 428 interventies verzameld. Elke interventie staat beschreven met beoogde doelgroep en verwacht effect. Ook wordt aangegeven in hoeverre de interventie wetenschappelijk of theoretisch (goed) onderbouwd is.

Voor bedrijfsartsen hebben wij hieruit een keuze gemaakt van interventies die naar onze mening goed aansluiten op de bedrijfsgezondheidszorg. Dat overzicht vindt u in de bijlage.

In de opsomming van tabel 8 (blz. 28) kozen we ervoor per preventiesoort te benoemen welke rol de bedrijfsarts daarin al speelt of zou kunnen invullen. We presenteren eerst een overzichtstabel. Daarna beschrijven we de verschillende acties meer gedetailleerd. In tabel 2 (blz. 8) gaven we al een overzicht van interventies die de bedrijfsarts zou kunnen uitvoeren gerangschikt per contactmogelijkheid, zoals deze nu in de meeste praktijken bestaan.

7.4 Uitwerking naar type preventie

De tabel 8 genoemde punten werken we hieronder verder uit.

Universele preventie

Universele preventie richt zich op de algemene populatie. Doelstelling van universele preventieve programma's gericht op depressie zijn bijvoorbeeld:

- het verhogen van het bewustzijn van de problematiek die met depressie gepaard kan gaan;
- het bespreekbaar maken van depressie en voorkomen van stigmatisering;
- het verlagen van de drempel naar hulp.

In feite werken bedrijfsartsen aan universele preventie wanneer zij eraan bijdragen dat de maatschappelijke en arbeidsomstandigheden zodanig zijn dat depressie wat dat betreft voorkomen wordt. Dat houdt in:

- Bedrijfsartsen erkennen het bestaan van psychische problematiek, depressie in het bijzonder, en hun mogelijke relatie en effecten op functioneren.
- Bedrijfsartsen maken en houden deze problematiek bespreekbaar.

Tabel 8

Overzicht mogelijkheden bedrijfsarts per soort preventie

Soort preventie	Voor wie - waar	Instrumenten en acties
<i>Universele preventie</i>	Geldt voor alle vormen van contact die de bedrijfsarts in het kader van diens beroep kan hebben. Dus niet alleen de klant-werknemer, maar ook de werkgever, personeelszaken, collega-bedrijfsartsen, arbozorgcollega's, andere zorgverleners.	<ul style="list-style-type: none"> - De bedrijfsarts (BA) erkent het bestaan van psychische problematiek, depressie in het bijzonder, en de mogelijke relatie en effecten op functioneren. - De BA richt zich op de ondersteuning van optimaal functioneren, zowel lichamelijk als psychologisch. - Het handelen van de BA is gericht op het empoweren van mensen, op het versterken van de competenties van de mensen die hij/zij beroepsmatig ontmoet, en helpt ze 'het zelf te (leren) doen'. - Bij het handelen maakt de BA gebruik van de moderne inzichten van de positieve psychologie. - Het handelen van de BA voorkomt stigmatisering.
<i>Selectieve preventie</i>	Algemene risicogroepen Risicovolle beroepen Werknemers die blootstaan aan risicofactoren (zie tabel 1, blz. 8) (er hoeft hier dus nog geen sprake van klachten te zijn)	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting/ psycho-educatieve interventies gericht op bewustwording van de risico's, beter kunnen omgaan met de risico's, kunnen terugdringen van risico's (bijv. in jaarplannen, RIE met interventieplannen, jaarverslagen, thematische bijeenkomsten) - Bij persoonlijke contacten bijv. PMO of spreekuur wanneer als bijkomstig gegeven de kwetsbaarheid of risicofactor ter tafel komt. - Groeps- of risicogerichte interventies (afhankelijk van werkcontext, i.s.m. A&O deskundige, bedrijfspsycholoog)
<i>Geïndiceerde preventie</i>	Bij mensen met subklinische depressie	<ul style="list-style-type: none"> - Na screening aan de hand van de CZ-criteria psycho-educatie aanbieden (PMO) - Sociaal medische begeleiding - Consultatie huisarts - Toeleiden naar (zelf)hulpinterventies zoals bijv. Beating the Blues - Aanpakken van werkgerelateerde factoren (afhankelijk van werkcontext, i.s.m. bedrijfspsycholoog, A&O deskundige)
<i>Terugvalpreventie</i>	Bij mensen die re-integreren in werk en bij wie depressie een rol speelt (ongeacht of dit de hoofdoorzaak voor verzuim was of dat er sprake is van co-morbiditeit)	<ul style="list-style-type: none"> - Terugvalpreventief consult (cf NVAB-richtlijn) - Samenwerking met betrokken behandelaren en opstellen signaleringsplan - met behandelaren afstemmen in te zetten preventieve interventie - afspraken maken over monitoring afhankelijk van waar de problematiek lag (privé→ huisarts, werk→bedrijfsarts)
<i>Recidiefpreventie</i>	Integraal op te pakken voor wat betreft werkaspecten in het terugvalpreventieplan	

- In hun handelen richten bedrijfsartsen zich op het empoweren van mensen, op het versterken van de competenties van de mensen die zij bij het uitoefenen van hun beroep ontmoeten.
- Waar mogelijk maken bedrijfsartsen bij hun handelen gebruik van de moderne inzichten van de positieve psychologie.

Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich op kwetsbare groepen, risicogroepen. De bedrijfsarts kan bij selectieve preventie te maken krijgen met zowel algemene kwetsbare groepen en met arbeidsrelevante kwetsbare groepen. Selectieve preventie bestaat vaak uit psycho-educatie, kennisoverdracht en competentieversterking aan risicogroepen.

Algemene kwetsbare groepen zijn:

- familieleden en mantelzorgenden van mensen met een depressie
- mensen die recent hun levenspartner verloren
- mensen met een chronische ziekte
- mensen met een lage sociaal-economische status

Arbeidsrelevante kwetsbare groepen zijn:

- juristen, leraren en secretariaal personeel
- werknemers die blootstaan aan de volgende risicofactoren:
 - niet-passend werk hebben (onafhankelijke risicofactor)
 - onvoldoende sociale ondersteuning ervaren (onafhankelijke factor)
 - het hebben van te veel werk
 - weinig controle over werktempo
 - problemen in de werkverhoudingen
 - gepest worden
 - hoge psychologische taakeisen
 - weinig regelmogelijkheden
 - meegemaakte stressvolle werkgebeurtenissen

Voorwaarden

Om aan selectieve preventie te kunnen doen moeten bedrijfsartsen welke risicofactoren er zijn en welke risicogroepen. Zij beschikken daarvoor over de volgende middelen die niet los van elkaar ingezet worden maar steeds in samenhang gebracht worden:

- screening van de risicofactoren via de RIE
- screening van risicogroepen of factoren via PMO
- screening van het bestaan van risicofactoren vindt ook plaats door gegevens uit bedrijfscontacten (spreekuren, bijeenkomsten) te aggregeren

Interventies

Selectieve preventie bij algemene kwetsbare groepen kan het volgende betekenen:

- Nadat de bedrijfsarts zich ervan bewust is te maken te hebben met iemand uit de algemeen kwetsbare groep (bijv. door verzuimbegeleiding, een open spreekuurcontact, PMO) zal hij/zij doorvragen naar het psychisch welbevinden van betrokkene, alert zijn op het bestaan van subklinische depressie en actief psycho-educatie bieden.

Selectieve preventie in de arbeidsomgeving bij bekendheid met risicofactoren kan het volgende betekenen:

- De bedrijfsarts werkt actief, samen met de organisatie, aan het voorkómen dan wel verminderen van de risicofactoren in werk. Een multidisciplinaire aanpak (met A&O, bedrijfspsychologie, HRM, management) verdient de voorkeur.
- Aanpak van risicofactoren vindt plaats door (ook ongevraagde) advisering (via het plan van aanpak bij een RIE of via een jaarverslag met advies) en het bieden van interventies (via PMO, groepsvoorlichting, workshops over signaleren voor leidinggevenden).

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie bij depressiepreventie richt zich op mensen met subklinische depressie. Dat kunnen enerzijds mensen zijn die nog nooit eerder soortgelijke klachten ondervonden. Het kan echter ook werknemers betreffen die ooit eerder succesvol behandeld zijn voor een depressie.

Vroegsignalering, advisering, ondersteuning en inzetten van (zelf)hulpmiddelen zijn de interventiemiddelen bij geïndiceerde preventie.

Voorwaarden

Om aan geïndiceerde preventie te doen in de arbeidsomgeving moet de bedrijfsarts eerst weten welke mensen klachten hebben.

- De bedrijfsarts kan kiezen voor screening op klachten die wijzen op een subklinische depressie in die groepen van werknemers die, op basis van RIE-gegevens, blootstaan aan de eerder genoemde risicofactoren in werk. De bedrijfsarts verricht deze screening alleen wanneer vooraf met de klant is afgesproken dat hij of zij bij een vermoeden van een subklinische depressie interventies kan en mag aanbieden. Om dat met respect voor alle (ethische) dilemma's te kunnen doen, moet bij een positieve screening de mogelijkheid bestaan voor een face-to-face-contact tussen bedrijfsarts en werknemer.
- De bedrijfsarts kan screenende vragen stellen in PMO's maar ook in werknemerstevredenheidsonderzoek voor bijv. werknemers at-risk (juristen, secretariaal ondersteunend personeel en leraren, maar ook weer bij hen die blootstaan aan risico's voor depressie en waarbij uit de RIE bleek dat die in de betreffende arbeidsomgeving relevant zijn).
- De bedrijfsarts bevraagt bij frequent verzuim met vage klachten en bij verzuimbegeleiding omwille van psychische klachten conform de aanwijzingen in de NVAB-richtlijn (bevraging dus ook van de DSM-IV criteria).
- De bedrijfsarts kan ter ondersteuning gebruikmaken van de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL).
- De bedrijfsarts werkt aan het opbouwen van vertrouwen en veiligheid. Uit de literatuur en uit onze focusgroepsbijeenkomsten bleek dat hoewel zowel werknemers als werkgevers de (eigen) klachten wel herkennen, zij deze vaak verbloemen uit angst voor negatieve consequenties. De werknemers gaven expliciet aan dat het ervaren van voldoende vertrouwen en het krijgen van ondersteunende stimulerende vragen hielpen om problemen te erkennen en hulp te accepteren.

Interventies

Geïndiceerde preventie houdt in dat de bedrijfsarts bij werknemers met klachten die kunnen duiden op een subklinische depressie:

- minstens een gesprek aangaat en daarin psycho-educatie biedt over een mogelijke relatie tussen de gevonden klachten en het risico op depressie;
- de werknemer bevraagt in hoeverre deze ook daadwerkelijk 'last' ondervindt van de gemelde klachten;

- en in hoeverre de werknemer hulp denkt nodig te hebben dan wel hulp wil accepteren;
- er in dit gesprek op let de werknemer uit te nodigen om eventuele kwetsbaarheden die in verband staan met de klachten te uiten;
- zich realiseert dat dit een behoorlijke investering vergt in de vertrouwensrelatie;
- eraan werkt dat niet alleen de werknemer individuele hulp en ondersteuning krijgt, maar dat ook zo snel mogelijk de omgeving betrokken wordt. Denk aan psycho-educatie van de leidinggevende, de collega's of van het thuisfront. Alleen met de juiste afstemming is de kans op blijvend succes groot.

Geïndiceerde preventie kan daarnaast ook bestaan uit:

- Het toeleiden naar, ondersteunen en evalueren van arbeidshulpverlening wanneer werkrelevante factoren de belangrijkste risicofactoren op een depressie blijken te vormen. De bedrijfsarts neemt hierin een procesbegeleidende rol, conform de NVAB richtlijn.
- Het bieden van structuur in het werk, positieve sociale contacten en de grootst mogelijke kans op succeservaringen.
- Het toeleiden naar (andere) depressiepreventie-interventies wanneer andere dan werkgerelateerde factoren de belangrijkste risicofactoren op een depressie blijken te vormen. Bij voorkeur overlegt de bedrijfsarts daartoe met de huisarts, voor zover de werknemer daarvoor toestemming geeft. De bedrijfsarts laat de verdere coördinatie en evaluatie van de zorg in dat geval bij de huisarts, maar doet er goed aan een evaluatiemoment in te bouwen na twee tot drie maanden om zo ondersteunend en stimulerend een bijdrage aan de hulp te bieden, dan wel om tijdig stagnaties te signaleren en daarop interventies te kunnen plegen. 'Beating the blues' is een bewezen efficiënte therapie voor depressie met terugvalpreventie. Wanneer de interventie wordt ingezet op verwijzing door huisarts, psycholoog of psychiater wordt zij bovendien vergoed door de verzekeraars. Innohealth is de Nederlandse licentiehouder van deze interventie en biedt inmiddels de interventie ook aan andere zorgpartijen aan (bijv. arbodiensten). Kijk voor meer informatie op de website: <http://www.beatingtheblues.nl>.
- Mocht de toestemming voor overleg ontbreken dan maakt de bedrijfsarts de werknemer attent op het bestaan van enige wetenschappelijk goed onderbouwde preventieve (zelf)hulpmiddelen: www.kleurjeleven.nl, www.gripopjedip.nl (voor werknemers tot 25 jaar) of de bedrijfsarts bekijkt met de werknemer op de eerder genoemde interventiesite welke hulp wel acceptabel is voor de werknemer: www.loketgezondleven.nl.

Terugvalpreventie

Terugvalpreventie richt zich op mensen die herstellende zijn. Deels zullen dit werknemers zijn die vanuit verzuim gaan re-integreren. Deels kan de behandeling van depressie zich ook onzichtbaar voor de bedrijfsarts voltrekken bij werknemers die gewoon aan het werk blijven.

Voorwaarden

Om een rol te kunnen spelen bij werknemers in het algemeen, maar zeker ook bij hen bij wie de depressie zich aanvankelijk buiten het zicht van de bedrijfsarts afspeelt, is het uitermate belangrijk dat de bedrijfsarts in het bedrijf een goed imago heeft opgebouwd en aan universele preventie heeft gedaan. De aanname is dat in die gevallen de bedrijfs-

arts als vanzelf door partijen geïnformeerd zal worden en dan zijn of haar rol hierin kan nemen.

Interventies

De bedrijfsarts doet aan terugvalpreventie wanneer:

- hij of zij bij verzuimbegeleiding conform de NVAB-richtlijn Psychische problemen handelt. Dat betekent dat terugvalpreventie plaatsvindt zowel tijdens de verzuimbegeleiding (onder meer door het bewerkstelligen van succeservaringen, bijdragen aan de opbouw van positieve sociale werkcontacten en het structureren van werk) als via een consult nadat betrokkene weer volledig is teruggekeerd in het werk. Het inzetten van de signaallampmethodiek, zoals beschreven in de richtlijn, kan helpen bij de terugvalpreventie.
- daar waar geen sprake is van verzuim, maar wel van informatie over het feit dat betrokken werknemer therapie heeft ontvangen voor een depressie, hij of zij het initiatief neemt (als de werknemer of de leidinggevende dat al niet zelf doet) tot een contact met de werknemer. Dit contact richt zich op werken aan het vertrouwen in de relatie, het bevragen van de werkervaring bij terugkomst en bespreekbaar maken welke ondersteuning of mogelijkheden de werknemer van de bedrijfsarts verwacht, zodat de werkhervatting duurzaam is.
- de bedrijfsarts via psycho-educatie ook telkens weer aan terugvalpreventie doet door de arbeidsomgeving voor te lichten, zodat de maximale kans op de nodige succesfactoren bestaat (gestructureerd werk, positieve sociale contacten en opdoen van succeservaring).

8 Verwijzingen

8.1 Literatuur

- Andreasen NC. The creative brain. Penguin, 2006. ISBN 9780452287815.
- Beschermjassen, transculturele hulp aan families (<http://www.vangorcum.nl>)
- Botton A de, Van der Leeuw lezing 30 oktober 2009 Hanzehogeschool Groningen (<http://www.vanderleeuwlezing.nl>)
- Cuijpers P. Het belang van subklinische depressies. Tijdschrift voor Psychiatrie jrg 40, (1998), nr.10; pg 635 – 640. (<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>)
- Cuijpers P, Smit F. Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie? Tijdschrift voor Psychiatrie jrg 50 (2008) nr. 8; 519-528 <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>)
- Dehue T. De depressie-epidemie, mei 2008, uitgeverij Augustus. ISBN 9789045700953
- Fonds psychische gezondheid. Wat is een depressie? Informatieve website www.psychischegezondheid.nl/depressie (zoals gelezen 7 november 2009)
- Graaf E de, Gerhards S, Arntz A, Riper H, Metsemakers J, Evers S, Severens J, Widder-shoven G, Huibers M. Clinical effectiveness of online computerized cognitive behavioural therapy without support for depression in primary care: a randomized trial. British Journal of Psychiatry 2009, 195 (1), 73-80 (<http://bjp.rcpsych.org>)
- Het succes ligt op straat, Abkader Chrifi. <http://www.psycholoog.net/?p=635>
- Hof E van 't, Cuijpers P, Stein D J,. Self-help and Internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: a systematic review of meta-analyses. CNS Spectr. 2009 Feb; 14(2 Suppl 3): 34-40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Hofstra K, Fischer E, Oosterhout L. Multidisciplinaire richtlijn depressie, patiëntenversie 2005. AF0630, Trimbos-instituut (<http://www.ggzrichtlijnen.nl>)
- Kiezen voor gezond leven (2006). Preventienota ministerie van VWS. (<http://www.minvws.nl/onderwerpen>).
- Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35(2): 71-7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Lerner D, Henke RM. What Does Research Tell Us About Depression, Job Performance, and Work Productivity? J Occup Environ Med 2008; 50(4): 401–410 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Maassen H, Darwin als psychiater, de evolutionaire herkomst van geestesziekten. Medisch Contact 2009, 64 jrg, nr 43; pg 1762 – 1765 (<http://medischcontact.artsennet.nl>).
- Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen MG van, De Haan M, Weel-Baumgarten EM van, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (Eerste herziening) Huisarts Wet 2003; 46(11): 614-33. (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Depressie (beroepsgebonden), gelezen november 2009. (<http://www.beroepsziekten.nl>)

- McDaid (ed.) (2008). Mental Health in Workplace settings. Consensus paper. Luxembourg: European Communities (<http://ec.europa.eu/health>)
- Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Psychische aandoeningen naar diagnose, 2007 (<http://www.beroepsziekten.nl>)
- Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, Feltz-Cornelis CM van der. Interventions to improve occupational health in depressed people. Cochrane Database Syst Rev 2008;16(2):CD006237. Review. (<http://www.cochrane.org>)
- Partnership Depressiepreventie
- Folder 'Samen werken aan een beter perspectief', december 2008 (<http://www.lsp-preventie.nl>)
 - Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid (<http://www.lsp-preventie.nl>)
 - Resultaten en voorstel voor implementatie 2010-2013 (mei 2009)
- Psychischenwerk juni 2009. Blik op je werk, dip op de weg. Zie: <http://www.Psychischenwerk.nl> in de rubriek nieuwsarchief juni 2009
- Romijn G, Ruiters M, Smit F. Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie (Reeks: Wetenschappelijke Onderbouwing Depressiepreventie 2007) Utrecht: Trimbos-instituut (<http://www.trimbospreventie.nl>)
- Plaisier I, Work and Mental Health: Studies on the impact of job characteristics, social roles and gender. (2009) Proefschrift ISBN: 9789086593903 (<http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/15483/5/8677.pdf>)
- Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. Psychological Medicine 2007;37(3):351-62 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Schene AH, de Vries G. Uit de kliniek: Depressieve stoornissen en arbeid: een complexe relatie. 2007 TBIJV. 15, nr 7 pg. 306-309
- Smit F. Publieke geestelijke gezondheid: analyse en synthese. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Evidence-based public mental health vanwege het Trimbos-instituut bij de Faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit, Amsterdam op donderdag 29 oktober 2009 (<http://www.trimbos.nl>)
- Smit F, Voordouw, I, Bohlmeijer, E, Blekman, J, Zanden, R van der. Factsheet Preventie 2007, preventie van depressie. AF0392, Trimbos-instituut (<http://www.trimbos.nl>).
- Smolders M. (2009). Assessing and improving the management of depressive and anxiety disorders in primary care. Proefschrift RU Nijmegen. Promotor: prof. dr. R.P.T.M. Grol (samenvatting van het proefschrift op <http://www.nesda.nl>)
- Speijer AERM, Preventie van depressie, verzekerde zorg. Publicatie van College van zorgverzekeraars (CVZ), publicatienummer 264, september 2008 (<http://www.cvz.nl>)
- Swinkels, JA, Schene, AH, Wijers, JHL. Depressie, catern F6 in Handboek Arbeid en Belastbaarheid, november 2001

- Velde van der, Samenvatting Multidisciplinaire richtlijn Depressie, Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie, 2005 (<http://www.cbo.nl>)
- Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, Petukhova MZ, Kessler RC. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. JAMA. 2007 Sep 26; 298(12):1401-11 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Wang PS, Patrick A, Avorn J, Azocar F, Ludman E, McCulloch J, Simon G, Kessler R. The costs and benefits of enhanced depression care to employers. Arch Gen Psychiatry. 2006 Dec; 63(12): 1345-53 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- “Zorg aan buitenlanders?”, deel van mijn vak (<http://www.nigz.nl>)

8.2 Webadressen tabel 2 en 3

MTO = Medewerkerstevredenheidsonderzoek (diverse mogelijkheden)

VAR = Vragenlijst Arbeidsre-integratie

<http://vendrig.praktijkinfo.nl>

SVI = Sociale Veiligheids Index

<http://www.pearson-nl.com>

VBBA = Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid

Deze lijst is te downloaden via www.psychischenwerk.nl via de doorlink ‘Tools en checklists’.

4-DKL = 4-Dimensionele Klachtenlijst

DHS = Depressie Herkenningsschaal (vertaling van Goldberg Screeningslijst)

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale

INSTEEL = Interventie Studie Eerste Lijn

DASS = Depressie Angst Stress Schaal (Depression Anxiety Stress Scales)

CES-D = Center for epidemiological studie – Depression Scale

Deze lijsten zijn te downloaden via www.psychischenwerk.nl via de doorlink ‘Tools en checklists’.

Bijlagen

Overzicht interventies depressiepreventie met relatie tot bedrijfsgezondheidszorg¹

Voor een up-to-date overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken specifiek voor interventies op het gebied van depressiepreventie verwijzen we naar de website van het RIVM <http://www.loketgezondleven.nl>. Op deze website zijn inmiddels 428 interventies verzameld. Per interventie worden doelgroep(en) en beoogd effect beschreven. Ook wordt aangegeven in hoeverre de interventie wetenschappelijk of theoretisch (goed) onderbouwd is.

Wij hebben voor u een keuze gemaakt van interventies die naar onze mening goed passen bij uw sociale kaart, c.q. uw kennis over en mogelijk tot verwijzingen van depressiepreventie.

De interventies met een blauwe achtergrondkleur zijn te beschouwen als algemene, gezondheidsbevorderende interventies (universele of selectieve preventie). Die met de gele achtergrond beogen afname van depressieve klachten en richten zich dus op mensen met bestaande (lichte) depressieve klachten. Het gaat hierbij vooral om geïndiceerde preventie.

Interventies die zowel geel als blauw als achtergrond hebben kunt u beschouwen als interventies die zich zowel richten op gezondheidsbevordering als op afname van depressieve klachten.

¹Bron: Partnership Depressiepreventie

Internetcursus 'Grip op je dip online: zelf je somberheid overwinnen'

<i>Doelgroep</i>	Jongeren 16-25 jaar met depressieve klachten
<i>Doel</i>	Het verminderen van depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden om er beter mee om te gaan. Deze variant van 'Grip op je dip' wordt online aangeboden en bestaat uit 8 online bijeenkomsten. Tijdens de bijeenkomsten worden gerichte informatie, instructies en huiswerkopdrachten gegeven. Thema's: onder andere het in kaart brengen van de eigen gevoelens en gedachten, het doorbreken van negatieve denkpatronen, ruimte geven aan plezierige activiteiten, het verbeteren van sociale vaardigheden.
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	Jongeren melden zich aan via www.gripopjedip.nl GGZ-preventiewerkers verzorgen de screening en begeleiden de cursus. Training voor cursusleiders is beschikbaar via de centrale RINO Groep in Utrecht (cursus voor reguliere variant 'Grip op je dip').
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg, Korrelatie en het Trimbos-instituut zijn samen verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie (inclusief training voor cursusleiders). Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.
<i>Financiering</i>	Lesmaterialen worden tegen kostprijs door het Trimbos-instituut beschikbaar gesteld: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Grip op je dip online. Groeps cursus via internet voor jongeren (16-25 jaar) met depressieve klachten.</i> Handleiding voor cursusbegeleiders. R. Gerrits, A. Niewijk, S. Sas, R. Visscher, R. v.d, Zanden, Trimbos-instituut, 2006. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer AF0659 Het Trimbos-instituut heeft het volgende wervingsmateriaal ter beschikking: <ul style="list-style-type: none"> - Ansichtkaarten 'Somber, blijf er niet mee zitten,' artikelnummer AF0644; 'In een dip? Blijf er niet mee zitten,' artikelnummer AF0643, 'Down en depri? Blijf er niet mee zitten,' artikelnummer AF0642, € 0.15 per stuk - Poster 'In een dip? Blijf er niet mee zitten,' artikelnummer AF0641, € 1,50. Kosten training voor cursusleiders: € 560,- (inclusief materiaal)
<i>Doelstelling</i>	<AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven <AANTAL> jongeren dat per jaar aan de cursussen deelneemt
<i>Meer informatie</i>	www.gripopjedip.nl www.trimbos.nl/producten www.lsp-preventie.nl

Wetenschappelijke status

Quasi-experimenteel onderzoek toonde aan dat de cursus effectief is in afname van depressieve klachten (Van der Zanden et al., 2005)

Overzicht interventies volwassenen

'Omgaan met depressie,' psycho-educatieve cursus voor directbetrokkenen

<i>Doelgroep</i>	Directbetrokkenen (mantelzorgers) van mensen met een depressie, al dan niet met depressieve klachten
<i>Doel</i>	<p>De ervaren belasting van familieleden en andere naasten (mantelzorgers) van mensen met een depressie verminderen door het vergroten van hun kennis over depressie en de mogelijkheden van de hulpverlening en de versterking van vaardigheden (om beter met de situatie om te kunnen gaan en om steun te zoeken).</p> <p>De cursus bestaat uit tien wekelijkse bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst met als thema's: zorgen voor jezelf, denken, voelen en doen, grenzen stellen, sociale steun en lotgenotencontact.</p>
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	<p>Cursusbegeleiders zijn GGZ-hulpverleners, GGZ-preventiewerkers, verpleegkundigen.</p> <p>Training voor cursusleiders beschikbaar via LSP.</p> <p>Mogelijke cursuslocaties: GGZ-instelling, thuiszorg, verpleeghuizen</p>
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	<p>Het Trimbos-instituut/LSP is (in samenwerking met Labyrinth In perspectief) verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie (inclusief training voor cursusleiders)</p> <p>Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.</p>
<i>Financiering</i>	<p>Het Trimbos-instituut/LSP stelt de volgende cursusmaterialen tegen kostprijs beschikbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Omgaan met depressie, psycho-educatieve cursus voor directbetrokkenen</i>. Handleiding. Trimbos-instituut, 2006. Hierin is een draaiboek voor de cursusleider en een deelnemerswerkboek voor de cursisten opgenomen. Daarnaast zijn vragenlijsten opgenomen om het effect van de cursus te evalueren en een overzicht van de laatste stand van de wetenschappelijke kennis over depressie. <p>Kosten (tweedaagse) training voor cursusleiders: €300,- (inclusief cursusmateriaal)</p>
<i>Doelstelling</i>	<p><AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven</p> <p><AANTAL> betrokkenen dat per jaar aan de cursussen deelneemt</p>
<i>Meer informatie</i>	<p>www.lsp-preventie.nl</p> <p>www.trimbos.nl/producten</p>

Wetenschappelijke status

De cursus voor familieleden van mensen met een depressie is nog niet op effectiviteit onderzocht. Verschillende onderzoeken wijzen echter uit dat groepsgerichte interventies de ervaren belasting van mantelzorgers en het risico op een psychische stoornis kunnen reduceren (Dixon et al., 2004; Geelen 2003; Cuijpers 1999; Stam en Cuijpers 1999). Op kleine schaal uitgevoerd evaluatieonderzoek wijst bovendien uit dat deelnemers aan preventieve cursussen voor familieleden significant verbeterden in ervaren belasting (EDIZ) en welbevinden (GHQ) (Wansink & Toeter, 2005).

Zelfhulp cursus met minimale begeleiding 'In de put, uit de put'

<i>Doelgroep</i>	Volwassenen met depressieve klachten
<i>Doel</i>	Het verminderen van het risico dat een depressieve stoornis ontstaat en het verminderen van aanwezige depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden. De interventie wordt aangeboden als een schriftelijke zelfhulp cursus (bibliotherapie) met enige telefonische of e-mail begeleiding door een preventiewerker. De cursus is gestructureerd rondom thema's als stemming, ontspannen, mogelijkheden verkennen en benutten, het doorbreken van negatieve denkpatronen, het verhogen van plezierige activiteiten en hulp vragen en krijgen.
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	De cursus kan onder andere worden begeleid door GGZ-preventiewerkers, GGZ-hulpverleners, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, studentenpsychologen, huisartsen.
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie. Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.
<i>Financiering</i>	Lesmateriaal wordt door het Trimbos-instituut/LSP tegen kostprijs beschikbaar gesteld <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bibliotherapie bij depressieve klachten</i>. Gebaseerd op de cursus <i>Omgaan met depressie</i>. Een handreiking voor begeleiders. G. Willemse, I. Voordouw, P. Cuijpers, Trimbos-instituut 2004. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer AF0537, €36,-. - <i>In de put, uit de put</i>. Zelf depressiviteit overwinnen. Cursusmap. HB Uitgevers/Trimbos-instituut, 2004. Te verkrijgen via reguliere boekhandel of via HB-uitgevers.
<i>Doelstelling</i>	<AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven <AANTAL> volwassenen dat per jaar aan de cursussen deelneemt
<i>Meer informatie</i>	www.trimbos.nl/producten www.lsp-preventie.nl

Wetenschappelijke status

Deze cursus werd onlangs in een gerandomiseerde studie onderzocht en effectief bevonden. De incidentie van depressieve stoornis werd met 30% teruggebracht (Willemse et al., 2004). Een kosteneffectiviteitsstudie laat bovendien zien dat de interventie kosteneffectief is (Smit et al., 2006).

Groeps cursus 'Lichte dagen, donkere dagen'

<i>Doelgroep</i>	Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen (18-65 jaar) die last hebben van depressieve klachten
<i>Doel</i>	Verminderen van depressieve klachten door het vergroten van inzicht in de klachten en het leren van vaardigheden om hier beter mee om te gaan. De cursus wordt in groepen voor mannen of vrouwen gegeven en bestaat uit dertien bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst. Tijdens de bijeenkomsten wordt in de eigen taal informatie gegeven, worden oefeningen en opdrachten uitgevoerd en ervaringen gedeeld. De deelnemers krijgen gerichte opdrachten om thuis uit te voeren. De cursus is gestructureerd rondom thema's als stemming, ontspannen, gezonder leven, positiever denken en het verhogen van plezier in activiteiten.
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	Er zijn twee cursusbegeleiders, waarvan minimaal een preventiewerker of hulpverlener uit de GGZ (in samenwerking met maatschappelijk werkers, allochtone zorgconsulenten/voorlichters). De vrouwengroepen dienen bij voorkeur door vrouwen begeleid te worden; de mannengroepen bij voorkeur door mannen. De cursusbegeleiders dienen zoveel mogelijk in de moedertaal van de cursisten te spreken. Als dit niet het geval is, moet een tolk worden ingeschakeld. Training voor cursusleiders beschikbaar via Trimbos-instituut. Mogelijke cursuslocaties: wijkhuis, vrouwencentrum, AMW-instelling, GGZ-instelling
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie (inclusief training voor cursusleiders). Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering
<i>Financiering</i>	Lesmaterialen worden door het Trimbos-instituut beschikbaar gesteld tegen kostprijs <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lichte dagen, donkere dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten.</i> Handreiking voor cursuscoördinatoren en begeleiders. M. Can en I. Voordouw, Trimbos-instituut, 2003. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer: AF0449, € 42,50,- incl. een set van 28 geplastificeerde tekeningen. - De set van 28 geplastificeerde tekeningen is ook los te bestellen, artikelnummer: AF0452, € 15,-. - <i>Lichte dagen, donkere dagen (Turks/Nederlands of Arabisch/Nederlands).</i> Cursusmap. Trimbos-instituut, 2003. De tekst in het cursusmateriaal voor mannen- en vrouwengroepen is hetzelfde, de tekeningen verschillen. Het cursusmateriaal wordt als kopieerset ter beschikking gesteld, zodat uitvoerende organisaties zelf cursusmappen kunnen maken. Kosten per taalversie zijn € 20,-, artikelnummer: AF0450 (Arabisch) en AF0451 (Turks). - Cassettebandjes met ontspanningoefeningen zijn te bestellen bij: RCS, cassette en cd producties, Herenweg 262, 3648 CS Wilnis, tel. 0297 27 2 73. Er zijn drie verschillende bandjes te bestellen: Turks/Nederlands; Marokkaans/Nederlands; Berber/Nederlands. Kosten (tweedaagse) training cursusleiders: € 695,- euro (inclusief materiaal)
<i>Doelstelling</i>	<AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven <AANTAL> volwassenen dat per jaar aan de cursussen deelneemt
<i>Meer informatie</i>	www.trimbos.nl/producten www.lsp-preventie.nl

Wetenschappelijke status

Een pilotstudie bij vijftig deelnemers liet een statistisch significante afname van depressieve klachten zien (Can & Voordouw, 2003).

Groepsinterventie 'Liever bewegen dan moe'

<i>Doelgroep</i>	Laagopgeleide vrouwen met lichte depressieve klachten (20-55 jaar)
<i>Doel</i>	Door lichaamsbeweging ook geestelijk weer in beweging komen en stimuleren om te blijven bewegen, ook na afloop van het programma. De interventie bestaat uit acht bijeenkomsten, inclusief een voorlichtingsbijeenkomst. Iedere bijeenkomst start met het geven van voorlichting over onderwerpen zoals 'bewegen helpt,' 'spanning, voeding, slapen' en 'blijven bewegen'. Vervolgens wordt sportief gewandeld waarbij naast wandelen in verschillende tempo's aandacht wordt besteed aan ademhaling, houding, coördinatie en concentratie.
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	De cursus kan onder andere worden begeleid door GGZ-preventiewerkers, GGZ-hulpverleners in samenwerking met sporttrainers en fysiotherapeuten. Mogelijke cursuslocaties: GGZ-instelling, AMW-instelling, gezondheidscentrum, buurthuis, educatief centrum
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	Parnassia Den Haag en Context zijn verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie. Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.
<i>Financiering</i>	Parnassia stelt het volgende cursusmateriaal beschikbaar: - 'Liever bewegen dan moe' vrouwen-fit programma. Draaiboek voor begeleiders. Parnassia, 2005 Daarnaast zijn er onder meer folders, hand-outs en tekeningen die gebruikt kunnen worden als wervingsmateriaal of ter verduidelijking van de stof in de cursus.
<i>Doelstelling</i>	<AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven <AANTAL> vrouwen dat per jaar aan de cursussen deelneemt
<i>Meer informatie</i>	www.parnassia.nl

Wetenschappelijke status

Buitenlandse effectstudies hebben aangetoond dat de effectiviteit van bewegingsinterventies even effectief is als cognitieve interventies (Lawlor & Hopker, 2001).

In Nederland zijn de effecten nog niet voldoende onderzocht.

Groeps cursus 'Leven met een chronische ziekte'

<i>Doelgroep</i>	Mensen met een chronische ziekte die al dan niet last hebben van depressieve klachten
<i>Doel</i>	Het verminderen van depressieve klachten door het verbeteren van negatieve denkpatronen, het vergroten van het inzicht in de relatie tussen lichamelijke beperkingen en psychische klachten, het aanleren van vaardigheden die helpen bij het omgaan met de stress die een chronische ziekte met zich meebrengt en het verhogen van het aantal plezierige activiteiten. De cursus bestaat uit tien bijeenkomsten die zijn gestructureerd rondom thema's als stemming, ontspannen, mogelijkheden verkennen en benutten, het doorbreken van negatieve denkpatronen, het verhogen van plezierige activiteiten en hulp vragen en krijgen.
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	De cursus kan onder andere worden begeleid door GGZ-professionals, maatschappelijk werkers, gespecialiseerde verpleegkundigen. Mogelijke cursuslocaties: GGZ-instelling, thuiszorginstelling, gezondheidscentrum, psychologische afdeling ziekenhuis
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.
<i>Financiering</i>	Lesmaterialen worden tegen kostprijs door het Trimbos-instituut beschikbaar gesteld. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Leven met een chronische ziekte</i>. Cursusboek. P. Cuijpers en B. van Osch, HB Uitgevers 2004. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer AF0546, €29,50. - <i>'Leven met een chronische ziekte'</i>. Een handreiking voor begeleiders en organisatoren. I. Voordouw, B. van Osch, M. Terweij, Trimbos-instituut/LSP 2005. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer AF0602, €35.00
<i>Doelstelling</i>	<AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven <AANTAL> mensen dat per jaar aan de cursussen deelneemt
<i>Meer informatie</i>	www.trimbos.nl/producten www.lsp-preventie.nl www.rinogroep.nl

Wetenschappelijke status

Buitenlands onderzoek laat zien dat deze interventie effect heeft op het ontstaan van depressie (Kuhner, 2003). In Nederland werd een quasi-experimenteel onderzoek uitgevoerd waarin een kleine maar statistisch significante afname in depressieve klachten werd aangetroffen (Voordouw et al., 2005).

Huiskamerbijeenkomsten 'Geestelijke gezondheid en ouder worden'

<i>Doelgroep</i>	Turkse en Marokkaanse vrouwen van 50 jaar en ouder, al dan niet met depressieve klachten
<i>Doel</i>	<p>Kennis vergroten over ouder worden, geestelijke gezondheid en het beschikbare zorgaanbod; het vergroten van gevoelens van eigenwaarde; het bevorderen van geestelijk gezond leven.</p> <p>Huiskamerbijeenkomsten waarbij een Turkse of Marokkaanse deelnemer optreedt als gastvrouw. Zij nodigt uit haar persoonlijk netwerk 6 á 8 andere vrouwen uit. Een preventiewerker introduceert de onderwerpen en begeleidt de gesprekken volgens een handleiding en draaiboek. De vrouwen krijgen informatie over geestelijke gezondheid en ouder worden, hun eigen mogelijkheden en het professionele hulpaanbod.</p>
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	De cursus kan onder andere worden begeleid door GGZ-professionals, medewerkers GVO, leden allochtone zelforganisaties, medewerkers GGD, medewerkers thuiszorg, medewerkers ouderenzorg, algemeen maatschappelijk werkers, medewerkers dienstencentra.
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	<p>Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie</p> <p>Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.</p>
<i>Financiering</i>	<p>Lesmateriaal wordt door het Trimbos-instituut/LSP tegen kostprijs beschikbaar gesteld</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Geestelijke gezondheid en ouder worden. Informatieve huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen.</i> Handleiding en draaiboek. W. de Vries, C. Smits. - De handreiking bevat achtergrondinformatie, een stappenplan voor de organisatie van de bijeenkomsten en een draaiboek voor drie bijeenkomsten. Trimbos-instituut, 2004. Artikelnummer AF0536, €37.50
<i>Doelstelling</i>	<p><AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven</p> <p><AANTAL> betrokkenen dat per jaar aan de cursussen deelneemt</p>
<i>Meer informatie</i>	<p>www.trimbos.nl/producten</p> <p>www.lsp-preventie.nl</p>

Wetenschappelijke status

In een procesevaluatie is vastgesteld dat met de methodiek de doelgroep is bereikt, dat de vrouwen met belangstelling luisterden naar de geboden informatie en dat de bijeenkomsten stimuleerden tot het uitwisselen van ervaringen rond psychische klachten en oplossingen (De Vries & Smits, 2005).

Groeps cursus 'Verlies en dan verder...'

<i>Doelgroep</i>	Vrouwen (60+) die tenminste 1 jaar weduwe zijn, al dan niet met depressieve klachten
<i>Doel</i>	Het bevorderen van een eenzaamheidsvoorkomende houding, het bevorderen van sociale contacten, het krijgen van zicht op belemmerende normen, waarden en gedragingen en het bevorderen van persoonlijke groei en zelfstandigheid De cursus bestaat uit elf wekelijkse bijeenkomsten en een follow-up bijeenkomst na twee maanden. Per bijeenkomst komen verschillende thema's aan de orde, gerelateerd aan verliesverwerking en het voortzetten van het eigen leven.
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	De cursus kan onder andere worden begeleid door GGZ-preventiewerkers, ouderenwerkers, maatschappelijk werkers (bij voorkeur twee vrouwen). Mogelijke cursuslocaties: GGZ-instelling, thuiszorginstelling, AMW-instelling
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	Het Trimbos-instituut/Landelijk centrum GVO zijn verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.
<i>Financiering</i>	Lesmaterialen worden tegen kostprijs door het Trimbos-instituut beschikbaar gesteld. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Verlies... en dan verder. Een cursus voor weduwen boven de zestig</i> . Draaiboek. G. Benthem, J. ten Elze, R. van Rijsewijk, Landelijk centrum GVO, 1994. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer AF0023 - <i>Verlies... en dan verder. Cursusmap. Een cursus voor weduwen boven de zestig</i>. G. Benthem, J. ten Elze, R. van Rijsewijk, Landelijk centrum GVO, 1994.
<i>Doelstelling</i>	<AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven <AANTAL> ouderen dat per jaar aan de cursussen deelneemt
<i>Meer informatie</i>	www.trimbos.nl/producten www.lsp-preventie.nl

Wetenschappelijke status

Quasi-experimenteel onderzoek laat zien dat de cursisten sociaal vaardiger zijn en minder psychosociale problemen hebben (Benthem et al. 1994; Van Lammeren & Geelen, 1995).

Internetcursus 'Kleur je leven'

<i>Doelgroep</i>	Ouderen met depressieve klachten.
<i>Doel</i>	Het verminderen van depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden. Kleur je leven is een individueel zelfhulpprogramma via het internet. Deelnemers gaan hier zelfstandig mee aan de slag. Het programma bestaat uit 8 lessen en 1 opfrisles en bevat audio, video en flash en de mogelijkheid tot interactie via een forum. Thema's die aan bod komen zijn: het ondernemen van plezierige activiteiten, het aanpakken van niet-helpende gedachten, ontspanning, sociale contacten, het omgaan met piekeren en assertiviteit.
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	'Kleur je leven' is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en op effectiviteit onderzocht door de Universiteit van Tilburg met positieve resultaten. De interventie kan vanuit GGZ-instellingen en de eerste lijn worden aangeboden met verschillende gradaties van ondersteuning door preventiewerkers of hulpverleners.
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie.
<i>Financiering</i>	De ontwikkeling van de cursus is gefinancierd door het VSB-fonds, Kenniswijk Eindhoven en het Ministerie van Economische Zaken.
<i>Doelstelling</i>	<AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven <AANTAL> betrokkenen dat per jaar aan de cursussen deelneemt
<i>Meer informatie</i>	www.kleurjeleven.nl Contactpersonen: jkramer@trimbos.nl ; hriper@trimbos.nl

Wetenschappelijke status

Het onderzoek naar de cursus is nagenoeg afgerond. Resultaten tonen aan dat de cursus effectief is (Spek et al., submitted).

Groeps cursus 'In de put, uit de put 55+'

<i>Doelgroep</i>	55-plussers met depressieve klachten
<i>Doel</i>	<p>Het verminderen van het risico dat een depressieve stoornis ontstaat en het verminderen van aanwezige depressieve klachten door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden.</p> <p>De cursus bestaat uit 12 bijeenkomsten waarin op een gestructureerde wijze thema's aan bod komen als het voorkomen van sombere gedachten, ontspannen, het doorbreken van negatieve denkpatronen en het verhogen van plezierige activiteiten.</p>
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	<p>De cursus kan onder andere worden begeleid door GGZ-professionals, maatschappelijk werkers, medewerkers stichting welzijn ouderen.</p> <p>Training voor begeleiders beschikbaar via de Centrale Rino Groep te Utrecht.</p> <p>Mogelijke cursuslocaties: GGZ-instelling, AMW-instelling, wijkcentrum, buurthuis, Stichting Welzijn Ouderen, thuiszorginstelling, verpleeg- en verzorgingshuis.</p>
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	<p>Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie.</p> <p>Centrale Rino Groep is verantwoordelijk voor de training van cursusleiders.</p> <p>Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.</p>
<i>Financiering</i>	<p>Lesmaterialen worden tegen kostprijs door het Trimbos-instituut beschikbaar gesteld</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursusmap <i>In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen 55+</i>, HB Uitgevers 2000. Te bestellen bij de boekhandel, kosten € 26,75. - De cursus <i>In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen</i>. Een handreiking voor coördinatoren en begeleiders van de cursus voor volwassenen en 55+. I. Voordouw, J. Kramer, P. Cuijpers, Trimbos-instituut 2002. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer AF0431, € 38.50,-. <p>Kosten training voor cursusleiders: € 390,-</p>
<i>Doelstelling</i>	<p><AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven</p> <p><AANTAL> ouderen dat per jaar aan de cursussen deelneemt</p>
<i>Meer informatie</i>	<p>www.trimbos.nl/producten</p> <p>www.lsp-preventie.nl</p> <p>www.hbuitgevers.nl</p> <p>www.rinogroep.nl</p>

Wetenschappelijke status

Gerandomiseerd onderzoek toonde aan dat deze interventie effectief is in het reduceren van de risicostatus (Haringsma et al., 2005).

Groeps cursus 'Op zoek naar zin'

<i>Doelgroep</i>	Mensen vanaf 55 jaar met depressieve klachten die bovendien bezig zijn met vragen over zingeving
<i>Doel</i>	<p>Het verminderen van depressieve klachten door het systematisch evalueren van het eigen leven en het ontwikkelen van een nieuw toekomstperspectief; het ontdekken van zingevende activiteiten; het bevorderen van het zelfvertrouwen en het ontdekken en ontplooiën van de eigen creatieve mogelijkheden</p> <p>De cursus bestaat uit twaalf bijeenkomsten. Aan de hand van verschillende thema's (zoals je eerste herinnering, huizen waar je vroeger woonde, belangrijke vriendschappen) halen cursisten herinneringen op en bewerken die tot autobiografische teksten.</p> <p>Ook andere creatieve werkvormen als schilderen en tekenen kunnen gebruikt worden.</p>
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	<p>De begeleiders zijn GGZ-medewerkers die werken met ouderen met depressieve klachten.</p> <p>Training voor cursusleiders beschikbaar via het Trimbos-instituut.</p> <p>Mogelijke cursuslocaties: GGZ-instelling, verpleeg- en verzorgingshuis</p>
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	<p>Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie (inclusief training voor cursusleiders)</p> <p>Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.</p>
<i>Financiering</i>	<p>Lesmaterialen worden door het Trimbos-instituut tegen kostprijs beschikbaar gesteld</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Op zoek naar zin. Een cursus rond het eigen levensverhaal voor ouderen met depressieve klachten.</i> Begeleidersmap. J. Franssen en E. Bohlmeijer. Trimbos-instituut, 2003. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer: AF0495, €40,- - <i>Op zoek naar zin. Een cursus rond het eigen levensverhaal voor ouderen met depressieve klachten.</i> Cursistenmap. J. Franssen en E. Bohlmeijer, Trimbos-instituut, 2003. Te bestellen bij het Trimbos-instituut, artikelnummer: AF0496, €21,- <p>Kosten training cursusleiders: € 425,-</p>
<i>Doelstelling</i>	<p><AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven</p> <p><AANTAL> ouderen dat per jaar aan de cursussen deelneemt</p>
<i>Meer informatie</i>	<p>www.trimbos.nl/producten</p> <p>www.lsp-preventie.nl</p> <p>www.opzoeknaarzin.nl</p>

Wetenschappelijke status

Een niet-gerandomiseerde studie (Bohlmeijer et al., 2003b; Franssen & Bohlmeijer, 2003) liet zien dat deelnemers meer greep hebben op hun leven, minder depressieve klachten hebben en meer tevreden zijn met hun leven.

Groepscursus 'De verhalen die we leven'

<i>Doelgroep</i>	Ouderen vanaf 55 jaar met depressieve klachten
<i>Doel</i>	<p>Verminderen van depressieve klachten door het versterken van het gevoel van eigenwaarde en zingeving; het versterken van het competentiegevoel; verzoening met de levensloop; het verwerken van verlieservaringen en het vinden van een nieuw toekomstperspectief</p> <p>De cursus bestaat uit 7 bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst voor vier personen waarin vragen over het eigen leven centraal staan. Kern van de methode is dat het 'probleem' dat de deelnemers op dit moment in hun leven ervaren, wordt geplaatst in het perspectief van hun levensloop. Dit kan leiden tot het bedenken van nieuwe oplossingen en het verwerken en loslaten van bepaalde gebeurtenissen.</p>
<i>Mogelijkheden in de uitvoering</i>	<p>De begeleiders zijn GGZ-medewerkers die werken met ouderen.</p> <p>Mogelijke cursuslocaties: GGZ-instellingen, thuiszorginstellingen, AMW-instellingen</p> <p>Training voor cursusleiders binnenkort beschikbaar via het Trimbos-instituut.</p>
<i>Rollen en verantwoordelijkheden</i>	<p>Het Trimbos-instituut is verantwoordelijk voor de inhoud en vorm van de interventie (inclusief training voor cursusleiders)</p> <p>Lokale instelling is verantwoordelijk voor werving, organisatie en uitvoering.</p>
<i>Financiering</i>	<p>Draaiboek komt uit in het voorjaar van 2007.</p> <p>Kosten training voor cursusleiders: € 425,-</p>
<i>Doelstelling</i>	<p><AANTAL> cursussen per jaar dat wordt gegeven</p> <p><AANTAL> ouderen dat per jaar aan de cursussen deelneemt</p>
<i>Meer informatie</i>	www.trimbos.nl/producten

Wetenschappelijke status

In het buitenland zijn tal van studies uitgevoerd naar de effecten van soortgelijke interventies – de zogenaamde 'life-review' – op depressieve klachten. Bohlmeijer et al. (2003a) evalueerden in een meta-analyse de effectiviteit van life-review op depressieve klachten, maar we houden een slag om de arm wat betreft de Nederlandse interventie.