



Helen Dowling Instituut

Psychologische zorg bij kanker

Jaarplannen 2016 en verder

Helen Dowling Instituut



Inhoudsopgave

Jaarplannen 2016 en verder	1	
1 Corporate		4
1.1 Algemeen	4	
1.2 Plannen 2016	4	
1.2.1 E-Health	4	
1.2.2 Business Case verbeteren	4	
1.2.3 Cao GGZ	5	
1.2.4 Sector en Digitaal platform	5	
2 Patiëntenzorg		6
2.1 Hoofddoelen	6	
2.2 Subdoelen	6	
3 Wetenschappelijk onderzoek		7
3.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	7	
3.1.1 Ontwikkelingen op het gebied (psychologisch) onderzoek	7	
3.1.2 Ontwikkelingen op het gebied van psycho-oncologie	7	
3.1.3 Ontwikkelingen op het gebied van e-mental health in de geestelijke gezondheidszorg	8	
3.2 Jaarplannen 2016	8	
3.2.1 Lopende projecten 2016 en vervolg	9	
3.2.2 Fitter na kanker	9	
3.2.3 Be-Mind	9	
3.2.4 Minder Angst voor terugkeer van kanker	9	
3.2.5 Spirvonc	9	
Nieuwe projecten 2016:	10	
3.2.6 Gevoeligheid voor sociale vergelijking	10	
3.2.7 Vervolg Fitter na Kanker	10	

3.2.8	Kwalitatief onderzoek naar online therapie	10
3.2.9	Lunenburg Fatigue Coalition	10
3.2.10	Vervolg Fitter na Kanker II internationaal	10
4	Communicatie	11
4.1	Doelstelling en doelgroepen	11
4.2	Plan van aanpak	11
4.2.1	Verwijzers	11
4.2.2	Potentiele cliënten	12
4.2.2.1	Voorlichtingsmateriaal	12
4.2.2.2	Free publicity	12
4.2.2.3	Online	12
5	Fondsenwerving	13

1 Corporate

1.1 Algemeen

Het Helen Dowling Instituut (HDI) heeft als missie mensen met kanker en hun naasten te helpen de ziekte emotioneel te verwerken.

Primair doen we dat door het bieden van gespecialiseerde psychologische (psycho-oncologische) zorg. Zorg op maat staat centraal en dat kunnen we ook waarmaken vanwege het door het HDI gemaakte Zorgprogramma Psycho-Oncologie, de daaruit voortkomende Zorgpaden en de aanwezigheid van een zeer professioneel, ervaren en gevarieerd team. Het HDI is een GGZ-instelling die valt binnen de Basisverzekering.

In de tweede plaats door het uitvoeren van toegepast wetenschappelijk onderzoek met als doel onze zorg steeds te verbeteren.

In de derde plaats door het bieden van bij- en nascholing aan professionals werkzaam in de oncologie (m.n. medisch specialisten en verpleegkundigen). Dit ziet het HDI als een vorm van indirecte zorg.

1.2 Plannen 2016

1.2.1 E-Health

De wereld van de GGZ is afgelopen jaren (m.n. na 2014) ingrijpend veranderd. Er is onderscheid gemaakt in Basis GGZ (BGGZ) en Specialistische GGZ (SGGZ), diagnostische categorieën zijn vervallen (o.a. aanpassingsstoornis) en sommige interventies vallen niet meer onder de verzekerde zorg (o.a. Mindfulness Based Cognitieve Therapie). Het dwingt het HDI om zich permanent inhoudelijk en organisatorisch aan te passen aan de zich wijzigende wereld. De wijze waarop de overheid (VWS), daaraan gerelateerde instituten (o.a. NZa, ZIN) en zorgverzekeraars de zorgsector telkens voor verrassende en voldoende feiten plaatsen, maakt het plannen voor langere tijd tot deels tot luchtflits. De horizon lijkt maximaal één jaar te zijn. Daar houdt het HDI zichzelf ook aan, maar wil ook verder kijken. We hebben o.a. besloten de komende jaren E-Health als speerpunt te nemen. Het HDI ziet daar de toekomst in. Zowel het toepassen ervan in het kader van blended care, als het zelf ontwikkelen van toepassingen (o.a. online en/of via apps) en het onderzoeken daarvan.

1.2.2 Business Case verbeteren

Daarnaast heeft het HDI het vaste voornemen om de komende jaren steeds verder toe te groeien naar kostendekkend werken om de continuïteit van ons werk beter te kunnen verankeren. Overleg hierover met de zorgverzekeraars had in 2015 een constructief karakter. We zetten die gesprekken voort in 2016. Intern is het HDI erin geslaagd in 2015 hogere productie te draaien en een hoger uurtarief te behalen. Uitbreiding van locaties, meer productie, hogere budgetten, met min of meer gelijkblijvende overhead, zal de financiële situatie van het HDI gezonder maken. De bedachte samenwerking met De Vruchtenburg (DVB), die via een personele unie tot een fusie zou leiden, is voorlopig van de baan. We stellen voor in 2016 door een externe partij een analyse te laten maken van de voor- en nadelen van een fusie om op basis daarvan rationele keuzes te kunnen maken.

1.2.3 Cao GGZ

Al langere tijd heeft het HDI het voornemen de CAO GGZ te gaan volgen. Sinds de zomer 2015 deze opnieuw Algemeen Verbindend verklaard, zodat het HDI ook de plicht heeft die te volgen. In 2016 zullen we verder stappen zetten in samenwerking met de consultants van POZW, met als doel rond de zomer van 2016 de invoering te hebben gerealiseerd. Het streven is om de transitie kostenneutraal te laten verlopen.

1.2.4 Sector en Digitaal platform

Het HDI ziet meer dan ooit de noodzaak voor de eigen sector om zich te manifesteren en te positioneren binnen de GGZ. We moeten hoorbaar en zichtbaar zijn bij m.n. de beleidsmakers en zorgverzekeraars. Zij bepalen het speelveld en delen de gelden uit. Wij hebben duidelijk te maken, zo niet aan te tonen, dat ons werk, de bij kanker gespecialiseerde psychologische zorg, een vak apart is en een toegevoegde waarde heeft. Het HDI heeft daartoe in 2015 de slogan 'Beter en sneller' geïntroduceerd. Onze deskundigheid en ervaring onderscheidt ons van andere reguliere GGZ instellingen. Als onze doelgroep (mensen met kanker en hun naasten) zich daar aanmeldt zal men minder goed en minder snel behandeld worden, een onwenselijke uitkomst voor zowel cliënten als zorgverzekeraars, want is ook duurder.

Het HDI meent dat de huidige branchevereniging, het IPSO, niet voldoet aan de noodzaak tot onderscheidende profilering en positionering. Het onder één dak zitten met inloophuizen werkt averechts. Het HDI pleit voor een eigen sector organisatie. Daarnaast wil het HDI bestaande kennis en ervaring beter beschikbaar maken voor alle psychologen in Nederland die binnen en buiten ziekenhuizen werkzaam zijn binnen de oncologie. Het wil dat doen via een op te zetten digitaal kennisnetwerkplatform. Het HDI is bereid in 2016 voor de sector het voortouw te nemen, maar zal geen initiatief ontwikkelen zolang andere psycho-oncologische centra zich niet achter dit plan hebben geschaard en bereidheid hebben getoond er ook tijd, energie en middelen in te zullen steken.

2 Patiëntenzorg

De patiëntenzorg wil zich in 2016 inhoudelijk en organisatorisch verder ontwikkelen. Deels gericht om nog beter te voldoen aan de eisen van de zorgverzekeraars, deels om in te spelen op te verwachten ontwikkelingen in de toekomst.

2.1 Hoofddoelen

We hebben vier hoofddoelen:

1. Implementatie zorgpaden eerste helft 2016:
 - Zorgpaden SGGZ: eind 2015 klaar, januari 2016 start met implementatie
 - Zorgpaden BGGZ: KOP-model verder implementeren
 - Hieruit volgt dat werken met shared decision making en standaardiseren gebruik ROM verder verbeterd wordt.

Doelstelling: in de loop van 2016 werkt iedereen aan de hand van deze zorgpaden en afwijkingen ervan worden onderbouwd in BO.

2. Implementatie van alle beleidsregels en helder werkproces.
 - Hier hoort bij het invoeren Kwaliteitsstatuut m.b.t. regiebehandelaarschap en uitvoerend behandelaar voor 2017 (zie bijlage)
 - Verdere integratie werkwijze teams Bilthoven, Groesbeek en Arnhem
3. Vergroten en verbeteren contacten met GGZ, duidelijker plaats verkrijgen in GGZ-keten
4. Verdere implementatie E-health en blended care
 - Aantal therapeuten die kunnen werken met Karify: starten met pilot voor gebruik andere modules, psycho-educatie e.d.
 - Visiestuk klaar over gebruik E-health

2.2 Subdoelen

De volgende vier nevendoelelen hebben we voor 2016:

1. Jeugdzorg: visie en beleid helder formuleren, hierbij ook ontwikkelingen WKZ betrekken
2. Arbodiensten aanbod: visie en beleid helder formuleren. Besluit nemen of het past bij het HDI/een werkzaam onderdeel kan zijn van onze diensten.
3. Werken op basis van opleidingsplan en budget voor scholing
4. Werken met DSM-V voor 2017 implementeren

3 Wetenschappelijk onderzoek

3.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

3.1.1 Ontwikkelingen op het gebied (psychologisch) onderzoek

Sinds een aantal fraude zaken op het gebied van psychologisch en medisch onderzoek aan het licht kwam is er discussie op gang gekomen over publicatiedruk, publicatiebias, open acces en de noodzaak van replicatie van onderzoek. Dit heeft geleid tot een verscherping van de regels aangaande transparantie, voorafgaand aan de uitvoering van onderzoeken de methodologie en hypothesen vastleggen in registers (e.g. trialregister.nl) en allerlei initiatieven op het gebied van open access en tot pogingen om replicatieonderzoek op te zetten. Het 'Center for open science' is opgericht om 100 psychologie studies, gepubliceerd in prominente vakbladen, te herhalen in 3 jaar. Uit recent replicatie onderzoek bleek overigens 70% van de sociaal psychologische experimenten niet replicerbaar. Dit heeft ongetwijfeld effect op hoe er tegen de betrouwbaarheid van onderzoek wordt aangekeken. Daarom verwacht ik dat subsidieverstrekkingen strenger zullen gaan kijken naar de methodologie. Kleine steekproeven leiden bijvoorbeeld eerder tot fout positieve resultaten en werving blijkt vaak veel moeizamer dan in de aanvraag wordt gesuggereerd (zie proefschrift Corinne van Scheppingen). Dit maakt het doen van Randomized Controlled Trials nog lastiger.

Prof. Van der Bom, epidemioloog, pleit in haar oratie voor meer aandacht voor een andere stroming dan de evidence-based medicine: learning-based medicine. Hierbij gaat het om kennis uit de dagelijkse klinische praktijk te destilleren. In plaats van "from bench to bedside" wordt het dan "from bedside to bench". Zij vindt dat kennis over diagnosticeren en werking en bijwerkingen van behandelingen nu op een suboptimale manier worden vergaard, geïnterpreteerd en gebruikt. Daarom bepleit ze dat er meer aandacht zou moeten gaan naar leren uit de dagelijkse praktijk en de snelle accurate terugkoppeling van deze kennis naar de spreekkamer en daar is met alle mogelijkheden tot online informatie verzameling ook veel meer mogelijkheid toe dan vroeger. Deze stroming past veel beter bij de mogelijkheden en behoeften van het Helen Dowling Instituut dan de evidence-based stroming, die zich voornamelijk richt op grote Randomized controlled Trials. Ik denk dat we als onderzoeksafdeling ook voor de opgave staan om te laten zien waar onze zorg verschilt van algemene GGZ zorg. We moeten bijvoorbeeld kunnen laten zien wanneer en waarom onze therapeuten soms moeten afwijken van het reguliere depressie of PTSS protocol. Zodat we zorgpaden kunnen maken die richting geven aan onze therapeuten en cliënten en tegelijkertijd recht doen aan de complexe interactie tussen lichamelijke ziekte en klachten en persoonskenmerken en psychische problemen (expertbijeenkomst HDI, september 2015). Hierbij zie ik ook een rol voor de learning-based medicine. Ook past deze stroming bij ons streven werkingsmechanismen van onze behandelingen te onderzoeken, teneinde de zorg te verbeteren. Het HDI zal bij alle toekomstige interventie-effect onderzoeken, net als voorgaande jaren, samenwerking blijven zoeken met andere onderzoeksinstellingen, liefst nationaal of zelfs in Europees verband, vanwege schaalvergroting en het waarborgen van objectiviteit van resultaten. Het Lunenburg Lymphoma Fatigue Consortium (LLFC), een werkgroep van hematologen en psychologen met wie we samen een internationale RCT naar het effect van internettherapie op vermoeidheid aan het opzetten zijn, is hier een eerste voorbeeld van.

Daarnaast zullen we ons komende jaren m.b.v. learning-based medicine en kwalitatief onderzoek meer richten op de werkingsmechanismen van therapie en de afwijkingen van zorgpaden en protocollen die gemaakt worden in de klinische praktijk t.b.v. de cliënt met kanker.

3.1.2 Ontwikkelingen op het gebied van psycho-oncologie

Bram Kuiper heeft het idee gelanceerd om een digitaal platform op te richten dat zich bezighoudt met in oncologie gespecialiseerde psychologische zorg. Dit omdat de IPSO en ook het landelijk overleg te breed georiënteerd is, waardoor onze belangen niet goed vertegenwoordigd worden.

Een belangrijke verdergaande ontwikkeling is patiënten participatie in onderzoek. Vorig jaar werd bij de beoordeling van onderzoeksprojecten bij Pink Ribbon al gebruik gemaakt van patiënten review, deze ontwikkeling zet zich nu ook voort bij KWF. Een groep actieve patiënten is kritisch op



psychosociaal onderzoek, omdat sommigen van mening zijn dat onderzoeksgeld moet gaan naar het vergroten van overlevingskansen. Dat kan een bedreiging vormen en het is daarom zaak goed voor het voetlicht te brengen dat ook de kwaliteit van leven van mensen die kanker overleven van groot belang is. Alpe d'Huzes wil de subsidie niet meer via KWF laten lopen en richt zich op kwaliteit van leven.

Overigens blijft aandacht voor psychosociale zorg voor KWF een belangrijk beleidsdoel, en gaan ze bij het toekennen van projecten ook meer letten op implementatie, ze hebben de procedure voor subsidie aanvragen ingrijpend veranderd. Belangrijkste punten voor ons is dat ze ook pilotonderzoeken en implementatie mogelijk maken en internationaal onderzoek. Dit kan gunstig zijn voor de kans op het gesubsidieerd krijgen van projecten, aangezien onze projecten dicht bij de praktijk liggen en implementatie altijd onderdeel is.

3.1.3 Ontwikkelingen op het gebied van e-mental health in de geestelijke gezondheidszorg

De ontwikkelingen op het gebied van IT gaan razendsnel (Kurzweil) en daardoor zullen de mogelijkheden op het gebied van e-mental health in de geestelijke gezondheidszorg ook steeds ruimer worden en zich snel ontwikkelen. Het huidige onderzoek met de RCT als gouden standaard sluit niet aan bij de snelheid van de digitale ontwikkelingen en mogelijkheden, omdat het veel te langzaam gaat (zie ook oratie Heleen Riper 3-9-2015). Bij Roessingh Research and Development is door Jansen Kosterink een model van onderzoek ontwikkeld (gebaseerd op "the stage approach to evaluation of telemedicine" van DeChant et al., 1996), stepwise approach genoemd, die meer aansluit bij het evalueren van internetinterventies. Zij merkt ook op dat de meeste telemedicine diensten (en dit gaat ook op voor e-mental health) geëvalueerd als op zichzelf staande diensten terwijl om inzicht te krijgen in het effect op de zorg deze diensten als onderdeel van de dagelijkse zorgpraktijk geëvalueerd zouden moeten worden.

Andere manieren van onderzoek die passend kunnen zijn: gebruik maken van Big data en Event sampling (Riper). In Nederland gebeurt er al veel op e-mental health gebied, echter de implementatie in de praktijk kan veel en veel beter (15 % van de cliënten gebruikt het). Michael Milo van de Stichting e-hulp en ook Daan Dohmen analyseren dat de huidige GGZ zorg vooral een zogenaamd 1.0 systeem is, waarbij de therapeut de professional is en de cliënt volgt. Voor een 2.0 systeem is er meer interactie nodig en bij 3.0 gaat het om netwerken, waarbij de cliënt relaties aan gaat met anderen. Zij verwachten dat het belangrijk is toekomstige producten meer te ontwikkelen vanuit de wens van de cliënt, die 24/7 zorg tot zijn beschikking wil hebben. Dit zou een heel andere rol voor de behandelaar betekenen: meer coach en meer zelfsturing door de cliënt (zie ook Digital transformation" van Jo Caudron en Dado Van Peteghem). Zelf ben ik erg benieuwd voor welke groep cliënten dit type hulp geschikt is, ik verwacht dat niet iedereen in staat is tot zelfmanagement. CAREST gaat hierover belangrijke informatie opleveren. Het zou mooi zijn als we een pilot konden doen met het aanbieden van dergelijke coaches gedurende het hele ziekteproces.

Eind 2014 heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) de tweede 'Jaarindex Psychosociaal Oncologisch Onderzoek' uitgebracht, een overzicht van actueel en lopend onderzoek in de psychosociale oncologie (PSO). In deze tweede editie zijn in totaal 122 onderzoeksprojecten opgenomen.

3.2 Jaarplannen 2016

Jaarplan 2016 in het heel kort:

- Voor 2016 zijn de plannen het afronden van het project SPIRVONC met een KWF rapport en artikelen.
- Het afronden van Fitter na Kanker met diverse artikelen en twee promoties en congres bezoek.
- Voortgang van Minder Angst en BeMind, die beide hun data verzameling afronden en artikelen schrijven over de baseline data.

- Voortgang onderzoek Claartje van der Kraan in samenwerking met Thecla Brakel universiteit Groningen over sociale vergelijking.
- Voortgang kwalitatief onderzoek Joost Bruggeman naar verbetering van online interventies. Opzetten van een of meerdere internationale onderzoeksprojecten op gebied van online hulp bij aan kanker gerelateerde vermoeidheid.

3.2.1 Lopende projecten 2016 en vervolg

3.2.2 Fitter na kanker

Het effect van twee verschillende internet therapieën voor vermoeidheid na kanker wordt onderzocht in het vierjarige onderzoeksproject 'Fitter na kanker'. Dit onderzoek dat door KWF-Alped'Huzes gefinancierd wordt, betreft een samenwerking met Roessingh Research and Development. Met dit project zullen we de volgende onderzoeksvragen beantwoorden: Wat is het effect van beide interventies op vermoeidheid, welbevinden en ervaren werkvermogen? Welke interventie werkt voor wie en wat zijn de werkingsmechanismen? In 2016 zullen de data worden geanalyseerd en gepubliceerd. (zie ook het publicatieplan van Fieke Everts op de Z schijf (Z:\Wetenschappelijk Onderzoek\Projecten\Fitter na kanker\plan van aanpak\mijn opleidingsplan) en de voortgangsrapportage voor KWF (Z:\Wetenschappelijk Onderzoek\Projecten\Fitter na kanker\voortgangsverslagen)).

3.2.3 Be-Mind

Een RCT waarin we de kosteneffectiviteit onderzoeken van individuele online aandachtgericht cognitieve therapie en face to face groepen versus gebruikelijke zorg voor vrouwen met borstkanker met angst en of depressieve klachten. Hierin zullen ook DSM benoemde stoornissen worden vastgesteld, zodat we ook aan zorgverzekeraars en CvZ kunnen laten zien dat de interventie werkt bij deze GGZ doelgroep. De Pink Ribbon subsidie voor dit project, een samenwerking met Prof. A. Speckens van Radboud Universiteit Nijmegen en alle IPSO therapeutische centra, is aangevuld met extra fondsen geworven in 2014, vanwege het schrappen van MBCT uit het verzekerde pakket. De baseline data zullen worden geanalyseerd in 2016. Dit zal informatie o.a opleveren over het aantal DSM-geclassificeerde angst- en stemmingsstoornissen er zijn in de populatie.

3.2.4 Minder Angst voor terugkeer van kanker

Een studie naar de kosteneffectiviteit van de online zelfhulp Minder Angst voor terugkeer. Dit project betreft een samenwerking met Prof. J. de Vries van Universiteit Tilburg en hoofd afdeling medische psychologie van het St. Elisabeth ziekenhuis. In de uitvoering doen ook weer alle IPSO therapeutische centra mee en een aantal ziekenhuizen verspreid over Nederland. In 2016 zal de follow up worden afgerond en zullen interviews plaatsvinden over de ervaringen met minderangst.nl. Over de implementatie bijeenkomst zal een verslag worden geschreven met verbeterpunten voor de implementatie van blended werken met het online programma Minder Angst.

3.2.5 Spirvonc

Het in 2011 gestarte onderzoek 'Steun en insPIRatie door Verpleegkundigen in de curatieve ONCologie' zal in 2016 worden afgerond met een mooi rapport voor KWF, later gevolgd door artikelen.



Nieuwe projecten 2016:

3.2.6 Gevoeligheid voor sociale vergelijking

Om interventies steeds beter te laten aansluiten bij de persoon is het belangrijk te weten wat voorspellers zijn voor effect van de behandeling. Uit eerder onderzoek i.s.m. Thecla Brakel van de Rijksuniversiteit Groningen blijkt dat de gevoeligheid voor sociale vergelijking belangrijk kan zijn voor het effect van een behandeling en zeker als indicator voor eventuele deelname aan groepsbehandeling. Ook kan het zijn dat uit vervolg onderzoek blijkt dat mensen die hier erg gevoelig voor zijn de meeste baat hebben bij een online behandeling, waarbij ze helemaal niet worden geconfronteerd met sociaal vergelijkingsmateriaal. Claartje van der Kraan, KP-er in opleiding zal in het kader van deze opleiding een vervolg onderzoek uitvoeren naar hoe we dit effect van sociale vergelijking bij mensen met kanker mee kunnen nemen bij de indicatiestelling. Dit in samenwerking met dr. Brakel. Mogelijkheden voor subsidie zullen worden onderzocht.

3.2.7 Vervolg Fitter na Kanker

In samenwerking met prof Vollenbroek van Roessingh Research en Development willen we een intelligent systeem ontwikkelen dat op basis van medische data, patiënt voorkeuren etc adviezen krijgt voor behandelingen of informatie voor kanker-gerelateerde vermoeidheid. Het idee is deze aanvraag in te dienen bij STW. <http://www.stw.nl/sites/stw.nl/files/Partnership-STW-KWF-Call-for-proposals.pdf>

3.2.8 Kwalitatief onderzoek naar online therapie

In samenwerking met de universiteit voor Humanisitek en Prof. H. Lente van Science and Technology studies universiteit Maastricht schrijft Joost Bruggeman een onderzoeksvoorstel, voortbouwend op zijn masterthese en deelname aan interviews met deelnemers aan Fitter na Kanker en deelnemers aan Minder, alsmede onderzoek naar supervisie. We hopen daarvoor subsidie te vinden bij Roparun of KWF.

3.2.9 Lunenburg Fatigue Coalition

In samenwerking met de Lunenburg Fatigue Coalition zijn we bezig met een aanvraag waarin we CGT voor kanker-gerelateerde vermoeidheid aan gaan bieden online.

3.2.10 Vervolg Fitter na Kanker II internationaal

In samenwerking met T. De la Court die werkt in Anderson ziekenhuis, willen we naar het effect van een interventie voor kanker-gerelateerde vermoeidheid kijken op een immunologie uitkomstmaat.



4 Communicatie

4.1 Doelstelling en doelgroepen

Doelstelling

- Missie: groei van aantal aanmeldingen vestigingen + online therapie (gem. 28 aanmeldingen per week).
- Primaire communicatiedoelstelling: vergroten naamsbekendheid vestigingen (focus op Groesbeek en Arnhem) en online therapie

Doelgroep

- Primair:
 - Verwijzers
 - Potentiele cliënten

Focus communicatie activiteiten 2016-2020:

- Belangrijkste bron aangegeven door cliënten:
 1. Mond-tot-mond
 2. Verwijzer
 3. Online
- Activiteiten die daar uit voortvloeien:
 - a. Mond-tot-mond: ambassadeurschap (ex)cliënten uitbouwen. 1^e stap is in 2015 gezet (cliënten benaderd), nu verder uitbouwen
 - b. Verwijzer: aansluiten bij nascholingsbijeenkomsten en eigen nieuwsbrief maken
 - c. Online: online vindbaarheid verbeteren (Google Grants advertenties, website, social media kanalen verder uitbouwen etc.)
- Verder:
 - Publiciteit genereren
 - Interne communicatie optimaliseren: nieuwe initiatieven zoals MT vragenhalfuur, maar ook interne nieuwsbrief evalueren en behoeftes collega's nagaan
 - Nieuwe communicatiemiddelen ontwikkelen (content strategie): infographics, animatiefilms, blogs, verschillende soorten nieuwsbrieven etc.

4.2 Plan van aanpak

Het HDI wil de bekendheid met de psycho-oncologie vergroten bij de doelgroep en de naamsbekendheid met het HDI in de regio Bilthoven, de regio Groesbeek/Arnhem en landelijk voor de therapie *Minder moe bij kanker*. Hoe vergroot je de naamsbekendheid bij de doelgroep? Door het HDI op een aansprekende manier onder de aandacht te brengen op plekken waar potentiele cliënten komen. Continu. Focus in 2016 zal liggen op:

4.2.1 Verwijzers

a) Voorlichtings- en scholingsbijeenkomsten

Uit onderzoek onder huisartsen, dat het HDI in 2015 liet uitvoeren, bleek dat scholingsbijeenkomsten effectieve manieren zijn om grote groepen huisartsen te bereiken. Daarom zal het HDI de komende jaren de contacten met de scholingsorganisaties aanhalen, en nagaan of wij een bijdrage kunnen leveren aan hun geaccrediteerde bijeenkomsten.

b) Redactionele aandacht in vakmedia

Uit hetzelfde onderzoek bleek dat huisartsen worden overspoeld met aanvragen en informatie. Zij zijn daarom selectief in wat zij tot zich nemen en vinden de afzender belangrijk. LHV, NHG en ziekenhuizen benaderen voor redactionele aandacht. Titels als Medisch Contact en Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde benaderen voor redactionele aandacht.

c) HDI Nieuwsbrief voor verwijzers

Conclusie uit het onderzoek was dat huisartsen overspoeld worden door nieuwsbrieven en ander soort informatie. Toch gaven ze ook aan dat het HDI te weinig communiceert en dat ze weinig voorbij zien komen. Daarom zal het HDI 2x per jaar een digitale nieuwsbrief versturen naar huisartsen met nieuws. Deze nieuwsbrief kan gemaakt worden met Mailchimp, een online tool, waardoor we ook inzicht hebben in de statistieken (wordt de nieuwsbrief wel/niet goed gelezen, wat voor soort artikelen doen het wel/niet goed etc.). Op basis daarvan kunnen we besluiten om dit wel/niet in de toekomst te blijven inzetten. Het HDI zal het komende jaar ook de behoeftes peilen bij andere verwijzers (denk aan verpleegkundigen, medisch specialisten etc.).

4.2.2 Potentiele cliënten

Communicatieactiviteiten gericht op het vergroten van de naamsbekendheid van het HDI bij de potentiële cliënt:

4.2.2.1 Voorlichtingsmateriaal

Zorgen dat we met het juiste voorlichtingsmateriaal op de juiste plek aanwezig zijn (folderrondes langs huisartspraktijken, ziekenhuizen etc.).

4.2.2.2 Free publicity

Het HDI benadert de media proactief voor gratis publiciteit. Om deze publiciteit te realiseren, zijn actuele aanleidingen nodig. Uit ervaring weten we dat fondsenwervende activiteiten goede 'haakjes' zijn voor publiciteit.

4.2.2.3 Online

Ook online liggen er verschillende kansen om aandacht te vestigen op de psycho-oncologie en het HDI. In 2015 ontwikkelde bureau Jalt in opdracht van het HDI een Facebookcampagne om de online therapie Minder moe bij kanker te promoten. In 2016 zal het HDI deze campagne opnieuw inzetten. Mochten de aanmeldingen voor de vestigingen achterblijven, dan wil het HDI een Facebookcampagne ontwikkelen en inzetten. Tevens willen we input leveren (denk aan persoonlijke verhalen en informatie) aan redacties van fora en websites en onze eigen social media inzetten.

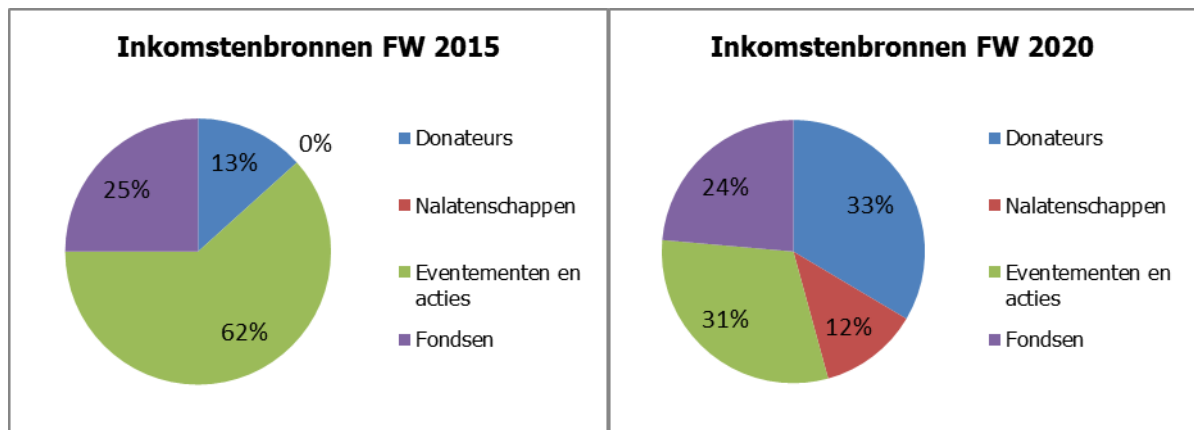
5 Fondsenwerving

Jaarlijkse doelstelling

€ 600.000,- na aftrek van kosten (voor alle locaties samen).

Koerswijziging 2016-2020

De komende vijf jaar werken we toe naar een andere opbouw van de inkomsten uit fondsenwerving:



Rode draad (draden) bij koerswijziging

- Stevige, duurzame FW basis creëren (donateurs, nalatenschappen).
- Verminderde afhankelijkheid van inkomsten uit evenementen (afscheid nemen van Gala, Funky Fundraiser).
- Nu zaaien, straks oogsten: nu investeren (in geld en tijd) in FW technieken die pas na verloop van tijd zullen renderen.
- Accepteren dat we te maken krijgen met een financieel tekort waarvoor we de komende jaren (veel) extra geld zullen moeten werven. Het zwaartepunt van het tekort ligt in 2016 en moet in 2020 nul zijn.
- Alle hands aan dek: collega's beter informeren en betrekken bij de werving.

Speerpunten 2016

- Nalatenschapswerving i.s.m. extern expertisecentrum.
- Donateurswerving met focus op structurele donaties (Vrienden, Club van 500, volmachtscheningen).
- Werving (vermogens)fondsen.
- Continueren succesvolle eigen evenementen (golftoernooien, Damloop) en acties derden (Werkplaats, Vierdaagse, collectes etc).
- Organiseren nieuw fondsenwervend evenement (nader in te vullen)
- Werving additionele financiële middelen t.b.v. koerswijziging (zie hierboven).
- Verhogen kwaliteit: inzicht en transparantie zowel intern als extern door invoeren kwartaalrapportage, implementeren nieuw validatiestelsel Goede Doelen, behoud ANBI status etc.