

FASEN VAN KETENAANPAK EN FACETTEN VAN PREVENTIE, EEN MODEL

Een werkmethode bij de integrale aanpak
depressiepreventie (IAD) ouderen

versie 1.0

Fasen van ketenaanpak en facetten van preventie, een model

Een werkmethode
bij depressiepreventie (IAD) ouderen
versie 1.0



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)

Auteur

Cees Boer, Diabolo-advies

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 Huisartsen Genootschap (NHG) (www.nhg.org)

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

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.trimbos.nl en de partnerorganisaties.

Samenvatting

De regio Delft, Westland en Oostland (DWO) is een van de vier regio's waar-in een proefimplementatie van de Integrale Aanpak Depressiepreventie Oude-ren (IAD) is uitgevoerd. De aandacht voor depressiepreventie is geborgd in het lokale gezondheidsbeleid en een convenant dat er als resultaat van de pilot nog lag. In een wijkproject van de gemeente Delft, gestart in 2009, wordt voortgeborduurd op de integrale ketenaanpak van de IAD. Deze notitie doet verslag van de opzet van dat project (fase 1) in de wijk en van de aanvullende werkmethode die in de voorbereiding met succes is gebruikt: het Fasen- en Facettenmodel van Diabolo-advies.

De projectfocus ligt op de collectieve preventie in de eerstelijns. Het gebruikte model dat de fasen van de ketenaanpak kruist met de typen (facetten) van preventie geeft een inzichtelijke structuur aan het project voor zowel deelnemers als doelgroepen. Uit de eerste ervaringen blijkt allereerst dat het goed heeft gewerkt om de ROS (in de regio: Stichting ELO) de projectleiding te laten doen, als van de uitvoering (aanbod) onafhankelijke, onpartijdige, maar deskundige instantie voor de eerste lijn. Ten tweede heeft zich de tijd die in de voorbereiding is gestopt (discussie over een gezamenlijke visie en draagvlak voor de projectopzet) terugbetaald in een meer vraaggerichte opstelling van de betrokken partijen. Voor de uitvoering van fase 2 kon men volstaan met slechts drie werkgroepen met goed omschreven taken.

Inhoud

Samenvatting	3
Inhoud	3
Inleiding	5
1 Context: actoren en randvoorwaarden	7
1.1 Beleid en actoren	7
1.2 Aandachtspunt: projectorganisatie	7
2 Projectaanpak	9
2.1 Fase 1	9
2.2 Resultaten visiediscussie	10
2.3 Resultaten opzetdiscussie	12
3 Kanttekeningen bij de keuzes	15
3.1 Resultaten meten	15
3.2 Fasen (ketenaanpak) en facetten (preventie) gekoppeld	16
3.3 Invulling van activiteiten	16
4 Eerste ervaringen	19
Bijlage	20

Inleiding

In het eindverslag¹ van het Trimbos-instituut over de proefimplementatie van de Integrale Aanpak Depressiepreventie ouderen (IAD Ouderen) worden de resultaten gepresenteerd van vier regionale proefprojecten die met behulp van een stappenplan deze aanpak tot stand probeerden te brengen.

Dit stappenplan behelst een aantal analytisch en theoretisch goed te onderscheiden en te plannen stappen: voorbereiding, probleemanalyse, oplossingsverkenning, actieplanning, uitvoering, bijstelling en borging. De procesrealiteit van alledag is echter weerbarstiger dan de heldere theorie doet vermoeden. Uit de evaluatie bleek dat er veel tijd en aandacht nodig is voor een goede voorbereiding en dat ook voor een gedegen implementatie en evaluatie op basis van SMART-doelen tijd moet worden genomen. Daarnaast luistert de projectcoördinatie nauw op de punten verantwoordelijkheidsverdeling en continuïteit.

Uit landelijke ervaringen met het op één lijn brengen van hulpverleners en instellingen binnen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (LVG²) zijn ook andere knelpunten bekend:

- de eenzijdige, aanbodgerichte kijk die men heeft op het onderwerp;
- de individuele belangen van de deelnemende partijen om 'eigen producten in de markt te zetten' en als zekerstelling van hun producten een coördinerende rol na te streven;
- de (beperkte) beelden die samenwerkingspartners hebben van elkaars werk.

Met deze gegevens in het achterhoofd is de Regionale Ondersteuningstructuur (ROS) ELO in opdracht van de gemeente Delft in 2009 gestart met het opzetten van een IAD in één van de wijken. In deze notitie worden de (eerste) ervaringen en ontwikkelde werkmodellen van dit traject beschreven ten behoeve van het Partnership Depressiepreventie.

Opbouw

Hoofdstuk 1 schetst de context van het project (randvoorwaarden, c.q. belemmerende en bevorderende factoren, partners). Hoofdstuk 2 beschrijft de aanpak in de eerste fase van het project. Daarbij wordt aandacht besteed aan de visiediscussie en de werkmethode op weg naar een gemeenschappelijke aanpak (het Fasen en Facettenmodel³). Kanttekeningen bij de keuzes die zijn gemaakt worden beschreven in hoofdstuk 3. De eerste ervaringen worden weergegeven in het afsluitende hoofdstuk 4.

¹ Voordouw, I, Willemsse, G (2009). Integrale aanpak depressiepreventie ouderen. Resultaten proefimplementatie in vier regio's. Trimbos-instituut, Utrecht. Eindverslag. Link: <http://www.lsp-preventie.nl/documents/Documenten/Ouderen/LSP0012%20Intergrale%20Aanpak%20Depressie%20preventie%20definitief%20inclusief%20omslag.pdf>

² Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, brancheorganisatie voor organisaties in de eerstelijnszorg.

³ Het F&F model[®] is ontworpen door Diabolo-advies.

1 Context: actoren en randvoorwaarden

De gemeente Delft is een middelgrote gemeente van 100.000 inwoners die fungeert als centrumgemeente voor de regio Delft, Westland en Oostland (DWO). De bevolking kent zowel een hoog percentage ouderen (ruim 17%) als een hoog aandeel niet-westerse allochtonen. Door de aanwezigheid van meerdere zorgvoorzieningen binnen haar grenzen heeft de gemeente ook te maken met een groot aantal dak- en thuislozen en drugsverslaafden.

1.1 Beleid en actoren

Gemeente

De gemeente is een stimulerende factor voor de integrale aanpak van depressiepreventie (IAD). Het al tien jaar vigerende proactieve beleid aangaande zorg en welzijn heeft geleid tot een duidelijke visie binnen de gemeente. Zij stimuleert dat de verschillende disciplines van zorg en welzijn op wijkniveau samenwerken. Daardoor zijn instellingen zich steeds meer bewust van de noodzaak om samen te werken.

In Delft is in het kader van een brede inzet op het lokaal preventief gezondheidsbeleid een project gestart gericht op het vroegsignaleren en helpen van ouderen met een (mogelijk zich ontwikkelende) depressie. De gemeente heeft daarvoor als wettelijk eindverantwoordelijke en opdrachtgever een samenwerkingsproject voor ogen in de wijk Voorhof. In deze wijk behoort > 20% van de populatie tot de ouderen. In meer dan 85% van de gevallen wonen ze zelfstandig. Als subdoel geldt dat in geval van een succesvol project de ervaringen zo snel mogelijk uitgerold worden naar de andere wijken.

Zorgverzekeraar

De dominante zorgverzekeraar (de regionaal gezien grootste qua aantallen verzekerden) in de regio is DSW. Vroeger bestond in de regio DWO een overlegorgaan van de instellingen, verzekeraar en gemeenten om het lokaal gezondheidsbeleid vorm te geven. Met ingang van 2009 heeft zorgverzekeraar DSW dit overlegorgaan verlaten en aangegeven niet met gemeenten in projecten te willen samenwerken. Dit is een belemmerende factor, omdat daarmee de weg naar integrale financiering van de verschillende vormen van preventie is afgesneden.

ROS ELO

Aan de Regionale Ondersteuningstructuur (ROS) Stichting Eerstelijns Ondersteuning (ELO) is gevraagd om als onafhankelijke partij leiding te geven aan het preventieproject. ELO heeft geen direct belang bij de uitvoering van het aanbod van zorg en welzijn en geniet naamsbekendheid en vertrouwen onder de samenwerkende partijen. Dat laatste mag gelden als een bevorderende factor voor een succesvol project.

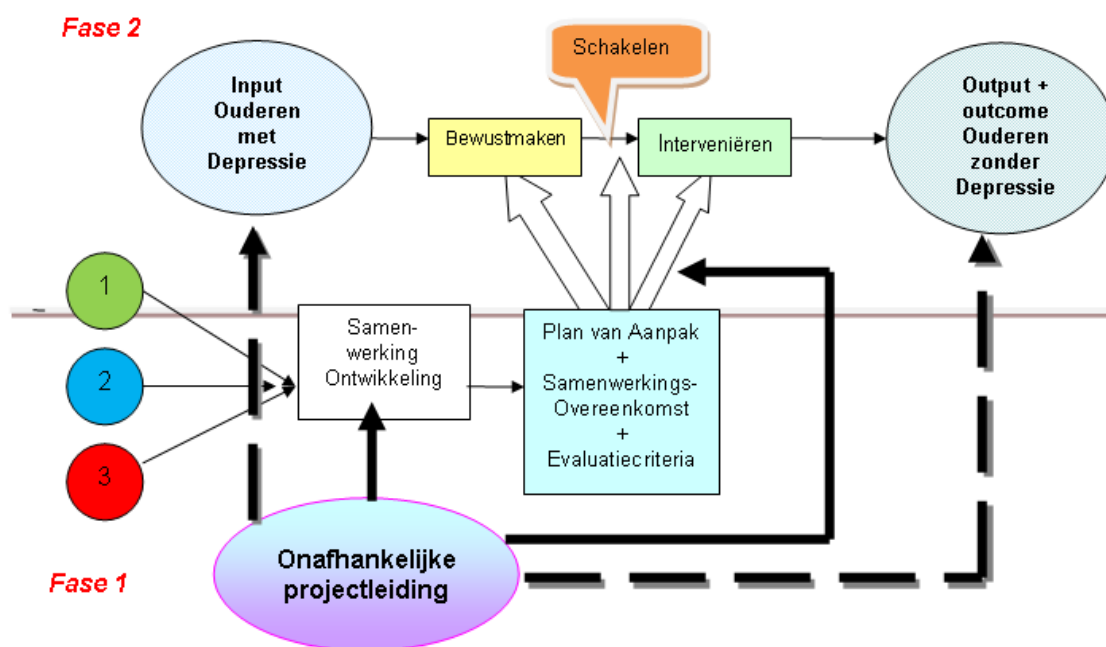
1.2 Aandachtspunt: projectorganisatie

Een aandachtspunt bij de projectorganisatie vormde de verantwoordelijkheidsverdeling, mede in het licht van de resultaatverwachtingen. De vormgeving daarvan was een eerste

leermoment. Zonder uitvoerende zorgtaken is ELO als ondersteuningsorganisatie alleen gehouden om in de eerste fase de samenwerkende partijen (zie bijlage 1) bij elkaar en op één lijn te brengen in een gemeenschappelijk plan van aanpak (PvA). Dit PvA dient voor de tweede fase nauwkeurig weer te geven 'wat van de participerende instellingen en disciplines op welk moment' in het project verwacht mag worden. Op hun beurt spreken de deelnemende partijen met elkaar en de gemeente voor de tweede fase een resultaat af over het aantal te bereiken ouderen en de kwaliteit van de interventies. De projectleiding controleert en meet in de tweede fase de voortgang van het proces en de resultaten op output en outcome (dit laatste in samenwerking met de GGD).

Het proces is schematisch in figuur 1 weergegeven.

Figuur 1
Projectorganisatie



Toelichting

1,2,3 zijn de participerende instellingen en hulpverleners

- Directe bemoeienis van projectleiding
- Meten van resultaten door projectleiding en GGD
- Directe bemoeienis van participanten

2 Projectaanpak

Het project is ingedeeld in drie fasen, elk bestaand uit meerdere onderdelen. Het geheel is vergelijkbaar met de aanpak van de IAD-pilots van het Trimbos-instituut. In tabel 1 wordt de vergelijking gemaakt met het stappenplan gebruikt in de proefimplementaties. De rapportage in deze notitie betreft alleen uitkomsten en ervaringen uit de eerste fase.

Tabel 1
Projectaanpak vergeleken met proefimplementatie

	Lokaal project IAD Delft	Proefimplementatie IAD
<i>Fase 1</i>	Oriëntatie	Voorbereiding Probleemverkenning Oplossingsverkenning
	Definitie	Actieplanning
<i>Fase 2</i>	Inrichting	
	Implementatie	Uitvoering Bijstelling
<i>Fase 3</i>	Evaluatie	
	PM Uitrol	Borgen

2.1 Fase 1

De eerste fase bestaat uit de onderdelen oriëntatie en definitie.

Oriëntatie

Dit onderdeel omvat inlezen op het onderwerp en inzicht verkrijgen in het draagvlak in het veld via interviews. In overleg met de opdrachtgever en na weging van de bestaande kennis van het veld in relatie tot het thema depressiepreventie werden 15 instellingen en disciplines, variërend van doelgroepvertegenwoordigers, zorgaanbieders en financiers, benaderd voor een interview.

Met behulp van een kader van vier vragen (relevantie van het onderwerp; opzet van het project; bijdrage die men kan leveren en gewenste structuur van het project) werden uiteindelijk 14 vertegenwoordigers ondervraagd. Alleen de zorgverzekeraar, conform verwachting gezien de eerdere opstelling, werkte niet mee, met het argument dat dit onderwerp geen prioriteit heeft in het beleid. Van alle geïnterviewden zegden ruim 80% hun medewerking toe.

Definitie

In dit faseonderdeel wordt een gemeenschappelijke visie over het project en een gemeenschappelijke aanpak van de inrichting ervan ontwikkeld. Daarvoor is een gemeenschappelijke bijeenkomst met alle deelnemende partijen georganiseerd. Om een brede discussie over deze onderdelen niet te laten verzanden is de discussie voorbereid door vooraf een document te ontwikkelen. Het werd geschreven op basis van landelijke informatie en van de uitkomsten van de interviewronde.

Elk onderdeel werd uitgesplitst in thema's, die uitmondten in een voorstel voor een gemeenschappelijk standpunt. Het document bestaat uit de onderdelen:

- Visiediscussie over drie thema's:
 - o Wat verstaan we met elkaar onder integraal?
 - o Wat verstaan we met elkaar onder (depressie)preventie?
 - o Wat verstaan we onder ouderen?
- Opzetdiscussie over de thema's:
 - o Inrichting van het project (met behulp van het Fasen & Facetten model).
 - o Resultaatverwachtingen

2.2 Resultaten visiediscussie

In het kort worden de overwegingen en de keuzes weergegeven die bij de verschillende thema's zijn gemaakt.

a. Wat verstaan we met elkaar onder integraal?

Preventie is vooral effectief wanneer interventies gericht op versterking van de veerkracht en competenties van mensen worden aangevuld met interventies gericht op reductie van risicofactoren in de leefomgeving en toename van beschermende factoren in de omgeving.

Het begrip integraal kunnen we vanuit drie perspectieven benaderen:

Vanuit beleidsperspectief - Integraal betekent hier dat we een gezondheidsprobleem (depressie) vanuit meerdere (gemeentelijke) beleidsterreinen kunnen benaderen: het zogeheten facetbeleid (zorg, welzijn, sociaal, veiligheid, wonen, werk, sport).

Vanuit hulpverleningsperspectief - Dit perspectief benadert het begrip integraliteit vanuit de "evidenced en practised based" vormen van preventie die voortkomen uit de ontwikkeling van diverse interventies, variërend van voorlichting tot gerichte vroeginterventie voor depressieve ouderen zelf en proces- en deskundigheidsbevordering van regionaal samenwerkende hulpverleners.

Vanuit doelgroeperspectief - Dit perspectief beziet het begrip integraal in de context van het goed op elkaar aansluiten van de verschillende voorzieningen.

Een communityaanpak van depressie, waarin de benoemde elementen centraal staan, heeft veelbelovende resultaten opgeleverd¹.

Een integrale communityaanpak streeft door middel van een ketenzorgaanpak naar:

- Betere vroegherkenning van depressieve klachten bij ouderen;
- Preventie-interventies gericht op (hoog)risicogroepen, die nog geen depressie hebben;
- Gekoppeld aan een gemeentelijk beleid gericht op versterking van de sociale leefomgeving

¹De IAD gaat uit van een communityaanpak. Zie o.m. Bohlmeijer et al. (2005). Handleiding Depressiepreventie ouderen. Utrecht, Trimbos-instituut.

b. Wat verstaan we met elkaar onder (depressie)preventie?

Voor de IAD is uitgegaan van de (nieuwe) indeling van preventie: de *collectieve* en de *individuele* vorm. Deze vormen zijn weer onder te verdelen naar de facetten van universele, selectieve, geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Universele preventie is collectief van aard en richt zich op de bevolking in het algemeen en selectieve preventie op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico. De andere vormen zijn individueel van aard, waarbij de geïndiceerde preventie zich richt op mensen met beginnende klachten. Die klachten zijn (nog) niet zo ernstig dat ze voldoen aan de criteria voor een ziekte of stoornis volgens de DSM of de ICD¹. De zorggerelateerde preventie richt zich op mensen die last hebben van dan wel al eerder een ziekte of stoornis hebben gehad. In dat geval spreken we ook van terugvalpreventie. Het doel daarvan is te voorkomen dat deze mensen opnieuw een ziekte of stoornis ontwikkelen.

De financiering van deze vormen van preventie is gescheiden. De collectieve preventie is een verantwoordelijkheid van de (lokale) overheid. De individuele preventie komt voor rekening van de zorgverzekeraars en zorgkantoren². Tabel 2 vat een en ander samen.

Tabel 2
Overzicht vormen en facetten van preventie

Wettelijk kader	Vormen van preventie	Facetten van preventie	Kenmerken
WPG	Collectieve	Universele	Richt zich op de gehele bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Heeft tot doel om bewustzijn te vergroten en leefstijl in positieve zin te beïnvloeden.
WPG	Collectieve	Selectieve	Richt zich op een geselecteerde groep mensen met specifiek verhoogd risico. Opsporen en leefstijl beïnvloeden zijn in dit facet het kenmerk.
ZVW	Individuele	Geïndiceerde	Richt zich op mensen die reeds eerste symptomen van een bepaalde aandoening vertonen. Leefstijlaanpak ter verdere voorkoming van ziekte zijn de belangrijkste kenmerken.
ZVW WMO	Individuele	Zorggerelateerde	Richt zich op mensen die (uitgebreide) symptomen van een ziektebeeld hebben. Voorkoming van erger en het aanpakken van eventuele complexe samenhang met andere onderdelen van het leven zijn hier de belangrijkste kenmerken.

Vanwege het karakter van het project en het afhaken van de zorgverzekeraar werd afgesproken dat het project zich nadrukkelijk zal richten op het *collectieve* deel van de preventieaanpak.

Deze keuze werd mede ingegeven door de intentie van de opdrachtgever, gemeente Delft, om een systeem van integrale aanpak te realiseren waarbij ontwikkelen en imple-

¹Twee classificatiesystemen binnen de GGZ: DSM IV = Diagnosis and Statistical Manual in Mental Disorders, versie IV; ICD 10 = International Statistical Classification of Diseases, versie 10.

²Besluit CVZ 2007

menteren van een gemeenschappelijke werkwijze op de voorgrond staat. Daarnaast betekent de gescheiden financiering van de collectieve en individuele preventie dat voor de gemeente vanuit haar WPG-verantwoordelijkheid de de collectieve preventie de hoogste prioriteit heeft.

Deze expliciete keuze betekent overigens niet dat er geen oog zal zijn voor de beide individuele vormen van preventie. In de uitwerking van de samenwerking zullen ook afspraken worden gemaakt met de belangrijkste zorgaanbieders die de individuele preventie tot hun taakgebied rekenen.

c. Wie zijn de ouderen?

Wanneer ben je oud? Wanneer wordt je als oudere aangemerkt? Maakt het verschil in lijdensdruk of je oud bent met een depressie of jong?

De (kalender)leeftijd beleving is sterk onderhevig aan individuele verschillen. Bekend is dat de 55-jarige niet-westerse allochtoon zich (m.n. fysiek) subjectief ouder voelt dan zijn autochtone leeftijdsgenoot. Anderzijds is omwille van de duidelijkheid in de wet- en regelgeving ooit een arbitraire grens getrokken bij 65, een grens die tegenwoordig ter discussie wordt gesteld.

Als doelgroep voor het project is gekozen:

Alle ouderen boven de 55 jaar (wonend in de wijk Voorhof)

Er is bewust voor gekozen om binnen de groep ouderen geen onderscheid te maken naar mannen en/of vrouwen, sociale status of etniciteit.

Argumenten om de grens bij 55 en niet bij 65 jaar te leggen waren:

- Aanvang van de leeftijdsfase waarin:
 - o veel verlies (aan inkomsten en relaties) gaat optreden;
 - o vrouwen in de overgang komen en
 - o ouderen buiten het arbeidsproces gaan vallen.
- In geval van allochtonen zou in enkele gevallen bij 45+ al van ouderen gesproken kunnen worden. Omdat er geen onderscheid gemaakt wordt naar etniciteit en leeftijd is ook voor allochtonen daarom de grens bij 55 gelegd.

Een bijkomend argument was dat in vergelijkbare projecten elders in het land ook van deze leeftijd is uitgegaan, waardoor eventuele vergelijking tussen dit type projecten wordt vergemakkelijkt.

2.3 Resultaten opzetdiscussie

De opzetdiscussie had tot doel om tot een gemeenschappelijk Plan van Aanpak te komen. Daarvoor is in het project gebruikgemaakt van het Fasen en Facetten model. Dat bestaat uit fasen van ketenaanpak en facetten van preventie. Het model biedt inzicht in de te nemen stappen en bijbehorende werkzaamheden.

Fasen van ketenaanpak

Voor de fasenindeling gebruiken we het model van de zorgpaden zoals in de somatische gezondheidszorg (m.n. in het ziekenhuis) wordt gebruikt. Dat volgt de gang van de patiënt, in dit geval de cliënt, door het primaire proces, te beginnen met de intakefase en vervolgd met de analyse- en behandelfasen. In een enkel geval bestaat er oog voor de

nazorgfase. Maar deze wordt in de praktijk in de meeste gevallen overgelaten aan de eerste lijn.

Als variatie hierop is voor de moeilijk bereikbare cliënt (in dit geval een oudere met een mogelijk zich ontwikkelende depressie) in de thuissituatie ook een voorfase (= 'bereikfase') te benoemen. Deze bestaat uit: 'bewustmaken, signaleren en toeleiden'.

Omdat, gelet op de doelgroep in dit project, geen sprake zal zijn van diagnostiek en behandelen zijn de intake- en analysefasen vervangen door de fase 'schakelen' en de behandelingsfase door de fase 'intervenieren'. De nazorg in de somatiek is vervangen door 'evalueren'.

Figuur 2

Fasen en Facetten Model (fasen van ketenaanpak)

Bewustmaken → Signaleren → Toeleiden → Schakelen → Intervenieren → Evalueren

Toelichting

Bewustmaken - activiteiten richten zich erop dat doelgroepen zich bewust worden van de mogelijkheid dat zich een depressie aandient bij een oudere. Dit kunnen de ouderen zelf zijn, maar ook hun partners, mantelzorgers of familieleden. Ook professionals die met ouderen van doen hebben worden bewuster gemaakt van het vóórkomen van een depressie.

Signaleren - activiteiten gericht op geven van instrumenten aan degenen die zich meer bewust geworden zijn van het voorkomen van depressie, waarmee zij hun vermoedens over het bestaan van een mogelijke depressie kunnen staven aan de theorie. Doel is hen zekerder te maken over het aankaarten van hun vermoedens bij de desbetreffende ouderen. Doelgroepen in deze fase zijn dezelfde als in de fase van bewustmaking.

Toeleiden - activiteiten zijn erop gericht om signaleerders uit de directe omgeving van de oudere te helpen betrokkene gericht toe te leiden naar resp. het inschakelen van een coördinatiepunt (zie verder) voor deze groep ouderen. Ook gaat het om activiteiten die de signalerende professionals voorzien van instrumenten en vaardigheden om de door hen gesignaleerde kwetsbare oudere te motiveren om in beweging te komen om (al of niet gezamenlijk) hulp te zoeken.

Schakelen - activiteiten die gericht zijn op het analyseren van de klachten van de aangeboden cliënten op het voorkomen van een depressie, het verder motiveren tot deelname aan preventieprogramma's en het toeleiden naar de juiste interventievorm. Deze activiteiten vinden plaats bij een 'schakelpunt' (= coördinatiepunt) dat tevens de opdracht heeft om toe te zien of na de interventiefase de oudere zelfstandig verder kan.

Op dit centrale schakelpunt worden ook de knelpunten zichtbaar die een facetbeleid van de lokale overheid vragen.

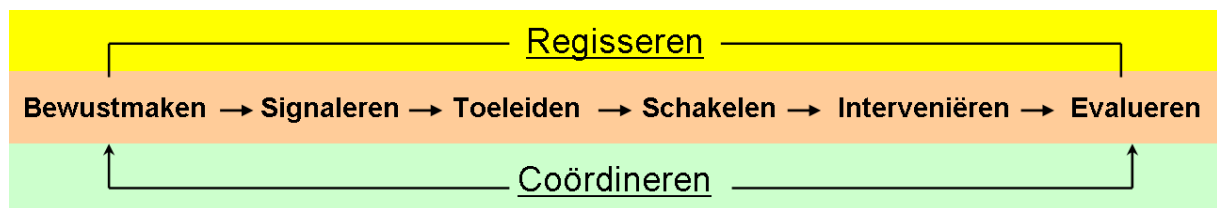
Intervenieren - alle activiteiten die op individuele of groepsbasis kunnen worden ingezet om te voorkomen dat een oudere een depressie ontwikkelt.

Evalueren - alle activiteiten die gericht zijn op het bewaken dat de geïncludeerde oudere de juiste preventievorm heeft ontvangen en daarmee zodanig geholpen is dat hij/zij zelfstandig verder kan. In geval van onvoldoende effect van de preventie-interventie zorgt

het schakelpunt voor een hernieuwde inspanning om de oudere wel in de juiste preventievorm te krijgen dan wel (wanneer een oudere absoluut niet meer te motiveren is) maatregelen te treffen dat de geestelijke conditie van de oudere niet verder verslechtert.

Deze procesfasen dienen op hun beurt bewaakt te worden, zowel vanuit het standpunt van de oudere (cliënt) die deze fasen doorloopt als vanuit de samenwerkende disciplines en instellingen. Dat betekent dat in omgekeerde volgorde zowel regie als coördinatie aan het ketenmodel moet worden toegevoegd. Zie figuur 3 voor een schematische weergave van het aangevulde proces.

Figuur 3
Fasen van ketenaanpak aangevuld



Toelichting

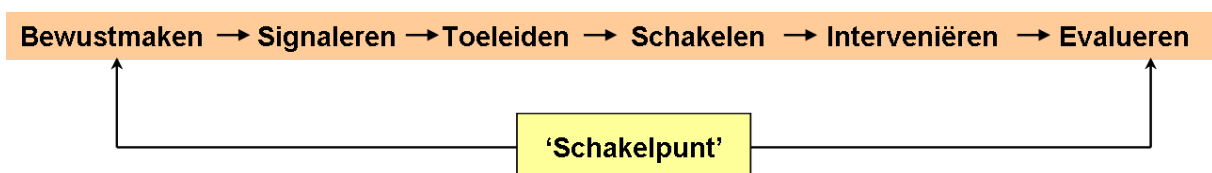
Regisseren - de besproken processtappen als onderdeel van een project zullen van bovenaf door de projectleiding dienen te worden geregisseerd en bewaakt. Daarbij dienen ook de verschillende verantwoordelijkheden van opdrachtgever, opdrachtnemer en participerende partijen te worden benoemd.

Coördinatie - onder coördinatie wordt in dit project verstaan de algehele coördinatie van de verschillende werkprocessen op cliëntniveau. Er dient op te worden toegezien dat bereikte cliënten ook daadwerkelijk worden toegeleid naar de juiste interventie. Na afloop moet gekeken worden of die interventie succes heeft gehad. Ook collectieve preventie werkt tenslotte met individuele gevallen!!

Schakelpunt

Door de partijen is voor dit project gekozen voor één coördinatiepunt (het 'Schakelpunt') dat ervoor zorgt dat de juiste activiteiten op de juiste momenten worden uitgevoerd. Zie figuur 4.

Figuur 4
Schakelpunt in de ketenaanpak



In het 'Schakelpunt' worden niet alleen de werkzaamheden uitgevoerd die in de toelichting bij figuur 2 onder `schakelen` stonden. In bredere zin vervult het Schakelpunt in de primaire werkprocessen een verbindingsrol naar de instanties die bij de individuele depressiepreventie een rol spelen (zie 3.2).

3 Kanttekeningen bij de keuzes

Bij de keuze van de fasen in een ketenaanpak dient zich een aantal vragen aan over de onderlinge samenhang en de invulling van de activiteiten. Hoe verhouden deze fasen zich tot een collectieve preventieaanpak en hoe meten we de resultaten?

3.1 Resultaten meten

Om bij het laatste te beginnen: bij de keuze voor een collectieve aanpak avant la lettre wreekt zich het feit dat het effect van de aanpak moeilijk te meten is. Het facet van de universele preventie wordt over het algemeen door (plaatselijke) overheden dermate breed ingezet dat onduidelijk blijft wat de uiteindelijke opbrengst van de inspanning is geweest. Slechts uitgebreide, dure enquêtes in de gehele bevolking zouden de relatie tussen de verandering en de inspanning kunnen aantonen. Daartoe ontbreekt het in dit verband zowel aan tijd als aan financiële middelen.

Dat geldt ook voor de selectieve preventie die voornamelijk in het domein van de intermediairs (zorginstellingen) ligt. De effectiviteit van dit facet van de collectieve preventie laat zich eigenlijk alleen uitdrukken in bereik, in termen van inspanningsresultaten van partijen. Bijvoorbeeld het x-aantal bijeenkomsten georganiseerd met een y-aantal deelnemers. In het gunstigste geval wordt getracht om het individuele effect inzichtelijk te maken door een nameting in de vorm van een enquête.

In dit project bestaat de behoefte om inspanningen zoveel mogelijk te vertalen naar effecten op cliëntniveau. Opdrachtgever en partijen willen immers het aantal potentiële ouderen met een depressie omlaag brengen en dat laat zich alleen op individueel niveau meten. Om de werkprocessen die moeten leiden tot een goed bereik en goed toeleiding, inzichtelijk te houden is gekozen om via een kunstgreep¹ de selectieve preventie uit te splitsen in een facet gericht op professionals en een facet gericht op burgers. De selectieve aanpak voor burgers komt sterk overeen met de universele aanpak, en deze zijn daarom samengevoegd.

Met deze kunstgreep is zowel de inzichtelijkheid van de te verrichten werkzaamheden in het project vergroot als de meetbaarheid van de resultaten verbeterd. In tabel 3 en tabel 4 staat de term 'universeel/selectief voor burgers' voor het universele facet en 'selectief voor professionals' voor het selectieve facet van de collectieve preventie.

¹ Strikt genomen zou in de selectieve preventie namelijk een specifiek omschreven groep dienen te worden geïncludeerd. In dit geval zou bijvoorbeeld gekozen kunnen worden voor de 75+ vrouw die onlangs verweuwd is, een lage SES heeft en een zwak sociaal systeem. Van deze categorie is bekend dat in 85% van de gevallen zich een depressie gaat ontwikkelen. Kiezen we echter voor de gehele groep potentiële ouderen dan vindt er een forse verbreding van de doelgroep plaats en daarmee een 'erosie' van het begrip selectief.

3.2 Fasen (ketenaanpak) en facetten (preventie) gekoppeld

Als we nu de procesfasen kruisen met de vier facetten van preventie: universeel, selectief, geïndiceerd en zorggerelateerd ontstaat een matrix met cellen (tabel 3).

Tabel 3
Matrix van ketenfasen en preventiefacetten

Fasen van ketenaanpak Facet van preventie	Bewust- maken	Signale- ren	Toelei- den	Schakelen	Interveniëren	Evaluëren
<i>Universeel / Selectief voor burgers</i>						
<i>Selectief voor professi- onals</i>						
<i>Geïndiceerd</i>				Huisarts Functie	- POH- GGZ/SPV - AMW/ELP - 2 ^e lijns GGZ	
<i>Zorggerelateerd</i>				Centraal Complexe Meldpunt Zorg	Zorg en Welzijn	

De samenhang tussen collectieve en individuele vormen

De keuze voor de vormen van collectieve preventie betekent niet dat er geen aandacht zou (moeten) zijn voor een koppeling naar de beide individuele vormen (de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie). Integendeel.

Grosso modo zullen ouderen die zichtbaar last krijgen van hun stemming dichtbij een DSM IV diagnose van depressie uitkomen en in dat geval is een *geïndiceerde preventie-aanpak* gewenst. De afweging of er sprake is van een depressie zal in het medisch circuit gemaakt worden. Het is de huisartsgeneeskundige voorziening ondersteund door een POH-GGZ of SPV in samenwerking met ELP en AMW die daarvoor het aangewezen punt is. In geval van *zorggerelateerde preventie* is de situatie zo ernstig of complex dat naast een goede diagnostiek ook een duidelijk coördinatiepunt nodig is die de ondersteuning vanuit zorg én welzijn op gang brengt. Dit zijn in het algemeen de Centrale Meldpunten voor Complexe Zorg die in veel gemeenten onder verschillende namen functioneren.

De grote pijl in tabel 3 geeft aan dat op dit niveau sprake moet zijn van goede afstemming tussen het schakelpunt voor de collectieve depressiepreventie, de huisartsgeneeskundige voorzieningen van betrokkenen en een Centraal Meldpunt Complexe Zorg.

3.3 Invulling van activiteiten

Uitgaande van de matrix van tabel 3 kan nu in elk vak van de bovenste twee rijen invulling gegeven worden aan de verschillende activiteiten die bij dat vak behoren. Daarbij kunnen we ons steeds de projectmatige vragen stellen: *Wat* moet er gebeuren; door *Wie*; *Wanneer* en *Hoe*?

In tabel 4 is een deel van de vragen in de matrix ingevoerd ter ondersteuning van de gedachtegang.

Tabel 4
Activiteiten invullen in de matrix van het F&F-model

Fasen van ketenaanpak Facet van preventie	Bewustmaken	Signaleren	Toeleiden	Schakelen	Interveniëren	Evalueren
Universeel - selectief voor burgers	<p>A.h.v. Discussie Voor Wie willen we:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat - Hoe - Wanneer - door Wie - tegen welke Kosten <p>Veelal: Communicatieplan</p>	<p>A.h.v. Discussie Voor Wie willen we:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat - Hoe - Wanneer - door Wie - tegen welke Kosten <p>Veelal: Specifieke voorlichting en training</p>	<p>A.h.v. Discussie Welke afspraken worden met het Schakelpunt gemaakt over toeleiding.</p> <p>Bijvoorbeeld: Outreachend werken</p>	<p>A.h.v. Discussie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisatiekeuze - Werkprocessen - Analyse Instrumenten - Beslisboom interventies 	<p>A.h.v. Discussie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welke methodieken passen bij cliënt - Welke zijn bewezen - Door wie te organiseren. 	<p>Op basis van de na discussie gestelde doelen: Door het Schakelpunt bewaken van</p> <ul style="list-style-type: none"> - de voortgang - én effecten op langere termijn.
Selectief voor professionals	<p>A.h.v. Discussie Voor Wie willen we:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat - Hoe - Wanneer - door Wie - tegen welke Kosten; <p>Veelal: Communicatieplan</p>	<p>A.h.v. Discussie Voor Wie willen we:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat - Hoe - Wanneer - door Wie - tegen welke Kosten; <p>Veelal: Training</p>	<p>A.h.v. Discussie Welke afspraken met het schakelpunt i.r.t. interne werkprocessen van instellingen.</p>	Zie boven	Zie boven	Zie boven
Geïndiceerde				Huisarts functie	<ul style="list-style-type: none"> - POH-GGZ/SPV - AMW/ELP - 2° lijns GGZ 	
Zorggerelateerde				Centraal Meldpunt Complexe Zorg	Zorg en Welzijn	

Project in Delft

In de Delftse situatie zijn binnen deze aanpak drie werkgroepen opgezet. Alle bij de opdracht van de werkgroep direct betrokken disciplines en instellingen leveren deelnemers.

- De werkgroep Communicatie en Training heeft als opdracht voor elk onderdeel een apart programma te ontwikkelen.
- De werkgroep Schakelpunt heeft de opdracht:
 - o de in de discussie gestelde voorwaarden te bespreken met de beoogde instelling;
 - o de inrichting van het schakelpunt tot stand te brengen: mensen en middelen;
 - o werkafspraken over toe- en doorleiding van ouderen tot stand te brengen;
 - o een matrix te ontwikkelen die preventiemethodieken koppelt aan verschillende doelgroepen, ingedeeld naar culturele, demografische en sociale herkomst.
- De werkgroep Evaluatie heeft de opdracht:
 - o de juiste gegevens te leveren op basis waarvan door partijen een resultaatverwachting kan worden uitgesproken;
 - o een plan voor output, outcome en procesmetingen op te stellen.

4 Eerste ervaringen

De gekozen aanpak leverde tot dusver (einde 2009) de volgende ervaringen op:

1. De keuze van de gemeente om een onpartijdige instelling zonder belang bij de uitvoering het project te laten leiden heeft goed gewerkt. Mede als gevolg van de positie die ELO in de gemeente Delft heeft verworven, op basis van haar deskundigheid en vaardigheid, was dit voor geen enkele betrokken partij een punt van discussie. Daarin zal ook de specifieke deskundigheid op het vlak van de eerste lijn, waar veel van het collectieve deel van de preventie plaatsvindt, een rol hebben gespeeld.

Een ROS is een ideale instelling om een integraal project in een regio te leiden.

2. Bij een keuze voor een onafhankelijke projectleiding moet wel vanaf de start duidelijk zijn voor alle betrokkenen wie waarvoor op welk moment verantwoordelijk is in het project.
3. De gedegen aanpak van draagvlakverkenning en visiediscussie werd door verscheidene deelnemers aanvankelijk beschouwd als tijdverlies ('we moeten aan de gang') maar werd achteraf als de juiste aanpak gezien ('we hebben deze voorbereidingstijd nodig om het gezamenlijke te ontwikkelen').

Anders gezegd: partijen gingen van aanbodgericht denken over naar een vraaggerichte attitude!

4. De tijdsinvestering op de voorbereiding van het project kost op deze wijze van werken slechts een half jaar.
5. Door gebruik te maken van het F&F-model werd voor alle partijen inzichtelijk wat er vooraf nodig is bij een ketenaanpak voordat je deze daadwerkelijk uitvoert.
6. De uitwerking daarentegen kan al efficiënt in slechts enkele (in Delft: drie) werkgroepen worden gedaan omdat enerzijds een precieze opdrachtformulering per onderdeel gegeven kon worden en anderzijds per fase dezelfde partijen betrokken waren.
7. Er is gekozen voor één Schakelpunt tijdens de projectfase. De voordelen:
 - goede inzichtelijkheid van de ketenaanpak - voor alle betrokkelen (doelgroep, omgeving en zorgaanbieders) is helder naar wie moet worden toegeleid;
 - vereenvoudiging van het bewaken van het overzicht van de verschillende preventiemethodieken;
 - vereenvoudiging van de evaluatie omdat alles door één partij kan worden gedaan. In het geval van Delft voert het Consultatiebureau voor Senioren de functie van Schakelpunt uit.

Bijlage

Participerende disciplines en organisaties wijkproject depressiepreventie ouderen in de regio DWO

Organisatie of discipline
Stichting Samenwerkende Ouderen Bonden
Huisarts
Oefentherapeute
Stichting Ouderenwerk Delft
Pieter van Foreest, Organisatie voor Verzorging en Verpleeghuizen
Consultatiebureau voor Senioren
Thuiszorg Careyn
Bureau Interculturele Communicatie
Stichting Kwadraad; algemeen maatschappelijk werk
GGZ Delfland
GGD Zuid Holland West
Gemeente Delft; afdeling Zorg en Welzijn