

HET GEZAMENLIJKE GESPREK

Zorg en welzijn samen aan tafel bij de oudere thuiszorgcliënt.

Esther Kleijer
Lectoraat Informele Netwerken, Christelijke Hogeschool Ede
27 april 2026

Colofon

Auteur:
Esther Kleijer

Onderzoek uitgevoerd in samenwerking met
Organisaties Malkander en Vilente in Ede

Uitgevoerd vanuit de subsidie Werkplaats Sociaal Domein
Samenwerking Zorg Sociaal (Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport) bij het lectoraat Informele Netwerken aan de CHE.

Dit werk valt onder de Creative Commons Naamsvermelding 4.0
licentie (CC BY 4.0). Een kopie van deze licentie is te vinden op
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Inleiding	6
Methode	8
1.1 <i>Onderzoeksvraag.....</i>	<i>8</i>
1.2 <i>Ontwerpgericht onderzoek</i>	<i>9</i>
1.3 <i>Werving van deelnemers.....</i>	<i>9</i>
1.3.1 Professionals.....	9
1.3.2 Cliënten	10
1.4 <i>Dataverzameling</i>	<i>10</i>
1.5 <i>Gebruik van Artificial Intelligence.....</i>	<i>11</i>
Resultaten	12
1.6 <i>Deelnemers</i>	<i>12</i>
1.7 <i>Discover en Define fase</i>	<i>12</i>
1.8 <i>Develop fase - deelvraag 1.....</i>	<i>12</i>
1.8.1 Gespreksleidraad - eerste ronde	12
1.8.2 Gespreksleidraad - tweede ronde	13
1.8.3 Gespreksleidraad - vervolg na de pilot	13
1.8.4 Werkwijze - eerste ronde	14
1.8.5 Werkwijze - tweede ronde	14
1.8.6 Werkwijze - vervolg na de pilot	18
1.9 <i>Develop fase - deelvraag 2.....</i>	<i>18</i>
1.10 <i>Deliver fase.....</i>	<i>26</i>
1.10.1 Randvoorwaarden	26
1.10.2 Belemmerende en bevorderende factoren.....	27
Conclusie	28
Discussie	29
1.11 <i>Reflectie op resultaten</i>	<i>29</i>
1.12 <i>Sterke en zwakke punten van het onderzoek</i>	<i>31</i>
1.13 <i>Aanbevelingen.....</i>	<i>32</i>
Bibliografie	34
Bijlage 1: Script ideationssessie	37

Bijlage 2: Interviewvragenlijsten	41
Evaluatievragen professionals.....	41
Evaluatievragen cliënten	41
Bijlage 3: Gespreksleidraad	42
Bijlage 4: Flyer van de resultaten van het onderzoek	43

Samenvatting

Inleiding: Ouderen hebben vaak te maken met multidisciplinaire problematiek die zowel het zorg- als het welzijnsdomein raakt. Daarnaast blijkt dat veel ouderen zich onvoldoende voorbereiden op toekomstige ondersteuningsbehoeften. Een gezamenlijk gesprek waarin zorg- en welzijnsprofessionals samen met de oudere in gesprek gaan, kan mogelijk bijdragen aan bredere, domeinoverstijgende ondersteuning en aan tijdige bewustwording omtrent toekomstige hulpvragen.

Methode: Er werd een ontwerpgerichte benadering toegepast, waarbij het beoogde product een praktijkgericht ontwerp van een gezamenlijk gesprek tussen zorg en welzijn was. In twee opeenvolgende rondes werden gezamenlijke gesprekken uitgevoerd. Na elk gesprek en na de gespreksrondes vonden evaluaties plaats met zowel professionals als inwoners, waardoor het ontwerp werd aangescherpt.

Resultaten: Op basis van acht gezamenlijke gesprekken ontstond een ontwerp voor een gezamenlijk gesprek. De gesprekken duurden gemiddeld één uur en werden door de betrokken professionals zowel vooraf als achteraf besproken. Voor inwoners bood het gezamenlijke gesprek meerwaarde door laagdrempelige kennismaking met welzijn, ontvangen van directe concrete ondersteuning en meer inzicht in ondersteuningsmogelijkheden. Voor professionals bevorderde het gesprek een bredere blik, leren van elkaars expertise, en versterkte samenwerking tussen zorg en welzijn, wat resulteerde in brede ondersteuning van inwoners. Een succesvolle implementatie vereiste organisatorische borging, voldoende tijd en een gedeelde werkwijze.

Conclusie: Het gezamenlijke gesprek blijkt meerwaarde te hebben voor zowel inwoners als professionals. Het biedt een preventieve en brede vorm van ondersteuning waarin zorg en welzijn elkaar aanvullen en de inwoner centraal staat.

Discussie: Ondanks positieve resultaten is vervolgonderzoek wenselijk om de effectiviteit en toepasbaarheid van het gezamenlijke gesprek verder te onderbouwen. Beperkingen in dit onderzoek, zoals het geringe aantal gesprekken en het ontbreken van een volledige probleemverkenning vooraf, vragen om aandacht in toekomstig onderzoek. Daarnaast is het relevant om de effecten op langere termijn te onderzoeken, zoals of ouderen later daadwerkelijk contact opnemen met welzijn wanneer dit nodig is en of het gezamenlijke gesprek kan bijdragen aan het voorkomen van acute hulpvragen.

Inleiding

Ondanks dat meer dan 17 procent van de werkende Nederlandse bevolking in de zorgsector werkzaam is (CBS, 2024), is er alsmaar toenemend gebrek aan zorgpersoneel. De tekorten worden met name verwacht in de verpleeg- en verzorgingshuizen, maar ook in de thuiszorg en de maatschappelijke hulp en dienstverlening (VWS, 2024). Achterliggende oorzaken hiervoor zijn onder andere de dubbele vergrijzing, in combinatie met beleid dat inzet op het langer thuis wonen van ouderen. Hierdoor wordt de gevraagde thuiszorg complexer en strekt deze zich uit over een langere periode (Panteia, 2020).

Eén van de oplossingsrichtingen voor tekorten in de zorg is het stimuleren van zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen (Nivel, 2024). Dit vraagt van ouderen dat zij vooruitdenken, mogelijke problemen voorzien en hier voorzorgsmaatregelen in nemen. Een andere oplossing is het inzetten van integrale zorg (Huijsman, 2021), waarbij samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines een belangrijke rol inneemt. Veel ouderen hebben namelijk niet alleen te maken met fysieke gezondheidsproblemen waarvoor zorg nodig is, maar ook met sociale uitdagingen zoals eenzaamheid. Een hechte verbinding tussen welzijn en zorg is nodig om hier goed op te kunnen aansluiten (Alavi et al., 2022; Rosendal & Mies, 2012).

Ook vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt de meerwaarde gezien van deze verbinding. Om projecten op te kunnen zetten die zich hierop richten, is een impulssubsidie door het VWS beschikbaar gesteld voor de Werkplaats Sociaal Domein Gelderse Vallei. Tijdens vraagarticulatiebijeenkomsten zijn verschillende zorg- en welzijnsorganisaties en beleidsmedewerkers van de gemeente Ede met elkaar in gesprek gegaan om te verkennen welke thema's relevant zijn om met elkaar mee aan de slag te gaan (Dekker & Pungu, 2024).

Tijdens deze bijeenkomsten werd onder andere gesignaleerd dat er steeds meer openheid ontstaat voor deze samenwerking tussen zorg en welzijn (Dekker & Pungu, 2024). Daarnaast kwam vanuit de praktijk het signaal dat ouderen zich niet goed voorbereiden op mogelijke toekomstige problemen en pas beseffen dat zij hulp nodig hebben wanneer het al zover is. Dit signaal wordt breder in het land herkend. Zo is 80% van de ouderen onvoldoende voorbereid op de toekomst. Dit komt onder andere doordat zij beperkt geïnformeerd zijn over zorg- en welzijnsmogelijkheden, weinig vertrouwen hebben in de zorg door percepties van bezuinigingen, of tegenstrijdige adviezen ontvangen van verschillende professionals. Daarnaast bestaan er verkeerde verwachtingen over wat zorg kan bieden (Den Draak & Plaisier, 2021). Wanneer een oudere (plots) hulpbehoevend wordt, is het niet vanzelfsprekend dat de benodigde zorg geleverd kan worden, vanwege het eerder genoemde personeelstekort in zorg en welzijn (Actiz, 2023; Den Draak & Plaisier, 2021).

Om dit te voorkomen is het belangrijk dat een oudere vroegtijdig nadenkt over hoe 'de oude dag' eruit komt te zien en vroegtijdig de nodige voorzorgsmaatregelen treft om in te kunnen spelen op de gebreken van het ouder worden. Wat onder meer helpt is, als het de inwoner lukt om in een passende woning te wonen, ingebed blijft in een sterk sociaal netwerk en hij of zij zelf inzet op zo 'gezond mogelijk

oud worden' voordat de inwoner hulpbehoevend wordt (Actiz, 2023; Den Draak & Plaisier, 2021). Aspecten van deze thematiek komen aan de orde in allerlei situaties waarin ouder wordende mensen in aanraking komen met zorg of welzijn, maar dit vindt versnipperd plaats. Hierdoor wordt hier niet systematisch aandacht voor gevraagd en is de kennis niet goed overdraagbaar.

Een mogelijke oplossing voor bovenstaande kwestie, waarbij de zelfredzaamheid wordt gestimuleerd, is een breed gesprek met de inwoner waar wordt ingegaan op diens gezondheid in de breedste zin van het woord, en hoe hij of zij zich kan voorbereiden op de toekomst. Uit eerdere ervaringen met gesprekken met ouderen blijkt dat het van toegevoegde waarde is als er twee professionals vanuit verschillende disciplines samen een gesprek aangaan.

Deze waarde bestaat er bijvoorbeeld uit dat er meer aandacht is voor de persoonlijke situatie (Nursing, 2012), de afstemming tussen betrokken professionals goed is (Actiz, 2021) en er ook ondersteuning buiten de traditionele zorg geboden kan worden (Axioncontinu, 2024). Daarnaast draagt een gezamenlijk gesprek bij aan sterkere samenwerking en begrip tussen verschillende organisaties en disciplines (Axioncontinu, 2024; TVV, 2022). Ook is het een efficiënte manier van werken, omdat professionals direct na een gesprek afspraken kunnen maken en het voorkomt dat meerdere disciplines afzonderlijk informatie moeten verzamelen (Nursing, 2012; Social Care Institute for Excellence, 2021).

Hoewel de positieve effecten voor zowel ouderen als professionals van gezamenlijke of uitgebreide gesprekken dus bekend zijn, is het effect van een gezamenlijk gesprek waarbij zowel een zorg- als een welzijnsprofessional betrokken zijn, nog niet onderzocht. Dit terwijl veel ouderen ondersteuning nodig (zullen) hebben vanuit zowel zorg als welzijn, zoals eerder genoemd. Ook de inhoud van het gesprek, waar wordt ingegaan op het voorbereiden van de toekomst van de oudere is niet eerder op deze manier vertoond. In dit onderzoek wordt deze gespreksvorm ontworpen, toegepast, en geëvalueerd, samen met welzijnsorganisatie Malkander en zorgorganisatie Vilente.

Methode

1.1 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek was het ontwerpen, evalueren en implementeren van 'het gezamenlijke gesprek'. Dit is vormgegeven middels de volgende onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen:

Hoofdvraag:

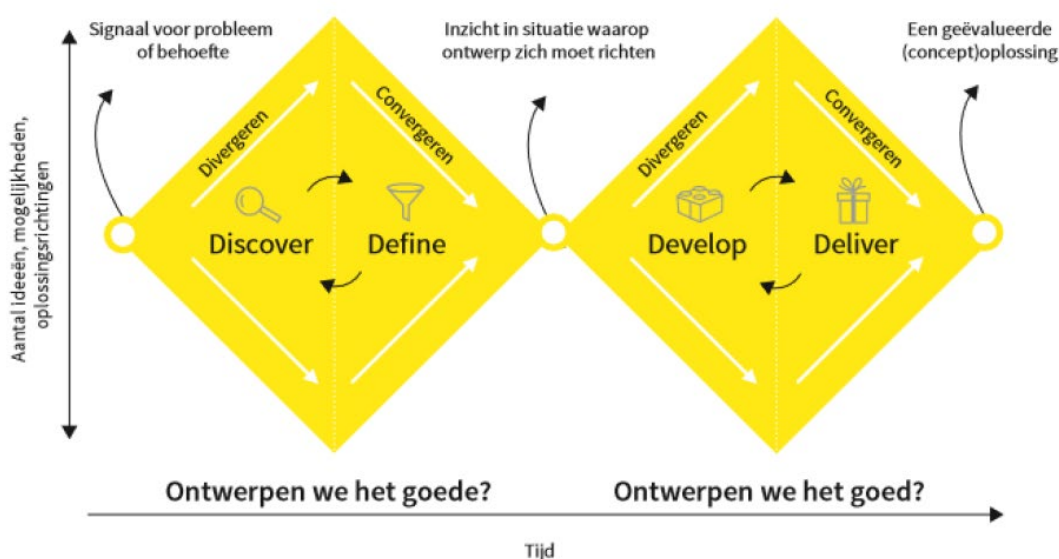
Hoe ziet het ontwerp eruit voor een gezamenlijk gesprek met ouderen die thuiszorg ontvangen, waarbij zowel een welzijns- als zorgmedewerker aanwezig zijn, wat is de toegevoegde waarde hiervan voor de zorgvrager en professionals, en hoe kan deze interventie effectief geïmplementeerd worden?

Deelvragen:

1. Hoe ziet het ontwerp voor een gezamenlijk gesprek eruit?
 - a. Welke onderwerpen vinden professionals van Malkander en Vilente van belang om te bespreken tijdens het gezamenlijke gesprek?
 - b. Hoe kunnen deze onderwerpen worden geïntegreerd tot één breed gedragen en werkbaar gespreksleidraad?
 - c. Wat is de ideale werkwijze van het gezamenlijke gesprek? En welke randvoorwaarden zijn nodig om de gezamenlijke gesprekken effectief uit te voeren?
2. Wat is de meerwaarde van een gezamenlijk gesprek?
 - a. Voor de cliënt:
 - i. Hoe ervaart de cliënt het gezamenlijke gesprek?
 - ii. In hoeverre draagt het gesprek bij aan de bewustwording en voorbereiding op toekomstige zorg- en ondersteuningsbehoeften?
 - b. Voor de professionals:
 - i. Hoe ervaren de zorg- en welzijnsprofessional het gezamenlijke gesprek?
 - ii. Krijgen we de hulpvraag sneller en scherper in beeld wanneer we een gezamenlijk gesprek doen?
 - iii. Wat is de meerwaarde van het gezamenlijke gesprek voor de samenwerking tussen zorg en welzijn?
3. Hoe kan het uiteindelijke ontwerp voor het gezamenlijke gesprek geïmplementeerd worden bij Malkander en Vilente?
 - a. Welke organisatorische randvoorwaarden zijn nodig om het gezamenlijke gesprek onderdeel te maken van het zorg-/ondersteuningsproces?
 - b. Wat hebben professionals nodig om het gezamenlijke gesprek in hun werkwijze te implementeren?
 - c. Welke factoren kunnen de implementatie bevorderen of belemmeren?

1.2 Ontwerpgericht onderzoek

Voor het beantwoorden van deze vragen is gebruik gemaakt van ontwerpgericht onderzoek op basis van het 'double diamond-model' (zie figuur 1). Deze methode richt zich op het ontwikkelen van een concrete en toepasbare interventie, waarbij de gemaakte ontwerpkeuzes systematisch worden onderbouwd (Van 't Veer et al., 2023). Deze methode sloot goed aan bij het doel van het onderzoek om een gezamenlijk gesprek te ontwerpen en te implementeren. Een kenmerkend aspect van deze methode is de nadruk op co-creatie met betrokkenen (Van 't Veer et al., 2023). De inbreng van en overleg met professionals en de ervaringen van cliënten met het gezamenlijk gesprek vormden dan ook de belangrijkste bron van informatie bij het ontwikkelen van deze gespreksvorm.



Figuur 1: Het 'double diamond-model' (van 't Veer et al., 2023)

1.3 Werving van deelnemers

1.3.1 Professionals

Zorg- en welzijnsmedewerkers werden geworven via de contactpersonen van Malkander en Viente, door over het onderzoek te vertellen tijdens een teamvergadering en collega's uit te nodigen om mee te doen, of collega's één op één te benaderen. Alle verpleegkundigen en sociaal werkers konden deelnemen aan het onderzoek, indien zij voldeden aan de volgende inclusiecriteria:

- Werkzaam zijn als zorg- of welzijnsprofessional bij één van de betrokken organisaties.
- Tijd en ruimte hebben om meerdere gesprekken te voeren met cliënten.
- Beschikbaar zijn voor deelname aan het onderzoek: ideationssessie, evaluatie-interviews en focusgroepen.
- Akkoord zijn met het gebruik van persoonsgegevens zoals opnames van interviews/evaluaties voor het onderzoek.

1.3.2 Cliënten

De werving van cliënten verliep ook via Malkander en Vilente. De verpleegkundigen van Vilente benaderden hun thuiszorgcliënten die voldeden aan de inclusiecriteria, met de vraag of zij wilden deelnemen aan een gezamenlijk gesprek. Tijdens een gezamenlijk gesprek was de vaste thuiszorgverpleegkundige van de client aanwezig. Sociaal werkers volgden dezelfde werkwijze voor het werven van welzijnscliënten.

Inclusiecriteria voor cliënten voor deelname aan gezamenlijke gesprekken waren als volgt:

- Leeftijd van 60 jaar of ouder
- Ontvangen van thuiszorg van de betrokken thuiszorgorganisatie, of ontvangen van ondersteuning van de betrokken welzijnsorganisatie.
- Het kunnen spreken van de Nederlandse of Engelse taal
- In staat zijn en ervoor openstaan om een gesprek met twee professionals te voeren.
- Akkoord zijn met het meedoen aan een kort interviews en het gebruik van de opname hiervan voor onderzoek.

1.4 Dataverzameling

In tabel 1 is zichtbaar hoe de verschillende fasen van het double diamond model correspondeerden met de deelvragen van dit onderzoek, welke methoden zijn gebruikt om deze vragen te beantwoorden en hoe de opgehaalde data is geanalyseerd. De gesprekken vonden plaats in twee rondes. Na de eerste ronde vond de tussenevaluatie plaats. De pilot werd afgesloten met een focusgroep. Dataverzameling vond plaats van juli tot en met december 2025.

Tabel 1: Fasen van ontwerpgericht onderzoek, bijbehorende deelvragen en methode van beantwoording

Fase ontwerp gericht onderzoek	Deelvraag	Methode van beantwoording	Deelnemers	Wijze van analyse
Develop fase	1a-c	Ideationssessie met betrokken zorg- en welzijnsprofessionals ¹ . Doelen: elkaar leren kennen, en een gespreksleidraad en werkwijze ontwerpen.	Welzijn: 8 Zorg: 3	Analyse van aantekeningen en opbrengst werkvormen
	2a	Semigestructureerde telefonische interviews ² van 15-20 min. met cliënten na een gezamenlijk gesprek. Werving verliep via thuiszorgorganisatie.	5	Open codering m.b.v. Atlas.Ti en thematische analyse m.b.v Miro
	2b	Evaluatie in duo's door professionals ² . Na een gesprek reflecteerden de professionals	8 (4 duo's)	Open codering m.b.v. Atlas.Ti en thematische analyse

		samen a.d.h.v. een korte vragenlijst. Van dit gesprek maakten zij een geluidsopname.		m.b.v Miro
	2b	Individueel telefonisch interview met professionals ² , indien evaluatie in duo's niet mogelijk was.	5	Open codering m.b.v. Atlas.Ti en thematische analyse m.b.v Miro
	2b	Tussentijdse focusgroep met professionals waarin de opbrengst, werkwijze en gespreksleidraad werden geëvalueerd.	Welzijn: 5 Zorg: 2	Open codering m.b.v. Atlas.Ti en thematische analyse m.b.v Miro
Deliver fase	3a-c	Afsluitende focusgroep met professionals in de eindfase van de pilot waarin werd nagedacht over het vervolg van het gezamenlijke gesprek.	Welzijn: 2 Zorg: 2	Analyse van aantekeningen

1: Zie voor het script van de ideationssessie bijlage 1

2: Zie voor interviewvragenlijsten bijlage 2

1.5 Gebruik van Artificial Intelligence

Bij het schrijven van dit onderzoeksverslag is voor het inkorten en herformuleren van een deel van de alinea's ondersteuning gebruikt van Microsoft CoPilot Chat. De inhoud en opbouw van de geherformuleerde tekst zijn vervolgens kritisch beoordeeld en aangepast door de onderzoeker.

Resultaten

1.6 Deelnemers

In totaal hebben er acht gezamenlijke gesprekken plaatsgevonden in twee rondes (ronde 1: 5 gesprekken, ronde 2: 3 gesprekken). Er namen acht ouderen deel aan de pilot, waarvan zeven thuiszorgcliënten en één welzijnscliënt. Enkele deelnemers hebben zich, voordat een gezamenlijk gesprek kon plaatsvinden, teruggetrokken uit de pilot. Redenen hiervoor waren een onverwachte ziekenhuisopname, ziekte, of, in het geval van een welzijnscliënt, al thuiszorg ontvangen van een andere thuiszorgorganisatie. Vier verpleegkundigen namen deel aan de pilot. Ongeveer tien sociaal werkers waren betrokken bij het onderzoek, waarvan er vijf daadwerkelijk een gezamenlijk gesprek hebben gevoerd.

1.7 Discover en Define fase

De Discover en Define fase zijn in dit onderzoeksverslag niet meegenomen omdat deze voorafgaand aan het huidige onderzoek hebben plaatsgevonden. Zoals in de inleiding beschreven staat, vond er naar aanleiding van de impulssubsidie van het ministerie van VWS een vraagarticulatiebijeenkomst plaats. Tijdens deze bijeenkomst, waar zowel verschillende Edese zorg- en welzijnsorganisaties als beleidsmedewerkers van de gemeente Ede aanwezig waren, werd het signaal afgegeven dat veel ouderen zich onvoldoende voorbereiden op mogelijke toekomstige ondersteunings- en zorgbehoeften. In daaropvolgende gesprekken met de betrokken organisaties Malkander en Vilente is dit vraagstuk verder verkend en aangescherpt. Hierbij zijn tevens elementen van de Develop fase aan bod gekomen: tijdens deze gesprekken ontstonden namelijk verschillende ideeën voor mogelijke oplossingsrichtingen. Uiteindelijk is gekozen om een gezamenlijk gesprek toe te passen als middel om met ouderen in gesprek te gaan over hun toekomst. De denkstappen die genomen zijn om tot dit idee te komen staan beschreven in de inleiding. Vanwege tijdsgebrek was het niet mogelijk om in de Discover en Define fase ook met zorg- en welzijnsprofessionals en cliënten in gesprek te gaan over hun perspectief op het gesignaleerde vraagstuk.

1.8 Develop fase – deelvraag 1

In deze fase werden deelvraag 1 en 2 beantwoord. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op deelvraag 1: 'Hoe ziet het ontwerp voor een gezamenlijk gesprek eruit?' Deze vraag had twee facetten: enerzijds de gespreksleidraad voor het gezamenlijke gesprek en anderzijds de werkwijze. Beide onderwerpen werden tijdens de ideationssessie behandeld, en vervolgens geëvalueerd door middel van de korte evaluaties na de gezamenlijke gesprekken, de tussenevaluatie en de eindevaluatie. De uitkomsten hiervan per ronde worden in dit hoofdstuk beschreven.

1.8.1 Gespreksleidraad – eerste ronde

Zorg- en welzijnsprofessionals vonden het belangrijk dat het gezamenlijk gesprek een positieve insteek had, en uitging van de eigen kracht van de inwoner. In het gesprek moest centraal staan waar de inwoner blij van werd en hoe hij of zij dingen voor zichzelf kon regelen, indien nodig met hulp van uit zorg of welzijn, en niet het aanbieden van hulp. Daarom werd als eerste vraag voor de gespreksleidraad

het volgende geformuleerd: 'Neemt u mij eens mee in hoe uw dag eruit ziet: wat is er al en wie ontmoet u daar?' Verder werd het belang van het stellen van open vragen benoemd. Daarnaast werden de volgende onderwerpen opgehaald: zelfstandigheid, cognitie en gezondheid, netwerk, beweging en financiën. Op basis van deze input werd door de onderzoeker en projectleiders een gespreksleidraad opgesteld, zie bijlage 3: Gespreksleidraad. De focus van de vragenlijst was het voorbereiden op de toekomst.

1.8.2 Gespreksleidraad – tweede ronde

Uit de evaluaties na de gezamenlijke gesprekken en de tussenevaluatie bleek de gespreksleidraad voor de meeste deelnemers niet prettig te werken. Het werd ongemakkelijk en onpersoonlijk gevonden om een vragenlijst af te gaan. Dit was niet de gebruikelijke werkwijze voor zowel zorg als welzijn. Daarnaast misten er vragen over de zorgkant, en werd het vragen naar de financiële situatie als lastig ervaren, vooral bij een onbekende cliënt. Een sociaal werker gaf juist aan vast te lopen op de onderwerpen over cognitie en gezondheid. Een voorstel was om in plaats van de gespreksleidraad het spinnenweb van Positieve Gezondheid te gebruiken, omdat deze beter aansluit bij de gemeenschappelijke taal tussen zorg en welzijn. Of om de leidraad los te laten en het gesprek vrij te laten gebeuren.

"Mensen willen face to face een gesprek. Niet dat jij op een laptop of papier zit te werken. Dat werkt niet." (Sociaal werker)

"Ik merkte dat ik vastliep met de kopjes cognitie en gezondheid, en ook om de financiën meteen te bespreken." (Sociaal werker)

Voor de tweede ronde van gesprekken werd hierom benadrukt dat de gespreksleidraad, die geformuleerd was n.a.v. de ideationssessie, een hulpmiddel was en niet verplicht was om te gebruiken. Hier was onduidelijkheid over bij de deelnemers. Verder werd gestimuleerd om voorafgaand aan het gezamenlijke gesprek kort voor te bespreken en eventueel de onderwerpen van de gespreksleidraad te verdelen. Dit hielp de professionals om duidelijk te hebben wie welk onderdeel oppakte, wat ongemak kon voorkomen.

"Je kan die categorieën verdelen. Je voelt je dan zekerder. Dat gesprek loopt ook prettiger. Dit stukje pak jij op, maar we vullen elkaar absoluut aan." (Sociaal werker)

1.8.3 Gespreksleidraad – vervolg na de pilot

Tijdens de eindevaluatie kwam naar voren dat sommige professionals de gespreksleidraad, die

geformuleerd was n.a.v. de ideationssessie, prettig vonden werken, en anderen niet. Daarom werd afgesproken in het vervolg van de gezamenlijke gesprekken de keuze in het gebruik hiervan bij de professionals te laten. Het spinnenweb van Positieve Gezondheid werd ondanks het voorstel niet gebruikt in de tweede ronde.

1.8.4 Werkwijze – eerste ronde

Moment van gesprek

In eerste instantie was het de bedoeling dat het gezamenlijke gesprek zou plaatsvinden tijdens het intake gesprek voor thuiszorg. Professionals gaven aan dat dit geen geschikt moment is. Tijdens een intakegesprek komt er namelijk veel op de cliënt af en is het te belastend als er een sociaal werker bij is en het voorbereiden op de toekomst wordt besproken. Daarnaast moeten er tijdens een intake veel zaken omtrent de thuiszorg besproken worden, waardoor er weinig tijd over is om het brede gesprek te voeren. Hierom is samen met de professionals besloten om het idee van een gezamenlijke intake te laten vallen.

Er is afgesproken om het gezamenlijke gesprek in principe plaats te laten vinden tijdens het evaluatiegesprek met de thuiszorg, dat één maand na het intakegesprek plaatsvindt. De cliënt heeft dan de tijd gehad om te wennen aan de nieuwe situatie en men verwachtte dat hij of zij dan meer ruimte heeft om open te staan voor een gezamenlijk gesprek. Daarnaast werden de volgende mogelijke momenten voor gezamenlijke gesprekken afgesproken: tijdens een ander evaluatiemoment bij inwoners die al langer in zorg waren, als een apart gesprek zonder andere reden, of tijdens een gesprek georganiseerd door welzijn waarbij zorg betrokken werd.

Het organiseren van het gezamenlijke gesprek

Er werd een Whatsappgroep opgericht met alle betrokken zorg- en welzijnsprofessionals, waarin deelnemers gesprekken konden aanmelden, waarbij zij de wijk waar de cliënt woonzaam was vermeldde, zodat de juiste zorg- of welzijnsprofessional kon aanhaken bij het gesprek. In de Whatsappgroep werd verder geen persoonlijke informatie van de cliënten gedeeld. De gesprekken duurden omstreeks een uur, waarna er gemiddeld tien minuten werd genomen om te evalueren. Hierbij was de cliënt niet aanwezig.

1.8.5 Werkwijze – tweede ronde

Uit de evaluaties na de gesprekken en de tussenevaluatie sprak nog steeds enthousiasme vanuit de professionals over het gezamenlijke gesprek. Tijdens de tussenevaluatie stonden alle aanwezigen erachter om de pilot voort te zetten en werd de meerwaarde van het gezamenlijke gesprek benoemd. Uit beide vormen van evaluaties kwamen de volgende punten wat betreft de werkwijze naar voren:

Doelgroep gezamenlijk gesprek

Bij het benaderen van cliënten voor een gesprek was het belangrijk om te beoordelen of zij hiervoor openstonden. Er waren een aantal gevallen waarbij zorg en welzijn de meerwaarde inzagen van een gesprek, maar de cliënt zelf niet mee wilde doen omdat hij of zij zichzelf te jong vond. Daarnaast gaf

een verpleegkundige aan specifiek cliënten te selecteren voor het gezamenlijke gesprek bij wie welzijn iets zou kunnen betekenen op punten waar de zorg zelf geen tijd of expertise voor heeft.

Andere inwoners bij wie een gezamenlijk gesprek waardevol was, waren mensen met beginnende dementie, eenzaamheid, psychiatrische problematiek, beperkt ziekte-inzicht, mensen die de hele dag thuis zitten (zij worden vaak te laat bij welzijn aangemeld), de Nederlandse taal niet goed machtig zijn, ouderen die heel zelfstandig zijn en het moeilijk vinden om om hulp te vragen, en mensen die niet de ernst inzien van een bepaalde situatie. Bij deze personen kan het helpend zijn om bij een gesprek met welzijn een vertrouwd persoon erbij te hebben.

Daarnaast kan een gezamenlijk gesprek van toegevoegde waarde zijn na een life event zoals een ziekenhuisopname of het overlijden van een partner. Welzijn kan in die gevallen helpen om iemand in beweging te krijgen. Idealiter vindt een gezamenlijk gesprek echter vóór zo'n life event plaats, zodat de inwoner dan al op de hoogte is van de mogelijkheden qua ondersteuning of sociale contacten.

*“Wij zien de meerwaarde ervan in als welzijn daar betrokken zou raken. Mevrouw niet, want zij vindt zichzelf te jong. De cliënt moet voor zo een gesprek open staan.”
(Verpleegkundige)*

“Je kijkt nu specifiek naar casussen waar welzijn iets zou kunnen betekenen. Waar wij geen tijd voor hebben, niets mee kunnen of die niet binnen ons vermogen liggen. We zoeken casussen uit waarvan wij denken dat het fijn zou zijn als daar wat gebeurt.” (Verpleegkundige)

“We zien wel eens dat een mantelzorger heel lang voor zijn vrouw zorgt. De vrouw wordt opgenomen in het verpleeghuis en de mantelzorger blijft dan alleen. Alle tijd is open, alles valt weg. Vaak zie je dan dat mensen zelf geen stappen nemen, depressief thuis zitten of de weg kwijt zijn en het niet meer weten. Hoe fijn is het als ik dan al in beeld ben?” (Sociaal werker)

Moment van gesprek

Het oorspronkelijke plan was dat het gezamenlijke gesprek werd gecombineerd met het evaluatiegesprek van de thuiszorg. Deze combinatie was niet in alle gevallen haalbaar: de evaluatie kwam dan niet aan bod omdat het gezamenlijke gesprek alle beschikbare tijd in beslag nam.

De gespreksleiding

Tijdens de gesprekken die hebben plaatsgevonden, nam in de meeste gevallen de sociaal werker het voortouw. De verpleegkundigen vonden dit prima, en gaven aan de leiding bij de sociaal werkers te

laten omdat zij bijvoorbeeld weinig kennis hadden over welzijn. Een stukje onzekerheid zou hierin een rol kunnen spelen. Ze gaven aan er wel open voor te staan om de leiding op zich te nemen. Daarnaast werd verwacht dat degene die het gesprek organiseert en de cliënt al kent, het gesprek opent, het doel toelicht en uitlegt wat het gesprek de cliënt kan opleveren.

“De volgende keer wil ik het best anders doen (...). Het is voor jou en voor mij nieuw (...). Ik vind het leuk om hierin meegenomen te worden. Vanuit die rol zit ik er ook.” (Verpleegkundige)

“Het doel is vooral dat we een gezamenlijk gesprek houden met het oog op de toekomst, welzijnszorg en financiën, zodat mensen zo lang mogelijk prettig kunnen blijven wonen. Dat is het hele doel. Misschien benoemen we dat niet helemaal goed in de eerste zin van het gesprek (...) Als je het gesprek begint, kunnen we dat iets duidelijker benoemen.” (Sociaal werker)

Meerdere gesprekken voeren

De professionals gaven aan dat het bij sommige cliënten helpend was om meerdere gezamenlijke gesprekken te voeren. Er kon dan meer openheid en vertrouwen ontstaan. Ook kon niet altijd alle informatie uit één gesprek worden gehaald.

“Bij één cliënt zijn er al twee gesprekken geweest. Toen was het nuttig dat iemand bij het tweede gesprek al meer open kon zijn.” (Sociaal werker)

Planning van gesprekken

De Whatsappgroep voor het plannen van gesprekken bleek niet prettig te werken, omdat deelnemers het overzicht verloren in deze groepsapp. Er werd afgesproken om gesprekken vanaf dat moment te organiseren via de Front Office van de welzijnsorganisatie, waar de gesprekken rechtstreeks bij de juiste sociaal werker werden ingepland.

Gesprekken kort voorbespreken

Het bleek van toegevoegde waarde om voorafgaand aan het gezamenlijke gesprek 5-10 minuten voor te bespreken met de andere professional. Indien de professionals elkaar nog niet kenden, kon dit moment als kennismaking gelden. Daarnaast konden gespreksonderwerpen verdeeld worden, zoals onder het kopje 'gespreksleidraad - tweede ronde' is beschreven. Verder kon dit moment benut worden om kort informatie over de cliënt uit te wisselen. Het was bijvoorbeeld handig om te weten

welke diagnose er was gesteld, en welke vraag er lag vanuit de wijkverpleging. Dit hielp om tijdens het gesprek gerichtere vragen te stellen en doelgericht te zijn.

Hierbij werd de kanttekening gemaakt dat het ook juist een voordeel kon zijn om zonder voorkennis een gesprek in te gaan, zodat je onbevooroordeeld en met een open blik naar de cliënt kon kijken. Dit was ook afhankelijk van de cliënt: indien de cliënt goed in staat was om zijn of haar eigen verhaal te vertellen, was het niet nodig om veel informatie voorafgaand aan het gesprek met elkaar te delen.

“Het is fijn als jij al ergens bekend bent. Zodat als ik ergens word ingevlogen, ik de situatie geschetst krijg of dat jij al dingen weet.” (Sociaal werker)

“Aan de andere kant, ook bij haar, kan nieuwsgierig zijn en niet weten, in deze casus, in het voordeel werken. Dat je even breed anders kijkt.” (Verpleegkundige)

Samen werken in de wijk

Het kon zowel het organiseren van gesprekken, als de samenwerking na een gezamenlijk gesprek belemmeren als de betrokken verpleegkundige en/of de sociaal werker niet in de wijk werkte waar de cliënt woonde. Idealiter werkten zij beiden in de wijk waar de cliënt woont.

“Het is ook mijn wijk niet. Ik voel me iets minder verantwoordelijk om nog een keer aan te bellen.” (Sociaal werker)

Concreet werden na de eerste ronde de volgende aanvullende afspraken wat betreft de werkwijze gemaakt:

1. De partij die het gesprek organiseert begint het gesprek en legt aan de cliënt uit wat het doel is, en wat het gesprek de cliënt kan opleveren.
2. Het gezamenlijk gesprek wordt kort voorbesproken: om elkaar eventueel te leren kennen, gespreksonderwerpen te verdelen, en informatie over de cliënt uit te wisselen, indien wenselijk.
3. Er worden meerde gezamenlijke gesprekken georganiseerd met cliënten indien dit nodig is om openheid te vergroten.
4. Gesprekken worden georganiseerd via de Front Office van de welzijnsorganisatie en niet meer via de Whatsappgroep.
5. Indien het mogelijk is een sociaal werker of verpleegkundige die werkzaam is in de wijk waar de cliënt woont mee te vragen voor een gezamenlijk gesprek.

1.8.6 Werkwijze – vervolg na de pilot

Tijdens de eindevaluatie bleek de werkwijze zoals in de tweede ronde opgesteld goed te werken. Echter, het inplannen van de gesprekken via de Front office van de welzijnsorganisatie beviel niet goed. Voor verpleegkundigen was het onduidelijk of een gesprek na aanmelding werd ingepland en hierover werd niet gecommuniceerd. Voor het vervolg van het gezamenlijke gesprek na de pilot werd afgesproken dat twee betrokkenen vanuit welzijn met de Front office in gesprek gaan om dit beter werkbaar te maken, en dat daarnaast een lijst van welke sociaal werker in welke wijk werkt wordt gedeeld met de verpleegkundigen, zodat zij op die manier direct de juiste sociaal werker kunnen benaderen.

1.9 Develop fase – deelvraag 2

Tijdens deze fase werd ook deelvraag 2 beantwoord: 'Wat is de meerwaarde van een gezamenlijk gesprek, voor zowel de zorgvrager als de professionals?' In dit hoofdstuk wordt deze vraag beantwoord.

Algemene ervaring

Over het algemeen werden de gesprekken positief ervaren door zowel cliënten als professionals. Cliënten vonden de gesprekken prettig en ontspannen, en hadden geen verbeterpunten. De professionals ervaarden de gesprekken als fijn en als een mooie samenwerking. Ze gaven aan vaker op deze manier te willen werken.

"De ontspannen sfeer waarin het gesprek plaatsvond. Dat is prettig." (Cliënt)

*"Ik vond het gesprek van vandaag fijn. Het is goed verlopen en was verhelderend.
We hebben duidelijke afspraken kunnen maken." (Verpleegkundige)*

Met twee professionals in gesprek met de cliënt

Bestaande vertrouwensband

Doordat de verpleegkundige de cliënt al kende en er een vertrouwensband was, vormde de aanwezigheid van een onbekende welzijnsprofessional geen drempel. Cliënten ervaarden het gesprek hierdoor als vertrouwd en vonden het prettig dat de verpleegkundige hen kon aanvullen wanneer zij moeite hadden om over zichzelf te praten. Het hielp wanneer de onbekende professional de cliënt actief op zijn of haar gemak stelde.

Ook volgens professionals maakte de bestaande vertrouwensband het makkelijker om een onbekende mee te nemen, waardoor gesprekken soms 'als vanzelf' verliepen. Wel werd ingeschat dat voor

sommige inwoners een gesprek met twee professionals juist belastend kan zijn. Of een gezamenlijk gesprek passend is, hangt daarom af van de cliënt en diens kwetsbaarheid.

“Het was een heel prettig en openhartig gesprek. Dat kwam mede omdat ik [de verpleegkundige] al wat langer ken.” (Cliënt)

“Ik vind het makkelijk als er een tweede persoon bij is. Je kunt elkaar een beetje aanvullen.” (Cliënt)

“Het is heel prettig om dat stukje zorg samen te doen, die bevestiging en in deze situatie de vertrouwelijkheid van jou, bij hen. Dat ik mee kan omdat ik weer iets nieuws ben.” (Sociaal werker)

Eén cliënt gaf aan dat, achteraf gezien, de sociaal werker het gesprek ook alleen had kunnen voeren. Vooraf vond deze persoon het echter een prettig idee dat de verpleegkundige erbij zou zijn, omdat zij de cliënt al goed kende.

Bekend met de context

Een ander voordeel dat de bestaande vertrouwensband met de verpleegkundige opleverde, was dat zij al bekend was met de context van de cliënt en de sociaal werker hierin kon meenemen. Dit maakte de gesprekken efficiënt en doelgericht.

“Het is fijn als jij al ergens bekend bent. Zodat als ik ergens word ingevlogen, ik de situatie geschetst krijg of dat jij al dingen weet.” (Sociaal werker)

Bredere blik & van elkaar leren

Professionals gaven aan dat er kracht zit in het samendoen van een gesprek. Door vanuit zowel zorg- als welzijns perspectief mee te kijken met de inwoner, ontstond een breder beeld van de hulpvraag en konden zij elkaar aanvullen. Daarnaast was het leerzaam om te zien hoe de ander het gesprek aanging. Verpleegkundigen kregen meer inzicht in wat er in de wijk mogelijk was, terwijl sociaal werkers meer leerden over het zorgaspect. De professionals gaven aan deze kennis te kunnen gebruiken voor ondersteuning van andere inwoners.

"Het is leerzaam om met elkaar te zitten, elkaar te leren kennen en meer samen te werken (..) We kijken allebei op een andere manier. We zijn gewend om op een andere manier het gesprek aan te gaan" (Verpleegkundige)

"Ik vind het goed om te weten wat [welzijnsorganisatie] is, dat het bestaat en deze dingen doet. Voor mijn andere cliënten kan ik proberen wat mee te nemen, waar zij iets mee kunnen." (Verpleegkundige)

Versterkte samenwerking tussen zorg en welzijn

Na sommige gesprekken maakten de verpleegkundige en sociaal werker afspraken over hoe ze de samenwerking konden voortzetten. Bijvoorbeeld door elkaar te betrekken bij signalen dat een inwoner meer nodig heeft op welzijnsgebied, of door samen koffie te drinken en verder uit te wisselen over elkaars werkzaamheden. Door de gezamenlijke gesprekken is de drempel verlaagd om in de toekomst contact met elkaar op te nemen.

"Mensen zeggen vrij snel 'nee', want het is nieuw. Dan gaan we een keer samen. Laat het me weten als je dat in de gaten hebt. Dan neem ik hem bij de hand en gaan we daar een keer naartoe." (Sociaal werker tegen verpleegkundige)

"Ik denk nu wel ook aan een andere cliënt. In mijn achterhoofd wetende wat welzijn kan betekenen, zou ik degene met wie ik dat gesprek heb gehad een berichtje sturen. Ik zou vragen wat zij denkt en of dit iets voor hen is." (Verpleegkundige)

Ongemak

Hoewel de meeste gesprekken als positief en prettig werden ervaren, vonden professionals het soms ongemakkelijk om met een onbekende collega een gesprek te voeren. Vooral het eerste gesprek in een nieuw duo was wennen en aftasten. Het hielp wanneer duo's vaker samen gesprekken deden en elkaar vooraf al kenden.

"Ik kende de cliënt al, maar [de sociaal werker] nog niet. We moesten een weg vinden en zoeken naar wat we moesten doen." (Verpleegkundige)

Ook een enkele cliënt merkte dat het gezamenlijke gesprek nieuw was voor de professionals, maar ervoer het gesprek verder wel als positief.

“Het was nieuw voor hen. Ze hadden zoiets van: hoe moeten we het doen, hoe moeten we het aanpakken?” (Cliënt)

Drukke agenda's

Een ander nadeel was dat het plannen van gezamenlijke gesprekken lastig bleek, omdat drie drukke agenda's op elkaar moesten worden afgestemd. Daarnaast voelde het gezamenlijke gesprek als een leuk project, maar wel als iets extra's boven op het reguliere werk, wat soms veel was voor de professionals.

“Ik vind het leuk, maar het komt erbij (...) waar we allemaal voor openstaan. Alleen laten de agenda's het niet toe.” (Verpleegkundige)

Opbrengst voor de cliënt

Concrete ondersteuning

Bij een aantal inwoners volgden er tijdens of na het gesprek concrete acties, zoals hulp met het uitpakken van verhuisdozen, deelname aan de bingo, of het organiseren van vervoer.

*“Interviewer: wat denk je dat het gesprek concreet heeft opgeleverd voor de client?
Verpleegkundige: In ieder geval de hulp van [vervoersondersteuning], zodat hij beter, gemakkelijker en vooral goedkoper vervoer kan regelen. De voornaamste insteek is wel het ziekenhuis, maar hij zij ook dat hij bij zijn kinderen op bezoek zou kunnen gaan. Dat is een verbreding van zijn wereld.” (Verpleegkundige)*

Bewustwording mogelijkheden welzijn

Daarnaast bestond de opbrengst van het gesprek voor de cliënten uit bewustwording van de mogelijkheden van welzijn. Zij wisten vaak vooraf niet dat er vrijwilligers en diensten beschikbaar zijn vanuit welzijn. Hoewel een deel van de inwoners deze opties op het moment van het gesprek nog niet nodig had, gaven zij aan nu wel te weten waar ze terecht kunnen als de behoefte hieraan ontstaat. Ook de professionals noemden de bewustwording van welzijns-opties als opbrengst voor de cliënt.

"Interviewer: Welke onderwerpen waren het belangrijkste voor u? Respondent: De mogelijkheden die je kan doen met het vervoer. Mocht ik behoefte hebben om andere mensen te ontmoeten, dan is daar ook de mogelijkheid voor." (Cliënt)

"Het heeft me opgeleverd dat ik weet dat er veel meer voor elkaar te krijgen is via zo'n organisatie dan ik wist." (Cliënt)

"Ik denk dat ze nu een beeld hebben van wat [welzijnsorganisatie] doet. Dat ze weten dat ze bij jullie aan kunnen kloppen. Ze hebben handvatten gekregen om verder te kunnen." (Verpleegkundige)

Drempel verlagen voor vervolcontact

Doordat cliënten de sociaal werker al hebben ontmoet voordat er in sommige gevallen problemen zijn, ontstond er al vertrouwen. Hierdoor stappen zij later makkelijker op welzijn af als er wel iets aan de hand is. Daarnaast kon de sociaal werker tijdens het gesprek uitleggen dat welzijn niet bestaat uit hulpverleners, maar uit mensen die met de inwoner willen meedenken. Dat maakt de drempel voor vervolcontact ook lager, omdat veel inwoners al allerlei hulpverlening aan huis hebben. Ook het informatieboek met welzijnsopties dat soms werd meegegeven, droeg hieraan bij.

"Het is fijn dat ik hem op deze manier al een keer gezien heb. Dat is de meerwaarde, want daardoor zal hij sneller en makkelijker een beroep op me doen als het nodig is. Dan heeft hij me al een keer maar gezien." (Sociaal werker)

"Ik heb kunnen vertellen wat we doen, wat we voor betekenis kunnen zijn. Wat doen we ongeveer? Dan kunnen we vertellen dat we geen hulpverleners zijn, maar alleen meedenken. Dat maakt de drempel een stuk lager, want ze hebben al zoveel hulpverlening aan huis." (Sociaal werker)

"Ik heb dat boekwerk nu. Ik leg dat netjes weg en dat kan ik als ruggensteuntje gebruiken." (Cliënt)

Voorbereiden op de toekomst

Een doel van het gezamenlijke gesprek was cliënten ondersteunen in het voorbereiden op de

toekomst. Een enkele cliënt gaf aan dat het gesprek hem of haar hierover aan het denken zette, maar zonder plannen om vervolgacties te ondernemen, vaak omdat er al veel geregeld was. Ongeveer de helft van de geïnterviewden had de toekomst al goed voorbereid, bijvoorbeeld met een levensloopbestendige woning, hulpmiddelen en een stevig netwerk. Andere cliënten gaven aan dat de toekomst in het gesprek niet aan bod kwam, of dat zij zich geen zorgen wilden maken over mogelijke toekomstige problemen.

"Interviewer: Als u zou moeten samenvatten, wat heeft u aan die gesprekken gehad?"

Respondent: Dat je meer met je neus op de feiten wordt gedrukt als je wat ouder wordt." (Cliënt)

"Ik ben altijd erg zelfstandig geweest. Ik kijk niet te ver naar voren. Ik zie wel wat er gebeurt." (Cliënt)

Vanaf de kant van de professionals werd deze houding ook gezien: cliënten zien wel wat de toekomst brengt of zijn al goed voorbereid. Wel werd genoemd dat het helpend was dat iemand van buitenaf de cliënt stimuleert om na te denken over de toekomst.

"Dat ze aan het denken gezet worden: misschien moeten we er toch iets mee. Het is niet alleen maar een instantie die dat zegt vanuit zorg, maar iemand anders zegt het ook." (Sociaal werker)

Andere helpende en belemmerende factoren

Een goede klik tussen de professionals

Volgens sommige professionals bestond er geen vaste succesformule voor een geslaagd gezamenlijk gesprek; het verloop hing af van de klik tussen professionals en cliënt. Bij een goede onderlinge klik verliepen gesprekken doorgaans vanzelf soepel, ook zonder dat de professionals elkaar vooraf kenden. Wanneer die klik minder aanwezig was, kon het helpen om één gespreksleider aan te wijzen of te werken met een gespreksleidraad waarin de onderwerpen zijn verdeeld.

"Ik had een leuke klik met degene met wie ik het gesprek voerde. Het liep daarom heel gemakkelijk." (Verpleegkundige)

Gezamenlijke gesprekken bij welzijnscliënten

Een sociaal werker gaf aan dat zij weerstand opmerkte bij haar cliënten tegen de gezondheidszorg, waardoor zij niet openstonden voor een gezamenlijke gesprek.

"Ik merk weerstand voor de zorg bij de mensen die ik spreek. 'De zorg? Nee, nog lang niet'." (Sociaal werker)

Samenwerking met alle betrokken partijen

Professionals gaven aan dat er vaak veel partijen rondom een cliënt betrokken zijn, zoals de POH of de casemanager, maar dat het lastig is om contact met hen te leggen of samen te werken. Cliënten ontvangen hierdoor regelmatig tegenstrijdige adviezen. Ook vóórdat cliënten in zorg komen, zijn er vaak al andere partijen betrokken, maar onderling is er weinig communicatie. Idealiter vindt er af en toe een breed gesprek plaats met alle betrokken partijen, inclusief de cliënt. Omdat de zorg dagelijks bij mensen thuis komt en daardoor een goed beeld heeft van de situatie, soms beter dan een huisarts of casemanager, kan het delen van deze informatie veel waarde opleveren.

"Ik vind nog steeds dat er veel partijen bij een gezin betrokken zijn, maar er is geen samenwerking." (Sociaal werker)

"Je zou willen dat je eens in de zoveel tijd met elkaar een overleg hebt waar ook mevrouw of meneer bij is. Welke kant gaan we op, wat zien we? Wat zouden jullie graag willen?" (Sociaal werker)

"Je merkt vaak bij cliënten dat als ze een afspraak hebben met de huisarts of met een casemanager dat het één keer in de zoveel tijd is. Het blijft een beetje oppervlakkig. Je mist het gevoel van hoe iemand er elke ochtend weer inzit." (Verpleegkundige)

Een gezamenlijk gesprek geïnitieerd door welzijn

Tijdens de pilot zijn zeven gesprekken geïnitieerd door verpleegkundigen bij thuiszorgcliënten, en één gesprek door welzijn bij een bij welzijn bekende inwoner. Deze inwoner had zichzelf aangemeld voor een gezamenlijk gesprek met concrete vragen over hoe zichzelf beter voor te bereiden op de toekomst. Vanwege een klein netwerk was de cliënt, ondanks relatief jonge leeftijd, hier al mee bezig. Ook bij dit gesprek werd de openheid bevorderd doordat één van de professionals, de sociaal werker

in dit geval, bekend was met de cliënt, ook al heeft een sociaal werker doorgaans minder vaak contact met een cliënt dan een thuiszorgverpleegkundige.

"Ik ben verder goed, maar ik denk aan de dag van morgen. Vandaar dat ik heb toegezegd dat ik die twee wilde ontvangen. Ik wil weten waar ik over een tijdje sta. Ik ken veel mensen, maar mijn netwerk is klein. (...) Ik heb het met hun tweeën als positief ervaren." (cliënt)

"Interviewer: Hoe was het voor u dat er twee mensen bij u langskwamen voor een gesprek? Inwoner: Dat voelde wel goed. [sociaal werker] ken ik al vanaf de tijd dat ze bij [organisatie] werkte. (...) Dat scheelt, want dat praat makkelijker, vind ik persoonlijk." (cliënt)

In dit gesprek wisten zorg en welzijn elkaar goed aan te vullen. De aanwezigheid van een verpleegkundige bleek waardevol, omdat zij de vragen van de cliënt kon beantwoorden over valangst, mogelijke zorgopties bij toekomstige gezondheidsproblemen, de organisatie van zorg en sportmogelijkheden. De sociaal werker gaf aan minder kennis te hebben over deze onderwerpen. Daarnaast werd een direct contact gelegd tussen wijkverpleging en de cliënt, wat de drempel om hulp te vragen verlaagde en door de cliënt als heel prettig werd ervaren.

"Ze kwamen met tips wat ik kan doen en wat voor mij de mogelijkheden zijn." (cliënt)

Een ander onderwerp dat tijdens het gesprek aan bod kwam was het gesprek met naasten over een mogelijke toekomstige hulpvraag. De cliënt werd gestimuleerd om zichzelf alvast aan te wennen om om hulp te vragen aan naasten en burens, zodat dit laagdrempeliger is wanneer het echt nodig is.

"[Sociaal werker] zei dat dit een stap voor mij is om met m'n nicht en neef aan tafel te gaan zitten. Dat ik ze bij mij thuis uitnodig om te ventileren wat er aan de hand is. Wat er in de toekomst voor mij mogelijk is en dat zij als achterban ervoor mij zijn." (cliënt)

De focus van het gesprek was de toekomst en wat de cliënt alvast zelf kon doen om zich hierop voor te bereiden. Na het gesprek ging de cliënt aan de slag met de actiepunten, zonder verdere ondersteuning vanuit zorg of welzijn.

De professionals vonden het een prettig gesprek en merkten dat het fijn was om het gesprek samen te doen, omdat zij samen meer wisten dan alleen. Tijdens het gesprek werd geen gespreksleidraad gebruikt, omdat de cliënt duidelijke vragen had waar ze op in konden gaan.

“Als je zo'n gesprek ingaat, krijg je zoveel indrukken. Pas daarna denk je dat je dit en dat had willen zeggen. Dat had ik bij dit gesprek niet. Ik heb voor mijn gevoel veel dingen kunnen zeggen.” (cliënt)

Ook dit gesprek versterkte de samenwerking tussen zorg en welzijn. De betrokken sociaal werker en verpleegkundige hebben door het gezamenlijke gesprek het plan opgevat om samen groepsvoorlichting te geven aan ouderen in een buurthuis, over ouder worden, welke mogelijkheden er zijn en welke zaken zij alvast kunnen regelen.

1.10 Deliver fase

Tijdens de Deliverfase stond het implementeren van het uiteindelijke ontwerp van het gezamenlijke gesprek centraal. Uit de afsluitende focusgroep kwam naar voren dat alle aanwezigen het gezamenlijke gesprek na de pilot wilden voortzetten. Redenen hiervoor waren dat deze werkwijze leidde tot kortere lijnen en meer bekendheid tussen zorg en welzijn, en dat de gesprekken echt wat opleverden voor de cliënt. Met name de verkorte lijntjes tussen zorg en welzijn werd gewaardeerd.

1.10.1 Randvoorwaarden

Professionals gaven aan geen extra ondersteuning nodig te hebben om het gezamenlijke gesprek te implementeren, zoals training. Wel werd benoemd dat zorg- en welzijnsprofessionals elkaar makkelijk, en persoonlijk moeten kunnen bereiken om de gesprekken laagdrempelig te organiseren. Hiervoor was het nodig om elkaar te kennen en toegang te hebben tot contactgegevens. Verder was het helpend als de werkwijze gelijk wordt getrokken en iedereen globaal op dezelfde manier werkt.

Om het gezamenlijke gesprek blijvend te implementeren werd verder aangegeven dat het belangrijk is dat deze manier van werken gedragen wordt door alle medewerkers en goed ingebed is in zowel de zorg- als welzijnsorganisatie. Hiervoor was het nodig dat het gezamenlijke gesprek goed geborgd werd bij het management van beide organisaties. Bij de ene organisatie was het management vanaf het begin betrokken bij dit project, bij de andere organisatie niet. Dit maakte verschil voor de mate waarin medewerkers gestimuleerd konden worden om zich in te zetten voor de pilot. Voor het vervolg van het gezamenlijke gesprek was het belangrijk om bij de organisatie met lage betrokkenheid vanuit management hen de opbrengst van de gesprekken te kunnen tonen. Indien het gezamenlijke gesprek

goed geborgd is, wordt het een onderdeel van het standaard werkproces van professionals, waardoor het toepassen laagdrempelig wordt.

1.10.2 Belemmerende en bevorderende factoren

Het gezamenlijke gesprek bij een thuiszorgcliënt kostte in principe geen extra tijd, omdat er vanuit de welzijnsorganisatie een vast aantal uren beschikbaar is per inwoner die vrij in te zetten zijn, ook voor een gezamenlijk gesprek. Door het gezamenlijke gesprek tijdens een evaluatiemoment van de zorg te plannen, kostte het de verpleegkundige ook weinig extra tijd. Tijdens deze pilot werd dat anders ervaren, omdat voor het onderzoek extra gesprekken buiten deze momenten ingepland worden om data te verzamelen. Bij een gesprek geïnitieerd door welzijn kostte het gezamenlijke gesprek de verpleegkundige wel extra tijd omdat dit niet binnen haar gebruikelijke werkzaamheden viel.

Tijdens de pilot werd gesignaleerd dat er vaak veel partijen betrokken zijn bij inwoners. Dit werd als een knelpunt ervaren, omdat het vaak onduidelijk was wie de regie voert en of dit aan de cliënt kon worden overgelaten. De wens werd uitgesproken om het gezamenlijke gesprek in de toekomst uit te breiden met samenwerking met andere partijen. Mogelijk kan in gezamenlijke gesprekken het professionele netwerk in kaart worden gebracht om de betrokkenheid van partijen bij een inwoner in beeld te krijgen.

Conclusie

Dit onderzoek had als doel een ontwerp te ontwikkelen voor een gezamenlijk gesprek met ouderen die thuiszorg ontvangen, waarbij zowel een zorg- als welzijnsprofessional aanwezig zijn, en om de toegevoegde waarde en implementatie hiervan in kaart te brengen. Hiervoor is een ontwerpgerichte, kwalitatieve studie uitgevoerd.

Uit de resultaten blijkt dat een gezamenlijke gesprek volgens professionals idealiter gericht is op wat de inwoner belangrijk vindt en hoe hij of zij nu of in de toekomst ondersteuning voor zichzelf kan organiseren, eventueel met hulp van zorg en/of welzijn. Echter, een gezamenlijk gesprek in de vorm zoals deze in dit onderzoek is uitgevoerd draagt nauwelijks bij aan het voorbereiden op de toekomst. Het gesprek vindt idealiter plaats tijdens een regulier zorgevaluatiemoment, duurt ongeveer een uur en wordt voor- en nabesproken door beide professionals. Afstemming vooraf over doelen en rolverdeling is hierbij belangrijk. Het gebruik van een gespreksleidraad kan ondersteunend zijn.

Het onderzoek richtte zich voornamelijk op de vorm van het gezamenlijke gesprek en de ervaringen en opbrengst hiervan. De inhoud van de gezamenlijke gesprekken was door de professionals en inwoner deels vrij vorm te geven, eventueel aan de hand van de gespreksleidraad, en naar de inhoud van de gesprekken werd vanwege privacy redenen niet direct naar gevraagd. Hierdoor is de exacte inhoud van de gesprekken minder expliciet teruggekomen in de resultaten.

Voor inwoners biedt het gezamenlijke gesprek meerwaarde doordat zij op een laagdrempelige manier kennismaken met welzijn en concrete hulp krijgen, of bewust worden van ondersteuningsmogelijkheden voor nu of de toekomst. Voor professionals bevordert het gesprek een bredere blik, elkaars expertise leren kennen en een versterkte samenwerking tussen zorg en welzijn, wat leidt tot brede ondersteuning van de inwoner.

Een succesvolle implementatie vraagt om borging op organisatieniveau, voldoende tijd en een gedeelde werkwijze. Daarnaast is het van belang dat professionals elkaar kennen en elkaar gemakkelijk weten te vinden.

Discussie

1.11 Reflectie op resultaten

In gesprek met zorg en welzijn

Uit dit onderzoek komt naar voren dat een gezamenlijk gesprek met zorg en welzijn van meerwaarde is, zowel voor de oudere cliënt als voor de interprofessionele samenwerking. Deze bevindingen sluiten aan bij de resultaten van de pilot 'Samen Op Eigen Kracht' in Culemborg, waarin een zorg- en welzijnsprofessional gezamenlijk een eerste gesprek voerden met een oudere inwoner als startpunt van een traject van meerdere weken (Mura Zorgadvies, 2025). De opzet en deels ook de inhoud van dit startgesprek vertoonden overeenkomsten met het in dit onderzoek onderzochte gezamenlijke gesprek.

Tijdens dit startgesprek bleek de aanwezigheid van een welzijnswerker aanvullend en waardevol, doordat zij de inwoner kon informeren over beschikbare welzijnsvoorzieningen en hierbij indien gewenst begeleiding kon bieden. De disciplines zorg en welzijn bleken elkaar in het gesprek aan te vullen, wat resulteerde in beter passende ondersteuning en verbeterde afstemming tussen professionals. Daarnaast leerden de betrokken professionals van elkaars gespreksbenadering en werkwijze (Mura Zorgadvies, 2025). Ondanks de beperkte omvang van de uitgevoerde pilot in dit onderzoek, sluiten de bevindingen dus aan bij resultaten van vergelijkbare initiatieven. Dit duidt erop dat de uitkomsten van dit onderzoek in zekere mate generaliseerbaar zijn.

Vroegtijdige kennismaking met welzijn als drempelverlagende factor

Een opbrengst van het gezamenlijke gesprek was dat de drempel wordt verlaagd voor inwoners om in de toekomst contact op te nemen met welzijn. Uit onderzoek naar vraagverlegenheid onder ouderen in Oegstgeest blijkt dat zij niet snel uit zichzelf op zoek gaan naar ondersteuning en vaak pas actie ondernemen wanneer de situatie al is verslechterd (Broers, 2024). Mogelijk heeft dit ermee te maken dat ouderen zich vaak niet bewust zijn van hun eigen gezondheidsstatus, moeite hebben met het vinden van zorg of ondersteuning, of (gezondheids)informatie niet goed begrijpen (Wu et al., 2020).

Het gezamenlijke gesprek, waarbij een welzijnsprofessional al in een vroeg stadium kennismakt met een inwoner, nog voordat er sprake is van een (zware) ondersteuningsvraag, kan in lijn met deze onderzoeken bijdragen aan bewustwording over mogelijke ondersteuningsbehoeften en daarmee de drempel voor vervolcontact met zorg of welzijn verlagen. Daarnaast biedt de aanwezigheid van een thuiszorgverpleegkundige, die de inwoner vaak goed kent, de mogelijkheid om een realistischer en vollediger beeld van de situatie te verkrijgen. Uit hetzelfde onderzoek van Wu et al. (2020) blijkt dat verpleegkundigen, in samenwerking met familieleden en sociaal werkers, inderdaad een belangrijke rol kunnen spelen in het ondersteunen van ouderen bij het inzicht krijgen in hun gezondheids- en welzijnsstatus en hen kunnen stimuleren op tijd ondersteuning te zoeken.

Voorbereiden op de toekomst

Hoewel een van de doelen van het gezamenlijke gesprek was om ouderen te ondersteunen bij hun

voorbereiding op de toekomst, bleek dit in de praktijk geen concrete opbrengst. Veel ouderen gaven aan zich al voldoende voorbereid te voelen, of richtten zich voornamelijk op het leven van dag tot dag. Dit sluit aan bij bevindingen uit andere studies, waarin wordt beschreven dat ouderen sterker dan jongere generaties gericht zijn op het 'nu' en zich daardoor minder bezighouden met toekomstige scenario's (Marhánková & Moura, 2023; Fung & Isaacowitz, 2026). Het voorbereiden op de toekomst was als doel van het gezamenlijke gesprek gesteld met de hoop acute crises te voorkomen wanneer een oudere plotseling intensieve hulp nodig heeft. Hoewel op basis van dit onderzoek hier geen uitspraken over gedaan kunnen worden is het wel mogelijk dat het vroegtijdige contact met een welzijnswerker tijdens het gezamenlijke gesprek hier toch indirect aan kan bijdragen: doordat de oudere de professional al kent, ontstaat er preventieve verbondenheid die een toekomstige hulpvraag laagdrempeliger kan maken.

In het ontwerp van de studie had desondanks meer aandacht besteed kunnen worden aan het voorbereiden op de toekomst. Uit onderzoek van Delfgauw et al. (2024) blijkt dat de toekomst en verouderen voor ouderen vooral bespreekbaar is binnen de familie. Het kan daarom mogelijk helpend zijn om familieleden of andere naasten te betrekken bij het gezamenlijke gesprek over de toekomst. Tegelijkertijd zijn ouderen vaak gesloten over dit onderwerp. In gesprekken met professionals is het daarom van belang om eerst vertrouwen en verbinding op te bouwen. Ouder worden wordt namelijk vaak als een kwetsbaar en negatief onderwerp ervaren. Daarnaast hebben veel ouderen het gevoel dat zij weinig invloed hebben op zaken die samengaan met het ouder worden. Professionals kunnen hierop inspelen door duidelijk te maken welke opties er zijn, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, en door duidelijk te maken waarop ouderen zelf invloed kunnen uitoefenen. Verder ervaren veel ouderen een drempel om hulp te vragen, bijvoorbeeld uit angst om tot last te zijn. Wanneer professionals zich hier bewust van zijn en dit bespreekbaar maken, kan dit bijdragen aan het gesprek over het voorbereiden op de toekomst (Delfgauw et al., 2024) en dit mogelijk succesvoller maken.

De Raad van Ouderen (2019) adviseert daarnaast om bij het voorbereiden op het ouder worden vooral te focussen op vragen als: waar worden ouderen blij van, hoe kunnen zij zich nuttig blijven voelen en hoe willen zij deze nieuwe levensfase invullen. Hoewel in de gespreksleidraad vragen van dit kaliber waren opgenomen, had meer aandacht voor dit soort vragen ouderen mogelijk geholpen om meer open te staan voor het nadenken over de toekomst.

Verder geeft de Raad van Ouderen (2019) aan dat het moment waarop ouderen nadenken over de toekomst niet aan leeftijd gebonden is, maar samenhangt met levensfasen en ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals pensionering, het verlies van werk, de geboorte van kleinkinderen, ziekte bij zichzelf of een naaste, of het overlijden van een partner of andere geliefden. In dit onderzoek vond het gezamenlijke gesprek plaats enige tijd nadat ouderen waren gestart met thuiszorg. Het verlies van gezondheid of het ontstaan van beperkingen kan worden gezien als zo'n levensgebeurtenis, waardoor de start van thuiszorg mogelijk een geschikt moment is om het gesprek over de toekomst aan te gaan. Desondanks had in de planning van de gesprekken meer aandacht kunnen worden besteed aan het moment waarop dit gesprek plaatsvond, bijvoorbeeld na het overlijden van een partner. Omdat het in de pilot lastig was om voldoende respondenten te werven, was het niet haalbaar om in de planning van

gesprekken ook nog rekening te houden met dit soort levensgebeurtenissen. Voor het vervolg van het gezamenlijke gesprek kan het moment waarop het gesprek gepland wordt meegenomen worden om deelnemers beter te kunnen ondersteunen in het nadenken over de toekomst.

Randvoorwaarden implementatie

De randvoorwaarden voor implementatie van het gezamenlijke gesprek die in dit onderzoek zijn geïdentificeerd, komen overeen met uit eerder onderzoek geformuleerde succesfactoren voor samenwerking tussen zorg en welzijn (Van de Maat et al., 2014) en interdisciplinaire samenwerking in het algemeen (Wei et al., 2021). Aanvullend op het huidige onderzoek vond Vilans dat het voor een succesvolle samenwerking belangrijk is om contact met elkaar te blijven zoeken, ook na een pilot. Een valkuil in de samenwerking is aannemen dat de samenwerking na een pilot uit zichzelf zal blijven bestaan. Iemand verantwoordelijk maken voor de verdere samenwerking kan dit voorkomen (Vilans, 2014). Bij het afronden van dit onderzoek zijn er afspraken gemaakt over hoe de betrokkenen verder zouden gaan met het gezamenlijke gesprek, maar er is niet één persoon verantwoordelijk gemaakt. Mogelijk ligt hierin een risico voor de levensvatbaarheid van deze werkwijze.

In dit onderzoek werd het borgen van het gezamenlijke gesprek in de bestuurslagen van de organisatie geïdentificeerd als randvoorwaarde voor het vervolgen van de pilot. Echter, de betrokkenheid van management is wenselijk tijdens het hele proces van het implementeren van een interventie, niet alleen tijdens de laatste fase. Het bevordert de implementatie en borging als management en directie voortdurend betrokken zijn en ondersteuning bieden aan professionals om de interventie uit te voeren (Van der Zwet & de Groot, 2018). De betrokken organisatie in dit onderzoek waarbij management weinig betrokken was gedurende de pilot, had moeite om het organiseren van gesprekken te initiëren en om medewerkers ertoe te bewegen hierin actie te ondernemen. Mogelijk lag de oorzaak hiervan in de lage betrokkenheid vanuit het management van deze organisatie. Indien andere organisaties een gezamenlijk gesprek willen implementeren, is het dus van belang dat er ook bij directie en management draagvlak hiervoor is.

1.12 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Onvolledige discover en define fase

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de Discover en Define fasen door tijdsgebrek niet volledig zijn uitgevoerd. Hoewel de vraagarticulatiebijeenkomsten al eerste signalen opleverden, zoals dat ouderen onvoldoende voorbereid zijn op de toekomst, bleef de probleemverkenning hierdoor beperkt. Mogelijk heeft dit geleid tot een ontwerp dat minder goed aansluit op de ervaren problematiek van ouderen en professionals.

Betrokkenheid van inwoners en professionals bij het onderzoek

Het perspectief van cliënten werd bij de start van het ontwerpproces niet meegenomen. Ook dit was het gevolg van tijdsdruk. Hierdoor ontbraken inzichten van inwoners in de fase waarin het gezamenlijke gesprek werd vormgegeven. Wel is het perspectief van inwoners meegenomen in de evaluatie van de

gevoerde gesprekken, wat heeft bijgedragen aan het bepalen van de meerwaarde van het gezamenlijke gesprek. Dit vormt daarmee een compenserend en sterk element van het onderzoek.

Tijdens de ideationssessie was slechts één wijkverpleegkundige aanwezig en ontbrak vertegenwoordiging vanuit het management van het sociaal werk, waardoor er minder perspectieven beschikbaar waren. Een bredere deelname had mogelijk geleid tot een sterker en breder eerste ontwerp van het gezamenlijke gesprek. Deze beperking is echter deels ondervangen doordat zowel verpleegkundigen als sociaal werkers gedurende het verdere onderzoek betrokken waren bij de evaluatie van elk gesprek en bij de tussentijdse evaluatie. Hierdoor kon het ontwerp worden aangescherpt. Dit heeft ertoe geleid dat het uiteindelijke ontwerp goed aansluit bij de dagelijkse praktijk en toepasbaar is.

Mogelijke bias bij evaluaties door professionals

De professionals evalueerden de gesprekken gezamenlijk direct na afloop. Dit kan hebben geleid tot sociaal wenselijke antwoorden of terughoudendheid in het uiten van kritiek, zeker omdat de duo's elkaar vaak nog niet goed kenden. Er was daarom een risico dat professionals niet helemaal open waren. De telefonische individuele interviews leverden echter vergelijkbare resultaten op, waardoor de kans op bias klein wordt geacht.

Beperkt aantal gezamenlijke gesprekken

Het oorspronkelijke plan was om drie rondes van vijf gezamenlijke gesprekken te voeren, met tussentijdse evaluaties om het ontwerp bij te sturen. Uiteindelijk vonden slechts acht gesprekken plaats. Hoewel na de eerste vijf gesprekken een tussenevaluatie is uitgevoerd en verbeterpunten zijn geformuleerd, was er onvoldoende gelegenheid om deze aanpassingen uitgebreid te implementeren en opnieuw te toetsen. Hierdoor kon het iteratieve karakter van het ontwerpproces maar beperkt plaatsvinden. Tegelijkertijd bleek uit de bevindingen dat na ongeveer zes gesprekken weinig nieuwe inzichten meer opdoken, waardoor kan worden gesteld dat de acht uitgevoerde gesprekken voldoende informatie boden om conclusies te trekken over het ontwerp en de meerwaarde van het gezamenlijke gesprek.

1.13 Aanbevelingen

Wetenschap

Er is tot op heden weinig onderzoek gedaan naar gesprekken waarbij meerdere professionals uit verschillende disciplines gezamenlijk met een oudere in gesprek gaan. Hoewel de resultaten van dit onderzoek wijzen op positieve effecten, is aanvullend onderzoek nodig om deze uitkomsten verder te onderbouwen. Toekomstig onderzoek zou idealiter beginnen met een goede probleemverkenning, waarin het perspectief van alle betrokken wordt meegenomen. Daarnaast is het uitvoeren van meerdere iteratieve rondes aan te bevelen, zodat het ontwerp van het gesprek systematisch kan worden verbeterd. Verder is het relevant om in vervolgonderzoek te onderzoeken welke effecten het gezamenlijke gesprek op de langere termijn heeft: blijft de samenwerking tussen zorg en welzijn in stand, nemen ouderen op latere momenten contact op met welzijn wanneer dit nodig is, en draagt het

gesprek bij aan het voorkomen van plotselinge, omvangrijke hulpvragen?

Praktijk

Op basis van dit onderzoek is een flyer gemaakt met daarop de werkwijze voor het organiseren van een gezamenlijk gesprek weergegeven. Professionals die het gezamenlijke gesprek willen inzetten in hun dagelijkse praktijk kunnen deze hiervoor gebruiken. Zie hiervoor bijlage 4.

Mogelijke vervolgstappen

Veel ouderen voelen zich bezwaard om naasten om hulp te vragen, omdat zij hen niet willen belasten of niet willen laten merken dat zij ondersteuning nodig hebben (Broers, 2024). Een mogelijke vervolgstap in de doorontwikkeling van het gezamenlijke gesprek is daarom om naasten actief bij dit gesprek te betrekken, zodat de ondersteuningsvraag gezamenlijk kan worden besproken en samen naar oplossingen kan worden gezocht. Daarnaast liet dit onderzoek zien dat er vaak meerdere partijen betrokken zijn bij de ondersteuning van één inwoner. Een bredere afstemming, waarbij alle betrokken professionals samen met de inwoner om tafel gaan, kan helpen om dubbel werk te voorkomen, de samenwerking te versterken en de ondersteuning beter op elkaar af te stemmen. Dit vormt een tweede mogelijke vervolgstap in de verdere ontwikkeling van het gezamenlijke gesprek.

Bibliografie

ActiZ. (2021, oktober 27). *Elly Branderhorst: 'Reablement is de zorg van de toekomst'*.

<https://www.actiz.nl>

Alavi, K., Sutan, R., Shahar, S., Manaf, M. R. A., Jaafar, M. H., Abdul Maulud, K. N., Embong, Z., Keliwon, K. B., & Markom, R. (2022). Connecting the Dots between Social Care and Healthcare for the Sustainability Development of Older Adult in Asia: A Scoping Review. *Sustainability*, 14(5), 2573. <https://doi.org/10.3390/su14052573>

Axioncontinu. (2024, november 22). *Vernieuwing in de wijk: Samen de zorg slimmer maken*.

<https://www.axioncontinu.nl>

Broers, M.J. (2024). *Onderzoeksrapport aanpak vraagverlegenheid onder senioren in Oegstgeest*.

Werkplaats Sociaal Domein Den Haag en Leiden. Geraadpleegd op 18 februari 2026, via [WSD – Onderzoeksrapport Aanpak vraagverlegenheid onder senioren in Oegstgeest – Adobe cloud storage](#)

Canvin, K., MacLeod, C.A., Windle, G. & Sacker, A. (2018). Seeking assistance in later life: how do older people evaluate their need for assistance? *Age Ageing* (47), 466–73: doi: 10.1093/ageing/afx189.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*. CBS.

<https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn>

Dekker, W & Pungu, A. (2024 juni 21). *Projectvoorstellen samenwerking zorg en sociaal*.
Werkplaats sociaal domein Gelderse Vallei.

Delfgauw, J., Willems, P. & Groot-Sluijsmans, B. (2024). Amsterdam 'praat over morgen': Participatief actie onderzoek. *Centrum voor Cliëntervaringen (CVC)*.

Den draak, M & Plaisier, I. (2021, juli 8). *Houding en handelen van ouderen en naasten*.

[Houding en handelen van ouderen en naasten / Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart - SCP](#)

Fung, H.H. & Isaacowitz, D.M. (2016). The role of time and time perspective in age-related processes: Introduction to the special issue. *Psychol. aging*, 31(6), 553–557, doi 10.1037/pag0000119.

Huijsman, R. (2021, april 9). Integrale ouderenzorg als

speerpunt. *Springer Nature Link*. 14, 72–79. <https://doi.org/10.1007/s12654-021-0765-8>

- Marhánková, J.H. & Moura, E.S. (2023). 'What can I plan at this age?' Expectations regarding future and planning in older age. *British sociological association*, 29(1), 120–136, doi <https://doi.org/10.1177/13607804231158989>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024, december 16). *Arbeidsmarktprognose zorg en welzijn 2024*. [MEVA-1075960 - Adobe cloud storage](#)
- Mura Zorgadvies (2025). *Reablement: Samen, Op Eigen Kracht evaluatie*. Geraadpleegd op 18 februari 2026, via [Reablement-Samen-Op-Eigen-Kracht-evaluatie-1.0-def - Adobe cloud storage](#)
- Nivel. (2024, juni). *Stimuleren van zelfredzaamheid en 'reablement' Een vragenlijstonderzoek onder (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners*. [Rapport Zelfredzaamheid en Reablement - DEF - Adobe cloud storage](#)
- Nursing. (2012, mei 9). *Uitgebreidere intake thuiszorg levert tijd op*. Nursing.nl. <https://www.nursing.nl>
- Panteia. (2020, april 30). *De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleeging – eindrapport*. <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:7b7f38e5-6b6c-4859-86b6-7defbb64871e>
- Raad van ouderen (2019, juni). *Advies raad van ouderen voorbereiden op ouder worden*. <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:6747d5b0-54ee-420b-9e94-d26b706e274a>
- Rosendal, H. & Mies, M. (2012). *Integrale zorg voor mensen met een chronische ziekte*. Uitgeverij: Reed Business Education, Amsterdam.
- Social Care Institute for Excellence. (2021). *Joint needs assessment and care planning – Activities to achieve integrated care*. <https://www.scie.org.uk>
- Van de Maat, JW., Oude Avenhuis, A. & van Xanten, H. (2014). *Samenwerken tussen zorg en welzijn: nu is de tijd*. Movisie. Geraadpleegd op 18 februari 2026, van [Samenwerken-tussen-zorg-en-welzijn-nu-is-de-tijd \[MOV-2346033-1.0\] \(6\) - Adobe cloud storage](#)
- Van der Zwet, R. & de Groot, N. (2018). *Wat werkt bij implementatie van sociale interventies*. Movisie: Geraadpleegd op 18 februari 2026, van [Dossier-Wat-werkt-bij-implementatie-sociale-interventies \[MOV-13727541-1.0\] - Adobe cloud storage](#)
- Van 't Veer, J., Wouters, E., Veeger, M. & van der Lugt, R. (2023). *Ontwerpen voor zorg en welzijn*. Coutinho.
- Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and

outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 735–749. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>

Wu, M., Peng, C., Chen, Y., Yuan, M., Zhao, M. & Wang, C. (2020). Nurses' perceptions of factors influencing elder self-neglect: a qualitative study. *Asian Nursing Research* 14(3), 138–143, <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.05.001>

Bijlage 1: Script ideationssessie

Planning	Inhoud	Opmerkingen/benodigdheden
12:30– 13:00	Ruimte voorbereiden Doelgroep intake gesprek: Thuiswonende ouderen die (lichte) thuiszorg nodig hebben en nog onvoldoende voorbereid zijn op hun oude dag, waarin mogelijk meer zorg- en ondersteuning nodig is.	- Naamstickers - Stiften - Koffie/thee - Koek - Flap over met doelgroep intake gesprek erop geschreven - Flap over met het ontwerpdoel erop geschreven - Tafels en stoelen in groepjes van 4 zetten - Receptie inlichten dat er gasten komen - Notitieboekje - Pennen
13:00	Ontvangst	- Deelnemers schrijven naam op naamsticker - Deelnemers krijgen koffie en thee aangeboden
13:00– 13:05	Iedereen krijgt kort de gelegenheid om zijn/haar gedachten en to-dos op papier te zetten om zo het hoofd leeg te maken voor de bijeenkomst.	
13:05– 13:30	Korte presentatie project en doel sessie - Doel van het project bespreken: zijn deelnemers het hiermee eens?	- PowerPoint presentatie project - Informatiebrieven en toestemmingsformulieren

	- Doel van deze sessie bespreken (kennismaken, gespreksleidraad opstellen, werkwijze afspreken) - Vragen of deelnemers toestemmingsformulier willen tekenen - Als deelnemers vragen hebben tussendoor, worden deze genoteerd op een flap over, waarschijnlijk komen deze later in de bijeenkomst aan bod.	Flap over met vragen.
13:30– 14:00	Kennismaking via speeddates - Deelnemers staan in een dubbele kring. Deelnemers welzijn in de binnenste kring en deelnemers zorg in de buitenste kring. De buitenste kring draait met elke ronde door, zodat iedereen elkaar spreekt. (Aantal rondes afhankelijk van aantal deelnemers) - Aan de hand van vragen op kaartjes kunnen deelnemers met elkaar in gesprek - Door middel van speeddates kunnen alle deelnemers elkaar even spreken, waardoor er een diepgaandere kennismaking is dan wanneer deze plenair zou plaatsvinden	- Kaartjes met kennismakingsvragen: combinatie van inhoudelijke en luchtige vragen - Bel
14:00– 14:30	Gespreksleidraad met elkaar ontwerpen - Doel van de gezamenlijke intake nog even kort voor ogen nemen: de oudere cliënt ondersteunen in het voorbereiden op de toekomst - Deelnemers van welzijn en zorg lezen met deze bril de intakeformulieren van beide organisaties individueel door en noteren welke vragen ze vinden passen bij dit doel en welke niet - Op de groot uitgeprinte vragenlijsten vooraan in het lokaal	- Intakeformulier van welzijn en zorg geprint op a4 (x aantal deelnemers) - Groene stickers - Rode stickers - Post its - Pennen

	kunnen deelnemers aan de hand hiervan 5 rode en 5 groene stickers plakken bij de vragen die ze wel en niet bij het doel vinden passen - Met post-its kunnen deelnemers eventuele extra vragen toevoegen - 2-4 deelnemers (zorg en welzijn gemengd) worden gevraagd om aan de hand van de opgehaalde informatie een voorstel voor een gespreksleidraad voor de gezamenlijke intake vorm te geven. Dit gaat dus niet om specifieke zorgvragen etc., maar om het gesprek over het voorbereiden op de toekomst van de client. - En nadenken over hoe dit onderwerp in de intake plaats te geven. - Na de pauze gaat dit groepje verder met de uitwerking van de gespreksleidraad in een ander lokaal terwijl de rest van de groep verder gaat met de werkwijze	
14:30– 14:45	Pauze	- Koffie/thee - Koek
14:45–15:15	Aan de slag met de werkwijze - In groepjes van 2-4 personen (zorg en welzijn gemengd) - Groepjes krijgen a3 vel met een tijdlijn erop, met in het midden het intake gesprek weergegeven. - Groepjes gaan in gesprek over hoe ze de intake praktisch kunnen organiseren en tekenen dit op de tijdlijn - Onder de tijdlijn is ruimte voor de randvoorwaarden van het proces:	- A3 vellen met tijdlijn erop - Stiften

	wat heb je nodig? Zodat dat ook meekan richting de werkgevers	
15:15–15:45	Plenair bespreken van uitkomsten intake formulier en werkwijze - Op grote flap-over werkwijze uittekenen - Groepje presenteert gespreksleidraad	- Flap over - Stiften voor flap over
15:45–16:00	Afsluiting - Hoe nu verder? - Evt. bijv. nummers uitwisselen - Vragen op flap-over die nog beantwoord zijn beantwoorden.	

Bijlage 2: Interviewvragenlijsten

Evaluatievragen professionals

- Hoe heb je de gezamenlijke intake ervaren? (o.a. ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze voor intake gesprekken)
- Hoe was het om het gesprek met twee professionals te voeren?
- Hoe denk je dat de zorgvrager het gezamenlijke gesprek heeft ervaren?
- Wat heeft het gesprek opgeleverd voor de client?
- In hoeverre heeft het gesprek bijgedragen aan bewustwording bij de client van toekomstige zorg- en ondersteuningsbehoeften?
- Wat ging er goed?
- Wat kan er beter?

Evaluatievragen cliënten

- Hoe heeft u het gezamenlijke gesprek ervaren?
- Hoe was het om het (evaluatie) gesprek met twee personen te voeren?
- In hoeverre heeft het gesprek u geholpen om u bewust te worden van wat u in de toekomst nodig kan hebben qua zorg en ondersteuning?
- In hoeverre voelt u zich na het gesprek beter voorbereid op uw oude dag?
- Zijn er dingen besproken die u hebben geholpen om stappen te zetten richting de toekomst? (qua zorg en welzijn)
- Denkt u na het gesprek anders over uw toekomst?
- Wat vond u prettig aan het gesprek?
- Wat zou er beter kunnen aan het gesprek?

Bijlage 3: Gespreksleidraad

- Neemt u mij eens mee in hoe uw dag eruit ziet.
 - Wat geeft uw dag betekenis?
 - En blijft dat ook belangrijk voor u als u ouder wordt of als er iets zou veranderen in uw gezondheid?
 - Hoe zou u zich daar nu al op kunnen voorbereiden?
 - Wie ontmoet u op een gewone dag?
 - Wie ontmoet u niet meer die u wel graag zou willen zien/spreken?
- Cognitie en gezondheid:
 - Wat is voor ons belangrijk om te weten?
 - Wat kan of doet u zelf?
 - Wie helpt u hierbij?
 - En hoe is dat voor hen? Nu en als er in de toekomst iets zou veranderen?
 - Hoe ziet u dit in de toekomst voor zich: wat zou u graag zelf willen blijven doen, en wat verwacht u misschien meer nodig te hebben?
 - Zijn er dingen die u nu al kunt regelen of overwegen met het oog op de toekomst?
- Beweging:
 - Wat doet u zelf op dit gebied?
 - Hoe helpt beweging u bij uw persoonlijke situatie?
 - Wat helpt u om zo lang mogelijk actief te blijven?
 - Welke wensen heeft u?
 - Wie in uw omgeving zou u hierbij kunnen ondersteunen?
- Financiële situatie:
 - Bent u tevreden over uw financiële situatie? Waarom wel of niet?
 - Als er iets verandert met uw gezondheid of in uw leven, hoe denkt u dan over uw geldzaken? Voelt u zich daar klaar voor?
 - Heeft u iemand uw directe omgeving die u kan helpen op dit gebied wanneer dit (in de toekomst) nodig is?
- Woonsituatie
 - Hoe bevalt uw woonsituatie op dit moment?
 - Hoe zou u in de toekomst het liefst willen wonen?
 - Wat is er nu voor nodig om dit in de toekomst mogelijk te maken?
- Geeft u eens een cijfer aan uw dag/gezondheid/netwerk/beweging/financiële situatie
 - Waarom een ...?
 - Wat is er nodig om het cijfer hoger te krijgen?

Bijlage 4: Flyer van de resultaten van het onderzoek

HET GEZAMENLIJKE GESPREK

Zorg en welzijn samen aan tafel bij de oudere inwoner

Bij het gezamenlijke gesprek gaan een thuiszorgverpleegkundige en een sociaal werker met de oudere thuiszorgcliënt in gesprek. Samen helpen zij de inwoner om na te denken over de toekomst en hoe hij de dingen kan blijven doen die voor hem belangrijk zijn. Het gesprek geeft een compleet beeld van de situatie, helpt inwoners zelf in actie te komen en kan zorgen voor snelle en passende ondersteuning.

Wat levert het op?

Breder beeld van de hulpvraag:

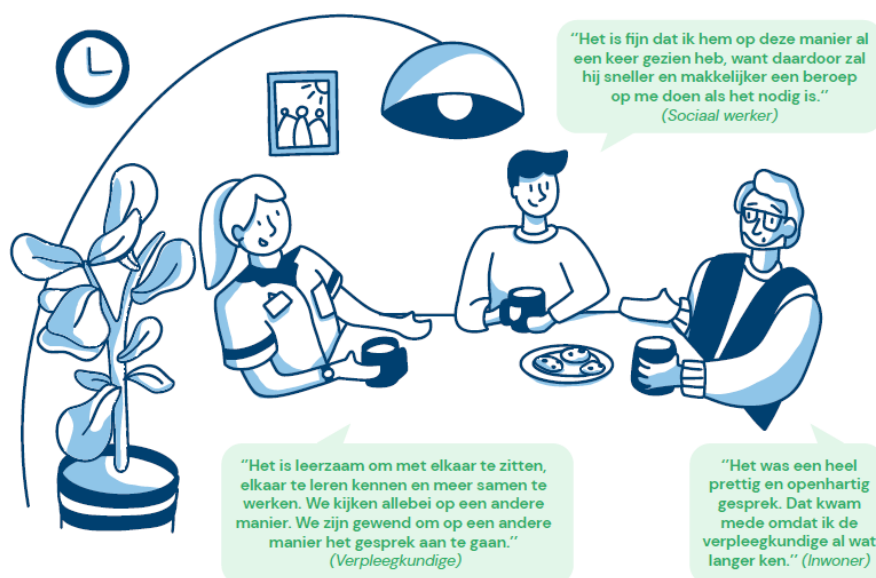
Doordat zorg en welzijn samen meekijken, ontstaat er een completer beeld van de situatie en de hulpvraag van de inwoner, wat leidt tot bredere ondersteuning en daarmee hogere kwaliteit van leven.

Lagere drempel voor vervolcontact:

Door de sociaal werker te leren kennen, weten inwoners bij wie zij (in de toekomst) moeten zijn voor ondersteuning. Hierdoor wordt contact leggen makkelijker.

Directe ondersteuning of inzicht in mogelijkheden:

Inwoners krijgen meteen hulp aangeboden, of ontdekken welke ondersteuning vanuit welzijn mogelijk is. Hierdoor kunnen zij zich beter voorbereiden op de toekomst.



Sterkere samenwerking:

Het gezamenlijke gesprek versterkt de samenwerking tussen zorg en welzijn en zorgt voor kortere lijnen en snelle, passende ondersteuning voor de inwoner.

Professionals leren van elkaar:

Door samen het gesprek te voeren, leren professionals van elkaars manier van werken en over de mogelijkheden in de wijk.

Vertrouwd en laagdrempelig:

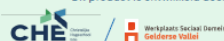
Het gesprek voelt vertrouwd voor de inwoner, ook al is er een vreemde bij, omdat de verpleegkundige al bekend is.

Efficiënte gespreksvoering:

De verpleegkundige kent de inwoner al goed en kan de sociaal werker daardoor vooraf informeren, waardoor het gesprek efficiënt en gericht verloopt.

Deze werkwijze is gebaseerd op de uitkomsten van het onderzoek: 'Het gezamenlijke gesprek', uitgevoerd door onderzoekers van de Christelijke Hogeschool Ede. Zie CHE | Studeren doe je in Ede | Project Het gezamenlijke gesprek voor meer informatie.

Dit product is ontwikkeld door:



WERKWIJZE VOOR PROFESSIONALS

Een gezamenlijk gesprek: zo pak je het aan

1



Bepaal of een gezamenlijk gesprek helpend kan zijn

- Bekijk of de inwoner baat heeft bij een gesprek met zorg en welzijn. Bijvoorbeeld bij weinig ondersteuning, eenzaamheid of moeite met hulp vragen.
- Schat in of het voor de inwoner prettig is dat er twee professionals langskomen.
- Inventariseer de betrokken professionals. Voorkom dubbel werk en stem waar nodig af met de casemanager.

2



Stem af met de juiste professional in de wijk

- Nodig een sociaal werker of verpleegkundige voor het gesprek uit die werkt in de wijk van de inwoner. Dat zorgt voor korte lijnen in de samenwerking.
- Plan het gesprek op een makkelijke manier voor jou. Stuur een appje, bel, of laat de afspraak inplannen door de andere organisatie.

3



Plan het gezamenlijke gesprek in

- Plan het gesprek tijdens een vast gespreksmoment van de thuiszorg om tijd te besparen. Reserveer ruim een uur voor het gesprek:
 - > 5 – 10 minuten voor- én nabespreking
 - > 1 uur gesprek
- Ken je de andere professional nog niet? Plan vooraf een kennismaking voor een soepeler gesprek.

4



Besprek het gesprek kort voor

- Informeer elkaar over de inwoner, bijvoorbeeld over diagnoses of vragen. Dit helpt om gerichte vragen te stellen.
- Soms is het beter om zonder voorkennis het gesprek in te gaan. Maak die keuze per inwoner.
- Bepaal samen het doel en de aanpak van het gesprek. Verdeel de gespreksonderwerpen zodat duidelijk is wie welk deel leidt.

5



Voer het gezamenlijke gesprek

- De professional die de inwoner al kent opent het gesprek en legt het doel uit.
- Gebruik een vragenlijst, of de onderwerpen die jullie tijdens de voorbespreking hebben bepaald. Het gesprek vrij laten ontstaan kan ook.
- Let op het tempo en de beleving van de inwoner: geef rust, vat samen en vraag door waar nodig.

6



Besprek het gesprek kort na en maak eventuele vervolgafspraken

- Evalueer samen met de andere professional hoe het gesprek ging. Maak afspraken over vervolgstappen en samenwerking rondom de inwoner.
- Soms zijn meerdere gezamenlijke gesprekken nodig. Bijvoorbeeld wanneer de inwoner meer tijd nodig heeft om jullie te vertrouwen of open te staan voor hulp.

Deze werkwijze is gebaseerd op de uitkomsten van het onderzoek: 'Het gezamenlijke gesprek', uitgevoerd door onderzoekers van de Christelijke Hogeschool Ede. Zie [CHE | Studeren doe je in Ede | Project Het gezamenlijke gesprek](#) voor meer informatie.

Dit product is ontwikkeld door:

Lectoraat Informele Netwerken

Christelijke Hogeschool Ede

Adres: Oude Kerkweg 100, 6717 JS Ede

Telefoon: 0318 696 300

[CHE | Lectoraat Informele Netwerken bij CHE](#)