

# **Depressiepreventie ouderen**

## **Handleiding**

**Ernst Bohlmeijer**  
**Filip Smit**  
**Carolien Smits**  
**Simone Onrust**  
**Jaap Toet**  
**Heleen Riper**

*Trimbos-instituut*

## Colofon

### *Opdrachtgever*

Ministerie van VWS

### *Financiering*

Ministerie van VWS

### *Auteurs*

Ernst Bohlmeijer  
Filip Smit  
Carolien Smits  
Simone Onrust  
Jaap Toet  
Heleen Riper

### *Projectleiding*

E. Bohlmeijer  
I. Voordouw

### *Projectuitvoering*

J. Blekman  
E. Bohlmeijer  
P. Cuijpers  
A. Koornstra  
S. Onrust  
H. Riper  
F. Smit  
C. Smits  
G. Willemse

### *Vormgeving en druk*

Ladenius Communicatie BV

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via [www.trimbos.nl/producten](http://www.trimbos.nl/producten) of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl). Onder vermelding van artikelnummer AF0592  
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN: 9052535027

©2005 Trimbos-instituut, Utrecht, The Netherlands

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16b en 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

## Inhoudsopgave

	Inleiding	5
Hoofdstuk 1	Introductie en leeswijzer	
1.1	Overzicht van fasen en stappen	7
1.2	Ambities en termijn	7
1.3	Alternatieve werkwijze	9
1.4	Beslisboom	9
1.5	Het onderzoek in de eerste fasen	11
1.6	Samenwerking GGZ-instelling en GGD	12
Hoofdstuk 2	Fase 1 – Oriëntatie & probleemanalyse	
2.1	Doelstelling	13
2.2	Stap 1 – Quick scan demografie	13
2.3	Stap 2 – Risicoprofielen opstellen	16
2.4	Stap 3 – Gesprek met wethouder	18
2.5	Stap 4 – Actorenanalyse	19
2.6	Aanbevelingen	20
2.7	Toetsing	20
Hoofdstuk 3	Fase 2 - Oplossingverkenning	
3.1	Doelstelling	23
3.2	Stap 5 – Startbijeenkomst	23
3.3	Stap 6 – Quick scan oplossingen	24
3.4	Stap 7 – Quick scan facetbeleid	32
3.5	Stap 8 – Werkbezoeken	32
3.6	Stap 9 – Visieconferentie	32
3.7	Aanbevelingen	34
3.8	Toetsing	34
Hoofdstuk 4	Fase 3 - Actieplanning	
4.1	Doelstelling	35
4.2	Stap 10 - Werkconferentie	35
4.3	Stap 11 - actieplan	35
4.4	Aanbevelingen	36
4.5	Toetsing	37
Hoofdstuk 5	Fase 4 - Uitvoering & evaluatie	
5.1	Doelstelling	39
5.2	Stap 12 - Uitvoering actieplan	39
5.3	Stap 13 - Evaluatieonderzoek	39
5.4	Aanbevelingen	40
5.5	Toetsing	41

Hoofdstuk 6	Fase 5 - Bijstelling & continuïteit	
6.1	Doelstelling	43
6.2	Stap 14 - Bijstelling actieplan	43
6.3	Aanbevelingen	43
Hoofdstuk 7	Randvoorwaarden	
7.1	Projectorganisatie	45
7.2	Tijdsduur	45
7.3	Benodigde formatie	46
7.4	Functie-eisen projectleider	46
7.5	Communicatie	47
	Gebruikte literatuur	48
Bijlage	Enkele begrippen nader onderbouwd	49



## Inleiding

Samen met GGD Nederland heeft het Trimbos-instituut een programma ontwikkeld voor een integrale aanpak depressiepreventie ouderen. Dit preventieprogramma bestaat uit drie delen:

- een introductie en onderbouwing;
- een overzicht van veelbelovende en effectieve interventies;
- en deze handleiding.

### **Speerpunten integrale aanpak depressiepreventie ouderen**

De integrale aanpak depressiepreventie ouderen is een programma om in één of meerdere wijken in een gemeente een samenhangende aanpak te ontwikkelen met als doel depressie bij ouderen te voorkomen (Bohlmeijer e.a. 2005). Deze integrale aanpak heeft drie speerpunten.

#### ***1 Verbetering van vroegherkenning van depressieve klachten bij ouderen***

Het gaat dan om het versterken van de eerstelijns- en nuldelijnsgezondheidszorg met instrumenten en kennis om depressieve klachten sneller te onderkennen, om de implementatie van effectieve preventieve (minimale) interventies, de inzet van nieuwe media en een verbeterde samenwerking tussen organisaties (stepped-care, ketenzorg). De geestelijke gezondheidszorg kan bijdragen via consultatie.

#### ***2 Preventie gericht op groepen die risico lopen op depressie***

Preventie wordt specifiek gericht op ouderen die geen depressie hebben, maar wel een sterk verhoogd risico om depressief te worden. Zoals ouderen die te maken hebben met functionele beperkingen, ouderen met een chronische ziekte of ouderen zonder sociaal netwerk die het gevoel hebben geen greep te hebben op hun leven. Mensen zijn (sterk) verhoogd kwetsbaar voor depressie als er sprake is van meerdere risicofactoren. Preventieve programma's richten zich op versterking van cognitieve vaardigheden, zelfredzaamheid, greep op het eigen leven, lichamelijke gezondheid en voorlichtingscampagnes waardoor zij minder kwetsbaar worden.

#### ***3 Beleid gericht op versterking van de sociale leefomgeving***

Te denken valt aan programma's en beleid gericht op vermindering van eenzaamheid, een veiliger en gezonder leefomgeving en een betere toegankelijkheid van voorzieningen.

## **Uitgangspunten**

Het programma integrale depressiepreventie ouderen is gebaseerd op de volgende vier uitgangspunten. Voor meer informatie hierover verwijzen we naar de twee andere delen van het programma:

- het is gebaseerd op landelijk en regionaal epidemiologisch onderzoek naar risicofactoren;
- het krijgt vorm aan de hand van wetenschappelijk inzichten in succesvol oud worden en in factoren die beschermen tegen depressie;
- het gaat zoveel mogelijk uit van een community-benadering;
- het werkt met veelbelovende en effectieve interventies<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Op de begrippen integrale preventie, community-benadering en wijkgericht werken en de manier waarop ze terugkomen in de integrale aanpak depressiepreventie ouderen gaat de bijlage nader in.

## **Handleiding, geen blauwdruk**

Deze publicatie is bedoeld als handleiding voor de projectleider die belast is met de uitvoering van het programma. Het boekje beschrijft als in een draaiboek de fasen en stappen die nodig zijn om tot een regionale integrale aanpak te komen. Het is echter geen blauwdruk in de zin dat één concrete interventie tot in detail wordt beschreven. De handleiding beschrijft de stappen die ondernomen kunnen worden en reikt een aantal instrumenten aan om een regionale projectgroep te ondersteunen bij het maken van keuzes. Hoewel we aanraden om zoveel mogelijk de hier gepresenteerde stappen te doorlopen, is dat geen wet van Meden en Perzen. Een projectleider kan goede redenen hebben om een stap (voorlopig) over te slaan of anders in te vullen.

Verder zijn niet alle stappen volledig uitgewerkt. Zo geven we aan dat het zinvol is om een visie- of ambitieconferentie te organiseren en doen daar ook suggesties voor, maar werken zo'n conferentie niet uit. De keuze van een methodiek en de inhoud van een conferentie hangen immers mede af van het verloop van het samenwerkingsproces of de voorkeuren en ervaringen van de projectleider en de deelnemers. Een andere reden is dat er plannen zijn om dit draaiboek in de praktijk te testen. Op basis van die praktijkervaringen kunnen in de toekomst voorbeelden van concrete uitwerkingen in het draaiboek worden opgenomen.

## **Opzet handleiding**

Het eerste hoofdstuk geeft een overzicht en globale beschrijving van de verschillende fasen en stappen die doorlopen moeten worden. Vervolgens wordt in elk volgend hoofdstuk één fase volgens een standaardopzet uitgewerkt. Na de doelstellingen van de fase worden de stappen uitgewerkt. Na algemene aanbevelingen voor de projectleider volgt per hoofdstuk een overzicht van de go-no go criteria voor doorgang naar de volgende fase en de bij de fase behorende resultaten of prestatie-indicatoren. Het slothoofdstuk beschrijft in het kort de noodzakelijke randvoorwaarden om de integrale aanpak depressiepreventie ouderen goed uit te voeren.

## **Woord van dank**

De auteurs willen GGD Utrecht en met name Jaap Toet en Erik van Ameijden bedanken voor hun bereidheid om gegevens over demografie en risicofactoren in de gemeente Utrecht beschikbaar te stellen en mee te werken aan de illustratie van de quick scan demografie en het risicoprofiel.



# Hoofdstuk 1      **Introductie en leeswijzer**

## **1.1    Overzicht van fasen en stappen**

Figuur 1.1 geeft een totaaloverzicht van de fasen (5) die doorlopen worden en de concrete stappen (in totaal 14) die in elke fase worden gezet. Voor informatie over de benodigde capaciteit om het programma uit te voeren wordt verwezen naar hoofdstuk zeven Randvoorwaarden.

In de *fase 1* staan oriëntatie en probleemanalyse centraal. U verkent de haalbaarheid van een integrale aanpak in een gemeente. Daarbij hoort het nagaan of er voldoende draagvlak bestaat voor deelname onder relevante stakeholders. In deze fase vindt ook de kwantitatieve probleemanalyse plaats. Wanneer er voldoende draagvlak aanwezig is, gaat u over naar fase 2. Fase 1 zal over het algemeen drie maanden in beslag nemen.

In *fase 2* verkent u de oplossingen. De eerste stap is een startbijeenkomst met alle stakeholders om de doelstellingen en onderdelen van het programma te bespreken. Vervolgens gaan er twee parallelle trajecten lopen. Via enkele snelle onderzoeksmethoden of quick scans wordt een kwalitatieve probleemanalyse uitgevoerd en worden mogelijke oplossingen verkend. Daarnaast bezoeken de deelnemers elkaar en werken zij aan een gemeenschappelijke visie en gezamenlijke ambities. Beide trajecten leveren de bouwstenen voor de derde fase. Fase 2 duurt zes maanden.

In *fase 3* komt een concreet actieplan tot stand. U bespreekt allereerst op een werkconferentie de uitkomsten van het onderzoek uit fase 2 en op basis daarvan en van de gemeenschappelijke visie wordt gebrainstormd over voorstellen voor acties. Als projectleider werkt u de voorstellen uit tot een concreet actieplan. Wanneer de betrokken organisaties ermee instemmen, start fase 4. Fase 3 duurt drie maanden.

*Fase 4* is gewijd aan de uitvoering van het actieplan. In werkgroepjes worden verschillende onderdelen van het actieplan uitgewerkt. Er wordt een evaluatieplan geschreven. Na 12 maanden is het tijd voor een tussenbalans. Zijn de betrokken partijen over het algemeen tevreden over de voortgang? Welke resultaten zijn zichtbaar? Bij een positieve evaluatie komt fase 5 in zicht.

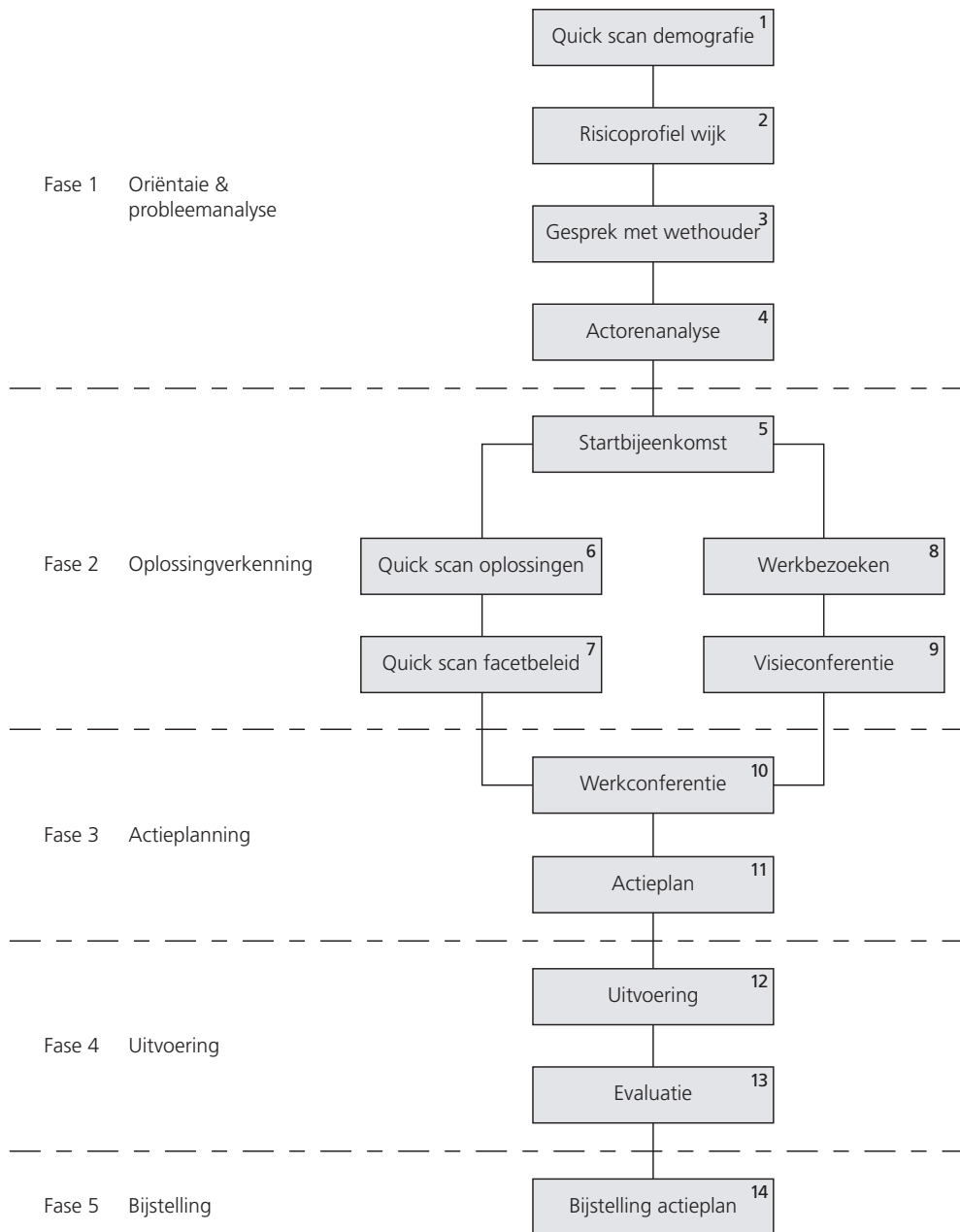
In *fase 5* stelt u het actieplan bij en formuleert u samen nieuwe werkdoelen.

## **1.2    Ambities en termijn**

De integrale aanpak depressiepreventie ouderen is een model voor samenwerking met een lange adem. De ontwikkeling ervan moet worden gezien als een investering die vooral op de langere termijn vruchten afwerpt. Stapsgewijs verbetert u de samenwerking gericht op vroegherkenning, het realiseren van een ketenzorg (preventie) en werken aan een goede sociale leefomgeving. Een integrale aanpak is vooral zinvol wanneer u langere tijd (een periode van vier jaar) aan deze doelen kunt werken. Na vier jaar mogen substantiële effecten op depressie worden verwacht.

Het model doet geen uitspraken over de ambities en omvang van het actieplan, omdat dit sterk afhankelijk is van de lokale context en de ambities van deelnemers. We kunnen ons een *minimale* variant voorstellen waarbij op basis van de probleemanalyse een nieuwe preventieve interventie wordt geïmplementeerd en waarbij de deelnemers een gezamenlijk wervingsplan opstellen en uitvoeren. Vooral wanneer bijvoorbeeld een aantal deelnemers aarzelt of wanneer de middelen beperkt zijn, kan zo'n tactiek van klein beginnen en langzaam uitbouwen effectief zijn. Maar een waarschu-

**Figuur 1.1** Totaaloverzicht van de integrale aanpak depressiepreventie ouderen





wing is op zijn plaats: u loopt het risico dat iedereen (te) snel tevreden is en een echte integrale aanpak niet van de grond komt. In een uitgebreide variant vinden niet alleen één of meerdere interventies een plaats, maar gaat het ook om bijvoorbeeld een public-relationsplan, training van medewerkers van een of meer deelnemers in het herkennen van signalen en in motiveren om hulp te zoeken, in kaart brengen van de preventieve zorgketen en om maatregelen gericht op de verbetering van de sociale leefomgeving in de wijken.

### 1.3 Alternatieve werkwijze

Het stappenplan in dit draaiboek gaat ervanuit dat vrij snel na de start van het project een projectgroep van samenwerkende instellingen tot stand komt waarin de beschreven stappen gezamenlijk worden doorlopen. De opbouw van deze samenwerking kost vanaf de start van het project veel tijd. Het grote voordeel is dat al snel duidelijk wordt of een integrale aanpak haalbaar is (actorenanalyse<sup>2</sup>) en dat er optimale mogelijkheden zijn om draagvlak te realiseren. Gezamenlijk een infrastructuur opbouwen voor preventie kost nu eenmaal veel tijd en in het algemeen worden de investeringen die hiermee gemoeid zijn in de eerste fasen, in latere fasen snel terugverdiend. Door deelnemende of als deelnemer beoogde instellingen en organisaties vanaf de start bij het proces te betrekken, neemt de kans af dat zij in latere fasen een hindermacht vormen (afspraken niet goed nakomen en/of de voortgang van het proces frustreren).

Een alternatieve werkwijze is om de eerste stappen vanuit een *kleine* projectorganisatie te doorlopen (bijvoorbeeld GGD, GGZ-instelling of gemeente). De overige instellingen worden pas benaderd tijdens de interviewfase in het kader van de analyse van het bestaande zorgaanbod (stap 6). Vervolgens stelt u de projectgroep pas samen wanneer de contouren van een actieplan vorm krijgen op basis van de quick scans. Van deze werkwijze is het voordeel dat u instellingen op basis van concrete plannen gericht kunt benaderen en dat de projectgroep de eerste twee fasen sneller kan doorlopen. Het nadeel is dat het later betrekken van instellingen kan uitmonden in onvoldoende draagvlak voor een integrale aanpak.

Op grond van procesmanagementoverwegingen heeft de eerste werkwijze de voorkeur. Heeft u als projectleider weinig tijd (beschikbaar), dan kunt u toch besluiten voor de alternatieve werkwijze.

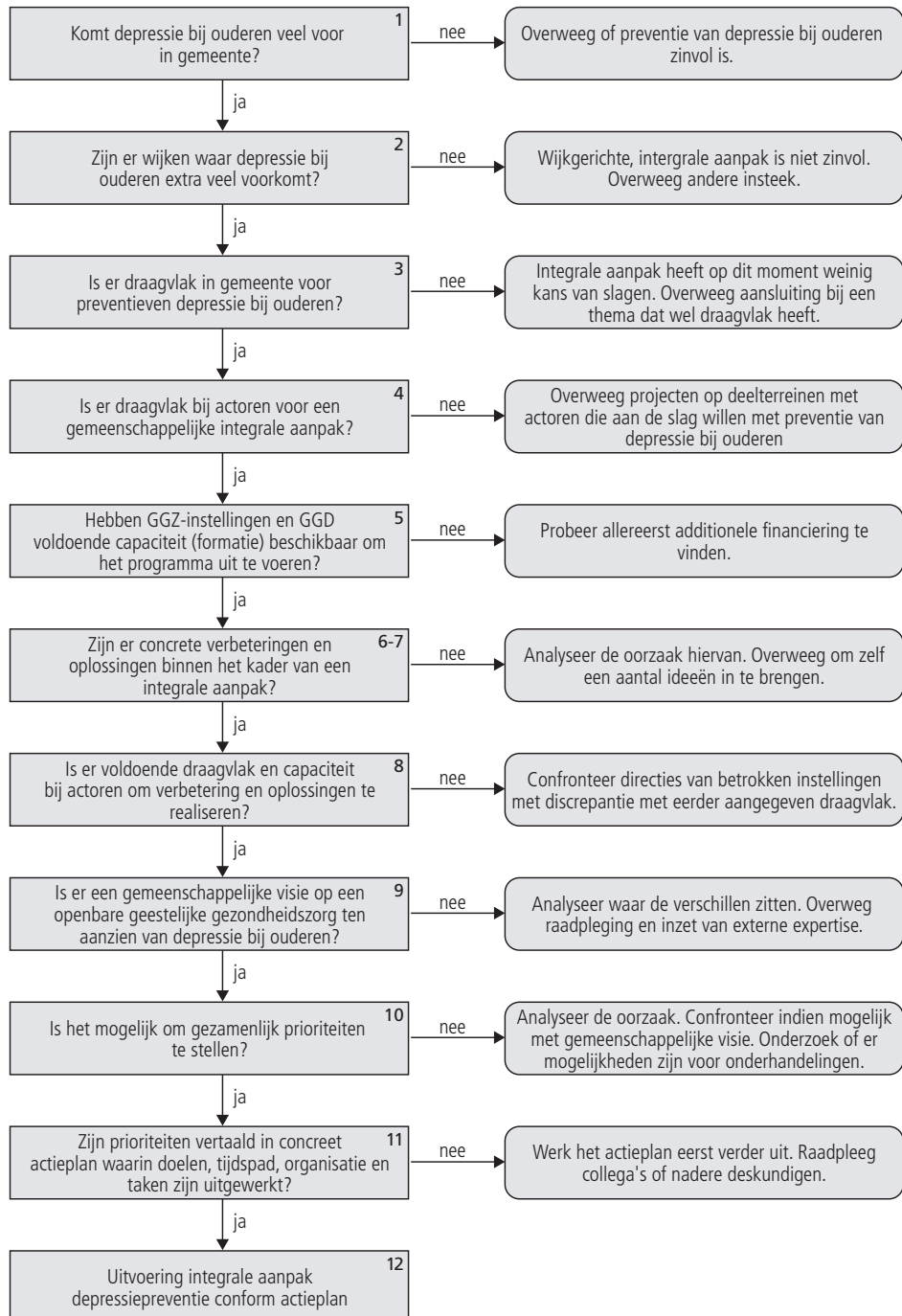
### 1.4 Beslisboom

Na elke fase en na elke stap die in deze handleiding worden beschreven, kan een projectgroep besluiten of men verder gaat met de integrale aanpak en zo ja, op welke wijze. U kunt het stappenplan ook beschouwen als een beslisboom. Figuur 1.2 geeft deze beslisboom weer.

De eerste fase maakt duidelijk of een integrale aanpak zinvol is en of er om te beginnen voldoende draagvlak bestaat op basis van ervaren urgentie. De tweede fase maakt duidelijk of er bij alle actoren voldoende 'readiness' bestaat. In hoeverre is er voldoende basis (zowel een gemeenschappelijke visie of ambitie als voldoende infrastructuur) om te bouwen aan een integrale aanpak? Leveren de betrokken partners voldoende concrete bouwstenen aan voor een integrale aanpak? De derde fase maakt duidelijk of de gemeenschappelijke visie en ideeën voor oplossingen kunnen

<sup>2</sup> Een actor is een individu, instelling of organisatie die van doorslaggevende invloed kan zijn in een bepaald proces (Van Dale, 1992). In deze handleiding gebruiken we het begrip veelvuldig omdat we het een goed uitgangspunt vinden om elke relevante organisatie die betrokken is, te beschouwen als een invloedrijke partner.

**Figuur 1.2 Beslisboom op weg naar een integrale aanpak depressiepreventie ouderen (de nummers corresponderen met de stappen uit het stappenplan).**

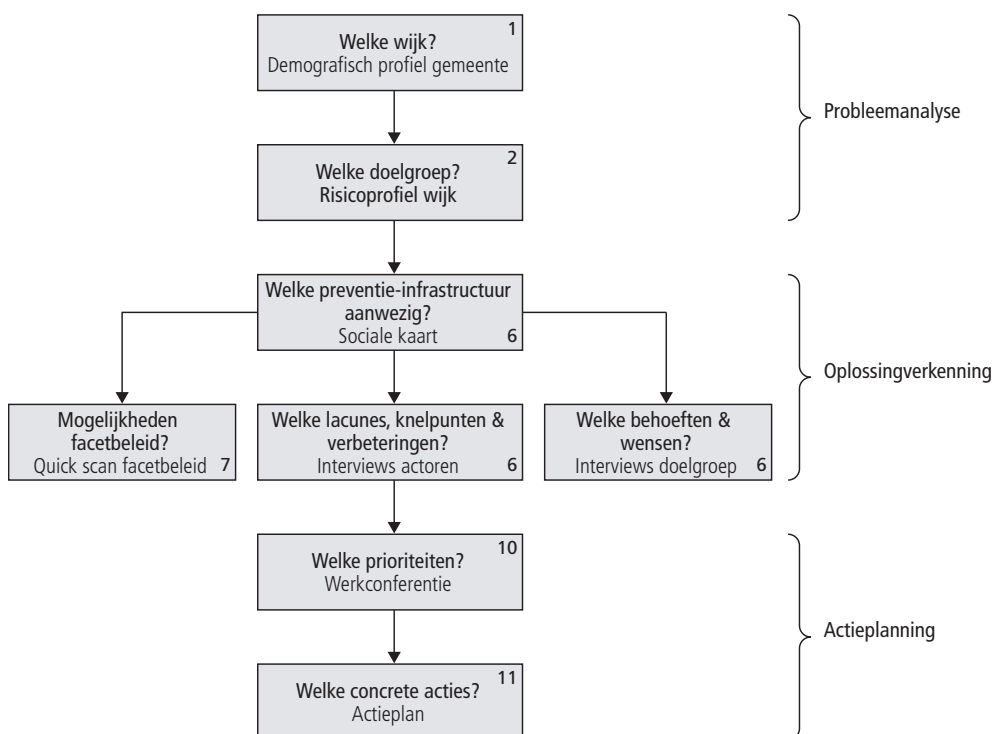


worden uitgewerkt in een concreet actieplan. In de vierde fase wordt door de uitvoering van dat plan duidelijk of de beoogde doelstellingen en resultaten worden behaald.

## 1.5 Het onderzoek in de eerste fasen

De inhoudelijke ruggengraat van de integrale aanpak depressiepreventie ouderen betreft in eerste instantie enkele snelle onderzoeksmethoden (quick scans). De uitkomsten daarvan bepalen de focus (keuze doelgroep en wijk) en de mogelijke inhoud van de integrale aanpak (keuze facetbeleid, te implementeren interventies, samenwerkingsafspraken etc.). In figuur 1.3 ziet u een schematische weergave van de te beantwoorden onderzoeksvragen. Deze stappen moeten in ieder geval alle worden uitgevoerd.

**Figuur 1.3 Schematische weergave van de te beantwoorden (onderzoeks)vragen in de eerste drie fasen van het project. (De nummers corresponderen met de stappen uit het stappenplan).**



De overige stappen (actorenanalyse, gesprek met wethouder, startbijeenkomst, werkbezoeken, visieconferentie) richten zich eerder op draagvlakverkenning en draagvlakversterking bij de verschillende actoren. Ze bieden de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het proces van samenwerking. Op basis van eerdere stappen zoals de actorenanalyse kan een projectgroep besluiten om stappen weg

te laten of toe te voegen. Stel dat er al veel draagvlak bij de actoren aanwezig is en de integrale aanpak past binnen een reeds ontwikkelde regiovisie of wanneer actoren al volop samenwerken en er weinig sprake is van verschillende belangen. In die gevallen zijn werkbezoeken en een visieconferentie minder zinvol dan wanneer deze gunstige randvoorwaarden (gedeeltelijk) ontbreken.

## **1.6 Samenwerking GGZ-instelling en GGD**

Heel belangrijk voor een goede uitvoering van de integrale aanpak depressiepreventie ouderen is samenwerking tussen GGZ-instellingen en GGD'en. Beide instellingen hebben in het algemeen voldoende expertise op het terrein van public (mental) health en werken planmatig. Zij kunnen elkaar ook goed aanvullen. Waar GGZ-instellingen in het algemeen meer ervaring hebben met preventie van depressie en interventies, zijn GGD'en goed thuis in onderzoek en lokaal en gemeentelijk gezondheidsbeleid. Daarom verdient het aanbeveling om een werkverdeling te maken die aansluit bij deze competenties. Zo is de GGD een logische uitvoerder voor de diverse quick scans en kan de GGZ zich vooral bezighouden met bijvoorbeeld de actorenanalyse en de visieconferentie. Andere stappen zoals het gesprek met de wethouder, de startbijeenkomst en de werkconferentie vragen eerder om een gezamenlijke uitvoering.

Daarnaast hangt de taakverdeling af van welke instelling de projectleider levert. Het ligt bijvoorbeeld voor de hand dat de projectleider zelf de actorenanalyse uitvoert omdat hij of zij op deze wijze contact legt met directies en management van relevante instellingen. Het projectleiderschap kan in theorie door beide instellingen worden uitgevoerd. In de praktijk zal dit mede afhangen van beschikbare formatie, ervaring en werkverdeling op overige aandachtsgebieden.



## Hoofdstuk 2      Fase 1 – Oriëntatie & probleem-analyse

### 2.1 Doelstelling

De eerste fase beoogt wijken te selecteren die in aanmerking komen voor integrale preventie van depressie bij ouderen en te verkennen of er voldoende draagvlak bestaat om zo'n aanpak door te voeren. Concreet gaat het om de beantwoording van onder meer de volgende vragen:

- Ervaren de stakeholders depressie bij ouderen als belangrijk gezondheidsprobleem?
- Welke wijken komen het meest in aanmerking voor integrale preventie van depressie bij ouderen?
- Wat zijn de belangrijkste risicofactoren in deze wijken?
- Hebben de actoren mogelijkheden om daadwerkelijk te participeren?
- Wat is de visie van de actoren op hun eigen rol?
- Welke belangen spelen een rol?

Deze vragen kunnen in vier stappen worden beantwoord. In de stappen 1 en 2 vindt selectie van wijken plaats en wordt een risicoprofiel gemaakt. In de derde stap toetst u of de integrale aanpak depressiepreventie ouderen onderdeel kan worden van het lokaal gezondheidsbeleid en ondersteund wordt door de wethouder. In de vierde stap vindt draagvlaktoetsing onder een bredere groep van actoren plaats.

### 2.2 Stap 1 – Quick scan demografie

Om de beschikbare middelen zo doeltreffend mogelijk te kunnen inzetten, is het allereerst nodig om een goed beeld te krijgen van de specifieke regionale problemen en voorzieningen. Uit onderzoek zijn verschillende risicofactoren voor een depressie op latere leeftijd naar voren gekomen. Deze zijn echter niet in elke regio op dezelfde manier vertegenwoordigd, en ook binnen een regio kunnen zich op sommige plaatsen meer problemen voordoen dan op andere. Voor de inzet van gerichte preventieve interventies is het nodig om inzichtelijk te maken welke ouderen in een regio het meest kwetsbaar zijn en waar zij zich precies bevinden.

#### *Algemeen-demografische gegevens*

Het opvragen van bepaalde algemeen-demografische gegevens vormt de eerste stap in het beschrijven van de lokale situatie. Sommige sociaal-demografische gegevens blijken risicofactoren te zijn voor depressie op latere leeftijd: vrouwelijk geslacht, hogere ouderdom, lagere opleiding en verweerd zijn. Voor gerichte preventie is kennis van de verdeling van deze demografische factoren over de regio van groot belang. U kunt er drie bronnen voor raadplegen.

- *Afdeling Burgerzaken van de gemeente* – Via de gemeentelijke basisadministratie kan de informatie worden gegenereerd.
- *Onderzoeksafdeling van de gemeente* – In grote steden kunnen de onderzoeksafdelingen de gegevens leveren: het bureau voor Onderzoek en Statistiek (O&S) in Amsterdam, het centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS) in Rotterdam en Bestuursinformatie in Utrecht.

- *CBS Statline* – U kunt ook via het internet Statline, de databank van het Centraal Bureau voor de Statistiek raadplegen ([www.cbs.nl/nl/cijfers/statline](http://www.cbs.nl/nl/cijfers/statline)). Daarin kunt u via standaardmogelijkheden zoeken of zelf zoeken en variabelen opgeven. Een toepassing begeleidt u bij het selecteren van de gegevens. Zoeken via de kaart is voor de regionale kerncijfers mogelijk. De informatie die met behulp van Statline kan worden verkregen is echter minder recent en/of minder gedetailleerd dan informatie die rechtstreeks van de gemeente afkomstig is.

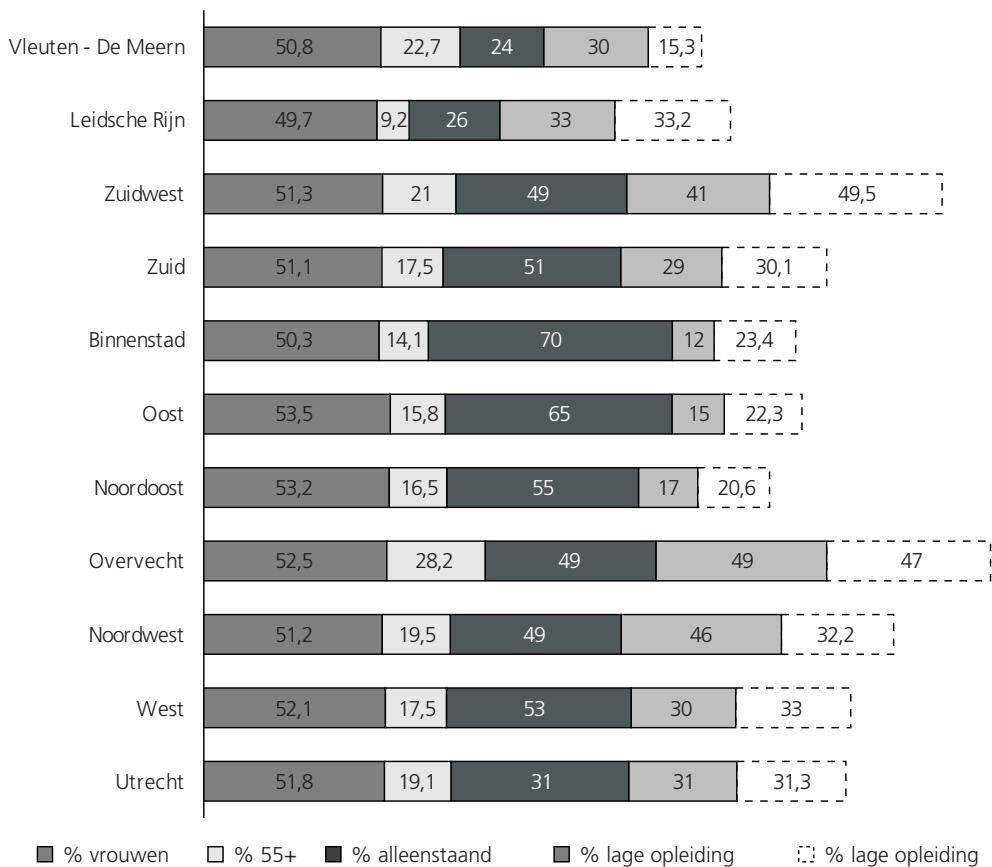
### VOORBEELD INZICHTELIJK MAKEN VAN ALGEMEEN DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Hoe maak je algemeen-demografische gegevens nu inzichtelijk? In dit voorbeeld een tabel en een daarop gebaseerd staafdiagram met gegevens over Utrecht als geheel en verschillende wijken in de stad (tabel 2.1 en figuur 2.1). Daaruit komt naar voren welke wijken zich het beste lenen voor gerichte preventieve interventies om depressieve klachten bij ouderen te voorkomen. Op basis van alleen demografische gegevens kan al één wijk worden aangewezen (Overvecht) die op drie bekende risicofactoren hoger scoort dan het Utrechtse gemiddelde. In nog vier wijken (West, Noordwest, Noordoost en Oost) blijken twee bekende risicofactoren in hogere mate aanwezig dan gemiddeld in Utrecht. Per wijk is ook het percentage allochtone inwoners weergegeven. Hoewel etniciteit niet als risicofactor naar voren komt uit studies naar voorspellers van een depressie op latere leeftijd, kan het percentage allochtone inwoners in een wijk wel beïnvloeden voor welke interventies uiteindelijk wordt gekozen.

**Tabel 2.1 Inzichtelijk maken van algemeen demografische gegevens (© Gemeente Utrecht, Bestuursinformatie)**

Bevolking van Utrecht, 2004						
Regio	Inwoners	Vrouwen	% 55+	% Alleenstaand	% lage opleiding	% Allochtoon
Utrecht	270243	139939	19,1	51	31	31,3
West	25900	13485	17,5	53	30	33,0
Noordwest	40182	20571	19,5	49	46	32,2
Overvecht	31048	16305	28,2	49	49	47,0
Noordoost	34696	18456	16,5	55	17	20,6
Oost	27536	14740	15,8	65	15	22,3
Binnenstad	15237	7663	14,1	70	12	23,4
Zuid	26321	13452	17,5	51	29	30,1
Zuidwest	32819	16841	21	49	41	49,5
Leidsche Rijn	10138	5042	9,2	26	33	33,2
Vleuten – De Meern	26363	13384	22,7	24	30	15,3

**Figuur 2.1** Staafdiagram demografische gegevens



**Figuur 2.2** Bekende risicofactoren voor depressie bij ouderen (Smit et al., in druk)

**Demografisch**

- Vrouwelijk geslacht
- Lagere opleiding (alleen lagere school)
- Recent verweduwd zijn (in het laatste jaar)
- (Zorg voor een partner met dementie of ziekte van Parkinson)
- Aantal jaren verblijf in een verpleeghuis

**Gezondheid**

- Subklinische beeld depressie
- Chronische ziekten
  - Diabetes Mellitus II
  - CARA
  - Maligne nieuwvormingen
  - Cardiovasculaire aandoeningen
  - Reuma
  - Parkinson
- Functionele beperkingen
- Klein sociaal netwerk (< 11 personen)
- Lage mastery

## 2.3 Stap 2 – Risicoprofielen opstellen

Behalve inzicht in algemeen demografische kenmerken is het voor de keuzes binnen een gerichte preventieve aanpak van belang om te weten in welke mate depressieve klachten en relevante risicofactoren voorkomen bij de ouderen uit de gemeente (zie tabel 2.2).

### *Informatie uit de gezondheidsmonitordata*

De meeste informatie over de gezondheid en gezondheidsrisico's van ouderen in een regio is beschikbaar bij de GGD. De GGD brengt met behulp van de Volksgezondheidsmonitor de gezondheidstoestand van volwassenen en ouderen in de gemeente in kaart. Daaruit kan de aanwezigheid van verschillende risicofactoren voor een depressie op latere leeftijd worden afgeleid. Naar de mate waarin psychische klachten bij ouderen in de gemeente voorkomen wordt niet expliciet gevraagd, hoewel een aantal vragen over meer algemene psychosociale klachten is opgenomen.

GGD Nederland heeft inmiddels het initiatief genomen om de gezondheidsmonitor zo veel mogelijk te standaardiseren. Er zijn ook afspraken gemaakt over het in de toekomst meenemen van verschillende vragen met betrekking tot angst en depressie in de gezondheidsmonitor.

### VOORBEELD RISICOPROFIEL WIJK

Tabel 2.2 laat zien in welke wijken de in kaart gebrachte risicofactoren voor depressie bij ouderen het meest voorkomen (West, Noordwest en Overvecht). Wanneer je deze informatie combineert met de demografische gegevens blijven er twee wijken (Noordwest en Overvecht) over die bij uitstek in aanmerking komen voor gerichte preventieve interventies.

**Tabel 2.2 Inzichtelijk maken van overige risicofactoren (© GG&GD Utrecht)**

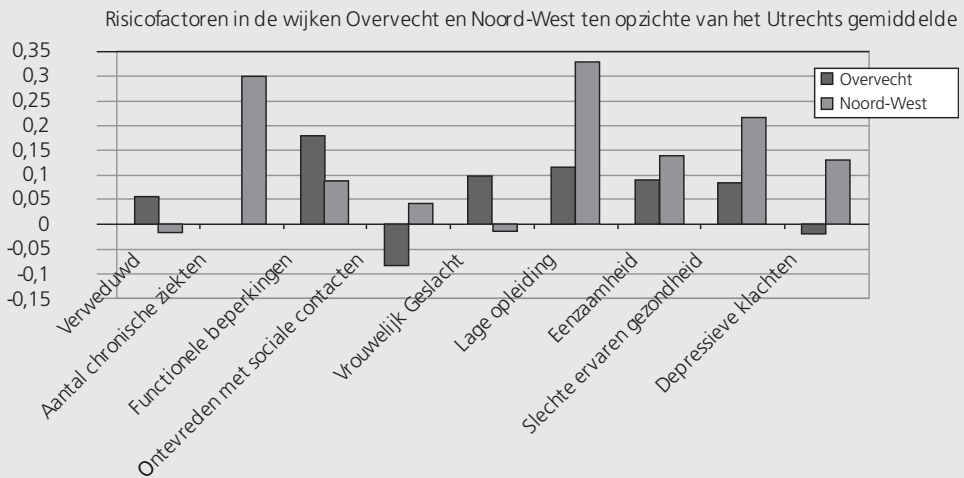
#### **Volksgezondheidsmonitor Utrecht: ouderen en/of chronisch ziekten, 2003**

Regio	<i>Eén of meer chronische ziekten</i>	<i>Lichamelijke beperkingen</i>	<i>Sociaal-emotionele stoornissen (GHQ)</i>	<i>Tevredenheid met aan- tal sociale contacten</i>
Utrecht	73,1	49,5	25,8	84,9
West	81,8		31,7	87,3
Noordwest	75,0		29,7	84,0
Overvecht	82,4		34,5	79,9
Noordoost	73,0	46,8	25,0	89,2
Oost	70,3	48,7	22,2	92,3
Binnenstad	63,6	45,5	14,3	80,0
Zuid	59,7	39,3	25,6	83,1
Zuidwest	67,0	42,9	12,9	86,3
Leidsche Rijn	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend
Vleuten – De Meern	68,0	49,1	onbekend	87,5

■ = Significant hoger / lager dan Utrechts gemiddelde



**Figuur 2.3 Risicoprofiel van twee wijken**



Uit figuur 2.3 blijkt dat de verschillende risicofactoren voor depressie bij ouderen niet in elke wijk op dezelfde manier naar voren komen. De volgende stap bij het ontwikkelen van een plan van aanpak voor depressiepreventie bij ouderen op wijkniveau bestaat dus uit het afzetten van de lokale situatie tegen beschikbare gemiddelden. Zo kun je bepalen welke risicofactoren in de wijk de hoogste prioriteit hebben (risicoprofiel). Idealiter zouden landelijke gemiddelden het ijkpunt zijn. Helaas: hoewel CBS Statline landelijke gegevens kan genereren, zijn ze niet als ijkpunt bruikbaar, omdat de verschillende monitors die in gebruik zijn nog niet op elkaar zijn afgestemd. Momenteel lijkt een vergelijking met het gemiddelde van de gemeente als geheel het hoogst haalbare. Het is verstandig om de ontwikkelingen bij GGD Nederland over standaardisering van de monitors te volgen, waardoor uiteindelijk de gegevens beter vergelijkbaar zullen worden. Tip: maak indien mogelijk gebruik van de vastgestelde standaardvragenlijsten in dit kader die op [www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet](http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet) beschikbaar zijn. U kijkt binnen het domein Epidemiologie, onder de kop Monitoring bij het 'project lokale en nationale monitor' naar 'Vastgestelde vraagstellingen Volksgezondheid'.

### **Keuze voor bepaalde interventies**

Aan de hand van het risicoprofiel (zoals weergegeven in figuur 2.3) kunt u gericht kiezen voor bepaalde preventieve interventies in een bepaalde wijk. In de wijk Noordwest bevinden zich bijvoorbeeld veel personen met één of meer chronische ziekten en/of een lage opleiding. Dan ligt het voor de hand om interventies te kiezen die specifiek gericht zijn op deze risicogroepen. Het risicoprofiel in de wijk Overvecht is minder eenduidig. Verschillende risicofactoren liggen boven het Utrechts gemiddelde, waarbij met name personen met functionele beperkingen oververtegenwoordigd zijn; de onderlinge verschillen in prioriteit zijn hier echter minder groot dan in Noordwest.

## 2.4 Stap 3 – Gesprek met wethouder

Uit nationaal en internationaal onderzoek komt depressie steeds meer naar voren als één van de belangrijkste gezondheidsproblemen van deze tijd. De rijksoverheid heeft preventie van depressie inmiddels als thema benoemd in het volksgezondheidsbeleid. Toch zal depressie bij ouderen in veel gemeenten nog niet direct op het netvlies staan als het grootste gezondheidsprobleem. Veel meer aandacht krijgen tot dusver in het kader van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) eenzaamheid onder ouderen en overlastbestrijding. Voor de ontwikkeling van een integrale aanpak depressiepreventie ouderen moet worden nagegaan of depressie bij ouderen kans maakt op de lokale politieke agenda. Dit zal vooral gebeuren in overleg tussen de lokale GGZ-instelling, de GGD en wethouder en beleidsambtenaar van de gemeente. De eerste stap is een verkennend gesprek met de verantwoordelijke wethouder hierover. In de kadertekst staan enkele tips voor dit gesprek. Uitgangspunt is dat het initiatief niet van de wethouder zelf komt en dat de GGZ-instelling en de GGD samen tot een integrale aanpak van depressiepreventie bij ouderen willen komen..

### TIPS VOOR GESPREK MET WETHOUDER

- Bereid het gesprek goed voor.
- Zoek aanknopingspunten in het lokale gezondheidsbeleid en ouderenbeleid.
- Probeer te achterhalen welke thema's de wethouder belangrijk vindt.
- Stuur van tevoren een beknopte tekst (maximaal 1,5-2 A4'tjes) waarin de aanleiding, het probleem, het voorstel (de oplossing) bondig op een rij staan.
- Onderbouw vooral de omvang van de problematiek en de doelgroep met de regionale gezondheidsenquête.
- Neem de resultaten van de eerste probleemanalyse mee.
- Zet de potentiële voordelen van het programma voor een wethouder op een rij:
  - bijdrage aan algemene verbetering, efficiency en samenhang in de ouderenzorg;
  - positieve visie gericht op het vergroten van de competenties en zelfsturing van ouderen;
  - belangrijke bijdrage aan thema's die hoog op de agenda staan: vergroten zelfredzaamheid, eigen regie, afname zorgafhankelijkheid;
  - aansluiting bij andere thema's zoals leefbaarheid wijken, sociale integratie, veiligheid etc.;
  - leidt tot concrete, voor doelgroep zichtbare producten: campagnes, nieuw aanbod;
  - de doelgroep wordt betrokken bij de aanpak.
- Laat een samenvatting van de integrale aanpak depressiepreventie achter.

### *Acties na gesprek*

Afhankelijk van de uitkomsten van het gesprek zijn er twee mogelijkheden.

1. Het voornemen om integrale preventie van depressie te realiseren krijgt geen steun van de wethouder. Invoering is dan weinig zinvol omdat een essentieel onderdeel (het facetbeleid gericht op de omgeving) niet van de grond zal komen en omdat gemeentelijk beleid een belangrijke prikkel is voor andere organisaties om mee te doen.
2. Het voornemen krijgt steun van de wethouder. Dan kunt u verder gaan met stap 4.

---

## 2.5 Stap 4 – Actorenanalyse

Dit is de laatste stap in fase 1. Een actorenanalyse is een reeks verkennende gesprekken met potentiële deelnemers aan een netwerk of projectgroep. Je verzamelt tijdens de gesprekken informatie over onder meer de standpunten, belangen, centrale waarden en doelstellingen, kansen en bedreigingen. Concreet gaat het bijvoorbeeld de volgende vragen:

- Heeft de actor met het gezondheidsprobleem te maken?
- Hoe belangrijk acht hij het gezondheidsprobleem?
- Is hij bereid om te participeren?
- Zijn er bepaalde voorwaarden om te participeren?
- Welke formele en informele belangen spelen een rol?
- Hoe staat de actor ten opzichte van andere potentiële actoren?
- Welke kansen en bedreigingen ziet de actor?

Een actorenanalyse levert informatie op over de haalbaarheid en het draagvlak van een initiatief. Op welke partners mag je rekenen, welke potentiële conflicten zijn er en waar is sprake van parallelle of tegengestelde belangen?

Welke organisaties definitief worden benaderd kan per regio verschillen. In elk geval horen erbij:

- maatschappelijk werk;
- ouderen/welzijnswerk;
- thuiszorg;
- verzorgings- en verpleeghuizen;
- vrijwilligersorganisaties Humanitas, Zonnebloem;
- huisarts(en);
- vertegenwoordigers uit de doelgroep.

### TIPS VOOR GESPREKKEN MET ACTOREN

- Zoek van tevoren informatie over de organisatie (beleidsplannen, website) om zicht te krijgen op het beleid.
- Stuur na het maken van een afspraak vooraf tijdig een bondige brief met aanleiding en doel van het gesprek en informatie over de problematiek. Je kunt eventueel een korte samenvatting over de integrale aanpak depressiepreventie ouderen meesturen.
- Bedenk van tevoren argumenten die participatie van de actor aantrekkelijk maken.
- Zorg er uit draagvlakoverwegingen voor dat je eerste gesprekspartner in de top van de organisatie zit. Aan het einde van het gesprek kun je zonodig aan de orde stellen wie je kunt benaderen voor het vervolg.
- Benadruk dat een actor zich niet direct hoeft te committeren aan het hele traject.
  
- Er is niets mis met enthousiasme en overtuigingskracht, maar probeer een onwillige actor niet koste wat het kost over de streep te trekken. Je hebt niets aan een actor die het eigenlijk niet ziet zitten.
- Wanneer alle gesprekken zijn gevoerd, zet je de uitkomsten op een rij. Wanneer de meeste organisaties ten minste gematigd positief zijn, bestaat er voldoende draagvlak om verder te gaan.

## 2.6 Aanbevelingen

De eerste fase brengt de spelers en de projectleider direct in een strategisch en politiek spel. Tussen inhoudelijke argumenten op grond van wetenschappelijke kennis en (politieke) belangen moet een balans worden gezocht. De kunst is om een 'sense of urgency' te creëren bij de stakeholders en de (indirecte) voordelen van deelnemen aan de implementatie van de integrale aanpak depressiepreventie ouderen goed onder de aandacht te brengen. Het kan daarom handig zijn om bij sommige gesprekken mensen uit de eigen organisatie te betrekken die ervaring hebben met dit 'spel'.

Timing is een belangrijk element. Gunstige momenten om het programma onder de aandacht van een wethouder (en de gemeente) te brengen zijn bijvoorbeeld wanneer bepaalde wijken volop in het nieuws zijn geweest of wanneer nieuw ouderenbeleid of lokaal gezondheidsbeleid in voorbereiding is. Naar verwachting komt er landelijk meer aandacht voor de depressiepreventie. De landelijke overheid zal gemeenten oproepen om meer aandacht te schenken aan de collectieve preventie van veelvoorkomende psychische stoornissen. Ook deze ontwikkelingen genereren kansen voor de integrale aanpak.

Wanneer de wethouder enthousiast is, is het een strategisch zet om hem of haar te vragen een actieve rol te vervullen in het project. Bijvoorbeeld om enkele malen per jaar de stuurgroep voor te zitten.

---

## 2.7 Toetsing

### *Go/no-go criteria*

Doorgang naar fase 2 (oplossingverkenning) is aan de orde wanneer aan de volgende criteria is voldaan:

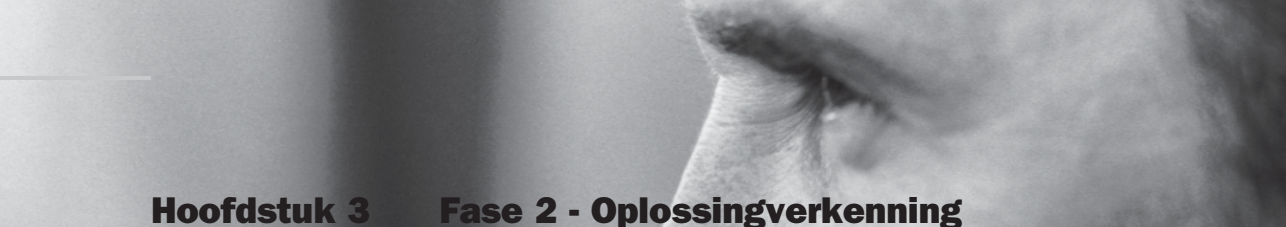
- de betrokken GGZ-instelling en GGD hebben voldoende capaciteit (formatie, deskundigheid, geld) om aan de randvoorwaarden (zie hoofdstuk 7) te voldoen en zijn een taakverdeling overeen gekomen;
- depressie bij ouderen is een veelvoorkomend probleem bij ouderen in de (deel)gemeente;
- er zijn wijken aan te wijzen waar het risico op depressie extra verhoogd lijkt;
- er is voldoende draagvlak bij de gemeente (wethouder) om een integrale aanpak depressiepreventie ouderen te ondersteunen en te faciliteren;
- er is voldoende draagvlak bij relevante actoren.

### *Resultaten (prestatie-indicatoren)*

De eerste fase heeft de volgende concrete resultaten opgeleverd.

- een overzicht van de prevalentie van depressie bij ouderen en relevante demografische factoren in de gemeente of stad;
- een wijkprofiel ten aanzien van risicofactoren;
- een 'sense of urgency' (ervaren urgentie ten aanzien van preventie van depressie bij ouderen);
- een analyse van de belangen van en het draagvlak onder de belangrijkste actoren.





## Hoofdstuk 3 Fase 2 - Oplossingverkenning

### 3.1 Doelstelling

In de tweede fase beoog je te verkennen welke mogelijkheden er bestaan om de integrale aanpak depressiepreventie ouderen in te vullen. Ook streef je naar het vergroten van het commitment en ervaren verantwoordelijkheid bij de partijen door gemeenschappelijke visieontwikkeling. Concreet zoek je antwoorden op de volgende vragen:

- Hoe ziet het bestaande beleid en aanbod van de betrokken partijen eruit?
- Welke knelpunten ervaren de betrokken partijen?
- Wat is de visie van de betrokken partijen op de problematiek en welke ambities heeft men gezamenlijk?
- Welke behoeften ervaren vertegenwoordigers van de doelgroep?
- Welke kansen zijn in de gemeente aanwezig voor facetbeleid?
- Wat zijn volgens de betrokkenen haalbare en zinvolle oplossingen?

Deze vragen worden in vier stappen verkend. Na een een gemeenschappelijke startbijeenkomst (stap 5) vinden de quick scans oplossingen (stap 6) en facetbeleid (stap 7) plaats, onderzoek naar de mogelijkheden voor een integrale aanpak in de wijken. Parallel wordt een visieconferentie georganiseerd (stap 9). Eventueel vinden hieraan voorafgaand werkbezoeken plaats (stap 8).

### 3.2 Stap 5 – Startbijeenkomst

Een startbijeenkomst is een uitgebreide eerste bijeenkomst van de projectgroep. Op de agenda staan de doelstellingen, de achterliggende visie, het stappenplan en de planning van activiteiten. Daarnaast krijgen partijen de tijd om elkaar te leren kennen.

In een uitgebreide presentatie de uitgangspunten en achterliggende visie van de integrale aanpak depressiepreventie ouderen aan de orde. In de eerste plaats bespreekt u risicofactoren en beschermende factoren, de theorie over succesvol ouder worden, de bouwstenen van de integrale aanpak, de visie op een goede invulling van de openbare geestelijke gezondheidszorg en de beschikbare interventies. Dan kan het stappenplan worden besproken en de quick scans die op het programma staan. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over eventuele werkbezoeken en een visieconferentie. U kunt ervoor kiezen om op deze startbijeenkomst tijd in te ruimen voor nadere kennismaking in twee – of drietallen, met als doel om de kernactiviteiten van ieders organisatie beter te leren kennen. Wanneer u hiervoor kiest, kan stap 8 (werkbezoeken) eventueel worden overgeslagen.

Met een startbijeenkomst maakt u een begin met 'teambuilding' en bereikt u dat de actoren zich ook daadwerkelijk medeverantwoordelijk gaan voelen voor integrale preventie van depressie bij ouderen.

#### **TIPS VOOR DE STARTBIJeenKOMST**

- Neem voor een startbijeenkomst ruim de tijd, bijvoorbeeld van 10.00 – 15.00 en zorg voor een lunch.
- Wanneer het budget het toelaat verdient het aanbeveling om een leuke lokatie te zoeken.
- Kijk of een wethouder of burgemeester de aftrap wil verzorgen en (een deel van) de bijeenkomst kan bijwonen.

### **3.3 Stap 6 – Quick scan oplossingen**

#### *3.3.1 Introductie*

##### *Doelstelling*

Het doel van deze quick scan is tweeledig. Het eerste doel is om vast te stellen:

- wat het bestaande zorgaanbod is voor ouderen met depressieve klachten in de wijk;
- welke behoeften en wensen er leven bij de doelgroep ouderen met depressieve klachten;
- welke respons de betrokken actoren kunnen en willen geven op de problematiek in hun wijk ('readiness');

Het tweede doel is het vergroten van het draagvlak voor het actieplan en het gevoel van onderlinge betrokkenheid.

##### *Plaats binnen het programma*

Met de resultaten van de quick scan kunnen de actoren in de werkconferentie (fase 3, stap 10) acties en activiteiten prioriteren en agenderen.

##### *Methoden*

In de quick scan worden drie methodes gebruikt. Elk ervan wordt in een eigen subparagraaf toegelicht.

1. Samenstellen van een sociale kaart met een overzicht van het bestaande zorgaanbod.
2. Semi-gestructureerde interviews met de doelgroep (ouderen met (en zonder) depressieve klachten) over hun ervaringen, behoeften en wensen.
3. Semi-gestructureerde interviews met actoren over de wensen en mogelijkheden voor een integrale aanpak van depressie.

#### *3.3.2 Samenstelling van een sociale kaart*

##### *Elementen*

Een sociale kaart moet de volgende elementen bevatten:

- Namen en contactpersonen van organisaties of personen die:
  - in aanraking komen met ouderen met depressieve klachten (woningcorporaties, buurtverenigingen, ouderenbonden, organisaties van allochtonen);
  - zorg en ondersteuning bieden aan deze groep (eerstelijnszorg, GGZ, welzijnswerk, thuiszorg, ouderenzorg, algemene ziekenhuizen, vrijwilligersorganisaties);
  - verantwoordelijk zijn voor het beleid op dit terrein.



- Missie, taken en doelgroepen van deze organisaties:
  - algemeen;
  - op het terrein van depressie bij ouderen: gezondheidsbevordering (voorlichting en deskundigheidsbevordering), vroegsignalering en herkenning, preventief aanbod voor risicogroepen, geïndiceerde vroeginterventie, behandeling en rehabilitatie.
- Een omschrijving van het preventieaanbod in verschillende domeinen (gezondheidsbevordering, voorlichting en deskundigheidsbevordering, vroegsignalering, preventief aanbod risicogroepen, geïndiceerde vroeginterventie, behandeling en rehabilitatie, stepped-carebenadering):
  - Bijvoorbeeld: op het domein preventief aanbod ouderen met depressieve klachten: halfjaarlijks aanbod van de cursus 'In de put, Uit de put'.
- Capaciteit in personeel (naar discipline en functie)
- Bereikte doelgroep
- Samenwerkingsverbanden en verwijfsstromen tussen de betrokken organisaties:
  - criteria en bereikte ouderen.

### Vorm van de sociale kaart

De sociale kaart kan een schriftelijke of elektronische vorm krijgen. Een schriftelijk voorbeeldformat:

**Figuur 3.1 Sociale kaart van een wijk met fictief voorbeeld**

<i>Naam organisatie of persoon en contactpersoon</i>	<i>Vorm van het aanbod voor depressieve ouderen</i>	<i>Capaciteit personeel (fte's en deskundigheid)</i>	<i>Bereikte intermediairen (1) en doelgroep zelf (2, ouderen met depressieve klachten)</i>	<i>Belangrijkste samenwerkende organisaties en verwerkte doorstroom</i>
	Domeinen: 1) gezondheidsbevordering, voorlichting en deskundigheidsbevordering, 2) vroegsignalering, 3) preventief aanbod risicogroepen, 4) geïndiceerde vroeginterventie, behandeling en rehabilitatie, 5) stepped-carebenadering)			
Sleutelbloem (GGZ preventie)	1) jaarlijkse deskundigheidstrainingen voor welzijnswerkers en verzorgingshuizen 2) jaarlijks cursusaanbod In de put uit de put	2 fte 1 WO (beleidsmw preventie, psycholoog) 1 HBO (preventiewerker)	1. 10 welzijnswerkers en 3 verzorghzn (totaal n=30) 2. 8 ouderen	GGZ behandeling (n= onbekend)

Een bereikdiagram laat zien hoeveel ouderen op welke wijze te maken krijgen met verschillende organisaties. Het is informatief omdat het laat zien waar de zwakke schakels in de zorgketen zitten (zie figuur 3.2).

**Figuur 3.2 Bereikdiagram**

<i>Oudere met depressieve klachten</i>	<i>Voorlichting en gezondheidsbevordering</i>	<i>Vroegsignalering</i>	<i>Preventief aanbod risicogroepen</i>	<i>Geïndiceerde vroeginterventie</i>	<i>Behandeling en rehabilitatie</i>
Aantal in de wijk	Aantal bereikt	Aantal bereikt	Aantal bereikt	Aantal bereikt	Aantal bereikt

### **Bronnen**

Voor de samenstelling van de sociale kaart en een bereikdiagram zijn verschillende bronnen beschikbaar:

- de gemeentegids (schriftelijk, maar steeds vaker ook elektronisch);
- informatie vanuit zorgkantoren;
- jaarverslagen van betrokken organisaties;
- informatie van koepelorganisaties;
- informatie van sleutelfiguren.

### **Benodigde tijd**

Het samenstellen van de sociale kaart en het bereikdiagram kost minimaal een week tijd.

### **3.3.3 Semi-gestructureerde interviews met ouderen**

#### **Doel en methode**

Via de interviews worden de wensen en behoeften aan preventief aanbod voor ouderen met depressieve klachten achterhaald. Het interviewschema is semi-gestructureerd. Dit houdt in dat van de basisvragen kan worden afgeweken om bijvoorbeeld uitleg te vragen of om op een andere wijze op het antwoord in te gaan. De antwoorden zijn niet gesloten; de respondent geeft in eigen bewoordingen antwoord (zie kader 'Aandachtspunten bij een semi-gestructureerd interview' op blz. xx).

#### **Criteria voor de te interviewen ouderen**

- 55 jaar en ouder;
- evenredige verdeling van mannen en vrouwen;
- idem naar sociale klasse en burgerlijke staat;
- vertegenwoordiging van ouderen met depressieve klachten, eventuele partners, ouderen zonder klachten;
- redelijke communicatievaardigheid (cognitieve vermogens, gehoor, spraak).

#### **Werving**

Potentiële kandidaten voor de interviews kunt u werven via oproepen in de plaatselijke media (krant, huis-aan-huisbladen, lokale radio en tv, kabelkrant) of via sleutelfiguren zoals huisartsen, fysiotherapeuten en thuiszorgmedewerkers. Als dat moeizaam verloopt, probeer dan de sneeuwbalmethode. Aan reeds geïnterviewde ouderen wordt na afloop van het interview gevraagd of zij zelf een andere oudere kennen die benaderd kan worden.

### ***Interviewschema's***

Een *basisvragenschema* voor de interviews met ouderen met depressieve klachten kan zijn:

- Heeft u zelf last (gehad) van depressieve klachten?
- Hoe wist u dat uw klachten te maken hadden met depressiviteit? (klachtherkenning)
- Had u al eerder gehoord van depressie? Hoe?
- Waar heeft/had u in die tijd het meest last van? Waar wilde u vanaf?
- Heeft u hulp gezocht? Bij wie/welke organisatie? Hoe ging dat in zijn werk? Welke keuze had u in het aanbod? Wat heeft u gekozen? Wat gaf daarbij de doorslag?
- Welke informatie heeft u toen gekregen?
- Heeft u geleerd hoe u met uw klachten om kon gaan?
- Weet u hoe u uw klachten kunt voorkomen? Weet u hoe u uw klachten snel kunt herkennen?
- Welke andere hulp heeft u gekregen voor uw klachten? Bent u nog naar anderen verwezen?
- Wat zijn uw ervaringen met de preventieve hulp die u ontvangen heeft? (Op tijd? Kwaliteit? Afstemming met eigen wensen en behoeften? Duur goed? Bereikbaarheid? Aansluiting bij overige hulp?)

### ***Basisvragen voor ouderen zonder depressieve klachten:***

- Heeft u al eens informatie over depressie gekregen? Hoe? Wat? Waar?
- Weet u welke klachten te maken hebben met depressie? Weet u hoe u depressieve klachten kunt voorkomen? Weet u bij wie u hier in de buurt daarvoor terecht zou kunnen?
- Hoe zou u informatie over depressie willen krijgen? In welke vorm en via welke media? Welke informatie?
- Als u depressieve klachten zou hebben, waar zou u dan behoefte aan hebben? Wie (welke organisatie) zou daar voor moeten zorgen? Wat zou daarbij belangrijk zijn?
- Kent u iemand anders met depressieve klachten?
- Weet u of deze persoon hulp heeft gehad om goed met de klachten om te gaan? Hoe zag dat er uit? Hoe vond die persoon dat?

### ***Basisvragen voor mantelzorger (zie ook vragen voor oudere zonder depressieve klachten):***

- Hoe kwam u er achter dat uw ... depressieve klachten had? (medium, organisatie)
- Hoe kwam u erachter waar en hoe u meer informatie kon krijgen?
- Hoe kwam u er achter hoe u erger worden van de klachten kunt helpen voorkomen?
- Heeft u hiervoor trainingen of cursussen gevolgd?
- Wat vindt u van de preventieve hulp die uzelf en uw ... heeft ontvangen?
- Welke informatie en steun zou u nu nog willen? In welke vorm?

### ***Aantal en duur van de afname, analyse en rapportage***

Aanbevolen wordt minimaal vijf ouderen te interviewen. In de regel moet een interview niet veel langer duren dan 60 minuten. Het verwerken van elk interview kost ongeveer een uur. Daarbij gaan we ervanuit dat de meeste antwoorden tijdens het gesprek al zijn genoteerd in een schema. Het schrijven van het verslag voor de werkconferentie van fase 10 kost vervolgens nog ongeveer twee dagen.

### 3.3.4 *Semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren*

#### *Criteria sleutelfiguren*

Sleutelfiguren zijn personen die specifieke, relevante informatie kunnen verschaffen over de doelgroep, het probleem of de situatie. In dit geval worden zij vanuit hun kennis en ervaring geïnterviewd over de zorgsituatie in de wijk rond depressie bij ouderen. Sta van tevoren goed stil bij uw keuze van te interviewen sleutelfiguren. Criteria kunnen zijn:

- betrokkenheid bij de doelgroep en de problematiek;
- goed overzicht over (een deel van) de hulpbehoefte, preventieve vraag en het preventieve aanbod in de wijk;
- positieve invloed binnen de eigen organisatiegroep en een goed contact met andere relevante organisaties;
- betrokken bij (de doelen van) de eigen organisatie.

Kies de sleutelfiguren bij voorkeur uit een breed scala aan personen en organisaties zodat uit de interviews een zo heteroog mogelijk beeld van relevante visies naar voren komt. Ook is het van belang om personen aan het woord te laten met uiteenlopende belangen en meningen. Door de feiten en argumenten uit verschillende gezichtspunten af te wegen ontstaat het beste beeld van wat een haalbaar en breed gedragen beleid zou zijn. Wat betreft preventie van depressie bij ouderen zijn de volgende groeperingen relevant: individuele ouderen, depressieve ouderen, mantelzorgers, ouderen/welzijnswerk, thuiszorg, huisartsen, woningcorporaties, ouderenbond, kerk, moskeevereniging, organisaties van allochtonen, plattelandsorganisaties, verzorgingshuizen, GGZ, cliënt/patiënt-organisaties en vrijwilligersorganisaties. Om aan deze diversiteit recht te doen moeten minimaal vijf sleutelfiguren worden geïnterviewd.

#### *Interviewschema*

Het interviewschema is net als bij de ouderen semi-gestructureerd. De eerder ontwikkelde sociale kaart kan voorafgaand aan of tijdens het interview ter inzage worden gegeven. Deze kan zowel de interviewer als de sleutelfiguur helpen bij de vragen over het huidige preventieve aanbod.

Als mogelijke vragen voor een semi-gestructureerd interviewschema stellen we voor:

- *(Aanvullend op de sociale kaart)* Hoe ziet het preventieve aanbod rond depressie bij ouderen in de wijk eruit? (Is er een specifieke visie op preventie bij ouderen met psychische problemen? Onder welke noemer?)
- Wie doet daarbij wat? Wat doet u zelf? (Welke interventies, welke expertises, welke capaciteit aan fte en bereikte ouderen?)
- Op welke wijze wordt samengewerkt? Hoe ziet de doorverwijzing en doorstroming eruit? Is er sprake van een stepped-carebenadering? Om welke aantallen ouderen gaat het en om welk risicoprofiel?
- Hoe is dit aanbod tot stand gekomen? (Was er een specifieke visie over zorg voor ouderen met psychische problemen? Onder welke noemer? Welk aanbod was er in het verleden voor deze groep? Hoe is dat ontstaan? Waarom is voor het huidige aanbod gekozen? Waren er alternatieven? Was er sprake van een keuze?)
- In welke opzichten werkt het huidige preventieve aanbod? (Sterke kanten, wat zijn de resultaten?)
- Wat inspireert de mensen en organisaties die bij de opzet betrokken zijn? Wat willen zij? Wat houdt hen tegen (Oud zeer, negatieve verwachtingen, capaciteitsproblemen, tekortschietende deskundigheid en financiële randvoorwaarden)?

- In welke opzichten werkt het niet? (Wat zijn knelpunten? Waar heeft u last van?)
- Wat wilt u bereiken? (Hoe belangrijk is een integrale aanpak voor u? Welke bijdrage wilt u leveren aan de preventieketen in uw regio?)
- Wat wilt u erin investeren?
- Welke capaciteit is noodzakelijk voor het te bereiken doel?
- In hoeverre is dat haalbaar? (Hoe zeker is het gewenste resultaat bij de gekozen aanpak?)
- Waar liggen volgens u de prioriteiten/kansen voor de integrale preventieve aanpak depressie bij ouderen?

Voor alle vragen geldt dat de verschillende onderdelen van het preventiecontinuüm aan bod kunnen komen: gezondheidsbevordering, voorlichting en deskundigheidsbevordering, vroegsignalering, preventief aanbod risicogroepen, geïndiceerde vroeginterventie, behandeling en rehabilitatie, stepped-carebenadering. De vraag naar de prioriteiten/kansen kan als conclusie van het gesprek worden beschouwd. Natuurlijk is het mogelijk dat de geïnterviewde geen eenduidige conclusie kan trekken. In dat geval kan het antwoord in samenspraak met anderen worden gezocht tijdens focusgroepbijeenkomsten.

#### **AANDACHTSPUNTEN BIJ EEN SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW**

- Zorg dat de interviewsetting rustig is en dat u niet gestoord kunt worden (mobieltjes uit).
- Kom op tijd, zodat u de omgeving desgewenst nog aan kunt passen.
- Zorg voor pen en papier en een vragenschema waarin u ter plekke de reacties van de respondent kunt verwerken.
- Als u met tolken werkt, moet u extra tijd rekenen voor de duur van het interview. De tolk moet het interviewschema voor het interview hebben kunnen bestuderen en u moet het doel van het gesprek vooraf met de tolk bespreken. Kies bij voorkeur een tolk die ervaring heeft op het terrein van psychische klachten.
- Introduceer uzelf en licht het doel van het interview toe.
- Leg uit hoe u aan de naam van deze respondent bent gekomen en waarom juist de informatie van hem of haar belangrijk is.
- Benadruk de anonimiteit van de gegevens en de zorgvuldigheid waarmee omgegaan wordt met de informatie.
- Gebruik eenvoudige taal en korte zinnen. Geef de respondent de tijd om na te denken en rustig te antwoorden.
- Herhaal de antwoorden in eigen woorden om te zien of u de antwoorden begrepen heeft.
- Luister goed en vraag naar het hoe en waarom.
- Vraag ook enkele achtergrondkenmerken (leeftijd, burgerlijke staat, kinderen, woonsituatie, opleiding, beroep). Dit om de gegeven informatie in een perspectief te kunnen plaatsen naast dat van andere respondenten.
- Vat aan het eind van het interview de belangrijkste punten en reacties samen. Vraag de betrokkene of deze samenvatting juist is en of er nog aanvullingen zijn.
- Vraag de respondent of deze nog vragen heeft.
- Bedank de betrokkene en vertel hoe en wanneer deze meer over de vorderingen rond de integrale aanpak van depressie bij ouderen zal horen.

### ***Aantal en duur van de interviewafname***

Aanbevolen wordt van alle relevante organisaties een sleutelfiguur te interviewen. Dit betekent dat het aantal te interviewen personen al gauw acht of meer bedraagt. In de regel moet een interview niet veel langer duren dan 60 minuten. Het verwerken van elk interview kost ongeveer een uur, ervan uitgaande dat de meeste antwoorden tijdens het gesprek al zijn genoteerd in schema's.

### ***Verwerking en rapportage van de interviews***

Om de berg informatie die uit de interviews naar voren komt te verwerken is het goed de bevindingen in schema's te zetten. Allereerst moet in een schema de belangrijkste achtergrondinformatie van de geïnterviewde actoren worden vastgelegd. Dit kan tijdens of direct na het interview. Bijvoorbeeld:

**Figuur 3.3 Schematische weergave achtergrondinformatie geïnterviewde sleutelfiguren**

<i>Sleutelfiguren</i>	<i>Discipline en functie</i>	<i>Informatiebron</i>	<i>Opmerkingen</i>
01	Welzijnswerker	Ervaring met depressieve deelnemers aan cursusaanbod (privé tevens mantelzorger)	
02	Psychiater intramurale GGZ	Direct: enkele oudere depressieve patiënten per jaar; indirect: via preventiewerkers	Recent afgestudeerd, eerste baan

In een tweede schema maakt u onderscheid tussen het (vrij) letterlijke antwoord van een sleutelfiguur op een inhoudelijke vraag en een inschatting van de persoonlijke, historische en/of sociale context van het antwoord. Deze context geeft belangrijke informatie. Zo komt het antwoord van een oudere met een depressieve partner voort uit een ander referentiekader dan dat van een huisarts. De belangen en behoeftes van de betrokken kunnen ook sterk verschillen. Een voorbeeld van een (ingevuld) schema maakt het duidelijk:

**Figuur 3.4 Voorbeeldschema letterlijke vs contextinformatie**

<i>Sleutelfiguur</i>	<i>Antwoord op vraag</i>	<i>Context van de informatie</i>
	<i>Welke knelpunten ziet u in het preventieve aanbod rond depressie bij ouderen in de wijk?</i>	<i>(visie van sleutelfiguur, achtergrondinfo over sleutelfiguur</i>
1	De GGZ heeft depressie bij ouderen lang tijd laten liggen. Als ouderenwerk zagen wij echter dagelijks wat er aan de hand was. Daarom hebben wij destijds een heel pakket ontwikkeld. We merken echter dat de ernstige gevallen niet snel genoeg bij de GGZ terecht komen.	Sleutelfiguur (ouderenwerk) is trots op levenswerk en heeft slechte ervaringen met de GGZ op het gebied van depressie bij ouderen.
2	De zorg voor depressieve ouderen is lang het terrein geweest van het ouderenwerk. Dat is tien jaar geleden zo ontstaan toen Jansen daar als directeur dit naar zich toetrok. Daardoor is het aanbod nu nog steeds niet professioneel.	Sleutelfiguur (GGZ) heeft verschuiving destijds meegemaakt, was het er toen niet mee eens, maar had niet de financiën of macht het tegen te houden.

Op deze manier kun je voor elke hoofdvraag een schema invullen.

Vervolgens worden de antwoorden op de conclusievraag in een nieuw schema samengevat. Figuur 3.5 geeft een voorbeeld.

**Figuur 3.5 'Readiness' van sleutelfiguren voor integrale depressiepreventie**

<i>Samenvatting van antwoord op vragen:</i>	<i>Afwijkende antwoorden, thema's voor discussie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe belangrijk is voor u de (verschillende onderdelen van de) integrale aanpak preventie van depressie bij ouderen?</li> <li>• Hoe zeker is volgens u het positieve resultaat van de (verschillende onderdelen van de) integrale preventieaanpak?</li> <li>• Waar liggen volgens u daarom de prioriteiten/kansen voor de integrale preventieve aanpak depressie bij ouderen?</li> </ul>	
<i>Antwoorden gegeven door de meeste sleutelfiguren</i>	<i>Antwoorden waarmee de meeste sleutelfiguren het niet eens zijn, antwoorden die in focusgroepen kunnen worden uitgewerkt</i>

Met behulp van deze samenvattingschema's kan een rapport worden geschreven (maximaal 4 A4'tjes). Dat rapport geeft aan de hand van bovenstaande vragen de 'grootste gemene deler' van de gegeven antwoorden weer, maar ook de thema's die onduidelijk zijn of discussie oproepen. Deze thema's, vooral die rond de conclusievraag, kunnen worden uitgewerkt in de volgende fase.

### *Duur van de verwerking van de interviews en rapportage*

Het verwerken van de interviews in schema's kost gemiddeld een uur per interview. Voor het schrijven van een rapport voor de werkconferentie moet u daarnaast rekenen op nog vier dagen.

## **3.4 Stap 7 - Quick scan facetbeleid**

Uit onderzoek weten we dat allerlei factoren in de fysieke (kenmerken van de woning, de woonomgeving, veiligheid, mobiliteit) en sociale leefomgeving (ontbreken van sociale contacten en steun) van invloed zijn op de geestelijke gezondheid van ouderen. Via het risicoprofiel van de betrokken wijken en uit gesprekken met professionele organisaties en de doelgroep krijgt u snel inzicht in de risicofactoren die in de lokale omgeving een rol spelen. Vervolgens kunt u met een quick scan facetbeleid nagaan welke kansen (instrumenten) en mogelijkheden er zijn binnen de andere beleidsafdelingen van de gemeente om deze risicofactoren aan te pakken.

Deze quick scan is ontwikkeld door TNO preventie in samenwerking met NSPOH, GGD-Nederland en RIVM. Hij bestaat uit twee delen: een grove scan en een verfijnde scan. De grove scan is geschikt om voor meerdere thema's de (inhoudelijke, instrumentele en politiek-bestuurlijke) haalbaarheid van facetbeleid te bepalen. Thema's zijn bijvoorbeeld eenzaamheid, sociaal-economische gezondheidsverschillen, planning van voorzieningen. De verfijnde scan is geschikt om rond een thema een strategie voor integraal gezondheidsbeleid uit te werken. Voor verdere informatie verwijzen we naar het handboek Quick scan facetbeleid (TNO, 2004).

## **3.5 Stap 8 - Werkbezoeken**

De deelnemers leggen bij een of meer collega-instellingen een werkbezoek af met als doel om beter zicht te krijgen op de doelen en werkwijze daar. Deelnemers krijgen zo de kans om hun beelden en ideeën over die organisatie te toetsen en bovendien kunnen tijdens deze bezoeken nieuwe ideeën ontstaan voor samenwerking (kruisbestuiving). De bevindingen kunnen in een eerstvolgende bijeenkomst gepresenteerd worden. Mensen hebben in de regel geen tijd voor werkbezoeken, hooguit in het kader van een inwerkperiode. Wanneer dit in het kader van een project 'gelegitimeerd' wordt, kan het mensen inspireren. De werkbezoeken vormen niet een noodzakelijke stap maar zijn vooral bedoeld om het proces van samenwerking te bevorderen.

## **3.6 Stap 9 - Visieconferentie**

In de tweede fase vindt onderzoek plaats naar de mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde problematiek. Goede oplossingen kunnen worden gevonden in de implementatie van preventieve interventies, verbetering van de signalering, betere samenwerking, facetbeleid en bijvoorbeeld een com-



binatie van verschillende strategieën. De organisatie van een visieconferentie tijdens het onderzoek, dat zes maanden duurt, kan een stimulans zijn. Het idee is dat je de betrokken actoren eens wat langer laat stilstaan bij en brainstormen over thema's als integrale preventie, samenwerking, ketenzorg: 'waarom we het allemaal doen'. Dat is bij uitstek de gelegenheid om ideeën uit te wisselen en te komen tot het formuleren van gemeenschappelijke ambities. We geven enkele voorbeelden van methodieken die voor dit doel bruikbaar zijn.

### **Concept mapping**

Concept mapping (Trimbos-instituut, 2004) is een computerondersteunde methode om in korte tijd een complex en diffuus begrip of onderwerp in kaart te brengen. Het resultaat is een grafische weergave van uiteenlopende uitspraken en meningen over aspecten van het onderzochte begrip. Alle deelnemers bij concept mapping hebben evenveel invloed op het eindproduct. Daardoor is de methode eerlijk en bevordert zij overeenstemming tussen de deelnemers. Een bijeenkomst bestaat globaal uit de volgende fasen: het genereren van uitspraken in een brainstormsessie; het aangeven welke uitspraken men het belangrijkste vindt; het ordenen van de uitspraken naar overeenkomstigheid en het analyseren van het eindresultaat dat in de vorm van een landkaart (map) wordt gepresenteerd.

Concept mapping is heel geschikt om tot een gemeenschappelijke visie op een probleem of onderwerp te komen. Ook is een voordeel dat de dag eindigt met een concreet resultaat. Wel moet u de centrale vraag zorgvuldig kiezen en beoordelen op relevantie voor het onderwerp. Voorbeelden van vragen zijn: welke doelstellingen moet een programma of integrale aanpak binnen een bepaalde termijn bereiken? Welke elementen moeten in ieder geval in het programma worden opgenomen?

### **Ambitieconferentie**

Een ambitieconferentie is een bijeenkomst van één of twee dagen waarbij een netwerk via een interactieve en participatieve werkwijze komt tot een gezamenlijk gedragen en gedeelde ambitie (Spaans, 2004). De ambitie geeft een kwalitatief antwoord op de vraag waarom de leden van een netwerk het zinvol of waardevol vinden dat het netwerk bestaat en wat ze met het netwerk willen bereiken (Weggeman, 1997). Een ambitieconferentie kan de identiteit van het netwerk versterken en mobiliseert de inzet van de deelnemers op basis van gedeelde waarden. De ambitieconferentie is één van de vele mogelijke vormen om gezamenlijk een koers en richting te bepalen.

### **Future Search**

Future Search is een vrij intensieve werkconferentie van twee dagen die als methode is ontwikkeld door de Amerikaan Marvin Weisbord (Holman & Devane, 1999). Weisbord zelf noemt Future Search ontmoetingen waarbij drie kernelementen een rol spelen:

- het onderkennen en accepteren van verschillen tussen de deelnemers (achtergrond, waarden, expertise etc.);
- het vinden van gemeenschappelijke uitgangspunten, ervaringen en inzichten, waarbij het vooral gaat om bewustwording van het totale systeem of ontwikkelingen in de gedeelde omgeving van de betrokken organisaties;
- het initiëren van acties op basis van gedeelde ervaringen en inzichten.

Weisbord zegt hier zelf over: 'Participants engage in a series of open dialogues on where they've been, where they are and what they want to do' (Weisbord & Janoff, 1999). *Future Search* voegt

elementen van werkbezoeken, concept mapping en ambitieconferentie bij elkaar en kan een goed alternatief bieden wanneer de tijd beperkt is en een veranderingsproces in een versneld tempo moet worden gerealiseerd. Meer info via [www.futuresearch.net](http://www.futuresearch.net)

### 3.7 Aanbevelingen

Een integrale aanpak kunt u alleen realiseren wanneer deze wordt 'gedragen' door een groot aantal organisaties. Het netwerk dat zij samen vormen, zal een zekere hechtheid moeten ontwikkelen. Uiteindelijk zal het succes van de integrale aanpak depressiepreventie ouderen vooral afhangen van de kracht van dit netwerk en de bereidheid om samen te werken en te investeren. Een integrale aanpak impliceert ook dat de deelnemende organisaties met veranderingen te maken krijgen (samenwerking, gedrag medewerkers ten aanzien van signaleren en verwijzen). Daarbij zullen organisaties zich, behalve door inhoudelijke overwegingen, ook laten leiden door belangen. Kan ik, door mee te doen, mijn positie versterken? Kan ik daarbij een kwaliteitsslag maken? Kan ik me beter profileren?

Als projectleider of coördinator moet u los van inhoudelijke deskundigheid oog hebben voor het proces van samenwerking en de belangen die daarbij een rol spelen (zie ook hoofdstuk 7). Het is heel belangrijk om de ruimte te creëren waarin partijen elkaar beter leren kennen, en om daarbinnen ruimte te geven om de eigen visie en belangen in te brengen. Om deze redenen zijn stap 8 en 9 ingevoegd. Fase 2 is in dit opzicht een fase van divergentie. Deelnemers worden uitgenodigd om te brainstormen, om thema's te verbreden, creatief te denken, zonder nog al te veel na te denken over haalbaarheid. In fase 3 is doelstelling juist om ideeën bij elkaar te brengen, keuzes te maken en naar een concreet en haalbaar actieplan toe te werken (convergentie).

De rol van de projectleider in fase 2 is om te enthousiasmeren, te inspireren en om overtuigend de visie achter de integrale aanpak depressiepreventie en succesvol ouder worden neer te zetten.

### 3.8 Toetsing

#### *Go/no-go criteria*

Doorgang naar fase 3 (Actieplanning) is aan de orde wanneer aan de volgende criteria is voldaan:

- er zijn voldoende concrete verbeteringen en oplossingen aangedragen die leiden tot integrale aanpak;
- er is voldoende draagvlak bij de actoren om deze concrete verbeteringen en oplossingen te realiseren;
- er is een gemeenschappelijke visie op een openbare geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van depressie bij ouderen en voldoende ambitie om die visie te realiseren.

#### *Resultaten (prestatie-indicatoren)*

Fase 2 heeft de volgende concrete resultaten opgeleverd.

- een sociale kaart van de preventieve zorg in de wijk;
- een overzicht van potentiële concrete oplossingen en verbeteringen om een integrale aanpak te realiseren;
- een overzicht van mogelijkheden voor facetbeleid in de gekozen wijk;
- een gemeenschappelijk visie- of ambitiesdocument.



## Hoofdstuk 4 Fase 3 - Actieplanning

### 4.1 Doelstelling

De doelstelling van fase 3 is de uitwerking van een concreet actie- of werkplan. Concreet geeft dat antwoord op de volgende vragen:

- Hoeveel ouderen uit de doelgroep willen we bereiken?
- Op welke wijzen willen we hen bereiken?
- Welke interventies worden lokaal geïmplementeerd?
- Welke activiteiten gericht op verbetering van vroegsignalering worden genomen?
- Welke strategieën in het kader van facetbeleid dienen tot stand te komen?

De eerste stap (stap 10) is het organiseren van een werkconferentie waarin de resultaten van de quick scans worden besproken. Vervolgens werkt u als projectleider de voorstellen en ideeën uit in een (concept)actieplan dat met de actoren wordt besproken (stap 11).

### 4.2 Stap 10 - Werkconferentie

Werkconferenties zijn eigenlijk ontmoetingsplaatsen voor verandering (Van den Berge & Wortelboer, 2002). In het hier besproken stappenplan vindt de werkconferentie aan het einde van de ontwikkel-fase van oplossingverkenning plaats. Hierdoor is in principe een vrij zakelijke invulling mogelijk. Inmiddels is een gezamenlijke visie ontstaan op de problematiek en de randvoorwaarden waaraan oplossingsstrategieën (integrale aanpak) moeten voldoen en hebben de analyses uit de verschillende quick scans zicht geschapen op de factoren die erop van invloed zijn. De werkconferentie zou daarom vooral gebruikt kunnen worden om tot keuzes en een plan van aanpak te komen. Zorg dat de uitkomsten van de voorgaande stappen verwerkt zijn in een hanteerbaar 'werkdocument', dat voorafgaand aan de conferentie door de deelnemers gelezen wordt.

#### *Mogelijk programma*

In de ochtend kan het visie- of ambitiedocument worden besproken en de resultaten van het quick-scanonderzoek worden toegelicht. Daarna kunnen prioriteiten worden besproken. De middag kan worden gebruikt voor een brainstorm, eventueel in subgroepen, als begin van de uitwerking van de werkplannen gericht op verschillende subdoelen. Aan het einde van de dag worden de ideeën gepresenteerd. Uitgangspunt voor zo'n werkvorm is dat de neuzen inmiddels redelijk dezelfde kant op staan, dat er inmiddels een goede teamgeest is ontwikkeld en dat ook de oplossingen voor de hand liggen.

### 4.3 Stap 11 - Actieplan

De laatste stap voor de start van de uitvoering (fase 4) is het schrijven van een actieplan om een integrale aanpak concreet te realiseren. Het actieplan bevat allereerst een samenvatting van de uitkomsten van de eerdere stappen (omvang en analyse problematiek, analyse en voorstellen voor oplossin-

gen binnen het kader van een integrale aanpak, gemeenschappelijk visie en ambitie). Vervolgens beschrijft het de doelstellingen op de lange en korte termijn. De doelstellingen voor het eerstvolgende jaar worden verder uitgewerkt, geconcretiseerd en voorzien van acties. Het conceptactieplan wordt besproken met de relevante actoren. Doelstellingen richten zich op de drie hoofdbestanddelen van de integrale aanpak (realiseren van een goede preventieve ketenzorg, vroegsignalering en het bereiken van de doelgroep, facetbeleid).

### **Opzet**

De opzet van een actieplan zou er als volgt uit kunnen zien:

- Inleiding
- Ambitie
- Omvang en aard problematiek
- Doelstellingen lange termijn
- Doelstellingen korte termijn
  - Ketenzorg en samenwerking
  - Vroegsignalering en bereiken van doelgroep
  - Facetbeleid
- Uitwerking acties om doelstellingen korte termijn te realiseren
- Projectorganisatie
- Evaluatie en registratie

## **4.4 Aanbevelingen**

Voor u als projectleider is het in deze fase de kunst om op basis van alle ambities, ideeën, invallen en mogelijke oplossingen een haalbaar werkplan te maken. Een belangrijk hulpmiddel is het onderscheid tussen de lange en korte termijn. Een visie op de lange termijn (over hoe een ideale openbare geestelijke gezondheidszorg eruit ziet) is een goede inspiratiebron maar niet alles kan en hoeft tegelijk te worden gerealiseerd. Het gaat erom de infrastructuur voor openbare geestelijke gezondheidszorg stap voor stap op te bouwen en dat heel zichtbaar te doen. Kies daarom vooral in het eerste jaar voor haalbare acties met een grote kans op succes.

In het verlengde hiervan is de aanbeveling om liever minder te doen en goed, dan veel en globaal. Een voorbeeld. In veel actieplannen zal een belangrijke doelstelling zijn om de vroegsignalering in de eerste en nuldelijn te verbeteren. Daarvoor is deskundigheidsbevordering nodig en goede afspraken over het traject na vroegsignalering. Je schiet er weinig mee op om in korte tijd medewerkers van allerlei organisaties een eenmalige training te geven. Je kunt beter starten met investeren in de organisatie. Deze medewerkers goed trainen met verschillende follow-up en supervisiebijeenkomsten zorgt voor een goed intern en extern verwijstraject en een goede registratie, wat op de langere termijn meer zoden aan de dijk zet.

Probeer om de directies van betrokken organisaties een korte samenwerkingsovereenkomst te laten tekenen. Het projectplan, waaronder de projectorganisatie, kan daarbij als bijlage dienen. Dit geeft het project een formele basis en voorkomt dat organisaties slechts 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.

---

## 4.5 Toetsing

### *Go/No-go criteria*

Doorgang naar fase 4 (Uitvoering & evaluatie) is aan de orde wanneer aan de volgende criteria is voldaan:


- er is een actieplan voorhanden waarin doelen, tijdspad, organisatie, taakverdeling en tijdsinvestering concreet zijn uitgewerkt;
- de doelstellingen zijn vertaald in meetbare resultaten en prestatie-indicatoren;
- er ligt een concreet evaluatie-/onderzoeksplan.

### *Resultaten (prestatie-indicatoren)*

Fase 3 heeft de volgende resultaten opgeleverd:

- een concreet actieplan voor de realisatie van een integrale aanpak.





## Hoofdstuk 5 Fase 4 - Uitvoering & evaluatie

### 5.1 Doelstelling

In fase 4 beoogt u om het actieplan uit te voeren en daarmee de eerste onderdelen van een integrale aanpak te verwezenlijken. Daarnaast worden alle activiteiten geëvalueerd en alle contacten met de doelgroep in het kader van preventie en zorg geregistreerd. Concreet gaat het onder meer om de volgende vragen:

- Lukt het om de geplande activiteiten te realiseren?
- Verbetert de samenwerking?
- Wordt de doelgroep beter bereikt?
- In welke mate maakt de doelgroep gebruik van het beschikbare aanbod?

In fase 4 vinden twee stappen plaats: de uitvoering conform het actieplan (stap 12) en het uitvoeren van een evaluatie (stap 13).

### 5.2 Stap 12 – Uitvoering

Wanneer alle actoren het actieplan hebben geaccordeerd kan de uitvoering starten. Misschien moet het plan op onderdeel nog verder worden uitgewerkt of moeten scherpere afspraken worden gemaakt over budget, tijdsplanning, resultaat, afstemming en communicatie etc.

### 5.3 Stap 13 - Evaluatie en registratie

Een goede (proces)evaluatie en registratie van activiteiten en contacten met de doelgroep is van wezenlijk belang voor de continuïteit van het project en voor de kwaliteit. Het realiseren van een integrale aanpak depressiepreventie is een meerjarentraject. Tussentijds (na een periode van een jaar) moet aan financiers en aan de actoren inzicht gegeven kunnen worden in de voortgang van het project. We maken onderscheid tussen procesevaluatie en effectonderzoek.

#### 5.3.1 Procesevaluatie

Op korte termijn mogen niet direct grote effecten op depressie in de bevolking worden verwacht. Wel kunnen procesindicatoren worden opgesteld die laten zien of bijvoorbeeld de kwaliteit van de preventie is toegenomen en de integrale preventie vorm krijgt. U kunt denken aan bijvoorbeeld de volgende vragen.

#### *Ten aanzien van signalering en verwijzing:*

- Welke activiteiten zijn ondernomen?
- Hoe vaak vond signalering van depressieve klachten plaats?
- Welke acties zijn ondernomen naar aanleiding van de signalering?

### *Ten aanzien van samenwerking:*

- Zijn de actoren beter op de hoogte van elkaars producten?
- Wordt er vaker naar elkaar doorverwezen?

### *Ten aanzien van het bereiken van de doelgroep:*

- Welke voorlichtings- en wervingsactiviteiten zijn ondernomen?
- Hoeveel ouderen werden bereikt/hebben deelgenomen?
- Worden ook de ouderen uit de beoogde risicogroepen bereikt?

### *Ten aanzien van interventies:*

- Welke interventies zijn geïmplementeerd?
- Hoeveel ouderen hebben meegedaan aan deze interventies?
- Hoe evalueren de deelnemers de interventie?
- Ervaren deelnemers een toename van 'beschermende factoren' en een afname van depressieve klachten?

### *Ten aanzien van facetbeleid:*

- Welke maatregelen zijn tot stand gekomen?
- Hoeveel ouderen hebben kunnen profiteren van deze maatregelen?
- Zijn er veranderingen in de sociale leefomgeving waarneembaar?

### **5.3.2 Effectonderzoek**

Na een periode van twee à drie jaar zouden ook effecten op risicofactoren en beschermende factoren zichtbaar moeten zijn en na vier jaar zou de prevalentie van depressie onder ouderen gereduceerd moeten zijn. De gezondheidsenquête die de basis vormde voor het risicoprofiel van de wijken zou als een soort nulmeting kunnen dienen. Een natuurlijke effectmeting is om na vier jaar deze gezondheidsenquête te herhalen. Eventueel kunnen ook tussentijds steekproefgewijs vragenlijsten worden gestuurd aan de doelgroep.

## **5.4 Aanbevelingen**

De rol van de projectleider is in deze fase anders dan in eerdere fasen. In de uitvoeringsfase zijn kwaliteiten op het terrein van beheersing en controle van groter belang. Als projectleider moet u zorgen dat partijen de gemaakte afspraken nakomen en dat de geplande acties conform het tijdsplan worden uitgevoerd. Houd regelmatig contact met de voorzitters van de werkgroepen over de voortgang van de verschillende deelprojecten. Wanneer stagnatie dreigt is het zaak om snel met de verantwoordelijke manager contact op te nemen en de oorzaken te bespreken. Ook de communicatie over voortgang dient bij voortduring onder de aandacht van de projectleider te blijven. Het eerste half jaar zal waarschijnlijk veel 'onzichtbaar' werk worden verzet in het kader van voorbereiding van acties. Het is ook heel zinvol om betrokken actoren over de voortgang te informeren. Tot slot is het van belang om te controleren dat de afspraken over evaluatie en registratie worden nagekomen.



---

## 5.5 Toetsing

### *Go/no-go criteria*

Overgang naar fase 5 (Bijstelling & Continuïteit) is realistisch wanneer aan de volgende criteria is voldaan:

- evaluatie en onderzoek laten zien dat tussenresultaten zijn bereikt ten aanzien van het bereiken van de doelgroep, verbeterde samenwerking, toegenomen vroegsignalering, verbeterde preventieve zorgaanbod, meer gebruik door doelgroep van preventieve interventies, acties in het kader van facetbeleid.
- evaluatie en onderzoek laten zien dat eindresultaten zijn bereikt wat betreft vermindering van risicofactoren en afname van depressieve klachten onder depressieve ouderen.

### *Resultaten (prestatie-indicatoren)*

Fase 4 heeft de volgende resultaten opgeleverd:

- een rapport waarin de tussenresultaten en eindresultaten van het actieplan worden beschreven.





## Hoofdstuk 6 Fase 5 - Bijstelling & continuïteit

### 6.1 Doelstelling

Met fase 5 beoogt u om het actieplan bij te stellen en de nieuwe werkdoelen voor het komende jaar te bepalen. Dat gaat concreet om de volgende vragen:

- Welke doelen zijn gehaald en welke doelen niet?
- Wat zijn daarvoor de redenen?
- Is er op basis van de ervaringen van het afgelopen jaar en de evaluatie reden om het actieplan bij te stellen?
- Welke nieuwe doelen worden gesteld?

Fase 5 omvat slechts één stap: de bijstelling van het actieplan en het schrijven van een nieuw jaarplan.

### 6.2 Stap 14 - Bijstelling van het actieplan

Na een jaar is er de nodige ervaring opgedaan binnen het project. Als projectleider heeft u meer zicht gekregen op de samenwerking en vlotheid c.q. traagheid waarmee werkprocessen tot stand komen. Ook kan er in de loop van de tijd meer informatie op tafel komen over de aard van de problematiek en over de doelgroep. De informatie kan de projectgroep bevestigen in de gekozen oplossingsrichtingen, maar kan ook aanleiding geven om (strategische) doelen bij te stellen. Na een periode van een jaar wordt de ervaring neergelegd in twee documenten. Een evaluatieverslag, al dan niet met aanbevelingen om het actieplan bij te stellen en een nieuw jaarplan. Het evaluatieverslag en het jaarplan worden besproken in de stuurgroep en in de projectgroep.

### 6.3 Aanbevelingen

In de loop van het eerste uitvoeringsjaar krijgt de projectleider zicht op het eigenlijke samenwerkingsproces. U kunt beoordelen in hoeverre gemaakte afspraken ook worden nagekomen. Wanneer dit niet het geval is, dient de betreffende organisatie daarmee te worden geconfronteerd. Probeer dit allereerst in een bilateraal overleg te doen en bepaal van tevoren hoeveel druk u daarbij kunt uitoefenen. In het algemeen is het van belang om duidelijke afspraken te maken en bijvoorbeeld af te spreken om na drie maanden een tussenevaluatie te houden. Niets is zo ondermijnd voor een netwerk en voor de sfeer als een actor die bij voortduring de afspraken niet nakomt.

Het einde van het eerste uitvoeringsjaar is een goed moment om bilateraal overleg te voeren met de betrokken actoren. In deze gesprekken kan de projectleider horen hoe de actor aankijkt tegen (de voortgang van) het project en of er nog nieuwe belangen naar voren zijn gekomen. Eventueel kan de projectleider in de bijstelling van het actieplan en het nieuwe jaarplan rekening houden met deze belangen.

De evaluatieperiode (twee jaar na start van het project) is een goed moment om niet alleen de *inhoud* van het werk te evalueren maar ook het proces van samenwerking. Daarvoor kan bijvoor-

---

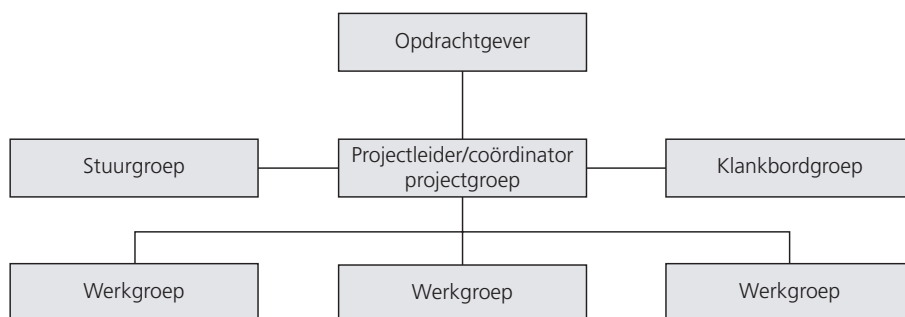
beeld een vragenlijst als de WIZ/DIZ-2005 worden gebruikt (Mur-Veeman et al., 2005). Deze vragenlijst geeft inzicht in de visie van de betrokken actoren op de belemmerende en bevorderende factoren voor continuïteit van samenwerking. Deze factoren kunnen liggen op het terrein van draagvlak, management, lokale context en externe factoren. In feedbackbijeenkomsten kunnen de uitkomsten worden besproken. Wanneer er belangrijke knelpunten worden gesignaleerd kan gezamenlijk naar oplossingen worden gezocht.

## Hoofdstuk 7 Randvoorwaarden

### 7.1 Projectorganisatie

In de loop van het eerste jaar wordt een projectorganisatie opgebouwd. Een voorbeeld van een projectorganisatie geeft figuur 7.1

**Figuur 7.1** Mogelijke structuur van een projectorganisatie



De opdrachtgever is bijvoorbeeld de gemeente. 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 twee 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. Soms is het zinvol om daarnaast aparte werkgroepen in te stellen voor grotere taken, zoals het organiseren van de PR en de voorlichtingsdagen.

Ook kan het zinvol zijn om een klankbordgroep samen te stellen waaraan vooral vertegenwoordigers uit de doelgroep deelnemen. U kunt er ook voor kiezen om bijvoorbeeld twee vertegenwoordigers aan de projectgroep deel te laten nemen.

### 7.2 Tijdsduur

De integrale aanpak depressiepreventie ouderen kent een looptijd van drie à vier jaar. Een grote investering, maar het gaat wel om het realiseren van structurele veranderingen. Centraal staat de opbouw van de infrastructuur voor een preventieve ketenzorg binnen het kader van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast mikt de integrale aanpak op de implementatie van een aantal gemeentelijke bestuursmaatregelen gericht op de verbetering van de sociale leefomgeving. Ook dit proces kost tijd.

### 7.3 Benodigde formatie

In het kader een richtlijn voor de benodigde ureninzet van de verschillende functies.

#### **BENODIGDE TIJDSINVESTERING**

De projectleiding:	16 – 24 uur per week
Quick scan demografie/(wijk)risicoprofiel:	24 uur totaal
Onderzoek quick scan oplossingen (stap 6):	16 uur per week onderzoeker gedurende zes maanden
Evaluatie jaarplan (stap 13):	16 uur per week gedurende drie maanden
Participatie werkgroepen/projectgroep:	2 – 4 uur per week per organisatie
Quick scan facetbeleid:	80 uur totaal.
Secretariaat:	4 uur per week
Communicatiedeskundige:	32 uur per jaar

De grootste investeringen betreffen de projectleider en de inzet van onderzoekers voor de quick scan oplossingen en de evaluatie tijdens de uitvoering. De tijd die medewerkers van de betrokken organisaties kwijt zijn varieert sterk per periode in het project. In het eerste jaar zal minder tijd nodig zijn, maar in de ontwikkelfase (tijdens het tweede jaar) kan de tijdsinvestering in sommige gevallen hoger uitvallen.

Een alternatief is om een projectleider aan te stellen voor 4 à 8 uur per week en daarnaast een projectuitvoerder voor 16 uur per week.

### 7.4 Functie-eisen projectleider

Vanwege de complexiteit van het programma zal het project geleid moeten worden door een ervaren preventieprofessional, gezondheidsvoorlichter of gezondheidswetenschapper. Een profiel zou er als volgt uit kunnen zien:

- ervaring met preventie van depressie bij ouderen/is op de hoogte van preventieve interventies/heeft affiniteit met ouderen werk.
- ervaring met management van grote projecten/is in staat mensen aan te sturen op resultaat.
- ervaring met procesmanagement binnen een netwerk/is in staat te onderhandelen/is in staat om mensen te enthousiasmeren en een visie uit te dragen.
- is in staat om preventie van psychische problemen te vertalen in een gemeentelijke, politieke context.
- is in staat om actieplannen en jaarplannen te schrijven.

---

## 7.5 Communicatie

Goede communicatie en informatie over (de voortgang van) het project is cruciaal. Daarom formuleren we de volgende aanbevelingen.

- Maak een communicatieplan als onderdeel van het actieplan.
- Stuur twee keer per jaar een nieuwsbrief aan alle relevante organisaties.
- Begroot in het actieplan capaciteit daarvoor.
- Plan in ieder geval een keer per jaar een bilateraal overleg met leden van de stuurgroep.
- Schrijf na een jaar een kort evaluatieverslag met concrete resultaten.
- Bespreek dit verslag in de stuurgroep.

## Gebruikte literatuur

- Assema P, Willemsen M (1993). Community-projecten. In: Damoiseaux V, Van der Molen HT, Kok G. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen, van Gorcum.
- Berge A van den, Wortelboer F (red.) 2002. Werkconferenties, ontmoetingsplaatsen voor verandering. van Gorcum. Assen.
- Bohlmeijer E, Smit F, Smits C (2005). Integrale aanpak depressiepreventie ouderen, introductie en onderbouwing. Trimbos-instituut.
- Bohlmeijer E, Ruland E, Mur-Veeman I, Raak A van. (Eds). (2005) Procesmanagement in public health, analyse, ontwerp & verandering. In druk Trimbos-instituut.
- 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.
- TNO Preventie en gezondheid (2004). Handboek quick scan facetbeleid.
- Holman P, Devane T (red.) 1999. The change handbook. Berrett-Koehler Publishers, inc. San Francisco.
- Hekking C. & Nijboer C. (2003) Meedoen, meewerken en meebeslissen: participatie van ouderen bij gezondheidsbevorderingsprojecten. NIGZ.
- Keijsers J. & Vaandrager L. (2000) Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. Den Haag. ZonMw.
- Mittelmark MB (2001). Investing in communities: principle, panacea or placebo? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2001 (8).
- Mur-Veeman I, Raak van A, Paulus A, Merode F van. (2005) Strategisch management van samenwerking: situatieanalyse met WIZDIZ. in: Bohlmeijer E, Ruland E, Mur-Veeman I, Raak A van. (Eds). (2005) Procesmanagement in public health, analyse, ontwerp & verandering. In druk Trimbos-instituut.
- Oers H van, (2002). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM.
- Pretty, J.(1995) Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance. London: Earthscan Publications Ltc.
- Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. (in druk) Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. Archives of General Psychiatry.
- Spaans, M. (2004). Collectieve Ambitieontwikkeling. Over het richten, bundelen en gebruiken van de energie van al die mensen die met elkaar de werkgemeenschap vormen. Streamlinks katern nr. 2.
- Weggeman M. (1997). Kennismanagement: inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties. Scriptum
- Weisbord M. & Janoff, S. (1999). Future Search: an action guide to finding common ground in organizations and communities. San Francisco.



### Integrale preventie

In het woordenboek (Kramers, 1998) treffen we bij 'integraal' de betekenis *in zijn geheel, volledig* aan. Integrale preventie zou dus betekenen een vorm van preventie die zich niet op delen richt maar op het geheel. Wat houdt dit 'geheel' dan in? Allereerst kan dit de gehele keten van preventie betekenen. In de moderne literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte (of terugval-)preventie. Integrale preventie zou dus betekenen dat de verschillende vormen van preventie gecombineerd of tegelijkertijd worden toegepast. Dat levert ons de volgende omschrijving op:

*'Integrale preventie' verwijst naar een samenhangende verzameling van (universele, selectieve en geïndiceerde) preventieve interventies die worden geleverd door een netwerk van zorgaanbieders.*

Er zijn drie argumenten voor een integrale aanpak van preventie in deze zin:

- 1 De combinatie van verschillende preventiestrategieën levert een optimaal rendement op in termen van verlaging van de prevalentie en incidentie van depressie onder ouderen.
- 2 Het is efficiënt. Vraag en behoefte kunnen een passend antwoord krijgen. Soms hebben mensen voldoende aan goede informatie of volstaat een enkel informatief gesprek (consultatie). Of biedt een zelfhulpprogramma uitkomst. De aanwezigheid van in zwaarte oplopende interventies maakt vraaggericht werken mogelijk.
- 3 Een combinatie van strategieën is noodzakelijk om tot gedragsverandering te komen. Voor deelname aan een preventieve cursus of een zelfhulpprogramma ligt de drempel hoog. Daaraan gaat bewustwording en motivatie vooraf. Aan bewustwording kan in voorlichtingscampagnes worden gewerkt. Aan de motivatie kan juist in consultatie- of adviesgesprekken worden gewerkt.

### Integrale preventie in het kader van public health

Een tweede vorm van integrale preventie (in de betekenis van geheel) is dat niet alleen interventies gericht op het individu maar ook op de omgeving worden uitgevoerd. Deze gedachte staat centraal in public health. Wanneer je mensen tot gezonde eetgewoonten wilt aanzetten kun je hen individueel voorlichten over het vetgehalte van voedsel, maar je kunt ook kijken naar het aanbod in kantines van bedrijven en naar de relatieve prijzen van verschillende producten. Wanneer je (eenzame) mensen wilt aansporen tot assertief en sociaal gedrag kun je ook kijken naar laagdrempelige voorzieningen en mogelijkheden om dit gedrag in de praktijk te brengen etc. Kortom, de omgeving kan sterke prikkels bevatten om gezond en/of gewenst gedrag te stimuleren en ongewenst en/of ongezond gedrag te ontmoedigen. Ook kunnen in de omgeving specifieke risicofactoren voor een gezondheidsprobleem aanwezig zijn. Een plezierige, veilige woonomgeving verhoogt het welbevinden van mensen en zou daarmee een bijdrage aan preventie van depressie kunnen leveren. Integrale preventie kan dus ook betekenen dat tegelijk interventies gericht op individu en de omgeving worden ingezet. Dit zou tot de volgende omschrijving leiden:

*Integrale preventie staat voor het tegelijkertijd en in samenhang benaderen van alle relevante beleidsterreinen rond het voorkomen van depressie bij ouderen.*

Het belangrijkste argument voor deze vorm van integrale preventie is dat van deze aanpak een additioneel effect mag worden verwacht. Tot slot kan integrale preventie verwijzen naar een preventiebeleid waarbij beide vormen van integrale preventie worden gecombineerd: individu- en omgevingsgericht én een combinatie van vormen van preventie. Dat leidt tot de volgende omschrijving:

*Integrale preventie verwijst naar een samenhangende verzameling van (universele, selectieve en geïndiceerde) preventieve interventies gericht op individu én omgeving die worden geleverd door een netwerk van zorgaanbieders en andere diensten.*

Wij gaan bij de integrale aanpak depressiepreventie ouderen uit van de laatste definitie. Zo brengt de quick scan oplossingen brengt de mogelijkheden voor een gecombineerde preventieketen in kaart. De quick scan facetbeleid brengt de mogelijkheden voor interventies gericht op de omgeving in kaart.

Zulke vragen kan ook het gebruik van termen zoals wijkgericht werken en community-interventie opwerpen. Daarom lichten we hieronder deze begrippen nader toe.

## **Wijkgericht werken**

Wijkgericht werken verwijst naar een specifiek geografisch gebied (of wijk). Een voordeel van wijkgericht werken is dat je je richt op een afgebakend, hanteerbaar en goed in kaart te brengen gebied. Ook zijn veel actoren op lokaal niveau actief in een specifieke wijk (wijkagent, scholen, buurthuizen, maatschappelijk werk) en zijn er lokale netwerken waardoor een meer persoonlijke aanpak mogelijk wordt. Mensen identificeren zich mogelijk ook met de buurt waarin zij wonen. De integrale aanpak depressiepreventie ouderen hanteert in principe een wijkgerichte aanpak, maar kan zich ook goed richten op een combinatie van wijken.

## **Community-interventie**

Belangrijkste kenmerken van de community-interventie zijn doelgroep participatie, het combineren van interventies, omgevingsbeïnvloeding, het gebruiken van verschillende media en methoden, intersectorale samenwerking en aansluiting bij de lokale situatie (Van Assema & Willemsen, 1993). Hieronder worden deze elementen kort beschreven.

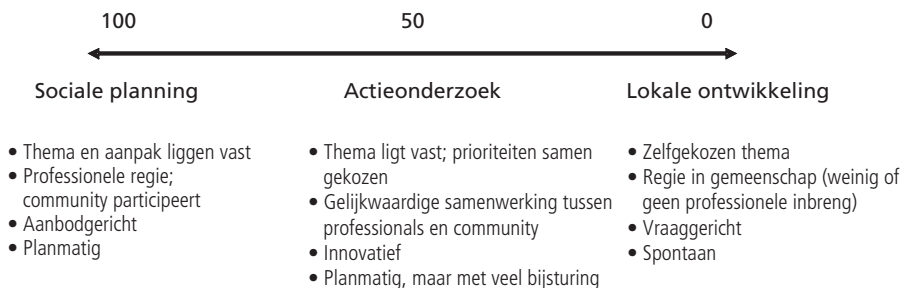
- *Multi-interventie-strategie.* Meerdere interventies gericht op verschillende determinanten van gezondheid worden in samenhang uitgevoerd. Dit wordt beschouwd als de meest effectieve strategie voor preventie en gezondheidsbevordering is (Bracht, 1990; Van Oers, 2002).
- *De beïnvloeding van de omgeving* kan een meer of minder belangrijke doelstelling van een communityproject zijn en onderdeel van de multi-interventie-strategie. Geprobeerd wordt om een sociale omgeving te creëren die het gewenste gedrag ondersteunt en om 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.
- *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 multimethodestrategie.* 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. Elke methode heeft dus een specifieke functie (aandacht trekken, vaardigheden aanleren) en gebruiksmogelijkheden.
- *Sociale netwerkstrategie.* Dit betreft een kenmerkende methode in de multimedia- en multimethodenstrategie. In communityprojecten wordt vaak geprobeerd om 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.
- *Doelgroepparticipatie.* Vertegenwoordigers van de doelgroep worden bij de planning en uitvoering van projecten betrokken. Door directe participatie zullen inwoners zich betrokken voelen bij het project, kan de in de gemeenschap aanwezige deskundigheid optimaal worden benut en kan het project goed worden afgestemd op de lokale situatie. De mate waarin dit gebeurt kan verschillen en is mede afhankelijk van de mate van professionele inbreng.
- *Aansluiten bij lokale situatie.* Een ander kenmerk van community-projecten is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de bestaande situatie. Bestaande activiteiten worden ondersteund en bij nieuwe initiatieven worden lokale deskundigheid en faciliteiten ingeschakeld.

## Mate van professionele inbreng in community-interventies (zie figuur)

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 te voren bepaald. Hoewel de doelgroep in het project participeert of er sprake kan zijn van behoefteonderzoek, voeren de professionals de regie. Recht ertegenover staat lokale ontwikkeling, waarbij een community zonder professionele inbreng een actie of activiteit (spontaan) onderneemt. Zoals wanneer bewoners van een straat gezamenlijk een lobby voeren voor verkeersdrempels in hun straat om de veiligheid te vergroten. De community voert zelf de regie. In het midden van de dimensie plaatsen we actieonderzoek.

**Figuur Dimensie professionele inbreng bij community-interventies**



De integrale aanpak depressiepreventie ouderen voldoet aan de meeste kenmerken van een community-interventie. Het definitieve actieplan wordt gekozen op basis van zowel de visie van professionals als de behoefte en wensen van de doelgroep. Het programma herbergt dus zowel kenmerken van een sociale planningsstrategie als van actieonderzoek.

## Participatie van ouderen

Hekking & Nijboer (2003) geven een overzicht van mogelijkheden voor participatie van ouderen bij gezondheidsbevorderingsprojecten. Participatie van ouderen kan worden gezien als voorwaarde voor preventie en gezondheidsbevordering. Keijsers & Vaandrager (2000) omschrijven participatie als 'het serieus nemen van de doelgroep en deze zeggenschap geven in het aanbod, de ontwikkeling en uitvoering van interventies'.

Pretty (1995) deelt participatie in naar zeven niveaus:

1. geen participatie;
2. passieve participatie;
3. participatie via informatie;
4. participatie via consultatie;
5. functionele participatie;
6. interactieve participatie;
7. zelfmobilisatie.

In deze indeling zijn drie niveaus van participatie te onderscheiden: meedoen (1,2,3), meewerken (4,5) en meebeslissen (6,7) (Hekking & Nijboer, 2003).

Op het niveau van *meedoen* beperkt de participatie zich tot een passieve inbreng. Je informeert de doelgroep over een gezondheidsprobleem en de mogelijkheden om daarmee om te gaan. Op het niveau van *meewerken* betrek je de doelgroep bij de uitvoering van het project, via consultatie of directe betrokkenheid bij de uitvoering van interventies of plannen.

Op het niveau van *meebeslissen* neemt de doelgroep actief deel aan de besluitvorming en ont-plooit ook zelf initiatieven.

Deze drie niveaus komen terug in de integrale aanpak depressiepreventie ouderen. Goede voorlichting en informatievoorziening zijn cruciale onderdelen van een integrale aanpak (niveau van meedoen). In de tweede fase worden ouderen systematisch gevraagd naar hun behoeften en ideeën over oplossingen (niveau van meewerken). Ook bevelen we aan ouderen uit te nodigen deel te nemen aan de verschillende werkgroepen. Tot slot nemen vertegenwoordigers van de ouderen deel aan de stuurgroep en projectgroep (niveau van meebeslissen).