

Tien jaar monitor GGZ-preventie: inzichten en vraagstukken

Ontwikkelingen in organisatie, capaciteit, financiering en bereik

Marijke Schotanus-Dijkstra,¹ Marijke Ruiter,¹ Agnes van der Poel,¹ Clemens Hosman,² Brigitte Boon¹

De Monitor Aard en Omvang GGZ-preventie geeft inzicht in de organisatie, capaciteit en financiering van preventieafdelingen in de tweedelijns GGZ, de door hen uitgevoerde preventieve interventies en het bereik daarvan. Dit artikel schetst de ontwikkelingen die in de afgelopen tien jaar hebben plaatsgevonden in de GGZ-preventie. De resultaten interpreteren we vervolgens aan de hand van literatuur en reflectieve interviews met twee ervaren preventiefunctionarissen in de GGZ. De drie voornaamste ontwikkelingen in de GGZ-preventie waren de komst van omvangrijke GGZ-instellingen na fusies en het verdwijnen van RIAGG's, de verschuiving van AWBZ financiering naar financiering van zorgverzekeraars en gemeenten, en een toename in het interventieaanbod en het bereik. Het bereik van preventieve interventies is sterk toegenomen van 13.008 deelnemers in 2006 naar 26.968 deelnemers in 2010 (dit is exclusief de deelnemers aan E-health interventies). Binnen de thema's depressie, angst, mantelzorg en KOPP/KVO is de meeste vooruitgang geboekt. Op dit moment staat preventie onder druk. Er vindt een verschuiving plaats van tweedelijnszorg (gespecialiseerde GGZ) naar de eerstelijnszorg (basis GGZ). Kansen liggen er op het gebied van zelfmanagement en veerkracht, E-health, en positionering in de eerstelijnszorg. Een opvolger van de monitor is gewenst die tevens de kosteneffectiviteit van de GGZ-preventie kan aantonen.

Trefwoorden: GGZ-preventie, interventies, financiering, bereik, professionalisering

INLEIDING

Tot tien jaar geleden was er weinig inzicht in de aard en omvang van de sector preventie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ-preventie). Preventieafdelingen werkten niet met cliënten- of patiëntendossiers en het beroep 'preventiewerker' werd niet geteld in de registraties van GGZ-beroepen. In de periode 1991-2008 is door het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) viermaal een Trendonderzoek uitgevoerd in het werkveld van gezondheidsbevordering en preventie.¹ Uit deze studies blijkt onder andere dat de totale beroepsgroep van gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers meer dan verdubbeld is tussen 1991 en 2008. Voor de tweedelijns GGZ was dit een stijging van 206 preventiewerkers in 1991 naar 396 preventiewerkers in 2008. Hoewel uit deze studies de identiteit van GGZ-preventie en belangrijke trends daarin zichtbaar werden, bieden deze gegevens geen zicht op de behaalde resultaten en specifieke organisatiekenmerken en financieringsstro-

men. Vanaf het jaar 2000 is een meer systematische monitor ingevoerd die een meer volledig beeld biedt. Het Trimbos-instituut zette, met financiering van het ministerie van VWS, de Monitor Aard en Omvang GGZ-preventie op (noot a). Deze monitor werd eerst tweejaarlijks en vanaf 2006 jaarlijks uitgevoerd in de tweedelijns GGZ. Met de monitor werden gegevens verzameld over de uitvoering en het bereik van preventieve interventies, organisatiekenmerken van de sector en de financiering van preventie. In 2012 heeft het Trimbos-instituut de laatste Monitor Aard en Omvang, die over het jaar 2011, in de GGZ-preventie uitgezet. De belangrijkste oorzaak van het beëindigen van de Aard en Omvang monitor zijn de veranderingen die de sector momenteel doormaakt. In 2013 wordt onderzocht hoe monitoring in de GGZ-preventie in de toekomst zou kunnen plaatsvinden.

Welke ontwikkelingen hebben in de afgelopen tien jaar plaatsgevonden in de GGZ-preventie? Op deze vraagstelling zullen we in dit artikel antwoord geven. In het eerste deel van dit artikel schetsen we aan de hand van de gegevens van de Monitor Aard en Omvang welke ontwikkelingen zich in de afgelopen tien jaar hebben voorgedaan in de GGZ-preventie in de tweedelijnszorg. De belang-

¹ Trimbos-instituut, Utrecht

² Maastricht University en Radboud Universiteit Nijmegen

rijkste ontwikkelingen zullen we vervolgens in het tweede deel van dit artikel relateren aan bevindingen uit de literatuur, twee interviews met zeer ervaren preventiefunctionarissen, en notulen van overleggen met managers GGZ-preventie.

METHODE

Monitor Aard en Omvang

De monitor bestond uit een gestructureerde vragenlijst die tussen 2000-2010 naar de managers van preventieafdelingen van GGZ-instellingen in Nederland werd gestuurd. Sinds 1996 zijn deze managers vertegenwoordigd in het driemaandelijke landelijke 'Hoofdenoverleg GGZ-preventie'. Het bestand van de deelnemende instellingen is opgebouwd op basis van inventarisaties van de zestig RIAGG's in de jaren '80 en '90^{2,3} en uit directe contacten met het veld. De vragenlijst werd in 2000 en 2004, en vanaf 2006 jaarlijks aan de deelnemers van het landelijke Hoofdenoverleg gestuurd waarmee een hoge mate van continuïteit in de respons werd gewaarborgd. De vragenlijst ging bij afwezigheid van een aparte afdeling preventie naar de contactpersoon voor preventie. Als een instelling meerdere preventieafdelingen had, bijvoorbeeld vanwege een groot geografisch werkgebied, ontving elke preventieafdeling een vragenlijst.

De vragenlijst is regelmatig aangepast vanwege ontwikkelingen in het veld. Zo zijn online interventies vanaf 2006 uitgevraagd en werd er tot 2007 gevraagd naar productieafspraken met zorgkantoren en het aantal geleverde preventie-uren. Vanaf 2006 werd de vragenlijst digitaal verstuurd en ingevuld. Van elke editie zijn de data verwerkt in SPSS. Deze SPSS bestanden en de rapportages per editie gebruikten wij voor dit onderzoek.

Wij vergeleken de vragenlijsten van 2000 tot en met 2010 en maakten een dataset in SPSS van de overeenkomende vragen door de jaren heen. We kozen ervoor elke interventie die in een bepaald jaar als 'gestandaardiseerd' was aangemerkt, ook in andere jaren (met terugwerkende kracht) op te nemen als gestandaardiseerd. Een gestandaardiseerde interventie hebben wij gedefinieerd als een interventie die is opgenomen in de I-database (voorheen QUI-database) van het Centrum Gezond Leven (CGL)/RIVM, overdraagbaar is en door minimaal twee GGZ-instellingen wordt uitgevoerd. Zo is bijvoorbeeld de interventie 'Het verhaal van je leven' in 2008 toegevoegd aan de gestandaardiseerde lijst omdat deze in 2007 door meer dan twee instellingen is genoemd in de 'anders, namelijk' antwoordcategorie.

Ook vergeleken wij de participerende instellingen per jaar. Vanwege fusies en naamsveranderingen zijn de meeste instellingen veranderd in de afgelopen tien jaar.

Kernpunten

- De laatste tien jaar maakte de GGZ-preventie ingrijpende ontwikkelingen door.
- RIAGG's maakten plaats voor omvangrijke GGZ-instellingen, de AWBZ voor financiering door zorgverzekeraars en gemeenten.
- De GGZ-preventie professionaliseerde in werkwijze en bleef innoveren in aanbod.
- Dit leidde tot een toename in aanbod en bereik van de GGZ-preventie, gedifferentieerde teams, versnipperde financiering en het relatieve aandeel van preventie binnen de GGZ daalde.
- Kansen zijn er voor E-health, kortdurende interventies en klachtgerichte modules, de POH GGZ en 'nieuwe' doelgroepen zoals mensen met een lage SES en allochtonen.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het bereik per instelling, het totale preventiebudget en het aandeel dat preventie heeft binnen een GGZ-instelling, zijn deze gegevens van (later) gefuseerde instellingen met terugwerkende kracht bij elkaar opgeteld. Ditzelfde deden we voor instellingen waarvan meerdere locaties een vragenlijst invulden (zie tabel 1). Daarbij moet aangetekend worden dat niet elke locatie of instelling ieder jaar gegevens invulde, de respons varieerde van 57% tot 77% per editie. De gepresen-

teerde cijfers geven daarom een algemeen beeld en zijn waarschijnlijk een onderschatting vanwege de missende instellingen en de missende waarden van instellingen die de vragenlijst onvolledig invulden terwijl zij wel preventieactiviteiten uitvoerden.

We excludeerden instellingen die slechts één keer een vragenlijst invulden in de afgelopen tien jaar (n=5). In totaal bleven er 242 vragenlijsten over voor ons onderzoek, een respons van 69%. Deze vragenlijsten zijn afkomstig van in totaal 33 (anno 2010 gefuseerde) instellingen. Zeven van de 33 instellingen leverden gegevens aan in alle edities van de monitor in de afgelopen tien jaar. Van de andere 26 instellingen ontbraken gegevens van een of meerdere edities. Wanneer we gegevens presenteren over het bereik, het totale preventiebudget en het aandeel van preventie in de instelling, gaan we over de gehele periode 2000-2010 uit van maximaal 180 vragenlijsten. Dat komt omdat we voor deze gegevens met terugwerkende kracht de vragenlijstgegevens van verschillende locaties van een (later) gefuseerde instelling bij elkaar optelden (zie tabel 1). Alle gegevens van de 242 vragenlijsten zijn dus wel meegenomen, maar de gemiddelden zijn gebaseerd op 180 ten dele gecombineerde vragenlijsten.

Interviews en notulen

De resultaten van bovengenoemde analyse legden we voor aan twee personen die in de afgelopen tien jaar in de GGZ-preventie werkten in twee verschillende organisaties en regio's. De een was manager preventie en heeft vele ontwikkelingen meegemaakt binnen haar instelling. De andere geïnterviewde is preventiewerker en manager preventie geweest. Zij vervult momenteel een beleidsfunctie binnen haar organisatie. Beide geïnterviewden achtten wij bij uitstek in staat om vanuit de praktijk te reflecteren op de onderzoeksresultaten. Voorafgaand aan het interview stuurden we een semi-gestructureerde vragenlijst toe en een voorlopige analyse van de eigen instelling, gerelateerd aan de resultaten van ons onderzoek. We stelden vragen over veranderingen en ontwikkelingen

Tabel 1 Aantal aangeschreven preventieafdelingen, aantal respondenten en respons. Aantal locaties en aantal instellingen waarop de huidige studie is gebaseerd.

Jaartal	Monitor			Huidig onderzoek	
	Aantal aangeschreven preventieafdelingen	Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	Respons (in %)	Aantal locaties	Aantal instellingen*
2000	53	41	77	39	26
2004	56	37	66	35	23
2006	51	34	67	34	26
2007	52	40	77	40	30
2008	49	28	57	28	23
2009	45	34	76	34	27
2010	45	33	73	32	25
Totaal				242	180

* Met terugwerkende kracht zijn gegevens van de (later) gefuseerde instellingen bij elkaar opgeteld, alsmede van verschillende locaties van dezelfde instelling.

in het werkveld van de GGZ-preventie en bespreken mogelijke interpretaties van de resultaten. De bevindingen komen terug in de discussie van dit artikel. De notulen van het eerder genoemde Hoofdenoverleg zijn als naslagwerk gebruikt.

RESULTATEN MONITOR AARD EN OMVANG

We geven antwoord op de vraag welke ontwikkelingen in de GGZ-preventie hebben plaatsgevonden in de afgelopen tien jaar. We gaan eerst in op ontwikkelingen in de organisatie en capaciteit van preventie. Daarna bespreken we de ontwikkelingen in de financiering en het bereik van preventieve interventies.

Organisatiekenmerken

De meeste instellingen zijn na 2000 te typeren als 'GGZ-instelling' (zie tabel 2). In het jaar 2000 waren er nog meerdere zelfstandige RIAGG's waarvan een klein aantal is blijven bestaan. In 2010 zijn er ook instellingen ontstaan buiten de tweedelijns GGZ, voornamelijk franchiseorganisaties. De 'Indigo-ontwikkeling' is daar een voorbeeld van en is als tweedelijns franchiseorganisatie gepositioneerd in de eerstelijnszorg.

Het percentage preventieafdelingen dat georganiseerd is als lijnafdeling blijft door de jaren heen ongeveer gelijk, namelijk rond 60%. Daarentegen wisselt de invloed van de manager preventie in het managementteam van de GGZ-instelling sterk per jaar, variërend van 41% in 2006, 71% in 2009 en 59% in 2010. Een manager preventie beheerde in de afgelopen jaren steeds vaker het personeel- en activiteitenbudget voor preventie.

De capaciteit van de GGZ-preventie drukken we uit in fte's. Het gemiddeld aantal fte preventiewerker per instelling is verdubbeld van gemiddeld 4,0 fte preventiewerker in 2000 naar gemiddeld 8,3 fte in 2010. Het aantal fte medewerkers werkzaam op curatieve afdelingen die werden ingezet voor preventieactiviteiten is ongeveer gelijk gebleven. Om hoeveel medewerkers het gemiddeld per instelling gaat is alleen over 2010 uitgevraagd. Ter indicatie: in 2010 voerden gemiddeld 13 preventiewerkers en 20 medewerkers curatie preventieactiviteiten uit per instelling.⁴ De capaciteit van de afdeling preventie afgezet tegen de totale capaciteit van de (gefuseerde) instelling laat zien dat het relatieve aandeel preventie per instelling is gedaald van gemiddeld 2,7% in 2000 naar

gemiddeld 1,2% in 2010, ondanks de toename van de preventiecapaciteit.

Financiering van preventie

Tabel 2 laat zien dat er grote verschuivingen plaatsvonden in de belangrijkste financieringsbronnen voor preventie. Tot en met 2006 werd vrijwel het hele pakket van de GGZ-preventie vanuit de AWBZ gefinancierd. Fondsen, gemeenten en provincies waren andere financieringsbronnen. In 2007 ontstonden de eerste verschuivingen, en vanaf 2008 maakte de AWBZ helemaal plaats voor financiering vanuit zorgverzekeraars en gemeenten. In 2010 ontving 97% van de instellingen financiering van de zorgverzekeraar en 94% van de instellingen ontving daarnaast financiering van gemeenten. Contracten met afnemende organisaties waren bij 31% van de instellingen een derde financieringsbron. Ook de fondsen en provincie waren bij enkele instellingen nog in beeld. Gemiddeld per instelling zag de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen er in 2010 als volgt uit: 61% van het totale preventiebudget kwam van zorgverzekeraars, 34% van gemeenten, 2% van afnemende organisaties en 2% van subsidies en andere bronnen.⁴ Overigens moet aangetekend worden dat er per jaar en per onderwerp missende waarden kunnen zijn. Bijvoorbeeld: type instelling is in 2000 door 27 instellingen ingevuld (in plaats van 39), in 2004 door 34 instellingen (in plaats van 35), en in 2010 door 32 instellingen. Het aantal fte preventiemedewerkers werd in 2000 wel door alle 39 instellingen ingevuld, maar in 2010 door 31 van de 32 instellingen. Om tabel 2 overzichtelijk te houden hebben we de N niet voor elke cel in de tabel aangepast.

Het gemiddelde preventiebudget is elk jaar toegenomen met ongeveer 10%, alhoewel de budgetten pas sinds 2007 zijn uitgevraagd. Daarbij gaat het mogelijk niet om een significante toename omdat er niet gecorrigeerd is voor inflatie. De groei kan ook komen door substitutie of verschuiving van taken binnen GGZ-instellingen of door incidentele projectsubsidies.

Uitvoering en bereik van preventieve interventies

Uit de eerste edities van de Monitor blijkt dat preventieafdelingen tien jaar geleden in "programma's" werkten. Dit waren samenhangende activiteiten gericht op bijvoorbeeld depressie, angst en mantelzorg. In de monitor

Tabel 2 Organisatie- en financieringskenmerken van de GGZ-preventie in de afgelopen tien jaar.

	2000 (n=39)*	2004 (n=35)*	2006 (n=34)*	2010 (n=32)*
Type instelling (in %)				
- GGZ-instelling	41	85	82	69
- Zelfstandige RIAGG	59	15	12	9
- Anders	0	0	6	22
Organisatie preventie (in %)				
- Lijnafdeling	56	64	62	56
- Stafafdeling	21	6	12	6
- Geïntegreerd binnen curatie	8	21	14	19
- Anders	15	9	12	19
Preventiemanager lid van management (in %)	-	55	41	59
Preventiemanager beheert preventiebudget van (in %)				
- Personeel en activiteiten	-	29	23	66
- Activiteiten	-	38	44	12
- Beheer ligt bij andere managers	-	12	18	6
- Anders	-	21	15	16
Capaciteit (gemiddelde fte)				
- Medewerkers preventie	4,0	6,5	6,5	8,3
- Medewerkers curatie ingezet voor preventie	-	2,9	3,8	2,0
Financieringsbronnen (in %, meer antwoorden mogelijk)				
- Zorgverzekeraar	-	0	0	97
- Gemeente	-	27	32	94
- AWBZ	-	88	94	0
- Provincie	-	24	15	9
- Fondsen	-	29	18	13
- Contract met afnemende organisatie	-	-	32	31
- Anders	-	21	15	13
Aandeel preventie in GGZ-instelling op basis van het aantal fte (in %)	2,7	3,5	2,5	1,2
	2007 (n=27)	2008 (n=22)	2009 (n=23)	2010 (n=21)
Preventiebudget (gemiddeld in euro's)**	1.040.188	1.096.023	1.152.190	1.188.393

* Per onderwerp kan het aantal respondenten afwijken van de hier gepresenteerde n vanwege missende waarden.

** Het preventiebudget is sinds 2007 uitgevraagd. Om desondanks de ontwikkeling van het budget over een aantal jaren te kunnen presenteren hebben we voor het preventiebudget andere jaartallen gebruikt dan in de rest van de tabel.

zijn de meeste van deze programma's herkenbaar als thema's. Per thema werden de interventies en het bereik in kaart gebracht. In 2004 werd de uitvoering en het bereik van 12 gestandaardiseerde interventies uitgevraagd (met daarnaast de mogelijkheid meerdere interventies te noemen). Elk jaar groeide dit aantal tot 90 gestandaardiseerde interventies in 2010. Het is duidelijk dat binnen de thema's depressie, angst, mantelzorg en KOPP/KVO de meeste interventies zijn ontwikkeld en de meeste personen zijn bereikt (zie tabel 3).

In totaal werden in 2004 146 interventies uitgevoerd (gemiddeld 6 interventies per instelling) en in 2010 654 interventies (gemiddeld 26 interventies per instelling). In 2006 werden de meeste personen met depressiepreventie bereikt (gemiddeld 100 personen per instelling), in 2010 stond het thema mantelzorgers en familieleden bovenaan (gemiddeld 309 personen per instelling). Ook de online interventies bereikten steeds meer personen, van gemiddeld 227 personen in 2006 tot gemiddeld 5.225 personen in 2010. Bij de online interventies moet aangetekend worden dat maar weinig instellingen bereikcijfers konden aanleveren, ook al boden ze wel E-health aan. Kijken we naar het totale bereik van alle thema's in de GGZ-preventie (exclusief online interventies) dan werden er in 2006 13.008 personen bereikt en in 2010 meer dan het dubbele (26.968 personen). De trend van een steeds groter bereik zien we niet direct terug in het bereik van een aantal veel uitgevoerde interventies zoals In de put, uit de put en Omgaan met schizofrenie.

De informatie in tabel 3 is gebaseerd op het aantal instellingen dat een of meerdere interventies binnen het thema uitvoerde en daar gegevens over aanleverde. Als voorbeeld: Binnen het thema mantelzorgers en familieleden werden in 2006 gemiddeld per instelling 73 personen bereikt met gestandaardiseerde interventies. Omdat we van 20 instellingen informatie hadden over het bereik binnen dit thema is het gemiddelde daarop gebaseerd en dus niet op alle 26 instellingen van 2006. Voor depressiepreventie zijn de gegevens over gestandaardiseerde en niet-gestandaardiseerde interventies bijvoorbeeld gebaseerd op 23 instellingen, maar het aantal uitgevoerde interventies voor depressiepreventie weer op 22 instellingen. Om tabel 3 overzichtelijk te houden hebben we de N niet voor elke cel in de tabel aangepast.

Tot slot vermelden we dat de gemiddelden niet zonder meer bij elkaar op te tellen zijn omdat er aan de ene kant ontbrekende waarden zijn, en aan de andere kant omdat een unieke persoon meerdere interventies zou kunnen volgen.

DISCUSSIE: DRIE ONTWIKKELINGEN IN DE GGZ-PREVENTIE

Op basis van de Monitor Aard en Omvang concluderen we dat er drie ontwikkelingen in het oog springen: de komst van omvangrijke GGZ-instellingen na fusies en het verdwijnen van RIAGG's, de financiering van preventie (van AWBZ naar zorgverzekeraars en gemeenten), en een toename van het interventieaanbod en het bereik. De drie

Tabel 3 Gemiddelden en totalen van uitgevoerde interventies en bereikte personen in vier peiljaren.

	2004 (n=23)*	2006 (n=26)*	2008 (n=23)*	2010 (n=25)*
Aantal uitgevoerde interventies:				
– Gemiddeld	6	15	24	26
– Totaal	146	366	540	654
Interventies uitgevoerd voor het thema (in%):				
– Depressie	96	92	100	96
– Angst	57	81	91	92
– Mantelzorgers en familieleden	46	81	96	96
– KOPP/KVO	91	92	91	92
– Gedragsproblemen jeugd en opvoedingsondersteuning	-	54	61	80
– Arbeidsgerelateerde psychische aandoeningen	-	31	39	60
– Huiselijk geweld	-	15	61	64
Gemiddeld bereik gestandaardiseerde interventies:				
– Depressie	-	100	82	215
– Angst	-	69	96	220
– Mantelzorgers en familieleden	-	73	154	309
– KOPP/KVO	-	64	111	96
– Gedragsproblemen jeugd en opvoedingsondersteuning	-	39	80	99
– Arbeidsgerelateerde psychische aandoeningen	-	46	26	30
– Huiselijk geweld	-	25	21	17
Gemiddeld bereik niet-gestandaardiseerde interventies:				
– Depressie	-	110	45	55
– Angst	-	23	17	15
– Mantelzorgers en familieleden	-	54	50	77
– KOPP/KVO	-	45	49	22
– Gedragsproblemen jeugd en opvoedingsondersteuning	-	20	8	40
– Arbeidsgerelateerde psychische aandoeningen	-	11	19	3
– Huiselijk geweld	-	34	12	23
Gemiddeld bereik online interventies (alle thema's)		227	4.400	5.225
Totaal bereik:				
– Depressie	-	4.824	2.909	6.211
– Angst	-	1.837	2.367	5.158
– Mantelzorgers en familieleden	-	2.546	4.276	9.261
– KOPP/KVO	-	2.398	3.365	2.603
– Gedragsproblemen jeugd en opvoedingsondersteuning	-	767	1.231	2.641
– Arbeidsgerelateerde psychische aandoeningen	-	400	408	500
– Huiselijk geweld	-	236	464	594
Totaal bereik alle thema's	-	13.008	15.020	26.968
Totaal bereik van een aantal veel uitgevoerde specifieke interventies:				
– In de put, uit de put	-	567	387	452
– In de put, uit de put verkorte versie	-	296	174	115
– Omgaan met borderline	-	574	496	739
– Omgaan met schizofrenie	-	206	282	205

* Per onderwerp kan het aantal respondenten afwijken van de hier gepresenteerde n vanwege missende waarden.

ontwikkelingen hangen nauw samen maar we kunnen op basis van de data geen uitspraken doen over causaliteit. We werken de ontwikkelingen hieronder verder uit aan de hand van de literatuur, interviews en notulen van het Hoofdenoverleg.

Fusies en veranderende organisaties

Belangrijk voor de organisatie van de GGZ is de golf van fusies in de afgelopen tien jaar. Veel relatief kleine, regionaal opererende GGZ-instellingen fuseerden tot een beperkt aantal omvangrijke geïntegreerde instellingen met een groot werkgebied. De integratie had meestal betrekking op de samenvoeging van ambulante en intramurale voorzieningen, terwijl fusies met instellingen voor verslavingszorg en met forensische voorzieningen ook voorkwamen. De fusies gingen gepaard met nieuwe naamgevingen die anders dan voorheen geen geografische betekenis meer hadden.^{5,6} De fusies tot grotere gehelen hadden de nodige gevolgen voor de afdelingen preventie. Waren zij als onderdeel van de ambulante GGZ min of meer goed herkenbaar in de organisatie, bijvoorbeeld omdat ze participeerden in het managementteam

van de organisatie, in de grotere gefuseerde organisaties kon het voor preventie lastig zijn om opnieuw een profiel en duidelijke positionering te vinden.

Een recente ontwikkeling in het verlengde van deze fusies is de verzelfstandiging van de GGZ-preventie die in een aantal instellingen heeft plaatsgevonden. Een afdeling preventie is ofwel deel gaan uitmaken van een franchise-organisatie (bijvoorbeeld Indigo), ofwel als zelfstandige organisatie verder gegaan (bijvoorbeeld Lentis). Mengvormen met eerstelijnsconstructies komen inmiddels ook voor, zoals bij RIAGG Maastricht. Aan de andere kant is soms gekozen om preventie te blijven positioneren als onderdeel van de zorgorganisatie (bijvoorbeeld Mediant en Context).

Financiering van preventie

Rond 2000 werden de eerste modernisering in de AWBZ aangekondigd, die tot dan toe de enige bron van financiering van de gehele GGZ was.⁷ Met ingang van 2003 verdween de titel 'uren preventie' uit de AWBZ, hoewel het nog tot 2007 duurde voordat er daadwerkelijk budgetten werden overgeheveld naar gemeenten. Vanaf

dat jaar werd de financiering van zogenaamde collectieve preventieactiviteiten ondergebracht in de toen in werking tredende Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Met ingang van 2007 werd depressiepreventie een van de vijf speerpunten van het landelijk preventiebeleid⁸ en namen gemeenten dit onderdeel op in hun lokale gezondheidsbeleid. Met ingang van 2010 werd geïndiceerde depressiepreventie opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Vanaf 2011 is ook geïndiceerde preventie gericht op paniekstoornis door CVZ gerekend tot verzekerbare zorg.⁹ De verschuiving in financieringsbronnen is terug te zien in de Monitor Aard en Omvang. De vrijwel 100% financiering uit de AWBZ in 2006 is in 2010 overgenomen door de ziektekostenverzekeraars (61%) en de gemeenten (34%).⁴

Volgens de geïnterviewden heeft de financiering vanuit gemeenten er aan bijgedragen dat er meer nadruk is komen te liggen op wijkgericht werken, dichtbij de doelgroep, en vraaggericht werken. De financiering van gemeenten (WMO) voor selectieve preventie bij risicogroepen, zoals KOPP/KVO kinderen en mantelzorgers, komt echter steeds meer onder druk te staan.¹⁰ Daarnaast is het accent door de Zorgverzekeringswet van collectieve preventie verschoven naar een aanbod van gestandaardiseerde, effectief bewezen interventies voor mensen met een verhoogd risico op psychische klachten (geïndiceerde preventie). De producten van de GGZ-preventie zijn voor de huidige financiers relatief nieuw. De verzekeraars hebben sinds 2008 een rechtstreekse stem in het inkopen van preventie, waaronder GGZ-preventie. De variatie tussen verzekeraars is groot en de richtingen die zij inslaan zijn onduidelijk.¹¹ GGZ-preventie kan worden ingekocht als onderdeel van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), als 'overig product' van GGZ-instellingen en als eerstelijns GGZ. De inkoop van preventie in de tweedelijns GGZ lijkt in de toekomst sterk te worden beperkt.

Interventieaanbod en bereik

In de afgelopen 10 à 15 jaar is een flinke slag gemaakt met de wetenschappelijke onderbouwing van preventieactiviteiten in de GGZ. Dit is tot stand gebracht door de samenwerking tussen de preventieafdelingen onderling te verstevigen, als ook de samenwerking van preventieafdelingen met universiteiten en het Trimbos-instituut. Gezamenlijk werden interventies gestandaardiseerd en

nieuwe interventies ontwikkeld, werd de werkzaamheid onderzocht en de effectief bevonden interventies breder geïmplementeerd.¹²⁻¹⁷ De rol van ZonMw, met de komst van het 'Preventieprogramma' in 1998, was essentieel voor de financiering van deze kwaliteitsslag. De leerstoel die door de Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering (GVO) en een aantal GGZ-instellingen in 1996 is ingesteld bij de Universiteit Maastricht (ingevuld door prof. dr. Hosman), droeg eraan bij dat GGZ-preventiewerkers werden opgeleid en dat er veel effectonderzoek werd uitgevoerd. In de loop van de jaren hebben ook andere wetenschappers daarin bijgedragen, zoals de (latere) hoogleraren Cuijpers, Smit (beiden VU) en Bohlmeijer (UT). Maar ook de komst van de Data-bank Effectieve Jeugdinterventies in 1998 (inmiddels uitgebreid met de I-database van het CGL) en de instelling van de Erkenningencommissie van het Nederlands Jeugd Instituut en het CGL in 2008 hebben een positieve bijdrage geleverd aan een effectief interventieaanbod in de GGZ. De Erkenningencommissie heeft als taak preventieve interventies te certificeren.¹⁸ Drie van de vier hoogst gecertificeerde interventies in de I-database zijn gericht op depressiepreventie.¹⁹ Ook op andere GGZ-thema's zijn kwalitatief goede interventies ontwikkeld.²⁰ De GGZ-preventie loopt hiermee voor op sectoren als bijvoorbeeld de leefstijlpreventie en verslavingspreventie (zie tabel 4).

De professionaliseringsslag heeft een positieve invloed gehad op het bereik van GGZ-preventie. Het aanbod en bereik van E-health interventies als Kleur je Leven, Grip op je Dip, Psyfit en Kopstoring is exponentieel toegenomen. Ditzelfde lijkt te gelden voor de meer recent ontwikkelde interventies gebaseerd op de positieve psychologie zoals Mindfulness en Voluit leven, kortdurende interventies en klachtgerichte modules zoals Assertiviteit en Piekeren.²¹

Volgens de geïnterviewden gaat het om generalistische interventies die actief aangeboden worden, beter aansluiten bij de doelgroep en bredere en nieuwe doelgroepen bereiken. Bovendien sluiten de korte klachtgerichte interventies vaak beter aan bij de specifieke hulpvraag van cliënten in de eerstelijns omdat ze gericht zijn op concrete klachten.²²

Tabel 4 Aantal beoordeelde interventies per niveau waarop zij beoordeeld zijn door het Centrum Gezond Leven van het RIVM, op 31 januari 2012.

Niveau beoordeling	GGZ-preventie	Verslavingspreventie	Leefstijlpreventie
Bewezen effectief*	4	0	0
Waarschijnlijk effectief**	4	4	0
Theoretisch goed onderbouwd***	31	24	24
Onder voorbehoud theoretisch goed onderbouwd	1	1	2
Goed beschreven****	7	2	22

* Van bewezen effectieve interventies is de effectiviteit aangetoond met twee sterke Nederlandse onderzoeken of één Nederlands sterk onderzoek in combinatie met sterke buitenlandse onderzoeken.

** Van waarschijnlijk effectieve interventies is de effectiviteit aangetoond met één sterk Nederlands onderzoek of meerdere onderzoeken met een lagere bewijslast.

*** Theoretisch goed onderbouwde interventies hebben een degelijk beschreven doel, doelen, aanpak en randvoorwaarden en de werkzaamheid van de interventie is onderbouwd met modellen, theorie of literatuur.

**** Goed beschreven interventies zijn niet beoordeeld door de erkenningencommissie, maar door een groep praktijkprofessionals. Het is een opstap naar erkenning.

BEPERKINGEN VAN DE STUDIE

Een GGZ-instelling participeerde meestal niet elk jaar in de Monitor Aard en Omvang en elk jaar waren er mis-sende waarden. De resultaten zijn daardoor niet altijd eenvoudig te interpreteren. We losten dit voor een deel op door met terugwerkende kracht gegevens van later gefuseerde instellingen bij elkaar op te tellen, en door de resultaten van de Monitor te relateren aan de literatuur, bevindingen uit twee interviews met experts en notulen van het Hoofdenoverleg. We hadden er ook voor kunnen kiezen om alleen de instellingen mee te nemen die elk jaar participeerden in de monitor, maar dan zou het gaan om slechts zeven instellingen waardoor er geen sprake zou zijn van een afspiegeling van het veld. Een nadeel is dat de geïnccludeerde instellingen geen evenredige bijdrage leverden aan de resultaten. De instellingen die (bijna) alle vragenlijsten invulden in de afgelopen tien jaar wegen door de gekozen methode zwaarder dan de instellingen die twee keer een vragenlijst terugstuurden.

AANBEVELINGEN

In 2012 staat de GGZ-preventie op een belangrijk kruispunt in haar ontwikkeling. Er is veel bereikt in termen van de kwaliteit van interventies, ontwikkelde werkwijzen en samenwerking met lokale partners.²³ De toekomst van de GGZ-preventie is echter erg onzeker,¹¹ en daarmee loopt ook de borging en de doorontwikkeling van het bereikte gevaar. Het ziet er naar uit dat de GGZ-preventie niet meer gefinancierd zal gaan worden in de tweede lijn, maar onderdeel zal worden van een nieuw vorm te geven 'basis GGZ' in de eerstelijns.²⁴⁻²⁶ De basis GGZ biedt de mogelijkheid om het bereik van preventieve interventies verder te verhogen door opschaling in de eerstelijnszorg, maar voornamelijk ontbreken daarvoor de benodigde financiële kaders. De uitkomsten van ons onderzoek wijzen op het belang om geïndiceerde preventie, E-health, kortdurende interventies en klachtgerichte modules in de basis GGZ op te nemen. Het gaat er in de nabije toekomst om de opbrengsten van de afgelopen tien jaar zo te borgen dat de mensen die er het meest profijt van kunnen hebben er optimaal gebruik van kunnen maken.

Voor de tweedelijns GGZ-preventie is het aan te bevelen om te investeren in de positionering van het aanbod en de deskundigheid in de brede eerstelijns. Immers, daar valt winst te behalen gezien de relatieve onbekendheid met de preventie van psychische problemen. De praktijkondersteuner GGZ in de huisartsenpraktijk (POH-GGZ) kan een intermediaire rol spelen in de toeleiding naar preventief aanbod. Ook andere professionals die actief zijn in de eerste linies kunnen zo'n rol vervullen (POH's somatiek, thuiszorg, welzijns- en maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs). Hierop zijn onder andere de inspanningen van het Partnership Depressiepreventie gericht.²⁷

Een kans voor GGZ-preventie ligt in het versterken van zelfmanagement en veerkracht bij kwetsbare groepen. De bevolking wordt ouder, er komen meer chronisch zieken en mantelzorgers, en de werkende bevolking krijgt toenemend te maken met werkdruk en werkonze-

kerheid. Met de beperkingen in de financiering is het van belang zich te heroriënteren op het huidige aanbod en daarin keuzes te maken.

Monitoring

Tien jaar Aard en Omvang GGZ-preventie betekent tien jaar gedetailleerde informatie over de inhoud, de uitvoering en de financiering van GGZ-preventie als onderdeel van de tweedelijns GGZ. Het voorkomen van psychische aandoeningen en het bevorderen van psychische gezondheid is meer dan ooit van belang.^{11,28-30} Om zicht te houden op de ontwikkelingen in de komende jaren is een opvolger van de monitor dringend gewenst. Een dergelijke monitor zou ook, met behulp van enkele goed gekozen korte uitkomstmaten, de (kosten)effectiviteit van de uitgevoerde interventies in kaart moeten brengen.

NOOT

a De Monitor Aard en Omvang werd ook uitgezet in de Verslavingspreventie. Omdat dit twee aparte vragenlijsten betrof gebruikten wij alleen de informatie van de GGZ-preventie voor dit artikel.

DANKWOORD

Wij danken drs. Heleen Drijver van Indigo Gelderland en drs. Willemien Willems van de Parnassia Bavo groep, heel hartelijk voor hun bijdrage aan deze tekst.

ABSTRACT

Ten years of monitoring mental health prevention: insights and issues

The organizational characteristics and capacity of preventive mental health care, the financing structure for prevention activities as well as the participation rates, have been investigated by the Dutch 'Monitor Aard en Omvang GGZ-preventie'. This article outlines developments between 2000 and 2010 in preventive mental health care. The results of ten years of monitoring were verified in interviews with two professionals. The three main developments were the rise of extensive mental health institutes after mergers, the transference of 'AWBZ' to financing by health insurance companies and local authorities, and an increase in interventions and participation rates. The participation rates of preventive interventions increased from 13.008 participants in 2006 to 26.968 participants in 2010 (participants of online interventions not included). Most progress was made for the themes depression, anxiety, volunteer aid and 'Children of parents with psychiatric disorders'. Nevertheless, prevention is under pressure at the moment. Interventions that used to be carried out by specialist mental health institutes are now expected to be conducted in primary health care. A strong position in the latter, as well as self management and resilience, and E-health are opportunities for the future. A follow-up of the monitor is needed with attention for (cost) effectiveness of mental health prevention.

Keywords: Mental health prevention, interventions, funding, reach, professionalization

LITERATUUR

1. *Fransen G, Molleman G, Hekkink C, Keijsers J.* Trendonderzoek Gezondheidsbevordering en Preventie 2008. Woerden: NIGZ, 2009
2. *Verburg H, Doorm JS van.* Inventarisatie RIAGG preventie projecten 1988. Utrecht: Landelijke Ondersteuning Preventie-ggz, NVAGG, 1989.
3. *Franx GC, Verburg H.* Inventarisatie van GGZ-programma's in de volwassenenzorg. MGv 1999;11:139-44.
4. *Dijkstra M, Ruiter M.* Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2010. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en Verslavingspreventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
5. GGZ Nederland. Zorg op waarde geschat, update. Sectorrapport GGZ 2010. Amersfoort: GGZ Nederland, 2010.
6. *Hoof F van, Knipsel A, Meije D, Wijngaarden B van, Vijselaar, J.* Trendrapportage GGZ 2010. Deel 1. Organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
7. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Zorg van Velen. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.
8. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.
9. College voor Zorgverzekeringen. Preventie van angststoornissen (paniekstoornis). Diemen: CVZ, 2011.
10. *Goossens F, Speetjens P.* Financiering KOPP/KVO. Een inventarisatie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
11. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Preventie van welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: RVZ, 2011.
12. *Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM.* Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "Coping with Depression" course thirty years later. Clin Psychol Rev 2009;29:449-58.
13. *Doesum KTM van, Hosman CMH.* Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. Austr e-J Advanc Mental Health 2009;8:264-76.
14. *Graaf LE de, Gerhards SAH, Arntz A et al.* Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: a randomised trial. Br J Psychiatry 2009;195:73-80.
15. *Graaf LE de, Huibers MJH, Riper H, Gerhards SAH, Arntz A.* Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. J Affect Disorders 2009;116: 227-31.
16. *Linden D van der, Zanden AP van der.* Gripopjedip online: een preventieve cursus voor jongeren met depressieklachten. Tijdschr Gezondheidswet 2009;87:290-3.
17. *Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P.* Gezond Verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. VTV Themasrapport. Bilthoven: RIVM, 2006.
18. *Dale D van, Dijk S van, Lanting L.* Meer zicht op kwaliteit en effectiviteit van (leefstijl) interventies: Erkenningscommissie interventies. Tijdschr Gezondheidswet 2010;88:236-40.
19. I-database. <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/> Opgehaald op 24 januari, 2012.
20. *Hosman CMH.* Naar een geestelijk gezonde samenleving via preventie en gezondheidsbevordering. In Broucke S van den, Herdt M de, Nuffel R van (red). Geestelijke gezondheid en preventie. Bouwstenen voor beleid en praktijk. Mechelen: Kluwer, 2008.
21. *Dijkstra M, Ruiter M, Van der Poel A, Boon B.* Aard en Omvang GGZ-preventie 2011. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ-preventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
22. *Smit F, Majo C, Boon B, Ruiter M, Abspoel M.* Strategische verkenning klachtgerichte mini-interventies. Een nieuwe aanpak van depressiepreventie voor groepen met een lagere sociaaleconomische status? Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
23. Loket Gezond Leven. Handreiking Gezonde Gemeente. The-madeel Depressie. Bilthoven: RIVM, 2011
24. *Verhaak PFM.* Van eerstelijns-GGZ naar basis-GGZ. MGv 2011;23:606-8.
25. Nederlandse Zorgautoriteit. Consultatiedocument Basis GGZ. Utrecht: NZA, 2011.
26. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.
27. *Bool M, Poel A van der.* Opbrengst en waarde van het Partnership Depressiepreventie. Tijdschr Gezondheidswet 2010;89: 236-41.
28. *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.* Zorg voor je gezondheid! Gedrag en getrunzondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: RVZ, 2010.
29. *Lucht F van der, Polder JJ.* Van gezond naar beter. Kernrapport volksgezondheid toekomst verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
30. Foresight Project. Mental capital and wellbeing. Making the most of ourselves in the 21st century. London: Government Office for Science, 2008.

CORRESPONDENTIEADRES

dr. M. Ruiter, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel: 030-2959393, e-mail: mruiiter@trimbos.nl