



Preventie van depressie bij ouderen

Draaiboek voor een community-interventie

Ernst Bohlmeijer
Pim Cuijpers
Carolien Smits
Marjan Wesseling
Hanneke Scheers
Yvonne de Roode
Anja Beek

Trimbos-instituut
Trimbos-instituut
Trimbos-instituut
Parnassia
Riagg Midden-Kennemerland
De Geestgronden
Riagg Rijnmond-Zuid

Colofon

Financiering

Zon MW



Projectleiding

Drs E. Bohlmeijer

Trimbos-instituut

Eindredactie

Drs. P.A.M. Anzion

Trimbos-instituut

DTP

M.B. Hulsbergen

© 2003 Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Met uitzondering van delen uit de bijlagen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.



TRIMBOS-INSTITUUT

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Depressie bij ouderen en hun aanspraak op hulpverlening	7
2.1	Omvang	7
2.2	Aanspraak op hulpverlening	7
2.3	De community-interventie	8
3	Community-interventies	10
3.1	Definities	10
3.2	Kenmerken community-interventies	11
3.3	Professionele inbreng	13
3.4	Stages of Change Model	14
3.5	CIPDO	16
4	Doelen en plan van aanpak CIPDO	18
4.1	Doelen CIPDO	18
4.2	Planmatige aanpak: 4 fasen	19
4.3	Plan van aanpak CIPDO	20
4.4	Fase 1 en 2 Voorbereidingen, analyse en survey	20
4.5	Fase 3 Plan van aanpak	21
4.6	Fase 4 Evaluatie	23
5	Draaiboek	24
5.1	Fase 1 en 2 Voorbereidingen, analyse en survey	24
5.2	Fase 3 Uitvoering Plan van aanpak Voorlichting	36
5.3	Fase 3 Uitvoering Plan van aanpak Verbetering in en rond de zorg	40
5.4	Fase 4 Evaluatie	44
	Literatuur	46
	Bijlagen	48

Bijlagen

Bijlage 1	Opzet interviews met sleutelfiguren	49
Bijlage 2	Voorbeeldtekst informatie project	50
Bijlage 3	Voorbeeld beschrijving resultaten interviews	52
Bijlage 4	Wijkprofiel	55
Bijlage 5	Voorbeeld regioprofielen gemeente Velsen	57
Bijlage 6	Voorbeeld projectplan	65
Bijlage 7	Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst.	80
Bijlage 8	Gezondheidsmarkt voor ouderen 'Gezond en wel'	87
Bijlage 9	Spreekuur voor ouderen met depressieve klachten	90
Bijlage 10	Krant	97

1 Inleiding

Dit is het draaiboek voor de uitvoering van een community-interventie gericht op geïndiceerde preventie van depressie bij ouderen (CIPDO). Met de community-benadering zijn in de preventieve somatische gezondheidszorg al positieve ervaringen opgedaan (Assema & Willemsen, 1993). In de preventieve geestelijke gezondheidszorg is dit relatief nieuw maar krijgt steeds meer aandacht (Mrazek & Haggerty, 1994). De verwachting is dat het in combinatie uitvoeren van meerdere geïntegreerde interventies in een gemeenschap de effectiviteit van de individuele interventies kan vergroten. De som is dus meer dan de delen. (Pentz et al., 1989; Vartiainen et al., 1998; Bracht, 1990). Om deze redenen werd een specifieke community-interventie gericht op geïndiceerde preventie van depressie bij ouderen ontwikkeld. In het volgende hoofdstuk wordt deze interventie verder toegelicht. Vanwege die geïntegreerde interventies wordt de community-interventie tegenwoordig ook wel de integrale interventie of aanpak genoemd.

CIPDO is ontwikkeld en uitgetest in een project dat werd gefinancierd door ZonMw. In dit project werd samengewerkt tussen het Trimbos-instituut, Parnassia, de Geestgronden, Riagg Midden-Kennemerland en Riagg Rijnmond Zuid. Een verslag van dit project is verkrijgbaar bij het Trimbos-instituut. Dit draaiboek is het resultaat van dit project. Een aantal zaken is daar van belang.

Het is goed om te beseffen dat juist voor de uitvoering van community-interventies geen blauwdruk bestaat. Gedeeltelijk dient te worden ingespeeld op de lokale situatie. Dit draaiboek is daarbij een hulpmiddel en kader. In de bijlagen wordt een aantal instrumenten toegelicht en beschreven. Instellingen kunnen deze naar eigen goedvinden gebruiken en aanpassen. Om deze reden hebben we er ook voor gekozen om de beschrijvingen van de activiteiten beperkt te houden en daarnaast met tips en impressies te werken.

Dit draaiboek is een eerste aanzet tot een community-interventie. We verwachten dat de komende jaren veel nieuwe ontwikkelingen en interventies ontstaan gericht op preventie van depressie bij ouderen. Een voorbeeld is de ontwikkeling van consultatiebureaus en de mogelijkheden van een systematisch gezondheidsscreening bij ouderen. Ook is de verwachting dat er meer interventies worden ontwikkeld die aansluiten bij het concept van *successfull aging*. Ook de invulling van een community-interventie zal daarmee veranderen.

Het draaiboek is in eerste instantie geschreven voor medewerkers van GGZ-instellingen of GGD'en die tot een gemeenschappelijke, breed gedragen aanpak van depressies bij ouderen willen komen. Het is daarmee een interventie die goed past in het lokaal gezondheidsbeleid van gemeenten en de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg. In hoofdstuk 2 wordt de noodzaak van een preventieve aanpak geschetst door te laten zien hoeveel ouderen last hebben wat depressie, en hoe weinig zij gebruik maken van zorg. In hoofdstuk 3 wordt de community-interventie toegelicht. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 4 de doelen en aanpak van de interventie. Hoofdstuk 5 is het eigenlijke draaiboek.

De bijlagen bij dit draaiboek zijn te downloaden en aan te passen voor gebruik in de eigen regio. Dit kan via www.trimbos.nl, klik onder het kopje het Trimbos-instituut op informatie over programma's. Kies voor Vroegsignalering, en kies daar voor het project OGGZ en ouderen.

2 Depressie bij ouderen en hun aanspraak op hulpverlening

2.1 Omvang

12 – 17% van de ouderen in Nederland heeft op enig moment last van ernstige depressieve klachten. De gevolgen zijn groot (zie Smit e.al. 2003):

- Er is een verhoogd risico op sterfte.
- Er is een grotere kans op lichamelijke ziekten.
- Het dagelijks fysiek en sociaal functioneren vermindert.
- Er worden meer medische voorzieningen gebruikt.

Daarbij moet nog worden opgemerkt dat 43% van de depressies bij ouderen langdurig zijn (10 maanden of langer duren) en 34% zelfs chronisch worden.

2.2 Aanspraak op hulpverlening

Ondanks de omvang van de problematiek maken ouderen in de regel niet snel gebruik van het beschikbare aanbod. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Onjuiste beeldvorming, motivatie, kennis over depressie, maar ook de organisatie van de zorg spelen een rol bij zowel ouderen zelf, als bij familieleden en andere betrokkenen en zorgverleners.

Kort samengevat gaat het om de volgende oorzaken voor de omvangrijke depressieproblematiek en de relatief geringe aanspraak van depressieve ouderen op de hulpverlening.

Beeldvorming

- Er heerst het idee dat depressieve klachten bij het ouder worden horen.
- Er heerst het idee dat de geestelijke gezondheidszorg er alleen is voor hele ernstige problematiek.
- Er rust een taboe op het hebben van psychische klachten.

Motivatie

- Ouderen hebben moeite om hulp te vragen.
- Er is veel onwetendheid over de impact van depressieve klachten.
- Het ontbreekt zorgverleners aan een pro-actieve houding.

Kennis

- Depressie wordt in het algemeen slecht herkend en gesignaleerd.
- Depressieve klachten worden gemaskeerd of uiten zich in lichamelijke klachten.

Organisatie van de zorg

- Een goede samenwerking ontbreekt tussen verschillende instanties en hulpverleners.
- Het ontbreekt aan laagdrempelige voorzieningen.

2.3 De community-interventie

Het voorkomen van depressies door middel van vroegsignalering en vroegtijdige interventies is gezien omvang en geringe gebruik van de hulpverlening een belangrijk doel.

In de (geestelijke) gezondheidszorg zijn inmiddels diverse preventieve interventies ontwikkeld voor ouderen met depressieve klachten.

Voorbeelden zijn de cursus *Omgaan met depressie In de put, uit de put*, een cursus rond het eigen levensverhaal *Op zoek naar zin*, een cursus over het omgaan met verlieservaringen (*Verlies en dan verder*), gespreksgroepen voor ouderen die hun partner hebben verloren, de zogenoemde rouwgroepen. Sommige van deze interventies zijn bewezen effectief, andere zijn veelbelovend.

Echter, om meer ouderen met depressieve klachten te bereiken en de effectiviteit van preventie te vergroten is een aanpak noodzakelijk waarbij bovengenoemde oorzaken in samenhang worden beïnvloed. De community-benadering, waarmee in de preventieve somatische gezondheidszorg positieve ervaringen mee zijn opgedaan (Assema &

Willemsen, 1993) krijgt in de GGZ- en verslavingspreventie steeds meer aandacht (Mrazek & Haggerty, 1994). Onderzoek naar community-interventies heeft aangetoond dat tegelijkertijd en in samenhang aanpakken van oorzaken en factoren effectiever is dan een op zichzelf staande interventie. De som is dus meer dan de delen. (Pentz et al., 1989; Vartiainen et al., 1998; Bracht, 1990). Daarom werd een specifieke community-interventie ontwikkeld gericht op geïndiceerde preventie van depressie bij ouderen. Dit draaiboek is een eerste proeve van een dergelijke community-interventie.

Instrumenten van een dergelijke aanpak zijn algemene publieksvoorlichting, deskundigheidsbevordering, samenwerking en totstandkoming van (laagdrempelige) voorzieningen. Kenmerkend voor deze aanpak is dat er interventies op meerdere niveaus voor verschillende intermediaire doelgroepen worden uitgevoerd, dat de einddoelgroep zelf actief invloed uitoefent op de interventie en dat deze expliciet aansluit op hun specifieke situatie. In het volgende hoofdstuk wordt deze integrale interventie verder toegelicht.

3 Community-interventies

3.1 Definities

Een community-project kan zich richten op een wijk. In dat geval spreekt men ook wel van een wijkgerichte aanpak (De Haes, Voorham, Mackenbach, 2002). Het is echter de vraag of mensen die in een wijk wonen altijd een community vormen. Een community kan mogelijk het best worden beschouwd als een leefgemeenschap of groep mensen die zich met elkaar verbonden voelen en nauwe interpersoonlijke betrekkingen onderhouden. Het is echter de vraag of de wijk deze verbinding geeft (Voorham, De Haes, Mackenbach, 2002). Het buurtgevoel is immers in veel gevallen verminderd door individualisering, grotere mobiliteit, toename van diversiteit van culturen. Voorham, De Haes en Mackenbach (2002) benadrukken het onderscheid dat door Tönnies wordt gemaakt tussen *Gemeinschaft* (een gemeenschap) en *Gesellschaft* (een samenleving). Wijken fungeren op dit moment vooral als *Gesellschaft*. Een doelstelling van projecten kan overigens zijn om het gemeenschapsgevoel in wijken terug te brengen. Wil men echter aansluiten bij bestaande communities, dus met een gemeenschapsgevoel, kan het verstandig zijn de gemeenschapscriteria hiervoor op andere niveaus te leggen dan op het niveau van wonen. Voorbeelden zijn etniciteit in het geval van een Turkse leefgemeenschap, of lotgenoten, bijvoorbeeld probleemdrinkers of mensen met een specifieke chronische ziekte. Verenigingen kunnen ook als community fungeren. Maar ook via het internet kunnen allerlei virtuele leefgemeenschappen ontstaan.

Community-interventies gericht op gezondheidsbevordering worden sinds de jaren '70 ontwikkeld (IUPHE, 2000). Centraal daarbij was het inzicht dat de sociale omgeving mede bepalend is voor het gedrag van individuen. Mensen maken deel uit van een leefgemeenschap, of community. Deze leefgemeenschappen hebben eigen behoeften, eigen waarden, normen en regels, kortom een eigen cultuur. Ook hebben zij hun eigen formele en informele leiders, zogenoemde sleutelfiguren. Om succesvol het gedrag van individuen te veranderen moet er rekening gehouden worden met die sociale leefomgeving en behoeften van een gemeenschap en moeten sleutelfiguren en vertegenwoordigers

betrokken worden bij het beleid gericht op gezondheidsbevordering of preventie. (Van Assema & Willemsen, 1993). Dit is de essentie van een community-benadering.

De laatste jaren is integrale interventie een synoniem geworden voor de community-interventie¹. Een integrale aanpak, net als een community-interventie overigens, richt zich op de beïnvloeding van meerdere determinanten en factoren tegelijkertijd. Het richt zich bijvoorbeeld op individuele competenties, sociale normen en waarden, risicofactoren in de omgeving, wetgeving en gezondheidsbeleid, toegankelijkheid van de zorg. De integrale aanpak sluit aan bij het uitgangspunt van *public health* dat (on)gezondheid altijd de resultante is van factoren in het individu (erfelijk en gedragsmatig) en factoren in de omgeving (sociaal en fysiek). Juist van het combineren en integreren van interventies die zich op verschillende determinanten van gedrag richten, wordt een additioneel effect verwacht (Bracht & Gleason, 1990; Van Oers, 2002, Van Assema & Willemsen, 1993).

3.2 Kenmerken community-interventies

Belangrijkste kenmerken van de community-interventie zijn meerdere interventies, meerdere (sub)doelen, meerdere media en methoden tegelijkertijd en in samenhang, door en in meerdere sectoren uitgevoerd, aansluitend bij de lokale situatie, met participatie door de doelgroep (naar Van Assema & Willemsen 1993).

- **Multi-interventie-strategie.** Meerdere interventies gericht op meerdere determinanten van gezondheid worden in samenhang uitgevoerd. In het algemeen wordt onderkend dat dit de meest effectieve strategie voor preventie en gezondheidsbevordering is (Bracht, 1990; Van Oers, 2002).
- De **beïnvloeding van de omgeving** kan een meer of minder belangrijke doelstelling van een community-project zijn, en aldus een onderdeel van de multi-interventie-strategie. Er wordt dan geprobeerd een sociale omgeving te creëren die het gewenste gedrag ondersteunt. Ook wordt geprobeerd de fysieke omgeving van het individu te beïnvloeden. Met structurele activiteiten (voorzieningen, regelgeving, veiligheid, woonvoorzieningen) wordt geprobeerd een gezonde gedragskeuze in de hand te werken.

¹ Gezien het bovenstaande over het verminderde gemeenschapsgevoel in wijken zou de benaming integrale benadering duidelijker en dus te prefereren zijn.

- **Intersectorale samenwerking.** Kenmerkend is dat organisaties vanuit meerdere sectoren gezamenlijk aan de oplossing van een gezondheidsprobleem werken. Dit kenmerk is een noodzakelijke voorwaarde voor de multi-interventie-strategie.
- **Multimedia en multi-methode strategie.** De te volgen multi-interventie-strategie houdt in dat in community-projecten verschillende media gebruikt worden. Bovendien worden meestal verschillende voorlichtingsmethoden naast elkaar gebruikt. Verschillende groepen mensen worden door verschillende methoden aangesproken, deels afhankelijk van de fase in de gewenste gedragsverandering waar zij in verkeren (zie paragraaf over *Stages in Change*). Elke methode heeft dus een specifieke functie (aandacht trekken, vaardigheden aanleren) en gebruiksmogelijkheden.
- **Sociale netwerkstrategie.** Een van de kenmerkende methoden in de multimedia en multi-methoden-strategie is de sociale netwerkstrategie. Community-projecten proberen vaak informatie te verspreiden via leden van bestaande sociale netwerken. Vooral voor mensen met een lagere sociaal economische status is het directe sociale netwerk vaak de belangrijkste bron van informatie. Door naast de formele communicatiekanalen ook deze informele kanalen te benutten kunnen meer mensen worden bereikt.
- **Doelgroep participatie.** Dit is het betrekken van vertegenwoordigers van de doelgroep bij de planning en uitvoering van projecten. Door deze participatie zullen inwoners zich betrokken voelen bij het project, kan de in de gemeenschap aanwezige deskundigheid optimaal worden benut en kan het project worden afgestemd op de lokale situatie. De mate waarin dit gebeurt kan verschillen. Dit komt in de paragraaf over professionele inbreng verder aan de orde.
- **Aansluiten bij lokale situatie.** Een ander kenmerk van community-projecten is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de bestaande situatie. Bestaande initiatieven worden ondersteund en bij nieuwe initiatieven wordt gebruik gemaakt van lokale deskundigheid en faciliteiten.

3.3 Professionele inbreng

Community-interventies kunnen op een dimensie professionele inbreng geplaatst worden, met als twee uitersten sociale planning en lokale ontwikkeling (Mittelmark, 2001). Community-interventies volgens het sociale-planningsmodel worden vooral professioneel en planmatig aangestuurd. Inhoudelijke thema's en opzet van een project zijn van tevoren bepaald. Wel participeert de doelgroep in het project of kan er sprake zijn van behoefteonderzoek. De professionals echter voeren de regie. Aan de andere kant van het spectrum staat lokale ontwikkeling. Dit is een actie die (spontaan) door een community en zonder professionele inbreng wordt ondernomen. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer bewoners van een straat gezamenlijk een lobby gaan voeren voor verkeersdrempels in hun straat om de veiligheid te vergroten. De community voert zelf de regie. Deze benaderingen kunnen we tegenover elkaar op één dimensie plaatsen. In het midden plaatsen we actieonderzoek. Zo ontstaat de volgende figuur.

Figuur 3.1 Professionele inbreng

Professionele inbreng community-interventies		
100	50	0
<i>Sociale planning</i>	<i>Actieonderzoek</i>	<i>Lokale ontwikkeling</i>
Thema en aanpak liggen vast	Thema ligt vast/prioriteiten gezamenlijk gekozen	Zelfgekozen thema
Professionele regie community participeert	Professionals en mensen uit community werk gelijkwaardig samen	Regie in gemeenschap (professionele inbreng gering of afwezig)
aanbodgericht	innovatief	vraaggericht
Planmatig	Planmatig maar met veel bijsturing	Spontaan

Community-interventies kunnen op deze dimensie worden getypeerd. Er zijn ook nog tussenmogelijkheden. Empowerment-projecten of projecten waarbij een professional vooral faciliteert, kunnen worden geplaatst tussen actieonderzoek en lokale ontwikkeling. Projecten die systematisch behoefteonderzoek als uitgangspunt hebben, kunnen worden geplaatst tussen sociale planning en actieonderzoek. Community-interventies hoeven geen vaste plaats in te nemen op bovenstaande dimensie: de professionele inbreng kan in de loop van het project veranderen. Wanneer tijd en middelen in eerste instantie beperkt zijn, een goed aanbod al beschikbaar is en er nog sprake is van weinig samenwerking in een regio, kan het verstandig zijn om met een sociale-planstrategie te beginnen. Wanneer dit slaagt en een goede samenwerking tot stand is gebracht kan de bereidheid ontstaan verder te investeren in een project waarbij meer aandacht komt voor innovatie, empowerment of actieonderzoek.

3.4 Stages of Change Model

CIPDO is er uiteindelijk op gericht dat ouderen met depressieve klachten komen tot gedragsverandering waardoor hun depressieve klachten minder worden. Dit kan worden bereikt met communicatie en voorlichting, advisering en gespreksvoering en vaardigheidstraining. Prochaska & DiClemente (1985) hebben een model ontwikkeld dat de verschillende stadia van gedragsverandering door communicatie zichtbaar maakt: het *Stages of Change Model*. Het model integreert verschillende theoretische inzichten en wordt daarom ook wel het transtheoretisch model genoemd (De Vries, 1993). In de eerste fase (precontemplatie) is een persoon niet van plan om binnen zes maanden het gedrag aan te passen. In de tweede fase overweegt een persoon om binnen zes maanden zijn gedrag te veranderen (contemplatiefase). In de derde fase bereidt hij zich voor op gedragsverandering of actie (preparatiefase). Tenslotte gaat een persoon over tot gedragsverandering (actiefase). Het kan zijn dat de aangereikte informatie voldoende houvast geeft; het kan ook zijn dat hij daarbij ondersteuning zoekt. Het model maakt enerzijds duidelijk dat het lang kan duren voordat een persoon tot actie overgaat en anderzijds dat verschillende interventies op verschillende stadia moeten ingrijpen om gedragsverandering te bewerkstelligen.

Het Changes of Change Model geeft een theoretisch, strategisch kader waarbinnen de interventies van CIPDO fase-specifiek geplaatst kunnen worden. In de eerste fase staat bewustwording centraal. Een (massa)mediale campagne maakt ouderen bewust van depressieve klachten en dat deze niet vanzelfsprekend bij het ouder worden horen. In de tweede fase is het van belang verdere motivatie te ontwikkelen om iets aan de depressieve klachten te doen. Intermediaren kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Ook het organiseren van een grootschalige voorlichtingsdagen past in deze fase. In derde fase hebben ouderen de intentie om hulp te zoeken. In deze fase staan activiteiten centraal die hen helpen om zich voor te bereiden of om de juiste hulp te vinden, bijvoorbeeld advisering of specifieke themabijeenkomsten. In de vierde fase maken ouderen daadwerkelijk gebruik van preventieve interventies (trainingen) waarin zij nieuwe vaardigheden kunnen leren. In figuur 3.2 wordt de strategie van CIPDO aan de hand van het Stages of Change model geïllustreerd. Een integrale community-aanpak veronderstelt activiteiten die op al deze fases van gedragverandering ingrijpen. Immers, niet alle leden van de doelgroep bevinden zich in hetzelfde stadium van gedragsverandering.

**Figuur 3.2 CIPDO gerelateerd aan transtheoretisch model
Prochaska & DiClemente**

Fase-specifieke interventie	Ontwikkelingsfase	
Mediacampagne Trainen van intermediaren in signaleren	Bewustwording	Precontemplatie
Publieksvoorlichtingsdag en Trainen van intermediaren in motiveren	Overwegen/motivatie	Contemplatie
Themabijeenkomsten Spreekuur/adviespunt Verbeteren zorg	Voorbereiding/onders teuning bij hulp zoeken	Preparatie
Preventieve interventies	Vaardigheidstraining	Actie

3.5 CIPDO

CIPDO heeft de meeste kenmerken van een community-interventie zoals hierboven beschreven. Vertegenwoordigers van de doelgroep worden betrokken bij de opzet en uitvoering van het project. Zij denken mee over de opzet van het project (klankbordgroep) en hebben een belangrijke rol in het bereiken van de doelgroep. Ook wordt gebruik gemaakt van sleutelfiguren in wijken die dicht bij de doelgroep staan (sociale netwerkstrategie). CIPDO maakt gebruik van meerdere methodieken en media en meerdere sectoren worden betrokken bij de interventie. Ook wordt met wijkprofielen aangesloten bij de lokale situatie. Wel is de interventie nog sterk individugericht. In de toekomst zouden er meer aandacht moeten komen voor omgevingsgerichte interventies en facetbeleid.

CIPDO hanteert vooral een sociale planningsstrategie. De stappen en activiteiten zijn van te voren gedefinieerd. Er is sprake van een professionele aansturing. Er is in eerste instantie echter beperkte ruimte voor innovatie en behoefteonderzoek. Ook dit is een aspect dat in de toekomst nadrukkelijker naar voren kan komen. Hoe kunnen we beter aansluiten bij de wensen en behoeften die leven onder ouderen? Hoe kunnen we interventies aantrekkelijker maken voor ouderen met depressieve klachten?

De kracht van de huidige opzet van CIPDO is dat er in korte tijd een goede regionale samenwerking wordt gerealiseerd en dat er in die samenwerking veel gedaan wordt aan deskundigheidsbevordering en communicatie. Op deze wijze wordt een noodzakelijke basisstructuur voor preventie van depressie bij ouderen gelegd. Continuïteit is vervolgens van groot belang. Het *Stages of Change Model* maakt duidelijk dat gedragsverandering en preventie een kwestie van lange adem zijn. Communicatieboodschappen moeten vaak herhaald worden, er is blijvende aandacht nodig voor deskundigheidsbevordering. Het opgebouwde netwerk kan vervolgens ook een krachtige politieke lobby vormen om facetbeleid te organiseren of om te investeren in voorzieningen die voor ouderen van belang zijn. Vanuit een goede samenwerking kan verdere innovatie ter hand worden genomen.

4 Doelen en plan van aanpak CIPDO

4.1 Doelen CIPDO

CIPDO is gericht op de volgende hoofddoelstellingen.

- Afname depressies bij ouderen
- Vermindering van het aantal ouderen met depressieve klachten

Dit wordt bereikt door de volgende strategische of intermediaire doelstellingen.

Beeldvorming

Gericht op ouderen, naasten en zorgverleners

- Rechtzetten van de misvatting dat depressieve klachten horen bij het ouder worden
- Doen toenemen van besef dat goede preventieve interventies en behandelingen beschikbaar zijn
- Doen toenemen van besef dat psychische klachten net zo 'normaal' zijn als lichamelijke klachten

Motivatie

Gericht op ouderen en zorgverleners

- Bevorderen van bereidheid van ouderen om hulp te vragen
- Doen toenemen van kennis over de impact van depressieve klachten bij zorgverleners
- Bevorderen van een pro-actieve houding bij zorgverleners

Kennis

Gericht op zorgverleners

- Verbeteren van herkenning en signalering van depressieve klachten
- Verbeteren van knowhow om ouderen te motiveren tot zoeken van hulp

Organisatie van de zorg

Gericht op zorgverleners en managers in de zorg

- Verbeteren van de samenwerking tussen verschillende instanties en hulpverleners
- Realiseren van een toegankelijke, laagdrempelige zorg voor mensen met milde of matige depressieve klachten

4.2 Planmatige aanpak: 4 fasen

In het algemeen hebben community-interventies een planmatige aanpak waarbij verschillende fasen zijn te onderscheiden (Van Assema & Willemsen 1993; Hawkins, Catalano & Arthur 2002).

1. Community-interventies starten met het bijeenbrengen van alle mogelijke betrokkenen (beleidsmakers, sleutelfiguren, ambtenaren, instellingen, bewoners). Zij moeten al in een vroeg stadium bij het project worden betrokken om zoveel mogelijk draagvlak te creëren. Uit deze betrokkenen wordt vervolgens een projectgroep samengesteld en een coördinator aangewezen.
2. Vervolgens vindt analyse plaats. De demografische, economische en sociale kenmerken van de gemeenschap worden in kaart gebracht. Daarnaast kan een analyse worden gemaakt van de verschillende risicofactoren waarvan bekend is dat zij gerelateerd zijn aan het probleem dat zal worden aangepakt. Onderzocht wordt welke risicofactoren een prominente rol spelen in de gemeenschap (risicoprofiel). Ook kan worden nagegaan welke beschermende factoren in de gemeenschap van belang zijn, over welke middelen de gemeenschap beschikt en welke voorzieningen ontbreken. Een deel van deze analyse is soms al gedaan en is zelfs de aanleiding voor het bijeenbrengen van de betrokkenen. Dit is de eerste informatie over de omvang van een gezondheidsprobleem en de oorzaken daarvan.
3. Na de analyse stellen de deelnemers het daadwerkelijke plan van aanpak vast. Aan de hand van het opgestelde risicoprofiel, een inventarisatie van (on)mogelijkheden en de visie van betrokkenen, worden prioriteiten gesteld. In dit stadium wordt besloten welke risicofactoren zullen worden aangepakt en welke interventies ingezet. Ook wordt besloten hoe het project te evalueren.

4. De laatste stap bestaat uit het uitvoeren en monitoren/evalueren van het project. In deze fase is een belangrijke rol weggelegd voor procesevaluatie. Door na te gaan of het project gelopen is zoals was gepland kan worden verklaard hoe een gevonden effect tot stand is gekomen of welke factoren verantwoordelijk zijn van het uitblijven hiervan. De uitvoering en evaluatie kunnen ook als twee afzonderlijke fasen worden gezien.

4.3 Plan van aanpak CIPDO

CIPDO is volgens deze planmatige aanpak opgezet. Dit heeft geleid tot de volgende opzet van het draaiboek.

4.4 Fase 1 en 2 Voorbereidingen, analyse en survey

In de voorbereidingsfase wordt definitief bepaald welke communities of wijken in het project betrokken worden. Verder wordt per community een projectgroep samengesteld waarbij samenwerkingsafspraken tussen de betrokken partijen in de wijk worden gemaakt, met name over inzet, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Uit eerdere projecten uit aanpalende sectoren is gebleken dat een heldere projectstructuur een belangrijke succesfactor is (ResCon, 1999). In deze fase worden ook de mogelijkheden om de einddoelgroep bij het project te betrekken onderzocht, in ieder geval ouderenorganisaties, mogelijk patiëntenorganisaties uit de geestelijke gezondheidszorg en wellicht depressieve ouderen zelf.

Verder wordt in elk van de drie wijken een survey gehouden gericht op het verkrijgen van een profiel van de wijken. Daartoe worden de volgende stappen ondernomen.

1. Verzameling bevolkingsgegevens: via databestanden van de gemeente, het CBS en andere beschikbare bestanden (afhankelijk van de regio).
2. Interviews met sleutelfiguren. Er worden tien tot twintig interviews gehouden met sleutelfiguren uit de groep van ouderen, gezondheidszorg, welzijnswerk en beleidsmakers, om informatie te verzamelen over de problematiek en behoeften aan ondersteuning als aanvulling op de enquête en om gegevens te verzamelen die uit de schriftelijke enquête niet naar voren komen.

Op basis van deze informatie wordt een profiel van de wijk samengesteld, met kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de omvang van de problematiek, de aard ervan en aangrijpingspunten voor interventies.

4.5 Fase 3 Plan van aanpak

De exacte invulling van elke activiteit kan, afhankelijk van de situatie in de wijk en de behoeften van de betrokkenen, aangepast worden. De hier gepresenteerde indeling is geen verplichtende systematiek, maar is bedoeld als flexibel hulpmiddel om per wijk een op de lokale situatie en behoeften afgestemde invulling te krijgen. Eerdere ervaringen met community-projecten in binnen- en buitenland hebben laten zien dat dit een van de centrale succesfactoren is (ResCon, 1999). In het hoofdstuk Draaiboek worden deze activiteiten nader uitgewerkt en toegelicht. Hier, en in het draaiboek zelf, wordt een volgorde gehanteerd. In werkelijkheid lopen de diverse activiteiten hoogstwaarschijnlijk tegelijkertijd.

In het plan van aanpak zijn diverse interventies gericht op respectievelijk beeldvorming, kennis, motivatie en verbetering zorg. Als het gaat om beeldvorming, kennis en motivatie, zijn er diverse voorlichtingsactiviteiten.

4.5.1 Voorlichting

Een regionale voorlichtingsdag over depressie voor ouderen. Het idee van deze dag is dat ouderen in de gelegenheid worden gesteld om zich op laagdrempelige wijze te laten informeren over depressie en een vragenlijst (stemmingstest) kunnen invullen op de aanwezigheid van een depressie.

Massamediale voorlichtingsactiviteiten gericht op ouderen en hun familieleden. Het bestaande voorlichtingsaanbod *Achter een lachend gezicht* wordt uitgevoerd. Dit is een *model of good practice* met een draaiboek voor voorlichtingsbijeenkomsten; informatiebrochures die worden verspreid via huisartsen, apotheken, gezondheidscentra, verzorgingshuizen, wijk- en dienstencentra, en dergelijke; persberichten in huis-aan-huis-bladen en regionale kranten/radio/televisie. Deze voorlichtingsactiviteiten zijn gericht op het onderwerp depressie, maar

kunnen ook gericht worden op gerelateerde onderwerpen, zoals rouw en eenzaamheid. Bij depressie is de voorlichting gericht op uitleg over het ziektebeeld en de mogelijkheden voor behandeling.

4.5.2 Verbetering in en rond de zorg

Als het gaat om verbeteringen in de zorg, gaat het om deskundigheidsbevordering van zorgverleners in de breedste zin van het woord, en om het organiseren van lichte vormen van hulp voor ouderen zelf.

Optimalisering van opvangmogelijkheden voor depressieve ouderen. Hierbij gaat het om optimalisering van opvangmogelijkheden voor depressieve ouderen door middel van deskundigheidsbevordering van intermediairen (trainingen en consultatie voor huisartsen, wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgenden, algemeen maatschappelijk werkenden, medewerkers van het gecoördineerd ouderenwerk, vrijwilligers van organisaties als de Zonnebloem, de UVV en het Rode Kruis, wijkagenten, medewerkers van maaltijdendiensten, medewerkers van indicatiecommissies voor verzorging- en verpleeghuizen, enzovoorts). Deze activiteiten zijn gericht op het verbeteren van de signalering van depressieve ouderen, het bevorderen van adequate doorverwijzing, ondersteuning en behandeling.

Lichte hulp aan ouderen met depressieve klachten en bevorderen hulpzoekgedrag. In deze fase worden activiteiten voor depressieve ouderen zelf georganiseerd. Het gaat daarbij om cursussen *Omgaan met depressie*, waarvan aangetoond is dat de effectiviteit redelijk goed is (Cuijpers, 1998). Afhankelijk van de behoeften in de wijk worden ook andere, gerelateerde interventies uitgevoerd zoals rouwgroepen (Van Lammeren & Geelen, 1995), en activiteiten gericht op eenzaamheid bij ouderen. Verder worden activiteiten gericht op familieleden aangeboden (cursussen *Omgaan met depressieve mensen* voor familieleden). Deze activiteiten zijn gericht op het bevorderen dat familieleden adequaat met de oudere omgaan, het bevorderen van hulpzoekgedrag en op het verminderen van de consequenties voor de familieleden zelf (overbelasting).

4.6 Fase 4 Evaluatie

Er wordt een evaluatiemoment afgesproken en de wijze waarop er geëvalueerd wordt. Dit is vastgelegd in het plan van aanpak. Op het voorgenomen moment wordt geëvalueerd op de tevoren overeengekomen wijze, op basis van vooraf overeengekomen criteria.

5 Draaiboek

5.1 Fase 1 en 2 Voorbereidingen, analyse en survey

In deze fase wordt gestart met het project. De projectleiders zoeken actief samenwerking met partnerinstellingen. Er wordt in kaart gebracht welke relevante activiteiten er al zijn en er wordt een profiel van de betrokken wijken gemaakt. Deze fase eindigt met een projectplan en projectstructuur, en een samenwerkingsovereenkomst tussen de participerende instellingen.

5.1.1 Interviews

Het project begint daadwerkelijk met het plannen en houden van interviews met potentiële samenwerkingspartners. Dit eerste gesprek heeft een aantal doelen.

- Uitleg geven over de doelstelling van het project
- Toetsen van belangstelling voor medewerking
- Inzicht krijgen in visie van betrokkenen op de problematiek
- Informatie krijgen over activiteiten van de betrokken organisaties en hun plannen

Het heeft voorkeur om dit gesprek aan de hand van een aantal thema's en bovengenoemde doelen te voeren. In bijlage 1 wordt een overzicht van thema's gegeven.

Het is de vraag hoe dit gesprek aan te kondigen: als een interview of bijvoorbeeld als een oriënterend gesprek. De term interview suggereert een systematische, onderzoeksmatige aanpak, maar kan ook suggereren dat het niet zozeer om samenwerking gaat. De term oriënterend gesprek klinkt vrijblijvender maar suggereert eerder wederkerigheid en participatie van de betrokkene. Het verdient aanbeveling om vooraf de vragen of thema's die in het gesprek aan de orde moeten komen op te sturen, evenals een korte beschrijving van de beoogde doelstellingen en opzet van het project. In bijlage 2 staat een voorbeeldtekst met informatie over het project.

De definitieve keuze van organisaties die worden benaderd kan per regio verschillen. De volgende organisaties moeten in elk geval worden benaderd.

- GGD
- Maatschappelijk werk
- Ouderen/welzijnswerk
- Thuiszorg
- Gemeente (portefeuillehouder, beleidsmedewerker)
- V&V (verzorgings- en verpleeghuizen)
- Vrijwilligersorganisaties (Humanitas)
- Zonnebloem
- Huisarts of voorzitter van regionale districtshuisartsenvereniging
- Vertegenwoordigers uit de doelgroep

Tip Keuze van de gesprekspartners

Het is vaak de vraag welke functionaris in een organisatie benaderd wordt in de startfase. Bij grotere organisatie is het een goed om de gesprekspartner op middelmanagement-niveau te kiezen, bijvoorbeeld een teamleider of een afdelingshoofd. Zij hebben zowel goed inzicht in wat er op de werkvloer speelt als inzicht in het strategisch beleid van de organisatie en het krachtenveld in de regio. Ook kunnen zij in hun positie het projectplan in het management van de organisatie of met de directeur bespreken. Ook in de eerste plenaire gesprekken over een projectplan kunnen zij de organisatie goed vertegenwoordigen. Na de eerste fase kunnen zij zich eventueel terugtrekken. Bij kleinere organisaties is de directeur vaak de beste gesprekspartner in deze eerste fase van het project.

Tip Omgaan met ontkenning

Het is goed mogelijk dat sommige gesprekspartners in het eerste gesprek het belang van het project ontkennen. 'Volgens mij komt er weinig depressiviteit voor' of 'Ik zie weinig depressieve ouderen', dit zijn uitspraken die soms gedaan worden. Op deze momenten is het van belang om de belangrijkste wetenschappelijke kennis op dit terrein paraat te hebben en deze te kunnen voorleggen aan de gesprekspartner. Op dit moment is het ook van belang om te memoreren dat het in dit project om preventie gaat. Het gaat niet om ouderen die ernstig depressief zijn (dat is in het algemeen beter te onderkennen), maar juist om ouderen lichte of matige klachten hebben. Juist bij deze doelgroep is depressie moeilijker te signaleren of wordt de somberheid goed gemaskeerd.

Belangrijkste argumenten voor een community-benadering

- Depressie bij ouderen is een veelvoorkomende psychische ziekte
- Het aantal ouderen met matige-ernstige depressieve klachten is groot. Ongeveer 15%
- Deze ouderen hebben een verhoogd risico om depressief te worden.
- Depressieve klachten hebben grote invloed op de kwaliteit van leven.
- Onderzoek wijst uit dat juist depressieve klachten bij ouderen niet worden onderkend.
- Er is een aantal effectieve hulpbronnen voor ouderen met depressieve klachten.
- Ouderen maken echter minder snel gebruik van deze hulpbronnen.
- Een goede manier om meer ouderen te bereiken is intensievere voorlichting en informatieverstrekking, goede samenwerking tussen diverse organisaties.
- Vroegtijdige interventies zijn belangrijk om erger te voorkomen (chroniciteit).
- Preventieve interventies zijn effectief.

Ervaringsvoorbeeld

In een gesprek met een huisarts vertelde hij mij dat hij ouderen met depressieve klachten in zijn praktijk juist heel goed in het vizier had. En dat niet alleen. Zodra een oudere zijn spreekuur bezocht met dergelijke klachten, kwam hij meteen in actie om een verergering van de klachten te voorkomen. Dit preventieproject zou dan ook overbodig zijn. Daarop vroeg ik hem naar recente voorbeelden. Hij zocht naar ouderen van wie hij depressieve klachten had geregistreerd en voorbeelden van de wijze waarop hij als huisarts in actie kwam. Daarvoor ging hij op zoek in zijn elektronische patiëntendossiers. Hij vond geen enkel voorbeeld. Dit kwam ik veel vaker tegen in gesprekken. Mensen geven snel aan dat ze iets al doen. Maar als ik dan naar voorbeelden vraag, dan blijft het blanco.

Tip Informeren en overleg met afdeling ouderen

Het ligt misschien voor de hand, maar wordt snel vergeten: het verdient aanbeveling om in een vroeg stadium met de circuitmanager ouderen te overleggen. Die zal uiteindelijk tijd en menskracht moeten leveren in de uitvoeringsfase. Ook kan die goede argumenten hebben om voor een bepaalde wijk te kiezen of alvast enige informatie te geven over organisaties en te benaderen personen. Vaak kan die bijvoorbeeld tips geven over enthousiaste huisartsen.

Tip De spin in het web van informele zorg

In elke wijk is vaak wel een belangrijke informele leider. Juist zij hebben veel ingang bij en veel informatie over ontwikkelingen in de wijk. De laatste vraag van het interview (zie bijlage 1) is erop gericht om deze mensen op het spoor te komen.

5.1.2 Resultaten interviews

Na een ronde van interviews worden de resultaten beschreven. Het heeft aanbeveling om dit op geaggregeerd niveau te doen. Een voorbeeld van een dergelijke analyse wordt gegeven in bijlage 3. De belangrijkste eerste vragen kunnen worden beantwoord.

- Hoe is in het algemeen de bereidheid tot samenwerking?
- Wordt de zin van het project onderstreept?
- Wie zijn het meest enthousiast? Wie het minst? Met andere woorden, wie wil actief meewerken?
- Welke belangrijke aandachtsgebieden kwamen naar voren?
- Welke projecten en activiteiten zijn er al?

Maar de interviews kunnen ook *informele* informatie hebben opgeleverd die je niet in een projectplan zult zetten, maar wel zinvol is als achtergrondinformatie.

- Wat zijn gevoelige punten op het terrein van personen of samenwerking?
- Is er sprake van machtsstrijd?
- Wat is de mening over de GGZ?
- Spelen er mogelijk verborgen agenda's?

Ervaringsvoorbeeld

De samenwerking kan naast vele voordelen ook gevoelige kanten hebben. Zo bleek de samenwerking in mijn regio in de stuurgroep niet altijd vlekkeloos te verlopen. Ongeveer een jaar na de start van het project raakte de samenwerking in een dip. Iedereen leunde tevreden achterover en ik kreeg het idee dat ik alleen de kar moest trekken. Daarop laste ik een tussenevaluatie in en stelde dit punt aan de orde. Tot mijn verrassing bleken de partnerinstellingen een ander idee over samenwerking te hebben. Het was toch immers een initiatief van de Riagg waaraan zij hun medewerking verleenden? Ik legde uit dat ik een pro-actieve houding verwachtte van de instellingen en een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit kwam maar gedeeltelijk over. Dat was voor mij een reden om een stapje terug te doen.

5.1.3 Regioprofiel

In de eerste fase wordt ook een regioprofiel gemaakt. Een regioprofiel bevat de volgende kerngegevens over de regio die in eerste instantie is geselecteerd.

- Aantal ouderen dat in de regio en in verschillende wijken woont
- Gegevens over sociaal-economische status
- Gegevens over etniciteit
- Gegevens over burgerlijke stand
- Gegevens over verweduwing
- Gegevens over leeftijd
- Gegevens over depressiviteit bij ouderen
- Gegevens over lichamelijke gezondheid
- Gegevens over inschrijvingen bij GGZ
- Gegevens over sociale geografie

Als bronnen kunnen worden gebruikt:

- Cijfers CBS
- Bevolkingsonderzoek GGD
- Registratiegegevens van GGZ-instellingen
- Gemeentegids
- Rapporten/nota's van andere organisaties

Het heeft aanbeveling aan de GGD te vragen dit regioprofiel te maken. Zij hebben vaak al veel gegevens beschikbaar en het behoort tot hun kernexpertise.

Op basis van een regio-overzicht, op basis van de interviews en in overleg met de projectpartners kan de keuze voor een specifieke regio worden gemaakt. Van dit gebied kan een speciale wijkprofiel worden gemaakt. In bijlage 4 en 5 wordt een voorbeeld gegeven van een regioprofiel.

Betekenis regioprofiel

Het regioprofiel kan op verschillende manieren bijdragen aan de concrete invulling van de community-interventie. Het helpt om de keuze te maken voor een deelregio of een aantal specifieke wijken.

Voorbeelden zijn: wijken waar relatief veel ouderen wonen, wijken met een hoog percentage verweduwing, of wijken met een lage sociaal-economische status.

Het regioprofiel helpt ook om te onderzoeken of het beschikbare aanbod goed aansluit bij de meest voorkomende problematiek. Zijn er al voldoende activiteiten voor weduwen en weduwnaars? Zo niet, dan kan besloten worden om juist voor dit thema nieuwe interventies te introduceren. Komen chronische ziekten relatief veel voor, dan kan worden gedacht aan de cursus *Leren leven met een chronische ziekte* enzovoort. Ook bij de invulling van specifieke voorlichtingsbijeenkomsten in fase 3, kan met het regioprofiel rekening worden gehouden.

Tip Rondleiding door gemeenteambtenaar of informele sleutelfiguur

Overweeg de mogelijkheid om eens een keer met een gemeenteambtenaar of informele sleutelfiguur een wandeling te maken door het gekozen gebied. Zij kunnen al veel achtergrond informatie over de wijken geven. Zo krijgen de cijfers klank en kleur. Het is ook zinvol om iets van de achtergrondinformatie of een foto in het projectplan op te nemen. Het bevordert de levendigheid van het project.

Keuze van regio

Er is geen a-priori optimale schaalgrootte van de regio te bepalen. Er kan gekozen worden voor één of twee wijken. Deze keuze ligt voor de hand wanneer juist in deze wijken veel gezondheidsproblemen spelen en men de primaire zorgverleners actief wil gaan ondersteunen. De keuze voor een grotere regio (deelgemeente of gemeente) ligt voor de hand wanneer men in eerste instantie breed de samenwerking tussen zorginstanties wil verbeteren en wanneer bepaalde wijken er niet in negatieve zin uitspringen.

Andere overwegingen zijn bijvoorbeeld het ontbreken van samenwerkingsverbanden of juist het al aanwezig zijn een goede samenwerking. In het eerste geval is van belang om meer tijd te nemen voor de eerste fasen van het project. In het tweede geval is het voordeel dat men in het algemeen sneller te werk kan gaan.

Tip Contact gemeente

In deze fase kan een kennismakingsgesprek met allereerst de beleidsambtenaar en daarna de wethouder (welzijn) gehouden worden. De beleidsambtenaar heeft een adviserende rol. Via deze weg kan het project inzichtelijk gemaakt worden. Door iets voor ouderen en zeker ouderen met depressieve klachten te gaan betekenen krijgt de gemeente iets. Zij kunnen zich hiermee profileren. In dit gesprek kan draagvlak gecreëerd worden, onderzocht of het project past binnen de speerpunten van de gemeente en gekeken worden of de gemeente een bijdrage kan leveren. Mogelijk is er voor deelactiviteiten extra financiering mogelijk. Stuur voor het gesprek een A4 met informatie. Houd de ambtenaar en de wethouder na het gesprek regelmatig op de hoogte van de voortgang. Daarnaast is het ook handig om contact op te nemen met de voorlichter van de gemeente. Deze persoon heeft een uitgebreid netwerk en wil misschien wel bijdragen aan activiteiten.

5.1.4 Plan van aanpak

De eerste fase wordt afgerond met het schrijven van een projectplan en het definitief inrichten van de projectorganisatie (zie hierna). In het projectplan staan de volgende onderwerpen.

- Aanleiding
- Doelstellingen
- Winst voor betrokken organisaties
- Keuze deelregio
- Wijk of regioprofiel
- Activiteiten
- Projectorganisatie
- Communicatie
- Fasering en tijdsplanning
- Begroting

In bijlage 6 wordt een voorbeeld van een projectplan gegeven.

Tip Het maken van een samenwerkingsconvenant

Het verdient aanbeveling om aan de directies van betrokken organisaties een korte samenwerkingsovereenkomst te laten tekenen. Het projectplan, waaronder de projectorganisatie, kan daarbij als bijlage fungeren. Dit geeft het project een formele basis en voorkomt dat organisaties halfhartig ja zeggen tegen het project. Op basis van dit convenant kunnen organisaties worden aangesproken op hun bijdrage. Het is een toetssteen voor het draagvlak voor het project. (Zie bijlage 6)

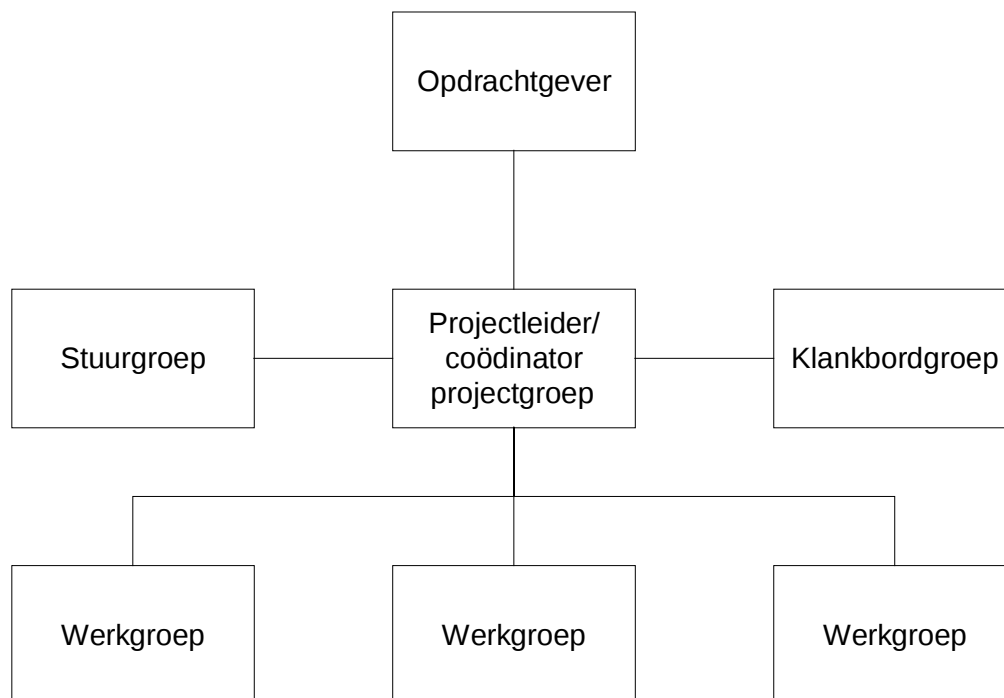
Winst voor betrokken organisaties

De afdeling preventie is voortrekker van het project. Zij kan daarmee de basisfinanciering leveren voor de projectcoördinatie/-leiding. Los van de beoogde resultaten bij de doelgroep is het goed om al in het projectplan ook de voordelen voor de betrokken organisaties te noemen. Deze zijn bijvoorbeeld:

- (Gratis) deskundigheidsbevordering medewerkers
- Toename kwaliteit van werk en werksatisfactie medewerkers
- Betere verwijsmogelijkheden en samenwerking
- Uitvoering van nieuwe goede producten
- Toename mogelijkheden voor gezamenlijke lobby
- Positieve PR voor de eigen organisatie

5.1.5 Projectorganisatie

De projectorganisatie kan er als volgt uitzien.



De opdrachtgever zal in zijn algemeenheid de directie zijn van de instelling waar de betreffende preventieafdeling onder valt. Het is goed om taken en verantwoordelijkheden van opdrachtgever, projectleider/coördinator, stuurgroep en klankbordgroep duidelijk van elkaar te scheiden en helder te beschrijven in de projectstructuur.

In de stuurgroep nemen directies of managers van betrokken instellingen zitting. Zij komen bijvoorbeeld 2 keer per jaar bijeen en volgen het project op hoofdlijnen. Zij adviseren over het projectplan en deeltrajecten.

In de projectgroep zitten de medewerkers die betrokken zijn bij de uitvoering van het project. Zij overleggen regelmatig over de voortgang en werkafspraken. Het kan zinvol zijn om daarnaast aparte werkgroepen in te stellen voor grotere taken, zoals het organiseren van de Public Relations en de voorlichtingsdagen.

Ook kan het zinvol zijn om een klankbordgroep samen te stellen waar vooral vertegenwoordigers uit de doelgroep aan deelnemen. Er kan ook voor gekozen worden om bijvoorbeeld twee vertegenwoordigers aan de projectgroep deel te laten nemen.

Ervaringsverhaal

De klankbordgroep in Velsen was samengesteld door aan sleutelfiguren in de gemeente namen van mensen te vragen die zij geschikt achtten om in een kritische klankbordgroep deel te nemen. Nadat zij door de contactpersoon op de hoogte waren gebracht, had ik met de kandidaten een kennismakingsgesprek. Bij de selectie hield ik rekening met de wens van een brede samenstelling, verdelingen tussen mannen en vrouwen, motivatie en achtergrond van de deelnemer. Het gemeenschappelijke van de deelnemers was dat zij allen een depressie hadden doorgemaakt in het verleden. We kwamen elke drie maanden bij elkaar om de voortgang van het project te bespreken. Ik vond het zinvol. Als professional denk ik in een specifiek kader. Door het contact met de 55+ groep werd dat kader verruimd, waardoor ik meer zicht kreeg in de belevingswereld, de wensen en behoeften en ideeën van de doelgroep. Dit dwong me om regelmatig onze plannen bij te stellen.

Tip Deelname manager ouderenzorg

In eerste instantie zal vooral de projectgroep bijeenkomen. Afhankelijk van wie in deze fase van het project bij het opstarten betrokken zijn, kan het handig zijn om in deze fase van het project de manager van de afdeling of het circuit ouderen te vragen om mee te doen. Hiermee wordt het belang van het project onderstreept. Ook kan hij helpen sturing te geven aan het project. Tenslotte bevordert dit de medeverantwoordelijkheid en draagvlak vanuit het circuit ouderen. In de volgende fasen doet het project namelijk een groot beroep op de inzet van medewerkers van het circuit of afdeling ouderen.

5.1.6 Voorwaarden

De community-interventie Preventie van depressie ouderen is een complexe, intensieve interventie. Het richt zich niet op het introduceren van een interventie maar eerder op het bewerkstelligen van een optimale structuur voor signalering en (preventieve) hulp aan ouderen met depressieve klachten. Het beweegt zich op meerdere niveaus.

- Ontwikkelen van een samenhangend preventief hulpaanbod
- Optimaliseren van de samenwerking
- Communicatie en PR

Het is een lange termijn investering en daarmee een diepte-investering die zeer de moeite waard is maar wel een aantal voorwaarden stelt voor de uitvoering. Deze worden hieronder benoemd.

Commitment van de eigen instelling

Het uitvoeren van de community-interventie is alleen zinvol en haalbaar wanneer het expliciet past in de missie en het beleid van de GGZ-instelling en wanneer er voldoende draagvlak is bij de directie en het circuitmanagement. Alleen dan zal er voldoende continuïteit zijn. Omdat de interventie een brede doelstelling nastreeft (verbetering samenwerking, PR instelling) is het reëel om tijdelijk extra (financiële) ondersteuning van de directie te vragen.

Commitment bij de collega-instellingen

Er moet voldoende commitment zijn bij het management en bestuur van de collega-instellingen. Het project doet een beroep op de capaciteiten van medewerkers van deze instellingen. Dit moet het management faciliteren. Het projectplan en samenwerkingsconvenant zijn een belangrijk meetmoment.

Deskundigheid en beschikbare tijd projectleider

De community-interventie wordt geleid door een ervaren projectleider. Deskundigheden zijn gewenst op de volgende terreinen.

- Aansturen complexe projecten
- Strategisch opereren
- Netwerkbenadering
- Resultaatgericht

De aansturing van het project vergt tot en met fase 2 20 tot 24 uur per week vergen. Vanaf fase 3 is dit 12 tot 16 uur per week. Ook moet er voldoende secretariële ondersteuning beschikbaar zijn.

5.2 Fase 3 Uitvoering Plan van aanpak Voorlichting

5.2.1 Grootschalige voorlichtingsdag

In de Verenigde Staten wordt jaarlijks een nationale screeningsdag rondom depressie georganiseerd. In ziekenhuizen of zorgcentra kunnen ouderen en volwassenen zich laten screenen op depressie. In Nederland is grootschalige screening op depressie op dit moment omstreden. Het idee is dat de nadelen van schending privacy en van ontregelende werking het voordeel van vroegtijdige opsporing overheersen. Daarom is een alternatieve activiteit ontwikkeld: open dag met als thema depressie. Op deze dag presenteren alle zorginstellingen hun aanbod, wordt voorlichting gegeven, kunnen mensen als ze dat willen een gesprek hebben met een hulpverlener en mensen kunnen een eenvoudige vragenlijst invullen over depressieve klachten, en is er muziek en eventueel cabaret. Het thema depressie kan ook worden ingebed in een breder thema van een gezondheidsmarkt waarbij voorlichting wordt gegeven over allerlei thema's. De dag is vergelijkbaar met de dag van de geestelijke gezondheid die jaarlijks door het NFGV wordt georganiseerd. In feite geeft de dag ruimte voor allerlei creatieve initiatieven. PR voor deze dag gebeurt door massale verspreiding van posters, folders, persberichten en advertenties in de krant. Een optie is om een speciale depressiekrant te maken en deze bijvoorbeeld mee te laten zenden met een regionale krant. In bijlage 9 worden diverse voorbeelden van de opzet van deze dag en bijbehorende aankondigingen gegeven.

Ervaringsverhaal

Op de gezondheidsmarkt Gezond en Wel konden ouderen zich niet alleen op depressiviteit laten testen, maar ook op verschillende lichamelijke functies. Hoewel voorlichting over depressiviteit bij ouderen het centrale thema van de dag was, hebben we het aanbod verbreed naar de somatische kant, omdat ouderen over het algemeen meer op somatische dan op psychische klachten gericht zijn. De verwachting was dat een breder aanbod beter aansloot bij de interesse en wensen van ouderen, zodat een breder publiek bereikt zou worden.

Ongeveer 230 mensen uit Haarlem Noord, overwegend ouderen, hebben de markt bezocht. De gemiddelde leeftijd is 71 jaar, een kwart van de bezoekers is ouder dan 80. Het openingspraatje van de wethouder, de theatervoordracht en de video hadden als onderwerp ouder worden en depressiviteit. Op de tentoonstelling Een gewaarschuwd mens van de Stichting Consument & Veiligheid konden mensen zich op verschillende lichaamsfuncties laten testen. Vijftien organisaties zoals de GGD, ouderenadviseurs, algemeen maatschappelijk werk, het welzijnswerk, Thuiszorg, de mantelzorg, maaltijdvoorzieningen hebben meegewerkt aan de uitvoering van de markt. Bij de kraam van de GGD konden mensen bijvoorbeeld bloeddruk en vetgehalte laten opmeten. De kraam van De Geestgronden is druk bezocht. De helft van de ouderen heeft een stemmingstest ingevuld. Veertig procent heeft zich laten voorlichten over depressie. Tenminste veertien procent van de bezoekers heeft een score die op depressiviteit kan duiden. Van deze groep geeft iedereen aan iets te hebben gehad aan de informatie van De Geestgronden. Van alle bezoekers heeft een kwart deze mening.

5.2.2 Depressiekrant

Op de website van het Trimbos-instituut wordt een voorbeeld gegeven van een speciale depressiekrant². In bijlage 10 staat een voorbeeld van deze speciale depressiekrant. Het geeft de mogelijkheid om op een lichtvoetige manier en vanuit allerlei perspectieven en personen het onderwerp te belichten. Ook kan een eenvoudige zelftest in de krant worden opgenomen. Door vorm en inhoud kan de krant een aantrekkelijk alternatief zijn voor informatieve folders. Het maken van de krant kost wel relatief veel tijd en is kostbaar. Het verdient aanbeveling om het schrijven van de krant uit handen te geven aan bijvoorbeeld een freelancerjournalist. Overweeg een interview met een bekende regionale persoonlijkheid die weet wat het is om een depressie door te maken.

² Zie laatste alinea van de inleiding voor de precieze vindplaats van deze bestanden.

Tip Thema van de dag

Overweeg om de voorlichtingsdag een positief thema te geven, bijvoorbeeld *De kunst van het ouder worden* of *Zin in ouder worden*. Het voordeel is dat de drempel om naar de dag toe te komen lager wordt; immers mensen worden eerder geprikkeld door positieve boodschappen. Een nadeel kan zijn dat minder mensen uit de beoogde doelgroep komen. Al is dat tegelijkertijd ook weer de vraag; ook zij laten zich immers eerder mobiliseren door positieve boodschappen. In deze fase worden ook kleinschalige bijeenkomsten georganiseerd die echt focussen op het thema depressie.

Tip Creatieve invulling aan de dag

Wanneer het haalbaar is, geeft juist deze voorlichtingsdag gelegenheid voor een creatieve invulling. Zo kunnen ouderen van te voren een fotocamera krijgen waarmee zij hun eigen omgeving fotograferen; te denken valt aan een tentoonstelling over allerlei activiteiten van en voor ouderen in het sociaal-cultureel werk; of aan het verzamelen van verhalen over de wijk/regio waar de mensen wonen, en deze bundelen. Juist van deze onderdelen en muzikale inbreng hebben een grote wervende kracht.

5.2.3 Voorlichtingsbijeenkomsten

Behalve breed opgezette voorlichtingsdagen kunnen specifieke kortdurende voorlichtingsbijeenkomsten worden georganiseerd over het thema depressie. Tijdens deze bijeenkomsten kan een film worden vertoond (bijvoorbeeld *De kunst van het ouder worden*) en kunnen korte inleidingen over het onderwerp worden gehouden. Meestal leven er veel vragen onder de deelnemers en is het zinvol daar ruim de tijd voor te nemen. De keuze van de locatie is belangrijk. Juist voor deze bijeenkomsten is een toegankelijke, laagdrempelige locatie van belang. Bij de opzet van de voorlichtingsbijeenkomsten kan gebruik worden gemaakt van *Achter een lachend gezicht*.

Tip Verbinding met gelijksoortige thema's

Overweeg om andere thema's (die met depressie samenhangen) centraal te stellen tijdens voorlichtingsbijeenkomsten. Denk bijvoorbeeld aan omgaan met een chronische ziekte, zingeving, verlies van partner, greep op je leven, bewegen en gezondheid, of de kunst van het ouder worden. De keuze van het thema kan mede worden bepaald door het wijkprofiel: zijn er veel verweduwd en alleenstaanden? Zijn er relatief veel ouderen op hoge leeftijd? Hoe is de gemiddelde lichamelijke gezondheid? Tijdens dergelijke bijeenkomsten kan ook meer worden gefocust op een specifieke interventie die beschikbaar is.

Tip Inzet ervaringsdeskundigen en lotgenoten

Juist deze voorlichtingsbijeenkomsten lenen zich goed om ervaringsdeskundigen/lotgenoten in te zetten. Zij kunnen vertellen over de betekenis van het volgen van een cursus of het hebben van gesprekken met hulpverleners. In het algemeen maken deze verhalen veel indruk op de aanwezigen.

5.2.4 Artikelen, radio en TV

In de derde fase kan ook gestart worden met een cyclus van artikelen in regionale of lokale kranten, radio en/of TV. Het is van belang om te beseffen dat de herhaling van belang is bij aandacht in de media. Na een eerste artikel over depressie, kunnen vervolgens specifieke thema's als hierboven genoemd aan de orde komen.

5.3 Fase 3 Uitvoering Plan van aanpak Verbetering in en rond de zorg

5.3.1 Deskundigheidsbevordering

Het doel van de deskundigheidsbevordering is om professionals en vrijwilligers die in hun werk direct contact hebben met ouderen depressieve klachten beter te laten signaleren en handvatten te geven voor het motiveren van ouderen met depressieve klachten om hulp te zoeken.

Voor het uitvoeren van de deskundigheidsbevordering kan worden verwezen naar het draaiboek van *Achter een lachend gezicht*. Voor verschillende doelgroepen is een trainingsprogramma met bijbehorende materialen uitgewerkt.

In het algemeen is het verstandig met de volgende factoren rekening te houden.

- Maak de te trainen groepen niet te divers qua opleiding en voorkennis. Dit voorkomt dat deelnemers te veel verschillende verwachtingen hebben van de bijeenkomsten.
- Eén bijeenkomst van een dagdeel is te weinig. Bij voorkeur beslaat de deskundigheidsbevordering minimaal twee bijeenkomsten. In de eerste bijeenkomst kan vooral het accent gelegd worden op herkenning en het onderscheiden van depressie van andere klachten. In de tweede bijeenkomst kan dan vooral worden geoefend met gesprekstechnieken en motiveren. Het verdient voorkeur om in deze bijeenkomst de deelnemers ook te laten oefenen.

Tip In de praktijk

Het is van belang om het geleerde snel in de praktijk te brengen. Na twee bijeenkomsten geven veel deelnemers aan dat ze vinden dat hun kennis is toegenomen maar dat ze niet weten of ze het ook kunnen toepassen. Maak hierover een afspraak. Gezien de omvang van de problematiek moet het zo zijn dat iedereen die beroepshalve veel in contact komt met ouderen gedurende een maand één of meerdere ouderen met depressieve klachten ontmoet. Spreek bijvoorbeeld af dat iedereen minimaal één keer dit onderwerp ter sprake brengt. Na een maand wordt geëvalueerd. Dit kan

tijdens een terugkombijeenkomst of tijdens een regulier werkoverleg waar de trainer bij aanwezig is. Gestimuleerd kan worden om het signaleren van depressie een vast agendapunt te laten zijn tijdens werkoverleg van de diverse organisaties. Een goede afspraak is ook om te laten registreren hoe vaak signalen van depressiviteit worden besproken en welke actie werd ondernomen. Het is uiteindelijk een belangrijk meting van het succes van het project en levert waardevolle en motiverende feedback op aan de medewerkers.

De deskundigheidsbevordering is een intensieve fase in het project. Het is zinvol om vooraf goed te bepalen wat haalbaar is en hoeveel bijeenkomsten wenselijk en uitvoerbaar zijn. Het is ook zinvol om te faseren door bijvoorbeeld het ene jaar een aantal organisaties te trainen en het volgende jaar de andere.

Ervaringsverhaal

Een aandachtspunt bij het trainen van vrijwilligers is dat de onderlinge verschillen in opleidingsniveau en ervaring groot zijn. Het belangrijkste dat ik geleerd heb is om vooraf met degene die leiding geeft aan de vrijwilligersactiviteiten goed door te spreken welke activiteiten de vrijwilligers precies doen, wat hun achtergronden zijn, en wat hun behoeften en verwachtingen zijn. Op grond van dit oriënterende gesprek wordt een programma gemaakt, dat van te voren wordt kenbaar gemaakt aan de deelnemers van de scholing. Degene die de scholing geeft moet er op bedacht zijn dat onder deze groep deelnemers, zeker als de deelnemers al wat ouder zijn, mensen zitten die zelf ook depressieve klachten hebben. Ook hiermee moet rekening gehouden worden in het programma.

Het doel van de scholing is dat vrijwilligers een zogenoemd niet-pluis-gevoel serieus nemen en bepreken met de daarvoor aangewezen persoon binnen de vrijwilligersorganisatie. Afhankelijk van het soort vrijwilligerswerk kan ingegaan worden op wat de vrijwilliger verder kan doen in het contact met de depressieve oudere.

Voorlichtingsprogramma's

Er zijn diverse voorlichtingsprogramma's beschikbaar. De bekendste is *Achter een lachend gezicht*. Dit is een kant-en-klaar-pakket met een video en diverse leermaterialen. Een nadeel kan zijn dat deze voorlichting zich richt op mensen met een ernstige depressie. Zo gaat de video uitgebreid in op de mogelijkheden van shocktherapie. Echter de doelgroep van de CIPDO is de groep ouderen met matige depressieve klachten. Sinds kort is een nieuwe documentaire op video beschikbaar *De kunst van het ouder worden*. Deze film is gemaakt door Parnassia voor het CIPDO-project³. Ouderen komen aan het woord die depressieve klachten hadden en vertellen hoe zij daarmee zijn omgegaan, waaronder het volgen van een preventieve cursus. Ook is er aandacht voor beschermende factoren en de positieve rol die de wijk kan spelen.

Door het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) zijn deskundigheidsbevorderingsprogramma's ontwikkeld over depressie voor huisartsen. Het voordeel is dat deze pakketten geaccrediteerd zijn. Dit maakt het volgen van het deskundigheidsbevorderingsprogramma voor huisartsen aantrekkelijk. Door het NFGV is een uitstekende brochure gemaakt over depressie. De deskundigheidsbevorderingsprogramma's in de bijlagen zijn gedeeltelijk op deze materialen gebaseerd.

5.3.2 Subsidieaanvraag PR-beleid

In de voorbereiding van de voorlichtingscampagne en -dagen, is het aan te raden om voor de diverse activiteiten aanvullende subsidie aan te vragen bij regionale fondsen. Onderdelen van dat PR-beleid kunnen zijn:

- Ontwikkelen gezamenlijk logo
- Ontwikkelen brochure met gezamenlijke producten
- Ontwikkelen gezamenlijke depressiekrant
- Uitvoering voorlichtingsdagen

Ook zonder aanvullende subsidie kan *low budget* aan PR en voorlichting worden gedaan. Echter, extra geld geeft uiteraard meer mogelijkheden. In het algemeen worden dergelijk gezamenlijk gedragen projecten die direct aan cliënten ten goede komen gewaardeerd door fondsen. Een alternatief is om aanvullende subsidie bij de gemeente of wethouder te vragen.

³ Deze film en bijbehorend materiaal zijn te bestellen bij het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl of 030-2791180).

5.3.3 Gesprek met wethouder of portefeuillehouder zorg en welzijn

Het is een optie om een gesprek met de wethouder of portefeuillehouder te hebben. Het doel van dit gesprek is om deze persoon op de hoogte te brengen van de ontwikkelingen. Hem kan worden gevraagd een praatje te houden op een voorlichtingsdag. Voor het behoud en implementatie van de bereikte resultaten is inbedding in het gemeentelijke (OGGZ)beleid van groot belang. Mogelijk kan hij nog financieel bijdragen aan het project. Het project richt zich immers op een deel van zijn electoraat dat de komende jaren alleen maar belangrijker zal worden.

5.3.4 Gezamenlijk spreekuur of adviespunt

Een veelvoorkomend probleem is dat voorzieningen ontbreken waar intermediairen en ouderen zelf terecht kunnen met vragen over en signalen van depressieve klachten. Een spreekuur of adviespunt kan hierin voorzien. Het geeft de mogelijkheid om laagdrempelig en structureel signalen te 'onderzoeken'. De oudere kan hier advies krijgen: er wordt bekeken wat er precies aan de hand is (diagnostiek), en mogelijke oplossingsrichtingen worden in kaart gebracht en uitgevoerd. Ook kan vanuit dit adviespunt consultatie worden gegeven aan zorgverleners en mantelzorgers.

Het adviespunt maakt daarbij optimaal gebruik van de bestaande instellingen en interventies: activiteiten in de wijkcentra, bezoekgroepen, burenhulp, AMW, Thuiszorg, GGZ-instelling, preventieve cursussen, huisartsen. Het adviespunt is gericht op het vergroten van de zelfsturende en zelfoplossende vermogens van de ouderen. Het moet geen laagdrempelige intake-locatie worden. Het gaat met andere woorden uitdrukkelijk niet om het creëren van zorgafhankelijkheid. De doelgroep bestaat vooral uit ouderen met milde en matige depressieve klachten. Ouderen met een depressieve stoornis moeten via de reguliere kanalen worden verwezen worden naar een GGZ-instelling.

In bijlage 9 wordt een projectplan voor het instellen van een spreekuur weergegeven.

Tip Bedenk een passende naam en logo

Logo's en een herkenbare naam geven het project een gezicht, vergroten de herkenbaarheid van het project en bevorderen de gemeenschappelijkheid van een project. Daarmee dragen ze bij aan de doelstellingen van het project. Wanneer voldoende financiën beschikbaar zijn is het te overwegen om hiervoor een professionele vormgever in te huren.

5.3.5 Lichte vormen van hulp met preventieve cursussen

Hier ligt het accent op uitvoering van het preventieve aanbod. Mogelijk hebben alle andere activiteiten al geleid tot diverse aanmeldingen voor de preventieve cursussen. Mogelijk moet er nog aanvullend worden geworven. Het is van belang om alle intermediairen goed op de hoogte te stellen van de te starten cursussen. Zij kunnen op basis van de ontvangen trainingen ouderen met depressieve klachten actief motiveren om deel te nemen aan de cursussen.

Vervolgens wordt het beschikbare en nieuwe aanbod onder de aandacht van ouderen gebracht en uitgevoerd. Het is van belang om de cursussen laagdrempelig aan te bieden en rekening te houden met reisafstanden.

5.4 Fase 4 Evaluatie

5.4.1 Evaluatieverslag

In dit verslag komen vooral de volgende thema's aan de orde.

- Beschrijving feitelijke activiteiten
- Beschrijving resultaten
- Ideeën voor continuïteit/structurele inbedding
- Randvoorwaarden
- Verbeterpunten

Het verslag wordt besproken in de projectgroep en stuurgroep. Wat vindt men van de bereikte resultaten? Op welke wijze wil men bijdragen aan een structurele inbedding van de community-interventie?

Ervaringsverhaal

Aan het einde van het project inventariseerde ik wat de betrokken organisaties gewonnen hadden met dit project. Iedereen was zeer tevreden. Door de scholing waren de medewerkers van hun instelling beter uitgerust om met psychische problematiek bij de ouderen om te gaan. Er was veel aandacht in de pers geweest en men merkte dat er veel vaker vragen over preventie werden gesteld door ouderen.

Tip Interviews

Het kan zinvol zijn om een aantal samenwerkingspartners individueel te interviewen in het kader van de evaluatie. Wat vinden zij van de resultaten? Ervaren zij winst voor de eigen organisatie? Waar bestaat die winst uit? Zijn ze bereid om de inzet te continueren? Welke verbeterpunten zien zij?

Deze interviews kunnen veel kwalitatieve informatie opleveren die mede het succes van een project zichtbaar maken. Denk bijvoorbeeld aan: verandering in beeldvorming over de GGZ-instelling, tevredenheid van medewerkers over inhoud werk. De interviews geven tevens inzicht in het commitment en draagvlak van instellingen voor de toekomst. Dit draagt bij aan een realistisch vervolgplan.

Tip Gesprek met directie

Bespreek de resultaten en het verslag uitgebreid met de eigen directie. Laat daarbij zien hoe het project heeft bijgedragen aan de public relations en beeldvorming van de eigen instelling. Bespreek het belang om activiteiten te continueren.

Tip Feestelijke afsluiting

Sluit het project feestelijk en gezamenlijk af, bijvoorbeeld met een symposium of studiemiddag. Het is belangrijk om de resultaten aan externen te presenteren, bijvoorbeeld de gemeente. Maak hen op deze wijze mede verantwoordelijk voor de continuïteit.

Literatuur

Assema P, Willemsen M (1993). Community-projecten. In: Damoiseaux V, Van der Molen HT, Kok G. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen, van Gorcum.

Bracht N (1990). Health promotion at the community level. Newbury Park, Sage.

Bracht N, Gleason J (1990). Strategies and structures for citizen partnerships. In: Bracht N. Health promotion at the community level. Newbury Park, Sage, p. 109-124.

Cuijpers P (2003) De Ziektelast van psychische stoornissen en de onontkoombaarheid van 'public mental health'. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2003 (1).

Haes WFM de, Voorham AJJ, Mackenbach JP (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam, opzet, uitgangspunten en beschrijving van proces. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2002 (7).

Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW (2002). Promotion science-based prevention in communities. Addictive Behaviors Vol 27 (6).

Lammeren P van, Geelen K (1995). Verbitteren of verbeteren. Trimbos-instituut.

Mittelmark MB (2001). Investing in communities: principle, panacea or placebo? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2001 (8).

Mrazek PJ, Haggerty RJ (1994). Reducing risks for mental disorders; frontiers for preventive intervention research. National Academy Press, Institute of Medicine.

Oers JAM van, Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002, RIVM

Pentz MA, Dwyer JH, MacKinnon DP et al. (1989). A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. JAMA 261, 3259-3266.

Prochaska JO & DiClemente CC (1985). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395

Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P (2003). Wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie: epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen, Trimbos-instituut.

Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P (1998). Fifteen-year follow-up of smoking prevention in the North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health* 88, 81-85.

Voorham AJJ, Haes WFM de, , Mackenbach JP (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam, leerpunten uit de praktijk. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2002 (7).

Vries H de (1993). Determinanten van gedrag. In: Damoiseaux V, Van der Molen HT, Kok G. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen, van Gorcum.

Bijlagen

De volgende bijlagen behoren bij het draaiboek van de community-interventie gericht op preventie van depressie bij ouderen. De bijlagen bevatten voorbeeldteksten van regionale GGZ-instellingen die gedurende een pilot-project zijn gemaakt. Deze teksten kunnen naar eigen inzicht worden aangepast.

Bijlage 1 Opzet interviews met sleutelfiguren

Begin het interview/kennismakingsgesprek met een korte uitleg over het project en leg uit wat de bedoeling van het gesprek is (ongeveer 5 minuten).

Wat is uw visie op de problematiek (depressie) in relatie tot de doelgroep (ouderen)?

- omvang van de problematiek
- relevantie van het probleem
- wordt het probleem onderschat/overschat

Welke activiteiten vinden volgens u plaats?

Worden hier voldoende ouderen mee bereikt? Waarom wel/niet?

Op welke wijze bent u zelf bij de problematiek betrokken?

Is de aanpak van het probleem volgens u toereikend?

Is uw eigen aanpak toereikend? Beschikt u naar uw oordeel over voldoende kennis, vaardigheden en middelen?

Zijn de activiteiten van anderen toereikend? Beschikken anderen naar uw oordeel over voldoende kennis, vaardigheden en middelen?

Wat gaat er goed en waar liggen de knelpunten?

Wat zou er volgens u moeten veranderen?

Welke vormen van samenwerking zijn volgens u belangrijk in relatie tot het probleem?

- Op welke manier werkt u momenteel met anderen samen?
 - Hoe zou deze samenwerking verbeterd kunnen worden?
 - Bent u bereid om deel te nemen aan het project? Waarom wel/niet?
- Kunt u informele leiders noemen?

Bijlage 2 Voorbeeldtekst informatie project

Nieuw in Velsen! **Project Preventie Depressie 55+ Ouderen** **Wijkgericht werken aan het voorkomen van depressie bij 55+ ouderen**

Depressie bij ouderen

Geschat wordt dat 15% van de zelfstandig wonende 55+ ouderen last heeft van ernstige depressieve klachten. Behalve dat een depressie de kwaliteit van leven van de 55+ ouderen aantast, betekent het ook vaak een grote belasting voor de directe omgeving. In Velsen wonen 17.00 55+ ouderen, waarvan 2500 ouderen depressieve klachten zullen hebben.

Inmiddels zijn er in Nederland diverse goede interventies beschikbaar op het gebied van vroegtijdig signaleren en behandelen van depressies bij 55+ ouderen. Het aantal ouderen dat profiteert van deze hulp is echter klein. Om vroegtijdige signalering van depressieve klachten bij ouderen en het gebruik van aanwezig hulpaanbod te verhelderen en op elkaar af te stemmen is onder leiding van Riagg Midden-Kennemerland een samenwerkingsverband in Velsen van start gegaan. Instellingen die meewerken aan het project zijn: Algemeen maatschappelijk werk, COB (Centraal Orgaan Ouderen Beleid), GGD Kennemerland, Thuiszorg IJmond, Riagg Midden-Kennemerland en Stichting Welzijn Velsen.

Deelprojecten

Het project bestaat uit een aantal deelprojecten:

- Momenteel wordt er **deskundigheidsbevordering** gegeven aan verschillende beroepskrachten en vrijwilligers, die vanuit hoofde van hun vak te maken krijgen met 55+ ouderen. Gebleken is dat het signaleren van depressiviteit bij ouderen ingewikkeld kan zijn. Daarnaast denken mensen nogal eens dat depressiviteit bij het ouder worden zou horen. Dit beeld is niet juist. Net zo min als geluk alleen bij de jeugd zou horen. Bovendien is niet iedereen op de hoogte van bestaande hulpverleningsmogelijkheden.

- Oktober 2002 zal er in het stadhuis in Velsen een informatiedag gehouden worden. Deze dag is om informatie te krijgen over wat een depressie is, hoe dit te testen, het voorkomen kan worden en wat er gedaan kan worden om van depressieve klachten af te komen. Eveneens kan men vragen stellen aan deskundigen. Dit alles omlijst door verrassende vormen van entertainment.
- In september-november zal er wijkgericht voorlichting gegeven worden aan ouderen en hun directe omgeving/ familieleden over depressieve klachten en de behandelingsmogelijkheden.
- Vanaf november tot en met het voorjaar van 2003 kunnen 55+ ouderen uit Velsen met depressieve klachten deelnemen aan verschillende vormen van lichte hulp zoals: de depressie cursus 'in de put, uit de put', de cursus 'op zoek naar de zin', de praatgroep 'sterk in je eentje' (voor vrouwen, die langer dan een jaar weduwe zijn) en een psychotherapiegroep. Daarnaast is er een mogelijkheid tot deelname aan een rouwverwerkinggroep, een assertiviteitscursus enz. Ook is er een mogelijkheid voor individuele ondersteuning voor 55+ ouderen met depressieve klachten of partners (omgeving) van depressieve ouderen.

Voor meer informatie

Het project in Velsen is een pilotproject en maakt deel uit van een landelijk project dat gecoördineerd wordt door het Trimbos Instituut. Voor meer informatie over het project in Velsen kunt u contact opnemen met de projectleider Hanneke Scheers, Preventiewerker Ouderen Riagg Midden-Kennemerland 0255-545880.

Bijlage 3 Voorbeeld beschrijving resultaten interviews

In de zomermaanden daarna zijn 18 interviews gehouden met sleutelfiguren uit de wijk. De keuze voor deze personen kwam tot stand door eerst te bepalen welke instellingen/voorzieningen in de wijken belangrijk waren, en vervolgens na te gaan welke personen (liefst met beleidsverantwoordelijkheid) al betrokken zijn bij dit thema (depressies bij ouderen) en/of bij een dergelijke benadering (wijkgericht) en/of waarmee goede samenwerkingsrelaties bestaan. We moesten een keuze maken, en hebben wellicht belangrijke sleutelfiguren over het hoofd gezien. Hen betrekken we graag in de volgende fasen.

Discussieonderwerpen in de interviews waren:

In hoeverre komen depressies voor in de wijk; wat zijn de problemen bij de aanpak; hoe wordt er samengewerkt; zijn er specifieke risicofactoren in deze wijken.

De belangrijkste conclusies uit de inventarisatie zijn:

- Als het gaat om het herkennen en met name aanpakken van ernstige depressies bij ouderen zijn er weinig problemen.
- Er is een goed functionerend cliëntoverleg tussen alle betrokken partijen, waar 'probleemgevallen' (ouderen met ernstige psychische problematiek, verwaarlozing, e.d.) worden ingebracht. De samenwerking op dit terrein is goed, cliënten worden goed doorverwezen en ook bij de behandeling worden de verschillende partijen redelijk geïnformeerd. Terugkoppeling vanuit Parnassia naar bijv. de Thuiszorg vindt niet altijd goed plaats.
- Als het gaat om lichte/beginnende depressies zijn er meer problemen.
- Allereerst geven velen aan niet voldoende op de hoogte te zijn van de verschijnselen van een lichte depressie. Hierdoor worden beginnende depressies niet voldoende herkend.
- Dit 'tekort' aan kennis en ervaring werd eigenlijk door alle partijen in meer of mindere mate genoemd: Thuiszorg, AMW, vrijwilligers, burenhulp, verzorgingshuizen en ook huisartsen. En niet te vergeten: de oudere zelf en de mantelzorgers erom heen.

- Overigens veronderstelt men wel veel ‘verborgen leed’ in deze wijken; misschien niet meer dan in andere wijken, maar zeker ook niet minder. In de Archipel heeft dat wellicht (volgens de geïnterviewden) veel te maken met de sociaal economische klasse: veel weduwen in een isolement (bij wie het sociale netwerk vooral via (het werk van) de man liep, en die niet graag ‘de vuile was buiten hangen’).
- Een ander probleem had betrekking op de eigen rol daarin: stel dat je een lichte depressie vermoedt, hoe te handelen? **Een aantal thema’s:**
 - hoe motiveer je een oudere om hulp te zoeken, of om zelf het gedrag te veranderen, uit je isolement te komen, etc. Men benoemt dit als een gebrek aan kennis en vaardigheden.
 - moet je überhaupt in actie komen, gaan lichte depressies niet gewoon vanzelf over; als iemand echt niets wil, is het dan niet ‘zijn goed recht’; hoe ver moet je gaan; welke doelen kun je je zelf stellen; hoe ga je met een depressieve oudere om, wat zijn interventie-mogelijkheden, etc.
 - wat is je rol (m.n. als vrijwilligers, Thuiszorgmedewerker, e.d) in het signaleren van psychische problematiek en welke verantwoordelijkheid heb je in de aanpak (verwijzen, motiveren, mede-behandelen, etc.)
 - Ten vierde zijn er knelpunten op het terrein van samenwerking en terugkoppeling: velen geven aan dat signaleren en herkennen een aspect is, maar dat ze niet goed weten waar ze met die signalen terechtkunnen.

Vrijwilligers stellen eventueel de consulenten ouderenwerk op de hoogte van signalen van bijv. terugtrekgedrag bij een oudere. De consulente gaat dan al dan niet aan de slag met zo’n individuele hulpvraag; bezoekt de oudere, schakelt het netwerk in, etc. Het is echter eigenlijk te tijdrovend: de ouderenconsulent kan gezien haar kerntaak niet voldoende tijd vrijmaken om het proces (het verloop van i.c. de depressieve klachten en de aanpak) dan ook te blijven volgen. Het gebeurt hierdoor ook niet altijd systematisch en ‘te vrijblijvend’. Huisartsen hebben daarnaast nog de mogelijkheid om Parnassia en/of de SPV-er van het huisartsenproject in te schakelen voor een ‘verfijning’ van de diagnose. Dat doen zij echter voor deze groep (ouderen) weinig. Ook omdat Parnassia een tweede lijnsinstelling is, gericht op ernstige psychische problemen. Daarnaast ontbreekt bij huisartsen de tijd om de groep (ouderen met lichte depressies) te volgen.

Thuiszorgmedewerkers bespreken hun signalen in het werkoverleg. Psychische problematiek staat niet 'standaard' of structureel op de agenda van het werkoverleg. Leidinggevenden zijn daardoor afhankelijk van het 'spontaan' melden van veronderstelde lichte depressies (of andere lichte psychische klachten) door de eigen medewerkers. Vervolgens heeft men niet voldoende kennis van wat er aan interventies mogelijk is in de regio.

Parnassia, met name de afdeling preventie, geeft aan dat zij vermoedt dat door wijkgericht te werken er een nieuwe doelgroep bereikt wordt die tot dan toe verborgen bleef. Er lijkt een kloof te liggen tussen het signaal aan de ene kant, en het kunnen motiveren om aan zo'n groep deel te nemen aan de andere kant. Als het eerste al 'lukt' dan lukt het tweede niet.

Mantelzorgers, familieleden weten al helemaal niet waar ze hun eventuele vermoedens van een depressie naar toe moeten. Tenslotte is de weg naar de huisarts of Parnassia soms te hoogdrempelig.

Bijlage 4 Wijkprofiel

Het doel van het maken van een wijkprofiel is om inzicht te krijgen in relevante wijkenmerken. Zo is het voor de invulling van de activiteiten bijvoorbeeld van belang om te weten hoeveel ouderen er wonen, hoe de etnische samenstelling van de wijk is en welke voorzieningen er al zijn. In het wijkprofiel worden zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens verwerkt. Ons voorstel is dat jullie het wijkprofiel in zijn geheel verzorgen (dus ook het kwantitatieve deel). Dit om te voorkomen dat we langs elkaar heen gaan werken, met als gevolg dat intermediairen door verschillende personen worden benaderd.

Bij de kwalitatieve beschrijving denken we onder meer aan het volgende.

- Historische schets, typering van de wijk
- Identiteit van de wijk, het 'wijkgevoel'
- Aanwezige voorzieningen: gezondheidszorg/welzijnswerk/buurtcentra, enz.
- Soort bebouwing/groenruimte/bedrijvigheid
- Etnische/religieuze samenstelling van de wijk
- Culturele/religieuze voorzieningen: kerken, moskeeën, enz.
- Topografische omschrijving (welke delen horen wel bij de wijk en welke niet)

De kwantitatieve beschrijving omvat in elk geval:

- Aantal inwoners van de wijk
- Aantal inwoners van de stad waar de wijk deel van uitmaakt
- Aantal ouderen in de wijk, zo mogelijk als volgt uitgesplitst:

	55 t/m 64	65 t/m 74	75 en ouder
Man			
Vrouw			

Bij voorkeur omvat de kwantitatieve beschrijving ook cijfers over:

- Etnische samenstelling (percentages van de 3 à 4 meest voorkomende groepen, opgesplitst voor ouderen en jongeren)
- Sociaal economische status c.q. opleidingsniveau (opgesplitst voor ouderen en jongeren)
- Burgerlijke staat (van de ouderen)
- Leefsituatie (van de ouderen): zelfstandig wonend, bejaardentehuis, verzorgingstehuis

Als van laatstgenoemde aspecten geen kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn, dan kun je eventueel volstaan met een kwalitatieve beschrijving hiervan. De diverse cijfers worden bij voorkeur in een zodanige vorm aangeleverd, dat zij vergelijkbaar zijn met gegevens van het CBS. Dit alles in overleg met de GGD en/of de gemeente. Wij kunnen hierbij assisteren en eventueel een keer meegaan.

Bijlage 5 Voorbeeld regioprofielen gemeente Velsen

Inleiding

In verband met het OCIDO onderzoek (Ontwikkeling Community Interventie Depressie Ouderen) is dit wijkprofiel gemaakt. Het onderzoek beperkt zich tot 55 + ouderen die thuis wonen in Velsen.

5.1 Algemene gegevens over Velsen

5.1.1 De gemeente Velsen

De gemeente Velsen is Nederland in het klein. Alles is er: duinen, zee, strand, bos, musea, theaters en veel voorzieningen. Het is een uitgestrekte gemeente met vele gezichten. Die gezichten zijn terug te vinden in zeven heel verschillende woonkernen; Driehuis, Santpoort-Noord, Santpoort-Zuid, (Velsen-Noord), Velsen-Zuid, Velsbroek en IJmuiden. Het onderzoek beperkt zich tot de zes kernen beneden het Noordzeekanaal. Ze hebben elk hun eigen karakter, van landelijke rust tot dynamische industrie. Staal en vis vormen sinds jaar en dag de economische pijlers van de gemeente Velsen. Andere belangrijke economische bronnen zijn het Noordzeekanaal en de aanleg van de Derde haven. Verder oefenen het IJmuidenstrand met z'n vele voorzieningen, de landgoederen en de cultuurhistorische monumenten aantrekkingskracht uit op bezoekers uit de regio en ver daarbuiten. De oppervlakte van de gemeente Velsen is 5.287 ha, waarvan 950 ha bos en woeste grond, 807 ha bebouwde oppervlakte, 500 ha industrieterrein, 242 ha parken en plantsoenen, 1075 ha cultuurgrond en 630 ha wateren. Het inwonersaantal van het onderzoeksgebied telde in 1999 60.000 inwoners, waarvan 26% 55+, dat zijn 15.600 mensen. Dit betekent dat tussen de 2340 en 4680 ouderen depressieve klachten hebben en 625 tot 780 een depressie.

5.1.2. Wijkgericht werken

De gemeente Velsen heeft gekozen voor wijkgericht werken. Een werkwijze waarin de burger centraal staat. Elke wijk kent een wijkwethouder, een wijkcoördinator en een wijkbeheerder. Iedere wijk kent een wijkplatform. De gemeentelijke wijkcoördinatoren fungeren als

spil en vraagbaak in de organisatie van het wijkgericht werken in de wijk. De gemeente kent drie wijkbeheerders. In verschillende wijken wordt een spreekuur gehouden, waar men met vragen, suggesties, ideeën en klachten terecht kan. In Velsen kan er eigenlijk niet gesproken worden over één wijkgevoel, omdat het een samengestelde gemeente is uit 10 wijken. In verband met bereikbaarheid beperkt dit onderzoek zich tot de 9 wijken, die beneden het Noordzeekanaal liggen. De wijken in Velsen zijn zeer verschillend. Het wijkgevoel is voornamelijk sociaal economisch bepaald. De gemeente Velsen heeft sinds kort een Seniorenraad. Deze is in het leven geroepen om weer te geven wat er in de gemeente Velsen speelt onder de ouderen.

5.1.3. Gezondheidszorg en welzijnswerk

Naast de reguliere voorzieningen zoals het Kennemer Gasthuis, het AMW, de Riagg Midden- Kennemerland, de Thuiszorg IJmond, buurtcentra, vrijwilligersorganisaties en sportvoorzieningen enz. die voor iedereen toegankelijk zijn, heeft Velsen ook specifiek op oudere gerichte voorzieningen.

Advies, hulp en begeleiding alléén voor ouderen in Velsen.

In Velsen is advies, hulp, begeleiding en ontspanning voor ouderen vanuit een centraal orgaan geregeld, nl. vanuit het COB (Centraal Orgaan Ouderenbeleid). Momenteel is er een samengaan van het SOV (Stichting Ouderenzorg Velsen) en het COB gaande. Het SOV is een bestuursstichting voor 6 Woon- en Zorgvoorzieningen voor ouderen. Velsen kent ook serviceflats en een woongemeenschap. Verder is er dagverzorging, dat bestemd is voor thuiswonende ouderen, die een bepaalde mate van verzorging nodig hebben om zo langer zelfstandig te kunnen functioneren. Deze verzorging vindt plaats in groepsverband. Eveneens zijn er voorzieningen getroffen zoals: de telefooncirkel, alarmeringsapparatuur thuis, ouderentelefoon Velsen: voor advies en hulpverlening door ouderenadviseurs. Verder de bibliotheekservice, de seniorenkrant Velsen, maaltijden aan huis en seniorenrestaurants. Het Zorgloket Velsen geeft informatie en advies over zorg- en dienstverlening in Velsen; tevens zorgbemiddeling.

5.1.4 Overige Voorzieningen

Buiten de vele activiteiten van het COB zijn er op vrijwillige basis voorzieningen zoals:

de vele ouderenbonden, het UVV en veel verschillende kerkgenootschappen, kerkelijke instellingen en levensbeschouwelijke instellingen in Velsen, die veel voor de ouderen betekenen.

5.2 Kwantitatieve gegevens over Velsen

5.2.1 In welk gebied vindt het project plaats?

In 1999 telde de gemeente Velsen ruim 66.000 inwoners, verdeeld over 10 wijken die weer onderverdeeld zijn in 61 buurten. Tabel 1 geeft een overzicht van deze wijken en buurten. Het project richt zich op dat deel van de gemeente Velsen dat beneden het Noordzeekanaal ligt. Dit gebied omvat 9 van de 10 wijken en heeft ruim 60.000 inwoners. Alleen wijk 5, Velsen-Noord, valt buiten het gebied.

5.2.2 Hoe is de bevolkingsopbouw in het gebied?

Het project richt zich dus op een gebied dat 60.000 van de 66.000 Velsenaren herbergt. Dat is meer dan 90% van de bevolking, waardoor statistische gegevens over de gemeente Velsen een redelijk adequate indruk geven van het betreffende gebied. Omdat gedetailleerde gegevens over de bevolkingsopbouw van Velsen (naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat) niet op buurtniveau beschikbaar zijn, worden deze gegevens hier op gemeenteniveau gepresenteerd (zie tabel 2). Uit de tabel kunnen onder meer de volgende gegevens worden afgeleid:

- Van alle Velsenaren valt 10% in de leeftijdscategorie 55 t/m 64 jaar, 9% in de categorie 65 t/m 74 jaar en 7% in de categorie 75 jaar en ouder. Dit betekent dat 26% van de bevolking ouder is dan 55 jaar en aldus behoort tot de doelgroep van het project.
- Van de 75-plussers is 65% vrouw en 35% man.
- Het aantal verweduwden neemt toe met de leeftijd: 49% van de 75-plussers is verweduwd. Dit lot treft vooral vrouwen: 63% van de vrouwelijke en 23% van de mannelijke 75-plussers is verweduwd.
- Meer dan 5% van de 75-plussers is gescheiden.

- Het percentage vrouwen dat gehuwd is, neemt snel af met de leeftijd. In de leeftijdscategorie 55 t/m 64 jaar is 74% gehuwd, in de categorie 65 t/m 74 jaar is dat 58% en onder de 75-plussers is dat 26%. Bij de mannen zijn deze percentages respectievelijk 82%, 82% en 70%. Oudere mannen zijn dus meestal gehuwd, oudere vrouwen lopen naarmate ze ouder worden een steeds grotere kans alleen te komen te staan.

5.2.3 Welke verschillen zijn er tussen de verschillende buurten in het gebied?

Cijfers over de gemeente Velsen zeggen nog relatief weinig omdat er per wijk en zelfs per buurt grote verschillen zijn. Om deze verschillen inzichtelijk te maken, geeft tabel 3 per buurt een overzicht van enkele kenmerken. Uit de tabel kan worden afgelezen dat het percentage ouderen varieert van 2 (Peilkruidbuurt) tot 42 (Paterskerkbuurt) procent. Vanwege deze aanzienlijke verschillen zijn in tabel 4 nogmaals de buurtkenmerken afgebeeld, maar nu in volgorde van het percentage 65-plussers

Tabel 2. Opbouw van de bevolking.

Bron: CBS Statline, Bevolking per gemeente naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat 1999.

		Alle leeftijden	55 t/m 64	65 t/m 74	75 en ouder
Inwoners	Totaal	66077	6381	6111	4914
	Man	32471	3115	2706	1742
	Vrouw	33606	3266	3405	3172
Ongehuwden	Totaal	26589	295	281	232
	Man	14371	168	108	54
	Vrouw	12218	127	173	178
Gehuwden	Totaal	31506	4967	4191	2035
	Man	15744	2546	2232	1220
	Vrouw	15762	2421	1959	815
Verweduwd	Totaal	4289	441	1219	2394
	Man	745	89	202	396
	Vrouw	3544	352	1017	1998
Gescheiden	Totaal	3693	678	420	253
	Man	1611	312	164	72
	Vrouw	2082	366	256	181

Tabel 3. Enkele kenmerken van de buurten van Velsen

Bron: CBS Statline, Kerncijfers Wijken en Buurten 1999

	Aantal inwoners	% 65 jaar en ouder	% 0-14 jaar	% alloch- tonen	% lage inkomens	% hoge inkomens
VELSEN	66070	17	19	5	38	23
Wijk 00 Velsen-zuid en Driehuis	5190	25	15	1	30	42
<i>Velsen-Dorp</i>	170	17	11	.	.	.
Velserbeek	880	19	15	.	21	56
Velsen-Oost	880	16	9	2	31	36
Kapelbuurt	1500	35	17	1	31	44
Kriemhildebuurt	780	16	19	.	30	44
Driehuis-Dorp	990	34	13	1	38	32
Wijk 01 T.n.v. De lange Nieuwstraat	8140	17	17	4	44	14
<i>Lagersbuurt</i>	730	25	11	4	44	6
Heidebuurt	1460	8	21	4	41	17
Zeeheldenbuurt	1450	12	19	4	47	14
Verzetsheldenbuurt	860	36	10	4	53	16
Natuurkundigenbuurt	2220	12	21	5	42	16
Kikvorsbuurt	790	29	12	5	49	10
Stadhuisbuurt	640	20	10	.	34	18
Wijk 02 T.z.v. De lange Nieuwstraat	7850	22	15	4	43	14
Tussenbekenbuurt	1910	12	20	2	37	13
Vogelbuurt	700	21	16	2	35	28
Bomenbuurt	650	15	19	2	45	15
Velseroord	1270	16	19	4	43	16
Paterskerkbuurt	660	42	6	2	49	9
Schildersbuurt	510	18	17	2	39	20
Rivierenbuurt	2160	30	10	7	48	11
Wijk 03 IJmuiden-west	4980	16	15	4	43	17
Moerbergbuurt	550	27	12	7	51	17
Visserbuurt	1810	10	19	4	41	18
Oud-IJmuiden	2330	19	13	3	44	14
Zuidzijdebuurt	290	7	12	.	26	36
Wijk 04 Duin-en Zeewijk	9380	19	16	11	41	18
Herculesbuurt	1710	24	17	5	43	19
Canopusbuurt	870	22	13	9	48	12

Tabel 3. Enkele kenmerken van de buurten van Velsen

	Aantal inwoners	% 65 jaar en ouder	% 0-14 jaar	% alloch-tonen	% lage inkomens	% hoge inkomens
Saturnusbuurt	1640	27	15	11	39	17
Schiplaanbuurt	1570	24	14	14	37	18
Bellatrixbuurt	1060	10	19	20	46	16
Kruisbergbuurt	1120	13	14	12	40	17
Keetbergbuurt	1420	7	18	8	36	24
Wijk 06 Santpoort-Noord	6910	20	17	2	33	29
Kerkpadbuurt	550	26	14	3	27	29
Biezenbuurt	590	24	15	.	29	37
West Indische buurt	560	19	10	4	36	18
Santpoort-Dorp	1000	17	20	3	30	29
Bloemenbuurt	1010	13	17	2	36	22
Kerkerinkbuurt	920	22	17	2	38	22
Spanjaardsbergbuurt	950	31	15	2	38	31
Santhaesbuurt	1350	15	22	2	29	39
Wijk 07 Santpoort-Zuid	3160	24	16	2	30	36
Neethofbuurt	880	26	12	2	31	47
Rijkersparkbuurt	680	20	17	1	30	52
Blekersbuurt	1350	21	19	2	30	26
Eltabuurt	250	37	.	.	35	24
Wijk 08 Velserbroek	15030	7	29	3	31	30
Hofgeest	150	8	19	.	33	38
Kampbuurt	1460	3	30	2	31	34
Weidbuurt	3580	9	27	3	29	26
Peilkruidbuurt	2320	2	34	2	32	36
Buurt 84	1810	4	30	2	31	31
Buurt 85	2580	16	25	5	37	30
Buurt 86	130	.	26	.	.	.
Buurt 87	2400	4	31	4	27	27
Buurt 88	590	6	27	2	22	27
Wijk 09 Spaarndammerpolders	150	13	9			
Noord Spaarndammerpolder	50	.				
Zuid Spaarndammerpolder	90	15				

Tabel 4. De buurten van Velsen, in volgorde van het percentage 65-plussers.

Bron: CBS Statline, Kerncijfers Wijken en Buurten 1999.

	Aantal inwoners	% 65 jaar en ouder	% 0-14 jaar	% allochtonen	% lage inkomens	% hoge inkomens
Paterskerkbuurt (wijk 2)	660	42	6	2	49	9
Eltabuurt (wijk 7)	250	37	.	.	35	24
Verzetsheldenbuurt (wijk 1)	860	36	10	4	53	16
Kapelbuurt (wijk 0)	1500	35	17	1	31	44
Driehuis-Dorp (wijk 0)	990	34	13	1	38	32
Spanjaardsbergbuurt (wijk 6)	950	31	15	2	38	31
Rivierenbuurt (wijk 2)	2160	30	10	7	48	11
Kikvorsbuurt (wijk 1)	790	29	12	5	49	10
Moerbergbuurt (wijk 3)	550	27	12	7	51	17
Saturnusbuurt (wijk 4)	1640	27	15	11	39	17
Kerkpadbuurt (wijk 6)	550	26	14	3	27	29
Neethofbuurt (wijk 7)	880	26	12	2	31	47
Lagersbuurt (wijk 1)	730	25	11	4	44	6
Herculesbuurt (wijk 4)	1710	24	17	5	43	19
Schiplaanbuurt (wijk 4)	1570	24	14	14	37	18
Biezenbuurt (wijk 6)	590	24	15	.	29	37
Canopusbuurt (wijk 4)	870	22	13	9	48	12
Kerkerinkbuurt (wijk 6)	920	22	17	2	38	22
Vogelbuurt (wijk 2)	700	21	16	2	35	28
Blekersbuurt (wijk 7)	1350	21	19	2	30	26
Stadhuisbuurt (wijk 1)	640	20	10	.	34	18
Rijkersparkbuurt (wijk 7)	680	20	17	1	30	52
Velserbeek (wijk 0)	880	19	15	.	21	56
Oud-IJmuiden (wijk 3)	2330	19	13	3	44	14
West Indische buurt (wijk 6)	560	19	10	4	36	18
Schildersbuurt (wijk 2)	510	18	17	2	39	20
Velsen-Dorp (wijk 0)	170	17	11	.	.	.
Santpoort-Dorp (wijk 6)	1000	17	20	3	30	29
Velsen-Oost (wijk 0)	880	16	9	2	31	36
Kriemhildebuurt (wijk 0)	780	16	19	.	30	44
Velseroord (wijk 2)	1270	16	19	4	43	16
Buurt 85 (wijk 8)	2580	16	25	5	37	30
Bomenbuurt (wijk 2)	650	15	19	2	45	15

Tabel 4. De buurten van Velsen, in volgorde van het percentage 65-plussers.

	Aantal inwoners	% 65 jaar en ouder	% 0-14 jaar	% allochtonen	% lage inkomens	% hoge inkomens
Santhaesbuurt (wijk 6)	1350	15	22	2	29	39
Zuid Spaarn. polder (wijk 9)	90	15				
Kruisbergbuurt (wijk 4)	1120	13	14	12	40	17
Bloemenbuurt (wijk 6)	1010	13	17	2	36	22
Zeeheldenbuurt (wijk 1)	1450	12	19	4	47	14
Natuurkundigenbuurt (wijk 1)	2220	12	21	5	42	16
Tussenbekenbuurt (wijk 2)	1910	12	20	2	37	13
Vissersbuurt (wijk 3)	1810	10	19	4	41	18
Bellatrixbuurt (wijk 4)	1060	10	19	20	46	16
Weidbuurt (wijk 8)	3580	9	27	3	29	26
Heidebuurt (wijk 1)	1460	8	21	4	41	17
Hofgeest (wijk 8)	150	8	19	.	33	38
Zuidzijdebuurt (wijk 3)	290	7	12	.	26	36
Keetbergbuurt (wijk 4)	1420	7	18	8	36	24
Buurt 88 (wijk 8)	590	6	27	2	22	27
Buurt 84 (wijk 8)	1810	4	30	2	31	31
Buurt 87 (wijk 8)	2400	4	31	4	27	27
Kampbuurt (wijk 8)	1460	3	30	2	31	34
Peilkruidbuurt (wijk 8)	2320	2	34	2	32	36
Buurt 86 (wijk 8)	130	.	26	.	.	.
Noord Spaarn. polder (wijk 9)	50	.				

Bijlage 6 Voorbeeld projectplan

Projectvoorstel: De wijk aan zet

Een samenwerkingsproject gericht op het voorkomen van depressies bij ouderen in de wijken Archipel, Willemspark en Zeeheldenkwartier te Den Haag.

Voor u ligt het projectvoorstel gericht op het voorkomen van depressies bij ouderen in de wijken Archipel, Willemspark en Zeeheldenkwartier. Het betreft een voorstel op hoofdlijnen. Immers: een van de kenmerken van deze wijkgerichte aanpak is: dat alle relevante partijen/instellingen van meet af aan betrokken zijn bij de opzet en uitvoering van het plan. De invulling moeten we dus met z'n allen doen.

1 Verantwoording

In Den Haag wordt vanuit Parnassia, psychomedisch centrum al jarenlang het preventieproject 'depressies bij ouderen' uitgevoerd. Het project heeft o.a. geresulteerd in de ontwikkeling en uitvoering van een groot aantal interventies, zoals de cursussen 'In de put, uit de put', 'Verlies en dan verder', deskundigheidsbevordering van vrijwilligers, Thuiszorg, huisartsen e.d, en vooral: de publiekscampagne en voorlichtingencyclus: "Achter een lachend gezicht".

En met veel succes, er zijn vele effectieve interventies en samenwerkingsverbanden ontstaan. Veel ouderen hebben baat bij het project.

Nu staan we voor een volgende stap: een verdergaande implementatie van het project (en het thema) in de wijk; waarbij meer aansluiting wordt gezocht bij de betrokken instellingen in de wijk en de activiteiten/plannen die daar plaatsvinden.

Reden voor ons (i.c. GGZ preventie Parnassia) om deel te nemen aan een pilotproject, dat gecoördineerd wordt vanuit het Trimbosinstituut. Het totale Trimbosproject bestaat uit drie deelprojecten, waarvan wij (Den Haag) er een zijn. Daarnaast doen ook Leiden en Haarlem mee.

2 De community interventie

"Er zijn in de preventiepraktijk in Nederland diverse interventies ontwikkeld gericht op secundaire preventie van depressies bij ouderen. Deze interventies zijn vooral ontwikkeld omdat depressieve ouderen een moeilijk bereikbare groep vormen en depressies vaak gemaskeerd zijn. Hoewel er meestal meerdere activiteiten op dit terrein uitgevoerd worden, is er nergens een poging gedaan deze interventies te integreren in een 'community' interventie. De 'community'-benadering, waarmee in de preventieve somatische gezondheidszorg positieve ervaringen zijn opgedaan (Assema & Willemsen, 1993) krijgt ook vanuit de GGZ- en verslavingspreventie steeds meer aandacht (Mrazek & Haggerty, 1994). De verwachting is dat het in combinatie uitvoeren van

meerdere geïntegreerde interventies in een gemeenschap de effectiviteit van de individuele interventies kan vergroten. De som is dus meer dan de delen.

Belangrijk bij een community-project is:

- dat er interventies op meerdere niveaus in een wijk worden uitgevoerd;
- dat de doelgroep zelf actief invloed uitoefent op de interventie en
- dat deze expliciet aansluit op de specifieke situatie van de community (zie de definitie van community-projecten verderop).

In het voorgestelde project wordt een 'community'-project gericht op depressie bij ouderen ontwikkeld en geëvalueerd. Doel van dit community-project is het verminderen van de prevalentie van depressies bij ouderen. Intermediaire doelen zijn het vergroten van de kennis over depressie en de behandelbaarheid ervan bij ouderen en hun familieleden, het vergroten van het aantal depressieve ouderen dat hulp zoekt, het vergroten van de kennis van hulpverleners in het signaleren en doorverwijzen/behandelen van depressies. De community benadering lijkt specifiek voor depressie bij ouderen interessant, omdat het aantal ouderen dat met traditionele hulp bereikt wordt kleiner is dan bij jongere leeftijdsgroepen, terwijl effectieve hulp wel voorhanden is. Met een community-project kan op andere manieren geprobeerd worden ouderen vroegtijdig (secundaire preventie) te bereiken. Ervaringen in het buitenland op andere terreinen leren dat de ontwikkeling van een dergelijke complexe interventie ten minste twee jaar tijd vergt (Pentz et al., 1989; Vartiainen et al., 1998; Bracht, 1990). “

3 Doelstelling

Het doel van het project is om een 'community' interventie gericht op secundaire preventie van depressie bij ouderen te ontwikkelen, te testen in de praktijk en een draaiboek voor de uitvoering samen te stellen.

4 Waarom deze wijken?

We hebben gekozen voor de wijken Archipel, Willemspark en Zeeheldenkwartier omdat er hier (in tegenstelling tot een groot aantal andere wijken in de stad) al een goed functionerend samenwerkingsverband bestaat tussen alle betrokken instellingen: welzijnswerk (ouderenwerk met name). Thuiszorg, huisartsen, AMW, Vrijwilligerswerk (o.a. burenhulporganisatie), politie, kerken en Parnassia.

We vonden al heel snel in de consultants van het Ouderenwerk Centrum enthousiaste en betrokken samenwerkingspartners.

Daarnaast zijn er meer inhoudelijke argumenten.
Uit de wijkgegevens blijkt dat

Er met name in Archipel en Willemspark relatief veel mensen wonen van 55 jaar en ouder

De drie wijken kennen een zeer hoog percentage mensen (55+) die ongehuwd of gescheiden zijn. Dat betekent dat er hier een grote risicogroep voor het ontwikkelen van depressie is.

5 Aanpak van het project

Het project is opgedeeld in drie fases.

Fase 1: Voorbereidingen en survey (juni – september 2001).

In deze fase wordt een aantal zaken in kaart gebracht:

Stand van zaken ten aanzien van de aanpak van het voorkomen van depressies in de wijk. Middels interviews met sleutelfiguren uit de groep van ouderen, gezondheidszorg, welzijnswerk en beleidsmakers. komen antwoorden op vragen als: wordt het probleem onderkend, wat wordt er al gedaan, wat ontbreekt, wat zijn de knelpunten, etc.

Profiel van de wijk: epidemiologische gegevens leveren bevolkingsopbouw, wijkkenmerken, wat voor soort risicofactoren spelen er. Op basis van deze informatie wordt een profiel van de wijk samengesteld, met kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de omvang van de problematiek, de aard ervan, behoeften aan ondersteuning bij betrokkenen zelf en hun omgeving, en aangrijpingspunten voor interventies. Dit profiel wordt als uitgangspunt genomen bij de verdere ontwikkeling van de interventie.

Samenstellen van de projectgroep: per community wordt een projectgroep samengesteld waarbij eveneens samenwerkingsafspraken tussen de betrokken partijen in de wijk worden gemaakt, met name over inzet, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. (Bijvoorbeeld middels een convenant.) Uit eerdere projecten uit aanpalende sectoren is gebleken dat een heldere infrastructuur een belangrijke succesfactor is (ResCon, 1999).

Betrekken van de einddoelgroep: In deze fase worden ook de mogelijkheden om de einddoelgroep bij het project te betrekken onderzocht (in ieder geval ouderenorganisaties, mogelijk patiëntenorganisaties uit de geestelijke gezondheidszorg en wellicht depressieve ouderen zelf).

Voorstel projectplan op hoofdlijnen: dit plan vormt het startsein voor de tweede fase.

Fase 2. Uitvoeringsfase (oktober-juni 2002)

In deze fase gaat het om optimalisering van de hulp aan ouderen met depressieve klachten. De nadruk ligt op deskundigheidsbevordering van intermediairen. (trainingen en consultatie voor huisartsen, wijkverpleegkundigen, verzorgenden, algemeen maatschappelijk werkenden, medewerkers van het gecoördineerd ouderenwerk, vrijwilligers van organisaties als de Zonnebloem, de UVV en het Rode kruis, wijkagenten, medewerkers van maaltijdenprojecten, medewerkers van indicatiecommissies voor verzorgings- en verpleeghuizen, enzovoorts). Deze activiteiten zijn gericht op het verbeteren van de signalering van depressieve ouderen, het bevorderen van adequate verwijzing, ondersteuning en behandeling.

Fase 3. Massamediale voorlichtingsactiviteiten gericht op ouderen en hun familieleden (juli-oktober 2002)

In deze fase wordt het bestaande voorlichtingsaanbod 'Achter een lachend gezicht' uitgevoerd. Dit is een 'model of good practice' met een draaiboek voor voorlichtingsbijeenkomsten; informatiebrochures die worden verspreid via huisartsen, apotheken, gezondheidscentra, verzorgingshuizen, wijk- en dienstencentra, e.d.; persberichten in huis-aan-huis-bladen en regionale kranten/radio/televisie. Deze voorlichtingsactiviteiten zijn gericht op het onderwerp depressie, maar kunnen ook gericht worden op gerelateerde onderwerpen, zoals rouw en eenzaamheid. Bij depressie is de voorlichting gericht op uitleg over het ziektebeeld en de mogelijkheden voor behandeling.

Fase 4. Hulp aan ouderen met depressieve klachten (oktober 2002-maart 2003)

In deze fase worden activiteiten voor depressieve ouderen zelf georganiseerd. Het gaat daarbij onder andere om cursussen 'Omgaan met depressie', waarvan de effectiviteit reeds redelijk goed is aangetoond (Cuijpers, 1998). Afhankelijk van de behoeften in de wijk worden ook andere, gerelateerde interventies zoals rouwgroepen (Van Lammeren & Geelen, 1995), en activiteiten gericht op eenzaamheid bij ouderen uitgevoerd. Verder worden activiteiten gericht op familieleden aangeboden (cursussen 'omgaan met depressieve mensen' voor familieleden). Deze activiteiten zijn gericht op het bevorderen dat familieleden adequaat met de oudere omgaan, het bevorderen van hulpzoekgedrag en op het verminderen van de consequenties voor de familieleden zelf (overbelasting).

Fase 5. Evaluatie (maart juni 2003)

6 Resultaten fase 1 en probleembeschrijving

Het startsein voor het project is eigenlijk al gegeven op 14 juni: de jaarlijkse netwerkdag van het Ouderenwerk Centrum Noord en Zuid. Op die dag (bezocht door ca. 40 vrijwilligers) werd het thema toegelicht, werd voorlichting gegeven over wat een depressie is en hoe te herkennen en de rol van vrijwilliger daarbij. Ook werden knelpunten in het voorkomen van (ernstige) depressies besproken.

In de zomermaanden daarna zijn 18 interviews gehouden met sleutelfiguren uit de wijk. De keuze voor deze personen kwam tot stand door eerst te bepalen welke instellingen/voorzieningen in de wijken belangrijk waren, en vervolgens na te gaan welke personen (liefst met beleidsverantwoordelijkheid) al betrokken zijn bij dit thema (depressies bij ouderen) en/of bij een dergelijke benadering (wijkgericht) en/of waarmee goede samenwerkingsrelaties bestaan. We moesten een keuze maken, en hebben wellicht belangrijke sleutelfiguren over het hoofd gezien. Hen betrekken we graag in de volgende fasen.

Discussieonderwerpen in de interviews waren:

In hoeverre komen depressies voor in de wijk; wat zijn de problemen bij de aanpak; hoe wordt er samengewerkt; zijn er specifieke risicofactoren in deze wijken.

De belangrijkste conclusies uit de inventarisatie zijn:

- 1 Als het gaat om het herkennen en met name aanpakken van ernstige depressies bij ouderen zijn er weinig problemen.**
Er is een goed functionerend cliëntoverleg tussen alle betrokken partijen, waar 'probleemgevallen' (ouderen met ernstige psychische problematiek, verwaarlozing, e.d.) worden ingebracht. De samenwerking op dit terrein is goed, cliënten worden goed doorverwezen en ook bij de behandeling worden de verschillende partijen redelijk geïnformeerd. Terugkoppeling vanuit Parnassia naar bijv. de Thuiszorg vindt niet altijd goed plaats.

- 2 Als het gaat om lichte/beginnende depressies zijn er meer problemen:**
allereerst geven velen aan niet voldoende op de hoogte te zijn van de verschijnselen van een lichte depressie. Hierdoor worden beginnende depressies niet voldoende herkend.
Dit 'tekort' aan kennis en ervaring werd eigenlijk door alle partijen in meer of mindere mate genoemd: Thuiszorg, AMW, vrijwilligers, burenhulp, verzorgingshuizen en ook huisartsen. En niet te vergeten: de oudere zelf en de mantelzorgers erom heen.

Overigens veronderstelt men wel veel 'verborgen leed' in deze wijken; misschien niet meer dan in andere wijken, maar zeker ook niet minder. In de Archipel heeft dat wellicht (volgens de geïnterviewden) veel te maken met de sociaal economische klasse: veel weduwen in een isolement (bij wie het sociale netwerk vooral via (het werk van) de man liep, en die niet graag 'de vuile was buiten hangen'.

- 3 Een ander probleem had betrekking op de eigen rol daarin: stel dat je een lichte depressie vermoedt, hoe te handelen?**
Een aantal thema's:

- hoe motiveer je een oudere om hulp te zoeken, of om zelf het gedrag te veranderen, uit je isolement te komen, etc. Men benoemt dit als een gebrek aan kennis en vaardigheden.
- moet je überhaupt in actie komen, gaan lichte depressies niet gewoon vanzelf over; als iemand echt niets wil, is het dan niet 'zijn goed recht'; hoe ver moet je gaan; welke doelen kun je je zelf stellen; hoe ga je met een depressieve oudere om, wat zijn interventie-mogelijkheden, etc.
- wat is je rol (m.n. als vrijwilligers, Thuiszorgmedewerker, e.d) in het signaleren van psychische problematiek en welke

verantwoordelijkheid heb je in de aanpak (verwijzen, motiveren, mede-behandelen, etc.)

4 Ten vierde zijn er knelpunten op het terrein van samenwerking en terugkoppeling: velen geven aan dat signaleren en herkennen een aspect is, maar dat ze niet goed weten waar ze met die signalen terechtkunnen.

Vrijwilligers stellen eventueel de consulenten ouderenwerk op de hoogte van signalen van bijv. terugtrekgedrag bij een oudere. De consulente gaat dan al dan niet aan de slag met zo'n individuele hulpvraag; bezoekt de oudere, schakelt het netwerk in, etc. Het is echter eigenlijk te tijdrovend: de ouderenconsulent kan gezien haar kerntaak niet voldoende tijd vrijmaken om het proces (het verloop van i.c. de depressieve klachten en de aanpak) dan ook te blijven volgen. Het gebeurt hierdoor ook niet altijd systematisch en 'te vrijblijvend'.

Huisartsen hebben daarnaast nog de mogelijkheid om Parnassia en/of de SPV-er van het huisartsenproject in te schakelen voor een 'verfijning' van de diagnose. Dat doen zij echter voor deze groep (ouderen) weinig. Ook omdat Parnassia een tweede lijnsinstelling is, gericht op ernstige psychische problemen. Daarnaast ontbreekt bij huisartsen de tijd om de groep (ouderen met lichte depressies) te volgen.

Thuiszorgmedewerkers bespreken hun signalen in het werkoverleg. Psychische problematiek staat niet 'standaard' of structureel op de agenda van het werkoverleg. Leidinggevenden zijn daardoor afhankelijk van het 'spontaan' melden van veronderstelde lichte depressies (of andere lichte psychische klachten) door de eigen medewerkers. Vervolgens heeft men niet voldoende kennis van wat er aan interventies mogelijk is in de regio.

Parnassia, met name de afdeling preventie, geeft aan dat zij vermoedt dat door wijkgericht te werken er een nieuwe doelgroep bereikt wordt die tot dan toe verborgen bleef. Er lijkt een kloof te liggen tussen het signaal aan de ene kant, en het kunnen motiveren om aan zo'n groep deel te nemen aan de andere kant. Als het eerste al 'lukt' dan lukt het tweede niet.

Mantelzorgers, familieleden weten al helemaal niet waar ze hun eventuele vermoedens van een depressie naar toe moeten.

Tenslotte is de weg naar de huisarts of Parnassia soms te hoogdrempelig.

7 Aanbevelingen voor het vervolg, aanzet voor een projectplan

Op basis van de resultaten uit de inventarisatie kom ik tot de volgende mogelijke aanbevelingen voor het vervolg. Maar...het werkt effectiever (uitgangspunt van de community-benadering) wanneer alle betrokkenen zich van meet af aan zich kunnen vinden in enerzijds de analyse van de probleemsituatie en anderzijds de mogelijkheden voor aanpak. De suggesties die ik hier doe zijn vatbaar voor verandering, verbetering en aanvulling.

De uitwerking van de aanbevelingen zal in de diverse gremia (projectgroep, werkgroep, klankbordgroep) plaatsvinden. (zie paragraaf 8)

- **Eerste aanbeveling: deskundigheidsbevordering**

Er blijkt grote behoefte te zijn aan 1)bijscholing op het gebied van herkenning van (lichte) depressies bij ouderen (diagnostiek), aan 2)kennis en vaardigheden in het omgaan met een depressieve oudere (de eigen taak en rol hierin) en aan 3)vaardigheden in het motiveren tot veranderen/hulpzoeken.

Deze behoefte wordt door verschillende instellingen /voorzieningen geuit. Bij de een licht het accent meer op het een en bij de ander meer op het andere. Huisartsen lijken daarin wat verdeeld:

bijscholing kan nooit kwaad, maar er is 'al van alles geregeld op dit gebied in het kader van jaarlijkse bijscholing vanuit het DHV'. (?) Parnassia heeft een goed aanbod op het gebied van bijscholing met drie bovengenoemde doelen voor verschillende doelgroepen. Het bestaande aanbod bestaat uit drie bijeenkomsten van 2 uur, maar kan uiteraard uitgebreid of ingekrompen worden.

De volgende doelgroepen (in willekeurige volgorde) zouden in aanmerking komen:

Thuiszorg medewerkers, vrijwilligers, wijkagenten, Algemeen Maatschappelijk Werk, medewerkers in verzorgingshuizen en dus eventueel huisartsen.

Daarnaast dient aandacht geschonken te worden aan de vraag hoe de signaleringsfunctie van de betrokken instelling structureel verbeterd kan worden. Bijvoorbeeld door regelmatig terugkerende

deskundigheidsbevordering; ontwikkelen van protocollen;
aandachtspunt in werkoverleg, etc.

- ***Tweede aanbeveling: voorlichting***

Niet alleen (semi)professionals, ook familieleden, burens, vrienden en de doelgroep zelf zouden beter op de hoogte kunnen zijn van de verschijnselen van een (beginnende) depressie en van de behandelingsnoodzaak en -mogelijkheden. Te vaak nog worden deze klachten 'afgedaan' als horende bij de leeftijd en onveranderbaar / onbehandelbaar. En er is een verwarring met 'gewone' sombere gedachten. Het verdient aanbeveling om een brede publiekscampagne in de wijken te starten waarmee bekendheid en voorlichting wordt gegeven aan deze thematiek.

Te denken valt daarbij aan: een serie artikelen in de verschillende wijkkranten:

voorlichtingsmateriaal in de wijk; maken van beeldend materiaal (foto's, video, o.i.d) over ouderen in de wijk; vertonen van de video 'Achter een lachend gezicht' bij bepaalde gelegenheden; voorlichting in verzorgingshuizen aan ouderen en mantelzorgers; interviews bij Radio West / TV West; etc.

In deze fase past ook de uitvoering van een landelijk initiatief (vanuit het Trimbosinstituut) om een 'National screening day' voor depressie bij ouderen te organiseren. Het idee van deze 'screening day' is dat ouderen in de gelegenheid worden gesteld om zich op laagdrempelige wijze te laten screenen op de aanwezigheid van en/of het risico van een depressie. Met dergelijke screeningsdagen is in het buitenland al de nodige ervaring opgedaan (Forbes et al., 1995; Magruder et al., 1995), in Nederland nog nauwelijks. Deze dag is het startpunt van massamediale publieksvoorlichting over het thema (fase 3).

- ***Derde aanbeveling: wijkactiviteiten***

In aansluiting op het laatste en passende bij een wijkgerichte benadering zou je de wijken meer betrokken kunnen maken bij (de preventie van) psychische problematiek van ouderen. Primaire preventie van bijv. depressie is mogelijk door het (maatschappelijk en sociaal) isolement van ouderen te voorkomen of te doorbreken. Er zijn al ongetwijfeld vanuit de buurtcentra allerlei activiteiten vanuit dit doel gestart. Wellicht kunnen bepaalde activiteiten specifiek op dit thema: het voorkomen van depressies bij ouderen ingevuld worden.

Suggesties: activiteiten voor volwassenen laten aansluiten op dit thema (bijv. als opdracht bij de fotografieclub: fotograferen van ouderen in de wijk); integratie van ouderenactiviteiten met activiteiten voor volwassenen; project rondom scholen, en dergelijke.

- ***Vierde aanbeveling: wijkgericht uitvoeren van bestaand cursusaanbod***

Laagdrempelig en per wijk uitvoeren van bestaande interventies ('In de put uit de put', 'Door wandelen meer mens', 'Verlies en dan verder', 'Rijker Leven') en nieuwe interventies als: zingeving bij Indische mensen, 'Lichte dagen, donkere dagen' voor allochtone ouderen.

Dit zijn alle (bewezen) effectieve interventies voor ouderen met licht depressieve klachten).

Daarnaast kunnen de ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers depressieve ouderen per wijk uitgevoerd worden.

- ***Vijfde aanbeveling: training bezoekgroepen (i.o)***

Vanuit het ouderenwerk worden momenteel bezoekgroepen opgericht. Deze groepen hebben tot doel het doorbreken van isolement bij ouderen. Op aanvraag wordt de betreffende ouder een aantal malen bezocht door een vrijwilliger met als doel de oudere te (re)activeren of aan bestaande zorghulpinstellingen over te dragen. Hoewel het niet specifiek gericht is op licht depressieve ouderen, is isolement aan de ander kant natuurlijk wel een belangrijke risicofactor in het ontwikkelen van een depressie. Het verdient aanbeveling de vrijwilligers goed te trainen en waar nodig bij te staan in het herkennen van (lichte) psychische problematiek en depressie in het bijzonder. Maar ook zouden de vrijwilligers waar

nodig ondersteund moeten worden bij vragen/problemen op dit terrein die zij tijdens hun werk tegenkomen.

- ***Zesde aanbeveling: een spreekuur voor ouderen, mantelzorgers en andere betrokkenen***

Vanuit diverse kanten komt het probleem naar voren dat signalering van depressies bij ouderen moeilijk is, maar dat het ook onduidelijk is waar de betrokkene (vrijwilligers, Thuiszorgmedewerkster, huisarts, etc.) met dat signaal naar toe moet. De ouderenconsulent kan wel op het individugerichte hulp leveren, maar kan dit niet procesmatig doen. Parnassia, circuit ouderen is niet gericht op eerstelijns-problematiek; de afdeling preventie heeft geen op het individu-gerichte hulp, etc.

Er lijkt behoefte aan een 'punt', een spreekuur, een voorziening, een Zorgpost, een meldpunt (alle termen liggen open) waar laagdrempelig en structureel tijd is om het signaal te 'onderzoeken'. De oudere zelf kan bezocht worden, er wordt bekeken wat er precies aan de hand is (diagnostiek), en mogelijke oplossingsrichtingen worden in kaart gebracht en uitgevoerd. Het gaat dus om een kortdurend 'hulpaanbod', waarbij met name de probleeminventarisatie en het uitzetten van oplossingsrichtingen hoofddoel zijn.

Niet alleen ouderen zelf kunnen hier terecht, ook mantelzorgers en andere betrokkenen kunnen bij dit spreekuur terecht met hun signalen en zorgen.

Het 'punt' maakt daarbij optimaal gebruik van de reeds bestaande instellingen en interventies: activiteiten in de wijkcentra, zoekgroepen, burenhulp, AMW, Thuiszorg, Parnassia, preventieve cursussen, huisartsen, enz. enz. Vaak zal het ook gaan om het zelfsturende en zelfoplossende vermogen van de ouderen zelf te vergroten. Het gaat, met ander woorden, uitdrukkelijk niet om het creëren van zorgafhankelijkheid.

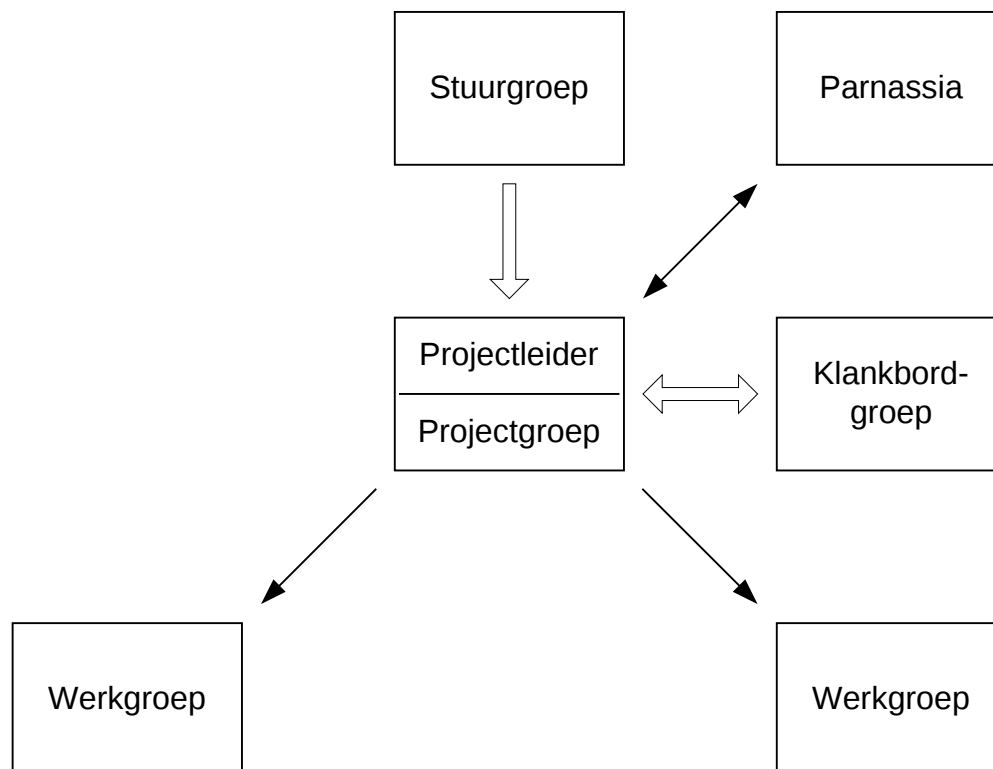
Een dergelijk spreekuur dient laagdrempelig te zijn, herkenbaar in de wijk gesitueerd, en aan te sluiten bij eventuele andere initiatieven in de wijk.

De financiering van een dergelijke voorziening zou gezocht moeten worden in een deelfinanciering per instelling en aanvullende financiering vanuit subsidies/gemeente of andere.

De bemensing van het 'spreekuur' dient professioneel (door bij voorkeur een SPV-er) ingevuld te worden.

8 Organisatie en inbedding

De volgende projectstructuur wordt voorgesteld:



De stuurgroep bestaat uit managers of leidinggevenden van de deelnemende instanties; van belang is dat er personen zitten met beslissingsbevoegdheid of mandaat. Per organisatie neemt een vast persoon zitting in de stuurgroep.

- ze vergaderen 2x per jaar;
- zijn verantwoordelijk voor financiering, personele bezetting en projectorganisatie;
- hebben een signalerende en adviserende functie ten aanzien van de projectgroep;
- bewaken voortgang van het project;
- nemen beslissingen op beslismomenten.

De projectleider wordt geleverd door Parnassia, afdeling preventie. Zij:

- werkt op basis van gedelegeerde verantwoordelijkheid vanuit de stuurgroep;
- heeft de dagelijkse leiding en coördinatie over het project.
- is verantwoordelijk voor het behalen van het projectresultaat;
- is voorzitter van de projectgroep;
- draagt zorg voor voortgang van het project;
- schrijft het projectplan en evaluatie;
- bewaakt budget en is verantwoordelijk voor subsidieaanvraag;
- verantwoordelijk voor PR;
- biedt ondersteuning aan werkgroepen
- onderhoudt contacten met het Trimbos, voert taken uit die door het Trimbos worden aangestuurd en legt verantwoordelijkheid af aan het hoofd van afdeling Parnassia.

De projectgroep bestaat uit medewerkers van deelnemende organisatie: inhoudsdeskundigen op het gebied van GGZ, zorg en/of welzijn en preventie t.b.v. ouderen, groepswerk, deskundigheidsbevordering, werving en ervaring met ouderen in betreffende wijken. In principe heeft elke organisatie een afgevaardigde in de projectgroep. Projectgroepleden:

- komen gemiddeld om de twee maanden bijeen, plenair of in kleiner verband;
- dragen zorg voor planning, voorbereiding, uitvoering van de interventies;
- ondersteunen taken van de projectleider.

De klankbordgroep bestaat uit leden van vrijwilligersorganisatie en de einddoelgroep. Zij vormen een onmisbare schakel tussen de projectgroep en de einddoelgroep. Hun taak bestaat uit kritisch volgen en becommentariëren en aanvullen van het projectplan en de interventies die daaruit volgen.

Ten aanzien van bepaalde aanbevelingen zullen zij direct betrokken worden bij de uitvoering en implementatie. Zij:

- komen gemiddeld om de 3 maanden bijeen;
- onder voorzitterschap van de projectleider;
- dragen zorg voor de voorbereiding en uitvoering van bepaalde interventies;
- ondersteunen de taken van de projectleider.

De werkgroepen zijn kleine werkeenheden, die wisselend van samenstelling zijn en per activiteit worden opgericht. Het zijn werkgroepen met een kleine looptijd (vaak voor de duur van de betreffende activiteit). De deelnemers worden aangewezen/gevraagd/gekozen door de direct leidinggevenden en krijgen volmacht om bepaalde interventies op basis van het projectplan verder uit te werken.

9 Capaciteit en financiën

De inschatting is dat binnen de samenwerking van de deelnemende organisaties de benodigde deskundigheid aanwezig is. De precieze inschatting van de hoeveelheid menskracht is in dit stadium nog moeilijk omdat de definitieve keuze van interventies nog niet heeft plaatsgevonden.

Bijlage 7 Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst.

**Wijkgericht werken aan het voorkomen van depressie bij
ouderen**

Convenant

Een samenwerkingsproject van:

Stichting Radius
Stichting Maatschappelijke Dienstverlening
Stichting Kennemer Thuiszorg
GGD
De Geestgronden

Convenant

1. Inleiding

- 1.1. Het project 'wijkgericht werken aan het voorkomen van depressie bij ouderen' is een samenwerkingsproject van verschillende organisaties die zich in Haarlem Noord bezig houden met ouderen op het gebied van zorg en welzijn. Het project behoort tot drie landelijk pilot projecten die worden begeleid door het Trimbos instituut. Het Trimbos instituut is geen partner in dit convenant.
- 1.2. De organisaties die het convenant sluiten, gaan akkoord met de beschreven doelen en uitgangspunten van het project en de gemaakte afspraken rond projectorganisatie, financiering en personeel.
- 1.3. Het project heeft een looptijd van ruim anderhalf jaar en loopt van medio oktober 2001 tot juni 2003. De diverse partners zullen allen een bijdrage leveren in het organiseren van en vormgeven aan diverse activiteiten

2. Deelnemers

- 2.1 Aan het convenant nemen de volgende organisaties deel:

- Stichting Radius
- Stichting Maatschappelijke Dienstverlening
- Stichting Kennemer Thuiszorg
- GGD
- De Geestgronden

3. Doelgroep

- 3.1. Primaire doelgroep:
Zelfstandig wonende ouderen met depressieve klachten in Haarlem Noord

3.2. Intermediaire doelgroepen:

- Wijkverpleegkundigen
- Huisartsen
- Ouderenwerkers
- ouderenadviseurs
- Vrijwilligers die huisbezoeken aan ouderen afleggen
- Mantelzorgers

4. Doelstelling

4.1. Meer ouderen met depressieve klachten gaan deelnemen aan (al bestaande) interventies.

4.2. Subdoelen:

- Verbeteren samenwerking van de deelnemende organisaties rondom depressieve ouderen
- Optimaliseren van opvangmogelijkheden voor ouderen in de wijk
- Verbeteren van signalering van depressieve klachten bij ouderen door intermediairen
- Beter bereiken van depressieve ouderen
- Vergroten van kennis over depressie bij ouderen en intermediairen
- Stimuleren van hulpzoekgedrag bij depressieve ouderen
- Bevorderen van adequate behandeling/begeleiding van depressieve ouderen

5. Organisatie

5.1. Stuurgroep

De stuurgroep bestaat uit managers of leidinggevenden van de deelnemende organisaties, die beslissingsbevoegdheid hebben of een mandaat. Per organisatie neemt één vast persoon deel aan de stuurgroep. De stuurgroep bewaakt en ondersteunt de koers van het project.

5.2. Projectgroep

De projectgroep bestaat uit medewerkers van de deelnemende organisaties, die inhoudsdeskundig zijn op het gebied van ouderen in Haarlem Noord. Per organisatie neemt één vast persoon deel aan de projectgroep. De projectgroep ontwikkelt een projectplan en voert deze (mede) uit.

5.3. Projectcoördinator

De projectcoördinator wordt geleverd door de afdeling Preventie en Innovatie van De Geestgronden en wordt mede gefinancierd door het Trimbos instituut.

6. Taken en verantwoordelijkheden

6.1 Stuurgroep

- Komt 3-4 keer per jaar bij elkaar
- Is verantwoordelijk voor de personele bezetting van de verschillende onderdelen van het project.
- Bewaakt en ondersteunt de koers en voortgang van het project.
- Creert randvoorwaarden voor het project
- Is verantwoordelijk voor inbedding van het project in de eigen organisatie.
- Heeft een signalerende en adviserende functie tav de projectgroep
- Neemt beslissingen op 'beslismomenten' in het project

6.2 Projectgroep

- Vergadert ongeveer 1 keer per 2 maanden (in de beginperiode wat vaker).
- Maakt een projectplan, waarin de doelstelling en subdoelen van het project verder worden uitgewerkt
- Draagt (mede) zorg voor de uitvoering van het projectplan
- Ondersteunt ontwikkeling en uitvoering van het PR-plan
- Ondersteunt ontwikkeling en uitvoering wervingsplan
- Ondersteunt de projectcoördinator in haar activiteiten voor het project

6.3 Projectcoördinator

- Werkt op basis van gemaakte afspraken met het Trimbos instituut en gedelegeerde verantwoordelijkheid vanuit de stuurgroep.
- Wordt begeleid door de afdeling Preventie en Innovatie van De Geestgronden.
- Is verantwoordelijk voor het behalen van het projectresultaat
- Draagt zorg voor ontwikkeling, afstemming, voortgang, evaluatie en implementatie van het project
- Schrijft in overleg met stuurgroep en projectgroep projectplan, russenrapportages, evaluatie en implementatieplan.
- Is verantwoordelijk voor PR
- Is intermediair tussen de stuurgroep en de projectgroep.
- Onderhoudt contacten met doelgroep en zn. externe partners voor advies en consultatie.

7. Evaluatie

Aan het eind van het traject vindt een procesevaluatie plaats. De uitvoering daarvan geschiedt door de projectcoördinator.

8. Implementatie

Gedurende het project wordt een implementatieplan opgesteld. De uitvoering daarvan geschiedt door de projectcoördinator.

9. Begroting

9.1 Personele bezetting projectorganisatie

- | | |
|----------------------|-----------------|
| • Projectleider | 16 uur per week |
| • Projectmedewerkers | 2 uur per maand |
| • Stuurgroepleden | 1 uur per maand |

9.2 Uitvoering activiteiten

De inzet van personeel gedurende de uitvoeringsfase is afhankelijk van de activiteiten die uiteindelijk worden gekozen in het projectplan en kan verschillen per organisatie. Vooralsnog is de schatting twee à drie uur per week per deelnemende organisatie.

9.2 Andere kosten:

De materiele kosten zijn geraamd op € 4600 en worden gefinancierd door De Geestgronden.

Door ondertekening verklaart u zich akkoord met de afspraken zoals die in het convenant staan beschreven.

Namens Stichting Radius

Mevr. S. Stemmerik
Functie

Namens Stichting Maatschappelijke Dienstverlening

Dhr. V. Wensing
Functie

Namens Stichting Kennemer Thuiszorg

Dhr./Mevr.
Functie

Namens de GGD Zuid-Kennemerland

Mevr. A. Grotenhuis
Functie

Namens De Geestgronden

Dhr. G. Kessler
Teamleider ambulant GGZ Centrum voor ouderen

Namens De Geestgronden

Mevr. M. Rietdijk
Afdelingshoofd Preventie en Innovatie

Bijlage 8 **Gezondheidsmarkt voor ouderen 'Gezond en wel'**

Aanleiding seniorenmarkt

De aanleiding tot het organiseren van een seniorenmarkt in Haarlem-Noord vormt het project 'Wijkgericht werken aan het voorkomen van depressie bij ouderen'. Dit project is een community interventie die op 3 locaties in Nederland onder leiding van het Trimbos Instituut wordt uitgevoerd en door het ZON wordt gefinancierd. Het project in Haarlem-Noord bestaat uit meerdere deelprojecten, waar onder een 'national screening day' voor depressie bij ouderen (zie projectvoorstel, nov. 2001). Ouderen kunnen zich op deze dag laten testen op het voorkomen van depressieve klachten.

De vraag hoe ouderen te motiveren zich op depressiviteit te laten testen, leidde tot het idee ouderen meer aan te bieden dan alleen deze test, en daarmee tot het organiseren van een gezondheidsmarkt. Op deze 'markt' kunnen ouderen zich naast het screenen op depressieve klachten, zich ook op verschillende lichamelijke functies laten testen. Dit past ook beter bij ouderen, die over het algemeen meer gericht zijn op somatische dan op psychische klachten.

Doel gezondheidsmarkt voor ouderen

Ouderen en verwanten in Haarlem-Noord informeren over bepaalde voorzieningen op het gebied van de (geestelijke) gezondheid en welzijn. Het gebruik van bestaande voorzieningen door ouderen op deze gebieden in bovengenoemde wijk stimuleren.

Onder **gezondheidsvoorzieningen en welzijn** worden de volgende voorzieningen verstaan, namelijk:

- behandel mogelijkheden voor ouderen met depressieve klachten
dieetadviezen, ogentesten
- mogelijkheden voor psychosociale begeleiding, zoals het algemeen maatschappelijk werk, ouderenwerkers en ouderenadviseurs
dagprogramma's van verzorgingshuizen in de wijk voorzieningen
zoals het geplande Loket Haarlem-Noord
- activiteiten voor de doelgroep die in lokale buurthuizen worden aangeboden

Werkdoelen

het aanbieden van een publieksgerichte interventie, gericht op voorlichting en screening van depressieve klachten en behandelmogelijkheden het aanbieden van een interactieve expositie van de Stichting Consument en Veiligheid waarbij de bezoeker zelf kan ontdekken in welke mate zijn lichaam tekenen van ouderdom vertoont en geïnformeerd wordt over voorzorgsmaatregelen die men thuis kan treffen de participanten van de markt doen een aanbod namens de eigen organisatie.

Gezondheidsmarkt 'Gezond en Wel' voor ouderen

Programma

10.30	Welkomstwoord door Yvonne de Roode, projectleider (zaal 1)
10.40	Opening door dhr Grondel, wethouder Welzijn, Volksgezondheid, Zorg & Voorziening (zaal 1)
11.00 - 13.00	Gelegenheid tot het bezoeken van de kraampjes en de tentoonstelling 'Een gewaarschuwd mens' (zalen 1, 2, gang)
11.00	Video 'Achter een lachend gezicht', over depressieve klachten bij ouderen, en andere video's (zaal 1)
12.00	Video 'Achter een lachend gezicht' e.a. (zaal 1)
13.00	Theatervoordracht 'Later als ik oud ben', Mary Michon (zaal I)
13.30 - 16.00	Gelegenheid tot het bezoeken van de kraampjes en de tentoonstelling 'Een gewaarschuwd mens' (zalen 1, 2, gang)
14.00	Video 'Achter een lachend gezicht' e.a. (zaal 1)
15.00	Video 'Achter een lachend gezicht' e.a. (zaal 1)
15.50	Afsluiting van de markt

U kunt de kraampjes en de tentoonstelling bezoeken tussen 11.00 en 13.00 uur en vanaf ongeveer 13.30 tot 16.00 uur. Panelen van de tentoonstelling kunt u vinden in de zalen 1, 2 en de gang. Ook kunt u tussentijds aan een van de tafels een gratis kopje koffie of thee drinken. U kunt hiervoor de consumptiebon afscheuren. Voor informatie over de markt zie ommezijde.

Bijlage 9 Spreekuur voor ouderen met depressieve klachten

Projectvoorstel:

Spreekuur voor ouderen met depressieve klachten mei 2002
Marjan Wesseling, projectleider De Wijk aan zet.

1. Opzet:

Spreekuur voor ouderen met depressieve klachten, dat in de wijk een belangrijke dienstverlenende functie vervult voor ouderen, direct betrokkenen en hulpverleners/professionals in de wijk in het vroegtijdig signaleren en doorverwijzen op het gebied van depressies bij ouderen. Het gaat om zowel een telefonisch- als inloopspreekuur, gelokaliseerd op een centrale laagdrempelige plek in de wijk.

We gaan uit van twee spreekuren:

- in de wijk Archipel: in het Schakelpunt (dagverzorgingscentrum met een duidelijke buurtfunctie)
- in de wijk Zeeheldenkwartier: in het verzorgingshuis Op de laan.

Ieder spreekuur is een middag per week van 14 – 17 uur geopend.

2. Taak en functie van het spreekuur:

Het spreekuur heeft de functie: het geven van voorlichting en consultatie aan ouderen, betrokkenen en professionals in de wijk op het gebied van depressies bij ouderen.

Meer in het bijzonder betekent dit dat het spreekuur:

- de hulpvraag inventariseert, expliciteert, verheldert;
- voorlichting geeft over signalen, oorzaken en behandel mogelijkheden van depressies;
- voorlichting geeft over preventie van ernstige depressies (beschermende factoren);
- adviseert over de richting waarin hulp gezocht/geboden kan worden (op basis van analyse van de hulpvraag en probleemsituatie en kennis van de sociale kaart).

Het spreekuur heeft geen curatieve taak, de adviseur gaat dan ook geen behandelkontraat/behandelrelatie met de adviesvrager aan.

3. Taken per doelgroep zijn:

I. Ouderen:

- Analyseert de hulpvraag;
- Geeft voorlichting op het gebied van signalen, verschijningsvormen, oorzaken en/of behandelmogelijkheden met betrekking tot depressies;
- Stimuleert, activeert en motiveert ouderen om, indien nodig, hulp te zoeken bij hulpaanbieders uit de eerste- en tweede lijn.
- Geeft voorlichting over het voorkomen van depressies (of andere ernstige psychische problematiek) en stimuleert de oudere om preventieve acties/activiteiten te ondernemen;
- Biedt advies en consultatie door het geven van informatie ten aanzien van verdere hulpaanbod/hulpverleningsmogelijkheden in de stad/wijk
- Vervult een achterwachtfunctie (bijv. door registratie en controle, door aanbieden vervolgsconsult)

II. Direct betrokkenen (familie, mantelzorgers, burenen):

- Analyseert de hulpvraag;
- Geeft voorlichting op het gebied van signalen, verschijningsvormen, oorzaken en/of behandelmogelijkheden met betrekking tot depressies;
- Ondersteunt en adviseert de adviesvrager in aanpak van 'het probleem' (geeft oplossingsrichtingen, geeft aanwijzingen hoe de ouderen gemotiveerd kan worden om zelf hulp te zoeken of naar het spreekuur toe te komen, e.d.);
- Geeft informatie over hulpaanbod in de wijk/stad
- Geeft adviesvrager indien nodig, advies en informatie over mogelijkheden van hulpaanbod voor mantelzorgers

III. Professionals/hulpverleners in de wijk:

- Analyseert de hulpvraag;
- Geeft voorlichting op het gebied van signalen, verschijningsvormen, oorzaken en/of behandelmogelijkheden met betrekking tot depressies;
- Ondersteunt en adviseert de adviesvrager in aanpak van 'het probleem' (geeft oplossingsrichtingen, geeft aanwijzingen hoe de ouderen gemotiveerd kan worden om zelf hulp te zoeken of naar het spreekuur toe te komen, e.d.);
- Geeft informatie over hulpaanbod in de wijk/stad

4. Uitgangspunten

Gezien het bijzondere karakter van het spreekuur (consultatieve en geen curatieve taak) is het van belang een aantal uitgangspunten en voorwaarden helder te benoemen:

- De spreekuurhouder, (adviseur genoemd), heeft als basishouding een consultatieve rol; dat betekent onder andere dat hij geen actieve rol speelt in bijvoorbeeld doorverwijzing naar hulpverlenings- of andere instanties. Hij wijst op de wenselijkheid en mogelijkheid, maar laat de verantwoordelijkheid over aan de adviesvrager zelf.
- Hij houdt geen dossier bij, anders dan gespreksnotities voor hemzelf die voor de duur van het contact behouden blijven, en na uiterlijk 3 maanden vernietigd worden.
- Hij verstrekt geen schriftelijke of mondelinge informatie over de adviesvrager en/of het probleem aan derden.
- Hij legt geen huisbezoeken af; voor mensen met een beperkte mobiliteit biedt het telefonisch spreekuur in principe voldoende mogelijkheid.
- Hij gaat geen behandelcontract aan.
- De duur van het contact met de adviesvrager is kort, maximaal 3 keer, 15 tot 30 minuten per consult.
- Het spreekuur registreert een aantal gegevens van de hulpvrager (geanonimiseerd).
- De adviseur heeft als medewerker/SPV-er van Parnassia dezelfde rechten en plichten die horen bij zijn beroepscode en handelwijze/ethiek van Parnassia.

5. Organisatie:

5.1 Structuur

Het zorgspreekuur is een samenwerkingsproject tussen: Parnassia afdeling preventie, Parnassia afdeling ouderen, Ouderenwerk Archipel/Zeehelden/Willemspark, Verzorgingshuis Op de laan en Dagverzorging Schakelpunt.

De samenwerking wordt vastgelegd in een convenant.

Het zorgspreekuur valt onder directe verantwoordelijkheid van Parnassia, afdeling preventie (projectleiding). De werkgroep Spreekuur is verantwoordelijk voor de uitvoer en voortgang van het zorgspreekuur, onder leiding van de projectleider.

In de werkgroep Spreekuur hebben alle betrokken partijen zitting. Het zorgspreekuur wordt bemand door een SPV-er vanuit Parnassia, die deze taak uitvoert op grond van zijn preventieve en consultatieve taak.

Naast het zorgspreekuur functioneert het WISS, waarmee nauwe samenwerking bestaat op het gebied van organisatie (locatie en PR) en inhoud (informatie-uitwisseling, doorverwijzing)

5.2 Formatie:

Om de taken naar behoren te kunnen vervullen zal het spreekuur op vaste tijden open moeten zijn. Gedacht wordt om de startfase een keer per week gedurende 3 uur open te zijn per wijk.

5.3 Samenwerking

Het initiatief wordt voor het eerste jaar grotendeels uit bestaande middelen van de betrokken instellingen gefinancierd. De kosten/lasten worden door alle partijen gedragen.

Een en ander zal door middel van een convenant op bestuurlijk niveau vastgelegd moeten worden.

De directe samenwerking vindt binnen de werkgroep plaats, van waaruit een ieder terugkoppelt naar de eigen geledingen en leidinggevenden.

Het Schakelpunt en Op de Laan leveren locatie, waaronder gebruik telefoon, meubilair, koffie en thee, eventueel ontvangst via receptie, computer

Parnassia, afdeling preventie levert in het eerste 1/2 jaar (startfase) de benodigde formatie vanuit de urenafspraken die er met het circuit gemaakt zijn (vanuit de ruimte die er in de werkplannen 2002). In het daarop aansluitende jaar (implementatiefase) worden de benodigde uren apart begroot in de werkplannen van 2003.

Ouderenwerk levert advertentieruimte in de wijkkranten en

5.4 Locatie:

In de wijk Archipel: Schakelpunt

In de wijk Zeehelden: verzorgingshuis Op de Laan

6. Publiciteit

Om het zorgspreekuur te laten slagen is veel bekendheid nodig bij de doelgroep ouderen, mantelzorgers en professionals/hulpverleners in de wijk.

Hiervoor zal een apart PR-plan worden opgesteld met een bijbehorende begroting.

Bekeken moet worden hoe een en ander bekostigd dient te worden.

7. Onderzoek en Evaluatie

In de pre-fase zal er onderzocht worden in hoeverre het zorgspreekuur voldoet aan wens en behoefte bij de doelgroepen aan een dergelijk spreekuur. Hiertoe wordt een onderzoek opgezet.

Het spreekuur zal na de start- en implementatiefase beoordeeld worden op de realisatie van de doelstellingen. Ook hiertoe zal een onderzoeksopzet gemaakt worden.

8. Planning

We onderscheiden 3 fasen:

- **Pre-fase:**
Januari tot Juli 2002: onderzoek naar behoefte, voorbereiding en opzet, PR
- **Startfase:**
Augustus - December 2002: opdoen van eerste ervaringen, bijstellen van werkwijze/protocol, aanscherpen PR-beleid, uitbouwen samenwerking WISS
- **Implementatiefase:**
Januari - Juli: uitvoering zorgspreekuur
- **Evaluatie:**
Juli 2003: evaluatie en afspraken voor vervolg.

9. Vervolg/inbedding

Van meet af aan zal nagedacht moeten worden over het vervolg bij een eventueel succes. Hoe, op welke wijze, waar en wie zal het spreekuur voortbestaan en/of uitgebreid worden in uren en/of naar andere wijken.

10. Begroting

Item	Kosten eerste jaar	
Gebruik ruimte Verzorgingshuis Op de Laan inclusief receptiefunctie, koffie/thee, gebruik PC, telefoon, meubilair	€	
Idem gebruik ruimte Dagverzorging Het Schakelpunt	€	
SPV-er/adviseur, 6 uur per week	€	10.000
Administratieve ondersteuning	€	5.000
Publiciteit: • Posters/flyers, ontwerp en drukken (1000,=) • Mailing (400,=) • Naambordjes (250,=) • Presentaties (200,=)	€	1.850

Bijlage 10 Krant

Somber? Goed nieuws!

Najaar 2002

INFORMATIEKRANT VOOR OUDEREN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

Voorlichtingsdagen over depressie

De wijk als middelpunt

DE HAAGSE WILDEMAN
Depressie is te voorkomen. Dat is de boodschap van de voorlichtingsdagen over ouderen en depressie die dit najaar in verschillende plaatsen worden gehouden. Met muziek, lezingen, theater en voorlichting over activiteiten in de wijk worden ouderen aangemoedigd hulp te zoeken als ze depressieve klachten hebben. Ook kan een speciaal ontwikkelde stemmingstest worden ingevuld, met de mogelijkheid om de uitkomst ervan vrijblijvend met een deskundige te bespreken. Op 27 september wordt de dag in Haarlem Noord gehouden, op 5 oktober in Velsen en op 2 november zijn het Haagse Zeeheldenkwartier en de Archipel aan de boert.

Het project is een initiatief van het Trimbos-instituut (het landelijke kennisinstituut voor geestelijke volksgezondheid), in samenwerking met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, thuiszorgorganisaties, GGD's, het algemeen maatschappelijk werk, huisartsen en plaatselijke vrijwilligersorganisaties. Ernst Behlmeijer, namens het Trimbos-



Ernst Behlmeijer

instituut de coördinator van het project. "Het is bekend dat ongeveer vijftien procent van alle ouderen milde of matige depressieve klachten heeft. Somberheid, slecht slapen, piekeren, hoofdpijn, buikpijn en lusteloosheid bijvoorbeeld. Veel mensen denken dat die klachten bij het ouder worden horen, maar dat is niet zo. Vaak is er heel goed iets aan te doen. Door de klachten op tijd aan te pakken, kun je bovendien voorkomen dat ze erger worden en tot een echte depressie leiden."

De voorlichtingsdagen zijn dus bedoeld om ouderen bewust te

maken van de symptomen van een (beginnende) depressie en ze aan te sporen hulp te zoeken. Er is niet gekozen voor een landelijke, maar juist voor een wijkwijze aanpak, zodat mensen meteen kunnen kennismaken met de instanties en personen in de wijk die zich met hulpverlening bezighouden. Ernst Behlmeijer: "Nu krijgt meer dan de helft van de mensen met een depressie of een beginnende depressie geen hulp. Dat percentage willen we graag naar beneden krijgen. Want, nogmaals, een depressie is iets te doen."

INHOUD

- 1 Misverstand over depressie
- 2 Interview met Mary Michon
- 3 Alles over de voorlichtingsdag
- 4 De activiteiten in de wijk
- 5 Interview oud-cursist In de put, uit de put
- 6 Stemmingstest

De voorlichtingsdagen

Haarlem-Noord vrijdag 27 september
10.00 - 16.00 uur in de zalen van de Markuskerk, Lingestraat 1, Haarlem

Velsen zaterdag 5 oktober
11.00 - 16.00 uur
Stadhuis, Plein 1940-1945, IJmuiden

Den Haag zaterdag 2 november
14.00 - 17.00 uur
Verzorgingscentrum Op de Laan, Laan van Meerdervoort 110

14.00 - 17.00 uur
Het Schakelpunt, Burgemeester Partijlaan 1900

Huiberts Arnold Romeijniers is gespecialiseerd in depressie

"De meeste depressies kunnen door de huisarts behandeld worden"

"Als iemand regelmatig bij mij langskomt met klachten als slapeloosheid, chronische pijn, nervositeit of vermoeidheid, gaan er bij mij alarmbellen rinkelen. Zulke klachten kunnen een uiting zijn van depressiviteit. Ouderen zullen niet zo snel zeggen dat ze somber zijn of veel piekeren. Jongere ouderen, tot een jaar of zeventig, misschien wel, maar zeventigplussers vinden het vaak

normaal om over psychische problemen te praten. Met gerichte vragen over iemand's stemming, probeer ik erachter te komen of er inderdaad sprake is van depressiviteit. Zo ja, dan bespreek ik met de patiënt hoe we daar iets aan kunnen doen. In de meeste gevallen werkt een combinatie van voorlichting en begeleiding goed. Ik vind het belangrijk mensen te vertellen dat een

depressie geen karakterafwijking is en geen teken van persoonlijke zwakte, maar een ziekte. Daarnaast probeer ik met de patiënt te regelen dat er zo veel mogelijk steun uit de omgeving komt. Van de partner bijvoorbeeld, of van kinderen, vrienden of buren. Daarna kun je gaan werken aan de depressie. Mensen weer een vast dagritme laten volgen, sociale contacten laten

onderhouden, zorgen voor voldoende lichaamsbeweging en voor matig gebruik van alcohol. Niet allemaal in één keer natuurlijk, maar stap voor stap. Soms schrijft ik ook medicijnen voor - antidepressiva of iets kalmerends - maar dat is lang niet altijd nodig. In veel gevallen is de depressie na drie tot zes maanden voorbij."

2 DEPRESSIVITEIT BIJ OUDEREN

Oudere centraal

Mevrouw Van Wijnen (88): "Je moet jezelf helpen"

Eenzaam

"Hierinmengen aan de oorlog kunnen me down maken. Mijn man is, niet lang na ons trouwen, overleden in India. Ik voel me vaak eenzaam. Mijn zoon begrijpt me, maar hij is niet altijd in de buurt. Hier in de serviceflat woont wel een lieve vrouw waar ik mee kan praten. Ook het vrijwilligerswerk dat ik heb gedaan,

was goed voor mijn sociale contacten. Maar lang niet iedereen begrijpt wat het is om depressief te zijn. Sommige mensen vinden dat ik me aanstel."

Koffie

"Je moet jezelf helpen. Ik onderneem elke dag iets. Anders heb ik de moed niet om 's ochtends uit bed te komen. Ik ga boodschappen

doen, koffie drinken in de gezamenlijke ruimte van de serviceflat of een praatje maken met een andere bewoner. Dat helpt goed."

Rustgevend

"Ten tijde geleden heb ik drie maanden bijna alleen maar in bed gelegen. Zo down voelde ik me. Ik probeer mezelf daar weer

bovenop te helpen. Dat lukt vaak. Soms neem ik iets rustgevoeds, maar ik probeer het zonder medicijnen te doen. Gelukkig voel ik me niet altijd slecht. Er zijn ook tijden dat het goed met me gaat en de depressie helemaal weg is."

Vijf misverstanden over depressie

1. Depressieve klachten horen bij het ouder worden.

Dat wordt vaak gedacht, maar het is niet waar. Sommige symptomen van depressie kunnen er wel bij horen, zoals lichamelijke kwaliteiten, sombere bejegeningen over het ouder worden en vergetenheid. Maar wie geregeld onverklaarbare lichamelijke klachten heeft, somber is en geen plezier heeft aan dingen die hij vroeger leuk vond, doet er verstandig aan deskundige hulp te zoeken. Want die klachten horen niet bij het ouder worden en er is iets aan te doen.

2. Wie geregeld somber is, heeft een depressie.

Dat kan, maar het hoeft niet. Depressief zijn is namelijk meer dan somberheid alleen. Wie depressief is, heeft ook verschillende andere klachten. Prikkelbaarheid, lusteloosheid en concentratieverlies kunnen erbij horen, maar ook angst, schuldgevoelens, gebrek aan zelfvertrouwen en minder zin om te leven. Ook allerlei lichamelijke klachten kunnen tekenen zijn van een depressie. Chronische pijn bijvoorbeeld, of duizeligheid, trillende handen of hoofdpijn. Iemand met een

depressie heeft zelden alle symptomen, maar een combinatie van verschillende symptomen kan op een depressie duiden.

3. Rouwen om het verlies van een dierbare is ook een vorm van depressiviteit.

Rouw is een gezonde, normale reactie op verlies van bijvoorbeeld een partner. Het is geen ziekte zoals depressie. Een rouwperiode gaat vanzelf voorbij, al kan dat wel één tot twee jaar duren. Als de rouw voorbij is, kan iemand zich weer prettig voelen, in het dagelijkse leven weer functioneren en wordt zo iemand niet meer helemaal in beslag genomen door het verdriet. Maar soms gaat het niet vanzelf over en kan rouw zelfs overgaan in depressie. Met deskundige hulp kan het lukken om de rouw afloop te laten, en te genezen van een eventuele depressie.

4. Een depressie is alleen te behandelen met medicijnen.

Bij de aanpak van depressie wordt in overleg besloten welke behandeling het beste is. Iedereen is

anders, en ook geen twee depressies zijn hetzelfde. Begeleiding en voorlichting over de ziekte helpen er sowieso bij. Behandeling met medicijnen (antidepressiva) kan een zinvol onderdeel van de behandeling zijn. Als de depressieve gevoelens verminderen en de begeleiding aanslaat, worden de medicijnen meestal weer langzaam afgevoerd.

5. Met alleen wat kalmerende middelen kun je ook van een depressie afkomen.

Nee, dat zal niet lukken. Je kunt er wel bepaalde symptomen mee onderdrukken, zoals angst, ontzet, slapeloosheid en spanning, maar daarmee wordt het werkelijke probleem niet aangepakt. Daarbij slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen verslaafd maken. Als een arts dergelijke middelen voorschrijft, is dat dus tijdelijk en alleen bedoeld om even rust te creëren. Daarnaast worden ze soms ingezet aan het begin van een behandeling met antidepressiva, omdat het vier tot zes weken kan duren voor antidepressiva werken. Die weken kunten met kalmeringsmiddelen worden overbrugd.

RIAGG
Rijksinstituut voor
Geestelijke Gezondheidszorg

DE GEESTGRONDEN
Speciaalities in geestelijke
gezondheidszorg

Parnassia
Psychisch Medisch Centrum
Het Vrijburg in Hout Park

Trimbos-
instituut
Nederlands Instituut
voor Geestelijke
en Gedragingszorg

De voorlichtingsdagen voor ouderen met depressieve klachten in Den Haag, Velsen en Haarlem vinden plaats in het kader van het landelijk preventieproject "De wijk van het ouder" van het Trimbos-instituut.

De voorlichtingsdagen zijn gesponsord door respectievelijk psychisch medisch centrum Parnassia, Ring Medisch Centrum Velsen en de Geestgronden, in samenwerking met lokale instellingen en organisaties voor zorg en welzijn.

Ticket: Frederieke Geerdink
Fengrafie, Huisarts Geerdink
Verzorging Gerard Ph. Abma, INO

Drukwerk, najaar 2002

VOORLICHTING OVER DEPRESSIE IN HET

Marjan Wesseling coördineert de activiteiten in Den Haag

“Met een wijkgerichte aanpak bereiken we meer mensen”

De wijkgerichtheid is één van de belangrijkste pijlers van het project, betoogt Marjan Wesseling. Met die kleinschaligheid kunnen zo veel mogelijk mensen bereikt worden en dat is belangrijk. “Met de statistieken in de hand weten we dat er in het Zeeheldenkwartier en de Archipel vrij veel ouderen met depressieve klachten wonen, maar het aantal dat gebruik maakt van het aanbod om iets aan depressie te doen of om het te voorkomen, is nog steeds klein. Daar willen we graag verandering in brengen.”

In Den Haag, en dus ook in het Zeeheldenkwartier en de Archipel, loopt al jaren het project ‘Activeren een lachend gezicht’, bedoeld om depressie bij ouderen te voorkomen. Alle kennis die daarmee is opgedaan, wordt nu ingezet voor de voorlichtingsdag en voor een aantal speciaal op ouderen gerichte cursussen en andere activiteiten. Zowel voor mensen die professioneel met ouderen werken, als voor het grote publiek. Marjan Wesseling: “Er is nog steeds onvoldoende kennis over ouderen en depressie en over het voorkomen van depressieve klachten. Als je dat verbeterd, zullen niet alleen ouderen eerder hulp zoeken, maar zal het ook familie en bekenden eerder opvallend als het met een oudere niet goed gaat. Hoe eerder je dat opmerkt, hoe sneller je in kunt grijpen en hoe korter een depressieve periode duurt.”

ken, maar zal het ook familie en bekenden eerder opvallend als het met een oudere niet goed gaat. Hoe eerder je dat opmerkt, hoe sneller je in kunt grijpen en hoe korter een depressieve periode duurt.”

Spreekuur

Tijdens de dag wordt een belangrijk nieuw initiatief officieel geopend: het spreekuur over depressiviteit en ouderen. Een plek waar iedereen – dus niet alleen ouderen zelf, maar ook familieleden, geïnteresseerden en professionele hulpverleners – terecht kunnen met allerlei vragen over depressie. “Een heel open spreekuur moet dat worden”, vertelt Marjan Wesseling, “waar je dus niet meteen de hulpverlening ingetrokken wordt maar waar je vrijblijvend informatie kunt krijgen.”

De voorlichtingsdag wordt een gezellige mengeling van nuttige informatie en leuke activiteiten. Behalve de opening van het spreekuur zal er een videovoorstelling zijn, een poëtische voordracht en een optreden van het Smartlappenkoor. Ook is gelegenheid een stemmingsnet in te vullen en de resultaten daarvan te bespreken met een deskundige. Marjan Wesseling: “Een zware dag dus, maar een levendig starten voor een hele nieuwe aanpak van depressieve klachten bij ouderen.”



spreekuur zal er een videovoorstelling zijn, een poëtische voordracht en een optreden van het Smartlappenkoor. Ook is gelegenheid een stemmingsnet in te vullen en de resultaten daarvan te bespreken met een deskundige. Marjan Wesseling: “Een zware dag dus, maar een levendig starten voor een hele nieuwe aanpak van depressieve klachten bij ouderen.”

Oudere centraal

Meneer Van der Wal (57): “Het gaat beter, maar voorbij is het nog niet.”

Hart

“Het begon met hartklonpingen. De huisarts stuurde me door naar het ziekenhuis, maar er bleek niets mee te zijn met mijn hart. Het was psychisch. Mijn depressie had geen duidelijke aanleiding. Ik werd steeds somberder en uiteindelijk had ik negen maanden in zo’n één groot zwart gat was het. De antidepressiva van de huisarts hielpen niet. Ik werd er duizelig en misselijk van.”

pressiva van de huisarts hielpen niet. Ik werd er duizelig en misselijk van.”

Cursus

“Ik ben naar een psychiater gegaan. Hij schreef andere pillen voor, die wel hielpen. Het praten was ook goed, en ik heb een cursus gevolgd. ‘In de put’, uit die put”. Dat was een hele stap, maar

ik wilde graag beter worden dus ik ben gegaan. Nu gaat het beter, maar het is nog niet over, ik heb het gevoel dat ik zo kan terugzakken.”

Ontspannen

“Ik heb geleerd te ontspannen en dingen te doen die ik leuk vind. Aan oude motorfietsen praten bijvoorbeeld. Leuke dingen doe

ik ’s middags, en elke ochtend werk ik. Ik hoop over een tijd weer fulltime te gaan werken, maar voorlopig is twintig uur genoeg. Depressie is een vreselijke ziekte. Daar had ik geen idee van voor ik het zelf kreeg.”

Theatermaakster Mary Michon

“Soms is ineens die steen weer van mijn hart”



Een paar jaar geleden voelde het alsof ze alles in haar leven wel zo’n beetje had gedaan. Theater maken, onder andere in de musical ‘Hinderlijk duurt het langst’ en in musicals met Jos Strik, en jarenlang televisie maken voor met name IKON en NICKI. “Nadat ik daarmee was gestopt, miste ik betekenis in mijn leven.” Ze schreef een boek over het ouder worden, ‘Later als ik oud ben’. Het boek is nu de basis voor haar theatrale solo voorstelling ‘Hinderlijk blij’. Mary Michon: “Ik zie het ouder worden als het langzaam terugkijken naar de aarde. Zoals een bloem. Een bloem komt op en bloeit, verdort, sterft af en wordt weer een zaadje op de grond. Zo ver is het voor mij nog lang niet. Ik ben mijn eigen bedrijf, ‘Grey Power’, begonnen. Terug naar het theater. Het is hard werken, maar ik geniet ervan.”

Melancholie

In haar heeft te ervaren meer haar vijftigste verjaardag viende ze niet omdat ze zich te depressief voelde. De stemming hield jaren aan. “Alle kracht en energie was tot stilstand gekomen”, vertelt ze over die tijd. “Ik voelde me melancholiek, builerg, ik sleepte mezelf voort en vond

niets meer leuk”. Hulp kwam toen ze het gesprek aanging met de huisarts. “Hij zei: ‘Zullen we dit eens depressiviteit noemen?’” Ze kreeg antidepressiva en ging hij ‘een mensje op de bank’, zoals ze haar gang naar de psycholoog omschrijft. De medicijnen hebben geholpen, nu sluit ze ze nauwelijks nog. “Dat mederijkste loert naar me vanuit de koelkast, maar ik neem het niet. Ik slik al pillen genoeg. Voor mijn bloed, voor mijn hart en sinds een paar jaar ook nog vanwege diabetes. Ik neem alleen af en toe iets om te kunnen slapen.”

Die zware periode van depressiviteit is voorbij, maar in vagen komt het terug. Dan dwingt ze zichzelf dingen te doen. Facten, de post de deur uit doen, een beetje struinen door de stad. Zo plonsend als een depressieve periode kan komen, zo plotseling verdwijnt hij meestal ook weer. “Een melancholie, een atoompe, een vonkje maakt een ander contact en dan ineens is de steen weer van mijn hart.”

Meer over Mary

Mary Michon werd geboren in 1933. Ze volgde de Kleinkunstacademie en stond in verschillende theaterproducties. Daarnaast werkte ze voor televisie, met name voor de IKON. Ze maakte spraakmakende documentaires over allerlei maatschappelijke onderwerpen. Ze ontving er verschillende prijzen voor. Ze schreef ook boeken, onder andere over de relatie met haar moeder. In 1999 kwam ‘Later als ik oud ben’ uit, een boek over ouder worden. Daarop baseerde ze haar theatrale solo voorstelling ‘Hinderlijk blij’, die ze tijdens de voorlichtingsdagen in Velsen, Den Haag en Haarlem zal houden.



KOM NAAR DE VOORLICHTINGSDAG! 5

ZEEHELDENKWARTIER EN DE ARCHIPEL

Klimmen

Wie mij persoonlijk kent met alle overgewicht van dien, begrijpt hoeveel moeite ik heb met het beklimmen van bergen. Toch laat ik me elk jaar weer verleiden. Zoals deze zomer in de Dolomieten. Zo kan het gebeuren dat ik me zwegend en zwevend halverwege een helling afvraag: "Waar ben ik mee bezig?" Is dit wel wat ik me van vakantie voorstel? En het antwoord is bijna altijd volmondig ja! Want de inspanningen des levens betalen zichzelf. Je wordt er rijker van. Je ziet de vruchten van je gewoonten. En terugkijkend zie je niet zelden de vergezichten van wat je achter laat. Keden om (over)omgen weer de berg-schoenen aan te trekken en een volgende col te trotseren. Oplettende lezers hebben gezien dat ik tweemaal bijna volmondig ja heb gezegd. Er zijn uitzonderingen. Zoals toen ik me verkeken had, ik dacht dat ik ruim 400 meter moest klimmen. Maar toen ik die achter de rug had bleek er nog eens 450 meter voor me te liggen. Om dan verder te gaan... Terwijl je denkt dat je er al bent. Dan kom je echt jezelf tegen.

Ik zal u eerlijk zeggen dat ik daar, halverwege die berg, heel veel begrip heb opgedaan voor al die ouderen die met het klimmen van de jaren verzuchten: "Moet ik dat hele stuk nog? Wat heeft dit voor een zin? Waar ben ik mee bezig? Heeft dit nog zin?"

Pastor Adri Verweij

Help uzelf!

Wie depressieve klachten heeft, kan zelf allerlei dingen doen om zich wat beter te gaan voelen.

Zes aanraders:

- Blijf bewegen. Dat geeft energie, kan uw stemming verbeteren en maakt 'gezond moe'.
- Zorg voor regelmaat: sta op tijd op, eet drie keer per dag en ga op tijd slapen.
- Blijf bezig, maar doe niet meer op een dag dan u aankant. Geef als het nodig is wat (huishoudelijke) taken uit handen.
- Houd sociale contacten op peil, ook als u daar eigenlijk niet zo veel zin in heeft.
- Doe elke dag iets leuks voor uzelf. Een eindje fietsen, wat werken in de tuin of een boek of blad lezen bijvoorbeeld.
- Praat over uw gevoelens met iemand in uw omgeving. Dat helpt op.

Het programma op 2 november

Het Schakelpunt, Burgemeester Fatijnlaan 1900

- 14.00 • Inloop met live muziek
- Doorlopende videopresentatie van activiteiten in de wijk
- 14.30 • Politische voordracht door Rieke Schilde, verhalenverteller
- Voorlichting over somberheid en depressie
- Video 'Achter een lachend gezicht'
- 15.15 Invullen stemmingsatst
- 15.30 Pauze
- 16.00 Optreden Smarlappenkoor
- 16.45 Opening van het spreekuur depressieve klachten bij ouderen, door huzards Bart Rie.
- 17.00 Borrel

Verzorgingscentrum Op de Laan, Laan van Meerdervoort 110

- 14.00 • Inloop met live muziek
- Doorlopende videopresentatie van activiteiten in de wijk
- 14.30 • Poëtische voordracht door José Vuma, dichteres
- Voorlichting over somberheid en depressie
- Video 'Achter een lachend gezicht'
- 15.15 Invullen stemmingsatst
- 15.30 Pauze
- 16.00 Theatervoorstelling 'Hinderlijk bij' door Mary Michon
- 16.45 Opening van het spreekuur depressieve klachten bij ouderen, door Jetta Kleijnsma, wethouder Wefajin, Volksgezondheid en Emancipatie.
- 17.00 Borrel

6 DEPRESSIVITEIT BIJ OUDEREN

ACTIVITEITEN IN HET ZEEHELDENKWARTIER EN DE ARCHIPEL

Nieuw: spreekuur voor informatie en advies



Spreekuurmedewerkers Bart Jongste en Jozen van den Berg

Voelt u zich wel eens somber en wilt u daar vanaf? Heeft u lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, maagpijn of slecht slapen? Heeft u het gevoel dat u in een negatieve spiraal zit? Dan zijn onderstaande activiteiten misschien iets voor u. Ze zijn bedoeld voor zelfstandigwoners met depressieve klachten. Voor informatie, aanmelding of voor het aanvragen van een folder met aanmeldingsformulier, kunt u contact opnemen met psychologisch centrum Paravista, afdeling Preventie. Het telefoonnummer is 070-3917940 (maandag tot en met vrijdag tussen 10.00 en 14.00 uur).

'In de put, uit de put'

In deze cursus leert u hoe u op een andere manier met uw depressieve klachten kunt omgaan. U leert zorgen voor meer plezierige activiteiten in uw leven en de negatieve spiraal te doorbreken. Ook ontspanning en het verminderen van negatieve gedachten komen aan de orde. In de put, uit de put wordt begeleid door twee cursusleiders, de groep bestaat uit acht tot tien deelnemers. Geïnteresseerden kunnen in een kennismakingsgesprek de ervaren begeleiders en hun manier van werken leren kennen. In dat gesprek wordt ook gekeken of de cursus goed bij u aansluit.

In de put, uit de put start begin 2003 en duurt negen weken. Na twee maanden wordt een terugkoppingsronde gehouden. Deelname kost € 14,-. Zie ook het interview met mevrouw Riek Riet op pagina 7.

'Door wandelen meer mens'

Deze activiteit is bedoeld voor ouderen met depressieve klachten die graag in een groep willen wandelen. De groep bestaat uit 12 à 15 deelnemers en wandelt telkens een uur in twaalf achtereenvolgende weken. De wandelingen – in parken, duinen of op het strand – staan onder leiding van twee deskundige begeleiders. Na afloop wordt informatie gegeven over leefgewoonten en gezondheid en is er koffie of thee. Een goede conditie is niet vereist, die komt vanzelf. Al tijdens de wandelingen onderzocht u de voordeelen: de stemming verandert, het zelfvertrouwen groeit en er komen positievere gedachten op. Geïnteresseerden kunnen in een gesprek kennis maken met de begeleiders en bespreken of de wandelgroep wat voor hen is.

De wandelgroep start begin 2003 en duurt twaalf weken. Deelname kost € 14,-.

Op de voorlichtingsdag op 2 november wordt het officieel geopend: een speciaal spreekuur voor ouderen met depressieve klachten. Twee keer per week kan iedereen op het spreekuur terecht met allerlei vragen op dit gebied. Niet alleen ouderen zelf dus, maar ook de ongesteld, familieleden, vrienden (familie of vrienden die de zorg voor een oudere op zich nemen) en professionele hulpverleners. Bart Jongste en Jozen van den Berg zijn de gezichten van het spreekuur. "Mijn taak is het om mensen voorlichting te geven", vertelt Bart Jongste, "en om ze door te verwijzen naar instanties die ze verder kunnen helpen op het gebied van hulp of informatie. Het doel is om depressieve klachten zo vroeg mogelijk te signaleren, zodat er wat aan gedaan kan worden voor de klachten verergeren." Mensen kunnen bij het spreekuur binnenslopen, maar ook telefonisch contact opnemen. Bart Jongste: "De gesprekken duren niet langer dan vijftien tot dertig minuten. Het is immers niet de bedoeling hulp te verlenen, maar om mensen te adviseren over de mogelijkheden voor hulp, en ze informatie te geven over depressie en het omgaan daarmee." Omdat het spreekuur een informatieve en adviserende functie heeft en er dus geen behandeling is, wordt er geen dossier aangelegd over de mensen die aankloppen bij het spreekuur. Jongste: "Mensen moeten zelf kijken wat ze doen met de informatie die ze krijgen. We hopen dat deze aanpak het voor iedereen makkelijk maakt om naar het spreekuur te komen."

Spreekuur Schakelpunt (Jozen van den Berg) elke donderdag van 9.00 tot 12.00 uur. Telefoon: 070-3276866.
Spreekuur verzorgingshuis Op de Laan (Bart Jongste) elke woensdag van 13.00 tot 16.00 uur. Telefoon: 070-3751300.

Oudere centraal

Mevrouw Van der Wal (57): "Gelukkig ben ik optimistisch van aard"

Verdrietig
"Mijn man Gerard is depressief. Hij heeft dat al eerder gehad, maar deze keer is het ernstiger. Hij is heel verdrietig soms en komt soms uit zijn handen. Gelukkig gaat het langzaam maar beter, maar ik blijf angstig dat het terugkomt. Soms gaat het een tijdje goed en dan steekt komt hij ineens terug

als hij een eind heeft gehesit. De laatste zei laatst dat ik het niet meer zie. Het is heel moeilijk. Hoe kan dat nou? Gerard is mijn man!"

Werk
"Ik krijg steun van mijn familie, maar in feite sta ik er toch alleen voor. Ik moet er dag en nacht mee omgaan. Pas als Gerard bij

voorbeeld een eindje gaat fietsen, heb ik wat tijd voor mezelf. Maar hij moet niet te lang weg blijven, want dan maak ik me zorgen. Ik ben ook blij dat ik een baan heb. Als ik werk, kan ik mijn gedachten even verzetten. Ik ben ook wel eens zenuwachtig, maar als ik weer naar huis ga, hoe zou Gerard eraan toe zijn?"

Toekomst
"Vooral de nachtelijke rust vind ik erg. Ik zou hem zo graag van zijn depressiviteit afhelpen. Gelukkig ben ik optimistisch van aard. Het gaat de goede kant op en ik hou vertrouwen in de toekomst."

Riek Ras (60) volgde de cursus 'In de put, uit de put'

"Ik geniet weer van het leven"

Tijfenvijftig jaar was ik, en ik dacht dat ik het leukste van het leven gehad had. Overal hing een grauwtje overheen, ik bleef vaak hangen in negatieve gedachten en ondernam bijna niets meer. Maar wat ik nog het ergste vond, was dat ik nergens meer van kon genieten. Dat werd dus mijn doel toen ik aan de cursus begon: weer leren genieten. Ik voelde me aangerokken tot 'In de put, uit de put' omdat het een cursus was, en geen gespreks-groep waarin ik allerlei persoonlijke dingen zou moeten vertellen. Een van de belangrijkste dingen die ik er heb geleerd, is het doorbreken van negatieve gedachten. Ik pikte er meestal al bij het opstaan en als iemand iets negatiefs zei, dacht ik vaak dat dat persoonlijk tegen mij gericht was. Tijdens de cursus heb ik geleerd daar niet met meer afstand naar te kijken. Was het wel terecht bepaalde opmerkingen als persoonlijke aanval te zien? Zag de dag er 's ochtends echt zo somber uit als ik dacht? En als er iets mis ging, was dat dan inderdaad zo'n ramp, of hoort het maken van fouten gewoon bij het leven? Natuurlijk, anders denken betekende niet meteen dat je ook anders gaat voelen. Maar het is wel een begin. Dat merkte ik ook bij het cursusonderdeel waarbij je leert je dag te plannen, inclusief iets leuks voor jezelf. Ik kon niks leuks bedenken, maar ik wist nog wel wat ik vroeger leuk vond om te doen. Naar de bibliotheek gaan, een blad kopen, een eindje fietsen, handwerken. Het was de bedoeling dat ik elke dag één van die dingen inplande. In het begin deed ik het omdat het moest van de cursus, maar al snel bleek ik me daar echt beter door te gaan voelen. Tijdens die oefening hebben we ook veel



gelachen in de groep. We herkennen zoveel van elkaar. Pikeren, ook zoets dat ik op de cursus heb afgelerd. We moesten daarvoor elke dag, of elke twee dagen, een pikertuurtje instellen. Bijvoorbeeld om half vier bij de thee. Als je op een ander tijdstip merkte dat je aan het pikeren was, moest je daar meteen mee opbouden en het onderwerp ontbieden voor dat speciale uur. Tegen de tijd dat

het zoover was en ik aan de thee zat, klaar om te pikeren, wat ik vaak al niet eens meer maar ik die ochtend zo overgeroep had. Of ik was het nog wel maar vond het mees helemaal geen gepieker meer waard. Als ik nog wel iets overleed om over te denken, dan deed ik dat even en dan was ik er klaar mee. Bijzonder om te zien hoe je je eigen gedachten een halt toe kunt roepen! De cursus is nu vijf jaar geleden en ik heb er nog steeds profijt van. Ik ben dezelfde Riek Ras, ik ben nog steeds vrij perfectionistisch en neig tot pikeren, maar ik kan nu beter met die eigenschappen omgaan. Daardoor ben ik niet meer depressief geworden. Ik kan zelfs zeggen dat ik mijn oorspronkelijke doel gehaald heb: ik geniet weer. Van de vakantie naar Frankrijk die mijn man en ik niet achter de rug hebben, van onze acht kleinkinderen, van het vrijwilligerswerk dat ik doe voor de thuiszorg. En van kleine dingen. Boven, kaarten maken, lezen, de bloemen zien bloeien. Ik dacht altijd dat je leven niet leuk mer kon worden als de kinderen eenmaal uit huis waren, maar nu weet ik dat het een nieuwe fase is waarin nog heel wat te genieten valt."

Zelfontplooiing op je oude dag

Column

Als 25-jarige doceerde ik staatsrecht. In een van mijn werkgroepen zat een gedistigeerde oudere heer. Hij was heel belezen, sterk gemotiveerd en van plan te gaan overnemen. Wat goed van hem, dacht ik, maar ik vond het ook raar om op die leeftijd nog met al die dingen te beginnen. Hij deed het toch niet voor een nieuw baan ofzo?

Nu ik ruim twintig jaar ouder ben, volg ik zelf cursussen, gewoon om het plezier. Zelfontplooiing houdt nooit op, daar werk je aan zolang je leeft. Daarom raad ik oudere mensen aan om hulp te zoeken, als zij denken daar baat bij te hebben. Psychotherapie, een cursus, of een zelf-

hulpboek. Niet wat je wilt. Dat doe je toch niet als je over de zeventig bent, wordt dan gezegd. Waarom niet? Op latere leeftijd kunnen mensen het gevoel krijgen dat ze veel verkeerd hebben gedaan, of nooit aan zichzelf zijn toegekomen. Daar moet je dan maar mee leren leven, kan je zeggen. Dat vind ik onzin. Waarom zou je niet in de slotscène van je leven in het reine proberen te komen met je verleden? Dat kan nog een hoop levensvreugde geven. Onlangs ontmoette ik een vrouw met een Indonesisch voorkomen van over de zeventig. Haar vader was een blanke Nederlander en KNIL-militair op Maleis. Thuis mocht geen

makets worden gesproken en alle Indonesische gewoonten waren taboe. Nu pas staat deze vrouw zichzelf toe om met Indonesische vrienden om te gaan. Ze kan het goed met hen vinden en vindt zich voor het eerst in haar leven thuis. Ik zeg niet dat deze vrouw hulp had moeten zoeken, maar de vraag die ze nu kan voelen, herken ik als het resultaat van velen die wat dieper bij zichzelf te rade zijn gegaan. Waarom zou je jezelf dat niet gunnen in de slotdagen van je leven? En als daar hulp voor nodig is, reken daar!

Carlen Karsten
Carlen Karsten is psychiater met een achtergrond

"Heb ik last van depressieve klachten?"

Een eenvoudige stemmingstest.

Heeft u de laatste tijd nergens zin in? Voelt u zich vaak onzamen? Of bent u relatief somber gestemd? Dan kan het zijn dat u last hebt van depressieve klachten. U kunt zelf hierover meer duidelijkheid verschaffen door de deze vragenlijst in te vullen.	Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	☐ Ja ☐ Nee
	Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden?	☐ Nee ☐ Ja
	Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	☐ Nee ☐ Ja
	Verveelt u zich vaak?	☐ Nee ☐ Ja
	Heeft u meestal een goed humeur?	☐ Ja ☐ Nee
	Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	☐ Nee ☐ Ja
	Voelt u zich meestal wel gelukkig?	☐ Ja ☐ Nee
	Voelt u zich vaak hopeloos?	☐ Nee ☐ Ja
	Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	☐ Nee ☐ Ja
	Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	☐ Nee ☐ Ja
	Vindt u het fijn om te leven?	☐ Ja ☐ Nee
	Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	☐ Nee ☐ Ja
	Voelt u zich energiek?	☐ Ja ☐ Nee
	Heeft u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	☐ Nee ☐ Ja
	Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	☐ Nee ☐ Ja

0 - 4 punten

U heeft waarschijnlijk geen depressie. Toch kunnen uw klachten u zo dwars zitten dat u advies wilt insinnen. Neem in geval van twijfel contact op met uw huisarts of raadpleeg een deskundige op de voorlichtingsdag.

5 - 15 punten

Er is een behoorlijke kans dat u lijdt aan een depressie. Een gesprek met een deskundige kan u hierover meer zekerheid geven. Wij raden u dringend aan om de voorlichtingsdag te bezoeken en contact op te nemen met uw huisarts.

De informatiekrant voor ouderen met depressieve klachten is gefinancierd door het Nationaal Fonds Ouderenhulp en ZonMw.

Utrecht, Nijmegen 2002

NATIONAAL
FONDS
Ouderenhulp

ZonMw
ZonMw ondersteunt