



Medisch en sociaal verbonden

Over de gouden kansen van samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal werk

*Langer
thuis* 



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Colofon

Auteurs: Jan Willem van de Maat, Carina Ballering en Hilde van Xanten

Met dank aan: Peter Alders, Marion Bakkes, Hugo Bakkum, Ulla Becker, Henk Boogaart, Marieke Doornemalen, Annette Duivenvoorden, Jessica Fifis, Ruud Gebel, Karen de Groot, Danielle Harkes, Ingrid van der Heijde, Bert Hesdahl, Sanne Huiden, Stijn de Jong, Marianne van der Kaaij, Koen Kasper, Sandra Kessels, Susan Korthagen, Brigitte Kruik, Nienke Kuyvenhoven, Louisa Lambillion, Pien van Langen, Mirjam de Leeuwe, Els Licht, Sonja Liefhebber, Evelyne Linssen, Björn Maessen, Marcel Mathijssen, Susan Meijerink, Jan Joost Meijs, Margriet Mol, Frans van Muilwijk, Wilma Nijenhuis, Christine van der Pol, Pauline Portegies, Coen Ronde, Petra Scholte, Jeannette Smiesing, Netty van Triest, Joke Verbaan, Denise Walraven, Raymond Weg, Annet Wind.

Fotografie: Marc Bolsius (p. 14, 27), De Nationale Beeldbank / Hugo Vermonde (p. 8) / Marlinde (p. 18).

Vormgeving: Ontwerpbureau Suggestie & illusie

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van de bronvermelding: © Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken.

U kunt deze publicatie gratis downloaden via www.movisie.nl/langerthuis

De inhoud van deze publicatie is met grote zorg samengesteld. Desondanks is Movisie niet aansprakelijk voor de eventuele schade die ontstaat door het gebruik van deze informatie.

Deze publicatie is tot stand gekomen dankzij financiering van het ministerie van VWS.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Langer Thuis

Deze publicatie verschijnt in het kader van het Kennis- en experimentenprogramma Langer Thuis. Langer Thuis is een programma van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, Movisie en Platform31, ondersteund door de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Een samenwerking van Movisie, Platform31 en
Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenwerken is noodzakelijk	5
Over het onderzoek	7
Goede voorbeelden	10
Bij welke gezondheidsvragen past een verwijzing?	12
Wat werkt goed bij het verwijzen?	15
Wat levert het verwijzen op?	19
Samenvatting en aanbevelingen	22
Literatuur	26
Bijlage: Beschrijvingen van voorbeeldprojecten	28

Voorwoord

Een soepele en duurzame samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het sociaal werk komt burgers direct ten goede. Het onderwerp staat daarom al geruime tijd op de agenda van zowel (gezondheids)zorg- en welzijnsorganisaties, als cliëntenorganisaties en de gemeente. In de praktijk blijkt het echter lastig te zijn om de samenwerking duurzaam vorm te geven.

Gouden moment

Het verlenen van integrale ondersteuning en zorg (gericht op alle levensdomeinen) staat centraal in de huidige transformatie in zorg en ondersteuning. Het is nu dus een 'gouden moment' om de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal werk stevig vorm te geven. Als het nu niet lukt, wanneer dan wel?

Focus en doelgroep

Omdat samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het sociaal werk een veelomvattend thema is, is het nodig om te focussen. Wij hebben ons met dit onderzoek primair gericht op deze twee vragen: *Bij welke sociaal-emotionele problematiek kunnen professionals vanuit de huisartsenpraktijk doorverwijzen naar het sociaal werk? En wat werkt goed bij het verwijzen en samenwerken?* Het gaat ons dus in de eerste plaats om het proces van doorverwijzen en niet zozeer om wat het sociaal werk, in al haar verscheidenheid, kan betekenen. De belangrijkste doelgroep van deze

publicatie bestaat dan ook uit professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast richten we ons vanzelfsprekend ook op de professionals van het sociaal werk die de samenwerking met de eerstelijnszorg actief willen opzoeken. Ook denken wij dat de handvatten die we aanreiken nuttig kunnen zijn voor vrijwilligersorganisaties in de wijk. En niet in de laatste plaats hopen we dat deze publicatie ook medewerkers van gemeenten en zorgverzekeraars inspireert én motiveert om hun bijdrage te leveren aan een duurzame samenwerking.

Jan Willem van de Maat, Carina Ballering en Hilde van Xanten

Samenwerken is noodzakelijk

De beweging naar langer thuis wonen van ouderen is al in de jaren tachtig ingezet. De laatste jaren is de weg naar het verzorgingshuis steeds verder beperkt. Waar ouderen voorheen, als zij dat wilden, met lichte Zorg Zwaarte Pakketten (1 tot en met 3) naar een verzorgingshuis konden verhuizen, is dat nu niet meer mogelijk. Ondersteuning en zorg voor kwetsbare ouderen dienen daarom nu in de wijk, dichtbij de thuis wonende ouderen, vormgegeven te worden. De huisarts, de praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige hebben daarbij, naast hun behandelende functie, een belangrijke signalerende en verwijzende functie. Ouderen van wie de gezondheid afneemt of die vereenzamen, komen vaak als eerste bij hen in beeld. Uit een recent onderzoek van de Nederlandse Omroep Stichting (NOS) (april 2015) blijkt echter dat maar liefst driekwart van de huisartsen de zorg voor ouderen onvoldoende vindt. Zij zien onder meer vereenzaming en ouderen die slecht eten en drinken.

Brede kijk op gezondheid

Doordat bij de ondersteuning en zorg voor ouderen steeds meer de nadruk komt te liggen op de kwaliteit van leven is het nodig om niet alleen te kijken naar de fysieke gezondheid van ouderen, maar naar de mens als geheel, inclusief de mentale en sociale gezondheid. De nieuwe definitie van gezondheid sluit daar naadloos op aan: 'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' (Huber, 2012). Naast een brede kijk op gezondheid staat in deze definitie

het perspectief van de oudere, en niet dat van de hulpverlener, centraal. In de gezondheidszorg wordt dat ook wel 'persoonsgericht werken' genoemd; het aansluiten bij de wensen en doelen van mensen zelf.

Vorm geven aan integrale zorg

Het bieden van integrale ondersteuning en zorg, gericht op alle levensdomeinen van mensen, behoort tot de kern van de huidige transformatie in de zorg en ondersteuning. De huisarts en de praktijkondersteuner (POH-er) kunnen, in samenspraak met wijkverpleegkundigen, deze integrale ondersteuning niet alleen bieden. Op het moment dat er (ook) sociale problematiek speelt, zoals vereenzaming, gebrek aan zingeving en zelfverwaarlozing, is samenwerking met en verwijzen naar het sociaal werk, het sociaal wijkteam of vrijwilligerswerk geboden. In de praktijk zijn zorg en welzijn echter vaak nog gescheiden werelden. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) pleit er dan ook voor om deze scheiding in de ouderenzorg te doorbreken (Van Maurik-Brandon, Ten Dam & Dautzenberg, 2015). Maar hoe je deze multidisciplinaire samenwerking - inclusief het signaleren en naar elkaar verwijzen - in de praktijk het beste vorm geeft, is nog een zoektocht. Op verschillende plekken in het land is, bijvoorbeeld in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg, geëxperimenteerd met samenwerkingsverbanden die zich richten op integrale ondersteuning en zorg voor thuiswonende ouderen. Twee bekende voorbeelden daarvan zijn Even Buurten (Rotterdam) en SamenOud (Groningen).

Vanuit de huisartspraktijk is de noodzaak om samen te werken ook helder in beeld. Dat zie je bijvoorbeeld terug in de landelijke uitrol van de aanpak Welzijn op recept, waarin de huisarts, naast andere eerstelijnszorgverleners, verwijst naar het sociaal werk.

Vanuit Laego (het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde) en het NHG wordt het Vlindermodel omarmd (zie figuur 1). In dit model staat de integratie van de vier domeinen *cure*, *care*, *wonen* en *welzijn* centraal. In de praktijk betekent dit dat de huisarts en de praktijk- of wijkverpleegkundige nauw samenwerken met het sociaal werk. Samen proberen zij, met de ouderen en de mantelzorgers, die ondersteuning en zorg te bieden die nodig is en die de oudere wenst.

Onderzoeksvragen

In dit onderzoek staan de volgende twee vragen centraal:

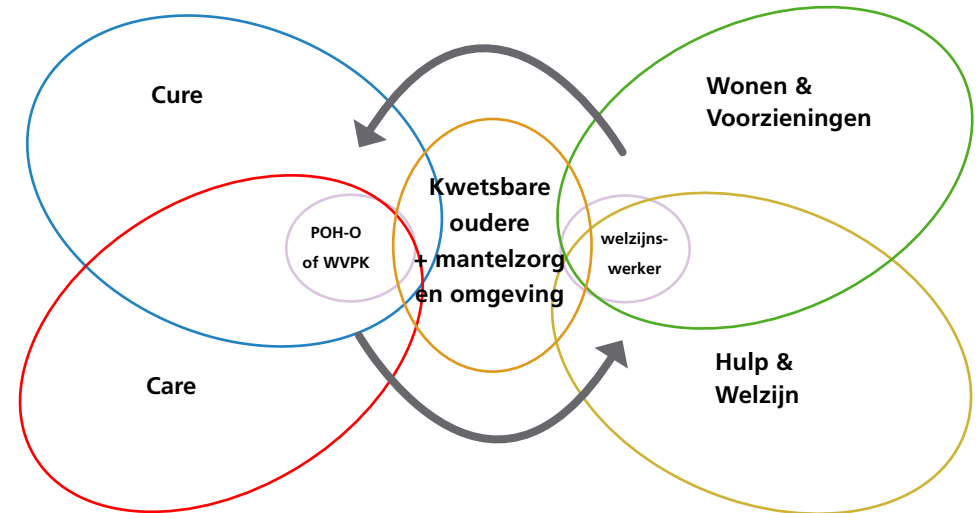
- * Wat zijn gezondheidsvraagstukken bij ouderen waarbij het passend is om vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg te verwijzen naar en samen te werken met het sociaal werk?
- * Wat werkt er goed bij het samenwerken en verwijzen?

Handvatten voor samenwerking



In deze publicatie richten wij ons op wat goed werkt bij het verwijzen van eerstelijnsgezondheidszorg naar sociaal werk. Concrete handvatten om samen te werken staan ook beschreven in andere publicaties van Movisie zoals: [Samenwerken tussen zorg en welzijn: nu is de tijd en 8 tips voor interdisciplinaire samenwerking.](#)

Figuur 1: Vlindermodel ontwikkeld door Mart Stel (Wind & Poot, 2014)



Nb. In het vlindermodel staat de term welzijnswerker. In deze publicatie hanteren wij hiervoor de term 'sociaal werker'.

Over het onderzoek

Om antwoord te vinden op de onderzoeksvragen over het verwijzen van eerstelijnsgezondheidszorg naar sociaal werk, hebben we gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. We zijn begonnen met een verkenning in de literatuur naar goede voorbeeldprojecten. Aanvullend hebben we een oproep geplaatst voor goede voorbeelden om zich te melden op de website van de MOgroep (brancheorganisatie Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening / sociaal werk). Uiteindelijk hebben we acht voorbeelden geselecteerd waar we interviews hebben gehouden. We hebben zoveel mogelijk de projectleiders of managers gesproken en in sommige gevallen ook uitvoerende sociaal werkers. In het volgende hoofdstuk bespreken we de voorbeeldprojecten. Daarnaast hebben we een korte vragenlijst verstuurd onder ROS-adviseurs. Deze adviseurs zijn werkzaam voor Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) voor de eerstelijnszorg. Zes ROS-adviseurs hebben de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Bovendien hebben we verschillende eerstelijnszorgverleners telefonisch geïnterviewd: vier huisartsen, twee praktijkverpleegkundigen ouderenzorg en één wijkverpleegkundige. Ten slotte hebben we een focusgroep georganiseerd met dertien deelnemers. In deze focusgroep hebben we met vertegenwoordigers van de geïnterviewde voorbeeldprojecten (voornamelijk professionals uit het sociaal werk) en een ROS adviseur de eerste resultaten van het onderzoek doorgesproken.

Gehanteerde definities van 'eerstelijnsgezondheidszorg' en 'sociaal werk'



Met 'eerstelijnsgezondheidszorg' doelen wij in deze publicatie op professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg die het eerste aanspreekpunt zijn voor mensen op het gebied van hulp en ondersteuning bij gezondheidsproblemen. Hoewel deze publicatie is geschreven voor alle eerstelijnszorgverleners, kwamen wij in de praktijk vooral voorbeelden tegen van professionals die opereren vanuit de huisartspraktijk, zoals huisartsen, POH-ers en fysiotherapeuten.

Als wij in deze publicatie spreken over 'sociaal werk', dan doelen wij op alle sociale professionals die ondersteuning bieden aan (oudere) inwoners met als doel hun zelfredzaamheid te bevorderen en hen te helpen volwaardig mee te doen in de samenleving. Sociaal werk kan kortweg ingedeeld worden in professionals die vooral individuele ondersteuning op maat bieden, zoals maatschappelijk werkers en ouderenadviseurs, en professionals die zich meer richten op het vinden van collectieve oplossingen. Denk bijvoorbeeld aan een opbouwwerker of sociaal-cultureel werker die in een wijk >>

>>



signalen van praktijkondersteuners krijgt dat er meerdere oudere inwoners gebaat zijn bij meer bewegen. Deze opbouwwerker kan in zo'n geval, samen met de oudere inwoners en eventueel begeleidende vrijwilligers uit de wijk, een wandelgroep helpen opzetten.

Sociaal werkers staan als professional zelf ouderen bij én fungeren als coach van vrijwilligers en mantelzorgers. Sociaal werkers geven hulp op tal van terreinen, zoals dat van sociale contacten, dagbesteding, zingeving, administratie, schuldhulpverlening en omgaan met beperkingen. Hierbij kijken ze altijd naar de mogelijkheden die ouderen zélf nog hebben. Ze koppelen kracht aan kwetsbaarheid.

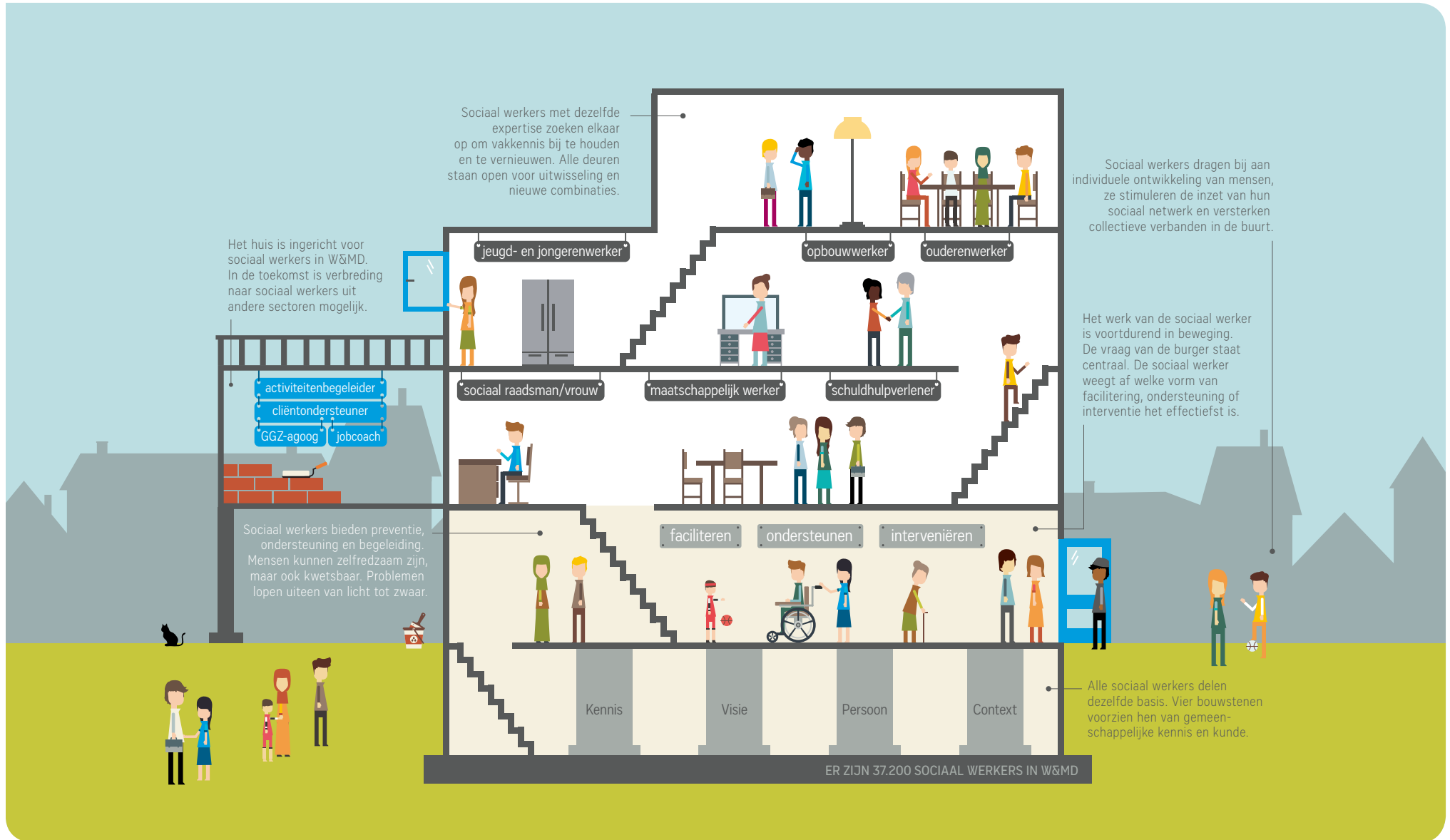
Belangrijke vaardigheden van sociaal werkers zijn bovendien dat zij de 'de sociale kaart' goed kennen en dat zij weten te verbinden. Daardoor kunnen zij gemakkelijk mensen doorgeleiden naar bestaande activiteiten en ook naar ondersteuning en begeleiding door vrijwilligers. Sociaal werkers kunnen deel uitmaken van een sociaal wijkteam. Dit is per gemeente verschillend ingericht.

In 'Het Huis van de Sociaal Werker' (figuur 2, op de volgende pagina) zijn de belangrijkste functies van sociaal werkers weergegeven.

¹ het geheel van voorzieningen, initiatieven en maatschappelijke organisaties in de wijk of gemeente



Figuur 2: Het Huis van de Sociaal werker beschrijft het sociaal werk als essentieel beroep in het veranderende sociaal domein (Actieprogramma professionalisering W&MD, 2015).



Goede voorbeelden

De acht voorbeelden die voor dit onderzoek zijn geselecteerd, verschillen wat betreft scope en organisatiegraad. Een aantal projecten richt zich specifiek op het onderdeel verwijzen in de samenwerking tussen eerstelijnsgezondheidszorg en het sociaal werk (bijvoorbeeld Welzijn op recept, WELzijn voor Elkaar Houten en Brugfunctie consulent Maatschappelijke Ondersteuning). Een stapje verder gaat het inrichten van een multidisciplinair overleg rondom de huisartspraktijk (Maasgouw), een initiatief zowel gericht op het verwijzen als het verlenen van integrale zorg. Tot slot zijn er voorbeelden die grootschaliger zijn van opzet en zich bijvoorbeeld ook richten op het signaleren van kwetsbaarheid onder ouderen en het organiseren van integrale ondersteuning en zorg in de wijk (SamenOud en Even Buurten). De geselecteerde projecten staan hieronder kort beschreven. In de bijlage is een uitgebreidere beschrijving van elk project opgenomen.

Brugfunctie consulent Maatschappelijke Ondersteuning Tilburg

In het project Brugfunctie consulent Maatschappelijke Ondersteuning is de consulent het aanspreekpunt voor eerstelijnszorgprofessionals in het gezondheidscentrum over de inzet van maatschappelijke ondersteuning. Eerstelijnszorgprofessionals kunnen patiënten direct naar de consulent doorverwijzen. De consulent gaat bij patiënten op huisbezoek en bekijkt met hen waar zij behoefte aan hebben. Vervolgens zorgt de consulent voor een 'warme overdracht' naar passende ondersteuning en geeft hierover een terugkoppeling aan de verwijzende eerstelijnsprofessional.

Even Buurten Rotterdam

In Even Buurten kijken 'spillen' (integrale wijkwerkers) samen met kwetsbare ouderen waar zij behoefte aan hebben. Geprobeerd wordt een match te maken met passende ondersteuning in de buurt vanuit het informele netwerk of vanuit professionele zorg- en ondersteuning. In deze aanpak is een belangrijke rol weggelegd voor sleutelfiguren in de wijk. Dit kunnen buurtbewoners, ondernemers en professionals zijn. Zij kunnen signalen doorgeven aan de spil en kennen veel andere buurtbewoners, die mogelijk iets voor ouderen kunnen betekenen.

Multidisciplinair overleg eerstelijnszorg en welzijn Maasgouw

In de gemeente Maasgouw vindt eens in de twee maanden een multidisciplinair overleg (MDO) plaats vanuit een gezamenlijke huisartspraktijk van drie huisartsen. Aanvankelijk was het overleg alleen voor eerstelijnszorgverleners zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, huisarts, POH-er en diëtist. Op initiatief van POH-ers is de Wmo adviseur bij het overleg gevraagd. De Wmo adviseur is goed op de hoogte van de sociale kaart in de gemeente en heeft korte lijnen met sociaal werkers en vertegenwoordigers van maatschappelijke initiatieven en vrijwilligersorganisaties.

SamenOud Zuidoost Groningen en Drenthe

SamenOud is een zorgmodel voor samenhangende zorg en begeleiding voor thuiswonende ouderen. Er wordt integraal samengewerkt door mid-

del van een Ouderenzorg Team binnen de huisartspraktijk. In dit team zitten een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige en ouderenadviseur. Zij komen maandelijks bij elkaar voor overleg. Ouderen van de huisartspraktijk worden met een vragenlijst gescreend op gezondheid, kwetsbaarheid en welbevinden. Deze screening leidt tot een indeling van de ouderen op één van de drie risicoprofielen: Robuust, Kwetsbaar en Ouderen met Complexe zorgbehoeften. Afhankelijk van het profiel wordt passende zorg en ondersteuning geboden.

Voor Elkaar in Parkstad Zuidoost Limburg

In Voor elkaar in Parkstad werken Parkstad-gemeenten samen met zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, zorgvragers en de zorgverzekeraar aan een toegankelijk en toekomstbestendig systeem van zorg en welzijn. Op bestuurlijk niveau worden regionale speerpunten met elkaar besproken. In de praktijk worden opgedane kennis en ervaringen met elkaar uitgewisseld, onder andere door het organiseren van kenniscarrouzels voor professionals.

Welzijn op recept Nieuwegein

Bij Welzijn op recept verwijst een eerstelijnszorgverlener iemand met psychosociale klachten naar een welzijnscoach. De welzijnscoach voert een intakegesprek met deze persoon met als doel ondersteuning bieden voor het behouden en verbeteren van gezondheid en welzijn. Door het oppakken van activiteiten en het weer opdoen van sociale contacten wordt de kwaliteit van leven vergroot. Onder andere is er de mogelijkheid dat iemand gaat deelnemen aan een 'welzijnsarrangement' als vrijwilliger of als deelnemer. De welzijnscoach koppelt terug naar de verwijzende zorgverlener hoe het met iemand gaat en of iemand iets is gaan ondernemen.

WELzijn voor Elkaar Houten Houten

WELzijn voor Elkaar is een samenwerkingsproject tussen alle zorgverleners in de Eerstelijns Medische Centra (EMC) en het Welzijnswerk in Houten. De aanpak is gericht op vroegsignalering en preventie van psychosociale problematiek bij jongeren vanaf negen jaar, volwassenen, kwetsbare ouderen en mantelzorgers. De zorgverleners van de EMC's verwijzen naar de consulent Welzijn. Deze gaat op huisbezoek, gaat met de mensen in gesprek over 'de vraag achter de vraag' en bekijkt samen met hen wat mogelijke oplossingen zijn. De consulent Welzijn geeft informatie, advies, ondersteuning en begeleiding op de terreinen welzijn, zorg en wonen. Er vindt een terugkoppeling plaats naar degene die verwezen heeft.

Wijk Infopunt Amsterdam

In een gezondheidscentrum in Amsterdam-Noord is naast de ingang een Wijk Infopunt ingericht waar vrijwilligers bezoekers wegwijs maken in zowel voorzieningen als initiatieven in de wijk. De vrijwilligers kunnen daarnaast bezoekers van bijvoorbeeld de huisartspraktijk ook helpen met het uitzoeken of bepaalde therapieën of activiteiten worden vergoed. Een kwartiermaker van de welzijnsorganisatie Stichting Doras coördineert de vrijwilligers en bewaakt het concept.

Bij welke gezondheidsvragen past een verwijzing?

Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor mensen die tegen gezondheidsproblemen aanlopen. Bij naar schatting 30 tot 50% van de klachten waarmee patiënten komen, kunnen huisartsen echter geen volledige medische verklaring vinden (Khan et al., 2003). Het gaat dan vaak om psychosomatische klachten zoals slecht slapen, angst, nekklachten, vermoeidheid en stress die bijvoorbeeld het gevolg kunnen zijn van verlieservaringen, eenzaamheid, een zieke partner, schuldenproblematiek of huiselijk geweld. Sociaal werkers zijn opgeleid om mensen in dit soort situaties te ondersteunen bij materiële en immateriële problemen. Zij bezitten de kennis en kunde om sociale en maatschappelijke vraagstukken aan te pakken op individueel en collectief niveau in de wijk. Een verwijzing naar het sociaal werk ligt bij patiënten met deze problematiek dus voor de hand. Maar om wat voor gezondheidsvraagstukken gaat het precies? En hoe werkt het verwijzen in de praktijk?

Diversiteit in gezondheidsvraagstukken

De gezondheidsvraagstukken waarbij het passend kan zijn om te verwijzen van de eerstelijnsgezondheidszorg naar het sociaal werk, zijn in te delen in drie categorieën.

- * Vraagstukken die op het fysieke vlak liggen: bewegingsarmoede, verhoogd valrisico, ongezond eten, gewichtsverlies, hartkloppingen, nekklachten, buikpijn en hoofdpijn.
- * Vraagstukken die op het emotionele vlak liggen: lichte depressieve klachten, stress, slaapproblemen, zingevingsproblematiek, teleurstelling, beperkte mate van eigen regie, rouw, verlies en overbelasting door bijvoorbeeld mantelzorg.
- * Vraagstukken die op het sociale vlak liggen: eenzaamheid, behoefte aan sociale steun.

De gezondheidsproblemen kunnen op zichzelf staan, maar vaak hebben mensen meerdere klachten op verschillende vlakken. Zo kan hoofdpijn bijvoorbeeld samengaan met stress en gevoelens van eenzaamheid.

Wanneer verwijzen?

De vraag wanneer precies een verwijzing naar het sociaal werk op zijn plek is, is niet eenvoudig te beantwoorden. Het is in de eerste plaats een afweging die eerstelijnszorgverleners moeten maken, gebaseerd op hun ervaring en deskundigheid. Actuele kennis over wat het sociaal werk te bieden heeft, is daarvoor wel vereist. In grote lijnen geldt dat als de gezondheidsklachten geen medische oorzaken blijken te hebben en de klachten niet bij een psycholoog of psychiater passen, een verwijzing naar het sociale domein op zijn plek kan zijn. Daarnaast is het de kunst om goed aan te voelen en te bespreken of iemand doorverwezen wil worden. De eigen regie van de oudere staat immers centraal. Ook uit een onderzoek over Welzijn op recept (Heijnders, Meijs & De Groot, 2015) blijkt dat het belangrijk is om

goed te bepalen wanneer iemand toe is aan een verwijzing naar het sociaal werk. Zo kan een verwijzing direct na een 'life event' bijvoorbeeld te vroeg zijn. Mensen blijken dan vaak nog tijd nodig te hebben voor het verwerken van veranderingen, voordat zij weer open kunnen staan om aan hun eigen leven te werken.

Hoe verwijzen?

Het verschilt per eerstelijnszorgverlener of zij het gesprek over een verwijzing naar sociaal werk aangaan en hoe zij dat doen. Ook verschilt het of zij dit als lastig ervaren of niet. De huisartsen die wij gesproken hebben, vertelden dat zij eerst met de patiënt naar overeenstemming zoeken over wat het probleem is waar iemand last van heeft. Vervolgens gebruiken zij dit als ingang om een verwijzing naar het sociaal werk bespreekbaar te maken. Zij deden dat bijvoorbeeld op de volgende manier.

'Als ik u zo hoor, wordt het probleem veroorzaakt doordat u weinig omhanden heeft. Daar is wel iets voor. Er is een organisatie die veel activiteiten te bieden heeft en samen met u dit probleem kan aanpakken.'

'Tegenwoordig maken we gebruik van de buurtcoach, die zou wel iets voor u kunnen betekenen. Wij hebben hier goede ervaringen mee. Vindt u het goed als die eens met u gaat kijken naar uw problemen?'

De kans op een succesvolle verwijzing is het grootst als er 'warm verwezen' wordt: de eerstelijnszorgverlener vraagt dan aan de patiënt of het goed is als hij of zij de contactgegevens doorgeeft aan een sociaal werker. De sociaal werker neemt vervolgens contact op met de patiënt en wacht niet totdat deze zich meldt.

Welzijn op recept



Een oudere vrouw komt opnieuw met pijn in haar nek bij de huisarts op het spreekuur. Ze geeft aan dat ze moeite heeft met veel alleen thuis zitten, daar wordt zij maar verdrietig van en dan mist ze haar overleden man. Ze komen er op uit dat het goed zou zijn als ze meer onder de mensen komt en iets om handen heeft. De dokter stuurt haar dit keer niet door naar de fysiotherapeut, maar naar het sociaal werk. Na het gesprek met de welzijnscoach beslist zij om gastvrouw te worden bij de wekelijkse ochtenden in het buurthuis. Ze gaat daar nu ook regelmatig eten met mensen die zij daar heeft ontmoet. De pijn in haar nek is verdwenen.

(Naar: de Volkskrant, 2013)

Brugfunctie consulent Maatschappelijke Ondersteuning

Op het spreekuur van de huisarts komt een vrouw die zich zorgen maakt over de hartkloppingen die zij heeft. De huisarts merkte dat zij niet goed in haar vel zat en verwees haar door naar de consulent maatschappelijke ondersteuning. Uit het gesprek met de consulent bleek dat zij een overbelaste mantelzorgster was, haar man had in het verleden een beroerte gehad. Vooral de financiële administratie was iets waar zij moeite mee had. De consulent is met deze vrouw gaan kijken, wie in haar netwerk iets kon betekenen op het gebied van de administratie. Uiteindelijk heeft haar broer de administratie overgenomen en is zij, doordat zij meer tijd heeft voor zichzelf, gestart met een cursus. Intussen heeft zij geen last meer van hartkloppingen.


(Naar: De Eerstelijns, 2015)

Wat werkt goed bij het verwijzen?

Bij het verwijzen is het van essentieel belang dat betrokken professionals vertrouwen hebben in elkaars vakmanschap en deskundigheid. Dit vertrouwen moet groeien met de tijd. Succesfactoren die bijdragen aan het opbouwen van vertrouwen in de samenwerkingsrelatie tussen eerstelijnszorg en sociaal werk, zijn: elkaar (leren) kennen, een eenvoudige werkwijze hanteren die zoveel mogelijk aansluit bij bestaande processen, een aantrekkelijk aanbod van het sociaal werk, elkaars meerwaarde kennen en regelmatig terugkoppelen en afstemmen met doorverwijzers.

1. Elkaar en elkaars werk (leren) kennen

De basis voor een goede samenwerkingsrelatie is dat professionals elkaar kennen en weten naar wie zij hun cliënten doorsturen. Onze gesprekspartners noemden dit als één van de belangrijkste factoren voor een goede samenwerkingsrelatie en soepel verwijzingsproces. Hoe zorg je nu dat je elkaar kent en weet te vinden?

-  **Persoonlijk kennismaken.** Dit kan bij de start van een samenwerking in een project, maar ook omdat je als professional beter zicht wilt krijgen op de sociale kaart in je werkgebied.
 Voorbeeld: Welzijnsorganisatie Participe organiseert regelmatig een *Meet & Greet* met alle huisartsen in de gemeente Kaag en Braassem.

“

Mensen zeggen vaak: ‘Je moet een sociale kaart hebben.’ Maar zodra je die op papier hebt, is hij al weer achterhaald. Dus wat wij zeggen: ‘Je hebt een levende sociale kaart nodig. Organiseer een Meet & Greet, loop eens met elkaar mee of organiseer een ‘sociaal café’.

”

deelnemer focusgroep



Werkplek in hetzelfde gebouw. Door in hetzelfde gebouw te werken, loop je elkaar makkelijker tegen het lijf, bijvoorbeeld tijdens de lunch of bij de koffiemachine. Als structureel in hetzelfde gebouw werken niet mogelijk is, kan een dagdeel in de week in hetzelfde gebouw werken al voldoende zijn om elkaar beter te leren kennen. Voorbeeld: Bij Welzijn op recept in Nieuwegein houden welzijnscoaches spreekuur in het gezondheidscentrum. Ook bij WELzijn voor Elkaar Houten houdt de consulent Welzijn spreekuur in ieder Eerstelijns Medisch Centrum.

“

De samenwerking is hierdoor in een stroomversnelling gekomen. De vindbaarheid van de consulent is vergroot en de doorverwijzing naar haar is makkelijker geworden.

”

Bij elkaar langs gaan. Niet altijd is een afspraak nodig om met elkaar af te stemmen en elkaar beter te leren kennen. Door op informele wijze ‘even te buurten’ bij een collega houd je de onderlinge samenwerking ‘warm’ en heb je de kans om kort uit te wisselen over wat er zoal speelt. Voorbeeld: Een spil (sociaal werker) uit het Rotterdamse project Even Buurten gaat regelmatig bij huisartspraktijken langs om even bij te praten over ouderen en signalen uit de wijk.

Met elkaar meelopen. De beste manier om meer over elkaars werk en werkwijze te leren is met de ander meelopen tijdens het werk. Het kost tijd, maar mensen die dit hebben gedaan, geven vaak aan dat de investering zich op termijn gemakkelijk uitbetaalt. Voorbeeld: Binnen het project Brugfunctie consulent Maatschappelijke Ondersteuning liep de consulent in haar inwerkperiode mee met de huisartsen. Zo kregen beide partijen snel helder wat zij voor elkaar konden betekenen.

2. Eenvoudige werkwijze hanteren

Als de manier van verwijzen overzichtelijk is en snel kan plaatsvinden, bevordert dat het aantal verwijzingen. Maar hoe zorg je ervoor dat de verwijzingsprocedure eenvoudig is en niet te veel tijd kost?

Duidelijke afspraken maken over de werkwijze en ieders taken. Denk bijvoorbeeld aan de wijze van terugkoppelen (inclusief afspraken over privacygegevens) en de termijn waarbinnen een sociaal werker contact opneemt met iemand die is doorverwezen.

Voorbeeld: Bij WELzijn voor Elkaar Houten stuurt de verwijzende eerstelijnszorgverlener een e-mail naar de welzijnsconsulent met daarin alleen de NAW-gegevens en in één regel de reden van verwijzing.

Eén aanspreekpunt om naar te verwijzen werkt volgens geïnterviewden het prettigst. Eerstelijnszorgprofessionals willen bij een verwijzing niet eerst moeten uitzoeken bij welke sociaal werker hun verwijzing het beste past.

Voorbeeld: In het project Brugfunctie consulent Maatschappelijke Ondersteuning is hiervoor speciaal een functie gecreëerd. De consulent is het eerste aanspreekpunt voor eerstelijnsprofessionals van het gezondheidscentrum voor het inzetten van maatschappelijke ondersteuning, zoals sociaal werk.


Kernachtige registratie, waarbij weinig (medische) achtergrondinformatie over de patiënt wordt gegeven. De mededeling ‘ik verwijs deze patiënt door’ met in één zin de aanleiding van verwijzen, moet in veel gevallen voldoende zijn. Dit kan door telefonisch of per e-mail contact op te nemen met de professionals van het sociaal werk of door verwijzingen te laten lopen via een verwijfs-recept of een (voor sommige professionals deels) toegankelijk registratiesysteem.


Voorbeelden: Binnen Welzijn op recept wordt een papieren recept uitgeschreven. Bij het project Brugfunctie consulent Maatschappelijk-

ke Ondersteuning wordt gezamenlijk geregistreerd in het Huisarts-informatiesysteem (HIS). Dit is mogelijk omdat de consultant een BIG registratie heeft.

3. Aantrekkelijk aanbod sociaal werk

Het adequaat oppakken van verwijzingen en helderheid over wat het sociaal werk voor mensen kan betekenen, maken het aantrekkelijk om ernaar te verwijzen. Hoe zorg je hiervoor?


 **Verwijzingen direct oppakken.** Praktisch betekent dit dat sociaal werkers snel, het liefst in dezelfde week, tijd in hun agenda vrijmaken om een eerste gesprek te voeren met de doorverwezen persoon.

 **Voldoende tijd om de vraag te verkennen.** Een goed beeld van de wensen en behoeften biedt de mogelijkheid om maatwerk te leveren.

 **Het aanbod is direct toegankelijk.** Wachtlijsten voor activiteiten of voorzieningen maken het verwijzen vanzelfsprekend minder aantrekkelijk.


 **Algemeen aanbod sluit aan op veelvoorkomende gezondheidsvraagstukken.**

Voorbeeld: Binnen Welzijn op recept presenteert welzijnsorganisatie MOvactor haar algemene aanbod aan de hand van verschillende thema's die passen bij de meest voorkomende ondersteuningsbehoeften: natuur, bewegen, cultuur, lichaam en geest, eten, ontdekken en leren en ontmoeting door spel.


 **Een aantrekkelijke accommodatie** maakt dat mensen het leuk en prettig vinden om er te zijn en heeft tegelijkertijd een professionele uitstraling naar professionals die overwegen door te verwijzen. Voorbeeld: In Nieuwegein hebben de gebouwen van welzijnsorganisatie MOvactor een eigentijdse en frisse uitstraling gekregen.

4. Meerwaarde sociaal werk duidelijk maken

Uit de voorbeeldprojecten blijkt dat het sociaal werk van meerwaarde is voor mensen én zorgt voor ontlasting en verlichting van werkdruk bij professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg. Door deze meerwaarde beter zichtbaar te maken, verloopt het verwijzen soepeler. Maar hoe pak je dat aan?

 **Successen delen.** Bijvoorbeeld door erover te vertellen of door ervaringsverhalen te plaatsen op een website, social media, in een publicatie of in de plaatselijke krant.

Voorbeeld: Even Buurten heeft een portrettenbundel gemaakt met aansprekende ervaringsverhalen van spullen (sociaal werkers) en wijkbewoners.

 **Vertel over de manier van werken** tijdens bijeenkomsten en overleggen van professionals uit de eerstelijnsgezondheidszorg.

Voorbeeld: Bij het project SamenOud hebben *casemanagers* welzijn (sociaal werkers) voorlichting gegeven aan hun collega-casemanagers zorg (wijkverpleegkundigen) over de werkwijze en het aanbod van sociaal werk. En binnen WELzijn voor Elkaar Houten zijn in alle vijf de medische centra in Houten introductiebijeenkomsten georganiseerd voor alle zorgverleners, gericht op kennismaking en informatie geven over het werk van de welzijnsorganisatie. Vitis Welzijn heeft contact opgenomen met een ROS adviseur. Deze regionaal opereren-

de adviseurs houden zich bezig met samenwerking en innovatie in de eerste lijn. Hierdoor zijn nieuwe deuren geopend in de eerstelijnsgezondheidszorg en kwamen nieuwe samenwerkingsverbanden tot stand.

🔑 Met **Professioneel vormgegeven promotiemateriaal**, zoals folders, posters en een website kun je het aanbod, de werkwijze en de mogelijkheden van het sociaal werk aantrekkelijk presenteren. Dit is informatief voor zowel inwoners als voor professionals. Voorbeeld: Voor Welzijn op recept in Nieuwegein is een folder gemaakt waarin de verschillende welzijnsarrangementen gepresenteerd staan.

5. Regelmatig terugkoppelen en afstemmen

Als iemand door de eerstelijnsgezondheidszorg verwezen is naar het sociaal werk, draagt het bij aan het vertrouwen en een prettige samenwerkingsrelatie als terugkoppeling en afstemming over de verwijzing plaatsvinden. Dat kan via registratie in bijvoorbeeld het HIS, maar ook in een multidisciplinair overleg, casuïstiekbespreking of in de wandelgang. Zeker bij ouderen met zwaardere problematiek zijn terugkoppeling en afstemming over de voortgang van belang. Afspraken hierover kunnen opgenomen worden in een eventueel ondersteuningsplan.

Voorbeeld: Bij SamenOud vindt er standaard maandelijks overleg plaats met het Ouderenzorg Team. De ouderen die begeleiding krijgen van een casemanager (wijkverpleegkundige of ouderenadviseur) en enkele 'robuuste ouderen' worden hierin besproken.

“

Een tweede voordeel is dat het Ouderenzorg Team soms creatieve oplossingen vindt die je normaal gesproken in je eentje niet kunt bedenken.

”

Specialist Ouderengeneeskunde in de publicatie 'SamenVattend' van SamenOud (p. 52) (SamenOud, 2015).



Wat levert het verwijzen op?

Als eerstelijnszorgverleners een helder beeld hebben van wat het verwijzen en samenwerken met sociaal werk oplevert, leidt dat tot meer verwijzingen en een betere samenwerking. Het is dus van belang om die opbrengsten in beeld te hebben. .



1. Gezondheidswinst voor ouderen

Een goede samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en sociaal werk levert in de eerste plaats wat op voor de oudere cliënten. Uit de beschikbare ervaringen, evaluaties en onderzoeken blijkt dat onder ouderen de volgende resultaten gerealiseerd worden.

- * De kwaliteit van leven neemt toe (SamenOud, juni 2015, Brugfunctie CMO, 2015, Fox, 2000, Friedli, 2004, Friedli, 2008, Grant, 2000).
- * De maatschappelijke participatie, zoals het verrichten van vrijwilligerswerk, neemt toe (Brugfunctie CMO, 2015, Heijnders, Meijs & De Groot, 2015).
- * Deelnemers gaan meer bewegen (Fox, 2000, Friedli, 2004, Friedli, 2008, Grant, 2000, Heijnders, Meijs & De Groot, 2015).
- * Escalaties van complexe gezondheidssituaties kunnen voorkomen worden (SamenOud, juni 2015).
- * Toename van geloof in eigen kunnen, zelfvertrouwen en zelfredzaamheid (Heijnders, Meijs & De Groot, 2015).
- * Verbetering van de ervaren gezondheid (SamenOud, juni 2015; Heijnders, Meijs & De Groot, 2015).

- * Verbetering van het toekomstperspectief (Heijnders, Meijs & De Groot, 2015).
- * Door structurele aandacht van het Ouderenzorg Team ervaren ouderen een gevoel van veiligheid en geborgenheid, waardoor zij het vertrouwen hebben langer thuis te kunnen wonen (SamenOud, 2014).

“We vragen vooral aan mensen, wat zou je nog willen, wat heb je altijd leuk gevonden? En wat kunnen we daarbij organiseren? Omdat mensen zo vaak te maken hebben gehad met hulpverleners die alleen keken naar wat ze niet konden, moeten mensen ineens heel diep nadenken over dit soort vragen. En dan blijken het soms hele kleine dingen te zijn die hen heel gelukkig kunnen maken. Waarmee hun kwaliteit van leven echt verbetert. Zonder dus dat ze per se gezonder zijn op medisch vlak.

(Spilmedewerker van Even Buurten tijdens focusgroep)



“

De helft van de deelnemers is (weer) vrijwilligerswerk gaan doen. Vrijwilligerswerk geeft, behalve nieuwe sociale contacten, het gevoel iets voor andere mensen te kunnen betekenen. Door het weer oppakken van activiteiten, komt de belangstelling voor hobby's weer terug. Grotere sociale participatie en daarbinnen meer sociale contacten gaven een gevoel van tevredenheid over het leven dat men nu leidde.

”

Citaat uit onderzoek Welzijn op recept - Heijnders, Meijs & De Groot, 2015



2. Meerwaarde voor professionals

Ook eerstelijnszorgverleners en sociaal werkers hebben baat bij een goede samenwerking. Huisartsen geven bijvoorbeeld aan dat zij een verlichting van de werkdruk ervaren als er sprake is van een soepele samenwerking met sociaal werkers, bijvoorbeeld bij patiënten die vaak op consult komen met psychosociale klachten. Zij zien, na het verwijzen naar een sociaal werker, deze mensen minder vaak terug in de spreekkamer.

Bovendien geven huisartsen soms aan dat door de terugkoppeling van de sociaal werker zij een vollediger beeld krijgen van de situatie waarin de oudere zich bevindt en de problematiek die speelt. Hierdoor kunnen zij de zorg beter laten aansluiten op de behoefte van de ouderen. Verder geven eerstelijnszorgverleners aan dat hun kennis over het sociale domein toeneemt (Brugfunctie CMO, 2015).

Regelmatig verwijzen en samenwerken levert ook een beter beeld op van elkaars vakgebied, kennis en kunde, waardoor beide partijen een bredere kijk ontwikkelen op de mogelijkheden van zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. Voor sommige eerstelijnszorgverleners was het een openbaring om te zien wat een sociaal werker, bijvoorbeeld een ouderensadviseur, kan betekenen in de ondersteuning van kwetsbare ouderen. De brede kijk die beiden samen ontwikkelen, draagt ook bij aan het duurzaam verlenen van integrale ondersteuning en zorg, gericht op alle levensdomeinen. Doordat de verschillende partijen elkaars mogelijkheden beter leren kennen, blijken ze bovendien in de praktijk ook eerder de samenwerking op te zoeken voor andere doelgroepen.

“

Als je weet dat de sociaal werker er goed mee aan de slag gaat dan zit er energie in de samenwerking. Bovendien ervaar ik minder werkdruk, omdat de problemen waar mensen mee komen opgelost kunnen worden bij het sociaal werk. Die mensen komen niet meer bij mij terug met dit probleem.'

”

Citaat van een huisarts

“

Toen ik hier kwam werken acht jaar geleden, had ik nog nooit van een ouderenadviseur gehoord, nu zou ik niet weten wat ik zonder ouderenadviseur zou moeten.

Citaat van een huisarts

”



3. Informele ondersteuning als 'eyeopener'

Tot slot is een opmerkelijke bevinding van dit onderzoek is dat veel eerstelijnszorgverleners aanvankelijk geen goed beeld hadden van wat het sociaal werk kan betekenen. Zeker als het gaat om het gebruik maken van beschikbare informele initiatieven in de wijk en de inzet van vrijwilligers en bewoners, blijkt er nog een wereld te winnen. In het multidisciplinair overleg bij een huisartspraktijk in Maasgouw kwam dat bijvoorbeeld mooi aan het licht. Door de Wmo adviseur (sociaal werker) in het overleg te betrekken die onder meer mantelzorgondersteuning in zijn portefeuille heeft en de vrijwilligerscentrale runt, konden ouderen en mantelzorgers naar bestaande activiteiten geleid worden of ontlast worden en werden ook nieuwe initiatieven opgezet door vrijwilligers als daar behoefte aan bleek.

Hoewel er juist veel te winnen is door de link te leggen met lokale initiatieven en vrijwillige inzet, zien we ook een tegenovergestelde beweging in het sociaal werk. De aanpak Even Buurten bijvoorbeeld, met spilmedewerkers (sociaal werkers) die gemakkelijk de link kunnen leggen met het informele circuit, is in Rotterdam opgenomen in het sociaal wijkteam. Doordat in het sociale wijkteam de prioriteit vaak ligt bij de complexere multiproblematiek, blijft er voor de spilmedewerkers minder tijd over om zich te richten op lichtere problematiek, waarbij juist het informele circuit van grote betekenis kan zijn.

“

Het verwijzen van professional naar professional, dat kennen we. We hebben nu gezien dat ook het informele circuit of het maatschappelijk veld oplossingen kan bieden. Zo'n cursus bijvoorbeeld, haalt mensen wel uit het reguliere zorgtraject en ook uit het professionele welzijnstraject.

”

Projectleider Brugfunctie CMO in artikel 'Brugfunctie tussen eerstelijnszorg' (p. 10).

Samenvatting en aanbevelingen

Op verschillende plekken in het land werkt de eerstelijnsgezondheidszorg nauw samen met het sociaal werk om zo goed mogelijke ondersteuning en zorg aan thuiswonende ouderen te bieden. Hoewel zowel ouderen als de betrokken professionals gebaat zijn bij een nauwe samenwerking, is het samen optrekken nog geen gemeengoed. De huidige transformatie in zorg en ondersteuning biedt een gouden kans om de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal werk te verstevigen.

Samenvatting

Wat zijn gezondheidsvraagstukken bij ouderen waarbij het passend is om vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg te verwijzen naar en samen te werken met sociaal werk? Wat werkt er goed bij het samenwerken en verwijzen? En wat levert het op voor ouderen en professionals? Deze vragen zijn in deze publicatie beantwoord.

De diversiteit in gezondheidsvraagstukken waarbij een verwijzing naar het sociaal werk passend kan zijn, is groot. Deze vragen kunnen liggen op het fysieke, emotionele en sociale vlak en zich op meerdere gebieden tegelijkertijd uiten. Wat een goed moment is om iemand te verwijzen, is niet eenvoudig te zeggen. Dit is een afweging die eerstelijnszorgverleners moeten maken gebaseerd op hun ervaring en deskundigheid. En uiteraard staat de eigen regie van ouderen hierin centraal (zie hoofdstuk 4).

Vertrouwen in elkaar is het sleutelbegrip in een goede samenwerking en doorverwijzing. Dat vertrouwen moet opgebouwd worden door in de eerste plaats elkaar te (leren) kennen. Verder blijkt een goede samenwerking tot stand te komen door een eenvoudige werkwijze (bij de verwijzing) en een aantrekkelijk aanbod vanuit het sociaal werk. Een andere belangrijke randvoorwaarde voor succes is dat de partijen elkaars meerwaarde kennen en regelmatig terugkoppelen naar en afstemmen met elkaar (zie hoofdstuk 5).

Een soepele samenwerking blijkt veel op te leveren. Niet alleen voor de ouderen, voor wie onder meer de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid verbeteren, maar ook voor de professionals en hun onderlinge samenwerkingsrelatie. Huisartsen geven bijvoorbeeld aan dat zij een verlichting van de werkdruk ervaren en een vollediger beeld van de situatie van de oudere krijgen. En doordat professionals uit verschillende sectoren elkaar - en elkaars vaardigheden - beter leren kennen, werken zij ook bij andere vraagstukken vaker met elkaar samen. Voor veel medewerkers in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn de mogelijkheden die het informele circuit te bieden heeft via vrijwillige inzet een *eyeopener*. Alle reden dus om integrale ondersteuning en zorg, gericht op alle levensdomeinen, tot een standaard manier van werken te verheffen in Nederland (hoofdstuk 6).

Dit verkennende onderzoek leidt tot vijf aanbevelingen die we hieronder bespreken.



Aanbeveling 1:

Transformeren betekent anders denken en anders werken

Gedacht vanuit de nieuwe definitie van gezondheid (Huber, 2012), met aandacht voor zowel de fysieke en emotionele als de sociale gezondheid, is samenwerking tussen verschillende disciplines niet meer dan logisch. Laego, het landelijk netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde en het NHG roepen hier ook toe op. Zo stelt het NHG in het boek *Protocollaire Ouderenzorg* (Van Maurik-Brandon, et al., 2015): "Het huidige denken in domeinen vormt een ernstige belemmering bij het verlenen van samenhangende ouderenzorg." Zowel Laego als het NHG hebben het Vlindermodel (zie figuur 1 op pagina 4) omarmd. Zij zien dit model als uitgangspunt voor de ondersteuning en zorg voor ouderen in de toekomst. De verbinding tussen het zorgdomein (care en cure) en het ondersteuningsveld (wonen, voorzieningen en welzijn) staat er centraal in.

Een brede kijk op de gezondheid van mensen vereist een nieuwe manier van werken. Een manier van werken die gericht is op alle levensdomeinen én op kwaliteit van leven. Daar komt de transformatie naar een samenleving die meer gericht is op eigen regie en het gebruik maken van eigen kracht en van informele netwerken nog eens bij. Ook dat vereist een nieuwe manier van werken van professionals.

Eigen regie... en grenzen daaraan



'Dat is de omslag in het denken die we moeten maken: de oudere staat centraal, die moet aangeven wat hij of zij wil om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden. Daar wordt iedereen in getraind, ook de casemanager. Zeker vanuit de zorg zijn medewerkers nogal eens gewend om snel te handelen en te helpen. Maar het is dus eerst goed luisteren naar de ouderen.'

'In het omdenken wordt wel eens vergeten dat er nu nog een categorie ouderen is, en die blijft ook nog wel even, die eigen regie nemen niet gewend is. Die zeggen gewoon: 'De dokter bedenkt het en dat volg ik.' Dus ook bij de patiënten moet een omslag in denken plaats vinden. Er komt een generatie aan die dat veel meer gewend is, maar zorgverleners moeten met iedereen omgaan. Dus het is vaak ook even zoeken.'

'Wij merken dat de gaten vallen bij de mensen vanaf 80 jaar. Mensen worden soms gewoon moe van de regie moeten nemen. Dat ze geen energie meer hebben om de regie op te pakken. Ze worden steeds kwetsbaarder en het is allemaal ook niet niks.'

'Het is ook geen wet van Meden en Perzen. Elke keer is het weer opnieuw kijken hoe het gaat. En uiteindelijk kan eigen regie zich ook verbreden naar mede-regie van mantelzorgers.'

(Uit een discussie onder deelnemers van de focusgroep)

Tegelijkertijd moeten burgers ook een omslag in hun denken maken. Het slikken van een pil die ons tijdelijk van gezondheidsproblemen afhelpt, lijkt soms de makkelijkste weg. Terwijl we ergens in het achterhoofd ook wel weten dat het nodig is om naar de oorzaken te kijken. Dat het sociaal werk kan helpen problemen bij de wortel aan te pakken en mensen weer meer grip op hun leven te geven, zou ook bij burgers meer bekend moeten zijn. Waar zij nu op consult bij de huisarts nog vaak vragen om een pil of een verwijzing naar de psycholoog, zou de keuze voor ondersteuning door een sociaal werker of vrijwillige coach net zo vanzelfsprekend moeten zijn. Dat betekent dus dat de communicatie en marketing van het sociaal werk professioneler moet worden en zich zowel op andere beroepsgroepen als op verschillende groepen burgers moet richten. Meer budget hiervoor reserveren lijkt noodzakelijk.

Aanbeveling 2:

Benut het sociaal werk voor toeleiding naar sociale netwerken en activiteiten

Eerstelijnszorgprofessionals, in het bijzonder huisartsen, zijn voor de meeste ouderen het eerste aanspreekpunt in de wijk. In het streven naar integrale zorg aan ouderen kunnen zij de samenwerking met het sociaal werk (meer) opzoeken. De kennis en kunde van het sociaal werk blijkt immers een aanvulling en verrijking te zijn op wat de professionals uit de eerstelijnszorg te bieden hebben (zie ook pagina 5 en 6). Bovendien geven huisartsen aan verlichting van werkdruk te ervaren doordat zij samenwerken met het sociaal werk. Behalve dat het sociaal werk een aanpak en aanbod heeft om de zelfredzaamheid van mensen te versterken, is het de partij die de sociale kaart van de wijk bij uitstek kent. Het doorgeleiden naar formele en informele



initiatieven en activiteiten in de wijk en het verbinden van bewoners onderling kan van grote meerwaarde zijn voor ouderen die langer thuis, in wijk of dorp, blijven wonen. Voor de eerstelijnszorg betekent samenwerken met het sociaal werk dus ook dat er een directe toegang ontstaat naar sociale netwerken en activiteiten in de wijk. Een relatief eenvoudige manier om deze samenwerking te borgen vanuit de huisartsenpraktijk, is het inrichten van een multidisciplinair overleg, waarbij een sociaal werker aansluit (bijvoorbeeld een contactpersoon vanuit het sociaal wijkteam).

Overigens laat de ervaring bij Even Buurten in Rotterdam wel zien dat de focus op zwaardere problematiek binnen het sociaal wijkteam maakt dat lichtere problematiek ondergesneeuwd raakt. Hiermee bestaat de kans dat de link van het sociaal wijkteam met het informele circuit in de wijk naar de achtergrond verdwijnt. Dat zou jammer zijn, omdat juist dit van grote meerwaarde is voor ouderen die langer thuis blijven wonen en voor professionals in de huisartsenpraktijk.



Aanbeveling 3:

Maak afspraken over wie de rol van verbinder met het sociaal werk oppakt

Door de transformatie in het sociale domein en de zorgsector vindt momenteel een herschikking plaats van rollen en functies. In de ondersteuning en zorg voor ouderen is dat helder terug te zien. In verschillende regio's en gemeenten ontstaan verschillende netwerken en samenwerkingsverbanden van professionals. In deze publicatie hebben we er een aantal in kaart gebracht. Welke beroepsgroep precies welke taken op zich neemt, is onderwerp van discussie. Wie verkent bijvoorbeeld de wensen

en behoeften van kwetsbare ouderen? Is dat de wijkverpleegkundige? Een sociaal werker? De POH-er? Of een vrijwillige ouderenadviseur?

Uit de gesprekken en interviews kwam naar voren dat de rol van POH-ers lijkt te groeien. Zij staan vaak dichtbij de ouderen en kunnen een intermediaire rol op zich nemen. Bij medische klachten kunnen zij mensen doorgeleiden naar de huisarts en bij sociale problematiek kunnen ze de samenwerking met het sociaal werk opzoeken. Wijkverpleegkundigen kunnen een soortgelijke intermediaire rol oppakken, mits zij daarvoor expliciet de opdracht en tijd krijgen. Binnen de taak van de zogenaamde 'segment 1 wijkverpleegkundige' (S1) is dit mogelijk. Zij fungeren als eerste aanspreekpunt bij professionele zorg (mogen indiceren en een zorgplan maken) en maken de verbinding naar het sociale domein. Niet bij alle kwetsbare ouderen is de inzet van een wijkverpleegkundige of POH-er aan de orde, bijvoorbeeld wanneer er geen persoonlijke verzorging of verpleging nodig is. Dan zal van de huisarts verwacht worden, indien nodig, de verbinding met het sociaal werkt te leggen.



Aanbeveling 4:

Zorg voor integrale financiering

Als we willen dat bij de ondersteuning van en zorg voor kwetsbare ouderen eerstelijnszorg en sociaal werk op lange termijn goed samenwerken, moet ook de financiering van deze integrale ondersteuning goed geregeld zijn. Dat is nu nog niet het geval. De geselecteerde goede voorbeelden in dit onderzoek gebruikten verschillende vormen van financiering. Bijvoorbeeld 'potjes' van zorgverzekeraars voor innovatie in de eerste lijn. Een cruciaal probleem voor de financiering van integrale ondersteuning en zorg blijven de verschillende financieringsstromen. Aanpakken gericht op

integrale zorg besparen in de praktijk vaak geld in de zorg, op het gebied van Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet, maar ze kosten geld voor de gemeente die de Wmo uitvoert en het sociaal werk (grotendeels) financiert. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om dit met elkaar oplossen, maar in de praktijk blijkt dat vooralsnog zeer moeizaam van de grond te komen.



Aanbeveling 5: **Creëer draagvlak**

Naast het vinden van financiering is het creëren van draagvlak van groot belang voor het duurzaam verankeren van samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en sociaal. Draagvlak is zowel nodig onder de doelgroep (ouderen), de betrokken professionals als de financiers. Projectleiders, gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierin samen een verantwoordelijkheid. Het creëren van draagvlak vergt tijd. Tijd om gezamenlijke uitgangspunten en doelen te vinden en uit te proberen wat het beste werkt in de samenwerking, zodat uiteindelijk ouderen en professionals de vruchten ervan plukken.

Creëren van draagvlak binnen SamenOud



‘Investeer fors in het winnen van draagvlak en neem daar de tijd voor. Dat maakt dat mensen elkaar ook niet zomaar weer loslaten. Men voelt dan ook gezamenlijk de verantwoordelijkheid om het samen tot een goed einde te brengen. Neem rustig een jaar om je voor te bereiden op de start. Want dat heb je later nodig bij het borgen. Dat hebben wij ook gemerkt toen wij begonnen met SamenOud. Na de eerste vijftien maanden hebben we gezegd: we moeten verder. Toen hebben we de wethouders en de voorzitter van Menzis om de tafel gevraagd en gezegd: we hebben hier een geïntegreerd model voor zorg en begeleiding, vanuit de Zorgverzekeringswet, Wlz en Wmo. Het is zaak dat jullie het probleem van het vinden van een integrale financiering voor deze werkwijze met elkaar oplossen. Daar hebben ze toen samen de handtekening onder gezet.’

(...)

‘En wat voor het borgen net zo belangrijk is, is dat je regionaal draagvlak creëert onder vertegenwoordigers van de doelgroep en onder professionals. In dit geval gaat het om ouderen, dus dan heb je het over ouderenbonden, seniorenberaden. Hen meenemen in het proces en laten zien dat je bezig bent met iets dat de kwaliteit van leven vergroot. Je kunt in deze groep ambassadeurs vinden die jouw manier van werken onder de aandacht brengen. Dat geldt ook voor huisartsen. We hebben een paar hele goede huisartsen als ambassadeurs. En dan merk je dat je de partijen mee krijgt.’

Literatuur

Brugfunctie consulent Maatschappelijke Ondersteuning, 2015. Deze resultaten zijn aanwezig bij CZ/gemeente Tilburg/ContourdeTwern/ Gezondheidscentrum Reeshof.

Fox, K. (2000) Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*. 31, 228-240.

Friedli, L. & Watson, S. (2004) *Social prescribing for mental health*. Durham (UK): Northern Centre for Mental Health; 2004.

Friedli L., Jackson C., Abernethy H., Stansfield J. (2008). *Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery*. Care Services Improvement Partnership; 2008.

Grant C., Goodenough T., Harvey I., Hine C. (2000) A randomized controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *British Medical Journal* 320, p 419–423.

Heijnders, M.L., Meijs, J.J. & Groot, C.M. de (2015). Welzijn op recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten - Kwalitatief deelonderzoek. *BijBlijven* 2015, 9, 1-9.

Huber, M. (2012). *Parel voor een nieuw concept van gezondheid*. Parelproject ZonMw. Den Haag: ZonMw.

Khan, A.A. Khan A., Harezlak, J., Tu, W. & Kroenke K. (2003) Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics* 44, 471-478.

Thiel, E. van (2015). Brugfunctie tussen eerstelijnszorg en sociaal domein werkt al. *DeEerstelijns*, februari 2015), 7-10.

Maurik-Brandon, S. van, Dam, V.H. ten & Dautzenberg, P.L.J. (2015) *Protocollaire Ouderenzorg*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

De Volkskrant, Reportage Welzijn op Recept Buikpijn? Somber? Slecht slapen? Niks pilletje, ga naar de eetclub. *De Volkskrant*, 23 december 2013.

SamenOud (2014). *SamenSprak 1: kwalitatief onderzoek naar de betekenis van SamenOud voor ouderen*. www.samenoud.nl

SamenOud (juni 2015). *Resultaten van het onderzoek naar de effecten van SamenOud*. www.samenoud.nl

SamenOud (2015). *SamenVattend - Een bundeling van verhalen over SamenOud*. www.samenoud.nl

Wind, A.W. & Poot, A.J. (2014) *Visiedocument 2014 - Eerstelijngeneeskunde voor ouderen; lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg én ondersteuning*. Leiden: Laego.

Overige bronnen:

- * Het vlindermodel is ontwikkeld onder leiding van drs. Mart Stel, adviseur bij Zorgoptimalisatie Noord-Holland (ZONH), Alkmaar, 2013.
- * Het Huis van de Sociaal werker is ontwikkeld op initiatief van het Actieprogramma professionalisering W&MD, 2015.



Bijlage

Beschrijvingen van voorbeeldprojecten

Brugfunctie Consulent Maatschappelijke Ondersteuning Tilburg

Eind 2013 is het project Brugfunctie Consulent Maatschappelijke Ondersteuning (CMO) gestart in Gezondheidscentrum Reeshof in Tilburg. Betrokken organisaties bij dit project waren: Gezondheidscentrum Reeshof, welzijnsorganisatie ContourdeTwern, CZ en de gemeente Tilburg. Het project liep tot en met december 2014. Daarna is het opgehouden en daarmee is ook de functie van consulent gestopt.

Doel

Het verbeteren van de toegang tot maatschappelijke ondersteuning voor patiënten van Gezondheidscentrum Reeshof met terugkerende klachten met (deels) een niet-medische oorzaak en gelijktijdig het verbeteren van de samenwerking tussen de zorg- en welzijnsaanbieders in de wijk Reeshof in Tilburg.

Projectomschrijving

Aanleiding voor dit project was dat er bijna geen samenwerking was tussen het gezondheidscentrum en het sociaal werk in de wijk. Met het creëren van een brugfunctie is geprobeerd om deze twee werelden meer met elkaar te verbinden.

In de praktijk betekende dit dat de consulent maatschappelijke ondersteuning een werkplek had in het gezondheidscentrum. Zij kreeg door eerste lijnsprofessionals, vooral huisartsen en POH-ers, patiënten doorverwezen voor wie mogelijk ondersteuning vanuit het sociale domein passend zou zijn. De consulent ging bij deze mensen op huisbezoek en deed een intakegesprek. Zij maakte hierbij gebruik van een *quickscan*, waarbij gekeken is naar de zelfredzaamheid op vijf leefgebieden: huisvesting, financiële situatie, gezondheid, dagbesteding, thuis-/gezinssituatie. Vervolgens werd gekeken wat prioriteit had en werd er een 'warme overdracht' gedaan naar passende hulp in het sociale domein. De consulent nam na een half jaar nog eens contact op met de desbetreffende persoon over het verdere verloop van de verwijzing/koppeling. Doordat het project afgelopen is, is ook de functie van consulent gestopt.

Evaluatie en onderzoek

Het project is geëvalueerd op de gestelde doelstellingen. We noemen de belangrijkste resultaten.

Uitkomst	Methode van meten
Kwaliteit van leven van de patiënt is toegenomen door de inzet van de consulent.	Vragenlijst meting bij patiënt, bij intake, uitstroom en na zes maanden.
De patiënttevredenheid is gelijk gebleven.	Vragenlijst meting bij patiënt, bij intake, outtake en na zes maanden.
Maatschappelijke participatie is toegenomen.	Vragenlijst meting bij patiënt, bij intake, outtake en na zes maanden.
Er is meer inzicht in hoe het integrale zorgpad eruit moet zien. Doel hiervan was dat de professionals uit de eerstelijnszorg meer van de welzijnswereld gingen weten en dit meer op hun netvlies kregen. Uit het project blijkt dat zij nu meer maatschappelijke partijen kennen en meer met sociaal werk bezig zijn.	Voor- en nameting bij professionals door middel van een enquête. Evaluatie van doorverwijsproces tijdens het project CMO.
Er is geen significant verschil gevonden in inzet van consult(kosten), na inzet van de consulent.	Jaarconsulten en jaarkosten voorafgaand aan inzet van de consulent en het jaar na inzet van de consulent.

Nb. Deze resultaten zijn aanwezig bij CZ/gemeente Tilburg/ContourdeTwern/Gezondheidscentrum Reeshof/Opera Consultancy.

Meer informatie

In DeEerstelijns is over dit project een artikel gepubliceerd: [Brugfunctie tussen eerstelijnszorg en sociaal domein werkt al](#). Ook is informatie te vinden op de website van Gezondheidscentrum Reeshof.

Voor meer informatie kan contact opgenomen worden met de betrokken organisaties: CZ, gemeente Tilburg, ContourdeTwern en Gezondheidscentrum Reeshof of Opera Consultancy.

Even Buurten Rotterdam

In het kader van het NPO is het project Even Buurten geïnitieerd door het Geriatrisch netwerk Rotterdam en omstreken (GENERO).

Doel

Even Buurten heeft als doel de levenskwaliteit en zelfredzaamheid van zelfstandig wonende ouderen ouder dan zeventig jaar te verbeteren.

Projectomschrijving

Kenmerkend voor Even Buurten is de tweesporenaanpak met een spil als aanjager. Spoor 1 is gericht op het werken aan kwetsbaarheid bij individuele ouderen via informele kanalen. Spoor 2 is gericht op het fungeren van buurtnetwerken als vangnet. De spil is een integrale wijkwerker die een outreachende en verbindende rol heeft in de wijk. Hij/zij wordt geholpen door sleutelfiguren: bewoners of ondernemers in de buurt die veel contact hebben met ouderen en andere wijkbewoners. Signalen over kwetsbare ouderen kunnen door sleutelfiguren, maar ook (andere) wijkbewoners en professionals doorgegeven worden aan de spil. Vervolgens gaat de spil 'even buurten' en kijkt waar deze ouderen behoefte aan hebben om vervolgens samen met de buurt passende ondersteuning te bieden.

Het project Even Buurten is in 2015 gestopt. Een aantal spullen zet zijn/ haar werk door vanuit het sociaal wijkteam.

Evaluatie en onderzoek

Het project Even Buurten is geëvalueerd door de Erasmus Universiteit - Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Er is een procesevaluatie, effectevaluatie en kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd. De resultaten zijn te lezen in het Onderzoeksrapport EUR Even Buurten.

Meer informatie

Informatie over Even Buurten staat op de website: www.rotterdam.nl/evenbuurten

Hier zijn onder andere een Toolbox en de onderzoeksresultaten te vinden.

Multidisciplinair overleg eerstelijnszorg en welzijn Maasgouw

In de gemeente Maasgouw vindt eens in de twee maanden een multidisciplinair overleg (MDO) plaats vanuit een gezamenlijke huisartspraktijk van drie huisartsen. Naast zorgverleners uit de eerstelijnsgezondheidszorg sluit ook een Wmo adviseur bij het overleg aan.

Doel

De ondersteuning en zorg voor inwoners van Maasgouw integraal verlenen.

Projectomschrijving

Op initiatief van POH-ers is een Wmo adviseur bij het (bestaande) multidisciplinaire overleg gevraagd. De deelnemers aan het overleg zijn: huisartsen (gezamenlijke praktijk), praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, case-manager dementie, diëtist, maatschappelijk werker, ergotherapeut en de Wmo adviseur. Omdat de Wmo adviseur goed op de hoogte is van de sociale kaart in de gemeente en korte lijnen heeft met andere sociaal werkers en vertegenwoordigers van maatschappelijke initiatieven en vrijwilligersorganisaties, kan hij daarmee gemakkelijk schakelen.

Evaluatie en onderzoek

Wordt niet gedaan

Meer informatie

Op de website van de gemeente Maasgouw staat meer informatie over de brede functie van de [Wmo Adviseur](#).

SamenOud Zuidoost Groningen en Drenthe

SamenOud is ontwikkeld in opdracht van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). De initiatiefnemers voor SamenOud zijn het UMC Groningen, Menzis, Zorggroep Meander en Tinten Welzijnsgroep. De projectleiding ligt bij het UMCG.

Sinds 2012 wordt SamenOud uitgevoerd in Zuidoost Groningen en nog steeds doen ongeveer 1.350 ouderen mee van zeventientien huisartspraktijken uit Stadskanaal, Veendam en Pekela. Sinds september 2014 wordt SamenOud ook uitgevoerd in Zuidoost Drenthe bij twaalf huisartsen met 1.325 ouderen. Voor 2016 wordt gewerkt aan regulier voortzetting en uitbreiding, waarvoor de partijen in overleg met Zilveren Kruis en de gemeente een oplossing zoeken voor de financiering.

Doel

SamenOud realiseert samenhangende zorg en begeleiding voor 75-plussers, zodat zij zo lang en prettig mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

Projectomschrijving

Binnen SamenOud is een nieuw zorgmodel voor de ouderenzorg ontwikkeld en geïmplementeerd. In dit nieuwe zorgmodel zijn het Chronic Care Model en het Kaiser Permanente Triangle model gecombineerd en vertaald naar de Nederlandse situatie en de doelgroep thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. De focus in het model ligt op het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg waarbij de oudere centraal

staat. Dit gebeurt vanuit de huisartsenpraktijk, waar onder leiding van de huisarts een Ouderenzorg Team is samengesteld, dat maandelijks bij elkaar komt voor overleg. Naast de huisarts zitten in het team een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een ouderenadviseur. Ouderen van de deelnemende huisartspraktijk worden met vragenlijsten gescreend op gezondheid, kwetsbaarheid en welbevinden. Afhankelijk van hun score worden zij ingedeeld in een SamenOud-profiel (Robuust, Kwetsbaar, Complex). Ouderen met het profiel Robuust krijgen een zelfmanagementkaart, uitnodigingen voor groepsactiviteiten die gericht zijn op gezond en zelfredzaam blijven en nieuwsbrieven. Centraal staan interventies op het gebied van goed bewegen, gezonde voeding en onderhouden van sociale contacten. Ouderen met de profielen Kwetsbaar en Complex worden ook uitgenodigd voor de groepsactiviteiten en krijgen de nieuwsbrief. Daarnaast krijgen ze een casemanager die hen regelmatig thuis bezoekt. Bij kwetsbare ouderen is dat de ouderenadviseur en bij ouderen met complexe zorgbehoeften is dat de wijkverpleegkundige.

Evaluatie en onderzoek

SamenOud wordt begeleid met uitgebreid onderzoek. Verschillende onderzoeksmethoden worden toegepast, zoals: gerandomiseerd onderzoek (RCT), kwalitatief onderzoek, vragenlijstonderzoek en dossieranalyse. De projectfase van SamenOud is in februari 2015 afgerond. De onderzoeksresultaten laten het volgende zien.

- * Minder ouderen ervaren gezondheidsproblemen
- * Ouderen ervaren meer welbevinden
- * De zorgintensiteit neemt af (er is een verschuiving te zien van de profielen 'complex' en 'kwetsbaar' naar 'robuust')
- * De kwaliteit van zorg neemt toe
- * De kosten van de zorg blijven gelijk.

Meer informatie

Informatie over SamenOud is te vinden op de website: www.samenoud.nl/ Verschillende [publicaties](#) geven inzicht in de resultaten van SamenOud.

Voor Elkaar in Parkstad Zuid-Oost-Limburg

Het samenwerkingsverband van VEiP is in eerste instantie gestart met een thuiszorgorganisatie, een ggz-instelling, huisartsen, een verpleeg- en verzorgingsorganisatie en GGD Zuid-Limburg. Al vrij snel sloten andere organisaties vanuit zorg en welzijn zich aan bij VEiP: een zorgverzekeraar, woningcorporaties en organisaties die ondersteuning bieden aan jeugdigen en mensen met een beperking. Inmiddels zijn ongeveer 40 partijen betrokken bij VEiP.

De projectfase liep tot en met 2014 en de projectleiding was in handen van GGD Zuid-Limburg.

Doel

Het doel van VEiP is het creëren van een toegankelijk en toekomstbestendig systeem van zorg en welzijn dat de zelfredzaamheid (en het langer thuis blijven wonen) van mensen bevordert. VEiP heeft als neven doel het realiseren van levensloopbestendige buurten.

Projectomschrijving

Zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, zorgvragers, gemeenten en zorgverzekeraar werken binnen VEiP samen aan toekomstbestendige zorg voor burgers in een kwetsbare positie in Parkstad. Alle Parkstad-gemeenten zijn betrokken bij VEiP en in vier pilotgemeenten is geëxperimenteerd met initiatieven/ideeën die er waren over samenwerking en zelfredzaamheid van ouderen.

Op bestuurlijk niveau vindt eens per kwartaal overleg plaats, regionale speerpunten worden hier met elkaar besproken en werkgroepen zijn geformeerd om deze verder uit te werken. Ook zijn er initiatieven ontstaan om de opgedane kennis en ervaringen binnen VEiP met elkaar te delen. Een voorbeeld hiervan zijn de kenniscarroussels. Hier worden op een laagdrempelige, makkelijke, snelle en creatieve manier goede ideeën, samenwerkingsprojecten en initiatieven binnen Parkstad met elkaar gedeeld.

Evaluatie en onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is uitgevoerd door de Universiteit Maastricht en Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg. Hiervan is een artikel verschenen in het Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken (TSG): Betekeningen van burgerschap van ouderen in de participatiesamenleving - Een analyse van Voor Elkaar in Parkstad.

Meer informatie

Informatie over VEiP staat op de website: <http://www.samenvoorelkaarparkstad.nl/>

Welzijn op recept Nieuwegein

Welzijn op recept is in 2011 geïnitieerd in Nieuwegein door welzijnsorganisatie MOvactor, Gezondheidscentrum De Roerdomp en het Trimbos-instituut.

Doel

Het verminderen van psychosociale klachten van mensen die bij de huisarts komen, doordat zij zelf hun mentale gezondheid en veerkracht actief verhoogd hebben. Doel voor de eerstelijnszorgverleners is dat ze mensen uit de primaire doelgroep met 'Welzijn op recept' doorverwijzen naar welzijnsprofessionals.

Projectomschrijving

Welzijn op recept is een project waarin een eerstelijnszorgverlener iemand met psychosociale klachten verwijst naar welzijn. Bij 'Welzijn op recept' neemt de welzijnscoach contact op met deze persoon en verkent met diegene wat hij/zij zou willen en kunnen en waar eventuele praktische belemmeringen liggen. Doel is dat de klant daadwerkelijk stappen gaat zetten. De welzijnscoach doet daarbij expliciet een beroep op de mogelijkheden en talenten van de klant, rekening houdend met praktische belemmeringen. Om klanten te inspireren, worden zij op ideeën gebracht vanuit verschillende thema's: natuur, bewegen, cultuur, lichaam & geest, eten, ontdekken en leren, ontmoeting door spel. Binnen deze thema's is er een programma waar deelnemers aan kunnen bijdragen door vrijwilliger te zijn of door deel te nemen. Interventies en activiteiten binnen de thema's sluiten aan op de behoefte van klanten. Bewezen is dat deze activiteiten op het vlak van versterken van mentale veerkracht en welbevinden effectief zijn. Zo nodig worden deelnemers letterlijk 'over de drempel' gebracht door een maatje, deelnemer van een activiteit of welzijnsprofessional. De welzijnscoach monitort hoe het gaat en koppelt terug naar de verwijzende eerstelijnszorgverlener.

Evaluatie en onderzoek

Welzijn op recept wordt met verschillende typen onderzoek gevolgd. Zo zijn er twee onderzoeken naar praktijkervaringen gedaan. De belangrijkste resultaten hiervan staan beschreven in de methodebeschrijving Welzijn op recept. Ook is er kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder deelnemers van Welzijn op recept (Heijnders et al., 2015) en wordt er op dit moment onderzoek gedaan naar het wel of niet afnemen van zorggebruik door deelnemers.

Meer informatie

Welzijn op recept staat beschreven in de Databank Effectieve sociale interventies, zie [Methodebeschrijving Welzijn op recept](#).

Ook is er een Handleiding beschikbaar voor de ontwikkeling en invoering van Welzijn op recept.

WELzijn voor Elkaar Houten Houten

Sinds 2012 werken Stichting Zorg in Houten en de welzijnsorganisatie 'van Houten&co' samen in WELzijn voor Elkaar. De aanpak is gericht op vroeg-signalering en preventie van psychosociale problematiek, waarbij vooral ondersteuning geboden wordt bij eenzaamheidsproblematiek, onduidelijke pijnklachten en bij vragen over zingeving, vrijetijds- en dagbesteding en mantelzorg.

Doel

Deze verbinding tussen zorg en welzijn heeft als doel concrete hulp te bieden aan jongeren vanaf negen jaar, volwassenen, kwetsbare ouderen en mantelzorgers.

Secundair doel is bewustwording bij eerstelijnsprofessionals van het welzijnsaanbod/mogelijkheden om verwijzen naar medische of psychologische zorg te voorkomen wanneer deze niet geïndiceerd is.

Projectomschrijving

In de praktijk kunnen eerstelijnszorgverleners mensen met vragen op het gebied van ondersteuning bij onder andere zingeving en sociale contacten verwijzen naar de consulent welzijn. Zij doen dit door een e-mail te sturen met daarin de NAW-gegevens en de reden van doorverwijzing. De consulent gaat met de cliënt in gesprek over 'de vraag achter de vraag'

en bekijkt samen met de cliënt welke mogelijke oplossingen er zijn. Deze oplossingen kunnen bijvoorbeeld te maken hebben met activiteiten op het gebied van ontmoeten, bewegen, lotgenotencontact, verlies/verwerking en vrijwilligerswerk. Ook wordt gekeken naar het netwerk om de persoon en randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om eventueel deel te kunnen nemen. De consulent geeft informatie, advies, ondersteuning en begeleiding. Gemiddeld hebben consulenten twee tot vier gesprekken met cliënten. Drie maanden na het laatste gesprek neemt de consulent welzijn contact op om te vragen hoe het gaat. Aan het einde van het traject wordt cliënten gevraagd een evaluatie/tevredenheidsformulier in te vullen.

Evaluatie en onderzoek

De stuurgroep WELzijn voor Elkaar evalueert twee keer per jaar. Verder wordt de aanpak WELzijn voor Elkaar Houten gevolgd met evaluatieonderzoek. De resultaten hiervan zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

Meer informatie

Meer informatie over WELzijn voor Elkaar Houten staat op de website van de welzijnsorganisatie: www.vanhoutenenco.nl/

Wijk Infopunt Amsterdam

Sinds september 2015 is in een gezondheidscentrum in Amsterdam-Noord het Wijk Infopunt gestart door Stichting Doras.

Doel

Bezoekers van het gezondheidscentrum of inwoners uit de wijk krijgen via de vrijwilligers van het Wijk Infopunt direct toegang tot en informatie over (formele en informele) diensten en welzijnsactiviteiten in de wijk.

Projectomschrijving

Het Wijk Infopunt zorgt ervoor dat mensen wegwijs worden binnen de maatschappelijke dienstverlening, welzijn en (gezondheids)zorg. De vrijwillige medewerkers kennen de wijk goed en wijzen bezoekers op laagdrempelige voorzieningen. Ook kunnen zij vragen beantwoorden over bijvoorbeeld medische hulpmiddelen, aanpassingen in de woning, vrijwillige klussendienst, minimavoorzieningen en vervoer. Mensen worden doorverwezen via hun huisarts, psycholoog, diëtist, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige uit het gezondheidscentrum.

Evaluatie en onderzoek

Een onderzoek naar de meerwaarde van het Wijk Info Punt wordt gefinancierd door de stichting Achterstands Ondersteunings Fonds (AOF) en uitgevoerd door De Hogeschool van Amsterdam.

Meer informatie

Informatie staat op de website van [Stichting Doras](#).