



Samen in beweging met kwetsbare inwoners

Slotrapportage van het vierjarige project in de gemeenten Kampen, Hardenberg,
Oost Gelre, Steenwijkerland, Winterswijk en Zwartewaterland



Samen in beweging

SAMEN IN BEWEGING MET KWETSBARE INWONERS

Slotrapportage van het vierjarige project in de gemeenten Kampen, Hardenberg, Oost Gelre, Steenwijkerland, Winterswijk en Zwartewaterland

Een uitgave van de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle, i.s.m. GGD IJsselland, GGD Noord- en Oost-Gelderland en Academische Werkplaats AGORA



Werkplaats Sociaal Domein
Regio Zwolle



Noord- en Oost-Gelderland



Mede mogelijk gemaakt door:  **ZonMw**

Geschreven door

Monica Stouten-Hanekamp MSc

Joanne Lassche-Scheffer MSc

Alie Velvis Msc

Marieke Veening MA

Drs. Christel Teekman

Dr. Ir. Marja Jager-Vreugdenhil

Dr. Ir. Geerke Duijzer

In afstemming met de projectleiders dr. Joyce Dieleman (GGD NOG) en Siebren Groen (GGD IJsselland) en met leden van de begeleidingsgroep, dr. ir. Annemien Haveman (Wageningen Universiteit en GGD NOG) en dr. Marja de Jong (GGD IJsselland).

Februari 2023

Hogeschool Viaa

Postbus 10030

8000 GA ZWOLLE

038 - 425 55 42



Dit werk valt onder een Creative Commons Naamsvermelding-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie

Woord vooraf

Samen

Na ruim vier jaar komt een einde aan het project 'Samen in Beweging met kwetsbare inwoners' dat met zes gemeenten, twee Werkplaatsen en twee GGD'en is uitgevoerd. Het was een leerzaam traject waarin alle partners hun eigen unieke inbreng in het project hadden. Het was mooi om samen op te kunnen trekken en zo ook zelf te ervaren hoe je elkaar nodig hebt om in beweging te blijven. Dit bleek des te meer ten tijde van de coronapandemie, waarin veel activiteiten vrijwel tot stilstand kwamen.

In beweging

In beweging komen en blijven is belangrijk voor iedereen, zeker ook voor kwetsbare inwoners van de gemeenten. Zij ervaren vaker belemmeringen in het ondernemen van activiteiten en het is daarom belangrijk om goed inzicht te krijgen in wat helpt om deze doelgroep - letterlijk en figuurlijk - in beweging te brengen. Wat voor de ene mens weinig moeite kost is voor de ander een hele opgave. Praktijkondersteuners en huisartsen, welzijnscoaches, buurtsportcoaches en vrijwilligerswerk, sportverenigingen, maatschappelijke organisaties en verenigingen kunnen helpen om mensen weer te betrekken bij activiteiten waar ze zich goed bij voelen. De interventies Welzijn op Recept en GRIP&GLANS dragen daar op heel verschillende manieren aan bij.

Meedoen

Uiteindelijk hopen we dat deze programma's een onderdeel zullen worden van het instrumentarium dat gemeenten en zorgorganisaties kunnen inzetten om kwetsbare inwoners te laten participeren in de samenleving. Dit is ook één van de grote opgaven voor komende jaren: zorgen dat mensen thuis kunnen blijven wonen en mee kunnen blijven doen. Dit is een belangrijke voorwaarde om betekenis te kunnen geven aan het eigen leven én van betekenis te kunnen zijn voor anderen.

Annemien Haveman-Nies

Coördinator Academische werkplaats AGORA

Inhoud

WOORD VOORAF	3	4.2.3 Oost Gelre	49
SAMENVATTING	5	4.2.4 Steenwijkerland	55
SUMMARY	8	4.2.5 Winterswijk	61
		4.2.6 Zwartewaterland	65
HOOFDSTUK 1 OVER SAMEN IN BEWEGING MET KWETSBARE INWONERS	13	4.3 GEMEENTE OVERSTIJGENDE ASPECTEN BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN WELZIJN OP RECEPT EN GRIP&GLANS	70
1.1 AANLEIDING VOOR HET PROJECT	13	4.3.1. Interventie Welzijn op Recept	70
1.2 WIE BEDOELEN WE MET KWETSBARE INWONERS?	14	4.3.2 Interventie GRIP&GLANS	72
1.3 OPZET VAN HET PROJECT	15	Waardering/Uitvoering	72
1.3.1. Eerste projectfase (sep 2018 - dec 2019)	15	4.3.3 Helpende en belemmerende factoren bij de uitvoer van de interventies	72
1.3.2. Tweede projectfase (2020 - 2022)	16	4.3.4 Aansluiting bij behoefte doelgroep	73
1.4 SAMENWERKINGSVERBAND	17	4.3.5 Samenwerking	73
1.5 DOELGROEP	18	4.3.6 Uitdagingen voor de gemeente	74
1.6 VRAAGSTELLING	18	4.4 EVALUATIE VAN DE UITVOERING VAN HET PROJECT SAMEN IN BEWEGING	74
1.7 LEESWIJZER	18		
HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER	20	HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE EN DISCUSSIE	76
2.1 CENTRALE CONCEPTEN TEN GRONDSLAG AAN SAMEN IN BEWEGING	21	5.1 CONCLUSIE	77
2.1.1. Participatie en inclusie	21	5.1.1 Conclusie over het bereik van de interventies	77
2.1.2. Positieve gezondheid en salutogenese	22	5.1.2 Conclusie over de waardering van inwoners en professionals voor de interventies	77
2.1.3. Integraal samenwerken en samen leren	22	5.1.3 Conclusie over randvoorwaarden, succesfactoren en uitdagingen	77
2.1.4. Kwetsbare inwoners in beweging krijgen	22	5.2 DISCUSSIE	79
2.2 WELZIJN OP RECEPT	24	5.3 AANBEVELINGEN	79
2.2.1. Wat is Welzijn op Recept?	24		
2.2.2. Succesfactoren Welzijn op recept	25	LITERATUUR	83
2.2.3. Belemmerende factoren Welzijn op recept	25		
2.2.4. Huisartsen en Welzijn op Recept	23	BIJLAGEN	
2.3 GRIP&GLANS	27	BIJLAGE A VRAGENLIJSTEN	87
2.3.1. Wat is GRIP&GLANS	27	Vragenlijst gebruikt in fase 1	87
2.4 CONTINUÏTEIT	28	Vragenlijst gebruikt in interviewrondes fase 2 (ronde 3 en 4)	88
2.4.1. Continuïteit binnen het sociale domein		BIJLAGE B BIJEENKOMSTEN EN BETROKKENEN PER GEMEENTE IN FASE 1	90
2.4.2. Continuïteit van vrijwilligersactiviteiten		BIJLAGE C GEMEENTELIJKE EN BOVENREGIONALE LEERNETWERKEN	92
HOOFDSTUK 3 OPERATIONALISERING EN ONDERZOEKSOPZET	30	BIJLAGE D CODEBOOM SAMEN IN BEWEGING MET KWETSBARE INWONERS FASE 2	94
3.1 ONDERZOEKSMETHODEN MET ONDERBOUWENDE THEORIE	30	BIJLAGE E LOGISCH MODEL	98
3.1.1 Waarderend Onderzoek	30	BIJLAGE F RESPONDENTEN INTERVIEWRONDES FASE 2	100
3.1.2 Evaluatie van het leerproces	31		
3.2 OPERATIONALISERING	32		
3.3 ONDERZOEKSOPZET EN VERANTWOORDING	32		
3.3.1 Kwaliteit	35		
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN	39		
4.1 EVALUATIE VAN DE LEERNETWERKBIJEENKOMSTEN	39		
4.1.1 Gemeentelijke leernetwerken	39		
4.1.2 Bovenregionale leernetwerken	40		
4.2 STAND VAN ZAKEN WELZIJN OP RECEPT PER GEMEENTE	40		
4.2.1 Kampen	40		
4.2.2 Hardenberg-De Krim	45		

Samenvatting

In dit rapport wordt het proces en de resultaten beschreven van fase 2 – projectjaar 2 tot en met 4 - van het project ‘Samen in Beweging met kwetsbare inwoners’. Het project is uitgevoerd door het consortium ‘Samen in beweging’ dat bestaat uit GGD IJsselland, GGD Noord- en Oost-Gelderland, Wageningen Universiteit (Academische Werkplaats AGORA), Hogeschool Viaa (Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle) en de zes deelnemende gemeenten: Kampen, Hardenberg, Oost Gelre, Steenwijkerland, Winterswijk en Zwartewaterland. Het vierjarige project is mede mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het preventieprogramma ‘Aan de slag met preventie in uw gemeente’.

Het eerste doel van het totale project is dat kwetsbare inwoners langer vitaal zijn, thuis (kunnen) blijven wonen en mee kunnen doen in hun gemeente, op een manier die aansluit bij hun mogelijkheden en behoeften. In hun integrale gezondheidsbeleid zetten de deelnemende gemeenten in op bewegen als middel en Positieve gezondheid als benadering om dit doel te bereiken. Het tweede doel van dit project is om middels een integrale aanpak te komen tot een gebiedsgerichte aanpak die kwetsbare doelgroepen in beweging brengt om mee te doen in de lokale gemeenschap.

Dit rapport sluit aan op de tussenrapportage van fase 1 – projectjaar 1 (M. Stouten et al., 2020) waar de inzichten in de motieven en behoeften van kwetsbare groepen om ‘in beweging’ te komen en de kansen voor integraal samenwerken rondom dit vraagstuk staan beschreven. In deze fase 1 is per deelnemende gemeente een lokaal plan van aanpak geschreven voor het integraal gezondheidsbeleid en zijn interventies gekozen. Voor vijf van de zes gemeenten is er gekozen voor Welzijn op Recept, een interventie gericht op integrale samenwerking tussen de eerstelijnszorg, welzijnsorganisaties en gemeente. Het doel van Welzijn op Recept is dat de eerstelijnszorg inwoners met niet-medische klachten doorverwijst naar welzijnscoaches. De welzijnscoaches begeleiden hen vervolgens naar passende activiteiten om het welzijn te vergroten. De gemeente Steenwijkerland heeft gekozen voor de interventie GRIP&GLANS, een interventie waarbij welzijnsmedewerkers

worden getraind om GRIP&GLANS cursussen te kunnen geven aan 50+ inwoners. Deze cursussen zijn gericht op het versterken van zelfmanagementvaardigheden (grip) en welbevinden (glans).

In fase 2 stonden twee activiteiten centraal:

- de uitvoering van deze lokale plannen van aanpak en de interventies die daarbinnen zijn gekozen; en
- het vormgeven van een lerende uitvoeringspraktijk.

Dit rapport doet verslag van de procesevaluatie in deze fase, zowel rondom de implementatie en de resultaten van de interventies als de vormgeving van de lerende uitvoeringspraktijk. De volgende onderzoeksvragen stonden hierbij centraal:

- Hoeveel inwoners en professionals zijn bereikt met het project Samen in Beweging?
- Hoe waarderen inwoners en betrokken professionals de uitvoering van de interventies Welzijn op Recept of GRIP&GLANS in hun gemeente?
- Wat zijn de randvoorwaarden, succesfactoren en uitdagingen bij het uitvoeren van de interventies?

Om het samenwerkingsproces te faciliteren en tegelijkertijd te monitoren kwamen de betrokken beleidsmedewerkers en zorg- en welzijnsmedewerkers gemiddeld tweemaal per jaar samen in zogeheten gemeentelijke leerbijeenkomsten. Deze leerbijeenkomsten werden gefaciliteerd en gemonitord door onderzoekers van Viaa en de projectleiders vanuit de GGD. Het doel van deze bijeenkomsten was het creëren van een lerende uitvoeringspraktijk: het versterken van het netwerk rondom de interventies, om samen te leren en te werken rondom de gekozen interventies. Daarnaast zijn er elk half jaar bovenregionale leerbijeenkomsten georganiseerd, waarbij de betrokken medewerkers van de zes gemeenten onderling hun bevindingen konden delen en van elkaar konden leren. De gemeentelijke en bovenregionale leerbijeenkomsten werden na afloop geëvalueerd. Tijdens heel fase 2 zijn er tweemaal per jaar interviews gehouden met de betrokken beleidsmedewerkers, welzijnsprofessionals en betrokken zorgmedewerkers.

Uitkomsten van deze interviews zijn gebruikt in de voorbereiding van de leerbijeenkomsten. Om het effect van de interventies te meten op de gezondheid van de inwoners, was bij aanvang van het project het plan om de (beweeg)activiteiten te monitoren (activiteitenmonitor) en door te ontwikkelen. Helaas is door de invloed van de Covid-pandemie dit effectonderzoek slechts beperkt mogelijk gebleken, omdat vele activiteiten simpelweg niet door konden gaan en het proces rondom de interventies in veel gevallen stagneerde. Het effectonderzoek is in een alternatieve vorm uitgevoerd, in de vorm van interviews met enkele welzijnscoaches, over de effecten van de activiteiten op de gezondheid van de deelnemers.

In totaal zijn 103 deelnemers aan de interventie Welzijn op Recept doorverwezen naar een activiteit. Daarnaast hebben 19 deelnemers de GRIP&GLANS cursus afgerond. De behoefte aan sociaal contact is in vele gevallen de hoofdreden van deelname aan de activiteiten. De onderliggende diagnoses en redenen voor doorverwijzing waren in 51% van de gevallen eenzaamheid en daarnaast ook regelmatig psychische klachten en vastlopen in het leven.

Op activiteitsniveau is de gezelligheid, het 'erbij horen' en onderlinge herkenning wat de deelnemers zeer waarderen. Deelnemers geven ook aan dat ze door deelname een toenemend gevoel van welbevinden hebben, ze voelen zich gezien en gehoord, doordat ze weer contact hebben met andere mensen waarin ze zichzelf kunnen herkennen. Daarnaast ervaren ze meer eigen regie over het leven. Ook de betrokken welzijnscoaches zijn positief over de interventies, hoewel zij ook ruimte voor verbetering en doorontwikkeling zien.

Een belangrijk randvoorwaarde voor het succesvol uitrollen en doorontwikkelen van de interventies is dat de betrokken stakeholders elkaar ontmoeten, kennen en weten te vinden. Hierbij is het van belang dat het werkproces en de rolverdeling duidelijk beschreven zijn en in samenspraak zijn vastgelegd. Daarbinnen wordt gezocht naar wat praktisch het best haalbaar is: bijvoorbeeld de registratiesystemen laten aansluiten bij wat er al is binnen de zorg. Georganiseerde leerbijeenkomsten dragen bij aan de ontmoeting, het elkaar

inspireren en het vormgeven van een helder werkproces. Omdat huisartsenpraktijken belangrijk zijn voor de uitvoering van Welzijn op Recept, is het belangrijk om hen goed te betrekken en actief te benaderen. Daarnaast is een up-to-date sociale kaart een belangrijke voorwaarde om zicht te krijgen op het aanbod.

Welzijnscoaches ervaren een hoge werkdruk en zijn als spin in het web zowel de aanjagers van het project, de begeleiders van de deelnemers (en ook regelmatig van de vrijwilligers), in sommige gemeenten zijn zij ook degenen die de sociale kaart samenstellen en initiators van passend activiteitsaanbod. Voor de continuïteit van het proces is het van belang dat de betrokken kartrekkers (veelal de welzijnscoaches en de projectcoördinatoren) voldoende tijd en financiële ondersteuning krijgen vanuit de gemeenten. Het is van belang dat er continuïteit van het beleid is rondom de interventie, zodat de betrokkenen kunnen rekenen op duurzame ondersteuning. Daarmee heeft de gemeente een belangrijke rol bij het stevig uitrollen van de interventie, door het aanjagen van de benodigde samenwerking tussen de diverse stakeholders. Daar hoort ook een antwoord bij op de vraag wat de financiële basis voor de samenwerking is: wie houdt de sociale kaart bij en waar komt financiering daarvoor vandaan, hoe wordt bij Welzijn op Recept de (extra) inzet van de huisartsen, POH-ers en welzijnscoach gefinancierd, en eventueel nodige ondersteuning van de sociale of welzijnactiviteiten die extra deelnemers krijgen?

De succesvolle voortgang van de interventies is in meerdere betrokken gemeenten gestagneerd door het wegvallen van de welzijnscoaches, vanwege wisseling van baan of verlof. Dit kan mogelijk ondervangen worden door de specifieke taken voor de interventie te integreren in de overige reguliere taken van het welzijnswerk en zo te beleggen binnen een breder team. Daarnaast is het in meerdere gemeenten lastig om passende activiteiten te vinden voor de specifieke doelgroep. Dat komt door een tekort aan passend aanbod en doordat veel aanbod draait op vrijwilligers. Het tekort aan vrijwilligers, en dan met name vrijwilligers die passende begeleiding kunnen geven aan de deelnemers van de activiteit, is een probleem in iedere gemeente. Professionele inzet is hierbij nodig. Mogelijke oplossingen zijn het begeleiden van vrijwilligers

door welzijnsprofessionals of het professionaliseren van de vrijwilligers zelf, door middel van training en het financieel compenseren van hun werkzaamheden.

De inzet van het model Positieve Gezondheid in huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, wat in verschillende gemeenten in opkomst is, biedt kansrijke handvatten om de interventies in te bedden in de gemeenten. De achterliggende holistische visie van Positieve Gezondheid, met aandacht voor zowel het sociale, psychische, lichamelijke als het zingevingsaspect, is over het algemeen inherent aan het werk binnen het sociale domein. De taal die gebruikt wordt in het model Positieve Gezondheid kan helpen bij de aansluitende samenwerking tussen welzijn en zorg door een verbindend discours en gedeelde visie op gezondheid en welzijn.

Het kost tijd om een goede samenwerking tussen zorg en welzijn te bewerkstelligen en bekendheid van onder andere het concept Positieve Gezondheid en de interventie Welzijn op Recept binnen de zorg te creëren. Om een duurzame inbedding van de interventies te waarborgen is het nodig om hier rekening mee te houden en binnen het financiële systeem ook ruimte te maken voor opbouw van het netwerk en samenwerkingsrelaties. Het nieuwe Integraal Zorgakkoord biedt daarvoor aanknopingspunten. Hierin wordt in het algemeen gesteld dat het belangrijk is om het sociaal domein en de sociale basis te versterken. Ons onderzoek onderschrijft het belang daarvan. Uitwerking van deze afspraken in het Integraal Zorgakkoord is van belang voor goede integrale samenwerking op lokaal niveau; dat moet niet alleen gebeuren met de partijen die betrokken zijn bij dit zorgakkoord (over het algemeen zorgpartijen, en de VNG), maar ook de dragers van de sociale basis zelf: naast gemeenten zijn dat ook welzijnsorganisaties en vertegenwoordigers van sport- en andere vrijwilligersorganisaties.

Summary

This report describes the process and results of phase 2 - project years 2 to 4 - of the project “Together in Motion with vulnerable residents”. The project was carried out by the consortium ‘Together in Motion’ (‘Samen in Beweging’): GGD IJsselland, GGD North and East Gelderland, Wageningen University (Academic Workplace AGORA), Viaa University of Applied Sciences (Workplace Social Domain) and the six participating municipalities Kampen, Hardenberg, Oost Gelre, Steenwijkerland, Winterswijk and Zwartewaterland. The four-year project is made possible by ZonMw as part of the prevention program ‘Taking Preventive Action in Your Municipality’ (‘Aan de slag met preventie in uw gemeente’).

The first goal of the overall project is for vulnerable residents to stay vital for longer, to (continue to) live at home and to participate in their municipality in a way that suits their abilities and needs. In their integrated health policy, the participating municipalities focus on physical activity as a means and Positive Health as an approach to achieve this goal. The second goal of this project is to develop an integral approach resulting in an area-specific approach leading to an increase of the participation of vulnerable citizens in their local community. To achieve this, integral collaboration is facilitated between the involved stakeholders of the municipality, care- and welfare organizations and the (organizations) of the target groups.

This report follows the interim report of phase 1 - project year 1 (M. Stouten et al., 2020) where the insights into the motivations and needs of vulnerable groups to ‘get moving’ and the opportunities for integral collaboration around this issue are described. In this phase 1, a local action plan for the integrated health policy was written for each participating municipality and interventions were selected. Five of the six municipalities opted for the intervention ‘Welzijn op Recept’ (Wellbeing on Prescription). Welzijn op Recept focuses on integral collaboration between primary care organizations, welfare organizations and the municipality. Primary caregivers refer residents with non-medical complaints and a need for welfare activities to so called ‘welfare coaches’, who guide them to fitting activities. The municipality of

Steenwijkerland has opted for the intervention ‘GRIP&GLANS’ (GRIP&SHINE). In this intervention welfare workers are trained to give GRIP&GLANS courses, aiming at strengthening self-management skills (grip) and well-being (shine) of elder citizens.

In phase 2, points of focus were:

- the implementation of these local action plans and the interventions chosen within them; and
- building a learning implementation practice.

This report provides a process evaluation of this phase, as well on the implementation and results of the interventions as on the realization of the learning implementation practice.

The following research questions worked are answered:

- How many citizens and professionals are reached in this Samen in Beweging project?
- How do citizens and involved professionals assess the implementation of the Welzijn op Recept or GRIP&GLANS interventions in their municipality?
- What are the preconditions, success factors and challenges in implementing the interventions?

To facilitate and at the same time monitor the collaboration process, the involved policy officers and healthcare and welfare workers met on average twice a year in learning meetings. The aim of these meetings was to create a learning implementation practice: strengthening the network around the interventions, to learn and work together on the chosen interventions. These learning meetings were facilitated and monitored by researchers from Viaa and the project leaders from the GGD. In addition, supra-regional learning meetings were organized twice a year, during which the involved employees of the six municipalities could share and learn from each other’s findings. The municipal and supra-regional learning meetings were evaluated. Throughout phase 2, interviews were held twice a year with the involved policy officers, welfare professionals and healthcare workers. The main outcomes of these interviews were used for the learning meetings. To measure the effect of the interventions on the

health of the residents and further develop the effectiveness of the activities, it was planned at the start of the project that the welfare coaches would interview the participating residents. Unfortunately, due to the influence of the Covid pandemic, this impact study proved to be only possible to a limited extent, as many activities simply could not take place and the process around the interventions stagnated in many cases. In consultation, it was decided to focus on the process evaluation. A small effect study was conducted alternatively by interviewing involved welfare coaches on the effects of the activities on the health of the participants.

The results show that Welzijn op Recept involved 103 participants, who were coached to activities best fitting for them. The GRIP&GLANS-course was completed by 19 participants. For most participants, their main reason to participate was their need for social contact. The underlying diagnoses and reasons for referral in 51% of cases were loneliness, regular mental health problems and getting stuck in life. At the activity level, the conviviality, 'belonging' and mutual recognition are what participants value highly. Participants also indicate that their sense of wellbeing increased as a result of their participation; they felt seen and heard in their new contacts with other people, people like them, who they can relate to. In addition, they experienced more self-control over their lives. The welfare coaches involved also value the results of the interventions positively, although they also suggest improvements.

A key precondition for the successful roll-out and further development of the interventions is that the stakeholders involved can meet and get to know each other. Here, it is important that the work process and division of roles are clearly described and agreed upon. Within the deliberation the stakeholders search for fitting practical solutions, for example that the registration systems should match the systems already in use within healthcare.

Organized learning meetings contribute to the meeting, inspiring each other and shaping a clear work process.

Since in many cases the General Practice centers are not important for the implementation of the interventions chose, it is important to actively approach them. In addition, an up-to-date social map, mapping divers activities and organizations concerning social- and physical well-being, is an important prerequisite to have inside in all activities and facilities available in the municipality.

Welfare coaches experience a high workload and, as spiders in the web, are both instigators of the project, supervisors of the participants (also regularly of the volunteers), sometimes they are also the ones who compile the social map and initiators of suitable activities. For the continuity of the process, it is important that the key players involved (mostly the welfare coaches and the project coordinators) dispose of sufficient time and financial support. It is important that the municipality ensures policy continuity around the intervention, so that those involved can count on sustainable support. The municipality also has an important role in firmly rolling out the intervention within the municipality and stimulating the necessary collaboration between the various stakeholders, including arranging a sound financial basis for all (extra) effort by professionals and volunteers.

Successful implementation of the interventions has stagnated in several municipalities by limited availability of welfare coaches, due to job change or leave of absence. This vulnerability could be addressed by integration of the specific tasks for the intervention into the other regular tasks within the welfare organization and placing them within a broader team. In addition, in several municipalities it has proven to be difficult to find appropriate activities to refer participants to. This is due to a shortage of suitable activities and because of a shortage of volunteers, especially volunteers who can provide appropriate support to the participants of the activity. This shortage of volunteers is a problem in every municipality. Professional involvement is needed; possible solutions include guiding volunteers by welfare professionals or the professionalization of the volunteers themselves, through training and the financial compensation for their work.

The deployment of the Positive Health model in General Practices and health centers, as emerging in several municipalities, offers promising tools for embedding the interventions in the municipalities. The underlying holistic vision of Positive Health, with attention for the social, physical, psychological and sense of purpose, is generally inherent to work within the social domain. The language of Positive Health can contribute to connected collaboration between welfare and care, by providing a connecting discourse and a shared vision on health and wellbeing.

To establish good collaboration between healthcare and welfare requires time and effort to get familiar with the concepts of Positive Health and Welzijn op Recept within the healthcare sector. To ensure the sustainable embedding of the interventions, it is required to financially facilitate professionals to invest time to adapt to new concept and to develop new networks among care and social professionals. The new Integral Care Agreement (Integraal Zorgakkoord) gives recommendations on strengthening the social domain and the 'social basis' on the local level. Our research underlines the relevance of this recommendations, and the need to work them out not only with the parties already involved in the Care Agreement (generally: medical representatives, and the VNG), but also with the bearers of the 'social basis' themselves: not only municipalities, but also welfare organizations and representatives of sports and other volunteer organizations.



Hoofdstuk 1

Over Samen in Beweging met kwetsbare inwoners

Dit rapport geeft een overzicht van de opbrengst van fase 2 (2020-2022) van het vierjarige project ‘Samen in Beweging met kwetsbare inwoners’. In dit tweede deel van het project werkten zorg-, welzijn- en sportprofessionals, gemeenten en inwoners samen aan het implementeren de interventies Welzijn op Recept (vijf gemeenten) en GRIP&GLANS (één gemeente) met als doel inwoners ‘in beweging’ te krijgen ten behoeve van het verhogen van ervaren welzijn en gezondheid. In dit hoofdstuk wordt allereerst de aanleiding van het project ‘Samen in Beweging met kwetsbare inwoners’ beschreven. In de tweede paragraaf wordt uitgewerkt wie we bedoelen met ‘kwetsbare inwoners’. Vervolgens is in de derde paragraaf uitgebreid aandacht voor de (gemeentelijke) context en inbedding waarin dit project wordt uitgevoerd. In de vierde paragraaf wordt de praktische context van het project beschreven, namelijk de samenwerkingsverbanden en financiering. De laatste paragraaf geeft de vraagstelling van de tweede fase van ‘Samen in Beweging met kwetsbare inwoners’ weer.

Voor de tekst van deze rapportage is gebruik gemaakt van de eerder gepubliceerde tussenrapportage Samen in Beweging in 2020 (Stouten-Hanekamp et al., 2020) en de rapportage van de tweede interviewronde (Lassche et al., 2021).

1.1 Aanleiding voor het project

In dit project ‘Samen in beweging’ gaat het om inclusie en participatie van kwetsbare inwoners. In het sociale domein zijn inclusie en participatie al jarenlang leidende idealen, zowel op beleidsniveau als binnen zorg- en welzijnsorganisaties. Er is veel aandacht voor participatie in de samenleving, concreet hoe mensen zo gezond en lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en meedoen. In het beleid rondom kwetsbare groepen, zoals ouderen en mensen met psychische problemen, wordt in veel gemeenten actief gekeken naar hoe gemeenten hierbij zo veel mogelijk kunnen aansluiten bij inwoners. Omdat het voor veel kwetsbare groepen vaak nog moeilijk is om naar wens en behoefte mee te doen, ontstaan er in de structuur van het sociale domein steeds meer initiatieven die zich richten op (laagdrempelige) ondersteuning, zoals de buurtsportcoaches of welzijnswerkers. Deze professionals zijn vaak een spil en brug tussen (kwetsbare) inwoners en professionals uit zorgorganisaties, zowel huisartsen en fysiotherapeuten als

sociale (wijk)teams. Vanuit de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle werd in februari 2018 een netwerkbijeenkomst georganiseerd, op initiatief van stichting GGZ-Beraad Overijssel en twee lectoraten van Viaa: het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken en lectoraat Zorg & Zingeving. Diverse organisaties en mensen met eigen ervaring als ggz-cliënt namen deel. In deze bijeenkomst werd de wens geuit om in het kader van herstel, veerkracht en zelfregie nader in te zoomen op de rol van bewegen en sport. Daarbij werd zowel het sociale element genoemd, als het ervaren van zingeving door beweegactiviteiten en de bijdrage aan herstel en participatie van kwetsbare groepen.

Landelijk en lokaal is er de laatste jaren meer aandacht voor preventie en gezonde leefstijl, onder andere vanwege de hoge kosten van gezondheidszorg. Het besef dat gezondheid meer is dan ziek-zijn en in de breedte in verband wordt gebracht met sociale factoren, zoals armoede en participatieproblemen, biedt gemeenten de kans om hun beleid hierop in te richten. Dat vraagt om integraal beleid waarin verschillende domeinen samenkomen. Deze gewenste integrale aanpak wordt in veel gemeenten onderbouwd vanuit het model van Positieve Gezondheid (Huber et al., 2011), waar zowel binnen de publieke gezondheidszorg als in het sociaal werk steeds meer aandacht voor is. Positieve Gezondheid biedt een brede kijk op en benadering van gezondheid, waarbij gezondheid steeds meer in relatie wordt gebracht met verschillende factoren die een rol spelen op verschillende dimensies. Naast de sociale omgeving is de fysieke omgeving ook van invloed op de gezondheid van mensen. Ook leefstijl speelt een belangrijke rol. Inzetten op deze verschillende dimensies biedt mogelijkheden voor preventief werken in verschillende domeinen. Het betrekken van inwoners die zich vrijwillig inzetten ten behoeve van anderen is daarbij kansrijk, want dit is een belangrijke bijdrage aan het (meer) kunnen meedoen van kwetsbare inwoners.

Het project ‘Samen in Beweging met kwetsbare inwoners’ (hierna: Samen in Beweging) bood gemeenten de mogelijkheid om in samenwerking met professionals en inwoners dit (preventie)beleid zo passend mogelijk in te richten, zodat het (meer) aan zou gaan sluiten bij de wensen en behoeften van inwoners. Het eerste doel van dit project

was, dat kwetsbare inwoners langer vitaal zijn, thuis (kunnen) blijven wonen en mee kunnen doen in hun gemeente, op een manier die aansluit bij hun mogelijkheden en behoeften. In het zogenoemde 'integrale gezondheidsbeleid' zetten deze gemeenten in op bewegen als middel en Positieve Gezondheid als benadering om dit doel te bereiken. 'In beweging brengen' was in dit project tweeledig. Het richtte zich zowel op het letterlijk in beweging brengen van inwoners, door deelname aan (beweeg)activiteiten, als op het figuurlijk in beweging brengen van inwoners door sociaal in beweging te zijn; deel te nemen aan sociale activiteiten of hierbij betrokken te zijn als vrijwilliger. In het verlengde hiervan lag het tweede doel van dit project, namelijk te komen tot een gebiedsgerichte integrale aanpak die kwetsbare doelgroepen (letterlijk en/of figuurlijk) in beweging brengt om mee te doen in de lokale (dorps)gemeenschap.

Samen werken en leren van elkaar binnen én buiten de gemeentegrenzen was daarbij een belangrijk middel. De ervaringen en behoeften van inwoners waren belangrijke input voor de uiteindelijke uitwerking van het beleid. Daarnaast werd er samenwerking tussen inwoners, zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en gemeenten gezocht, gericht op het delen van kennis en ervaringen, van elkaar leren en door ontwikkelen. Om tot een integrale aanpak te komen, stond met en van elkaar leren centraal, in een lokale lerende uitvoeringspraktijk. In paragraaf 1.4 worden samenwerkingspartners die samen leren nader beschreven.

1.2 Wie bedoelen we met kwetsbare inwoners?

De beroepsgroepen die betrokken zijn bij Samen in Beweging hadden allemaal te maken met mensen die op een bepaalde manier kwetsbaar zijn. De Dikke van Dale geeft aan dat kwetsbaar zijn 'vatbaar voor verwonding of ander onheil' is. In die zin zijn alle mensen kwetsbaar. Baart & Carbo (2013) noemen dit eerste niveau van kwetsbaarheid *frailty* (broosheid): de basisconditie van alle mensen. De mensen met kwetsbaarheden waar sociaal werkers en gezondheidswerkers mee werken zijn in feite extra kwetsbaar, door psychische problemen, ouderdom en andere aandoeningen of omstandigheden die participatie in de weg kunnen staan. Dit is het tweede niveau van kwetsbaarheid: *fragility* (breekbaarheid), de combinatie van persoonlijke

kenmerken en omstandigheden waardoor iemand kwetsbaar wordt (Baart & Carbo, 2013).

Binnen de geriatrie wordt voor kwetsbare ouderen vaak de term *frailty* gebruikt. Hierbij wordt - in tegenstelling tot Baart en Carbo's omschrijving - niet de algemene kwetsbare basisconditie van (oudere) mensen bedoeld, maar juist de verstoring van het normale verouderingsproces. Verstoring in de zin dat er extra 'tekortkomingen' in het functioneren bij komen, op het gebied van gezondheid, fysieke, psychologische of sociaal functioneren. Met name fysieke inactiviteit leidt tot toenemende *frailty*. Door middel van interventies, zoals beweging, kunnen deze verstoringen vertraagd en zelf omgekeerd worden (Berkel, 2020).

Hoe kwetsbaarheid ook wordt gedefinieerd, als een algemene of een uitzonderlijke toestand, een belangrijke opdracht van sociaal werkers en gezondheidswerkers is dat zij krachtgericht werken "zonder de kwetsbaarheid van mensen uit het oog te verliezen" (Linders & Verharen, 2018).

Kwetsbaarheid is ook dynamisch: het kan verminderen of vergroten, het kan een korte tijd aanwezig zijn, of iemands hele leven bepalend zijn. Het spreken over kwetsbare groepen is in dit project dan ook een poging om een doelgroep te duiden met als doel juist de veerkracht en mogelijkheden op te zoeken. Dat is dan ook het uitgangspunt van Positieve Gezondheid: het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

In de benadering van en gesprekken met de kwetsbare inwoners wordt de nadruk niet gelegd op de kwetsbaarheid, maar op veerkracht en waarderend op wat goed gaat.

De definitie van kwetsbare ouderen volgens het Sociaal Cultureel Planbureau is:

[...] een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten: functiebeperkingen (functiebeperkingen, opname, overlijden) (Van Campen et al., 2011, p. 45).

In het verlengde hiervan spraken we binnen Samen in Beweging van kwetsbare groepen als bepaalde omstandigheden - bijvoorbeeld ouderdom, psychiatrische of chronische lichamelijke aandoeningen of psychosociale problemen - participatie in wonen, werken of leven bemoeilijkt.

Jager-Vreugdenhil en Linders (2022) wijzen erop dat het individualiseren van het woord kwetsbaarheid kan leiden tot het idee dat een samenleving als collectief niets met die kwetsbaarheid hoeft te doen. Binnen Samen in Beweging deelden we de overtuiging dat kwetsbaarheid geen individueel probleem is, maar dat de samenleving hierin ook een opdracht heeft, namelijk het zorgdragen voor kwetsbare groepen en met hen mogelijkheden creëren voor een zinvol leven. Dat 'zinvol leven' is eveneens een domein van Positieve Gezondheid (zie ook paragraaf 2.1). Gemeenten die deelnamen aan 'Samen in Beweging' deelden deze wens: ze wilden in relatie met alle inwoners een gemeenschap vormen waarin mensen naar vermogen mee kunnen doen, zodat individueel welzijn werd verhoogd en ook verbondenheid en maatschappelijk participatie kon ontstaan.

1.3 Opzet van het project

Vier IJssellandse gemeenten, namelijk Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland en Hardenberg, en twee gemeenten in de Achterhoek, namelijk Oost Gelre en Winterswijk, zijn gestart met dit vierjarig project. Het project bestond uit twee fasen: een eerste fase waarin per gemeente de plannen gemaakt werden en een tweede fase waarin de plannen uitgevoerd werden.

1.3.1. Eerste projectfase (september 2018 – december 2019)

De eerste fase van Samen in Beweging is beschreven in een tussenrapportage (Stouten-Hanekamp et al., 2020). Deze eerste fase was gericht op het in kaart brengen van de gezondheidssituatie per gemeente, kern of wijk, en het maken van een plan van aanpak voor de uitvoeringspraktijk. Bij die uitvoeringspraktijk waren steeds zowel inwoners, zorg-, sport- en welzijnsprofessionals als beleidsmedewerkers betrokken, om met en van elkaar te leren gedurende het hele project. In de eerste fase is per gemeente door middel van kwantitatief en kwalitatief onderzoek de gezondheidssituatie

in kaart gebracht, met daarbij de focus op aanwezig beweeg- en welzijnsaanbod. Dit is gedaan op basis van bestaande gezondheidscijfers en gesprekken met (verschillende) kwetsbare groepen. Tevens zijn hun behoeften ten aanzien van het in beweging komen in kaart gebracht. Ook zijn er groepsgesprekken geweest met betrokken zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en beleidsmedewerkers, waarin onder andere werd gesproken over de mate van effectieve samenwerking op het gebied van zorg, welzijn en sport. Per gemeente heeft dit geleid tot een lokaal plan van aanpak waarin concrete interventies - in veel gemeenten betrof dat Welzijn op Recept - en aanvullende activiteiten zijn opgenomen om doelstellingen te bereiken. Tevens is in deze eerste fase gestart met het vormen van projectgroepen voor de tweede fase.

Aan het eind van het eerste projectjaar is voor iedere gemeente een plan van aanpak opgesteld voor de tweede fase van het project. De afzonderlijke plannen van aanpak en de in kaart gebracht gezondheidssituatie per gemeente zijn niet opgenomen in dit rapport, maar zijn op te vragen bij de regionale projectleiders van de twee GGD'en via de begeleidingsgroep (zie colofon).

Hoewel alle zes gemeenten deelnemen in hetzelfde project en hiermee vergelijkbare stappen doorlopen, is ieder gemeentelijk proces anders en heeft dit consequenties voor het tempo en de uitvoering.

Waar enkele gemeenten aan de start van het project al helder hadden rondom welke doelgroep en geografisch gebied (bijv. een wijk of kern) het project vorm zou krijgen, werd het voor andere gemeenten gedurende het eerste projectjaar helder hoe dit er uit zou zien.

In alle gemeenten is Samen in Beweging vanaf de start of gedurende het eerste projectjaar aangehaakt bij bestaande projecten of ontwikkelingen. Voorbeelden hiervan zijn dat in een gemeente is onderzocht of dit project gelijk kan lopen met de ontwikkeling van de omgevingsvisie, in een andere gemeente is gedurende de eerste fase aangehaakt bij een wijkgericht project dat het brede spectrum van inclusief wonen omvat en waarbij het concept Positieve Gezondheid

het leidende principe was. In twee andere gemeenten waren organisaties al op het spoor gekomen van de interventie Welzijn op Recept en is daar op voortgebouwd.

De verschillende domeinen die in alle gemeenten betrokken zijn, zijn sport (en participatie), sociaal domein, (publieke) gezondheid en (Wet) maatschappelijke ondersteuning (en participatie). In een aantal gemeenten is naast de betreffende ambtenaar ook een buurtsportcoach en/of welzijnswerker die vanuit de gemeente werkt aangehaakt vanaf het begin. In enkele gemeenten is getracht ook het beleidsdomein omgeving of ruimtelijke ordening te betrekken. Dit is in meer of mindere mate gelukt. Alleen in de gemeente Steenwijkerland wordt dit beleidsdomein op de hoogte gehouden van de stand van zaken van het project en worden verbindingen gelegd in de praktijk met bijvoorbeeld de wijkshouder. In geen enkele gemeente is het fysieke beleidsdomein echter onderdeel van de gevormde projectgroepen.

1.3.2. Tweede projectfase (2020 - 2022)

Belangrijkste activiteiten van de tweede fase was tweeledig: de implementatie van de plannen van aanpak, en het vormgeven van de lerende uitvoeringspraktijk die daarvoor nodig is.

In de plannen van aanpak werd in alle gemeenten gebruik gemaakt van erkende methodische interventies. In vijf gemeenten, namelijk Kampen, Zwartewaterland, Hardenberg, Oost Gelre en Winsterwijk, is gekozen voor Welzijn op Recept, en in Steenwijkerland de interventie GRIP&GLANS. In de loop van de tweede fase bleek in Hardenberg toch de interventie WoR niet ingevoerd te kunnen worden en is Samen in Beweging circa drie maanden voor de afloop van het project afgerond. De implementatiefase zag er dus in elke gemeente anders uit; maar ondanks dat waren alle zes gemeenten bezig met hetzelfde vraagstuk, namelijk hoe kwetsbare groepen in beweging kunnen komen ter bevordering van hun lokale participatie, en hoe integraal gemeentelijk beleid hier op de juiste wijze aan kan bijdragen.

Het vormgeven van een lerende uitvoeringspraktijk betekende in de eerste plaats dat er in elke gemeente leergemeenschappen zijn ingericht. Om de lerende

uitvoeringspraktijken nog extra te versterken is ook op bovenregionaal niveau een leernetwerk georganiseerd. Beiden worden hieronder beschreven.

Gemeentelijke leerbijeenkomsten

In elke gemeente zijn de betrokken zorg- en welzijnsprofessionals en beleidsmedewerkers aan de slag gegaan met de implementatie en uitvoering van de gekozen interventies. Deze betrokkenen werkten samen rondom de implementatie van het plan van aanpak dat in fase 1 gemaakt was. Zij kwamen circa tweemaal per jaar samen in leerbijeenkomsten. In de leerbijeenkomsten ging het dan ook vooral om samen-leren en samen-werken met als doel het verbeteren en het (door)ontwikkelen van de interventies.

Het is nodig dat samen-leren gedurende een langere tijd en frequent vorm kan krijgen. Concreet betekende dit dat gedurende drie jaar (2020-2022) de leerbijeenkomsten ieder half jaar plaatsvonden.

Een leerbijeenkomst wordt georganiseerd rondom een bepaald **thema**. De leerbijeenkomsten gingen steeds over de activiteiten die werden ingezet. Belangrijke thema's waren daarbij hoe de (kwetsbare) inwoners te bereiken, hoe de doorverwijzingen verliepen en hoe de samenwerking tussen betrokkenen vorm kreeg. Input voor de leerbijeenkomsten kwam vanuit de ervaringen van de deelnemers zelf, en ook vanuit de verschillende vormen van evaluatief onderzoek. Ook werden experts ingeschakeld die specifieke kennis kwamen brengen.

De bijeenkomsten hadden altijd **concrete vervolgstappen**. In gezamenlijkheid werden taken verdeeld en afspraken gemaakt, en daar was een volgende bijeenkomst ook weer aandacht voor.

Voor de **opzet** van de leerbijeenkomsten is gebruik gemaakt van de onderliggende principes van interprofessioneel samenwerken (Bolks et.al., 2019), namelijk Positioneren, Verbinden, Transformeren en Innoveren (zie paragraaf 2.2). Visuele weergave van fase 1 'Samen in Beweging'. Bron: Stichting Sportservice Noord-Brabant (SSNB)

Visuele weergave van fase 1
'Samen in Beweging'.
Bron: Stichting Sportservice
Noord-Brabant (SSNB)



Bovenregionale uitwisseling

Gedurende heel fase twee is een leernetwerk georganiseerd waarbinnen de zes deelnemende gemeenten elkaar ontmoetten. Elk half jaar is dit 'bovenregionale leernetwerk' bijeengekomen. In deze bijeenkomsten, die meestal online waren, vond uitwisseling plaats van kennis, ervaring en (tussentijdse) onderzoeksopbrengsten. De gemeenten liepen allemaal afzonderlijk een vergelijkbaar proces door, zij het elk met een eigen tempo, waardoor er veel onderlinge herkenning was en er van elkaar geleerd kon worden. *Good practices*, overwegingen en aandachtspunten werden in de bovenregionale bijeenkomsten gedeeld. Ook werd er op deze plek bekeken wat er nog miste aan (overstijgende) kennis binnen gemeenten en werd er externe expertise ingezet, bijvoorbeeld over borging en over het concept Welzijn op Recept. In deze bijeenkomsten waren ook de leden van de begeleidingsgroep aanwezig, en ook subsidieverstrekker ZonMw sloot regelmatig als belangstellende aan.

De gemeentelijke leerbijeenkomsten boden input voor het bovenregionale leernetwerk, en ook vice versa: in de bovenregionale leernetwerken werden ervaringen en kennis uitgewisseld die lokaal benut werden.

1.4 Samenwerkingsverband

Dit project werd uitgevoerd door een breed consortium van praktijk- en kennisinstellingen en werd gefinancierd vanuit ZonMw, preventieprogramma 4 'Aan de slag

met preventie in uw gemeente'. De hoofdaanvrager en bestuurlijk voorzitter was Academische Werkplaats Publieke Gezondheid AGORA (vormgegeven door GGD Noord- en Oost-Gelderland en Wageningen Universiteit). Zij hebben de aanvraag gedaan samen met GGD IJsselland, Sportservice Overijssel en de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle, waarvan de coördinatie wordt verzorgd door het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken van Hogeschool Viaa. De projectleiding wordt vormgegeven door de twee GGD'en en het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken in samenwerking met het lectoraat Zorg en Zingeving. De zes gemeenten waarbinnen dit project werd uitgevoerd zijn: Kampen, Hardenberg (specifiek de kern De Krim), Oost Gelre, Steenwijkerland, Winterswijk en Zwartewaterland. Dit zijn gemeenten met overwegend veel kleine (dorps)kernen of plattelandsgebieden, waar vaak sprake is van vergrijzing en het verdwijnen van voorzieningen. Tegelijkertijd is in dit soort gebieden vaak sprake van grote betrokkenheid van inwoners en relatief korte lijnen op professioneel en bestuurlijk niveau. Binnen de zes gemeenten werkten de genoemde partijen samen met professionals uit de praktijk, zoals welzijnswerkers, buurtsportcoaches, sociale (wijk)teams, sport- en beweegaanbieders, zorgprofessionals (zoals thuiszorgmedewerkers, fysiotherapeuten en POH'ers) en verschillende inwonersbonden, en-verenigingen. Ook onderhielden de projectleiders contacten met bestaande lokale netwerken en samenwerkingsverbanden, zoals Vitaal Vechtdal en Achterhoek in Beweging.

Samen leren is een **dynamisch proces**, omdat het de dynamische praktijk volgt. Dat was ook zichtbaar in dit project: gedurende de tijd haakten er mensen aan en haakten er mensen af. Dit werd nog eens extra beïnvloed door de coronacrisis, die met name effect had op de deelname van ouderen en andere kwetsbare groepen zelf. Van belang was dat er een vaste kern betrokkenen aanwezig was, om het proces van kennisontwikkeling en de vertaling naar de praktijk te borgen. Dat is ook in de verschillende gemeente steeds nagestreefd door de projectleiders.

1.5 Doelgroep

De zes gemeenten waar Samen in Beweging uitgevoerd is, hebben gekozen voor specifieke kwetsbare groepen, passend bij speerpunten uit hun eigen gemeentelijk beleid, actuele ontwikkelingen en gemeentelijke opgaven. Vier van de zes gemeenten richtten zich met Samen in Beweging op kwetsbare ouderen in (een deel van) hun gemeente. Eén gemeente richtte zich specifiek op mensen met psychosociale problemen in de hele gemeente en één gemeente op inwoners met een chronische aandoening en/of psychosociale problemen in een specifieke wijk.

1.6 Vraagstelling

In de eerste fase van Samen in Beweging (2018-2019) stond de ontwikkeling van een gedragen plan van aanpak en interventies om kwetsbare inwoners in beweging te brengen per gemeente centraal. De vraagstelling en uitkomsten daarvan zijn beschreven in de Tussenrapportage Samen in Beweging (Stouten-Hanekamp, et.al., 2020).

De tweede fase (2020-2022) richtte zich vervolgens op de implementatie van gekozen interventies, en op het vormgeven van een lerende uitvoeringspraktijk. Zoals in paragraaf 1.3 beschreven stond in het onderzoek rond fase 2 de procesevaluatie centraal, met waar mogelijk ook een beperkte effectevaluatie.

De volgende vragen stonden hierbij centraal en zullen in dit eindrapport worden beantwoord:

- Hoeveel inwoners en professionals zijn bereikt met het project Samen in Beweging?

- Hoe waarden inwoners en betrokken professionals de uitvoering van de interventies Welzijn op Recept of GRIP&GLANS in hun gemeente?
- Wat zijn de randvoorwaarden, succesfactoren en uitdagingen bij het uitvoeren van de interventies?

1.7 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven, waarin theoretische modellen en eerdere onderzoeken die relevant zijn voor dit project uiteen worden gezet. In hoofdstuk 3 wordt de methodische onderzoeksopzet beschreven. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten weergegeven, waarna deze resultaten in hoofdstuk 5 in een conclusie, discussie en daarop volgende aanbevelingen worden besproken.



Hoofdstuk 2

Theoretisch kader

In de tussenrapportage van fase 1 van Samen in Beweging is uitgebreid beschreven welke theoretische onderbouwing ten grondslag lag aan de start van het onderzoek (Stouten-Hanekamp et al., 2020). In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht hiervan gegeven, in paragraaf 2.1. Naar aanleiding van fase 1 hebben vijf gemeenten gekozen voor de interventie Welzijn op Recept, deze wordt beschreven in paragraaf 2.2; en één gemeente voor de interventie GRIP&GLANS, deze wordt beschreven in paragraaf 2.3. Daarnaast kwam in de loop van het project naar voren dat (personele) continuïteit op diverse niveaus van het project een belangrijke indicator kon zijn voor het succes van de interventie. Om die reden is Paragraaf 2.4 toegevoegd waarin het begrip ‘continuïteit’ en de invloed daarvan op het potentiële succes van de interventie verder wordt uitgewerkt.

2.1 Centrale concepten ten grondslag aan Samen in Beweging

2.1.1. Participatie en inclusie

Vanuit de WMO en de Participatiewet staat participatie en inclusie hoog op de agenda. Iedereen moet mee kunnen doen in de samenleving. Des te beter een persoon mee kan doen op sociaal, cultureel en economisch gebied, des te kleiner de kans op eenzaamheid en isolement (Jehoel-Gijsbers, 204). Sociale participatie in bijvoorbeeld (sport)verenigingen of in de buurt, is een belangrijke indicator voor welzijn en goede gezondheid van mensen in het algemeen en specifiek

voor risicogroepen als ouderen, mensen met een licht verstandelijke beperking en GGZ-problematiek; mensen die in armoede leven en mensen met een migratieachtergrond (Jager-Vreugdenhil, 2011; Machielse, 2012).

Het ideaal van een inclusieve samenleving is een samenleving waarin alle mensen een eigen en waardige plek hebben, ook als een beperking, ouderdom, ziekte of bepaalde ontwrichtende omstandigheden of ervaringen hun participatie bemoeilijken. Als mensen ervaren dat zij een plek hebben in de samenleving vergroot dat hun welzijn, stijgt hun kwaliteit van leven en verbetert hun sociaal-emotioneel functioneren (Haarsma & Stouten-Hanekamp, 2019).

Door kwetsbare doelgroepen en hun leefwereld centraal te stellen in onderzoek, kunnen inzichten en concrete handvatten worden gegeven aan beleidsmedewerkers en verschillende professionals die werken met deze groepen. Sociale inclusie kan namelijk alleen gerealiseerd worden wanneer de verscheidenheid wordt erkend die er is. Dit sluit aan bij de uitgangspunten in het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking, beschreven als respect voor de inherente waardigheid en persoonlijke autonomie, respect voor verschillen tussen mensen, het belang van samen leven met anderen, het recht op het kunnen ontwikkelen van eigen kwaliteiten en behoud van eigen identiteit. Lokale plekken en activiteiten, die als ‘gezellig’ en ‘laagdrempelig’ worden ervaren, blijken kansrijk om mensen in beweging te brengen



Figuur 2.1 Gespreksinstrument Positieve Gezondheid, Institute for Positive Health (iPH, 2022)



(Haarsma et.al. 2020). Betrokkenheid en aanwezigheid van zorg- en welzijnsprofessionals is een vereiste, in samenspraak met inwoners. Om dit duurzaam te laten zijn is het van belang dat (medewerkers van) beleidsdomeinen betrokken zijn, weten wat er leeft en de randvoorwaarden faciliteren.

2.1.2. Positieve gezondheid en salutogenese

Aan de basis van positieve gezondheid (Huber, 2011) ligt de overtuiging dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. Juist het hebben van zeggenschap staat centraal in de theorie van Positieve Gezondheid. Zeggenschap over meer dan alleen de eigen lichamelijke gezondheid, ook op sociaal en emotioneel vlak. Daarom wordt bij het gebruik van Positieve Gezondheid als methode, het versterken van veerkracht, ter bevordering van zelfbeschikking, een belangrijk opdracht. Onderstaand spinnenweb laat de diverse, met elkaar verbonden, domeinen van Positieve gezondheid zien en is te gebruiken als gespreksinstrument waarbij de cliënt zelf de mate van positieve gezondheid inschaalt en bepaalt waaraan te willen werken. Het gaat daarbij dus niet om exact meten van de gezondheid, maar om betekenisgeving.

Het gedachtengoed van Antonovsky (1923-1994) ligt ten grondslag aan de Positieve Gezondheid. Hij sprak al over salutogenese, waarbij naast de fysieke gezondheid en stress juist de coping daarvan bepalend is voor gezondheid. In 1979 werkt hij dat verder uit met het concept Sense of Coherence, waarbij het gevoel van samenhang die mensen ervaren in hun leven, zorgt voor veerkracht om met ziekte en tegenslag om te gaan. Dit gevoel van samenhang wordt bepaald door:

- De mate waarin de persoon begrijpt wat er in zijn/haar leven gebeurt ('begrijpelijkheid')
- De mate waarin de persoon grip heeft op zijn/haar leven en vaardigheden en hulpbronnen heeft om deze grip te vergroten. ('hanteerbaarheid')
- De mate waarin de persoon het leven de moeite waard vindt om gemotiveerd te zijn en tegenslag het hoofd te bieden ('betekenisvolheid')

Het bevorderen van veerkracht, eigen regie en Sense of Coherence, is bij het bevorderen van gezondheid dus van centraal belang volgens de besproken theorieën. Daarnaast zijn dit ook belangrijke determinanten ter preventie van

fysieke, sociale en psychische problematieken (Antonovsky, 1996).

2.1.3. Integraal samenwerken en samen leren

Positieve gezondheid is dus een breed concept; het vergt werken op diverse terreinen (sociaal, fysiek, emotioneel, zingeving) en zowel preventief als herstelondersteunend werken. Dit vraagt om integraal gezondheidsbeleid, over de grenzen van de beleidsdomeinen volksgezondheid, welzijn, sport, sociaal domein en maatschappelijke ontwikkeling. Dit vergt ontschotting, begrip van en afstemming op elkaars indicatiestellingen, financieringskaders, ICT systemen en kwaliteitskaders. Daarnaast vergt het ook samenwerking over de grenzen van overheid, diverse zorgorganisaties en welzijnsorganisaties en met de inwoners zelf. Belangrijk onderdeel daarvan is het afstemmen van de systeemwereld van overheid en organisaties op de leefwereld en taal van de inwoner.

Integrale samenwerking is een proces van leren over elkaar, van elkaar en met elkaar, om zo samen de gewenste veranderingen vorm te geven. Stam en Wilken (2015) noemen dit transformatieleren. Hierbij staat het leren van elkaars ervaringen en ervaringskennis centraal. Zowel de inwoners, zorg- en welzijnsprofessionals, managers, ambtenaren en bestuurders, trainers en projectleiders delen hun bronnen van kennis en leren van elkaar door uitwisseling en samenwerking. Om zo al lerend in beweging te komen en de praktijk te beïnvloeden.

Om dit te bewerkstelligen is bij Samen in Beweging gebruik gemaakt van 'drieslag leren', zoals beschreven in het model van Wierdsma en Sieringa (2015) over collectieve leerslagen. Bij drieslagleren worden zowel elkaars regels en uitvoeringspraktijken helder, als de achterliggende inzichten transparant en vanzelfsprekendheden van elkaar kenbaar. Door delen van kennis en bediscussiëren daarvan worden er gezamenlijk nieuwe principes en uitvoeringspraktijken ontwikkeld. Dit leren is probleemgestuurd, de problemen en wensen vanuit de praktijk zijn hierbij de voeding tot verder leren en ontwikkelen (Te Roller, 2017). Vanzelfsprekend is onderling vertrouwen en waardering een belangrijke voorwaarde voor effectief integraal leren.

Het is van belang om het integraal leren zorgvuldig te faciliteren. Bolks et al. (2019) identificeren de onderliggende principes voor interprofessioneel samenwerken en leren.

Deze vier stappen liggen ten grondslag aan de opzet van samen leren bij Samen in Beweging:

1. **Positioneren:** weten wat de ander doet, wat zijn/haar expertise is, erkennen van elkaars positie en kwaliteiten.
2. **Verbinden:** elkaar leren kennen, elkaar waarderen, gezamenlijke taal spreken, gezamenlijke doelen formuleren.
3. **Transformeren:** de meerwaarde van samenwerken formuleren, gezamenlijk verandering bewerken met alle relevante betrokkenen op de 'werkvloer'.
4. **Innoveren:** gezamenlijk veranderingen aanbrengen, evalueren en door-ontwikkelen

2.1.4. Kwetsbare inwoners in beweging krijgen

Samen in Beweging is erop gericht om met name de inwoners te bereiken die extra ondersteuning nodig hebben om in beweging te komen. De behoefte, motieven en wensen van deze mensen verschillen per individu (De Gruijter et al., 2013; RIVM, 2016; Nederland & Van Vliet, 2009). Het is van belang deze vooraf te onderzoeken en daarbij personen uit de doelgroepen die meer risico hebben op gezondheidsproblemen te betrekken. Hieronder zijn de belangrijkste bevindingen van het onderzoek dat in fase 1 is uitgevoerd samengevat.

De belangrijke drijfveren om te bewegen als ook de belemmeringen daarvan zijn in kaart gebracht en ingedeeld in vier categorieën die gebaseerd zijn op het sociaal ecologisch model (Bronfenbrenner (1970), aangehaald in Goldstein & Naglieri, 2011):

1. persoonlijke factoren, zoals individuele opvattingen, kennis, vaardigheden, leeftijd;
2. sociale omgeving, zoals relaties, cultuur, gemeenschap;
3. fysieke omgeving; en
4. beleid, zoals regels.

Motieven voor volwassenen om in beweging te komen kunnen fysiek zijn: werken aan conditie, kracht, gezondheid, afslanken. Maar ook breder, zoals lekker buiten zijn (Van den Dool, 2019). Bij ouderen en chronisch zieken zijn

de motieven om te bewegen ook vaak ingegeven vanuit gezondheidsoverwegingen en wordt het gedaan op advies van een arts of fysiotherapeut. Opvallend is dat ook de wens om anderen te ontmoeten een belangrijk motief is om mee te doen aan sport- of (beweeg)activiteiten (Deelen et al., 2018).

Er zijn diverse factoren die bewegen belemmeren (Deelen et al., 2018; Van den Dool, 2019; Gruijter et al., 2013).

- Te beperkte financiën
- Geen tijd
- Onbekendheid met het aanbod en/of ontbreken van geschikt aanbod in de buurt
- Sociale druk en/of onvoldoende steun uit eigen sociale omgeving
- Fysieke beperking of psychische klachten
- Kennisgebrek over gezondheid
- Weinig ervaring met sporten of bewegen
- Gebrek aan intrinsieke motivatie

Om mensen in beweging te krijgen moet rekening gehouden worden met de belemmeringen, zowel de interne als de externe factoren die het meedoen belemmeren. Daarnaast moet er worden aangesloten bij de (al dan niet bestaande) motieven om wel in beweging te komen. Uit onderzoek van het RIVM (2016) naar de behoeften van mensen met een lage sociaal-economische status, met een migratieachtergrond, ouderen en chronisch zieken en mensen met een beperking komen vier factoren naar voren die een drijfveer zijn om wél deel te nemen aan sport- en (beweeg)activiteit:

- sociale steun van de directe sociale omgeving;
- een vaardige trainer;
- aanbod op maat;
- kennis hebben van het aanbod.

Deelen et al. (2018) vullen dit rijtje aan met:

- persoonlijke aandacht en stimulans van de trainer/begeleider;
- bij stimulering om te gaan bewegen: persoonlijk contact en aansluiten bij de persoonlijke associaties met sport en bewegen;
- laagdrempelig (financieel, sociaal, fysiek, geografische nabijheid, niet prestatiegericht) aanbod;
- gevarieerd aanbod, weinig verplichtingen;
- thuisgevoel is belangrijk: vertrouwen, acceptatie binnen de sportomgeving.

Aanvullende richtlijnen en kritische succesfactoren bij interventies komen van Nederland en van Vliet (2009); NISB (2014) en de factsheet 'Sport en bewegen als middel' (Kenniscentrum Sport & Bewegen, Verwey-Jonker Instituut & Gemeente Amsterdam, 2014):

Betrek de doelgroep en geef ze een stem.

- Ontwikkel veelzijdige interventies die rekening houden met de lichamelijke, geestelijke en sociale behoeften van ouderen en met de onderlinge verwevenheid van deze behoeften.
- Werk met een interdisciplinair team van professionals die verschillende expertises, ervaringen en werkwijzen samenbrengen.
- Zorg voor een warme overdracht van de zorg naar de sportaanbieder en laat de zorgverlener regelmatig contact houden met de sportbegeleider en (ex) cliënt.
- Betrek vrijwilligers bij de planning, de uitvoering en het management van gezondheidsbevorderende programma's.
- Geef aandacht aan bewegen én aan het bevorderen van een gezonde leefstijl. Daarbij horen gezonde voeding, stoppen met roken en matig alcoholgebruik ook. Het gaat om een integrale aanpak.
- Bij het activeren van inactieve inwoners moet bewustwording en kennis over de positieve kant van bewegen worden belicht, waaronder het bevorderen van sociale contacten.

2.2 Welzijn op Recept

In de eerste fase van ons project Samen in Beweging kozen de meeste deelnemende gemeenten ervoor om zich in het project te richten op ouderen en mensen met (licht) psychische problematiek. Uit de eerste bevindingen kwam naar voren dat deze doelgroepen behoefte hadden aan afgestemd beweeg- en sociaal aanbod, maar dat het zicht hierop beperkt is en de (sociale) drempel om er vanuit zichzelf naar toe te gaan hoog is. Deze doelgroepen komen bij psychosociale problematieken veelal bij de eerstelijnszorg. Om de doorstroom naar welzijn te bevorderen, zodat ze bij geschikte beweeg- en/of sociale activiteiten komen, is er bij vijf van de zes gemeenten gekozen om te werken met Welzijn op Recept.

2.2.1. Wat is Welzijn op Recept?

Welzijn op Recept is een interventie waarbij patiënten met psychosociale problematiek, waarvoor geen medische of psychologische behandeling nodig is, door de eerstelijnszorg doorverwezen kunnen worden naar welzijnscoaches. Bij het gesprek tussen de huisarts en de patiënt wordt uitgegaan van het brede concept van Positieve Gezondheid en het gesprek richt zich dus ook op breder welbevinden dan alleen de fysieke component. Deze interventie heeft twee doelen, namelijk het verlagen van de belasting van de eerstelijnszorg en patiënten met psychosociale problematiek de juiste hulp te geven. Meijs en Heijnders (2019) beschrijven deze doelen als een preventief doel (voorkomen van duurdere zorg) en

Figuur 2.2. Welzijn op Recept in het kort. Bron: Welzijnoprecept.nl, 2021



een participatiedoel (versterken van de veerkracht van de deelnemer).

De huisarts, fysiotherapeut of wijkverpleegkundige schrijft als het ware een recept uit voor sport-, sociale of andere voor de patiënt gewenste activiteiten die de psychosociale problematiek van de patiënt kunnen verlichten. Hierbij verwijst de eerstelijnszorg door naar de welzijnscoach. De welzijnscoach gaat in gesprek met de cliënt en samen zoeken ze naar wensen, motieven en mogelijkheden om te werken aan de psychosociale gezondheid. Hierbij wordt ook breed gekeken naar mogelijke belemmeringen, zoals gebrekkige financiën of veiligheid. De welzijnscoach acteert als spin in het web en heeft een goed overzicht van de activiteiten in de gemeente en in de buurt.

Het type klachten waarvoor wordt doorverwezen is weergegeven in figuur 2.3.

Type klacht	Percentage
Eenzaamheid	98,1%
Psychische klachten	86,8%
Vastlopen in het leven	69,8%
Chronische psychische aandoening	52,8%
Chronische ziekte	49,1%
Ongezonde leefstijl	37,7%

Figuur 2.3.: Type klachten waarvoor wordt doorverwezen (uit Meijs & Heijnders, 2019)

2.2.2. Succesfactoren Welzijn op recept

Volgens de ‘Quickscan Welzijn op Recept’ (Meijs & Heijnders, 2019) ligt aan de basis van het succesvol implementeren van Welzijn op Recept: een goede samenwerking tussen zorgverleners, welzijnswerkers en inwoners. Succesfactoren voor een goede samenwerking zijn:

- Vaste contactpersonen bij welzijn en bij de gemeente
- Monitoring en evaluatie
- Goede terugkoppeling naar de verwijzer
- Daarbij aansluitend: Een goede verwijsprocedureInformeel overleg
- Het hebben van een sociale kaart, waarin het aanbod zichtbaar en up-to-date is.

- Een gezamenlijk doel, visie en werkplan, gedragen door de betrokken partijen.

Daarnaast, is persoonlijke begeleiding door de welzijnscoach erg belangrijk, waarbij uit wordt gegaan van de mogelijkheden en talenten van de deelnemer. Het helpt als de welzijnscoach bij aanvang meegaat naar activiteiten. Op activiteitsniveau is inzet van vrijwilligers voordelig voor het opzetten/uitvoeren van de activiteiten en de begeleiding van de deelnemers.

Kijkend naar de beoogde doelgroep voor Welzijn op Recept is het vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit aan te bevelen om op een bredere doelgroep dan alleen ouderen te focussen. Uit onderzoek in de UK (Elston et al., 2019 In: Meijs & Heijnders, 2019) is gebleken dat er bij de ondervraagde ouderen geen verband blijkt te zijn tussen deelnemen aan Welzijn op Recept en het dalen van de zorgkosten en de zorgconsumptie.

Daarnaast is het goed om vooraf al te kijken naar de financiering van de eerstelijnszorg – de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars – voor de samenwerking, gesprekstijd en registratie rondom Welzijn op Recept. De financiering van de projectleiding, welzijnscoaches en activiteiten liggen voornamelijk bij de gemeenten.

2.2.3. Belemmerende factoren Welzijn op recept

Factoren, die specifieke aandacht moeten krijgen bij de implementatie van WoR, zijn volgens Meijs & Heijnders (2019) de financiering vanuit de gemeente; de monitoring en registratie van de doorverwijzing en terugkoppeling; en de samenwerking tussen zorg en welzijn.

Op het gebied van financiering vanuit de gemeente beschrijven zij dat voor de welzijnsorganisaties, die welzijnscoaches leveren, er veel onrust is over de onzekere financiering en mogelijke aanbesteding vanuit gemeenten voor WoR. Voordat het effect op de daling van zorgkosten bekend is, is er financiering nodig om WoR als proef op te starten, hier moeten wel uren, en dus budget, voor beschikbaar zijn. Veel gemeenten willen pas financieren als de effectiviteit bekend is.

Op het gebied van monitoring en registratie van doorverwijzing en terugkoppeling zijn er twee problemen. De eerste is dat huisartsen niet altijd weten hoe ze de doorverwijzing voor WoR moeten registreren en dat de welzijnscoach alleen registreert bij het intakegesprek. Daardoor is de registratie van doorverwijzingen voor WoR vaak niet goed te monitoren. Het is zo onbekend hoeveel mensen die zijn doorverwezen door de eerstelijnszorg ook daadwerkelijk naar de welzijnscoach zijn gegaan.

Het tweede probleem is dat zodra de deelnemer door de welzijnscoach naar de activiteit is begeleid of doorgestuurd, er vaak geen zicht meer is op de duurzame deelname aan de activiteit en het effect van de deelname op de gezondheid. Het is daardoor vaak niet helder of het doel van WoR wordt behaald, want dat doel is niet de doorverwijzing als zodanig, maar het versterken van de veerkracht van de deelnemer en het voorkomen van duurdere zorg.

Op het gebied van samenwerking tussen eerstelijnszorg en welzijn is de belemmerende factor de drukte van met name de eerstelijnszorg. Daardoor is er vaak geen sprake van structureel overleg en samen leren. Dit kan er onder andere voor zorgen dat het aantal doorverwijzingen niet toeneemt, wat vervolgens bij de gemeente het gevoel van de urgentie tot investeren in Welzijn op Recept kan doen afnemen.

2.2.4. Huisartsen en Welzijn op Recept

Uit de data van fase 1 van Samen in Beweging (Stouten-Hanekamp et al., 2020) kwam naar voren dat met name het betrekken en betrokken houden van de huisartsen één van de lastige opgaven was om Welzijn op Recept op te starten en duurzaam te kunnen voortzetten.

De Factsheet Onderzoek onder Amsterdamse huisartsen naar samenwerking met het sociale domein (Annegarn, 2019) toont dat huisartsen zelf meerdere succesfactoren aangeven voor een goede doorverwijzing naar het sociale domein:

- Het hebben van een vaste en vertrouwde contactpersoon binnen het sociale domein.
- Rechtstreekse bereikbaarheid.
- Goede en beknopte terugkoppeling en inzicht in de geboekte resultaten en verrichte activiteiten.

- Het hebben en kennen van een overzichtelijke sociale kaart.
- Regelmatig persoonlijke ontmoetingen tussen huisarts en contactpersonen.
- De mogelijkheid om veilig te mailen.

Huisartsen geven in dit onderzoek aan dat ze door tijdsdruk regelmatig niet toekomen aan het ‘sociale gesprek’ en doorverwijzing naar welzijn. Ze zien het wel als een optie om gericht het Huisartsen informatie systeem (HIS) door te zoeken naar patiënten die mogelijk in aanmerking kunnen komen voor Welzijn op Recept, om deze patiënten op te roepen voor een afspraak, eventueel als een dubbele afspraak met de welzijnscoach.

Ook uit het onderzoek van Bitter, Leemrijse en Korevaar (2019) naar de samenwerking tussen zorg- en welzijnsmedewerkers in Utrecht Overvecht, komt naar voren dat het hebben van een vertrouwde contactpersoon en een warme overdracht van de patiënt, door middel van direct contact, de samenwerking tussen zorg en welzijn bevordert. Uit het onderzoek blijkt dat door de wisseling van personeel een vaste en vertrouwde contactpersoon niet altijd tot de werkelijkheid behoort.

De onderzoekers geven aanbevelingen om hiermee om te gaan:

- De POH een centralere rol geven. De POH's hebben meer ruimte voor het leggen van contact en hebben een verbindende functie tussen het medische en welzijnsdomein.
- Onderlinge casuïstiekbesprekingen bevorderen de samenwerking.
- Werken op één locatie, waarbij bijvoorbeeld de welzijnscoach een deel van de week op dezelfde plek werkt als de huisarts en POH.
- Duidelijkheid over wie de regie heeft rondom patiënten met complexe problematiek.
- Structurele financiering van de samenwerking, zodat er structureel tijd is voor samenwerken.

2.3 GRIP&GLANS

De gemeente Steenwijkerland heeft gekozen voor de interventie GRIP&GLANS, voor trainingen Positieve Gezondheid met een daaraan gekoppeld leernetwerk en voor het inzetten van huisbezoeken bij 75-plussers. Positieve gezondheid is in paragraaf 2.1 beschreven. In deze paragraaf zal de theorie achter de interventie GRIP&GLANS kort worden geïntroduceerd.

2.3.1. Wat is GRIP&GLANS?

GRIP&GLANS is voortgekomen uit onderzoek door Nardi Steverink (RuG en UMCG) naar factoren voor gezondheid en geluk voor ouderen (www.gripenglans.nl, december 2022). De interventie is gebaseerd op de overtuiging dat mensen zelf kunnen bijdragen aan het verbeteren, of managen, van hun eigen welbevinden. Deze overtuiging sluit aan bij de theorie over kwetsbaarheid van Baart & Carbo (2013) en over *frailty* (Berkel, 2022). De interventie richt zich specifiek op ouderen, omdat zij een verhoogde kans hebben om door verlieservaringen in een negatieve spiraal te komen, waarbij gebrek aan (fysieke/sociale) mobiliteit leidt tot toename van eenzaamheid en somberheid en vervolgens tot toenemende inactiviteit.

Welbevinden wordt binnen de theorie van 'Zelf-Management van Welbevinden' (Self-Management of Wellbeing) gedefinieerd als de vervulling van vijf fysieke en sociale behoeften die het leven GLANS geven (Steverink, 2007) :

Fysieke behoeften die GLANS geven:

1. **G**ezondheid en gemak (comfort)
2. **L**ichamelijke activiteiten en leuke bezigheden (stimulatie)

Sociale behoeften die GLANS geven:

3. **A**ffectie
4. **N**etwerken
5. **S**terke punten (status)

Binnen de theorie van GRIP&GLANS zijn zes zelfmanagementvaardigheden geïdentificeerd om GRIP te krijgen op het managen van het eigen welbevinden:

1. Initiatief nemen
2. *Self-efficacy* hebben (in jezelf geloven)
3. Investeren (voor duurzaamheid)

4. Positief perspectief hebben (nodig voor investeringsgedrag)
5. Zorgen voor multifunctionaliteit
6. Zorgen voor variëteit

Door middel van speciale GRIP&GLANS trainingen, ontwikkeld voor de mensen in de tweede helft van hun levensfase, wordt gewerkt aan het in kaart brengen van de behoeften en versterken van de zelfmanagementvaardigheden.

2.4 Continuïteit

Zoals in de paragrafen hierboven naar voren kwam is de continuïteit te borgen door middel van vaste contactpersonen, structureel overleg en samenwerking, financiën en beleid een vormt dit een belangrijke voorwaarde voor het succesvol laten verlopen van Welzijn op Recept. Naar aanleiding van de bevindingen uit fase 1 bleek (het gebrek aan) continuïteit op meerdere vlakken van het project een opvallende component. Daarom gaat deze paragraaf extra in op continuïteit.

2.4.1. Continuïteit binnen het sociale domein

Movisie definieert in het essay 'Het geheim van een lange relatie', continuïteit binnen het sociale domein als:

Continuïteit is het simpelweg stug aanwezig zijn om verschil te maken, je vastbijten in een probleem, de ingezette koers niet bij elke modegril verlaten, maar trouw blijven aan maatschappelijke organisaties, bewoners en cliënten (Engbersen et al. 2022, p. 6).

Zij onderscheiden daarbij drie verweven niveaus waarop discontinuïteit voorkomt. Dit zijn het beleidsmatige, organisatorische en relationele niveau.

Op het **beleidsmatige niveau** van de overheid signaleren ze dat gemeenten onvoldoende toekomen aan de inhoud van de transitie in het sociale domein, onder andere door financiële tekorten en de afwezigheid van bestuurlijke randvoorwaarden en de gehaaste reactie van de rijksoverheid om dan zelf maar nieuw beleid te maken om de inhoudelijke transitie te bespoedigen. Daarbij zorgt de aansturing en het 'open house' inkoopbeleid van de gemeenten zelf voor onrust en discontinuïteit op het organisatorische niveau.

Op het **organisatorische niveau** zijn de vier belangrijkste redenen die sociaal werkers aangeven voor het wisselen van baan: het gebrek aan doorgroeimogelijkheden, hoge werkdruk, gebrek aan steun uit de organisatie en het gebrek aan erkenning. Wat hierbij opvalt is dat het gebrek aan menselijke waarden, zoals aandacht, steun en waardering het onderspit lijken te delven ten opzichte van de systeemwaarden als efficiency en controle. De discontinuïteit door vertrekkende medewerkers en onzekerheid over duurzame financiering, tijdsinvestering in administratie en controledruk hebben hun uitwerking op het relationele niveau.

Op het **relationele niveau** is het gebrek aan een langdurige en continue relatie met een hulpverlener een probleem. Om de cliënt goed te leren kennen en een vertrouwensband op te bouwen is een duurzame relatie cruciaal voor goede diagnostiek en resultaten.

Om meer continuïteit te waarborgen binnen het sociaal domein geven Engbersen et al. (2022) aan dat langdurige (financiële) partnerschappen tussen de gemeente en de organisaties, op basis van vertrouwen en gelijkwaardige samenwerking cruciaal zijn voor continuïteit op alle niveaus. Vertrouwen vertaalt zich in het afnemen van controledruk en administratieve lasten, zodat er meer tijd overblijft voor de kern van het beroep: het contact met de cliënt. Daarnaast komt er zo meer tijd vrij voor het relationele contact binnen de organisatie, en tijd voor reflectie, waardering en erkenning.

2.4.2. Continuïteit van vrijwilligersactiviteiten

Het uiteindelijke doel van Samen in Beweging, en ook van de concrete interventie Welzijn op Recept, is dat inwoners participeren en mee kunnen doen met activiteiten om hun psychosociale gezondheid te bevorderen. Veel van deze activiteiten steunen volledig op de inzet van vrijwilligers. Uit recent onderzoek van het Verweij-Jonkerinstituut (Kwakernaak & Compagne, 2022) naar knelpunten van vrijwilligersorganisaties in Overijssel en mogelijke oplossingen, komt naar voren dat er steeds minder vrijwilligers zijn om de vacatures voor bestuursfuncties, uitvoerende functies en functies die veel tijd vragen in te vullen. De twee belangrijkste oorzaken voor het afhaken van vrijwilligers zijn tijdgebrek en ouderdom. Het grootste deel

van de organisaties heeft moeite om nieuwe vrijwilligers aan te trekken. De ‘jongere ouderen’ werken langer door, door de verhoging van de pensioenleeftijd. Daarnaast lijken jongeren geen behoefte te hebben aan een langdurige verbinding aan een organisatie of activiteit. In rurale gebieden wordt deze negatieve trend nog versterkt door de vergrijzing van de inwoners en het wegtrekken van jongeren voor werk of door de toenemende woningnood.

De behoefte van nieuwe vrijwilligers is anders dan voorheen. Er is behoefte aan een korte, flexibele inzet op projectniveau. Voor een simpele klus is dit te realiseren, maar bepaalde taken, zoals een bestuursfunctie, vergt langdurige inzet en commitment. Ook de toenemende complexiteit van wet- en regelgeving, zoals rondom de AVG, is iets wat vrijwilligers kan demotiveren. Daarnaast hebben veel vrijwilligers zelf extra ondersteuning nodig vanwege psychosociale problematiek of persoonlijke omstandigheden. Door gebrek aan financiën is het voor veel organisaties niet mogelijk om een betaalde kracht aan te nemen voor coördinatie en ondersteuning van het vrijwilligerswerk.

Uit het onderzoek van Kwakernaak en Compagne (2022) komen ook mogelijke oplossingen naar voren om de continuïteit van de vrijwilligersorganisaties te stimuleren, waaronder het ruimte bieden voor professionalisering, door te stimuleren dat vrijwilligersorganisaties onderling leren, door het verlagen van regeldruk en door zingeving: vrijwilligers laten ervaren dat zij zinvol bezig zijn.



Hoofdstuk 3

Operationalisering en onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk worden allereerst de theoretische modellen die de basis zijn voor de onderzoeksmethoden beschreven. Vervolgens wordt inzichtelijk gemaakt hoe dit heeft geleid tot de uitwerking van de meetinstrumenten. In de paragraaf die daarop volgt wordt concreet beschreven en verantwoord op welke wijze de dataverzameling is opgezet en hoe de kwaliteit gewaarborgd wordt.

3.1 Onderzoeksmethoden met onderbouwende theorie
3.1.1 Waarderend Onderzoek

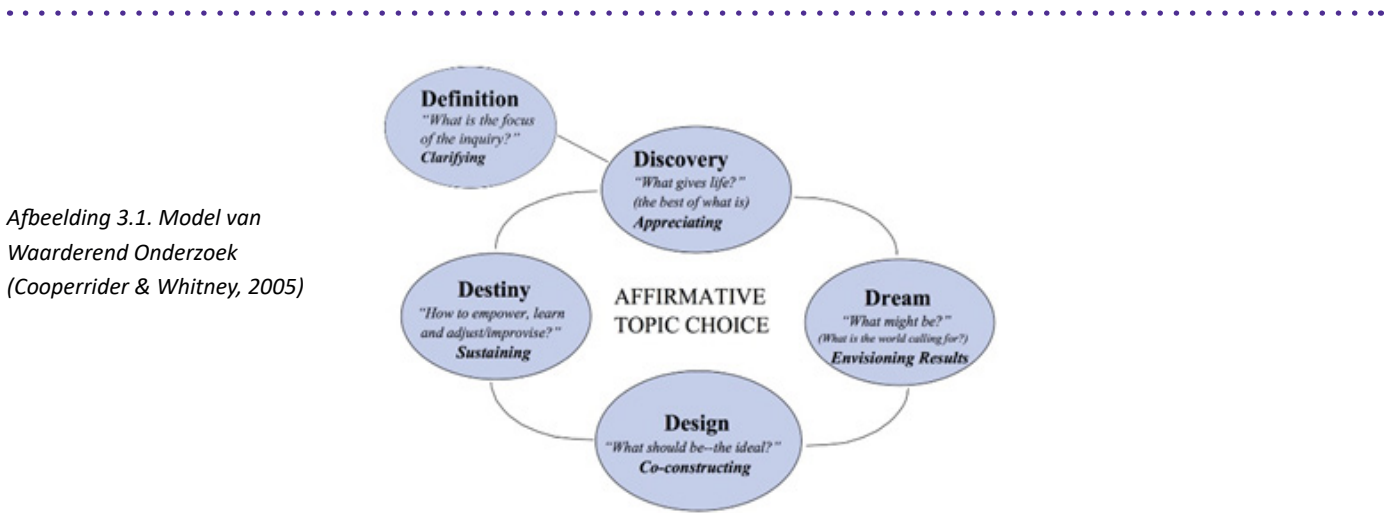
De onderzoeksmethode die centraal staat in dit project is Waarderend Onderzoek oftewel *Appreciative Inquiry* (AI) (Cooperrider & Whitney, 2005). Waarderend Onderzoek is bij uitstek passend bij een project als Samen in Beweging dat gericht is op (door)ontwikkeling samen met betrokkenen. De focus ligt hierbij op vergroting van krachten en betrokkenheid, op leren van het verleden en ontwikkeling van successen. In Waarderend Onderzoek worden vijf stappen doorlopen. In zowel fase 1 (eerste projectjaar) als in fase 2 (2020-2022) van Samen in Beweging zijn deze stappen doorlopen. In fase 1 was het gezamenlijke doel nog opener, gericht op het formuleren van een uiteindelijke Plan van Aanpak per gemeente. In fase 2 was het Plan van Aanpak het startpunt en waren de stappen meer gericht en gefocust op de gekozen interventies.

Stap 1: *Define, verwoorden*

In fase 1 is per gemeente het onderwerp geformuleerd. Daar gingen vragen aan vooraf als: waar hebben we het over als het over ‘in beweging komen’ gaat? Waar hebben we het over als we het over een kwetsbare doelgroep hebben? Wat bedoelen we met integrale samenwerking? Het verwoorden van deze kernelementen van het project is bij aanvang van het project gestart door gesprekken te voeren met de eerste betrokkenen: een aantal beleidsmedewerkers en stakeholders. Daarbij is ook gekeken wie er nog meer bij betrokken moest worden. Aan het einde van fase 1, na het doorlopen van de vijf stappen, zijn per gemeente de Plannen van Aanpak geformuleerd, waarin de gekozen interventies en het beoogde proces van gezamenlijk leren en implementeren is verwoord. Tijdens fase 2 waren de kernelementen van het Plan van Aanpak, vaak aan het begin van de gemeentelijke leerbijeenkomsten herhaald, het beginpunt.

Stap 2: *Discover, verwonderen*

Bij deze stap zijn de betrokkenen met elkaar gaan leren vanuit de praktijk. In fase 1 is dit gedaan door groepsinterviews, waarbij er expliciet is bevraagd op succesfactoren, naar wat er al goed is en behouden moet worden en naar verbeterstappen. In fase 2 is dit voortgezet door middel van individuele interviews, waaruit de bevindingen weer werden meegenomen, besproken en aangevuld in de daaropvolgende gemeentelijke leerbijeenkomsten en bij de bovenregionale leernetwerken.



Afbeelding 3.1. Model van Waarderend Onderzoek (Cooperrider & Whitney, 2005)

Stap 3: *Dream, verbeelden*

Tijdens deze stap kijken de deelnemers vanuit de positieve energie van de verwonder-fase vooruit: wat zouden we nog meer willen? Wat zou versterkt kunnen worden? Waar dromen we van? In fase 1 zijn in focusgroepen de eerste dromen opgehaald, teruggekoppeld in bijeenkomsten en uiteindelijk de plannen van aanpak geschreven. In fase 2 is deze stap meegenomen in de individuele interviews en de daarop volgende gemeentelijke leerbijeenkomsten en in de bijeenkomsten van het bovenregionale leernetwerk.

Stap 4: *Design, vormgeven*

Aan het einde van fase 1 zijn vanuit de terugkoppelingsbijeenkomsten de Plannen van Aanpak vormgegeven: hoe kan dat wat goed gaat en dat wat gedroomd wordt, gerealiseerd worden? Vanuit deze bijeenkomsten zijn de projectleiders van Samen in Beweging gestart met het schrijven van het plan van aanpak (per gemeente een plan). In deze fase zijn betrokken partijen opnieuw betrokken, als meeschrijver of meelezer. In fase 2 kregen gedurende de concrete implementatie de interventies steeds meer vorm. In de interviews en gemeentelijke en bovenregionale leerbijeenkomsten, was er expliciet aandacht voor de concrete realisatie van de interventies. Wat gaat er goed? Wat kunnen we behouden en delen met de andere gemeenten en van daaruit verder werken aan de interventies?

Stap 5: *Deliver (of: destiny), verwezenlijken*

In fase 1 was het doel om tot de Plannen van Aanpak te komen. In fase 2 was het doel de daadwerkelijke implementatie van de interventies, het bevorderen van de integrale samenwerking hieromtrent en de effect- en procesevaluatie van beide. Voor veel gemeenten is fase 2 nog niet afgerond en zitten de meeste gemeenten bij stap 3 of 4. Tegelijkertijd is er al veel van de interventies verwezenlijkt en heeft het proces veel concrete vruchten afgeworpen. In dit rapport wordt hierop gereflecteerd, met name als input om ook deze laatste stap verder vorm te kunnen geven in de toekomst.

3.1.2 Evaluatie van het leerproces

Samen leren is een belangrijk onderdeel van dit project. In Samen in Beweging gaat het om een *reflectieve praktijk*, dat wil zeggen dat ervaringen uit de praktijk centraal staan: daar wordt van geleerd. Veranderingen en acties zijn erop gericht het meest passende en goede te bewerkstelligen. Dit is in dit project gedaan in zogenaamde leernetwerken die bijeenkomen in leerbijeenkomsten.

Er vonden op twee niveaus leerbijeenkomsten plaats (zie ook hoofdstuk 1.3):

- **Gemeentelijke leerbijeenkomsten**, die gedurende heel fase 2 zijn gehouden, en die gericht waren op het (door) ontwikkelen van Welzijn op Recept of GRIP&GLANS en verschillende (beweeg)activiteiten.
- **Bovenregionaal leernetwerk**. Dit leernetwerk kwam tweemaal per jaar samen gedurende heel fase 2.

Aanvankelijk was het plan om in deze leerbijeenkomsten de (beweeg)activiteiten te evalueren en door te ontwikkelen en hiermee ook uitspraken te kunnen doen over het effect van het inzetten van SiB en betreffende interventies in gemeenten. Vanwege de grote invloed van de Covid-pandemie was een uitgebreid effectonderzoek zoals opgesteld niet uit te voeren. In overleg met betrokken partijen, gemeenten en de subsidieverstrekker is daarom besloten om deze tweede fase te werken aan de procesdoelen en doelen op middellange en korte termijn. Hiermee lag de focus van het onderzoek in fase 2 vooral op de procesevaluatie van de interventies, en daarnaast op de evaluatie van de leerbijeenkomsten.

Voor de organisatie van de bijeenkomsten werd het initiatief genomen door de betrokken onderzoekers, die samen met de projectleiders en de contactpersonen van de gemeente de voorbereiding deden. Zij kozen voor elke bijeenkomst passende werkvormen, die interactief waren en aanzetten tot samen leren. Ook letten zij erop dat de gekozen werkvormen relevante data opleverden.

Gebruikte werkvormen zijn het werken rondom casusbesprekingen, *value stream mapping*, brainstormen over oplossingsstrategieën via post-itsessies, werken met affiniteitendiagrammen, en een 'kampvuurgesprek' met systeemvragen.

In elke leerbijeenkomst werd er een evaluatie gedaan van de procesevaluatie waarbij oog was voor de start, het verloop en de positieve uitkomsten.

Hierbij is vooral gewerkt aan dubbelslag leren met een doorkijk naar het gewenste drieslag leren (Wierdsma en Swieringa, 2015).

3.2 Operationalisering

Voor fase 1 zijn om inzicht te krijgen in de ervaringen, behoeften en motieven van inwoners in elke gemeente één of meerdere focusgroep(en) gehouden met de doelgroep (inwoners). Daarnaast zijn zogenaamde stakeholders geïnterviewd over het betrekken van (kwetsbare) inwoners en over integrale samenwerking.

De onderzoeksvragen die in fase 2 beantwoord zijn, zijn de volgende:

- Hoeveel inwoners en professionals zijn bereikt met het project Samen in Beweging?
- Hoe waarden inwoners en betrokken professionals de uitvoering van de interventies Welzijn op Recept of GRIP&GLANS in hun gemeente?
- Wat zijn de randvoorwaarden, succesfactoren en uitdagingen bij het uitvoeren van de interventies?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden zijn diverse methoden gebruikt en diverse respondenten betrokken.

De activiteiten zijn gemonitord door middel van registratie door welzijnsmedewerkers. Daarmee is er zicht op het aantal deelnemers dat door de interventie daadwerkelijk door hen zijn is geholpen (GRIP&GLANS: deelnemers aan de training; Welzijn op Recept: deelnemers die zijn doorverwezen naar activiteiten).

De voortgang van de interventie en de randvoorwaarden, succesfactoren en uitdagingen zijn geïnventariseerd door middel van interviews met zorg-, sport- en welzijnsprofessionals en met beleidsmedewerkers van de gemeenten. Zie voor de gebruikte vragenlijsten bijlage A. Deze inventarisatie is gedurende fase 2 gebruikt als input voor de gemeentelijke leerbijeenkomsten en ook voor de bovenregionale leerbijeenkomsten, waarbij

werd voortgebouwd op de inventarisatie van de diverse voorwaarden en uitdagingen. De positieve uitkomsten en de waardering van de professionals werden door middel van interviews en gemeentelijke en bovenregionale leerbijeenkomsten opgehaald, op zowel proces als effectniveau. Alle leerbijeenkomsten werden geëvalueerd en deze evaluatie werd gebruikt ter aanscherping van de volgende bijeenkomsten.

Vanuit Waarderend Onderzoek is een positieve vraagstelling het uitgangspunt. Er is dan ook gevraagd naar wat goed gaat, wat successen zijn en wat wensen zijn. De rol van de onderzoeker als interviewer was het stellen van vragen, luisteren, samenvatten en doorvragen.

Oorspronkelijk was er nog een onderzoeksvraag opgesteld: welke positieve uitkomsten op gezondheids-, gedrags- en kennisniveau van inwoners en/of professionals zijn zichtbaar geworden door de inzet van interventies binnen Samen in Beweging? Helaas is door de invloed van de Covid-pandemie onderzoek naar deze kwantitatief meetbare effecten slechts beperkt mogelijk gebleken, omdat vele activiteiten simpelweg niet door konden gaan en het proces rondom de interventies in veel gevallen stagneerde. Er heeft wel een klein effectenonderzoek, in alternatieve vorm, door middel van interviews met enkele welzijnscoaches, over de effecten (positieve uitkomsten van de deelname en de waardering daarvan) van de activiteiten op de gezondheid van de deelnemers.

3.3 Onderzoekopzet en verantwoording Deskresearch

Aan de start van dit project, aan het begin van fase 1, is ter oriëntatie op het 'in beweging krijgen van kwetsbare groepen' deskresearch gedaan door Werkplaats Sociaal Domein. De deskresearch had allereerst als doel om inzicht te krijgen in motieven, belemmeringen en bevorderende factoren waarvan het bekend is dat ze invloed hebben op het in beweging krijgen van kwetsbare groepen. De opbrengst van deze literatuurstudie is samengevat in paragraaf 2.1 van dit rapport, een meer uitgebreide versie is te vinden in de Tussenrapportage Samen in Beweging (Stouten-Hanekamp et al., 2021). De literatuurstudie is ook gebruikt om topics te formuleren voor de opzet van de interviewvragen. Voor fase

2 is er niet nog vooraf een aparte deskresearch uitgevoerd. Wel is er gebruik gemaakt van literatuur over de gekozen interventies, zie paragraaf 2.2 en 2.3 en de plannen van aanpak per gemeente als input voor de vragenlijsten fase 2. Gedurende de voortgang van fase 2 is er literatuur bij gezocht om de resultaten en bevindingen goed te kunnen beoordelen. Deze literatuurstudie is samengevat in paragraaf 2.4.

Er is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Dat waren onder meer overzichtsartikelen en (praktische) factsheets van verschillende kenniscentra en beleidsstukken van de overheid. Daarnaast zijn er zowel Engelstalige als Nederlandstalige wetenschappelijke artikelen gebruikt, waarbij zowel is gezocht naar empirisch onderzoek als literatuurstudies. Er is gezocht via verschillende beschikbare databanken van Hogeschool Viaa, waaronder SpringerLink en via internet Google (Scholar). Er is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode in de literatuurlijst van sleutelartikelen.

Focusgroep en terugkoppelingsbijeenkomsten fase 1

Tijdens fase 1 hebben er per gemeente focusgroepen plaatsgevonden met (kwetsbare) inwoners en met zorg- en welzijnsprofessionals en beleidsmedewerkers van de gemeente. Daarnaast zijn er terugkoppelbijeenkomsten geweest om de resultaten uit de focusgroepinterviews te bespreken, met als doel om uiteindelijk tot een gedragen plan van aanpak te komen. De volledige verantwoording van deze focusgroepen en terugkoppelingsbijeenkomsten is beschreven in de Tussenrapportage Samen in Beweging (Stouten-Hanekamp et al., 2021).

Fase 2:

Interviews zorg-, welzijns- en gemeentelijke professionals

In fase 2 is er twee keer per jaar een interviewronde gehouden per gemeente met betrokken zorg- welzijns- en gemeentelijke ambtenaren. In deze interviews werd er gefocust, vanuit waarderend onderzoek, op wat er goed liep, wat er al aanwezig is om bij aan te sluiten en op mogelijke verbeterpunten.

De vragenlijst voor de interviews met de inwoners en met de zogenaamde stakeholders zijn weergegeven in bijlage A, en zijn opgesteld vanuit de volgende principes.

- Gebruik van de zes dimensies van Positieve Gezondheid
- Items gebaseerd op de deskresearch (par. 2.1 en 2.2 en 2.3)

In totaal zijn er 61 interviews afgenomen, verdeeld over 4 rondes. Er is gepoogd om bij ieder interview sleutelfiguren te interviewen vanuit de betrokken welzijnsorganisatie(s), de gemeente en waar mogelijk vanuit zorg en andere betrokken domeinen (zie bijlage F). Gedurende fase 2 zijn er regelmatig wisselingen geweest binnen de groep respondenten, onder andere door verlof of wisseling van baan van de betrokkenen.

Gemeentelijke en bovenregionale leerbijeenkomsten

Worden al beschreven in paragraaf 3.1.2.

Evaluatieformulieren

Deelnemers aan de gemeentelijke en bovenregionale leernetwerken hebben na afloop van elke bijeenkomst een kort digitaal evaluatieformulier ingevuld met vragen over de uitvoering en waardering. In dit formulier waren vragen opgenomen omtrent waardering (cijfer op een schaal van tot 10, stellingen op een zevenpunts-likertschaal) en succes- en verbeterpunten. Bij de bovenregionale leernetwerken werd ook input gevraagd voor onderwerpen tijdens het volgende leernetwerk. De ingevulde evaluatieformulieren van de periode juli 2020 tot en met 11 oktober 2022 zijn meegenomen in de analyse. In totaal hebben 58 deelnemers aan de gemeentelijke leernetwerken en 41 deelnemers aan de bovenregionale leernetwerken een evaluatieformulier ingevuld.

Activiteitenmonitor

De projectleiders van Samen in Beweging hebben gedurende de periode oktober 2019 t/m oktober 2022 een activiteitenmonitor bijgehouden in Excel. Hierin hebben zij genoteerd wat zij hebben gedaan in de verschillende gemeenten en t.a.v. projectmanagement.

In tabel 1 is een overzicht gegeven van de verschillende methoden die in de zes gemeenten zijn gebruikt om inzicht te krijgen in het proces en effect van Welzijn op Recept en GRIP&GLANS. Alle verkregen gegevens zijn op een beschrijvende manier geanalyseerd.

Welzijn op Recept

Om inzicht te krijgen in het bereik, de uitvoering en het effect van Welzijn op Recept zijn verschillende methoden gebruikt. Allereerst hebben welzijnscoaches een Excel-registratiebestand bijgehouden. Hierin noteerden zij gegevens van deelnemers (geslacht, leeftijd), informatie over de doorverwijzing (datum, type doorverwijzer en hoofdreden van verwijzing) en informatie over het traject (aantal gesprekken, toelichting op gesprek, terugkoppeling aan huisarts en type activiteit waarnaar verwezen is). Van de gemeente Hardenberg ontbreken deze gegevens.

Daarnaast zijn er op beperkte schaal papieren vragenlijsten afgenomen bij deelnemers; dit is alleen in Zwartewaterland gedaan. De welzijnscoaches hebben de vragenlijst aan deelnemers uitgedeeld en/of dit samen met hen ingevuld. In deze vragenlijst zijn vragen t.a.v. achtergrondkenmerken, beweeggedrag, sociale participatie en positieve gezondheid opgenomen (zie bijlage A). In totaal hebben zes deelnemers de vragenlijst bij aanvang van Welzijn op Recept ingevuld, twee deelnemers bij de nameting drie maanden later en één deelnemer bij de nameting zes maanden later.

Tot slot zijn online semi-gestructureerde interviews (via Teams) met welzijnscoaches gehouden om dieper in te gaan op de ervaringen van deelnemers en het effect van Welzijn op Recept.

GRIP&GLANS

Om inzicht te krijgen in het proces en effect van de training GRIP&GLANS (uitgevoerd in de gemeente Steenwijkerland) is een dubbelinterview gehouden met de twee welzijnscoaches die de training verzorgd hebben.

3.3.1 Kwaliteit

In deze paragraaf wordt beschreven hoe gedurende dit project de kwaliteit van het onderzoek bewaakt is. De lectoraten van Viaa hanteren hierbij drie pijlers, namelijk praktisch relevant, methodisch grondig en ethisch verantwoord (Jager-Vreugdenhil, Van Leeuwen & Spoelstra, 2018). In deze paragraaf wordt allereerst uitvoerig ingegaan op de methodische verantwoording. Vervolgens is er aandacht voor de pijlers praktisch relevant en ethisch verantwoord. De verantwoording van de focusgroepen in fase 1 is beschreven in de tussenrapportage (Stouten-Hanekamp et al., 2020); in dit rapport verantwoorden we fase 2.

Methodische verantwoording - Steekproef

Door de wijze van steekproeftrekking is er een brede en relevante vertegenwoordiging van betrokkenen als respondent in het project betrokken. In bijlage F. wordt een overzicht gegeven van alle respondenten.

Methodische waarborg - Analyse

De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen en op detailniveau samengevat. De gedetailleerde samenvatting is vervolgens door de onderzoeker die het interview afnam en daarna door een tweede onderzoeker geanalyseerd in AtlasTi. In AtlasTi vond hiervoor eerst open codering plaats, waarbij deels ook gebruik gemaakt is van de voor de interviews opgestelde topics. Nadat de eerste ronde interviews hadden plaatsgevonden, vond in een analysesessie met de onderzoekers axiale codering plaats. Vervolgens werd de codeboom aangepast; daar waar nodig ontstonden hier nieuwe codes of werden de codes aangescherpt.

Gemeente	Deelnemer vragenlijst WoR	Interview welzijnscoach WoR/G&G	Excelregistratie WoR
Winterswijk	Nee	Ja	Ja
Oost Gelre	Nee	Ja	Ja
Kampen	Nee	Ja	Ja
Steenwijkerland	Nee	Ja	Nee
Zwartewaterland	Ja	Nee	Ja
Hardenberg	Nee	Nee	Nee

Tabel 3.1. Gebruikte methoden om inzicht te krijgen in het proces en effect van Welzijn op Recept (WoR) en GRIP&GLANS (G&G)

Ook zijn er enkele opmerkingen bij de codeboom geplaatst. In bijlage D is de codeboom opgenomen.

Voor deze rapportage is in AtlasTi een vergelijkende analyse gedaan tussen alle zes gemeenten. De resultaten zijn weergegeven in het resultatenhoofdstuk (H4) van dit rapport.

Praktisch relevant

Een belangrijke voorwaarde van praktijkgericht onderzoek is dat de opbrengsten bijdragen aan het verbeteren van de beroepspraktijk en in het verlengde daarvan de verbetering van de gezondheid van de doelgroep van het onderzoek, in dit geval verschillende groepen kwetsbare inwoners. Voor Samen in Beweging geldt dat er vanuit verschillende gemeenten, netwerken en organisaties die zich richten op het meedoen van kwetsbare inwoners, gelijksoortige vragen speelden rondom het inzetten van buurtsportcoaches en welzijnscoaches en het beter samenwerken van verschillende partijen ten dienste van kwetsbare inwoners. In het proces van vraagarticulatie is deze praktijk steeds zoveel mogelijk meegenomen. Gedurende het hele project zijn deze partijen, beleid, professionals en de doelgroep meegenomen, met als doel de (beroeps)praktijk te verbeteren.

Praktijkgericht onderzoek heeft meerwaarde als opbrengsten en inzichten ook breder toepasbaar zijn dan de context van het project zelf. Samen in Beweging bevindt zich op het snijvlak van verschillende domeinen en beroepsgroepen. Binnen Hogeschool Viaa krijgt dit vorm in een samenwerking van Lectoraat Centrum voor Samenlevingsvraagstukken van de Academie Social Work & Theologie met lectoraat Zorg en Zingeving van de Academie Healthcare, waar vanuit een onderzoeker participeert in Samen in Beweging. Vanuit beide academies kunnen opbrengsten doorwerking krijgen in de opleidingen. Daarnaast biedt de samenwerking tussen Werkplaats Sociaal Domein van Viaa, de GGD en Academische Werkplaats Publieke Gezondheid kansen om opbrengsten breed te transfereren. Alle betrokken partijen hebben een belangrijke publieke opdracht en adviesfunctie richting de praktijk. Met Samen in Beweging kan er daarom doorwerking plaatsvinden naar de brede beroepspraktijk en samenleving. Concreet vindt dit plaats door onder andere het brede werkkterrein van deze organisaties mee te nemen in nieuwe inzichten en ontwikkelingen, en het aanhaken bij en sparren

met het landelijk netwerk Welzijn op Recept, samenwerking met Kenniscentrum Sport en Bewegen en via het programma Aan de slag met preventie in uw gemeente van ZonMw. Een belangrijk element in het project dat de praktijkgerichtheid waarborgt, zijn bovendien de lokale leernetwerken, waarin niet alleen beleidsmakers en professionals, maar ook mensen uit de kwetsbare groepen zelf deelnemen en samen leren.

Ethisch verantwoording

Bij het doen van praktijkgericht onderzoek, waarbij nauw wordt samengewerkt met verschillende partijen en (eind) gebruikers, is het van belang zorgvuldig om te gaan met belangen en privacy van gebruikers. In Samen in Beweging was deelname anoniem en vrijwillig. Respondenten hadden te allen tijde de mogelijkheid om hun medewerking te stoppen. Voorafgaand aan de interviews zijn betrokkenen geïnformeerd over het doel van het project en de dataverzameling. Alle respondenten hebben een toestemmingsverklaring ondertekend. De opgehaalde data binnen het kwalitatieve deel van het onderzoek worden zorgvuldig en veilig bewaard volgens de richtlijnen van datamanagement van hogeschool Viaa; de data uit het kwantitatieve onderzoek volgens de richtlijnen van datamanagement van de GGD.

Gedurende het onderzoek is gelet op het voorkomen van overvraging van betrokkenen; dat was concreet ook aan de orde toen welzijnscoaches aangaven dat zij het invullen van uitgebreide vragenlijsten samen met inwoners te belastend vonden. Er is toen gezocht naar alternatieven. Door de analyse van de data met meerdere onderzoekers vorm te geven, wordt er interne controle ingebouwd en objectiviteit nagestreefd. De methode waarmee het onderzoek wordt gedaan sluit hier bij aan. Uitkomsten van het onderzoek zijn altijd openbaar.

Wat betreft het hanteren van de definitie kwetsbaarheid is de projectgroep zich bewust van het feit dat gebruik van de term door mensen als lastig kan worden ervaren en dat er ook negatieve associaties mee gelegd kunnen worden. Kwetsbaarheid kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden en mogelijk ook als vervelend en niet passend worden ervaren (zie ook Jager-Vreugdenhil & Linders, 2022). Nuances op deze term laten zich moeilijk vangen in een definitie. Daarmee zien we het als een ethische

vraag of en hoe we zelf met deze term omgegaan zijn binnen dit project Samen in Beweging.

De onderzoekers hebben een uitgebreide en genuanceerde definitie van kwetsbaarheid gehanteerd, zoals ook beschreven is in paragraaf 1.2. In de praktijk van dit project konden onderzoekers en projectleiders aansluiten bij wat de betrokkenen in de betreffende gemeente passend vonden en er was ruimte voor het gebruiken van andere termen. Zo is in de gemeenten Winterswijk en Oost Gelre wel gekozen voor een onderscheid tussen vitale ouderen en kwetsbare ouderen; maar in de gemeente Steenwijkerland werden inwoners juist niet op voorhand ‘ingedeeld’ in kwetsbare groepen. Daar is een brede groep inwoners gevraagd deel te nemen om in gezamenlijkheid te bespreken op welke (leef) gebieden inwoners kwetsbaarheden ervoeren. Op deze manier hebben de onderzoekers ook op taalniveau ethisch willen handelen door niet alleen rekening te houden met wat de wetenschappelijke definitie van deze term was, maar ook welke betekenissen er vanuit de leefwereld van inwoners mogelijk aan gekoppeld konden worden.



Hoofdstuk 4

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten beschreven van het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek onder inwoners en zorg-, sport- en welzijnsprofessionals, ambtenaren van verschillende betrokken beleidsterreinen en vrijwilligers. Deze resultaten zijn op verschillende manieren opgehaald: via de gemeentelijke en regionale leernetwerkbijeenkomsten en de evaluatie hiervan en via vier interviewrondes bij professionals van de gemeenten Kampen, Hardenberg- De Krim, Oost Gelre, Steenwijkerland, Winterswijk en Zwartewaterland. Als eerste worden de kwantitatieve resultaten van de evaluatie van de leernetwerkbijeenkomsten beschreven. Hierna komen de kwalitatieve resultaten uit de interviewrondes per deelnemende gemeente aan de orde met aansluitend de kwalitatieve resultaten die zijn opgehaald in de plaatselijke leerbijeenkomsten.

Vervolgens wordt in een aparte paragraaf overkoepelend gerapporteerd welke factoren een rol hebben gespeeld in meerdere gemeenten bij de uitvoer van de interventies Welzijn op Recept en GRIP&GLANS. Deze factoren zijn ‘los van de plaatselijke context’ bepalend geweest voor het stimuleren, dan wel tegenwerken van de uitvoer van de interventies en de samenwerking hierbij. In de laatste paragraaf worden tenslotte resultaten beschreven vanuit de procesevaluatie van het hele project Samen in Beweging.

4.1 Evaluatie van de leernetwerkbijeenkomsten

In de periode juli 2020 t/m 17 november 2022 zijn in totaal twintig gemeentelijke leernetwerken en zes bovenregionale leernetwerken georganiseerd. In bijlage C staat een overzicht van de gemeentelijke en regionale leernetwerken.

4.1.1 Gemeentelijke leernetwerken

Deelnemers van de gemeentelijke leernetwerkbijeenkomsten beoordeelden deze gemiddeld met een 7,4 (range 5 - 10). Negen van de tien deelnemers van de leernetwerken vonden de bijeenkomst interessant en goed georganiseerd. Ruim drie kwart vond de bijeenkomst leerzaam en 70 procent voelde zich door de bijeenkomst beter toegerust voor het uitoefenen van zijn of haar beroep/taak (tabel 4.1).

Deelnemers aan de bijeenkomsten waardeerden het dat er ruimte was voor gesprek en het uitwisselen van ervaringen (8 keer genoemd). Ze vonden het fijn andere professionals te ontmoeten en zo zijn korte lijnen ontstaan. Ook geven zij aan dat de bijeenkomsten goed georganiseerd zijn en dat informatie duidelijk werd gebracht (7 keer genoemd). Deelnemers zijn positief over de concrete afspraken en/of actiepunten die zijn gemaakt tijdens de bijeenkomsten. Een aantal deelnemers gaf specifiek aan een fysieke ontmoeting te waarderen.

	Eens	Niet eens/ niet oneens	Oneens
Ik vond deze activiteit/ bijeenkomst interessant	91%	3%	5%
Ik voel me door deze activiteit/bijeenkomst beter toegerust voor het uitoefenen van mijn beroep/taak	69%	24%	7%
Ik vond deze activiteit/ bijeenkomst leerzaam	78%	16%	7%
Ik vond deze activiteit/ bijeenkomst goed georganiseerd	90%	2%	9%

Tabel 4.1 Beoordeling leernetwerken door welzijnscoaches en gemeenteambtenaren*.

* Stellingen zijn beoordeeld op een 7-puntsschaal. Oneens omvat de antwoordcategorieën ‘helemaal mee oneens’, ‘mee oneens’ en ‘een beetje mee oneens’; eens omvat de antwoordcategorieën ‘een beetje mee eens’, ‘mee eens’ en ‘helemaal mee eens’.

Er worden ook verschillende verbeterpunten voor de bijeenkomsten genoemd. Zo geven twee deelnemers aan dat het doel van de bijeenkomst van tevoren duidelijk moet worden genoemd. Daarnaast wordt er door vier deelnemers genoemd dat in het vervolg meer partijen uitgenodigd kunnen worden die met beweging en/of met de doelgroep van doen hebben en dat belangrijke partijen die nodig zijn bij Welzijn op Recept niet aanwezig zijn (zoals de huisarts en fysiotherapeut). Verder zeggen respondenten dat het gesprek nog interactiever zou kunnen; het gesprek loopt al goed maar nog niet alle deelnemers van de bijeenkomst komen aan het woord. Daarnaast geeft een deelnemer aan dat positieve ontwikkelingen tijdens het gesprek meer benadrukt mogen worden; nu wordt er vooral stilgestaan bij wat er minder goed gaat.

4.1.2 Bovenregionale leernetwerken

De bovenregionale leernetwerken worden gemiddeld met een 7,2 beoordeeld. Tijdens de bijeenkomsten kwamen verschillende agendapunten aan bod, die door de professionals over het algemeen positief beoordeeld werden (3,7 gemiddeld, op een schaal van 1-5). De aanwezigen vonden de uitwisseling van ervaringen en knelpunten met andere gemeenten van meerwaarde. Ook vonden zij het prettig om het project in een groter perspectief te plaatsen en meer te horen over het onderzoek en praktijkvoorbeelden van Welzijn op Recept uit andere gemeenten die het ingevoerd hadden. Daarnaast werden verschillende verbeterpunten genoemd. Zo kon er meer nadruk worden gelegd op de praktijk en zou er meer tijd mogen zijn voor uitwisseling tussen gemeenten, was een opmerking in de evaluatie van de eerste twee bijeenkomsten. In de volgende bijeenkomsten is dan ook ruimer de tijd genomen voor deze uitwisseling. Sommige deelnemers hadden behoefte aan meer toelichting op het evaluatieonderzoek, een duidelijke richting aan het project en een duidelijker doel van de bijeenkomst.

4.2 Stand van zaken Welzijn op Recept per gemeente

Alle deelnemende gemeenten (behalve Steenwijkerland) hebben een start gemaakt met Welzijn op Recept waarin zelf gekozen activiteiten worden geïmplementeerd. Steenwijkerland is de enige gemeente die ervoor gekozen heeft om drie andere instrumenten te gebruiken om mensen

in beweging te krijgen: GRIP&GLANS, 75+-huisbezoeken en de Basistraining Positieve Gezondheid. Het tempo waarin activiteiten werden uitgerold binnen gemeenten is wisselend. Wat hierin meespeelt, is de extra werkdruk bij betrokkenen in verband met corona, uitval van betrokken personen in het project door ziekte, zwangerschap of verandering van baan en tenslotte de opvang van vluchtelingen in verband met de oorlog in de Oekraïne. De gemeente Hardenberg-De Krim is achtergebleven in de uitvoer van activiteiten rondom WoR. In deze paragraaf wordt verder ingezoomd op de specifieke processen die hebben gespeeld binnen de afzonderlijke gemeenten in de uitvoering van Welzijn op Recept (of bij Steenwijkerland GRIP&GLANS). De aansluiting bij de doelgroep, de samenwerking, de randvoorwaarden die nodig zijn voor de verdere implementatie van WoR en de uitdagingen voor iedere gemeente worden beschreven. Aansluitend per gemeente volgt een beschrijving van het proces en product van de gehouden leernetwerkbijeenkomsten.

4.2.1 Kampen

Uitvoering van Welzijn op Recept

In het plan van aanpak dat de gemeente Kampen in 2019 heeft opgesteld, is de focus voornamelijk geweest op het doorontwikkelen van Welzijn op Recept (WoR). Er is in deze periode ook aandacht besteed aan het uitgeven van een boekje voor 55-plussers in Kampen en IJsselmuiden met hierin het (beweeg-)aanbod van Sportservice, maar ook het culturele aanbod van bijvoorbeeld het theater en de bioscoop. Doordat de websites van Wijz en Sportservice in deze periode zijn vernieuwd, werd er door de gemeente Kampen aangegeven dat er een goede sociale kaart was waarin circa 80 procent van het aanbod van Kampen en IJsselmuiden beschikbaar was. In het najaar van 2022 zijn er door de gemeente Kampen plannen gemaakt om de vraag van inwoners en het aanbod beter op elkaar aan te laten sluiten. De gemeente gaat opnieuw kijken naar de sociale basiskaart om meer samenhang en verbinding te krijgen in het voorliggende veld.

De samenhang en verbinding. Hoe vindt iedereen elkaar en hoe weet iedereen wat er is? We zijn bezig met een sociale basiskaart. Wat hebben we in het voorliggend veld? (KAF2.4.1)¹

In coronatijd is er in november 2021 een eerste (online) informatiebijeenkomst georganiseerd over Welzijn op Recept waar 25 welzijnsmedewerkers uit Kampen en IJsselmuiden aanwezig waren. Er werd een coördinator voor Welzijn op Recept aangesteld, een stappenplan gemaakt en pr-materiaal kwam beschikbaar op de website (www.wijz.nu/welzijn-op-recept).

De flyer is gemaakt. We hebben ook een film laten zien. Dus dat hele pakket is uitgevoerd. De flyer staat ook online, dus als mensen die niet hebben, kunnen ze deze uitprinten. (KAF2.3.1)

De gemeente Kampen is in juli 2022 van start gegaan met de herinrichting van de Sociale Basis, wat tot gevolg had dat welzijnsmedewerkers in het voorjaar nieuwe plannen moesten maken waarin ook het project Welzijn op Recept een plek zou (kunnen) krijgen. Toen het duidelijk werd dat de gemeente Kampen Welzijn op Recept definitief ging invoeren en implementeren was dit voor de welzijnsmedewerkers een geruststelling en konden zij verdergaan met de uitvoering van de plannen. Er zijn na de herinrichting van de Sociale Basis meer uren beschikbaar gekomen voor de coördinator Welzijn op Recept. De uren werden verdubbeld van 12 uur naar 24 uur per week.

We hebben de pech, maar ook de kans, dat de gemeente Kampen per 1 juni gezegd heeft: 'We doen even niets, en jullie moeten met nieuwe plannen komen.' En door de herziening van de sociale basis worden de organisaties nu toch wel meer gedwongen om samen te werken en kan je ook meer samen delen. (KAF2.3.1)

Ik heb goed nieuws gehad dat de gemeente Welzijn op Recept gaat invoeren en dit project geïmplementeerd wordt. (KAF2.4.2)

Er is na de herfstvakantie 2022 een nieuw team 'Individuele hulpvragen' gestart. Daaronder vallen Welzijn op Recept en een informatiepunt waar vraag en aanbod van vrijwilligers bij elkaar komen. Met een nieuw team wordt Welzijn op Recept opnieuw afgestemd op de al aanwezige teams (team aanbod, team vluchtelingenwerk, team jeugd en team opbouwwerk). Het plan is dat inwoners op een paar

plekken (informatiepunten) in Kampen en IJsselmuiden hun vragen kunnen stellen en geholpen worden door geschoolde vrijwilligers. De coördinator trekt een jaar uit om dit op te zetten. In de teams is er meer aandacht om maatschappelijke problemen collectief op te pakken.

En na de herfstvakantie start er een nieuw team 'individuele hulpvragen'. Daaronder valt Welzijn op Recept, maar ook een informatiepunt voor het vraag-aanbod van vrijwilligers. Met een nieuw team wordt Welzijn op Recept opnieuw op elkaar afgestemd. (KAF2.4.2)

Aansluiting bij behoefte doelgroep

Er was tijd voor een gesprek met een inwoner die hulp nodig had of een vraag wilde stellen. Per situatie werd er gekeken naar wat er nodig was en welke mogelijkheden er waren om iemand verder te helpen. Door corona verliep het contact moeizaam en voornamelijk via een telefoon of beeldscherm.

We komen ook uit een periode van alleen maar bezuinigen, bezuinigen, bezuinigen. Er lag niet zomaar geld klaar om Welzijn te faciliteren om dit te gaan doen. Dan moet je daar eerst naar op zoek. De aanloop is best ingewikkeld geweest... geen geld... corona. (KAF2.2.2)

Ik heb wel tijd voor een gesprek maar alles wat hieruit voortkomt, daar heb ik geen tijd voor. Door corona is het werk nog wel wat stroperig. Er was geen lijfelijk contact. Het ging via telefoon of beeldscherm. (KAF2.2.1)

Door de welzijnsmedewerkers werd er bij de eerste (interview-) ronde een onvoldoende gegeven, toen er werd gevraagd naar de aansluiting bij de behoefte van de doelgroep. Er was in deze periode binnen Kampen en IJsselmuiden geen plek waar vraag en aanbod bij elkaar kwamen. De vraag van de inwoner moest volgens de coördinator van Welzijn op Recept centraal staan en niet het aanbod dat (gedeeltelijk) aanwezig was. Het zelf zoeken naar een antwoord op een vraag van een inwoner kostte te veel tijd.

Ik geef een 5 voor de mate waarin er wordt aangesloten bij de behoefte van de klant. Er is volgens mij geen

vrijwilligerscentrale. Ik moet gaan leuren met vragen van bewoners. Het is daardoor een hele zoektocht. Ik wil graag dat iemand een keuze heeft en niet alleen binnen één plek terecht kan, want iemand moet overal een plek kunnen krijgen. Door het missen van een aanmeldpunt – waar vraag en aanbod bij elkaar komen – geef ik een 5. Nu moeten de organisaties het zelf regelen binnen Kampen. Dat kost veel tijd. (KAF2.2.1)

Een half jaar later werd er al positiever gekeken naar de aansluiting bij de behoefte van de inwoners, omdat corona even voorbij leek te zijn en er weer verschillende matches konden plaatsvinden. Ook de herziening van de sociale basis door de gemeente zorgde ervoor dat organisaties gedwongen werden om samen te werken, wat positief uitpakte.

Ja, een 7. Toen was het echt waardeloos. Je zag dat in coronatijd alles bleef stilstaan. Dus nu zijn we toch weer open en kun je weer wat matches. (KAF2.3.1)

En door de herziening van de sociale basis worden de organisaties nu toch wel meer gedwongen om samen te werken en kan je ook meer samen delen. (KAF2.3.1)

In november 2022 werd als cijfer een 8 gegeven voor de aansluiting bij de behoefte van de doelgroep, omdat er nog niet aan alle inwoners een plek kon worden geboden maar er wel gewerkt werd aan de uitbreiding van het aanbod.

Voor de aansluiting geef ik een 8 omdat wij nog niet altijd alle inwoners een plek kunnen bieden. Ik wil het aanbod vergroten. (KAF2.4.2)

Mede door corona kwamen er veel signalen dat er behoefte was aan ruimten om anderen te ontmoeten. Er werd door de coördinator van Welzijn op Recept opgemerkt dat deze ruimten de afgelopen jaren waren wegbezuinigd maar nu hard nodig waren.

Vanuit de vraag hebben we gezegd: laten we een buurtkamer starten waar mensen gewoon binnen kunnen lopen. (KAF2.3.1)

Na de herinrichting van de sociale basis is er meer

geïnvesteed in plekken waar mensen terecht konden en zijn er een buurtkamer en herstelacademie opgezet samen met het Leger des Heils en Philadelphia. In de herstelacademie werken verschillende organisaties met elkaar samen. Een nieuwe partij is Stichting Focus uit Zwolle.

Er zijn meer plekken waar we nu mensen kwijt kunnen. Vanuit Wijz hebben we een buurtkamer en een herstelacademie opgezet. Dat is ook structureel gehonoreerd. Dit doen we samen met Leger des Heils en Philadelphia. Er zijn meer inlooptmogelijkheden. (KAF2.4.2)

Er is een herstelacademie (ggz-problematiek) opgezet en andere organisaties zijn hierin meegenomen. Een nieuwe partij uit Zwolle (Stichting Focus) is aangesloten. (KAF2.4.2)

Samenwerking

In de verschillende interviewronden is te zien dat het cijfer voor de samenwerking tussen de verschillende professionals binnen Kampen en IJsselmuiden gelijk blijft op gemiddeld een 7.

In het najaar van 2021 komen er positieve geluiden over de samenwerking tussen professionals in Kampen en IJsselmuiden naar voren. Er is een enthousiaste groep gestart met Welzijn op Recept. Er is behoefte om elkaar te ontmoeten, casuïstiek uit te wisselen en elkaar te leren kennen. Er wordt gemiddeld een 7 gegeven, omdat er 'eilandjes' zijn en belangen van organisaties meespelen in plaats van belangen van een inwoner.

We zitten nu nog echt in een beginstadium. Kennen en gekend worden. (KAF2.2.1)

De samenwerking binnen Kampen geef ik een 8, maar ik zie wel allemaal eilandjes. We kennen steeds meer mensen maar we hebben veel belangen en het zou mooi zijn als het belang van de inwoner voorop staat dan het belang van de organisatie. (KAF2.2.1)

In het voorjaar van 2022 wordt als cijfer een 7 gegeven, omdat naar voren komt dat er een aanbod van projecten is, maar er geen vrijwilligers zijn om activiteiten uit te voeren.

Er is in Kampen en IJsselmuiden geen vrijwilligerscentrale. Professionals moeten zelf op zoek naar een vrijwilliger, wat veel tijd kost. Er moet nog een slag worden gemaakt om elkaar te vinden en informatie te delen. Volgens de coördinator Welzijn op Recept was er wel bereidheid, maar waren de tools voor professionals nog niet aanwezig. Ook waren er door corona nog steeds thuisblijvers.

Dan zeggen wij: 'je moet gaan werven', maar dan kom je weer op zo'n vrijwilligerscentrale of iets wat er niet is. En als je het niet alleen kan, dan moet je het samen doen. Daar kunnen we nog een slag in maken. Het elkaar vinden en delen. De bereidheid is er wel, maar de tools zijn er nog niet. (KAF 2.3.1)

Er werd in november 2022 gemiddeld een 6.8 gegeven voor de samenwerking tussen de professionals in Kampen en IJsselmuiden. De samenwerking op lokaal en regionaal niveau was nog niet helemaal helder. In december 2022 loopt de subsidie af en dan stopt het werk van de regionale coördinator. Het is volgens de beleidsmedewerker niet helder wat de meerwaarde is van het regionale stuk.

Samenwerking op lokaal en regionaal niveau is volgens mij nog niet helemaal helder. In december 2022 loopt de subsidie af en dan hebben we niks meer aan de regionale coördinator. (KAF2.4.1)

In de samenwerking moeten andere professionals steeds weer gewezen worden op de film, flyer en de website die zijn gemaakt voor Welzijn op Recept. Het is volgens de coördinator Welzijn op Recept een project met een lange adem waar zeker twee à drie jaren overheen gaan voordat het project staat en goed loopt. Professionals weten elkaar nu al wel te vinden en zij worden rechtstreeks benaderd met vragen. De coördinator ziet het overleg met huisartsen en praktijkondersteuners als voorwaarde om goed samen te werken bijvoorbeeld met een overleg per acht weken.

Het hele pakket met film, flyer en de website wordt gebruikt en daar moet je anderen steeds weer op wijzen. Dit project heeft een lange adem nodig. Hier gaat twee à drie jaar overheen. (KAF2.4.2)

Met één huisartsenpraktijk schuurde het en dat hebben we besproken tijdens een leernetwerkbijeenkomst. En bij de andere huisarts moeten we het nog gaan uitrollen. Misschien moeten we eisen dat we om de acht weken om de tafel zitten. Dit is gewoon een voorwaarde. Misschien moeten we die eis stellen. (KAF2.4.2)

De huisartsen en praktijkondersteuners in Kampen en IJsselmuiden werken nog niet allemaal met Welzijn op Recept. Daar ligt volgens de beleidsmedewerker een kans om het project goed te gaan borgen. Er is momenteel nog niet op alle vragen een aanbod en als (nog) niet alle partijen mee (willen) werken, kan dit het proces stagneren. Dan is er wel een vraag maar geen aanbod en kan de huisarts een volgende keer afhaken omdat de vraag niet wordt opgepakt. De kans bestaat dat het dan uren van de welzijnscoach kost vanuit de subsidies van de sociale basis.

Wij zoeken natuurlijk op beleidsniveau naar verbindingen en de uitvoerende partijen letten hierop in de uitvoering. En dan merk je bij huisartsen of een praktijkondersteuners dat niet alle partijen werken met Welzijn op Recept. En daar liggen nog wel kansen, maar hoe wil je dit borgen? We hebben nog niet een aanbod op alle vragen. (KAF2.4.1)

In het afgelopen half jaar zijn er welzijnscoaches gekoppeld aan verschillende huisartsenpraktijken om de samenwerking te stimuleren. Er is landelijk afgesproken dat de verwijzingen voor Welzijn op Recept via de huisarts lopen. Tot nu toe is de ervaring dat de praktijkondersteuners geen (extra) tijd krijgen voor Welzijn op Recept van de huisartsen.

Ik had de welzijnscoaches gekoppeld aan verschillende huisartsenpraktijken, maar de praktijkondersteuners krijgen geen tijd voor WoR van de huisartsen. Zolang we nog niet goed kunnen uitwisselen, lukt het niet goed. (KAF2.4.2)

Als er geen extra tijd wordt geboden aan praktijkondersteuners hoe kunnen dan de vragen voor Welzijn op Recept bij de coördinator en welzijnscoaches terecht komen? Volgens de coördinator Welzijn op Recept is het mogelijk om breder te kijken of er ook vragen uit het

voorveld voor Welzijn op Recept in aanmerking kunnen komen. De individuele vragen uit het voorveld komen nu grotendeels via de informatiepunten in de wijken binnen bij de coördinator Welzijn op Recept en de welzijnscoaches.

De brede blik erop los laten. Dan kan er wat vervuiling optreden... is dit nu Welzijn op Recept of niet... als het landelijk zo is dat het vanuit een huisarts moet komen... of mag het ook uit het voorveld komen? Anders gaan we daar allemaal nieuwe projectjes voor bedenken. Dat is wel een dilemma. Ik heb een hele andere mening dan de huisarts of ambtenaar. Die denken in hokjes. Ik probeer het hokje te gebruiken... maar wel de brede blik daarin weg te zetten. (KAF2.4.2)

De coördinator van Welzijn op Recept is zoekende naar de manier waarop zij de samenwerking met praktijkondersteuners van huisartsenpraktijken in Kampen en IJsselmuiden kan stimuleren. Vanwege de werkdruk van praktijkondersteuners lukt het hen niet altijd om mee te doen met het project Welzijn op Recept.

Ik heb het idee om een aantal uren weg te geven aan de praktijkondersteuners in Kampen en IJsselmuiden. Ik denk dat wij daarmee de huisartsen kunnen helpen en gaat dit onderzoeken. Ik wil de klant als uitgangspunt nemen en over mijn eigen uren heen kijken. (KAF2.4.2)

Randvoorwaarden

Wanneer respondenten expliciet gevraagd worden naar welke randvoorwaarden zij belangrijk vinden bij de implementatie van Welzijn op Recept en het bevorderen van de samenwerking, noemen zij de volgende punten:

- Meer doorverwijzingen vanuit huisartsen;
- Dat iedereen elkaar weet te vinden;
- Meer aanbod in het voorliggend veld;
- Vraag en aanbod beter op elkaar aansluiten;
- Het proces moet voor iedereen helder zijn;
- De kwaliteit van de hulpverlening op niveau;
- Overleg met huisartsen en praktijkondersteuners (eens per acht weken);
- Onderzoeken of uren van coördinator Welzijn op Recept naar praktijkondersteuners en huisartsen kunnen gaan;
- Opstellen plan van aanpak om Welzijn op Recept te

implementeren, specifiek voor en met huisartsen/voorliggend veld.

Uitdagingen voor de gemeente

- **Scholing over Positieve Gezondheid** - samen met Welzijn op Recept borgen: de gemeente Kampen is ook bezig met Positieve Gezondheid. Volgens de beleidsmedewerker praat iedereen erover, maar vraagt men zich af wat het is. Hij wil dit graag in samenhang met Welzijn op Recept oppakken en kijken of er budget is om iedereen te scholen en dit samen met elkaar te borgen.
- **Aanbod**: een voorwaarde om het project Welzijn op Recept te laten slagen is voldoende aanbod.
- **Duidelijkheid over samenwerking op lokaal en regionaal niveau**: in december 2022 loopt de subsidie af en dan vertrekt de regionale coördinator.
- **Een integrale samenwerking met de huisartsenzorg en de apothekers**: sociaal en zorg met elkaar verbinden. De nuldelijn- en eerstelijnszorg kan en moet volgens de beleidsmedewerker beter georganiseerd worden ten behoeve van de inwoners.

Leernetwerkbijeenkomsten

In januari 2022 heeft een digitaal werkbezoek plaatsgevonden aan Kampen door Jan Joost Meijs van Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept met de projectleider en de welzijnscoaches. Daarna is een online leernetwerkbijeenkomst geweest in maart 2022 met welzijnscoaches van verschillende gemeenten onder leiding van Jan Joost Meijs en Sjef van der Klein van het Landelijk Kennisnetwerk, over specifieke vragen die aangeleverd waren. Hierna zijn in Kampen in totaal drie gemeentelijke leernetwerkbijeenkomsten geweest, waarvan één online en twee fysiek.

Proces

De leerbijeenkomsten die zijn gehouden zijn verschillend geweest in samenstelling, maar hebben elkaar qua proces opgevolgd.

In eerste instantie is een leerbijeenkomst belegd met twee praktijkondersteuners huisartsen (POH's), een maatschappelijk werker en vier welzijnscoaches. In dit leernetwerk herkennen alle betrokkenen de grenzen van de mogelijkheden die sociaal werk en vrijwilligerswerk

hebben om de aanvragen voor WoR op een goede manier te vervolgen. Er wordt afgesproken dit op beleidsniveau onder de aandacht te brengen.

In het najaar heeft een vervolgleernetwerkbijeenkomst plaatsgevonden in een bredere setting met twee medewerkers van de gemeente Kampen, een POH, vier sociaal werkers, een zorgprofessional, drie casemanagers dementie, twee vertegenwoordigers van vrijwilligersorganisaties en de projectleider Welzijn op Recept, de projectleider van de GGD en de onderzoeker. In deze bijeenkomst is breed geïnventariseerd tegen welke knelpunten de betrokkenen aanlopen in WoR bij verwijzing, werkproces, terugkoppeling, aanbod en uitstroom en welke mogelijke oplossingen hiervoor zijn. De input uit dit overleg wordt meegenomen in de herstructurering van de sociale basis die momenteel in Kampen plaatsvindt.

In de tussentijd heeft bij één huisartsenpraktijk (de Hanzepraktijk) in Kampen in kleiner verband een leernetwerkbijeenkomst plaatsgevonden. Dit betreft een werkoverleg tussen twee welzijnscoaches, de huisarts, de POH en de projectleider Welzijn op Recept. Aan de hand van de evaluatie van doorverwijzingen wordt het werkproces van WoR doorgenomen en worden duidelijke werkafspraken gemaakt voor de samenwerking rondom een doorverwijzing tussen huisarts, POH en welzijnscoaches. Het vervolg hierop wordt afgesproken m.b.v. een halfjaarlijks overleg.

Product

In de loop van de implementatie van WoR wordt steeds duidelijker tegen welke knelpunten aangelopen wordt bij de kaders voor verwijzing, de doelgroep, de klantroute en de terugkoppeling naar verwijzers. Daarnaast speelt bij het aanbod en de doorstroom het knelpunt van te weinig vrijwilligers, de noodzaak voor maatwerk en het gebrek aan passende begeleiding voor de kwetsbare doelgroep, naast een gebrek aan aanbod van voorzieningen. Ook is er de constatering dat verschillende financieringsstromen de situatie rondom doorverwijzingen van WoR niet eenvoudiger maken.

Bij de inventarisatie van oplossingsrichtingen worden concrete afspraken gemaakt over explicitering van kaders

van het werkproces en de klantroute en terugkoppeling. Ook zal worden geïnventariseerd of aanbod kan uitbreiden, met name voor de doelgroep met dementie. Daarnaast worden een heel aantal concrete vervolgspraken gemaakt over een meer integrale aanpak in de sociale basis, waarbij expliciet aandacht gevraagd zal worden voor de ondersteuning en coaching van vrijwilligers.

Tevens is bij één huisartsenpraktijk in een leernetwerkbijeenkomst heel precies afgesproken hoe en wanneer de terugkoppeling plaatsvindt van welzijnscoach naar praktijkondersteuner en is er afgesproken dat er twee keer per jaar een structureel overleg zal zijn tussen praktijkondersteuner en welzijnscoaches over casuïstiek en WoR. Ook zal worden onderzocht of er gebruik gemaakt kan worden van een integraal digitaal communicatie- en samenwerkingsplatform (OZOverbindzorg) om de doorverwijzingen voor WoR te regelen en te monitoren.

4.2.2 Hardenberg-De Krim

Uitvoering van Welzijn op Recept

Het doel van het project Samen in Beweging voor Hardenberg-De Krim was dat het aanbod in De Krim duidelijk zou worden en er samenhang in activiteiten zou komen, waarbij professionals gingen samenwerken. Door corona en vanwege de focusverschuiving van het project op de interventie Welzijn op Recept is het project een beetje losgekoppeld van waar het binnen De Krim vooral om ging, namelijk: samenwerking zoeken tussen de verschillende initiatieven die er zijn. Hierdoor is er geen snelheid in het project gekomen en de vraag ligt of de partijen die in het begin betrokken waren nu de kaders van het project Samen in Beweging nog weten. Het is onduidelijk welke acties er vanuit het project lopen. Zeker sinds het vertrek van de ingewerkte en opgeleide welzijnscoach in mei 2022 lijkt het project stil te liggen. Het is de vraag of Samen in Beweging op dit moment nog meerwaarde biedt voor De Krim en waar het mogelijk zou kunnen werken als een puzzelstukje in het zoeken naar samenwerking.

Tegelijk is ook onduidelijk waarom precies gekozen is voor De Krim als basis voor het project Samen in Beweging. Door veel wisseling van personen binnen Hardenberg en het project Samen in Beweging is niet goed te achterhalen waarom deze

keuze is gemaakt. In gebied Hardenberg (los van De Krim) en welzijnswerk De Stuw wordt gebruikgemaakt van de interventie Welzijn op Recept, maar gebied Noord (waaronder De Krim) blijft hierin achter.

Sinds het vertrek van de vorige welzijnscoach is onduidelijk in hoeverre de eerste lijn in De Krim betrokken is bij Welzijn op Recept en of er doorverwijzingen zijn. Voor haar vertrek geeft de welzijnscoach aan twee doorverwijzingen te hebben ontvangen in De Krim via het sociaal wijkteam, niet via de huisarts. Deze welzijnscoach werkt ook buiten De Krim, waar zij wel meer doorverwijzingen ontvangt voor Welzijn op Recept.

Ik kan op dit moment niet aangeven in hoeverre de eerste lijn goed betrokken is in het verhaal en of er doorverwijzingen zijn. (KRF2.4.2)

We hebben destijds een keuze gemaakt voor De Krim en achteraf, ja, waarom hebben we eigenlijk de keuze gemaakt voor De Krim? Dat is een goede vraag. Nu er is gekozen om SiB (door corona) te versmallen tot vooral Welzijn op Recept implementeren: is dat voor De Krim wel de beste keuze? Moeten we het dan gaan verbreden voor heel Hardenberg, of juist gaan kijken wat er voor De Krim wenselijk is vanuit Samen in Beweging? (KRF2.3.2)

Vanuit De Krim zijn maar heel minimale doorverwijzingen vanuit Welzijn op Recept. En interessant is dan de vraag: waar ligt dit aan? (KRF2.3.2)

In hoeverre heeft de coronacrisis hierin nog invloed gehad? Ja veel, heel veel, heel eerlijk door corona is dit gewoon helemaal op zijn gat blijven liggen. Dit hele project heb ik het idee, want iedereen moest natuurlijk zoveel mogelijk vanuit huis werken. Mensen waren angstig, want hè, inwoners natuurlijk ook, bijvoorbeeld die huisbezoeken af te leggen. Die hadden liever telefonisch en dat is toch anders werken. En daar kom je toch wat moeilijker tot de kern dan wanneer je iemand face-to-face kan spreken. Want stel dat ik jou bel, dat ik zeg: 'Het gaat hartstikke goed met mij' en je ziet mijn gezicht niet, dan neem je dat maar klakkeloos aan. Maar als je iemand in de ogen kijkt, hè en kijkt hoe het in het huis is, daar kun je veel meer uit halen. Dus ja, je mag corona niet de schuld

geven, maar dat doe ik wel een beetje. Het heeft absoluut niet meegewerkt. (KRF2.3.1)

Ik ben later erbij gekomen in het project van SiB, dus mij is ook niet helemaal duidelijk waarom voor een klein dorp als de Krim is gekozen. Vanuit de GGD kreeg ik de vraag om intakegesprekken te voeren en enquêtes af te nemen, maar als ik één doorverwijzing per maand voor Welzijn op Recept kan doen in de Krim ben ik al blij. (KRF2.2.1)

Aansluiting bij behoefte doelgroep

Vanuit het team Sport en Accommodaties bij de gemeente is sinds 2020 de website www.gewoonactief.nl gelanceerd waarbij onder De Krim allerlei activiteiten staan op het gebied van sport en bewegen. In hoeverre dit aansluit bij de behoefte van de doelgroep is onduidelijk. Er is op dit moment geen zicht op de aansluiting en daarom is ook geen cijfer daarvoor gegeven. Toen de welzijnscoach nog wel werkte in De Krim gaf zij een 6,5 voor de aansluiting.

De doelgroep is in eerste instantie volwassenen, ouderen volgens mij voor Samen in Beweging. Ik denk dat dit gewoon perfect aansluit bij Welzijn op Recept. Jongerenwerkers gebruiken andere methodes en andere methodiek dan WoR. Maar ik denk dat WoR voor volwassenen en ouderen gewoon perfect is, qua methode. Dit zijn ook de mensen die ik binnenkrijg. (KRF2.3.1)

Samenwerking

De samenwerking is op dit moment onvoldoende. Partijen zijn niet of nauwelijks bij elkaar geweest en in gesprek geweest. Toen de welzijnscoach nog werkte, was er vooral een intensieve samenwerking tussen het sociaal wijkteam Samen Doen en de welzijnscoach. Er is geprobeerd om de eerstelijnszorg te betrekken en er heeft een gesprek plaatsgevonden tussen De Stuw, de huisarts en de GGD. Toch heeft dit geen doorverwijzingen opgeleverd. De samenwerking met andere partijen was onvoldoende, maar door verminderde inzetbaarheid van de welzijnscoach was er ook te weinig ruimte om te netwerken om Welzijn op Recept onder de aandacht te brengen.

Ik denk wel dat het [de samenwerking] nog beter kan. Dat heeft ook weer te maken met dat ik dat ik de taak

heb om het continu onder de aandacht te brengen. Natuurlijk, maar... nou ja, de afgelopen tijd is mij dat niet echt gelukt. Ik denk dat de samenwerking die er is, dat die goed is, maar als je deze intensificeert, dat je nog meer doorverwijzingen kunt krijgen. En daar moet je tijd in stoppen (...) Nou ja, eigenlijk, dat heeft ook wel te maken met dat feit dat ik nou even niet meer fulltime werk op het moment. Laat ik het zo zeggen, kijk, de dingen die lopen, lopen door, maar verder qua promotie, zeg maar, ben ik daar eigenlijk nog niet aan toe gekomen. Ik ben aan het kijken wat collega's van mij kunnen overnemen. Dus ja, het is even afhankelijk van hoe het verdergaat. (KRF2.3.1)

Ik ben tevreden over de samenwerking met GGD en Samen Doen. (KRF2.2.1)

Er ligt de wens om samenwerking te krijgen met de actieve werkgroep van Gewoon Actief of Gewoon Gezond en bestaande initiatieven te versterken. Ook is het wenselijk dat de partijen als de huisarts, fysiotherapie, zorgpartijen die werkzaam zijn in De Krim, het sociaal wijkteam, de thuiszorg, woonconsulenten, De Krimse kracht, Samen Doen, inwoners, sport- en beweegaanbieders die in het begin betrokken waren bij dit project opnieuw betrokken worden. Het was de bedoeling een overlegstructuur te krijgen, maar dit is (nog) niet gelukt en lijkt nu helemaal stil te liggen.

In principe vind ik dat je in dit kader met meerdere partijen in gesprek moet gaan die in De Krim werkzaam zijn om op die manier te horen: wat is de meerwaarde van die samenwerking? Op dit moment praat je met twee partijen die werkzaam zijn voor de gemeente Hardenberg; een beleidsmedewerker en een medewerker van de Stuw. Eigenlijk zou je met die andere partijen ook in gesprek moeten. In het begin zijn er een aantal bijeenkomsten met inwoners geweest en met een aantal partijen die werkzaam zijn in De Krim. Met deze partijen bedoel ik: huisarts, fysio, de Krimse Kracht, zorgpartijen die werkzaam zijn in de Krim, Samen Doen, inwoners, sport- en beweegaanbieders. Daar zijn wat sessies mee geweest en een verslag over gemaakt, maar dat is nu stil komen te liggen (KRF2.3.2)

Er zijn wel contacten en we praten met elkaar, maar het daadkrachtige mis ik. Ik heb het idee dat er een beetje naar elkaar gekeken wordt van: wie pakt nou wat op? (KRF2.2.2)

Randvoorwaarden

Wanneer respondenten expliciet gevraagd worden naar welke randvoorwaarden zij belangrijk vinden bij de implementatie van Welzijn op Recept en het bevorderen van de samenwerking noemen zij de volgende punten:

- Als leidend principe hanteren: hoe wordt de inwoner beter van een project?
- Commitment bij de partijen om open te staan voor samenwerking;
- Elkaar (leren) kennen en vertrouwen hebben in elkaars expertise;
- Kijken hoe de samenhang is tussen verschillende partijen;
- Versterken van bestaande initiatieven: SiB kan duwtje in de rug geven voor samenwerking;
- Proces van doorverwijzing WoR moet zo makkelijk mogelijk gemaakt worden voor eerstelijns werkers;
- Fysiek bij elkaar komen en een leernetwerkbijeenkomst organiseren;
- Tijd voor ontmoeting en netwerken;
- Promotie van Welzijn op Recept: netwerkpartner goed uitleggen wat Welzijn op Recept is en wat het kan betekenen voor hun cliënten;
- Ingewerkt zijn van welzijnscoaches: de nieuwe welzijnscoaches zijn op dit moment nog onvoldoende ingewerkt om een netwerk op te bouwen om WoR uit te rollen in De Krim.

We pakken het thema daarom t.z.t. zeker op, maar eerst moeten we ons netwerk voldoende hebben opgebouwd, vertrouwen hebben gewonnen, kennis hebben (kunnen we evt. ook zelf inkopen) over de werkwijze en zelf een visie hebben gevormd over hoe we het ook in de dorpen noord succesvol kunnen gaan inzetten. (Mailwisseling welzijnscoaches 220919) .

Uitdagingen voor de gemeente

Als uitgangspunt stelt de gemeente dat zij zelf niet verantwoordelijk is voor de voortgang en borging van het

project, evenmin als de GGD. Maar om het project te kunnen ondersteunen als gemeente is het nodig dat:

- Mensen dezelfde taal gaan spreken: in een kern (inwoners en organisaties) moeten mensen dezelfde taal gaan spreken en vanuit eenzelfde werkwijze gaan werken (bijvoorbeeld de taal van de Positieve Gezondheid).
- Eigenaarschap is bij de juiste personen: de gemeente wil stimuleren dat lokaal draagvlak ontstaat voor dit project. Wanneer dat zo is, wil de gemeente het project ondersteunen, maar 'trekken aan een dood paard' gaat de gemeente niet doen.
- Verwachtingen t.a.v. het project moeten bij aanvang van het project duidelijk zijn: nu was de wens met betrekking tot het project om het grootste deel van de subsidie ten goede te laten komen aan de inwoner en niet aan overlegstructuren of evaluatie van het project. Toen bleek dat de subsidie grotendeels bestemd was voor onderzoek en projectleiding, en in mindere mate voor implementatie, nam de motivatie bij gemeenten af.
-]Zo nodig extra aanbod wordt gecreëerd naar behoefte: de gemeente geeft graag een stimulans vanuit Sport en Bewegen en wil aanbieders ook stimuleren om extra aanbod te creëren voor doelgroepen waar weinig aanbod voor is. Maar op dit moment is vanuit de welzijnscoach(es) nog geen concrete vraag gekomen.

Citaten die deze punten illustreren zijn de volgende:

Wat ik belangrijk vind, is dat je eigenaarschap bij een project krijgt. Op het moment dat een aantal organisaties denkt 'maar dit kan ons wat op gaan leveren' dan gaan ze ook wel mee en dan komt er ook wel een schwing in. De praktijk moet eigenlijk zien dat er kansen liggen, omdat ze elkaar kunnen gaan versterken. Op een moment dat het niet het geval is, of een project duurt te lang en de energie gaat eruit, dan gaan mensen afhaken. Ik weet niet op dit moment waar die energie nu nog zit als het gaat om Samen in Beweging. (KRF2.3.2)

Het mooiste zou zijn dat je in een situatie kunt komen dat het grootste deel van de subsidie gaat naar de inwoners. Natuurlijk is het wel belangrijk dat er een evaluatie wordt gedaan, maar dan het liefst bij een inwoner (zoals ook de bedoeling is om deelnemers aan WoR te interviewen) die

kan vertellen wat voor meerwaarde het voor het leven heeft gehad in plaats van bij mij als ambtenaar. (KRF2.3.2)

Ik praat vaak op het niveau van welzijnswerk en de GGD en dan praat je vaak over de doelgroep, maar je moet ook met de organisaties in het gebied praten. Daar zit op dit moment volgens mij te weinig in. Tijdens een bijeenkomst bespreek je met mensen wat er nodig is. Dit moet je samen met de inwoners doen, anders praat je op twee verschillende niveaus. (KRF2.2.2)

Leernetwerkbijeenkomst

Er is in De Krim één online leerbijeenkomst geweest in fase 2 van het project.

Proces

In oktober 2020 is eenmalig een online leernetwerkbijeenkomst geweest met medewerkers van de Stuw, vertegenwoordigers van het Samen Doen Team Noord, een fysiotherapeut, een medewerker van Vitaal Vechtdal, de beleidsmedewerker van de gemeente Hardenberg, de projectleider van de GGD en de onderzoeker van Viaa.

In het begin is er een aantal bijeenkomsten met inwoners geweest en met een aantal partijen die werkzaam zijn in De Krim. Met deze partijen bedoel ik: huisarts, fysio, de Krimse Kracht, zorgpartijen die werkzaam zijn in de Krim, Samen Doen, inwoners, sport- en beweegaanbieders. Daar zijn wat sessies mee geweest en een verslag over gemaakt, maar dat is nu stil komen te liggen. (KRF2.3.2)

Hierna zijn er wel verschillende pogingen gedaan om een leernetwerkbijeenkomst te organiseren, maar deze moesten vanwege corona of vanwege beperkingen in tijd of door privéomstandigheden van betrokkenen gecancelled worden.

Corona heeft veel roet in het eten gegooid; wij wilden bijvoorbeeld een ontbijtsessie organiseren voor de netwerkpartners in de Krim – ook al zijn dit er niet heel veel – om kennis te maken en duidelijk te krijgen wat iedereen doet en hoe we de samenwerking kunnen versterken, maar dit kon door corona niet doorgaan. (KRF2.2.1)

Het is in de afgelopen jaren niet gelukt om tot een afspraak te komen met de betrokken professionals om te kijken wat nodig is om het netwerk te versterken. Andere zaken vragen tijd in de gemeente Hardenberg. Om deze reden is op 19 september 2022 in overleg met de beleidsmedewerker van de gemeente afgesproken om geen leernetwerkbijeenkomst meer te organiseren in de Krim of gebied Noord.

We hebben toen afgesproken om na de zomer bij elkaar te gaan zitten om te bekijken wat we in het najaar zouden kunnen organiseren om het netwerk te versterken. We zitten

echter al halverwege de maand september en het is nog niet gelukt om tot een afspraak te komen om hierover van gedachten te wisselen. Tegelijk nadert de einddatum van het project Samen in Beweging en merken we dat andere zaken nu tijd vragen in de gemeente Hardenberg. Om deze reden is in overleg met (...) [beleidsmedewerker gemeente Hardenberg] afgesproken om geen bijeenkomst meer te organiseren in de Krim of gebied Noord, met als doel het netwerk te versterken (mailwisseling projectleider GGD september 2022)

Product

In de leernetwerkbijeenkomst van oktober 2020 is gesproken over de uitvoering van het Plan van Aanpak van de gemeente Hardenberg vooral m.b.t. Welzijn op Recept en hoe hierin een volgende stap te zetten. Voor de bevordering van de samenwerking en doorverwijzing voor Welzijn op Recept heeft het welzijnswerk zich voorgenomen om binnen de eerste lijn te gaan kennismaken, uitleg te geven over WoR en succesverhalen te delen. Er wordt nagedacht over hoe de privacy gewaarborgd kan worden bij doorverwijzingen buiten bestaande registratiekaders. Ook zullen de huisarts en praktijkondersteuners benaderd gaan worden, om zo eigenaarschap bij hen te creëren. En tenslotte wil de welzijnscoach de doelgroep betrekken bij het project via de 55+-beweeggroepen en de Buurtkamer.

Omdat er geen vervolg is gekomen op deze leerbijeenkomst is niet geëvalueerd hoe deze punten zijn opgevolgd. De wens was om fysieke bijeenkomsten te beleggen om elkaar beter te leren kennen en van elkaar te weten wat ieder doet.

Vanwege o.a. corona en verminderde inzetbaarheid van de welzijnscoach zijn deze niet meer georganiseerd.

Het is vooral belangrijk dat we elkaar live gaan ontmoeten, dat werkt beter. We moeten elkaar vaker gaan zien, niet eenmalig maar bijvoorbeeld één keer in het kwartaal of halfjaar. Dan kunnen we een themabijeenkomst doen, of ik geef een presentatie vanuit De Stuw, of bijvoorbeeld Samen Doen kan ook een andere partner zijn. Zodat mensen ook beter weten wat die organisaties nou doen. (KRF2.2.1)

Nou ja, eigenlijk, dat heeft ook wel te maken met dat feit dat ik nou even niet meer fulltime werk op het moment. Laat ik het zo zeggen, kijk, de dingen die lopen, lopen door, maar verder qua promotie, zeg maar, ben ik daar eigenlijk nog niet aan toegekomen. Ik ben aan het kijken wat collega's van mij kunnen overnemen. Dus ja, het is even afhankelijk van hoe het verder gaat. Misschien dat ik het zelf wel gewoon oppakken hoor, want ik merk dat ik daar wel dat ik dat wel heel erg leuk vind om te doen. (...) Ik hoop dat ik vooral bezig kan zijn met de dingen die mij inspireren en energie geven, dat helpt ook in herstellen. Dat je niet met dingen bezig bent, die veel energie kosten. (KRF2.3.1)

4.2.3 Oost Gelre

Uitvoering van Welzijn op Recept

Na een periode van overleg en vertraging door de coronacrisis is WoR gestart per 1 juli 2021. Hiervoor is een werkproces vastgesteld met de huisartsenpraktijken. Twee cliëntondersteuners zijn als welzijnscoaches aangesteld waarnaar partijen konden doorverwijzen. In de loop van het project is één welzijnscoach gestopt vanwege werkdruk en te weinig tijd. Zowel de cliëntondersteuner als de beleidsmedewerkers van de gemeente willen graag dat er een integratie komt van WoR in de andere taken van de cliëntondersteuner om WoR te borgen.

Het start net, door corona heeft heel veel initiatief stilgelegen, niemand had contact met elkaar. Nu begint eigenlijk het echte werk pas. (OGF2.2.2)

[naam cliëntondersteuner] was natuurlijk degene die naast mij stond, die is ermee gestopt omdat het gewoon ook niet meer passend was in de agenda. Ik denk dat we allemaal daarin wel het stukje werkdruk kennen, dus wat ikzelf bijvoorbeeld voorgesteld heb, is om het ook te gaan onderbrengen, bijvoorbeeld het Welzijn op Recept-aspect onder onze reguliere taken als cliëntenondersteuning. (OGF2.4.1)

Wat ik dan wel kwetsbaar vind, is... nu is [naam] superpositief, leuke collega, maar (...) het hangt natuurlijk nu wel een beetje bij haar, dus als zij bij wijze van morgen besluit: ik ga weg, ja, dan moet je helemaal opnieuw beginnen. Dat maakt het ook wel een beetje kwetsbaar. Dat dat nu nog wat persoonsgebonden is, als ik het zo mag noemen. Wat je eigenlijk zou willen en daar hebben we het ook over gehad: het moet gewoon een standaardwerkwijze zijn binnen heel Oost Gelre en daarvoor moeten we nog wel wat stappen zetten om dat voor elkaar te krijgen. (OGF2.4.3b)

Het aantal doorverwijzingen bleef lange tijd laag: van juli 2021 tot maart 2022 zijn er enkele doorverwijzingen geweest, van maart 2022 tot november 2022 volgens de respondent: acht tot tien. Deze doorverwijzingen kwamen binnen via POH, fysio of wijkverpleging. Hoewel het werkproces is opgesteld in samenspraak met huisartsenpraktijken, bleek de praktijk weerbarstig: huisartsen en POH's verwezen nauwelijks door of wisten niet (meer) wat WoR precies inhoudt. Twee huisartsenpraktijken verwezen in oktober 2022 wel eens door naar WoR; drie of vier andere huisartsenpraktijken waren nog niet hieraan verbonden. Hierin kwam verandering in de leernetwerkbijeenkomst in november 2022, waarover te lezen is onder 'Leernetwerkbijeenkomsten'. Huisartsenpraktijken bleken dus lange tijd moeilijk te betrekken bij WoR. De doorverwijzingen die wel binnenkwamen, sloten niet altijd aan bij WoR, doordat er veel overlap zit tussen het overige welzijnswerk van het sociaal team en WoR. Deze doorverwijzingen werden dan wel op een andere manier opgepakt, maar het blijft een aandachtspunt binnen het sociaal team.

De welzijnscoach besteedt veel tijd aan het informeren van netwerkpartners over WoR vanwege onbekendheid met het programma. Bekendheid over WoR bij verschillende partijen wordt gezien als een voorwaarde voor de succesvolle uitvoer van WoR. Aan het begin van SiB verspreidden verschillende partijen (GGD, HuisartsenZorg Oost-Achterhoek (HZOA), Proscop) informatie over WoR, waardoor het grotere plaatje niet altijd helder was. Eind 2021 zijn de welzijnscoaches aangesloten bij de Wmo-raad om bekendheid aan WoR te geven. De welzijnscoach heeft een aantal individuele afspraken gehad met POH's. Ook heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen de welzijnscoach en beweegmakelaars. De beleidsmedewerker sport ziet WoR als een middel dat bijdraagt aan de ontschotting tussen de domeinen welzijn en sport. De welzijnscoach wil graag dat er meer van bovenaf bekendheid gegeven wordt aan WoR in plaats van via individuele gesprekken met geïnteresseerde partners. De beleidsmedewerker preventie en gezondheid van de gemeente benoemt dat de individuele gesprekken met partners en de korte lijnen wel een positief effect hebben gehad op het aantal aanmeldingen.

We hebben natuurlijk wel af en toe afstemming ook met de welzijnswerker en die gaf ook wel aan van: dat investeren in ook die individuele contacten – want zij gaat bijvoorbeeld wel eens gewoon langs bij een praktijkondersteuner – dat dat toch wel wat oplevert, dat je toch wel ziet dat er wat meer aanmeldingen komen (OGF2.4.3a)

Wat maakt dat het toch weer naar de achtergrond is verdwenen? En nu melden zich een of twee of drie die dan wel geïnteresseerd zijn. Nou, die voorzien we van informatie, die hoop je daarin ook mee te trekken in het geheel. Maar ja, daarin zijn we heel erg van onder naar boven aan het werken en het zou gewoon mooi zijn als er van bovenaf wel gewoon bekend was. (OGF2.4.1)

Gezamenlijke overleggen waarin WoR op de agenda staat, beginnen vanaf het najaar van 2022 meer te komen. Eind oktober 2022 was er een overleg 'kwetsbare ouderen' waarin de welzijnscoach is uitgenodigd om over WoR te komen vertellen. De welzijnscoach had lang de wens om aan te sluiten bij een huisartsenoverleg, om niet alleen via

individuele gesprekken met POH's ingang te kunnen vinden bij deze netwerkpartner. In november 2022 heeft uiteindelijk een overleg plaatsgevonden met de huisartsenpraktijken, de HZOA, welzijnswerkers, gemeente en de projectleider vanuit de GGD om het werkproces rondom WoR door te nemen en verder af te stemmen. De hoop bestaat dat de huisartsenpraktijken nu meer gaan doorverwijzen naar WoR.

Ik heb toevallig vorige week een uitnodiging gekregen van (...) een overleg 'kwetsbare ouderen', of ik wat kan komen vertellen over Welzijn op Recept. (OGF2.4.1)

De projectleider heeft contacten gelegd met de HZOA en die heeft inderdaad gezorgd voor het betrekken van de huisartsen. (...) Met veel hadden wij natuurlijk zelf ook al wel contact, maar het is ook wel fijn... de HZOA is een fijn en betrouwbaar aanspreekpunt natuurlijk voor alle huisartsen en dat werkt gewoon prettig als je die samenwerking goed hebt staan. (OGF2.4.3a)

De leerbijeenkomsten die vanuit Samen in Beweging werden gefaciliteerd, vonden de respondenten goed maar ook te frequent. De behoefte is om ongeveer twee keer per jaar een dergelijk netwerk te organiseren, om vrijwilligers en professionals niet te veel te belasten met overlegmomenten. Het doel van de bijeenkomsten werd wel eens gemist, gaven de beleidsmedewerkers in oktober 2021 en maart 2022 aan. De gemeente vond het belangrijk om WoR niet op te dringen aan partijen die al veel werkdruk ervaren en andere prioriteiten hebben. Ook wilde zij meer op praktische actie inzetten: ondersteuning van de welzijnscoach in plaats van zoveel te overleggen.

Nu het weer fysiek kan en mag, is een keer per voorjaar en een keer per najaar echt voldoende. De inhoud van de vorige keer vond ik heel goed: terugblikken, hoe ging het ook alweer en ieder brengt weer informatie op zijn vlak in, zodat je op de hoogte bent van elkaars activiteiten. (OGF2.2.3)

Naast WoR zijn er nog dertig andere dingen die we ook allemaal heel belangrijk vinden. Dus het is ook af en toe even goed timen: wanneer kunnen we ergens aanschuiven om iets weer voor het daglicht te brengen? (OGF2.4.3b)

Aansluiting bij behoefte doelgroep

De doelgroep binnen Oost Gelre bestaat uit ouderen vanaf 65 jaar die zelfstandig thuis wonen, al dan niet met hulp vanuit de Wmo, mantelzorg of een andere vorm van ondersteuning. Voor de aansluiting van WoR bij de behoefte van de doelgroep is vóór maart 2022 geen cijfer gegeven, omdat er nog nauwelijks doorverwijzingen waren.

De welzijnscoach gaf daarna twee keer een 7,5 tot 8 voor de aansluiting van WoR bij de doelgroep. De interventie is van start gegaan, maar er viel nog veel te ontwikkelen. De cliëntondersteuners werken vanaf 2022 meer op locatie in de wijk. Hierdoor zijn ze beter zichtbaar en bereikbaar geworden voor inwoners. Door zich meer te profileren hoopte de welzijnscoach meer aansluiting te krijgen met de doelgroep van eenzame ouderen. Wel gaf ze aan dat er een breder aanbod nodig is dan WoR om echt goed aan te kunnen sluiten bij de doelgroep.

Wat goed ging: er zijn veel mogelijkheden voor doorverwijzen en de doelgroep is tevreden met de ondersteuning. Maar borging blijft van belang: cliënten in beeld houden zodat ze niet na één keer afhaken. Gelukkig hanteert WoR hiervoor een bruikbare werkwijze met geplande contactmomenten. De wil van de welzijnscoach om met een inwoner mee te gaan naar een afspraak bij een (sport)vereniging wordt positief gewaardeerd. De wens is er om meer inwoners te kunnen bereiken en dat WoR breder wordt ingezet.

Wat ik zie vanuit mijn functie als cliëntondersteuner vanuit de gemeente, is dat het erg in het verlengde ligt van wat we allemaal al doen. Maar dat het bestje nu een naam krijgt. (OGF2.3.1)

Ik (...) denk dat we als gemeente een aanbod moeten hebben om aan te kunnen sluiten bij de doelgroep dat breder is dan WoR. (OGF2.3.1)

Als ik naar mezelf kijk, vind ik dat ik zelf wel echt aansluit op de behoefte van de inwoner, dus dan denk ik dat ik het een 7,5 of 8 geef. Omdat ik wel vind dat het gewoon draait, maar tegelijkertijd aan onze kant ook nog genoeg te ontwikkelen valt. Weet je, ik denk dat de inwoner er niet zoveel van merkt, maar het zou mooi zijn als wij

gewoon veel meer inwoners kunnen bereiken en dat zo iets veel meer plenair opgepakt kan worden. (OGF2.4.1)

Samenwerking

Voor de samenwerking binnen SiB is vanaf oktober 2021 een rapportcijfer gegeven. Dit cijfer varieert in een jaar tijd van gemiddeld een 7,5 naar een 6,3 tot uiteindelijk een 7.

Aan het begin van het project werd de verbinding tussen partijen nog vaak gemist. Als positief werd ervaren dat door SiB meer nieuwe partijen in beeld zijn gekomen. Deze nieuwe contacten werden als waardevol gezien.

Er is veel aanbod. Verbinding is niet altijd aanwezig. Veel eilandjes. Ook cultuur: mensen zijn trots op hun vereniging. Zou mooi zijn als men meer van elkaar zou kunnen leren. Dit werkt ook inspirerend. Gemeente kan hier een faciliterende rol in spelen. (OGF2.1.3)

In oktober 2021 zag men de samenwerking nog steeds als positief, doordat partijen elkaar wilden opzoeken en met elkaar meedachten. Wel vond men dat de overleg- en vergadermomenten weinig concreet leken op te leveren, wat overigens ook een gevolg was van de beperkingen door de covidmaatregelen. Eigenaarschap binnen de samenwerking werd wel eens gemist, de gemeente had het gevoel dat zij de kar aan het trekken was samen met de projectgroep.

Ik vind dat mensen betrokken zijn, meedenken, goede ideeën hebben, input leveren en de samenwerking onderling opzoeken, samen willen optrekken. Er ligt een heel mooi fundament! Het zou mooier zijn, als we dat nog wat groter kunnen maken. Zoals de fysiotherapeut die erbij aangesloten was en positief was over WoR. Je hoopt dat WoR bekendheid krijgt en zich als een olievlek gaat uitbreiden. (OGF2.2.1)

Het wordt voor mij een 8 of 9 als wij als gemeente en GGD niet de enige zijn die de kar aan het trekken zijn. Als professionals vanuit zichzelf dit gaan oppakken en uitbouwen. (...) Als het geborgd wordt door de organisaties, dat het blijft wanneer het project SiB zou stoppen (OGF2.2.3)

De energie zakte weg in de samenwerking. Door de coronaperiode en werkdruk groeide de afstand tussen de partijen binnen SiB. In het overleg bleven de huisartsenpraktijken een partij die gemist werd (overigens is deze in het najaar van 2022 wel aan tafel gekomen). Daarnaast was er behoefte aan meer verbinding met zorgorganisaties als Sensire en Marga Klompé, de mantelzorgconsulent en ouderenadviseur, alsook vrijwilligersinitiatieven en KBO's (ouderenbonden). In de contacten met vrijwilligersorganisaties als De Maatjes of de Zonnebloem kon meer geïnvesteerd worden. De beleidsmedewerkers van de gemeente vonden de lokale overleggen niet altijd zinvol, omdat de KBO's die wel aanwezig waren geen belangrijke verwijzer zijn en inhoudelijk niet veel verdieping konden brengen. Daarom betrokken zij de vrijwilligersorganisaties en KBO's in het vervolg alleen als er 'benoemenswaardige ontwikkelingen' waren. De leerbijeenkomsten rondom SiB werden daarom minder ingepland.

Dan zie ik met name een drempel als het dan weer gaat om samenwerking met de huisartspraktijk (...) hoe start je dat nou goed op? En ik merkte ook wel aan het sociaal team dat zij daar ook wel zoekende in zijn: hoe doen we dat nou goed en hoe houden we die contacten warm? (OGF2.3.3b)

Wat je ziet in zulke bijeenkomsten is dat de mensen die tijd vrij kunnen maken er zijn. Maar de HA en diegenen die je juist op hoopt, die veel inwoners zien, die zijn afwezig op zo'n moment. Dat is wel een gemis. (OGF2.3.1)

In het najaar van 2022 werd de samenwerking weer wat positiever ervaren. De welzijnscoach gaf aan weinig samenwerking te hebben ervaren in de laatste maanden, maar ze was tevreden over de aansluiting die beter was geworden met partijen die ze eerder nog miste, via een mantelzorgconsulent en ouderenadviseur. Contacten werden aangehaald via gezamenlijke overleggen, waardoor partijen elkaar beter weten te vinden. Het contact met de KBO's rondom WoR stond nog steeds op een lager pitje. De verbinding met huisartsenpraktijken bleef een heikel punt, maar werd aangehaald in een leernetwerkbijeenkomst in november 2022 (zie 'Leernetwerkbijeenkomsten').

Verder zijn er geen nieuwe partijen aangehaakt binnen de samenwerking.

Uiteindelijk denk ik wel dat die partijen in ieder geval, zoals ik ze destijds volgens mij miste, wel meer in beeld zijn. En ook hè, dat we met elkaar aansluiting zoeken. Dus in die zin ben ik daar tevreden over. Maar goed, ook daarin weer structureel elkaar opzoeken. (OGF2.4.1)

We hadden natuurlijk van begin af aan wel wat meer partijen betrokken, maar door een aantal activiteiten die ook wegvielen binnen het project of in ieder geval even on hold stonden, zijn die iets minder direct betrokken. Dus wie weet dat dat in de toekomst nog wel weer opgepakt kan worden. (OGF2.4.3a)

In het verlengde van WoR was er de wens een actueel overzicht van beweeg- en sportmogelijkheden op te zetten. Deze wens was er al lang, maar heeft lang op uitvoer moeten wachten. De beleidsmedewerker van de gemeente heeft het verwerkt binnen de Buurtsportcoachregeling, waardoor een verenigings- en vrijwilligerscoördinator vanuit de gemeente samen met het jongerenwerk een internetplatform heeft ingericht. De planning was om aan het eind van 2021 een website online te hebben met daarop een overzicht van alle beweeg- en sportactiviteiten. Uiteindelijk is deze sociale kaart na de zomer van 2022 gelanceerd: www.vrijetijdsmaakelaar.nl. De bedoeling is om via deze website vraag en aanbod rondom activiteiten met elkaar te verbinden. Het platform moet nog ingevuld worden door de partijen die (sport)activiteiten aanbieden, om het overzicht compleet te maken. Dit proces vordert gestaag: er stonden in oktober vijf aanbieders op en de overige sportverenigingen worden actief benaderd om ook hun activiteiten op de website te vermelden. Het doel is dat 80% van de activiteiten in Oost Gelre op de website vermeld staat aan het einde van 2022.

De sociale kaart is essentieel; je netwerkpartners kennen om verbinding te maken met je voorzieningen in het voorliggende veld. Dat je weet wie waarvan is en wat je voor elkaar kunt betekenen. Door de organisatie gefaciliteerd worden in tijd, om te kunnen investeren in het leren kennen van je ketenpartners. (OGF2.2.1)

Voor ons zou het bijvoorbeeld gewoon heel prettig zijn (...) een stukje platform waarin wij ons informatie ook vandaan kunnen halen, hè? Wat is er überhaupt allemaal tegelijkertijd? Ik weet dat men daarmee bezig is, dus dat dat er ook echt wel aan zit te komen, maar daar kunnen wij ook onze inwoners weer naar verwijzen. (OGF2.4.1)

Eind van dit kalenderjaar hebben heel veel – 80% hebben we gezegd – van de aanbieders daar dan iets op geplaatst. Dat zou mooi zijn en dan moet het ook uiteindelijk een vindplaats worden, online in ieder geval, voor heel veel inwoners met vraagstukken. (...) En we willen naast dat online platform ook offline personen eraan koppelen, dus als je dan vragen hebt, dat je altijd terecht kan bij... En als er ook vraagstukken komen dat je dat weer door kan verwijzen naar OGF2.4.1, beweegmakelaar of naar een andere partij. (OGF2.4.3b)

Randvoorwaarden

Wanneer respondenten expliciet gevraagd worden naar welke randvoorwaarden zij belangrijk vinden bij de implementatie van Welzijn op Recept en het bevorderen van de samenwerking noemen zij de volgende punten:

- Een up-to-date sociale kaart;
- Facilitering in tijd voor de welzijnscoaches om het netwerk te kunnen leren kennen;
- Netwerk vergroten door te investeren in de relatie met partijen die direct in contact staan met de doelgroep (HA, fysiotherapeuten, ouderenconsulenten) of met de huisartsenpraktijken (HZOA);
- Afstemming tussen netwerkpartners: een keten met de huisartsen is van belang. Cruciaal hierin is structurele afstemming over het werkproces en het doel van WoR;
- Eigenaarschap en betrokkenheid van meerdere professionals zijn nodig, de partijen binnen SiB moeten een gedeeld belang hebben bij dit project. De gemeente mist betrokkenheid; het is van belang dat de juiste partijen op het juiste moment aanwezig zijn bij samenwerkingsoverleggen.

Uitdagingen voor de gemeente

Voor de gemeente liggen er uitdagingen wat betreft de **borging**. Er is een werkproces opgesteld samen met de huisartsen, maar er bleek meer nodig in de praktijk. De

gemeente heeft daarom meer tijd geïnvesteerd in de relatie met huisartsen en de verbinding tussen verschillende domeinen. Ook is het belangrijk om WoR een plek te geven in het vaste takenpakket van de cliëntondersteuner. De welzijnscoach geeft aan dat deze integratie inderdaad gewenst is, maar dat de hoge werkdruk hierin een ingewikkelde belemmering vormt.

OGF2.4.1 staat er ook wel heel erg achter en die heeft een aantal collega's die ook dezelfde werkzaamheden doen als zij, dus het zou gewoon een logisch gevolg zijn als die gewoon ook betrokken worden. En dan is het niet meer zo persoonsafhankelijk, maar wordt het gewoon een onderdeel van ons sociaal team. (...) We moeten even kijken: past dat dan structureel binnen hun takenpakket? (OGF2.4.3a)

Daarnaast is **bekendheid geven aan WoR** nog steeds een uitdaging. De gemeente ziet zichzelf als aanjager en wil contacten met netwerkpartners goed houden. De beleidsmedewerkers zien 'interne gerichtheid' bij betrokken partijen, waarbij het moeilijk is om over het eigen muurtje heen te kijken. De welzijnscoach wil graag dat de gemeente actiever van bovenaf andere partijen wijst op WoR, zodat deze werkwijze duidelijk in beeld is bij doorverwijzers en niet meer zo veel individuele introductie vereist.

In die fase zitten we eigenlijk nog, dat we de behoefte voelen om die verbindingen te leggen en ook WoR wat meer te promoten en daarnaast de verbinding te leggen met de netwerkpartners in het voorliggende veld, zodat je elkaar gewoon kent. Als je elkaar kent en je bent zichtbaar, dan komen die aanmeldingen vanzelf. (OGF2.2.1)

Wij moeten gewoon aanjagen en het binnen de beleidsstukken die we hebben integreren. (...) kijken wat past binnen het beleid om het nog wat extra te verstevigen, aanjagen en het contact goed houden met de collega's. Nou, dat laatste lukt wel, dus bij die laatste twee ligt dan met name ook de focus. (OGF2.4.3b)

Daarnaast blijft **de vraag waar de regie thuishoort**: bij de gemeente of de GGD, de zorgverzekeraars, of bij betrokkenen en organisaties zelf?

Leernetwerkbijeenkomsten

Er zijn in totaal vijf leernetwerkbijeenkomsten geweest in Oost Gelre, waarvan twee online en drie fysiek. Eén gepland leernetwerk in februari 2022 is afgelast vanwege corona.

Proces

Waar in eerste instantie vooral professionals rondom bewegen en vrijwilligers/ ouderenbonden bij de leerbijeenkomsten aanwezig waren, zijn na verloop van de tijd vertegenwoordigers van huisartsen via de HZOA betrokken bij de (voorbereiding van de) leernetwerkbijeenkomsten. Dit heeft te maken met de bewustwording, dat voor het in gang zetten van Welzijn op Recept de betrokkenheid van de huisartsen een vereiste is. Het werkproces van Welzijn op Recept wordt steeds concreter en de HZOA is ook betrokken bij andere geslaagde initiatieven rondom Welzijn op Recept in de Achterhoek. Bij de laatste leernetwerkbijeenkomst in november 2022 zijn er voor het eerst vier vertegenwoordigers van huisartspraktijken aanwezig. De beleidsmedewerker van de gemeente Oost Gelre is bij alle leernetwerkbijeenkomsten betrokken en aanwezig geweest. De uitnodigingen en verslagen zijn altijd verstuurd via de projectleider van de GGD.

Vanwege de impact van corona op het project zijn een aantal geplande leerbijeenkomsten vervallen. Doordat het moeizaam was door de coronamaatregelen om voortgang te boeken in het project, zakte de energie bij de deelnemers weg en werd de motivatie voor leernetwerkbijeenkomsten minder. Ook was er weinig nieuws te melden. Daarnaast was het in die periode moeilijk om de huisartsen te betrekken, die door corona andere prioriteiten moesten stellen. Na de zomer van 2021 kwam een ervaring van het project met het vaststellen van het werkproces. Echter, door de nieuwe maatregelen in het najaar en de winter van 21/22 kwam er opnieuw een dip in het proces. Er is door deze onderbrekingen bij de leernetwerkbijeenkomsten steeds ingezet op het weer elkaar ontmoeten, elkaar leren kennen en bijpraten over Welzijn op Recept. De laatste bijeenkomst in november 2022 was een positieve bijeenkomst, waarin de motivatie om Welzijn op Recept nu ook echt te borgen is uitgesproken en afgesproken tussen vertegenwoordigers van de gemeente, het sociaal werk, huisartsenpraktijken in Oost Gelre, HZOA en de GGD.

Product

In de bijeenkomsten is allereerst de focus geweest op de activiteiten uit het plan van aanpak. Betrokkenen bij de activiteiten voor ouderen zijn hierbij om hun mening gevraagd, zoals de seniorenorganisaties in de gemeente, aanbieders van activiteiten en fysiotherapeuten en beweegmakelaars. Er is duidelijk geworden dat voor het slagen van Welzijn op Recept een goede sociale kaart noodzakelijk is. De gemeente Oost Gelre heeft dit opgepakt en geprobeerd een website te ontwikkelen hiervoor. De verwachting is dat alle aanbieders van activiteiten voor januari 2023 op deze website staan. De inwoners van Oost Gelre zullen in januari 2023 geïnformeerd worden door een brief.

Ook is duidelijk geworden, dat Welzijn op Recept pas kan slagen, wanneer huisartsen gemotiveerd hiervoor zijn. De focus in de bijeenkomsten is verlegd naar hoe de huisartsen te betrekken en enthousiasmeren. Via het samenwerkingsverband HZOA is een werkproces voor Welzijn op Recept opgesteld in oktober 2021 samen met de gemeente en de welzijnscoach. Dit werkproces is in de laatste bijeenkomst geëvalueerd, waarbij is gebleken dat er behoefte is aan een eenvoudiger manier van verwijzen door de huisarts. Er is afgesproken, dat de gemeente met de welzijnscoach onderzoekt of aansluiting bij het Zorgdomein mogelijk is voor Welzijn op Recept. Ook is afgesproken dat verwijzingen minder vrijblijvend worden opgepakt richting deelnemers, omdat zelf initiatief nemen voor deze doelgroep lastig blijkt. Het werkproces zal nog verder worden aangepast met een extra box ten aanzien van monitoring en afstemming tussen verwijzer en welzijnscoach. In december zal deze aangepaste versie verstuurd worden naar alle betrokkenen. Tenslotte is afgesproken, dat het proces van Welzijn op Recept verder geborgd wordt in de werkprocessen van de huisartspraktijken en de gemeente en de welzijnscoach. Hierin zal de gemeente a.d.h.v. een borgingschecklist de laatste stappen zetten. Een vervolg op de laatste leernetwerkbijeenkomst zal voor de zomer van 2023 worden gepland, waarin de actielijst en de borgingschecklist centraal zullen staan.

4.2.4 Steenwijkerland

Uitvoering van interventies

In Steenwijkerland zijn de volgende interventies gekozen (anders dan in de andere gemeenten):

- Training Positieve Gezondheid met een daaraan gekoppeld leernetwerk
- Huisbezoeken 75+
- GRIP&GLANS

Na een lange aanloop heeft de **training Positieve Gezondheid** voor professionals en inwoners van de wijk Clingenborgh in februari 2022 plaatsgevonden. Hieraan hebben elf personen deelgenomen, waaronder thuiszorgmedewerkers, sociaal werkers, praktijkondersteuners en een gemeentemedewerker van de afdeling Toegang. Ook twee inwoners waren betrokken, waaronder een vrijwilliger van de bewonerscommissie. Door de training PG kan het spinnenweb nu breder worden gebruikt en is er eenduidigheid gekomen in de taal richting cliënten. Binnen het welzijnswerk kan deze werkwijze wel gemakkelijker worden geïntegreerd dan bij andere partijen, gaven de sociaal werkers aan. Sommige partijen – die bijvoorbeeld gelimiteerd worden in hun gesprekstijd met cliënten – zien werken met PG en het spinnenweb namelijk als iets ‘wat er nog bij moet’ en waar geen tijd voor is. Voor deze partijen zou er dus ook meer tijd gefaciliteerd moeten worden vanuit werkgevers.

Inzicht krijgen in PG was een doel. (...) Dus het is meer dat je dezelfde taal nu spreekt. We hebben het spinnenweb nu gebruikt, met zingeving en al die andere thema's binnen PG. Dat je daar met elkaar eenduidigheid over creëert. (STF2.3.1)

Als je dan denkt: moet ik dit ook nog aanleren, dan moet ik daar tijd in investeren, dan ben je wat terughoudend. Terwijl het je uiteindelijk tijd zou moeten kunnen opleveren, ook omdat je met z'n allen inzet op het preventieve. En op het moment als alles blijft voelen als ‘een klus erbij’, dan landt het ook niet, omdat er gewoon geen ruimte voor is. (STF2.4.3b)

PG wordt onder de aandacht gehouden door **leerbijeenkomsten**. In mei, september en november 2022 zijn leerbijeenkomsten georganiseerd. De wens is er om binnen de betrokken partijen meer personen met PG bekend te maken, zodat het effect ervan groter wordt. Ook mogen meer partijen gaan aanhaken.

Je zou het doel willen uitbreiden door nog meer betrokkenheid erbij te hebben, dus nog meer instanties die mee zouden doen. Hoe breder het gedragen wordt hoe groter het effect zal zijn. (...) Er zijn nu bijvoorbeeld een aantal POH's betrokken, maar niet iedereen die werkzaam is in Steenwijkerland. (STF2.4.3b)

De interventie **GRIP&GLANS** is vanaf 2022 van start gegaan. Om de cursus, gericht op het vergroten van welbevinden en zelfmanagement, te kunnen aanbieden aan de doelgroep van 55-plussers hebben twee medewerkers van sociaal werk De Kop een training gevolgd in het voorjaar van 2022. In maart 2022 is de eerste cursus aangeboden, eind augustus 2022 de tweede. Beide cursusgroepen zaten vol met twaalf deelnemers. De deelnemers zijn erg positief en de resultaten van de training worden snel zichtbaar. Een aantal deelnemers is met de cursus gestopt: twee bij de eerste groep, drie bij de tweede groep. De reden was dat deze personen toch meer of andere ondersteuning nodig hadden dan G&G kon bieden, waarnaar zij zijn doorverwezen. Wel hebben ook deze deelnemers profijt van de cursus gehad, benoemden de trainers. Er staan zeven personen op een wachtlijst voor de volgende training. Randvoorwaarden om de training goed te kunnen aanbieden zijn volgens de trainers: verwachtingen helder hebben aan het begin, een geschikte locatie, een veilige en laagdrempelige sfeer creëren en een actieve houding van de cursisten. GRIP&GLANS is bekend in de gemeente en trekt veel deelnemers, doordat oud-deelnemers hun positieve ervaringen delen en de trainers erover vertellen bij netwerkpartners.

Direct in maart zijn we gestart met een hele kleine campagne – het was maar een artikel in de krant – en hadden daardoor al gelijk genoeg deelnemers voor de eerste training. (...) laatste dag van augustus zijn we weer begonnen met de tweede training. Er zijn een

aantal mensen van de wachtlijst van de eerste training afgekomen en een aantal nieuwe mensen. En we hebben nu weer zeven mensen op de wachtlijst voor de volgende groep. Dus dat is wel een succes te noemen. (STF2.4.3a)

We zien: ze zijn zo enthousiast hè, dus laten we hun verhalen delen en dat zorgt weer voor mensen in de nieuwe groep. (...) En we delen natuurlijk ook veel verhalen. Er gebeurt in Steenwijkerland veel, we hebben veel goede netwerkpartners. Dat zijn ook mooie bronnen hè. Daar komt dan ook wel wat vandaan. (STF2.4.4)

Voor **huisbezoeken aan 75-plussers** is een plan geschreven door een beleidsmedewerker van Sociaal Werk De Kop. De planning was dat in het voorjaar van 2022 vrijwilligers getraind zouden worden die de huisbezoeken gaan afleggen.

De vrijwilligers die de huisbezoeken afleggen krijgen een training in het afleggen van huisbezoeken, hier komen gesprekstechnieken, Positieve Gezondheid en de sociale kaart aan bod (deze is er (nog) niet in Steenwijkerland). (STF2.2.2)

De uitvoer van deze interventie is echter nog niet begonnen. Er hebben meerdere gesprekken over plaatsgevonden met de gemeente en het plan moest worden herschreven. Langzame besluitvorming rondom deze interventie heeft vertraging opgeleverd. Vanuit Sociaal Werk De Kop werd uitgesproken dat er nog niet voldoende uren beschikbaar waren om deze interventie te kunnen uitvoeren en dat hiervoor een coördinator aangesteld moest worden. Er was onvoldoende capaciteit om voorgesprekken te voeren met relevante partijen als huisartsen en ouderenplatforms. De welzijnsorganisatie ervoer onzekerheid over of deze interventie überhaupt nog zou opstarten. De gemeente wilde juist eerst de inhoud en rolverdeling helder hebben, om zeker te zijn van voldoende draagvlak bij partners in de wijk. Deze zoektocht heeft veel tijd in beslag genomen.

Wij hebben als taakomschrijving: afstemmen met alle partners die samenwerken met... Dus dan afspraken met huisartsen. (...) Dat gaan we niet aan de voorkant allemaal doen, dat is onderdeel van het project. (...) Wij staan in

de startblokken, kunnen nog niet beginnen. Er hangt veel onzekerheid over, het duurt al een tijd. Dan word je ook wel voorzichtig in wat je allemaal al doet. (STF2.3.1)

Na de zomer van 2022 is de opdracht verstrekt vanuit de gemeente. Sociaal Werk De Kop wordt de uitvoerder en is de start aan het voorbereiden. Er is een samenwerking met integrale ouderenzorg aangegaan, die de screening doet van ouderen die mogelijk huisbezoeken willen krijgen. Afstemming en terugkoppeling tussen partijen rondom ouderenzorg is hierbij cruciaal. Zo hoopt de gemeente deze interventie te borgen.

De opdracht is verstrekt. Het college heeft besloten dat we dit gaan doen in de wijk Clingenborgh, maar ook nog in een andere wijk in Steenwijkerland. Sociaal Werk De Kop als uitvoerder gaat hier voorbereidingen voor treffen. Dit gaat in samenwerking met integrale ouderenzorg, omdat zij ook screening doen. Dit is goed om af te stemmen en terug te koppelen vanuit de ouderenzorg. (STF2.4.2)

Aansluiting bij behoefte doelgroep

De doelgroep binnen Steenwijkerland is: kwetsbare inwoners van 18+. GRIP&GLANS richt zich specifiek op 55-plussers, de huisbezoeken zijn voor 75-plussers. Voor de aansluiting van de interventies bij de doelgroep is vanaf oktober 2021 een rapportcijfer gegeven. Dit cijfer is in een jaar tijd gegroeid van voldoende, naar een 7,3 tot uiteindelijk een 8.

Positief gewaardeerd werd de ruimte die er is voor burgerinitiatieven. Tegelijk waren inwoners niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden.

Ik geloof dat Steenwijkerland een gemeente is waar bewoners altijd met initiatieven kunnen komen. Ik geef het aansluiten bij de behoefte van de bewoners een voldoende, met de kanttekening dat ik denk dat het een uitdaging is om het te verbreden. Ik denk dat bewoners niet altijd weten wat er allemaal kan. (STF2.2.2)

GRIP&GLANS leek bij de start goed aan te sluiten bij de behoeften van de deelnemers. Na twee cursussen is de conclusie dat deze inderdaad een groot positief effect hebben gehad op de deelnemers.

De grootste kracht zit in de herkenning van elkaars problemen. Ook al zitten mensen in een andere levensfase, ze gaan wel door hetzelfde heen. Het geeft heel veel binding en vertrouwen. Ze gaan zo snel de diepte in dat ik er zelf wel eens van schrik hoe dat als collectief toch tot stand komt. (STF2.4.3a)

Ook de training PG en het leernetwerk worden positief gewaardeerd. PG biedt een gezamenlijke taal waarmee verschillende partijen een cliënt verder kunnen helpen. Voor andere partijen buiten het welzijnswerk vraagt het wel meer inspanning om PG te integreren in de gesprekken met cliënten.

Als ik voor mijzelf spreek was Positieve Gezondheid, voor ik wist wat het was, al een soort onderdeel van hoe ik in mijn werk sta. Dat sluit daar goed bij aan. Laat ik het op een 8 gooien. Maar ik hoorde in de leernetwerkmomenten en bij anderen dat het ook wel een andersoortige kijk vergt dan dat ze gewend zijn. Dus daar zal het misschien nog wel een grotere omslag moeten hebben. (STF2.4.3b)

Samenwerking

Voor de samenwerking binnen SiB is vanaf het voorjaar van 2020 een rapportcijfer gegeven. Dit cijfer verloopt in tweeënhalf jaar tijd van gemiddeld een 6,5 naar een 8, dan weer een 7, tot uiteindelijk een gemiddelde 7,5.

In de beginfase was de samenwerking tussen de gemeente en Sociaal Werk De Kop een zoekproces, door vragen over de rolverdeling. De samenwerking met de Zonnekamp/Noorderboog rondom inclusief wonen werd wel als erg positief ervaren, door de concrete taakverdeling.

Intern en met Sociaal Werk De Kop is het nog wel zoeken naar rollen. En betrokkenheid van partijen die we in de uitvoering nodig hebben, daar moeten we wel weer opnieuw mee beginnen. (STF2.1.2)

De samenwerking met Zonnekamp/Noorderboog: prettig, veel concreter. Ze hebben en nemen hun rol. Wij mogen onze rol daarop invullen. (STF2.1.1)

Het is lastig om duidelijk te krijgen wat de rol is van de gemeente en wat de rol is van het sociaal werk. (...) Wat ik graag zou willen: een gemeente die 'inclusief trekker' is. Dat is dat je randvoorwaarden schept waar anderen hun rol in kunnen pakken. Als je zo'n groot project neer wilt zetten in een wijk, dan moet daar een verantwoordelijke partij achter zitten. (STF2.1.1)

Later werden de positieve energie, de vele betrokken partijen en de doorverwijzingen naar elkaar als succesfactoren in samenwerking benadrukt. Een belemmering die vaak naar voren kwam was dat er veel onduidelijkheid heerste over welke activiteiten bij SiB horen. Er gebeurt veel in Clingenborgh, maar de verbinding met SiB ontbrak vaak.

Ik geef een 8 voor de samenwerking: als geheel – met de brasserie, inclusief wonen, etc. – zit er veel energie hierin. Er is een prettige samenwerking. Gister was er bijvoorbeeld een overleg over de Wijkschouw, met o.a. gehandicaptenorganisaties, verhuurders. Er wordt veel naar elkaar verwezen. Vrijwilligersorganisatie zijn ook betrokken. (STF2.2.1)

Er is in Steenwijkerland een sport- en beweegakkoord waar buurtsportcoaches worden ingezet om ouderen in beweging te krijgen, überhaupt kwetsbare groepen in de wijk in beweging te krijgen. (...) Het gebeurt wel, maar niet expliciet via Samen in Beweging of dat er speciale bijeenkomsten voor georganiseerd zijn. (STF2.2.2)

De beleidsmedewerker van Sociaal Werk De Kop vroeg zich af of partijen 'op de werkvloer' en personen die rechtstreeks in contact staan met de doelgroep ook voldoende in beeld waren.

De mensen die er zijn, die zijn betrokken. Of we het compleet hebben, dat is een lastige. (STF2.3.1)

Volgens welzijnswerkers werken veel verschillende partijen en instanties samen binnen Steenwijkerland. Deze samenwerking heeft ook binnen SiB goed gewerkt: partijen verwijzen naar elkaar door. Via een appgroep worden activiteiten gedeeld. Ook vrijwilligers zijn betrokken bij activiteiten en

de verbinding hiermee wordt gemakkelijk gelegd omdat een van de welzijnswerkers ook een vrijwilligerspunt coördineert. Daarnaast is er door de training PG – waar ook twee POH's aan deelnamen – meer contact ontstaan tussen het sociaal werk en de POH. Dat de Wmo-consulenten zijn gaan participeren wordt ook positief gewaardeerd.

Ja, dat kan altijd meer, maar de samenwerking is heel erg goed. Dat vind ik in de volle breedte hoor, niet alleen bij Samen in Beweging, maar dat vind ik overal wel. (STF2.4.4)

Zo hebben we een grote appgroep met ruim honderd mensen uit het sociaal domein, wijkverpleegkundigen, Wmo-consulenten... En als je dan een oproepje doet of iets deelt, bijvoorbeeld een activiteit of oproep om mee te doen aan GRIP&GLANS, dan deelt zich dat weer vanzelf. Ja, de netwerkkracht is hier heel groot. (STF2.4.4)

De samenwerkingsverbanden die er al waren vóór SiB zijn dus voortgezet en benut. Er zijn geen nieuwe partijen aangehaakt bij SiB in het laatste halfjaar. De gemeente zou nog de woningbouwverenigingen willen betrekken bij PG. Welzijnswerkers spreken uit dat het wel nodig is om de samenwerking rondom PG met leernetwerkbijeenkomsten te blijven aanjagen.

Als de leernetwerkbijeenkomsten zijn afgelopen, vervallen we in zijn algemeenheid toch weer snel in onze oude patronen. En dan zou je helemaal wel willen weten: zijn alle investeringen die zijn gedaan ook verankerd in een nieuwe manier van werken? Of faciliteert de leerwerknethijeenkomst en als die stopt, stopt dan ook het automatisme van samenwerken? (STF2.4.3b)

Randvoorwaarden

Wanneer respondenten expliciet gevraagd worden naar welke randvoorwaarden zij belangrijk vinden bij de implementatie van Welzijn op Recept en het bevorderen van de samenwerking, noemen zij de volgende punten:

- Duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden: Vanuit welzijn is er de wens dat de gemeente de randvoorwaarden schept waarbinnen andere partijen hun rol kunnen pakken. Een centrale aanjager is nodig

om PG onder de aandacht te houden, als vanuit SiB geen leerbijeenkomsten meer worden georganiseerd.

- Meer professionals uit de praktijk laten participeren;
- Relevantie duidelijk maken: Het belang van PG voor professionals en bewoners moet helder zijn. Een welzijnswerker had graag meer mensen overtuigd om te participeren in de training PG, maar had toen nog niet de tools om de relevantie duidelijk weer te geven.
- Aandacht voor borging: De gemeente bekijkt in het hele proces of en hoe losse projecten bij elkaar aansluiten en een toevoeging zijn op wat er al gebeurt. Training van eigen welzijnswerkers om GRIP&GLANS te kunnen geven was belangrijk voor de uitbreidingsmogelijkheden, om deze cursus ook op meer plekken in Steenwijkerland in te kunnen zetten.
- Blijven investeren in een netwerk;
- Sociale kaart opstellen: De vraag leeft of alle relevante samenwerkingspartners nu betrokken zijn. Er is vanuit het welzijnswerk behoefte aan een overzicht van het aanbod van activiteiten en wie er allemaal werken in de wijk. Vanuit de gemeente is vaker aangegeven dat er voorgesprekken nodig zijn met inwoners en professionals over wat een sociale kaart is, waarvoor deze te gebruiken is en in welke vorm deze gegoten kan worden om tot een duurzaam instrument te komen. Dit vooronderzoek is in het najaar van 2022 nog gaande.

Uitdagingen voor de gemeente

In het project zijn **vragen** geweest **over rolverdeling en verantwoordelijkheid**. Voor de gemeente is het een uitdaging gebleken om een stimulerende en aanjagende rol te vervullen in het project, wat grotendeels verweten wordt aan de crisistijd rondom corona. Sociaal Werk De Kop had hierin graag meer sturing willen krijgen. De gemeente zag zichzelf echter niet als (enige) kartrekker. Zij wil vooral faciliteren dat partijen elkaar blijven ontmoeten en samen getraind kunnen worden, zodat de samenwerking verder kan groeien.

Hoe zou je het graag zien: een gemeente die 'inclusief trekker' is. Dat is dat je randvoorwaarden schept waar anderen hun rol in kunnen pakken. Als je zo'n groot project neer wilt zetten in een wijk, dan moet daar een verantwoordelijke partij achter zitten. Het kan dat je zegt: we doen dat met zijn allen. Maar dan moet je een andere

partij erbij betrekken, want onze rol is echt de inwoner. De gemeente moet trekker zijn en dan zorgen voor randvoorwaarden en daarbinnen de ruimte voor onze rol om de samenwerking rondom de inwoner zo goed mogelijk vorm te geven. (ST2.1.1)

En vanuit de gemeente ben je niet overal van (...) het is niet aan ons om op te leggen hoe anderen werken. De gemeente kijkt of er 'zetjes' gegeven kunnen worden. (ST2.2.2)

Als ik kijk vanuit de positieve gezondheid wil ik dat er een beweging ontstaat die vanuit de gemeente aangejaagd en gefaciliteerd kan worden. Dit vraagt wel inzet. Het is lastig als iedereen dit er een beetje bij doet. Dat is wel een aandachtspunt. Hoe krijgen wij dit met elkaar verder? (ST2.4.2)

Vanaf 2022 begonnen activiteiten op te starten, waardoor er meer energie in het project is gekomen. Een **sociale kaart** zou een belangrijke aanvulling zijn om de samenwerking tussen partijen te blijven faciliteren.

We hebben ook wel gehad over het in kaart brengen van: wie werkt er allemaal in de wijk? Daar zou ik nu wel mee verder willen, ik niet persoonlijk, maar als groep. (STF2.3.1)

Die opdrachtomschrijving ligt klaar, maar daar zijn we nog niet mee gestart. (STF2.3.2)

Hier is net een opdracht voor gegeven om voordat er een sociale kaart wordt gemaakt eerst te kijken waar behoefte aan is. Er wordt onderzocht dat, als er een gezamenlijke behoefte ligt, welke goede voorbeelden er dan zijn. Wat vraagt dit aan randvoorwaarden? We zijn een klein stapje verder. Er is nog niks maar er is ook nog niet besloten dat er niks komt. (...) De planning is dat dit voorjaar 2023 wordt afgerond en er een rapportage ligt met een advies met kaders en voorwaarden. (STF2.4.2)

Leernetwerkbijeenkomsten

Er zijn in totaal drie leernetwerkbijeenkomsten geweest in Steenwijkerland in mei, september en november 2022, allemaal fysiek.

Proces

De training Positieve Gezondheid is gehouden in februari 2022 voor professionals in de wijk Clingenborgh en vervolgd met drie leerbijeenkomsten, die altijd gegarandeerd doorgingen. Wat goed heeft gewerkt, is dat de trainer van Positieve Gezondheid deze leerbijeenkomsten leidde. De deelnemers kenden haar al en er waren korte lijntjes. De uitnodigingen vooraf en verslaglegging achteraf is altijd verspreid via deze trainer binnen dit hele netwerk. De deelnemers aan de training waren in principe de genodigden voor de leernetwerkbijeenkomsten, waarbij zij telkens werden uitgenodigd relevante introducees mee te nemen vanuit hun netwerk. De constante participanten waren de consulent Wmo van de gemeente, een vertegenwoordiger van het van sociaal werk de Kop en een vertegenwoordiger van de bewonerscommissie Zonnekamp. Andere deelnemers wisselden, zoals de praktijkondersteuner van gezondheidscentrum De Allee, de bewonersconsulent van huurwoningen binnen Steenwijkerland en een andere buurtwerker (tevens trainer van de cursus GRIP&GLANS).

Daarnaast waren er telkens veel afmeldingen van de oorspronkelijke deelnemers aan de training Positieve Gezondheid, zoals een huisartspraktijk, zorgprofessionals en de gemeente. Uit de afmeldingen bleek meestal wel motivatie voor de leernetwerkbijeenkomsten, maar ook dat omstandigheden zoals conflicterende afspraken, vakantie, zwangerschapsverlof en wisseling van baan of drukte op het werk maakten dat andere keuzes gemaakt werden.

Waar deelnemers het in eerste instantie heel prettig vonden om hun ervaringen met het werken met Positieve Gezondheid te delen in de bijeenkomsten, werd de animo later in het jaar minder. De laatste leernetwerkbijeenkomst had een zeer lage opkomst, waardoor het de vraag is of deze leernetwerkbijeenkomsten op deze wijze en tijdstippen de manier zijn om tot verdieping te komen van het werken met Positieve Gezondheid met deze groep professionals.

Product

De leernetwerkbijeenkomsten zijn gehouden als vervolg op de training Positieve Gezondheid aan de deelnemers. De focus bij de bijeenkomsten lag daardoor op de vraag hoe het werken met Positieve Gezondheid een stap verder kan komen.

Naast het uitwisselen van ervaringen met het werken met Positieve Gezondheid worden ook initiatieven gedeeld die in de planning staan, waardoor deelnemers enthousiast raken. Deelnemers ervaren het als heel plezierig en goed om elkaar als werkers in de wijk Clingenborgh te leren kennen en te weten wat er speelt en welke initiatieven er zijn, waar je naar zou kunnen doorverwijzen. Er blijkt behoefte aan regelmatig contact met dit ‘netwerk Clingenborgh’, niet alleen via leernetwerkbijeenkomsten, maar als frequenter werkoverleg. Toch is gezien de laatste lage opkomst deze behoefte wellicht minder sterk of de vorm van een leernetwerk op middagen minder werkbaar of passend, dan in eerste instantie werd uitgesproken.

Ook is de behoefte dat er een ‘aanjager of kartrekker’ komt op een soort tussenlaag tussen beleidsniveau en werkvloer: een praktisch coördinator om Positieve Gezondheid binnen Steenwijkerland een stap verder te brengen. Dit signaal is opgepakt door de gemeente Steenwijkerland. Op het moment van het schrijven van deze rapportage is het bijna geregeld,

dat er voor circa één dag per week een praktisch coördinator aangesteld wordt voor de werkgroep Positieve Gezondheid.

Binnen de bijeenkomsten wordt gedeeld wat in het kader van Positieve Gezondheid allemaal al is bereikt in Steenwijkerland: een groep professionals binnen de wijk Clingenborgh is getraind met Positieve Gezondheid en steeds meer professionals binnen de gemeente willen hierin getraind worden, zoals bijvoorbeeld het JGZ-team. Er is een werkgroep Positieve Gezondheid opgericht, waarvoor nu bijna een ‘aanjager’ wordt aangesteld. Binnen de gemeente is een podcast over Positieve Gezondheid opgenomen. Een eerste contact is gelegd met een huisartspraktijk, die aangeeft dat langzamerhand de beweging richting werken met Positieve Gezondheid wel gemaakt zal moeten worden door huisartsen, gezien de hoge werkdruk die daar heerst. De training GRIP&GLANS wordt gegeven, waar zowel trainers als deelnemers enthousiast over zijn. Ook worden wensen, dromen en verlangens gedeeld, die allen betrekking hebben op het werken met Positieve Gezondheid en waarbij de energie bij de deelnemers aan de leernetwerkbijeenkomst gaat stromen. Toch blijkt bij de vervolgbijeenkomst hierop, met als doel deze dromen en verlangens te concretiseren en

een vervolgstap te zetten, de opkomst laag. In de bijeenkomst wordt dit door betrokkenen geduid, dat 'het leernetwerk in deze vorm' niet helpend is om aan te sluiten bij de beweging die Positieve Gezondheid maakt binnen Steenwijkerland. Het lijkt beter om eerst een stap terug te doen op zoek naar de energie en behoefte en aansluiting te zoeken bij waar beweging zit in het proces rondom Positieve Gezondheid. Het advies voor de nieuwe praktisch coördinator is om aansluiting te zoeken bij wat in de kerngroepen gebeurt, waarbij professionals (huisartsen en fysiotherapeuten) van de eerste lijn betrokken zijn, om zo de beweging van 'onderaf' in gang te zetten i.p.v. vanuit de gemeente. Ook is een advies om contact te leggen met professionals buiten Clingenborgh, omdat de beweging Positieve Gezondheid breder is dan deze wijk en veel professionals in hun werk ook buiten de kaders van 'wijk Clingenborgh' functioneren. Als advies wordt verder meegegeven om te onderzoeken wat huisartscoepels mogelijk kunnen betekenen voor de huisartsen, omdat in andere gemeenten dat positief heeft uitgewerkt.

4.2.5 Winterswijk

Uitvoering van Welzijn op Recept

In het plan van aanpak dat de gemeente Winterswijk in 2019 heeft opgesteld is de focus gegaan naar het project Welzijn op Recept. Er is in Winterswijk voor gekozen om Welzijn op Recept uit te rollen met het aanwijzen van een coördinator en het starten van een training Welzijn op Recept voor welzijnsmedewerkers. Zij wilden gebruik maken van elkaars kennis en netwerk en de wens was groot om samen te werken. Er werd opgemerkt dat met elkaar om tafel zitten veel oplevert: een inkijkje in elkaars werkwijze. De samenwerking werd later op verzoek uitgebreid met zorgprofessionals zoals wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten. De invloed van corona was in het voorjaar van 2020 groot. Men verwachtte dat er na corona weer veel gebruik zou worden gemaakt van de activiteiten die werden aangeboden op het gebied van bewegen, maar doordat corona in verschillende perioden aanwezig bleef was dit niet het geval.

Er was behoefte aan een actueel overzicht van activiteiten rond dagbesteding, ontmoeting, beweeg- en sportmogelijkheden in Winterswijk. In alle interviewronden is naar voren gekomen dat de gemeente een besluit zou nemen

over de aanschaf van een (digitaal) systeem om de sociale kaart voor inwoners en professionals makkelijk inzichtelijk te maken. Tot op heden is er nog geen besluit genomen en vinden er voornamelijk gesprekken plaats maar worden er nog geen concrete acties ondernomen.

Het zou handig zijn geweest als je al een overzicht had gehad wat er te doen was in de plaats. Een sociale kaart. Er is nu een werkgroep in het sociale domein. Er zijn nu vier websites en dat moet er een worden. Ze zijn hiermee aan de slag. (WWF2.4.2)

Er is veel behoefte aan een actueel overzicht van activiteiten en de beweeg- en sportmogelijkheden in Winterswijk. (WWF2.2.1)

Door het vertrek van de projectleider (GGD) en corona heeft het project tijdens de tweede lockdown in de herfst/winter van 2021/2022 stilgelegen. Dat is de reden dat er in de derde ronde geen interviews zijn afgenomen, omdat er volgens de coördinator geen nieuwe informatie beschikbaar was. In deze periode waren er enkele aanmeldingen voor WoR maar was het niet duidelijk hoe een aanmelding verliep. Er waren gesprekken gevoerd met verschillende huisartsen, praktijkondersteuners, de HuisartsenZorg Oost-Achterhoek (HZOA) en een medewerker van de GLI (gecombineerde leefstijlinterventie). Het invullen van de formulieren voor de GGD werd als belastend ervaren door de tijdsinvestering die hiervoor nodig was.

Door het vertrek van de projectleider en corona heeft het project stilgelegen. Ik hoef niet geïnterviewd te worden omdat er sinds het vorige interview geen veranderingen in Winterswijk hebben plaatsgevonden. (WWF2.3.1)

In de tweede helft van 2022 beginnen de aanmeldingen voor WoR binnen te komen. Er zijn in totaal tien aanmeldingen geweest voor Welzijn op Recept waarvan zes aanmeldingen via de huisartsen zijn binnengekomen. Met bijna alle praktijkondersteuners en huisartsen is er overleg geweest in Winterswijk. De aanmeldingen komen binnen, maar er is een beperkte groep aanvragen die opgepakt kan worden door gebrek aan uren. De naamsbekendheid kan hierdoor in de kiem gesmoord worden. De aanmeldingen worden als

tijdsintensief ervaren en vaak zijn er meerdere gesprekken nodig voor een aanbod geformuleerd kan worden.

De aanmeldingen lopen goed. Het kan volgens mij altijd beter maar het moet ook niet te veel worden, want zoveel tijd heb ik niet. Ik heb het idee dat het een meerwaarde heeft, maar ik moet niet te veel reclame maken.

(WWF2.4.1)

De werkwijze van WoR komt sterk overeen met de werkwijze van het Sociaal Team in Winterswijk. De welzijnswerkers in dit team kijken actief waar mensen bij geholpen kunnen worden. Het verschil is dat een doorverwijzing via een huisarts met een recept verloopt.

Volgens mij loopt het niet storm met de aanmeldingen. Dat komt omdat de werkwijze van Welzijn op Recept past bij de werkwijze van het Sociaal Team. De werkers kijken actief waar mensen bij geholpen kunnen worden. Het grote verschil is dat er bij Welzijn op Recept sprake is van een doorverwijzing met een recept. De werkwijze van de beweegmakelaar en Welzijn op Recept lijken veel op elkaar. Er is niet altijd een duidelijke grens te trekken. (WWF2.4.2)

Aansluiting bij behoefte doelgroep

Een vraag van een inwoner en het aanbod van een welzijnswerker sluiten soms niet bij elkaar aan, waardoor er niet altijd in de behoefte van de doelgroep kan worden voorzien. Bijvoorbeeld met vragen voor een maatje om wekelijks samen te wandelen. Ook is het niet altijd mogelijk om rechtstreeks naar de behoefte van de doelgroep te vragen, omdat dit contact via een andere instantie of welzijnswerker verloopt.

De vraag voor een maatje is lastig in te vullen. Een maatje is voor een langer traject. En als mensen bij het vrijwilligerspunt een maatje vragen, willen ze graag samen optrekken. (WWF2.2.2)

Inwoners zouden geholpen kunnen zijn met de inzet van een vrijwilliger of een bezoek- en beweegmaatje om nog beter mee te kunnen doen. Er is te weinig tijd om vraag en

aanbod op elkaar aan te laten sluiten. Het cijfer dat werd gegeven voor de aansluiting bij de behoefte van de doelgroep steeg in de laatste interviewronde van een 6.5 naar een 7. De aansluiting moet verder groeien en WoR kan helpen om breder te kijken.

Sommigen zouden geholpen zijn met een vrijwilliger of maatje. Als je meer vrijwilligers zou hebben of bezoek- of beweegmaatjes... dat zou ook helpen. Er zijn geen vrijwilligers hiervoor. Als ik het heel goed wil doen... zou ik meer tijd nodig hebben. Maar dat lukt niet altijd. (WWF2.4.1)

Dat zou zeker kunnen als je kijkt naar Welzijn op Recept en bewegen. Het is ontzettend belangrijk maar het gebeurt nog te weinig. Het heeft zeker voor de doelgroep een meerwaarde dat je breder kijkt. Niet alleen naar sporten kijken maar ook naar activiteiten. Dat weet ik vanuit mijn rol. Ik geloof dat het nu een 6 is en dat het echt nog moet groeien. (WWF2.2.1)

In Winterswijk is er een aanbod aan activiteiten maar is er weinig aanbod voor de leeftijdsgroep 30-50-jarigen. Deze groep is vaak te oud voor de ene groep en te jong voor een andere groep. De activiteiten worden soms alleen overdag gegeven waardoor werkenden niet kunnen aansluiten. Ook komt het voor dat een 40-jarige wil breien en handwerken en de groep alleen uit bejaarden bestaat.

Ik vind dat er in Winterswijk een gigantisch aanbod aan activiteiten is. Ik werk hier sinds 2017 en mijn ervaring is dat er weinig aanbod is voor 30-50 jarigen. Deze leeftijdsgroep is vaak te oud voor de ene en te jong voor de andere groep. (WWF2.4.2)

Samenwerking

Over de samenwerking onderling tussen de welzijnswerkers in Winterswijk is men tevreden, maar het kan beter. Het cijfer voor de samenwerking is in de laatste interviewronde iets gestegen en komt uit op 7.3 gemiddeld. Iedereen heeft momenteel zijn eigen aandachtsgebied en daardoor wordt er weinig samen gewerkt. Wel weet men elkaar te vinden en zijn er korte lijntjes omdat de welzijnswerkers veelal collega's van

elkaar zijn. Het is daardoor makkelijker om het werk vorm te geven, bijvoorbeeld het organiseren van een bijeenkomst. De ketenpartners komen elkaar jaarlijks tegen op verschillende bijeenkomsten waardoor ze elkaar kennen en makkelijk benaderbaar zijn. De wil en de inzet is er om zaken tot een succes te maken. De samenwerking met de huisartsen en praktijkondersteuners zou beter kunnen.

Ik geef een 7. Als er activiteiten zijn en de respondent wil deze uitzetten in haar netwerk dan is dit heel makkelijk. Bijv. het uitzetten van een flyer met een dansmiddag. Die lijntjes zijn heel goed en werken. De ketenpartners kennen elkaar op verschillende manieren. Bijv. van de themabijeenkomsten die jaarlijks plaatsvinden. (WWF2.2.2)

Ik geef een 6, want het kan gewoon ook nog veel beter. Het zou wat meer automatisch moeten. Het is nu heel erg 'trekken'... heb ik het idee terwijl iedereen er baat bij heeft. Het zou logisch zijn als je elkaar daarin weet te vinden. En zeker vanuit de huisartsen en praktijkondersteuners. Het moet altijd van één kant komen. Van hun kant komt er niet echt een vraag of er mensen zijn die eigenlijk wel wat anders nodig hebben dan een pilletje. Het kan beter. (WWF2.2.1)

Er is niet echt samenwerking. Iedereen heeft eigen aandachtsgebieden. Als ik vragen heb, dan weet ik wel collega's te vinden. (WWF2.4.1)

Randvoorwaarden

Wanneer respondenten expliciet gevraagd wordt naar welke randvoorwaarden zij belangrijk vinden bij de implementatie van Welzijn op Recept en het bevorderen van de samenwerking noemen zij de volgende punten:

- (Kar)trekker structureel uren geven;
- (Kar)trekker die de lokale situatie kent;
- De lijntjes zijn kort en welzijnswerkers weten elkaar te vinden;
- Fysiotherapeuten sluiten aan bij vergaderingen afhankelijk van agenda;
- Vanuit eigen expertise en aandachtsgebied kan een welzijnswerker met anderen samenwerken;
- Ketenpartners komen elkaar jaarlijks tegen op

bijeenkomsten, kennen elkaar en zijn benaderbaar;

- Duidelijkheid over rollen en functies kan zorgen voor een betere afstemming en samenwerking binnen het project Welzijn op Recept.

Uitdagingen voor de gemeente

In de eerste drie interviewrondes is het niet gelukt om een beleidsmedewerker van de gemeente Winterswijk te interviewen. In de derde ronde was dit niet mogelijk omdat het project stil had gelegen door corona en een wisseling van de projectleider ervoor zorgde dat er geen interviews plaatsvonden. In de vierde ronde is de beleidsmedewerker uiteindelijk per mail gevraagd te reageren.

In de vierde ronde (najaar 2022) hebben de geïnterviewde coördinator van WoR en de coördinator van de ouderenadviseurs feedback gegeven op het traject. Deze punten worden hieronder genoemd.

- **Start SiB – WoR** is als te ingewikkeld ervaren omdat de gemeente er in eerste instantie weinig mee deed.

De hele start is wel een beetje gek gegaan... hoe de gemeente er niks mee heeft gedaan. Misschien is het ook allemaal te ingewikkeld geweest. Je moet iets makkelijk kunnen opstarten. (WWF2.4.1)

- **Werkproces:** er was geen werkproces bij de start van het traject en de coördinator had het gevoel dat zij alles zelf moest uitzoeken.

Ik had het gevoel dat ik alles moest uitzoeken. Met zoiets stap ik niet weer snel in een nieuw project. Dan kun je het beter zelf regelen... voegt het dan zoveel toe? Er zijn heel veel bij betrokken maar ik heb het gevoel dat ik het toch zelf moet doen. (WWF2.4.1)

- **Formulieren:** er waren te veel formulieren (GGD) die ingevuld moesten worden. De coördinator was er veel tijd aan kwijt. Later in het traject is dit aangepast.

Al de formulieren... gelukkig hoefde het toch weer niet. Maar ik ben er wel tijd aan kwijt geweest. Het gaat om mensen... ik besteed liever de tijd aan de mensen. (WWF2.4.1)

De coördinator Welzijn op Recept zal vast nog vertellen dat het heel veel werk was om de formulieren in te vullen. Wij zagen niet de meerwaarde om deze formulieren in te vullen. (WWF2.4.2)

• **Leernetwerken:** het vormgeven van leernetwerken werd als lastig ervaren. Corona heeft er ook voor gezorgd dat dit in de eerste periode niet van de grond is gekomen.

Wat ik ingewikkeld vond... en corona is daar doorheen gefietst... was het hele traject van leernetwerken. Dat vond ik van tevoren al lastig. Hoe ga je dat vormgeven? Door corona is dit niet van de grond gekomen. Ik weet ook niet of dit toegevoegde waarde had. (WWF2.4.2)

De reactie van de beleidsmedewerker van de gemeente via de mail is samenvattend, dat na een moeizame start van de uitvoering van Welzijn op Recept het project gaandeweg in Winterswijk is uitgerold. In het voortraject waren welzijnswerkers goed betrokken maar door corona en wisseling van projectleiding is er minder aandacht gegaan naar de uitvoering van Welzijn op Recept. Er is veel tijd gaan zitten om de welzijnswerkers bij het project te krijgen en te houden. Er is waardering voor de samenwerking tussen de welzijnswerkers in Winterswijk.

De verwachtingen en taken van Welzijn op Recept waren volgens de beleidsmedewerker vanaf het begin niet helder, de bijeenkomsten kostte veel tijd en men zag lokaal niet altijd het nut ervan in.

De randvoorwaarden die cruciaal waren bij de uitvoering van Welzijn op Recept in Winterswijk waren lokale kartrekker(s) die tijd hadden om dit op te pakken. Het was belangrijk om de lokale situatie goed te kennen en te weten 'hoe de hazen lopen'.

De uitdagingen die er voor de gemeente Winterswijk liggen is het betrekken en bereiken van de inwoners. De kartrekker moet structureel uren krijgen om Welzijn op Recept uit te voeren en organisaties erbij te betrekken. Het moet duidelijk zijn wie waarvoor is, van welk aanbod gebruik gemaakt kan worden en hoe een verwijzing verloopt.

Leernetwerkbijeenkomsten

Er zijn in totaal drie leernetwerkbijeenkomsten geweest in Winterswijk, waarvan twee fysiek en één online. Ook zijn twee geplande leernetwerkbijeenkomsten op het laatste moment gecanceld, vanwege te weinig deelname en (opnieuw) verscherpte coronamaatregelen.

Proces

Waar in het begin de doorstart van het samenkomen als leernetwerk wat moeizaam verliep door hoge werkdruk van betrokkenen en coronamaatregelen, heeft in juni 2022 een heel succesvol leernetwerk plaatsgevonden. Hierbij zijn tien professionals aanwezig, naast de projectgroep om samen het werkproces WoR vast te stellen. De participanten zijn vier praktijkondersteuners huisartsen (POH's), een huisarts, een praktijkmanager van een huisartspraktijk, de wijkmanager van de huisartscoöperatie HZOA, de welzijnscoach, de beweegmakelaar, een professional van Achterhoek in beweging, een beleidsmedewerker van de gemeente, de projectleider van de GGD en de onderzoeker van Viaa. Slechts één huisartspraktijk kan niet aanwezig zijn. Hierna wordt afgesproken als groot leernetwerk alleen nog bij elkaar te komen, als er behoefte aan is, om de belasting qua werkdruk te verlagen voor de huisartspraktijken. In kleiner verband zal elke tien weken geëvalueerd worden hoe het werkproces verloopt en of aanpassingen nodig zijn. Betrokkenen bij dit kleinere leernetwerk zijn de welzijnscoach, de wijkmanager HZOA en de projectleider GGD en de beleidsmedewerker van de gemeente.

Product

In eerste instantie is de focus in het leernetwerk gericht op het oppakken van de activiteiten uit het plan van aanpak. Daarbij gaat het eerst om het betrekken van de juiste professionals voor Samen in Beweging. Wanneer door en na corona het project heeft stilgelegen, is het zoeken naar de manier om het te herstarten en te inventariseren tegen welke knelpunten aangelopen wordt. De juiste professionals betrekken is ook hier weer de uitdaging. Er wordt afgesproken dat de welzijnscoach samenwerking zal gaan zoeken bij de huisartspraktijken.

Bij het leernetwerk in juni 2022 wordt het werkproces voor WoR besproken. In de bijeenkomst wordt alle input geleverd, waarna n.a.v. het verslag een checkronde plaatsvindt bij de deelnemers aan het netwerk. Vervolgens wordt de start gemaakt met de implementatie in de werkprocessen en verwijssystemen van de huisartspraktijken en sociaal werk. Het vaste gezicht voor WoR, de welzijnscoach, is nu bekend bij elke huisartspraktijk. Zij heeft behoefte aan scholing in Positieve Gezondheid. Ook de folder WoR is klaar en wordt gedrukt en uitgedeeld bij elke huisartspraktijk.

Uit de eerste evaluatieronde van het werkproces blijkt dat het werkproces wisselend gebruikt wordt door huisartspraktijken. De wijkmanager HZOA wil via de praktijkmanagers het werkproces opnieuw onder de aandacht gaan brengen. Ook worden afspraken gemaakt over een rapportagewijze voor de verwijzingen van WoR. Er is behoefte aan scholing over Positieve Gezondheid bij de welzijnscoach en mogelijk ook andere partijen in Winterswijk. In december zal een afrondend gesprek volgen met de projectleider van de GGD en wordt gekeken wat nodig is om vervolgstappen te zetten in de verdere implementatie van WoR door middel van een borgingschecklist Welzijn op Recept na de afronding van de ondersteuning door Samen in Beweging.

4.2.6 Zwartewaterland

Uitvoering van Welzijn op Recept

In eerste instantie is gekozen om Welzijn op Recept uit te rollen vanuit de Praktijkondersteuners Huisartsen (POH's). Coronatijd is gebruikt als voorbereidingstijd en betrokkenen (buurtsportcoach, welzijnscoach, POH's van alle huisartspraktijken, IJsselheem, gemeente, maatschappelijk werk, wijkverpleegkundige, medewerker Wmo en hometeams) kenden elkaar uit al bestaande werkgroepen, waardoor er korte lijnen zijn en men elkaar weet te vinden. Door brede betrokkenheid, enthousiasme en draagvlak is de activiteit WoR goed voorbereid gestart in september 2021.

Er is een lange voorbereidende fase geweest, maar deze is heel goed gebruikt voor overleg. Er is een werkgroep die Welzijn op Recept heeft voorbereid, onder leiding van de buurtsportcoach, die contacten heeft met POH's, IJsselheem (met contact naar welzijnscoach, ondersteuningspunt vrijwilligerswerk

en ondersteuningspunt mantelzorg). M.a.w. er zitten niet alleen betrokken professionals aan tafel, maar ook korte lijntjes naar beweging en doorstroming naar vrijwilligerswerk. (ZWF2.2.2)

Vanwege de tweede lockdown in de herfst en winter van 2021/2022 heeft de uitvoering van WoR stilgelegen, doordat de activiteiten weer stillagen. Ook is WoR bij reeds gestarte deelnemers stil komen te liggen en zijn mensen lichamelijk achteruitgegaan, waardoor ze niet meer geschikt waren voor WoR. Telkens leefde de hoop dat, als er meer tijd zou zijn voor de uitrol, zonder coronabeperkingen, er ook wel weer aanmeldingen zouden komen. Het evalueren van het proces was lastig: is er meer tijd nodig, of loopt het nog niet?

Corona heeft natuurlijk ook een grote rol gespeeld: mensen zijn bang, mensen durven niet zoveel, dat zie je met name bij de oudere generatie ook wel terug. Dat ze ook gewoon nu nog, niet zo goed durven. Ik denk, dat het ook straks gewoon wel weer komt. Dat je volgend jaar eens verder moet kijken: hé, hoe is het nu dit jaar verlopen? Dat hoop ik, verwacht ik. Corona heeft in dat opzicht ook echt wel belemmerd, zeker hoe we het zagen in september toen alles weer open ging en we van start gingen. Die lockdown deze winter heeft niet meegeholpen. (ZWF2.3.3)

Op dit moment loopt de interventie WoR niet goed. Achteraf gezien is toch gebleken dat deelname en betrokkenheid van de huisartsen zelf echt nodig is om voldoende draagvlak te krijgen voor de daadwerkelijke uitvoer. Of de interventie gebruikt wordt, hangt nu te veel af van de individuele POH'er en de invloed die zij kan hebben op de werkwijze in de huisartspraktijk. Dit maakt dat er grote verschillen zijn tussen de huisartspraktijken onderling, maar zeker ook tussen de verschillende kernen in Zwartewaterland. Ook is duidelijk geworden dat een consistente aanjager van het project belangrijk is. De kartrekker van het project (de buurtsportcoach) is van november '21 tot april '22 met verlof geweest. Haar rol in het project is niet vervangen gedurende haar verlof. Hierdoor is de aandacht voor het project bij betrokkenen weggezakt. Bij haar terugkomst is de getrainde en ingewerkte welzijnscoach gestopt, vanwege een andere baan per 1 mei '22. Vanaf dat moment konden er ook geen

verwijzingen plaatsvinden. Per 1 augustus '22 is een nieuwe welzijnscoach begonnen, die zich nu aan het inwerken is, maar ook nog zomervakantie heeft gehad in september. Zij investeert in kennismaken bij alle huisartspraktijken en andere professionals, zoals maatschappelijk werk en de Hometeams. Inmiddels is de kartrekker van het project opnieuw met verlof gegaan tot eind december 2022. Deze verlofperiodes en wisseling van baan hebben niet positief gewerkt voor de uitvoering van WoR.

Nou ja, om heel eerlijk te zijn: het loopt niet goed, doordat het niet goed opgestart is. We zijn begonnen, maar er is geen echte bekendheid gegeven aan alle huisartsen. We zijn nooit een keer met zijn allen fysiek bij elkaar geweest. Ik denk dat dat een ding is wat we gewoon missen. Daardoor leeft het niet bij de rest. Daarnaast heeft corona natuurlijk ook meegespeeld. (ZWF2.4.3)

Per 1 augustus 2022 zijn in totaal twintig doorverwijzingen voor WoR geweest. De verwijzingen komen vanuit maatschappelijk werk, een thuiszorgorganisatie en vanuit twee huisartspraktijken. Een aantal doorverwijzingen is niet geschikt voor WoR en het is de vraag waar de meeste expertise ligt om de afweging te maken wie geschikt is voor WoR: de verwijzer of de welzijnscoach? Bij het starten van de nieuwe welzijnscoach waren er nog twee lopende

aanmeldingen die de zij heeft vervolgd en sinds augustus zijn er drie nieuwe meldingen gekomen. Op dit moment lopen er vijf trajecten vanuit WoR waar de welzijnscoach bezig is om lijnen uit te zetten en contacten te leggen. Het aantal meldingen blijft achter bij de verwachting en vanuit de kern Hasselt zijn geen doorverwijzingen geweest.

Het aantal meldingen kan wel beter, dat bleek ook uit de evaluatie in de leernetwerkbijeenkomst. We komen erachter dat deelname en betrokkenheid van de huisarts zelf toch wel erg gewenst is, omdat het aantal meldingen wat achterblijft. (ZWF2.4.2)

Tot nog toe zijn er maar 2 huisartspraktijken die deelnemers hebben doorverwezen: vanuit Hasselt is het nul, die willen het meer bij zichzelf houden. Ik mail ze wel, en dan krijg ik ook wel reactie, maar verder hoor ik niets.

In Genemuiden werken de huisartsen samen vanuit één praktijk en daar heb ik best wel wat doorverwijzingen gekregen. Vanuit Zwartsluis, waar twee praktijken zijn, krijg ik van de ene wel meldingen en van de andere niet. (ZWF2.3.4)

Aansluiting bij behoefte doelgroep

De doelgroep binnen Zwartewaterland is: inwoners met psychiatrische of psychosociale problemen (van 18 jaar en ouder) die geen aansluiting vinden bij reguliere sportverenigingen in de gemeente Zwartewaterland. De gemeente heeft met hulp van een werkgroep de website www.samenzwartewaterland.nl ingericht, waarop de sociale kaart nu inzichtelijk is met activiteiten op het gebied van bewegen en sport, cultuur en meedoen. Er is een breed aanbod beschikbaar voor de doelgroep. Dit aanbod krijgt van de nieuwe welzijnscoach het cijfer 7,5. De welzijnscoach merkt dat veel behoefte bij ouderen is aan contact met een maatje. Zij willen graag iemand in de buurt hebben om mee af te spreken, mee te nemen of voor vervoer naar een afspraak te vragen. Dit is iets om in de toekomst mogelijk op te pakken door de welzijnscoach: vraag en aanbod bij elkaar brengen. De behoeften van de vijf deelnemers van dit moment zijn heel divers. Verlieservaringen met werk, gezondheid en partners zijn een overlappend thema die bij alle vijf deelnemers naar voren komen. Bij een van de deelnemers is een andere vorm van begeleiding ingezet i.p.v. WoR. Om het probleem van (sport)verenigingen te ondervangen die soms moeilijk staande kunnen blijven door gebrek aan vrijwilligers, is vanuit het Sportakkoord een verenigingsondersteuner aangesteld. Hierdoor is er hoop dat verenigingen meer toegankelijk zullen worden voor de doelgroep en er naar hen doorverwezen kan worden. In hoeverre dit al is gelukt is onduidelijk, doordat er weinig doorverwijzingen zijn geweest.

Als randvoorwaarde zie ik ook dat een vereniging toegankelijk moet zijn voor mensen uit deze doelgroep. De welzijnscoach gaat wel in gesprek met een club. Maar als ik spreek over onze sportverenigingen, die hebben hun handen vol aan overeind blijven en die zijn daarmee niet toegankelijk genoeg. Er is geen ruimte voor een warm welkom, waardoor mensen alsnog (weer) buiten de boot gaan vallen. Verenigingen draaien vaak maar door één persoon en als die omvalt, valt de vereniging om. (...)

We zijn daar wel mee bezig: vanuit het Sportakkoord is er een verenigings- ondersteuner aangenomen en die is inmiddels al bij elf verenigingen aan de slag; een half jaar lang kijken hoe je een vereniging vitaal houdt. Dit gaat wel breder dan Samen in Beweging, maar is ondersteunend. (ZWF2.2.1)

Ik breng bij de trajecten eerst met de deelnemers de wensen en behoeften in kaart en kijk wat er mogelijk is. Ik maak de inschatting dat bij vier van de vijf trajecten het mogelijk is om de doelen te gaan halen. Bij één casus is de vraag wat complexer en heb ik ook al contact gezocht met een andere richting/ hulpverlener. (ZWF2.4.4)

Ik merk dat ik zelf nog heel zoekende ben met vragen over het aanbod. Er is een website 'SamenZwartewaterland.nl' maar ik ken de sociale kaart nog niet in zijn geheel. Hier moet ik nog in groeien en ik denk dat het slagen van Welzijn op Recept grotendeels afhangt van de kennis van de sociale kaart. Hiervoor moet ik de tijd nemen om goede kennis en contacten te leggen. Ik vind het belangrijk om hierin te investeren. (ZWF2.4.4)

Samenwerking

Over de samenwerking onderling en het elkaar kunnen vinden binnen de gemeente is ieder tevreden, de lijntjes zijn kort. Het cijfer voor de samenwerking varieert tussen een 7 en een 8. In Zwartewaterland is een groot overleg van alle partijen op het gebied van zorg, wonen en welzijn; de huisartsen zitten hier echter niet bij. Verder bestaan er wel korte lijntjes door bestaande overleggen, zoals het 'Hometeam' en 'Samenwerken in de wijk'.

Wel op een andere manier hoor, Icare en dat soort instanties, die spreek ik allemaal wel hoor, en daar heb ik ook een heel goed contact mee. Maar vanwege Welzijn op Recept. Nee, dan spreek ik ze eigenlijk niet. Ik heb bijvoorbeeld niet, dat vanuit de thuiszorg iemand naar mij toekomt met de vraag of de persoon geschikt is voor Welzijn op Recept. Terwijl we het wel in het 'Hometeam' hebben besproken. [De welzijnscoach] heeft het onder de aandacht gebracht. Misschien moeten wij het in het komende 'Hometeam' ook meer oppakken hoor. (ZWF2.3.3)

Qua cijfer: op zich kun je mensen wel snel bereiken, zodat je even met hen kunt sparren en dat is prettig, dus ik zou zeggen een 7. (ZWF2.3.4)

Er zijn ook contacten m.b.t. training voor WoR en het landelijk netwerk. De samenwerking met de gemeente wordt positief ervaren. Maar deze samenwerking heeft niet altijd te maken met doorverwijzingen voor WoR. Wat het lastig maakt is dat de verschillende kernen binnen Zwartewaterland allemaal anders werken m.b.t. de huisartsenzorg. Er is niet goed zicht op de onderlinge samenwerking tussen de huisartsen in Zwartewaterland, ook niet rondom WoR. In het afgelopen halfjaar heeft de verdere uitrol van WoR stilgelegen. Wel is de hoop dat nu de nieuwe welzijnscoach is ingewerkt, ook de doorverwijzingen en samenwerking rondom WoR weer zullen komen.

Binnen Zwartsluis werken we al veel samen en zijn de lijnen kort. Welzijn op Recept hebben we ook besproken met de andere huisartspraktijk in Zwartsluis. Maar hoe de huisartsen dit onderling delen binnen Zwartewaterland, dat weet ik niet, ik zit niet bij die overleggen. Dus daar heb ik geen zicht op. (ZWF2.4.3)

Dat merk ik dan vanmorgen, toen de nieuwe welzijnscoach bij ons kwam en iedereen is enthousiast. Dan denk ik, dat het echt wel goed komt met het weer oppakken van Welzijn op Recept. (ZWF2.4.3)

Samenwerken in de regio rondom WoR wordt als waardevol ervaren. Ook het samen optrekken richting verzekeraars heeft opgeleverd dat er voor huisartsen nu mogelijkheden zijn om WoR te kunnen declareren bij het Zilveren Kruis. Daarnaast pakt de provincie Positieve Gezondheid ook op als thema in samenwerking met de GGD IJsselland en Twente.

Verder heb ik begrepen dat regionaal via het Zilveren Kruis nu ook voor huisartsen mogelijkheden zijn om Welzijn op Recept te kunnen declareren omdat het onderkend wordt. Ik zit daar niet precies is, die overleggen gaan via de Wmo-werkgroep, maar dit heb ik wel gehoord. (ZWF2.4.2)

Wat ik fijn heb gevonden, is dat er meerdere gemeenten bij betrokken zijn, die allemaal op een verschillende

manier met hetzelfde bezig waren. Ik heb daar meerwaarde van ingezien, zoals dat je ziet, dat ook grotere gemeenten (met mogelijk meer budget) met dezelfde problemen worstelen. (ZWF2.4.2)

Het samenwerken op landelijk niveau in landelijke leernetwerkbijeenkomsten wordt als minder helpend ervaren, vooral omdat het de fysieke bijeenkomst betreft in Rotterdam. Dit kost veel tijd in de agenda. Een digitaal of online overleg wordt passender en beter haalbaar gevonden, want je kunt wel leren van elkaar.

Randvoorwaarden

Wanneer respondenten expliciet gevraagd worden naar welke randvoorwaarden zij belangrijk vinden bij de implementatie van Welzijn op Recept en het bevorderen van de samenwerking, noemen zij de volgende punten:

- Een constante kartrekker van het project; door verlof van de kartrekker en verandering van baan door de welzijnscoach is er geen duidelijke aansturing van het project geweest, het laatste jaar, waardoor WoR naar de achtergrond is geraakt bij de betrokkenen.
- Samenwerking tussen de welzijnscoach en huisartsen en POH's, maar ook met andere professionals, zoals maatschappelijk werk De Kern, jongerenwerker, mantelzorgondersteuners en 'Hometeams' voor afstemming rondom WoR.
- Netwerken bij verwijzers; de nieuwe welzijnscoach is zich aan het inwerken, zodat verwijzers, huisartsen en anderen haar weten te vinden en de lijntjes kort zijn.
- Niet alleen digitaal overleg, maar ook fysieke ontmoetingen; door corona is de start van de uitvoering digitaal geweest, wat op zich goed heeft gewerkt, maar fysiek bij elkaar komen heeft wel meerwaarde voor de samenwerking en de betrokkenheid bij het project.
- Procesafspraken tussen verwijzers en welzijnscoach; er is geen zicht op wat iemand uiteindelijk is gaan doen na doorverwijzing.
- Een duidelijk werkproces: op dit moment is het niet altijd helder bij de huisarts welke mogelijkheden je hebt als verwijzer; in situaties spelen soms verschillende dingen door elkaar.
- Commitment van de huisartsen in plaats van alleen van de praktijkondersteuners; er is in eerste instantie gekozen

om WoR via de POH's uit te rollen, maar het blijkt toch dat huisartsen zelf er helemaal achter moeten staan, anders werkt het in de praktijk niet.

- Inventariseren wie mogen verwijzen; mogelijk kan het verwijzen in de toekomst breder worden opgepakt, bijvoorbeeld ook door een predikant of geestelijk verzorger?
- Up-to-date houden van de website met de sociale kaart; het is belangrijk dat je elkaar weet te vinden en dat informatie klopt. Hiervoor heeft de gemeente een netwerkcoördinator aangenomen en is het ook belangrijk dat deze sociale kaart onder de aandacht gebracht wordt van de verwijzers.

De samenwerking onderling is goed, alleen hadden we achteraf gezien sommige dingen wat beter anders kunnen aanpakken. Ik denk dat een welzijnscoach een beetje een 'kartrekker' moet zijn. Dat was in dit project eerst de buurtsportcoach (...) en zij deed dat heel goed. Maar tijdens haar verlof had eigenlijk de welzijnscoach dat op zich moeten nemen en dat had beter gekund. En toen [de buurtsportcoach] weer terugkwam is de welzijnscoach (...) weggegaan. Dit heeft niet bijgedragen aan de samenwerking rondom Welzijn op Recept. (ZWF2.4.3)

Uitdagingen voor de gemeente

De gemeente wil graag **uitvoering geven aan de Preventienota en Positieve Gezondheid**. WoR is daarvan een mooi en praktisch voorbeeld. Het is lastig gebleken om verbinding te leggen met de huisartsenzorg in de gemeente en er is hoop op een soort 'doorstart' van het project met een nieuwe subsidie van ZonMw, waarbij het gaat over een gecombineerde leefstijlinterventie. Als dit wordt gehonoreerd zijn er mogelijkheden voor verbinding tussen gemeente, GGD en huisartsenzorg. Het is helpend wanneer een project dat faciliteert en tijdelijk financiert, zoals bij Samen in Beweging. Nu Samen in Beweging afrondt, is de gemeente aan zet om **het beleid** ten aanzien van WoR verder te **borgen in de processen** en de **begroting**, want dit proces is nog niet afgerond. Het is de gemeente wel gelukt om WoR in een breder preventiebeleid in te bedden, maar in financieel opzicht moet dit nog wel meer structureel geregeld gaan worden. Het is de bedoeling dat de uitvoering van WoR in het uitvoeringsprogramma ingebed gaat worden, zodat het

onderdeel wordt van de nieuwe subsidieafspraken. Ook wil de gemeente **inventariseren wat huisartsen nodig hebben** om WoR te kunnen implementeren in hun werkwijze.

Ook het stuk begeleiding eromheen vanuit GGD (...) en vanuit Viaa vond ik heel prettig. Zij hebben echt het traject gefaciliteerd. Als je dit als gemeente allemaal zelf moet ontwikkelen... dan moet je best veel capaciteit hebben en ik denk dan je dan heel gauw terugschrikt om wat te gaan doen in dit geval. Het is heel helpend als de ondersteuning en de evaluatie Welzijn op Recept gefaciliteerd vanuit de subsidie van ZonMw. Als die subsidie er niet geweest was, hadden we dit niet opgestart. De subsidie en de facilitering heeft geholpen om dit project uit te voeren. En nu de subsidie stopt denk ik wel dat er voldoende in huis is om het project van Welzijn op Recept voort te zetten. De lijnen voor samenwerking zijn neergezet en we hebben de contacten nu ook hè, dat we weten waar je terecht kan voor training en het contact van het landelijk netwerk voor Welzijn op Recept. Het enige is, dat we dit nu zelf moeten doen, tot nog toe werd alles keurig geregeld. (ZWF2.4.2)

De huisartsen benaderen via de praktijkondersteuners heeft niet zo uitpakket als we hadden gedacht. We merken dat het best lastig is om de huisartsen echt te betrekken. We hebben nu via een ander project best wel goed contact met een van de huisartsen in Hasselt en wij willen een afspraak met deze huisarts om met haar te bespreken: hoe komt het nu dat Welzijn op Recept vanuit de huisarts niet van de grond komt en wat is er nodig om dit wel voor elkaar te krijgen? (ZWF2.4.2)

De welzijnscoach heeft nu voldoende aan haar uren voor WoR, omdat er nauwelijks doorverwijzingen zijn. Wanneer dit zal gaan uitbreiden, zal de gemeente meer tijd hiervoor moeten faciliteren.

Met de vier uur die ik nu per week krijg kan ik mijn werk redden maar ik vraag mij af of het genoeg is als er meer aanvragen komen. De vier uur Welzijn op Recept schrijf ik in mijn agenda. Afgelopen vrijdag kreeg ik weer een nieuwe aanvraag en ik merk nu al dat ik pas over twee weken ruimte heb in mijn agenda. (ZWF2.4.4)

Leernetwerkbijeenkomsten

Er zijn in totaal drie leernetwerkbijeenkomsten geweest in Zwartewaterland, allemaal online via Teams. Daarnaast heeft de welzijnscoach ook deelgenomen aan de regionale leerbijeenkomst met welzijnscoaches onder leiding van Jan Joost Meijs en Sjeff van der Klein (ook al genoemd bij Kampen). Een reeds gepland overleg in voorjaar 2022 is gecancelled vanwege het verlot van de kartrekker.

Proces

Het leernetwerk bestaat uit een vaste kern met een beleidsmedewerker vanuit de gemeente Zwartewaterland, verschillende POH's, de welzijnscoach, de projectleider van de GGD en de onderzoeker van Viaa. Wel wisselt welke huisartspraktijk aanwezig is. De kartrekker van Samen in Beweging (de buurtsportcoach) is in principe de aanjager van de leernetwerkbijeenkomsten, zoals zij ook de aanjager van de werkgroep is geweest in de voorbereidingstijd (tijdens corona) van de uitvoering van het project. Tijdens (en door) haar verlofperiode najaar en winter 2021/2022 stagneert het samenkomen dit leernetwerk. Hierdoor is er ook minder aandacht bij de betrokkenen voor WoR. Het raakt van hun netvlies en er zijn minder doorverwijzingen. Bij de terugkomst van de kartrekker wordt afgesproken, dat bij uitval/afwezigheid de gemeente meer de regierol hiervoor zal oppakken, om het blijvend onder de aandacht te brengen en het proces een stap verder te brengen. Ook heeft het leernetwerk te maken met veel wisseling in personen, door verandering van baan of uitval door ziekte en verlof: dit betreft de welzijnscoach, de buurtsportcoach, een praktijkondersteuner huisarts, een huisarts, de projectleider GGD en de onderzoeker van Viaa. Dit heeft het proces van elkaar leren kennen niet versterkt, zeker niet omdat alle bijeenkomsten online waren. Achteraf is dan ook geconcludeerd, dat voor het functioneren van het leernetwerk (een) fysieke bijeenkomst(en) helpend was/waren geweest.

Ik weet niet of er ooit fysieke bijeenkomsten zijn geweest, maar ik denk wel dat dit heel erg helpt. Beter dan een digitaal overleg. Als je meer draagvlak wil hebben voor iets nieuws, moet je er veel meer bekendheid aan geven, dan wat er nu is gebeurd. En fysiek bij elkaar komen is dan ook belangrijk. Als ik terugkijk, is dat echt wel een dingetje, dat

we niet goed gedaan hebben. Dit is ook goed om mee te nemen voor de evaluatie. (ZWF2.4.3)

Ook worden bij de leernetwerkbijeenkomsten de huisartsen zelf gemist, die achteraf cruciaal bleken voor draagvlak en uitrol van WoR.

Product

Als eerste richtte het leernetwerk zich, na een grondige voorbereidingsperiode tijdens coronatijd, op de PR van WoR. Hierover werden afspraken gemaakt om een flyer, een filmpje en een publicatie in de plaatselijk weekkrant te maken. Daarnaast wordt de website www.samenzwartewaterland.nl gelanceerd en verder gevuld, zodat de sociale kaart meer inzichtelijk is voor alle betrokkenen.

In de leernetwerkbijeenkomsten worden praktijkvoorbeelden van doorverwijzingen besproken. Dit helpt de betrokken professionals om scherp te krijgen hoe en wie kan en mag doorverwijzen en uit te zoeken bij wie welke verantwoordelijkheid ligt. De gemeente en de welzijnscoach stellen i.s.m. de projectleider GGD een procesbeschrijving Welzijn op Recept op voor Zwartewaterland.

Ook is een telkens terugkerend gespreksonderwerp of het voldoende is om de POH's de uitrol te laten vormgeven of dat toch de huisartsen aan tafel moeten komen voor draagvlak voor WoR. Omdat er veel enthousiasme is bij de POH's en zij al functioneerden in bestaande overleggen is in eerste en tweede instantie gekozen voor de uitrol via de POH's. Er blijken grote verschillen in de werkwijze van

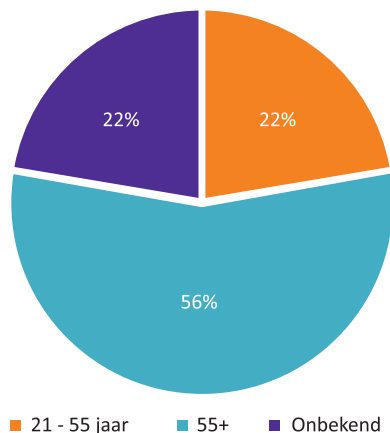
de verschillende huisartspraktijken, waardoor uit slechts twee huisartspraktijken daadwerkelijk doorverwezen wordt naar WoR. Bij de laatste leernetwerkbijeenkomst blijkt het daardoor toch cruciaal te zijn voor de voortgang en verdere uitrol van WoR dat huisartsen zelf betrokken zijn. Een afspraak uit dat overleg is dan ook dat de gemeente met een strategisch adviseur met huisartsen in gesprek gaat over WoR en dat de nieuwe welzijnscoach kennis gaat maken bij alle huisartspraktijken. Na deze inventarisatie en kennismakingsronde wil de gemeente samen met de welzijnscoach en de projectleider GGD bepalen wat een volgende stap kan zijn in het betrekken van de huisartsen. Er wordt gedacht aan een fysieke bijeenkomst organiseren voor alle huisartsen over WoR, maar dit zou op grond van de inventarisatie ook iets anders kunnen zijn.

De huisartsen benaderen via de praktijkondersteuners heeft niet zo uitgekapt als we hadden gedacht. We merken dat het best lastig is om de huisartsen echt te betrekken. We hebben nu via een ander project best wel goed contact met een van de huisartsen in Hasselt en wij willen een afspraak met deze huisarts om met haar te bespreken: hoe komt het nu dat Welzijn op Recept vanuit de huisarts niet van de grond komt en wat is er nodig om dit wel voor elkaar te krijgen? (ZWF2.4.2)

4.3 Gemeente overstijgende aspecten bij de implementatie van Welzijn op Recept en GRIP&GLANS

In deze paragraaf worden de meer overstijgende punten beschreven die bij meerdere gemeenten hebben gespeeld tijdens de uitvoer van de interventies Welzijn op Recept

Figuur 4.1. Aantal deelnemers van Welzijn op Recept per leeftijdscategorie.



en GRIP&GLANS. Allereerst worden resultaten inzichtelijk gemaakt van de interventie WoR, namelijk het bereik, de waardering en het effect van de interventie. Ook wordt de uitvoer van de interventie GRIP&GLANS beschreven. Dan volgt een opsomming van de helpende en belemmerende factoren die bij deze interventies hebben gespeeld in meerdere gemeenten. Ook wordt verder ingegaan op de doelgroep van de interventies. Ten slotte worden de randvoorwaarden rondom de samenwerking en de uitdagingen waar meerdere gemeenten mee worstelen naar voren gebracht.

4.3.1. Interventie Welzijn op Recept

Bereik

In de gemeenten Winterswijk, Oost Gelre, Kampen en Zwartewaterland zijn in totaal 103 deelnemers doorverwezen naar Welzijn op Recept: 85 vrouwen en 18 mannen. Ruim de helft van de deelnemers is 55 jaar of ouder bij verwijzing naar het programma (Figuur 4.1). Eén welzijnscoach geeft aan dat zij relatief meer deelnemers uit lagere sociale klassen zien die financiële beperkingen ervaren.

Bijna één op de drie deelnemers is doorverwezen door de POH GGZ. Daarnaast is 15% op eigen initiatief bij WoR terecht gekomen. Andere verwijzers naar het programma zijn o.a. de praktijkverpleegkundige, huisarts, POH somatiek, Wmo-consulent, wijkverpleegkundige of buurtsportcoach (Figuur 2.5).

Bij de helft van de deelnemers wordt eenzaamheid als hoofdreden voor de verwijzing opgegeven. Ook vastlopen

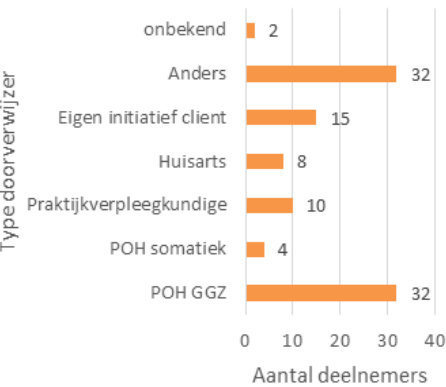
in het leven en psychische klachten worden vaak genoemd (Figuur 2.6). Welzijnscoaches geven aan dat bij veel deelnemers problematiek op meerdere vlakken speelt.

Bij de uitvoering van WoR is het van invloed geweest of het werkproces duidelijk beschreven stond en met de partijen samen is vastgesteld. Het werkproces binnen Winterswijk en Oost Gelre is op eenzelfde manier vastgesteld i.s.m. de huisartskoepel HZOA en de afzonderlijke huisartsen in de leernetwerkbijeenkomsten, wat duidelijkheid geeft voor alle partijen. Ook binnen Kampen heeft uiteindelijk afstemming van het werkproces plaatsgevonden in één huisartspraktijk. Het blijft lastig wie uiteindelijk het recept mag uitschrijven. In Zwartewaterland, Kampen, Oost Gelre, Winterswijk speelt dit, blijkt uit de interviews. Tegelijk is er de vraag of het welzijnswerk alle aanvragen aanneemt en zo nodig doorverwijst. Er zijn grote verschillen in hoe de gemeenten het hebben opgepakt en welk proces zij hebben doorlopen.

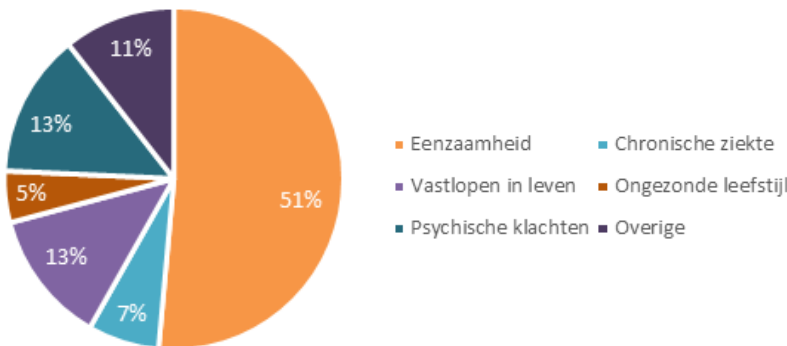
Waardering/Uitvoering

Welzijnscoaches vinden WoR een goed initiatief en mooi concept. Als er samenwerking is met de huisartsenpraktijken wordt als positief gezien. Maar het is in veel gevallen wel moeilijk om die samenwerking tot stand te brengen. Welzijnscoaches geven aan dat wederzijdse afstemming hierin nodig is, zodat zowel de huisarts als de welzijnscoach dezelfde verwachtingen hebben. Ook is het soms nog nodig om huisartsenpraktijken beter te informeren en overtuigen voordat zij patiënten doorverwijzen naar Welzijn op Recept.

Figuur 4.2.Doorverwijzers voor Welzijn op Recept



Figuur 4.3.Reden van doorverwijzing naar Welzijn op Recept



Nadat deelnemers zijn doorverwezen, gaat de welzijnscoach in gesprek met de deelnemer. Meestal gebeurt dit tijdens een huisbezoek, soms ook via een telefonisch gesprek. Het aantal gesprekken per deelnemer loopt uiteen van één tot negen gesprekken. Welzijnscoaches geven aan dat het gemiddeld drie gesprekken per deelnemer betreft. Deelnemers hebben vaak geen of weinig zicht op het aanbod in de gemeente en ook financiële problemen zijn een knelpunt voor sommige deelnemers. De welzijnscoach heeft wel inzicht in het aanbod en kan de deelnemer ondersteunen.

Tijdens het programma zijn deelnemers dan ook veelal begeleid of doorverwezen naar een passende activiteit, bijvoorbeeld wandelen (in groepsverband), inloopvoorzieningen, ouderenverenigingen, sportscholen en -verenigingen en eetgroepen. Ook het vinden van een maatje (via maatjes project), langdurige inzet van een vrijwillig ouderenadviseur en het (eigen) netwerk activeren zijn als interventie ingezet. Daarnaast zijn tien deelnemers vrijwilligerswerk gaan doen. Bij een aantal deelnemers loopt het project nog en is er nog niet verwezen naar een activiteit. Daarnaast is er in een aantal gevallen niet bemiddeld, bijvoorbeeld als de deelnemers licht dementerend en/of niet mobiel zijn, geen verdere hulp willen of niet te bereiken zijn. Daarnaast is er bij één deelnemer een indicatie gesteld en is bij één deelnemer andere hulp geboden. Welzijnscoaches geven aan dat het soms lastig is om een passende activiteit te vinden. Dat komt doordat er vaak een tekort aan aanbod is en doordat veel aanbod draait op vrijwilligers en er daardoor niet altijd passende begeleiding is.

Effect

Welijnscoaches geven aan dat deelnemers een toenemend gevoel van welbevinden ervaren door hun deelname aan WoR. Deelnemers zijn blij dat ze de stap gezet hebben, voelen zich gezien en gehoord doordat ze weer contact hebben met andere mensen. Ze hebben iets om naar uit te kijken en de activiteit biedt structuur in de week. Het geeft invulling aan hun dag en zingeving. Ook ervaren ze eigen regie. Welzijnscoaches geloven ook in de werkzaamheid van WoR op de lange termijn. Eén welzijnscoach geeft aan dat de huisartsenpraktijk hierin een rol kan spelen, omdat zij ook na afloop van Welzijn op Recept nog contact hebben met deelnemers. Welzijnscoaches zien ook nog verbeterpunten.

Zo ervaren veel welzijnscoaches een hoge werkdruk en te weinig tijd om deelnemers goed te kunnen begeleiden. Ook uitbreiding van het aanbod voor specifieke doelgroepen zou helpen bij het vinden van een passende activiteit voor deelnemers.

4.3.2 Interventie GRIP&GLANS

Bereik

In de gemeente Steenwijkerland hebben 24 deelnemers, verdeeld over twee groepen, deelgenomen aan de training GRIP&GLANS. Hiervan hebben 19 deelnemers de cursus afgerond. Er doen meer vrouwen dan mannen mee en gemiddeld vallen ze in de leeftijdscategorie 65 tot 70 jaar. De meeste deelnemers werken niet (meer). Opvallend is, volgens de welzijnscoaches, dat veel deelnemers oorspronkelijk niet uit Steenwijkerland komen ('import') en daardoor mogelijk een sociaal netwerk of aansluiting missen.

Waardering/Uitvoering

Beide welzijnscoaches zien de training als een fantastisch instrument dat wetenschappelijk onderbouwd is. Deelnemers doen vooral mee om sociale redenen, mensen willen meer glans en grip op hun leven. Welzijnscoaches vinden het groepsverband een kracht van de training: zij merken dat deelnemers het fijn vinden om herkenning bij elkaar te vinden en dit schept een band.

Effect

Volgens de welzijnscoaches heeft GRIP&GLANS vooral een effect op de manier waarop mensen anders naar hun leven gaan kijken. Ze kunnen hun gedachten ombuigen, positiever denken, een netwerk opbouwen en komen zo in een positievere flow. De mensen die hebben deelgenomen zijn zo enthousiast over de training dat er door hun 'mond-tot-mondreclame' nu veel aanmeldingen zijn voor een volgende cursus.

4.3.3 Helpende en belemmerende factoren bij de uitvoer van de interventies

In deze paragraaf wordt ingegaan op de factoren die hebben geholpen dan wel het proces rondom de uitvoer van de interventies hebben belemmerd. Dit betreft factoren die in meerdere gemeenten hebben gespeeld. De betreffende gemeenten, waarin de factor heeft gespeeld, worden

afgekort met KA (Kampen), KR (Hardenberg-de Krim), OG (Oost Gelre), ST (Steenwijkerland), WW (Winterswijk) en ZW (Zwartewaterland).

Helpende factoren

Bij de uitvoer van Welzijn op Recept en GRIP&GLANS waren stimulerende elementen:

- **Enthousiasme en draagvlak** bij stakeholders (ZW, ST, KA);
- **Actieve inwoners**, die zelf activiteiten ontplooiën (ST, OG);
- Opkomende **betrokkenheid huisartsen** (KA, WW, OG);
- **Elkaar kennen** en weten wat ieder doet (iedere leernetwerkbijeenkomst WW, OG, KA, ZW);
- Al betrokken zijn bij **bestaande netwerken** (KA, KR, ST, ZW);
- **Integratie** met andere taken binnen welzijnswerk als welzijnscoach (OG, ZW, WW, KA);
- Een duidelijke en up-to-date **sociale kaart** voor alle betrokkenen (ZW, WW, OG, KA);
- **Inspiratie** vanuit lokale netwerkbijeenkomsten, andere kernen/gemeenten en vanuit bovenregionaal overleg (KA, KR, OG, ZW);
- De **impact van een doorverwijzing** als je ziet hoe mensen opbloeien na een verwijzing (KR, ZW, OG);
- Betrokkenheid en ondersteuning van de **huisartskoepel HZOA** (OG, WW);
- Een beschreven **werkproces** voor Welzijn op Recept (OG, WW, KA);

Belemmerende factoren

Bij de uitvoer van Welzijn op Recept en GRIP&GLANS waren ook zaken, die het proces van implementatie hebben tegengewerkt. Dit zijn:

- **Corona**: zowel in uitvoer activiteiten als samenkomen als leernetwerk (alle gemeenten);
- **Werkdruk/ overbelasting** betrokkenen (alle gemeenten);
- **Wisseling baan** belangrijke stakeholders/ katrekkers (KR, ZW);
- **Verlof/ziekte** belangrijke stakeholders (ZW, ST, WW);
- **Nieuwe professionals** tijdens het project, die ingewerkt moeten worden (KR, ZW);
- **Geen ruimte** om te **netwerken**: hier is tijd en geld voor nodig, dat wordt gemist (KR, KA, OG, ST);

- **Registratiedruk** t.b.v. het project/ de interventie (KA, ZW);
- **Overlap tussen welzijnswerk en Welzijn op Recept**: het is niet altijd duidelijk of een deelnemer moet worden verwezen naar WoR of ander welzijnswerk, noch wie deze beslissing moet nemen; de verwijzer of de welzijnscoach (KA, ZW, OG, WW);
- Nauwelijks **aansluiting/contact/draagvlak** kunnen vinden bij (overleg van) de huisartsen (KR, ST, OG, ZW);
- **Onwetendheid** over WoR: verwijzers weten te weinig van de interventie af of wie erbij betrokken is (OG, WW, ZW, KA);
- **Weinig doorverwijzingen**, waardoor implementatie niet verder kan uitrollen (ZW, OG, WW, KR);
- Dat de energie voor het project bij professionals wegzakt vanwege **besluiteloosheid en stropigheid** bij gemeente (ST, WW) of **te veel overleg en te weinig actie** (KR, ZW, OG);
- **Onduidelijkheid over eigenaarschap** in de lokale setting (KR, OG, ST, ZW);
- **Verschil in financiële stromen** voor huisartsenzorg, welzijnswerk (allemaal);
- In begin van project **geen beschikking over up-to-date functionerende sociale kaart** (OG, ZW, ST, KA)
- Het **missen van vrijwilligers** om in te zetten bij de activiteiten (KA, ZW, OG);
- **Onduidelijkheid over wie mag verwijzen** naar WoR: alleen de huisarts of ook voorliggend veld (KA, ZW, KR, OG, WW);
- **Verschillende registratiesystemen** voor welzijn en zorg (ZW, WW, OG, KA).

4.3.4 Aansluiting bij behoefte doelgroep

Ook al is van tevoren per gemeente bepaald wie de doelgroep is voor de interventies WoR en GRIP&GLANS, toch zijn de ervaringen in hoe de aansluiting met deze doelgroep in de praktijk werkt verschillend bij de gemeenten.

De interventie GRIP&GLANS sluit heel goed aan bij de wensen van de doelgroep (ST).

In de gemeenten ZW, KA en WW horen jongeren bij de doelgroep van de interventie WoR, maar blijkt in de praktijk voor hen nauwelijks tot geen aanbod te zijn in activiteiten,

waarnaar doorverwezen kan worden. Voor de oudere doelgroep zijn wel voldoende activiteiten die aansluiten bij de behoeften van de doelgroep (KA, OG, ZW en WW).

In ZW en KA is er discussie of WoR ook geschikt is voor mensen bij wie je weet dat er voortdurende begeleiding nodig is bij de activiteiten, of voor mensen waarbij door progressie van de aandoening verslechtering zal optreden, zoals bij mensen met dementie, licht verstandelijk beperkten (LVB) of Parkinson. In de discussie gaat het over of activiteiten passend en inclusief genoeg zijn en in hoeverre vrijwilligers voldoende begeleiding en ondersteuning kunnen bieden.

4.3.5 Samenwerking

Qua samenwerking is er vaak enthousiasme tijdens leernetwerkbijeenkomsten, als mensen elkaar zien, leren kennen en fysiek ontmoeten. Met name fysieke leerbijeenkomsten helpen (ST, WW, OG, KA). Daarnaast blijft het wel moeilijk om de goede partners te vinden om mee samen te werken (KR, ZW) en om huisartsenpraktijken te betrekken (KA, KR, ST, OG, ZW). In KA, OG en WW is in het laatste half jaar samenwerking met de huisartsen gelukt. Daarnaast blijkt het lastig om een goede balans te vinden in het houden van werkoverleg/ leernetwerken: te vaak (dan haken mensen af: WW, ST, OG) of te weinig (dan zakt energie weg: ZW, KR). Ook waren er twee gemeenten die liever op praktische actie wilden inzetten, zoals ondersteuning van de welzijnscoach in plaats van overleggen (KR, OG).

Randvoorwaarden

Om goed te kunnen samenwerken zijn de volgende punten in meerdere gemeenten genoemd:

- **Elkaar kennen** en weten te vinden (alle gemeenten) en weten wat de andere professional doet;
- **Fysieke ontmoetingen** (OG, WW, KA);
- **Registratiesystemen** gaan gebruiken, **die op elkaar aansluiten**, zodat doorverwijzing en terugkoppeling zo eenvoudig mogelijk wordt (ZW, WW, OG, KA);
- **Heldere kaders** voor doorverwijzing, werkproces en terugkoppeling (KA, WW, OG, ZW);
- **Sociale kaart**: bij verschillende gemeenten heeft dit proces daarnaartoe veel gekost en is er in dat proces ook veel vertraging geweest (OG, WW, ZW).

Bijzonder om te vermelden is dat grote verschillen bestaan in hoeveel uren gemeenten beschikbaar stellen voor de uitvoer van WoR. In KA 24 uur per week, in WW 3 en ZW 4. Hierbij is het goed te beseffen, dat gemeenten ook sterk verschillen in omvang.

4.3.6 Uitdagingen voor de gemeente

Ten slotte zijn er ook een aantal universele uitdagingen, die in meerdere gemeenten spelen. Deze betreffen:

- Ruimte en tijd vrijmaken voor welzijnscoach / praktisch coördinator (KA, OG, ST, WW, ZW);
- Regie en draagvlak bij professionals krijgen (KR, OG, ST, ZW).
- Zorgdragen voor een integrale sociale basis (KA, ZW);
- Borgen van werkproces en financiering (KA, OG, ST, WW, ZW);

4.4 Evaluatie van de uitvoering van het project Samen in Beweging

Bij de afronding van het project Samen in Beweging (SiB) in het najaar van 2022 is bij de laatste interviewronde onder professionals expliciet aan de respondenten gevraagd hoe de ervaringen zijn geweest t.a.v. de projectuitvoering SiB. Deze ervaringen zijn op te delen in verschillende aspecten, die te maken hebben met bevorderende en belemmerende factoren voor het project.

Corona

Eén punt dat duidelijk uit de evaluatie naar voren komt, is de invloed die de coronapandemie op het project heeft gehad. Deze impact is groot en belemmerend geweest.

- **Activiteiten** waarnaar doorverwezen zou worden, lagen **stil**;
- **Voor de doelgroep** van SiB was **corona extra gevaarlijk**; zij moesten vooral veel thuisblijven;
- Gevolg: ouderen zijn bang om weer stap te zetten; als ze al moeizaam participeerden, is **participatie na corona** helemaal **moeilijk en lastig** geworden;
- Ouderen die al participeerden in activiteiten zijn **in coronatijd achteruit** gegaan, waardoor WoR voor hen niet meer haalbaar bleek;
- Er mochten **geen ontmoetingen** zijn, waardoor leernetwerken en elkaar leren kennen werd bemoeilijkt;
- **Vrijwilligers** zijn na corona **niet meer teruggekomen**.

Belemmerende factoren

Naast corona zijn er nog meer aspecten, die niet helpend zijn geweest bij de uitvoering van het project. Dit betreffen:

- **Veel tijd/geld/energie naar de evaluatie en verantwoording** is gegaan richting ZonMw (KR, OG, WW), waardoor de bereidheid in het houden van interviews voor de procesevaluatie afnam en professionals en beleidsmedewerkers het erg jammer vonden dat er niet meer geld naar de directe belanghebbenden (inwoners) is gegaan;
- **Te veel overleg, te weinig praktische actie** vanuit lokale overleggen en leernetwerkbijeenkomsten (KR, OG);
- Het heel lastig is gebleken om inwoners te benaderen met interviews. Enerzijds omdat er veel minder aanmeldingen waren dan verwacht, anderzijds omdat zij dit nauwelijks aandurfdan (= ook een kwetsbare groep). Dit maakt dat het **inwonersperspectief nauwelijks** in de uitvoer is **nagevraagd**;
- **Grote wisseling of verminderde inzet van betrokken personen** is geweest. Dit betreffen:
 - Beide projectleiders GGD;
 - Onderzoekers Viaa;
 - Beleidsmedewerkers (KA, WW, ZW tijdens verlof, ST niet aanwezig bij overleggen);
 - Welzijnswerkers (ZW, KR, OG);
 - Zwangerschaps- en ziekteverlof (ZW, KR, WW);
- **Participatie huisartsen moeizaam** bleek;
- **Het registratiesysteem** voor doorverwijzingen niet aansluit op elkaar;
- Een up-to-date communicatieplatform met activiteiten **een lang ontwikkeltraject** kent qua afstemming, beheer en AVG (OG, WW, ZW).

Bevorderende factoren

Daarnaast zijn ook positieve aspecten benoemd, die de uitvoering van het project SiB hebben bevorderd:

- Het werk van **WoR** is heel **positief en leuk werk** (KA, OG, ZW, KR);
- **Inspiratie door bovenregionaal overleg** vanuit andere gemeenten. Het helpt om:
 - goede verhalen
 - worstelingen
- te horen (ZW, KR);
- **Het delen van resultaten** met WoR in de

leerbijeenkomsten; dit is bemoedigend, want daar doe je het voor (ZW, OG, WW, KA);

- **Het meewerken aan een (landelijke) trend** voor Preventiebeleid/ Positieve Gezondheid (ST, ZW);
- De **subsidie** van ZonMw **en facilitering** door GGD/ onderzoekers die helpend is (KA, ST, OG, WW, ZW).



Hoofdstuk 5

Conclusie en discussie

5.1 Conclusie

In dit hoofdstuk worden conclusies op basis van de resultaten van alle zes betrokken gemeenten. Dit geeft antwoord op de centrale vraag in het project Samen in Beweging, namelijk **wat er nodig is om in de gemeenten tot een gedragen interventie te komen welke bijdraagt aan gezondheid en participatie van inwoners.**

In vijf van de zes gemeenten is in fase 1 van het project ‘Samen in Beweging’ gekozen voor het invoeren of doorontwikkelen van de interventie Welzijn op Recept; in de vijfde gemeente (Steenwijkerland) is dit het opzetten en uitvoeren van de training GRIP&GLANS; met daarnaast ondersteunende activiteiten, zoals het opstellen van een sociale kaart en het versterken van het activiteitenaanbod. In fase 1 van het project Samen in Beweging waren de plannen voor deze activiteiten opgesteld in een Plan van Aanpak per gemeente; in fase 2 van het project zijn deze plannen uitgevoerd en is er onderzoek naar gedaan. Daarbij stonden drie vragen centraal, namelijk:

- Hoeveel inwoners en professionals zijn bereikt met het project Samen in Beweging?
- Hoe waarden inwoners en betrokken professionals de uitvoering van de interventies Welzijn op Recept of GRIP&GLANS in hun gemeente?
- Wat zijn de randvoorwaarden, succesfactoren en uitdagingen bij het uitvoeren van de interventies?

Hieronder worden de conclusies beschreven voor elk van de drie onderzoeksvragen.

5.1.1 Conclusie over het bereik van de interventies

In alle deelnemende gemeenten is tijdens de projectperiode een **netwerk opgebouwd** van betrokken professionals uit met name de welzijnssector, de eerstelijns zorgsector en de gemeente. Door middel van dit netwerk, en bijbehorende leerbijeenkomsten, zijn de interventies geïmplementeerd en verder ontwikkeld.

Via Welzijn op Recept zijn 103 inwoners doorverwezen naar een welzijnscoach. Deelnemers zijn veelal begeleid of doorverwezen naar een passende activiteit, zoals wandelen, inloopvoorzieningen, het vinden van een maatje of het doen van vrijwilligerswerk.

Daarnaast hebben in totaal 24 deelnemers de training GRIP&GLANS gevolgd in de gemeente Steenwijkerland.

5.1.2 Conclusies over de waardering van inwoners en professionals voor de interventies

Eenzaamheid en de behoefte aan sociaal contact is de belangrijkste reden voor doorverwijzing, zowel bij Welzijn op Recept als bij GRIP&GLANS. Dit sluit aan bij breder onderzoek naar de reden van doorverwijzing binnen Welzijn op Recept (Meijs & Heijnders, 2019). De deelname aan activiteiten vergroten volgens de welzijnscoaches het sociale contact en dragen bij aan het mentaal welbevinden van de deelnemers door het verlagen van de eenzaamheid, het bieden van structuur en gevoel van zingeving, en het versterken van de eigen regie. De welzijnscoaches die betrokken zijn bij beide interventies waarden de resultaten van de interventies positief.

De waardering van het proces van de interventies is in grote mate afhankelijk van de aanwezige randvoorwaarden, – succesfactoren en uitdaging, zoals benoemd in de volgende paragraaf.

5.1.3 Conclusie over randvoorwaarden, succesfactoren en uitdagingen

Randvoorwaarden die worden genoemd bevinden zich vooral op het gebied van integrale samenwerking. Hieronder worden verschillende voorwaarden beschreven:

Duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden

Een belangrijke voorwaarde voor de uitvoer van WoR en GRIP&GLANS is **duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden**. Er moet tussen welzijn en gemeente duidelijkheid bestaan over wie eigenaar is over welk deel van het interventie en wie als aanjager en kartrekker kan fungeren om de interventie verder en steviger uit te rollen binnen de gemeente. Tussen huisartsenpraktijken (en andere eerstelijnszorgverleners) en de welzijnsorganisaties is het van belang dat er duidelijkheid is over de precieze rolverdeling en dat er heldere procesafspraken worden gemaakt. Praktische zaken zoals vaste contactpersonen en aansluitende registratie- en verwijssystemen zijn hierbij cruciaal. Ten slotte moet er **duidelijkheid zijn over de doelgroep van WoR**, dit om ‘verkeerde’ doorverwijzingen te voorkomen. Sommige

mensen hebben andersoortige of meer hulp nodig, als dit bij aanvang (via bijv. de huisarts) duidelijk is, komt de inwoner eerder en op een betere plek terecht met zijn hulpvraag.

Betrekken van huisartsen

In alle zes gemeenten werd moeite ervaren met het betrekken van huisartsenpraktijken ten behoeve van meer integrale samenwerking. Duidelijkheid over de rolverdeling en heldere procesafspraken zijn voor het duurzaam betrekken van huisartsen een eerste voorwaarde. Door de hoge werkdruk van huisartsen blijkt de betrokkenheid een ware uitdaging. *Een goede manier om de huisartsenpraktijken duurzaam te (blijven) betrekken is door bij de opzet en promotie van de interventies samen te werken met de overkoepelende huisartsenzorggroep in de betreffende gemeente of regio betrekken.* Daar waar een huisartsenzorggroep of ander samenwerkingsverband van huisartsen was betrokken, lijkt de uitvoering van WoR verder qua ontwikkeling dan waar dit niet het geval is. Daarnaast is overleg met de betreffende **zorgverzekeraars** aan te raden, om voldoende financiering van de uren voor de POH's en huisartsen om te promoten en vast te leggen. Een belangrijke voorwaarde binnen WoR om de samenwerking en betrokkenheid van huisartsen te vergroten is het inrichten van frequent overleg tussen de welzijnscoach en huisartsenpraktijk. Zichtbaarheid en **actieve inzet van de welzijnscoach** is hierin van groot belang. In dit project Samen in Beweging merkten we dat de welzijnscoach hierin een belangrijke rol als initiator heeft: deze moet actief de huisartsen blijven betrekken en aandringen op frequent contact.

Continuïteit

Zoals in paragraaf 2.4 van dit rapport staat beschreven is continuïteit van belang voor een succesvolle samenwerking, op verschillende niveaus. In dit project zagen we in veel gemeenten discontinuïteit op beleids- en organisatorisch niveau. Ten eerste is voor het succesvol uitrollen en continueren van de interventies nodig dat de rol van de **welzijnscoach** voldoende ingebed wordt in de lokale situatie. Er moeten voldoende uren voor deze aanjagersrol van de welzijnscoach zijn, die nu per gemeente nogal uit elkaar liepen. Daarnaast is het van belang dat bij (tijdelijke) uitval of vertrek van de welzijnscoach vervanging geregeld is en het primaire proces door kan lopen. In verschillende gemeenten

was dit niet het geval en lagen ontwikkelingen rondom WoR en de directe uitvoering van WoR een (lange) tijd stil. Een mogelijke manier om de uitval van welzijnscoaches te ondervangen is door de specifieke kennis van de interventie en de bijbehorende taken van de welzijnscoach niet te beleggen bij één welzijnsmedewerker, maar bij twee of meer. Het is aan te raden om verantwoordelijkheid en de kennis breder te beleggen binnen een team van een welzijnsorganisatie, en ze te integreren in de dagelijkse werkzaamheden.

Op **uitvoeringsniveau van activiteiten**, die vaak door vrijwilligers worden gedragen en uitgevoerd, is ook een risico voor het ontbreken van continuïteit zichtbaar. Veel activiteiten binnen de gemeenten komen vrijwilligers tekort. Na de covid pandemie is dit zelfs een groter probleem geworden, vrijwilligers die niet teruggekomen zijn. Daarnaast zijn in de gemeenten er veel (oudere) vrijwilligers actief, die zelf ook hulp of begeleiding bij hun werk nodig hebben. Een randvoorwaarde is daarom professionele inzet ter ondersteuning van het vrijwilligerswerk. Dit kan op verschillende wijzen vormgegeven kan worden. Zo kan er een vrijwilligersbegeleider aangewezen worden vanuit welzijnsinstellingen, maar er kan ook ingezet wordt op professionalisering van de vrijwilligers zelf, wat inhoudt dat zij betaald en getraind worden voor de uitvoer van activiteiten.

Tevens is het bij beide interventies van belang dat deze **in beleid verankerd** worden binnen de gemeente. Door personeelwisselingen binnen gemeenten en vierjaarlijkse politieke veranderingen is beleidscontinuïteit in een aantal gemeenten zwak gebleken.

Sociale kaart en activiteitenaanbod

Een andere vereiste voor WoR is dat er voldoende **gevarieerdheid in het aanbod van activiteiten** is om naar door te verwijzen. Naarmate de tijd verliep en de interventies zich ontwikkelden, vonden inwoners van de gemeenten dat het aanbod beter aansloot bij hun behoeften. Een breder en bekender gemeentelijk aanbod is hierbij wel een belangrijke voorwaarde. WoR is een werkwijze die helpt om breder te kijken naar dit aanbod. Met breder kijken wordt bedoeld dat de activiteiten op verschillende niveaus (sociaal, fysiek, leeftijd etc.) aangeboden worden.

Succesfactoren voor goed aansluitende activiteiten zijn:

- Aandacht voor het sociale aspect van de interventie en de eventueel daaruit voortvloeiende activiteiten. Elkaar ontmoeten, gezelligheid, collectiviteit en het gevoel ‘erbij te horen’ maakt dat inwoners in beweging worden gezet. Deelnemers vinden het fijn om herkenning bij elkaar te vinden en dit schept een band.
- Laagdrempeligheid van de interventie en activiteiten.
- De interventie en activiteiten dienen in eigen woonomgeving, goed bereikbaar en goed betaalbaar (of gratis) te zijn.
- Betrokkenheid en vriendelijkheid van professionals en vrijwilligers

Het is een vereiste dat er een actuele en goed vindbare **sociale kaart** per gemeente of per wijk beschikbaar is. Deze kan door een welzijnsorganisatie beheerd worden. In de meeste gemeenten bleek het lastig om dit voor elkaar te krijgen. De vraag was vooral wie dit zou moeten doen en of deze persoon er dan ook uren voor krijgt.

Samenwerking

Een goede samenwerking met betrokken zorg- en welzijnspartijen een belangrijke factor voor het succesvol uitrollen van de interventie. **De leerbijeenvakkomsten die binnen Samen in Beweging zijn georganiseerd droegen daar op belangrijke wijze aan bij:** ze versterkten daadwerkelijk de uitvoeringspraktijk en maakten er een lerende uitvoeringspraktijk van. Belangrijke element van een lerende uitvoeringspraktijk is dat alle relevante perspectieven vertegenwoordigd zijn (dus beleidsmakers, zorg- en welzijnsprofessionals en inwoner). Elkaar leren kennen, het uitwisselen van ervaringen en knelpunten lokaal en (boven) regionaal wordt als meerwaarde ervaren en kan leiden tot intensiveren van samenwerking en verbeteren van de interventies en daaruit volgende activiteiten.

5.2 Discussie

De inzet van het model Positieve Gezondheid in huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, wat in verschillende gemeenten in opkomst is, biedt kansrijke handvatten om de interventies WoR (meer) in te bedden in de gemeenten. Dit geldt ook in Steenwijkerland, waar men volgens het model van Positieve Gezondheid werkt, maar

waar huisartsen ook nog niet altijd de ruimte ervaren om door te verwijzen naar GRIP&GLANS.

Tegelijkertijd geven sociaal werkers en welzijnswerkers aan dat het werken volgens principes van Positieve Gezondheid voor hen inherent is aan hun beroep. Voor hun eigen werkwijze is het dus niet zo nieuw, maar voor de aansluiting met huisartsenpraktijken en gezondheidscentra helpt de taal van positieve gezondheid.

Een ander discussiepunt dat naar voren komt vanuit het onderzoek is de financiële inrichting van WoR. In een aantal gemeenten rees de vraag of er ook via andere routes verwezen kan worden naar WoR dan de huisarts, bijvoorbeeld door een (sociaal) Wijkteam of een fysiotherapeut. Het zou mogelijk interessant zijn te onderzoeken of dit passend en van meerwaarde te zijn. Tegelijkertijd kan dit met name bij sociaal werkers en welzijnswerkers de reactie oproepen wat de meerwaarde daar van is. Welzijnswerkers bieden namelijk hulp en aanbod aan iedere inwoner met een vraag rondom zijn of haar welbevinden, Welzijn op Recept of niet. Wordt er dan een (extra) systeem opgetuigd, voor werk dat toch wel wordt gedaan?

Tevens kan de financiering via de huisarts niet een stimulans of opdracht moeten zijn voor huisartsen om dit te integreren in hun praktijk *mits* ze de meerwaarde zien van werken aan mentaal welbevinden en welzijn van hun patiënten.

5.3 Aanbevelingen

Op basis van de opbrengsten van deze vier jaren ‘Samen in Beweging’ bevelen we in de eerste plaats aan om **continuïteit te waarborgen** van de geïmplementeerde activiteiten. Ze hebben een positief effect, zetten kwetsbare inwoners daadwerkelijk in beweging, en dat heeft positief effect op hun welbevinden en welzijn. Maar de hele implementatie heeft tijd gekost om goed ingebed te worden in de lokale situatie, en tijd om bekend te raken bij huisartsen, tijd en investering om WoR ook in de werkprocessen in te richten. Ook heeft het een investering gekost in elke gemeente om de sociale kaart die nodig is om goed door te verwijzen, goed samen te stellen. We constateren dit ook in onze eerdere publicatie ‘Nederland participatieland’ (Jager-Vreugdenhil et al., 2022): goede samenwerking tussen zorg en welzijn

levert heel veel op, maar kost ook ongebruikelijk veel tijd van alle betrokken schakels. En omdat het veel tijd kost voordat de samenwerking iets oplevert, is het belangrijk om op het moment dat dit gebeurt ook goed door te gaan op de ingeslagen weg. Uit dit onderzoek rond 'Samen in Beweging' horen we dat ook van veel betrokkenen: dat wat nu goed is gaan lopen, moet nu ook continuïteit krijgen, en niet stoppen aan het eind van het project. Het moet nu in de reguliere werkwijze gaan passen dat de welzijnscoach en huisarts kunnen blijven investeren in frequent contact om doorverwijzingen soepel te kunnen laten verlopen; de sociale kaart moet *up to date* blijven; er moet ruimte zijn voor het volgen van de mensen die eenmaal via de gekozen interventies in beweging zijn gebracht. In het algemeen begint het werken vanuit Positieve Gezondheid en interventies die dat concreet handen en voeten geven na enkele jaren wat nu meer bekend te raken. Het heeft tijd gekost bij alle nodige schakels in de keten – de huisartsenpraktijk, de welzijnscoach, de sport- en welzijnsactiviteiten, de gemeente. Nu komen in het vierde jaar van het project de doorverwijzingen goed op gang en blijkt het positieve effect op de deelnemende inwoners. Bij de verschillende schakels in de keten horen we nu wel enige terughoudendheid over hoeveel ze zelf hierin blijven investeren, als niet heel duidelijk is dat ook de andere schakels blijven investeren. Continuïteit van gemeentelijk beleid inclusief helderheid over de financiering (al dan niet door de gemeente zelf) op langere termijn is nodig, juist ook van de schakels waar het door succesvolle invoering van WoR extra 'druk' wordt: de welzijnscoaches en de sport- en welzijnsactiviteiten. Voor de sport- en welzijnsactiviteiten kan dat ook betekenen dat randvoorwaarden zoals professionalisering of professionele ondersteuning aandacht vragen.

Er worden tijdens dit project wel vragen gesteld over wat er nu 'van Samen in Beweging' is, wat 'van Welzijn op Recept' is, en wat gewoon bij de reguliere werkwijze hoort. De projecten en de interventie mogen dan nu wel echt nodig zijn om het meer gebruikelijk te maken dat mensen verwezen worden naar welzijns- en sportactiviteiten, maar dat zou ook vanuit andere schakels in de keten (een sociaal team, een fysiotherapeut) vanzelfsprekend moeten kunnen gebeuren. Waar het om gaat is uiteindelijk een **helder werkproces** voor iedereen. Iedereen die een rol heeft rond kwetsbare inwoners

zou goed moeten weten wat er mogelijk is en wat andere 'schakels' in de keten nodig hebben. Dit heeft ook alles met de eerste aanbeveling te maken: de nieuwe manieren van integraal samenwerken rond inwoners hebben tijd nodig gehad om bekend te worden en helder te worden, en vragen nu vooral om voortgezet te worden en verder in te bedden in de werkprocessen van alle schakels.

De huisartsenpraktijk is een belangrijke schakel in het in beweging krijgen van kwetsbare groepen. Het is een laagdrempelige plek om vragen te stellen en een vertrouwde partij om van te horen wat goed zou zijn voor het welbevinden en de gezondheid in brede zin. Om huisartsen goed in te schakelen is het specifiek voor WoR belangrijk **aangesloten wordt op de huidige systemen van huisartsen** voor de registratie, doorverwijzing en ook terugkoppeling; als er een heel ander systeem opgezet zou worden voor, zou het voor huisartsen niet aantrekkelijk zijn aan te sluiten; zij zouden juist ontlast moeten worden door WoR. Hierbij zou het helpend zijn als een medewerker vanuit de huisartsenkoepels tijd kan investeren in WoR, zodat vanuit de organisatie van de huisartsen zelf goed meegedacht kan worden over goede aansluiting van de systemen van WoR op de werkprocessen van de huisartsenpraktijken. Maar ook vice versa, als vanuit de huisartsenkoepel geïnvesteerd kan worden in duurzame contacten met welzijns- en sportorganisaties.

Om deze eerste twee aanbevelingen ook financieel mogelijk te maken is belangrijk dat ook op het niveau van de **financiële systemen** ruimte gemaakt wordt voor de samenwerking tussen zorg en welzijn. Op dit moment is het zo dat als succesvol gewerkt wordt aan integrale samenwerking tussen zorg en welzijn, dit in theorie voordelig zou kunnen uitpakken voor de zorgverzekeraars als financiers van de huisartsen (want als WoR of GRIP&GLANS succesvol zijn neemt de druk op de zorgkosten af), maar dat de kosten voor de gemeenten als opdrachtgever van de welzijnscoach, het welzijnswerk en de ondersteuner van sport- en vrijwilligersorganisaties juist op zouden kunnen lopen. Het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept werkt momenteel aan het inzichtelijk maken en onderbouwen van waar de kosten en opbrengsten van de interventie in de praktijk liggen. We bevelen aan de uitkomsten daarvan goed te benutten. Tegelijk mag

dit niet alleen een financieel vraagstuk zijn; want het in beweging komen is goed voor het welzijn en welbevinden van inwoners, en dat heeft een intrinsieke waarde. Willen we als samenleving dat mensen minder medische zorg nodig hebben doordat ze gezonder leven, dan is niet alleen investering in de zorg nodig, maar juist ook investering in welzijnswerk, sport en vrijwilligerswerk. Er wordt al te gauw vanuit gegaan dat organisaties waarin veel vrijwilligers werken, gratis werken; maar er is wel degelijk financiering nodig voor hun functioneren. We zien een bevestiging van deze aanbeveling in het recent tot stand gekomen Integraal Zorgakkoord, waarin niet alleen de samenwerking tussen zorgpartijen wordt beschreven, maar waarin ook uitspraken worden gedaan over de versterking van het sociaal domein en de sociale basis. Dit onderzoek onderstreept dat het van belang is om afspraken over de onderlinge samenwerking lokaal goed uit te werken en concreet te maken. Dat vraagt overleg niet alleen met de partijen die betrokken zijn bij dit zorgakkoord (over het algemeen vertegenwoordigers van de medische schakels), maar ook de dragers van ‘de sociale basis’ zelf: naast de gemeente ook welzijnsorganisaties en vertegenwoordigers van sport- en andere vrijwilligersorganisaties.

Tenslotte willen we graag benadrukken dat de belangrijkste reden om integraal te werken rond kwetsbare inwoners zou moeten zijn: het bevorderen van welzijn en welbevinden van kwetsbare inwoners. Besparing van kosten die hiermee op langere termijn kunnen worden gerealiseerd is een belangrijk neven doel. Het integraal werken en het besparen van zorgkosten zijn het middel; de kwetsbare inwoner in beweging is het doel.

Literatuur

Algera, M., Velvis, A., Jager-Vreugdenhil, M., & Stouten-Hanekamp, M. (2019). *Hoe geïsoleerde bewoners geholpen worden door andere bewoners. Wat zou je moeten weten als je bewoners elkaar wilt laten ondersteunen om mee te doen in de samenleving?* Hogeschool Viaa.

Annegarn, A. (2019). *Onderzoek onder Amsterdamse huisartsen naar samenwerking met het sociale domein versie voor huisartsen januari 2020*. Eela.

Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. In: *Health promotion international*, 11(1), 11-18.

Baart, A., & Carbo, C. (2013). *De Zorgval*. Thoeis.

Bartholomew, L.K., & Mullen, P.D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry* 71(1): 20-33.

Berkel, L. (2020). Wat je moet weten over frailty. *NPi Service. Jaargang 9, nr. 1c. 5 februari 2020*.

Binkhorst, J. (2016). *Op zoek naar balans tussen individuele en collectieve benaderingen in de wijk. Wmo wijzer*.

Bitter, N., Leemrijse, C., & Korevaar, J. (2019). *Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg: ervaringen uit Overvecht*. Nivel.

Boelhouwer, J., Gijsberts, M., & Vrooman, C. (2014). *Verschil in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Bolks, T., Bos-de Groot, E., Jager-Vreugdenhil, M., & van der Vinne, T. (2019). *Kaderdocument Master Interprofessioneel werken met Jeugd*. Hogeschool Viaa.

Cooperrider D.L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: a positive revolution in change*. Berrett-Koehler.

Deelen, I., Özgül, P., Lagendijk, E., & Duijvestijn, P. (2018). *Wat beweegt kwetsbare groepen in Utrechtse wijken?: kwalitatief onderzoek naar motieven en belemmeringen om te sporten en bewegen*. DSP-groep

De Gruijter, M., Hermens, N., Nederland, T. & van den Toorn, J. (2013). *Meer senioren bewegen en sporten in Rotterdam*. Verweij-Jonker Instituut.

Engbersen, R., Jansen, T., & Janssens, R. (2022). *Het geheim van de lange relatie. Continuïteit als voorwaarde voor een effectief sociaal domein*. Movisie.

Goldstein S., & Naglieri J.A. (eds) (2011) *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Springer.

GRIP&GLANS (2022). *Van wetenschap naar praktijk*. Verkregen van www.gripenglans.nl, december 2022.

Haarsma, A., & Stouten-Hanekamp, M. (2019). *Visiedocument Inclusieve Samenleving 2018-2022*. Hogeschool Viaa.

Haarsma, A., Stouten-Hanekamp, M., Velvis, A., Jager-Vreugdenhil, M. & Bredewold, F. (2018). *Safe h(e)aven: meedoen en meetellen in laagdrempelige buurtprojecten*. Hogeschool Viaa.

Hoogendoorn, M., & De Hollander, E.L. (2016). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. *Briefrapport 2016-0201*. RIVM.

Huber M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout D., Leonard, B., Lorig, K., Laureiro, M.I., Van der Meer, J., Schnabel, P. Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *The BMJ*, 343(463), 235-237.

Integraal Zorgakkoord (2022). *Integraal Zorgakkoord*. Verkregen op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.

Jager-Vreugdenhil, M., Algera, M., Bos-de Groot, E., Haarsma-Wisselink, M., Stouten-Hanekamp, M., & van der Vinne, T. (2022). *Nederland Participatieland. De ambitie van de transitie in het sociaal domein en de praktijk volgens inwoners en professionals*. Zwolle: Hogeschool Viaa.

Jager-Vreugdenhil, M., Van Leeuwen, R., & Spoelstra, T. (2018). Jager-Vreugdenhil, Van Leeuwen & Spoelstra, (2018) Viaa onderzoeksbeleid 2018 – 2022. *Inhoudelijke en organisatorische kaders voor praktijkgerichte kennisontwikkeling in zorg, welzijn, theologie en onderwijs*. Hogeschool Viaa.

Jager-Vreugdenhil, M., & Linders, L. (2022). *Gevoelig voor kwetsbaarheid*. Platvorm Lectoren Sociaal Werk, www.lectorensociaalwerk.nl.

Jager-Vreugdenhil, M. (2011). Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(1), pp.76–99. DOI: <http://doi.org/10.18352/jsi.251>

Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Sociaal Cultureel Planbureau.

Kenniscentrum Sport en Bewegen, Verwey-Jonker Instituut, & Gemeente Amsterdam (2014). *Sport en bewegen als middel in het gezondheidsbeleid*. Kenniscentrum Sport en Bewegen.

Kwakernaak, M., & Compagner, M. (2022). *Vrijwilligers: cruciale krachten in Overijssel. Een verkenning naar de knelpunten van vrijwilligersorganisaties in de provincie Overijssel en hun voorgestelde oplossingen*. Verweij-Jonkerinstituut.

Lassche-Scheffer, J., Veening, M., & Teekman, C. (2021). *Rapportage interviewronde F2.2 Verslaglegging van uitkomsten uit interviewronde 2 en leernetwerken in najaar 2021 in fase 2 van de procesevaluatie van Samen in Beweging*. Hogeschool Viaa.

Lezuijn, J., Naaldenberg, J., Vaandrager, L., & Van Woerkum, C. (2015). Neighbors Connected: the interactive use of multi-method and interdisciplinary evidence in the development and implementation of neighbors connected. *Global Health Promotion* 18(1), 27-30. <https://doi.org/10.1177/1757975910393167>

Linders, L., & Verharen, L. (2022). Missie Sociaal Werk. In: Metz, J., Jager-Vreugdenhil, M., Wilken, J.P., & Witte, T. (reds.) (2022). *Sociaal werk doordacht*. SWP.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhikers guide to Salutogenesis*. Research report 2010:2. Folkhalsan Research Center.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* 21, 238-244.

Meijs, J.J., & Heijnders, M. (2019). *Welzijn op Recept. Quickscan 2019*. Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept. DOI: 10.13140/RG.2.2.20786.76488.

Meurs, P. (2019). *Interprofessioneel werken met jeugd: de professional out of the box*. Presentatie op 12 november 2019 op de conferentie 'Interprofessioneel werken met jeugd. De professional 'out of the box', Hogeschool Viaa.

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. In: *Applied Psychology* 57(4): 660-80.

Nederland, T., & Van Vliet, K. (2009). *Gezond en wel ouder worden. Evidence-based richtlijnen voor gezondheidsbevordering*. Verwey-Jonker Instituut.

Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten*. Koninklijke Van Gorcum BV.

Polstra, L., Verkooijen, L., Brinkhorst, J., van der Ende, P. C., Glasbergen, P., Van de Korput, J., Pruim, E., & Teekman, C. (2018). *De vele beelden van integraal werken: rapport van het onderzoeksproject Integraal aan het werk*. Hanzehogeschool Groningen.

Roller, M. te. (2017). *Samen (blijven) leren. De casus als kapstok voor integraal (leren) werken in het sociaal wijkteam*. Hogeschool Viaa.

Simplican, S.C., Leader, G., Kosciulek, J., & Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. In: *Research in Developmental Disabilities*, 38.

Stam, M., & Wilken, J.P. (2015). Zeven principes van transformatieleren. In: Kooiman, A., Wilken, J.P., Stam, M., Jansen, E. & Van Biene, M. (Red.), *Leren transformeren* (pp. 108-122). Movisie/Wmo-werkplaatsen.

Standing, G. (2011). *The Precariat: The New Dangerous Class*. Bloomsbury Academic.

Steверink, N. (2007). *GRIP op het leven. Door het leven meer GLANS te geven*. Workshop bij het symposium Zelfmanagement georganiseerd, CBO 1 februari 2007

Storm, I., Van Zoest, F., & Den Broeder, F. (2007). *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Stouten-Hanekamp, M., Velvis, A., Van Garderen, M. Jansen-van Vilsteren, M., Izeboud, C., & Duijzer, G. (2020). *Samen in beweging met kwetsbare inwoners. Tussenrapportage van fase 1 – projectjaar 1: Inzicht in motieven en behoeften van kwetsbare groepen om ‘in beweging’ te komen en de kansen voor integraal samenwerken rondom dit vraagstuk*. Hogeschool Viaa.

Teekman, C., Kampen, E. V., Pruim, E., & Algera, M. (2019). *Collectief en individueel werken in balans: Hoe werkt het?* (Doctoral dissertation, Viaa). Hogeschool Viaa.

Tol, M., Wagemakers, A., & Lezwijn, J. (2015). De ActiviteitenDialoog: plannen maken doe je samen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 93: 209-212.

Van Campen, C. (red.).(2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Van den Dool, R. (2019). *Motivatatie volwassenen om te sporten en bewegen: factsheet 2019/2*. Mulier Instituut.

Wierdsma, A., & Swieringa, J. (2011 3e druk). *Lerend organiseren en veranderen, als meer van hetzelfde niet werkt*. Noordhoff.

Wijsbroek, S. (2019). *Natuurlijk samenwerken*. Presentatie op 12 november 2019 op de conferentie ‘Interprofessioneel werken met jeugd. De professional ‘out of the box’, Hogeschool Viaa.

Bijlage A

Vragenlijsten

Vragenlijst gebruikt in fase 1

Professionals/Stakeholders

OPENINGSVRAAG

Ten aanzien van het beweegaanbod binnen mijn gemeente ben ik positief over...

Laat deelnemers de reactie op een post-it schrijven en voorlezen. Post-its verzamelen.

CENTRALE TOPICS

Topic 1: Inventarisatie huidig beweegaanbod (staat i.r.t. openingsvraag)

Voorbeeld introductievraag

- Welke sport- en beweeginterventies worden er binnen de gemeente aangeboden?

Aspecten waarop kan worden doorgenvraagd:

- Wat werkt
- Wat zijn de succesfactoren van het huidige aanbod

Topic 2: Participatie kwetsbare burgers

Voorbeeld introductievraag

- Hoe stimuleert u kwetsbare deelnemers deel te nemen aan sport- en (beweeg)activiteiten

Aspecten waarop kan worden doorgenvraagd:

- Wat werkt hierin volgens het beste? Wat maakt dat dit werkt (succesfactoren)?
- Op welke manier wordt er rekening gehouden met kwetsbaarheid?
- Hoe probeert men aan te sluiten bij de kwetsbaarheid van de deelnemers?

Topic 3: Inschatting behoeften doelgroep

Voorbeeld introductievraag

- Waar hebben kwetsbare burgers behoefte aan t.a.v. deelname aan sport- en (beweeg)activiteiten?

Aspecten waarop kan worden doorgenvraagd:

- Fysieke behoeften? (omgeving/lichamelijk)
- Sociale behoeften? (steun omgeving/groepsgevoel)
- Economisch (kosten)
- Beleid vanuit gemeente
- Wat kan bewegen volgens u bijdragen aan andere dimensies van Positieve Gezondheid?
- Houdt u daar rekening mee in uw aanbod/benadering?

Topic 4: Integrale samenwerking

Voorbeeld introductievraag

- Hoe wordt er samengewerkt met verschillende disciplines (huisarts, buurtsportcoaches, vrijwilligersorganisaties, ect?)

Aspecten waarop kan worden doorgenvraagd:

- Wat merkt u van het beleid van de gemeente? Waar heeft u waardering voor?
- Verloop van samenwerking
- Succesfactoren
- Belemmeringen

DISCUSSIE

Topic 5: Toekomstdroom/verwachting

Voorbeeld introductievraag

- Waar willen jullie over 5 jaar staan? Hoe ziet het ideale beweegaanbod binnen uw gemeente eruit?

Deelnemers hier individueel over na laten denken en laten noteren op post-it. Kort rondje waarbij de deelnemers de post-it's voorlezen.

Aspecten waarop kan worden doorgenvraagd:

- Wensen
- Wat is nodig om de droom te verwezenlijken

Vragenlijst gebruikt in interviewrondes fase 2 (ronde 3 en 4)

Interviewhandleiding + topiclijst

1. Hoe verloopt volgens jou de uitvoering van Welzijn op Recept* gericht op welzijn?

(*Afstemmen op de persoon, binnen welke gemeente die geïnterviewd wordt en of/welke activiteiten er gekoppeld zijn aan WoR (Steenwijkerland heeft andere interventies:

Trainingen positieve gezondheid met daaraan gekoppeld een leernetwerk; Huisbezoeken 75+; Grip en Glans).

Doorvragen per activiteit:

- Wat gaat er goed? Welke factoren bepalen dit succes?
- Worden gestelde doelen behaald?
- Wat zijn volgens jou belangrijke randvoorwaarden voor het succesvol uitvoeren van de activiteit? (denk aan voldoende financiën; mankracht; (inclusief/passend) aanbod; vrijwilligers, mogelijkheden tot overdracht etc., samenwerking/netwerk)

2. [respondenten van de gemeente kunnen vraag 2 overslaan en naar vraag 3 (en 4, 5) gaan]

(Voorafgaand aan interview per gemeente doelgroep SiB opzoeken. Dit benoemen in het interview. En dan per activiteit vragen stellen of de doelgroep wordt bereikt)

Als je kijkt naar in hoeverre de interventies/activiteiten aansluiten bij de behoeften van de doelgroep. Wat voor cijfer geef je dan in deze ronde?

Doorvragen per activiteit:

- Wat maakt dat je dit cijfer geeft?
- Succesfactoren?
- In hoeverre bereik je met jouw activiteiten/WoR de doelgroep van het project Samen in Beweging?
- Evt. welke mensen horen voor jou bij de doelgroep?

3. Hoe waardeer je de samenwerking rondom Samen in Beweging tussen de verschillende betrokken partijen, vanuit welzijn, zorg, gemeente en overige organisaties? Welk cijfer geef je deze samenwerking in deze ronde?

Doorvragen:

- Wat maakt dat je dit cijfer geeft?
- Weet men elkaar te vinden, is er al beter zicht op elkaars aanbod? Is de sociale kaart ontwikkeld en duidelijk genoeg? Of is deze nog in ontwikkeling?
- Wordt er al naar elkaar verwezen? Hoe verloopt dit proces? Merk je dat er naar jou wordt doorverwezen? Vanuit gemeente, huisarts etc...
- Heeft de Corona-crisis nog invloed op de samenwerking?
- Worden ook organisaties van de doelgroep/ eindgebruikers betrokken? Zoals bijv. vrijwilligersorganisaties of burgerinitiatieven?
- Wat zijn volgens jou belangrijke randvoorwaarden voor een goede samenwerking)?
- Waar ben je tevreden over? Waar ben je trots op? Waarom?
- Zijn de juiste professionals/mensen betrokken?
- Wat kan beter? Waar heb je behoefte aan?

4. [deze vraag is alleen gesteld in ronde 4]

In vier interviewrondes hebben we in ...invullen plaats... meegekeken naar de ontwikkeling van het project Samen in Beweging en de activiteiten van Welzijn op Recept. **Wat zou je zelf nog willen toevoegen over dit proces/ traject?**

5. [vraag 5 is alleen voor respondenten van de gemeente] Beleidsmedewerkers: Welke uitdagingen zie je vanuit het perspectief van de gemeente voor de uitvoering van de genoemde ...activiteiten*? (denk aan financiën/borging/ ontschotting)

Doelgroepen

OPENINGSVRAAG

Maak de volgende zin af: Bewegen is voor mij....

Laat deelnemers de reactie op een post-it schrijven en voorlezen. Post-its verzamelen (plakken op flap of muur)

CENTRALE TOPICS

Topic 1: Motieven (en belemmeringen) om te bewegen

Voorbeeld introductievraag

- Wat is voor u de belangrijkste reden om te bewegen?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Fysiek/sociaal (uitbreiding netwerk)/...
- Belemmeringen
- Welke activiteiten zijn zinvol
- Beweeggeschiedenis (heeft men vroeger ook gesport)

Topic 2: Bekendheid met het beweegaanbod

Voorbeeld introductievraag

- Bent u bekend met het beweegaanbod binnen uw gemeente? ZO ja; kan u hier voorbeelden van noemen?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Voorbeelden van (beweeg)activiteiten
- Via welke weg wordt men op de hoogte gehouden van het aanbod

Topic 3: Behoeften t.a.v. het beweegaanbod/in beweging komen

Voorbeeld introductievraag

- Wat is voor u belangrijk om in beweging te kunnen komen?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Factoren die stimuleren deel te nemen aan activiteiten
- Wat onderneemt de deelnemer zelf
- Fysieke omgeving (bijvoorbeeld bereikbaarheid)
- Economische aspecten (kosten)
- Sociale omgeving (steun/stimulans/belemmering)
- Verwachtingen werkwijze/houding van begeleider van (beweeg)activiteit
- Randvoorwaarden van de activiteit

DISCUSSIE

Topic 4: Wensen

Voorbeeld introductievraag

- Doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een passend beweegaanbod. Hoe moet de dienst/voorziening/activiteit eruit zien om er gebruik van te willen maken?

Aspecten waarop kan worden doorgevraagd:

- Wensen
- Waar moet het aan voldoen
- Hoe zou u hier zelf aan willen/kunnen bijdragen

Bijlage B
Bijeenkomsten en betrokkenen
per gemeente in fase 1

Gemeente	Bijeenkomsten via bestaande structuren	Georganiseerde bijeenkomsten	Betrokken partijen in de bijeenkomsten en gesprekken
Hardenberg	Beleidsoverleg gemeente	Groepsinterview met stakeholders, Groepsinterview met inwoners, bijeenkomst met stakeholders en inwoners (20 deelnemers), dialoogsessie met werkgroep, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers sport en gezondheid, huisarts, welzijnsorganisatie De Stuw, fysiotherapeut, Samen Doen Team, Thuiszorg, vrijwilligersorganisatie Krimse Kracht, Netwerk Gewoon Gezond, ouderen, leidster - Meer Bewegen voor Ouderen
Kampen	Beleidsoverleg gemeente Multidisciplinair overleg Stichting Eerstelijns zorg Werkgroep laagdrempelige wandelgroep door integrale samenwerking	2 groepsinterviews met stakeholders, interview met inwoners, bijeenkomst met stakeholders en inwoners (18 deelnemers), dialoogsessie met werkgroep, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers gezondheid, sport en sociaal domein, WMO-consulent, Sportservice Kampen, sportcentrum, welzijnsorganisatie Welzijn Kampen, fysiotherapeut, POH, Humanitas, Buurtzorg, Maatschappelijk werk, raadsleden
Oost Gelre	Beleidsoverleg gemeente Aansluiting bij Achterhoek in Beweging	2 groepsinterviews met ouderen en stakeholders; Groepsinterview met professionals; Bijeenkomst over analyseresultaten en interviews samen met Winterswijk; Activiteitendialoog; Bilaterale gesprekken	Beleidsmedewerkers publieke gezondheid en sport, Achterhoek in Beweging, inwoners Mariënelde, WMO-raad, Ouderenbond, Zorginstellingen Marga Klompé en Careaz, Seniorenbelang, POH, wijkverpleegkundige
Steenwijkerland	Beleidsoverleg gemeente Netwerk Inclusief Wonen 2x Inloopochtenden Sociaal Werk De Kop 3x	Groepsinterviews met stakeholders, 2 groepsinterviews met inwoners, 3 1-op-1 interviews met inwoners, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers gezondheid en sport, welzijnsorganisatie Sociaal Werk de Kop, buurtwerker sport, procesmanager Inclusief Wonen
Winterswijk	Beleidsoverleg gemeente Aansluiting bij Achterhoek in Beweging	Groepsinterview met inwoners; 2 groepsinterviews met stakeholders en professionals; Bijeenkomst over analyseresultaten en interviews samen met Oost Gelre; Activiteitendialoog; Bilaterale gesprekken	Beleidsmedewerkers publieke gezondheid, sport en ouderen, buurtsportcoach, wijkverpleegkundige, zorginstelling Sensire, Achterhoek in Beweging, sportcentrum de Tuunte, Seniorenraad, ouderenadviseur, zwembad, sociaal team
Zwartewaterland	Beleidsoverleg gemeente Netwerk Samen Zwartewaterland Samenwerken in de Wijk in Genemuiden	2 groepsinterviews met stakeholders, groepsinterview met inwoners, bijeenkomst met stakeholders en inwoners (15 deelnemers), dialoogsessie met werkgroep, bilaterale gesprekken met professionals	Beleidsmedewerkers gezondheid, sociaal domein, sport en participatie, buurtsportcoach, welzijnsorganisatie, Philadelphia Wonen, MEE, deelnemers Back on Track, WMO-consulent, POH, Therafit, Maatschappelijk werk, JP van den Bent, Fytac PMT, In Balans, RIBW

Bijlage C
**Gemeentelijke en bovenregionale
leernetwerken**

Datum	Activiteit	Gemeente
Gemeentelijke leernetwerken		
2-7-2020	Online minileernetwerk/overleg sport- en welzijnscoaches	Alle
17-9-2020	Leernetwerk Winterswijk (n=5 aanwezig, fysiek)	Winterswijk
24-9-2020	Leernetwerk Oost Gelre (n=7 aanwezig, fysiek)	Oost Gelre
21-10-2020	Leernetwerk De Krim (n= 7 aanwezig, online)	Hardenberg
04-02-2021	Leernetwerk Oost Gelre (n=12, online)	Oost Gelre
22-4-2021	Leernetwerk Winterwijk (n=9 aanwezig, online)	Winterswijk
11-5-2021	Leernetwerk Oost Gelre (n=14 aanwezig , online)	Oost Gelre
29-6-2021	Leernetwerk Zwartewaterland (n=5 aanwezig (excl. organisatie), online)	Zwartewaterland
22-9-2021	Leernetwerk Oost Gelre (n=12 aanwezig, fysiek)	Oost Gelre
23-11-2021	Leernetwerk Zwartewaterland (n=7 aanwezig, online)	Zwartewaterland
5-4-2022	Leernetwerk Kampen (n=7 aanwezig, online)	Kampen
10-5-2022	Leernetwerk Steenwijkerland (n=4 incl. trainer Positieve Gezondheid/leider leerbijeenkomst aanwezig, fysiek)	Steenwijkerland
2-6- 2022	Leernetwerk Winterswijk (n=12, fysiek)	Winterswijk
30-8-2022	Leernetwerk Zwartewaterland (n=7, online)	Zwartewaterland
12-9-2022	Leernetwerk Kampen (n=5, fysiek)	Kampen
13-9-2022	Leernetwerk Steenwijkerland (n=6 incl. trainer positieve gezondheid/leider leerbijeenkomst, fysiek)	Steenwijkerland
27-9-2022	Evaluatie van leernetwerk Winterswijk (n=3, online)	Winterswijk
24-10-2022	Leernetwerk Kampen (n=15, fysiek)	Kampen
8-11-2022	Leernetwerk Oost Gelre (n=12, fysiek)	Oost Gelre
17-11-2022	Leernetwerk Steenwijkerland (n=5,fysiek)	Steenwijkerland
Bovenregionale leernetwerken		
8-12-2020	Bovenregionaal leernetwerk (n=10 aanwezig, online)	Alle
13-4-2021	Bovenregionaal leernetwerk (n=25 aanwezig, online)	Alle
24-6-2021	Bovenregionale leernetwerk (n=16 aanwezig, online)	Alle
28-6-2021	Training WOR voor welzijnscoaches (door Jan Joost Meijs) N=13 aanwezig (6 welzijnscoaches Hardenberg, 5 uit Kampen, 1 uit Zwartewaterland en 1 uit Zwolle), online	Hardenberg, Kampen, Zwartewaterland, Winterswijk
4-11-2021	Bovenregionale leernetwerk (n=16 aanwezig, online)	Alle
10-3-2022	Bovenregionale leernetwerk (n=15 aanwezig, online)	Alle
13-12-2022	Bovenregionale leernetwerk (n=15 aanwezig, online)	Alle

Bijlage D

Codeboom Samen in Beweging met kwetsbare inwoners fase 2

Categorie	Subcategorie	Subsubcategorie	Specificatie?
Samenwerking	Statusquo	Betrokken	
		Cohesie	
		Rolverdeling	
		Eigenaarschap	
		Succesfactoren	(specificatie)
		Belemmeringen	(specificatie)
		Expertise	
		Overig	
	Gewenst	Betrokken	
		Cohesie	
		Rolverdeling	
		Eigenaarschap	
		Expertise	
		Overig	(specificatie)

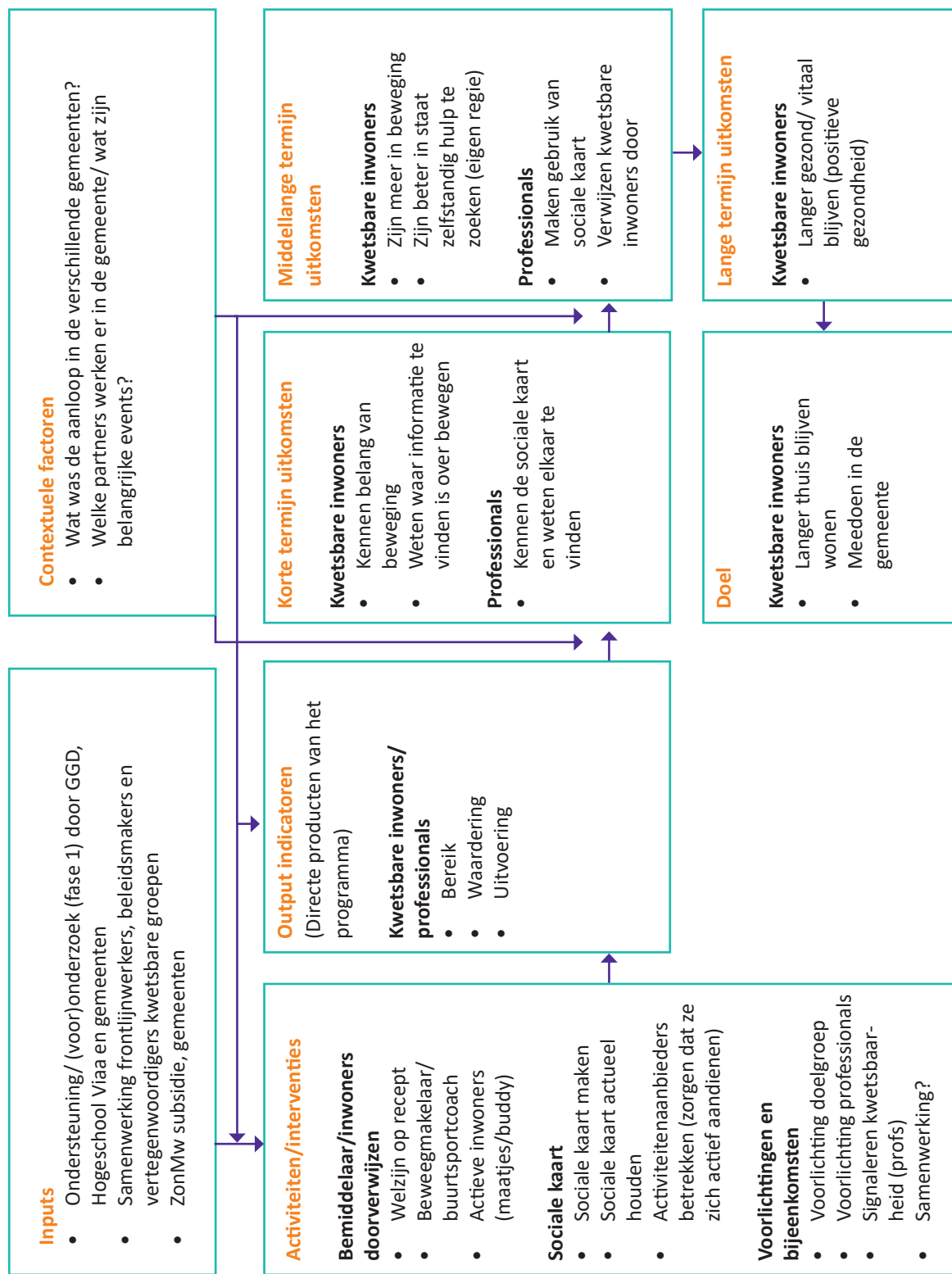
Categorie	Subcategorie	Subsubcategorie	Specificatie?
Uitvoering	Statusquo	Doorverwijzingen	
		Vrijwilligers	
		Financiering	
		Borging	
		Aansluiting doelgroep	Behoeften
			Inclusiviteit
		Succesfactoren	(specificatie)
		Belemmeringen	(geen uitvoer activiteit PvA)
			(specificatie)
		Betrokkenen	
		Eigenaarschap	
		Rolverdeling	
		Samenwerking	
		Aanbod	(specificatie)
		Cijfer aansluiten	
		Cijfer samenwerking	
		Overig	
	Gewenst	Doorverwijzingen	
		Aanvullend aanbod	
		Vrijwilligers	
		Financiering	
		Borging	
		Aansluiting doelgroep	Behoeften
			Inclusiviteit
		Betrokkenen	
		Rolverdeling	
		Samenwerking	
		Eigenaarschap	
		Overig	(specificaties)

Codeboom professionals (stakeholders), alleen gebruikt in fase 1

Huidig aanbod: ind./org./bel. + vrije code
Stimulerende factoren: ind./org./bel. + vrije code
Belemmerende factoren: ind./org./bel. + vrije code
Behoeften: ind./org./bel. + vrije code
Integrale samenwerking: ind./org./bel. + vrije code
Ideaal beweegaanbod: ind./org./bel. + vrije code

Bijlage E

**Logisch model – samen in Beweging
met kwetsbare inwoners**



Bijlage F

Respondenten interviewrondes fase 2

Gemeente	Aantal interviews/ronde			
	<i>Ronde 1</i> <i>Voorjaar 2021</i>	<i>Ronde 2</i> <i>Najaar 2021</i>	<i>Ronde 3</i> <i>Voorjaar 2022</i>	<i>Ronde 4</i> <i>Najaar 2022</i>
Winterswijk	1 Sportclub 2 Welzijn	3 Welzijn	3 Welzijn	2 Welzijn
Oost Gelre	1 Ouderenbond 1 Welzijn 1 Ambtenaar	3 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar
Zwartewaterland	1 POH 1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 POH 2 Welzijn 1 Ambtenaar	1 POH 1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 POH 1 Welzijn 1 Ambtenaar
De Krim	1 Fysio 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Ambtenaar
Kampen	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 PoH 1 Welzijn 1 Ambtenaar
Steenwijkerland	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar	1 Welzijn 1 Ambtenaar	3 Welzijn 1 Ambtenaar
Totaal:	15	17	14	15

Notities

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Samen in beweging met kwetsbare inwoners

Slotrapportage van het vierjarige project in de gemeenten Kampen, Hardenberg,
Oost Gelre, Steenwijkerland, Winterswijk en Zwartewaterland

ISBN 978-90-833043-1-1



9 789083 304311 >