

BURGERPARTICIPATIE EN POSITIEVE GEZONDHEID IN DE HUISARTSENZORG

Regio Deal Noord-Limburg

EINDRAPPORTAGE

Monique Leenders

Geert Rutten

Miranda Laurant

18 maart 2024

COLOFON

Deze rapportage is ontwikkeld in het kader van het project Burgerparticipatie en Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk. Regio Deal Noord-Limburg (Aanvraag subsidie Regiodeal nummer 20210225).

Uitgevoerd door:

Dit project is een samenwerkingsproject van het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Academie Gezondheid en Vitaliteit verbonden aan de HAN University of Applied Sciences en huisartsencoöperaties Syntein en Cohesie. Burgerkracht participeert in de Stuurgroep.



Subsidieverstrekker:

provincie limburg



*Met de Regio Deal Noord-Limburg wordt een stevige gezamenlijke impuls gegeven aan een gezond, ondernemend en veilig Noord-Limburg. De Regio Deal Projecten worden gefinancierd vanuit Rijksbijdrage, Provinciale bijdrage en Regio-bijdrage (samenwerkende gemeenten).
Zaaknummer 21021/0298.*

Auteurs:

Monique Leenders
Geert Rutten
Miranda Laurant

Contact:

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:
Lectoraat.ozd@han.nl

Copyright:

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding.

Deze resultaten van het onderzoek als volgt citeren: Leenders M, Rutten G, Laurant M. (2024).

Burgerparticipatie en Positieve Gezondheid in de huisartsenzorg. Regio Deal Noord-Limburg Nijmegen: HAN University of Applied Sciences.

Datum: 18 maart 2024

Disclaimer:

De opdrachtgever van het onderzoek is de Huisartsencoöperatie Syntein (penvoerder). Het betrof een samenwerking met Cohesie, VOF Bestaan en de HAN University of Applied Sciences. Namens VOF Bestaan participeerde Stichting Burgerberaad Limburg in de Stuurgroep. De Regio Deal projecten worden gefinancierd vanuit Rijksbijdrage, Provinciale bijdrage en Regio-bijdrage (samenwerkende gemeenten) (Zaaknummer 21021/0298). Het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening van de HAN University of Applied Sciences te Nijmegen is de uitvoerder van het onderzoek. De projectgroep en de stuurgroep van het project hebben kritisch meegekeken in het onderzoek en feedback gegeven op de eindrapportage. De inhoud van dit onderzoeksrapport representeert daarmee niet noodzakelijkerwijs de standpunten van de afzonderlijke leden van de project- en stuurgroep of de project- en stuurgroep als geheel. De rechten op de inhoud liggen bij de auteurs die het onderzoek hebben uitgevoerd.

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	16
2	METHODE	20
	2.1 Design	20
	2.2 Populatie	21
	2.3 Methode vragenlijsten	22
	2.4 Methode interviews & observatie bijeenkomsten.....	23
3	RESULTATEN	25
	3.1 Resultaten vragenlijsten voor de totale groep	25
	3.1.1 Respons en samenstelling van de steekproef.....	25
	3.1.2 Resultaten.....	26
	3.2 Resultaten van interviews, observaties en vragenlijsten van de zeven locaties	32
	3.2.1 Samenstelling van de steekproef voor de interviews	32
	3.2.2 Respons en samenstelling van de steekproef van de vragenlijsten	32
	3.2.3 Resultaten van de huisartsen	33
	3.2.4 Resultaten van de welzijnscoaches.....	37
	3.2.5 Resultaten van de Dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven	39
	3.2.6 Verbetering van de samenwerking	41
4	GELEERDE LESSEN	42
	4.1. Positieve Gezondheid/Welzijn op Recept (WoR)	42
	4.2. Samenwerking huisartsen/welzijnscoaches/dorpsondersteuners/ inwonerinitiatieven	43
	4.3. Kennis/vaardigheden welzijnscoaches	45
	4.4. Dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven.....	46
	4.5. Inwoners.....	46
	4.6. Randvoorwaarden/rol gemeente.....	46
5	DISCUSSIE/CONCLUSIE.....	48
6	AANBEVELINGEN	51
7	DANKWOORD.....	54
	REFERENTIES.....	55
	BIJLAGEN.....	64

VOORWOORD

Voorliggende rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek dat uitgevoerd is naar samenwerking tussen huisartsenpraktijken en inwonersinitiatieven. Dit onderzoek liep parallel aan de uitvoering en implementatie van het concept Positieve Gezondheid en Meer Tijd voor de Patiënt in 25 huisartsenpraktijken in Noord-Limburg. Deze implementatie werd actief begeleid door implementatie/regiecoaches verbonden aan de huisartsencorporaties Syntein, Cohesie en VOF Bestaan. Hiervoor maakten zij gebruik van verschillende implementatie strategieën die naar behoeften van de huisartsenpraktijken werden ingezet. De implementatie strategieën waren erop gericht de samenwerking van huisartsenpraktijken met burgerinitiatieven, onder andere via Welzijn op Recept, te versterken

Het project kende oorspronkelijk een looptijd van 3 jaar met startdatum 1 januari 2021. Omdat de toekenningsdatum lag op 12 mei 2021 was de feitelijke start van het project medio 2021. Het oorspronkelijke evaluatieplan dateert van 17 december 2020 en was gebaseerd op de oorspronkelijke aanvraag, gedateerd 16 mei 2020 ("deelproject *Burgerinitiatieven en huisartsenzorg in tijden van Corona en erna. Hoe (nu verder)?*"). In het onderzoek zou de focus liggen op de rol van inwonerinitiatieven. Op basis van een latere start van de instroom van huisartspraktijken dan oorspronkelijk was gepland en wijzigingen gedurende de looptijd van het project, is het evaluatieplan in afstemming met het projectteam, het monitoringteam en de Stuurgroep én goedkeuring van de Provincie Limburg op 19 augustus 2022 gewijzigd. Daarmee is de focus van de evaluatie verschoven naar de samenwerkingsketen huisartsenpraktijk - welzijnscoach - dorpsondersteuner – inwonerinitiatieven. Hierbij zouden, naast de vragenlijstanalyse van de totale groep, bij een steekproef van 7 huisartsenpraktijken en daaraan verbonden welzijnscoaches, aanvullend op de vragenlijsten interviews worden afgenomen en een verdiepende analyse worden uitgevoerd. Indien bekend en bereid zijn ook inwonerinitiatieven hierin meegenomen.

In de eerste fase na toekenning van het project is besloten om meer nadruk te leggen op Welzijn op Recept als belangrijke interventie om de samenwerking tussen huisartspraktijken en inwonerinitiatieven te bevorderen. De implementatie van Welzijn op Recept kende een gefaseerde opbouw, vanaf begin 2022. Ten tijde van de voormeting (T0-vragenlijst) waren op een beperkt aantal locaties welzijnscoaches werkzaam. Per april 2023 waren op alle locaties welzijnscoaches in functie en hadden alle deelnemende huisartsenpraktijken de mogelijkheid gebruik te maken van Welzijn op Recept. De late installatie van sommige welzijnscoaches had tot gevolg dat ten tijde van de nameting (T1-vragenlijst) de welzijnscoaches op enkele locaties pas recentelijk werkzaam waren. Hierdoor is het mogelijk dat de volledige impact van de inzet van welzijnscoaches op de samenwerking tussen huisartspraktijken en inwonerinitiatieven nog niet volledig zichtbaar is in de resultaten zoals die in dit rapport worden beschreven. Dit rapport beschrijft daarmee een afgebakende periode binnen een doorlopend ontwikkelingsproces.

Dat neemt niet weg dat het onderzoek resulteert in een aantal belangrijke inzichten die onder meer in de beleidssamenvatting puntsgewijs zijn beschreven. Deze inzichten zijn gebaseerd op zowel de uitkomsten van het vragenlijst onderzoek uitgevoerd bij alle locaties als de geïntegreerde uitkomsten van de vragenlijsten en aanvullende interviews bij een steekproef van 7 locaties.

Vanuit hun onafhankelijke positie hebben de onderzoekers een zorgvuldige afweging gemaakt in de beschrijving van de resultaten, inzichten, conclusies en aanbevelingen. Een van de aanbevelingen is het uitvoeren van een follow-up meting in 2024, waarmee de effecten van de inzet van Welzijnscoaches (die dan gedurende een langere periode verbonden zijn aan de huisartsenpraktijken) kan worden vastgesteld.

Wij wensen de lezers veel leesplezier en hopen dat de inzichten en aanbevelingen houvast geven voor verdere implementatie en borging in de praktijk.

Miranda Laurant
Lector Organisatie van Zorg en Dienstverlening
HAN University of Applied Sciences

BELEIDSSAMENVATTING

De zorg staat onder druk. Om de houdbaarheid van de zorg in de toekomst te kunnen garanderen zijn er in verschillende akkoorden afspraken gemaakt om de samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociale domein te bevorderen. Het project 'Burgerparticipatie en Positieve Gezondheid in de huisartsenzorg (nummer 20210225)¹ beoogt een vergaande samenwerking tussen huisartsenpraktijken en informele zorg bij patiënten die met niet-medische problemen een huisartsenpraktijk bezoeken te realiseren.

Of deze vergaande samenwerking tot stand is gekomen, is onderzocht met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het doel van het onderzoek was het in kaart brengen van in hoeverre informele zorg een (grotere) rol gaat spelen bij de toepassing van Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk, waarin zich dat uit, hoe de samenwerking verloopt tussen huisartsenpraktijken met informele zorg en hoe deze samenwerking vorm krijgt. De verwachting daarbij was dat het onderzoek inzichten zou geven in factoren die van invloed zijn op het tot stand komen van de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk, intermediairs (zoals welzijnscoach of dorpsondersteuner)² en inwonersinitiatieven. Daarnaast was de verwachting dat het inzichtelijk zou worden in welke mate er in de praktijk wordt gewerkt volgens het concept Positieve Gezondheid en Meer Tijd voor de Patiënt. Van beide werd verwacht dat dit zou functioneren als een vliegwiel voor de samenwerking, omdat hiermee niet-medische problemen eerder zichtbaar zouden zijn en deze patiënten 'doorverwezen' konden worden naar passende ondersteuning in de nulde lijn dan wel in het sociale domein.

In deze beleidssamenvatting worden de belangrijkste inzichten en bevindingen weergegeven die uit het onderzoek naar voren kwam.

Het project heeft een langere aanlooptijd gehad. De intermediairs, meer specifiek de welzijnscoaches³, zijn in verschillende gemeenten gefaseerd ingevoerd. Per april 2023 was voor alle aan het onderzoek deelnemende huisartsenpraktijken een welzijnscoach actief. Dit had tot gevolg dat ten tijde van de eindmeting in verschillende huisartsenpraktijken welzijnscoaches pas gedurende enkele maanden werkzaam waren⁴. De resultaten van dit onderzoek moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de effecten van de inzet van welzijnscoaches mogelijk pas op langere termijn (>1 jaar inzet) zichtbaar zijn.

¹In het onderzoeksvoorstel wordt uitgegaan van de term *Burgerinitiatieven*. Uit het onderzoek *Samenredzaamheid* (Van Wijk et al., 2023) komt echter naar voren dat burgers zelf het woord *burger* associëren met beleiden beleidsinstanties. Zij geven er de voorkeur aan de term *'inwoner'* te gebruiken. In voorliggend rapport wordt dan ook steeds verwezen naar *inwoners* in plaats van *burgers*.

²Een *welzijnscoach* kan werkzaam zijn 1) vanuit een *welzijnsorganisatie* of als *zzp'er*, 2) als *dorpsondersteuner* of *wijkverbinder* werkend voor een *dorpsinitiatief* of 3) de taken van een *welzijnscoach* worden vervuld door een *dorpsondersteuner* werkend voor *dorpsinitiatief*. Niet alle *dorpsondersteuners* werken in de functie van *welzijnscoach*; omdat het aantal *dorpsondersteuners* dat werkzaam is in deze functie beperkt is gebruiken we de term *'intermediair'* of *'welzijnscoach'*. Als we de term *dorpsondersteuner* gebruiken, dan zijn ze binnen het *Regiodeal* project niet formeel aangesteld in de functie van *welzijnscoach*.

³Op de T1 meting, waren er 15 *welzijnscoaches* aangesteld. Daarnaast waren er 4 *dorpsondersteuners* werkzaam die ook taken hadden als *welzijnscoach*.

⁴De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op gegevens die verzameld zijn vanaf april 2022 (T1-vragenlijst) en augustus 2023 (laatste verzending T1-vragenlijsten).

Belangrijkste inzichten

1. **Positieve gezondheid:** Positieve Gezondheid vraagt om een andere manier van werken. Uit de interviews blijkt dat in de deelnemende huisartsenpraktijken Positieve Gezondheid beperkt ingebed is in de dagelijkse praktijk. Ook in praktijken die hiervoor al trainingen hebben gevolgd, blijkt dit niet de standaard werkwijze. Het lijkt erop dat men nog onvoldoende doordrongen is van het belang om te werken volgens dit concept. Om dagelijks te werken vanuit dit gedachtengoed is een gedragsverandering nodig. Om een gedragsverandering tot stand te brengen, is het zinvol gebruik te maken van een mix van actieve implementatiestrategieën. In het project zijn, bijvoorbeeld in de Toolkit Positieve Gezondheid, formats van verschillende implementatie- strategieën aangeboden, zijn huisartsenpraktijken begeleid in de keuze voor deze strategieën en in de voortgang van de implementatie. Uit de interviews is echter gebleken dat desondanks weinig gebruik gemaakt is van deze implementatiestrategieën. Bij één van de huisartsenorganisaties is op intranet ook materiaal beschikbaar dat huisartsen kan ondersteunen in het toepassen van Positieve Gezondheid en het voeren van het andere gesprek. Het lijkt er echter op dat deze informatie huisartsen onvoldoende houvast biedt om het andere gesprek te voeren en om op basis daarvan patiënten te kunnen doorverwijzen.
2. **Meer Tijd voor de Patiënt:** Het feit dat er Meer Tijd voor de Patiënt is geïmplementeerd, betekent niet automatisch dat ook vanuit het concept Positieve Gezondheid wordt gewerkt. Het met regelmaat organiseren van intervisiebijeenkomsten, zoals dat op een enkele locaties is gedaan, kan eraan bijdragen dat het werken volgens het concept Positieve Gezondheid een automatisme wordt in de dagelijkse consultvoering. Implementatiecoaches kunnen, bij voorkeur ondersteund door een change agent die werkzaam is in de praktijk, een belangrijk rol vervullen om ondersteuning te bieden, totdat huisartsen, praktijkondersteuners en andere medewerkers in de huisartsenpraktijk het werken volgens het concept Positieve Gezondheid succesvol in de dagelijkse praktijk hebben geïmplementeerd. Omdat de behoefte aan ondersteuning en de duur van dit proces per praktijk verschillend zullen zijn, is het van belang deze ondersteuning 'op maat' te geven en erop in te zetten dat het eigenaarschap bij de praktijk komt te liggen.
3. **Welzijn op Recept en competenties welzijnscoaches:** Gedurende de looptijd van het project is ervoor gekozen om Welzijn op Recept (WoR) op alle locaties te implementeren (besluit 2021, implementatie vanaf 2022). Hiermee is het voor huisartsen en ander zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk mogelijk gemaakt om patiënten met niet-medische problemen te verwijzen naar een welzijnscoach. Van welzijnscoaches wordt verwacht dat zij de verbindende schakel zijn tussen huisartsen en de informele zorg. Dit vraagt om specifieke kennis en gedegen netwerkvaardigheden. Hoe op dit moment de rol van welzijnscoach wordt vormgegeven en in hoeverre ze al een netwerk met inwoners(initiatieven) hebben hangt niet alleen van de duur van hun inzet af, maar ook van de werkervaring en de achtergrond van de welzijnscoach. Ook heeft het tijd nodig een netwerk op te bouwen met name als het een nieuwe functie is voor de welzijnscoach of een welzijnscoach van buiten de gemeenschap is aangesteld. Een aantal welzijnscoaches heeft op het moment van afsluiten van het onderzoek al een netwerk, maar

anderen moeten dit nog opbouwen. Uit het onderzoek blijkt dat welzijnscoaches nog weinig direct contact met inwoners hebben.

Het is belangrijk dat welzijnscoaches geschoold worden in hun netwerkvaardigheden, vooral voor de verbinding met informele partners en dat zij vanuit huisartsencoöperaties en gemeenten ondersteund worden bij het opbouwen en onderhouden van een netwerk. In de training van de aan het onderzoek deelnemende welzijnscoaches heeft de focus gelegen op het vormgeven van de interdisciplinaire samenwerking tussen huisartsen en welzijnscoaches en is er minder aandacht geweest voor het opbouwen van een netwerk met de informele zorg. Er zijn echter initiatieven om dit in een training op te nemen.

De meeste welzijnscoaches hebben naast deze functie ook een functie van bijvoorbeeld dorpsondersteuner of maatschappelijk werker. Hoewel dit een verrijking kan zijn, geven welzijnscoaches aan dat het ook kan leiden tot rolverwarring zowel voor de welzijnscoach zelf als voor inwoners. Van professionals zoals de welzijnscoach wordt echter verwacht dat ze de competenties en vaardigheden hebben om deze rollen waar nodig te scheiden en helderheid te kunnen geven over hun functie en de daarbij behorende taken en verantwoordelijkheden.

- 4. Wijze van samenwerken:** Betrokkenen hebben een grote bereidheid tot samenwerking om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren. Het belang van een goede samenwerking wordt daarbij erkend. We zien in de resultaten van de interviews en vragenlijstonderzoek dat de deelnemers ervaren dat de samenwerking is verbeterd. Samenwerken vraagt om structureel overleg, het maken van afspraken, het opbouwen van onderling vertrouwen en de intentie te investeren in een goede samenwerking. Respondenten vinden deze tijdsinvestering de moeite waard. Er lijkt een positieve attitude te zijn ten opzichte van Welzijn op Recept en de tijdsinvestering die dit vraagt om met elkaar samen te werken. Tot nu toe ervaren huisartsen en de praktijkondersteuners echter nog niet dat dit heeft geleid tot meer ruimte voor de eigen taken (i.e. medische zorg) of een toename van het aantal verwijzingen per welzijnscoach. Het feit dat op het moment van afname van de vragenlijsten en de interviews op meerdere locaties Welzijn op Recept pas kort was opgestart speelt hier mogelijk een rol in.

In de interviews en de vragenlijsten komt regelmatig terug dat er nog verbetering nodig is in de terugkoppeling en in het nakomen van afspraken. Huisartsen ontvangen graag een terugkoppeling van de welzijnscoaches over hetgeen is besproken en welke acties zijn uitgezet. Heldere afspraken met betrekking tot de terugkoppeling, het nakomen van deze afspraken en het delen van successen kan eraan bijdragen dat de aandacht voor Welzijn op Recept bij huisartsen niet afneemt en dat het succesvol geïmplementeerd kan worden in de huisartsenpraktijk.

- 5. Verwijzingen:** Voor zowel huisartsen als welzijnscoaches is het relevant in kaart te brengen welke patiënten kunnen worden doorverwezen naar Welzijn op Recept. Omdat dit lang niet altijd helder is vinden er soms 'oneigenlijke' verwijzingen plaats. Eerder is al aangegeven dat een aantal huisartsen het voeren van het andere gesprek moeilijk vinden. Een brede inventarisatie van het gezondheidsprobleem van de patiënt staat echter aan de basis van een

juiste verwijzing. Aanvullend kan het zinvol zijn om, zeker in het begin van de samenwerking enkele gezamenlijke consulten te voeren, of met elkaar in een intervisie of interdisciplinair overleg casuïstiek te bespreken, om beter zicht te krijgen op welke patiënten en type vragen/problemen kunnen worden verwezen naar de welzijnscoach. Op deze wijze leert men van en met elkaar en leert men middels de dialoog elkaar ook beter kennen. Op sommige locaties gebeurt dit al alleen wordt dit nog niet structureel ingepland.

Opvallend was dat zowel huisartsen als welzijnscoaches *eenzaamheid* vaak noemden als onderliggend niet-medisch probleem bij patiënten die de huisarts bezoeken en die naar een welzijnscoach worden doorverwezen. De vraag is of dit daadwerkelijk het meest voorkomende probleem is of dat het relatief eenvoudig in een gesprek kan worden gesignaleerd, terwijl dat voor andere onderliggende niet-medische problemen moeilijker is. Mogelijk kan het structureel inzetten van het concept Positieve Gezondheid en met name het voeren van het 'andere gesprek' ertoe bijdragen dat ook andere onderliggende psychosociale problemen beter (h)erkend worden, waarmee ook een toename in het aantal patiënten dat wordt doorverwezen, kan worden bereikt.

- 6. Samenwerking met dorpsondersteuners:** Dorpsondersteuners, of equivalente functionarissen zoals de wijkverbinder, kennen een dorp/wijk en staan ten dienste van de gemeenschap. Ze zijn laagdrempelig bereikbaar voor inwoners en worden door inwoners gemakkelijk gevonden als eenmaal bekend is dat ze er zijn. De taken van dorpsondersteuners lijken dicht te liggen bij de taken die ook door welzijnscoaches worden uitgevoerd. In bijeenkomsten rondom Welzijn op Recept en in diverse interviews komt naar voren dat dorpsondersteuners in de toekomst wellicht taken kunnen overnemen van de welzijnscoach zodat er voor inwoners een schakel minder is in het professionele circuit. In sommige bij het onderzoek betrokken gemeenten wordt de rol van welzijnscoach reeds uitgevoerd door een dorpsondersteuner. In vijf gemeenten is er sprake van een combinatie van een welzijnscoach en een dorpsondersteuner die mensen bij niet-medische problemen en vragen ondersteunen. Op locaties waar zowel een welzijnscoach als een dorpsondersteuner aanwezig is, is het raadzaam dat zij korte lijnen onderhouden. Dit biedt voor de welzijnscoach een goede verbinding met de inwoners en voor inwoners blijft hun laagdrempelige ondersteuningsvoorziening, die geboden wordt door de dorpsondersteuner, behouden. Ten tijde van het onderzoek was in de meeste gemeenten de samenwerking tussen dorpsondersteuner en welzijnscoach echter nog gering. Ook zijn dorpsondersteuners veelal minder betrokken bij de verschillende vaak top-down georganiseerde samenwerkingsverbanden, waarbij toch nog vooral professionele zorg en welzijn zijn betrokken. Niet in alle dorpen/wijken is een dorpsondersteuner aanwezig. In dorpen/wijken waar deze niet aanwezig is kan overwogen worden deze aan te stellen en inwoners te stimuleren deze rol op zich te nemen, waarbij een goede afstemming met en afspraken over taken en verantwoordelijkheden met welzijnscoaches en huisartsen van belang is.

7. **Inwonerinitiatieven:** Gedurende de looptijd van het onderzoek werden inwonerinitiatieven niet of nauwelijks betrokken bij de samenwerking. Contacten die er waren tussen huisartsenpraktijken en inwonerinitiatieven waren er al voor aanvang van het project. Huisartsen zijn in de loop van het project niet of nauwelijks meer gaan samenwerken met inwonerinitiatieven. Het aantal directe contacten van huisartsen met individuele inwoners en inwonerinitiatieven is na invoering van de welzijnscoach afgenomen. Huisartsen geven hiervoor als reden aan dat er te veel inwonerinitiatieven zijn en dat het voor hen onmogelijk is dit bij te houden. Ook wonen huisartsen vaak niet in het dorp/wijk waar ze werkzaam zijn waardoor de (natuurlijke) binding met de lokale gemeenschap niet meer vanzelfsprekend is. Zij gaven aan behoefte te hebben aan één aanspreekpunt voor patiënten met niet-medische problemen. De welzijnscoach lijkt, ook als die rol wordt ingevuld door een dorpsondersteuner, in die behoefte te voorzien.
8. **Inzet praktijkondersteuner (POH):** Bij een aantal praktijken is er een samenwerking tussen de welzijnscoach en de POH (POH-S en POH-GGZ), bij andere praktijken is deze er niet of minder en zijn POHs ook niet goed op de hoogte van de samenwerking met verschillende partners. Ook POHs zien echter met enige regelmaat patiënten met niet-medische problemen. Zij kunnen actiever betrokken worden bij Welzijn op Recept, zowel in de samenwerking met de huisarts als ook rechtstreeks met de welzijnscoach en dorpsondersteuners.
9. **Betrokkenheid van inwoners:** Inwoners zijn nauwelijks op de hoogte van het concept Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept. Ook ervaren huisartsen dat een gesprek over de psychosociale situatie en/of een verwijzing naar een welzijnscoach niet door alle patiënten positief wordt ontvangen. Dit bemoeilijkt in de praktijk het werk van zowel de huisarts als de welzijnscoach. Om de kans op slagen van Welzijn op Recept te vergroten zal ook hier een slag gemaakt moeten worden door zowel de overheid als de professionals als de inwoners zelf. Het moet voor inwoners duidelijk zijn dat zij bij hun bezoek aan de huisartsenpraktijk een bredere inventarisatie van hun gezondheidsprobleem kunnen verwachten en dat zij verwezen kunnen worden naar een welzijnscoach. Ook is het voor hen van belang te weten wat die welzijnscoach voor hen kan betekenen. Dit vergemakkelijkt het werk van de huisarts en de POH in de verwijzing van patiënten bij het signaleren van niet-medische problemen en kan daarmee bijdragen aan een verlaging van de druk op de huisartsenzorg.
10. **AGV:** De wet- & regelgeving omtrent de AGV wordt regelmatig genoemd als zijnde een belangrijke belemmering om optimale zorg vanuit integrale samenwerking te kunnen leveren. In het project zijn verschillende acties ondernomen om afspraken te maken omtrent de AGV. In de praktijk zijn deze nog onvoldoende bekend bij de verschillende betrokkenen of is er nog onvoldoende vertrouwen dat de AGV vaak geen belemmering hoeft te zijn, zolang het delen van informatie 'ten dienste staat van de mens' en het zorgvuldig gebeurt. Deze zorgvuldigheid betekent dat men zich 5 vragen moet stellen en documenteren: 1. wat is het doel van het delen van de informatie van deze cliënt; 2. is het noodzakelijk om deze informatie te delen; 3. staat de actie die je wil ondernemen en waarvoor deze informatie wordt gedeeld in verhouding tot het

doel, of zou het ook wat minder kunnen; 4. staat het delen van de informatie in verhouding tot het doel; en 5. is het doelmatig om de informatie met collega's te delen? ^{5,6}

Om WoR succesvol en duurzaam te implementeren worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Zorg voor een goede implementatie van werken volgens Positieve Gezondheid en Meer Tijd voor de Patient, waardoor onderliggende niet-medische problemen eerder en beter worden gesignaleerd. Ondersteun huisartsen bij het ontwikkelen van hun gespreksvaardigheid en hun domeinoverstijgende samenwerkingsvaardigheden. Daarmee kan het aantal verwijzingen toenemen en kan patiënten meer passende zorg worden geboden;
2. Zorg voor heldere criteria voor verwijzing naar de welzijnscoach en voor duidelijke afspraken en terugkoppeling naar de huisarts. Zorg ervoor dat afspraken worden nagekomen. Reflecteer met enige regelmaat op de samenwerking. Hiermee worden onjuiste verwijzingen voorkomen en blijft WoR onder de aandacht van de huisarts;
3. Blijf monitoren en evalueer hoe de samenwerking verloopt en wat ervoor nodig is om deze te verbeteren en in stand te houden. Duurzame gedragsverandering, het opbouwen van vertrouwen en het tot stand brengen van een effectieve samenwerking kost tijd. Houd rekening met de diversiteit in huisartspraktijken en hun context en stem ondersteuning daarop af;
4. Maak bij het implementeren gebruik van gedragstheoriën en begin met het creëren van bewustzijn over het huidige eigen handelen t.a.v. Positieve Gezondheid en WoR. Begeleid op afstand, zorg voor kartrekkers/change agents op locatie en laat het eigenaarschap bij de huisartspraktijken en inwoners. Deel successen;
5. Besteed aandacht aan de netwerkvaardigheden van de welzijnscoach in het tot stand brengen van de samenwerking met inwoners en inwonerinitiatieven. Ondersteun de welzijnscoach vanuit de zorg- en welzijnsorganisaties en vanuit de gemeente bij het vormgeven van dat netwerk. Een sociale kaart kan zowel de huisarts als de welzijnscoach ondersteunen;
6. Betrek dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven structureel bij de samenwerking. Dorpsondersteuners zouden de rol van welzijnscoach kunnen invullen mits dit niet resulteert in een te sterke formalisering van hun rol, waardoor zij opgaan in het bestaande professionele systeem;
7. Informeer andere (eerstelijns) professionals over de mogelijkheid om gebruik te maken van WoR. Maak daarbij wel duidelijk dat verwijzing loopt via de huisarts;
8. Zorg voor meer kennis bij alle betrokkenen over de ruimte die de AGV biedt voor het delen van informatie, zodat die niet, vaak ten onrechte als een belemmering wordt gezien voor samenwerking;
9. Maak duidelijk aan patiënten en inwoners voor welke uitdagingen de zorg staat en waarom een andere aanpak waarin inwoners zelf een actieve rol vervullen urgent is.

⁵ <https://www.de-eerstelijns.nl/podcast/deel-6-jolanda-van-boven/>

⁶ <https://www.zorgwelzijn.nl/jolanda-van-boven-nieuwe-privacywet-geeft-middelen-om-info-te-delen/>

De verwachting is dat combinatie van deze factoren leidt tot een toename van het aantal verwijzingen en een afname van het aantal oneigenlijke of onjuiste verwijzingen. Bovendien blijft WoR door de terugkoppeling onder de aandacht bij huisartsen, zijn er geen wettelijke belemmeringen voor de samenwerking of belemmeringen door onverwachte weerstand bij patiënten. Doordat het informele netwerk wordt versterkt kan de rol van welzijnscoach als intermediair tussen de huisartsenpraktijk en de inwoners goed ingevuld worden.

Aanbevelingen voor verdiepend onderzoek:

1. Herhaal over minimaal een jaar het onderzoek (follow-up meting). Het accent kan dan gelegd worden op hoe de samenwerking met de informele zorg zich heeft ontwikkeld en of er een toename zichtbaar is van het aantal verwijzingen naar de welzijnscoach of dorpsondersteuner met een breder palet aan gesignaleerde niet-medische problemen en of er vaker ondersteuning vanuit informele zorg wordt ingezet.
2. Onderzoek de waarde van Welzijn op Recept en maak daarbij gebruik van bestaande onderzoeksmethoden die voorhanden zijn. Bij het inventariseren van de waarde van zorg en ondersteuning staat de Quadruple Aim (Bodenheimer & Sinsky, 2014) centraal. Daarbij wordt gekeken naar de kwaliteit van de zorg en ondersteuning (ervaringen van de patiënt/cliënt), de effecten, het welzijn van de zorg en ondersteuningsverleners en de kosten.⁷ De Effectencalculator is in meerdere onderzoeken een geschikte methode gebleken om de waarde, zowel persoonlijk als financieel, van zorg en ondersteuning in kaart te brengen.⁸ Zoek naar geschikte hoogwaardige onderzoeksmethoden, om de (kosten)effectiviteit van WoR in kaart te brengen.

CONCLUSIE

Het onderzoek geeft inzicht in hoeverre en op welke wijze de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en informele zorg wordt vormgegeven en welke factoren hierop van invloed zijn. Deze samenwerking is van belang ter ontlasting van de huisartsenpraktijk met name in de zorg voor niet-medische problemen en om in de toekomst aan de vraag naar zorg te kunnen voldoen. De verwachting is dat het concept Positieve Gezondheid en Meer Tijd voor de Patiënt huisartsen en andere praktijkmedewerkers de mogelijkheid biedt om niet-medische problemen te signaleren en te verwijzen naar informele zorg waar passende ondersteuning door inwoner(initiatieven) kan worden geboden. Waar oorspronkelijk het accent lag op samenwerking met informele zorg, is dit verschoven naar inzet van welzijnscoaches en/of dorpsondersteuners om de samenwerking met de informele zorg te realiseren.

⁷ <https://www.essenburgh.com/wat-is-het-quadruple-aim-model/>

⁸ <https://effectencalculator.nl/>

Het onderzoek geeft een aantal inzichten die met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Het blijkt dat de samenwerking tussen huisartsen en inwoners en met name inwonerinitiatieven minimaal is. Hoewel nagenoeg alle deelnemende huisartsen aangaven direct samen te werken met individuele inwoners, zoals bijvoorbeeld mantelzorgers, en ongeveer een derde deel met inwonerinitiatieven is de frequentie van die samenwerking met de komst van de welzijnscoaches afgenomen. Daarentegen krijgt de samenwerking tussen huisartsen en welzijnscoaches wel duidelijk vorm. Ook met dorpsondersteuners, indien aanwezig, wordt door de huisarts iets vaker samengewerkt.

De samenwerking tussen de huisarts en de welzijnscoach is gedurende de looptijd van het project op een aantal punten verbeterd. Er zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de wijze van doorverwijzen en ook is er een verbetering zichtbaar in het houden van een structureel overleg. Op verschillende aspecten kan de samenwerking nog verder worden verbeterd, bijvoorbeeld als het gaat om de terugkoppeling naar de huisarts, duidelijkheid over bij welke problemen/klachten verwezen kan worden en bij welke niet en het nakomen van afspraken. Een regelmatige terugkoppeling waarin successen worden gedeeld en/of casussen worden besproken kan eraan bijdragen dat Welzijn op Recept bij huisartsen en zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk onder de aandacht blijft.

Op basis van het onderzoek kan ook worden geconcludeerd dat welzijnscoaches en dorpsondersteuners of inwonerinitiatieven nog beperkt samenwerken. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat een aantal welzijnscoaches ten tijde van het onderzoek pas kort in deze functie werkzaam was. Het heeft tijd nodig om een netwerk op te bouwen. Daarnaast is het de vraag of de welzijnscoach voldoende vaardigheden heeft en ondersteuning krijgt vanuit de huisartsencorporaties en de gemeente bij het ontwikkelen van met name het informele netwerk. De training van welzijnscoaches voorzag hier namelijk niet in, terwijl hier wel een duidelijke behoefte ligt bij de welzijnscoaches. Het lijkt er wel op dat de welzijnscoach, mits goed geïntegreerd in het informele netwerk, voor huisartsen een verbindende schakel kan zijn met de informele zorg. Een aanbeveling is om bij het aannamebeleid specifiek aandacht te besteden aan de netwerkvaardigheden van een welzijnscoach.

Volgens de professionals zijn inwoners nauwelijks op de hoogte van het concept Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept in de huisartsenpraktijk. Dit draagt ertoe bij dat een deel van hen niet open staat voor deze benadering, omdat men het niet verwacht als men de huisarts consulteert. Er ligt dan ook een taak voor zowel de overheid als de professionals om inwoners te informeren over de uitdagingen waar de zorg voor staat en de urgentie van een andere aanpak waarin inwoners zelf een actieve rol vervullen. Bovendien is de intentie van deze benadering dat die, met de brede inventarisatie van het gezondheidsprobleem, tot meer passende zorg en ondersteuning leidt voor de patiënt. Er zal steeds meer een beroep gedaan worden op de zelfredzaamheid van patiënten en de samenredzaamheid van inwoners om de houdbaarheid van de zorg te kunnen waarborgen.

Concluderend, roepen de resultaten van dit onderzoek het beeld op dat de implementatie van WoR ertoe heeft geleid dat het accent is verschoven van een directe samenwerking tussen huisartsenpraktijken en inwoners/inwonersinitiatieven naar een indirecte samenwerking via de welzijnscoaches of in sommige gevallen dorpsondersteuners. De welzijnscoach positioneert zichzelf, zoals de functie is bedoeld,⁹ als intermediair tussen de huisarts en dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven. Huisartsen lijken met de welzijnscoach het centrale aanspreekpunt en de verwijsmogelijkheid te hebben waaraan zij behoefte hebben bij niet-medische problemen van hun patiënten. De mogelijkheid tot het inzetten van WoR kan daarmee voor huisartsen een faciliterende rol spelen bij de keuze voor een brede inventarisatie van het gezondheidsprobleem. Het is dan echter van belang dat welzijnscoaches ook de rol van spin in het web gaan invullen en een gedegen netwerk opbouwen waarin inwoners en inwonerinitiatieven prominent aanwezig zijn. Welzijnscoaches moeten echter worden ondersteund en begeleid in het opbouwen van dat netwerk.

⁹ <https://welzijnoprecept.nl/hoe-werkt-welzijn-op-recept/>

1 INLEIDING

De zorg staat voor grote uitdagingen. In 2021 constateerde de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) dat de houdbaarheid van de zorg niet langer gegarandeerd is: de middelen en menskracht ontbreken en ook het maatschappelijk draagvlak neemt af. Om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te kunnen waarborgen, hanteert de WRR een langetermijnperspectief. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in drie dimensies van houdbaarheid: financieel, personeel en maatschappelijk. Om zorg te kunnen blijven bieden is het belangrijk dat deze dimensies met elkaar in balans zijn (WRR, 2021).

Al jaren wordt gesproken over het terugdringen van de kosten voor de zorg en dat het echt anders moet. Dat geldt zowel voor kosten die vanuit de overheid in de zorg worden geïnvesteerd, als ook de zorgpremies die door alle inwoners gezamenlijk worden betaald. De zorg raakt daarmee ook de portemonnee van de inwoner. Recent hebben de zorgverzekeraars een forse tariefsverhoging doorgevoerd om aan de vraag van zorg in de toekomst te kunnen blijven voldoen.¹⁰ De WRR geeft dan ook aan dat er scherpere keuzes moeten worden gemaakt.

Daarnaast is er een chronisch tekort aan zorgpersoneel. In het derde kwartaal van 2023 zijn er in de zorg 60.000 openstaande vacatures (Azwstatline.cbs.nl, z.d.) en in 2040 zal een op de vier werkenden in de zorg moeten werken om aan de vraag naar zorg in de toekomst te kunnen voldoen (SER, 2022; WRR, 2021). Voorgaande vraagt om het beter informeren van de samenleving over de schaarste in middelen en mensen en de noodzaak van het maken van keuzen. Bovendien is het belangrijk de prioriteit te verschuiven van het behandelen naar het voorkómen van ziekte, omdat preventie bijdraagt aan een langere gezonde levensverwachting en daarmee zorg kan worden voorkomen. De stem van de inwoner is hierbij van belang. Niet alleen de stem, maar van de inwoners wordt ook verwacht dat zij een grotere betrokkenheid en verantwoordelijkheid nemen met betrekking tot de eigen gezondheid en dat zij naar vermogen bijdragen aan een samenredzame samenleving (Van Wijk et al., 2023; Roland et al., 2020).

Om de zorg meer te ontlasten en te bewegen naar een gezondere samenleving en bij te dragen aan een oplossing voor de personeelstekorten zijn er in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) (Rijksoverheid.nl, z.d.), het Gezond Actief Leven Akkoord (GALA) (Rijksoverheid.nl, z.d.) en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) (Rijksoverheid.nl, z.d.) afspraken gemaakt om de samenwerking tussen de eerstelijns en het sociale domein te bevorderen. Deze afspraken zijn met name gericht op het aanbieden van passende zorg, daar waar mogelijk in de leefomgeving van inwoners (VWS, 2022).

In het Verenigd Koninkrijk werkt men al geruime tijd volgens het vergelijkbare principe 'social prescribing' (Bertotti et al., 2018; Bickerdike et al., 2017). Social prescribing beoogt patiënten die zich met niet-medische klachten melden bij een huisarts door te verwijzen naar een verbindende schakel.

¹⁰ <https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/zorgpremie>

Deze personen ondersteunen mensen bij het versterken van hun vermogens hun eigen oplossingen te vinden (Bertotti et al., 2018). Deze schakel kan ingevuld worden door bijvoorbeeld een welzijnscoach (Welzijn op Recept) of praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH). In Nederland zijn er vergelijkbare initiatieven waarin nadrukkelijk de samenwerking gezocht wordt tussen formele en informele zorg met als doel de druk op de huisartsenzorg te verminderen en de gezondheid van de bevolking te bevorderen (Van Steekelenburg & Van Dijk, 2017; Leemrijse & Korevaar, 2021). Met informele zorg wordt zorg bedoeld die onbetaald en vrijwillig verleend wordt aan mensen met een hulpvraag (Duijvendijk & Idzardi, 2013).

Door de Covid19-pandemie in 2020 en de daaropvolgende jaren werden huisartsen gedwongen de zorg anders in te richten. Naarmate de intensiteit van de pandemie echter afnam, zagen huisartsen weer een toename van patiënten met laagcomplexere zorgvragen (RIVM.nl, z.d.). Ongeveer de helft van patiënten die een huisarts presenteert zich met klachten waarbij niet-medische problemen, zoals bijvoorbeeld eenzaamheid of financiële problemen, een belangrijke (oorzakelijke) rol spelen (Van Steekelenburg & van Dijk, 2017; VWS, 2022). Hierdoor wordt er extra druk gelegd op de vaak toch al overbelaste huisartsenzorg, terwijl de huisarts hier vaak niet de beste oplossing kan bieden (Mesman et al., 2020). Hoewel het volgens huisartsen een taak van de overheid is om de zelfredzaamheid van patiënten en de samenredzaamheid van de maatschappij te stimuleren (RIVM.nl, z.d.), kunnen zij zelf ook een bijdrage leveren aan het terugdringen van het aantal patiënten met niet-medische problemen. Zij kunnen daarvoor interventies inzetten zoals Meer tijd voor de Patiënt en werken volgens het concept Positieve Gezondheid. Het doel van deze interventies is dat de huisarts de mogelijkheid heeft om een 'ander gesprek' met de patiënt te voeren, waardoor niet-medische problemen eerder worden herkend en bespreekbaar gemaakt. Het is dan echter belangrijk dat hieraan de juiste follow-up gegeven kan worden.

Grofweg zien we twee bewegingen ontstaan. De ene beweging is Welzijn op Recept dat vanuit professionele welzijnsorganisaties wordt opgepakt en uitgevoerd. De andere beweging is de inzet van dorpsondersteuners, of equivalente functies zoals een wijkverbinder, die veelal in nauw contact staan met inwonerinitiatieven. Een beweging die vooral uit noodzaak in dorpen is ontstaan onder andere door het verdwijnen van voorzieningen.

Het concept Positieve Gezondheid

Het begrip Positieve Gezondheid is geïntroduceerd door Machteld Huber et al. (2011). Uitgangspunt ervan is dat in het contact met de patiënt de focus wordt verlegd van een statisch naar een dynamisch perspectief op ziekte en gezondheid. In een statisch perspectief zijn ziekte en gezondheid een toestand waarin men verkeert. In een dynamisch perspectief is het idee dat het gevoel van gezondheid sterk wordt bepaald door het vermogen om te gaan met zogenaamde lichamelijke, geestelijke en sociale uitdagingen in het leven. Positieve Gezondheid vraagt om een ander gesprek met de patiënt waarin deze lichamelijke, geestelijke en sociale factoren in kaart worden gebracht, zodat daar, als dat nodig is, vervolgens adequate hulp of ondersteuning voor kan worden gezocht. Positieve Gezondheid kan

worden ingezet in het gesprek met patiënten met bijvoorbeeld chronische aandoeningen of patiënten die veel medische zorg gebruiken (Huber et al., 2021).

Meer Tijd voor de Patiënt

Zeven praktijken, vijf in het Cohesie-gebied en twee in het Syntein-gebied namen in een pilot deel in een pilot aan het programma 'Meer Tijd voor de Patiënt' (MTVP-praktijken). Deze pilot liep tot april 2023. MTVP bestaat uit vier kernelementen die tot meer tijd voor de patiënt moeten leiden. Een van die kernelementen is 'het voeren van het goede gesprek'.¹¹ Deze praktijken ontvingen extra financiering van de zorgverzekeraar waarmee zij per consult meer tijd voor de patiënt hebben en daarmee meer tijd en ruimte hebben om onderliggende psychosociale (niet-medische) problemen te signaleren. De verwachting is dat dit in de praktijk resulteert in minder verwijzingen naar ziekenhuizen (Jung et al., 2018). Huisartsen verwachten dat meer tijd voor de patiënt leidt tot minder verwijzingen, een betere kwaliteit van zorg en meer werkplezier (Boekee & Hoekstra, 2018). Een van de interventies die valt onder MTVP is de werkwijze Welzijn op Recept in combinatie met de verbinding met de gemeenschap.

Welzijn op Recept (WoR)

Het concept Welzijn op Recept is ontwikkeld om 1) de huisartsenzorg te ontlasten en 2) aanwezige krachten in de samenleving meer te benutten. WoR houdt in dat huisartsen (of andere professionals) patiënten met niet-medische, veelal psychosociale problemen, kunnen doorverwijzen naar een welzijnscoach (Heijnders & Meijs, 2018; Mesman et al., 2020; Ranke et al., 2018). De functie van welzijnscoach behelst onder meer dat deze samen met een patiënt onderzoekt waar iemands wensen, interesses en behoeftes liggen. Een welzijnscoach kan als verbindende schakel fungeren tussen diverse partijen waaronder huisartsen en formele en informele zorg.

WoR kan zinvol zijn als de samenwerking tussen huisartsen, welzijnscoaches en andere betrokken partijen goed verloopt. Op dit moment is echter nog onduidelijk in hoeverre WoR bewezen effectief is en of dit in de praktijk daadwerkelijk leidt tot een reductie van de kosten in de zorg (Carnes et al., 2017; Bickerdike et al., 2017; Blickem et al., 2013; Polley et al., 2017; Suijkerbuijk et al., 2019; Vidovic et al., 2021). Wel blijkt uit de literatuur dat WoR kan bijdragen aan kwaliteit van leven van mensen (Woodall et al., 2018; Mercer et al., 2017).

Dorpsondersteuners

In verschillende dorpen/wijken in Nederland wordt gewerkt met een (dorps)ondersteuner om krimp, met als gevolg het verdwijnen van algemene voorzieningen, en vergrijzing het hoofd te bieden.¹² De invulling van deze functie verschilt per dorp/wijk. De dorpsondersteuner is proactief en organiseert informele zorg met als doel het verbeteren van de leefbaarheid in een dorp/wijk en het welzijn van inwoners. Daarnaast kan de dorpsondersteuner eventuele problemen vroeg signaleren zodat een

¹¹ <https://www.lhv.nl/product/leidraad-meer-tijd-voor-de-patient/>

¹² <https://vng.nl/artikelen/de-Dorpsondersteuner-spin-in-het-web-van-de-leefbaarheid>

formeel zorg en ondersteuningstraject tijdig kan worden gestart (Aletta Jacobs School of Public Health, 2020).

Implementatie

Een gedegen implementatie van innovaties vraagt doorgaans om een combinatie van meerdere, bij voorkeur op theorie gebaseerde, actieve implementatiestrategieën (Grimshaw, 2004; Wensing & Grol, 2017a). De keuze van deze strategieën wordt daarbij voorafgegaan door een behoeften-analyse van de doelgroep. Op basis van deze analyse kunnen bewezen effectieve en passende methoden van verandering worden geselecteerd op basis waarvan een palet aan implementatiestrategieën kan worden samengesteld (Kok et al., 2016; Atkins, 2017).

Om het concept Positieve Gezondheid en MTVP te implementeren werden huisartsenpraktijken die deelnamen aan het project begeleid vanuit de huisartsencoöperatie waarvan zij deel uitmaken. Deze begeleiding bestond uit het aanbieden van een aantal formats van implementatie-interventies, zoals in de Toolkit Positieve Gezondheid, die is ontwikkeld door huisartsencoöperatie Syntein, waarvan men naar behoefte gebruik kon maken. Huisartsencoöperatie Cohesie heeft op basis van succeservaringen uit andere regio's en eigen inzichten en keuzes, in afstemming met de zorgverzekeraar, een eigen implementatieplan MTVP gemaakt. In gesprekken werden de behoeften van de praktijken vastgesteld en werd een keuze gemaakt voor een passende implementatiestrategie. Bij Cohesie werden met de MTVP-praktijken ook periodiek intervisiebijeenkomsten georganiseerd. In vervolggesprekken zijn de praktijken die deelnemen aan dit project RegioDeal en praktijken die deelnamen de pilot MTVP actief ondersteund in het implementatieproces. Deze ondersteuning vond op verschillende manieren plaats, zoals themamiddagen op de praktijken en praktijkbezoeken, terugkom- en evaluatiebijeenkomsten en intervisie werksessies. Daarnaast waren begeleiders altijd telefonisch bereikbaar voor ondersteuning.

Doelstelling van het project

Het doel van het project 'Burgerparticipatie en Positieve Gezondheid in de huisartsenzorg' was dat vijftienvintig huisartsenpraktijken uit zeven gemeenten in Noord-Limburg gaan werken volgens het principe van Positieve Gezondheid en dat bestaande inwonerinitiatieven, waar inwoners elkaar helpen op het gebied van zingeving, eenzaamheid, mantelzorg, etc. ingezet kunnen worden voor hulpvragen van kwetsbare inwoners die door de huisartsenpraktijken worden gesignaleerd (Syntein, 2020).

Om de impact hiervan te kunnen vaststellen wordt dit project omringd met onderzoek. Het doel van het onderzoek van de HAN was in kaart te brengen of en in hoeverre informele zorg en ondersteuning een (grotere) rol gaat spelen bij de toepassing van Positieve Gezondheid/Meer Tijd voor de Patiënt in de huisartsenpraktijk, waarin zich dat uit, hoe de samenwerking verloopt tussen de huisartsenpraktijken, intermediairs en de informele zorg en hoe de informele zorg vorm krijgt en verloopt (Laurant & Rutten, 2020). Gedurende de looptijd van het project is ervoor gekozen om Welzijn op Recept te implementeren (besluit 2021, implementatie vanaf 2022). Hierdoor ontstond een mogelijkheid om de

samenwerking tussen huisartsenpraktijken en informele zorg bij patiënten met niet-medische problemen te laten lopen via de inzet van een welzijnscoach.

De **centrale vraagstellingen** van dit aan project gekoppelde onderzoek:

1. In welke mate wordt er in de praktijk gewerkt volgens de principes van Positieve Gezondheid/Meer Tijd voor de Patiënt en in hoeverre heeft dat gefunctioneerd als een vliegwiel voor samenwerking?
2. Welke factoren zijn van invloed zijn op het tot stand komen van de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk, intermediairs (i.c. de welzijnscoach) en inwonerinitiatieven;
3. Welke voorkeuren en ervaringen hebben de deelnemende professionals in de huisartsenpraktijk, intermediairs en inwonerinitiatieven met betrekking tot de samenwerking?
4. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart men in het werken volgens Positieve Gezondheid en in (het tot stand komen van) de samenwerking?

2 METHODE

Om de eerdergenoemde vragen te beantwoorden, is het onderzoek dat is gekoppeld aan het project 'Burgerparticipatie en Positieve Gezondheid in de huisartsenzorg' opgedeeld in drie fasen, met een duur van 33 maanden. De eerste fase bestond uit een planningsfase waarin de samenwerking met de projectgroep is vormgegeven en uitkomstenindicatoren zijn geformuleerd op basis van literatuuronderzoek. Fase 2 betrof de uitvoeringsfase van het onderzoek. In deze fase zijn gegevens verzameld. Op twee tijdstippen zijn vragenlijsten verstuurd (T0-vragenlijst van januari 2022 – november 2022; T1-vragenlijst van april 2023 tot september 2023). De interviews werden afgenomen in de periode van oktober 2022 tot juli 2023. De derde fase betrof het analyseren van de gegevens en het rapporteren van de resultaten.¹³

Het project is gestart in 2020 en had aanvankelijk een looptijd van drie jaar. Het project is verlengd met een periode van één jaar. Het onderzoek is gestart in april 2022 en de data-verzameling is afgerond in september 2023. Ten tijde van de afname van de T1-vragenlijst en een aantal interviews waren op op sommige locaties welzijnscoaches pas sinds kort werkzaam. Daarna is de samenwerking volgens de leden van de projectgroep op verschillende locaties verder ontwikkeld. Dit rapport beschrijft daarmee een afgebakende periode binnen een doorlopend ontwikkelingsproces.

2.1 Design

Er is gekozen voor een beschrijvend onderzoek. In dit type onderzoek wordt geprobeerd op accurate en systematische wijze variabelen te observeren om een situatie, hoe iets is, te beschrijven. Om de

¹³ Door vertraagde start en langere aanlooptijd in het project zijn de periodes van fase 1 en 2 verspreid over een langere periode dan aanvankelijk de bedoeling was. Dit heeft geresulteerd in een aangepast evaluatieplan, goedgekeurd door de Provincie Limburg.

samenwerking tussen huisartsen, (eerstelijns)professionals, welzijnscoaches en dorpsondersteuners/ inwonerinitiatieven zo accuraat mogelijk te onderzoeken is gekozen voor een mixed methods onderzoeksdesign. Mixed methods is een design waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve data worden verzameld en geanalyseerd. In dit onderzoek zijn er zowel vragenlijsten verstuurd als interviews afgenomen. De vragenlijsten zijn op twee momenten verstuurd om een vergelijk te kunnen maken of en hoe de samenwerking zich gedurende de looptijd van het project zou ontwikkelen. Daarnaast zijn er bijeenkomsten bijgewoond om een beeld te krijgen van de processen die spelen rondom de onderlinge samenwerking.

2.1.1 Context/situatieschets

De oorspronkelijke aanvangsdatum van het project was 1 januari 2021. Het project is echter pas medio mei 2021 gestart omdat op dat moment pas de beschikking ontvangen werd. Daarnaast heeft het includeren van huisartsenpraktijken en het installeren van welzijnscoaches een langere aanlooptijd gehad, waardoor de welzijnscoaches ten tijde van de nameting in enkele praktijken pas drie maanden werkzaam waren.

2.2 Populatie

Als huisartsen deelnamen aan het project betekende dit ook dat ze in principe akkoord waren met deelname aan het onderzoek. Van de 25 huisartsenpraktijken hebben er uiteindelijk 24 aangegeven te willen deelnemen. Naast huisartsen hebben ook andere professionals die werkzaam zijn in een huisartsenpraktijk deelgenomen aan het onderzoek (verpleegkundig specialist, POH, doktersassistente, praktijkmanager).

Twee huisartsenpraktijken hebben op twee locaties een praktijk waar zowel de huisarts als andere medewerkers werkzaam zijn. Ook patiënten kunnen naar beide praktijken gaan. Er zijn grote verschillen tussen praktijken als het gaat om het aantal patiënten per praktijk (van 1800 tot +/-12.000) en het aantal medewerkers (variërend van 9-34 medewerkers). Een aantal welzijnscoaches is verbonden aan meerdere praktijken. Daarnaast zijn er praktijken die met meerdere welzijnscoaches samenwerken.

De intentie was dat een van de projectleden een inventarisatie zou uitvoeren naar de voorhanden zijnde inwonerinitiatieven.¹⁴ Vanwege de grote hoeveelheid inwonerinitiatieven, waarvan niet bekend was of zij ook daadwerkelijk een rol zouden gaan vervullen in de samenwerking met de huisartsenpraktijk, bleek dit echter een ondoenlijke en tijdrovende opgave. Daarom is besloten de aandacht te verleggen naar de mogelijke intermediairs en van daaruit te kijken welke dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven geschikt en bereid waren de samenwerking aan te gaan. Ook zijn er inwonerinitiatieven die zichzelf gemeld hebben en die vanuit interesse wilden meewerken

¹⁴ Deze inventarisatie is uitgevoerd door Hans Pijls, Stichting De Wending.

aan het project.¹⁵ Deze initiatieven betreffen een (zeer beperkte) selectie en zijn dus niet per definitie een afspiegeling van de gemeenschap.

Alle betrokkenen (huisartsen, welzijnscoaches, dorpsondersteuners en indien in beeld gebracht inwonerinitiatieven) ontvingen per mail voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst een informed consentformulier waarmee zij toestemming gaven deel te willen nemen aan het onderzoek.

De deelnemende huisartsenpraktijken zijn gefaseerd geïnccludeerd. Op basis van deelname van huisartsenpraktijken zijn in de loop van het project intermediairs (welzijnscoach/dorpsondersteuner) aangesteld. Bij twee huisartsenpraktijken was voordat het project begon, en daarmee ook ten tijde van de voormeting, al een welzijnscoach actief. In april 2023 was op alle locaties een welzijnscoach geïnstalleerd.

2.3 Methode vragenlijsten

2.3.1 Ontwikkeling van de Vragenlijst Domeinoverstijgende Samenwerking

Ontwikkeling van de conceptversie

De ontwikkeling van de vragenlijst is gestart met een verkenning in de literatuur, waarbij is gezocht naar theorieën en indicatoren van domeinoverstijgende samenwerking (Wensing et al., 1998; Jung et al., 2003; Wensing & Grol, 2017b; Winkler, 2015; Kaats & Opheij, 2019). Een indicator is een meetbaar begrip dat een signalerende functie heeft en een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit van de zorg c.q. kwaliteit van de samenwerking. Er wordt een onderscheid gemaakt in contextfactoren, structuurindicatoren, procesindicatoren en uitkomstindicatoren (Donabedian, 1980; 1988; 2005). Wijkt een indicatorscore af van een afgesproken 'norm' dan is bijsturing mogelijk. Omdat deze indicatorenlijst voor dit onderzoek is ontwikkeld, zijn er echter nog geen normscores voor domeinoverstijgende samenwerking vastgesteld. Het doel is de indicatorscores van de T0- en de T1-vragenlijst te vergelijken om vast te stellen of er verandering zichtbaar is.

Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met ervaren onderzoekers van Vilans¹⁶ en Movisie¹⁷ op het gebied van inwonerinitiatieven. Vervolgens is gezocht naar bestaande meetinstrumenten voor (domeinoverstijgende) samenwerking rondom gezondheids- en welzijnsvraagstukken (Wagemakers et al., 2010; Vilans, 2016).

Op basis van deze verkenning zijn relevante indicatoren geïncventariseerd, waarbij is vastgesteld, op welk aspecten van de samenwerking deze betrekking hebben en hoe ze gemeten kunnen worden. De concept-indicatorenlijst is in een iteratief proces en in co-creatie ontwikkeld met de leden van de projectgroep en onderzoekers met een ruime ervaring op het gebied van samenwerking rondom zorg- en welzijnsvraagstukken. Er is meerdere malen feedback geleverd op de inhoud, relevantie en de begrijpelijkheid van de concept-indicatorenlijst.

¹⁵ Deze informatie is afkomstig uit persoonlijke communicatie van een van de projectgroep leden.

¹⁶ <https://www.vilans.nl/>

¹⁷ <https://www.movisie.nl/>

Pretest van de conceptversie en ontwikkeling van de definitieve vragenlijst

De aangepaste concept-indicatorenlijst is gepretest en voorzien van feedback door drie huisartsen, een welzijnscoach, een beleidsmedewerker van de gemeente en een inwoner. Van de huisartsen verwezen er twee al naar inwonerinitiatieven en één had vergevorderde plannen om samen te werken met inwonerinitiatieven. Er is gevraagd feedback te geven op relevantie en begrijpelijkheid van de vragen. De feedback is verwerkt in de definitieve vragenlijst die vervolgens is gedigitaliseerd in het softwareprogramma Limesurvey Versie 5.6.49. Op basis van de voorkeur van de deelnemers is de vragenlijst digitaal of op papier aangeboden.

2.3.2 Procedure

Door de gefaseerde inclusie van huisartsenpraktijken in het project zijn voor tijdstip T0 vragenlijsten verzonden (digitaal of per post) in de periode april 2022 – november 2022 (voormeting). In de periode april 2023 – augustus 2023 zijn vragenlijsten voor tijdstip T1 (nameting) verzonden (digitaal of per post). Huisartsenpraktijken (n=11) die later dan augustus 2022 de T0-vragenlijst hadden ontvangen, ontvingen uiterlijk 30 augustus 2023 de T1-vragenlijst. De interviews zijn afgenomen in de periode oktober 2022 tot juli 2023. Door de vertraging in het project was het niet meer mogelijk om op de oorspronkelijke intentie op 3 tijdstippen metingen te verrichten.¹⁸

Drie dorpsondersteuners, die later de functie van welzijnscoach zijn gaan invullen hebben de T0-vragenlijst ingevuld vanuit de functie van dorpsondersteuner, maar de T1-vragenlijst vanuit de functie van welzijnscoach. De overige welzijnscoaches (n=17) waren ten tijde van de T0-meting nog niet aangesteld en zijn alleen uitgenodigd om een T1-vragenlijst in te vullen. Deze T1-vragenlijst ontvingen zij gelijktijdig met de T1-meting van de huisartsenpraktijken waaraan zij verbonden waren. Respondenten kregen meermaals een herinnering de vragenlijst in te vullen of werden persoonlijk benaderd door medewerkers van Syntein en Cohesie de vragenlijst alsnog in te vullen. De vragenlijsten zijn descriptief geanalyseerd met behulp van het software programma voor statistiek SPSS versie 28.

2.4 Methode interviews & observatie bijeenkomsten

Het doel van het afnemen van interviews was om een beter inzicht te krijgen in hoe de samenwerking tussen huisartsenpraktijk, welzijnscoach en dorpsondersteuner/inwonerinitiatieven verloopt in het kader van WoR. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen. Het voordeel van semigestructureerde interviews is dat vragen flexibel kunnen worden gesteld en de respondenten vrij kunnen antwoorden. De voor de interviews ontwikkelde interview-guide (Bijlage 1) was gebaseerd op dezelfde theorieën als de vragenlijst, aangevuld met bevindingen uit het project Samenredzaamheid.¹⁹ In de interviews is speciaal aandacht besteed aan de rol van de welzijnscoach.

¹⁸ Zie 'Voorstel herziene plan van aanpak onderzoek Regiodeal', met goedkeuring van de Provincie Limburg.

¹⁹ <https://www.han.nl/projecten/2020/samenredzaamheid/>

2.4.1 Rekrutering van deelnemers

Selectie huisartsen en welzijnscoaches

In overleg met de projectgroep, waarin Syntein en Cohesie waren vertegenwoordigd, is ervoor gekozen om in de zeven deelnemende gemeenten per gemeente één huisartsenpraktijk met daaraan gelieerd de welzijnscoach(es) en/of (indien aanwezig) dorpsondersteuners te benaderen voor verdiepende interviews. De selectie van deze huisartsenpraktijken per gemeente was pragmatisch; het betreft geen random steekproef.

Medewerkers van huisartsenpraktijken en welzijnscoaches werden in de door Syntein en Cohesie in de aangewezen zeven gemeenten benaderd om deel te nemen aan een interview. De geïnterviewde welzijnscoaches waren in functie variërend van 1-27 maanden. Enkel van hen waren ten tijde van de interviews pas recent in deze functie begonnen (< 3 maanden).

Selectie dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven

Ook zijn er interviews afgenomen bij dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven die gelieerd waren aan een van de zeven geselecteerde huisartsenpraktijken én in beeld zijn gebracht ten behoeve van de voormeting. Van de inwonerinitiatieven was niet duidelijk of zij een rol wilden en konden vervullen in de samenwerking met de welzijnscoach. Het was daarom niet mogelijk om op alle zeven de locaties interviews met dorpsondersteuners en/of inwonerinitiatieven te houden. De dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven zijn door de onderzoeker per mail en/of telefonisch benaderd voor deelname aan een interview. Allen waren gelieerd aan huisartsenpraktijken waar ook interviews zijn afgenomen. Eén inwonerinitiatief heeft aangegeven niet open te staan voor een interview.

De interviews vonden plaats op locaties van huisartsenpraktijken, welzijnscoaches of dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven en duurden 45-60 minuten per interview. De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Deze zijn geanalyseerd in Excel. De gegevens werden thematisch gestructureerd en geanalyseerd. Er is gestreefd naar het bereiken van theoretische saturatie. Voor individuele interviews zijn daarvoor 9-17 interviews nodig, voor focusgroepen 4-8 interviews (Hennink & Kaiser, 2022), maar gezien de heterogeniteit van de steekproef was de verwachting dat daarvoor meer dan 17 interviews nodig zouden zijn.

2.4.2 Observaties tijdens bijeenkomsten

Er zijn zeven bijeenkomsten bijgewoond bij huisartsenpraktijken van Syntein en Cohesie die ook hebben deelgenomen aan de interviews. Vier van deze bijeenkomsten waren bij een gemeente waar meerdere huisartsenpraktijken onder vallen. Bij twee andere huisartsenpraktijken is eenmaal een bijeenkomst bijgewoond. Afhankelijk van het doel van de bijeenkomst waren er verschillende professionals aanwezig (onder wie huisartsen, welzijnscoach(es), dorpsondersteuners en/of betrokken medewerker(s) van de gemeente). In alle gevallen betrof het bijeenkomsten rondom Welzijn op Recept. Bij geen van de bijgewoonde bijeenkomsten was een inwonerinitiatief aanwezig.

3 RESULTATEN

3.1 Resultaten vragenlijsten voor de totale groep

3.1.1 Respons en samenstelling van de steekproef

Van de 63 respondenten die hebben aangegeven te willen deelnemen aan het onderzoek, hebben er 57 (90,5%), verdeeld over 22 van de 24 locaties, de T0-vragenlijst ingevuld (Tabel 1).

De T1-vragenlijst is ingevuld door 52 van de 88 respondenten (59%) en 43 van deze 52 respondenten hebben ook de T0-vragenlijst ingevuld (Tabel 2). Hierbij dient te worden aangetekend dat er op het moment van de T0-meting ook pas op twee locaties een welzijnscoach actief was. Non-responders bestonden uit POHs (n=2), doktersassistenten (n= 1), een praktijkmanager en een dorpsondersteuner. De functie van dorpsondersteuners kan een betaalde of een vrijwillige baan zijn (Aletta Jacobs School of Public Health, 2020). De dorpsondersteuners betrokken bij dit onderzoek hadden allen een betaalde baan.

T0-vragenlijst

De response rate van de T0-meting is met 90,5% extreem hoog (Fincham, 2008). Twee huisartsenpraktijken hadden op twee locaties een praktijk. De huisartsen van deze praktijken hebben één vragenlijst ontvangen. Eén huisartsenpraktijk heeft aangegeven niet te willen deelnemen.

Tabel 1: Deelnemers aan de T0-meting naar functie en aantal

Deelnemers enquête	Aantal respondenten
Huisarts	26 respondenten
POH-S/POH-GGZ	11 respondenten
Doktersassistente	2 respondenten
Verpleegkundig specialist	2 respondenten
Praktijkmanager	1 respondent
Welzijnscoaches	2 respondenten
Dorpsondersteuners/wijkverbinders	5 respondenten
Inwonerinitiatieven	8 respondenten

T1-vragenlijst

De intentie was om alle deelnemers die de vragenlijst op baseline hebben ingevuld ook na 12 maanden de vragenlijst in te laten vullen. Door vertraging van de inclusie van huisartsenpraktijken en de installatie van welzijnscoaches hebben 20 respondenten de vragenlijst voor de T1-vragenlijst echter na minder dan 12 maanden (Range = 1-6 maanden) na de T0-vragenlijst ingevuld. Daarnaast zijn nieuwe respondenten, bestaande uit welzijnscoaches en eventueel inwonerinitiatieven, in de samenwerking op de verschillende locaties uitgenodigd om de T1-vragenlijst in te vullen, zodat ook zij konden aangeven hoe de samenwerking verloopt.

Er zijn 88 T1-vragenlijsten verstuurd, waarvan er 61 zijn geretourneerd. Van deze 61 zijn er 9 niet ingevuld, waardoor er 52 konden worden meegenomen in de analyses (Tabel 2). Van deze 52 hebben er 43 ook een T0-vragenlijst ingevuld. De response rate is 59% en daarmee voldoende (Fincham, 2008). De vragenlijst is geretourneerd door huisartsen (n=24), POHs somatiek een GGZ (n=9),

doktersassistenten (n=3), één verpleegkundig specialist, één praktijkmanager, welzijnscoaches (n=10), dorpsondersteuners/wijkverbinders (n=4) en inwoners (n = 9). De vragenlijst is niet ingevuld geretourneerd door 2 dorpsondersteuners/wijkverbinders, 3 inwoners, 2 welzijnscoaches, 1 praktijkmanager en 1 huisarts.

De toename van het aantal welzijnscoaches is een gevolg van het feit dat één van de toegevoegde doelen van het project was om in alle gemeenten een welzijnscoach te installeren, terwijl dat in aanvang slechts in twee gemeenten het geval was. De verwachting is dan ook dat de samenwerking met de welzijnscoach en tussen de welzijnscoach en dorpsondersteuner en inwoners en inwonerinitiatieven is toegenomen en dat er sprake is van een meer structurele samenwerking tussen de partners.

Tabel 2: Deelnemers aan de T1-meting naar functie en aantal

Deelnemers enquête	Aantal respondenten
Huisarts	24 respondenten
POH-S/POH-GGZ	9 respondenten
Doktersassistente	3 respondenten
Verpleegkundig specialist	1 respondenten
Praktijkmanager	1 respondent
Welzijnscoaches	10 respondenten
Dorpsondersteuners/wijkverbinders	4 respondenten
Inwonerinitiatieven	9 respondenten

Hieronder zijn de belangrijkste resultaten van de vergelijking van de T0- en T1-vragenlijst samengevat beschreven. In Bijlage 3 zijn de volledige resultaten van de T0 en T1 vragenlijsten weergegeven

3.1.2 Resultaten

Domeinoverstijgende samenwerking

In de samenwerking valt op dat er bij de T1-vragenlijst, ten opzichte van de beginsituatie, een duidelijke toename is in de frequentie van samenwerking van de verschillende partners met de huisarts bij niet-medische problemen en een duidelijke afname in de samenwerking met individuele inwoners. De samenwerking met andere eerstelijns professionals en andere welzijnsprofessionals dan de welzijnscoach is ongeveer gelijk gebleven. Met de welzijnscoach die nu op alle locaties actief is, vergeleken met 2 locaties in de beginsituatie, wordt met een verschuiving van 1 keer per half jaar naar 1 keer per kwartaal vaker samengewerkt. Met de dorpsondersteuner wordt iets vaker, maar nog steeds in zeer geringe mate samengewerkt en de samenwerking met inwonerinitiatieven en beleidsmedewerkers is afgenomen tot zeer gering.

In de frequentie van samenwerking werd het gemiddelde aantal keren samenwerking tussen verschillende partners sterk beïnvloed door enkele grote uitschieters. Het gemiddelde is dan geen valide weergave van de frequentie van samenwerken voor de totale groep, maar geeft een forse overschatting. Bij dergelijke scheve verdelingen is het daarom gebruikelijk de mediaan (50^e percentiel) als centrale waarde te gebruiken. Bij de hieronder beschreven veranderingen is daarom uitgegaan van de mediane waarden (voor meer gedetailleerde informatie zie Bijlage 3)

Huisartsen geven aan, in vergelijking met de beginsituatie, met ongeveer 1 keer per 2 maanden duidelijk vaker samen te werken met de welzijnscoach, vermoedelijk omdat nu op alle locaties een welzijnscoach werkzaam is, terwijl dat in aanvang slechts op twee locaties het geval was. Met individuele inwoners werken zij nu met 1 keer per maand beduidend minder vaak samen dan voorheen. De frequentie van samenwerking met de andere functiegroepen laat geen grote veranderingen zien. Daarbij geven zij aan niet of nauwelijks samen te werken met inwonerinitiatieven en in zeer geringe mate met de dorpsondersteuners en beleidsmedewerkers.

Ten opzichte van de beginsituatie werken *welzijnscoaches* nog steeds het meest frequent samen met huisartsen, maar dat is met ruim 1 keer per maand wel minder frequent dan voorheen. Mogelijk is dit het gevolg van het feit dat de 2 welzijnscoaches die in de beginsituatie deelnamen al langere tijd werkzaam waren en een samenwerking van meerdere keren per maand hadden met de huisarts. Bij de T1-vragenlijst is een aantal welzijnscoaches betrokken die nog niet lang op hun locatie werkzaam is. De samenwerking moet zich op deze locaties mogelijk nog ontwikkelen. Ten aanzien van de samenwerking van de welzijnscoach met andere eerstelijns professionals is er, met ongeveer 2 keer per kwartaal, niet veel veranderd, maar met alle andere partners is de mediane frequentie van samenwerken afgenomen. Met andere welzijnscoaches en andere welzijnsprofessionals wordt door de welzijnscoaches ongeveer 1 keer per 2 maanden samengewerkt. Met dorpsondersteuners en beleidsmedewerkers ongeveer 1 keer in de 4 maanden en met individuele inwoners en inwonerinitiatieven iets vaker dan 1 keer per half jaar.

De *dorpsondersteuners/wijkverbinders* werken met meerdere keren per maand met afstand het meest frequent samen met individuele inwoners en inwonerinitiatieven. Vergeleken met de beginsituatie werken zij nu met 1 keer per kwartaal vaker samen met de huisarts. Ook de samenwerking met welzijnsprofessionals anders dan de welzijnscoach en met beleidsmedewerkers is iets toegenomen tot ongeveer 1 keer per maand. Met andere dorpsondersteuners werken zij beduidend minder vaak samen dan in de beginsituatie. In de samenwerking met de andere partners is weinig veranderd. Met andere eerstelijns professionals is dat nog steeds ongeveer eens per maand en met de welzijnscoach 1 keer per 2 maanden.'

Ten opzichte van de beginsituatie werken *inwonerinitiatieven* met 3 keer per 2 maanden vaker samen met individuele inwoners en met 1 keer per 2 maanden ook wat vaker met andere inwonerinitiatieven. De samenwerking met de dorpsondersteuners is nauwelijks veranderd en met beleidsmedewerkers is het iets minder vaak. Voor beiden is dat (ruim) 1 keer per jaar. Met alle formele samenwerkingspartners, zijnde de huisarts, andere eerstelijns professionals, de welzijnscoach en andere welzijnswerkers, werken zij niet meer of nauwelijks nog samen.

Deelname aan een samenwerkingsverband

Om vast te stellen of er ten tijde van de T1-vragenlijst inmiddels sprake is van een samenwerkingsverband met meerdere partners is gevraagd wie daaraan deelnemen. Slechts 9% (n=2) van de huisartsen geeft aan dat de welzijnscoach niet deelneemt aan het samenwerkingsverband, tegenover 69% (n=18) in het begin. Van de huisartsen geeft nu 70% aan dat inwonerinitiatieven geen deel uitmaken van het samenwerkingsverband, terwijl in de beginsituatie vrijwel alle huisartsen dat aangaven. Volgens 61% (n=14) van de huisartsen neemt de dorpsondersteuner nu wel deel aan het samenwerkingsverband. Bij de T0-vragenlijst was dat nagenoeg 0%. Van de welzijnscoaches geeft 75% (n=6) aan dat inwonerinitiatieven niet deelnemen en 50% (n=4) dat dorpsondersteuners niet deelnemen aan de samenwerking. Ten aanzien van de dorpsondersteuners zijn zij daarmee iets minder positief dan de huisartsen, maar aanzienlijk positiever dan tijdens de T0-vragenlijst. Daarin gaven zij nog aan dat dorpsondersteuners helemaal niet deelnamen.

Verwijzing door de huisarts naar de welzijnscoach

In vergelijking met de beginsituatie geven, met 96%, veel meer huisartsen aan bij niet-medische problemen te verwijzen naar de welzijnscoach. Dat is vooral een gevolg van het feit dat nu op alle locaties een welzijnscoach actief is, ten opzichte van twee locaties in de beginfase. Ten aanzien van de dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven is er met respectievelijk 43% en 30% van de huisartsen die aangeeft rechtsreeks verwijzen, nauwelijks iets veranderd. De welzijnscoaches die de vragenlijst hebben ingevuld geven allen aan dat de huisarts naar hen verwijst.

Het gemiddelde aantal keren dat de huisarts verwijst naar de welzijnscoach is volgens de huisartsen 3 keer per 2 maanden. Dit is gemiddeld genomen dus niet toegenomen ten aanzien van de beginsituatie, maar wel breder verspreid over de huisartsen. Toch geeft nog steeds 71% van de huisartsen aan dat het aantal verwijzingen per maand 1 of 0 is. Volgens de deelnemende welzijnscoaches wordt er gemiddeld 3 keer per maand naar hen verwezen. Zij zijn verbonden aan locaties waar ook de huisartsen aangeven vaker te verwijzen.

Overleg tussen de huisarts en andere partners

Met 83% geven substantieel meer huisartsen dan in de beginsituatie aan te overleggen met de welzijnscoach. Zij geven aan dat gemiddeld zo'n 4 keer per jaar te doen. Ook alle welzijnscoaches geven aan dat dat overleg plaatsvindt met een overeenkomende frequentie. Daarnaast geeft 26% van de huisartsen aan te overleggen met de dorpsondersteuner en 17% rechtstreeks met inwonerinitiatieven. Ten opzichte van de beginsituatie is daar, ook in de frequentie nauwelijks iets in veranderd.

Doel van samenwerken

Op de vraag met welk doel men samenwerkt met andere disciplines waren de antwoorden in de beginsituatie overeenstemmend. Met name het leveren van 'de juiste zorg op de juiste plek' wordt

genoemd en ook het verbeteren van het geluk en welzijn en de kwaliteit van leven van de patiënt. Daarnaast wordt nog genoemd het hebben van korte lijnen, het vergroten van de algehele leefbaarheid door een gezonde en veilige omgeving te creëren en het verbinden van bewoners, het vergroten van de zelfredzaamheid van inwoners en inwoners in beweging krijgen in het kader van preventie. De antwoorden bij de T1-vragenlijst komen grosso modo overeen met de antwoorden in de beginsituatie. Het 'leveren van beter zorg en/of de juiste zorg op de juiste plek' wordt ook nu het vaakst genoemd, maar daaraan wordt wel veel vaker toegevoegd dat er nu met name voor psychosociale problemen een betere voorziening is en dat dit de huisarts kan ontlasten.

Afspraken over de samenwerking

Ruim tweederde deel van de deelnemers (n=41) geeft aan dat er op organisatieniveau afspraken zijn over het verwijzbeleid bij niet-medische problemen. Dat is een duidelijke toename ten aanzien van de beginsituatie. Huisartsen, POHs en welzijnscoaches zijn het daar nagenoeg unaniem over eens. Ook het aantal respondenten dat aangeeft dat er een gezamenlijke missie en visie voor de samenwerking is opgesteld is met 47% nagenoeg verdubbeld. Het aantal deelnemers dat aangeeft dat er tussen de samenwerkingspartners afspraken zijn gemaakt over de samenwerking en/of dat er een plan van aanpak is is met 67% nog sterker toegenomen. Op alle punten is wel nog verbetering mogelijk.

Waarde van de samenwerking en wederzijdse belangen

Samenwerken wordt, ongeacht hun functie, door 94% (n=46) belangrijk gevonden en door 86% (n=42) waardevol. Dat was in de beginsituatie ook het geval. Ten opzichte van de beginsituatie valt op dat met 57% een substantieel groter percentage van de deelnemers vindt dat er voldoende onderling vertrouwen is. Ook tijdens de T1-vragenlijst is nog 45% er niet zeker van of negatief over de vraag of er voldoende inzicht is in de belangen van de samenwerkingspartners en zou 47% er moeite voor doen om de belangen van alle partners te realiseren. Daarin is ten aanzien van de beginsituatie weinig veranderd. Met 53% vindt tijdens de T1-vragenlijst een groter percentage dan in de beginsituatie dat de juiste mensen deelnemen, maar het percentage deelnemers dat vindt dat de juiste organisaties deelnemen aan de samenwerking is, met nu 63%, sterker toegenomen. Dus ten aanzien van de belangen en de deelname van de juiste partners valt nog veel te winnen.

Afspraken en rollen t.a.v. de samenwerking

De cijfers laten zien dat, ten opzichte van de beginsituatie, met 55%, meer deelnemers vinden dat het doel van de samenwerking duidelijk is. Welzijnscoaches zijn het hier gemiddeld het meest mee eens, gevolgd door de huisartsen. Ook 3 van de 4 inwoners vinden dat het doel duidelijk is. Met betrekking tot duidelijke afspraken over de samenwerking is het aantal deelnemers, met 70%, ruimschoots verdubbeld. Dit betreft met name de welzijnscoaches en de huisartsen. Ook het aantal deelnemers dat vindt dat afspraken worden nagekomen is, met 53%, sterk toegenomen. Ook hier zijn huisartsen en welzijnscoaches er het meest mee eens. Inwoners zijn ten aanzien van de afspraken minder positief, terwijl zij in de beginsituatie positiever waren.

Met 53% weten duidelijk meer deelnemers wie de centrale contactpersoon van de organisatie waarmee wordt samengewerkt is en met 51% geven ook meer deelnemers aan dat er een kartrekker is voor de samenwerking. Ook hiervoor zijn het vooral huisartsen en welzijnscoaches die positief antwoorden. Vergeleken met de beginsituatie is vooral het aantal huisartsen dat deze vragen positief beantwoordt toegenomen. Op alle voorgaande thema's is echter nog veel verbeterruimte. Opvallend is dat de dorpsondersteuners deze vragen over deze thema's niet van toepassing vonden.

Evaluatie van de samenwerking en onderlinge communicatie

Het aantal deelnemers dat aangeeft dat de samenwerking regelmatig wordt geëvalueerd is met 53% ruimschoots verdubbeld ten opzichte van de beginsituatie. Ook geeft 59% aan dat iedereen voldoende inbreng heeft in de samenwerking en dat er op een open manier wordt gecommuniceerd. Ook dat is ruimschoots meer dan in de beginsituatie. Conflicten zijn voor een ruim aantal deelnemers (nog) niet aan de orde, maar 24% geeft aan dat die op een goede manier worden opgelost en dat is meer dan bij aanvang. Hoewel voor alle vragen een positieve ontwikkeling zichtbaar is, is er ook nog duidelijk ruimte voor verbetering.

Duidelijkheid t.a.v. de verwijzing en aard van de samenwerking

Er is met 86% een forse toename van het aantal deelnemers dat vindt dat er een goede verwijsprocedure bestaat tussen huisartsen en welzijnscoaches. Daarnaast geeft 26% aan dat er een duidelijke verwijsprocedure bestaat van de huisarts naar inwonerinitiatieven. Hierbij valt op dat 75% van de aan het onderzoek deelnemende welzijnscoaches een directe verwijzing van de huisarts naar inwonerinitiatieven niet van toepassing vindt, terwijl maar 30% van de huisartsen dat vindt. Van het contact tussen de huisarts en de welzijnscoach vindt 69% van de deelnemers dat het goed verloopt. Dat is een verdrievoudiging van de beginsituatie. Zowel welzijnscoaches als huisartsen vinden vrijwel unaniem dat dit contact goed verloopt. Daarentegen vindt slechts 26% dat het contact tussen huisarts en dorpsondersteuner goed verloopt. Daarbij vindt 43% van de huisartsen dat dit ook niet van toepassing is en ook 62% van de welzijnscoaches vindt dit niet van toepassing. Over het verloop van het contact tussen de huisarts en inwonerinitiatieven is 24% positief. Bij inwoners is hierover een positieve tendens zichtbaar. Deze inwoners zijn wel verbonden aan dezelfde locatie. Ook hier vindt 43% van de huisartsen en 80% (n=6) van de welzijnscoaches de vraag niet van toepassing. Voor wat betreft de terugkoppeling naar de huisarts geeft 45% van de deelnemers aan dat die goed verloopt. Welzijnscoaches zijn hierover gemiddeld het meest positief, 80% van hen geeft aan dat de terugkoppeling goed verloopt. Van de huisartsen vindt 26% dat de terugkoppeling níet goed verloopt. Ook dorpsondersteuners vertonen hierin een negatieve tendens. Hoewel het aantal deelnemers dat aangeeft dat de terugkoppeling naar de verwijzer goed verloopt is toegenomen, is daarin dus nog veel verbetering mogelijk, met name onder huisartsen en dorpsondersteuners.

Een en ander beschouwend lijkt de positie van de welzijnscoach, zowel bij een deel van de huisartsen als bij de welzijnscoaches zelf, het gevoel op te roepen dat direct contact van de huisarts met dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven minder nodig is. De welzijnscoach positioneert zichzelf als

intermediair tussen de huisarts en dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven en huisartsen lijken met de welzijnscoach het centrale aanspreekpunt en de verwijsmogelijkheid te hebben waaraan zij behoefte hebben bij niet-medische problemen. Het is dan echter van belang dat welzijnscoaches ook de rol van spin in het web gaan invullen en een gedegen netwerk opbouwen waarin inwonerinitiatieven prominent aanwezig zijn.

Opbrengsten van de samenwerking

Ten aanzien van de vraag of men meer tijd heeft voor de eigenlijke taken is ten aanzien van de beginsituatie weinig veranderd. Daarbij geeft 20% aan dat dat wel zo is en 22% dat dat niet zo is. Wel vindt men gemiddeld genomen dat inwoners beter worden geholpen. Van de deelnemers is 69% het hiermee eens en dat is een toename ten aanzien van de beginsituatie. De verschillende functiegroepen zijn hierover redelijk gelijkgesteld. Hetzelfde geldt voor de tijdsinvestering, die met 61% door meer deelnemers dan in de beginsituatie de moeite waard wordt gevonden. Huisartsen, welzijnscoaches, inwoners en dorpsondersteuners zijn hier gemiddeld positief over. Op de vraag of de samenwerking leidt tot meer plezier in het (vrijwilligers)werk antwoordt met 26% echter een lager percentage van de deelnemers positief vergeleken met de beginsituatie. Vooral de welzijnscoaches zijn hier positief over.

Algehele waardering voor de samenwerking

De deelnemers geven de samenwerking op persoonlijk niveau gemiddeld 7,4 punten uit 10. Dat is een kleine verbetering zien ten opzichte van de beginsituatie. Nog 2% (n=1) waardeert de samenwerking met een onvoldoende (≤ 5), maar 92% (n=45) geeft een voldoende variërend van een 6 tot en met een 9. Qua beoordeling van de persoonlijke samenwerking zitten de functiegroepen sterk op een lijn. De samenwerking op organisatieniveau wordt beoordeeld met een 7,1 uit 10 en ook dat is een verbetering ten aanzien van de beginsituatie. Hiervoor geeft nog 10% (n=5) een onvoldoende, terwijl 83% (n=41) een voldoende geeft variërend van 6 tot en met 9. Over de samenwerking op organisatieniveau zijn met name de huisartsen nu duidelijk positiever dan in de beginsituatie. De dorpsondersteuners scoren hier gemiddeld echter beduidend lager dan de andere functiegroepen.

Adviezen voor een goede samenwerking

Enkele tips die worden gegeven voor (verbetering van) de samenwerking zijn elkaar meer ontmoeten, korte lijnen, nog beter communiceren en goede afspraken maken. Ook meer wederzijds terugkoppelen wordt genoemd. Daarnaast wordt geadviseerd dat er niet te veel wisselingen van gezichten, met name van de welzijnscoach, moeten optreden. Kritische noten zijn dat het onduidelijk is wat iemand nu kan betekenen en dat elke activiteit nog steeds geld kost, terwijl dat juist het probleem is. Ook wordt geopperd dat het 'optuigen' van al deze professionals en organisaties geld kost en dat er een grotere rol ligt voor beleidsmakers om ervoor te zorgen dat sociale problemen (bv schulden) minder voorkomen.

3.2 Resultaten van interviews, observaties en vragenlijsten van de zeven locaties

In deze paragraaf worden de bevindingen uit de interviews, observatie tijdens bijeenkomsten en de vragenlijsten weergegeven die zijn verzameld op de 7 geselecteerde locaties.

3.2.1 Samenstelling van de steekproef voor de interviews

Vanaf oktober 2022 tot en met juni 2023 zijn er 20 semigestructureerde interviews afgenomen met in totaal 25 participanten: zeven huisartsen, twee POH-somatiek, een verpleegkundig specialist, acht welzijnscoaches, zeven dorpsondersteuner/inwonerinitiatieven. De interviews bestonden uit 8 individuele interviews, 6 duo-interviews en 6 groepsinterviews. De deelnemende professionals en inwonerinitiatieven waren gekoppeld aan 7 deelnemende gemeenten/locaties. Omdat in de laatste interviews geen nieuwe informatie meer naar voren kwam is de verwachting dat theoretische saturatie is bereikt.

3.2.2 Respons en samenstelling van de steekproef van de vragenlijsten

Op de zeven geselecteerde locaties zijn zowel de vragenlijst van de T0-vragenlijst als de T1-vragenlijst geretourneerd door in totaal 22 deelnemers (Tabel 3). De T0-vragenlijst is door één dorpsondersteuner geretourneerd zonder hem in te vullen, de T1-vragenlijst door één dorpsondersteuner, één welzijnscoach en één inwoner. De overige 21 deelnemers van de T0-vragenlijst bestaan uit 7 huisartsen, 4 POHs, een doktersassistente, een verpleegkundig specialist, een welzijnscoach, 3 dorpsondersteuners/wijkverbinders en 4 vertegenwoordigers van een inwonerinitiatief. Voor de T1-vragenlijst bestaan de overige 19 deelnemers uit 6 huisartsen, 4 POHs, 3 welzijnscoaches, 2 dorpsondersteuners/wijkverbinders en 4 vertegenwoordigers van een inwonerinitiatief. Voor zowel de T0-vragenlijst als de T1-vragenlijst geldt dat de vragenlijst op 6 van de 7 locaties door deelnemers met verschillende functies is ingevuld.

Tabel 3: Deelnemers vragenlijstonderzoek T0- en T1-meting naar locatie, functie en aantal

Locaties	Functie deelnemers													
	Huisarts		POH [#]		Dokters-assistente		VS ^{##}		Welzijns-coach		Dorpsondersteuner/Wijk-verbinder		Inwoner	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
1	✓	✓							✓	✓	✓✓	✓✓		
2	✓	✓	✓	✓						✓			✓✓	✓✓
3	✓	✓	✓	✓										
4	✓	✓								✓				
5	✓	✓			✓								✓	
6	✓		✓	✓										
7	✓	✓	✓	✓			✓						✓	

[#]POH Praktijk Ondersteuner Huisarts; ^{##}VS Verpleegkundig specialist

Op alle locaties is bij afname van de T1-vragenlijst een welzijnscoach aangesteld. De welzijnscoaches die het laatst zijn aangesteld zijn ten tijde van de T1-vragenlijst ongeveer 3 maanden in functie. In Bijlage 4 worden de resultaten van de T0 en de T1-vragenlijst voor de 7 locaties gedetailleerd beschreven.

3.2.3 Resultaten van de huisartsen

Welzijn op Recept

Door het project is in alle praktijken Welzijn op Recept geïmplementeerd. Dit betekent dat huisartsen, POHs of VSen de mogelijkheid hebben om patiënten met niet-medische problemen te verwijzen naar een welzijnscoach. Drie praktijken werkten al 3 jaar (voor de start van het project) met een welzijnscoach. In 22 praktijken is de welzijnscoach tijdens de looptijd van het project geïntroduceerd: de ervaring varieert van 2 tot 9 maanden.

Werken met het Concept Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept

Uit de interviews blijkt dat op verschillende wijze is vormgegeven aan het concept Positieve Gezondheid. In drie van de zeven huisartsenpraktijken werkten huisartsenpraktijken al een aantal jaren voor de start van het project deels volgens dit concept. De mate waarin met het concept wordt gewerkt is ook afhankelijk van een individuele huisarts. Concreet betekent dit dat men meer tijd heeft voor een gesprek met de patiënt en een ander gesprek voert. Huisartsen weten soms niet goed hoe ze het moeten aanpakken om het andere gesprek te voeren, of het ontbreekt hen aan tijd. In een aantal praktijken kende men het gedachtegoed van Positieve Gezondheid wel, maar werd er nog niet mee gewerkt en was er niet meer tijd beschikbaar om het andere gesprek te voeren. Het project heeft het mogelijk gemaakt om meer tijd aan de patiënt te besteden, waardoor ook deze praktijken meer tijd kunnen besteden aan het inventariseren van niet-medische problemen en ze dientengevolge eerder en beter signaleren.

Uit de vragenlijst bleek dat het aantal verwijzingen naar de welzijnscoach nog beperkt is. Een van de redenen daarvoor kan zijn dat huisartsen nog moeite hebben met het voeren van het andere gesprek. Dientengevolge worden niet-medische problemen mogelijk niet altijd gesignaleerd. Het voeren van het andere gesprek kan juist werken als een vliegwiel voor het aantal verwijzingen naar de welzijnscoach. MTVP geeft huisartsen de ruimte om het andere gesprek te voeren, maar mogelijk is dat niet voldoende en is verbetering van de gespreksvaardigheid soms nodig. Trainingen voor huisartsen en praktijkmedewerkers hebben in het kader van het project niet plaatsgevonden. Wel is er een aantal medewerkers dat hiervoor eerder trainingen heeft gevolgd of bij wie het concept Positieve Gezondheid in een opleiding aan de orde is geweest.

Ook komt het voor dat de mogelijkheid gebruikt te maken van WoR niet beklijft of dat werken volgens WoR onvoldoende onder de aandacht wordt gebracht. Door ervaringen uit te wisselen en regelmatig met elkaar te evalueren hopen zij daar meer grip op te krijgen. Uit de T1-vragenlijsten blijkt dat met name tussen de huisartsen en welzijnscoach de doelen veel vaker helder zijn dan voorheen en dat er

duidelijk meer afspraken zijn gemaakt over de samenwerking dan tijdens de T0-vragenlijst. Ook wordt er vaker geëvalueerd. Op al deze punten kan wel nog verbetering worden geboekt. Hoewel er in veel meer gevallen dan tijdens de T0-vragenlijst sprake is van een duidelijk verwijsbeleid vindt er nog te weinig terugkoppeling aan de huisarts plaats. Juist deze terugkoppeling en het delen van successen kan bijdragen aan een groei van het aantal verwijzingen.

Samenwerking met inwonerinitiatieven

In overeenstemming met de bevindingen uit de vragenlijst gaven huisartsen in de interviews over het algemeen aan dat zij niet/nauwelijks samenwerken met inwonerinitiatieven. In de T1-meting gaven weliswaar t.o.v. de T0-meting meer huisartsen aan met inwonerinitiatieven samen te werken of naar hen te verwijzen, maar de frequentie van die samenwerking was over het algemeen zeer gering. Sommigen hebben dit in het verleden wel gedaan en vonden dit ook van meerwaarde. De toenemende werkdruk, het onderhouden van relaties en het behouden van overzicht op welke inwonerinitiatieven er zijn redenen waardoor het lastig is de samenwerking in stand te houden. Deze samenwerking wordt ook beïnvloed doordat huisartsen veelal niet wonen in het dorp/wijk waar zij werken. Hierdoor ontbreekt een natuurlijke binding met de lokale gemeenschap, ten opzichte van vroeger. Daarnaast komt het ook (regelmatig) voor dat patiënten in een andere wijk of dorp wonen dan waar de huisarts gevestigd is. Dit brengt met zich mee dat patiënten er de voorkeur aan geven te worden doorverwezen naar een welzijnscoach/inwonerinitiatief in een andere dorp/wijk. Voor huisartsen is het daardoor vaak ook lastig om rechtstreeks door te verwijzen naar inwonerinitiatieven. Soms verwijzen huisartsen patiënten door naar een organisatie/inwonerinitiatief in een andere gemeente.

Uit de vragenlijst blijkt dat het aantal keren dat de huisarts direct overleg heeft met inwonerinitiatieven gering is, maar de inwonerinitiatieven van de zeven locatie die de vragenlijst hebben ingevuld vinden wel dat het contact goed verloopt. Huisartsen benoemden in de interviews echter dat de samenwerking met inwonerinitiatieven niet altijd even soepel loopt. Dit speelt een rol als er meerdere inwonerinitiatieven in een dorp/wijk zijn. Een gedeeld verleden en onderlinge spanningen tussen inwonerinitiatieven kunnen soms ook de samenwerking belemmeren omdat het gevoelig kan liggen welk inwonerinitiatief uit te nodigen voor een gezamenlijk overleg en welk initiatief niet.

Enkele huisartsen gaven aan dat het voor hen helpend is als er een sociale kaart is van een wijk/dorp/gemeente zodat zij patiënten gerichter kunnen informeren wat er mogelijk is als ze hen doorverwijzen naar een welzijnscoach. Een sociale kaart geeft professionals en inwoners een overzicht welke diensten en activiteiten er zijn in het sociale en het publieke domein en lijkt ook bij te dragen aan de motivatie van huisartsen patiënten door te verwijzen. In een aantal gemeenten is deze ook al digitaal beschikbaar maar is er ook discussie over de vraag bij wie het eigenaarschap van de sociale kaart ligt en wie er dus voor zorgt dat hij up-to-date blijft.

Samenwerking met de welzijnscoach

Bij een aantal huisartsenpraktijken zit de samenwerking met de welzijnscoach nog in de beginfase. Huisartsen gaven aan dat deze samenwerking de tijd moet krijgen om te groeien en tonen zich bereid om mee te denken over en bij te dragen aan de verdere ontwikkelingen rondom de samenwerking met de welzijnscoaches. Zij hopen nu een vast contactpersoon te hebben, waardoor het makkelijker wordt om patiënten door te verwijzen. Dat beeld lijkt te worden bevestigd door de vragenlijst bevindingen, waarin huisarts en welzijnscoach elkaar goed lijken te vinden, maar waarin sinds de aanwezigheid van de welzijnscoach het directe contact tussen huisarts en inwoners is afgenomen en met inwonerinitiatieven gering is gebleven. Huisartsen lopen vaak aan tegen een groot verloop van contactpersonen werkzaam bij welzijnsorganisaties en/of gemeenten. Het gevolg hiervan is dat het hun (veel) extra tijd kost om informatie in te winnen voor hun patiënten of acties uit te zetten. Een aantal huisartsen gaf aan dat de aanwezigheid van tenminste één contactpersoon ('welzijnscoach') naar wie ze een patiënt kunnen doorverwijzen hen rust geeft omdat ze patiënten nu iets extra's te bieden hebben. Dit geeft rust en ontzorgt hen. Een huisarts vertelde dat door de komst van de welzijnscoach ook de POH nu ontlast wordt, omdat zij voorheen regelmatig werd ingezet om buiten het medische circuit passende ondersteuning te zoeken.

Uit de vragenlijsten blijkt dat huisartsen van de zeven locaties en ook de welzijnscoaches (vrijwel) unaniem positief zijn over de verwijzprocedure naar de welzijnscoach en het contact tussen huisarts en welzijnscoach. Ook blijkt dat er aanzienlijk meer afspraken zijn gemaakt over de samenwerking. Desondanks geven enkele huisartsen in de interviews aan dat in de samenwerking met de welzijnscoach nog verbeteringen mogelijk zijn. Ook dat komt overeen met de vragenlijst bevindingen. Zo bleek dat afspraken nog niet op alle terreinen even helder zijn. Het is bijvoorbeeld onduidelijk op welke termijn een welzijnscoach contact opneemt met een patiënt als deze door een huisarts wordt verwezen. De ervaring was wel dat dit doorgaans snel gebeurt. Daarnaast is voor huisartsen nog niet altijd even helder welke patiënten zij kunnen doorverwijzen naar de welzijnscoach en/of dorpsondersteuner (indien aanwezig). Dit heeft onder andere te maken met de complexiteit van vragen en problemen waarmee patiënten een huisarts bezoeken. De bevindingen uit de vragenlijsten laten zien dat er ook nog verbetering nodig is in de terugkoppeling naar de huisarts.

Ook geven huisartsen in de interviews aan niet altijd goed zicht te hebben op welke professionals al bij een patiënt betrokken zijn of ze weten dat soms niet omdat ze daarover door andere instanties niet geïnformeerd worden. Daarnaast bleek dat het voor hen lang niet altijd helder is wat het verschil is tussen bijvoorbeeld een dorpsondersteuner en een welzijnscoach. Dit maakt het lastig om patiënten door te verwijzen naar de juiste persoon. Het kan dus gebeuren dat zij te complexe casussen doorverwijzen naar een welzijnscoach of dorpsondersteuner waardoor de patiënt uiteindelijk weer terugkomt. Om hier meer richting aan te kunnen geven is er een richtlijn ontwikkeld maar deze biedt huisartsen nog onvoldoende houvast. Wel willen huisartsen graag dat het simpel blijft om door te verwijzen dus dat het systeem zo is ingeregeld dat het voor hen makkelijk te gebruiken is.

Een aantal huisartsen gaf daarnaast aan dat een goede informatie aan patiënten over het werken volgens het concept Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept erg belangrijk is. Patiënten zijn dan beter voorbereid op de andere aanpak van de huisarts, waarbij ook niet-medische factoren worden besproken, en de mogelijkheid van een verwijzing naar de welzijnscoach. Dit zou het werk voor de huisarts, de POH én de welzijnscoach gemakkelijker kunnen maken.

In een aantal praktijken is er een samenwerking tussen welzijnscoach(es) en inwonerinitiatieven/ dorpsondersteuners enerzijds en de POH van desbetreffende huisartsenpraktijk anderzijds. In andere praktijken wordt de POH minder betrokken bij het concept WoR. Dit beeld is in overeenstemming met de bevindingen uit de vragenlijst.

Factoren die de samenwerking beïnvloeden

In de interviews is gevraagd naar factoren die de samenwerking tussen huisartsen en welzijnscoaches en inwonerinitiatieven bevorderen dan wel belemmeren (zie Tabel 4). Omdat er relatief weinig contact is vanuit de huisartsenpraktijken met inwonerinitiatieven konden huisartsen en POHs hierover geen uitspraken doen, maar wel over de samenwerking tussen huisartsen en welzijnscoaches. In Tabel 4 is weergegeven welke belemmerende en bevorderende factoren worden ervaren in de samenwerking en de uitvoering van de functie.

Tabel 4: Beïnvloedende factoren voor de samenwerking en de uitvoering van de functie

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zeggenschap over keuze welzijnscoach ○ Zichtbaarheid welzijnscoach ○ Elkaar kennen ○ Korte lijnen ○ Goede bereikbaarheid om te kunnen overleggen ○ Vertrouwen in elkaars deskundigheid ○ Structureel overleg ○ Afspraken omtrent frequentie overleg ○ Mogelijkheid patiënten digitaal aan te melden via viplife bij welzijnscoach 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Covid19 pandemie ○ Patiënten zijn niet op de hoogte van WoR en staan er niet altijd open voor ○ Onduidelijk welke patiënten in aanmerking komen voor WoR ○ Ontbreken van afspraken m.b.t. *Termijn oppakken doorverwijzing welzijnscoach *Aantal gesprekken bij welzijnscoach *Terugkoppeling vanuit welzijnscoach *AGV
Welzijnscoaches	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hebben van sociaal netwerk ○ Zichtbaarheid bij huisartsen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Covid19 pandemie ○ Oneigenlijke verwijzingen ○ (Te) complexe problematiek ○ Casussen die elders thuishoren (bijvoorbeeld maatschappelijk werk) ○ Onduidelijkheid m.b.t. eigen rol ○ Wet- en regelgeving omtrent AGV ○ Openstaan patiënten WoR ○ Niet/onvoldoende vinden van passend aanbod ○ Financiën patiënt
Dorpsondersteuners/ inwonerinitiatieven	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elkaar kennen/ontmoeten ○ Aanwezig zijn bij overleg ○ Korte lijnen ○ Vertrouwen in elkaar 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Covid19 pandemie ○ Beperkt aantal uren ○ Structureel te weinig uren ○ Financiering van functie ○ Wet- en regelgeving omtrent AGV ○ Grenzeloosheid functie als inwoners hen weten te vinden

Ervaren resultaat/verwachting

Uit de vragenlijst blijkt dat huisartsen verdeeld zijn over de vraag of de samenwerking met de welzijnscoach leidt tot meer tijd voor de eigenlijke taken en tot meer plezier in het werk. Zo vroeg een aantal huisartsen in de interviews zich af of Welzijn op Recept (WoR) op termijn wel resulteert in de gewenste ontlasting van de huisartsenzorg. Zij realiseerden zich dat WoR niet voor iedere patiënt de oplossing is voor bestaande problemen. Alle huisartsen van de zeven locaties gaven in de vragenlijst aan bij niet-medische problemen naar de welzijnscoach en/of de dorpsondersteuner te verwijzen. Dit werd bevestigd door de welzijnscoaches en de dorpsondersteuners. Op het moment van afname gaven huisartsen in de T1-vragenlijst aan gemiddeld iets minder dan 2 keer per maand te verwijzen naar de welzijnscoach en iets meer dan 1 keer per maand naar de dorpsondersteuner. Uit de interviews blijkt dat het aantal verwijzingen tot dan toe is achtergebleven bij de verwachtingen, waarbij dient te worden aangetekend dat sommige welzijnscoaches pas kort in functie waren. De praktijk zal moeten leren of deze samenwerking daadwerkelijk gaat voorzien in een behoefte en dat het de huisartsen iets oplevert. Huisartsen gaven aan dat patiënten wisselend reageren op de mogelijkheid van verwijzing naar een welzijnscoach als ze naar de huisarts gaan. Zij gaven aan dat veel inwoners niet weten dat deze mogelijkheid er is of ze staan er niet/minder open voor. Ook wil niet iedere bewoner een activiteit ondernemen in het eigen dorp/wijk of ontbreekt het hen aan financiële middelen. Er is meer tijd nodig om de samenwerking verder vorm te geven en patiënten bekend te laten raken met het concept WoR. Opvallend is dat in de interviews naar voren kwam dat tijdens de consulten waarvoor patiënten met niet-medische problemen de huisarts bezoeken eenzaamheid een regelmatig terugkerend thema was.

3.2.4 Resultaten van de welzijnscoaches

In de T1-vragenlijst geven de welzijnscoaches aan iets vaker dan een keer per maand samen te werken met inwonerinitiatieven en dat is iets vaker dan in de T0-vragenlijst. Zij werken daarentegen echter met iets minder dan 1 keer per 2 maanden minder vaak samen met individuele inwoners. De samenwerking met de dorpsondersteuner is, zoals in het begin, iets meer dan 1 keer per maand. De mate waarin welzijnscoaches samenwerken met inwonerinitiatieven verschilde per geïnterviewde. Sommigen werkten al langere tijd in deze functie en hebben in hun eigen gemeenschap een netwerk opgebouwd. Hierdoor kunnen zij sneller een beroep doen op inwoners/inwonerinitiatieven of het informele aanbod vanuit de gemeenschap. Anderen werkten pas sinds kort in deze functie waardoor zij een netwerk met inwoners/inwonerinitiatieven nog moeten gaan opbouwen. Welzijnscoaches die naast deze functie ook in de functie van een maatschappelijk werker of dorpsondersteuner werkzaam zijn, kunnen een beroep doen op contacten die zij vanuit die functie eerder al hebben opgebouwd.

Welzijnscoaches gaven aan dat het belangrijk is dat WoR de tijd krijgt om te groeien. Dat geldt zowel binnen de groep van de professionals als voor patiënten. Het aantal verwijzingen was op veel plaatsen nog beperkt of soms nihil. Een van de redenen die zij daarvoor aangaven is dat WoR pas kortgeleden is gestart. Hoewel uit de T1-vragenlijsten is gebleken dat er op beduidend meer locaties samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, zijn welzijnscoaches daar minder eensgezind over dan

huisartsen. Welzijnscoaches merken dat het voor huisartsen soms onduidelijk is wie ze naar hen kunnen doorverwijzen.

Rolinvulling

Welijnscoaches gaven ook aan nog zoekende te zijn in hun rol. Een aantal van hen heeft gemerkt dat de functie meer behelst dan ze zich aanvankelijk hadden voorgesteld. Bovendien hebben sommigen van de geïnterviewde welzijnscoaches een dubbelfunctie, zoals bijvoorbeeld welzijnscoach/dorpsondersteuner of welzijnscoach/maatschappelijk werker. Het is dan niet altijd gemakkelijk om zich te beperken tot de mediërende rol van de welzijnscoach op het moment dat zij in die rol worden aangesproken. De meeste welzijnscoaches hebben een training gevolgd waarin hen geleerd is hoe ze daarmee kunnen omgaan. Belangrijk is dat ze in gesprekken met patiënten de focus leggen op de kracht en de capaciteiten van het individu en dat de aandacht niet uitgaat naar problemen. Zij merken dat dit in praktijk soms lastig is maar dat ze daar steeds vaardiger in worden. Toch geven zij aan ook baat te hebben bij eerdere functies die ze hebben gehad, omdat ze daardoor over een aantal competenties beschikken die ze kunnen inzetten in gesprekken met patiënten zoals bijvoorbeeld luisteren, de vraag achter de vraag horen en empathisch vermogen.

Opvallend is dat sommige welzijnscoaches zich de vraag stellen of de extra professionele schakel die zij nu vormen tussen huisartsen en inwoners/inwonerinitiatieven er in de toekomst weer tussenuit kan, bijvoorbeeld als een dorpsondersteuner deze rol kan oppakken. Daar waar de welzijnscoach en de dorpsondersteuner al samenwerken wordt er weinig verschil in rollen gezien.

Samenwerking met andere partners

De T1-vragenlijst bevindingen laten zien dat met name de samenwerking van de welzijnscoach met de huisarts tot stand is gekomen. Zij geven aan dat dat ongeveer één keer per week is. Met andere zorgprofessionals en welzijnsprofessionals is dat iets minder dan één keer per maand en met inwonerinitiatieven en dorpsondersteuners iets meer dan één keer per maand. In de training die de welzijnscoaches hebben gehad, is de aandacht uitgegaan naar de samenwerking met de verwijzers en niet hoe zij in contact komen met dorpsondersteuners en/of inwonerinitiatieven. Welzijnscoaches gaven aan dit lastig te vinden. De intentie is om het contact maken met de informele zorg- en ondersteuningsvoorzieningen, zoals inwonerinitiatieven, als onderwerp in een volgende training aan bod te laten komen. In de vragenlijst gaven welzijnscoaches ook aan iets meer dan één keer per maand samen te werken met andere welzijnscoaches. Door de training hebben welzijnscoach elkaar leren kennen waardoor zij nu ook de mogelijkheid hebben tot overleg of intervisie. Men deelt ervaringen en successen en bereekt casuïstiek. Voor het samenwerkingsproces benoemen zij nog dat het belangrijk is dat patiënten in een vroeg stadium duidelijk wordt gemaakt wat het doel is van het inzetten van WoR.

Ervaringen en verwachtingen ten aanzien van WoR

In de T1-vragenlijst zijn welzijnscoaches, en ook huisartsen, verdeeld t.a.v. de vraag of de samenwerking ertoe leidt dat er meer tijd vrijkomt voor de eigenlijke taken en tot meer plezier in het werk. Wel vindt een ruime meerderheid van alle partners dat patiënten beter worden geholpen als er een goede samenwerking is tussen zorg, welzijn en het informele circuit. Ook vindt een ruime meerderheid dat de samenwerking de tijdsinvestering waard is. De geïnterviewde welzijnscoaches verwachten toch dat WoR, als het eenmaal wordt toegepast zoals het is bedoeld, de potentie heeft om de eerstelijns zorg te ontlasten. Zij hopen in de toekomst meer te kunnen doen in het voorveld, zodat patiënten preventief de weg weten te vinden naar inwonerinitiatieven waardoor de druk op de huisartsenzorg mogelijk afneemt.

3.2.5 Resultaten van de Dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven

Onderstaande ervaringen zijn gebaseerd op interviews met dorpsondersteuners en één inwonerinitiatief waar de samenwerking tussen huisartsen en welzijnscoaches al langere tijd bestaat. In de T1-vragenlijst geven de dorpsondersteuners aan vooral samen te werken met inwonerinitiatieven en individuele inwoners. Dit vindt plaats op een wekelijkse basis tot meerdere keren per week. Met andere eerstelijns professionals, andere welzijnswerkers en beleidsmedewerkers werken zij, net als tijdens de T0-vragenlijst, ongeveer één keer per maand samen en met welzijnscoaches ongeveer één keer per 2 maanden. Dorpsondersteuners in de interviews geven aan dat de contacten die ze hebben met de welzijnscoaches goed verlopen.

Samenwerking met de huisarts

In de T1-vragenlijst geven dorpsondersteuners aan ongeveer één keer per kwartaal met de huisarts samen te werken. De ervaringen met betrekking tot de samenwerking met de huisartsen zijn wisselend. Een van de redenen die wordt aangegeven is dat men hen niet kent en/of ze onvoldoende zichtbaar zijn bij huisartsen. Zij merken dat het lastig is om op het netvlies (in het vizier) van huisartsen te komen. Sommigen van hen hebben contact met de POH in een huisartsenpraktijk. POHs van de zeven locaties die de T1-vragenlijst hebben ingevuld geven aan dat dat over het geheel genomen ongeveer één keer per half jaar is. Er is geen officiële opleiding/taakfunctieomschrijving van een dorpsondersteuner waardoor deze functie verschillend wordt ingevuld. Dorpsondersteuners geven aan dat hun functie daardoor mogelijk soms minder snel als professioneel wordt gezien, terwijl ze dat wel degelijk zijn. Dit kan van invloed zijn op het onderlinge vertrouwen om wel of niet met hen samen te werken. De geïnterviewde dorpsondersteuners vinden dat iemand wel op HBO-niveau moet zijn opgeleid om deze functie invulling te kunnen geven.

In de T1-vragenlijst geven de huisartsen van de zeven locaties aan gemiddeld 3 keer per 2 maanden naar de dorpsondersteuners te verwijzen, hoewel dorpsondersteuners met gemiddeld 2 keer per kwartaal een lager aantal verwijzingen aangeven. Daarnaast geven huisartsen aan gemiddeld iets meer dan 1 keer per kwartaal naar inwonerinitiatieven te verwijzen, maar de inwoners geven aan dat dat niet

gebeurt. Dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven die geïnterviewd zijn verwachtten wel dat zij een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de druk op de eerstelijns zorgprofessionals en welzijnsprofessionals als zij vanuit een gelijkwaardige positie een actieve rol kunnen spelen in de samenwerking tussen huisartsen en welzijnscoaches. Zij hebben het idee dat hun capaciteiten nog meer benut kunnen worden dan tot nu toe wordt gedaan. Sommige inwonerinitiatieven willen echter niet met huisartsen samenwerken en houden graag eigen regie.

Rolinvulling

Aanvankelijk werden dorpsondersteuners ingezet bij hulpvragen van oudere mensen. Inmiddels zijn de vragen die zij krijgen echter divers en komen zij ook uit andere leeftijds- en bevolkingsgroepen. Uit de interviews blijkt dat de manier waarop dorpsondersteuners hun rol invullen onder andere afhangt van hun eigen achtergrond en de opdracht die zij hebben vanuit de wijk(raad)/dorpsraad. Sommigen begeleiden inwoners naar een passende voorziening en laten het dan los terwijl anderen een vinger aan de pols houden. Bij de mogelijkheid tot een keuze voor een activiteit buiten de eigen gemeenschap speelt geld soms een rol. Voor activiteiten buiten de eigen gemeenschap vinden dorpsondersteuners de samenwerking met de welzijnscoach een goede aanvulling. Een welzijnscoach werkt vaak wijk-overstijgend, of in het geval van kleine kernen dorp overstijgend, en heeft ook een wijk- of dorp overstijgend netwerk. Daardoor kent de welzijnscoach het aanbod in andere wijken of dorpen beter dan de dorpsondersteuner.

Op sommige locaties vragen dorpsondersteuners zich af of zij niet ook de rol van welzijnscoach kunnen vervullen en wat de toegevoegde waarde van de welzijnscoach is in de samenwerking met huisartsen. Het is echter wel de vraag of de functie van welzijnscoach passend is voor een dorpsondersteuner. Tijdens bijeenkomsten over WoR waarbij ook dorpsondersteuners aanwezig waren bleek dat zij de rol van welzijnscoach inhoudelijk lijken te kunnen invullen, maar dat zij terughoudend zijn als er sprake is van een te sterke formalisering van hun rol. Zij zijn er primair voor en staan dicht bij de inwoners en zijn voor inwoners laagdrempelig bereikbaar. Ook zijn zij proactief in het opnemen van contact met inwoners als zij een signaal krijgen vanuit de gemeenschap. Dorpsondersteuners zijn minder gebonden aan regels, procedures en kaders en kunnen zich daardoor gemakkelijker in de gemeenschap en tussen inwoners en professionals bewegen. Zij hechten aan hun onafhankelijke positie ten opzichte van andere professionals. Vanuit dit perspectief lijkt een meer formele rol als die van welzijnscoach hen niet te passen. Hoewel inwoners hen steeds beter weten te vinden, gaven de dorpsondersteuners aan dat het belangrijk is dat hun rol nog meer bekendheid krijgt.

Factoren die de samenwerking met inwoners beïnvloeden

Hoewel in de T1-vragenlijst alle respondenten aangeven samenwerken belangrijk te vinden en vrijwel alle respondenten het ook waardevol vinden, blijkt dat er bij de verschillende respondenten een verschillend idee is over de deelname van de dorpsondersteuner aan de samenwerking. Volgens de huisartsen neemt de dorpsondersteuner daaraan deel, welzijnscoaches zijn hierover verdeeld en inwonerinitiatieven geven aan dat dorpsondersteuners niet deelnemen. Slechts een deel van de

huisartsen geeft aan dat inwonerinitiatieven deelnemen, terwijl welzijnscoaches aangeven dat inwonerinitiatieven niet deelnemen. De inwoners die de T1-vragenlijst hebben ingevuld zijn overigens positiever over de deelname van inwonerinitiatieven aan de samenwerking dan de huisartsen en de welzijnscoach. Er is in de interviews door de dorpsondersteuners en inwoners een aantal factoren genoemd die belemmerend werken op de betrokkenheid van inwoners. Allereerst moeten inwoners de wil hebben om iets voor elkaar of voor de gemeenschap te betekenen. Daarbij speelt een rol dat inwoners vaak 'te groot' denken. Zij hebben het idee iets substantieels te moeten bijdragen en er dan aan vast te zitten, terwijl het soms gaat om eenmalige kleine activiteiten zoals wat boodschappen meebrengen of een lampje vervangen. Bij inwonerinitiatieven ontbreekt soms, vooral als een beoogd doel niet aansluit bij hun behoefte, de durf en/of de competentie om de verantwoordelijkheid op zich te nemen. Die komt dan bijvoorbeeld weer bij de gemeente te liggen.

3.2.6 Verbetering van de samenwerking

In zowel de T0- als T1-vragenlijst is een aantal open vragen gesteld met betrekking tot aspecten die van belang kunnen zijn bij de samenwerking tussen verschillende partijen. Respondenten gaven als doel van de samenwerking onder andere aan: patiënten met niet-medische problemen die zich bij een huisarts melden helpen, het aanbieden van de juiste zorg op de juiste plek, een bijdrage leveren aan de gezondheid en het welzijn van inwoners en de leefbaarheid van een dorp/wijk vergroten voor en door inwoners. Ook werd een aantal keren het concept Positieve Gezondheid genoemd om het welzijn van inwoners te bevorderen en hen zo lang mogelijk uit de zorg te houden waardoor de zorg wordt ontlast.

Met betrekking tot het belang van de samenwerking werd aangegeven dat dit op sommige punten nog beter kan of dat netwerken nog moeten worden opgebouwd. Hoewel uit de T1-vragenlijst is gebleken dat er op aanzienlijk meer locaties afspraken over de samenwerking zijn gemaakt, moeten die afspraken op verschillende locaties nog verder worden vormgegeven. In de samenwerking tussen huisarts en welzijnscoach betreft dat ook afspraken over welke patiënten kunnen worden verwezen en over de terugkoppeling aan de huisarts. Bovendien blijkt uit de T1-vragenlijst dat er nog een flinke verbeteringslag te maken is in het nakomen van afspraken. In de interviews is het belang van de aanwezigheid van aanjagers/kartrekkers genoemd.

Enkeligen hebben hoge verwachtingen van de toevoeging van een welzijnscoach. Het geeft huisartsen een verwijsmogelijkheid en één aanspreekpunt bij patiënten met niet-medische problemen. Wel vindt men het belangrijk dat dan duidelijk is wat de rol van de welzijnscoach precies is. Ook wordt genoemd dat een beter inzicht in de aanwezige inwonerinitiatieven en een beter contact met deze initiatieven zou helpen. Daarnaast wordt het belang van een missie en visie aangegeven en een helder overzicht van wie waarvoor verantwoordelijk is. De T1-vragenlijst laat zien dat op een beperkt aantal locaties al een missie en visie zijn geformuleerd. Verder worden korte lijnen belangrijk gevonden, elkaar kennen en fysiek ontmoeten en zorgen dat er niet te veel wisselingen zijn in de bezetting, m.n. van de welzijnscoach. Ook het onderlinge vertrouwen, elkaar weten te vinden, de bereidheid om van elkaar te leren, openheid en het zien van de meerwaarde om met elkaar samen te werken ten einde inwoners te

kunnen helpen worden genoemd als belangrijke factoren. Wel wil men voorkomen dat er een overlegcultuur ontstaat maar dat gestreefd wordt naar een doe-cultuur, waarbij inwoners een duidelijk rol hebben. Blijven investeren in de samenwerking wordt eveneens belangrijk gevonden.

Verdere tips die worden gegeven voor (verbetering van) de samenwerking zijn elkaar meer ontmoeten, korte lijnen en nog beter communiceren. Ook meer wederzijds terugkoppelen wordt genoemd. Kritische noten zijn dat het onduidelijk is wat iemand nu precies kan betekenen en dat veel activiteiten nog steeds geld kosten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat dat vaak voor patiënten juist het probleem is (Meije et al., 2017). Ook wordt geopperd dat het 'optuigen' van al deze professionals en organisaties geld kost en dat er een grotere rol ligt voor beleidmakers om ervoor te zorgen dat sociale problemen (bijvoorbeeld schulden) minder voorkomen.

4 GELEERDE LESSEN

4.1. Positieve Gezondheid/Welzijn op Recept (WoR)

In beginsel staan huisartsen positief ten opzichte van het concept Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept (WoR). Een aantal van hen werkt in de basis al volgens het concept Positieve Gezondheid, hoewel dit werken volgens dit concept nog geen dagelijkse routine is. Niet alle huisartsen zijn overtuigd dat WoR een oplossing is voor patiënten met niet-medische problemen waarmee zij in de praktijk te maken krijgen. Ook ervaren zij nog niet dat deze werkwijze leidt tot meer ruimte voor de eigenlijke, medische, taken en zijn zij er niet van overtuigd dat het gaat leiden tot een vermindering van de werkdruk.

Meer Tijd voor de Patiënt betekent niet automatisch dat ook het concept Positieve Gezondheid wordt ingezet, terwijl dit wel kan bijdragen aan het signaleren van psychosociale problemen en onderliggende niet-medische problemen bij terugkerende of aanhoudende somatische klachten. Het (tijdig) signaleren hiervan is een voorwaarde om patiënten te kunnen verwijzen naar de welzijnscoach of dorpsondersteuner. Een toename van verwijzingen is geen doel op zich, maar draagt ertoe bij dat huisartsen en andere praktijkmedewerkers zich kunnen richten op de medische problemen en dat patiënten met niet-medische problemen op de juiste plek en door de juiste persoon kunnen worden ondersteund. In dit onderzoek gaven huisartsen aan het gevoel te hebben dat zij dan betere zorg verlenen. In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is opgenomen dat alle huisartsen in Nederland de mogelijkheid krijgen om gebruik te maken van het de werkwijze Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP) (Rijksoverheid, 2022). MTVP biedt huisartsen de mogelijkheid een gesprek te voeren met de patiënt waarin zij aandacht kunnen besteden aan niet-medische problemen die van invloed zijn op het gezondheidsprobleem. In het gebied van Syntein en Cohesie konden alle deelnemende huisartsenpraktijken per 1 april 2023 instromen bij MTVP. Ook was het op dat moment voor alle huisartsenpraktijken mogelijk om gebruik te gaan maken van WoR (Tussenrapportage). De mogelijkheid om gebruik te maken van MTVP lijkt een belangrijke randvoorwaarde om het andere

gesprek te voeren, maar is geen garantie dat het ook gebeurt. Uit de interviews bleek dat een aantal huisartsen niet zo goed wist hoe ze, ondanks het feit dat ze er tijd voor hadden, het gesprek over niet-medische problemen het beste konden voeren.

Werken volgens het uitgangspunt van Positieve Gezondheid en WoR vraagt van huisartsen en andere praktijkmedewerkers een andere manier van werken. Hiervoor zijn ze niet opgeleid. Het veranderen van een werkwijze, zeker als dat een routine is, heeft tijd nodig en vraagt om de inzet van een combinatie van bij de behoefte passende implementatie-strategieën over langere tijd. Hoewel praktijken hierin actief zijn begeleid verloopt de implementatie van met name 'het andere gesprek' moeizaam. Het lijkt van belang de begeleiding langdurig voort te zetten en in de behoefteanalyse gebruik te maken van gedragstheorieën, waardoor duidelijk wordt op welke gedrags- (bijvoorbeeld gespreksvaardigheid) en omgevingsdeterminanten (bijvoorbeeld een rustige omgeving om het gesprek te kunnen voeren) moet worden geïntervenieerd om een verandering teweeg te brengen. Ook de aanwezigheid van een zogenaamde change agent (Rogers, 2003), bij voorkeur uit de eigen gelederen, kan hierbij ondersteunend zijn. Deze lokale change agent kan in lagere frequentie worden ondersteund vanuit de huisartsencoöperatie. Als het eigenaarschap van het veranderingsproces bij de praktijk ligt zal dat ertoe bijdragen dat, ook als de begeleiding van buiten minder frequent is, aandacht wordt besteed aan de implementatie van werken volgens Positieve Gezondheid en WoR en dat dit routine wordt in het dagelijkse handelen. Daarmee kan het bijdragen aan een toename van aantal verwijzingen naar welzijnscoaches of dorpsondersteuners.

4.2. Samenwerking huisartsen/welzijnscoaches/dorpsondersteuners/ inwonerinitiatieven

Het doel van het project was het streven naar een structurele samenwerking tussen huisartsen en inwonerinitiatieven. Deze samenwerking is gedurende de looptijd van het project niet tot stand gekomen. Hoewel ongeveer een derde deel van de deelnemende huisartsen aangaf een directe samenwerking te hebben met inwoners en inwonerinitiatieven is de frequentie van die samenwerking na de inzet van de welzijnscoaches afgenomen. Tegelijkertijd is de samenwerking tussen huisarts en welzijnscoach op een groot deel van de locaties tot stand gekomen, maar beschikt een deel van de welzijnscoaches (nog) niet over een gedegen netwerk waarin ook informele zorg en ondersteuningspartners zijn betrokken. In overeenstemming met de doelstelling van de welzijnscoach,²⁰ vindt een aanzienlijk deel van de huisartsen en met name van de welzijnscoaches het wel de taak van welzijnscoach om de verbindende schakel te zijn met inwonerinitiatieven en/of dorpsondersteuners.

Hoewel het onderzoek laat zien dat er tussen de huisarts en de welzijnscoach meer afspraken zijn gemaakt over de samenwerking, is nog niet duidelijk of er sprake is van een echte wederzijdse samenwerkingsrelatie of toch vooral van een verwijsrelatie. In de meerderheid van de praktijken is de samenwerking nog pril. Ten tijde van de afname van de interviews/T1-vragenlijsten werkte een aantal

²⁰ <https://welzijnoprecept.nl/hoe-werkt-welzijn-op-recept/>

praktijken nog niet of pas sinds enkele maanden samen met een welzijnscoach. WoR heeft meer tijd nodig om zich verder te ontwikkelen. Uit het onderzoek blijkt ook dat verbetering nodig is op goede registratie van verwijzing en terugkoppeling. Beide factoren kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de uitvoering van WoR (Heijnders et al., 2023). Allereerst zou er voor huisartsen en andere praktijkmedewerkers meer duidelijkheid moeten zijn over welke patiënten verwezen kunnen worden naar de welzijncoaches en zouden welzijnscoaches er een routine van moeten maken een terugkoppeling te geven over hetgeen is besproken en welke acties zijn uitgezet.

Deelnemers aan het onderzoek geven aan dat het aantal verwijzingen achterblijft bij de verwachtingen en huisartsen zijn nog er niet van overtuigd dat WoR de oplossing is voor de hoge werklust. Welzijnscoaches/dorpsondersteuners zijn echter positiever over de kansen die WoR biedt. Zij zijn ervan overtuigd een bijdrage te kunnen leveren aan de vermindering van de werklust van eerstelijns professionals. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat welzijnscoaches ook samenwerken met andere eerstelijns professionals zoals bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, zij het minder frequent dan met de huisarts. Hoewel sommige eerdere onderzoeken indicaties laten zien voor de voordelen van 'social prescribing' (WoR) voor het welzijn en zorggebruik van individuen (Bertotti et al. 2018; Heijnders & Meijs, 2018; Suijkerbuijk et al., 2019; Pescheny et al., 2020), is er in de wetenschappelijke literatuur tot nu toe geen overtuigend bewijs voor de (kosten)effectiviteit van social prescribing en ontbreken studies van goede kwaliteit (Bickerdike et al., 2017; Carnes et al., 2017; Vidovic et al., 2021; Kiely et al., 2022). Het is dus nog de vraag of WoR een oplossing biedt voor alle patiënten met psychosociale problemen (niet-medische problemen) en of het bijdraagt aan een structurele oplossing van uitdagingen met betrekking tot de houdbaarheid van de zorg (Scheffer & Van den Muijsenbergh, 2019). Uit onderzoek blijkt ook dat het voor een verdere uitrol van WoR van belang is dat er meer inzicht is in onder andere het bereik van WoR, er meer diversiteit komt in de doelgroepen en dat voor een bredere inbedding vanuit het sociale domein en betrokkenheid van inwoners wordt gezorgd (Heijnders et al., 2023).

WoR heeft tijd nodig zich verder te ontwikkelen en om deze samenwerking verder vorm te geven. Dit vraagt om een lange termijn investering (Bekker & Wagemakers, 2021; Bertotti et al., 2018). Het helpt als er tussen de verschillende partijen duidelijke afspraken zijn over de wijze waarop men wil samenwerken (Mesman et al., 2020). Daarnaast helpt het als van iedere functie, zoals de welzijnscoach, POH-S, POH-GGZ en POH-ouderenzorg en welzijnswerker, duidelijk is wat zij precies kunnen bieden bij niet-medische problemen. Een duidelijke omschrijving van het indicatiegebied van de welzijnscoach kan hierbij behulpzaam zijn. Daarmee kan voorkomen worden dat er onjuiste of oneigenlijke verwijzingen naar de welzijnscoach plaatsvinden of dat door een druk op een knop een patiënt voor even bij een huisarts uit beeld verdwijnt. Afspraken omtrent de terugkoppeling (Brummel & Hendriks, 2020; Southby & Gamsu, 2017) waarin men elkaar een aantal keren per jaar fysiek ontmoet, kunnen hier eveneens aan bijdragen. Vanwege hun doorgaans uitgebreide netwerk in de informele zorg en ondersteuning is het zinvol dorpsondersteuners en/of inwonerinitiatieven als gelijkwaardige partners bij die samenwerking te betrekken (Bekker & Wagemakers, 2021).

Uit dit onderzoek blijkt dat POH-S en POH-GGZ nog weinig worden betrokken bij WoR, terwijl ook zij een bijdrage kunnen leveren aan deze samenwerking (De Been & Hosper, 2018; Mesman et al., 2020; Lucassen et al., 2022). Zij spreken met enige regelmaat patiënten met niet-medische problemen en zijn vaak laagdrempeliger benaderbaar voor welzijnscoaches/ dorpsondersteuners dan huisartsen (Leemrijse & Korevaar, 2021).

4.3. Kennis/vaardigheden welzijnscoaches

In het project zijn welzijnscoaches verbonden aan verschillende huisartsenpraktijken. Binnen en tussen verschillende huisartsenpraktijken en tussen de welzijnscoaches vindt intercollegiaal overleg plaats. Welzijnscoaches ontmoeten elkaar vaak tijdens de training en onderhouden daarna het contact. Zij kunnen daardoor makkelijk bij elkaar terecht met vragen en ze kunnen ervaringen uitwisselen. In het onderzoek bleek echter dat de frequentie van het onderlinge contact tussen welzijnscoaches was afgenomen. Dit is vermoedelijk het gevolg van het feit dat een deel van hen pas kort in functie was.

Voor de meeste welzijnscoaches is de functie van welzijnscoach nieuw. Een aantal van hen combineert deze functie met een andere baan/functie, bijvoorbeeld als maatschappelijk werker bij een welzijnsorganisatie of, in enkele gevallen, als dorpsondersteuner. Veelal hebben zij in eerdere functies kennis en vaardigheden verworven die ze ook kunnen inzetten als welzijnscoach. Het combineren van twee verschillende functies kan echter ook leiden tot onzekerheid omdat er onduidelijkheid kan zijn omtrent de invulling (Dijkstra, 2015). Er is sprake van rolambigüiteit als medewerkers onzeker zijn over wat een functie inhoudt en welke verantwoordelijkheden men heeft. Een duidelijke taakomschrijving van de welzijnscoach is daarom van belang. Van een professional wordt overigens wel verwacht met onduidelijkheden in het werk om te kunnen gaan en er ook toe in staat te zijn om differentiatie aan te brengen in complexe situaties (De Jong & Keijzers, 2009). De combinatie kan juist ook versterkend werken. Een welzijnscoach die al langer werkzaam is als maatschappelijk werker heeft vaak al adequate gespreksvaardigheden en een netwerk en kent de weg in zorg en welzijn. Dit kan de probleemverheldering én het vinden van de juiste zorg op de juiste plek vergemakkelijken.

De rol van welzijnscoach is complex en vraagt ook om specifieke vaardigheden (Bertotti et al., 2018). De trainingen die de meeste welzijnscoaches hebben gevolgd, hebben ertoe bijgedragen dat zij meer zicht hebben gekregen op wat de functie inhoudt, op welke wijze ze daaraan invulling kunnen geven en hoe ze de samenwerking met andere professionals vorm kunnen geven. De focus in de training was gericht op interprofessioneel samenwerken en het accent lag niet op het opbouwen en onderhouden van een netwerk met inwonerinitiatieven/inwoners. Een netwerk opbouwen en onderhouden vraagt echter specifieke vaardigheden en competenties zeker als het gaat om kennis van het sociale domein en contacten met inwonerinitiatieven/inwoners (Bertotti et al., 2018; Brummel & Hendriks, 2020). In een vervoltraining kan hier aandacht aan besteed worden. Het lijkt ook zinvol aandacht te besteden aan de mogelijkheden en onmogelijkheden van de AGV. Ten onrechte wordt de AGV vaak genoemd als belemmerende factor in de samenwerking. De AVG is hierin echter veel minder vaak een belemmering

dan wordt gedacht, zolang het delen van informatie 'ten dienste staat van de mens' en het zorgvuldig gebeurt.

4.4. Dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven

De invulling van de functie van dorpsondersteuner kan per dorp/wijk verschillen, afhankelijk van de opdracht die een dorpsondersteuner krijgt vanuit de dorps-/wijkraad (Aletta Jacobs School of Public Health, 2020). Zij zijn er voor de gemeenschap, werken dichtbij inwoners in een dorp/wijk en zijn laagdrempelig en makkelijk benaderbaar (Bijma, 2022; Van Wijk, z.d.). Zij kunnen een brug vormen tussen de systeem en leefwereld. Een te sterke formalisering van de rol van de dorpsondersteuner kan ertoe leiden dat zij (te veel) onderdeel gaan uitmaken van de het professionele systeem met de veelheid aan professionals die er al is. In dat geval ontstaat het risico dat de afstand tussen de dorpsondersteuner en inwoners toeneemt en het voor inwoners minder overzichtelijk is op wie ze laagdrempelig een beroep kunnen doen.

Bovenstaande in ogenschouw nemend kan tóch overwogen worden om dorpsondersteuners in te zetten als welzijnscoach. Belangrijk hierbij is wel dat helder is over welke capaciteiten en kwaliteiten een dorpsondersteuner moet beschikken om deze rol te kunnen vervullen (Aletta Jacobs School of Public Health, 2020). Als er zowel een dorpsondersteuner als een welzijnscoach voorhanden is, is het goed onderling afspraken te maken op welke wijze samengewerkt kan worden. Dit kan bijvoorbeeld door onderling af te stemmen of een patiënt bij WoR eerst naar een welzijnscoach gaat of dat de vraag ook direct kan worden opgepakt door een dorpsondersteuner. Dit voorkomt ook dat patiënten meerdere keren hun verhaal moeten doen en dat zij sneller de ondersteuning ontvangen die het meest passend is.

4.5. Inwoners

Hoewel voor het onderzoek geen individuele inwoners zijn benaderd komt in verschillende interviews naar voren dat ook daar nog veel te winnen valt. Inwoners zijn volgens de professionals weinig tot niet op de hoogte van het werken volgens het concept Positieve Gezondheid/MTVP in de huisartsenpraktijk en van WoR. Het ziet er naar uit dat niet alleen professionals hun weg nog moeten vinden in de toepassing van WoR en de domeinoverstijgende samenwerking, maar dat ook inwoners nog een weg hebben te gaan. Een duidelijke communicatie en verwachtingenmanagement naar inwoners door beleidsmakers en professionals is daarbij van essentieel belang (Bertotti et al., 2018).

4.6. Randvoorwaarden/rol gemeente

Om WoR succesvol te implementeren blijkt dat goede randvoorwaarden belangrijk zijn. Een aantal huisartsen gaf aan dat zij de ondersteuning vanuit de overkoepelende huisartsencoöperatie als prettig hebben ervaren. Meerdere huisartsen gaven aan dat zij belang hechten aan het hebben van een overzicht welke initiatieven er in een dorp/wijk zijn, zodat zij inwoners gerichter kunnen doorverwijzen

dan enkel het aanbieden van WoR. Zij zien hierin een taak weggelegd voor de welzijnscoach. Voldoende aanbod aan voorzieningen in een gemeenschap of in de directe omgeving die makkelijk en laagdrempelig bereikbaar zijn, kan bijdragen aan het welzijn van inwoners. Huisartsen lijken dus behoefte te hebben aan en baat bij een sociale kaart en een overzicht van zorgprofessionals en experts. Zij verwachten met een sociale kaart inwoners gerichter door te kunnen verwijzen. Hiermee kan worden voorkomen dat patiënten gemotiveerd worden zich te oriënteren op activiteiten die niet meer worden aangeboden en daardoor negatieve ervaringen opdoen met WoR. Vanwege de grote hoeveelheid inwonerinitiatieven, waarvan niet bekend was of zij ook daadwerkelijk een rol zouden kunnen vervullen in de samenwerking met de huisartsenpraktijk, bleek het echter een ondoenlijke en binnen het project té tijdrovende opgave om een overzicht van inwonerinitiatieven te maken. Een gemeente kan daarom bijdragen aan WoR door het ontwikkelen en het actueel houden van een digitale website met daarop alle maatschappelijke initiatieven (Blickem et al., 2013; Mesman et al., 2020). Daarnaast heeft de gemeente samen met de professionals een belangrijke taak in de voorlichting van inwoners over het bestaan en de bedoeling van WoR en de urgentie van de implementatie van deze voorzieningen.

Uit onderzoek is gebleken dat het bevorderen van welzijn tot stand komt in een complex samenspel van factoren van het individu, de gemeenschap en de (fysieke) leefomgeving (McElroy et al., 2021). Hieruit blijkt dat de gemeente een rol van betekenis speelt. Ook het onderzoek van Heijnders et al. (2023) toont aan dat de rol van de gemeente van belang is voor het slagen van WoR. Gemeenten kunnen een (faciliterende) rol spelen bij het informeren en in gesprek gaan met buurtbewoners, het bevorderen van buurtinitiatieven en het bevorderen van de sociale basis in de wijk. Daarnaast zijn gemeenten na afloop van het project financieel verantwoordelijk voor de borging van de welzijnscoaches. Gemeenten kunnen dus een bepalende factor zijn in de mate waarin dergelijke initiatieven, waarbij ook inwoners betrokken zijn, zich kunnen ontwikkelen (Vermeij & Gieling, 2016).

Uit dit onderzoek bleek dat er een veelvoud van mogelijkheden is aan maatschappelijke inwonerinitiatieven die mogelijk ondersteuning kunnen bieden. Bij de regiogebieden van de huisartsencoöperaties Syntein als Cohesie zijn deze initiatieven al in meer of mindere mate zichtbaar via gemeenten/websites/sociale kaarten. Het actief delen van deze kennis en overzichten door de huisartsencoöperaties zou welzijnscoaches kunnen ondersteunen worden bij het opbouwen van een netwerk (Brummel & Hendriks, 2020). De huisartsencoöperaties kunnen de contacten die er vanuit de eigen organisatie zijn met inwonerinitiatieven met de welzijnscoaches delen en hen daarin meenemen.

Verder is gedurende de projectperiode gebleken dat het tot stand komen van de samenwerking tussen verschillende partijen afhangt van de samenwerkingsverbanden die er lokaal al zijn en dat het inrichten van het proces van WoR iedere keer opnieuw maatwerk is. Een en ander hangt bijvoorbeeld af van de grootte van een huisartsenpraktijk of de huisartsenpraktijk in een dorp/wijk/stad gelokaliseerd is en/of hoe de samenwerking met een gemeente is. Andere factoren die hierop van invloed zijn, zijn de bevolkingssamenstelling van een dorp/wijk/stad, wat er leeft in een gemeenschap, welke inwonerinitiatieven er zijn en hoe actief bewoners zelf zijn.

5 DISCUSSIE/CONCLUSIE

Het project had twee doelen: 1) 25 huisartsenpraktijken uit 7 gemeenten in Noord-Limburg te laten werken volgens het concept Positieve Gezondheid waarbij inwonerinitiatieven worden betrokken bij de ondersteuning van patiënten die de huisarts bezoeken met niet-medische problemen, en 2) onderzoek te doen naar hoe de samenwerking verloopt tussen huisartsenpraktijken en inwonerinitiatieven en in hoeverre inwonerinitiatieven hierin een (grotere) rol gaan spelen.

Het project heeft vertraging opgelopen doordat de beschikking op een later tijdstip dan gepland werd toegekend. Ook de Covid19 pandemie is van invloed geweest op de ontwikkelingen. Gedurende de looptijd van het project bleek dat de meerderheid van de huisartsenpraktijken nog geïncludeerd moest worden waardoor het onderzoek (fase 2) pas in een later stadium kon worden uitgevoerd. De keuze om in het project de focus te leggen op de invoering van Welzijn op Recept en daarmee een welzijnscoach aan de samenwerking tussen huisartsenpraktijken en inwonerinitiatieven toe te voegen, leidde ook tot een verandering van focus in het onderzoek. Naast inzicht in de directe samenwerking tussen huisartspraktijken en inwonersinitiatieven, was het ook van belang om de directe samenwerking tussen huisartsenpraktijk en welzijnscoach en inwoners(initiatieven) in beeld te brengen.

De response rate bij de T0-vragenlijst was met 90,5% extreem hoog. De response rate bij de T1-vragenlijst was 59% en daarmee voldoende. Bij vragenlijstonderzoek wordt aangeraden te streven naar een response rate van 60% (Fincham, 2008). Doordat de bevindingen van vragenlijstonderzoek zijn gebaseerd op zelf-rapportage zijn ze enigszins gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden en kan de inschatting van het eigen gedrag enigszins afwijken van het werkelijke eigen gedrag. Daarbij is er vooral bij complex gedrag sprake van een groter risico op mispercepties, waarbij er zowel sprake kan zijn van zelf-overschatting als van zelf-onderschatting (O'Boyle et al., 2001; Steinman et al., 2004; Jenner et al., 2006; Rutten et al., 2009). Ten tijde van de afname van de interviews en de T1-vragenlijsten waren enkele praktijken ook nog niet of pas sinds kort gestart met het werken volgens WoR en waren welzijnscoaches op sommige locaties pas kort in functie. Bij de interpretatie van de uitkomsten van dit onderzoek moet hiermee rekening worden gehouden.

Uit de interviews bij de zeven praktijken bleek dat werken volgens het concept Positieve Gezondheid niet of nauwelijks geïmplementeerd is. Respondenten die trainingen hadden gevolgd, hadden dit gedaan op eigen initiatief voorafgaand aan het project. Hoewel er vanuit de huisartsencoöperatie uitgebreid en actief hulp is geboden bij het implementeren van het concept Positieve Gezondheid en WoR geven alle geïnterviewde huisartsen aan geen gebruik te hebben gemaakt van de aangeboden implementatiestrategieën. Een aantal huisartsen gaf aan gaandeweg te zijn meegenomen in het werken volgens het concept Positieve Gezondheid. Implementeren van nieuwe zorgpraktijken is een complex proces en vraagt om een systematische, stapsgewijze benadering en planning van implementatieactiviteiten (Wensing & Grol, 2017a), bij voorkeur gebaseerd op inzicht in de positie die de doelgroep inneemt ten aanzien van de verandering (Kok et al., 2016). Het verdient de voorkeur om gebruik te maken van gedrags- en organisatieveranderingstheorieën bij het ontwikkelen van

implementatiestrategieën (Grimshaw et al., 2004), zodat de meest passende methoden van verandering kunnen worden gekozen. Hoewel de behoeften van de huisartspraktijken zijn geïnventariseerd en zij naar behoefte zijn ondersteund in de keuze en uitvoering van hun implementatietraject is het mogelijk dat de strategieën toch niet voldoende aansloten bij de gedragsdeterminanten die een rol speelden. Ook is het mogelijk dat huisartspraktijken hun behoefte aan begeleiding hebben onderschat. Zelfoverschatting is namelijk geen uitzondering bij de implementatie van, vaak complexe, nieuwe zorgpraktijken (Rutten et al., 2009). Implementeren begint daarom met de bewustwording, en daarmee het creëren van een realistisch zelfbeeld, van de bestaande werkwijze en routines t.o.v. het werken volgens de nieuwe, gewenste werkwijze.

Uit de resultaten komt naar voren dat er door huisartsen relatief weinig direct wordt samengewerkt met dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven. Als dit al gebeurde dan lagen deze contacten er al voor aanvang van het project. Dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven gaven ook na een jaar aan nauwelijks of niet met huisartsen samen te werken. Dorpsondersteuners gaven aan weinig contact te hebben of regelmatig niet erkend te worden als professional terwijl ze dat in de meeste gevallen wel zijn. De implementatie van WoR biedt de mogelijkheid voor dorpsondersteuners om vaker aan formele samenwerkingsverbanden deel te nemen, maar dat vraagt om een open houding van zowel huisartsen als welzijnscoaches ten aanzien van dorpsondersteuners. Er ligt dus nog veel ruimte om de samenwerking met de dorpsondersteuners en hun positie in het samenwerkingsverband te verbeteren. Bijvoorbeeld door afspraken te maken over samenwerking tussen dorpsondersteuners en welzijnscoaches. Een mogelijkheid is dat de welzijnscoach en de dorpsondersteuner bij een verwijzing door de huisarts gezamenlijk de screening doen om te bepalen of het zinvol is dat een patiënt eerst een aantal gesprekken heeft bij een welzijnscoach of dat een vraag direct door een dorpsondersteuner kan worden opgepakt. Een goed voorbeeld van een dergelijke samenwerking is die tussen een coördinerend wijkverpleegkundige en de dorpsondersteuner die op één van de locaties al bestond.

De directe verwijzing van huisartsen naar dorpsondersteuners en met name inwonerinitiatieven lijkt met de implementatie van WoR in de huisartsenpraktijk door een deel van de huisartsen en de welzijnscoaches minder van belang gevonden te worden. In een aantal praktijken, waar bij aanvang van het project nog wel rechtstreeks werd verwezen naar het aantal contacten af. Uit de T1-vragenlijst bleek dat respectievelijk 43% van de huisartsen en 62% van de welzijnscoaches het rechtstreekse contact tussen huisartsen en dorpsondersteuner niet van toepassing vond en dat ook 43% van de huisartsen en 80% van de welzijnscoaches direct contact tussen de huisarts en inwonerinitiatieven niet van toepassing vond. Een en ander beschouwend lijkt de positie van de welzijnscoach, zowel bij een deel van de huisartsen als bij de welzijnscoaches zelf, het gevoel op te roepen dat direct contact van de huisarts met dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven minder nodig is. De welzijnscoach positioneert zichzelf dan, zoals de functie ook is bedoeld,²¹ als intermediair tussen de huisarts en dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven en huisartsen lijken met de welzijnscoach het centrale

²¹ <https://welzijnoprecept.nl/hoe-werkt-welzijn-op-recept/>

aanspreekpunt en de verwijsmogelijkheid te hebben waaraan zij behoefte hebben bij niet-medische problemen. Het is dan echter van belang dat welzijnscoaches ook de rol van spin in het web gaan invullen en een gedegen netwerk opbouwen waarin inwoners en inwonerinitiatieven prominent aanwezig zijn. Daarbij blijft echter wél de vraag of de inzet van welzijnscoaches op termijn een duurzame oplossing biedt voor de houdbaarheid van de zorg, zoals ook door diverse respondenten wordt opgemerkt.

Uit het onderzoek blijkt dat een aantal respondenten vindt dat de juiste deelnemers aansluiten bij overleggen daar waar anderen daar twijfels over hebben. Hoewel de verschillende akkoorden (IZA/WOZO/WRR) een beroep doen op aanspreken van krachten die in de maatschappij aanwezig zijn, sluiten inwonerinitiatieven vooralsnog vaak niet aan bij overleggen. Heijnders et al. (2023) geven aan dat in sommige gemeenten WoR de aanzet is tot de vorming van lerende netwerken. Van lerende netwerken, waarin zorg- en welzijnsprofessionals, dorpsondersteuners en inwoners op gelijkwaardige wijze samenwerken, kunnen helpen de beoogde doelen van WoR te bereiken.

Uit het onderzoek blijkt dat betrokken partijen positief staan ten opzichte van het concept Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept. Belangrijke redenen betreffen met name het kunnen bieden van de juiste zorg op de juiste plek, het kunnen leveren van een betere bijdrage aan het welzijn van inwoners en het ontlasten van de zorg. Huisartsen vragen zich wel af in hoeverre WoR daadwerkelijk gaat bijdragen aan een vermindering van de werkdruk en of WoR ook duurzaam is. In overeenstemming met eerder onderzoek geven zij aan dat het hen rust geeft dat zij nu naar een loket kunnen doorverwijzen in de wetenschap dat de patiënt met niet-medische problemen door één persoon wordt opgevangen en niet verdwaalt in het oerwoud van professionele aanbieders en regels (Bijma, 2022). Huisartsen geven hierbij wel aan belang te hechten aan een terugkoppeling vanuit de welzijnscoaches. Voor zorgverleners is terugkoppeling zelf een voorwaarde om WoR te blijven voorschrijven (Heijnders et al. 2023). Bij onvoldoende terugkoppeling bestaat ook het risico dat de aandacht voor WoR bij huisartsen verslapt en het aantal verwijzingen terugloopt (Ranke et al., 2018).

Huisartsen zijn gedurende het project meer gaan samenwerken met welzijnscoaches en een aantal aspecten is daarin duidelijk verbeterd. Dit in tegenstelling tot landelijke ontwikkelingen waar op een aantal essentiële aspecten in de samenwerking weinig verbetering zichtbaar is (Heijnders et al., 2023). Mogelijk heeft de mogelijkheid die in het project werd geboden om gebruik te maken van WoR bijgedragen aan de implementatie. Het risico is dat met het wegvallen van deze ondersteuning ook de samenwerking in de loop van de tijd verwatert. Samenwerken met andere partijen is namelijk niet vanzelfsprekend en vraagt om een cultuuromslag (Groothuis et al., 2015). Mensen moeten bijvoorbeeld in staat zijn over de grenzen van het eigen domein heen te kijken (Southby & Gamsu, 2017). Essentiële bestanddelen voor een goede samenwerking zijn onder andere elkaars rol begrijpen, het vermogen tot organiseren, elkaars kwaliteiten kennen, duidelijke afspraken, maar ook vertrouwen in elkaar en elkaar fysiek ontmoeten (Ranke et al., 2018). Dat lijkt op meerdere locaties, vooral tussen huisarts en welzijnscoach, te zijn gelukt. Uit de data blijkt dat in de meeste gevallen het doel van de samenwerking helder is en dat afspraken ook worden nagekomen. Ook geeft het merendeel van de respondenten aan

dat er onderling voldoende vertrouwen is. De samenwerking kan nog meer worden verstevigd door van elkaar te leren bijvoorbeeld in casuïstiekbespreking of door overleggen structureel te plannen en te organiseren en gegevens over de trajecten te registreren (Heijnders et al., 2023; Southby & Gamsu, 2017). Ook monitoren en evalueren van de samenwerking in de zin van hoe men de nieuwe werkwijze ervaart, welke veranderingen men verwacht en of de samenwerking voldoet aan de verwachtingen is van belang (Heijnders & De Feijter, 2020). Uit de bevindingen blijkt dat op het gebied van overleg en evaluatie wel een verbetering zichtbaar is, maar dat er nog ruimte is om dit verder uit te bouwen.

6 AANBEVELINGEN

Op basis van het in dit rapport beschreven onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan.

- Ondersteun huisartsen zowel bij het ontwikkelen van hun gespreksvaardigheden om het andere gesprek te kunnen voeren als bij hun samenwerkingsvaardigheden ten behoeve van de samenwerking met andere professionals (Scheffer & Van den Muijsenbergh, 2019).
- WoR heeft binnen het project een korte periode gehad zich te ontwikkelen. Duurzame gedragsverandering, het opbouwen van vertrouwen en het tot stand brengen van een effectieve samenwerking kost echter tijd. Blijf monitoren hoe de samenwerking verloopt en wat er nodig is deze verder te verbeteren en in stand te houden. Maak daarbij afspraken welke doelen/resultaten gehaald moeten worden. Aandacht voor deze processen kan bijdragen aan een succesvolle implementatie (Whitelaw et al., 2017).
- Maak bij de behoefteanalyse voor de implementatie gebruik van gedragstheorieën en begin met het creëren van bewustzijn over het huidige eigen handelen in relatie tot de gewenste manier van handelen. Kijk ook welke omgevingsfactoren een rol spelen en of de randvoorwaarden voor verandering aanwezig zijn. Kennis van de complexiteit van veranderprocessen om gedragsveranderingen tot stand te brengen is essentieel. De literatuur hierover ten aanzien van WoR is echter schaars (Ranke et al., 2018). Ook het delen van ervaringen en met name succeservaringen kan als een olievlek werken om WoR verder te implementeren in de praktijk. Geef ook meer bekendheid aan successen zowel naar professionals als inwoners toe. Succeservaringen kunnen bijdragen aan het verhogen van het aantal deelnemers (Van Steekelenburg & van Dijk, 2017).
- Zorg dat bij alle partijen kartrekkers zijn waardoor eigenaarschap ontstaat. Kartrekkers kunnen anderen enthousiasmeren en motiveren om met elkaar samen te werken. Ook kunnen zij een rol vervullen als het gaat om het betrekken van de gemeenschap bij de samenwerking (Vermeer, 2013).
- Onderzoek ook welke evidence based interventies voor welzijnscoaches werken (Polley et al., 2017). Een programma kan bestaan uit fysieke, sociale activiteiten en/of voorlichting/advies wat kan leiden tot verhoging van bijvoorbeeld iemands motivatie of self-efficacy. Belangrijk is dat

patiënten kunnen kiezen uit meerdere activiteiten en dat er aandacht is voor individuele vragen (Rothe & Heiss, 2021).

- Welzijnscoaches zijn een spin in het web tussen huisartsenpraktijken en dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven. Zij hebben vaak de opdracht netwerken op te bouwen en te coördineren (De Caluwé & Willems, 2021). Vrijwilligersorganisaties en inwonerinitiatieven zijn doorgaans zeer diverse organisaties. Om hiermee te kunnen samenwerken vraagt specifieke kennis en vaardigheden (Southby & Gamsu, 2017). Investeer in het ontwikkelen van deze netwerkcompetenties.

Vanuit de gemeente en de welzijnsorganisatie kunnen welzijnscoaches ondersteund worden bij het opbouwen en onderhouden van met name het informele netwerk. Ook kunnen zij hierin worden ondersteund door de huisartsenorganisaties Syntein en Cohesie door ze in contact te brengen met de eigen bestaande netwerken. Daarnaast kan het kennis hebben van de sociale kaart en een overzicht van welke activiteiten er zijn, ertoe bijdragen dat ze gericht kunnen doorverwijzen.

- Om meer gebruik te maken van dorpsondersteuners/inwonerinitiatieven is het belangrijk dat zij structureel betrokken worden bij het samenwerkingsverband. Het is daarbij van belang dat er wederzijds vertrouwen is en dat per locatie onderling afspraken worden gemaakt over de wederzijdse verantwoordelijkheden en de bereikbaarheid. Overwogen kan worden om, daar waar dorpsondersteuners werkzaam zijn, de taken van een welzijnscoach bij hen onder te brengen. Zij hebben een bepaalde mate van professionaliteit, zijn laagdrempelig benaderbaar en staan dicht bij de bewoners (Aletta Jacobs School of Public Health, 2020). Voorkom echter dat zij dat hun rol teveel wordt geformaliseerd en dat zij opgaan in bestaande professionele systemen. Mogelijk verliezen zij dan hun onafhankelijkheid en laagdrempelige bereikbaarheid voor inwoners.
- Houd rekening met de diversiteit in en settingen van huisartsenpraktijken. Hoewel van elkaar kan worden geleerd hoeft wat in de ene praktijk werkt niet ook in een andere praktijk te werken (Wilson et al., 2015). Introduceren en vormgeven van WoR en de rol van de welzijnscoach daarin is maatwerk (Ranke et al., 2018).
- Zorg onderling voor heldere afspraken met de welzijnscoach bijvoorbeeld op welke termijn een doorverwijzing wordt opgepakt, wanneer en hoe de terugkoppeling plaatsvindt, plan regelmatig een overleg in en evalueer de samenwerking op gezette tijden. Heldere afspraken met betrekking tot de terugkoppeling over het verloop van een traject en regelmatige evaluatie, kunnen bijdragen aan het blijvend voorschrijven van WoR (Heijnders et al., 2023; Ranke et al., 2018). Ook is er meer helderheid nodig over welke (niet-medische) problemen/klachten door welzijnscoaches kunnen worden opgepakt en welke bijvoorbeeld rechtstreeks naar het welzijnswerk moeten worden doorverwezen. Gezamenlijke consultvoering, zeker in het begin van de samenwerking (Vierhout et al., 1995; Crebolder et al., 2003), of met elkaar in een gezamenlijk overleg casuïstiek te bespreken (Thistlethwaite et al. 2012), kan helpen om beter

zicht te krijgen op welke patiënten en type vragen/problemen kunnen worden verwezen naar de welzijnscoach.

- Betrek ook andere professionals zoals fysiotherapeuten of psychologen bij het voorschrijven van WoR. Huisartsenpraktijken die intensief samenwerken met andere professionals kunnen hen ook wijzen op de mogelijkheid patiënten te verwijzen volgens WoR. De huisarts dient dan wel geïnformeerd te worden omdat deze de formele verwijzing moet maken voor de welzijnscoach (Ranke et al., 2018).
- Er is onduidelijkheid over welke gegevens van een patiënt gedeeld mogen worden met andere professionals, dorpsondersteuner of met inwonerinitiatieven. Maak afspraken wat kan en mag binnen de AGV wet- en regelgeving als het gaat om het verstrekken van gegevens. Nog te vaak wordt AGV onnodig als belemmering ervaren, terwijl de wet vanuit het principe van zorgvuldig handelen ruimte geeft aan onderlinge samenwerking.

Aanbevelingen voor verdiepend onderzoek

- Om samenwerkingsprocessen te kunnen monitoren is er tijd nodig om dit te kunnen vormgeven. Door de late inclusie van huisartsenpraktijken en de op sommige locatie late installatie van welzijnscoaches was het voor een aantal praktijken niet mogelijk een jaar na het versturen van de T0-vragenlijst de T1-vragenlijst te versturen. Het verdient dan ook de aanbeveling om over een jaar het onderzoek nogmaals te herhalen.
- Veel onderzoek naar de effectiviteit van Welzijn op Recept en social prescribing is van matige kwaliteit. Vaak ontbreekt het aan goed opgezette onderzoeken, is er sprake van het matig beschrijven van de methodologie en/of ontbreekt het aan informatie op welke wijze informatie en data is verzameld (Pescheny et al., 2018). Daardoor blijft onduidelijk in welke mate het concept ook daadwerkelijk bijdraagt aan de houdbaarheid van de zorg. Goed opgezet onderzoek om de waarde van WoR vast te stellen, met een design dat recht doet aan de aard van de interventie is van belang.

7 DANKWOORD

Graag willen we alle respondenten bedanken voor het invullen van de vragenlijsten. Veel van hen hebben deze tweemaal ingevuld. Daarnaast willen we de respondenten bedanken die we in het kader van dit het onderzoek hebben kunnen interviewen. De interviews hebben verdiepende inzichten opgeleverd op welke wijze men betrokken is bij het welzijn van inwoners en de intentie die er is zorg op maat te leveren.

Ook danken we de Gemeente Gennep die ons de mogelijkheid heeft geboden aan te sluiten bij de verschillende overleggen tussen huisartsen, welzijnscoaches en dorpsondersteuners. Daardoor kregen we meer zicht op hoe complex het is om een goede samenwerking tussen verschillende partijen tot stand te brengen. Ook hier zagen we een grote bereidheid van betrokkenen een bijdrage te leveren aan het anders organiseren van de zorg, om daarin gezamenlijk op te trekken en het belang van de ondersteuning vanuit een gemeente dit vorm te kunnen geven.

Naast deze bijeenkomsten, zijn we aangesloten bij een overleg tussen huisartsen en welzijnscoaches in de huisartsenpraktijk Afferden. In de huisartsenpraktijk in America zijn we aangesloten bij een overleg tussen, huisartsen, verpleegkundig specialist, coördinerend wijkverpleegkundige en dorpsondersteuners. Dit leverde ons het inzicht op dat implementeren van WoR en de onderlinge samenwerking die daarvoor nodig is vooral maatwerk is. Dank daarvoor.

We willen de Provincie Limburg bedanken voor de financiering van het project. Hierdoor werden we in de gelegenheid gesteld onderzoek te doen naar de samenwerking tussen huisartsen en inwonerinitiatieven. Het onderzoek heeft onze inzichten vergroot in de complexiteit van een goede samenwerking en het belang van het hanteren van implementatiestrategieën bij het succesvol implementeren van projecten.

Tot slot bedanken we ook de leden van de projectgroep van huisartsencoöperatie Syntein en Cohesie. Zij voorzagen ons van input hoe processen in de praktijk verliepen en hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de deelname aan het onderzoek door verschillende professionals.

REFERENTIES

- Aletta Jacobs School of Public Health (2020). *Evaluatie van de dorpsondersteuner*. Geraadpleegd op 30 januari 2023, van [evaluatie-van-de-dorpsondersteuner.pdf](#) (rug.nl)
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E. M., Colquhoun, H., Grimshaw, J. M., Lawton, R., & Michie, S. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12, 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- AZW Statline. (z.d.). Geraadpleegd op 28 oktober 2023, van <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/>
- Bekker, M., & Wagemakers, A. (2021). *Samenwerking organiseren voor preventie. Leren van de beleidsvorming voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie*. Wageningen University & Research. Geraadpleegd op 23 augustus 2022, van [Samenwerking organiseren voor preventie.pdf](#)
- Bertotti, M., Frostick, C., Hutt, O., Sohanpal, R., & Carnes, D. (2018). A realist evaluation of social prescribing: An exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Primary Health Care Research & Development*, 19, 232–245. doi:10.1017/S1463423617000706
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 1-17. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384
- Bijma, B. (2022). Een vast gezicht als verbinder met het sociaal domein. *De Dokter*, (7), 29.
- Blickem, C., Kennedy, A., Vassilev, I., Morris, R., Brooks, B., Jariwala, P., Blakeman, T., & Rogers, A. (2013). Linking people with long-term health conditions to healthy community activities: Development of Patient-Led Assessment for Network Support, (PLANS). *Health Expectations*, 16, e48–e59. doi: 10.1111/hex.12088
- Bodenheimer, T., & Sinsky C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-6. Doi: 10.1370/afm.1713. PMID: 25384822; PMCID: PMC4226781.
- Boekee, S., & Hoekstra, H. (2018). *Meer tijd voor de patiënt*. Newcom Research & Consultancy B.V. Enschede. Geraadpleegd op 20 oktober 2022, van [stakeholders](#) (lhv.nl)

- Brummel, A., & Hendriks, F. (2020). Van betekenis zijn. *Vakblad Sociaal Werk*, #4, 23-25.
- Carnes, D., Sohanpal, R., Frostick, S., Hull, S., Mathur, R., Netuveli, G., Tong, J., Hutt, P., & Bertotti, M., (2017). The impact of a social prescribing service on patients in primary care: A mixed methods evaluation. *BMS Health Services Research*, 17, 835-844. DOI 10.1186/s12913-017-2788-y
- Crebolder, H.F.J.M., Vlek, H. & van Leeuwen, Y., (2003). Het gezamenlijk consult: een effectieve methode om de ervaringskennis van de huisarts te vergroten. *Huisarst en Wetenschap*, 12: 676-678
- De Been, M., & Hosper, K. (2018). Goede voorbeelden van samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. *Bijblijven (maart)*. DOI: 10.1007/s12414-018-0304-8
- De Caluwé, M., & Willems, N. (2021). *Handreiking Samenspel locale coalities tegen eenzaamheid*. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd
- De Jong, R., & Keijser, J. M. (2009). Rolambigüiteit in gezondheidsbevordering hoort bij het werk. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 6, 247-250.
- Dijkstra, P. (2015). Samenwerken in tijden van verandering. *Bijzijn-XL*, 8, 26-29.
- Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.*, 83(4), 691–729. doi:10.1111/milq.2005.83.issue-4
- Duijvendijk, I., & Idzardi, K. (2013). *Samenwerken aan beschikbare informatie binnen de chronische zorg*. Nictiz. Geraadpleegd op 29 juni 2022, van Samen werken aan beschikbare informatie binnen de chronische zorg (nictiz.nl)
- Fincham, J. E. (2008). Response rates and responsiveness for surveys, standards, and the Journal. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(2), 1-3. doi: 10.5688/aj720243.
- Grimshaw, J., Eccles, M., & Tetroe, J. (2004). Implementing Clinical Guidelines: Current Evidence and Future Implications. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Volume 24, S31-S37.

- Grol, R., Wensing, M., Bosch, M., Hulscher, M., & Eccles, M. (2017a). Theorieën over implementatie. In: M. Wensing & R. Grol. *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg (3e druk, pp. 35-40)*. Elsevier Gezondheidszorg.
- Grol, R., & Wensing, M. (2017b). Beïnvloedende factoren bij implementatie. In: M. Wensing & R. Grol. *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. (3e druk, pp. 183-200)*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Groothuis, J., Van Dijk, M., De Vijlder, M., Scherpenisse, J., Wanders, J., Van Kruchten, R., Steenhuis, K., & Te Velde, J. (2015). Multidisciplinaire integrale zorg dicht bij huis in een krimpregio. *Bijblijven*, 31, 865–876. DOI: 10.1007/s12414-015-0103-4
- Hennink, M. & Kaiser, B.N., Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests, *Social Science & Medicine*, Volume 292, 2022, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>.
- Heijnders, M., & Meijs, J. J. (2018). *Welzijn op Recept. De uitdaging van samenwerken tussen zorg en welzijn*. Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept.
- Heijnders, M.L. & Meijs, J. J.. (2018a) 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev*, 19; 3, 223-231
- Heijnders, M., & De Feijter, C. (2020). Welzijn op Recept: Een eenvoudige concept met krachtige gevolgen. *Geron*, 22(2), 1-4.
- Heijnders, M., Mesman, R., & Cuijsberg, J. (2023). *Welzijn op Recept. Landelijke monitor 2023*. Ministerie van VWS.
- Huber, M., Van der Horst, H. E., Green, L. W., & Jadad, A. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 1-3. DOI: 10.1136/bmj.d4163
- Huber, M., Jung, H. P., & Van den Brekel-Dijkstra, H. (2021). *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- IBM Corp. Released (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Integraal werken in de wijk (z.d.). *Handreiking voor structurele samenwerking in de wijk. Geraadpleegd op 7 december 2022*, van Handreiking voor structurele samenwerking in de wijk - Integraal werken in de wijk

Jenner EA, Fletcher BC, Watson P, Jones FA, Miller L, Scott GM: Discrepancy between self-reported and observed hand hygiene behaviour in healthcare professionals. *J Hosp Infect* 2006, 63:418-422.

Jung, H. P., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, M. (2018). Meer tijd voor de patiënt, minder doorverwijzingen. *Huisarts en Wetenschap*, maart, 39-45.

Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., Grol, R., & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: A systematic literature analysis. *Health Expectations*, 6, 160-181.

Kaats, E., & Opheij, W. (2019). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Management Impact, Boom Uitgevers.

Kiely, B., Croke, A., O'Shea, M., Boland, F., O'Shea, E., Connolly, D., Smith, S. M. (2022). Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review. *BMJ Open*, 12(10): e062951. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062951. PMID: 36253037; PMCID: PMC9644316.

Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G-J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiters, R. A. C., Fernández, M. E., Markham, C., & Bartholomew, L. K. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: An Intervention Mapping approach, *Health Psychology Review*, 10(3), 297-312, DOI: 10.1080/17437199.2015.1077155

Laurant, M., & Rutten, G. (2020). Onderzoeksvoorstel monitoring Regio Deal Noord Limburg. Deelproject 'Inwonerinitiatieven en huisartsenzorg in tijden van Corona en erna. Hoe nu verder?' Han University of Applied Sciences.

Leemrijse, C., & Korevaar, J. (2021). *Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd. Ervaringen van twee jaar implementeren in grootsstedelijke achterstandswijken*. Nivel. Geraadpleegd op 21 oktober 2023, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004013.pdf>

Limesurvey GmbH. / LimeSurvey: An Open Source survey tool /LimeSurvey GmbH, Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>

- Lucassen, P., Rasing, I., Ter Haar, H., Schers, H., & Olde Hartman, T. (2022). Wat te doen aan de sociale ziekte? *Huisarts en Wetenschap*, 6(oktober), 1-4.
- McElroy, E., Ashton, M., Bagnall, A. M, Comerford, T., McKeown. M., Patalay. P, Pennington, A., South, J., Wilson, T., & Corcoran, R. (2021). The individual, place, and wellbeing - a network analysis. *BMC Public Health*, 21(1), 1621. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11553-7>
- Meije, D., Peterse, A., & Sinnema, H. (2017). *De match tussen bewoner en welzijnsactiviteit*. Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op, 7 september 2022, van <https://www.trimbos.nl/docs/ae51c8ca-9db8-4280-ab1b-1e3d1b38cd66.pdf>
- Mercer, S. W., Fitzpatrick, B., Grant, L., Chng, N. R., O'Donnell, C. A., Mackenzie, M., McConnachie, A., Bakhshi, A., & Wyke, S. (2017). The Glasgow 'Deep End' links worker study protocol: A quasi-experimental evaluation of a social prescribing intervention for patients with complex needs in areas of high socioeconomic deprivation. *Journal of Social Comorbidity*, 7(1), 1-10. doi: 10.15256/joc.2017.7.102
- Mesman, R., Ranke, S., Groenewoud, S., & Heijnders, M. (2020). Essentiële bestanddelen van Welzijn op Recept. *Huisarts en Wetenschap*, 2020, 63(10), 38-45.
- NHG/LHV. (2012). Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 'Modernisering naar menselijke maat'. Geraadpleegd op 1 november, van Kerndocument-toekomstvisie.pdf (lhv.nl)
- O'Boyle, C. A., Henly, S. J., & Larson, E (2001). Understanding adherence to hand hygiene recommendations: The theory of planned behavior. *Amerian Journal of Infection Control*, 29, 352-360.
- Pescheny, J. V., Pappas, Y., & Randhawa, G. (2018). Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18, 86.
- Pescheny, J. V., Randhawa, G., & Pappas, Y. (2020) The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence. *European Journal of Public Health*, 30(4), 664-673.
- Polley, M. J., Bertotti, M., Pilkington, K., & Refsum, C. (2017). *A review of the evidence of assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications*. University of Westminster.

- Ranke, S., van Haren, J., & Groenewoud, S. (2018). *Welzijn op Recept (WOR): Hoe werkt het?* IQ Scientific Center for quality of Healthcare, Geraadpleegd op 11 oktober, van Rapport-Realist-Review-WoR-versie-18_09.pdf (welzijnoprecept.nl)
- Rijksoverheid.nl (z.d.). *GALA – Gezond en Actief Leven Akkoord*, Geraadpleegd op 22 oktober 2023, van, GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord | Rapport | Rijksoverheid.nl
- Rijksoverheid.nl (z.d.). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl
- Rijksoverheid.nl (z.d.). *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. Geraadpleegd op 27 oktober 2023, van Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) | Rapport | Rijksoverheid.nl
- RIVM.nl (z.d.). *De impact van de coronapandemie op de huisartsenzorg - ervaringen van geleerde lessen door huisartsen*. Geraadpleegd op 25 oktober 2023, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2023-0022.pdf>
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations*. (5th ed.). Free Press.
- Roland, M., Everington, S., & Marshall, M. (2020). Social Prescribing — transforming the Relationship between physicians and their patients, *The New England Journal of Medicine*, 9, 97-99.
- Rothe, D, & Heiss, R. (2021). Link workers, activities and target groups in social prescribing: A literature review. *Journal of Integrated Care*, 30(5), 1-11. DOI 10.1108/JICA-09-2021-0047
- Rutten, G, Kremers, S, Rutten, S, Harting, J. (2009). A theory-based cross-sectional survey Demonstrated the important role of awareness in guideline implementation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(2), 167-176. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.04.004.
- RVS. (2023). *De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg*. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Geraadpleegd op 7 november 2023, van De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl)
- Scheffer, R. D., & Van den Muijsenbergh, M. E. T. C. (2019). Integrale zorg: ervaringen en opvattingen van huisartsen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97, 48-54. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0214-x>

- SER. (2022). *Arbeidsmarkt problematiek maatschappelijke sectoren*. Geraadpleegd op 31 oktober 2023, van Advies 22/05 Arbeidsmarktproblematiek maatschappelijke sectoren (ser.nl)
- Southby, K., & Gamsu, M. (2017). Factors affecting general practice collaboration with voluntary and community sector organisations. *Health and Social Care in the Community*, 26, e360–e369.
- Steinman, M. A., Fischer, M. A., Shlipak, M. G., Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., Hoffman, B. B., & Goldstein, M. K. (2014). Clinicians awareness of adherence to hypertension guidelines. *American Journal of Medicine*, 117(10), 747-754. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.03.035>
- Suijkerbuijk, A. W. M., Van Gils, P. F., Leenaars, K. E. F., Over, E. A. B., & Polder, J. J. (2019). *(Kosten)effectiviteit van twee interventies: Welzijn op recept en Gecombineerde Leefstijlinterventie bij Kinderen*. RIVM. Geraadpleegd op 7 november 2023, van *(Kosten)effectiviteit van twee interventies: Welzijn op recept en Gecombineerde Leefstijlinterventie bij Kinderen* (rivm.nl)
- Van Steekelenburg, E., & van Dijk, A. (2017). *Welzijn op Recept in Noordwijk. Evaluatie van de polit.* GGD Hollands Midden.
- Syntein (2020). Projectvoorstel 'Burgerinitiatieven en huisartsenzorg in tijden van Corona en erna. Hoe (nu verder)? Dé kans om middels Positieve Gezondheid de zelfredzaamheid en samenredzaamheid van burger in Noord-Limburg te vergroten'.
- Thistlethwaite JE, Davies D, Ekeocha S, Kidd JM, MacDougall C, Matthews P, Purkis J, Clay D. (2012). The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. *Med Teach*. 34(6): e421-44. doi: 10.3109/0142159X.2012.680939. PMID: 22578051
- Van Wijk, E. (z.d.). *Succesfactoren van dorpscoöperaties en dorpsondersteuners bij kleinschalige, dorpsgerichte inwonerinitiatieven m.b.t. leefbaarheid, welzijn en zorg*. Geraadpleegd op 19 januari 2023, van *Zorgen voor elkaar - Thema's - Vereniging kleine kernen Limburg* (vkkl.nl)
- Van Wijk, E., Rutten, G., Sleijster, S., Oostra, D., Roenhorst, J., & Laurant, M. (2023). *Samenredzaamheid, Samen bouwen aan een nieuw gezondheidssysteem*. Han University of Applied Sciences.

- Vermeer, A. J. M. (2013). *Duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering: Een praktijkgericht onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op duurzaamheid van Zuid-Limburgse wijkgerichte gezondheidsbevordering*. Maastricht University.
<https://doi.org/10.26481/dis.20130124av>
- Vermeij, L., & Gieling, J. (2016). *De dorpse Doe-democratie. Lokaal inwonerschap bekeken vanuit verschillende groepen dorpsbewoners*. SCP/TNO. Geraadpleegd op 19 januari 2023, van <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2016/07/08/de-dorpse-doe-democratie>
- Vierhout, W.P., Knottnerus, J.A., van Ooij, O.A., Crebolder, H.F., Pop, P., Wesselingh-Megens, A.M. et al., (1995). Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet*; 346 (8981): P 990-4
- Vidovic, D., Yannitell Reinhardt, G., & Hammerton, V. (2021). Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
- Vilans. (2016). *Zelftest samenwerking wijkteams*, Utrecht, Vilans.
- VWS. (2022). Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wagemakers, A., Koelen, M. A., Lezwijn, J., & Vaandrager, L. (2010). Coordinated action checklist: A tool for partnerships to facilitate and evaluate community health promotion. *Global Health Promotion* 17(3),17-28.
- Wensing, M., Jung, H. P., Mainz, J., Olesen, F., & Grol, R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Description of the research domain. *Social Science and Medicine*, 47, 1573-1588.
- Whitelaw, S., Thirlwall, C., Morrison, A., Osborne, J., Tattum, L., & Walker, S. (2017). Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: Insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study. *Primary Health Care Research & Development*, 18, 112–121. doi:10.1017/S1463423616000219
- Wilson, P. M., Boaden, R., & Harvey, G. (2015). Plans to accelerate innovation in health systems are less than IDEAL, *BMJ Quality & Safety*, 25(8), 572-576. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004605>

Winkler, P. (2015). *Organisatie-ethiek* (1e druk). Pearson Benelux BV.

Woodall, J., Trigwell, J., Bunyan, A-M., Raine, G., Eaton, V., Davis, J., Hancock, L., Cunningham, M., & Wilkonson, S. (2018). Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: A mixed method analysis. *BMC Health Services Research* 18, 604.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3437-7>

WRR. (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.
Geraadpleeg op 29 oktober 2023, van Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak | Rapport | WRR

BIJLAGEN

Bijlage 1: Interview guide

Huisartsenpraktijk

1. Inzicht in werken volgens positieve gezondheid/meer tijd voor de patiënt in de huisartsenpraktijk
 - Hoe ziet dat eruit?
 - Wat maakt(e) het gemakkelijk/ moeilijk?
 - Welke implementatie strategieën zijn toegepast en waarom deze?

2. Inzicht in samenwerking met welzijnscoach/ inwoners
 - Wat waren de verwachtingen t.a.v. de rol van welzijnscoach?
 - In hoeverre komen de verwachtingen overeen met de huidige situatie?
 - Hoe ervaart men de samenwerking?
 - Wat maakt(e) het gemakkelijk/moeilijk?
 - Wat voegt het toe t.a.v. de 'oude' situatie?
 - Wat is er nodig om deze samenwerking tot stand te brengen?

Welijnscoach

3. Inzicht in positie en rol welzijnscoach, verwachtingen daarover en ervaringen ermee
 - Welke rol en positie in dit samenwerkingsverband?
 - Past die rol bij de competenties die de welzijnscoach moet hebben?
 - Wat waren op voorhand verwachtingen over deze rol?
 - In hoeverre komen de verwachtingen overeen met de huidige situatie?
 - Hoe ervaart men de samenwerking?
 - Wat maakt(e) het gemakkelijk/ moeilijk?
 - Wat voegt het toe t.a.v. de 'oude' situatie?
 - Wat is er nodig om deze samenwerking tot stand te brengen?

Inwonerinitiatieven

4. Inzicht in positie en rol inwonerinitiatieven
 - Welke rol en positie in dit samenwerkingsverband?
 - Past die rol bij de competenties die de welzijnscoach moet hebben?
 - Wat waren op voorhand verwachtingen over deze rol?
 - In hoeverre komen de verwachtingen overeen met de huidige situatie?
 - Hoe ervaart men de samenwerking?
 - Wat maakt(e) het gemakkelijk/moeilijk?
 - Wat voegt het toe t.a.v. de 'oude' situatie?

Bijlage 2: Functieomschrijving welzijnscoach en welzijnsprofessional

In de T1-vragenlijst werden de volgende definities gehanteerd voor welzijnscoach en welzijnsprofessional

Omschrijving welzijnscoach/-professional

Een **welzijnscoach** is een intermediair tussen de huisartsenpraktijk en het formele en informele welzijns- en ondersteuningsaanbod. De welzijnscoach vormt een vast aanspreekpunt voor Welzijn op Recept voor de huisarts, andere professionals en/of inwoners. Hij/zij kijkt samen met een persoon, die niet-medische problemen ervaart, naar wat iemand in het dagelijks leven kan doen om te zorgen dat hij/zij zich beter voelt. De welzijnscoach is iemand die advies geeft op het gebied van het algehele welzijn en de persoon ondersteunt bij het vinden van sociale contacten en/of passende activiteiten in de wijk en/of het dorp die hieraan bijdragen. De welzijnscoach kan werkzaam zijn als zelfstandige of in dienst zijn van een welzijnsorganisatie, gemeente, zorgcoöperatie, dorpsraad etc.

Een **welzijnsprofessional** (zoals bedoeld in deze vragenlijst) is een verzamelnaam voor professionals die in het welzijns-/sociale domein werkzaam zijn bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of social worker. De welzijnsprofessional richt zich onder andere op psychosociale problemen die mensen ervaren in bijvoorbeeld werk, onderwijs en/of relaties en ondersteunt en adviseert daar waar mogelijk bij het oplossen ervan. Zo nodig verwijzen zij door naar gespecialiseerde organisaties. Een welzijnsprofessional kan tevens de functie van welzijnscoach vervullen in het kader van Welzijn op Recept.

Bijlage 3: Resultaten van de T0 en T1 vragenlijst voor alle locaties**T0-VRAGENLIJST**

Er zijn 63 vragenlijsten verstuurd, waarvan er 57 zijn ingevuld verdeeld over 22 locaties. Twee huisartsenpraktijken hadden op twee locaties een praktijk. De huisartsen van deze praktijken hebben één vragenlijst ontvangen. Eén huisartsenpraktijk heeft aangegeven niet te willen deelnemen. De response rate is 90,5% en is daarmee extreem hoog. Het wordt aangeraden bij vragenlijstonderzoek te streven naar een response rate van 60% (Fincham, 2008). Respondenten bestonden uit huisartsen (n=26), POH-S en POH-GGZ (n = 11), doktersassistenten (n = 2), verpleegkundig specialisten (n = 2), een praktijkmanager, welzijnscoaches (n = 2), dorpsondersteuners/ wijkverbinders (n = 5) en inwoners (n = 8). Hierbij dient te worden aangetekend dat er op dat moment ook pas op twee locaties een welzijnscoach actief was. Non responders bestonden uit POHs (n = 2), doktersassistenten (n = 2), een praktijkmanager en een dorpsondersteuner.

Samenwerking

Van de respondenten gaven er negen (15,8%) aan met niemand **samen te werken** als het gaat om niet-medische problemen. Dit betreft hoofdzakelijk inwoners (n = 4), maar ook een POH, een verpleegkundig specialist, een doktersassistente, een praktijkmanager en een huisarts.

Van degenen die al wel samenwerken (n=48) gaf ongeveer 90% aan dat met de wijkverpleegkundige (n=44) te doen of met individuele inwoners, zoals mantelzorgers (n=43). Ondanks dat slechts op 2 locaties welzijnscoaches actief zijn gaf ruim 50% (n=25) aan hiermee samen te werken. Omdat ruim 65% aangaf met een welzijnsprofessional samen te werken (n=32) lijkt het erop dat een aantal van de respondenten een sociaal werker als welzijnscoach heeft geduid. Ook geeft ongeveer 50% aan al samen te werken met inwonersinitiatieven of verenigingen (n=25) en met gemeentelijke of provinciale beleidsmedewerkers (n=25). Een kleine 60% werkt samen met de huisarts, waarbij van belang is te vermelden dat ruim de helft van de respondenten (n=25) zelf huisarts is.

Frequentie van de samenwerking

De inschatting van het aantal keren per jaar dat wordt samengewerkt met verschillende partners laat een grote spreiding zien zowel binnen partners als tussen partners. Aantallen variëren van 0 tot enkele uitschieters van 200 en 365 keer per jaar. Door deze uitschieters geeft het gemiddelde geen reëel beeld van de frequentie van samenwerking voor de hele groep. Bij een dergelijke scheve verdeling wordt daarom bij de beschrijving uitgegaan van de mediaan van het aantal keren samenwerking in plaats van het gemiddelde.

Uitgaande van de mediane frequenties komt de samenwerking met de huisarts 2,0 keer per jaar voor (Gem=32,7; SD=71,4; Med=2,0), met een spreiding van nul tot driehonderdvijfenzestig keer (dagelijks). Met andere eerstelijnsprofessionals wordt 10,0 keer samengewerkt (Gem=30,7; SD=38,2; Med=10,0) met een vergelijkbare spreiding. Het meest frequent wordt er samengewerkt met individuele inwoners zoals mantelzorgers (Gem=37,2; SD=71,1; Med=17,5), terwijl met inwonerinitiatieven en verenigingen

(Gem=15,9; SD=57,3; Med=2,0) duidelijk minder vaak wordt samengewerkt. Ook hier is de spreiding 0 tot 365 keer per jaar. De samenwerking met de welzijnscoach is zeer beperkt (Gem=5,9; SD=11,2; Med=2,0), terwijl met andere welzijnsprofessionals (Gem=9,2; SD=13,1; Med=5,0) iets vaker wordt samengewerkt. Voor beiden geldt een spreiding van 0 tot 50 keer. Met beleidsmedewerkers wordt ruim 2 keer per jaar samengewerkt (Gem=5,5; SD=8,7; Med=2,5). Het mediane aantal keren samenwerking met de dorpsondersteuner is 0,0 (Gem=20,5; SD=71,2; Med=0,0), maar ook daar zijn enkele uitschieters van 100-365 keer per jaar.

Indien wordt ingezoomd op de samenwerking per functie dan valt, uitgaande van de mediaan, op dat huisartsen met 20,0 keer per jaar veruit het meest samenwerken met individuele inwoners, zoals mantelzorgers gevolgd door ongeveer 1 keer per maand met andere eerstelijnsprofessionals (Med=12,0). Met welzijnsprofessionals in het algemeen wordt iets minder dan 1 keer per 2 maanden samengewerkt (Med=5,0), waarbij acht huisartsen aangeven dit nooit te doen. Met beleidsmedewerkers werken huisartsen 1,0 keer per jaar samen. Het aantal keren per jaar dat zij samenwerken met welzijnscoaches, dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven is verwaarloosbaar (Med=0,0-0,5)

Voor de welzijnscoaches valt op dat zij met een mediaan aantal van 30,0 keer per jaar het meest frequent samenwerken met de huisarts. Het aantal keren dat zij samenwerken met andere welzijnscoaches (med=12,5), andere welzijnsprofessionals (Med=10,0), individuele inwoners (Med=10,0) en inwonerinitiatieven of verenigingen (Med=12,5) is met ongeveer 1 keer per maand vergelijkbaar. Met andere eerstelijns professionals (Med=7,5), dorpsondersteuners (Med=7,5) en beleidsmedewerkers (Med=7,5) werken zij iets meer dan 1 keer per 2 maanden samen.

Bij dorpsondersteuners en wijkverbinders ligt het zwaartepunt van de samenwerking met afstand bij andere dorpsondersteuners en wijkverbinders (Med=100,0) en bij individuele inwoners (Med=72,5). Ook werken zij ruim 3 keer per maand samen met inwonerinitiatieven en verenigingen (Med=40,0). Met andere eerstelijnsprofessionals (Med=12,0), andere welzijnsprofessionals (Med=10,0) en beleidsmedewerkers (Med=10,0) werken zij ongeveer 1 keer per maand samen en met de welzijnscoach (Med=5,0) iets minder dan 1 keer per 2 maanden. Hun frequentie van samenwerken met de huisarts is zeer gering (Med=0,0).

Inwonerinitiatieven werken met 1 keer per maand (Med=12,0) het meest frequent samen met individuele inwoners. Met huisartsen (Med=5,0) en andere eerstelijns professionals (Med=5,0) werken zij iets minder dan 1 keer per 2 maanden samen en met welzijnscoaches (Med=4,0) en andere welzijnsprofessionals (Med=4,0) 1 keer per kwartaal. Met andere inwonerinitiatieven (Med=3,0) en beleidsmedewerkers (Med=3,0) is dat 1 keer per 4 maanden en met de dorpsondersteuner (Med=1,0) 1 keer per jaar.

Deelname aan een samenwerkingsverband

Om vast te stellen of er sprake is van een samenwerkingsverband met meerdere partners is gevraagd wie daaraan deelnemen. Huisartsen geven daarbij nagenoeg unaniem aan dat dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven geen deel uitmaken van de samenwerking. Op enkele locaties waar de welzijnscoach niet deelneemt wordt wel een professional uit het sociaal maatschappelijk werk genoemd als samenwerkingspartner en af en toe een POH. Acht van de zesentwintig huisartsen geven aan niet te weten wie er in het samenwerkingsverband zitten.

Van de tien POHs geven er zeven aan dat de huisarts niet deelneemt aan een samenwerkingsverband of dat zij dat niet weten. Volgens drie van hen neemt er een inwonerinitiatief deel en volgens vier van hen een dorpsondersteuner. Een welzijnscoach wordt ook bij de POHs nauwelijks genoemd. De verpleegkundig specialist noemt wel de dorpsondersteuner als deelnemer, maar geen inwonerinitiatieven en geen welzijnscoach.

Beide welzijnscoaches geven aan dat de huisarts deelneemt, maar inwonerinitiatieven en dorpsondersteuners niet. Door de vijf dorpsondersteuners wordt slechts één keer de huisarts genoemd, maar ook slechts twee keer inwonerinitiatieven. Vier van hen noemen wel de welzijnscoach als deelnemer aan het samenwerkingsverband.

Verwijzing door de huisarts bij niet-medische problemen

Van de huisartsen geeft 32,0% (n=8) aan dat ze in geval van niet-medische problemen verwijzen naar de welzijnscoach. Opvallend daarbij is dat slechts op twee locaties welzijnscoaches zijn geïnstalleerd. Bijna de helft (n=12) geeft aan te verwijzen naar dorpsondersteuner en 28% (n=7) geeft aan rechtstreeks te verwijzen naar inwonerinitiatieven.

De beide welzijnscoaches geven aan dat de huisarts inderdaad naar hen verwijst. Zij weten niet of er ook wordt verwezen naar dorpsondersteuners of rechtstreeks naar inwonerinitiatieven.

De vijf dorpsondersteuners geven op één na aan dat er niet naar hen wordt verwezen bij niet-medische problemen en drie van de vier de vertegenwoordigers inwonerinitiatieven weten het niet. De vierde geeft aan dat de huisarts niet naar hen verwijst.

De huisartsen op de twee locaties waar al een welzijnscoach actief is gaven aan gemiddeld 11 keer per maand patiënten te verwijzen, maar volgens de welzijnscoaches zelf is dat aanzienlijk minder (Gem = 4,5; SD=3,53). De POH uit een van deze praktijken geeft echter aan dat de huisarts niet verwijst naar de welzijnscoach. Het gemiddelde aantal verwijzingen naar de welzijnscoach voor de gehele groep huisartsen is 1,3 keer (SD=3,26). Opvallend is dat ook vijf huisartsen waar nog geen welzijnscoach actief is aangeven af en toe een patiënt te verwijzen. Naar een dorpsondersteuner/wijkverbinder wordt door de huisartsen gemiddeld 0,9 keer per maand (SD=1,60) verwezen. Op één na herkennen dorpsondersteuners zich ook niet in het aantal door de huisartsen aangegeven verwijzingen en geven aan dat er nul keer per maand wordt verwezen. Ook inwonerinitiatieven geven aan dat er niet wordt verwezen.

Overleg tussen de huisarts en andere partners

Volgens 27% (n=7) van de huisartsen is er overleg met de welzijnscoach. Dit betreft de huisartsen op de locaties waar al een welzijnscoach actief, maar ook 5 huisartsen waar nog geen welzijnscoach actief is. Welzijnscoaches op de twee locaties bevestigen dat er overleg is met de huisarts. Van de huisartsen geeft 23% (n=6) aan met de dorpsondersteuner te overleggen en 15% (n=4) overlegt rechtstreeks met inwonerinitiatieven. Dorpsondersteuners geven zelf aan dat er door de huisarts niet met hen wordt overlegd.

De frequentie van het overleg met de welzijnscoach op de beide locaties is, met gemiddeld één keer per maand en één keer per kwartaal, verschillend. Met de dorpsondersteuner wordt niet tot één keer per 2 maanden overlegd en met inwonerinitiatieven overwegend niet.

Doel van samenwerken

Op de vraag met welk doel men samenwerkt met andere disciplines zijn de antwoorden overeenstemmend. Met name het leveren van 'de juiste zorg op de juiste plek' wordt genoemd en ook het verbeteren van het geluk en welzijn en de kwaliteit van leven van de patiënt. Daarnaast wordt nog genoemd het hebben van korte lijnen, het vergroten van de algehele leefbaarheid door een gezonde en veilige omgeving te creëren en het verbinden van bewoners, het vergroten van de zelfredzaamheid van inwoners en inwoners in beweging krijgen in het kader van preventie.

Afspraken over samenwerking

Op de vraag of er op **organisatieniveau** afspraken zijn over het verwijfsbeleid ten aanzien van niet-medische problemen geeft bijna de helft van de deelnemers (n=23) aan dat dit wel het geval is.

Volgens een kwart van de deelnemers (n=12) is dit niet het geval en nog eens een kwart (n=13) weet het niet.

Van de huisartsen geeft 76,0% (n=19) aan dat er op organisatieniveau afspraken zijn en van de POHs is dat 30,0% (n=3), het merendeel van hen weet het niet. Ook de deelnemende doktersassistente weet het niet. Volgens de aan een huisartspraktijk verbonden verpleegkundig specialist zijn er wel afspraken. De beide welzijnscoaches geven ook aan dat er afspraken zijn over verwijzing bij niet-medische problemen, maar bij drie van de vijf dorpsondersteuners is dat niet het geval. Tot slot geven ook drie van de vier vertegenwoordigers van inwonerinitiatieven aan dat er geen afspraken zijn.

Een kwart van de respondenten geeft aan dat er een missie en visie voor de samenwerking zijn geformuleerd (n=12) en dat er een samenwerkingsafspraken zijn of een plan van aanpak is (n=13).

Waarde van de samenwerking en wederzijdse belangen

Samenwerken wordt door tussen de 80,0% en 90,0% van de respondenten, ongeacht hun functie, waardevol (n=39) en belangrijk (n=42) gevonden. Over de vraag of er onderling voldoende vertrouwen is, is 40% positief (n=20) en een kleine 30,0% neutraal (n=14). Wel is 48% (n=23) er niet zeker van dat hij/zij inzicht heeft in de belangen van de samenwerkingspartners. Ruim 41% (n=20) zou er wel moeite voor doen om die belangen te realiseren. Bijna 40% (n=19) is van mening dat op dit moment de juiste mensen deelnemen in de samenwerking, maar een kleine 45% (n=21) is daar niet zeker van of vindt

dat niet. Een vergelijkbaar beeld zien we ten aanzien van de aan de samenwerking deelnemende organisaties. Door enkele deelnemers wordt aangegeven dat zij bijvoorbeeld wel samenwerken met andere professionals, maar dat (nog) geen sprake is van een officieel samenwerkingsverband. Twee dorpsondersteuners geven aan dat het samenwerkingsverband waaraan zij deelnemen pas in de beginfase zit.

Afspraken en rollen

Bijna 40% (n=19) van de deelnemers vindt dat er duidelijkheid is over het gezamenlijke doel van de samenwerking, een klein 20% (n=9) vindt van niet. Hierbij zijn de twee welzijnscoaches gemiddeld het meest positief ten aanzien van de duidelijkheid van het gezamenlijke doel en ook inwoners zijn positief, terwijl de dorpsondersteuners het minst positief zijn. Volgens ongeveer een derde (n=16) zijn er ook duidelijke afspraken over de manier van samenwerken, maar ook ongeveer een derde (n=14) geeft aan dat er geen duidelijke afspraken zijn. Ook hier zijn de welzijnscoaches gemiddeld het meest en de dorpsondersteuners het minst positief. Ook huisartsen zijn hierover gemiddeld minder positief. Bijna 30% (n=14) vindt dat gemaakte afspraken worden nagekomen, een merendeel van ruim 35% (n=17) antwoordt hier neutraal. Welzijnscoaches en inwoners zijn hierover het meest positief, de dorpsondersteuner het minst. Ook is het voor ongeveer een derde deel (n=16) van de deelnemers duidelijk wie het centrale aanspreekpunt is binnen een organisatie met wie wordt samengewerkt, maar voor ruim een kwart (n=13) is dat niet duidelijk. Voor welzijnscoaches en inwoners is dit het meest duidelijk, voor dorpsondersteuners het minst. Tot slot is er volgens een derde deel (n=16) een kartrekker aanwezig, volgens bijna een kwart (n=13) is dat niet het geval. Welzijnscoaches en inwoners zijn hier gemiddeld duidelijk mee eens, dorpsondersteuners niet.

Evaluatie van de samenwerking en onderlinge communicatie

Bijna een derde (n=15) van de deelnemers is het oneens met de stelling dat de kwaliteit van de samenwerking regelmatig wordt geëvalueerd, ongeveer een vijfde deel (n=10) vindt van wel. Vooral de welzijnscoaches zijn hier gemiddeld positief over. Een kleine meerderheid van bijna 30% (n=14) vindt ook dat alle deelnemers aan de samenwerking voldoende inbreng hebben, terwijl een kleine 20% (n=9) dat niet vindt. Een meerderheid van ruim 41% (n=20) vindt dat er op een open manier met elkaar wordt gecommuniceerd. Over de laatste twee vragen zijn ook de welzijnscoaches gemiddeld het meest positief en de dorpsondersteuners het minst. Op de vraag of conflicten op een goede manier worden opgelost antwoordt een meerderheid van ruim 33% (n=16) neutraal, ruim 16% (n=8) vindt van wel, ruim 12% (n=6) van niet. Hierbij zijn de inwoners er gemiddeld het meest mee eens, de dorpsondersteuners het minst.

Duidelijkheid t.a.v. de verwijzing en aard van de samenwerking

Deze vragen zijn door een vrij groot aantal deelnemers niet beantwoord (aantal missing variables varieert van 14 tot en met 28 van de 48). Dit is vermoedelijk deels een gevolg van het feit dat op veel locaties op het moment van de T0-vragenlijst nog geen welzijnscoach of dorpsondersteuner actief was

en dat er geen inwonerinitiatieven in beeld waren. Deelnemers hadden de mogelijkheid de antwoordoptie 'niet van toepassing' te kiezen, maar hebben daar geen gebruik van gemaakt. Van de deelnemers vindt 33% (n=16) dat er sprake is van een goede verwijspprocedure van de huisarts naar de welzijnscoach/dorpsondersteuner, 23% (n=11) vindt dat die er niet is. De welzijnscoach en dorpsondersteuner zijn hier samengevoegd omdat de dorpsondersteuner soms ook de rol van welzijnscoach invult. De twee welzijnscoaches zijn duidelijk het meest positief over vraag of er een duidelijke verwijspprocedure is van de huisarts naar de welzijnscoach en/of dorpsondersteuner. Op één van de locaties waar de welzijnscoach al actief is, geeft de huisarts juist aan dat die verwijspprocedure er niet is.

Volgens 10% (n=5) is er ook een duidelijke verwijspprocedure van de huisarts naar het inwonerinitiatief, maar volgens 33% (n=16) is die er niet en 12% (n=6) antwoordt hierop neutraal (niet eens/niet oneens). Van de deelnemers vindt 23% (n=11) dat de terugkoppeling naar de verwijzer niet goed verloopt, 19% (n=9) vindt van wel. Met name de welzijnscoach, maar ook de inwonerinitiatieven, zijn hierover aanmerkelijk positiever dan de huisartsen en de dorpsondersteuners.

Van de deelnemers is 23% (n=11) tevreden over het contact tussen de huisarts en de welzijnscoach en een kleine 15% (n=7) is daar minder over te spreken. De welzijnscoaches zijn hierover gemiddeld echter aanmerkelijk positiever dan de huisartsen. Een van de twee huisartsen op de locaties waar al een welzijnscoach aanwezig is, is niet tevreden over het contact.

Over de vraag of het contact tussen de huisarts en de dorpsondersteuner goed verloopt zijn de meningen meer verdeeld. Volgens 19% (n=9) is dat wel het geval en 21% (n=10) vindt van niet, 12% (n=6) antwoordt hier neutraal. Zowel de huisartsen als de dorpsondersteuners vertonen hierin gemiddeld een negatieve tendens.

De vraag of het contact tussen de huisarts en inwonerinitiatieven goed verloopt is door slechts 20 deelnemers beantwoord. Mogelijk is dit het gevolg van het feit dat er op een beperkt aantal locaties direct contact tussen huisartsen en inwonerinitiatieven is. Van degenen die de vraag hebben beantwoord vindt ruim 12% (n=6) dat het contact niet goed verloopt en ruim 10% (n=5) dat dat wél het geval is, 19% (n=9) antwoordt neutraal. Onder de huisartsen zijn de meningen hierover verdeeld en dorpsondersteuners zijn er gemiddeld genomen niet tevreden over. Geen van de deelnemende inwoners heeft deze vraag beantwoord.

Opbrengsten van de samenwerking

Gemiddeld genomen zijn de deelnemers neutraal over de vraag of de samenwerking ertoe leidt dat men meer tijd over heeft voor de eigenlijke taken. Dit geldt voor alle deelnemende functiegroepen. Van alle deelnemers vindt 17% (n=8) dat dit wel het geval is, 15% (n=7) vindt van niet.

Wel vindt een ruime meerderheid van 54% (n=26) dat het ertoe leidt dat inwoners beter worden geholpen, terwijl ongeveer 10% (n=5) vindt dat dat niet het geval is. Vooral de dorpsondersteuners zijn hierover zeer positief.

Ook vindt ruim 42% (n=25) dat samenwerken de tijdsinvestering waard is, slechts 8% (n=4) vindt dat niet. Hoewel bij elke functiegroep de tendens gemiddeld positief is zijn ook hier de dorpsondersteuners het meest uitgesproken.

Tot slot geeft ook een ruime meerderheid van ruim 37% (n=18), en ook hier vooral de dorpsondersteuners, aan dat zij door de samenwerking meer plezier hebben in hun (vrijwilligers)werk. Ook hiermee is slechts 8% (n=4) het oneens.

Algehele waardering voor de samenwerking

De deelnemers geven de samenwerking gemiddeld 6,9 punten uit 10. Dit is een voldoende en laat tegelijkertijd zien dat er ook duidelijk ruimte is voor verbetering. Ruim 12% (n=6) geeft de samenwerking een onvoldoende, variërend van 3 tot 5, maar daar tegenover staat dat 52% een 7 tot 9 geeft. Hierbij zijn de welzijnscoaches en de inwonerinitiatieven gemiddeld genomen het meest positief. Over de samenwerking op organisatieniveau is men gemiddeld met een 6,1 uit 10 iets minder positief. Bijna een kwart van de deelnemers (n=11) vindt dit onvoldoende variërend van een 1 tot een 5 tegenover bijna 46% die het voldoende vindt, variërend van 6 tot 9. Met name huisartsen en dorpsondersteuners neigen hier gemiddeld naar een onvoldoende, terwijl welzijnscoaches de samenwerking op organisatieniveau ruim voldoende tot goed vinden.

Adviezen voor een goede samenwerking

Deelnemers geven een aantal tips om tot een goede samenwerking te komen of die te verbeteren. Enkelen hebben hoge verwachtingen van de toevoeging van een welzijnscoach. Het geeft huisartsen een verwijsmogelijkheid en één aanspreekpunt in geval van niet-medische problemen. Wel vindt men het belangrijk dat dan duidelijk is wat de rol van de welzijnscoach precies is. Ook wordt genoemd dat een beter inzicht in de aanwezige inwonerinitiatieven zou helpen en een beter contact met deze initiatieven. Daarnaast wordt het belang van een missie en visie aangegeven en een helder overzicht van wie waarvoor verantwoordelijk is wordt genoemd. Verder worden korte lijnen belangrijk gevonden, elkaar kennen en zorgen dat er niet te veel wisselingen zijn in de bezetting. Ook moet er geen overlegcultuur ontstaan, maar een doe-cultuur, waarbij inwoners een duidelijk rol hebben. Blijven investeren in de samenwerking wordt ook belangrijk gevonden.

T1-VRAGENLIJST

De intentie was om alle deelnemers die de vragenlijst op baseline hebben ingevuld ook na 12 maanden nog eens de vragenlijst in te laten vullen. Door vertraging in de installatie van welzijnscoaches hebben 20 deelnemers de T1-vragenlijst echter na minder dan 12 maanden (Range = 1-6 maanden) ingevuld. Daarnaast zijn de nieuwe deelnemers in de samenwerking op de verschillende locaties uitgenodigd om de T1-vragenlijst in te vullen, zodat ook zij konden aangeven hoe de samenwerking verloopt.

Er zijn 88 T1-vragenlijsten verstuurd, waarvan er 61 zijn geretourneerd. Van deze 61 zijn er 9 niet ingevuld, waardoor er 52 kunnen worden meegenomen in de analyse. Van deze 52 hebben er 43 ook een T0-vragenlijst ingevuld. De response rate is 59% en daarmee voldoende (Fincham, 2008). De vragenlijst is geretourneerd door huisartsen (n=24), POH-S en een POH-GGZ (n=9), doktersassistenten (n=3), één verpleegkundig specialist, één praktijkmanager, welzijnscoaches (n=10), dorpsondersteuners/wijkverbinders (n=4) en inwoners (n = 9). De vragenlijst is niet ingevuld geretourneerd door 2 dorpsondersteuners/wijkverbinders, 3 inwoners, 2 welzijnscoaches, 1 praktijkmanager en 1 huisarts.

De toename van het aantal welzijnscoaches is een gevolg van het feit dat gedurende het project besloten is om in alle gemeenten een welzijnscoach te installeren, terwijl deze in aanvang slechts in twee gemeenten aanwezig waren.

De verwachting is dan ook dat de samenwerking met de welzijnscoach en tussen de welzijnscoach en dorpsondersteuner en inwoners en inwonerinitiatieven is toegenomen en dat er sprake is van een meer structurele samenwerking tussen de partners.

Samenwerking

Slechts een kleine 6% (n=3) van de 52 respondenten, gaf aan met niemand samen te werken bij niet-medische problemen. Dit zijn 2 inwoners en een doktersassistente. Van degenen die wel samenwerken doet bijna 86% (n=46) dit met de wijkverpleegkundige en met welzijnscoaches (n=42) en ruim 80% (n=40) met individuele inwoners, zoals mantelzorgers. Ook werkt ruim 63% (n=31) samen met andere welzijnsprofessionals. Ruim 50% (n=25) geeft aan samen te werken met een dorpsondersteuner of wijkverbinder. Een kleine 45% (n=22) werkt samen met inwonerinitiatieven of verenigingen en met beleidsmedewerkers van de gemeente (n=22). Ruim drie kwart van de respondenten (n=37) geeft aan samen te werken met de huisarts bij niet-medische problemen.

Het zijn vooral professionals uit de huisartspraktijk die vaker aangeven niet samen te werken met inwonerinitiatieven en verenigingen. Welzijnscoaches en dorpsondersteuners hebben de meeste samenwerkingspartners zowel met inwoners als professionals.

Frequentie van de samenwerking

De inschatting van het aantal keren per jaar dat wordt samengewerkt met verschillende partners laat een grote spreiding zien zowel binnen partners als tussen partners. Aantallen variëren van van 0 tot

enkele uitschieters van 360 en 500 keer per jaar. Door deze uitschieters geeft het gemiddelde geen reëel beeld van de frequentie van samenwerking voor de hele groep. Bij een dergelijke scheve verdeling wordt daarom bij de beschrijving uitgegaan van de mediaan van het aantal keren samenwerking in plaats van het gemiddelde.

Uitgaande van de mediane frequenties van samenwerken wordt met ongeveer 1 keer per maand het meest frequent samengewerkt met de huisarts (Gem=69,0; SD=124,9; Med=10,0), andere eerstelijns zorgprofessionals (Gem=31,5; SD=70,5; Med=10,0) en individuele inwoners (Gem=20,1; SD=28,1; Med=10,0). Hierbij is de spreiding bij huisartsen (0-500 keer per jaar) en eerstelijns professionals (0-360 keer per jaar), maar ook bij individuele inwoners (0-100 keer per jaar) zeer groot. Met de welzijnscoach (Gem=6,6; SD=8,8; Med=4,0) en andere welzijnsprofessionals (Gem=6,4; SD=9,5; Med=5,0) wordt (ruim) 1 keer per kwartaal samengewerkt. Met de dorpsondersteuner (Gem=4,9; SD=9,0; Med=1,0) inwonerinitiatieven (Gem=4,4; SD=9,2; Med=1,0) en beleidsmedewerkers (Gem=3,2; SD=5,5; Med=1,0) wordt met 1 keer per jaar zeer weinig samengewerkt.

Kijkend naar de frequentie van samenwerking per functiegroep dan werken huisartsen met 1 keer per maand het meest frequent samen met andere eerstelijns professionals (Med=12,0) en individuele inwoners zoals mantelzorgers (Med=12,0). Met welzijnscoaches (Med=5,0) of andere welzijnsprofessionals (Med=6,0) werken zij ongeveer 1 keer per 2 maanden samen. Zij werken niet of nauwelijks samen met inwonerinitiatieven (Med=0,0) en in zeer geringe mate met de dorpsondersteuners (Med=1,0) en beleidsmedewerkers (Med=1,0).

De welzijnscoaches werken met ruim 1 keer per maand het meest frequent samen met de huisarts (Med=14,0), gevolgd door andere eerstelijns professionals (Med=8,0). Zij werken ongeveer 1 keer per 2 maanden samen met andere welzijnscoaches (Med=6,0) en andere welzijnsprofessionals (Med=6,0). Met de dorpsondersteuner (Med=3,5) en beleidsmedewerkers werken zij ongeveer 1 keer per kwartaal samen en met individuele inwoners (Med=2,5) en inwonerinitiatieven (Med=2,5) werken iets meer dan 1 keer per half jaar samen.

De dorpsondersteuners/wijkverbinders werken met meerdere keren per week/maand met afstand met meest frequent samen met individuele inwoners (Med=80,0) en met inwonerinitiatieven (Med=37,5). Ook met andere dorpsondersteuners (Med=17,0) en beleidsmedewerkers (Med=14,0) werken zij (iets) vaker dan 1 keer per maand samen. Met andere eerstelijns professionals (Med=13,0) en andere welzijnsprofessionals dan de welzijnscoach (Med=13,0) werken zij ongeveer 1 keer per maand samen. Met respectievelijk 1 keer per 2 maanden en 1 keer per kwartaal werken zij het minst frequent samen met de welzijnscoach (Med=6,0) en met de huisarts (Med=4,0).

Inwonerinitiatieven werken met ongeveer 3 keer per 2 maanden vooral samen met individuele inwoners (Med=18,5) en ongeveer 1 keer per 2 maanden met andere inwonerinitiatieven (Med=6,5). Met dorpsondersteuners/wijkverbinders (Med=1,5) is dat iets meer dan 1 keer per jaar en met

beleidsmedewerkers (Med=1,0). De samenwerking met de andere (formele) partners is er niet of nauwelijks.

Deelname aan een samenwerkingsverband

Om vast te stellen of er ten tijde van de T1-vragenlijst inmiddels sprake is van een samenwerkingsverband met meerdere partners is gevraagd wie daaraan deelnemen. Van de huisartsen geeft nu 70% (n=16) aan dat inwonerinitiatieven geen deel uitmaken van het samenwerkingsverband. Volgens 61% (n=14) neemt ook de dorpsondersteuner hieraan deel. Bij de T0-vragenlijst was dat nagenoeg 0%. Slechts 9% (n=2) van de huisartsen geeft aan dat de welzijnscoach niet deelneemt aan het samenwerkingsverband, tegenover 69% (n=18) in het begin.

Van de welzijnscoaches geeft 75% (n=6) aan dat inwonerinitiatieven niet deelnemen en zij zijn met 50% (n=4) ook iets minder positief dan de huisartsen over deelname van de dorpsondersteuners. Bij de T0-vragenlijst namen dorpsondersteuners volgens de welzijnscoaches echter niet deel.

Verwijzing door de huisarts bij niet medische problemen

Van de huisartsen geeft 96% (n=23) aan te verwijzen naar de welzijnscoach bij niet-medische problemen. Naar de dorpsondersteuner verwijst 43% (n=10) en 30% (n=7) verwijst rechtstreeks naar inwonerinitiatieven.

Alle welzijnscoaches geven aan dat de huisarts maar hen verwijst. Van de 4 dorpsondersteuners geeft er 1 aan dat er wel naar hen wordt verwezen en 1 dat dat niet het geval is. De andere twee hebben de vraag niet beantwoord. Van de vier inwoners geven er twee aan dat directe verwijzing naar hen niet van toepassing is. Van de andere twee geeft er één aan dat dat wel gebeurt en één dat dat niet gebeurt.

Het gemiddelde aantal verwijzingen per maand naar de welzijnscoach is volgens de huisartsen 1,4 keer per maand (SD=0,94). Naar de dorpsondersteuner is dat 0,7 keer per maand (SD=0,94) en naar inwonerinitiatieven 0,3 keer (SD=0,54). Welzijnscoaches geven aan dat er gemiddeld 3,0 keer per maand (SD=1,85) door de huisarts naar hen wordt verwezen bij niet-medische problemen.

Overleg tussen de huisarts en andere partners

Er is volgens 83% (n=19) van de huisartsen overleg met de welzijnscoach, 26% (n=6) overlegt met de dorpsondersteuner en 17% (n=4) rechtstreeks met inwonerinitiatieven. Van de welzijnscoaches geeft 100% (n=8) aan dat er overleg is met de huisarts. Van dorpsondersteuners en inwoners is te weinig informatie beschikbaar.

De frequentie van het overleg met welzijnscoaches is volgens huisartsen gemiddeld 4,1 keer per jaar (SD=6,21). Met dorpsondersteuners is dat 1,8 keer (SD=2,59) en met inwonerinitiatieven met 0,6 keer

per jaar (SD=2,29) verwaarloosbaar. Welzijnscoaches geven met gemiddeld 3,8 keer per jaar (SD=3,56) een vergelijkbare frequentie aan.

Doel van samenwerken

De antwoorden op de vraag naar het doel van de samenwerking komen grosso modo overeen met de antwoorden in de beginsituatie. Het 'leveren van beter zorg en/of de juiste zorg op de juiste plek' wordt ook nu het vaakst genoemd, maar daaraan wordt wel veel vaker toegevoegd dat er nu met name voor psycho-sociale problemen een betere voorziening is en dat dit de huisarts kan ontlasten.

Afspraken over samenwerking

Ruim tweederde deel van de deelnemers (n=41) geeft aan dat er op organisatieniveau afspraken zijn over het verwijzbeleid bij niet-medische problemen. Huisartsen, POHs en welzijnscoaches zijn het daar nagenoeg unaniem over eens. De doktersassistenten weten het niet en de 3 (van 9) inwoners die deze vraag hebben ingevuld weten het niet of denken van niet. Van de twee (van 4) dorpsondersteuners die de vraag hebben ingevuld geeft er één aan dat er afspraken zijn, de andere weet het niet.

Van de respondenten geeft 47% (n=23) aan dat er een gezamenlijke missie en visie voor de samenwerking is opgesteld en 67% (n=33) geeft aan dat er samenwerkingsafspraken zijn of en plan van aanpak is

Waarde van de samenwerking en wederzijdse belangen

Samenwerken wordt, ongeacht hun functie, door 94% (n=46) belangrijke gevonden en door 86% (n=42) waardevol. Volgens 57% (n=28) is er onderling voldoende vertrouwen, terwijl 27% (n=18) daarop neutraal antwoordt of vindt dat er onvoldoende vertrouwen is. Ook nu is nog 45% (n=22) er niet zeker van of negatief over de vraag of er voldoende inzicht is in de belangen van de samenwerkingspartners. Wel zou 47% (n=23) er moeite voor willen doen om de belangen van alle partners te realiseren. Qua samenstelling van de samenwerking is 53% (n=26) het ermee eens dat de juiste mensen aan boord zijn en 63% (n=31) vindt dat de juiste organisaties zijn aangehaakt.

Afspraken en rollen

Van de deelnemers vindt 55% (n=32) dat er duidelijkheid is over het doel van de samenwerking, slechts 1 deelnemer vindt van niet. Welzijnscoaches zijn het hier gemiddeld het meest mee eens, gevolgd door de huisartsen. Ook 3 van de 4 inwoners vinden dat het doel duidelijk is. Volgens 70% (n=32) zijn er ook duidelijke afspraken over de manier van samenwerken. Dit betreft met name de welzijnscoaches en de huisartsen. Van de 4 inwoners geeft er 1 aan dat die afspraken er zijn. Voor wat betreft het nakomen van gemaakte afspraken vindt 53% (n=26) dat dat gebeurt. Ook hier zijn huisartsen en welzijnscoaches er het meest mee eens. Inwoners zijn iets minder positief.

Voor 53% (n=31) van de deelnemers is het duidelijk wie binnen de organisatie het centrale aanspreekpunt is, voor 14% (n=7) is dit echter niet duidelijk. Welzijnscoaches en huisartsen zijn het

hiermee het meest eens, inwoners minder. Tot slot geeft 51% (n=25) van de deelnemers aan dat er een kartrekker aanwezig is voor de samenwerking, met een vergelijkbaar beeld voor de verschillende functies.

Dorpsondersteuners hebben vrijwel al deze vragen beantwoord met niet van toepassing.

Evaluatie van de samenwerking en onderlinge communicatie

Volgens 53% (n=26) wordt de kwaliteit van de samenwerking regelmatig geëvalueerd, 12% (n=6) geeft aan dat dat niet gebeurt. Gemiddeld genomen is dit voor huisartsen en welzijnscoaches ongeveer hetzelfde.

Ook geeft 59% (n=29) aan dat iedereen voldoende inbreng heeft in de samenwerking en dat er op een open manier wordt gecommuniceerd, geen van de deelnemers vindt dat dat niet zo is, wel antwoordt respectievelijk 29% (n=14) en 31% (n=15) hier neutraal. Voor beide vragen zijn welzijnscoaches duidelijk het meest positief, samen met de drie inwoners voor wie die deze vraag van toepassing is. Ook huisartsen zijn er gemiddeld positief over.

Van de deelnemers geeft 24% (n=12) aan dat conflicten op een goede manier worden opgelost, 41% (n=20) antwoordt hier neutraal en voor 31% (n=15) is het niet van toepassing.

Eén van de twee dorpsondersteuners die deze vragen hebben ingevuld en 2 van de 4 inwoners, vinden ze niet van toepassing, de andere welzijnscoach en inwoners zijn het er, m.u.v. de conflictoplossing, mee eens.

Duidelijkheid t.a.v. de verwijzing en aard van de samenwerking

Op de vraag of er een duidelijke verwijzprocedure bestaat van de huisarts naar de welzijnscoach/dorpsondersteuner antwoordt 86% (n=42) van de deelnemers bevestigend. Op enkele locaties bleek inderdaad dat de dorpsondersteuner ook de rol van welzijnscoach invulde. Huisartsen en welzijnscoaches zijn het hierover met afstand gemiddeld het meest mee eens, dorpsondersteuners vertonen en negatieve tendens.

Een duidelijke verwijzprocedure van de huisarts naar een inwonerinitiatief/vereniging bestaat volgens 26% (n=13) en volgens 10% (n=5) niet. Van de deelnemers antwoordt 20% (n=10) hierop neutraal (niet eens/niet oneens) en 39% (n=19) vindt dit niet van toepassing. Hierbij valt op dat 75% (n=6) van de welzijnscoaches en 30% (n=7) huisartsen antwoordt dat dit niet van toepassing is. Van de huisartsen vindt 26% (n=6) dat die procedure er wel is en ook 26% (n=6) antwoordt neutraal.

Volgens 45% (n=22) verloopt de terugkoppeling naar de huisarts goed, 14% (n=7) vindt van niet en 31% (n=15) antwoordt neutraal. Welzijnscoaches zijn hierover gemiddeld het meest positief, 80% (n=6) van hen geeft aan dat de terugkoppeling goed verloopt. Van de huisartsen vindt 26% (n=6) dat de

terugkoppeling niet goed verloopt en 30% (n=7) van hen antwoordt hier neutraal. De dorpsondersteuners vertonen een negatieve tendens.

Van het contact tussen de huisarts en de welzijnscoach vindt 69% van de deelnemers (n=34) dat het goed verloopt, 18% (n=9) antwoordt neutraal. Zowel welzijnscoaches als huisartsen vinden vrijwel unaniem dat dit contact goed verloopt. Eén welzijnscoach vindt dat dat niet het geval is. Daarentegen vindt 26% (n=13) dat het contact tussen huisarts en dorpsondersteuner goed loopt, 20% (n=10) antwoordt hier neutraal en 43% (n=21) vindt het niet van toepassing. Van de huisartsen geeft 43% (n=10) dat dit niet van toepassing is, ook 62% (n=5) van de welzijnscoaches vindt dit niet van toepassing.

Over het verloop van het contact tussen de huisarts en inwonerinitiatieven is 24% (n=12) positief, waarbij ook 24% (n=12) neutraal antwoordt en 41% (n=20) dit niet van toepassing vindt. Bij inwoners is hierover een positieve tendens zichtbaar. Deze inwoners zijn wel verbonden aan dezelfde locatie. Ook hier vindt 43% (n=10) van de huisartsen en 80% (n=6) van de welzijnscoaches de vraag niet van toepassing.

Opbrengsten van de samenwerking

Gemiddeld genomen zijn de deelnemers neutraal t.a.v. de vraag of de samenwerking ertoe leidt dat men meer tijd over heeft voor de eigenlijke taken. Van alle deelnemers vindt 20% (n=10) dat dit wel het geval is en 22% (n=11) dat dit niet zo is. Van de huisartsen vindt 26% (n=7) deze vraag niet van toepassing en van de welzijnscoaches vindt 50% (n=4) dat. De twee dorpsondersteuners vinden niet dat de samenwerking ertoe leidt dat zij meer tijd hebben voor hun eigenlijke taken. Wel vindt men gemiddeld genomen dat inwoners beter worden geholpen. Van de deelnemers is 69% (n=34) het hiermee eens, 22% (n=11) antwoordt daar neutraal op en slechts 1 deelnemer is het er niet mee eens. De verschillende functiegroepen zijn hierover redelijk gelijkgesteld.

De vraag of de samenwerking de tijdsinvestering waard is wordt door 61% (n=30) bevestigend beantwoord, slechts 4% (n=2) vindt dat dat niet het geval is. Huisartsen, welzijnscoaches, inwoners en dorpsondersteuners zijn hier gemiddeld positief over.

Op de vraag of de samenwerking leidt tot meer plezier in het werk is gemiddeld genomen neutraal geantwoord. Van de deelnemers geeft 26% (n=13) aan door de samenwerking meer plezier te hebben in het werk, 10% (n=5) ervaart dat niet zo en 43% (n=21) antwoordt hierop neutraal. Welzijnscoaches zijn hierover positief en ook de 2 (van de 4) inwoners die deze vraag hebben beantwoord zijn positief.

Algehele waardering voor de samenwerking

De deelnemers geven de samenwerking op persoonlijk niveau gemiddeld 7,4 punten uit 10. Nog 2% (n=1) waardeert de samenwerking met een onvoldoende, maar 92% (n=45) geeft een voldoende

variërend van een 6 tot en met een 9. Qua beoordeling van de persoonlijke samenwerking zitten de functiegroepen sterk op een lijn.

De samenwerking op organisatieniveau wordt beoordeeld met een 7,1 uit 10. Hiervoor geeft nog 10% (n=5) een onvoldoende, terwijl 83% (n=41) een voldoende geeft variërend van 6 tot en met 9. De dorpsondersteuners scoren hier gemiddeld aanmerkelijk lager dan de andere functiegroepen.

Adviezen voor een goede samenwerking

Enkele tips die worden gegeven voor (verbetering van) de samenwerking zijn elkaar meer ontmoeten, korte lijnen, nog beter communiceren en goede afspraken maken. Ook meer wederzijds terugkoppelen wordt genoemd. Daarnaast wordt geadviseerd dat er niet te veel wisselingen van gezichten, en m.n. van de welzijnscoach, moeten optreden. Kritische noten zijn dat het onduidelijk is wat iemand nu kan betekenen en dat elke activiteit nog steeds geld kost, terwijl dat het probleem is. Ook wordt geopperd dat het 'optuigen' van al deze professionals en organisaties geld kost en dat er een grotere rol ligt voor beleidsmakers om ervoor te zorgen dat sociale problemen (bv schulden) minder voorkomen.

Bijlage 4: Resultaten van de T0 en T1 vragenlijst van de 7 locaties**T0-Vragenlijst****Samenwerking bij niet-medische problematiek**

Van de deelnemers geven er 2 aan met niemand samen te werken in geval van niet-medische problematiek. Dat betreft een POH en een inwoner. Van de overige 19 deelnemers werkt 68% (n=13) samen met de huisarts, 16% (n=3) doet dat niet en voor 16% (n=3) is dat niet van toepassing, vermoedelijk omdat zij zelf huisarts zijn. Ook werkt 90% (n=17) samen met een andere eerstelijns professional zoals een wijkverpleegkundige. Hoewel maar op 1 locatie een welzijnscoach werkzaam is geeft 58% (n=11) aan daarmee samen te werken, 32% (n=6) doet dat niet en 10% (n=2) geeft aan dat het niet van toepassing is. Met andere welzijnsprofessionals werkt 74% (n=14) al samen en 21% (n=4) niet.

Er wordt door 95% (n=18) samengewerkt met individuele inwoners, zoals mantelzorgers en door 68% (n=13) met inwonerinitiatieven of verenigingen. Met inwonerinitiatieven werkt 21% (n=4) samen en 11% (n=2) weet het niet of vindt het niet van toepassing. Daarnaast werkt 63% (n=12) samen met de dorpsondersteuner/wijkverbinder (in het vervolg van het rapport aangeduid als dorpsondersteuner), 16% (n=3) geeft aan dat niet te doen en voor nog een 16% (n=3) is het niet van toepassing. Met een beleidsmedewerker werkt 47% (n=9) samen en 32% (n=6) niet, 21% (n=4) weet het niet of vindt het niet van toepassing. Uit de antwoorden blijkt dat de antwoordoptie 'niet van toepassing' niet alleen wordt gekozen als de betreffende voorziening niet voorhanden is. Uiteindelijk geeft deze antwoordoptie weer dat er niet wordt samengewerkt met de betreffende professionals of inwoners en kan dus als een 'nee' worden geïnterpreteerd.

Kijkend naar de locaties valt op dat huisartsen op 3 locaties waar geen welzijnscoach werkzaam is geven aan daar wél mee samen te werken. De 3 dorpsondersteuners die de lijst op 1 locatie hebben ingevuld geven aan met iedereen samen te werken, maar 2 werken er niet met de huisarts samen. De antwoorden van de POHs over de samenwerking zijn uiteenlopend van samenwerken met iedereen, niet samenwerken met het sociale domein, maar wel met inwoners en wel of niet met de dorpsondersteuners.

Frequentie van de samenwerking

Op basis van de mediane aantallen wordt met 20,0 keer (Gem=40,9; SD=71,1; Med=20) het vaakst per jaar samengewerkt met individuele inwoners, gevolgd door 10 keer per jaar met andere eerstelijns professionals (Gem = 16,7; SD=18,0; Med=10). Met de huisarts (Gem=33,3; SD=60,7; Med=5), welzijnsprofessionals (Gem=8,5; SD=11,8; Med=5), inwonerinitiatieven (Gem=12,6; SD=17,8; Med=5) en de dorpsondersteuner (Gem=24,6; SD=72,0; Med=5) wordt 5 keer per jaar samengewerkt en met de welzijnscoach 1 keer per kwartaal (Gem=6,3; SD=7,3; Med=4). Met beleidsmedewerkers (Gem=7,1; SD=12,2; Med=2,5) wordt iets meer dan 1 keer per half jaar samengewerkt

Het vergelijken van locaties is voor deze cijfers weinig informatief omdat de functies die de lijst per locatie hebben ingevuld verschillend zijn. Als bijvoorbeeld op een locatie de POH of de VS de lijst heeft

ingevuld dan zal de samenwerking met de huisarts veel hoger uitvallen, dan in een locatie waar de POH de lijst niet heeft ingevuld. Daarom is in dit geval gekeken naar de cijfers per functie.

Uitgaande van het mediane aantal keren samenwerking per jaar, werken huisartsen met 4 keer per kwartaal het meest frequent samen met individuele inwoners, zoals mantelzorgers, gevolgd door iets meer dan 1 keer per maand met andere eerstelijns zorgverleners zoals de wijkverpleegkundige. Met andere partners werken zij minder vaak samen. Dat is ongeveer 1 keer per 2 maanden met een welzijnsprofessional en iets meer dan 1 keer per kwartaal met welzijnscoaches. Met inwonerinitiatieven en dorpsondersteuners werken zij 1 keer er half jaar samen en met beleidsmedewerkers 1 keer per jaar.

Voor de POHs ligt het zwaartepunt van de samenwerking met ongeveer 1 keer per week met afstand bij de huisartsen en andere eerstelijns professionals, gevolgd door 2 keer per maand met individuele inwoners, zoals mantelzorgers. Met dorpsondersteuners werken zij 2 keer en met inwonerinitiatieven iets meer dan 1 keer per kwartaal samen. Met de andere partners werken zij niet samen.

De welzijnscoach geeft aan ongeveer 2 keer per maand samen te werken met de huisarts. Dat is een beduidend hogere frequentie dan wat de huisarts aangaf. Ook werkt de welzijnscoach 2 keer per maand samen met andere welzijnscoaches. Met de dorpsondersteuner wordt ongeveer 3 keer per 2 maanden samengewerkt en met de overige partners iets minder dan 1 keer per maand. Alleen met andere eerstelijns zorgprofessionals werkt de welzijnscoach minder dan 1 keer per 2 maanden samen. De dorpsondersteuners, die allen aan 1 locatie zijn gebonden, werken met respectievelijk ongeveer 2 keer per week en 1 keer per week met afstand het meest samen met individuele inwoners en met inwonerinitiatieven en andere dorpsondersteuners. Daarnaast werken zij ongeveer 1 keer per maand samen met andere eerstelijns professionals, welzijnscoaches, andere welzijnswerkers en beleidsmedewerkers. Met de huisarts werken zij niet samen

De inwonerinitiatieven werken 1 keer per maand samen met individuele inwoners en ongeveer 3 keer per 4 maanden met beleidsmedewerkers. Met huisartsen en POHs werken zij ongeveer 1 keer per 2 maanden samen en met welzijnscoaches, andere welzijnswerkers en andere inwonerinitiatieven ongeveer 1 keer per kwartaal. Met dorpsondersteuners geven zij aan iets meer dan 1 keer per half jaar samen te werken.

Deelname aan een samenwerkingsverband

Van de 7 huisartsen geeft 86% (n=6) aan dat zij deelnemen aan het samenwerkingsverband. Volgens 43% (n=3) van de huisartsen maakt ook de welzijnscoach daar deel van uit en ook 43% (n=3) geeft aan dat de dorpsondersteuner er deel van uitmaakt. Inwonerinitiatieven maken volgens 29% (n=2) van de huisartsen deel aan de samenwerking. Als andere partners worden nog door 2 huisartsen de POH en maatschappelijk werk genoemd. Tot slot geven 2 huisartsen aan niet te weten wie er allemaal deelneemt.

De POHs geven alle drie aan dat de welzijnscoach geen onderdeel is van de samenwerking. Zij werken op locaties waar ook nog geen welzijnscoach werkzaam is. Volgens 2 van hen nemen

inwonerinitiatieven niet deel en bij één neemt de dorpsondersteuner niet deel. De huisarts neemt volgens alle drie de POHs wel deel. Als andere partners noemen zij de POH en de thuiszorg. De welzijnscoach geeft aan dat op hun locatie de huisarts en de welzijnscoach deelnemen, maar de dorpsondersteuner en inwonerinitiatieven niet, maar de dorpsondersteuners die aan dezelfde locatie zijn verbonden zien dat anders. Zij geven alle drie aan dat zij zelf wel deelnemen, maar de huisarts niet. Volgens 2 van hen neemt de welzijnscoach deel en volgens 1 ook inwonerinitiatieven. Als andere samenwerkingspartners noemen de welzijnscoaches een beleidsmedewerker van de gemeente en een ketenzorg medewerker. De dorpsondersteuners geven aan dat het erg wisselt met wie er wordt samengewerkt.

Van de 3 inwoners weet er 1 niet wie er deelnemen. Een andere die aan dezelfde locatie is verbonden geeft aan dat de huisarts en de dorpsondersteuner deelnemen, maar de welzijnscoach en het inwonerinitiatief niet. Volgens de derde, die aan een andere locatie is verbonden, zijn alleen het inwonerinitiatief en de dorpsondersteuner bij de samenwerking betrokken. De VS die aan dezelfde locatie is verbonden als deze inwoner zijn het juist de huisarts en de dorpsondersteuner de samenwerken.

Verwijzing door de huisarts bij niet medische problematiek

Van de huisartsen geeft 43% (n=3) aan te verwijzen naar de welzijnscoach bij niet-medische problematiek, 57% (n=4) verwijst naar de dorpsondersteuner en 29% (n=2) verwijst rechtstreeks naar inwonerinitiatieven.

Van de drie POHs geeft er 1 aan dat zowel naar de welzijnscoach als de dorpsondersteuner al snaar inwonerinitiatieven wordt verwezen. Van de andere twee geeft er 1 aan dat naar de dorpsondersteuner wordt verwezen en 1 dat er naar inwonerinitiatieven wordt verwezen.

De welzijnscoach bevestigt dat er door de huisarts wordt verwezen en dat de huisarts niet naar de dorpsondersteuner verwijst. Of er door de huisarts naar inwonerinitiatieven wordt verwezen weet deze welzijnscoach niet.

Volgens de dorpsondersteuners wordt er wel naar de welzijnscoach verwezen, maar volgens 2 van hen niet naar de dorpsondersteuner, de derde weet het niet. Ook weten 2 van hen niet of er naar inwonerinitiatieven wordt verwezen, volgens de derde gebeurt dat niet.

Van de inwoners geeft er 1 aan dat er door de huisarts niet naar de welzijnscoach wordt verwezen, de andere twee weten het niet of vinden het niet van toepassing. Volgens 2 van hen wordt er wel naar de dorpsondersteuner verwezen en volgens 2 ook naar inwonerinitiatieven.

Huisartsen geven aan gemiddeld 3,5 keer per maand (SD=5,7) naar welzijnscoaches te verwijzen. De huisarts waar al een welzijnscoach actief is geeft aan dat 12 keer per maand te doen. Twee huisartsen waar nog een welzijnscoach werkt doen dat 1 keer per maand. Naar dorpsondersteuner verwijzen zij gemiddeld 1,8 keer per maand (SD=2,5) en naar inwonerinitiatieven gemiddeld 1,0 keer per maand (SD=1,4). Volgens de welzijnscoach die al actief is wordt er door de huisarts 2 keer per maand verwezen.

Overleg tussen de huisarts en andere partners

Er is volgens 43% (n=3) van de huisartsen, waaronder de locatie waar een welzijnscoach actief is, overleg met de welzijnscoach. Ook met de dorpsondersteuner is volgens 43% (n=3) overleg. Slechts 1 huisarts geeft aan met inwonerinitiatieven te overleggen. De welzijnscoach geeft aan dat er overleg is met de huisarts, maar weet niet of de huisarts ook overlegt met de dorpsondersteuner of met inwonerinitiatieven. Van de 3 dorpsondersteuners geven er 2 aan dat de huisarts wel met de welzijnscoach overlegt, de andere weet het niet. De huisarts op deze locatie geeft aan wél met de dorpsondersteuners te overleggen. Ook geven 2 dorpsondersteuners aan dat de huisarts niet met hen overlegt, de derde weet het niet. Volgens 2 van de 3 inwoners overlegt de huisarts wel met de dorpsondersteuner en volgens 1 van hen ook met inwonerinitiatieven, maar niet met de, daar ook niet aanwezige, welzijnscoach. De ander inwoner weet niet met wie de huisarts verder overleg heeft. De frequentie van overleg met de welzijnscoach is volgens de huisartsen gemiddeld 5,0 keer (SD=5,1) per jaar, waarbij de huisarts van de locatie waar een welzijnscoach actief is aangeeft dit 12 keer per jaar te doen. Met dorpsondersteuners overleggen zij gemiddeld 2,7 keer (SD=3,2) keer per jaar en met inwonerinitiatieven gemiddeld 1,0 keer (SD=1,0) per jaar. De welzijnscoach geeft aan dat er 4 keer per jaar met de huisarts wordt overlegd en dat de huisarts nooit met de dorpsondersteuners of inwonerinitiatieven overlegt. Dorpsondersteuners geven aan dat de huisarts gemiddeld 2 keer per jaar met de welzijnscoach overlegt (SD=2,8), 1 keer per 2 jaar (SD=0,7) met hen en nooit met inwonerinitiatieven. Volgens de inwoners wordt er door de huisarts niet met de (niet aanwezige) welzijnscoach overlegd, maar gemiddeld 9,5 keer (SD=7,8) per jaar met de dorpsondersteuner en 7,5 keer (SD=10,6) per jaar met hen.

Kijkend naar antwoorden van de verschillende professionals per locatie dan valt op dat de antwoorden op de vragen met wie de huisarts overlegt op 2 locaties vrij consistent zijn en op andere locaties sterk verschillen.

Doel van samenwerken

Op de vraag met welk doel men samenwerkt met andere disciplines zijn de antwoorden overeenstemmend. Met name het verbeteren van het geluk en welzijn en de kwaliteit van leven van de patiënt wordt genoemd en ook het leveren van optimale of de beste zorg en 'de juiste zorg op de juiste plek'. Daarnaast wordt nog genoemd het hebben van korte lijnen bij niet-medische problematiek en het vergroten van de algehele leefbaarheid door een gezonde en veilige omgeving te creëren.

Afspraken over samenwerking

Volgens 42% (n=7) van de deelnemers zijn er op organisatieniveau afspraken over het verwijsbeleid bij niet-medische problemen, 21% (n=4) weet dat niet. Van de huisartsen geeft 57% (n=4) aan dat dat zo is en volgens de welzijnscoach zijn die afspraken er ook. De doktersassistenten en 2 van de 3 POHs weten het niet. De dorpsondersteuners denken van niet (n=2) of weten het niet (n=1) en volgens 1 van de 3 inwoners zijn die afspraken er wel.

Kijkend naar de locaties is zichtbaar dat de antwoorden ook binnen sommige huisartspraktijken niet consistent zijn.

Van de deelnemers geeft 26% (n=5) aan dat er een missie en visie is opgesteld voor de samenwerking, 32% (n=6) geeft aan dat dat niet het geval is en ook 32% (n=6) weet het niet. Volgens 21% (n=4) is er een plan van aanpak of zijn er afspraken over de manier van samenwerken, 37% (n=7) geeft aan dat dat er niet is en 32% (n=6) weet het niet.

Kijkend naar de locaties is daar op locaties waar de vragenlijst door meerdere functies is ingevuld nauwelijks overeenstemming over.

Waarde van de samenwerking en wederzijdse belangen

Ongeacht hun functie geeft 79% (n=15) van de deelnemers aan dat ze samenwerken belangrijk vinden en 68% (n=13) dat ze het waardevol vinden, 1 deelnemer is het daar nadrukkelijk mee oneens. Volgens 37% (n=7) is er voldoende onderling vertrouwen, maar 19% (n=4) vindt dat dat niet zo is. Daarnaast geeft 32% (n=6) aan inzicht te hebben in de belangen van alle partners binnen de samenwerking, 26% (n=5) geeft aan dat niet te hebben. Ook geeft 37% (n=7) aan moeite te doen om de belangen van alle partners te realiseren, 10% (n=2) doet dat niet. Qua samenstelling van de samenwerkingsgroep is 42% (n=8) het ermee eens dat de juiste organisaties deelnemen, tegenover 10% (n=2) die dat niet vindt. Daarnaast is 37% (n=7) is het ermee eens dat de juiste personen deelnemen, 10% (n=2) vindt van niet. Op locatieniveau blijkt men binnen locaties vrij eensgezind positief t.a.v. het belang en de waarde van de samenwerking. Op het gebied van vertrouwen valt nog duidelijk winst te behalen op meerdere locaties en ook in de samenstelling van de samenwerking. Op het gebied van het inzicht in de belangen en de moeite die men doet om die te realiseren zijn de meningen binnen locaties meer verdeeld.

Afspraken en rollen

Volgens 32% (n=6) van de deelnemers is er duidelijkheid over het doel van de samenwerking en 21% (n=4) vindt van niet. Ook vindt 32% (n=6) dat er duidelijke afspraken zijn over de manier van samenwerken en daarmee is 26% (n=5) het oneens. Verder vindt 26% (n=5) dat gemaakte afspraken worden nagekomen, 37% (n=7) antwoordt hierop neutraal en 16% (n=3) vindt dat dat niet gebeurt. Voor 32% (n=6) is het duidelijk wie de centrale contactpersoon binnen een organisatie is, voor 26% (n=5) is dat onduidelijk. Daarnaast geeft 32% (n=6) aan dat er een kartrekker is voor de samenwerking, 21% (n=4) geeft aan dat dat niet zo is.

Onder huisartsen wordt op deze vragen verdeeld geantwoord. De welzijnscoach en ook de inwoners zijn bij alle vragen positief, terwijl de tendens bij de dorpsondersteuners juist negatief is.

Binnen locaties lijkt men, op één locatie na, redelijk op een lijn te zitten. Op de locatie waar dat niet zo is, is vooral de mening van de dorpsondersteuners afwijkend.

Evaluatie van de samenwerking en onderlinge communicatie

Van de deelnemers geeft 16% (n=3) aan dat de kwaliteit van de samenwerking regelmatig wordt geëvalueerd en 32% (n=6) geeft aan dat dat niet gebeurt. Huisartsen antwoorden hier duidelijk

verschillend op, de welzijnscoach is positief, i.t.t. de dorpsondersteuners en de huisarts van dezelfde locatie.

Volgens 32% (n=6) heeft iedere partner in de samenwerking ook voldoende inbreng en wordt er op een open manier gecommuniceerd, 21% (n=4) vindt dat niet. Als er sprake is van conflicten vindt 16% (n=3) dat die goed worden opgelost, tegenover 21% (n=4) die dat niet vindt.

Ook m.b.t. deze vragen zijn de meningen van de huisartsen verdeeld. De welzijnscoach is positief en antwoordt neutraal bij de conflictoplossing, terwijl de dorpsondersteuners van dezelfde locatie negatief zijn t.a.v. alle vragen. Bij inwonerinitiatieven is er juist een positieve tendens.

Op locatieniveau zijn deelnemers t.a.v. de evaluatie enigszins verdeeld. Met uitzondering van één locatie, waar de dorpsondersteuners overwegend negatief zijn, zijn ze t.a.v. de andere vragen duidelijk meer eensgezind.

Duidelijkheid t.a.v. de verwijzing en aard van de samenwerking

Deze vragen zijn door een relatief groot aantal deelnemers niet ingevuld (Range Missings = 7-12). Het is daarom, m.u.v. de huisartsen, niet goed mogelijk om hier op het niveau van functies of locaties iets over te zeggen.

Op de vraag of er een duidelijke verwijsprocedure bestaat van de huisarts naar de welzijnscoach/dorpsondersteuner antwoordt 32% (n=6) van de deelnemers bevestigend, 11% (n=2) vindt van niet. Volgens 10% (n=2) is er een duidelijke verwijsprocedure van de huisarts naar inwonerinitiatieven, 16% (n=3) antwoordt hier neutraal en 10% (n=2) geeft aan dat er geen verwijsprocedure is. Ten aanzien van de terugkoppeling naar de verwijzer vindt 21% (n=4) dat dat goed gebeurt en 21% (n=4) vindt van niet.

Over het contact tussen de huisarts en de welzijnscoach is 31% (n=5) positief en 10% (n=2) negatief. Van het contact tussen huisarts en dorpsondersteuner vindt 26% (n=5) dat dat goed verloopt, tegenover 21% (n=4) die dat niet vindt. Over het verloop van het contact tussen de huisarts en inwonerinitiatieven is 10% (n=2) positief, waarbij 21% (n=4) neutraal antwoordt en 5% (n=1) vindt dat dat niet goed loopt

De huisartsen zijn over deze vragen verdeeld in hun antwoorden.

Opbrengsten van de samenwerking

Ten aanzien van de vraag of de samenwerking ertoe leidt dat men meer tijd over heeft voor de eigenlijke taken geeft 21% (n=4) aan dat dat wel zo is en 16% (n=3) vindt van niet en 37% (n=7) antwoordt neutraal. Zowel huisartsen als dorpsondersteuners zijn hierover verdeeld.

Op de vraag of de samenwerking ervoor zorgt dat inwoners beter worden geholpen antwoordt 63% (n=12) bevestigend en 10% (n=2) is het daar niet mee eens.

Ook is 53% (n=10) positief t.a.v. de vraag of de samenwerking de tijdsinvestering waard is, 21% is het daar niet mee eens (n=2) of antwoordt neutraal (n=2).

Ook geeft 42% (n=8) aan dat de samenwerking ertoe leidt dat zij meer plezier hebben in hun (vrijwilligers)werk. Hiermee is 10% (n=2) het oneens en 21% (n=4) antwoordt neutraal.

Over deze vragen zijn de meningen van de huisartsen verdeeld, de dorpsondersteuners en de inwonerinitiatieven zijn, m.u.v. de vraag of de samenwerking leidt tot meer tijd voor de eigenlijke taken, eensgezind positief. Dat geldt ook voor de welzijnscoach.

Op het niveau van de locaties waar de vragenlijst door verschillende functies is ingevuld, zijn de antwoorden op de vraag of de samenwerking leidt tot meer tijd voor de eigenlijke taken het meest verdeeld, over de andere vragen is men meer eensgezind.

Algehele waardering voor de samenwerking

De deelnemers geven de samenwerking op persoonlijk niveau gemiddeld 7,1 punten uit 10 (SD=1,4; Med=7,0). Slechts 1 deelnemer waardeert de samenwerking met een onvoldoende. De welzijnscoach en de inwoners geven gemiddeld de hoogste waardering, de dorpsondersteuners de laagste.

De samenwerking op organisatieniveau wordt beoordeeld met een 6,2 uit 10 (SD=2,0; Med=7,0), waarbij 16% (n=3) een onvoldoende geeft. Gemiddeld genomen geven de huisartsen hiervoor duidelijk de laagste waardering.

Adviezen voor een goede samenwerking

Deelnemers geven een aantal tips om tot een goede samenwerking te komen of die te verbeteren. Enkelen geven aan dat ze verwachten dat de toevoeging van een welzijnscoach voor niet-medische problematiek waardevol zal zijn. Wel vindt men het belangrijk dat dan duidelijk is wat de rol van de welzijnscoach precies is. Ook wordt genoemd dat een beter inzicht in de aanwezige inwonerinitiatieven zou helpen en dat het vertrouwen moet groeien. Daarnaast wordt het belang van een missie en visie aangegeven en het belang van goede samenwerkingsafspraken. Ook moet er geen overlegcultuur ontstaan, maar een doe cultuur, waarbij inwoners een duidelijk rol hebben.

T1-Vragenlijst

Samenwerking bij niet-medische problematiek

Op alle locaties is bij afname van de nameting een welzijnscoach aangesteld. Op sommige locaties is de samenwerking met de welzijnscoach echter nog nauwelijks op gang gekomen.

Van de deelnemers geeft 1 inwoner aan met niemand samen te werken in geval van niet-medische problematiek. Van de overige 18 deelnemers geeft 72% (n=13) aan samen te werken met de huisarts bij niet-medische problematiek. Eén van de inwoners geeft aan dat niet te doen. Met andere eerstelijns professionals, zoals de wijkverpleegkundige, wordt door 83% (n=15) samengewerkt en door 11% (n=2) niet. Met de welzijnscoach wordt door 89% (n=16) samengewerkt. Ook hier geeft 1 inwoner aan dat niet te doen. Daarnaast geeft 72% (n=13) samen te werken met andere welzijnsprofessionals, 1 deelnemer doet dat niet, 1 weet het niet en voor 1 deelnemer is dat niet van toepassing.

Er wordt door 83% (n=15) samengewerkt met individuele inwoners en door 67% (n=12) met inwonerinitiatieven. Door 11% (n=2) wordt niet samengewerkt met inwonerinitiatieven en 1 deelnemer weet het niet. Met de dorpsondersteuner werkt 78% (n=14) samen en 17% (n=3) niet. Met een

beleidsmedewerker van gemeente of provincie wordt door 61% (n=11) samengewerkt, 1 deelnemer doet dat niet en 2 weten het niet. Uit de antwoorden blijkt dat de antwoordoptie 'niet van toepassing' niet alleen wordt gekozen als de betreffende voorziening niet voorhanden is. Uiteindelijk geeft deze antwoordoptie weer dat er niet wordt samengewerkt met de betreffende professionals of inwoners en kan dus als een 'nee' worden geïnterpreteerd.

Kijkend naar de locaties zijn deelnemers die zijn verbonden aan dezelfde locatie zeer eensgezind. Ook binnen de functiegroepen is veel overeenstemming, met uitzondering van de inwoners.

Frequentie van de samenwerking

Omdat er enkele uitschieters naar boven zijn in de aantallen keren samenwerking is het gemiddelde geen goede weergave van de werkelijke situatie. Er wordt bij de presentatie van de frequentie van samenwerken daarom uitgegaan van de mediaan. Bij niet-medische problematiek wordt het meest frequent per jaar samengewerkt met andere eerstelijns professionals (Gem=41,0; SD=76,2; Med=11), gevolgd door individuele inwoners zoals mantelzorgers (Gem=23,9; SD=34,4; Med=8). Met de welzijnscoach (Gem=9,1; SD 13,0; Med=6) en andere welzijnsprofessionals (Gem=6,8; SD=8,9; Med=5), de dorpsondersteuner (Gem=10,4; SD=12,7; Med=7) en huisartsen (Gem=44,6; SD=84,6; Med=6) wordt ongeveer 1 keer per 2 maanden samengewerkt. Voor inwonerinitiatieven (Gem=9,5; SD=13,6; Med=3,5) en beleidsmedewerkers (Gem=4,7; SD=6,1; Med=3) is dat iets minder dan 1 keer per kwartaal.

Ten aanzien van de beginsituatie is het mediane aantal keren dat wordt samengewerkt met de huisarts en met andere eerstelijns zorgprofessionals bij niet medische problematiek nauwelijks gewijzigd. De verandering in het gemiddelde aantal keren is toe te wijzen aan enkele uitschieters.

Met individuele inwoners wordt duidelijk minder vaak samengewerkt. Het aantal keren dat wordt samengewerkt met de welzijnscoach en met de dorpsondersteuner vertoont een licht positieve tendens. Ten aanzien van inwonerinitiatieven is er een licht dalende tendens in het aantal keren samenwerking en het aantal keren samenwerking met beleidsmedewerkers is ongeveer gelijk gebleven.

Het vergelijken van locaties is voor deze cijfers, ook in de nameting, weinig informatief omdat de functies die de lijst per locatie hebben ingevuld verschillend zijn. Als bijvoorbeeld op een locatie de POH of de VS de lijst heeft ingevuld dan zal de samenwerking met de huisarts veel hoger uitvallen, dan in een locatie waar de POH de lijst niet heeft ingevuld. Daarom is in dit geval gekeken naar de cijfers per functie.

Op basis van de mediane aantallen werken huisartsen bij niet-medische problematiek met 1 keer per maand het meest frequent samen met andere eerstelijnsprofessionals, gevolgd door iets minder dan 1 keer per maand met welzijnscoaches. Met andere welzijnsprofessional, individuele inwoners en dorpsondersteuners is dat ongeveer 1 keer per 2 maanden. Met inwonerinitiatieven werken zij net iets meer en met beleidsmedewerkers net iets minder dan 1 keer per half jaar samen.

De POHs werken met 3 keer per maand afstand het meest samen met huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals. Verder geven zij aan 3 keer per 4 maanden samen te werken met individuele inwoners zoals mantelzorgers. Met de welzijnscoach en de dorpsondersteuner werken zij net iets

minder dan 1 keer per half jaar samen. Met beleidsmedewerkers net iets meer dan 1 keer per half jaar en met inwonerinitiatieven en ander welzijnsprofessionals 1 keer per jaar.

Welzijnscoaches werken met ongeveer 1 keer per week veruit het meest frequent samen met huisartsen. Met andere welzijnscoaches, inwonerinitiatieven en dorpsondersteuners werken zij 5 keer per 4 maanden samen en met andere eerstelijnsprofessionals en andere welzijnsprofessionals iets minder dan 1 keer per maand. Met individuele inwoners en beleidsmedewerkers is dat iets minder dan 1 keer per 2 maanden.

De dorpsondersteuners, die aan 1 locatie zijn gebonden, geven aan ongeveer 7 keer per maand samen te werken met individuele inwoners gevolgd door 3 keer per maand met inwonerinitiatieven. Met andere dorpsondersteuners werken zij ongeveer 2 keer per kwartaal samen, en met andere eerstelijnsprofessionals, andere welzijnswerkers en beleidsmedewerkers ongeveer 1 keer per maand. Met de welzijnscoach werken zij 1 keer per 2 maanden samen met de huisarts 1 keer per kwartaal.

De inwonerinitiatieven, ook allen van één locatie, werken ongeveer 1 keer per 2 maanden samen met individuele inwoners en 1 keer per 4 maanden met andere inwonerinitiatieven en dorpsondersteuners. Met beleidsmedewerkers werken zij 1 keer per half jaar samen en met welzijnscoaches en huisartsen 1 keer per jaar. Met andere eerstelijnsprofessionals en andere welzijnsprofessionals werken zij niet samen

Vergeleken met de beginsituatie is de samenwerking tussen de huisartsen en welzijnscoaches toegenomen. Dit is o.a. het gevolg van het feit dat, i.t.t. tijdens de voormeting, bij de nameting op alle locaties een welzijnscoach actief was. Volgens de huisartsen werken zij ook vaker samen met dorpsondersteuners, maar kijkend naar de cijfers van de dorpsondersteuners is die samenwerking juist afgenomen. Huisartsen werken nu minder samen met individuele inwoners en t.a.v. beleidsmedewerkers is er weinig veranderd.

Ook POHs werken minder vaak samen met individuele inwoners. Met welzijnscoaches is er nu wel een zeer laagfrequente samenwerking, met dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven is die lager dan in de beginsituatie.

Welzijnscoaches werken beduidend vaker samen met de huisarts, maar minder vaak met andere welzijnscoaches. Wel werken de welzijnscoaches vaker samen met inwonerinitiatieven, maar minder vaak met individuele inwoners. Ten aanzien van de samenwerking met de dorpsondersteuner is weinig veranderd.

Voor dorpsondersteuners is er t.a.v. de samenwerking met inwoners weinig veranderd. Het aantal keren samenwerking met andere dorpsondersteuners is nu duidelijk lager evenals de samenwerking met welzijnscoaches. Wel werken zij vaker samen met de huisarts.

Inwonerinitiatieven werken t.o.v. de beginsituatie minder vaak samen met de huisarts en iets vaker met dorpsondersteuners. Verder is de tendens van samenwerken enigszins negatief.

Deelname aan een samenwerkingsverband

De 6 deelnemende huisartsen geven unaniem aan dat de huisarts, de welzijnscoach en de dorpsondersteuner deelnemen aan het samenwerkingsverband. Volgens 33,3% (n=2) nemen ook inwonerinitiatieven deel.

Volgens alle vier de POHs neemt de huisarts deel en volgens 3 van hen de dorpsondersteuner en de welzijnscoach. Twee POHs geven aan dat ook inwonerinitiatieven deelnemen.

De drie welzijnscoaches geven allen aan dat de huisarts en de welzijnscoach deelnemen en inwonerinitiatieven niet. Volgens 2 van hen neemt ook de dorpsondersteuner niet deel.

De twee dorpsondersteuners antwoorden voor alle deelnemende partners verschillend. Volgens de ene nemen alle partners deel, volgens de andere, die aan dezelfde locatie is verbonden, niet, maar die weet dat niet zeker.

De drie deelnemende inwoners, die zijn verbonden een dezelfde locatie, zijn alleen unaniem in hun antwoord dat de dorpsondersteuner niet deelneemt. Volgens twee van hen nemen de huisarts en inwonerinitiatieven deel. Ook geven er 2 aan dat de welzijnscoach deelneemt.

Vergeleken met de beginsituatie is er volgens de huisartsen een duidelijke toename van deelname van welzijnscoaches en dorpsondersteuners. Ten aanzien van inwonerinitiatieven is er niet veel veranderd.

Ook de POHs geven nu aan dat de welzijnscoach deelnemer is in de samenwerking

Ook nu nog geven 2 van de 3 welzijnscoaches aan dat de dorpsondersteuner geen deel uitmaakt van de samenwerking. En er is ook nog geen deelname van inwonerinitiatieven.

De inwonerinitiatieven geven meer aan dat de welzijnscoach en inwonerinitiatieven deelnemen. Zij geven nu wel aan dat dorpsondersteuners niet deelnemen.

Verwijzing door de huisarts bij niet medische problematiek

Van de huisartsen geeft 100% (n=6) aan bij niet-medische problematiek door te verwijzen naar de welzijnscoach én naar de dorpsondersteuner. Ook geeft 50% (n=3) aan te verwijzen naar inwonerinitiatieven.

Van de vier POHs geeft 75% (n=3) dat door de huisarts naar de welzijnscoach wordt verwezen en 50% (n=2) geeft aan dat naar de dorpsondersteuner of naar inwonerinitiatieven wordt verwezen.

De drie welzijnscoaches bevestigen dat de huisarts naar hen verwijst. Van hen weet 67% (n=2) echter niet of de huisarts naar de dorpsondersteuner verwijst en 1 van hen denkt van niet. Over de verwijzing naar inwonerinitiatieven zijn ze verdeeld, 1 denkt van wel, 1 van niet en 1 weet het niet.

Ook de twee dorpsondersteuners geven aan dat de huisarts naar de welzijnscoach verwijst. Volgens 1 van hen verwijst hij ook naar de dorpsondersteuner, maar volgens de andere niet. Ook geeft er 1 aan dat de huisarts naar inwonerinitiatieven verwijst, de andere weet het niet.

Twee van de drie inwoners geven aan dat de huisarts naar de welzijnscoach verwijst en volgens 1 van hen verwijst hij ook naar inwonerinitiatieven. Voor het overige weten zij het niet.

Er is een toename zichtbaar van de verwijzing van de huisarts naar de welzijnscoach en de dorpsondersteuner, die wederzijds wordt bevestigd. Ook blijkt dat de deelnemers minder goed zicht hebben op het verwijsbeleid van de huisarts naar andere dan hun eigen 'discipline'. Alleen de toename

in de verwijzingen naar inwonerinitiatieven dat de huisarts zelf aangeeft is niet zichtbaar in de antwoorden van de inwoners.

Huisartsen geven aan gemiddeld 1,7 keer per maand (SD=1,2) naar de welzijnscoach te verwijzen en 1,5 keer (SD=1,4) naar de dorpsondersteuner. Zij verwijzen gemiddeld 0,4 keer per maand (SD=0,5) naar inwonerinitiatieven. De welzijnscoaches geven aan dat de huisarts gemiddeld 3,0 keer maand (SD=2,0) naar hen verwijst en volgens de dorpsondersteuners verwijst de huisarts gemiddeld 0,7 keer per maand (SD=0,3) naar hen. Volgens de inwoners verwijst de huisarts gemiddeld 0,0 keer per maand naar inwonerinitiatieven.

Gemiddeld genomen wordt er minder vaak verwezen naar de welzijnscoach dan in de beginsituatie. Dat is mogelijk het gevolg van het feit dat een aantal welzijnscoaches pas relatief kort werkzaam is. Het aantal keren verwijzing naar de dorpsondersteuners is nagenoeg gelijk gebleven, hoewel de dorpsondersteuners een lager aantal verwijzingen aangeven. Ook het aantal keren verwijzing naar inwonerinitiatieven vertoont een negatieve tendens.

Overleg tussen de huisarts en andere partners

Overleg met de welzijnscoach vindt volgens 100% (n=6) van de huisartsen plaats, 67% (n=4) geeft aan ook met de dorpsondersteuner te overleggen en 33% (n=2) overlegt met inwonerinitiatieven.

De welzijnscoaches bevestigen het overleg met de huisarts unaniem, maar weten doorgaans niet of de huisarts ook met de andere partners overlegt.

Eén van de dorpsondersteuners weet niet met wie de huisarts allemaal overlegt, volgens de andere overlegt hij met welzijnscoaches, dorpsondersteuners en inwonerinitiatieven

De drie inwoners geven unaniem aan dat de huisarts overlegt met de welzijnscoach en volgens 2 van hen is er ook overleg met inwonerinitiatieven. Of de huisarts overlegt met de dorpsondersteuner weten zij niet.

Er is een wederzijds bevestigde toename van het overleg met de welzijnscoach, maar niet zo duidelijk met de dorpsondersteuners. Ook de toename in het overleg met inwonerinitiatieven wordt door beide partijen aangegeven. Ook hier is er echter een gebrekkig zicht op het overleg van de huisarts met andere dan de eigen disciplines.

Dit patroon in beide vragen doet vermoeden dat er weliswaar sprake is van een toegenomen samenwerking van de huisarts met verschillende partijen en m.n. de welzijnscoach, maar dat er geen sprake is van een integrale samenwerking.

De frequentie van overleg met de welzijnscoach is volgens de huisartsen gemiddeld 4,7 keer per jaar (SD=2,9). Met de dorpsondersteuner overleggen zij gemiddeld ook 4,7 keer per jaar (SD=2,9) en met inwonerinitiatieven 2,2 keer per jaar (SD=4,4). Volgens de welzijnscoaches wordt er door de huisarts gemiddeld 2,3 keer per jaar (SD=2,1) met hen overlegd, 0,7 keer (SD=1,1) met de dorpsondersteuners en 0 keer met inwonerinitiatieven. Eén van de dorpsondersteuners geeft aan dat er door de huisarts 6 keer per jaar met hen wordt overlegd, 1 keer per jaar met de welzijnscoach en 4 keer met inwonerinitiatieven. De andere dorpsondersteuner weet het niet. Volgens inwoners wordt er door de

huisarts gemiddeld genomen 0,5 keer per jaar (SD=0,7) met hen overlegd, zij weten doorgaans niet hoe vaak de huisarts met andere partners overlegt.

Kijkend naar antwoorden van de verschillende professionals per locatie dan valt op dat de antwoorden van de verschillende partners op de vraag of de huisarts overlegt met de welzijnscoach een grote consistentie vertonen. Daarnaast valt op dat het inzicht in het overleg van de huisarts met andere partners dan de eigen discipline gering is.

Ten aanzien van het aantal keren overleg met de welzijnscoach is volgens de huisartsen geen verandering zichtbaar t.a.v. de beginsituatie, maar hierbij is wel een verandering opgetreden in de context. Tijdens de nameting was op alle locaties een welzijnscoach geïnstalleerd, tegenover één locatie tijdens de beginsituatie. Het aantal keren per jaar overleg met de welzijnscoach op die locatie is gehalveerd. Welzijnscoaches zelf geven overigens een lager gemiddeld aantal keren overleg met de huisarts aan dan de huisarts. Het overleg met de dorpsondersteuners lijkt te zijn toegenomen, maar met de inwonerinitiatieven wordt door de huisarts beduidend minder vaak overlegd.

Doel van samenwerken

Als doel van de samenwerking wordt vooral het leveren van de meest adequate zorg bij niet-medische problemen genoemd afgestemd op de behoefte van de patiënt. Door samen te werken, de verbinding en korte lijnen te hebben weet men elkaar beter te vinden en kan ervoor worden gezorgd dat de patiënt op de juiste plek terecht komt. Dit bevordert het welzijn van de patiënt. Ook het vergroten van de algehele leefbaarheid door het creëren van een gezonde en veilige omgeving wordt genoemd.

Afspraken over samenwerking

Volgens 83% (n=15) van de deelnemers zijn er op organisatieniveau afspraken over het verwijsbeleid bij niet-medische problematiek, 17% (n=3) weet dat niet. Alle huisartsen en welzijnscoaches en ook de POHs antwoorden unaniem bevestigend op deze vraag, bij de dorpsondersteuners (n=1) en inwoners (n=2) is dit overwegend niet bekend.

Volgens 55,6% (n=10) van de deelnemers is er een missie en visie opgesteld voor de samenwerking, 44,4% geeft aan dat dat niet zo is (n=4) of weet het niet (n=4). Ook 55,6% (n=10) geeft aan dat er een plan van aanpak is of dat er afspraken zijn over de manier van samenwerken. Hierbij geeft 27,8% (n=5) aan dat niet te weten en 16,7% (n=3) geeft aan dat dat er niet is.

Kijkend naar de locaties is daar op locaties waar de vragenlijst door meerdere functies is ingevuld een wisselende mate van overeenstemming zichtbaar, die sterker is bij de vraag over het plan van aanpak. Er lijken t.o.v. de beginsituatie op beduidend meer locaties op organisatieniveau afspraken te zijn gemaakt over het verwijsbeleid bij niet-medische problematiek, maar niet alle partners lijken daarvan op de hoogte te zijn. Ook t.a.v. missie en visie en afspraken over de samenwerking of het bestaan van een plan van aanpak is er een toename zichtbaar, maar hier is er een aanzienlijk deel van de partners dat aangeeft dat er geen missie en visie of afspraken zijn of dat zij daar niet van op de hoogte zijn. Al met al is hierin dus nog veel ruimte voor verbetering.

Waarde van de samenwerking en wederzijdse belangen

Alle deelnemers vinden samenwerking belangrijk en 89% (n=16) vindt het ook waardevol. Volgens 55,5% (n=10) is er onderling voldoende vertrouwen, 39% antwoordt hierop neutraal (n=5) of vindt van niet (n=2). Van de deelnemers geeft 56% (n=10) aan inzicht te hebben in de belangen van alle partners, 17% (n=3) denkt van niet. Ook geeft 67% (n=12) aan moeite te doen om de belangen van alle partners te realiseren, slechts 1 deelnemer is het daar niet mee eens.

Ten aanzien van de samenstelling van de samenwerking vindt 72% (n=13) dat de juiste organisaties deelnemen en 61% (n=11) dat de juiste mensen deelnemen.

Er is een duidelijke toename te zien in de ervaren belangrijkheid en waarde van de samenwerking. Ook het vertrouwen is toegenomen, maar daar is nog veel winst mogelijk. Het inzicht in wederzijdse belangen en de moeite die men doet om die te realiseren zijn ook toegenomen, maar ook hier is ruimte voor verbetering. Ook in de ervaren samenstelling is een verbetering opgetreden, zowel qua organisaties als individuen, toch is ook hier nog duidelijk ruimte voor verbetering. Overall is er dus een duidelijk positieve tendens zichtbaar in de waarde die men hecht aan samenwerking en hoe men de samenwerking op dit moment ervaart. Er is echter nog volop ruimte voor verbetering.

Op locatieniveau blijkt men binnen locaties vrij eensgezind positief t.a.v. het belang en de waarde van de samenwerking. Op het gebied van vertrouwen, het inzicht in de belangen en de moeite die men doet om die te realiseren zijn de meningen binnen locaties meer verdeeld, maar minder dan tijdens de beginsituatie

Afspraken en rollen

Van de deelnemers geeft 61% (n=11) aan dat er duidelijkheid is over het gezamenlijke doel, 28% (n=5) antwoordt hierop neutraal en voor 11% (n=2) is deze vraag niet van toepassing. Volgens 55% (n=10) zijn er duidelijke afspraken gemaakt over de manier van samenwerken. Dit is voor 17% (n=3) niet van toepassing en ook hier antwoordt 28% (n=5) neutraal. Gemaakte afspraken worden volgens 39% (n=7) ook nagekomen en 44% (n=8) antwoordt hier neutraal en volgens 17% (n=3) is het niet van toepassing. Voor 56% (n=10) is het duidelijk wie de centrale contactpersoon binnen een organisatie is, 11% (n=2) antwoordt neutraal en voor 17% (n=3) is dat niet duidelijk en ook voor 17% is dat niet van toepassing. Ook geeft 39% (n=7) aan dat er een kartrekker is voor de samenwerking en volgens 6% (n=1) is dat niet het geval. Hierop antwoordt 33% (n=6) neutraal en voor 22% (n=4) is het niet van toepassing. Huisartsen zijn tamelijk eensgezind als het gaat over het gezamenlijke doel, de afspraken over samenwerking en de centrale contactpersoon. Over het nakomen van de afspraken en de aanwezigheid van een kartrekker zijn zij meer verdeeld. De welzijnscoaches zijn unaniem positief over het bestaan van gezamenlijke doel en overwegend positief over de andere onderwerpen. De dorpsondersteuners zijn eensgezind in het feit dat alle onderwerpen niet van toepassing zijn en, met uitzondering van het gezamenlijke doel, is de tendens bij de inwoners neutraal tot negatief. Binnen locaties waar de vragen vanuit verschillende functies zijn ingevuld is zitten de huisartsen de welzijnscoach vaker, maar niet altijd, op een lijn. Vooral het doel lijkt voor hen duidelijk, maar over de

afspraken en de personen is minder overeenstemming. Dorpsondersteuners en inwoners antwoorden veel minder overeenstemmend met de huisartsen.

Kijkend naar het doel en de afspraken en het nakomen daarvan is voor de hele groep een duidelijk hoger percentage zichtbaar t.o.v. de beginsituatie. Hetzelfde geldt voor de centrale contactpersoon, maar in mindere mate voor de aanwezigheid van een kartrekker. Op alle items is ruimte voor verbetering.

Onder huisartsen geldt een grotere eensgezindheid dan tijdens de beginsituatie, mogelijk omdat nu ook overal een welzijnscoach is geïnstalleerd. De welzijnscoaches lijken echter wat meer verdeeld en de inwoners meer negatief t.a.v. deze vragen. Het feit dat dorpsondersteuners vaak aangeven dat een onderwerp niet van toepassing is kan erop duiden dat zij geen deel uitmaken van de samenwerking. Ook binnen locaties lijkt men minder op een lijn te zitten dan in de beginsituatie. Op een aantal locaties is de welzijnscoach ook pas sinds kortere tijd actief.

Evaluatie van de samenwerking en onderlinge communicatie

Volgens 56% (n=10) van de deelnemers wordt de samenwerking op gezette tijden geëvalueerd en volgens 6% (n=1) is dat niet het geval, 22% (n=4) antwoordt neutraal en voor 17% (n=3) is dit niet van toepassing.

Ook is 55% (n=10) het ermee eens dat iedere partner in de samenwerking ook voldoende inbreng heeft, 28% antwoordt hierop neutraal en 17% (n=3) niet van toepassing. Volgens 61% (n=11) wordt er op een open manier met elkaar gecommuniceerd, waarbij 22% (n=4) neutraal antwoordt en dit voor 17% (n=3) niet van toepassing is. Als er sprake is van conflicten vindt 22% (n=4) dat die goed worden opgelost, 33% (n=6) antwoordt hierop neutraal en volgens 44% (n=8) is het niet van toepassing. Vooral de welzijnscoaches zijn t.a.v. deze vragen eensgezind, terwijl de huisartsen iets meer verdeeld antwoorden. De inwoners en 1 van de dorpsondersteuners geven aan dat alle items niet van toepassing zijn, terwijl de andere dorpsondersteuner die met dezelfde locatie is verbonden het met vrijwel alle items eens is.

Op locatieniveau zijn huisartsen en welzijnscoaches eensgezind, terwijl dorpsondersteuners en inwoners afwijkend antwoorden.

Ook hier is een duidelijke verschuiving in de positieve richting zichtbaar op evaluatie en communicatie, waarbij er zeker nog ruimte is voor verbetering. Voor de verschillende functies valt op dat inwoners nu vinden dat items niet van toepassing zijn terwijl ze in de beginsituatie vrij positief waren. Op locatieniveau zien we dit beeld terug. Huisartsen en welzijnscoaches lijken elkaar te vinden, maar de connectie met dorpsondersteuners en inwoners lijkt gering.

Duidelijkheid t.a.v. de verwijzing en aard van de samenwerking

Volgens 78% (n=14) van de deelnemers is er een duidelijke verwijzingsprocedure van de huisarts naar de welzijnscoach/dorpsondersteuner, 12% antwoordt neutraal (n=1) of is het daar niet mee eens (n=1). De overige deelnemers (n=2) geven aan dat het niet van toepassing is. Daarnaast is er volgens 28% (n=6) een duidelijke verwijzingsprocedure van de huisarts naar inwonerinitiatieven, maar volgens 39% (n=7) is

dat niet van toepassing en 6% (n=1) geeft aan dat er geen verwijspprocedure is. De overige 28% (n=5) antwoordt neutraal.

Over het verloop van de terugkoppeling naar de huisarts is 50% (n=9) tevreden, maar 11% (n=2) vindt dat dat niet goed verloopt en 28% (n=5) antwoordt hier neutraal. Volgens de overige 2 deelnemers is het niet van toepassing.

Ook vindt 61% (n=11) dat het contact tussen huisarts en welzijnscoach goed verloopt, 6% (n=1) is het daar niet mee eens en 28% (n=5) antwoordt neutraal. Volgens 1 deelnemer is het niet van toepassing. Over het contact tussen de huisarts en de dorpsondersteuner is 44% (n=8) positief, maar volgens 11% (n=2) verloopt dat niet goed, een andere 11% (n=2) is neutraal. Volgens 33% (n=6) is dit niet van toepassing. Tot slot is 33% (n=6) positief over het contact tussen de huisarts en inwonerinitiatieven, nog eens 33% (n=6) is hierover neutraal en 6% negatief. Volgens 28% (n=5) is het niet van toepassing. Ook hier is op alle vlakken verbetering zichtbaar, maar vooral in de samenwerking van de huisarts met de welzijnscoach. Er is op alle items, maar zeker t.a.v. de terugkoppeling naar de huisarts en de contacten met dorpsondersteuners en inwoners, verbetering mogelijk.

Huisartsen zijn eensgezind positief over de verwijspprocedure naar de welzijnscoach en het contact met de dorpsondersteuner. Ook over het contact met de welzijnscoach zijn zij nagenoeg unaniem positief. Ten aanzien van de terugkoppeling naar de huisarts en de verwijspprocedure naar en het contact met inwonerinitiatieven zijn zij meer verdeeld. Geen van de huisartsen geeft t.a.v. de laatste twee items echter aan dat het niet van toepassing is.

Welzijnscoaches zijn unaniem positief t.a.v. de aanwezigheid van een duidelijke verwijspprocedure van de huisarts naar hen en over het contact van huisarts en welzijnscoach. Het zijn vooral de welzijnscoaches die de verwijzing en het contact tussen huisarts en inwonerinitiatieven en dorpsondersteuners niet van toepassing vinden.

Beide dorpsondersteuners zijn het er niet mee eens dat het contact tussen de huisarts en hen goed verloopt. Voor de overige vragen zijn zij verdeeld, waarbij bij de ene een negatieve tendens en bij de andere een positieve tendens zichtbaar is.

Inwoners vinden overwegend wel dat het contact tussen hen en de huisarts goed verloopt, maar antwoorden voor het overige met niet van toepassing of neutraal.

In tegenstelling tot de nameting zijn deze vragen in de beginsituatie door een relatief groot aantal deelnemers niet ingevuld (Range Missings = 7-12). Het was daarom, m.u.v. de huisartsen, niet goed mogelijk om hier op het niveau van functies of locaties iets over te zeggen. Een vergelijk met de nameting op het niveau van functies of locaties is daarom niet mogelijk

Opbrengsten van de samenwerking

Van de deelnemers vindt 22% (n=4) dat de samenwerking ertoe leidt dat zij meer tijd hebben voor hun eigenlijke taken, ook 22% (n=4) is het hier niet mee eens en 33% (n=6) antwoordt neutraal. De overige 22% (n=4) vindt het niet van toepassing.

Wel vindt 67% (n=12) dat de samenwerking ervoor zorgt dat inwoners beter zijn geholpen, de overige 33% antwoordt hier neutraal (n=5) of vindt het niet van toepassing (n=1).

Ook is 78% (n=14) positief t.a.v. de vraag of de samenwerking de tijdsinvestering waard is, 5,6% (n=1) is het daar niet mee eens en de overige 17% antwoordt neutraal (n=2) of vindt het niet van toepassing (n=1).

Daarnaast geeft 28% (n=5) aan dat de samenwerking leidt tot meer plezier in het (vrijwilligers)werk, 11% (n=2) vindt dat niet en 33% (n=6) antwoordt neutraal. Voor de overige 28% (n=5) is dat niet van toepassing.

Huisartsen zijn vooral verdeeld over de vragen over meer tijd voor de eigenlijke zaken en het plezier in het werk. Ook bij welzijnscoaches is dat patroon zichtbaar, maar zij vinden de vraag over meer tijd voor eigenlijke zaken niet van toepassing. Met deze vraag zijn dorpsondersteuners het unaniem oneens. Inwoners zijn het vooral in meerderheid eens met de vraag of samenwerken de tijdsinvestering waard is.

Op het niveau van de locaties waar de vragenlijst door verschillende functies is ingevuld, zijn de antwoorden op de vragen of de samenwerking leidt tot meer tijd voor de eigenlijke taken en of het leidt tot meer werkplezier het meest verdeeld. Over de andere vragen is men tamelijk eensgezind.

Ten aanzien van de mogelijke tijd voor de eigenlijke werkzaamheden die de samenwerking oplevert is er t.o.v. de beginsituatie niet veel veranderd. Men is daar niet van overtuigd. Over de vraag of inwoners door de samenwerking beter zijn geholpen is een kleine positieve verschuiving zichtbaar vooral in de zin dat niemand het daarmee nu niet mee eens is. Wel vindt een duidelijk groter aandeel van de deelnemers dat samenwerken de tijdsinvestering waard is. Er is echter verschuiving in de negatieve richting zichtbaar t.a.v. de vraag of de samenwerking leidt tot meer plezier in het eigen(vrijwilligers)werk.

Algehele waardering voor de samenwerking

De deelnemers geven de samenwerking op persoonlijk niveau gemiddeld 7,6 punten uit 10 (SD=1,1; Med=8,0). Daarbij beoordeelt 1 deelnemer de samenwerking met een onvoldoende. De functiegroepen zitten hier, met een verschil van minder dan een half punt, sterk op een lijn.

De samenwerking op organisatieniveau wordt beoordeeld met een 7,0 uit 10 (SD=1,4; Med=7,0), waarbij 22% (n=4) de samenwerking beoordeelt met een onvoldoende. Het zijn vooral de dorpsondersteuners en in iets mindere mate de POHs die hier beduidend lager scoren dan de andere functiegroepen.

Zowel de beoordeling van de samenwerking op individueel niveau als die op organisatieniveau vertoont een positieve tendens t.a.v. de beginsituatie. Voor het individuele niveau is de beoordeling vanuit de verschillende functiegroepen daarbij veel meer gelijkwaardig dan in de beginsituatie. Op organisatieniveau kijken de huisartsen er nu positiever tegenaan, i.t.t. de dorpsondersteuners.

Adviezen voor een goede samenwerking

Deelnemers geven een aantal tips om tot een goede samenwerking te komen of die te verbeteren. Eén van hen, een vertegenwoordiger van een inwonerinitiatief, verwoordt het kort en bondig '*Transparantie, duidelijke afspraken, terugkoppeling, jaarlijkse evaluatie, korte lijntjes, monitoring, contactpersoon*'.

Daarnaast wordt elkaar ontmoeten genoemd en evt. een werkplek in de huisartspraktijk om dat gemakkelijker te maken. Korte lijstjes en elkaar kunnen aanspreken op de uitkomst, beter communiceren, afspraken maken en meer duidelijkheid over wie te verwijzen en het respecteren en waarderen van de expertise van de ander wordt geadviseerd. Er wordt aangegeven dat het positieve gezondheidsdocument kan helpen om elkaar te vinden en dezelfde taal te spreken. Ook goede voorlichting kan helpen en er wordt aangegeven dat het zou kunnen helpen als de samenwerking een iets formeler karakter krijgt.

**OPEN UP
NEW **HAN_** UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES
HORIZONS.**