Onderzoek naar de implementatie van 35 wijkgezondheidsprofielen in de regio Nijmegen

Academische werkplaats AMPHI, April 2015.

Auteurs: drs. S.G. Zelle[1], drs. P. Postema[2], dr. G Molleman[1,2].

Projectgroepleden: drs. R. Hermsen[2], drs. ir. J. Terpstra[2], dr. G. Fransen-Kuppens[2], R. van Hulst[3], M. Jansen-Schuiling[3], M. de Groot[3], J. Philipsen[4], drs. M. Nieuwboer[5], dr. W.P.M. van Beurden[4], dr. H. Schers[4,6]

1) RadboudUMC. Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Academische werkplaats AMPHI, Nijmegen.
2) GGD Gelderland Zuid. Afdeling Onderzoek, Innovatie, Beleid, Gezondheidsbevordering, Nijmegen.
3) ZZG zorggroep, Nijmegen.
4) Netwerk Nijmegen op Een Lijn (NOEL)
5) RaddboudUMC, Adviesgroep Procesverbetering & Innovatie
6) RadboudUMC, Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen

Samenvatting

Introductie: In de regio Nijmegen zijn tussen 2010 en 2012 stap voor stap 10 wijkgezondheidsprofielen ontwikkeld. In 2013 is voor 35 wijken/kernen een (wijk)gezondheidsprofiel opgesteld, waarmee de hele regio Nijmegen (gemeenten Nijmegen, Groesbeek, Heumen, Wijchen, Beuningen, Druten en West- Maas en Waal) gedekt is. Het ineens voor 35 gebieden ontwikkelen van deze profielen en het stimuleren van het gebruik daarvan brengt allerlei implementatie-vragen met zich mee. Hoewel er veel aandacht is besteed aan de ontwikkeling van de profielen, is op dit moment er nog nauwelijks zicht op deze implementatievragen en ontbreekt een systematisch overzicht van belangrijke implementatieaspecten (determinantenanalyse). De opgeschaalde situatie van 10 naar 35 profielen in de regio Nijmegen biedt een vruchtbare praktijk om deze kennis te verzamelen in de vorm van een actieonderzoek. De mate, knelpunten en succesfactoren van de implementatie van de wijkgezondheidsprofielen in de regio Nijmegen worden met dit actieonderzoek eerst in kaart gebracht. Vervolgens worden er actiepunten ontwikkeld zodat dit onderzoek voor de gebruikers van de wijkgezondheidsprofielen direct te gebruiken informatie oplevert die de verdere implementatie zal bevorderen.

Methoden: Een aantal belangrijke knelpunten, randvoorwaarden en succesfactoren van de implementatie van de profielen in de 35 wijken zijn onderzocht. Daarbij zijn ook ervaringen meegenomen uit de eerste 10 wijken, die tussen 2010 en 2013 al met de profielen gewerkt hebben. De gegevens zijn systematisch geïnventariseerd volgens de 29 determinanten van het MIDI model. De data verzameling rondom deze 29 determinanten is uitgevoerd d.m.v. 2 vragenlijsten, 9 interviews en 2 expertpanelbijeenkomsten (mixed methods). Het analyseren van de uitkomsten van de vragenlijsten, interviews en expertpanels is uitgevoerd door twee onderzoekers op basis van consensus. Hierbij zijn zowel de kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten gecategoriseerd naar coherente MIDI determinant (n=29) en wijken (n=35), waarbij 4 gedefinieerde (fidelity-)fasen als subgroep functioneerden. Het expertpanel, samengesteld uit vertegenwoordigers van de onderzoeksgroep, GGD, ZZG en huisartsen (n= 12), heeft de resultaten geïnterpreteerd en actiepunten ontwikkeld die direct in de implementatiestrategie kunnen worden opgenomen.

Resultaten: Ongeveer een derde van de 35 profielen is compleet geïmplementeerd (fase 3), een derde van de profielen is net geïntroduceerd (fase 1) en met een derde is nog niets gedaan (fase 0). De wijkgezondheidsprofielen hebben veel acties en samenwerkingsverbanden opgeleverd in de verschillende wijken o.a. bijscholing, signaleringskaarten, consulten, en uiteenlopende sociale en fysieke activiteiten. De systematische analyse van alle 35 wijken volgens 29 determinanten van het MIDI model, geeft aan dat wijken in fase 0 het meeste invloed ondervinden van *wet- en regelgeving* en van *turbulentie in de organisatie*. Voor wijken in fase 1 zijn de meest uiteenlopende determinanten van invloed zoals; *procedurele helderheid, juistheid, persoonlijk voordeel, medewerking, taakopvatting, coördinator* en *beschikbaarheid van informatie*. Een aantal van deze determinanten, zoals *taakopvatting, persoonlijk voordeel, medewerking* en *coördinator*, spelen ook een rol bij wijken in fase 3 bij het borgen van gekozen oplossingen in de wijk. Voor al deze determinanten zijn actiepunten ontwikkeld met het expertpanel.

Conclusie: Met dit actieonderzoek is de implementatie van 35 wijkgezondheidsprofielen in de regio Nijmegen over de afgelopen jaren in kaart gebracht. In één jaar tijd is al ongeveer een derde van de profielen compleet geïmplementeerd en zijn er veel activiteiten ontplooid. Het MIDI instrument

leent zich goed om een systematisch overzicht te verkrijgen van belangrijke implementatieaspecten. Verschillende determinanten zijn tijdens verschillende fasen van het implementatieproces van invloed. Timing is bijvoorbeeld in alle fasen van groot belang, maar speelt extra sterk tijdens de adoptiefase van de implementatie, terwijl procedurele helderheid en juistheid tijdens de gebruiksfase erg belangrijk zijn. Voor de meest relevante determinanten zijn actiepunten ontwikkeld, zo zal er een implementatieplan ontwikkeld worden waarin een checklist m.b.t. alle determinanten wordt opgenomen, komen er meerdere coördinatoren./aanjagers om met de profielen te werken en wordt het actieplan besproken en vastgesteld in het bestuurlijk overleg van Nijmegen Op Eén Lijn.

Inleiding

In de regio Nijmegen zijn sinds 2013, 35 wijkgezondheidsprofielen opgesteld. Deze wijkgezondheidsprofielen zijn bedoeld om op wijkniveau, met professionals uit zorg en welzijn en bewoners samen, gezondheidsthema's te prioriteren die men gezamenlijk wil aanpakken. De wijkgezondheidsprofielen zijn een gezamenlijk ontwikkeld product van de huisartsen-organisatie, de ZZG Zorggroep (=thuiszorg) , de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van Radboudumc en de GGD Gelderland Zuid. Voor het implementeren van de wijkgezondheidsprofielen zet GGD Gelderland-Zuid gezondheidsmakelaars in, heeft ZZG zorggroep coördinatoren aangesteld. Door het implementeren van wijkgezondheidsprofielen in deze 35 wijken, kan de samenwerking tussen zorg en welzijn in de regio Nijmegen een stevige stimulans krijgen en kunnen preventieve aanpakken op wijkniveau versterkt worden [1]. Hiermee sluit regio Nijmegen nauw aan bij de ontwikkelingen van de kanteling.

Vóór 2013 is al geëxperimenteerd met wijkgezondheidsprofielen in het kader van Kennisateliers in de eerste lijn.. In 10 Nijmeegse wijken zijn met behulp van de profielen al gezondheidsthema's geprioriteerd en is samenwerking en het perspectief op preventie ook daadwerkelijk tot stand gekomen [1]. In deze wijken zijn de wijkgezondheidsprofielen (versie A) stapsgewijs geïntroduceerd in een periode van 3 jaar (2010-2013). Maar momenteel zijn er in een kort tijdsbestek, 35 wijkgezondheidsprofielen (versie B) beschikbaar gesteld. Dit is een aanzienlijke versnelling en verbreding en leidt tot implementatievragen omtrent het (adequaat) gebruik van de wijkgezondheidsprofielen. In bijlage 1 is additionele informatie beschikbaar over de verschillende profielen (versie A en B).

Er is veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van de profielen [2], maar er is nog nauwelijks zicht op implementatievragen. Naast (technische) ontwikkelingsvragen zal er de komende tijd vooral veel behoefte zijn aan implementatie-kennis over het gebruik van wijkgezondheidsprofielen. Een systematisch overzicht van belangrijke implementatieaspecten, wanneer wijkgezondheidsprofielen op grote schaal worden ingevoerd, ontbreekt op dit moment nog. De opgeschaalde situatie van 10 naar 35 profielen in de regio Nijmegen biedt dus een vruchtbare praktijk om deze kennis te verzamelen.

Dit actie-onderzoek heeft als doel om de mate, knelpunten en succesfactoren van de implementatie van de wijkgezondheidsprofielen in de regio Nijmegen in kaart te brengen. Bovendien zullen er actiepunten worden ontwikkeld, zodat dit onderzoek voor de gebruikers van de wijkgezondheidsprofielen direct te gebruiken informatie oplevert en de implementatie in de regio Nijmegen beter en sneller kan gaan verlopen. Ook kan de kennis die dit project oplevert andere lokale partijen en gemeenten ondersteunen om een wijkgezondheidsprofiel als instrument in te zetten en te implementeren.

Methoden

Dit actieonderzoek omvat verschillende onderzoekstechnieken en kan daarom geclassificeerd worden als 'mixed methods' onderzoek. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie wordt gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Het theoretisch kader van MIDI (Fleuren e.a.)[3], zal in dit onderzoek gebruikt worden om de implementatieproces van

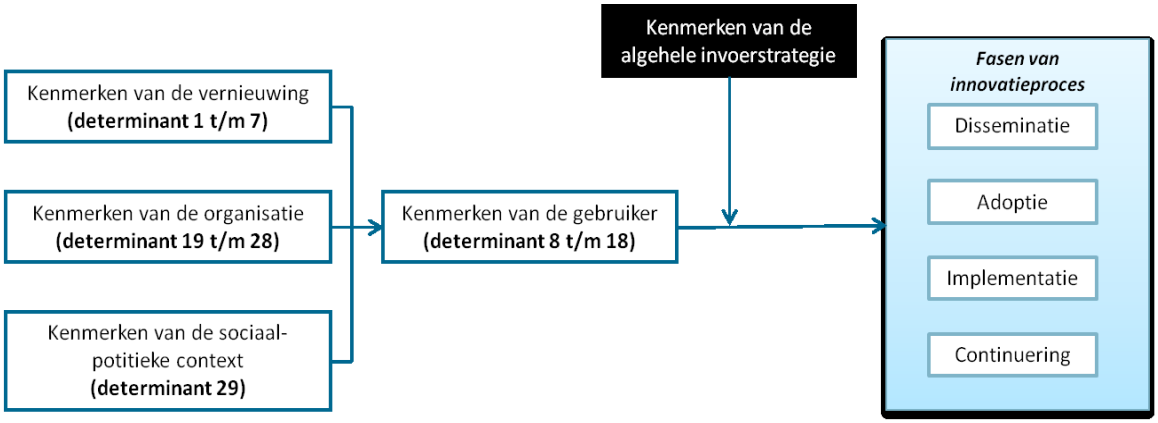
wijkgezondheidsprofielen in de regio Nijmegen te beschrijven en te analyseren. Hieronder wordt dit theoretisch kader kort uitgelegd.

Theoretisch kader

Het succesvol implementeren van nieuwe interventies of programma's (innovaties) ter verbetering van de publieke gezondheid is complex en afhankelijk van veel verschillende factoren (determinanten)[3]. De huidig beschikbare modellen die de implementatie van innovaties (in ons geval in de publieke gezondheidszorg) beschrijven, geven allen aan dat allereerst een analyse van determinanten moet plaatsvinden, die inzicht geven in het doorlopen van de fasen van een innovatieproces van dissiminatie, via adoptie, implementatie of gebruik tot continuering van dit gebruik. [4-7]. Op basis van deze inzichten kunnen pas gerichte invoerstrategieën ontwikkeld worden die het gebruik van de innovatie verbeteren. Het meten van determinanten is daarmee een eerste en basale activiteit binnen implementatieonderzoek.

In Figuur 1 is het implementatiemodel te zien dat gebruikt is in dit onderzoek. Het is ook een veel gebruikt model in Nederland en andere landen voor de implementatie en de evaluatie van innovaties in de gezondheidszorg en het onderwijs [6]. Het implementatiemodel beschrijft vier determinantdomeinen (kenmerken m.b.t. de vernieuwing, gebruiker, organisatie en sociaal politieke omgeving) die invloed hebben op elk van de vier kritieke fasen van het innovatieproces (disseminatie, adoptie, implementatie en continuering). Een gedetailleerd inzicht in de 29 determinanten, kan het ontwerp van de algehele invoerstrategie verbeteren (zwarte tekstvak in figuur 1) en hiermee de implementatie van de innovatie.

Figuur 1. Theoretisch implementatie model gebruikt in dit onderzoek.



Figuur gebaseerd op MIDI instrument van Fleuren et al [3].

Een gedetailleerd overzicht van de 29 determinanten uit het gebruikte MIDI model is te zien in tabel 1. Het is daarin belangrijk om onderscheid te maken tussen twee verschillende typen gebruikers van de innovatie (de wijkgezondheidsprofielen). De personen waar de effecten van de wijkgezondheidsprofielen primair voor zijn bedoeld (professionals zorg/welzijn en burgers uit de wijk), worden gedefinieerd als '**eindgebruikers**'. Personen door wiens handelen de eindgebruikers uiteindelijk worden blootgesteld aan de innovatie en die het gebruiken van de innovatie stimuleren en begeleiden (GGD makelaars en ZZG coördinatoren) worden gedefinieerd als '**intermediaire gebruikers'**.

Tabel 1. Overzicht determinanten gebruikt in dit onderzoek.

Domein	Determinant	Omschrijving
Determinanten m.b.t. de vernieuwing (wijkgezondheidsprofielen en gebruikers proces zelf)	1. Procedurele helderheid*	Mate waarin de innovatie in heldere stappen/procedures is beschreven
	2. Juistheid	Mate waarin de innovatie is gebaseerd op feitelijk juiste kennis
	3. Compleetheid*	Mate waarin de beschreven activiteiten in de innovatie volledig zijn
	4. Complexiteit*	Mate waarin de innovatie complex is om uit te voeren
	5. Congruentie huidige werkwijze*	Mate waarin de innovatie aansluit bij de bestaande werkwijze
	6. Zichtbaarheid uitkomsten*	Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de gebruiker
	7. Relevantie cliënt	Mate waarin de gebruiker de innovatie relevant vindt voor zijn/haar cliënt #
Determinanten m.b.t. de gebruiker (eindgebruiker of intermediair gebruiker)	8. Persoonlijk voor/nadeel	Mate waarin het gebruik van de innovatie voor/nadeel oplevert voor de gebruiker zelf
	9. Uitkomstverwachting	Gepercipieerde belang en waarschijnlijkheid dat het beoogde doel met de innovatie bij de cliënt wordt bereikt #
	10. Taakopvatting*	Mate waarin de innovatie past bij de taken waarvoor de gebruiker zich in zijn/haar functie verantwoordelijk voelt
	11. Tevredenheid cliënt	Mate waarin de gebruiker verwacht dat de cliënt tevreden is over de innovatie #
	12. Medewerking cliënt	Mate waarin de gebruiker verwacht dat de cliënt meewerkt aan de innovatie #
	13. Sociale steun*	Steun die de gebruiker ervaart of verwacht m.b.t. het gebruik van de innovatie, bijvoorbeeld van collega's of andere professionals waarmee wordt samengewerkt
	14. Descriptieve norm	Mate waarin collega's de innovatie gebruiken
	15. Subjectieve norm	De invloed van belangrijke anderen over het gebruik van de innovatie
	16. Eigen-effectiviteitsverwachting	Mate waarin de gebruiker zich in staat acht de verschillende activiteiten uit de innovatie uit te voeren #
	17. Kennis	Mate waarin de gebruiker kennis heeft die nodig is om de innovatie te kunnen gebruiken #
	18. Informatieverwerking	Mate waarin de gebruiker kennis heeft genomen van de inhoud van de innovatie #
Determinanten m.b.t. de organisatie	19. Formele bekrachtiging management*	Formele bekrachtiging van de innovatie door het management
	20. Vervanging bij personeelsverloop	Vervanging van vertrekkende medewerkers
	21. Capaciteit/bezettingsgraad*	Voldoende personeelsbezetting op de afdeling of in de organisatie waar de innovatie gebruikt wordt
	22. Financiële middelen	Beschikbaarheid van financiële middelen die nodig zijn voor het gebruik van de innovatie
	23. Tijd*	Hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor het gebruik van de innovatie
	24. Beschikbaarheid materiële en voorzieningen	Aanwezigheid van materiële voorzieningen voor het gebruik van de innovatie
	25. Coördinator	Eén of meerdere personen die belast zijn met het coördineren van de invoering van de innovatie binnen de organisatie
	26. Turbulentie in de organisatie*	Mate waarin er andere veranderingen gaan de zijn die de invoering van de innovatie in de weg staan, bijvoorbeeld reorganisaties, fusies, bezuinigingen of gelijktijdige invoering van verschillende innovaties
	27. Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie	Beschikbaarheid van informatie over het gebruik van de innovatie ##
	28. Feedback aan gebruiker*	Feedback over voortgang van het invoeringsproces aan de gebruiker ##
Determinanten m.b.t. de sociaal-politieke omgeving	29. Wet- en regelgeving	Mate waarin de innovatie past binnen bestaande wet- en regelgeving die door de bevoegde instanties zijn opgesteld
Tabel gebaseerd op MIDI instrument van Fleuren et al [3]. ***Opgenomen in vragenlijst op basis van minst complexe interpretatie** **# geldt voor zowel eindgebruikers en intermediaire gebruikers** **## geldt alleen voor intermediaire gebruikers**		

Mate van gebruik en fasen

Naast het onderzoeken van de 29 determinanten uit tabel 1, is een ander belangrijk doel van dit onderzoek een overzicht naar de *mate* van implementatie van de wijkgezondheidsprofielen te

verkrijgen. Welke gebruiksfase is bereikt kan worden onderzocht met de gebruiksmaat 'fidelity'. Fidelity verwijst naar het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen zoals bedoeld door de ontwikkelaars en is een vaak toegepaste gebruiksmaat binnen implementatieonderzoek.

In dit onderzoek zijn vier fasen gedefinieerd die het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen (fidelity) beschrijven (Tabel 2). Deze vier fasen hangen samen met de fasen uit figuur 1, disseminatie, adoptie, implementatie en continuering.

- *Fase 0:* Er is nog vrijwel niets gedaan met wijkgezondheidsprofielen, de bekendheid ervan bij potentiële eindgebruikers in de wijk is waarschijnlijk laag.
- *Fase 1:* De wijkgezondheidsprofielen zijn tijdens één of meer bijeenkomsten (ter kennisgeving) gepresenteerd, er is echter niet echt met de wijkgezondheidsprofielen gewerkt.
- *Fase 2:* De wijkgezondheidsprofielen zijn tijdens één of meerdere bijeenkomsten gebruikt door een multidisciplinair gezelschap, de belangrijkste problemen zijn geselecteerd, besproken en geprioriteerd (of een begin hiertoe is gemaakt).
- *Fase 3:* De wijkgezondheidsprofielen zijn tijdens meerdere bijeenkomsten gebruikt door een multidisciplinair gezelschap, voor de eerder geprioriteerde problemen zijn afspraken gemaakt of er zijn gerichte interventies voor aangewezen.

Tabel 2. Mate van gebruik van wijkgezondheidsprofielen gekenmerkt door fasen (fidelity).

Fase	Definitie fase
0	**Nog niet gestart** met implementatie
1	Wel eens gezien tijdens een overleg maar **nog niet echt gebruikt**
2	Gebruikt tijdens multidisciplinair overleg en **gezondheidsthema's geprioriteerd**
3	Gebruikt tijdens multidisciplinair overleg, **gezondheidsthema's geprioriteerd + oplossingen bedacht**

Dataverzameling

Digitale vragenlijsten

Om de mate van gebruik, en de succes en verbeterpunten van implementatie van de wijkgezondheidsprofielen te inventariseren zijn er allereerst twee vragenlijsten ontwikkeld door de onderzoeksgroep. Deze onderzoeksgroep bestond uit epidemiologen, gezondheidswetenschappers, huisartsen en thuiszorgmedewerkers. Eén vragenlijst is ontwikkeld voor de eindgebruikers in de wijk (huisartsen, paramedici, bewoners, gemeentemedewerkers, wijkverpleegkundigen) en één vragenlijst voor de intermediaire gebruikers (GGD makelaars, ZZG coördinatoren) die de wijkprofielen in meerdere wijken implementeren.

Om er voor te zorgen dat de vragenlijsten niet een te grote belasting vormen voor de doelgroep en om een lage respons te voorkomen, zijn niet alle MIDI 29 determinanten opgenomen in de twee vragenlijsten. Naast achtergrondinformatie (o.a. werkgebied, beroep, fidelity, aanwezige partijen, uitkomsten van prioritering) zijn in totaal de 12 determinanten die het meest eenvoudig zijn te interpreteren (door zowel eind- als intermediaire gebruikers) in de vragenlijsten opgenomen (zie Tabel 1). Bovendien is er gekozen om in de vragenlijsten ruimte voor kwalitatieve antwoorden te houden omtrent ervaren knelpunten, randvoorwaarden en suggesties ter verbetering van het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen. De complete vragenlijsten zijn weergegeven in bijlagen 2 en 3.

De twee vragenlijsten zijn door het management van de samenwerkende partners (ZZG zorggroep, GGD, netwerk huisartsen) verspreid onder professionals die ooit aanwezig zijn geweest bij het bespreken van wijkgezondheidsprofielen. In totaal is vragenlijst 1 verstuurd naar 245 en vragenlijst 2 naar 9 deelnemers. Er is na drie weken een herinnering gestuurd naar alle mensen die uitgenodigd waren voor de vragenlijsten.

Interviews intermediaire gebruikers

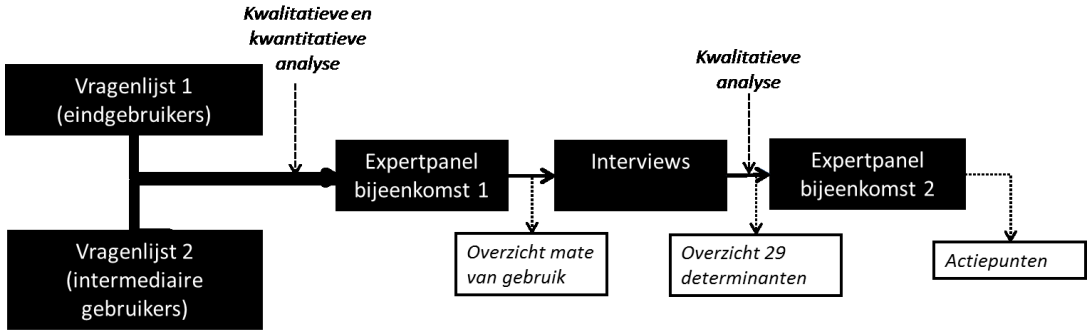
Bij alle intermediaire gebruikers (n=9) zijn open interviews afgenomen over de implementatie van de wijkgezondheidsprofielen. De interviews hadden als doel om meer kwalitatieve informatie te verzamelen over de persoonlijke ervaringen van intermediaire gebruikers, omdat juist zij de implementatie verrichten en de meeste ervaringen hebben opgedaan. De interviews waren open van karakter, hoewel er structureel gevraagd is naar de mate van gebruik (fidelity) en de successen en verbeterfactoren die de intermediaire gebruikers per wijk ondervonden.

Expertpanel

Om alle resultaten ter discussie te stellen, te duiden, en uiteindelijk aanknopingspunten voor actie te vinden waar alle uitvoerende partijen zich in kunnen vinden is een expertpanel opgericht. Het expertpanel, samengesteld uit vertegenwoordigers van de onderzoeksgroep, GGD, ZZG en huisartsen (n= 12), had als doel om actiepunten te ontwikkelen om de implementatie van wijkgezondheidsprofielen te bevorderen. Hierbij vormen de door de betrokkenen zelf ontwikkelde concepten en verklaringen de basis voor de actiepunten, een belangrijke component van actieonderzoek.

In dit onderzoek zijn twee panelbijeenkomsten ingezet. De eerste bijeenkomst is gebruikt om zowel de mate van gebruik van de wijkgezondheidsprofielen (fase) als de resultaten uit de vragenlijsten te interpreteren. De tweede bijeenkomst is gebruikt om alle resultaten m.b.t. de 29 determinanten te interpreteren en actiepunten te ontwikkelen (Figuur 2).

Figuur 2. Volgorde en uitkomsten van uitgevoerde methoden in dit onderzoek.



Analysen

Het analyseren van de uitkomsten van de vragenlijsten, interviews en expertpanels is uitgevoerd door twee onderzoekers op basis van consensus (Figuur 2). Hierbij zijn zowel de kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten gecategoriseerd naar coherente MIDI determinant (n=29) en wijken (n=35), waarbij de 4 gedefinieerde (fidelity-)fasen als subgroep functioneerden. In totaal zijn alle uitkomsten

van dit onderzoek dus ingedeeld in een matrix van 35 wijken, 4 fasen en 29 determinanten, vervolgens gecodeerd, geïnterpreteerd, en samengevat.

Resultaten

Respons vragenlijsten

Na drie weken hebben in totaal 52 professionals, bewoners, en beleidsmedewerkers de vragenlijst voor eindgebruikers volledig ingevuld. Dit is 21.2% procent van het totaal aantal uitgenodigde deelnemers. De vragenlijst voor intermediaire gebruikers is door 77.8% uitgenodigde deelnemers volledig ingevuld (tabel 3). Door de lage respons van de eindgebruikers 21.2%) zijn de resultaten van de vragenlijst voor eindgebruikers mogelijk niet representatief. Bovendien hadden deze eindgebruikers met meerdere profielen gewerkt, het profiel voor verschillende doelen ingezet met verschillende partners gewerkt, en zijn ze in meerdere wijken verschillend te werk gegaan. Gezien de beperkte mogelijkheid tot duiding van kwantitatieve antwoorden van de eindgebruikers, zijn in dit onderzoek alleen kwalitatieve antwoorden van eindgebruikers geanalyseerd (vragenlijst 1). Voor intermediaire gebruikers zijn zowel kwantitatieve en kwalitatieve antwoorden geanalyseerd (vragenlijst 2).

Tabel 3. Respons op twee gebruikte vragenlijsten.

Vragenlijst	Type respondent	Aantal volledig	Aantal uitgenodigd	Opkomst per type respondent (%)
eindgebruikers	De GGD	6	9	67.0%
	De ZZG zorggroep	11	59	18,6%
	De Gemeente	7	47	14,9%
	Een 1e lijns zorgvoorziening (huisartsenpraktijk, fysiotherapiepraktijk, apotheek etc.)	21	130	16,2%
	Geen van bovenstaande groepen, ik ben bewoner	1	-	-
	Andere; (o.a. welzijn ouderen, ziekenhuis, stichting)	5	-	-
	totaal	**52**	**245**	**21.2%**
Intermediaire gebruikers	**totaal**	**7**	**9**	**77.8%**

Mate van gebruik van de wijkgezondheidsprofielen

In 2010 is er in de regio Nijmegen gewerkt aan een eerste format voor een wijkgezondheidsprofiel In het kader van 1e lijn kennisateliers. Binnen deze 'ateliers' (zie bijlage 1), is er geëxperimenteerd in 10 verschillende wijken in de regio Nijmegen met een eerste versie (versie A) van de wijkprofielen. In de jaren 2010-2013 zijn deze profielen stapsgewijs geïntroduceerd in een periode van 3 jaar.

In tabel 4a is te zien in hoeverre het versie A van de wijkgezondheidsprofielen volledig zijn gebruikt volgens de eerder gedefinieerde fidelity-fasen (fase 0,1,2,3). In deze 9 wijken is de implementatie volledig uitgevoerd. Dit heeft een groot aantal acties opgeleverd variërend van complete ouderenzorgprogramma's (Berg en Dal) tot kleinschalige breiclubs (Brakkenstein). Wanneer we kijken naar de gezondheidsthema's die gekozen zijn in deze wijken is er ook veel variatie, hoewel het thema eenzaamheid relatief vaak is gekozen.

Tabel 4a. Uitkomsten gebruik van versie A wijkgezondheidsprofielen (Ateliers, 2010-2013).

Fase	Wijkprofiel	Gekozen thema's	Gekozen oplossingen/acties
Versie A			
3	Hatert	1) eenzaamheid 2) psychische ongezondheid 3) roken	1) scholing vrijwilligers; signaleringskaart; ontmoetingsbijeenkomsten enz. (project loopt drie jaar) 2)scholingen motivational interviewing voor professionals en vrijwilligers
	Lent	1) alcoholmisbruik 2) ontmoeten	1) zorgpad, multidisciplinaire scholing, folder materiaal enz. 2) sociale kaart
	Brakkenstein	1) eenzaamheid 2) bewegen	1) werkerslunches, brei club, scholing vrijwilligers, sociale kaart
	Hazekamp	1) eenzaamheid 2) alcoholgebruik bij ouderen 3) actinisch keratose (AK) 4) zichtbare schakel/ contact huisarts-wijkverpleging bij ouderen	1) werkgroep opgericht, signaleringskaart, scholing van professionals en sleutelfiguren in de wijk, ontmoetingsbijeenkomsten; 3) face talk-project voor AK
	Grootstal/Hatertse hei	1) eenzaamheid 2) bewegen 3) roken	1) In 'de Schakel' zijn veel activiteiten. In de praktijk 'BHH' doet de POH de analyse en zijn er goede contacten met de Swon 2) inschakelen van de gezondheidsmakelaar 3) individuele begeleiding wordt geboden door POH. Groepsbegeleiding kan daarbovenop worden georganiseerd op wijkniveau.
	Heseveld - NBO	1) ouderenzorg 2) consulten 3) eenzaamheid	1) koppeltjes HA-WV gemaakt voor ouderenzorg 2) face talk voor wond zorg 3) spreekuur wijkverpleging bij huisarts
	Heumen/Malden	1) alcoholmisbruik bij ouderen 2) valpreventie 3)angst en depressie	1) zorgpad, training, folder 2) bijeenkomst organiseren , signaleringskaart valpreventie scholing 3) werkgroep gestart, training professionals in hoe signaleren
	Berg&Dal	proactieve ouderenzorg	proactieve ouderenzorg programma (prijs gewonnen)
	Beuningen	1) overgewicht 2) roken 3) eenzaamheid in Weurt	1) multidisciplinair zorgprogramma voor FIT-kuur 2) groepscursus SMR

Vanaf 2014, zijn 35 wijkgezondheidsprofielen opgesteld voor de wijkbureaus van ZZG zorggroep (versie B). In tabel 4b is te zien dat binnen het tijdsbestek van een jaar, van alle 35 wijken waarvoor versie B wijkgezondheidsprofielen beschikbaar zijn, 10.3 wijken (29.4%) in fase 0, 12 wijken (34.3%) in fase 1, 1 wijk in fase 2 (2.9%), en 11.7 wijken (33.4%) in fase 3, zijn qua gebruik (fidelity).

Ook versie B wijkprofielen hebben een groot aantal variërende acties opgeleverd zoals wandelen met de huisarts (Hees) of het aanpakken van laaggeletterdheid (Biezen). Het thema eenzaamheid wordt ook vanaf 2014 relatief vaak gekozen maar leidt tot uiteenlopende acties.

Tabel 4b. Uitkomsten gebruik van versie B wijkgezondheidsprofielen (vanaf 2014).

Fase	Wijkprofiel	Gekozen thema's	Gekozen oplossingen/acties
Versie B (vanaf 2013)			
0 (n=10.3)	Oost (behalve Heijndaal)	-	-
	Ewijk Winssen	-	-
	Druten Zuid	-	-
	Druten Noord	-	-
	Horssen-Afferden-Deest-Puiflijk	-	-
	Horssen-Druten-Afferden-Deest	-	-
	Boven-Leeuwen-Altforst-Appeltern-Maasbommel	-	-
	Beneden Leeuwen	-	-
	Wamel-Alphen-Dreumen	-	-
	Beek-Ubbergen	-	-
	Heumen-Mook (behalve Heumen)	-	-
1 (n=12.0)	Benedenstad-Stadscentrum-Bottendaal-Galvenveld	-	-
	Neerbosch Oost	-	-

	Nijmegen Noord	-	-
	Beuningen-Weurt	-	-
	Groesbeek Noord	-	-
	Groesbeek Centrum-Zuid	-	-
	Millingen ad Rijn-Kekerdom	-	-
	Berg&Dal-Heilige Landstichting	-	-
	Ooij-Persingen-Erlecom-Leuth	-	-
	Wijchen Woezik en Homberg	-	Aansluiting bij 'Wijchen Gezond'
	Wijchen Centrum-Oud-Zuid-Vormer	-	-
	Wijchen Buitengebied	-	-
2 (n=1)	Lindenholt	1) GGZ problematiek (bestond al) 2) bewegen	1) werkgroep GGZ (bestond al, 1e lijns professionals, GGZ, maatschappelijk werk. SWT) 2) werkgroep bewegen staat in de steigers
3 (n=11.7)	Oost (alleen Heijendaal) Nije Veld-Goffert Grootstal-Haterse Hei-St.Anna (alleen St. Anna)	1) bespreekbaar maken van gezondheid (voeding, bewegen, etc.) 2) eenzaamheid 3) bewustwording voedingspatroon 4) sociaal contact & bewegen 5) aandacht voor stoppen met roken	1) workshop / kennisdeling met de kennis van wijkverpleging en huisartsen richting hulpverlening / welzijn / vrijwilligers 2) er zijn al enkele initiatieven (Contact in Zicht, 08-12 Swon), maar die bereiken niet iedereen. Hoe meer aan PR te doen? Wat weten we al van bestaande succesvolle aanpakken en vinden we deze elementen in het huidige lokale aanbod terug? 3) kijken naar transfer van aandacht voor gezonde voeding op school naar de thuissituatie 4) organiseren en aantrekkelijk maken van omloopuurtjes (4x per jaar) 5) geen nieuwe interventie, maar aandacht op het bekend maken van het huidige aanbod
	Biezen-Wolfskuil	1) overgewicht & bewegen	1) wandelen met de dokter, beweegkuur voor ouderen, laaggeletterdheid, sociale kaart
	Hees - Heseveld	1) eenzaamheid	1) bewegen en ontmoeten: apotheek wil kijken of mensen zelf langs kunnen komen i.p.v. brengen 2) ZZG bespreekt structureel de norm gezond bewegen met cliënten 3) wandelen met huisarts
	Hatert (pc 6534) Hatert (pc 6535)	1)eenzaamheid 2)psychische ongezondheid 3)roken / motivational interviewing	1) scholing vrijwilligers; signaleringskaart; spiegelgesprekken; ontmoetingsbijeenkomsten (project loopt drie jaar); 3)scholingen motivational interviewing voor professionals en vrijwilligers
	Zwaneveld Lankforst Malvert Tolhuis Meijhorst Aldenhof Weezenhof	1) Isolement/eenzaamheid 2) te weinig bewegen/overgewicht	1) werkgroep vinden &verbinden. Aangesloten bij wijkactiviteiten en andere netwerken (KBO, voedselbank, Stip). Gedacht o.a. is aan een bonnenboekje, sociale kaart, wandelclub promoten, prikbord bij Stip
	Heumen-Mook (alleen Heumen)	1) Depressie 2) alcohol 3) bewegen loopt overal doorheen	1) psyfit (trimbosinstituut) trainingen gehad 2) 40 dagen zonder alcohol Werkgroepen 1) acute zorgvragen 2) dagbesteding 3) aanboren en inzetten talenten bewoners
	Malden	*(Zie versie A)*	*(Gemeente pakt dit goed op)*
	Hazenkamp	*(Zie versie A)*	*(Werkgroepen werken nu niet meer op basis van wijkgezondheidsprofiel)*

Kwantitatieve resultaten vragenlijst 2

Zoals eerder in dit rapport aangegeven zijn, door de uiteenlopende achtergrond van respondenten van vragenlijst 1 (eindgebruikers), de kwantitatieve antwoorden van vragenlijst 1 niet meegenomen in onze analyse. De kwantitatieve antwoorden van intermediaire gebruikers (GGD makelaars, ZZG coördinatoren) zijn echter wel bruikbaar en zijn hieronder weergegeven. Hierbij is aangegeven welke vragen rechtstreeks naar het MIDI instrument refereren en welke vragen *specifiek* zijn ontwikkeld

voor de onderzochte interventie (wijkgezondheidsprofielen en gebruikers proces zelf). Hoewel deze specifieke vragen niet uit het MIDI instrument zelf komen, zijn ze wel naar de MIDI domeinen ingedeeld.

Tabel 5: Kwantitatieve uitkomsten vragenlijst 2 (intermediaire gebruikers).

Determinanten m.b.t. de innovatie
Determinanten m.b.t. de gebruiker
Determinanten m.b.t. de organisatie

	Wat vindt u van de volgende elementen van de bijeenkomst(en) waarbij het wijkgezondheidsprofiel gebruikt is?	**Gemiddelde score intermediaire gebruikers. (score 1 = oneens, score 5 = eens [mid. 3.0])**
specifiek	De wijkgezondheidsprofielen missen bepaalde componenten (denk aan kosten, oplossingen en uitvoerbaarheid)	3
feedback aan gebruiker	In mijn organisatie vindt regelmatig terugkoppeling plaats over de voortgang v/d invoering van de wijkgezondheidsprofielen	3,14
capaciteit	Er is voldoende personeel in onze organisatie om de wijkgezondheidsprofielen zoals bedoeld te kunnen gebruiken	3,29
specifiek	Tijdens het bespreken van de wijkgezondheidsprofielen is het helder welke activiteiten ik in welke volgorde moet uitvoeren	3,29
specifiek	De wijkgezondheidsprofielen zouden meer moeten inzoomen op specifieke doelgroepen maar wel de gegevens bevatten voor alle domeinen	3,43
zichtbaarheid uitkomsten	Ik vind de effecten de wijkgezondheidsprofielen duidelijk zichtbaar	3,57
tijd	Onze organisatie stelt mij voldoende tijd beschikbaar om de wijkgezondheidsprofielen te integreren in mijn dagelijks werk	3,71
congruentie huidige werkwijze	De wijkgezondheidsprofielen sluiten goed aan bij mijn manier van werken	3,71
sociale steun	Ik kan op voldoende hulp van mijn collega's rekenen (mocht ik die nodig hebben) bij het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen	4
taakopvatting	Ik vind het tot mijn functie horen om de wijkgezondheidsprofielen te gebruiken	4,14

Het midden van de in deze tabel gebruikte schaal is aangegeven met mid.

	Wat vindt u van de volgende elementen van het werkproces? **Geef een oordeel tussen 1 en 10, waarbij 1 heel slecht is en 10 heel goed.**	**Gemiddelde score intermediaire gebruikers (cijfer 1 t/m 10 [mid.5.5])**
specifiek	De duur van het proces	6,71
specifiek	De houding en kennis van de aanwezige andere partijen	6,86
specifiek	Het aantal bijeenkomsten dat nodig is	7,14
specifiek	De manier waarop het wijkgezondheidsprofiel geïntroduceerd is/onder de aandacht gebracht is	7,29
zichtbaarheid uitkomsten	De zichtbaarheid van de uitkomsten die wijkgezondheidsprofielen bieden	7,29
procedurele helderheid	De helderheid over welke activiteiten ik in welke volgorde moest uitvoeren	7,43
specifiek	De (potentiële) samenwerking in de wijk	7,43
specifiek	De manier waarop het wijkgezondheidsprofiel besproken is	7,57
specifiek	Het gezamenlijk belang van alle aanwezige partijen	7,57
specifiek	De competenties van de persoon die de leiding op zich nam	7,86

	Wat vindt u van de volgende elementen van de wijkgezondheidsprofielen? **Geef een oordeel tussen 1 en 10, waarbij 1 heel slecht is en 10 heel goed.**	**Gemiddelde score intermediaire gebruikers (cijfer 1 t/m 10 [mid.5.5])**
relevantie client	het nut voor cliënten en burgers	7
persoonlijk voordeel	het nut voor mijn dagelijks werk of praktijk	7,71
specifiek	overzicht dat het biedt in wijkproblematiek	7,86
specifiek	mogelijkheid om tot gezamenlijke oplossingen te komen	8,29
specifiek	mogelijkheid om prioriteiten te stellen over de belangrijkste problemen	8,29
relevantie cliënt	de relevantie voor mijn vakgebied of achterban	8,57

specifiek	mogelijkheid tot discussie en gezamenlijke interpretatie van samenhangende problematiek	8,86

Het midden van de in deze tabel gebruikte schaal is aangegeven met mid.

Het midden van de in deze tabel gebruikte schaal is aangegeven met mid.

	Ik vind de wijkgezondheidsprofielen...	**gem intermediaire gebruikers (tegenstelling, score 0 vs. score 4 [mid. 2.0])**
persoonlijk voordeel	Waardevol - Overbodig	0,14
complexiteit	Overzichtelijk - Onoverzichtelijk	0,29
persoonlijk voordeel	Prettig om mee te werken - vervelend om mee te werken	0,43
eigen effectiviteit	Makkelijk - Moeilijk	0,43
persoonlijk voordeel	Vernieuwend - Achterhaald	0,43
eigen effectiviteit	Duidelijk - Onduidelijk	0,43
specifiek	Compleet - Onvolledig	1,00
specifiek	Te compact - Te uitgebreid	2,00

Het midden van de in deze tabel gebruikte schaal is aangegeven met mid.

turbulentie in organisatie	**Zijn er volgens u andere veranderingen die van invloed zijn op het invoeren van de wijkgezondheidsprofielen en het gebruik ervan (reorganisatie, fusie, bezuinigingen, personeelsverloop, andere innovaties)?**	**gem intermediaire gebruikers (%)**
	Ja (Y)	57.1%
	Nee (N)	42.9%
formele bekrachtiging management	**Zijn in uw organisatie formeel afspraken vastgelegd door het management over het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen?**	**gem intermediaire gebruikers**
	Ja (Y)	14.3%
	Nee (N)	85.7%

Bovenstaande resultaten laten zien dat intermediaire gebruikers over het algemeen positief scoren op de in de vragenlijst geïncludeerde determinanten. Voor determinanten m.b.t. de innovatie (wijkprofielen zelf en de manier waarop ermee wordt gewerkt) worden relatief de laagste scores gegeven voor '*de wijkgezondheidsprofielen missen bepaalde componenten (denk aan kosten, oplossingen en uitvoerbaarheid)*' en de tegenstelling '*ik vind de wijkgezondheidsprofielen 'te compact - te uitgebreid*'. In feite geeft men daar een neutrale score op de stelling, wat betekent dat ze de keuzes, die met de profielen zijn gemaakt ondersteunen. Het (relatief) meest hoog wordt gescoord op de '*mogelijkheid tot discussie en gezamenlijke interpretatie van samenhangende problematiek'*. *Sociale steun* en *taakopvatting* scoren goed bij intermediaire gebruikers (determinanten m.b.t. de gebruiker), terwijl de '*houding en kennis van de aanwezige andere partijen'* relatief laag scoort. Wanneer we kijken naar determinanten m.b.t. de organisatie, valt op dat '*de duur van het proces'* relatief laag scoort. Ook geeft meer dan de helft van de intermediaire gebruikers aan dat er sprake van *turbulentie in de organisatie* is en dat er geen *formele bekrachtiging van het management* heeft plaatsgevonden. In de volgende sectie worden een aantal van deze items verder toegelicht.

Overzicht relevante MIDI determinanten

In onderstaande tabel zijn de kwalitatieve en kwantitatieve uitkomsten (alleen intermediaire gebruikers) opgenomen van de vragenlijsten, de expertpanel bijeenkomsten, en de interviews. In de tabel zijn de meest relevante MIDI determinanten opgenomen die betrekking hebben op wijken in verschillende fasen. Sommige determinanten worden ervaren als knelpunt, andere weer als randvoorwaarde of succesfactor. Deze determinanten zijn het resultaat van het kwalitatief en (in

mindere mate) kwantitatief analyseren van de vragenlijsten, de interviews, en de expertpanels. In de tabel zijn alleen 15 geselecteerde MIDI determinanten opgenomen (van de totaal 29 geanalyseerde determinanten). De 15 determinanten zijn geselecteerd op basis van de mate waarin ze relevant zijn bevonden tijdens de tweede expertbijeenkomst, voor deze determinanten zijn ook actiepunten ontwikkeld. Er is in de tabel onderscheid gemaakt tussen de resultaten die betrekking hadden op versie A of B wijkgezondheidsprofielen, sommige resultaten zijn ook op beide versies van toepassing.

Tabel 6. Uitkomsten analysen m.b.t. fidelity en determinanten per fase (versie A en B).

Fase (aantal wijken)	Determinanten m.b.t. innovatie (wijkgezondheidsprofielen en gebruikers proces zelf)	Determinanten m.b.t. gebruiker (intermediair of eindgebruiker)	Determinanten m.b.t. organisatie	Determinanten m.b.t. socio-culturele omgeving
0 **(n= 10.3)**	-	-	**26) Turbulentie:** wijkteams zijn nog maar net begonnen in wijken in West Maas & Waal **(versie B).**	**29) Wet/regelgeving**: Gemeente Mook-Middelaar valt onder Provincie Noord-Limburg **(versie B)**
1 **(n= 12.0)**	**1) procedurele helderheid**: noodzakelijk om duidelijk te communiceren over het doel van de wijkprofielen richting de eindgebruikers **(versie A).** **2) Juistheid:** juistheid van de cijfers wordt soms in twijfel getrokken**,** werkgebied sluit niet aan bij wijkprofiel of niveau van gegevens, behoefte aan deelpopulaties van wijken **(versie B).** **3) Compleetheid:** Sommige personen vinden de profielen te compact en missen bepaalde componenten **7) Relevantie cliënt:** Mogelijkheid maken om in te zoomen	**8) persoonlijk voor/nadeel:** Wanneer eindgebruikers geen voordeel zien voor het gebruik van de profielen is er geen interesse **(versie A en B).** **10) taakopvatting:** of huisarts het tot functie vindt horen de wijkprofielen te gebruiken, ligt aan het perspectief (preventie/curatie) **(versie A en B).** **9) Uitkomstverwachting/ 12) Medewerking cliënt:** in wijken die in fase 1 blijven steken zijn of te hoge verwachtingen, of men (met name huisartsen) hebben geen interesse of kunnen slecht samenwerken. In 1 wijk is de cyclus al doorlopen en zijn de profielen niet meer prikkelend **(versie B).**	**25)Coördinator:** Aansturing in de vorm van een implementatieplan is gemist bij intermediaire gebruikers **(versie B).** **26) Turbulentie:** GGD makelaars nog maar net actief in Rijk van Nijmegen + personeelsverloop **(versie B).** **27) Beschikbaarheid informatie:** behoefte aan implementatieplan/ delen informatie, vooral in het begin **(versie B).**	
2 **(n= 1.0)**	**7) Relevantie cliënt:** timing/andere initiatieven liepen al **(versie B).**	**12) Medewerking cliënt:** omdat er al eerder iets in gang was gezet wilde men het op zijn eigen manier doen **(versie B).**		
3 **(n= 11.7)**	**4) Complexiteit** In meeste wijken in fase 3 is er al een samenwerkings-infrastructuur ontwikkeld door ateliers/ werklunches/andere programma's.	**10) Taakopvatting/ 12) Medewerking cliënt/ 13) Sociale steun/:**medewerking van zorgprofessionals in de wijk (met name huisartsen) is van groot belang. Deze is afhankelijk van veel andere determinanten zoals taakopvatting, juistheid, relevantie, persoonlijk voordeel **(versie A en B).** **17) Kennis:** intermediaire gebruikers hebben kennis over groepsprocessen en het leiden van een discussie nodig **(versie A en B).**	**25) Coördinator:** zonder trekker of coördinator komen de initiatieven uiteindelijk niet van de grond **(versie A en B).** **28) Feedback gebruiker**: intermediaire gebruikers geven aan onderling informatie te willen delen en tips willen bundelen **(versie B).**	**29) Wet/regelgeving:** wanneer ZZG klaar is met indiceringen ontstaat er meer ruimte voor preventie **(versie B).**

In deze tabel zijn alleen 15 geselecteerde determinanten opgenomen, zoals bepaald door het expertpanel, op basis van relevantie. Een compleet overzicht is beschikbaar in bijlage 4. Fase 1= Nog niet gestart met implementatie. Fase 2 = Wel eens gezien tijdens een overleg maar nog niet echt gebruikt. Fase 3= Gebruikt tijdens multidisciplinair overleg en gezondheidsthema's geprioriteerd. Fase 4= Gebruikt tijdens multidisciplinair overleg, gezondheidsthema's geprioriteerd + oplossingen bedacht.

Tabel 6 laat zien dat er tijdens verschillende fasen van het implementatieproces, verschillende determinanten relevant kunnen zijn. In de volgende sectie volgt een korte beschrijving van deze 15 determinanten in het algemeen (niet fasespecifiek). Voor een complete beschrijving van conclusies rondom alle 29 determinanten, zie bijlage 4.

Determinanten m.b.t. de innovatie (wijkgezondheidsprofielen zelf en proces van uitvoering)

De determinanten met betrekking tot wijkprofielen zelf en proces van uitvoering, waarvoor actiepunten zijn ontwikkeld door het expertpanel zijn; *de procedurele helderheid, juistheid, compleetheid, en relevantie cliënt*. Deze determinanten blijken met name hun invloed uit te oefenen binnen de wijken in fase 1. Voor intermediaire gebruikers die in een nieuwe wijk of gebied beginnen is kan het dus belangrijk zijn deze determinanten te overzien

De **procedurele helderheid** is hierbij vooral voor intermediaire gebruikers van belang (bijv. een draaiboek en werkwijze hoe met de profielen moet worden omgegaan). Hoewel deze determinant uit de vragenlijst positief scoorde, werd tijdens de interviews vaak aangegeven dat hierop verbeteringen mogelijk zijn en een implementatie-plan en –draaiboek belangrijke ondersteuning kan betekenen voor het werken met de profielen. De **juistheid** van de cijfers is een belangrijke voorwaarde om de profielen ook serieus te nemen. Het komt daarbij voor dat professionals (eindgebruikers) in de wijk cijfers in twijfel trekken omdat ze niet als zodanig herkend worden. In een aantal gevallen paste de indeling van de wijkgezondheidsprofielen niet bij de grenzen van de wijkindeling die professionals zelf hanteren (beperkte congruentie werkgebied). Dit kan bij de eindgebruikers tot teleurstelling leiden of er zelfs toe leiden dat de innovatie niet wordt geadopteerd. Ook laten de uitkomsten uit de vragenlijst zien dat intermediaire gebruikers de wijkgezondheidsprofielen **compleet** vinden, maar toch ook relatief compact (tabel 6). Afhankelijk van waar het profiel voor gebruikt wordt, kunnen gegevens over kosten, zorggebruik in de wijk, bevolkingsgegevens en prognoses, of een samenvatting nuttige aanvullingen zijn volgens respondenten. Verder wordt het aanvullen van kwantitatieve gegevens met kwalitatieve ervaringen van professionals en bewoners uit de wijk als noodzakelijk gezien. Eén van de respondenten vat het principe van de profielen samen*: 'Cijfers alleen zeggen niet zoveel, maar met de input van de professionals uit de wijk krijg je een mooi beeld'* (respondent 1-44).

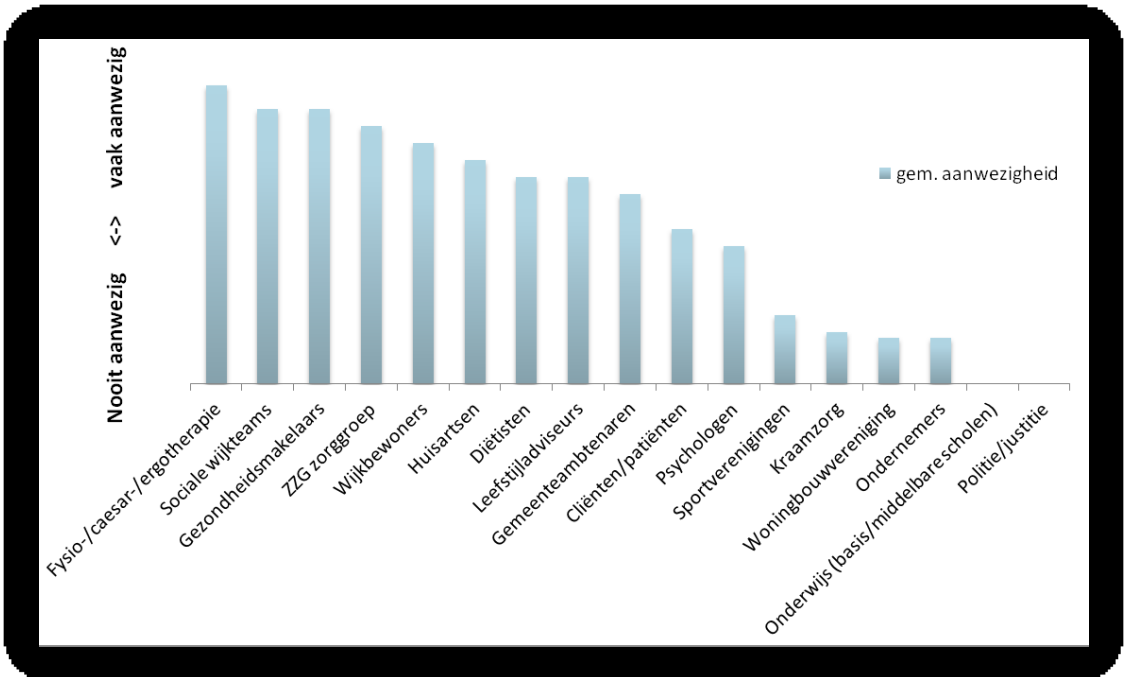
Een aantal professionals gaven ten aanzien van de profielen zelf aan dat de mogelijkheid er moet zijn om in te zoomen op specifieke problemen, of dat er meer veel gegevens over het sociale domein opgenomen moeten worden. Op deze manier zouden de wijkgezondheidsprofielen meer **relevant** worden.

Determinanten m.b.t. de gebruiker

Determinanten met betrekking tot de gebruikers (zowel intermediaire- als eindgebruikers) waarvoor actiepunten zijn ontwikkeld zijn; *persoonlijk voordeel, taakopvatting, medewerking, en kennis*.

Uit de vragenlijst blijkt dat paramedische beroepsgroepen als eindgebruikers vaak aanwezig zijn bij wijkgezondheidsprofielbesprekingen. Zo ook andere eindgebruikers (wijkteams, ZZG zorggroep, huisartsen en bewoners). Veel intermediaire en eindgebruikers spreken alsnog de wens uit bewoners te willen betrekken, maar er wordt ook aangegeven dat men niet direct weet hoe. Gebrek aan **persoonlijk voordeel** en **medewerking** bij eindgebruikers lijken ervoor te zorgen dat bepaalde wijken in fase 1 blijven, hetgeen ook samenhang heeft met de persoonlijke **taakopvatting** en **uitkomstverwachting** (met name bij huisartsen).

Figuur 3. Aanwezigheid gebruikers wijkgezondheidsprofielen volgens vragenlijst 2.



Medewerking en **taakopvatting** bij eindgebruikers zijn echter ook belangrijke determinanten in wijken in fase 3, wanneer het gaat om de borging en continuering van de oplossingen die zijn gekozen in de wijk om een bepaald gezondheidsthema aan te pakken. De meeste oplossingen (bijv. werkgroepen, werkerslunches, buurtwandelingen) vergen extra tijd van professionals in de wijk zonder dat hier een structurele tegenprestatie tegenover staat.

Determinanten m.b.t. de organisatie

De meest relevante determinanten uit het derde domein, met betrekking tot de organisatie, zijn; *coördinator, turbulentie in de organisatie en beschikbare informatie*. Hierbij valt op dat met name **turbulentie in de organisatie** van ZZG zorggroep (snel veranderende dynamiek binnen het werkgebied gezien de nieuwe taken die naar de gemeenten zijn overgegaan en de inzet van de wijkverpleegkundigen die vanaf september 2014 druk is met het her-indiceren van alle cliënten)) ervoor kan zorgen dat er nog niet is gestart met de wijkgezondheidsprofielen (fase 0). Binnen de organisatie van de GGD is een aantal intermediaire gebruikers pas net aangesteld, zodat de profielen in een aantal wijken pas net zijn geïntroduceerd (fase1). De meeste intermediaire gebruikers gaven aan **coördinatie** en **beschikbare informatie** (implementatieplan, **feedback**) tijdens de start van de implementatie (fase 1), gewenst waren geweest. Coördinatie is ook wenselijk tijdens fase 3 van de implementatie, bij het borgen van de gekozen oplossingen in de wijk..

Determinanten m.b.t. de sociaal- politieke omgeving

Zoals hierboven al is gemeld zijn er grote veranderingen in het sociale domein en krijgen de gemeenten steeds meer verantwoordelijkheden. In dat kader is er veel enthousiasme bij gemeentes om wijkgezondheidsprofielen te adopteren (bijv. Geldermalsen, maar dat geldt ook voor veel andere gemeenten). Anderzijds is het zo dat de uitvoerende instanties op dit moment niet voldoende ruimte en tijd ervaren om met de profielen aan de slag te gaan. Zo is de ZZG verplicht om momenteel indicatiestellingen uit te voeren bij al haar cliënten (**wet- en regelgeving**). In de nabije toekomst zal er waarschijnlijk weer meer ruimte komen om werkelijk aan de slag te gaan met wijkprofielen. Naast

de wijkverpleegkundigen zal dat ook gelden voor de Stedelijke Informatie Punten (STIP's) , wijkteams en andere (para-medische) disciplines in de 1e lijn.

Conclusie

Met dit actie-onderzoek is de implementatie van 35 wijkgezondheidsprofielen in de regio Nijmegen over het afgelopen jaar in kaart gebracht. Ongeveer een derde van de 35 profielen is compleet geïmplementeerd (fase 3), een derde is net geïntroduceerd (fase 1), en met een derde van de profielen is nog niets gedaan (fase 0). De wijkgezondheidsprofielen – en dan ook de eerdere profielen die tussen 2010-2013 zijn gemaakt - hebben veel uiteenlopende, maar ook erg boeiende acties en samenwerkingsverbanden opgeleverd in de verschillende wijken. Zo is scholing (motivational interviewing) georganiseerd, zijn er signaleringskaarten samengesteld (eenzaamheid), face-talk consulten ingesteld, wandelingen met huisartsen gepland, 40-dagen zonder alcohol of integrale ouderenzorg programma's gestart.

Dit actieonderzoek heeft de een aantal belangrijke inzichten opgeleverd voor het gebruik van wijkgezondheidsprofielen. De systematische analyse van alle 35 wijken volgens 29 determinanten van het MIDI model, geeft aan dat wijken in fase 0 het meeste invloed ondervinden van *wet- en regelgeving* en van *turbulentie in de organisatie.* Dit geeft aan dat timing erg belangrijk is tijdens de diffusiefase van het implementatieproces.

Voor wijken in fase 1 zijn de meest uiteenlopende determinanten van invloed zoals; *juistheid, persoonlijk voordeel, medewerking, taakopvatting, coördinator* en *beschikbaarheid van informatie*. Een aantal van deze determinanten, zoals *taakopvatting, persoonlijk voordeel, medewerking* en *coördinator*, spelen ook een rol bij wijken in fase 3 bij het borgen van gekozen oplossingen in de wijk. In verschillende fasen van het implementatieproces zijn dus verschillende determinanten in meer of mindere mate relevant. Het MIDI model geeft inzicht in deze determinanten en geeft daardoor handvatten voor het aanpassen van de implementatiestrategie.

Voor een aantal belangrijke determinanten zijn actiepunten ontwikkeld, zodat (met name) de procedurele helderheid omtrent het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen verbetert. Dit onderzoek levert dus direct te gebruiken informatie op voor de intermediaire gebruikers (zie aanbevelingen) zodat de verdere implementatie van wijkgezondheidsprofielen in de regio zal verbeteren.

Discussie

Er zijn een aantal beperkingen van dit onderzoek die relevant zijn voor eventuele toekomstige studies naar determinanten van wijkgezondheidsprofielen. Ten eerste is de implementatie van de wijkprofielen verschillend uitgewerkt in de wijken in regio Nijmegen. Oorspronkelijk is er door middel van een vragenlijst geprobeerd een inventarisatie te maken van de bereikte fasen, gekozen thema's en oplossingen en succesvolle en beperkende factoren per wijkprofiel. Het bleek echter te complex om dit middels een vragenlijst te inventariseren, de respondenten hadden verschillende rollen, met meerdere profielen gewerkt en met verschillende partners, hadden het profiel voor verschillende doelen ingezet en zijn in meerdere wijken verschillend te werk gegaan. De antwoorden van de vragenlijsten zijn daarom kritisch beoordeeld op hun bruikbaarheid, geldigheid en betrouwbaarheid. Dit is gedaan door onderscheid te maken tussen antwoorden die duidelijk over specifieke wijken gaan en antwoorden die niet naar een wijk verwijzen. Er is besloten om de antwoorden op open

vragen kwalitatief te analyseren met een gesloten codering (29 determinanten van het MIDI instrument). Door ook interviews uit te voeren met de intermediaire gebruikers van de wijkprofielen is vervolgens consensus bereikt over de bereikte fases en succes- en belemmerende factoren per wijkprofiel. Door deze combinatie van data zijn de uitkomsten uit beide vragenlijsten toch betrouwbaar. De uitkomsten zijn vervolgens in het expertpanel besproken om aanbevelingen te formuleren.

Ten tweede heeft dit onderzoek retrospectief heeft plaatsgevonden (in 2010 zijn de eerste profielen al geïmplementeerd), en kan er sprake van een 'recall bias'. Echter, voor de meeste multidisciplinaire bijeenkomsten waren ook notulen beschikbaar welke als referentie zijn gebruikt.

Ten derde, door de diversiteit van de realiteit in de regio Nijmegen zijn de conclusies mogelijk niet te generaliseren naar andere regio's. Ieder profiel en gebied heeft zijn eigen verhaal zoals ook te zien is in het overzicht van de gekozen thema's en oplossingen per wijkprofiel (tabel 4a en 4b). De systematische analyse met behulp van het MIDI instrument is echter erg behulpzaam geweest in het scheppen van orde in deze realiteit en het wijkgezondheidsprofiel en het gebruik daarvan zou daarom ook in andere gebieden kunnen worden ingezet.

Mogelijk vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het monitoren van de MIDI determinanten en het monitoren en evalueren van de uitkomsten van de wijkgezondheidsprofielen op langere termijn. Van een aantal wijken is bekend dat ze de hele cyclus (fase 1 t/m 3) al doorlopen hebben waardoor er een andere dynamiek ontstaat die nog niet goed is beschreven in dit onderzoek. Ook zou vervolgonderzoek zich kunnen toespitsen op de samenhang van determinanten die relevant bleken in dit onderzoek (bijv. medewerking, persoonlijk voordeel en sociale steun) om hier integrale actiepunten voor te ontwikkelen.

Aanbevelingen

De voorlopige conclusies van dit onderzoek (alle 29 determinanten) zijn voorgelegd aan ontwikkelaars en intermediaire gebruikers van de wijkprofielen tijdens de tweede expertpanel bijeenkomst. Er is gevraagd welke actiepunten deze experts aanbevelen voor de implementatie van de wijkprofielen. Deze worden hieronder per domein besproken, hierbij zijn de determinanten die van toepassing zijn dikgedrukt weergegeven.

- Er is behoefte aan **procedurele helderheid** bij degenen, die de wijkprofielen wil maken en inzetten in een wijk: hoe kan dat het best gedaan worden. Daarvoor wordt een implementatieplan ontwikkeld, dat de kartrekker (**coordinator)** kan gebruiken
- In het kader van '**juistheid**' is uitleg van de cijfers nodig. Als het wijkprofiel niet volledig overeenkomt met hun werkgebied kunnen gebruikers het profiel minder relevant vinden. Hierom is het van belang vooraf de verwachtingen te managen, door aan te geven welke kwaliteit de cijfers hebben en dat gestreefd is naar een optimaal resultaat gezien de beschikbaarheid van cijfers. Het is belangrijk het perspectief van de profielen voor ogen te houden, nl actiegerichtheid op het kiezen van prioriteiten, die men samen wil aanpakken in de

Referenties

1. Schers, H., et al., *Wijkgerichte aanpak in de eerste lijn werkt.* Medisch Contact, 2014. 26 Juni.
2. Terpstra, J. and M. Moerman, *Doorontwikkelen van een wijkprofiel. proces en resultaat van de ontwikkeling van een gezondheidsprofiel: beschikbaar op: http://www.academischewerkplaatsamphi.nl/~/media/Files/AMPHI/Integraal%20Gezondheidsbeleid/150328-Eindverslag-Doorontwikkelen-van-een-wijkprofiel.ashx.*, A.w. AMPHI, Editor. 2013: Nijmegen.
3. Fleuren, M.A., et al., *Towards a measurement instrument for determinants of innovations.* Int J Qual Health Care, 2014. **26**(5): p. 501-10.
4. Glasgow, R.E., T.M. Vogt, and S.M. Boles, *Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework.* American Journal of Public Health, 1999. **89**(9): p. 1322-1327.
5. Grol, R. and J. Grimshaw, *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care.* Lancet, 2003. **362**(9391): p. 1225-1230.
6. Fleuren, M., K. Wiefferink, and T. Paulussen, *Determinants of innovation within health care organizations - Literature review and Delphi study.* International Journal for Quality in Health Care, 2004. **16**(2): p. 107-123.
7. Greenhalgh, T., et al., *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.* Milbank Q, 2004. **82**(4): p. 581-629.

Bijlagen

Bijlage 1. Voorgeschiedenis en achtergrond wijkgezondheidsprofielen in regio Nijmegen

In 2010 is er in de regio Nijmegen gewerkt aan een eerste format voor een wijkgezondheidsprofiel door middel van *1e lijn kennisateliers*. Binnen deze *1e lijns kennisateliers* (samenwerking tussen GGD Nijmegen, de ZZG zorggroep en de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc), is er geëxperimenteerd in 10 verschillende wijken in de regio Nijmegen en is er een systematiek ontwikkeld om prioriteiten te stellen voor het aanpakken van gezondheids- en welzijns-problemen op wijkniveau (versie 1.0). Een belangrijk onderdeel van deze systematiek is dat tijdens het proces van de gegevensverzameling en de interpretatie van de gegevens, professionals en bewoners nauw betrokken zijn (**Box 1**). Dit zorgt ervoor dat ze zich mede-eigenaar voelen van de cijfers uit de wijkgezondheidsporfielen en er meer draagvlak is voor de oplossingen die gezamenlijk worden gekozen.

In 2012, tijdens een vervolgonderzoek in samenwerking met de academische werkplaats AMPHI, is dit eerste format voor wijkgezondheidsprofielen verder ontwikkeld. Door dit vervolgonderzoek is er gekozen om alleen feitelijke gegevens (geen extrapolaties, absolute getallen) op te nemen in de wijkgezondheidsprofielen en is een tweede format ontwikkeld dat betrekkelijk overzichtelijk is en dat voor bewoners en professionals een goede basis is geweest om met elkaar een aantal keuzes te maken van problemen die men gezamenlijk in de wijk wilde aanpakken (versie 2.0). De gekozen problemen hebben vooral betrekking op leefstijlproblemen en de bijpassende oplossingen zijn derhalve vooral preventief van aard.

Vanaf 2014 hebben de GGD Nijmegen en ZZG zorggroep vanuit reguliere middelen ongeveer 30 opgesteld voor de wijkbureaus van de ZZG zorggroep (versie 3.0). Deze 30 profielen zijn representatief voor het gehele werkgebied van de ZZG zorggroep in regio Nijmegen en omvatten de meeste Nijmeegse wijken. Een voorbeeld van deze versie van het wijkgezondheidsprofiel is te zien in **bijlage 1**. De ZZG zorggroep heeft voor het implementeren van de wijkgezondheidsprofielen een aantal coördinatoren ingesteld en de GGD Nijmegen zet hiervoor haar gezondheidsmakelaars in. Tijdens het bespreken van de wijkgezondheidsprofielen met professionals en bewoners in de wijk is,

naarst de ZZG coördinatoren en wijkverpleegkundigen en GGD gezondheidsmakelaars, ook altijd een epidemioloog van de GGD aanwezig.

Box 1: Ateliers in de eerstelijn

Ateliers in de eerstelijn - *"de kunst van geïntegreerd samenwerken"*

Onder het ZonMw-programma "op één lijn" heeft gedurende de periode 2010-2013 het project 'Ateliers in de eerstelijn, de kunst van geïntegreerd samenwerken' gelopen. Het project is opgezet door de ZZG zorggroep en de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het RadboudUMC. Meerdere gezondheidscentra en huisartspraktijken en de GGD zijn aangesloten waarbij er 10 ateliers zijn ontstaan. Na afronding van dit project heeft het Netwerk Regio Nijmegen op één lijn besloten om als Netwerk zorg te dragen voor de voortzetting en borging van de positieve resultaten van het project Ateliers.

Doel 'Ateliers in de eerstelijn'
Het Netwerk Regio Nijmegen op één lijn heeft de ambitie uitgesproken om multidisciplinaire samenwerking in de regio vanuit de inhoud, middels het atelierprincipe, regiobreed te willen stimuleren en faciliteren. Het doel van 'ateliers in de eerstelijn' is om meer samenhang in de eerstelijn te realiseren voor betere zorg en welzijn in de wijk.

Atelierprincipe:
Samenwerking van wijkgericht werkende professionals (zoals huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden) en bij voorkeur bewoners in de wijk die samen een netwerk vormen. In het netwerk wordt gewerkt aan de omslag van 'versnipperde zorg voor ziekte' naar 'samenhangende zorg' voor gezondheid en zelfstandigheid. M.n. voor ouderen, mensen met een chronische ziekte, mensen met ggz-problemen en jeugd met complexe problemen.

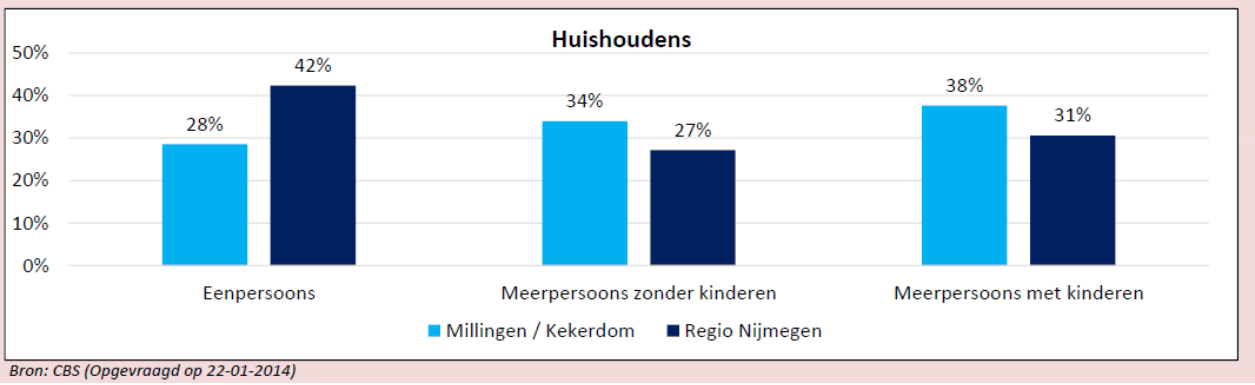
Via het gezondheidsprofiel worden gezondheidsgegevens van de wijk in beeld gebracht.
Het gezondheidsprofiel (wijkanalyse) is een middel dat door het netwerk gebruikt wordt en geeft de professionals en bewoners:
* inzicht in de gezondheid van de wijk
* de mogelijkheid om elkaar te ontmoeten en met elkaar in gesprek te gaan
* op basis van de informatie over de wijk de mogelijkheid om samen prioriteiten te stellen en keuzes te maken voor projecten/activiteiten.

Professionals en bewoners kunnen projecten oppakken die gericht zijn op de specifieke problemen van de wijk, verbetering van de gezondheid van bewoners of ter preventie van gezondheidsklachten in de wijk. Hierdoor dragen professionals en bewoners actief bij aan het oplossen van de problemen van een wijk.

De meest recente wijkgezondheidsprofielen (versie 3.0) bestaan uit verschillende gegevens die iets zeggen over gezondheid en welzijn in de wijk. Ze bevatten allereerst een aantal demografische

gegevens van de wijk zoals leeftijdsopbouw, samenstelling van huishoudens, opleidingsniveau of werkloosheid (**fig 1a**).

Figuur 1a. Samenstelling huishoudens in Millingen/Kekerdom



Ten tweede bevatten ze een aantal belangrijke leefstijldeterminanten voor verschillende leeftijdscategorieën (jongeren, volwassenen, ouderen) zoals slecht ervaren gezondheid, fruitinname, onvoldoende beweging, hoog risico op depressie, of eenzaamheid (**fig 1b**).

Figuur 1b. Leefstijldeterminanten in Millingen/Kekerdom voor leeftijdscategorie jongeren

Jongeren (13-16 jr.)	Millingen / Kekerdom		Regio Nijmegen	
Slecht ervaren gezondheid	2%	10	3%	450
Psychisch ongezond	7%	30	5%	800
Eet minder dan 6x pw fruit	64%	250	62%	10.540
Eet minder dan 6x pw groente	40%	150	36%	6.100
(zwaar) Overgewicht*	17%	40	13%	1.280
Overmatig alcoholgebruik	43%	170	30%	5.070
Beweegt onvoldoende	17%	70	27%	4.580
Rookt	28%	110	16%	2.620

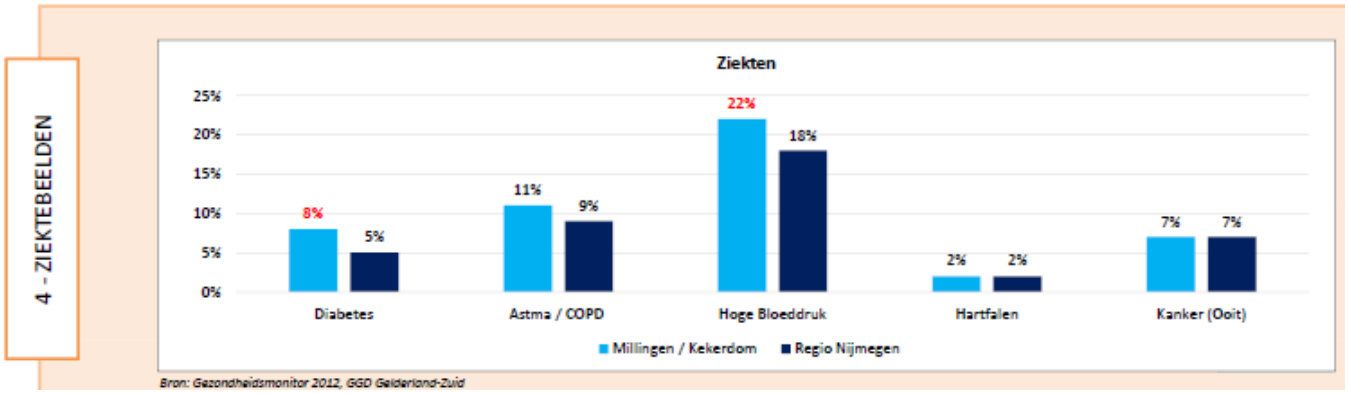
Bron: Emovo 2011 (GGD registratie JGZ (5-19 jr.))*

Daarnaast bevatten de wijkgezondheidsprofielen een aantal omgevingsdeterminanten (bijv. vrijwilligerswerk, sociale onveiligheid, geen regie over eigen leven) en een aantal prevalerende chronische ziektebeelden (bijv. diabetes, hoge bloeddruk, kanker) (**fig 1c,d**).

Figuur 1c. Omgevingsdeterminanten in Millingen/Kekerdom

	Vrijwilligerswerk	Geen contact met de buren	Mantelzorg ontvangen
Millingen / Kekerdom	1.710	710	200
Regio Nijmegen	77.200	51.400	15.400

Figuur 1d. Ziektebeelden in Millingen/Kekerdom



Bijlage 2. Vragenlijst eindgebruikers

Vragenlijst 1: Alle betrokkenen bij het bespreken van de wijkgezondheidsprofielen (eindgebruikers)

Doel: inventariseren ervaringen van de beoogde gebruikers van de wijkgezondheidsprofielen. T.o.v. fase van implementatie, deelnemers, gebruik, uitkomsten, knelpunten, succesfactoren, randvoorwaarden.

-burgers/bewoners
-professionals 1e lijn
-professionals welzijn
-ambtenaren
-managers

Vragenlijst 1:

In de regio Nijmegen zijn er de afgelopen jaren wijkgezondheidsprofielen opgesteld. Deze zijn bedoeld om met zorg- en welzijnsprofessionals die in een bepaalde wijk werken (zoals wijkverpleegkundigen, huisartsen en fysiotherapeuten), afspraken te maken over de gezondheidsthema's die men gezamenlijk wil aanpakken.
U bent uitgenodigd voor deze vragenlijst omdat u werkzaam bent in 1 (of meerdere) wijken waarin wijkgezondheidsprofielen zijn gebruikt. Deze vragenlijst is bedoeld om te inventariseren in welke wijken de wijkgezondheidsprofielen zijn gebruikt en op welke manier dit is gebeurd. Het invullen van deze vragenlijst duurt minimaal 2, en maximaal 15 minuten.

Achtergrond
1)
ik ben werkzaam bij:
De GGD
De ZZG zorggroep
De Gemeente
Een 1e lijns zorgvoorziening (huisartsenpraktijk, fysiotherapiepraktijk, apotheek etc.)
Geen van bovenstaande groepen, ik ben bewoner
Anders, namelijk
2)
In hoeverre heeft u al gewerkt met de 'wijkgezondheidsprofielen' of een 'wijkgezondheidsprofiel'?
Kies het antwoord dat het beste bij u past
-ik heb nog nooit gehoord van wijkgezondheidsprofielen (***fase 0***)
-ik heb wel eens van wijkgezondheidsprofielen gehoord, maar er nog nooit één gezien (***fase 0***)
-ik heb wel eens een wijkgezondheidsprofiel gezien tijdens een bijeenkomst, maar er niet mee gewerkt (***fase 1a***)

-ik heb wel eens een wijkgezondheidsprofiel gebruikt tijdens een overleg, maar er niet echt iets mee gedaan (***fase 1b***)
-ik heb 1 of meerdere keren een wijkgezondheidsprofiel gebruikt tijdens multidisciplinair overleg voor het gezamenlijk bepalen van de gezondheidsthema's die we in de wijk willen aanpakken (***fase 2***)
- ik heb 1 of meerdere keren een wijkgezondheidsprofiel gebruikt tijdens multidisciplinair overleg in de wijk. Naast het bepalen van de aan te pakken gezondheidsthema's zijn er gezamenlijk oplossingen bedacht voor deze problemen (***fase 3***)
-ik ben betrokken bij het coördineren, ontwerpen of voorbereiden van de wijkgezondheidsprofielen, waardoor ik de wijkgezondheidsprofielen heb toegepast in meerdere wijken (**anders**)

FASE 0

(***fase 0***)
U heeft aangegeven nooit te hebben gehoord van wijkgezondheidsprofielen. Een wijkgezondheidsprofiel is een overzicht van een aantal belangrijke zorg- en welzijnscijfers uit een wijk en brengt de zorgbehoefte in deze wijk in beeld. (*klik hier eventueel voor een voorbeeld van een wjkgezondheidsprofiel*)
Het doel van de wijkgezondheidsprofielen is om met zorg- en welzijnsprofessionals die actief zijn in de wijk, de belangrijkste gezondheidsthema's te bespreken en gezamenlijk te prioriteren (rangordenen). Nadat er overeenstemming is over de meest belangrijke gezondheidsproblemen in de wijk, kunnen afspraken gemaakt worden over hoe die problemen aangepakt moeten worden. Het idee is dat dit leidt tot meer (integrale) samenwerking tussen zorg en welzijnswerk in de wijk. (*klik hier eventueel voor de toelichtende film [… minuten])*
(fase 0)
***1)* Denkt u dat een wijkgezondheidsprofiel nuttig kan zijn?**
-nee
-ja
-weet ik niet

2)
In hoeverre kan het gebruik van een wijkgezondheidsprofiel voor u de volgende voordelen bieden?
(Kies één of meerdere antwoorden)
- het gebruik van wijkgezondheidsprofielen draagt ertoe bij dat zorg en welzijn voor mij persoonlijk beter worden geregeld
- het gebruik van wijkgezondheidsprofielen draagt ertoe bij dat zorg en welzijn voor mijn directe omgeving beter geregeld worden
- het gebruik van wijkgezondheidsprofielen draagt ertoe bij dat er betere informatie over problematiek in de wijk, zodat ik mijn werk beter kan doen
- het gebruik van wijkgezondheidsprofielen draagt ertoe bij dat er betere afspraken komen in de wijk, zodat mijn ik mijn werk beter kan doen
- het gebruik van wijkgezondheidsprofielen draagt ertoe bij dat er beter wordt samengewerkt met professionals in de wijk,
-het gebruik van wijkgezondheidsprofielen draagt ertoe bij dat mijn werk meer impact heeft

Gezien u nog nooit heeft gewerkt met wijkgezondheidsprofielen is het niet nodig om nog andere vragen te beantwoorden.

FASE 1

(***fase 1ab***)
1) Wanneer heeft u voor het eerst gewerkt met, of bent u in aanraking gekomen met *wijkgezondheidsprofielen* of een *wijkgezondheidsprofiel*?
Geef een ruwe schatting
(maand, jaar)
Weet ik niet meer

2)Als het goed is bent u ooit aanwezig geweest bij een bijeenkomst of bespreking, waarin een wijkgezondheidsprofiel is gebruikt of gepresenteerd. (*fase 1ab*)
-ja, dit klopt.
-nee, dit klopt niet
2b)Bij nee, als u het wijkgezondheidsprofielen niet tijdens een overleg heeft gebruikt, hoe dan wel? (open)

3)Waarom was u aanwezig bij deze vergadering of bijeenkomst? (*fase 1ab*)

ik was aanwezig omdat…(open**)**

4) (*fase 1ab*)
Met welk wijkgezondheidsprofiel bent u bekend?

Versie a

HATERT - CONCEPT NOVEMBER 2010

Leefstijldeterminanten		(n)	prioriteit
Roken*		1802	
Beweegt onvoldoende*		1511	
Overmatig alcoholgebr.*		640	
(ernstige) overgewicht*		2558	
Eet dagelijks groente*		1918	
Eet dagelijks fruit*		1395	
Ontbijt dagelijks*		3895	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Psychisch ongezond*		1221	
Kans angst/depressie*		2849	
Hoge eenzaamheidsscore*		755	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Matig+slecht ervaren gzdh. *		1047	

Ziekten		(n)	prioriteit
Hart- en vaatziekten			
Beroerte			
Angststoornis			
Depressie			
Kanker			
Dementie			

Ziekten (vervolg)		(n)	prioriteit
Diabetes*		233	
Diabetes‡		532	
Hoge Bloeddruk*		523	
Verhoogd Cholesterol*		407	
Astma/ Cara/ COPD*		523	
Ernstige rugaandoening*		349	
Artrose (gewrichtslijtage heup/knie) *		523	
Ernstig aandoening nek/schouder*		349	
Bewegingsapparaat			
Acute letsels			
1 of meer chronische aandoening*		1860	
2 chron. aandoeningen‡		578	
3 chron. aandoeningen‡		361	

Farmaceutische zorg (voorschriften)		(n)	prioriteit
Maagmiddelen‡		3495	
Cholesterolverlagers‡		3114	
Antibiotica‡		2818	
Kalmeringsmiddelen‡		4185	
Antidepressiva‡		2299	
Astma-/ COPD-middelen‡		3357	
Insulines‡		670	

Omgeving		(n)	prioriteit
Inwoners		9377	
Volwassenen (19-65jr)*		5814	
Mannen		4436	
> 65 jaar (gemeente)		2020	
> 65 jaar (Vaam) ‡		1423	
Lage opleiding*		2209	
Lage inkomens‡		3350	
Etnicieit: Westers		1497	
Etniciteit: Niet Westerse		1761	
Betaald werk*		3663	
werkloos*		174	
arbeidsongeschikt*		291	
Verkeersveiligheid			
S avonds-nachts onveilig voelen*		1570	
Openbaar groen			
Vervuiling en overlast			
(zeer)ontevreden over sociale contacten*		117	

Contacten 1e lijn		(n)	prioriteit
(extra lange) spreekuren huisarts‡		20564	
Visites huisarts‡		2233	
Telefonische consulten huisarts‡		4270	
Huisartscontacten voor psychische + sociale problemen		4724	
Contacten met fysiotherapeut‡		1393	

* gebaseerd op data uit de volwassenenmonitor, waarvan 5814 volwassenen (19-65 jaar), waarover de cijfers gaan (dat zijn 9377 inwoners voor Hatert totaal)
‡ gebaseerd op data van 't Nivel Vaam.nl, dat betreft 6570 inwoners met postcode 6535, ingeschreven bij de huisarts (0-100 jaar) waarover deze cijfers gaan.

HEUMEN - CONCEPT JANUARI 2011

Leefstijldeterminanten		(n)	prioriteit
Roken*		1671	
Beweegt onvoldoende*		2187	
Overmatig alcoholgebr.*		1241	
(ernstige) overgewicht*		3676	
Eet dagelijks groente*			
Eet dagelijks fruit*		6254	
Ontbijt dagelijks*		1919	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Psychisch ongezond*		1117	
Kans angst/depressie*		3313	
Hoge eenzaamheidsscore*		563	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Matig+slecht ervaren gzdh. *		1002	

Ziekten		(n)	prioriteit
Hart- en vaatziekten			
Beroerte			
Angststoornis			
Depressie			
Kanker			
Dementie			

Ziekten (vervolg)		(n)	prioriteit
Diabetes*		181	
Diabetes‡		681	
Hoge Bloeddruk*		955	
Verhoogd Cholesterol*		687	
Astma/ Cara/ COPD*- COPD‡		611-233	
Ernstige rugaandoening*		477	
Artrose (gewrichtslijtage heup/knie) *		458	
Ernstig aandoening nek/schouder*		257	
Bewegingsapparaat‡ (# contact/jr)		9357	
Acute letsels‡ (# contacten/jaar)		2210	
1 of meer chronische aandoening*		2683	
2 chron. aandoeningen‡		1097	
3 chron. aandoeningen‡		449	

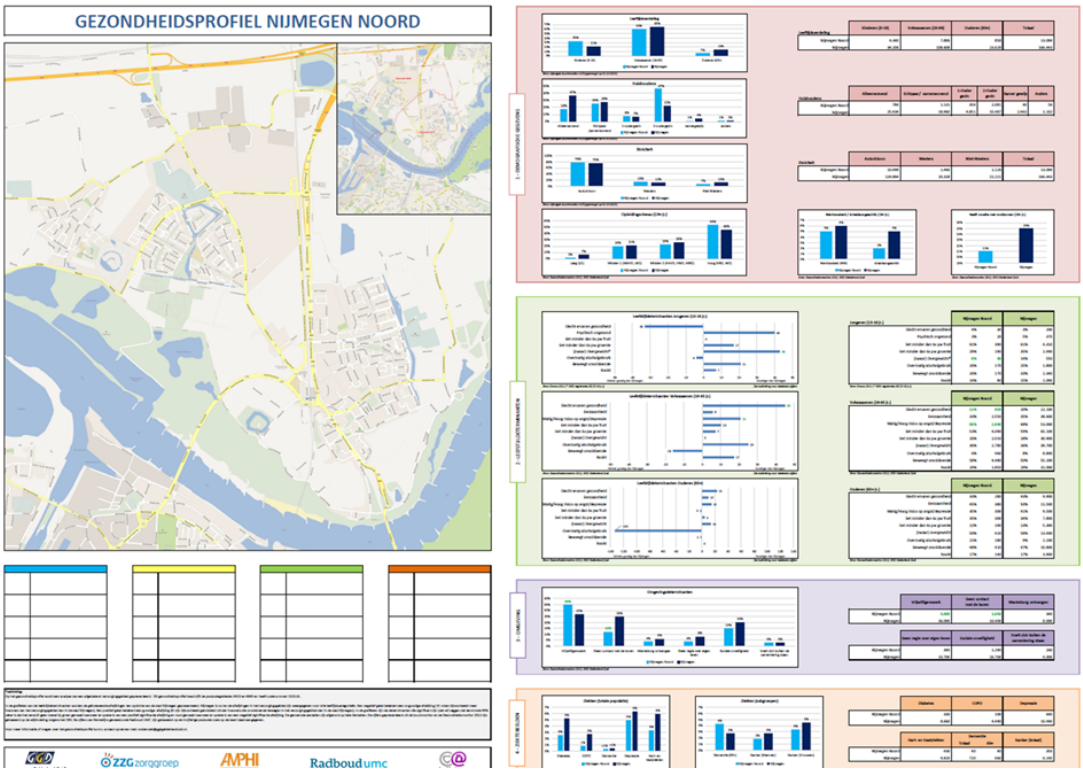
Farmaceutische zorg (# voorschriften/1000 inw/jaar)		(n)	prioriteit
Maagmiddelen‡		5351	
Cholesterolverlagers‡		5003	
Antibiotica‡		5085	
Kalmeringsmiddelen‡		6681	
Antidepressiva‡		3805	
Astma-/ COPD-middelen‡		5185	
Insulines‡		798	

Omgeving		(n)	prioriteit
Inwoners‡		16.620	
Volwassenen (19-65jr)*		9549	
Mannen		4724	
> 65 jaar (CBS)		2812	
> 65 jaar (Vaam) ‡		2692	
Lage opleiding*		2151	
Lage inkomens‡		6153	
Etnicieit: allochtoon*‡		520-638	
Etni: Niet-Westerse allochtooon*‡		117-482	
Eén persoonshuishouden‡		4171	
Betaald werk*		7696	
werkloos*		128	
arbeidsongeschikt*		206	
Verkeersveiligheid			
S avonds-nachts onveilig voelen*		1051	
Openbaar groen			
Vervuiling en overlast			
(zeer)ontevreden over sociale contacten*		275	

Contacten 1e lijn (# jaar/alle inw)		(n)	prioriteit
(extra lange) spreekuren huisarts‡		3872	
Visites huisarts‡		1828	
Telefonische consulten huisarts‡		10969	
Huisartscontacten voor psychische + sociale problemen‡		6182	
Contacten met fysiotherapeut‡		3556	

* gebaseerd op data uit de volwassenenmonitor, waarvan 9549 volwassenen (19-65 jaar), waarover de cijfers gaan.
‡ gebaseerd op data van 't Nivel (Vaam.nl), dat betreft 16620 inwoners in de gemeente Heumen waarover deze cijfers gaan.

Versie b



Geen de bovenstaande wijkgezondheidsprofielen:

Bij versie 1&2

4a) Ik heb het wijkgezondheidsprofiel gezien of gebruikt van de volgende wijk(en)

Hatert
Heumen
Nijmegen Lent
Brakkenstein
Hazenkamp
Lindenholt
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost
Grootstal/Hatertse Hei
Beuningen.
Dukenburg
Groesbeek
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Beek/Ubbergen
Wijchen
Berg en Dal
Geldermalsen
anders……..

Bij versie 3

4b) Ik heb het wijkgezondheidsprofiel gezien of gebruikt van de volgende wijk(en)
(alle + geen van allen, meerdere antwoorden mogelijk)

Hatert
Nijmegen Noord
Lindenholt
Dukenburg *:Weezenhof*
Dukenburg *:Tolhuis/Meijhorst/Aldenhof*
Dukenburg *:Zwanenveld /Lankforst/Malvert*
Beek/Ubbergen
Beuningen
Groesbeek: *Groesbeek-Noord*
Groesbeek: *Centrum/Zuid*
Millingen a/d Rijn/Kekerdom

Wijchen: *Woezik/Homberg*
Wijchen: *Centrum/Oud/Zuid/Vormer*
Wijchen: *Buitengebied*
Geldermalsen: *Geldermalsen*
Geldermalsen: *Beesd*
Geldermalsen: *Buurmalsen*
Geldermalsen: *Deil*
anders….

Bij Geen de bovenstaande wijkgezondheidsprofielen:

Het kan zijn dat er destijds nog onvoldoende gegevens beschikbaar waren om een wijkgezondheidsprofiel te maken, of dat er gebruik is gemaakt van andere wijkgezondheidsprofielen (ROS) of gegevens (gemeente).
In welke wijk bent u actief?

Hatert
Heumen
Nijmegen Lent
Brakkenstein
Hazenkamp
Lindenholt
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost
Grootstal/Hatertse Hei
Beuningen.
Dukenburg
Groesbeek
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Beek/Ubbergen
Wijchen
Berg en Dal
Geldermalsen
anders……..

5)Bent u uitgenodigd voor het bespreken van de wijkgezondheidsprofielen en zo ja, wie/welke (*fase 1ab*) organisatie heeft hiertoe het initiatief genomen?
-naam persoon of naam organisatie en unit/afdeling (open)
-weet ik niet meer

6)Op welke manier is het wijkgezondheidsprofiel aan u gepresenteerd? (meerdere antwoorden mogelijk) (*fase 1ab*)
-tijdens een informatieve bijeenkomst in de vorm van een presentatie (powerpoint)
-tijdens een informatieve bijeenkomst via een website
-tijdens een overleg/meerdere overleggen, het wijkgezondheidsprofiel was geprint en uitgedeeld
-tijdens een overleg/meerdere overleggen, het wijkgezondheidsprofiel was uitvergroot en opgehangen in de vergaderruimte
-anders

7a) Kunt u aangeven waarom u nog niet met wijkgezondheidsprofielen heeft gewerkt? Noem volgens u de belangrijkste reden (*fase 1a*)
(Open)

7b) Kunt u aangeven waarom er tijdens de bijeenkomst niet echt iets met het wijkgezondheidsprofiel is gedaan? Noem volgens u de belangrijkste reden (*fase 1b*)
(Open)

8)Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen
Ik vind de wijkgezondheidsprofielen: (*fase 1ab*)

-waardevol-overbodig
-compleet-onvolledig
-duidelijk-onduidelijk
-overzichtelijk-onoverzichtelijk
-vernieuwend-achterhaald
-prettig om mee te werken-vervelend om mee te werken
-makkelijk-moeilijk
-te compact-te uitgebreid

(ruimte voor toelichting bij iedere stelling [niet verplicht])

Tot slot, het kan zijn dat we naar aanleiding van dit onderzoek nog een aantal extra vragen willen stellen bij gebruikers van de wijkgezondheidsprofielen. Dit kan bijvoorbeeld zijn om beperkende en bevorderende factoren voor het gebruik t van de

wijkgezondheidsprofielen wat beter in kaart te brengen. Mogen we eventueel contact met u opnemen voor aanvullende vragen (+- 45 min.)? (*fase 1ab*)

zo ja, op welk telefoonnummer kunnen we u het beste bereiken?
-e-mailadres:
-telefoonnummer:

PS: Meer informatie over de wijkgezondheidsprofielen kunt u hier vinden;
(*klik hier eventueel voor een voorbeeld van een wijkgezondheidsprofiel*)
(*klik hier eventueel voor de toelichtende film [… minuten]*)

FASE 2&3

(*fase 2,3*)
1) Wanneer heeft u voor het eerst gewerkt met, of bent u in aanraking gekomen met wijkgezondheidsprofielen of een wijkgezondheidsprofiel?

Geef een ruwe schatting
(maand, jaar)
Weet ik niet meer

2)Als het goed is bent u ooit aanwezig geweest bij een bijeenkomst of bespreking, waarin een wijkgezondheidsprofiel is gebruikt of gepresenteerd. (*fase 2,3*)

-ja, dit klopt.
-nee, dit klopt niet
1b)Bij nee, op welke manier heeft u de wijkgezondheidsprofielen gebruikt? (open)

3)Waarom was u aanwezig bij deze vergadering of bijeenkomst? (*fase 2,3*)
ik was aanwezig omdat…(graag een kort antwoord)

4) (*fase 2,3*)
Met welk wijkgezondheidsprofiel bent u bekend?

Versie a

HATERT - CONCEPT NOVEMBER 2010

Leefstijldeterminanten	(n)	prioriteit
Roken*	1802	
Beweegt onvoldoende*	1511	
Overmatig alcoholgebr.*	640	
(ernstige) overgewicht*	2558	
Eet dagelijks groente*	1918	
Eet dagelijks fruit*	1395	
Ontbijt dagelijks*	3895	

Psychosociaal	(n)	prioriteit
Psychisch ongezond*	1221	
Kans angst/depressie*	2849	
Hoge eenzaamheidsscore*	755	

Psychosociaal	(n)	prioriteit
Matig+slecht ervaren gzdh. *	1047	

Ziekten	(n)	prioriteit
Hart- en vaatziekten		
Beroerte		
Angststoornis		
Depressie		
Kanker		
Dementie		

Ziekten (vervolg)	(n)	prioriteit
Diabetes*	233	
Diabetes‡	532	
Hoge Bloeddruk*	523	
Verhoogd Cholesterol*	407	
Astma/ Cara/ COPD*	523	
Ernstige rugaandoening*	349	
Artrose (gewrichtslijtage heup/knie) *	523	
Ernstig aandoening nek/schouder*	349	
Bewegingsapparaat		
Acute letsels		
1 of meer chronische aandoening*	1860	
2 chron. aandoeningen‡	578	
3 chron. aandoeningen‡	361	

Farmaceutische zorg (voorschriften)	(n)	prioriteit
Maagmiddelen‡	3495	
Cholesterolverlagers‡	3114	
Antibiotica‡	2818	
Kalmeringsmiddelen‡	4185	
Antidepressiva‡	2299	
Astma-/ COPD-middelen‡	3357	
Insulines‡	670	

Omgeving	(n)	prioriteit
Inwoners	9377	
Volwassenen (19-65jr)*	5814	
Mannen	4436	
> 65 jaar (gemeente)	2020	
> 65 jaar (Vaam) ‡	1423	
Lage opleiding*	2209	
Lage inkomens‡	3350	
Etnicieit: Westers	1497	
Etniciteit: Niet Westerse	1761	
Betaald werk*	3663	
werkloos*	174	
arbeidsongeschikt*	291	
Verkeersveiligheid		
S avonds-nachts onveilig voelen*	1570	
Openbaar groen		
Vervuiling en overlast		
(zeer)ontevreden over sociale contacten*	117	

Contacten 1e lijn	(n)	prioriteit
(extra lange) spreekuren huisarts‡	20564	
Visites huisarts‡	2233	
Telefonische consulten huisarts‡	4270	
Huisartscontacten voor psychische + sociale problemen	4724	
Contacten met fysiotherapeut‡	1393	

* gebaseerd op data uit de volwassenenmonitor, waarvan 5814 volwassenen (19-65 jaar), waarover de cijfers gaan (dat zijn 9377 inwoners voor Hatert totaal)
‡ gebaseerd op data van 't Nivel Vaam.nl, dat betreft 6570 inwoners met postcode 6535, ingeschreven bij de huisarts (0-100 jaar) waarover deze cijfers gaan.

HEUMEN - CONCEPT JANUARI 2011

Leefstijldeterminanten	(n)	prioriteit
Roken*	1671	
Beweegt onvoldoende*	2187	
Overmatig alcoholgebr.*	1241	
(ernstige) overgewicht*	3676	
Eet dagelijks groente*		
Eet dagelijks fruit*	6254	
Ontbijt dagelijks*	1919	

Psychosociaal	(n)	prioriteit
Psychisch ongezond*	1117	
Kans angst/depressie*	3313	
Hoge eenzaamheidsscore*	563	

Psychosociaal	(n)	prioriteit
Matig+slecht ervaren gzdh. *	1002	

Ziekten	(n)	prioriteit
Hart- en vaatziekten		
Beroerte		
Angststoornis		
Depressie		
Kanker		
Dementie		

Ziekten (vervolg)	(n)	prioriteit
Diabetes*	181	
Diabetes‡	681	
Hoge Bloeddruk*	955	
Verhoogd Cholesterol*	687	
Astma/ Cara/ COPD*- COPD‡	611-233	
Ernstige rugaandoening*	477	
Artrose (gewrichtslijtage heup/knie) *	458	
Ernstig aandoening nek/schouder*	257	
Bewegingsapparaat‡ (# contact/jr)	9357	
Acute letsels‡ (# contacten/jaar)	2210	
1 of meer chronische aandoening*	2683	
2 chron. aandoeningen‡	1097	
3 chron. aandoeningen‡	449	

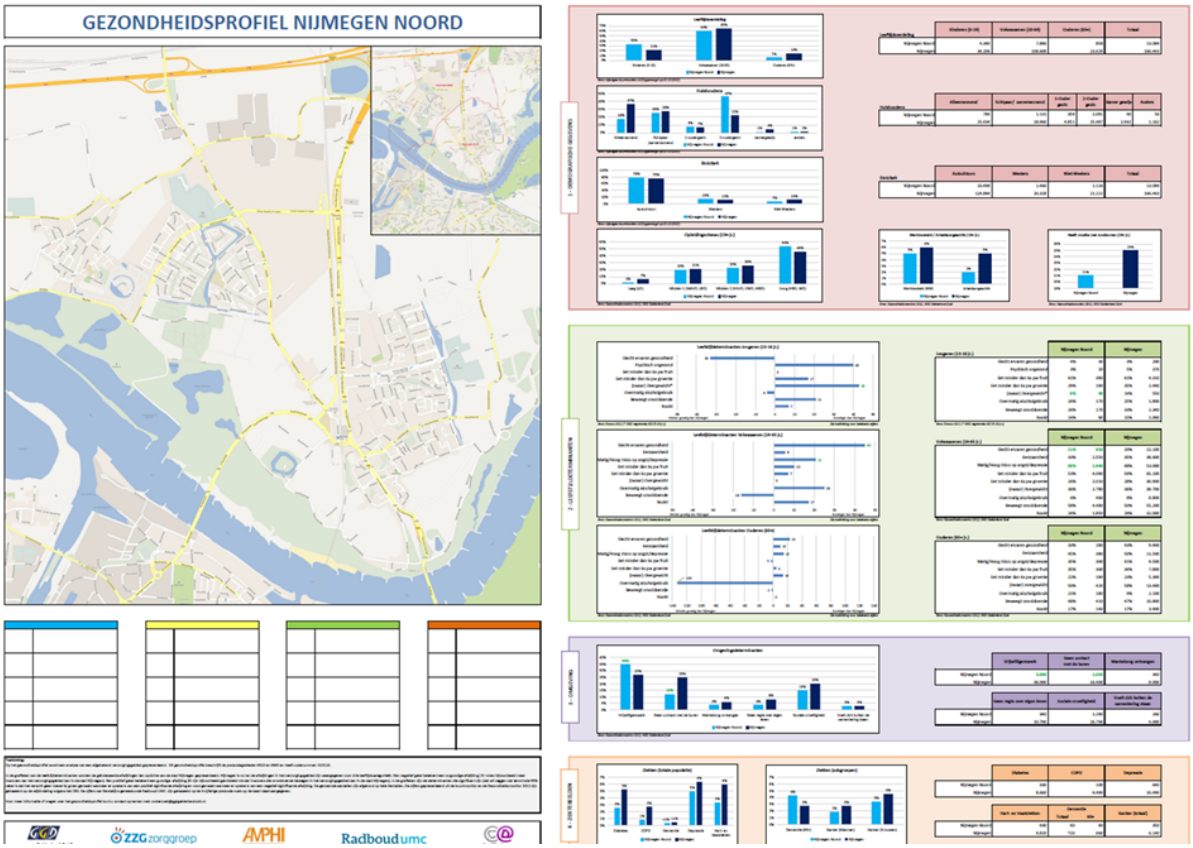
Farmaceutische zorg (# voorschriften/1000 inw/jaar)	(n)	prioriteit
Maagmiddelen‡	5351	
Cholesterolverlagers‡	5003	
Antibiotica‡	5085	
Kalmeringsmiddelen‡	6681	
Antidepressiva‡	3805	
Astma-/ COPD-middelen‡	5185	
Insulines‡	798	

Omgeving	(n)	prioriteit
Inwoners‡	16.620	
Volwassenen (19-65jr)*	9549	
Mannen	4724	
> 65 jaar (CBS)	2812	
> 65 jaar (Vaam) ‡	2692	
Lage opleiding*	2151	
Lage inkomens‡	6153	
Etnicieit: allochtoon*‡	520-638	
Etni: Niet-Westerse allochtooon*‡	117-482	
Eén persoonshuishouden‡	4171	
Betaald werk*	7696	
werkloos*	128	
arbeidsongeschikt*	206	
Verkeersveiligheid		
S avonds-nachts onveilig voelen*	1051	
Openbaar groen		
Vervuiling en overlast		
(zeer)ontevreden over sociale contacten*	275	

Contacten 1e lijn (# jaar/alle inw)	(n)	prioriteit
(extra lange) spreekuren huisarts‡	3872	
Visites huisarts‡	1828	
Telefonische consulten huisarts‡	10969	
Huisartscontacten voor psychische + sociale problemen‡	6182	
Contacten met fysiotherapeut‡	3556	

* gebaseerd op data uit de volwassenenmonitor, waarvan 9549 volwassenen (19-65 jaar), waarover de cijfers gaan.
‡ gebaseerd op data van 't Nivel (Vaam.nl), dat betreft 16620 inwoners in de gemeente Heumen waarover deze cijfers gaan.

Versie b



Ik heb met beide versies gewerkt

Geen de bovenstaande wijkgezondheidsprofielen:

Bij versie 1&2

4a) Ik heb het wijkgezondheidsprofiel gezien of gebruikt van de volgende wijk(en)

Hatert
Heumen
Nijmegen Lent
Brakkenstein
Hazenkamp
Lindenholt
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost
Grootstal/Hatertse Hei
Beuningen.
Dukenburg
Groesbeek
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Beek/Ubbergen
Wijchen
Berg en Dal
Geldermalsen
anders……

Hatert
Heumen
Nijmegen Lent
Brakkenstein
Hazenkamp
Lindenholt
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost
Grootstal/Hatertse Hei
Beuningen.
Dukenburg
Groesbeek
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Beek/Ubbergen
Wijchen
Berg en Dal
Geldermalsen
anders……

Bij versie 3

4b) Ik heb het wijkgezondheidsprofiel gezien of gebruikt van de volgende wijk(en)

(alle + geen van allen, meerdere antwoorden mogelijk, niet verplicht)

Hatert
Nijmegen Noord
Lindenholt
Dukenburg *:Weezenhof*
Dukenburg *:Tolhuis/Meijhorst/Aldenhof*
Dukenburg *:Zwanenveld /Lankforst/Malvert*
Beek/Ubbergen
Beuningen
Groesbeek: *Groesbeek-Noord*
Groesbeek: *Centrum/Zuid*
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Wijchen: *Woezik/Homberg*
Wijchen: *Centrum/Oud/Zuid/Vormer*
Wijchen: *Buitengebied*
Geldermalsen: *Geldermalsen*
Geldermalsen: *Beesd*
Geldermalsen: *Buurmalsen*
Geldermalsen: *Deil*
anders….
Hatert
Nijmegen Noord
Lindenholt
Dukenburg *:Weezenhof*
Dukenburg *:Tolhuis/Meijhorst/Aldenhof*
Dukenburg *:Zwanenveld /Lankforst/Malvert*
Beek/Ubbergen
Beuningen
Groesbeek: *Groesbeek-Noord*
Groesbeek: *Centrum/Zuid*

Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Wijchen: *Woezik/Homberg*
Wijchen: *Centrum/Oud/Zuid/Vormer*
Wijchen: *Buitengebied*
Geldermalsen: *Geldermalsen*
Geldermalsen: *Beesd*
Geldermalsen: *Buurmalsen*
Geldermalsen: *Deil*
anders….

Bij ik heb met beide versies gewerkt

4c) Ik heb beide wijkgezondheidsprofielen gebruikt voor verschillende wijk(en)

(alle + geen van allen, meerdere antwoorden mogelijk, niet verplicht) geef beide lijsten weer

Namelijk, versie a voor

Hatert
Heumen
Nijmegen Lent
Brakkenstein
Hazenkamp
Lindenholt
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost
Grootstal/Hatertse Hei
Beuningen.
Dukenburg
Groesbeek
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Beek/Ubbergen
Wijchen
Berg en Dal
Geldermalsen
anders……..

Hatert
Heumen
Nijmegen Lent
Brakkenstein
Hazenkamp
Lindenholt
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost
Grootstal/Hatertse Hei
Beuningen.
Dukenburg
Groesbeek
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Beek/Ubbergen
Wijchen
Berg en Dal
Geldermalsen
anders……..

En versie b voor

Hatert
Nijmegen Noord
Lindenholt
Dukenburg *:Weezenhof*
Dukenburg *:Tolhuis/Meijhorst/Aldenhof*
Dukenburg *:Zwanenveld /Lankforst/Malvert*
Beek/Ubbergen
Beuningen
Groesbeek: *Groesbeek-Noord*
Groesbeek: *Centrum/Zuid*
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Wijchen: *Woezik/Homberg*
Wijchen: *Centrum/Oud/Zuid/Vormer*
Wijchen: *Buitengebied*
Geldermalsen: *Geldermalsen*
Geldermalsen: *Beesd*
Geldermalsen: *Buurmalsen*
Geldermalsen: *Deil*
anders….

Bij Geen de bovenstaande wijkgezondheidsprofielen:

Het kan zijn dat er destijds nog onvoldoende gegevens beschikbaar waren om een wijkgezondheidsprofiel te maken, of dat er gebruik is gemaakt van andere wijkgezondheidsprofielen (ROS) of gegevens (gemeente).
Voor welke wijk of welk gebied was de bijeenkomst toen georganiseerd?

Hatert
Heumen
Nijmegen Lent
Brakkenstein
Hazenkamp
Lindenholt
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost
Grootstal/Hatertse Hei
Beuningen.
Dukenburg
Groesbeek
Millingen a/d Rijn/Kekerdom
Beek/Ubbergen
Wijchen
Berg en Dal
Geldermalsen
anders……..

5)Bent u uitgenodigd voor het bespreken van de wijkgezondheidsprofielen en zo ja, wie/welke (*fase 2,3*) organisatie heeft hiertoe het initiatief genomen?
-naam persoon of naam organisatie en unit/afdeling (open)
-weet ik niet meer
-Kan ik niet beantwoorden want ik ben uitgenodigd in meerdere wijken

6)Op welke manier is het wijkgezondheidsprofiel aan u gepresenteerd? (meerdere antwoorden mogelijk) (*fase 2,3*)
-tijdens een informatieve bijeenkomst in de vorm van een presentatie (powerpoint)
-tijdens een informatieve bijeenkomst via een website
-tijdens een overleg/meerdere overleggen, het wijkgezondheidsprofiel was geprint en uitgedeeld
-tijdens een overleg/meerdere overleggen, het wijkgezondheidsprofiel was uitvergroot en opgehangen in de vergaderruimte
-anders

7)Mistte u nog relevante partijen tijdens het bespreken van de wijkgezondheidsprofielen? (*fase 2,3*)
-nee
-ja, geef aan welke ontbraken (open).

8)Is er door het gebruik van het wijkgezondheidsprofiel een gezamenlijke prioritering (rangorde van de belangrijkste problemen) gemaakt van de problemen in de wijk? (*fase 2,3*)

8a)Zo ja, wat was de uitkomst van deze prioritering (rangordening van de belangrijkste problemen)? (*fase 2,3*)

3 belangrijkste problemen die zijn geselecteerd in de wijk waarin ik actief ben
+
Kan ik niet beantwoorden want ik heb dit gedaan in meerdere wijken
+
Weet ik niet meer

8a2) Zijn er voor deze problemen vervolgens ook gezamenlijke oplossingen bedacht?

8a2a) Zo ja, kunt u een voorbeeld noemen van zo'n oplossing?

Kan ik niet beantwoorden want ik heb dit gedaan in meerdere wijken
+
Weet ik niet meer

8a2b) Zo nee, waarom zijn er geen oplossingen aan de problemen gekoppeld?
Noem volgens u de belangrijkste oorzaak

8a2b2) Wat is er volgens u voor nodig om wél tot oplossingen te komen voor de problemen in de wijk?

8b)Zo nee, waarom is er niet tot een prioritering (rangordening van de belangrijkste problemen) gekomen? Noem volgens u de belangrijkste oorzaak.

8b2) Wat moet er volgens u veranderen om wél tot een prioritering van de belangrijkste problemen in de wijk te komen?

9)Wat vindt u van de volgende elementen van het wijkgezondheidsprofiel / de wijkgezondheidsprofielen?
(geef een cijfer tussen 1 en 10 voor elk onderdeel, waarbij 1 heel slecht is en 10 heel goed)
(onder de zes open vraag over wat beter kan) (*fase 2,3*)

-overzicht dat het biedt in wijkproblematiek
-mogelijkheid tot het interpreteren van problematiek
-mogelijkheid om de belangrijkste problemen te kiezen
-mogelijkheid om tot gezamenlijke oplossingen te komen
-het nut voor mijn dagelijks werk of praktijk
-het nut voor cliënten en burgers

(ruimte voor toelichting bij iedere stelling onders score 6 [niet verplicht])

10)Wat vindt u van de volgende elementen van de bijeenkomst(en) waarbij het wijkgezondheidsprofiel gebruikt is?
(geef een cijfer tussen 1 en 10 voor elk onderdeel, waarbij 1 heel slecht is en 10 heel goed) (onder de zes open vraag over wat beter kan) (*fase 2,3*)

-de manier waarop het wijkgezondheidsprofiel geïntroduceerd is/onder de aandacht gebracht is
-de helderheid over welke activiteiten ik in welke volgorde moest uitvoeren
-de methode die gebruikt werd om de belangrijkste problemen te kiezen (stickeren/turven)
-de manier waarop het wijkgezondheidsprofiel besproken is
-de duur van de bijeenkomst(en)
-het aantal bijeenkomsten dat nodig is
-de competenties van de persoon die de leiding op zich nam
-de zichtbaarheid van de resultaten van de bijeenkomst
-de houding van de aanwezige andere partijen
-de kennis van de aanwezige andere partijen
-het gezamenlijk belang van alle aanwezige partijen
-de (potentiële) samenwerking in de wijk

(ruimte voor toelichting bij iedere stelling onder score 6 [niet verplicht])

11)Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen (*fase 2,3*)

a)Tijdens de bijeenkomst was het helder welke activiteiten ik in welke volgorde moet uitvoeren.
b) Het doel van de bijeenkomst was goed uitgelegd
c) De wijkgezondheidsprofielen sluiten goed aan bij mijn manier van werken
d) Ik vind het tot mijn functie horen om de wijkgezondheidsprofielen te gebruiken
e)Ik vind de effecten de wijkgezondheidsprofielen duidelijk zichtbaar
f) Ik kan op voldoende hulp van mijn collega's rekenen (mocht ik die nodig hebben) bij het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen
g) Er is voldoende personeel in onze organisatie om de wijkgezondheidsprofielen zoals bedoeld te kunnen gebruiken
h) Onze organisatie stelt mij voldoende tijd beschikbaar om de wijkgezondheidsprofielen zoals bedoeld te integreren in mijn dagelijks werk
i) In mijn organisatie vindt regelmatig terugkoppeling plaats over de voortgang van de invoering van de wijkgezondheidsprofielen
j) **de wijkgezondheidsprofielen zouden meer moeten inzoomen op specifieke doelgroepen (zoals jeugd, ouderen, GGZ) maar wel de gegevens bevatten voor alle domeinen (zoals werk, wonen, welzijn, zorg)**

Zijn er volgens u andere veranderingen die van invloed zijn op het invoeren van de wijkgezondheidsprofielen en het gebruik ervan (reorganisatie, fusie, bezuinigingen, personeelsverloop, andere innovaties)?
-Ja/Nee

Zijn in uw organisatie formeel afspraken vastgelegd door het management over het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen?
-Ja/Nee

12)Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen
Ik vind de wijkgezondheidsprofielen: (*fase 2,3*)

-waardevol-overbodig
-compleet-onvolledig
-duidelijk-onduidelijk
-overzichtelijk-onoverzichtelijk
-vernieuwend-achterhaald
-prettig om mee te werken-vervelend om mee te werken
-makkelijk-moeilijk
-te compact-te uitgebreid

(ruimte voor toelichting bij iedere stelling [niet verplicht])

13) Hoe zou het wijkgezondheidsprofiel voor u als professional of betrokkene meer betekenisvol kunnen worden?

Tot slot, het kan zijn dat we naar aanleiding van dit onderzoek nog een aantal extra vragen willen stellen bij gebruikers van de wijkgezondheidsprofielen. Dit kan bijvoorbeeld zijn om beperkende en bevorderende factoren voor het gebruikt van de wijkgezondheidsprofielen wat beter in kaart te brengen. Mogen we eventueel contact met u opnemen voor aanvullende vragen (+- 45 min.)? (*fase 1ab*)

zo ja, op welk telefoonnummer kunnen we u het beste bereiken?
-e-mailadres:
-telefoonnummer:

PS: Meer informatie over de wijkgezondheidsprofielen kunt u hier vinden;
(*klik hier eventueel voor een voorbeeld van een wijkgezondheidsprofiel*)
(*klik hier eventueel voor de toelichtende film [… minuten])*

FASE anders

U heeft aangegeven betrokken te zijn bij het coördineren, ontwerpen of voorbereiden van de wijkgezondheidsprofielen, waardoor u de wijkgezondheidsprofielen hebt toegepast in meerdere wijken. Gezien uw nauwe betrokkenheid bij de wijkgezondheidsprofielen willen wij u vragen om een andere vragenlijst in te vullen.
Deze vragenlijst wordt nu direct naar u verstuurd. Onze excuses voor het ongemak.

Bijlage 3. Vragenlijst intermediaire gebruikers

Vragenlijst 2: (ZZG en GGD coördinatoren + Gezondheidsmakelaars

In de regio Nijmegen zijn er de afgelopen jaren wijkgezondheidsprofielen opgesteld. Deze zijn bedoeld om met zorg- en welzijnsprofessionals die in een bepaalde wijk werken (zoals ZZG, huisartsen, gezondheidsmakelaars en fysiotherapeuten), afspraken te maken over de gezondheidsthema's die men gezamenlijk wil aanpakken. In ongeveer 10 wijken zijn met behulp van wijkgezondheidsprofielen al gezondheidsthema's geprioriteerd en is er een vorm van samenwerking tot stand gekomen.

U bent uitgenodigd voor deze vragenlijst omdat u actief bent in 1 (of meerdere) wijken of gemeenten waarin wijkgezondheidsprofielen al gebruikt zijn of nog uitgezet moeten worden. Deze vragenlijst is bedoeld om te inventariseren in welke mate de wijkgezondheidsprofielen in deze wijken zijn geïmplementeerd en op welke manier. Het invullen van deze vragenlijst duurt maar enkele minuten.

1) welk wijkgezondheidsprofiel gebruikt u/heeft u gebruikt

HATERT - CONCEPT NOVEMBER 2010

Leefstijldeterminanten		(n)	prioriteit
Roken*		1802	
Beweegt onvoldoende*		1511	
Overmatig alcoholgebr.*		640	
(ernstige) overgewicht*		2558	
Eet dagelijks groente*		1918	
Eet dagelijks fruit*		1395	
Ontbijt dagelijks*		3895	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Psychisch ongezond*		1221	
Kans angst/depressie*		2849	
Hoge eenzaamheidsscore*		755	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Matig+slecht ervaren gzdh. *		1047	

Ziekten		(n)	prioriteit
Hart- en vaatziekten			
Beroerte			
Angststoornis			
Depressie			
Kanker			
Dementie			

Ziekten (vervolg)		(n)	prioriteit
Diabetes*		233	
Diabetes‡		532	
Hoge Bloeddruk*		523	
Verhoogd Cholesterol*		407	
Astma/ Cara/ COPD*		523	
Ernstige rugaandoening*		349	
Artrose (gewrichtslijtage heup/knie) *		523	
Ernstig aandoening nek/schouder*		349	
Bewegingsapparaat			
Acute letsels			
1 of meer chronische aandoening*		1860	
2 chron. aandoeningen‡		578	
3 chron. aandoeningen‡		361	

Farmaceutische zorg (voorschriften)		(n)	prioriteit
Maagmiddelen‡		3495	
Cholesterolverlagers‡		3114	
Antibiotica‡		2818	
Kalmeringsmiddelen‡		4185	
Antidepressiva‡		2299	
Astma-/ COPD-middelen‡		3357	
Insulines‡		670	

Omgeving		(n)	prioriteit
Inwoners		9377	
Volwassenen (19-65jr)*		5814	
Mannen		4436	
> 65 jaar (gemeente)		2020	
> 65 jaar (Vaam) ‡		1423	
Lage opleiding*		2209	
Lage inkomens‡		3350	
Etnicieit: Westers		1497	
Etniciteit: Niet Westerse		1761	
Betaald werk*		3663	
werkloos*		174	
arbeidsongeschikt*		291	
Verkeersveiligheid			
S avonds-nachts onveilig voelen*		1570	
Openbaar groen			
Vervuiling en overlast			
(zeer)ontevreden over sociale contacten*		117	

Contacten 1e lijn		(n)	prioriteit
(extra lange) spreekuren huisarts‡		20564	
Visites huisarts‡		2233	
Telefonische consulten huisarts‡		4270	
Huisartscontacten voor psychische + sociale problemen		4724	
Contacten met fysiotherapeut‡		1393	

* gebaseerd op data uit de volwassenenmonitor, waarvan 5814 volwassenen (19-65 jaar), waarover de cijfers gaan (dat zijn 9377 inwoners voor Hatert totaal)
‡ gebaseerd op data van 't Nivel Vaam.nl, dat betreft 6570 inwoners met postcode 6535, ingeschreven bij de huisarts (0-100 jaar) waarover deze cijfers gaan.

HEUMEN - CONCEPT JANUARI 2011

Leefstijldeterminanten		(n)	prioriteit
Roken*		1671	
Beweegt onvoldoende*		2187	
Overmatig alcoholgebr.*		1241	
(ernstige) overgewicht*		3676	
Eet dagelijks groente*			
Eet dagelijks fruit*		6254	
Ontbijt dagelijks*		1919	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Psychisch ongezond*		1117	
Kans angst/depressie*		3313	
Hoge eenzaamheidsscore*		563	

Psychosociaal		(n)	prioriteit
Matig+slecht ervaren gzdh. *		1002	

Ziekten		(n)	prioriteit
Hart- en vaatziekten			
Beroerte			
Angststoornis			
Depressie			
Kanker			
Dementie			

Ziekten (vervolg)		(n)	prioriteit
Diabetes*		181	
Diabetes‡		681	
Hoge Bloeddruk*		955	
Verhoogd Cholesterol*		687	
Astma/ Cara/ COPD*- COPD‡		611-233	
Ernstige rugaandoening*		477	
Artrose (gewrichtslijtage heup/knie) *		458	
Ernstig aandoening nek/schouder*		257	
Bewegingsapparaat‡ (# contact/jr)		9357	
Acute letsels‡ (# contacten/jaar)		2210	
1 of meer chronische aandoening*		2683	
2 chron. aandoeningen‡		1097	
3 chron. aandoeningen‡		449	

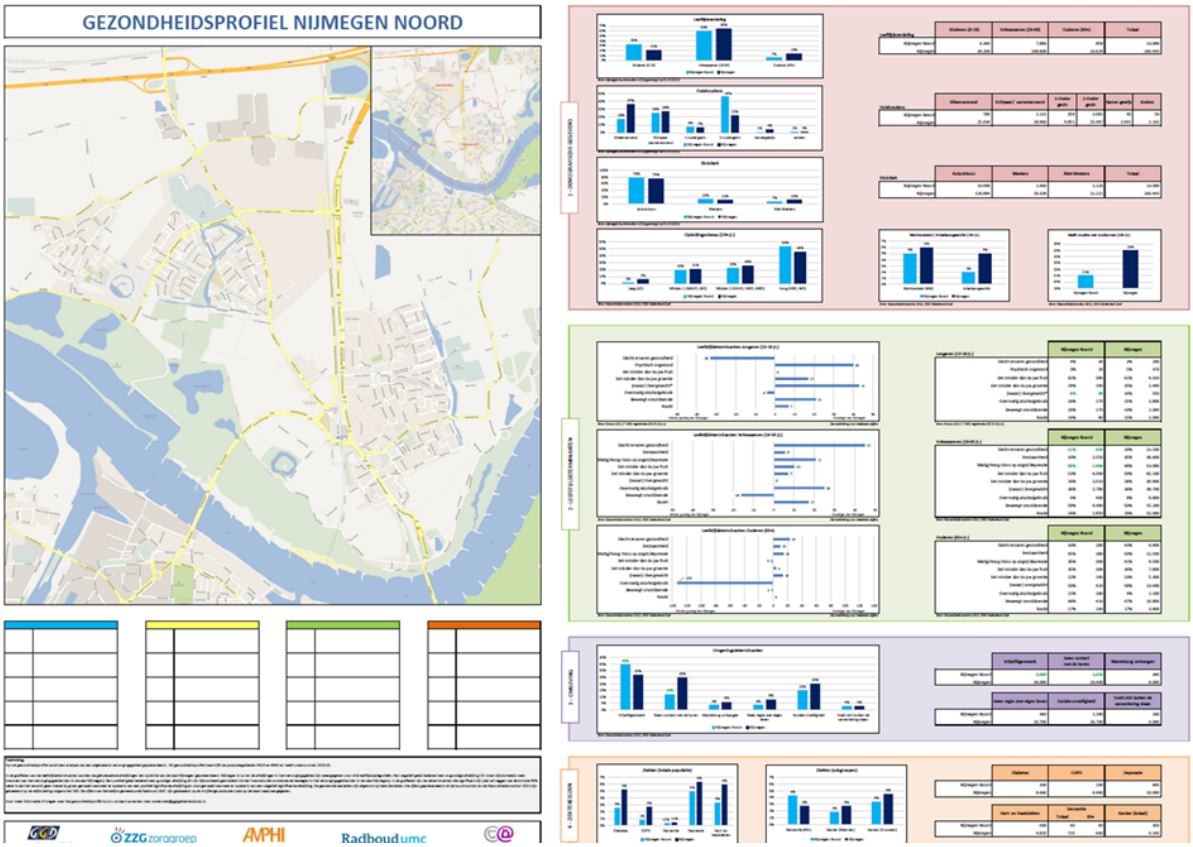
Farmaceutische zorg (# voorschriften/1000 inw/jaar)		(n)	prioriteit
Maagmiddelen‡		5351	
Cholesterolverlagers‡		5003	
Antibiotica‡		5085	
Kalmeringsmiddelen‡		6681	
Antidepressiva‡		3805	
Astma-/ COPD-middelen‡		5185	
Insulines‡		798	

Omgeving		(n)	prioriteit
Inwoners‡		16.620	
Volwassenen (19-65jr)*		9549	
Mannen		4724	
> 65 jaar (CBS)		2812	
> 65 jaar (Vaam) ‡		2692	
Lage opleiding*		2151	
Lage inkomens‡		6153	
Etnicieit: allochtoon*‡		520-638	
Etni: Niet-Westerse allochtooon*‡		117-482	
Eén persoonshuishouden‡		4171	
Betaald werk*		7696	
werkloos*		128	
arbeidsongeschikt*		206	
Verkeersveiligheid			
S avonds-nachts onveilig voelen*		1051	
Openbaar groen			
Vervuiling en overlast			
(zeer)ontevreden over sociale contacten*		275	

Contacten 1e lijn (# jaar/alle inw)		(n)	prioriteit
(extra lange) spreekuren huisarts‡		3872	
Visites huisarts‡		1828	
Telefonische consulten huisarts‡		10969	
Huisartscontacten voor psychische + sociale problemen‡		6182	
Contacten met fysiotherapeut‡		3556	

* gebaseerd op data uit de volwassenenmonitor, waarvan 9549 volwassenen (19-65 jaar), waarover de cijfers gaan.
‡ gebaseerd op data van 't Nivel (Vaam.nl), dat betreft 16620 inwoners in de gemeente Heumen waarover deze cijfers gaan.

Versie b



Versie b

beiden wel eens gebruikt

2)Lees onderstaande tekst eerst aandachtig door.

Om te inventariseren in hoeverre de wijkgezondheidsprofielen al zijn uitgezet en gebruikt in wijken of gemeenten en in welke mate dit is gebeurd, maken we onderscheid tussen 4 fasen.

Fase 0: Er is nog vrijwel niets gedaan met wijkgezondheidsprofielen, de bekendheid ervan bij potentiële gebruikers in de wijk is waarschijnlijk laag
Fase1: De wijkgezondheidsprofielen zijn tijdens 1 of meer bijeenkomsten (ter kennisgeving) gepresenteerd, er is echter niet met de wijkgezondheidsprofielen gewerkt
Fase 2: De wijkgezondheidsprofielen zijn tijdens 1 of meerdere bijeenkomsten gebruikt door een multidisciplinair gezelschap, de belangrijkste problemen zijn geselecteerd, besproken en geprioriteerd (of een begin hiertoe is gemaakt).
Fase 3: De wijkgezondheidsprofielen zijn tijdens meerdere bijeenkomsten gebruikt door een multidisciplinair gezelschap, voor de eerder geprioriteerde problemen zijn afspraken gemaakt of er zijn gerichte interventies voor aangewezen.

Het kan zijn dat u, om antwoord te kunnen geven op één van de vragen, op zoek moet gaan naar bepaalde informatie (bijvoorbeeld notulen). Wanneer het niet direct mogelijk is om deze informatie op te zoeken en in te vullen, of als dit tijdens het invullen van de vragenlijst teveel tijd kost, kunt u aangeven dat u de vraag NU niet kunt beantwoorden. We zullen dan later contact met u opnemen.

3) Kunt u per wijk aangeven in welke fase de implementatie van de wijkgezondheidsprofielen zich volgens u bevindt? Dit kunt u doen door in de onderstaande tabel, per wijk een fase aan te klikken. (niet elke vraag verplicht!)
-v1/2
Fases van Versie A van het wijkgezondheidsprofiel, per wijk

gebied	Fase 0	Fase1	Fase2	Fase3	Weet ik niet	Aantal bijeenkomsten	Kan ik NU niet beantwoorden
Hatert							
Heumen							
Lent							
Brakkenstein							
Hazenkamp							
Lindenholt							
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost							
Beuningen							
Dukenburg							
Groesbeek							
Millingen a/d Rijn/Kekerdom							
Beek/Ubbergen							
Wijchen							
Berg en Dal							
Geldermalsen							
Anders (open)							

-v3 Kunt u per wijk aangeven in welke fase de implementatie van de wijkgezondheidsprofielen zich volgens u bevindt? Dit kunt u doen door in de onderstaande tabel, per wijk een fase aan te klikken. (niet elke vraag verplicht!) Wanneer van toepassing, geef dit dan aan per specifieke wijk (bijv. hatert [zuidelijk gedeelde])

Fases van Versie B van het wijkgezondheidsprofiel, per wijk

gebied	Fase 0	Fase1	Fase2	Fase3	Weet ik niet	Aantal bijeenkomsten	Kan ik nu niet beantwoorden
Hatert							
Nijmegen Noord/Lent							
Lindenholt							
Dukenburg *:Weezenhof*							
Dukenburg*:Tolhuis/Meijhorst/Aldenhof*							
Dukenburg*:Zwanenveld/Lankforst/Malvert*							
Beek/Ubbergen							
Beuningen							
Groesbeek: *Groesbeek-Noord*							
Groesbeek: *Centrum/Zuid*							

Millingen a/d Rijn/Kekerdom							
Wijchen: *Woezik/Homberg*							
Wijchen: *Centrum/Oud/Zuid/Vormer*							
Wijchen: *Buitengebied*							
Geldermalsen: *Geldermalsen*							
Geldermalsen: *Beesd*							
Geldermalsen: *Buurmalsen*							
Geldermalsen: *Deil*							
Anders (open)							

Acquoy · Beesd · Buurmalsen · Deil · Enspijk · Geldermalsen · Gellicum · Meteren · Rhenoy · Rumpt · Tricht

-beide wel eens gebruikt

Kunt u per wijk aangeven in welke fase de implementatie van de wijkgezondheidsprofielen zich volgens u bevindt? Dit kunt u doen door in de onderstaande tabel, per wijk een fase aan te klikken. (niet elke vraag verplicht!) Wanneer van toepassing, geef dit dan aan per specifieke wijk (bijv. hatert, hatert [zuidelijk gedeelde])

Fases van Versie A van het wijkgezondheidsprofiel, per wijk

gebied	Fase 0	Fase1	Fase2	Fase3	Weet ik niet	Aantal bijeenkomsten	Kan ik NU niet beantwoorden
Hatert							
Heumen							
Lent							
Brakkenstein							
Hazenkamp							
Lindenholt							
Hees/Heseveld/Neerbosch Oost							
Beuningen							
Dukenburg							
Groesbeek							
Millingen a/d Rijn/Kekerdom							
Beek/Ubbergen							
Wijchen							
Berg en Dal							
Geldermalsen							
Anders (open)							

Fases van Versie B van het wijkgezondheidsprofiel, per wijk

gebied	Fase 0	Fase1	Fase2	Fase3	Weet ik niet	Aantal bijeenkomsten	Kan ik nu niet beantwoorden
Hatert							
Nijmegen Noord/Lent							
Lindenholt							
Dukenburg *:Weezenhof*							
Dukenburg*:Tolhuis/Meijhorst/Aldenhof*							
Dukenburg*:Zwanenveld/Lankforst/Malvert*							
Beek/Ubbergen							
Beuningen							
Groesbeek: *Groesbeek-Noord*							
Groesbeek: *Centrum/Zuid*							
Millingen a/d Rijn/Kekerdom							
Wijchen: *Woezik/Homberg*							

Wijchen: *Centrum/Oud/Zuid/Vormer*							
Wijchen: *Buitengebied*							
Geldermalsen: *Geldermalsen*							
Geldermalsen: *Beesd*							
Geldermalsen: *Buurmalsen*							
Geldermalsen: *Deil*							
Anders (open)							

2) Kunt u ongeveer aangeven bij hoeveel bijeenkomsten wijkgezondheidsprofielen besproken zijn?
Wanneer van toepassing, geef dit dan aan per specifieke wijk (bijv. Dukenburg [Weezenhof])

Zie vorige tabel

(onderstaande vragen gelden alleen voor wijken in *fase 2,3, de 10 wijken waar al actief gebruik is gemaakt van de wijkgezondheidsprofielen*)
Dus alleen wanneer er bij 1 van de vorige wijken een 2 of 3 is geantwoord

3) Welke professionals/groepen waren meestal aanwezig bij het bespreken van de wijkgezondheidsprofielen (dit geldt alleen voor wijken in *fase 2,3*)

(5 puntsschaal)
Altijd aanwezig – vaak aanwezig -soms aanwezig – meestal niet aanwezig- nooit aanwezig
+ kan ik nu niet beantwoorden + **Kan ik niet beantwoorden want ik heb gewerkt in meerdere wijken**
-ZZG zorggroep
-kraamzorg
-huisartsen
-sociale wijkteams
-onderwijs (basis- of middelbare scholen)
-fysio-/caesar-/ergotherapie
-leefstijladviseurs
-psychologen
-diëtisten
-gemeenteambtenaren
-wijkbewoners
-cliënten of patiënten
-woningbouwvereniging
-gezondheidsmakelaars
-sportverenigingen
-ondernemers
-politie/justitie

4)Mistte u nog relevante partijen tijdens deze besprekingen? (*fase 2,3*)
-nee
-ja, geef aan welke ontbraken (open).
-Kan ik niet beantwoorden want ik heb gewerkt in meerdere wijken

5)Is er door het gebruik van het wijkgezondheidsprofiel een gezamenlijke prioritering (rangorde) gemaakt van de problemen in de wijk waarin u het meest actief bent? (*fase 2,3*)

Zo ja, wat was de uitkomst van deze prioritering? (*fase 2,3*)

Naam wijk (max 10)	Top van 3 aan te pakken problemen	Omschrijving oplossingen/acties	Weet ik niet	Ik kan deze vraag nu niet beantwoorden

Zo nee, waarom is er niet tot een prioritering gekomen? Noem volgens u de belangrijkste oorzaak?
-Kan ik niet beantwoorden want ik heb gewerkt in meerdere wijken
-5b wat moet er veranderen om wél tot een prioritering te komen?

6) Zijn er voor deze problemen vervolgens ook gezamenlijke oplossingen bedacht? (*fase 2,3*)
-Kan ik niet beantwoorden want ik heb gewerkt in meerdere wijken

6a)Zo ja, welke gezamenlijke oplossingen zijn er bedacht? (*fase 2,3*)

Zie vorige tabel

6b)Zo nee, waarom zijn er geen oplossingen aan de problemen gekoppeld, welke oorzaken had dit volgens u?
-6b2) Wat is er nodig om wél tot oplossingen te komen voor de problemen in de wijk?

7) Voor welke gelegenheden gebruikt u het wijkgezondheidsprofiel? (meerdere mogelijk) (*allen*)
-buurtbijeenkomsten
-informele overleggen
-congressen of symposia
-overleggen met gezondheid- of welzijnsinstellingen
-overleggen met buurt en wijkinstellingen
-overleggen specifiek bedoeld voor het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen
-overleggen met de gemeente
-mijn persoonlijke kringen
-overige instellingen of organisaties

8) Wat vindt u van de volgende elementen van het wijkgezondheidsprofiel / de wijkgezondheidsprofielen?
(geef een cijfer tussen 1 en 10 voor elk onderdeel, waarbij 1 heel slecht is en 10 heel goed)
(onder de zes open vraag over wat beter kan (*allen*)

-overzicht dat het biedt in wijkproblematiek
-mogelijkheid tot het interpreteren van problematiek
-mogelijkheid om de belangrijkste problemen te kiezen
-mogelijkheid om tot gezamenlijke oplossingen te komen
-het nut voor mijn dagelijks werk of praktijk
-het nut voor cliënten en burgers

(ruimte voor toelichting bij iedere stelling onders score 6 [niet verplicht])

9)Wat vindt u van de volgende elementen van de bijeenkomst(en) waarbij het wijkgezondheidsprofiel gebruikt is?
(geef een cijfer tussen 1 en 10 voor elk onderdeel, waarbij 1 heel slecht is en 10 heel goed) (onder de zes open vraag over wat beter kan)
(*fase 2,3*)

-de manier waarop het wijkgezondheidsprofiel geïntroduceerd is/onder de aandacht gebracht is
-de helderheid over welke activiteiten ik in welke volgorde moest uitvoeren
-de methode die gebruikt werd om de belangrijkste problemen te kiezen (stickeren/turven)
-de manier waarop het wijkgezondheidsprofiel besproken is
-de duur van de bijeenkomst(en)
-de competenties van de persoon die de leiding op zich nam
-de zichtbaarheid van de resultaten van de bijeenkomst
-de houding van de aanwezige andere partijen
-de kennis van de aanwezige andere partijen
-het gezamenlijk belang van alle aanwezige partijen
-de (potentiële) samenwerking in de wijk

(ruimte voor toelichting bij iedere stelling onder score 6 [niet verplicht])

10)Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen (*allen*)

a)Tijdens de bijeenkomst was het helder welke activiteiten ik in welke volgorde moet uitvoeren.
b) Het doel van de bijeenkomst was goed uitgelegd
c) De wijkgezondheidsprofielen sluiten goed aan bij mijn manier van werken
d) Ik vind het tot mijn functie horen om de wijkgezondheidsprofielen te gebruiken
e)Ik vind de effecten de wijkgezondheidsprofielen duidelijk zichtbaar
f) Ik kan op voldoende hulp van mijn collega's rekenen (mocht ik die nodig hebben) bij het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen
g) Er is voldoende personeel in onze organisatie om de wijkgezondheidsprofielen zoals bedoeld te kunnen gebruiken
h) Onze organisatie stelt mij voldoende tijd beschikbaar om de wijkgezondheidsprofielen zoals bedoeld te integreren in mijn dagelijks werk
i) In mijn organisatie vindt regelmatig terugkoppeling plaats over de voortgang van de invoering van de wijkgezondheidsprofielen

Zijn er volgens u andere veranderingen die van invloed zijn op het invoeren van de wijkgezondheidsprofielen en het gebruik ervan (reorganisatie, fusie, bezuinigingen, personeelsverloop, andere innovaties)?
-Ja/Nee

Zijn in uw organisatie formeel afspraken vastgelegd door het management over het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen?
-Ja/Nee

11) Ik vind de wijkgezondheidsprofielen: (*allen*)

-waardevol-overbodig
-compleet-onvolledig
-duidelijk-onduidelijk
-overzichtelijk-onoverzichtelijk
-verniewend-achterhaald
-prettig om mee te werken-vervelend om mee te werken
-makkelijk-moeilijk
-te compact-te uitgebreid

Tot slot, het kan zijn dat we u naar aanleiding van dit onderzoek nog een aantal extra vragen willen stellen. Dit kan bijvoorbeeld zijn om beperkende en bevorderende factoren voor het gebruikt van de wijkgezondheidsprofielen nog beter in kaart te brengen. Mogen we eventueel contact met u opnemen voor aanvullende vragen (+- 45 min.)? (*allen*)

zo ja, op welk telefoonnummer kunnen we u het beste bereiken?
-e-mailadres:
-telefoonnummer:

Bijlage 6. Conclusies per determinant

Domein 1: determinanten m.b.t. de innovatie (wijkprofielen zelf):

Conclusie procedurele helderheid: De intermediaire gebruikers erkennen de noodzaak van duidelijke communicatie over het doel van de profielen richting de eindgebruikers (samenwerking verbeteren en gezamenlijk prioriteiten te stellen) met betrekking tot de bijeenkomsten. Zij hebben echter zelf duidelijke communicatie over de implementatie gemist en geven aan dat een implementatieplan handig was geweest. Dit geld vooral voor makelaars die net nieuw zijn en ten aanzien van de borging van de innovatie.

Conclusie juistheid: Tijdens de bijeenkomsten kunnen eindgebruikers vragen stellen over de herkomst van de cijfers, dit is voor hen van belang voor de adoptie van het wijkprofiel. De juistheid van de cijfers kan door professionals in de wijk in twijfel getrokken worden, omdat ze niet als zodanig herkend worden. Een veel gehoorde opmerking is dat de indeling van de wijkprofielen niet past bij de grenzen van de wijkindeling die professionals zelf hanteren. Dit kan bij de eindgebruikers tot

teleurstelling leiden of er zelfs toe leiden dat de innovatie niet wordt geadopteerd. Ook wordt genoemd dat verschillen binnen wijken onzichtbaar zijn door algemene cijfers per wijk. Het aansluiten bij en de overlap met bestaande initiatieven, organisaties of werkgroepen, wordt soms als belemmering gezien maar er zijn ook voorbeelden waarbij dit niet belemmerend was. Hierbij speelt de eerste persoon/groep die voor samenwerking benaderd wordt (vaak huisarts) een bepalende rol.

Conclusie compleetheid: t.a.v. het proces en borging geven de gebruikers en eindgebruikers aan dat één bijeenkomst vaak niet voldoende is om doelen te stellen en alle eindgebruikers te bereiken. Het is belangrijk te beseffen dat niet alles er op staat en dat deelnemers nieuwe informatie in kunnen brengen. Deze informatie wordt meegenomen bij het kiezen van een thema. De inhoud van het profiel is dus dynamisch en afhankelijk van de aanwezige doelgroepen. T.a.v. de inhoud wordt aangegeven dat goed gevulde profielen het gebruik van andere prioriteringsmethoden minder nodig maakt. Suggesties voor aanvullingen zijn: gegevens over kosten, zorggebruik in de wijk, bevolkingsgegevens en prognoses en een samenvatting. Verder wordt het aanvullen van kwantitatieve gegevens met kwalitatieve ervaringen van professionals en bewoners als noodzakelijk gezien.

Conclusie complexiteit: De profielen zelf worden door de intermediaire gebruikers (score 7.9). gemiddeld als overzichtelijk ervaren, met name de Een deel van de respondenten geeft aan dat de leesbaarheid van de cijfers beter kan. Een enkeling geeft aan dat een dubbele weergave van leefstijldeterminanten niet nodig is, of dat het beter zou zijn infografics te gebruiken. Door de ateliers, werkerslunches of andere lopende programma's merken intermediaire gebruikers op dat de meeste wijken in fase 3 er al een samenwerkings-infrastructuur was ontwikkeld, waardoor het minder complex is om de wijkgezondheidsprofielen toe te passen.

Conclusie congruentie: Intermediaire gebruikers geven in de vragenlijst aan dat de profielen goed bij hun huidige werkzaamheden aansluiten.

Conclusie zichtbaarheid uitkomsten ('oplossingen'): Uit de vragenlijsten blijkt dat de intermediaire gebruikers de uitkomsten die de wijkgezondheidsprofielen bieden goed zichtbaar vinden (cijfer 7.3). Op de uitkomsten van de bijeenkomsten (als onderdeel van de interventie) wordt ook relatief goed gescoord, namelijk een 3.6 (op een schaal van 1 t/m 5), prioritering is hiervoor echter wel noodzakelijk (De uitkomsten per wijk worden specifiek weergegeven in de tabel 4a en b in het rapport).

Conclusie relevantie: De opmerkingen onder relevantie cliënt sluiten grotendeels aan bij de conclusies van congruentie en compleetheid. Relevantie is deels afhankelijk van het perspectief van de eindgebruiker (preventie-denken of curatie-denken). Daarnaast weten professionals niet altijd of de problemen die zij prioriteren ook daadwerkelijk leven onder bewoners. Een aantal professionals gaven aan dat de mogelijkheid er moet zijn om in te zoomen op specifieke problemen of dat er meer gegevens over het sociale domein opgenomen moeten worden (ZZG). Op deze manier zouden de wijkgezondheidsprofielen meer relevant worden.

Domein 2: determinanten m.b.t. de gebruikers

Conclusie persoonlijk voordeel/nadeel: Intermediaire gebruikers geven aan het te waarderen dat de profielen verschillende partijen in een wijk kunnen verbinden maar erkent ook dat de verschillende partijen in een wijk verschillenden belangen hebben die gezamenlijke prioritering kunnen belemmeren. Rondom het profiel wordt ook samengewerkt met andere informatieve producten zoals de presentatie van GGD-monitorgegevens . Eindgebruikers waarderen het inzicht dat het wijkprofiel hen brengt in de wijkproblematiek. Beide groepen zien de potentie voor bruikbaarheid voor beleids- en strategievorming in preventie.

Conclusie uitkomstverwachting: Met de vorige determinant in het achterhoofd is het duidelijk dat men potentie ziet voor samenwerking en verbinding op preventief gebied. In wijken waarin het

thema publieke gezondheid al leeft kan implementatie soepeler gaan, maar de profielen kunnen in andere wijken juist ook gebruikt worden voor bewustwording. Het managen van verwachtingen en het gezamenlijk onderschrijven van de gekozen thema's is van belang voor de uitkomst.

Conclusie taakopvatting: Eindgebruikers geven aan profiel-bijeenkomsten bij te wonen omdat zij zich vanuit hun professie bezig houden met het thema gezondheid of zelf al betrokken zijn bij bestaande initiatieven. Intermediaire gebruikers vinden het tot hun functie horen de wijkgezondheidsprofielen te gebruiken (cijfer 4.18 op schaal van 1 t/m 5). De gekozen thema's uit de bijeenkomsten sluiten niet altijd aan bij de doelgroepen van de professionals waardoor enkelen er vervolgens niet mee aan de slag kunnen. Makelaars voelen zich verantwoordelijk voor de initiatieven die uit de bijeenkomsten voortkomen, maar kunnen niet alle werkgroepen of initiatieven gaan trekken.

Conclusie tevredenheid: Eindgebruikers vinden de profielen in eerste instantie interessant en waardevol, maar soms zijn verwachtingen anders, wat tot teleurstellingen kan leiden. Dit hangt vaak sterk samen met de congruentie van de gebiedsindeling (*juistheid*). Ook roept het profiel niet altijd herkenning op.

Conclusie medewerking: Uit de vragenlijst blijkt dat paramedische beroepsgroepen vaak aanwezig zijn bij wijkgezondheidsprofielbesprekingen, net als wijkteams, gezondheidsmakelaars en de ZZG zorggroep. Wijkbewoners en huisartsen zijn volgens de respondenten niet altijd aanwezig, maar wel vaak. Veel intermediaire en eindgebruikers spreken de wens uit bewoners te willen betrekken . Toch wordt ook aangegeven dat men niet direct weet hoe. Ook wordt genoemd dat men welzijn en het sociale wijkteam meer wil betrekken. Tijd, gedrevenheid en taakopvatting worden genoemd als factoren die van invloed zijn op medewerking.

Conclusie sociale steun: De gemiddelde scores uit de vragenlijst voor sociale steun zijn relatief hoog (4.0 voor intermediaire gebruikers en 3.8 voor eindgebruikers op een Likert schaal) Medewerking van huisartsen en bewoners is gewenst. Verder ervaart men naast professionals ook steun van gemeente en studenten.

Conclusie descriptieve norm: Het delen van ervaringen door collega's onderling bevordert het gebruik. Ook nodigen professionals hun collega's soms uit voor bijeenkomsten.

Conclusie subjectieve norm: De focus van sommige professionals op de (juistheid, achtergrond en interpretatie van) cijfers wordt als belemmerend ervaren, door deze discussie is er minder ruimte om tot prioriteren te komen.

Conclusie eigen effectiviteit: Doordat men een implementatieplan miste hebben intermediaire gebruikers vooral in het begin erg moeten zoeken. Uit de vragenlijst komt wel naar voren dat intermediaire gebruikers de wijkprofielen makkelijk vinden te gebruiken (0.4 op schaal makkelijk – moeilijk).

Conclusie kennis: Niet alle eindgebruikers hebben voldoende kennis van statistiek en interpretatie, discussie over de cijfers werkt belemmerend voor het proces. Dit blijk ook uit de vragenlijst, intermediaire gebruikers geven een 6.9 voor 'de houding en kennis van de aanwezige andere partijen' (schaal van 1 t/m 10). Dit is relatief laag vergeleken met de andere items.

Conclusie informatieverwerking: Er bestaat een risico dat men tijdens een bijeenkomst blijft steken in discussie over de cijfers (*juistheid*) en zodoende niet goed aan prioritering toe komt. Een suggestie is de verspreiding van de profielen aan deelnemers vooraf aan de bijeenkomst zodat men kan voorbereiden.

Domein 3: determinanten m.b.t. de omgeving:

Conclusie formele bekrachtiging: Na de eerstelijns ateliers is financiering voor vervanging voor deelnemende huisartsen gestopt, hiervoor wordt in enkele gemeentes/wijken borging gezocht d.m.v. vrijwillige kerngroepen/werkgroepen. GGD en ZZG zetten wel makelaars en coördinatoren in. Uit de vragenlijst blijkt echter dat 85% van alle respondenten aangeeft dat er volgens hen geen formele bekrachtiging door het management heeft plaatsgevonden.

Conclusie vervanging bij personeelsverloop: Binnen ZZG is de nodige personeelsverloop geweest bij teams en teamleiders. Wanneer een aanspreekpunt voor de wijkverpleging ontbreekt kan de implementatie in de wijk vertraging oplopen.

Conclusie capaciteit: Een bijeenkomst rondom een profiel heeft, volgens een coördinator, minstens 6 personen nodig. Tijdens atelier-bijeenkomsten kreeg de huisarts vervanging, dit is nu niet meer het geval. ZZG is momenteel erg druk wegens indiceringen waardoor de wijkgezondheidsprofielen minder prioriteit hebben. Dit geldt ook voor de sociale wijkteams. Ondanks dit geven de intermediaire gebruikers in de vragenlijst aan dat er voldoende personeel beschikbaar is om de wijkprofielen naar behoren te implementeren (3.3 op schaal van 1 t/m 5).

Conclusie financiële middelen: Na de eerstelijns ateliers is financiering voor vervanging voor huisartsen gestopt, hiervoor wordt enkele gemeentes/wijken borging gezocht d.m.v. kerngroepen/werkgroepen. Helaas is de financiële prikkel voor huisartsen alleen van curatieve aard. Ook extern worden fondsen aangetrokken, in Biezen loopt bijvoorbeeld een aanvraag bij het OHRA-nutsfonds.

Conclusie tijd: Er wordt aangegeven dat voor het bekijken van het profiel meer tijd mag worden uitgetrokken. Het organiseren van (meerdere) bijeenkomsten om keuzes en oplossingen te formuleren kost tijd. Ook actieve inzet en coördinatie van de gekozen oplossingen kost veel tijd en gebeurt min of meer op vrijwillige basis. De wijkverpleging van ZZG is momenteel druk met indiceren waardoor de profielen blijven liggen.

Conclusie beschikbaarheid materialen/voorzieningen: Hier is te weinig over gezegd en het is wellicht niet relevant. Bij versie A is het eenmaal voorgekomen dat een profiel nog niet beschikbaar was op het moment van de bijeenkomst.

Conclusie coördinator: Aansturing in de vorm van een implementatieplan is gemist. Daarnaast blijkt dat niet alleen de uitrol van de wijkprofielen in wijken coördinatie vereist, maar ook de oplossingen die voortkomen uit het gebruik van de wijkprofielen. De coördinatie die voorheen vanuit de eerstelijnsateliers is vormgegeven, wordt momenteel vanuit ZZG en GGD (en Nijmegen Op Eén Lijn) uitgevoerd maar er is geen duidelijke probleemeigenaar.

Conclusie turbulentie in de organisatie: Verschillende makelaars geven aan het wijkprofiel onder de aandacht van de sociale wijkteams te willen brengen. Deze zijn echter pas kort geleden begonnen in sommige gebieden, waardoor er daar nog niet veel is gebeurd. Zoals eerder aangegeven is de ZZG momenteel erg druk met indicatiestellingen van al haar cliënten. Ook zijn er wijkteams in het leven geroepen en zijn sommige werkgebieden en gemeentes veranderd. Dit heeft een duidelijke invloed op de implementatie.

Conclusie beschikbaarheid informatie: Meerdere respondenten spreken de behoefte aan een implementatieplan uit. Eén van de makelaars doet de suggestie om vanuit de ervaringen die zijn opgedaan een handleiding met tips samen te stellen. Intermediaire gebruikers hebben kennis over groepsprocessen en het leiden van een discussie nodig.

Conclusie feedback gebruiker: Omdat de intermediaire gebruikers vaak ook coördinator zijn van werkgroepen voortgekomen uit het gebruik van de profielen, hebben zij een goed beeld van de voortgang. Men geeft aan ervaringen van intermediaire gebruikers onderling te willen delen en tips te willen bundelen. Uit de vragenlijsten blijkt dat feedback aan deze gebruikers relatief laag scoort,

namelijk 3.1 bij intermediaire gebruikers. Ook geven ze aan dat er geen monitoring en evaluatie is van de oplossingen en werkgroepen die voortkomen uit de wijkgezondheidsprofielen.

Domein 4: determinanten m.b.t. de sociaal politieke context

Conclusie wet- en regelgeving: Gemeente Mook- Middelaar valt praktisch onder Provincie Noord-Limburg. Wijken uit West-Maas-en-Waal zijn meer gericht op Tiel. Over het algemeen biedt de kanteling kansen voor preventie en is er veel enthousiasme voor wijkgezondheidsprofielen vanuit de gemeenten.