

Handreiking

Ketenaanpak depressiepreventie bij chronische ziekte

- *Publicatieversie* -

Juli 2024

Colofon

Handreiking ketenaanpak depressiepreventie bij chronische ziekte

De ketenaanpak is ontwikkeld door PROOF Adviseurs ([klik hier](#)) in samenwerking met Ecorys ([klik hier](#)) in het kader van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie ([klik hier](#)) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Auteurs: Lianneke den Toom en Florian Theissen

Projectteam: Florian Theissen (projectleider), Laura Huntjens, Lucienne Berenschot, Jan Willem Botter, Lianneke den Toom, Renée Rijntjes, Berit Lindemann en Nada Temelkov

Voormalig projectteamleden Ilse Wesseling, Marieke Rorijs, Tessa Huis in 't Veld en Sophie Koolma

Datum: Juli 2024

In dit document zijn digitale links opgenomen naar andere websites en documenten. U kunt op deze hyperlinks klikken om naar de betreffende website te gaan.

Inhoud

1.	Inleiding.....	3
2.	De ketenaanpak.....	5
2.1.	De bouwstenen	5
2.2.	Toepassen van de bouwstenen.....	7
2.3.	De rollen van de ketenpartijen	8
2.4.	Toepassen van de rollen	9
3.	Opzetten van de ketensamenwerking.....	10
3.1.	Welke ketenpartijen zijn betrokken?.....	10
3.2.	Wie uit de ketenpartijen sluit aan?.....	11
3.3.	Wat vraagt het van de ketenpartijen?.....	11
3.4.	Het organiseren van de ketensamenwerking	11
4.	Hulpmiddelen voor het werken met de ketenaanpak.....	13
4.1.	De ketenanalyse	13
4.2.	Werken met persona's.....	16
4.3.	Workshop.....	16
5.	Totstandkoming ketenaanpak.....	17
	Bijlage 1: Praktijkervaringen pilots	
	o B1.1: Zorggroep Haringvliet	
	o B1.2: Niet Alleen ziek – Haarlemmermeer	
	o B1.3: Helen Dowling Instituut	
	Bijlage 2: Persona's in de ketenaanpak	
	Bijlage 3: Checklist, voorbeelden en invullijsten	

1. Inleiding

Deze handreiking ziet op het optimaliseren van de ketensamenwerking voor depressiepreventie bij chronische ziekte en is bedoeld voor alle ketenpartijen, formeel en informeel, die ondersteuning en hulpverlening geven aan mensen met een chronische ziekte en hun gezinsleden.

1.1. Mentale impact chronische ziekte

Ongeveer 9,9 miljoen mensen in Nederland hebben één of meerdere chronische aandoening(en).¹ Dit heeft niet alleen fysiek veel impact, maar ook mentaal. Een chronische ziekte heeft namelijk gevolgen op tal van leefgebieden. Te denken valt aan werk, gezin, voeding, beweging, medicijngebruik, (sociaal) netwerk en financiën. Veel chronisch zieken en hun gezinsleden kampen hierdoor met eenzaamheid, angst, laag zelfbeeld, onzekerheid en somberheid. Dit wordt soms ook nog versterkt door bijwerkingen van medicatie, weinig aandacht voor de mentale gezondheid door professionals, gebrek aan sociale steun doordat het vaak moeilijk is om te begrijpen welke impact de ziekte precies heeft.²



Door de hoge mentale belasting lopen mensen met een chronische ziekte een grotere kans op het verkrijgen van **depressieve klachten**. Het Trimbos-instituut schat dat 708.300 volwassenen met een chronische ziekte met een depressie kampen.³ Dit hoge aantal vraagt om een specifieke aanpak voor depressiepreventie bij chronische ziekte. Vanuit het Meerjarenprogramma Depressiepreventie ([klik hier](#)), ontwikkeld door het ministerie van VWS, zijn er verschillende ketenaanpakken ontwikkeld voor groepen die een groter risico op depressieve klachten lopen. Dit met het doel om substantiële afname van depressieve klachten te realiseren. Chronisch zieken en hun gezinsleden behoren tot één van de hoog-risicogroepen. In de ontwikkeling van deze ketenaanpak was er specifieke

¹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/trendscenario-update-2020/ziekten-aandoeningen>.

aandacht voor diabetespatiënten, kankerpatiënten, hartpatiënten en Long-Covid patiënten. De ketenaanpak is echter bedoeld voor het optimaliseren van ketensamenwerking bij alle chronische ziekte.

Naast chronisch zieken kunnen het ook juist de gezinsleden van de chronisch zieken zijn die depressieve klachten ontwikkelen door de ondersteuning die zij bieden aan de chronisch zieke. Deze handreiking richt zich bewust op ketensamenwerking depressiepreventie bij chronische ziekte, dus ook op de gezinsleden. De **Handreiking Depressiepreventie bij Mantelzorgers** ([klik hier](#)) bevat een ketenaanpak depressiepreventie voor diegenen die zorgen voor een naaste, zoals voor de gezinsleden van chronisch zieken.

1.2. Waarom een ketenaanpak?

Organisaties verrichten al veel inspanningen voor het ondersteunen van mensen met een chronische ziekte en hun gezinsleden. Toch blijkt er ruimte voor optimalisatie. Professionals en organisaties zijn zich namelijk soms nog onvoldoende bewust van de mentale gevolgen van een chronische ziekte en richten zich té vaak enkel op de fysieke klachten. Dit terwijl de vraag **'hoe gaat het nu écht met jou?'** het startpunt van de ondersteuning zou moeten zijn. Een vraag die niet alleen gaat over fysieke klachten, maar ook zeker vraagt naar de mentale gesteldheid.

Daarnaast blijkt er in de praktijk dat er veel onbekendheid en versnippering is van het ondersteuningsaanbod bij organisaties. Chronisch zieken en hun gezinsleden weten daarom té vaak niet waar ze terecht kunnen voor vragen en ondersteuning. Ze worden dan van het 'kastje naar de muur' gestuurd, waardoor er soms zelfs nog meer mentale druk ontstaat. Dit terwijl organisaties in de keten juist een belangrijke kunnen spelen bij het voorkomen, stabiliseren en herstellen van depressieve klachten door tijdig te signaleren en passende ondersteuning te bieden. Dit kan geen enkele organisatie alleen. Hiervoor is goede samenwerking nodig. Om handvatten

² Trimbos-instituut, Leven met een chronische ziekte handreiking voor coördinatoren en begeleiders: <https://www.trimbos.nl/docs/af0602-leven-met-een-chronische-ziekte-draaiboek.pdf>

³ Trimbos-instituut, Landelijke Monitor Depressie – derde peiling: trends tot en met 2021: <https://trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2052-landelijke-monitor-depressie/>

te geven voor het organiseren van deze samenwerking is deze **ketenaanpak** ontwikkeld.

Het werken met de ketenaanpak draagt bij aan realisatie van de volgende doelen:



Chronisch zieken en hun ondersteuningsbehoeften zijn beter in beeld.



In de (lokale) zorg- en welzijnsketen(s) is meer bewustzijn en aandacht voor de mentale gevolgen van een chronische ziekte voor de chronisch zieke zelf en hun gezinsleden.



Chronisch zieken en gezinsleden weten beter waar ze terecht kunnen voor vragen en ondersteuning.



(Lokale) ketenpartijen hebben meer inzicht in de doorverwijsmogelijkheden en het beschikbare ondersteuningsaanbod, waardoor een chronisch zieke gericht naar passende ondersteuning kan worden geleid.



(Lokale) ketenpartijen zijn zich bewust van hun positie, rol en verantwoordelijkheid in de samenwerking.



Er is nauw contact tussen ketenpartijen, waardoor er binnen de keten sneller geschakeld kan worden en er nog beter gebruik gemaakt wordt van elkaars kennis en expertise.

1.3. Doel van de handreiking

Het doel van deze handreiking is om te inspireren tot ketensamenwerking voor depressiepreventie bij chronische ziekte en concreet te maken hoe die samenwerking effectief(er) ingericht kan worden. De ketenaanpak is op zo'n manier ontwikkeld dat deze toegepast kan worden in elke lokale of regionale context. Het kan zowel in specifieke zorgpaden als bij een meer algemene en overkoepelende aanpak bij chronische ziekte. Hierbij wordt gebruik gemaakt van bestaande samenwerkingsstructuren en overleggen en van de bestaande kennis en expertise van de ketenpartijen. Het werken

met deze ketenaanpak vraagt dan ook niet iets compleet nieuws van de ketenpartijen. Het biedt een mogelijkheid om samenwerkingen te optimaliseren en te borgen dat depressiepreventie bij chronische ziekte een vaste plek krijgt in de samenwerking.



Ik ben Ineke en 57 jaar. Een half jaar geleden zijn er bij mij opnieuw uitzaaiingen gevonden van borstkanker. Ik ben daarom recent begonnen met palliatieve behandelingen. Naast dat ik last heb van de fysieke klachten door de

behandeling ben ik heel verdrietig. Ik zal mijn kleinkinderen niet meer op zien opgroeien. Ook voel ik me soms schuldig naar mijn partner Hans, omdat ik minder kan en steeds meer op hem leun. Deze emoties zou ik graag meer willen uiten aan mensen die ik er niet mee belast. Daarnaast zou ik graag meer ondersteuning ontvangen over hoe ik de impact van mijn ziekte bespreekbaar maak in mijn gezin en hoe ik zelf de regie kan blijven voeren over mijn ziekteproces.

De ketenaanpak depressiepreventie bij chronisch zieken is vanuit de bestuurskundige theorie ontworpen. Het vormt een denk- en doekader om ketensamenwerking te stimuleren en te faciliteren. Er is bewust voor gekozen om in deze handreiking het perspectief van samenwerking tussen ketenpartijen centraal te zetten en niet die van 'de werkvloer'. De handreiking zou hierdoor bestuurlijk en beleidsmatig kunnen overkomen, en voelen alsof er afstand is van de dagelijkse praktijk. De concepten in deze handreiking zijn echter zo ingericht dat de ketenpartijen deze zelf gemakkelijk praktisch werkbaar en hanteerbaar kunnen maken in de dagelijkse praktijk. De ketenaanpak kent dan ook dynamische en flexibele elementen en is geen blauwdruk van vaststaande stappen die in heel Nederland op dezelfde manier toegepast moeten worden. Bij het toepassen van de ketenaanpak nodigen we expliciet uit: gebruik eigen taal, prioriteer de concepten en pas deze toe op een manier die past bij de eigen context.

1.4. Leeswijzer

De ketenaanpak is in **drie pilots** een jaar lang getoetst. De ervaringen die door het projectteam zijn opgedaan in de pilots en de lessen die wij daar hebben geleerd, zijn zoveel mogelijk verwerkt in deze aanpak. De profielen van personen in deze handreiking zijn fictief, maar gebaseerd op gesprekken die wij hebben gehad met chronisch zieken en hun gezinsleden. In de bijlage zijn de uitgebreide profielen van de persona's te lezen.

De handreiking is als volgt opgebouwd.

Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 3	Hoofdstuk 4	Hoofdstuk 5
De ketenaanpak: bouwstenen & rollen	Opzetten van de keten-samenwerking	Hulpmiddelen voor het werken met de ketenaanpak	Totstandkoming van deze ketenaanpak

Daarnaast heeft de handreiking drie bijlagen. **Bijlage 1** bevat de praktijkervaringen van de pilots. **Bijlage 2** omvat de persona's van chronisch zieken voor samenwerking in regionale/lokale ketenaanpak. **Bijlage 3** bevat de checklists, voorbeelden en invullijsten om aan de slag te gaan met de ketenaanpak.

2. De ketenaanpak

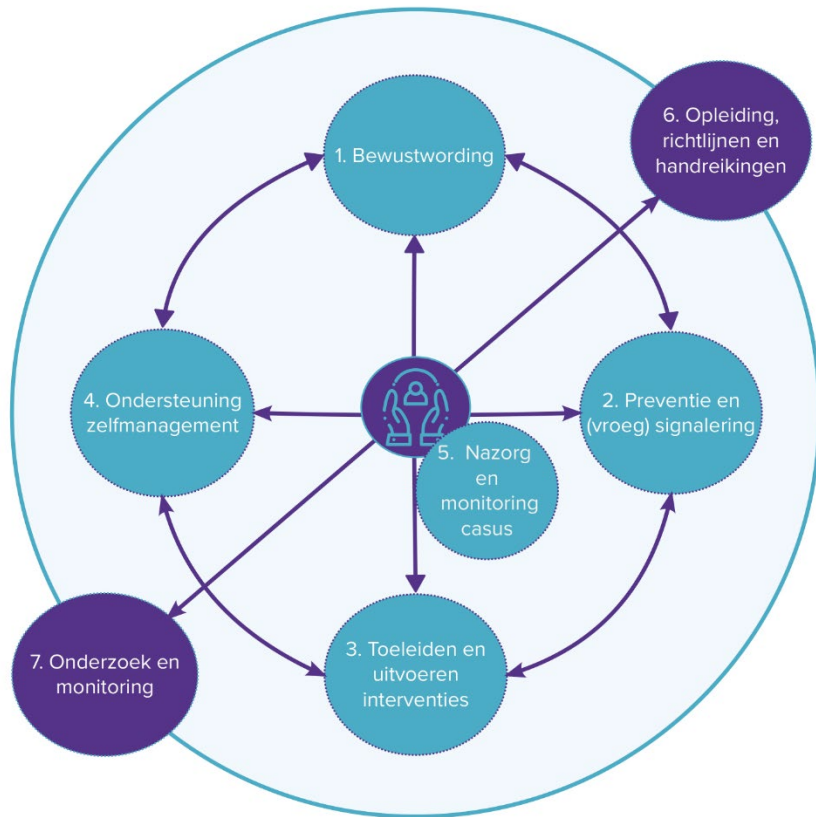
De ketenaanpak bestaat uit zeven inhoudelijke bouwstenen en zes procesmatige rollen die vertaald kunnen worden naar de eigen context. Wanneer er in de ketensamenwerking aandacht is voor alle bouwstenen en rollen is er een sluitende keten. Dit betekent echter niet alle bouwstenen en rollen gelijk vervuld hoeven te worden. Het zetten van een kleine stap door de ketenpartijen kan al een groot verschil maken in de ondersteuning van chronisch zieken.

2.1. De bouwstenen

De ketenaanpak bestaat uit zeven bouwstenen. Een bouwsteen is een specifiek inhoudelijk element die aandacht vraagt van de ketenpartijen om chronisch zieken en hun gezinsleden zo goed mogelijk te ondersteunen. De bouwstenen geven handvatten aan de ketenpartijen om op gestructureerde te kijken hoe de huidige samenwerking is georganiseerd en wat het ondersteuningsaanbod is. Dit maakt ook inzichtelijk of de ondersteuning voldoet aan de vraag van een chronisch zieken en waar er ruimte is voor optimalisatie. Elke bouwsteen vraagt om een vertaalslag naar de eigen context.

De zeven bouwstenen zijn sterk onderling sterk met elkaar verbonden. Toch hebben ze elk een eigen opgave en verdienen daarom afzonderlijke aandacht. De ene bouwsteen kan hierbij wel al verder ontwikkeld zijn dan de ander. Er is daarnaast geen vaste volgorde of richting tussen de bouwstenen. Elke situatie van een chronische zieken is uniek en kent een ander proces en andere behoeften.

Op de volgende pagina is de ketenaanpak in beeld gebracht en worden de opgave van elke bouwsteen toegelicht. De eerste vijf bouwstenen zijn van toepassing op de ondersteuning van de chronisch zieke en diens gezinsleden. Bouwstenen 6 en 7 richten zich op de optimalisatie van de ketensamenwerking zelf.



Ketenpartijen zijn zich bewust van de mentale gevolgen van een chronische ziekte en maken de chronisch zieke en diens omgeving hier ook bewust.

Ketenpartijen hebben de kennis en vaardigheden om te kunnen zien wanneer de mentale gesteldheid van chronisch zieken onder druk staat en weten wat zij kunnen doen om depressieve klachten te voorkomen.



Ketenpartijen kunnen chronisch zieken toeleiden naar passende interventies om overbelasting en depressieve klachten te verlichten en te stabiliseren.

Ketenpartijen geven chronisch zieken en hun gezinsleden handvatten om te zorgen dat zij zelf regie kunnen houden op de ondersteuning die zij nodig hebben. Chronisch zieken weten vaak zelf het beste waar zij behoefte aan hebben.



Ketenpartijen dienen te monitoren wat het effect is van het gebruikte ondersteuningsaanbod door de chronisch zieke en diens gezin. Indien het nog niet het gewenste effect heeft moet de chronisch zieken (opnieuw) worden toegeleid naar passende(re) ondersteuning.

6. Opleiding, richtlijnen en handreikingen

Ketenpartijen vertalen de gemaakte afspraken in de ketensamenwerking naar hun eigen werkwijzen, richtlijnen en handreikingen. Dit voorkomt dat afspraken enkel tussen personen blijven en deze niet in de vergetelheid raken. Tegengestelde werkwijzen, richtlijnen en handreikingen komen hierdoor ook aan het licht.

Ketenpartijen onderzoeken regelmatig wat de behoeften en vraag van de chronisch zieken zijn en of hieraan wordt voldaan in de ketensamenwerking. Ook is het belangrijk om te monitoren of de doelen van de ketensamenwerking worden behaald, zodat deze waar nodig bijgesteld kunnen worden.

7. Onderzoek en monitoring

2.2. Toepassen van de bouwstenen

Voor het gebruiken van de zeven bouwstenen is het nodig om een vertaalslag te maken naar de eigen context en behoeften van de ketenpartijen en chronisch zieken. Dit kan aan de hand van drie stappen die voor elke bouwsteen apart worden doorlopen. In bijlage 3.3 is een invulformat opgenomen om de stappen te doorlopen.

Bepaal in **Stap 1 Doel** gezamenlijk voor elke bouwsteen het doel. Dit kan één doel zijn, maar meerdere doelen zijn ook mogelijk.

Inventariseer in **Stap 2 Aanbod** de instrumenten die de ketenpartijen in de bouwsteen aanbieden en bekijk gezamenlijk of dit aanbod toereikend is voor de vraag en behoeften van de chronisch zieken en diens gezin. Bekijk hierbij specifiek of er voldoende ervaringsdeskundigheid in het aanbod aanwezig is. Uitkomst van de inventarisatie kan zijn dat het wenselijk is om nieuwe instrumenten (door) te ontwikkelen. In bijlage 3.2 zijn voor elke bouwsteen voorbeelden opgenomen van generieke instrumenten.

Zoom in **Stap 3 Samenwerking** in op de samenwerkingsrelaties in de bouwsteen. Dit kan door de volgende te beantwoorden:

- Welke ketenpartijen spelen een rol in de bouwsteen en het behalen van het doel? Kennen deze ketenpartijen elkaar en hoe verloopt de samenwerking tussen de partijen?
- Wat is de werkwijze van de afzonderlijke ketenpartijen in deze bouwsteen en is dit toereikend?
- Welke ketenpartijen zijn nu nog onvoldoende betrokken in de bouwsteen en bij het behalen van het doel? Hoe kan de samenwerking met deze ketenpartijen worden versterkt?



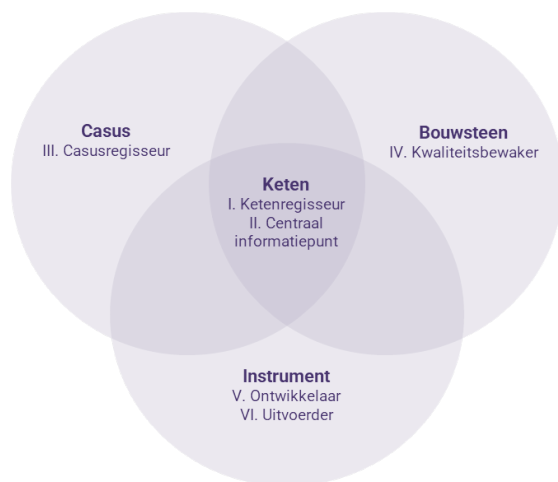
2.3. De rollen van de ketenpartijen

Om goed te kunnen samenwerken is het belangrijk dat taken en verantwoordelijkheden helder en duidelijk zijn belegd. In deze ketensamenwerking zijn hiervoor zes rollen ontwikkeld. Deze rollen zijn uitdrukkelijk geen aparte functies die voltijd inzet vragen van mensen en organisaties. Het zijn rollen die geïncorporeerd kunnen worden in huidige functies.

De zes rollen kunnen worden belegd bij verschillende of bij dezelfde ketenpartijen. Wanneer een rol is vervuld betekent dit niet dat er geen taken meer liggen bij andere ketenpartijen. Een ketensamenwerking is namelijk alleen succesvol als alle ketenpartijen 'mede-eigenaarschap' tonen. De partijen zijn dan ook gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van goede ketensamenwerking en het behalen van de eigen doelen.

De zes rollen in deze aanpak zijn belegd op vier verschillende niveaus: de keten, de casus, de bouwsteen en het instrument. Het onderscheid tussen deze niveaus maakt voor zowel ketenpartijen als chronisch zieken duidelijk wie waarover het overzicht heeft en wie zij dus kunnen benaderen voor vragen. Alle rollen zijn gelijkwaardig aan elkaar.

- I. **Ketenregisseur (ketenniveau):** De ketenregisseur richt zich op het functioneren van de keten als geheel en activeert de ketenpartijen om samen te werken. De ketenregisseur heeft een verbindende en coördinerende rol. Dit betekent dat diegene het eerste aanspreekpunt is voor alle ketenpartijen en het initiatief neemt voor de bijeenkomsten (zie hoofdstuk 3). Het zijn van ketenregisseur betekent niet dat deze



persoon ook verantwoordelijk is voor het uitvoeren van alle handelingen in de aanpak. Dit is namelijk vaak belegd bij de andere rollen.

- II. **Centraal informatiepunt (ketenniveau):** Het centrale informatiepunt is voor zowel de ketenpartijen als de chronisch zieken en hun gezinsleden het punt met alle informatie over het ondersteuningsaanbod. Dit betekent dat alle ketenpartijen informatie over de instrumenten die zij aanbieden (inclusief wijzigingen) doorgeven aan het informatiepunt. Het informatiepunt verzamelt de informatie en zorgt voor overzicht.

Gemeenten kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de totstandkoming van een werkende ketenaanpak voor depressiepreventie bij chronische ziekte. Iemand met een chronische ziekte wordt namelijk vaak ondersteund door mantelzorgers door zijn of haar omgeving. Vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) hebben gemeenten de taak om de ondersteuning van mantelzorgers te bevorderen. Daarnaast zijn gemeente vaak opdrachtgevers in het sociaal domein en hebben het overzicht op de sociale kaart. Vanuit deze positie kunnen andere ketenpartijen gemeenten wijzen op hun rol in de keten.

- III. **Casusregisseur (casusniveau):** De casusregisseur zorgt vanuit de behoefte van een individuele chronisch zieke voor passende ondersteuning door de betrokken ketenpartijen. Op het moment dat een chronisch zieke zichtbaar wordt, wordt een casusregisseur verantwoordelijk voor de casus. Ook na (voorlopige) uitstroom is er een casusregisseur die (tijdelijk) een vinger aan de pols houdt om vroegtijdig te signaleren of er extra behoefte is aan ondersteuning. De intensiteit van deze rol is afhankelijk van de situatie van een chronisch zieke. Het contact kan bijvoorbeeld variëren van eens per week tot eens per zes maanden.
- IV. **Kwaliteitsbewaker (bouwsteenniveau):** De kwaliteitsbewaker onderzoekt per bouwsteen of de instrumenten aansluiten op de behoefte van de chronisch zieken en borgt daarmee de kwaliteit van het aanbod. Elke bouwsteen kent een kwaliteitsbewaker.

- V. **Ontwikkelaar (instrument niveau):** Elk instrument kent een ontwikkelaar. Deze landelijke, regionale of lokale ontwikkelaar is verantwoordelijk voor het (door)ontwikkelen van een instrument.
- VI. **Uitvoerder (instrument niveau):** Elk instrument kent natuurlijk ook een partij die het instrument uitvoert. Vaak is dit dezelfde partij als de ontwikkelaar. De uitvoerder geeft aan het centrale informatiepunt en andere ketenpartijen door wanneer de uitvoering, van bijvoorbeeld lotgenotenavonden, plaatsvindt.

2.4. Toepassen van de rollen

Voor alle zes de rollen is niet van tevoren bepaald bij welke organisatie welke rol dient te liggen. Dit is namelijk afhankelijk van de eigen context van de ketensamenwerking. Op basis van de pilots hebben we wel de volgende handvatten voor het toepassen van de rollen:



**Keten-
regisseur:**

Deze persoon/organisatie heeft goed contact met alle partijen en heeft vanuit een helicopterview overzicht over de gehele keten. Uit de pilots blijkt dat verschillende soorten organisaties deze rol op kunnen pakken. Te denken valt aan een gemeente, een door een gemeente aangewezen welzijnsorganisatie, een zorggroep, een gespecialiseerde GGZ-instelling of een organisatie voor palliatieve zorg.



**Centraal
informatie-
punt**

Deze persoon/organisatie ontvangt van alle andere ketenpartijen informatie over hun aanbod. Uit de pilots blijkt dat verschillende organisaties deze rol kunnen oppakken. Soms is dit eenzelfde organisatie als de ketenregisseur, soms niet. Als een zorgorganisatie de ketenregisseur is, kan bijvoorbeeld een welzijnsorganisatie het centrale informatiepunt zijn.



**Casus-
regisseur**

Deze persoon ondersteunt de chronisch zieke en diens gezin door de gewenste ondersteuning af te stemmen en te coördineren. De casusregisseur is daarmee ook het eerste aanspreekpunt voor de chronisch zieke en diens gezin. Deze rol kan in samenspraak met de chronisch zieke in een casus worden overgedragen aan een ander persoon, zodat de chronisch ziekte zelf de regie blijft houden. Gedacht kan

worden aan een maatschappelijk werker, diëtist en praktijkondersteuner.



**Kwaliteits-
bewaker**

Deze persoon/organisatie is inhoudelijk op de hoogte van de opgave van de bouwsteen en kan vanuit deze inhoudelijke expertise in de gaten houden of het totale ondersteuningsaanbod in een bouwsteen voldoet aan de wensen en behoeften van chronisch zieken en of er iets moet worden (door)ontwikkeld. Ook monitort de kwaliteitsbewaker of de acties van die bouwsteen worden uitgevoerd. Gedacht kan worden aan een GGZ-organisatie, welzijnsorganisatie of zorgorganisatie.



**Ontwikkelaar
en
uitvoerder**

Deze rollen zijn automatisch belegd bij een instrument. Er is altijd een organisatie die het instrument heeft ontwikkeld of uitvoert. Belangrijk is dat de ketenpartijen op de hoogte zijn wie dit zijn, zodat signalen over de passendheid van een instrument doorgegeven kunnen worden aan de ontwikkelaar en zodat chronisch zieken kunnen worden doorverwezen naar de uitvoerder.

3. Opzetten van de ketensamenwerking

De ketenaanpak is in elke samenwerking bij chronische ziekte toepasbaar. Wel is belangrijk om de scope af te bakenen, zodat de ketensamenwerking niet te groot wordt en het daardoor moeilijk wordt om resultaten te behalen. Belangrijk is daarom om keuzes te maken over:

Scope:	Wat is de juiste scope van de ketenaanpak (geografisch gebied of functioneel)?
Focus:	Is een focus op een specifieke groep chronisch zieken gewenst, zoals kanker-, diabetes of hartpatiënten, mensen met Long COVID of juist op gehele gezinnen waarin iemand chronisch ziek is?
Aansluiting:	Zijn er bestaande initiatieven en overlegstructuren om bij aan te sluiten?
Partijen:	Met welke partijen willen we samenwerken in deze aanpak?
Ketenregisseur:	Wie neemt de rol van ketenregisseur op zich (zie 2.3 en 2.4)

Het maken van keuzes in de ketensamenwerking gaat niet om het creëren van schotten. Het gaat om het aanbrenge van focus waardoor de samenwerking behapbaar en uitvoerbaar blijft. Er zijn vaak verschillende ketensamenwerkingen in de zorg- en welzijnketen. Het is belangrijk om de verbinding tussen de ketens te maken en om aansluiting in de ketens te vinden.



Ik ben Yvonne, 30 jaar en woon samen met mijn vriend. Anderhalf jaar geleden kreeg ik de diagnose diabetes type 1. Deze diagnose kwam voor mij en mijn vriend als een

opluchting na maanden slecht in mijn vel te hebben gezeten. Ik merk nu echter pas hoe veel impact de diabetes

op mijn leven heeft. Ik kan minder spontaan activiteiten ondernemen en voel mij vaak niet begrepen door mijn vrienden. Ik raak hierdoor minder gemotiveerd en heb hierdoor sinds enkele maanden last van hypo's. Daarnaast ben ik angstig over mijn toekomst. Kan mijn kinderwens in vervulling gaan en hoe gaan mijn klachten zich ontwikkelen?

3.1. Welke ketenpartijen zijn betrokken?

Alle organisaties die zowel direct als indirect contact hebben met chronisch zieken kunnen deelnemen aan de ketenaanpak. Het type en de omvang van de organisatie maken niet uit. Er kunnen ook sleutelpersonen deelnemen, los van een gehele organisatie. Denk bijvoorbeeld aan een huisarts, POH GGZ en POH somatiek, sociaal werker, geestelijk verzorger, verpleegkundige, (kinder)psycholoog en medisch specialist. Welke organisaties en sleutelfiguren dit zijn is mede afhankelijk van de doelgroep (chronische ziekte in kwestie), geografische scope en zorgpad. In bijlage 3 is een lijst opgenomen met mogelijke organisaties en sleutelpersonen die deel kunnen nemen.

Naast organisaties is het natuurlijk ook van belang om **chronisch zieken** zelf actief in de keten te betrekken. Ervaringsdeskundigen kunnen als sleutelpersoon structureel in de ketensamenwerking worden betrokken. Het vertalen van ervaringsverhalen en/of klantreizen naar persona's (zie 3.3) helpt om vanuit het perspectief van een chronisch zieke verbeteringen in de ketensamenwerking aan het licht te brengen.

3.2. Wie uit de ketenpartijen sluit aan?

Om met de ketenaanpak te werken is het belangrijk dat ketenpartijen elkaar ontmoeten. Dit kan in (bestaande) overleggen. De personen die deelnemen aan de bijeenkomsten zijn de vertegenwoordigers van de betreffende ketenpartij. Deze vertegenwoordigers kunnen het beste tactische functies in hun organisatie vervullen. Dit zijn coördinerende, aansturende en (beleids-)adviserende functies. Deze functies vormen in hun organisatie de schakel tussen bestuur (strategie) en de werkvloer (operationeel). Het tactisch niveau kan gemakkelijk gezamenlijk het organisatie-overstijgende perspectief ontwikkelen. Het operationele niveau (werkvloer) moet daarbij wel betrokken blijven, om genoeg aansluiting te behouden. De werkvloer heeft namelijk vaak het meest directe contact met de doelgroep en vangt daardoor veel signalen op.

3.3. Wat vraagt het van de ketenpartijen?



Het ondersteunen van chronisch zieken is vaak al een taak van de ketenpartijen. Het werken met de ketenaanpak belegt dan ook inhoudelijk

⁴ Gezond en Actief Leven Akkoord en Integraal Zorgakkoord.

geen extra taken bij de ketenpartijen. Het maakt de taken expliciet. Bovendien kan de ketenaanpak zorgen voor takenverlichting, doordat door betere samenwerking de **werkdruk lichter** maakt. Het werken met de ketenaanpak past dan ook **binnen de huidige taken** van de meeste ketenpartijen. Vanuit GALA-of IZA-akkoorden is er mogelijkheid om financiering verkrijgen door te werken met deze aanpak.⁴

Het werken met de ketenaanpak en het vervullen van de rollen vraagt wel iets nieuws van de ketenpartijen. Partijen moeten elkaar en elkaars werkwijze leren kennen. Ook kost het doorvoeren van veranderingen vaak tijd. De ervaring uit de pilots is dan ook dat er **commitment** van elke ketenpartij nodig is om te investeren in de samenwerking. Dit commitment voorkomt ook dat er (te) veel wisselingen van ketenpartijen plaatsvinden. Dit heeft vaak negatieve impact op de duurzaamheid van de ketensamenwerking. Voordat een ketenpartij zich verbindt aan de ketenaanpak is het handig om een eerlijk gesprek te voeren over wat de inzet en bijdrage van de ketenpartij zal zijn.

Vooraf is het moeilijk in te schatten hoeveel tijd het kost om in een zorgpad, gemeente of regio met de ketenaanpak te gaan werken. Dit is namelijk sterk afhankelijk van de mate waarin er al wordt samengewerkt. Vooral in de beginperiode is het belangrijk om voldoende tijd beschikbaar te stellen om de ketenaanpak goed te laten landen om zo de partijen te laten integreren in de eigen werkwijze en de keten en rollen goed in beeld te krijgen. Het werken in een ketenaanpak niet iets is wat 'af' is of komt. Ondersteuning van chronisch zieken is voortdurend nodig. Ketensamenwerking is dus een continue manier van werken die blijvend om inzet vraagt. Hierbij benadrukken we nogmaals dat het maken van kleine stappen al grote impact kan hebben.

3.4. Het organiseren van de ketensamenwerking

Om met de ketenaanpak te gaan werken is het belangrijk om elkaar te ontmoeten. De ketenregisseur neemt het initiatief voor deze bijeenkomsten. Dit kunnen zelfstandige bijeenkomsten zijn, maar deze kunnen ook worden geïncorporeerd in bestaande overlegstructuren.

Wanneer er een volledig nieuwe structuur wordt opgezet werkt het vaak het beste om via het eigen netwerk ketenpartijen en sleutelpersonen uit te nodigen. Vraag vooral ook weer aan deze partijen wie er nog meer bij de ketensamenwerking aangesloten moeten worden. Zo ontstaat er een kettingreactie. Voor de eerste bijeenkomsten hoeven nog niet alle gewenste ketenpartijen en sleutelpersonen aan te sluiten. Het is vooral belangrijk om de eerste stap te zetten. In praktijk blijkt dat het prettigst werkt om eens per twee maanden samen te komen in een bijeenkomst van 1,5 tot 2 uur.

Tijdens de bijeenkomsten staat de ketensamenwerking centraal. Hiernaast is ter inspiratie een lijst opgenomen met onderwerpen die tijdens de bijeenkomsten besproken kunnen worden. Hoe de bijeenkomsten worden ingevuld is aan de ketenpartijen zelf. Zo kan er bijvoorbeeld in er bijvoorbeeld per bijeenkomst een andere bouwsteen centraal worden gesteld. Ook kan ervoor worden gekozen om ruimte te geven aan het bespreken van eigen casuïstiek, specifieke thema's of kunnen externe deskundige worden uitgenodigd.

Door het bespreken van de bouwstenen en rollen zal blijken waar kansen en verbeterpunten liggen. Zet deze tijdens de bijeenkomsten om in acties en **prioriteer** deze. Begin met de acties die gemakkelijk en snel uit te voeren zijn en verdeel grote acties onder in sub-acties. Op deze manier worden acties behapbaar en uitvoerbaar. Vergeet na afloop van de bijeenkomst niet om actiepunten naar de deelnemers te sturen. Dit helpt om commitment en overzicht te waarborgen en kan uiteraard roulerend worden opgepakt. De ketenregisseur houdt tussen de bijeenkomsten door vinger aan de pols over de gemaakte afspraken en acties.

Kennis- making

Maak uitbreid kennis met elkaar en bespreek wat jouw organisatie doet voor chronisch zieken en welke positie de organisatie in het zorglandschap inneemt. Maak hierbij evt. gebruik van de ketenanalyse (4.1.) en wissel contactgegevens met elkaar uit.

Algemene doelen	Bespreek met elkaar wat je bereiken met de ketensamenwerking in de komende jaren? Formuleer hiervoor bijvoorbeeld concrete (SMART) doelstellingen.
Terugblik	Deel met elkaar welke ontwikkelingen er sinds de vorige keer hebben plaatsgevonden en hoe het uitvoeren van de acties is verlopen? Welke successen kunnen we vieren en waar kunnen we nog meer op inzetten?
Bouwstenen	Focus op één of twee bouwstenen per overleg en doorloop de drie stappen uit hoofdstuk 2. Maak concrete afspraken en acties over jullie bevindingen.
Rollen	Beleg de rollen uit hoofdstuk 2, bespreek verwachtingen over deze rollen naar elkaar uit en reflecteer regelmatig
Reflectie	Reflecteer op je eigen rol in de samenwerking: wat kan jezelf bijdrage aan het versterken van de samenwerking 1) richting chronisch zieken en hun naasten, 2) richting de ketenpartijen, en 3) richting je collega's.
Evaluatie	Evalueer eens per jaar de samenwerking aan de hand van de opgestelde doelen. Onderzoek of de ketensamenwerking voldoet aan de behoeften van chronisch zieken, of de juiste ketenpartijen en sleutelpersonen nog deelnemen en of er nog voldoende commitment is. Gebruik hiervoor bouwsteen 7.

4. Hulpmiddelen voor het werken met de ketenaanpak

4.1. De ketenanalyse

Elkaar kennen is een belangrijke randvoorwaarde voor een goed werkende keten. Daarom is het belangrijk dat ketenpartijen van elkaar weten wie ze zijn en wat ze doen. Een ketenanalyse maakt duidelijk welke ketenpartijen structureel betrokken zijn bij de zorg voor de doelgroep, welke samenwerking al bestaat en waar de partners die willen versterken.

Om de kennismaking, ketenpartijen en samenwerking concreter in kaart te brengen kan een **ketenanalyse** uitgevoerd worden, zodat de ketenpartijen nog beter van elkaar weten wie ze zijn en wat ze doen. Een ketenanalyse geeft inzicht in de samenstelling van de keten, welke samenwerking al bestaat en waar de partners die willen versterken.

Een ketenanalyse is een hulpmiddel om de actuele situatie in kaart te brengen. De grafische weergave van de keten geeft overzicht, legt successen en hiaten bloot en kan worden gebruikt voor follow-up van ontwikkelingen in de keten. Organisaties in het bredere netwerk die relevant kunnen zijn in specifieke gevallen maar niet structureel bij de zorg en begeleiding van de doelgroep betrokken zijn, vormen geen onderdeel van de keten. Het is wel van belang deze organisaties in beeld te hebben om hen te betrekken waar nuttig en nodig.

Input ketenanalyse

Tijdens de eerste bijeenkomst presenteren alle ketenpartijen zich aan elkaar. Zo krijgt iedere organisatie de kans om zijn betrokkenheid bij en aanbod voor chronisch zieken in te brengen. De ketenregisseur informeert alle organisaties vooraf welke informatie daarbij aan bod komt en hoeveel tijd er beschikbaar is voor de presentatie (bijvoorbeeld max. 10 minuten). Na iedere presentatie kunnen de overige ketenpartijen vragen stellen. In feite gaat het om een gestructureerde kennismakingsronde. Het is belangrijk dat iemand daarbij notuleert.

De volgende informatie is belangrijk voor de ketenanalyse:

- Contact met chronisch zieken

- Op welke manier heeft de organisatie te maken met chronisch zieken?
- Om hoeveel chronisch zieken gaat het?
- Hoe vaak/intensief is er contact met chronisch zieken?

- Aanbod voor chronisch zieken

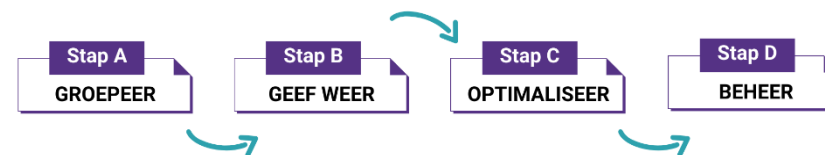
- Wat doet de organisatie voor de mentale gezondheid bij chronische ziekte (signaleren, informeren, monitoren, ondersteunen, doorverwijzen, anders)?
- Hoe doet de organisatie dat (welke activiteiten)?
- Hoe is het aanbod gefinancierd (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor, eigen bijdrage mantelzorgers, vrijwilligerswerk, anders)?

- Samenwerking in de keten

- Met welke andere ketenpartijen werkt de organisatie samen in zorg en ondersteuning bij chronische ziekte? Waaruit bestaat de samenwerking?
- Met welke andere organisaties is samenwerking gewenst?

Visuele weergave ketenanalyse

Voor de grafische uitwerking van de ketenanalyse worden bestaande richtlijnen als uitgangspunt genomen. Als die niet voorhanden zijn, worden de partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van de ketenaanpak in kaart gebracht. Bij de ketenanalyse worden de volgende stappen gevolgd:



Stap A

GROEPEER

Maak een indeling van verschillende categorieën van organisaties. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: eerstelijns en tweedelijns medische zorg, paramedische zorg, welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, Wmo ondersteuning, etc. Maak de groepen organisaties herkenbaar naar type, bijvoorbeeld door ze dezelfde kleur te geven.

Stap B

GEEF WEER

Geef op basis van de opgehaalde informatie bestaande samenwerkingsrelaties tussen ketenpartijen grafisch weer. Met welke zorgverleners heeft de chronisch zieke te maken (volgens de richtlijnen en in de praktijk)? Wie speelt een centrale rol in de organisatie van zorg? Welke ondersteuning is vanuit het maatschappelijk domein beschikbaar voor chronisch zieken en hun naasten? Hoe werken de ketenpartners samen, rondom de chronisch zieke en het systeem van naasten daaromheen?

Geef ook de organisaties uit het bredere netwerk weer, die ketenpartijen belangrijk vinden om mee samen te werken. Organisaties die een structurele rol hebben bij zorg voor de doelgroep, worden benaderd om als ketenpartij deel te nemen. Andere partijen die relevant zijn bij specifieke ondersteuningsvragen, in regelgeving of als kennisorganisatie, hoeven niet als ketenpartij maar deel te nemen. Het is wel van belang dat ketenpartijen hen in beeld hebben.

Stap C

OPTIMALISEER

Inventariseer samen met de ketenpartijen waar een goed lopende werkvorm is ontwikkeld om aandacht en ondersteuning voor mentale gezondheid en depressiepreventie voor chronisch zieken en hun naasten

te borgen, en waar het noodzakelijk is om de samenwerking te verbeteren. Gebruik hiervoor de bouwstenen zoals beschreven in hoofdstuk 2.

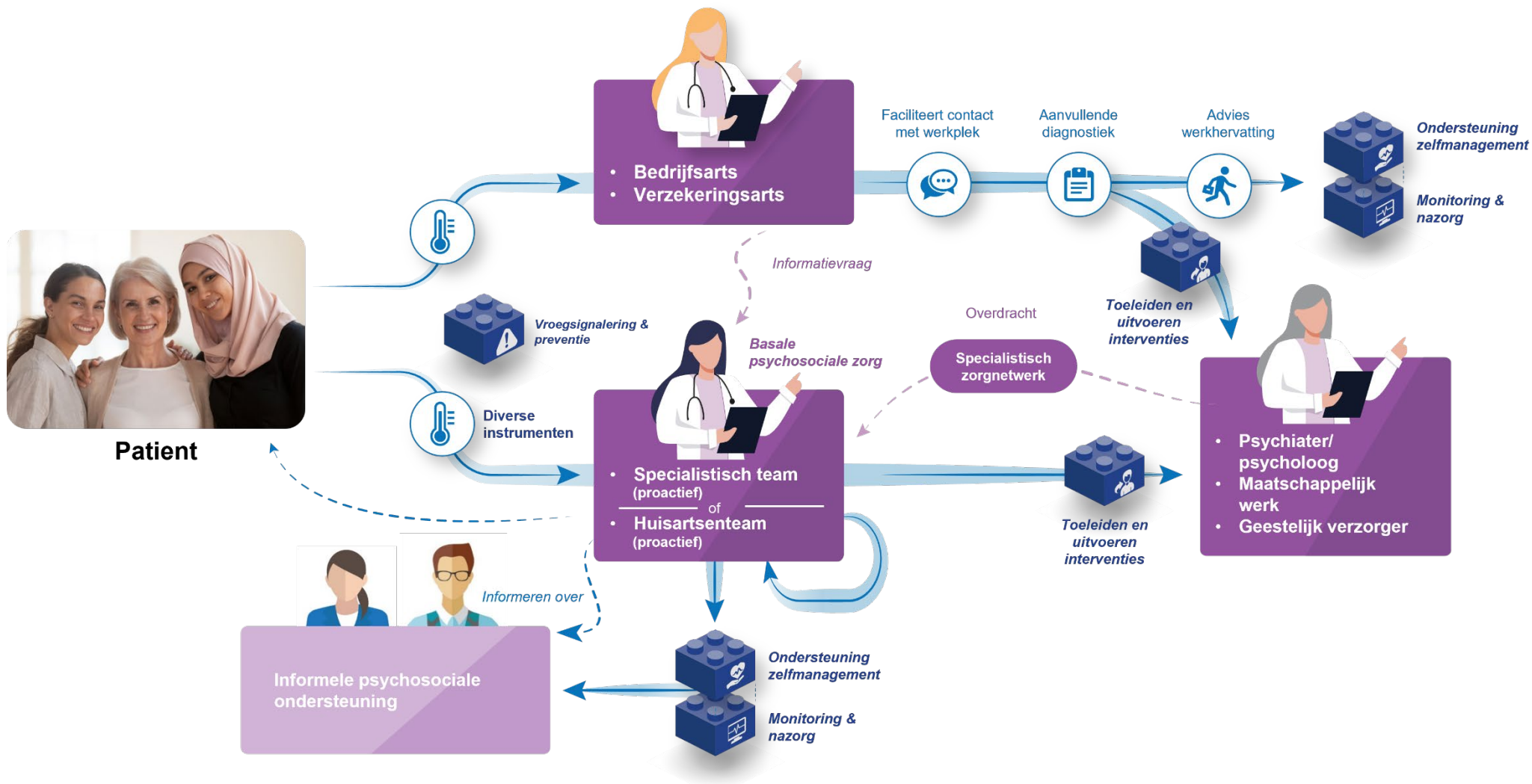
Vormen van samenwerking die ketenpartijen een goed voorbeeld vinden van ondersteuning en depressiepreventie bij chronisch zieken en hun naasten, worden gemarkeerd als **good practice**. Samenwerking, instrumentarium, kennis of bewustzijn die missen maar volgens de ketenpartijen wel nodig is, worden gemarkeerd als **verbeterpunten**.

Stap D

BEHEER

Nadat een eerste ketenanalyse in kaart is gebracht, is het belangrijk om deze te valideren met betrokken ketenpartners. Wanneer de ketenpartijen zich herkennen in de analyse is het tijd voor het beheer. Tijdens de ontwikkeling van een ketenaanpak zullen er veranderingen optreden. Zo kunnen nieuwe ketenpartijen aansluiten, terwijl andere organisaties mogelijk afhaken. Tegelijkertijd kunnen nieuwe samenwerkingsrelaties ontstaan of kan de bestaande samenwerking beter worden georganiseerd. Door ketenanalyse te beheren en periodiek te updaten, worden verbeteringen die zijn geïmplementeerd en gewenste veranderingen die zijn geïdentificeerd in de ketenaanpak, inzichtelijk gemaakt. Omdat het ontwikkelen van een ketensamenwerking tijd kost, is het belangrijk om de vooruitgang die is geboekt van tijd tot tijd in kaart te brengen. Dat voorkomt dat partijen de indruk hebben dat er alleen maar wordt gepraat zonder dat er iets gebeurt. Ook kleine stappen zijn vooruitgang!

De figuur op de volgende pagina is een voorbeeld van een ketenanalyse.



4.2. Werken met persona's

Een persona is een gedetailleerde beschrijving van een **fictief persoon** uit de doelgroep. In dit geval chronisch zieken, zoals kanker-, diabetes- of hartpatiënten of mensen met Long COVID.

Een persona is gebaseerd op informatie uit **klantreizen van ervaringsdeskundigen** en **bredere kennis** van de doelgroep uit de literatuur. Klantreizen kunnen worden verzameld in diepte-interviews. Spreek in deze interviews met chronisch zieken over de 'reis' die zij hebben afgelegd, hun behoeften en verlangens, hun zoektocht naar informatie, angsten en frustraties waar zij mee kampen en de ondersteuning die zij waardevol vonden of juist misten. Persona's zijn daarmee **levensechte profielen** die de doelgroepen 'tot leven' brengen.

Persona's kunnen worden ingezet om de dienstverlening beter af te stemmen op de **vraag van de doelgroep** en zo het perspectief van de patiënt en zijn/haar naasten centraal te zetten. Persona's bieden handvatten om te bepalen welke communicatiestrategieën passend zijn om een specifieke doelgroep te bereiken, en om te kijken of hun ondersteuningsvragen adequaat worden bediend in de keten. Ook kan het format van een persona worden gebruikt om in de praktijk casuïstiek te bespreken en voor realisatie van overdracht.

Persona's zijn een krachtig hulpmiddel om de patiënt en zijn/haar naasten centraal te stellen bij de ontwikkeling van de ketenaanpak. Goede persona's roepen veel herkenning op bij professionals, en verleggen de discussie van procedurele naar inhoudelijke behoeften en hoe daarop in te spelen. De kwantitatieve informatie over de omvang van de doelgroep en hun mentale gezondheidsproblematiek is behulpzaam om het gevoel van urgentie te vergroten. Zo motiveren persona's de ontwikkeling van een ketenaanpak waarin de behoeften van patiënten en hun familie daadwerkelijk centraal staan. Dat werkt als katalysator voor inzet en betrokkenheid van professionals en bestuurders: zij willen immers niets liever dan mensen steunen die dat echt nodig hebben.



Ik ben Frits en 45 jaar, getrouwd en heb een zoon van vijf jaar. Mijn vrouw heeft meerdere chronische ziekten en zij is niet in staat om te werken. Ik ga altijd met mijn vrouw mee met naar afspraken met medisch specialisten. Het zorgen voor goede afstemming kost mij veel energie. Ik kreeg veel stress en op mijn werk was er helaas weinig begrip voor mijn thuissituatie. Ik ben daardoor in een burn-out beland. Nu ga ik regelmatig naar een psycholoog die mij begeleidt. Met hem praat ik ook over de onzekere toekomst en over onze onvervulde kinderwens. We hadden graag meer kinderen gewild, maar onze onzekere toekomst weerhoudt ons hiervan. Ik zal steeds meer mantelzorgtaken op mij moeten gaan nemen en zal uiteindelijk ik weduwnaar worden. Dit stemt mij verdrietig.

Frits is één van de ontwikkelde persona's in deze ketenaanpak. In **bijlage 2** zijn de persona's opgenomen die in de pilots voor de ketenaanpak depressiepreventie bij chronisch zieken zijn opgesteld.

4.3. Workshop

Om de ketenaanpak beter te doorleven en om te oefenen en aanvullende handvatten te krijgen voor de rol van ketenregisseur **is de workshop "Ketenaanpak Depressiepreventie bij Chronisch Ziekte" ontwikkeld** . In de workshop staat het toepassen van de ketenaanpak in de eigen zorgpad, gemeente of regio centraal. De deelnemers beleven met elkaar kansen en valkuilen in de huidige ketensamenwerking voor depressiepreventie bij chronisch zieken. Uitkomst van de workshop is een actiegerichte analyse van kansen en verbeterpunten. Daarnaast geeft de workshop tools voor het creëren van gezamenlijk eigenaarschap, het activeren van ketenpartijen en het stroomlijnen van de ketensamenwerking. Idealiter wordt de workshop gevolgd door ketenpartijen die zelf gezamenlijk aan de slag gaan met de ketenaanpak. Meer informatie over de workshop is vindbaar via [deze link](#).

5. Totstandkoming ketenaanpak

De ketenaanpak en deze handreiking zijn ontwikkeld door PROOF Adviseurs en Ecorys in opdracht van het ministerie van VWS.

PROOF Adviseurs ([klik hier](#)) is een organisatieadviesbureau dat gespecialiseerd is in samenwerking in de publieke sector. Zij adviseren, faciliteren, begeleiden en ondersteunen samenwerking vanuit maatschappelijke opgaven. PROOF Adviseurs doet bijzonder veel projecten voor samenwerking in het sociaal domein.

Ecorys ([klik hier](#)) is een internationaal onderzoeks- en adviesbureau dat zich richt op de maatschappelijke uitdagingen van morgen. Zij helpen publieke en private klanten bij het maken en uitvoeren van beslissingen die leiden tot een betere samenleving.

Begin 2021 is het projectteam begonnen met het ontwikkelen van de ketenaanpak. Het Nederlandse zorglandschap is in beeld gebracht met behulp van een documentenstudie en door interviews met relevante landelijke en lokale stakeholders. Daarnaast is er in samenwerking met het Trimbos-instituut een **group concept mapping** uitgevoerd met chronisch zieken en landelijke en lokale ketenpartijen. In de group concept mapping is onder de deelnemers geïnventariseerd wanneer de ketenaanpak succesvol is. De volgende vier clusters waren hierbij volgens de deelnemers het meeste van belang 1) patiënt centraal, 2) ruimte voor de patiënt, 3) positieve (mentale) gezondheid en 4) communicatie patiënt-zorgprofessional. Deze vier clusters zijn verwerkt in de ketenaanpak.

In drie pilots is de concept ketenaanpak een jaar lang getoetst in:

- **Depressiepreventie bij diabetespatiënten bij Zorggroep Haringvliet** (werkgroep van huisartsen, praktijkondersteuners en assistenten op de eilanden Goeree-Overflakkee en Voorne-Putten).
- **“Niet Alleen Ziek”**, een programma gericht op (depressiepreventie bij) ouderschap en chronische ziekte in de **gemeente Haarlemmermeer** waarbij samengewerkt is met **Stichting BMP** (Bevordering Maatschappelijke Participatie).
- **Depressiepreventie bij borstkankerpatiënten bij het Helen Dowling Instituut.**

De ervaringen uit deze pilots zijn verwerkt in deze handreiking en de bijgevoegde praktijkervaringen.

Voor de totstandkoming van deze aanpak zijn er ook drie **landelijke bijeenkomsten** georganiseerd. Het doel hiervan was om landelijk draagvlak te creëren voor de ketenaanpak. Daarnaast bood het de mogelijkheid aan het projectteam om informatie op te halen bij organisaties en sleutelpersonen die niet direct in de pilots zijn betrokken waren.

In het kader van de totstandkoming van de landelijke ketenaanpak depressiepreventie bij chronische ziekte is een social return (SRI) project uitgevoerd. De Business Club Rotterdam ([klik hier](#)) heeft drie personen met een chronische ziekte en afstand tot de arbeidsmarkt begeleid om hen te helpen de afstand tot de arbeidsmarkt te verkleinen. Het project is succesvol afgerond.

In de ontwikkeling van de ketenaanpak is het projectteam bijgestaan door een **regiegroep**. De plannen en de aanpak zijn aan deze regiegroep voorgelegd en door hen van feedback voorzien. Aan de regiegroep namen deel: **ministerie van VWS, beroepsvereniging Verzorgenden & Verpleegkundigen, C-Support, Federatie Medisch Specialisten, Harteraad, Helen Dowling Instituut, Stichting Bevordering Maatschappelijke Participatie (Niet Alleen Ziek), Trimbos-instituut en Zorggroep Haringvliet**. De **Nederlandse federatie kankerpatiënten, Diabetesvereniging Nederland** en **Onzehuisartsen** waren agenda-lid van de regiegroep.

Bijlage 1.1 Praktijkervaring Helen Dowling Instituut (HDI)

Looptijd pilot: Juni 2023 – April 2024

Ketenregisseur: HDI

Centraal informatiepunt: Nader te bepalen

Ketenpartijen: Projectleider en een programmanager van HDI; een lid van de Cliëntenraad HDI; Fysiotherapeut van Fysiopraktijk Bergstraat; een verpleegkundige van de mamapoli Diakonessenhuis; een zelfstandige GGZ Therapeut; een directeur van IPSO Viore; POH-GGZ van Huisartsenpraktijk Hoflaan; ondersteuningsconsulent Meander MC, internist-oncoloog Meander MC; een verpleegkundige van Care for Cancer; een medisch psycholoog st. Antonius ziekenhuis; een huisarts van Huisartsenpraktijk Kockengen; directeur van Borstkanker vereniging Nederland; een internist-oncoloog van Alexander Monroe ziekenhuis; een verpleegkundig specialist mamapoli van het Tergooi ziekenhuis; een klinisch psycholoogpsychotherapeut van Psychotherapie Zeist; een bedrijfsarts van Procompany bedrijfsgezondheidszorg.



Het startpunt

De wens om aan de pilot mee te doen komt voort uit het feit dat alle deelnemers bewust zijn van het belang van depressiepreventie en aandacht voor mentale gezondheid bij borstkankerpatiënten. Vanaf het moment van diagnose ligt de eerste focus bijna altijd op het medische en lichamelijke vlak terwijl het mentale aspect van het worden (en zijn) van **borstkankerpatiënt** zeer relevant maar vaak nog **onderbelicht** is.

Daarnaast wordt door de deelnemers **urgentie** gevoeld vanwege de lange en oplopende wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Daarom is van belang dat bekend is wat tijdens de wachttijd al gedaan kan worden, om zodoende borstkankerpatiënten (beter) te faciliteren op het gebied van mentale ondersteuning ter voorkoming van depressies of depressieve klachten en het zoeken van en begeleiden naar de juiste (mentale) zorg.



De ketenpartijen

Voor deze pilotgroep hebben we bewust gezocht naar een **regio-overstijgende** groep, waarbij we hebben geprobeerd partijen aan te laten haken die zich bevinden in de hele **zorgketen** waarmee borstkankerpatiënten te maken krijgen. Dit komt onder andere door de **bovenregionale** rol die HDI speelt als gespecialiseerde instelling voor psychologische zorg gericht op kankerpatiënten. We zijn blij dat het is gelukt om zoveel verschillende disciplines bij elkaar te krijgen.

Aan de ene kant is dit goed bevallen, juist vanwege de verschillende invalshoeken en de rijkdom aan expertise. Aan de andere kant heeft de grotere **geografische spreiding** tussen de verschillende partijen ervoor gezorgd dat het zoeken naar praktische verbindingen tussen de verschillende pilotdeelnemers en het identificeren van logische concrete acties een uitdaging was. Door de bovenregionale focus van de groep merkten we dat de gesprekken vooral gingen over landelijke en overstijgende problematiek waarvoor binnen de regionale keten niet eenvoudig (kleine) praktische oplossingen voor te bieden waren. Dit omvat onder andere het ontbreken van een vast aanspreekpunt in de eerste lijn en de vaak moeizame overdracht van ziekenhuis naar eerste lijn.

Ook moeten we denken aan de grote **versnippering** in het zorglandschap en de bijbehorende complexiteit van de **bekostigingssystematiek** van zorg.

Tijdens de besprekingen zijn we daarom actief aan de slag gegaan met het inventariseren van verschillende verbetergebieden binnen de **regionale keten** (aan de hand van het model/de bouwstenen uit de ketenaanpak). Vanuit deze verschillende gebieden hebben we geprioriteerd welke concrete verbeteracties een grote impact zouden kunnen hebben op verbeteringen binnen de keten en dus voor de patiënt. Meer overstijgende verbeterpunten zijn hiermee wel verzameld maar bewust geparkeerd.

De samenstelling van de pilotgroep heeft ons geleerd dat het aanbeveling verdient om, voordat een pilotgroep wordt samengesteld, goed na te denken over de wenselijke 'afstand' tussen de deelnemers, zowel geografisch als qua werkvloer. Onze ervaring is dat de samenstelling van de groep mede bepalend is voor het type verbeteringen dat je met elkaar formuleert (**landelijk**, regionaal of lokaal), maar ook voor de invloed die je als groep hebt op die gewenste verbeteringen (landelijk beleid en/of eigen praktijk). Achteraf gezien was het misschien verstandig geweest om de pilot te laten aansluiten op één oncologisch zorgnetwerk in de regio. Op die manier is een blijvend resultaat makkelijker te borgen.

Toepassen van de ketenaanpak

Naar onze ervaring sloot de ketenaanpak niet goed aan bij de belevingswereld van de zorgverleners die bij de pilotgroep betrokken waren. We hebben gemerkt dat het soms lastig is om de verschillende bouwstenen goed van elkaar te onderscheiden. Tijdens onze discussies hebben we ontdekt dat sommige bouwstenen elkaar overlappen en dat het in de praktijk niet altijd duidelijk is hoe ze zich tot elkaar verhouden. Ook hebben we vastgesteld dat het voor onze pilotgroep voldoende was om tijdens de eerste twee sessies stil te staan bij de verschillende bouwstenen, waarna de wens ontstond om meer praktische invulling te geven aan de bijeenkomsten om daadwerkelijk tot actie te kunnen komen. In de volgende sessies hebben we deze verbeteracties geprioriteerd op basis van (1) haalbaarheid en (2) potentiële positieve impact op de samenwerking en dus op de patiënt. Hieruit zijn drie verbeterpunten (**verwijskaart, Learning Community en nacontrole/screening**) naar voren gekomen, die in latere sessies uitgebreider met de groep zijn uitgewerkt.

Het onderscheiden van de verschillende bouwstenen heeft ons geholpen om gedwongen stil te staan bij de verschillende facetten binnen de keten, zodat we tot een sluitende keten konden komen in de mentale zorg voor borstkankerpatiënten. De bouwstenen hebben als een kapstok gediend om de verbetergebieden en concrete **verbeteracties** die door de pilotgroep zijn verzameld te identificeren en ermee aan de slag te gaan.

Hoewel de netwerkanalyse is opgesteld, is hier binnen deze pilotgroep niet concreet mee gewerkt. Ook hebben de beschreven rollen in de ketenaanpak geen expliciete plaats gekregen binnen onze bijeenkomsten. Tijdens onze bijeenkomsten bleek dat het conceptuele karakter van de ketenaanpak, en de verschillende conceptuele modellen daarbinnen, tot verwarring leidde. De bouwstenen vormen meer een conceptueel model of handvat om de ketensamenwerking te analyseren. De vraag is of je echt van een aanpak kunt spreken, of eerder van een conceptueel model om de ketensamenwerking te bekijken of te **evalueren**.

Daarom hebben we in deze pilot, door onze ervaringen met het model en ons voortschrijdend inzicht, ervoor gekozen om het model niet zozeer te toetsen aan de praktijk, maar juist om vanuit de in de praktijk **gesignaleerde knelpunten** te zoeken naar haalbare verbeteringen (bijvoorbeeld een verwijskaart) die potentieel kunnen bijdragen aan het verbeteren van de ketensamenwerking, los van de bouwstenen van het model.



Bewustwording

Vroegsignalering
en preventie

Toeleiden en
uitvoeren
interventies

Ondersteuning
zelfmanagement

Nazorg en
monitoring casus



Inzichten

Binnen de pilotgroep hebben wij ervaren dat het conceptuele denken over ketensamenwerking in de praktijk niet altijd goed aansloot op de ervaringen van de deelnemers aan onze pilot. Naar de mening van de pilotgroep werkt het makkelijker als de afbakening van de bouwstenen wat scherper is. Ook leidt het af als er te veel conceptuele modellen naast elkaar worden gebruikt.

Ketensamenwerking op zichzelf is al complex, en het conceptuele denken met bouwstenen, rollen, een netwerkanalyse en de verhouding tussen al die elementen maken het niet eenvoudiger. In onze ervaring faciliteert het conceptuele denken over en de complexiteit van de conceptuele modellen over ketensamenwerking niet per se de ketenpartijen om tot concrete acties te komen voor de dagelijkse praktijk. Wij hebben dit opgelost door lossier om te gaan met de conceptuele modellen en vooral te focussen op het zoeken, vinden en concretiseren van **actiepunten** op verschillende **verbetergebieden**. Hiermee hebben we mooie stappen gezet richting concrete resultaten. Het is nu de uitdaging om de behaalde resultaten verder uit te werken en te borgen, en daarover duidelijke afspraken te maken met de pilotdeelnemers.




Vijf tips

1. **Overwegingen bij groepssamenstelling en focus:** denk bewust na over de samenstelling van de groep en of de focus ligt op lokaal, regionaal of bovenregionaal. Het één is niet beter dan het ander, maar de keuze heeft gevolgen voor de uitkomsten en de te bereiken resultaten.
2. **Samenstelling van de pilotgroep:** idealiter bestaat een pilotgroep per deelnemende organisatie uit een zorgverlener met kennis van de praktijk in combinatie met een persoon op beleidsniveau met mandaat of uit een zorgverlener met mandaat/directe invloed op beleid.
3. **Aansluiting vinden bij bestaande netwerken:** het is waardevol aansluiting te vinden op een passend bestaand netwerk om behaalde (tussen)resultaten te kunnen borgen.
4. **Concrete actiepunten en prioritering:** zorg ervoor dat het belang van concrete actiepunten voldoende naar voren komt tijdens de bijeenkomsten, dat deze worden geprioriteerd en verder worden uitgewerkt.
5. **Flexibiliteit in sessievolgorde:** probeer, als de situatie daarom vraagt, flexibel om te gaan met de volgorde/invulling van de sessies om zodoende sneller de verschillende bouwstenen te kunnen behandelen. Dit levert mogelijk tijdswinst op om specifieke verbeterpunten verder uit te diepen.

Bijlage 1.2 Praktijkervaring “Niet alleen ziek” in gemeente Haarlemmermeer


Looptijd pilot:	Januari 2023 – December 2023
Ketenregisseur:	MeerWaarde wil samen met Mantelzorg en Meer de deelnemers bijeenroepen om plannen te maken om de aanbevelingen uit de pilot verder te realiseren.
Centraal informatiepunt:	MeerWaarde
Ketenpartijen:	Adamas, Altra/iHUB, Hospice Bardo, Stichting CAV, Eigen Kracht Centrale, Gemeente Haarlemmermeer, Home Start MeerWaarde, Mantelzorg en Meer, Prezens, Questio, Zorggroep Haarlemmermeer. Onder begeleiding van Stichting BMP samen met PROOF Adviseurs en Ecorys.

Het startpunt



In Nederland leven zo'n acht miljoen mensen met een chronische ziekte. Veel van deze mensen zijn ouders en dat heeft grote **impact** op het gehele gezin. In de praktijk is in de zorg- en welzijnssectoren te weinig aandacht voor ouderschap bij chronische ziekte. Stichting BMP vraagt in het project Niet Alleen Ziek al langer aandacht voor de stilte die er binnen en om gezinnen heerst als het gaat over het thema langdurige ziekte en ouderschap. Om de samenwerking tussen formele en informele zorg rond dit thema op regionaal niveau te bevorderen zijn BMP, PROOF Adviseurs/Ecorys en diverse regionale spelers samen de pilot gestart. Een belangrijke speler in de regio is Adamas, een centrum voor leven met kanker dat meer ziekte overstijgend wil gaan werken. We zagen met elkaar een kans voor wederzijdse versterking door samen op te trekken binnen de ontwikkeling van de ketenaanpak Depressiepreventie bij chronisch zieken. De combinatie van ouderschap met ziekte zorgt namelijk voor een groter risico op het ontwikkelen van mentale klachten en mogelijk depressie. Hierdoor werd Niet alleen ziek ook een pilot binnen de ontwikkeling van de ketenaanpak depressiepreventie bij chronische ziekte.

De ketenpartijen



In het project Niet alleen ziek hebben we gewerkt met drie verschillende groepen: de programmacommissie, de regionale ontwikkelgroep en landelijke ambitiegroep. Elke groep bestond uit andere deelnemers en kende een eigen doel. In de programmacommissie stond ervaringsdeskundigheid centraal. Deze groep had inhoudelijk de lead binnen de pilot. In deze groep deelden ouders en praters in een veilige setting hun verhalen over de impact van de ziekte op henzelf en op de verschillende gezinsleden. Ook ontwikkelden zij ideeën voor programma's en interventies ter ondersteuning van ouders en gezinnen in de Haarlemmermeer.

De **regionale ontwikkelgroep** bestond uit professionals van diverse welzijns- en zorgorganisaties en van de gemeente Haarlemmermeer. Aan deze groep deden ook enkele vrijwilligers met coördinatietaken mee. De ontwikkelgroep bracht in beeld wat er al aan initiatieven is in de Haarlemmermeer en bedacht wat er nodig is om aanvullend hierop de ideeën van de programma in praktijk te brengen. Daarbij is ook uitdrukkelijk gekeken naar rollen en functies. Daarnaast bestond er een **landelijke ambitiegroep** met vertegenwoordigers van landelijke organisaties zoals op het gebied van patiëntenbelangen, mantelzorg, opvoeden, jeugdgezondheidszorg en een aantal deskundigen. Taak van deze groep was om mee te denken hoe de voorstellen uit de regio landelijk en naar nadere regio's vertaald kunnen worden. In de gezamenlijke slotconferentie van de pilot kwamen de mensen van de verschillende groepen en andere betrokkenen bijeen. Tijdens deze conferentie die begon met

de verhalen van een aantal ervaringsdeskundigen zijn de drie hoofd aanbevelingen uit de pilot besproken en gewogen en is gekeken wie welke rol in een veervlog traject op zich wilde nemen.

Toepassen van de ketenaanpak

De ervaringsdeskundigen in de programmacommissie brachten persoonlijke verhalen in. Op basis hiervan zijn drie persona's gemaakt, die onder meer gebruikt zijn in brainstromsessies van de regionale ontwikkelgroep. In de ontwikkelgroep hebben gewerkt aan een denkbeeldige website, waarop de vragen van ouders, de sociale kaart van de regio en allerlei andere informatie te vinden moest zijn. Aan de hand hiervan kon goed in kaart worden gebracht wat er aan ondersteuning in de regio ontbreekt en welke partijen daarvoor met elkaar kunnen/moeten samenwerken. Waar kunnen de ketenpartijen betere verbindingen maken of rollen anders invullen?

De bouwstenen en rollen uit de ketenaanpak zijn daarbij gebruikt om met elkaar te reflecteren en om nieuwe handelingsperspectieven te creëren om de keten te versterken. Daarbij koos de groep er voor om eigen benamingen te gebruiken. Zo heet de casus-regisseur in deze pilot bijvoorbeeld "gezins-assistent".

In de pilot was bewustwording een belangrijke bouwsteen. Pas als zorgverleners, opvoedondersteuners en andere professionals zich ervan bewust zijn hoe zeer een langdurige ziekte van een ouder doorwerkt in een gezin kunnen zij de juiste vragen stellen en met hun ondersteuning en zorg aansluiten bij de behoeften van de verschillende gezinsleden.

Op het gebied van vroegsignalering en preventie is nog een hoop winst te behalen is een van de conclusies van de pilot. Als er meteen bij een diagnose in een ziekenhuis wordt gevraagd of iemand ook kinderen heeft kan er direct gekeken worden welke aanvullende informatie en mogelijke verwijzingen belangrijk zijn. Zo is het ook belangrijk om bij contacten met ouders in de welzijnssector te vragen naar eventuele ziekte binnen het gezin. Op dit punt is nog veel te ontwikkelen aan trainingen en passend materiaal

Tijdens de bijeenkomsten zagen we dat er in de regio al het nodige gebeurt, maar dat het overzicht voor velen ontbreekt. De gemeente de gemeente is bezig de **sociale kaart** te vernieuwen de beoogde website over ouderschap en langdurige ziekte kan hier mooi bij aanhaken.

Ouders gaven aan dat de ziekte gevolgen heeft voor alle levensgebieden: gezondheid, gezinsleven, inkomen, wonen, zingeving, opvoeden, ouderschap, partnerrelatie. Hierover overzicht houden, vraagt veel energie. Energie die ouders liever aan de kinderen willen besteden. Een overzichtelijke website én een gezinsondersteuner om mee te sparren en die taken uit handen kan nemen zouden in een grote behoefte voorzien. Additioneel aan het programma van de pilot heeft stichting BMP met enkele ouders een fotoparticipatie traject gedaan, omdat beelden soms meer zeggen dan duizend woorden. Ouders brachten situaties uit hun leven middels foto's in beeld. Dit heeft geleid tot een reizende huiskamertoonstelling en laagdrempelige gesprekskaarten heeft geleid die door vrijwilligers en professionals gebruikt kunnen worden in groeps gesprekken.

Voor de nazorg en monitoring van bepaalde casussen is een belangrijke rol weggelegd voor de eerder genoemde **gezins-assistent** (casusregisseur). Deze persoon fungeert als aanspreekpunt en ondersteuner voor het gehele gezin en blijft in de buurt, ook als er een periode geen vragen zijn. De rol van gezinsassistent kan door verschillende professionals en (getrainde) vrijwilligers vervuld worden. Het gaat niet per se om een nieuwe functie. De regie blijft bij het gezin zelf liggen.

Inzichten

Belangrijke inzichten zijn onder meer dat chronische ziekte van een ouder altijd impact heeft op het zelfbeeld van ouders en op de manier waarop zij hun rol kunnen vervullen. Hierdoor is er niet alleen een risico voor de mentale gezondheid van de zieke zelf, maar ook de partner en de kinderen. Daarom is het belangrijk dat de ketensamenwerking erop gericht is het gezin te ondersteunen. Dat betekent



Bewustwording

Vroegsignalering en preventie

Toeleiden en uitvoeren interventies

Ondersteuning zelfmanagement

Nazorg en monitoring casus



ook dat de zorgketen en de welzijnsketen op elkaar moeten aansluiten. Een welzijnspartij die een opdracht van de gemeente heeft kan hierbij de rollen van ketenregisseur, centraal informatiepunt en werkgever van (een groot aantal) gezinsassistenten zijn. Maar die organisatie heeft ook *counterparts* nodig in de zorgketen. Hierbij spelen ook informele partijen een belangrijke rol. Een partij als Adamas is goed in staat om een centrale ketenrol te spelen voor gezinnen, waarbij een ouder kanker heeft. Van die ervaring kan voor andere chronische ziektes worden geleerd. De ketensamenwerking zou verder geen onderscheid moeten maken tussen verschillende chronische ziektes. De vergelijkbaarheid van de ervaring staat centraal. We zien in zorg- en welzijnswerelden heel veel initiatieven die elkaar overlappen. Wanneer deze overlap zichtbaar is en partijen de intentie hebben om elkaar te versterken, kan er iets heel moois ontstaan. Ook wordt drukte bij veelal dezelfde partijen hiermee voorkomen.

In de samenwerking vonden we het belangrijk om **vraaggericht** te werken. De persona's die voor de pilot zijn ontworpen hielpen hierbij. Het werken met een écht verhaal zorgt voor empathie en dat mensen in actie komen. Ook hebben we chronisch zieken actief betrokken bij datgene wat door de ketenpartijen is bedacht. Zo is bijvoorbeeld het idee om de nieuwe website te laten bouwen door een chronisch zieke.

In de ketenaanpak werkten we met concrete instrumenten die op een complete manier invulling geven aan ketensamenwerking. Deze manier van werken zorgde voor reflectie bij ons. We dachten na over wat onze eigen organisatie nu precies doet voor chronisch zieken. We zagen ook dat de ketenaanpak **ziekteoverstijgend** werkt de instrumenten die er zijn kunnen mensen met verschillende ziektes helpen. Zeker ook kleinere en onbekendere ziektes kunnen meeliften met de aanpak. Wat ten goede kwam in de samenwerking was onze focus op **positieve gezondheid**. Hierdoor namen we alle leefgebieden mee van alle gezinsleden.

Naast de inhoudelijke instrumenten was het denken in rollen behulpzaam. Op deze manier wordt duidelijk inzichtelijk gemaakt waar schakels precies lopen en hoe het versterkt kan worden. Om dit echt te veranderen is tijd nodig. We misten bijvoorbeeld in de keten het ziekenhuis en huisartsen (POH's gaven wel aan terug te koppelen naar de huisartsenpraktijk). We hebben verschillende gesprekken met hen gevoerd, maar binnen een jaar lukte het niet om hen aan te laten sluiten. Hier is **meer tijd** voor nodig. Het was ook een uitdaging om datgene uit de ketenaanpak goed te laten landen in de eigen ketenpartijen. Het is belangrijk om de ketenpartijen niet te overweldigen, maar om scherp te **prioriteren** en stapje voor stapje veranderingen aan te brengen.

De pilot vond plaats op schaal van de gemeente Haarlemmermeer. Veel van de welzijnspartijen hebben hier een opdracht of subsidie, maar werken ook in andere gemeenten in de regio. Voor zorgpartijen en informele partijen geldt soms een andere schaal. Door de verschillende schakels en lijnen ontstaan voor de ketenpartijen soms obstakels. Sommige kunnen niet door de samenwerking worden weggenomen, maar zijn inherent aan het huidige systeem. Ons inzicht was wel, dat we niet op systeemverandering moeten wachten, maar ook nu moeten doen, wat nu kan.

Vijf tips



1. **Houd het simpel:** richt niet te veel overleggen en/of loketten in. Toegankelijke informatievoorziening en ondersteuning is voor zowel een chronisch zieke, diens omgeving en professionals van groot belang.
2. **Denk vanuit het gezin:** het handelen vanuit de wensen en behoeften zorgt voor betere ondersteuning. Denk van onderaf en verplaats je in het gezin.
3. **Neem de tijd:** een goede samenwerking van de grond krijgen, vraagt om een investering. Een jaar geeft goed de mogelijkheid om een start te maar gaat ook heel snel voorbij
4. **Kijk wat er is:** ga niet onnodige nieuwe initiatieven of ondersteuningsaanbod creëren. Versterk wat er is voorkom versnippering.
5. **Gebruik IZA en GALA:** beide landelijke akkoorden bieden kansen en kunnen een goede boost geven aan het opzetten van de samenwerking.

Bijlage 1.3 Praktijkervaring Zorggroep Haringvliet

Goeree-Overflakkee en Voorne-Putten

Looptijd pilot: September 2022 – Juli 2023

Ketenregisseur: Zorggroep Haringvliet

Centraal informatiepunt: Zorggroep Haringvliet

Ketenpartijen: Zorggroep Haringvliet, Huisartsenpraktijk Westplaat, Huisartsenpraktijk J.A. Kooij, Huisartsenpraktijk Groenenboom, Van Weel Bethesda Ziekenhuis, Diëtistenpraktijk, ProVie-and, Medisch Centrum de Weght, Huisartsenpraktijk Nieuwenhoorn, Stichting ZIJN en Weeda van den Berg fysiopraktijken. De volgende disciplines waren betrokken bij de pilot Huisarts, POH GGZ, POH, kaderhuisarts DM, internist, diëtist en leefstijlcoach, adviseur Welzijn, fysiotherapeut, diabetes verpleegkundige, projectmanager.

Het startpunt

Zorggroep Haringvliet en zijn ketenpartners werken al enige tijd met ketenzorg voor **diabetespatiënten**. In enkele concrete casussen bleken patiënten veel last te hebben van hun mentale gezondheid, in een enkel geval zelfs met drastische gevolgen. De ketenpartijen hadden het gemeenschappelijke doel om mee te werken aan de ontwikkeling van een ketenaanpak voor de vroegtijdige herkenning van depressie bij patiënten met diabetes. Het uitgangspunt was om de bestaande praktijk binnen de Zorggroep te vergelijken met de concept-ketenaanpak die door het projectteam was ontworpen op basis van de eerdere fase. De deelnemers brachten informatie in over de bestaande praktijk en gaven feedback op de concept-ketenaanpak.

Aan het begin van de pilot werd duidelijk dat **1 op de 6 diabetespatiënten** depressieve klachten krijgt. Deze patiënten zijn niet allemaal in beeld. Deze bewustwording van de deelnemers aan de werkgroep helpt bij het eerder herkennen van deze groep patiënten.

De ketenpartijen

In het **zorgprogramma diabetes** werken huisartsen, praktijkondersteuners, praktijkassistenten, diëtisten, internisten en diabetesverpleegkundigen samen voor een patiëntenpopulatie van 80.000 patiënten. Hierbij zijn 23 huisartsenpraktijken betrokken. Zorggroep Haringvliet heeft hierin een **coördinerende en faciliterende rol**, onder andere door het organiseren van ketenafspraken en deskundigheidsbevordering. De kwaliteitscommissie Diabetes/CVRM, met vertegenwoordiging van alle disciplines, speelt hierin een belangrijke rol. Door middel van samenwerking willen we ervoor zorgen dat er persoonsgerichte, kwalitatieve zorg geleverd kan blijven worden in de regio..

Door de centrale rol van de Zorggroep in de regio zijn er goede contacten met ketenpartners, zowel zorgorganisaties als welzijnsorganisaties. Voor het uitvoeren van de pilot vonden we het belangrijk dat ook welzijn en POH GGZ werden betrokken. Zij maken geen deel uit van het reguliere diabeteszorgprogramma. In de regio wordt gewerkt met **Welzijn op Recept**, waardoor er al goede samenwerkingsrelaties tussen huisartsenpraktijken en welzijn zijn.

Tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep leerden de deelnemende zorgverleners elkaar beter kennen en kregen hierdoor meer inzicht in elkaars **werkwijze** en wat zij voor elkaar kunnen betekenen.





Toepassen van de ketenaanpak

Het werken met de bouwstenen in de ketenaanpak hielp ons om stap voor stap de keten te bekijken. In de praktijk maken wij dit onderscheid niet altijd. Hierdoor was de theorie niet altijd direct herkenbaar in de praktijk. Door dit met elkaar in groepen te bespreken konden er praktijkvoorbeelden worden gevonden.

Bewustwording

De bewustwording van de hoge prevalentie van depressie bij diabetes (en andere chronische ziekten) en het niet herkennen hiervan binnen de praktijk heeft ervoor gezorgd dat mentale gezondheid de komende twee jaren een centraal thema is binnen het zorgaanbodplan van Zorggroep Haringvliet. We kiezen hiervoor als onderdeel van het 'spinnenweb' van **Positieve Gezondheid**.

Vroegsignalering en preventie

Zorgverleners maken gebruik van **protocollen** en **vragenlijsten** in hun contact met patiënten, in deze vragenlijsten zijn al vragen opgenomen over mentaal welzijn. De zorggroep monitort benchmarkcijfers op uitkomst- en procesindicatoren. Deze **benchmarkcijfers** worden landelijk bepaald door InEen, zo worden lichaamsbeweging en voedingspatroon gemonitord. Wenselijk zou zijn om mentaal **welbevinden** hieraan toe te voegen.

Toeleiden en uitvoeren interventies

In het ziekenhuis werkt de **diabetespsycholoog** die patiënten heel gericht kan ondersteunen, indien daartoe noodzaak en de klachten ook diabetes gerelateerd zijn. Nog niet bij alle ketenpartijen was deze functie bekend. De diabetesverpleegkundige verwijst wel naar de diabetespsycholoog. Lichte interventies kunnen door de POH GGZ worden toegepast. De huisarts kan ook interventies uitvoeren, waaronder het voeren van steunende gesprekken en eventueel uitschrijven van medicatie. Diabetespatiënten kunnen daarnaast ook erg geholpen worden met interventies vanuit de welzijnswereld, zoals Welzijn op Recept. Gemeente Goeree-Overflakkee heeft het initiatief genomen om een centrale toegang voor de huisarts voor het voorliggend veld te realiseren. Welzijn op Recept wordt op dit moment alleen gebruikt door huisartsenpraktijken (inclusief POH GGZ). Het is wenselijk dat ook paramedici en zorgprofessionals uit het ziekenhuis Welzijn op Recept kunnen inzetten.

Ondersteuning zelfmanagement

Sommige huisartsenpraktijken kunnen patiënten toegang geven tot een e-health module, waardoor zij zelf aan de slag kunnen met de gevolgen van diabetes. Alle ketenpartijen die de patiënt regelmatig zien, waaronder ook de diëtist of de POH somatiek leveren een bijdrage aan de ondersteuning van het **zelfmanagement**.

Nazorg en monitoring casus

Zorggroep Haringvliet maakt gebruik van het **Ketenzorg Informatiesysteem VIPLive** van Topicus. Alle relevante informatie uit de **Huisartsinformatie Systemen (HIS)** van de huisartsen wordt hier samengebracht en gemonitord. Belangrijk is het gestructureerd vastleggen van informatie op basis van landelijke standaarden zodat deze informatie gedeeld kan worden.

Inzichten

Het was waardevol dat we door de pilot bestaande samenwerking konden intensiveren en nieuwe samenwerking aangaan. We hebben zeer bevlogen zorgprofessionals en door elkaar te zien en op de hoogte zijn van elkaars **expertise** kregen we kortere lijnen met elkaar. Wij zagen hoe belangrijk het is dat verschillende functies en disciplines elkaar kunnen aanvullen, en dat het daarom niet nodig of zinvol is alles in eigen hand te houden.

We maakten gebruik van de persona's om inzichtelijk te krijgen wat de theorie in de **praktijk** betekent. De professionals noemden ook voorbeelden uit de eigen praktijk. Omdat de professionals vaak niet voor dezelfde patiënten zorgen en vanwege privacy, werden lopende casussen niet concreet besproken. De persona's zorgden ervoor dat de voordelen van ketensamenwerking concreet werd en ging leven bij de zorgprofessionals. Zo zijn POH somatiek en POH GGZ tot het inzicht gekomen dat regelmatig overleg en afstemmen van concrete patiënten-casussen kan helpen.

We hebben in de pilot aandacht besteed aan de rollen en hebben onderzocht hoe er binnen een keten Mentale gezondheid hier invulling aan kan worden gegeven. In de praktijk maken wij dit onderscheid niet zo duidelijk. Ook maken niet alle deelnemers aan de werkgroep deel uit van het



zorgprogramma diabetes dus hebben zij ook geen duidelijke rol in de keten. Daarom konden wij de theorie niet altijd meteen goed toepassen op onze praktijk.

Veel ondersteuningsmogelijkheden zijn belegd bij verschillende organisaties, die elkaar juist kunnen versterken. Elke ondersteuningsbehoefte is anders en vraagt dus om **maatwerk**. Dit is niet alleen belangrijk voor de mentale gezondheid van de patiënt, maar ook voor de fysieke gezondheid. Als het mentaal niet goed met iemand gaat, kan dit direct zichtbaar zijn in de glucosewaarden. Als iemand zich niet lekker in zijn vel voelt, kan het zijn dat er ook minder aandacht is voor voeding.

Voor de chronische zorgprogramma's heeft zorggroep Haringvliet een centrale en faciliterende rol, met daarbij behorende financiering. Voor het ontwikkelen van de ketenaanpak rondom Mentale gezondheid zijn hier geen middelen voor en heeft Zorggroep Haringvliet deze functie niet. De rol van ketenregisseur is belangrijk, maar ook niet meteen volledig in te vullen. Wij onderschrijven wel dat er een rol nodig is die de **samenwerking stimuleert en faciliteert**. Als niemand zich hier verantwoordelijk voor voelt dan is de kans groter dat de samenwerking niet goed van de grond komt.

Door de pilot is er meer aandacht gekomen voor het belang van positieve gezondheid en depressiepreventie. De pilot was een goede **stimulans binnen de zorggroep de komende twee jaar extra aandacht te geven aan mentale gezondheid, als onderdeel van het 'spinnenweb' van Positieve gezondheid**. Doordat positieve gezondheid nu bij veel organisaties op de agenda staat, verwachten we dat dit in alle lagen vruchten af gaat werpen. Uitdaging in de zorgwereld is wel de afhankelijkheid van landelijke richtlijnen en de daarmee samenhangende financiering. Uiteindelijk moet in onze optiek ook verandering in het zorgsysteem plaatsvinden om goede ketensamenwerking depressiepreventie bij diabetespatiënten te faciliteren.

De schaal van ketensamenwerking is Goeree-Overflakkee en een deel van Brielle en Hellevoetsluis. In dit gebied is grote overlap met het verzorgingsgebied van het Van Weel Bethesda ziekenhuis. In de werkgroep van de pilot hebben verschillende zorgverleners uit deze grote regio deelgenomen, die niet allemaal in dezelfde wijk of regio werken. Er is geen structureel overleg tussen deze zorgverleners. Na het beëindigen van de pilot hebben zij de samenwerking niet voortgezet. Samenwerken met bijv. GGZ-voorzieningen in de bredere regio is wel belangrijk, zij waren niet betrokken bij de pilot. Voorwaarde daarvoor is echter dat onze lokale/regionale ketensamenwerking stevig is vormgegeven. Vandaar dat we de pilot ook in die constataatie wilden doen.

We hebben de pilot zoals gezegd niet op de regionale schaal doorgezet. Binnen chronische zorgprogramma's is ruimte voor deskundigheidsbevordering, overleg en afstemming en heeft Zorggroep Haringvliet een regiefunctie. Het is op dit moment niet mogelijk om de ketenaanpak Depressiepreventie binnen de zorgprogramma's te integreren zoals deze nu worden aangeboden. De pilot heeft ons wel bewustwording van de onderdiagnostiek van depressie bij diabetes (en andere chronische patiënten) gebracht.

Vijf tips

1. **Sluit aan op bestaande overlegstructuren:** De ketensamenwerking is gemakkelijker op te zetten als er geen nieuwe overlegstructuren gemaakt hoeven te worden. Ook voorkomt dit te veel druk bij de ketenpartijen.
2. **Geef mentale gezondheid een plek in gesprek met de patiënt:** wanneer dit standaard wordt opgenomen in een aanpak of vragenlijst, dan zorgt dit ervoor dat er bewustwording van het risico op mentale klachten blijft bestaan voor zowel zorgverlener als patiënt.
3. **Organiseer structureel overleg en terugkoppeling tussen POH somatiek en POH GGZ (ook binnen de eigen praktijk):** door middel van casuïstiek besprekingen en uitwisselen van kennis en kunde kunnen patiënten beter worden geholpen, worden mentale klachten sneller gesignaleerd en kan er passendere ondersteuning worden geboden.
4. **Betrek ervaringsdeskundigheid:** in de pilot hebben we gewerkt met persona's. Dit zorgde ervoor dat hulpvragen heel concreet gingen leven en er echt vanuit de vraag nagedacht werd hoe de keten kan worden versterkt.
5. Zorg dat **Welzijn op Recept** wordt **uitgebreid** zodat ook paramedici en zorgprofessionals uit het ziekenhuis kunnen verwijzen.



Bijlage 2

Persona's voor samenwerking in een regionale/lokale ketenaanpak depressiepreventie bij chronische ziekte



Persona



Persona – Wat & waarom?

Wat is een persona?

- Gedetailleerde beschrijving van een fictief persoon uit de doelgroep.
- Gebaseerd op informatie uit klantreizen, kranten, tijdschriften, ervaringsverhalen (Borstkanker.nl), en podcasts (Niet Alleen Ziek).

Waarom een persona?

Persona's zijn op maat gemaakte profielen om de kennis over doelgroepen 'tot leven' te brengen. Zij geven een naam en gezicht aan de verschillende klantgroepen vanuit motieven, verlangens en doelen in het leven. Het is een krachtig middel om organisaties klantgerichter te maken.

Waarvoor gebruiken?

- Afstemmen van dienstverlening van organisaties op de vraag van de doelgroep
- Ontwikkelen van een passende communicatiestrategie om verschillende doelgroepen te bereiken (communicatiekanaal, taalgebruik, 'look & feel')
- Format voor overdracht van mensen met depressieve klachten tussen professionals



Yvonne
30 jaar

Persoonlijke situatie

Heeft een vaste relatie met Stefan

Diagnose

DM1 sinds 1,5 jaar

Werk

Werkt full time bij de gemeente



Profiel

Yvonne sport veel, heeft een druk sociaal leven en wil graag carrière maken. Yvonne en Stefan willen over een paar jaar graag kinderen.



Huidige situatie

De diagnose was voor Yvonne een opluchting: deze kwam na maanden van slecht in haar vel zitten. Yvonne kon in het begin heel goed alle waardes op orde houden. Nu begint de sleur erin te komen, waardoor Yvonne hiervoor soms niet gemotiveerd is. Daarom heeft Yvonne sinds enkele maanden hypo's.

Yvonne weet dat de diabetes bij haar hoort, maar kan soms echte baaldagen hebben. Ook is Yvonne soms angstig over de toekomst. Ze vraagt zich af of ze wel kinderen kan krijgen, en hoe de diabetes zich bij haar zal ontwikkelen.



Behoeften en verlangens

- Maatwerk in ondersteuning bij haar volle agenda.
- Lotgenotencontact
 - Yvonne voelt zich niet begrepen door vrienden
 - Bij de diabetesvereniging zitten alleen mensen van 70+
- Spontaniteit bij
 - Intimiteit en seks
 - Uitjes met vriendinnen



Informatievoorziening en zoekgedrag

- Beter Dichtbij app van het ziekenhuis: daar krijgt ze snel antwoord op vragen.
- Incidenteel contact met andere jonge mensen met diabetes.
- Bijeenkomsten over nieuwe technieken.



Pijn – angst – frustraties – belemmeringen

- Goed opletten bij zaken die voor anderen vanzelfsprekend zijn, zoals vakantie ('behandeld als drugscrimineel').
- Zorgen over de toekomst:
 - Zwanger worden, grote kans op miskramen en afwijkingen
 - Klachten van diabetes op latere leeftijd (voeten, tandvlees, zicht, etc.)



Ondersteuning

De diëtiste kan Yvonne het beste ondersteunen bij vragen. Yvonne vertrouwt haar erg.

Daarnaast ziet zij regelmatig:

- Diabetesverpleegkundige
- Internist
- Oogarts

Met de diabetespsycholoog (gesproken na de diagnose) heeft ze 'geen match'.



Willem

72 jaar

Persoonlijke situatie

Getrouwd met Gonny, twee dochters van 35 en 38 jaar

Diagnose

DM2, 20 jaar geleden bij huisartscontrole

Werk

Gepensioneerd, heeft 40 jaar in de bouw gewerkt



Profiel

Willem en Gonny houden van het goede leven en brengen graag tijd door met vrienden. De band met hun dochters is goed. Willem omschrijft zichzelf als een positief en nuchter persoon. Sinds hij jong was heeft hij al last van veel hoofdpijn en depressieve klachten. Hij gebruikt hiervoor antidepressiva.



Huidige situatie

Willems waarden schommelen door onregelmatig eten en 'uitschieten' met het eten van koolhydraten. Willem heeft gekozen voor veel (verschillende) medicatie, omdat hij zijn eetpatroon niet wil aanpassen. Medicatie nemen lukt niet altijd, maar de Baxterrol helpt hier goed bij. Willem sport niet en heeft weinig energie door zijn depressieve klachten. Willem merkt dat de beperkingen van de diabetes zijn depressieve klachten kunnen versterken.



Behoeften en verlangens

- Zorg dichtbij huis: bloed prikken bij de POH Somatiek in plaats van in het ziekenhuis.
- Een 'bourgondische' leefstijl met veel en lekker eten.
- Zelfstandigheid: 'ik weet goed wat ik wel en niet kan doen' (en dus zonder hulp van de diëtiste).



Informatievoorziening en zoekgedrag

- De POH is voor Willems de meest betrouwbare informatiebron.
- Praktische tips uit boekje 'Keer diabetes om'.



Pijn – angst – frustraties – belemmeringen

- Willem voelt zich erg beperkt in zijn doen en laten door de diabetes, vooral bij het eten.
- Oneerlijk dat andere te zware mensen nergens last van hebben.
- Vertraagde communicatie tussen ziekenhuis en huisarts.
- Gonny verwijt Willem de diagnose.



Ondersteuning

Gonny is Willems anker. Verder kan hij alles kwijt bij de POH, zowel diabetes als depressie-gerelateerd.

Daarnaast heeft Willem regelmatig afspraken bij:

- Internist
- DM-verpleegkundige
- Podotherapeut

Met de diëtiste en de huisarts heeft hij 'geen match'.



Linda
48 jaar

Leeftijd
48 jaar

Persoonlijke situatie

Alleenstaande moeder, tweeling zonen van 15 jaar (Luuk & Casper)

Werk

Veel werkervaring, nu geen betaald werk



Profiel

Linda heeft een chronische aandoening en woont, sinds de scheiding van Marc, alleen met haar kinderen. Ze heeft vroeger altijd gewerkt en wil graag bijdragen in haar dorp, ook al heeft ze nu minder energie. Ze is politiek actief. In haar vrije tijd breidt ze graag. Af en toe is Linda verbaasd over de dingen die haar lichaam allemaal wél kan. Ze wil een goede ouder zijn. Ze heeft het niet breed en vindt het belangrijk dat het thuis in ieder geval gezellig is voor Luuk & Casper.



Huidige situatie

Linda heeft veel pijn in haar hele lichaam en is vaak moe. Door *brain fog* is ze snel verward en vergeet ze dingen. Linda heeft zich lang heel schuldig gevoeld: ze kon niet de partner en de moeder zijn die ze wilde. Nu Linda's kinderen wat ouder zijn, ze gescheiden is en hulp in de huishouding heeft, zit ze beter in haar vel. Soms is ze wel eenzaam en wil ze wat anders dan alleen ziek of moeder zijn. Haar activiteiten buitenshuis helpen dan, bijvoorbeeld haar breiclubje of politieke activiteiten.



Behoeften en verlangens

- 'Me-time' – die vindt ze in het breien, op zaterdag met een clubje en in de avond voor de tv.
- Niet alleen maar opstaan, eten, wandelen, maar af en toe iets echt leuks doen (al kan dat eigenlijk niet qua energie).
- Niet afhankelijk zijn van hulp van anderen. Daarom is de huishoudelijke hulp zo fijn.
- Spontaan dingen kunnen ondernemen (bijv. niet hoeven nadenken of de rolstoel mee moet).



Informatievoorziening en zoekgedrag

- Wmo, maar dat kost veel tijd en vooral energie.
- Website patiëntenverenigingen: hoe om te gaan met de vermoeidheid, voedingsadvies.



Pijn – angst – frustraties – belemmeringen

- Haar scheiding van Marc: die was vooral het gevolg van miscommunicatie over Linda's ziekte.
- Het gevoel een slechte moeder te zijn, niet alles kunnen doen met kinderen.
- Kort lontje hebben door energietekort (toch te veel gedaan).
- Onbegrip van andere mensen: aan de buitenkant is niets aan haar te zien.



Ondersteuning

- Haar kinderen: nu ze ouder zijn denken ze fijn mee.
- Hondje om in beweging te blijven.
- Huishoudelijke hulp.
- Wijkverpleegkundige (injecties).
- Ergotherapeut: heeft haar geleerd hoe ze het huishouden moet doen met weinig energie.

Gemiste ondersteuning:

- Hoe bespreek je je ziekte met je partner en kinderen?
- Iemand die vraagt naar hoe het gaat met de opvoeding.



Frits
45 jaar

Persoonlijke situatie

Getrouwd met Anja (40 jaar, chronisch ziek), zoontje Storm (5 jaar)

Werk

Werkt als monteur en avondopleiding ernaast



Profiel

Frits is vader van Storm en getrouwd met Anja, die meerdere chronische ziekten heeft. Anja is vaak moe en heeft pijn. Frits is daarom de enige kostwinner. Hij doet in de avonduren een opleiding om meer te kunnen verdienen. Frits heeft moeten leren Anja los te zien van haar ziekten. Dat lukt niet altijd. Samen proberen ze Storm een zorgeloze jeugd te bieden ondanks de financiële beperkingen. Er is weinig 'eigen' tijd voor Frits, of ruimte voor ontspanning.



Huidige situatie

Op Frits' werk was er weinig begrip voor zijn situatie. Samen met de situatie thuis zorgde dat voor een burn-out. Frits maakt zich zorgen over de toekomst. Anja zal overlijden aan haar ziekte waardoor hij eerst mantelzorger zal worden en uiteindelijk weduwnaar. Frits en Anja hebben met het oog op de onzekere toekomst niet meer kinderen gekregen. Daar hebben ze verdriet om. Frits praat met een psycholoog over dit verlies.



Behoeften en verlangens

- Begrip van werkgever voor thuissituatie.
- Begrip vanuit sociale omgeving dat als het goed lijkt te gaan met Anja, het nog steeds zwaar is voor Frits.
- Hulp durven vragen van vrienden en familie.
- Tijd en ruimte voor zichzelf.



Informatievoorziening en zoekgedrag

Frits zoekt op internet naar:

- Informatie over de ziekte van Anja.
- Steun en informatie hoe hij Storm het beste kan helpen. Wat betekent de ziekte van Anja voor zijn ontwikkeling? Hoe weet hij dat het goed met Storm gaat?



Pijn – angst – frustraties – belemmeringen

- Anja's ziekte is niet zichtbaar, waardoor er veel onbegrip is vanuit de omgeving, vrienden haken uiteindelijk af – rouw om verloren vriendschappen.
- Kost veel energie om meerdere medische specialisten met elkaar te laten praten.
- Zorgen over de toekomst.
- Rouw om on vervulde gezinswens: Frits en Anja hadden graag meerdere kinderen gekregen.
- Geldzorgen.



Ondersteuning

- Psycholoog die Frits begeleidt.
- Eén arts die vroeg: 'hoe gaat het met jou?'.
• Fijne burens die helpen.
- Schoonouders die oppassen en meeleven.
- Handjevol begripvolle vrienden.

Gemiste ondersteuning:

- Andere hulpverleners die durven te vragen hoe het met Frits gaat.
- Iemand die overzicht heeft over alle specialismen.
- In het ziekenhuis alleen psychologische hulp voor de zieken.



Anne
21 jaar

Persoonlijke situatie

Woont op zichzelf, relatie met Tobias

Gezinssituatie

Dochter van Els en Wouter (chronisch ziek), broertje Lars (16 jaar)

Werk

Studeert pedagogiek, bijbaan in kledingwinkel



Profiel

Anne is met allerlei zaken tegelijk bezig. Ze studeert, heeft een bijbaan, woont sinds kort op zichzelf en heeft een vriend, Tobias. Ze wil graag alle ballen hooghouden: studie, haar eigen huishouden, dat van haar ouders en broertje, rijles, etc. Dat ze nu uit huis is, helpt haar ruimte te nemen voor zichzelf.



Huidige situatie

Anne's vader werd ziek toen ze 15 jaar was. De diagnose en opnames hebben veel impact op haar gehad: ze ging vaak mee met haar vader, omdat haar moeder geen vrij kreeg. Anne voelt zich verantwoordelijk om te zorgen voor haar zieke vader, haar drukke moeder te ontlasten en haar kleine broertje te beschermen. Ze is snel overprikkeld en krijgt soms lichamelijke klachten van de spanning en zorgen. Maar ze wil haar ouders niet nog verder belasten. Daardoor is Anne verdrietig en boos, waardoor er gauw ruzie komt met haar ouders.



Behoeften en verlangens

- Anne wil dat haar ouders haar inzet en zorgen zien en haar waardering geven.
- Kunnen ventileren en eens hard huilen. Ook over de gebeurtenissen tijdens diagnose en opnames.
- Iemand die haar ouders helpt om in het gezin te praten over de ziekte.
- Meer aandacht voor jonge mantelzorgers.



Informatievoorziening en zoekgedrag

- Tijdens haar studie pedagogiek kwam Anne erachter dat ze jonge mantelzorger is.
- Anne heeft haar scriptie over jonge mantelzorgers geschreven en zo veel kennis en informatie opgedaan.



Pijn – angst – frustraties – belemmeringen

- Het contact met haar ouders is lastig: Anne neemt hen kwalijk dat zij zoveel zorgt/heeft gezorgd voor het gezin.
- 'Papa heeft het zwaar', waardoor er weinig ruimte is voor Anne, dat zien ouders niet.
- Veel schaamte en taboe in het gezin, er wordt niet om hulp gevraagd, Anne wil dat haar ouders daarbij hulp krijgen.



Ondersteuning

- Tobias.
- Tante die leuke dingen met haar doet en bij wie ze haar verhaal kwijt kan.
- Gezinshondje.
- Collega's in de kledingwinkel.

Gemiste ondersteuning:

- Alle professionele hulp is gericht op Anne's vader. Hoewel Anne graag hulp voor het gezin wil, weet ze niet hoe ze die moet regelen.



Kenrick
43 jaar

Persoonlijke situatie

Getrouwd met Marianne, zoon en dochter (15 en 12 jaar)

Diagnose

Spierziekte, 21 jaar geleden vastgesteld

Werk

Eigen bedrijf ontwerp en vormgeving



Profiel

Twee jaar na zijn aankomst uit Suriname werd bij Kenrick een zeldzame spierziekte vastgesteld. Hij moest de sportopleiding opgeven waarvoor hij naar Nederland was gekomen. Hij had het heel moeilijk met de diagnose. Zijn plannen lagen in duigen, zijn toekomst was ineens onzeker. Inmiddels is Kenrick 19 jaar getrouwd met Marianne. Het gaat redelijk goed met zijn gezondheid, zolang hij zware belasting vermijdt. Het is niet zeker hoelang dat zo blijft.



Huidige situatie

Kenrick heeft geleerd de onzekerheid die zijn aandoening meebrengt om te zetten in positieve motivatie. Hij wil geen tijd verspillen, elke dag maximaal benutten. Marianne en hij hebben gekozen voor kinderen, ook al bestaat de kans dat hij invalide wordt. Hij wijdt zich met hart en ziel aan zijn gezin en bedrijf. Elk half jaar ziet hij zijn neuroloog voor controle. Tot nu toe is zijn situatie stabiel. Hij is blij dat hij kan laten zien wat hij kan, ook al is zijn carrière anders gelopen dan hij van plan was.



Behoeften en verlangens

- De diagnose zette zijn leven op de kop. Kenrick had sterke behoefte om naast medische aspecten, ook daarover te praten met zijn artsen.
- Samen beslissen. Kenrick vindt het belangrijk dat artsen ook goed naar hém luisteren.
- Tijd en rust voor verwerking. De wereld draait gewoon door, iedereen lijkt haast te hebben.



Informatievoorziening en zoekgedrag

- Kenrick is voor informatie over zijn aandoening vooral gericht op zijn artsen.
- Met Marianne en zijn vader bespreekt hij de interventies die de arts voorschrijft. Zij overtuigen hem vaak om daarin mee te gaan.
- In het begin heeft hij bijeenkomsten van de patiëntenvereniging bezocht, maar hij werd onrustig van de verhalen die lotgenoten vertelden



Pijn – angst – frustraties – belemmeringen

- Hij was aanvankelijk boos en opstandig dat deze ziekte hem – als sporttalent - trof.
- De eerste maanden na de diagnose was hij best depressief. Het kwam niet in hem op om professionele hulp te vragen.
- Als de communicatie met een arts stroef loopt, vraagt Kenrick zich onwillekeurig af of zijn huidskleur daarbij een rol speelt.



Ondersteuning

- Marianne is vanaf het begin zijn steun en toeverlaat geweest: “ik draag haar op handen”.
- De specialistisch verpleegkundige heeft hem goed begeleid en hem aangemoedigd om dóór te gaan met zijn leven.
- Zijn vader is zijn vaste sparringspartner. Hij weet het nodige van de gezondheidszorg en kent Kenrick natuurlijk goed.



Ineke
57 jaar

Persoonlijke situatie

Getrouwd met Hans, moeder van Naomi (30) en Tjeerd (25)

Werk

Onderwijzeres op een basisschool



Profiel

Ineke kreeg zes jaar geleden de diagnose borstkanker. Een half jaar terug zijn uitzaaiingen gevonden. Ze krijgt nu palliatieve behandelingen. Ze had haar baan als onderwijzeres weer opgepakt, maar wil nu minder gaan werken. Ze wil meer tijd hebben voor haarzelf, haar kinderen en Hans. Helemaal stoppen kan ze zich niet veroorloven. Werk helpt om een 'gewoon' leven te houden. Ineke's prognose is drie jaar, ze hoopt die jaren met goede kwaliteit te kunnen leven. Binnenkort wordt hun eerste kleinkind geboren.



Huidige situatie

Ineke heeft last van vermoeidheid en verminderde concentratie. Ze is soms erg verdrietig. Dat probeert ze te verbergen voor haar kinderen en Hans. Ze wil de vrolijke moeder en partner blijven die zij kennen. Ze maakt wel bewustere keuzes waar ze haar tijd en energie aan besteedt. Ze moet wel. Daarmee verdwijnen er ook mensen uit haar leven. Soms vliegt het Ineke aan dat ze niet oud zal worden. Gelukkig lukt het haar steeds beter om zich te richten op het nu, en te genieten van de mooie dingen die elke dag haar biedt.



Behoeften en verlangens

- Ervaringen delen met lotgenoten, horen hoe zij het doen.
- Haar emoties kunnen uiten bij mensen die ze er niet mee belast.
- Financieel advies voor haar huidige situatie en consequenties voor de toekomst.
- Leefstijladvies – hoe kan ze het beste voor zichzelf zorgen?
- Ondersteuning om de impact op het gezin bespreekbaar te maken.



Informatievoorziening en zoekgedrag

- Website Borstkanker Vereniging Nederland.
- Internet om leefstijladvies te zoeken.
- Fysiotherapeut geeft nuttige tips om fysiek ongemak te beperken.
- Vakbond voor belastingaangifte en informatie over regelingen om minder te werken.



Pijn – angst – frustraties – belemmeringen

- Verdriet dat ze haar kleinkind(eren) niet zal zien opgroeien.
- Als ze pijn heeft of wanneer er weer een scan aankomt, speelt de angst op dat het verkeerd gaat.
- Schuldgevoel jegens Hans omdat ze minder kan en zich soms afsluit.
- Onzekerheid of ze de regie kan houden als het minder zal gaan – neemt de arts het niet over?



Ondersteuning

- Hans is een grote steun in haar dagelijks leven.
- Oncologisch verpleegkundige.
- IPSO centrum.
- Fysiotherapeut.
- Haar beste vriendinnen.

Gemiste ondersteuning:

- Hoe bespreek je met je partner en kinderen de impact die je ziekte op hen heeft?
- Financieel-juridisch advies: hoe ze dingen het best kan regelen, nu en voor de toekomst.

Omvang van de doelgroep diabetespatiënten

- Mensen met diabetes hebben twee keer zo veel kans op het krijgen van depressieve klachten.
- Jaarlijks zijn er ruim 100.000 Nederlanders met diabetes en depressieve klachten. Dat wil zeggen dat ruim 1 op de 6 mensen met diabetes te maken heeft met depressieve klachten.
- Uit de gesprekken valt op dat patiënten verschillende professionals aanwijzen als aanspreekpunt bij sombere/depressieve klachten:
 - 'De **internist** zou de eerste zijn die problemen hoort – want diegene vraagt als eerste: “Hoe gaat het?”’
 - 'De **diëtiste** weet dat je leeft en wat er op je pad komt. Soms wil je gewoon suikers eten. Samen kijken we hoe ik het kan volhouden en hoe alles in mijn leven past.’
 - 'De **diabetesverpleegkundige** voelde als mijn tweede moeder – zij was als eerste op de hoogte.’
 - 'Ik hoop dat alle **POH's** zo zijn - dat ze niet alleen naar je voeding kijken maar naar het hele plaatje. Want bij diabetes is alles gelinkt.'

Bronnen

NDF werkgroep Diabetes en depressie. Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2013.

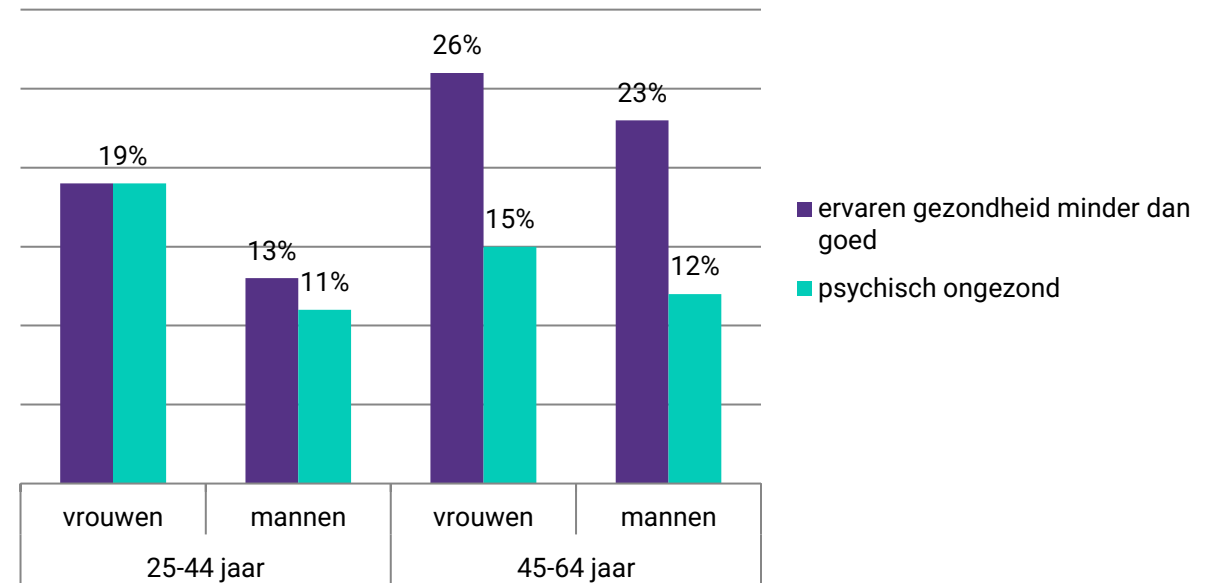
1. Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. & Lustman. The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care 6: 1069-1078, 2001.
2. Ali S., Stone M.A., Peters J.L., Davies M.J., Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine 23:1165-1173, 2006.
3. Meeteren-Schram, M.T. van Baan, C.A. (2007). Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel, Bilthoven: RIVM.

Omvang van de doelgroep chronisch zieke ouders

Hoeveel gezinnen hebben te maken met een (ernstig) zieke ouder? Het exacte getal is niet bekend.

Kijkend naar de fysieke en mentale gezondheid van de leeftijdsgroepen waarin de meeste ouders met thuiswonende kinderen vallen, zien we dat 17% van de 25-44 jarigen de eigen gezondheid minder dan goed beoordeelt, en 15% psychisch ongezond is. Voor de 25-64 jarigen is dat 25% respectievelijk 13% (bron: CBS. Gezondheid en zorggebruik 2014 - 2021). Gezinnen waarin lichamelijke en psychische aandoeningen van ouders een rol spelen, zijn dus zeker niet zeldzaam.

Gezondheid 25-65 jarigen, 2014 - 2021



Omvang van de doelgroep chronische patiënten met een migratieachtergrond

- Ruim een kwart (27%) van de Nederlandse bevolking heeft een migratieachtergrond: 9 procent komt uit Europa (exclusief Nederland), 18 procent van buiten Europa. Deze laatste groep is heel divers en varieert van arbeidsmigranten tot (oorlogs)vluchtelingen en mensen op zoek naar een beter bestaan. De belangrijkste landen van herkomst zijn nog altijd Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Cariben en Indonesië. Dat is gerelateerd aan het koloniale verleden en de 'gastarbeiders' die in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw naar Nederland zijn gehaald. Deze persona is gebaseerd op interviews met mensen uit voormalige koloniën.
- De huidige bevolkingsprognoses gaan ervan uit dat het aandeel inwoners met een migratieachtergrond verder zal stijgen in de toekomst.
- Diversiteit in herkomst is ook een kenmerk van de populatie patiënten met een chronische aandoening, en soms zelfs in versterkte mate. Diabetes mellitus komt bijvoorbeeld vaker voor bij mensen van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse herkomst, en Surinaamse en Turkse Nederlanders hebben ook vaker last van hart- en vaatziekten. Ook hebben mensen met een migratieachtergrond een grotere kans op psychiatrische aandoeningen: het migratieproces, acculturatie en sociaaleconomische omstandigheden, inclusief discriminatie en stigmatisering, zijn potentiële risicofactoren voor psychische problematiek.
- Voor een goede behandelrelatie is cultuursensitiviteit van zorgverleners van belang. Het gaat daarbij niet om andere behandelvaardigheden, maar om kennis van en openstaan voor de waarden, normen en communicatiestijlen van de cultuur van de patiënt. Wederzijds begrip tussen behandelaar en patiënt bevordert therapietrouw. Dat is van belang bij het tijdig herkennen van en doorverwijzen bij psychische klachten.

Bronnen

NDF werkgroep Diabetes en depressie. Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2013.

1. CBS Statline, geconsulteerd dd 29 maart 2024; CBS Statline, Bevolkingsprognose 2023-2070: minder geboorten, meer migratie
2. Jaspers JPS en H van Middeldorp (2010) Psychosociale zorg bij chronische ziekten. ISBN 9789031382309
3. Özgen M H, F Karimi en MH Braakman (2022) Culturele diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschr Psychiatr 2022;64(8)
4. Obihara C, D Maarse en C Nuñez (2022) Interculturele communicatie in de zorg. Kennis, vaardigheden en houding voor zorgprofessionals. ISBN 9789023256359

Omvang van de doelgroep borstkankerpatiënten

- Elk jaar krijgen 18.000 mensen de diagnose borstkanker. Het zijn in overgrote meerderheid vrouwen, maar ook mannen kunnen borstkanker ontwikkelen. De groep is heterogeen: vrouwen en mannen zitten in verschillende levensfasen, hebben verschillende types kanker en sociaaleconomische en culturele achtergronden. Persona Ineke betreft een patiënte met uitgezaaide borstkanker. Borstkanker Vereniging Nederland heeft meer persona's uitgewerkt.
- Tien jaar na diagnose en behandeling is 91% van de patiënten nog in leven. In Nederland leven 127.000 mensen die de afgelopen 10 jaar de diagnose borstkanker hebben gekregen.
- Bij ongeveer 5% van de vrouwen is bij de eerste diagnose sprake van uitgezaaide borstkanker. Bij 20% van de patiënten met een niet-uitgezaaide borstkanker ontwikkelen zich op een later moment alsnog uitzaaiingen.
- Jaarlijks wordt naar schatting bij ongeveer 3.500 mensen uitgezaaide borstkanker wordt geconstateerd.
- Uitgezaaide borstkanker wordt palliatief behandeld, gericht op het verlengen van het leven door de voortgang van de ziekte af te remmen en pijn te bestrijden. Kwaliteit van leven voor de patiënt staat centraal.
- De gemiddelde overleving (mediaan) bij uitgezaaide borstkanker is 36 maanden (cijfers 2018). Tien jaar na de diagnose is 10% van de patiënten met uitgezaaide borstkanker nog in leven.

Bijlage 3. Checklist en Invullijsten

om aan de slag te gaan met de

Ketenaanpak depressiepreventie bij chronische ziekte

Inhoud

1	Checklist organisaties en sleutelpersonen	1
2	Voorbeelden toepassing per bouwstenen	2
3	Toepassen bouwstenen en rollen eigen context	7
4	Actielijst.....	8

1 Checklist organisaties en sleutelpersonen

Deze checklist is ter inspiratie voor organisaties en sleutelpersonen die deel kunnen nemen in de ketenaanpak. Niet alle organisaties en sleutelpersonen hoeven ook daadwerkelijk betrokken te worden. Dit is afhankelijk van eigen context en een eventuele doelgroepen focus.

Organisaties	Ja	Nee	Sleutelpersonen	Ja	Nee
Aanbieder coaching of alternatief therapeutisch			Bedrijfsarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheek			Coach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeente			Chronisch zieke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GGD			Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GGZ-organisatie			Ergotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennisinstituten			Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiëntorganisaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportorganisaties			Maatschappelijk werker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorgorganisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medisch specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkgever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naasten/mantelzorger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorg- & welzijnsorganisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Optometrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgaanbieder alternatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgaanbieder regulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praktijkondersteuner GGZ/somatiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgbrancheorganisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorggroep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Wijk)verpleegkundige/verzorgende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Voorbeelden toepassing per bouwstenen

1. Bewustwording

Stap 1: Generiek doel: chronisch zieken en hun gezinsleden, hun directe omgeving en ketenpartijen bewust te maken van het risico voor mensen met een chronische ziekte op mentale overbelasting en depressieve klachten.

Stap 2: Aanbod:

We noemen soorten instrumenten en daarachter generieke voorbeelden.

- Oriënterend en/of informierend gesprek: bijvoorbeeld tijdens een consult of spreekuur, op school, werk of sportvereniging, of bij een afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgprofessional, om aan te geven dat het risico op depressie verhoogd aanwezig is bij chronische ziekte en hoe dit herkend kan worden.¹
- Zelftest: bijvoorbeeld zelftest depressie van MIND ([klik hier](#)) en de Mentale Fitheidstest van Mentaal Vitaal ([klik hier](#)).
- Kennisdeling, door te wijzen op bestaande digitale of fysieke informatie(-brochures) en psycho-educatie² of deze zelf specifiek vanuit de ketensamenwerking te genereren:
 - Fysieke informatie, uitdelen van flyers, folders bijvoorbeeld bij huisarts of bewust maken van online informatie tijdens gesprek/consult.
 - Digitale informatie, bijvoorbeeld via websites/social media/televisie/campagnes.
 - Voorbeelden specifiek voor diabetespatiënten:
 - Diabetes.nl ([klik hier](#)),
 - Diabetes Vereniging Nederland ([klik hier](#)).
 - Voorbeelden specifiek voor kankerpatiënten:
 - IPSO Centra voor leven met en na kanker ([klik hier](#)),
 - Kanker.nl ([klik hier](#))
 - Voorbeelden specifiek voor patiënten met hart- en vaataandoeningen:
 - Harteraad ([klik hier](#)),
 - OLVG ([klik hier](#)).
 - Voorbeelden specifiek voor Long COVID patiënten:
 - PostCovidNL ([klik hier](#)),
 - LVPW ([klik hier](#)).
 - Podcasts:
 - Chronisch Ziek de Podcast ([klik hier](#)),
 - Breindialoog ([klik hier](#)),
 - Niet alleen ziek (BMP, [klik hier](#)).
- Integratie van informatie (zoveel mogelijk één plek van informatie creëren over ziekte en hulpaanbod).
- Contact met patiëntenvereniging:
 - Diabetes Vereniging Nederland ([klik hier](#)),
 - Kanker, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en aangesloten organisaties, ([klik hier](#)),
 - Harteraad ([klik hier](#)).

¹ Zie voor achtergrondinformatie <https://www.mentaalvitaal.nl/>. De Mentaal vitaal infolijn biedt ook (landelijk) oriënterende en informerende gesprekken voor betrokkenen.

² Zie bijvoorbeeld [Psychische gezondheid - diabetes.nl](#).

<ul style="list-style-type: none"> ○ PostCovidNL (klik hier) ● Lotgenotencontact (vaak te vinden bij of via patiëntverenigingen). ● Inzetten van een Learning Community voor professionals. ● Benutten van consultatie-mogelijkheden van specialistische organisaties zoals de Diabetes Vereniging Nederland voor diabetespatiënten. ● Regionaal professionals en organisaties laten aansluiten bij overlegtafels en daar kennis laten uitwisselen.
<p>Stap 3: Samenwerking: zie hiervoor de vragen in de handreiking.</p>

2. Preventie en vroegsignalering

Stap 1: Generiek doel: tijdige preventie voor chronisch zieken of gezinsleden om doorontwikkeling van incidentele somberheid in structurele depressieve klachten te voorkomen. Met deze bouwsteen willen we bereiken dat ketenpartijen overbelasting eerder signaleren en herkennen en chronisch zieken ondersteunen bij het zelf signaleren van mogelijke overbelasting.

Stap 2: Aanbod:

We noemen soorten instrumenten en daarachter generieke voorbeelden.

- Signalerend gesprek of periodiek gesprek: bijvoorbeeld tijdens consult of spreekuur, op school, werk of sportvereniging, of bij een afspraak in het ziekenhuis of bij een zorgprofessional.
- Signaleringstesten door professionals, zoals PHQ-9, Lastmeter, VAR2, EORTC QLQ-c30 en SIPP.
- Zelftest: bijvoorbeeld zelftest depressie van MIND ([klik hier](#)) of de lastmeter van kanker.nl ([klik hier](#)).
- E-health; veelal interventies die ook voor een preventief en/of signalerend effect kunnen worden gebruikt (voor kankerpatiënten zoals Oncostore ([klik hier](#)) of appstore via Kanker.nl ([klik hier](#))).
- Inzetten van een Learning Community voor professionals.
- Benutten van consultatie-mogelijkheden van specialistische organisaties.
- Standaard mentaal welbevinden agenderen in controlegesprekken.
- Bij intake patiënten standaard checken op 'risicofactoren', zoals psychologische voorgeschiedenis (bijv depressieve periode in de voorgeschiedenis).

Stap 3: Samenwerking: zie hiervoor de vragen in de handreiking.

3. Toeleiden en uitvoeren interventies

Stap 1: Generiek doel: chronisch zieken tijdig toeleiden naar passende interventies en het uitvoeren van deze interventies. De ketenpartijen en chronisch zieken dienen hiervoor op de hoogte te zijn van de beschikbare interventies. De ketenpartijen zijn zodanig in staat om de chronisch zieke toe te leiden naar de juiste partijen.

Stap 2: Aanbod:

We noemen soorten instrumenten en daarachter generieke voorbeelden.

- Ontmoetingen (bijv. via lotgenotencontact of online communities).
- Behandeling door de huisarts ([klik hier](#)).
- Een psychologische behandeling van depressieve problematiek anders dan GGZ-professionals, zoals:
 - voedingsdeskundige/diëtist,
 - lichttherapie, hardlooptherapie alternatieve gezondheidszorg waaronder alternatieve geneeswijzen (o.a mindfulness, meditatie, yoga, accupunctuur etc.),
 - Begeleiding door ondersteuningsconsulent, coach of geestelijk verzorger.
- Op het gezinsysteem gerichte/-georiënteerde aanpak/interventies.
- Behandeling depressie door GGZ-professionals bijv. POH GGZ, psycholoog, etc.
- Voorbeelden specifiek voor diabetes ([klik hier](#)):
 - Cursussen zoals Diabetes de baas of HypoBewust.
- Voorbeelden specifiek voor kankerpatiënten ([klik hier](#)):
 - Begeleiding door diverse professionals,
 - Revalidatieprogramma Nationaal Fonds tegen Kanker,
 - Therapieën; relatie- groeps- en gezinstherapie ([klik hier](#)),
 - Bezoek IPSO inloopcentrum ([klik hier](#)).
- Voorbeelden specifiek voor Long COVID ([klik hier](#)).
- Voorbeelden specifiek voor hart- en vaataandoeningen
 - Lotgenotencontact via de Harteraadlijn ([klik hier](#)) of Harteraad Communities ([klik hier](#)),
 - Informatie, tips en ervaringsverhalen ([klik hier](#)),
 - Psycho Educatieve Preventie (PEP) ([klik hier](#)).

Stap 3: Samenwerking: zie hiervoor de vragen in de handreiking.

4. Ondersteuning zelfmanagement

Stap 1: Generiek doel: chronisch zieken handvatten te geven om zoveel mogelijk zelf te bepalen welke ondersteuning zij op welk moment nodig hebben. Doel is ook om de vaardigheden van chronisch zieken en gezinsleden in de dagelijkse omgang met de aandoening en (de kans op) depressieve klachten verder te ontwikkelen.

Stap 2: Aanbod

De genoemde soorten instrumenten zijn voorbeelden en zijn generiek, de genoemde voorbeelden veelal doelgroep-specifiek.

- Online zelfhulpprogramma "Depressiehulp" ([klik hier](#)).
- E-health, zoals cursus Kleurjeleven ([klik hier](#)) en mentaalvitaal ([klik hier](#)).
- Apps gericht op leefomstandigheden zoals mindfulness- en slaappapps.
- Voorbeelden specifiek voor diabetes ([klik hier](#)):
 - Cursussen zoals "Beter gestemd met diabetes",
 - Online behandeling "Dia-Fit",
 - App MyDiaMate.
- Voorbeelden specifiek voor kankerpatiënten:
 - Kanker.nl ([klik hier](#)),

<ul style="list-style-type: none"> ○ Bezoek IPSO centrum (klik hier). ● Voorbeelden specifiek voor long COVID (klik hier): <ul style="list-style-type: none"> ○ Webinar Mentale klachten en long COVID (klik hier).
Stap 3: Samenwerking: zie hiervoor de vragen in de handreiking.

5. Nazorg en monitoring casus

Stap 1: Generiek doel: te zorgen dat de chronisch zieken passende ondersteuning ontvangt die bijdraagt aan diens situatie door de inzet van nazorg en monitoring.

Stap 2: Aanbod: *We noemen soorten instrumenten en daarachter generieke voorbeelden.*

Voor nazorg en monitoring kunnen veelal de instrumenten worden ingezet die ook bij de andere instrumenten worden genoemd. Contact met de betrokkene en het vormen van een actueel beeld van de situatie staan centraal. Daarnaast hoort verslaglegging/dossiervorming nadrukkelijk bij deze bouwsteen. Bij behoefte aan intensievere begeleiding wordt doorverwezen naar bouwstenen 3 en 4.

Stap 3: Samenwerking: zie hiervoor de vragen in de handreiking.

6. Opleiden, richtlijnen en handreikingen

Stap 1: Generiek doel: het opleiden, faciliteren, en ondersteunen van ketenpartijen in hun rollen, taken en verantwoordelijkheden in en voor de ketenaanpak. Hiervoor wordt lokaal/regionaal in de keten samengewerkt, maar ook landelijk.

Stap 2: Aanbod: scholing richtlijnen, handreikingen en zorgpaden die worden gebruikt door de ketenpartijen.

De genoemde soorten instrumenten zijn generiek, de genoemde voorbeelden veelal doelgroep-specifiek.

- E-learning Preventie van depressie ([klik hier](#)).
- Specifieke richtlijnen voor mensen met hart- en vaatziekten zoals Federatie Medisch Specialisten Richtlijn Cardiovasculair risicomangement ([klik hier](#)).
- Specifieke richtlijnen voor mensen met diabetes:
 - NDF-richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes ([klik hier](#)),
 - Diabetes Mellitus: Richtlijn voor medisch-psychologische diagnostiek en behandeling in de tweede en derde lijn ([klik hier](#)).
- Specifieke richtlijnen voor mensen met kanker:
 - Trimbos Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker ([klik hier](#)),
 - Federatie Medisch Specialisten Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg ([klik hier](#)).
- Inzetten van een Learning Community voor professionals.
- Benutten van consultatie-mogelijkheden van specialistische organisaties.

- Generieke richtlijnen zoals Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte ([klik hier](#)).
- Voor een afgestemde workshop in de ketenaanpak zie hoofdstuk 5.

Stap 3: Samenwerking: zie hiervoor de vragen in de handreiking.

7. Onderzoek en monitoring

Stap 1: Generiek doel: het onderzoeken en monitoren van de hele keten en daarbij specifieke aandacht hebben of de juiste partijen betrokken zijn en of de ingezette instrumenten effectief zijn. Onderzoek naar en monitoring van de effecten van lokale/regionale ketensamenwerking levert belangrijke informatie voor de doorlopende optimalisatie van de keten. Ook landelijk wordt onderzoek uitgevoerd naar de ontwikkelingen bij mentale gezondheid en depressieve klachten en de effecten van ingezet beleid. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het Trimbos instituut.³

Stap 2: Aanbod: *De genoemde soorten instrumenten zijn voorbeelden en zijn generiek, de genoemde voorbeelden veelal doelgroep-specifiek.*

De instrumenten kunnen bijvoorbeeld vragenlijsten voor chronisch zieken en ketenpartijen zijn. Ook persona's en een ketenanalyse kunnen een middel voor onderzoek en monitoring zijn, zie hiervoor hoofdstuk 4.

Stap 3: Samenwerking: zie hiervoor de vragen in de handreiking.

³ Zie hiervoor <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/depressie/>.

3 Toepassen bouwstenen en rollen eigen context

Bouwsteen [invullen]		
Stap 1: Doel: <ul style="list-style-type: none">• Doel: _____• Doel: _____• Doel: _____		
Stap 2: Samenwerking: beschrijf hieronder de samenwerkingsafspraken die zijn gemaakt <ol style="list-style-type: none">1. _____2. _____3. _____4. _____5. _____		
Stap 3: Aanbod:		
Instrument + mogelijk specifieke doelgroep	Uitvoerder van het instrument	Ontwikkelaar van het instrument
Rol: Kwaliteitsbewaker van de bouwsteen: <ul style="list-style-type: none">• Naam: _____• Contractgegevens: _____		

4 Actielijst

Voor het laatst geüpdatet op:

Actielijst				
Wat	Wie	Voor wanneer (datum)	Status (nog niet begonnen/bezig/voltooid)	Betrekking op bouwsteen