

**Lokale
zorgnetwerken
in de openbare
gezondheidszorg**

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Achtergrondstudie

Drs. A.M. van der Kooij
Drs. H.D. Poodt
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)

Achtergrondstudie geschreven in opdracht van de Raad
voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies
Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

Zoetermeer, maart 1999

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

1

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
2	Stand van zaken in de ontwikkeling van lokale zorgnetwerken	10
2.1	Inleiding	10
2.2	Jeugdgezondheidszorg	11
2.3	Gezondheidsbevordering	13
2.4	Zorg voor gemarginaliseerde groepen (verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen)	13
2.5	Ouderen- en gehandicaptenzorg	15
2.6	Evaluatie	16
3	Bevorderende en belemmerende factoren	18
3.1	Inleiding	18
3.2	Lokale zorgnetwerken: tien <i>cases</i>	19
3.3	Factoren van belang voor het tot stand komen en functioneren van netwerken	20
4	De rol van de gemeente	30
5	Slotbeschouwing	34
 Bijlagen		
1	Inventarisatie lokale zorgnetwerken	41
2	Lokale zorgnetwerken: tien <i>cases</i> uitgebreid beschreven	59
3	Literatuur	115

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

1

1 Inleiding

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) opdracht gegeven een studie te verrichten naar het voorkomen van lokale zorgnetwerken op het terrein van de openbare gezondheidszorg en de rol van de gemeente in lokale zorgnetwerken.

Doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden van samenwerking tussen publieke en private instellingen op het terrein van de openbare gezondheidszorg op lokaal niveau, in de vorm van lokale zorgnetwerken.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

- a. Welke zorgnetwerken komen er op lokaal niveau voor op het terrein van de openbare gezondheidszorg, in samenwerking met instanties uit de private sector;
- b. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren bij de totstandkoming en het functioneren van deze netwerken;
- c. Wat is de rol van de gemeente (gemeente, Geneeskundige Gezondheidsdienst (GGD) en gemeentelijke instellingen) in de verschillende lokale zorgnetwerken.

In dit onderzoek worden onder lokale zorgnetwerken samenwerkingsverbanden tussen organisaties verstaan die in ieder geval aan de volgende kenmerken voldoen:

- Het netwerk is voor een specifiek doel opgezet (als het doel is bereikt vervalt in theorie het netwerk);
- Het netwerk heeft tot doel de gezondheid van (een groep) burgers te bevorderen of de toegankelijkheid van de zorg of de afstemming van vraag en aanbod te verbeteren. Dit operationaliseren we als het deelnemen van tenminste één instelling van de openbare gezondheidszorg aan het netwerk, in combinatie met het hanteren van het bevorderen van de gezondheid van (een groep) burgers of het bevorderen van contacten met zorginstellingen als doel van het netwerk.
- De organisaties in het netwerk binden zich aan het gemeenschappelijk doel;
- In het netwerk werken instanties uit de publieke en private sector met elkaar samen.

Het onderzoek beperkt zich tot een aantal sectoren binnen de

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

openbare gezondheidszorg. Gekozen is voor de sectoren:

- Jeugd(gezondheids)zorg
- Gezondheidsbevordering
- Zorg voor gemarginaliseerde groepen (verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen)
- Ouderen- en gehandicaptenzorg

Deze keuze is als volgt tot stand gekomen. Op elk van de drie deelsterreinen die tot het domein van de openbare gezondheidszorg gerekend kunnen worden, zijn één of twee sectoren opgenomen.

Deze deelsterreinen zijn: de collectieve preventie, zorg voor specifieke groepen en de verdeling van voorzieningen en aanspraken. Vervolgens zijn die sectoren buiten beschouwing gelaten, waarvan werd verondersteld dat rond het thema samenwerking voldoende bekend was.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is allereerst een inventarisatie gemaakt van bestaande lokale zorgnetwerken op de onderscheiden beleidsterreinen. Hiervoor zijn drie sporen gevolgd. De eerste is het houden van interviews met enkele sleutelfiguren op de relevante beleidsterreinen. Met hen is gesproken over de ontwikkeling van netwerken op het betreffende beleidsterrein en over concrete voorbeelden van netwerken. Ten tweede is gebruik gemaakt van bestaande literatuur, met het oog op voorbeeldnetwerken en relevante kennis op het terrein van netwerken, met name die in de gezondheidszorg. Tot slot is via medewerkers van gemeenten en GGD's gezocht naar netwerken.

Vervolgens is op basis van de gemaakte inventarisatie een aantal netwerken geselecteerd die individueel zijn onderzocht. Specifieke aandachtspunten hierbij waren ten eerste de bevorderende en belemmerende factoren bij het tot stand komen en functioneren van de netwerken en ten tweede de rol van de gemeente.

De opzet van het rapport volgt grotendeels de gekozen werkwijze. Hoofdstuk 2 beschrijft per beleidsterrein in algemene lijnen op welke onderwerpen en met welke partners lokale zorgnetwerken zijn ontwikkeld.

In hoofdstuk 3 wordt, na een korte beschrijving van de tien onderzochte lokale zorgnetwerken, de tweede onderzoeksvraag beantwoord. Beschreven wordt welke factoren van belang blijken te zijn bij het tot stand komen en functioneren van lokale zorgnetwerken. Welke rol de gemeente in de onderzochte netwerken speelt is het onderwerp van hoofdstuk 4.

Het rapport wordt afgerond met een slotbeschouwing.

In bijlage 1 vindt u de totale inventarisatie van lokale zorgnet-

werken met een korte beschrijving per netwerk. Tot slot is in bijlage 2 de uitgebreide omschrijving van de tien onderzochte netwerken opgenomen.

2 Stand van zaken in de ontwikkeling van lokale zorgnetwerken

2.1 Inleiding

Welke lokale zorgnetwerken bestaan er in Nederland op het terrein van de openbare gezondheidszorg, waarbij publieke en private instellingen ten behoeve van een gemeenschappelijk doel met elkaar samenwerken? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zijn sleutelfiguren van landelijke organisaties geïnterviewd en is gezocht in bibliotheken van relevante landelijke instellingen. Deze sleutelfiguren en instellingen bevonden zich op een van de vier volgende beleidsterreinen van de openbare gezondheidszorg: jeugd(gezondheids)zorg, gezondheidsbevordering, zorg voor gemarginaliseerde groepen en ouderen- en gehandicaptenzorg. Bij geen van de landelijke instellingen bleek een landelijk overzicht van lokale zorgnetwerken te bestaan. Dit betekende dat ook gesprekken zijn gevoerd met sleutelfiguren in gemeenten waarvan de verwachting bestond dat daar lokale zorgnetwerken zouden bestaan. In totaal is met ongeveer 25 mensen gesproken.

In dit hoofdstuk wordt een globale beschrijving gegeven van de ontwikkeling van lokale zorgnetwerken binnen de openbare gezondheidszorg. De geïnventariseerde netwerken bleken zich nagenoeg allemaal tot één van de onderscheiden beleidsterreinen van de openbare gezondheidszorg te beperken. Een volledig overzicht van de bestaande lokale zorgnetwerken in Nederland pretendeert dit onderzoek niet te geven. Hiervoor was de tijd te beperkt en kostte het achterhalen van de netwerken meer tijd dan verwacht. Opvallend was bijvoorbeeld dat veel netwerken in eerste instantie niet een netwerk maar een project worden genoemd - zowel door de betrokken zelf als in beschrijvingen van de netwerken bij landelijke instituten - en de invalshoek netwerk daardoor vaak niet leidt tot herkenning bij sleutelfiguren. Andersom wordt veel informatie verzameld onder de noemer project, waarbij het meestal niet onmiddellijk duidelijk is of de samenwerking in het project ook een netwerk genoemd kan worden.

Bij de beschrijving van de netwerken hebben we een onderscheid gemaakt in twee soorten netwerken: *cliëntgerichte* netwerken en *beleidsgerichte* netwerken. Cliëntgerichte netwerken hebben vooral tot doel informatie uit te wisselen, werkzaamheden af te

stemmen, een gezamenlijk hulpverleningsplan te maken en te verwijzen. Ze zijn daarbij gericht op individuele cliëntsituaties. De deelnemers aan deze netwerken zijn meestal mensen die werkzaam zijn op uitvoeringsniveau van instellingen en zelfstandig werkende hulpverleners. Beleidsgerichte netwerken hebben algemene of specifieke beleidsontwikkeling tot doel. In deze netwerken komen individu-overstijgende onderwerpen aan bod en zijn de deelnemers meestal werkzaam op beleids- of managementniveau van de deelnemende instellingen en organisaties.

In dit hoofdstuk wordt per beleidsterrein in algemene lijnen aangegeven op welke onderwerpen en met welke partners lokale zorgnetwerken zijn ontwikkeld. Een beschrijving van de individuele geïnventariseerde netwerken vindt u in bijlage 1.

2.2 Jeugdgezondheidszorg

Er zijn in Nederland vele netwerken opgezet en in ontwikkeling gericht op kinderen en jongeren. De ontwikkeling van op individuele kinderen en jongeren gerichte netwerken lijkt o.a. samen te hangen met het besef dat de complexiteit van problemen samenwerking tussen instellingen vereist en met een accentverschuiving in aandacht van lichamelijke naar psychosociale problematiek bij GGD's. Hieruit vloeit ook een groeiende belangstelling voor en sturing door de overheid van samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulpverlening uit voort (zie bijvoorbeeld ook het project Samenwerking Onderwijs Jeugdhulpverlening, deelproject 'Zorg Advies Teams' van de Vereniging van Ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector (Vog). In dit project worden samenwerkingsverbanden tussen onderwijs en jeugdhulpverlening geïnventariseerd en een aantal sprekende initiatieven beschreven en gepresenteerd).

De netwerken die op veel plaatsen zijn ontwikkeld, zijn netwerken georganiseerd op individuele scholen. Ze heten bijvoorbeeld zorgbreedteams, multi-disciplinaire teams of zorgteams. Op steeds meer scholen zijn netwerken ontstaan waar de schoolarts, het schoolmaatschappelijk werk, de schoolbegeleidingsdienst en de school samen probleemkinderen bespreken. Instellingen die in minder netwerken of op afstand in deze netwerken participeren, zijn: het Bureau Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming, de politie, de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), leerplichtambtenaar. Belangrijke doelen van deze netwerken zijn samenwer-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

king, het delen van de verantwoordelijkheid voor kinderen en jongeren, deskundigheidsbevordering en vroegsignalering. Hoewel de intentie breder kan zijn (bijvoorbeeld het opzetten van preventie-activiteiten), lijkt het bij de meeste netwerken vooral te gaan om het bespreken van casuïstiek en het afstemmen van de hulpverlening. De netwerken op scholen beperken zich niet tot jonge kinderen; ze komen zowel op scholen voor het basisonderwijs als voortgezet onderwijs voor.

Een tweede groep netwerken die zich op individuele kinderen richt, zijn de buurtnetwerken jeugdhulpverlening. Deze werkvorm wordt in ongeveer 200 plaatsen, verspreid over het land, toegepast. Het doel van deze netwerken is de kans op problemen bij jonge kinderen verkleinen. De instellingen die aan deze netwerken deelnemen, zijn: het basisonderwijs, kinderopvang, sociaal-cultureel werk, de GGD jeugdgezondheidszorg, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Daarnaast nemen in sommige netwerken ook deel: wijkagent, leerplichtambtenaar, de pastor, schoolbegeleidingsdienst, gezinszorg, bureau vertrouwensartsen, Boddaertcentrum, Opstapje.

Naast de op individuele kinderen gerichte netwerken zijn er ook beleidsgerichte netwerken. Hieronder valt een aantal op preventie gerichte netwerken. Een GGD werkt bijvoorbeeld samen met hulpverleningsinstellingen om activiteiten gericht op verslaving op scholen af te stemmen; of gemeente, GGD, woningcorporatie, Bureau Jeugdzorg, politie, jeugd- en jongerenwerk, leerplicht en de uitvoerder van de Jeugdwerkgarantiewet (JWG) ontwikkelen gezamenlijk een preventieve aanpak.

Daarnaast is er een aantal netwerken dat met het oog op opvoedingsondersteuning activiteiten opzet. Hierin participeren bijvoorbeeld de GGD, welzijnsinstelling, peuterspeelzalen, scholen en de thuiszorg.

Tot slot bestaat op enkele plaatsen nog een Vroegtijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen VTO-samenwerkingsverband. Op regionaal niveau werken hierin Kruiswerk, GGD, RIAGG en vaak ook de sociaal pedagogische dienst en een oudervereniging samen om vragen van ouders en hulpverleners over de ontwikkeling van kinderen te beantwoorden en zo nodig te helpen bij het vinden van passende hulpverlening. Van 1990 tot juli 1994 werden deze samenwerkingsverbanden via een stimuleringsregeling door de rijksoverheid financieel ondersteund.

2.3 Gezondheidsbevordering

De lokale zorgnetwerken die gericht zijn op gezondheidsbevordering zijn, in tegenstelling tot de overige netwerken, niet ten behoeve van een specifieke doelgroep opgezet. Het betreft ook allemaal beleidsgerichte netwerken. De netwerken zijn in twee groepen in te delen.

De eerste groep wordt gevormd door gemeenten en GGD's die gezondheidsbeleid ontwikkelen waarbij achterstandswijken de invalshoek vormen, bij de meesten gecombineerd met het doel sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. De activiteiten zijn in projecten georganiseerd, waarbij in de meeste gevallen het zorgnetwerk onderdeel uitmaakt van het project. Dit geldt bijvoorbeeld voor het STIOM, project zorgvernieuwing centrumwijken Den Haag en een aantal activiteiten in achterstandswijken in Utrecht. De samenwerking is nadrukkelijk niet een doel op zich, maar een manier om bijvoorbeeld problemen bij bewoners en/of hulpverleners te signaleren of om specifieke projecten te organiseren. Opvallend is, dat bij veel van deze projecten de gemeente, GGD, zorgverzekeraar en huisartsen betrokken zijn. Bij één van deze netwerken (in Den Bosch) nemen ook bewoners van de wijk deel aan het netwerk.

De tweede groep netwerken richt zich op een specifiek gezondheidsprobleem, in plaats van gezondheidsachterstand in algemene zin. In Bergeyk en Nijmegen staan bijvoorbeeld twee groepen concrete ziekten centraal: kanker en hart- en vaatziekten. De participanten in het netwerk verschillen wel in beide gemeente. In Bergeyk lag de nadruk bij samenwerking sterk op de inwoners van Bergeyk, en participeerden naast hulpverleners bijvoorbeeld ook de buurtverenigingen, vrouwenraad en de ledenraad van de kruisvereniging. In Nijmegen ligt de nadruk op de zorgaanbieders en is het netwerk bovendien op regionale schaal georganiseerd. Een ander gezondheidsprobleem waar netwerken zich op richten is seksueel geweld. Voor de bestrijding hiervan werken onder andere de GGD, politie, instelling voor vrouwenopvang, RIAGG, Maatschappelijk Werk en ziekenhuizen met elkaar samen.

2.4 Zorg voor gemarginaliseerde groepen (verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen)

Op steeds meer plaatsen in het land worden netwerken opgezet die mensen met complexe problemen eerder en van meer adequate

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

hulpverlening moeten voorzien. Deze netwerken heten bijvoorbeeld lokale zorgnetwerken, netwerk hulpverlening of noodteam. De schaal waarop deze netwerken zijn georganiseerd loopt uiteen van het buurtniveau (zoals de lokale zorgnetwerken in Rotterdam), gemeentelijk niveau (bijvoorbeeld het Grote Klantenoverleg (GROKLA) in Utrecht of het Noodteam in Beverwijk), tot het regionale niveau, zoals bijvoorbeeld het Forensisch Psychiatrisch Netwerk in de GGD-regio Zuid-Holland Zuid. Al deze netwerken zijn gericht op individuele cliënten, waarbij sommige netwerken zich richten op een specifieke doelgroep, zoals dak en thuislozen, en andere netwerken een ruimere doelgroep hebben, zoals mensen met complexe problemen. Deelnemers aan deze netwerken zijn onder andere de GGD, Politie, woningcorporaties, Algemeen Maatschappelijk Werk, RIAGG, gemeente. Maar bijvoorbeeld ook het Leger des Heils, de brandweer, Thuiszorg en het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) kunnen bij deze netwerken betrokken zijn. De financiering van de netwerken rond de zorg voor gemarginaliseerde groepen komt bij een aantal gemeenten en GGD's uit de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)-middelen.

Netwerken die ook op individuele cliënten zijn gericht, maar waar gezondheid alleen indirect onderdeel uitmaakt van het doel van het netwerk, zijn netwerken die gericht zijn op het bestrijden van overlast. De Meldpunten overlast in Groningen bijvoorbeeld werken op basis van klachten van burgers over overlast veroorzakende personen. De oplossing voor deze klachten ligt echter vaak in het bieden van hulpverlening aan mensen met complexe problemen. Om deze reden nemen naast de gemeente, politie en woningbouwverenigingen ook jeugdzorg, de GGD, verslavingszorg en AMW aan de netwerken rond de meldpunten deel.

Naast netwerken waarin de hulp aan individuele cliënten centraal staat, zijn er ook netwerken waarin het bijstellen van het aanbod van de bestaande instellingen doel van het netwerk is. De reden hiervoor is dat de constatering dat het bestaande aanbod onvoldoende aansluit op de problemen van grote groepen mensen. Voor de groep 'dubbele diagnose-cliënten' werken bijvoorbeeld in Groningen de GGD, St. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Reclassering, Netwerk Cliëntdeskundigen, St. Aanpassing voor Gehandicapten (AVG), arrondissement Groningen en de St. Huis voor Thuis- en Daklozen samen. En in Den Haag verbetert een netwerk waarin alle hulpverleners uit de eerstelijns, Vluchtelin-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

genwerk, zorgverzekeraars, GGD en het Ondersteuningscomitee
Illegale Arbeiders zitten de zorg aan illegalen.

2.5 Ouderen- en gehandicaptenzorg

Op met name het terrein van het ouderenbeleid blijkt veel samenwerking te worden opgezet. Deze samenwerking betreft vaak de zorgaanbieders (verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg) op regionaal niveau. Steeds meer worden ook op lokaal niveau netwerken opgezet en participeren hierin ook gemeente en woningcorporaties. Hoewel veel van deze netwerken in feite niet passen in de definitie van lokale zorgnetwerken die in dit onderzoek wordt gehanteerd, worden ze wel lokale zorgnetwerken genoemd. De samenwerking in deze netwerken is bijvoorbeeld niet op een specifiek doel gericht, maar behelst het in algemene termen afstemmen van het aanbod, en heeft met name betrekking op wonen en indicatiestelling en niet op gezondheid. Netwerken die wel in de gehanteerde definitie pasten, bleken moeilijk te vinden te zijn. Om de inventarisatie niet te gering te laten worden, zijn toch ook netwerken opgenomen die hier strikt genomen niet in thuis horen.

Opvallend aan de inventarisatie is allereerst dat er geen enkel lokaal zorgnetwerk is gevonden dat zich richt op individuele ouderen. De netwerken zijn allemaal beleidsgericht. Veel van deze netwerken richten zich het afstemmen van het aanbod. Hierbij wordt een koppeling gemaakt tussen de sectoren zorg, wonen en welzijn en zet men nieuwe projecten op. Een netwerk hieruit dat opvallend divers is samengesteld, is het Netwerk Ouderenzorg in Rheden, waarin verzorgingshuizen, Thuiszorg, ziekenhuis, RIAGG, Stichting Welzijn Rheden, gemeente, provincie, Zorgverzekeraars en vrijwilligersorganisaties participeren.

Slechts een enkel netwerk blijkt activiteiten te organiseren die gericht zijn op preventie. Eén hiervan richt zich op het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen. Een tweede is het Samenwerkingsverband Preventief in de regio Zuidwest Friesland. In dit samenwerkingsverband werken verpleeghuizen, verzorgingshuizen, Stichting Welzijn Ouderen, RIAGG, ziekenhuis, Stichting Coördinatie Vrijwillige Thuishulp, Bureau Zorgtoewijzing Zuidwest Friesland, gecoördineerd door de GGD aan de ontwikkeling en uitvoering van preventieprogramma's gericht op ouderen.

2.6 Evaluatie

De inventarisatie laat zien dat er op het terrein van de openbare gezondheidszorg een grote variëteit aan netwerken blijkt te bestaan. Het aantal netwerken dat is achterhaald, was overigens geringer dan aanvankelijk was verwacht. Dit kan te maken hebben met de hoeveelheid tijd die het achterhalen van de gezochte netwerken bleek te vergen. Een volledig overzicht van de bestaande netwerken heeft de inventarisatie dan ook niet opgeleverd. Daarnaast bleek dat er veel in het land wordt samengewerkt onder de vlag van netwerken terwijl het niet in het onderzoek paste, en er aan de andere kant veel wordt samengewerkt zonder dat het een netwerk wordt genoemd terwijl het wel in het onderzoek paste. Het begrip lokale zorgnetwerk bleek een moeilijk begrip te zijn. De vooraf opgestelde criteria bleken in de praktijk moeilijk te hanteren te zijn. Doelgerichtheid bleek in netwerken te worden gecombineerd met regulier overleg, het onderscheid tussen publiek en privaat is niet altijd helder, en gezondheid is vaak geen hoofddoel maar afgeleide doelstelling van een netwerk. Wat daarnaast ook een rol speelde, was dat bij vernieuwende initiatieven veel vaker de inhoud (van een project) dan de samenwerking voorop staat, waardoor het initiatief niet zo snel als een netwerk wordt bestempeld.

Aan de netwerken die wel in de inventarisatie zijn opgenomen valt een aantal zaken op. Allereerst de naam die de netwerken meekrijgen. Sommige heten letterlijk lokaal zorgnetwerk, maar er zijn vele andere namen in omloop. Daarnaast blijkt bij de netwerken die wel 'lokaal zorgnetwerk' worden genoemd, de invulling van deze term sterk per gemeente te kunnen verschillen. Het kan betrekking hebben op ouderen of mensen met complexe problemen, kan beleids- of cliëntgericht zijn en lokaal kan zowel op buurt- als gemeenteniveau betrekking hebben. Ten tweede bleek dat eenzelfde doelstelling van het netwerk niet betekent dat de samenstelling van het netwerk gelijk is. De partners die willen en kunnen meewerken zijn per gemeente verschillend. Doordat bijvoorbeeld het schoolmaatschappelijk werk in Utrecht is ondergebracht bij de afdeling Leerplicht van de gemeente, is de gemeente veel meer bij het functioneren van de teams betrokken dan bijvoorbeeld in de gemeente Dordrecht het geval is.

Het onderwerp 'Lokale zorgnetwerken in de openbare gezond-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

heidszorg' lijkt een tamelijk jonge ontwikkeling te duiden, waarbij instellingen buiten de gebaande paden samenwerking met anderen aangaan. Deze ontwikkeling is op elk van de onderscheiden beleidsterreinen gaande, waarbij per beleidsterrein de inhoud en de partners van deze samenwerking verschilt.

3 Bevorderende en belemmerende factoren

3.1 Inleiding

Het vorige hoofdstuk laat zien, dat op vele terreinen van de openbare gezondheidszorg functionele samenwerkingsverbanden tussen publieke en private instellingen zijn ontwikkeld. Na de inventarisatie komt in dit hoofdstuk het functioneren van lokale zorgnetwerken aan de orde: wat zijn belemmerende en bevorderende factoren die van belang zijn bij het tot stand komen en functioneren van lokale zorgnetwerken en welke rol spelen gemeenten in dergelijke netwerken?

Om inzicht in deze twee vragen te verkrijgen, zijn tien netwerken uit de inventarisatie nader onderzocht. Bij de keuze voor deze netwerken heeft een aantal criteria een rol gespeeld. Dit zijn:

- een spreiding van de netwerken over de onderscheiden beleidsterreinen binnen de openbare gezondheidszorg;
- verschil in gemeentegrootte;
- verschillende rollen van de gemeente/GGD;
- landelijke spreiding;
- zowel cliëntgerichte als beleidsgerichte netwerken.

Bij de tien geselecteerde netwerken zijn interviews gehouden met een sleutelfiguur in het netwerk (de coördinator, initiator of verantwoordelijk beleidsmedewerker bij de gemeente) en zijn relevante schriftelijke stukken gelezen. Op basis van deze informatie is van elk van deze netwerken een beschrijving gemaakt. Deze vindt u in bijlage 2. De aandachtspunten bij de interviews zijn tevens de onderdelen van de beschrijving van de netwerken. Dit zijn de beschrijvende elementen doel, werkwijze, samenwerkingspartners, achtergrond, type netwerk, initiatief, regie, formele status, financiering, beleidsinkadering, contactpersoon, registratie en/of evaluatie van activiteiten en evaluatieve vragen naar bevorderende en belemmerende factoren bij het tot stand komen en functioneren van het lokale zorgnetwerk.

Hieronder volgt allereerst een korte beschrijving van de tien onderzochte lokale zorgnetwerken. De volgende paragraaf bevat puntsgewijs de factoren die van belang bleken te zijn voor het tot stand komen en functioneren van de netwerken. Tot slot wordt ingegaan op de rol die gemeenten in deze netwerken (kunnen) spelen.

3.2 Lokale zorgnetwerken: tien cases

Zorgbreedte teams, Utrecht

In Utrecht functioneren op een aantal (i)VBO/MAVO scholen zorgbreedte teams. Dit zijn multidisciplinair samengestelde teams waar risicoleerlingen worden besproken en waar de interne en zo nodig externe zorg wordt afgestemd.

Multi-disciplinaire teams, Dordrecht

Op alle Dordtse basisscholen werken multi-disciplinair samengestelde teams aan een gezamenlijke aanpak gericht op secundaire en primaire preventie van psychosociale problematiek. Daarnaast vormen onderwijs- en jeugdhulpverleninginstellingen op stedelijk niveau een netwerk.

Platform Bestrijding Volksziekten, Nijmegen

In het Platform werken gemeenten en zorgaanbieders samen aan een brede, planmatige aanpak van de preventie van hart- en vaatziekten en kanker.

Regieproject Versterken samenhang in preventie, Amsterdam

In het Regieproject werken zorgverzekeraar ZAO en de gemeente Amsterdam samen met als doel meer samenhang te brengen in gezondheidsbevordering op het terrein van preventie, curatie en zorg. Hiertoe zijn onder andere in drie achterstandswijken netwerken van professionals en wijkbewoners opgezet.

STIOM, Den Haag

STIOM is een project dat samenwerking, samenhang en zorgvernieuwing in het zorgaanbod in vier achterstandswijken in Den Haag beoogt. Netwerkopbouw is hierbij een belangrijk middel om tot een betere afstemming van vraag en aanbod te komen.

Netwerk Hulpverlening/Huisvesting, Dordrecht

Gecoördineerd door een zorgcoördinator werken de deelnemers van het netwerk samen aan de hulpverlening aan en de huisvesting van mensen, die door problemen die zij hebben en/of het woongedrag dat zij vertonen niet of moeilijk te handhaven zijn in de bestaande woonsituaties.

Lokale zorgnetwerken, Rotterdam

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

In zeven wijken in Rotterdam werken instellingen samen om hulp te bieden aan mensen met een opeenstapeling van problemen op verschillende levensterreinen, waarbij meerdere instanties noodzakelijk zijn om adequate hulp te kunnen bieden. De zorgnetwerken worden begeleid door een stedelijk netwerk.

Noodteam, Beverwijk

Het breed samengestelde Noodteam coördineert de hulpverlening aan mensen in noodsituaties en stemt deze onderling af.

Samenwerkingsoverleg Preventief, regio Zuid-west Friesland

'Preventief' is een overleg van professionele organisaties/disciplines die werkzaam zijn op het terrein van de preventieve ouderenzorg in de regio Zuidwest Friesland. De deelnemers zijn ontwikkelaars en uitvoerders van een aantal gezamenlijke afgestemde preventieprogramma's voor ouderen.

Zorgregio Hoogvliet/Pernis, deelgemeente Hoogvliet

In de Zorgregio werken zorgaanbieders, ouderen en de deelgemeente aan samenhang en afstemming van zorg, wonen en welzijn voor ouderen in Hoogvliet en Pernis.

3.3 Factoren van belang voor het tot stand komen en functioneren van netwerken

Uit de interviews met sleutelfiguren van de onderzochte netwerken blijkt dat er een aantal factoren van belang zijn bij de totstandkoming en het functioneren van lokale zorgnetwerken. De meeste hiervan zijn, afhankelijk van de wijze waarop ze zijn geformuleerd, belemmerend of bevorderend. Belemmerend kan hierbij vaak worden beschreven als het ontbreken van de bevorderende factor. Daarom hebben we ervoor gekozen uit te gaan van de factoren die relevant blijken en daarbinnen waar nodig belemmerende elementen aan te geven. Daarbij blijken er andere factoren van belang te kunnen zijn voor de start van het netwerk dan voor de continuïteit en het onderhoud ervan. Deze verschillen zullen waar relevant bij de betreffende factoren worden vermeld.

Beleidsinkadering

De beleidsinkadering heeft twee aspecten die voor de start en de continuïteit van lokale zorgnetwerken van belang zijn.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

a. Een algemeen, breed beleidskader.

Het gaat bijvoorbeeld om landelijk of gemeentelijk beleid, of samenwerkingsverbanden tussen organisaties op landelijk niveau. Deze ontwikkelingen geven legitimiteit aan nieuwe lokale initiatieven voor samenwerking en vormen daarmee een goede voedingsbodem voor de ontwikkeling van een netwerk. Voorbeelden hiervan zijn de beleidskaders rond lokaal preventief jeugdbeleid en lokaal onderwijsbeleid, en de motie Dekker 'Beetpakken en vasthouden'. Deze motie werd in Rotterdam een vliegend begrip voor de samenwerking tussen instellingen, om mensen in complexe probleemsituaties te helpen. Een algemeen beleidskader blijkt geen garanties te bieden voor samenwerking op lokaal niveau. De regiovisie ouderenzorg en de daarbij behorende regionale samenwerking bleek bijvoorbeeld in de onderzochte netwerken nauwelijks een rol te spelen. Ook bleek de regiovisie geen ingang te zijn om lokale zorgnetwerken op het spoor te komen. Hierbij speelt wellicht ook een rol dat slechts twee provincies in hun regiovisie aandacht hebben besteed aan preventieve zorg (Nooren e.a., 1997, pp. 128 en 139).

b. Opname van het netwerk in het beleid van de deelnemende instellingen.

De deelname aan het netwerk opnemen in het beleid betekent dat het netwerk wordt opgenomen in de activiteiten van de instelling. De tijd die voor deelname aan het netwerk en voor eventuele uit het netwerk voortvloeiende activiteiten nodig is, is hiermee gelegitimeerd. Wanneer het netwerk niet in het beleid is opgenomen, moet de deelname aan het netwerk het opnemen tegen de taken die wel in het beleid van de instelling zijn opgenomen. Voor een medewerker kan het daarmee moeilijker zijn om tijd vrij te maken en met name te blijven maken voor het netwerk. Opname van het netwerk in het beleid van de deelnemende organisaties en instellingen is van groot belang voor de continuïteit van een netwerk.

Trekkersrol

In de startfase van het netwerk blijkt een trekker van belang te zijn. Er is iemand nodig die het netwerk bij elkaar brengt. Dit blijkt veel tijd en energie te kosten: personen en instellingen moeten overtuigd worden van het nut van de samenwerking en zich oriënteren op mogelijke gezamenlijke activiteiten en werkwijzen. In de onderzochte netwerken werd deze rol o.a.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

vervuld door hulpverleners, beleidsmedewerkers van de (deel)-gemeente en GGD, een portefeuillehouder van een deelgemeente en een GGD-directeur.

Coördinator

Vervolgens is voor de continuïteit van het netwerk iemand nodig die het netwerk coördineert, iemand die probeert het goed functioneren van het netwerk van organisaties te bevorderen. Er zijn in ieder geval drie verschillende elementen aan de rol van coördinator van belang. Dit zijn:

a. Structuur geven aan het netwerk

Er is iemand nodig die uitnodigingen verstuurt, bijeenkomsten voorbereidt, agenda's en verslagen maakt.

b. Het proces begeleiden

Het blijkt van groot belang dat er iemand is die de partijen bij elkaar houdt en de gezamenlijkheid verzorgt. Mensen blijken niet altijd 'vanzelf' aanwezig te zijn en afspraken worden niet automatisch nagekomen. Dit betekent dat er een zogenaamde bindende factor nodig is, die met name in de startfase veel werk te verrichten heeft. Taken die hieronder vallen zijn bijvoorbeeld mensen voorafgaand aan een vergadering bellen om te vragen of ze komen, checken of afspraken zijn nagekomen en afspraken die op een overleg zijn gemaakt ook voorleggen aan de deelnemers die niet aanwezig waren.

Kenmerkend voor een netwerk is dat de deelnemende partijen aan elkaar gelijk zijn en dat zij geen hiërarchische positie ten opzichte van elkaar innemen. Dit betekent dat een coördinator/trekker de samenwerking leidt met respect voor de expertise van de instellingen. Eventuele angst bij deelnemende instellingen dat samenwerking leidt tot bezuinigingen, het afpakken van taken en zich daardoor niet open op te stellen in het overleg, kan hiermee worden weggenomen. Tegelijkertijd is er ook iemand in het netwerk nodig die de positie heeft om beslissingen te nemen en het proces verder kan brengen. Het ontbreken hiervan werd bijvoorbeeld als knelpunt genoemd bij de wijknetwerken in het Regieproject in Amsterdam. Omdat niemand in de wijk een dergelijke positie had, bleef men lang discussiëren over de aan te pakken problemen en bijbehorende interventies in de wijk.

c. Inhoudelijke inbreng aan het netwerk verzorgen

Dit is met name voor beleidsgerichte netwerken van belang.

Op de een of andere wijze moet het 'werkmateriaal' van het

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

netwerk worden ingebracht. Bij cliëntgerichte netwerken betekent dit dat cliënten (kinderen, daklozen) door iemand moeten worden ingebracht in het overleg. Maar ook voor de andere netwerken moet informatie worden ingebracht, bijvoorbeeld in de vorm van beleidsplannen of projectvoorstellen. Gebeurt dit niet, dan bloedt het netwerk dood. Bij geen van de onderzochte netwerken komt de inhoudelijke inbreng 'vanzelf'. Het lijkt eerder een functie die één van de deelnemers een tijd op zich neemt (dit is meestal de coördinator) en die veel tijd kost.

Op basis van deze functies van de coördinator is een aantal persoonlijke kenmerken van deze persoon te benoemen. Dit zijn:

- enthousiasme: hij/zij moet 'ervoor gaan' en een vonk bij de andere partijen over kunnen laten slaan;
- makkelijk contacten met anderen leggen;
- oog hebben voor het proces en relevante belangen van de deelnemende instellingen;
- geen eigen instellingsbelangen hebben;
- deskundig zijn op het onderwerp.

Een aantal van de geïnterviewde coördinatoren benadrukten daarnaast dat het van groot belang is bij welke instelling de functie van de coördinator wordt ondergebracht. De betreffende instelling zou door de overige deelnemers als neutraal moeten worden ervaren. Dit punt hangt waarschijnlijk ook samen met een element dat in ander onderzoek over netwerken naar voren komt, namelijk dat een coördinator het vertrouwen van alle partijen heeft (zie bijvoorbeeld Ten Brummeler en Mast, 1995). Dit vertrouwen wordt blijkbaar niet alleen opgebouwd door de betreffende persoon, maar wordt ook beïnvloed door de instelling waar diegene werkzaam is.

Gemeenschappelijk belang/doel waarbij samenwerking wordt beschouwd als een meerwaarde

De deelnemers aan de netwerken blijken elkaar te vinden op een gemeenschappelijk doel. Dit lijkt vooral een concreet probleem te zijn. Voor cliëntgerichte netwerken is een gemeenschappelijk probleem bijvoorbeeld het vastlopen in de doelgroep - zoals probleemgezinnen die geen van de hulpverleners afzonderlijk van adequate hulp kan voorzien. Bij beleidsgerichte netwerken kan het

gemeenschappelijk belang meer abstract zijn geformuleerd, in termen die aansluiten bij de beleidsdoelen van de organisaties. Bijvoorbeeld ouderen langer zelfstandig thuis laten wonen. Cruciaal is dat organisaties zien dat winst is te halen bij de samenwerking. Dit kan worden geconcretiseerd door te beginnen met samenwerken aan een probleem dat voor alle partijen winst oplevert. Het inventariseren van de problemen die de organisatie individueel niet kan oplossen, is dan ook een van mogelijk eerste stappen voor het starten van een netwerk (zie ook Ten Brummeler en Mast, 1995).

Uit de evaluatie van de VTO-samenwerkingsverbanden bleek bovendien dat het van belang was dat de samenwerking plaatsvindt op vrijwillige basis en onderlinge concurrentie tussen deelnemende instellingen een belemmerende factor is bij het ontwikkelen van een samenwerkingsverband (De Mare e.a., 1995, p. 12).

Aansluiten bij de lokale situatie

Samenwerking is eenvoudiger gestalte te geven wanneer kan worden aangehaakt bij het lokaal gevoelde knelpunt/probleem. 'Samenwerking moet van onderaf groeien, met een concreet probleem waar diverse mensen tegenaan lopen,' aldus verwoordde de projectleider van het STIOM in Den Haag de mening van een aantal coördinatoren van de netwerken. Het is een succesfactor wanneer vanuit dit probleem partners worden gezocht en/of zich aanbieden en de samenwerking groeit. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van mond op mond reclame van succesvolle samenwerking in de buurt. Een succesvolle samenwerking op uitvoeringsniveau in een andere wijk, op een andere school, blijkt aanstekelijk te kunnen werken voor uitvoerders/hulpverleners.

Naast inhoud heeft de lokale situatie ook betrekking op de structuur van het netwerk. Met name bij de start van een netwerk kan gebruik worden gemaakt van bestaande samenwerkingsverbanden, goede persoonlijke relaties of de cultuur in een gemeente.

Ook bij de VTO-samenwerkingsverbanden bleek de behoefte te bestaan de samenwerking een lokale inkleuring te geven. In de evaluatie door het NIZW wordt gesteld dat 'het beter zou zijn geweest als de coördinator (staande buiten instellingsbelangen) voor de eigen regio had kunnen nagaan welke onderhoudspartners men het beste rond de tafel zou kunnen zetten in de startfase.' In plaats van het zoeken naar een gemeenschappelijk doel en partners per regio was het doel voor iedere regio zo veel

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

mogelijk instellingen te laten participeren. Dit bleek ertoe te kunnen leiden dat niet-geïnteresseerde instellingen wel aanwezig waren en samenwerking tegenwerkten (De Mare en Balledux, 1995, p. 12).

De verschillen tussen de onderzochte netwerken en de nadruk die er wordt gelegd op het inspelen op concrete lacunes en het gebruik maken van de mogelijkheden van het gebied zelf, betekenen dat het werken met 'succes-modellen' of blauwdrukken een belemmerende factor voor de totstandkoming van lokale zorgnetwerken is. Succes-modellen zijn wel bruikbaar als inspiratiebron, maar kunnen niet worden gekopieerd.

Een combinatie van top-down en bottom-up

Uitvoering en management blijken elkaar nodig te hebben. Deze wederzijdse afhankelijkheid bestaat zowel bij netwerken die bestaan uit een overleg op management- en één op uitvoeringsniveau, als bij netwerken waarbij de deelnemende instelling alleen op één van deze niveaus met elkaar samenwerken.

De bottom-up benadering is van belang omdat er draagvlak moet bestaan bij de beoogde deelnemers aan het netwerk. Een netwerk lijkt in de startfase de grootste kans op succes te hebben wanneer de samenwerking tot stand komt vanuit mensen die gemotiveerd zijn, mensen die een probleem hebben waar ze voor de oplossing de anderen echt bij nodig achten.

Bottom-up staat ook voor het doorgeven van informatie van de werkvloer naar het management. Informatie vanuit de werkvloer is namelijk van belang voor het functioneren van netwerken op managementniveau. Deze netwerken lijken eerder te kunnen verzanden dan netwerken op uitvoeringsniveau. Redenen hiervoor zijn, dat op managementniveau het probleem vaak minder sterk wordt gevoeld en ten tweede dat instellingsbelangen een grotere rol spelen. Om hierop in te spelen, is het van belang de activiteiten die in de uitvoering worden ontplooid en de resultaten die daar worden geboekt, in te brengen op managementniveau.

Tegelijkertijd is er ook commitment vanuit de top nodig: om steun te krijgen voor de activiteiten van de personen op uitvoerend niveau en om eventueel veranderingen door te voeren die nodig zijn voor activiteiten van het netwerk. Zonder dit commitment kunnen netwerken op uitvoeringsniveau vastlopen.

Veel netwerken kenmerken zich door een getrapte structuur: er is een netwerk op uitvoerend niveau en één op managementniveau. Het lijkt van belang te zijn dat er op beide niveaus een persoon is die de samenwerking trekt, overtuigd is van het belang van de samenwerking en andere partijen motiveert. Of bij elk netwerk

zowel een netwerk op uitvoerings- als managementniveau nodig is, is niet duidelijk. Het netwerk in Beverwijk laat zien, dat een netwerk van managers niet noodzakelijk is en het platform in Nijmegen kent geen netwerk op uitvoeringsniveau. Een getrapte structuur in het netwerk lijkt vooral van belang wanneer er meerdere uitvoerende netwerken onder hangen, of wanneer de schaal van het werkgebied en het organisatieniveau van de instellingen van het netwerk niet met elkaar samenvallen.

Communicatie

Voor het goed functioneren van een netwerk is een goede communicatie van belang:

- tussen de deelnemers van het netwerk. Een netwerk vraagt dat deelnemers open en met respect voor elkaar en elkaars instelling met elkaar omgaan en elkaar ondersteunen en informeren;
- binnen de aan het netwerk deelnemende instellingen of organisaties. Hierbij zijn twee communicatielijnen van belang. De eerste is die tussen hulpverleners/medewerkers op uitvoeringsniveau, wanneer meerdere hulpverleners of medewerkers in dezelfde wijk werken, maar niet allen aan het netwerk deelnemen. Het is van belang dat de informatie uit het netwerk ook bij deze andere hulpverleners/medewerkers terecht komt. De tweede lijn is die tussen uitvoerings- en managementniveau binnen de instellingen van het netwerk. Een goede communicatie tussen deze niveaus is van belang om te zorgen voor draagvlak voor deelname aan het netwerk op uitvoeringsniveau en voor het voelen van de noodzaak van het netwerk op managementniveau. Een goede communicatie betekent bijvoorbeeld dat informatie over de resultaten van het netwerk worden doorgegeven.

Formalisering

De mate van formalisering van de onderzochte netwerken varieert van informele overleggen, mondelinge toezeggingen over de samenwerking, gezamenlijke financiering van een project, tot samenwerking die is vastgelegd in een convenant of georganiseerd in de vorm van een stichting. Naast de formalisering van de onderlinge samenwerking, zijn in enkele netwerken enkele aspecten van de werkwijze van de netwerken op papier vastgelegd. Dit betreft met name de cliëntgerichte netwerken. Vastgelegd worden bijvoorbeeld de gemaakte afspraken over individuele leerlingen, de toestemming van ouders voor bespreking in het netwerk, of er is een privacyreglement opgesteld. Enige mate van formalisering van de samenwerking in het netwerk

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

lijkt nodig, omdat anders te veel wordt geleund op de inzet van personen in plaats van de instellingen zelf. Het is echter de vraag in hoeverre bij de start van het netwerk naar formalisering moet worden gestreefd. Juist in de startfase kan een informele werkwijze de weerstand overwinnen die bij instellingen kan bestaan voor de beoogde samenwerking. Dat de samenwerkingsrelatie vervolgens wel over moet kunnen gaan in een meer geformaliseerde vorm, bleek uit het onderzoek naar de VTO-samenwerkingsverbanden. De onderzoekers concludeerden dat het een 'faalfactor is de samenwerking niet te (kunnen/mogen) formaliseren' (De Mare en Balledux, 1995, p. 24). Tot slot lijkt het voor een succesvolle formalisering van het netwerk van belang dat het succes van de samenwerking kan worden aangetoond, en dit vergt enige tijd. Bij de onderzochte netwerken blijkt dat deze startfase een paar jaar in beslag kan nemen.

Enthousiaste deelnemers

Bij de meeste onderzochte netwerken blijken veel deelnemers enthousiaste mensen te zijn. Een netwerk betekent vaak een andere manier van werken, die zeker in de beginfase extra moeite kost. Deelnemers moeten dus bereid zijn te investeren. Om eventuele hobbels in de eigen organisatie te kunnen nemen en de extra energie erin te kunnen steken, zijn enthousiaste deelnemers een belangrijke succesfactor van het netwerk.

Financiering

Bij veel van de onderzochte netwerken is het gebrek aan financiële middelen of het tijdelijk karakter van de financiering een belemmerende factor. Dit geldt met name voor de financiering van de coördinatiefunctie. Opvallend hierbij zijn de volgende twee punten:

- Een voorkeur voor financiering door meerdere partners uit het netwerk - ten behoeve van een gezamenlijke verantwoordelijkheid en draagvlak bij de instellingen;
- Een voorkeur voor een tijdelijke financiering voor 3-5 jaar. Jaarlijks opnieuw moeten zoeken naar financiering kost veel tijd en energie. Het genoemde nadeel van structurele financiering was echter dat een netwerk flexibel hoort te zijn, zich aan moet passen aan veranderde situaties in de samenleving. Structurele financiering zou de alertheid hiervoor kunnen doen verslappen.

Bij veel van de onderzochte netwerken is de financiering een probleem. Een reden hiervoor is dat het gaat om nieuwe initiatieven, die niet in het beleid zijn opgenomen, waar daarmee geen formatie voor beschikbaar is, die nog niet hebben bewezen

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

succesvol te zijn en die wel veel tijd kosten om ze op te zetten. Gemeenten, GGD en het grote-stedenbeleid zijn bij de onderzochte netwerken de belangrijkste financiers.

Zichtbaarheid van resultaten

Eén van de afwegingen die organisaties zullen maken bij hun participatie aan het netwerk, is die tussen de kosten en baten. De kosten van deelname aan een netwerk zijn zowel materieel als immaterieel van aard. Materiële kosten zijn met name financiën en menskracht, de immateriële kosten zijn o.a. het moeten overwinnen van weerstanden in de organisatie, het inleveren van autonomie en implementatieproblemen (Ten Brummeler en Mast, 1995). De baten van een netwerk zijn gelegen in het gezamenlijk geformuleerde doel, en moeten zich dus in de toekomst bewijzen. Voor het voortbestaan van het netwerk en het krijgen van financiering is het belangrijk positieve resultaten te kunnen laten zien.

De vraag is dus wat het resultaat van de samenwerking is. Het resultaat blijkt echter vaak moeilijk meetbaar of pas op lange termijn zichtbaar te zijn. De resultaten van een netwerk kunnen betrekking hebben op de samenwerking op zich en op de inhoud, de gezondheidswinst. Het resultaat van de samenwerking op zich is af te meten aan de reactie van de deelnemers. Hierover zijn veel deelnemers aan netwerken enthousiast. De samenwerking wordt door hen als iets positiefs gezien. Als positieve resultaten noemen de deelnemers aan de onderzochte netwerken bijvoorbeeld elkaar kennen, verantwoordelijkheid kunnen delen en deskundigheidsbevordering.

Een inhoudelijk effect van de samenwerking is echter veel moeilijker vast te stellen. Gezondheidswinst is pas op lange termijn of moeilijk meetbaar. Omdat het wel cruciaal blijkt te zijn voor het voortbestaan van het netwerk, is een aantal netwerken bezig met het ontwikkelen van evaluaties, gebruikt interventie-methoden die al succesvol zijn gebleken, of neemt altijd een evaluatie in een projectvoorstel op.

Tot slot noemen we twee aspecten van lokale zorgnetwerken waar in het onderzoek wel aandacht aan is besteed, maar waar op basis van de beschikbare gegevens geen uitspraak kan worden gedaan over de wijze waarop ze van belang zijn voor het functioneren van lokale zorgnetwerken. Dit betreft de omvang en de schaal van het netwerk. Uit het onderzoek is geen optimaal aantal deelnemers of een optimale organisatieschaal af te leiden.

Het aantal deelnemers in de onderzochte netwerken varieerde van

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

ongeveer 4 tot 25. Het aantal deelnemers is afhankelijk van de problematiek, het doel van het netwerk, het aantal relevante instellingen en organisaties, en van het aantal enthousiaste deelnemers. Bovendien kunnen deze factoren in de loop van het bestaan van het netwerk veranderen. In Den Haag begon het Signaleringsoverleg bijvoorbeeld met een kleine groep hulpverleners, maar door het succes van het overleg groeide het aantal deelnemers tot een groep van ongeveer 25.

In het onderzoek zijn zowel netwerken opgenomen die georganiseerd zijn op het niveau van de wijk, de gemeente als de (GGD)regio. Wat betreft het niveau van organisatie is door respondenten opgemerkt dat het niveau van de wijk goed werkt, omdat iedereen elkaar tegen komt en dit de deelnemers aan elkaar bindt. Netwerken op wijkniveau houdt echter ook in dat vanuit regionaal georganiseerde organisaties in iedere wijk een medewerker aan het netwerk deel moet nemen. De capaciteit hiervoor ontbreekt vaak. Daarnaast zijn er onderwerpen die op een hoger niveau dan de wijk aangepakt moeten worden. Oplossingen die de onderzochte netwerken voor deze problemen hebben gevonden, zijn onder andere het opzetten van een netwerk op stedelijk of regionaal niveau, goede contacten vanuit het netwerk leggen met de regionale instellingen, of de capaciteit bij regionale instellingen uitbreiden.

4 De rol van de gemeente

Een van de (mogelijk) betrokkenen bij lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg is de gemeente. De vraag is echter hoe die betrokkenheid eruit kan zien en welke rol gemeenten in lokale zorgnetwerken spelen. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is bij de tien *cases* apart aandacht besteed aan de rol die de gemeente speelde.

Deze tien lokale zorgnetwerken laten zien dat gemeenten verschillende rollen op zich kunnen nemen in het samenwerkingsproces tussen publieke en private instellingen. De meest voorkomende rollen zijn die van participant, trekker, coördinator en financier. Deze rollen blijken de gemeenten op elk van de vier onderscheiden beleidsterreinen in te kunnen nemen.

Als de gemeente als participant in een netwerk aanwezig is, gaat het meestal om deelname van bestuurders of beleidsmedewerkers van gemeentelijke afdelingen in een beleidsgericht netwerk of om GGD-medewerkers die aan cliënt- of beleidsgerichte netwerken deelnemen. Soms zijn taken die te maken hebben met netwerkvorming of -onderhoud door een gemeente 'opgedragen' aan de GGD, soms neemt de GGD zelf initiatieven in deze richting. Verschillende varianten in de taakverdeling tussen gemeentelijk apparaat en GGD weerspiegelen de verschillende samenwerkingsvarianten die zijn gegroeid tussen gemeenten en GGD's. Soms zijn gemeenten zeer direct betrokken bij de taken die de GGD voor hen verricht, soms is de relatie afstandelijker en opereert de GGD autonoom. Ook zijn er variaties in de mate waarin de gemeente zelf beleidscapaciteit heeft, dan wel voor beleidsvoering sterker is aangewezen op de GGD.

Naast de rol van participant is er een aantal specifieke rollen die de gemeente in een netwerk op zich blijkt te kunnen nemen. Dit zijn die van trekker, coördinator en financier - drie rollen die van belang zijn voor het tot stand komen en functioneren van lokale zorgnetwerken.

Trekker

Een belangrijke factor bij het tot stand komen van netwerken is een trekker; een partij die het voortouw neemt in de samenwerking en andere partijen stimuleert mee te doen. In alle onderzochte netwerken bleek de gemeente of GGD betrokken te zijn bij het initiëren van het netwerk. In een aantal netwerken nam de gemeente en in andere de GGD de rol van trekker op zich. Bovendien bleken gemeente en GGD op alle vier de

beleidsterreinen trekker van de samenwerking te kunnen zijn. Een betrokken bestuurder of ambtenaar zette zich bijvoorbeeld actief in om instellingen en organisaties rond individuele risicokinderen of de zorg voor ouderen met elkaar samen te laten werken. De rol van trekker houdt onder andere in dat de gemeente vooraf niet zozeer een duidelijk beeld van het te bereiken inhoudelijke resultaat had, maar dat zij veel meer gericht was op het bereiken van actieve medewerking van de andere actoren.

Coördinator

In een aantal netwerken heeft de gemeente de rol van trekker over laten gaan in de rol van coördinator. Bij de cliëntgerichte netwerken is Beverwijk de enige gemeente die zelf het netwerk coördineert en bij de beleidsgerichte netwerken vervult alleen in Amsterdam de gemeente een coördinatierol. Bij de meeste netwerken koos de gemeente er bewust voor de rol van coördinator elders te leggen, bijvoorbeeld bij de GGD. Een van de onderwerpen waar de geïnterviewde coördinatoren van mening over verschilden, was de vraag of de GGD juist wel of niet een goede instantie is om een netwerk te coördineren. Of de GGD geschikt wordt bevonden voor deze rol, lijkt samen te hangen met de positie van de betreffende GGD en de persoon van de coördinator. De GGD moet gezien worden als een neutrale instelling en niet als partij met een eigen belang. Daarnaast, of los daarvan, moet de coördinator door de overige partijen worden geaccepteerd. De ene GGD zou wel, en een andere GGD zou niet aan deze voorwaarde voldoen. In verschillende netwerken is de rol van de GGD ook een punt van discussie (geweest). In Amsterdam wordt nu bijvoorbeeld de discussie gevoerd of de GGD de rol van coördinator zou moeten krijgen, of dat deze ook deels bij de gemeente zou moeten liggen. In deze discussie speelt een onderscheid tussen de coördinatie van beleid (samenwerking tussen instellingen op managementniveau) en de coördinatie van de uitvoering (de netwerken in de wijken) een belangrijke rol.

Financier

Als de gemeente niet zelf het netwerk coördineert, kan zij wel op een andere wijze aan deze rol bijdragen, namelijk via het (mede) financieren ervan. De meeste gemeenten in de onderzochte netwerken blijken de netwerken financieel te ondersteunen. Dit deden zij op een aantal verschillende manieren. De eerste is het financieren van projecten die uit het netwerk voortvloeien, zoals bijvoorbeeld gemeenten uit de GGD regio Zuidwest Friesland voor het Samenwerkingsoverleg Preventief doen. Een andere

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

mogelijkheid is het bijdragen aan de financiering van de coördinatie van het netwerk. Bij bijna alle onderzochte netwerken is dit het geval. Gemeenten financieren de netwerkcoördinatie bijvoorbeeld via de GGD, als project of opgenomen in het beleidsplan van de GGD, zoals bij de GGD's Regio Nijmegen en Zuidwest Friesland het geval is. Enkele gemeenten subsidiëren ook een andere instelling om de coördinatiefunctie in te vullen, zoals bijvoorbeeld in Den Haag (STIOM) en Dordrecht (project Risicokinderen).

Tot slot was het opvallend dat bij een aantal netwerken de gemeente met name in de startfase een financiële bijdrage leverde, en de financiering in een latere fase (deels) werd overgenomen door de deelnemende instellingen en organisaties.

Samengevat blijkt dat de gemeenten uit het onderzoek op verschillende manieren hebben bijgedragen aan het tot stand komen en functioneren van lokale zorgnetwerken. De onderzochte gemeenten hebben met name de rol van (mede)financier en initiator op zich genomen. De gemeente participeerde in een aantal netwerken en was in een enkele coördinator. Deze laatste twee rollen liggen wel vaak bij de gemeentelijke instelling voor de openbare gezondheidszorg: de GGD.

Deze rollen van de gemeente zouden kunnen worden samengevat met de term 'netwerkmanager'. Deze term wordt in het preventief jeugdbeleid gebruikt om regietaken van de gemeenten te beschrijven. Het betekent dat de gemeente een 'actieve, initiërende, stimulerende en coördinerende rol moet vervullen' (Hupe en Klein, 1997, p. 31). Sommige gemeenten en/of GGD's combineerden ook de rollen van trekker, financier en coördinator, anderen beperkten zich tot één of twee hiervan.

De rol van de gemeente als regisseur van lokale zorgnetwerken blijkt beleidsmatig nog tot problemen te leiden. Bij een aantal gemeenten bleek het bijvoorbeeld moeilijk om geld voor het netwerk vrij te maken. Redenen hiervoor waren dat het netwerk niet duidelijk bij één beleidsterrein onder te brengen was, en dat de betreffende (coördinatie)taken niet in het bestaande financieringsstelsel paste. Het gemeentelijk beleidskader waar de onderzochte lokale zorgnetwerken onder vallen, blijkt uiteindelijk zeer gevarieerd te zijn en beperkt zich niet tot het gezondheidsbeleid. Lokale zorgnetwerken blijken naast het lokaal gezondheidsbeleid ook te passen in het grote-stedenbeleid, sociale vernieuwing, Wet op de Bejaardenoorden (WBO), verslavingszorg en maatschappelijke opvang, (preventief) jeugdbeleid, OGGZ en het ouderenbeleid.

5 Slotbeschouwing

Samenvatting

Wat zijn mogelijkheden van samenwerking in de vorm van lokale zorgnetwerken tussen publieke en private instellingen op het terrein van de openbare gezondheidszorg en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin? Op deze vraag van de RVZ is in dit onderzoek geprobeerd een antwoord te geven.

Allereerst zijn bestaande lokale zorgnetwerken in Nederland geïnventariseerd. Uitgangspunt hierbij vormde de door de RVZ gehanteerde definitie van lokale zorgnetwerken. Dit betekende dat gezocht is naar samenwerkingsverbanden waarin instellingen uit de publieke en private sector met elkaar samenwerken, in een netwerk dat voor een specifiek doel is opgezet en dat tot doel heeft de gezondheid van (een groep) burgers te bevorderen of de toegankelijkheid van de zorg of de afstemming van vraag en aanbod te verbeteren.

De globale inventarisatie laat zien dat er vele vormen zijn waarin instellingen en gemeenten en gemeentelijke instellingen met elkaar samenwerken om problemen op te lossen of knelpunten aan te pakken waar zij ieder voor zich niet toe in staat zijn. Er zijn zowel beleidsgerichte als cliëntgerichte netwerken en deze worden zowel op de terreinen jeugd(gezondheids)zorg, gezondheidsbevordering, zorg de gemarginaliseerde groepen als de ouderen- en gehandicaptenzorg ontwikkeld. De namen die aan de netwerken worden meegegeven, zijn net zo divers als de partners en doelstellingen van de netwerken. De term 'lokaal zorgnetwerk' is daarbij één van de vele mogelijkheden. Onder deze term bleken overigens ook initiatieven te bestaan die betrekking hebben op andere vormen van samenwerking.

In het tweede deel van het onderzoek zijn de mogelijkheden voor samenwerking uitgediept, en is bij tien lokale zorgnetwerken het tot stand komen en functioneren van deze netwerken onderzocht. Uit de interviews en schriftelijke stukken hebben we elf factoren onderscheiden die voor het tot stand komen en functioneren van lokale zorgnetwerken van belang zijn (zie hoofdstuk 3).

De vijf belangrijkste factoren zijn:

- Aansluiten bij de lokale situatie. Het aansluiten heeft zowel betrekking op het onderwerp en het te formuleren gemeenschappelijke doel van het netwerk, als op de partijen die aan het netwerk deel zouden moeten nemen;
- Een coördinatiefunctie in het netwerk. Onderdelen van deze

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

coördinatiefunctie zijn: procesbegeleiding, de organisatie van het netwerk en een inhoudelijke visie op en sturing van het werk van het netwerk;

- Financiering. Geld is nodig voor: de aanwezigheid van de deelnemers, de activiteiten van het netwerk en voor de coördinatiefunctie. Met name voor de laatste blijkt financiering moeilijk te vinden. Opvallend was de voorkeur van enkele respondenten voor een gedeelde financiering en financiering voor meerdere jaren;
- Zichtbaarheid van resultaten. De resultaten kunnen zowel betrekking hebben op de samenwerking op zich als op de inhoud. Over de samenwerking zelf zijn veel partijen positief. Een inhoudelijk effect van de samenwerking is echter veel moeilijker vast te stellen. Gezondheidswinst is pas op lange termijn of moeilijk meetbaar. De zichtbaarheid van inhoudelijke resultaten blijkt echter wel van groot belang voor het verkrijgen van financiering en daarmee voor het voortbestaan van een netwerk;
- Formalisering van het netwerk. Bij de start van het netwerk is formalisering geen must en is zelfs voorzichtigheid geboden, maar voor de continuïteit van het netwerk is het van groot belang.
Naast deze factoren zijn ook de volgende zes factoren van belang:
 - Beleidsinkadering;
 - Een trekker van het netwerk;
 - Een gemeenschappelijk belang of doel waarbij samenwerking wordt beschouwd als een meerwaarde;
 - Een combinatie van top-down en bottom-up werken;
 - Communicatie;
 - Enthousiaste deelnemers.

Het derde aspect van het onderzoek betrof de rol die gemeenten in de lokale zorgnetwerken innemen. De gemeenten in de onderzochte lokale zorgnetwerken hebben met name de rol van (mede)financier en initiator op zich genomen en een enkele de rol van coördinator. Deze laatste rol ligt wel vaak bij de gemeentelijke instelling voor de openbare gezondheidszorg: de GGD. De beleidsinkadering van deze rollen van gemeente en GGD veroorzaakte bij een aantal netwerken problemen: bij een aantal gemeenten was het moeilijk om geld voor het netwerk vrij te maken. Redenen hiervoor waren dat het netwerk niet duidelijk bij één beleidsterrein onder te brengen was, en dat de betreffende (coördinatie)taken niet in het bestaande financieringsstelsel paste.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Wanneer een netwerk wel in een beleidskader past, blijkt dit legitimiteit te kunnen geven aan nieuwe lokale initiatieven gericht op samenwerking en een goede voedingsbron te bieden voor de ontwikkeling én continuïteit van een lokaal zorgnetwerk.

Naast deze antwoorden op de onderzoeksvragen willen we in deze slotbeschouwing kort ingaan op drie onderwerpen die tijdens ons het onderzoek zijn opgevallen en voor de toekomst van belang kunnen zijn.

Wat is een lokaal zorgnetwerk?

Het eerste punt betreft de van te voren opgestelde definitie van de lokale zorgnetwerken. Deze leverde een aantal problemen op bij de inventarisatie. De opgestelde criteria waren in de praktijk moeilijk te hanteren en het strak hanteren van de criteria dreigde interessante netwerken buiten te sluiten. Doelgerichtheid werd in de netwerken bijvoorbeeld gecombineerd met regulier overleg, het onderscheid tussen publiek en privaat was niet altijd helder, en gezondheid was zelden een hoofddoel maar vaker een afgeleide doelstelling van een netwerk.

Daarnaast bood de term lokaal zorgnetwerk slechts beperkt een ingang bij sleutelfiguren om de gezochte netwerken op het spoor te komen. Een reden hiervoor is dat bij vernieuwende initiatieven veel vaker de inhoud (van een project) dan de samenwerking voorop staat, waardoor het initiatief niet zo snel als een netwerk wordt bestempeld en ook de samenwerking niet de focus is.

Daarnaast is de term lokaal zorgnetwerk verwarrend: in sommige sectoren roept de term in het geheel geen herkenning op, in andere refereert de term naar netwerken die niet onder de definitie van de RVZ vallen. Dit betekende dat gedurende het onderzoek regelmatig de vraag terug kwam wat een lokaal zorgnetwerk is en met sleutelfiguren moest worden gezocht naar aansluiting.

Tot slot leverde de term lokale zorgnetwerken uiteindelijk een grote variëteit aan netwerken op. De netwerken verschillen per beleidsterrein en er bestaan duidelijke verschillen tussen cliëntgerichte en beleidsgerichte netwerken (en ook binnen deze categorieën zou een nader onderscheid gemaakt kunnen worden). Dit betekent dat voor meer diepgravende kennis over lokale zorgnetwerken het nodig is een onderscheid te maken naar beleidsterrein en/of type netwerk. Dan kunnen meer specifieke aspecten van de netwerken aan het licht komen. Een voorbeeld hiervan is de vraag hoe de kwaliteit van het werk van een netwerk bewaakt kan worden, die met name voor cliëntgerichte netwerken relevant is. Als een netwerk bijvoorbeeld zorg biedt aan een cliënt,

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

terwijl de cliënt daar niet om heeft verzocht, is het de vraag wie hier verantwoordelijk voor is en wie aangesproken kan worden op de indicering en hulpverlening die in het netwerk wordt verricht.

Waarom lokale zorgnetwerken?

Instellingen en organisaties signaleren zelf dat er iets fout gaat in het reguliere werk of beter georganiseerd kan worden, zijn bereid er iets aan te doen, en zoeken op basis van deze knelpunten naar een oplossing. Dit leidt tot verschillende vormen van lokale zorgnetwerken. Gezien het enthousiasme van deelnemers over de samenwerking lijken ze een goede manier om de schotten tussen de instellingen te slechten. Veel moeilijker is het om aan te tonen dat de hulpverlening er beter van wordt, dat problemen eerder worden gesignaleerd en beter worden aangepakt. Een aantal netwerken doet moeite om hun activiteiten te evalueren, maar bij de meeste netwerken is er weinig informatie over de effecten van hun werk. Men is te druk met het nieuwe werk van het netwerk, het meten van resultaten kost extra tijd en dus geld, en effecten zijn moeilijk of pas op lange termijn meetbaar. Hierdoor bestaat het gevaar dat het netwerk wel functioneert, maar onvoldoende tijd heeft om het effect te onderzoeken en zichtbaar te maken, en door een gebrek aan zichtbaar effect toch ophoudt te bestaan. Het zichtbaar maken van resultaten is een taak die bij het netwerk hoort en waar het netwerk zelf aandacht aan zal moeten besteden. Het is echter de vraag of vanuit deze netwerken voldoende kennis ontwikkeld kan worden om toe te groeien naar 'evidence based netwerken'. Een landelijke impuls hiertoe lijkt nodig in aanvulling op lokale initiatieven. Op nationaal niveau ontwikkelde kennis, die vertaald kan worden naar de lokale praktijk, zou een bijdrage kunnen leveren aan de ondersteuning van de ontwikkeling en continuering van lokale zorgnetwerken.

Bij het beantwoorden van vragen over effectiviteit van lokale zorgnetwerken dient zich ook de vraag aan naar alternatieven. Kennelijk zijn netwerken naar de mening van informanten in dit onderzoek een oplossing voor problemen die zij op de werkvloer tegenkomen. Problemen die niet door de eigen instelling alléén kunnen worden opgelost en waarvoor bijdragen van andere partijen onontbeerlijk zijn. De complexiteit van sommige van de hedendaagse problemen gaat de reikwijdte van individuele instellingen te buiten. De vraag kan gesteld worden of het ontstaan van netwerken als 'antwoord' op de complexe problemen een 'lapmiddel' is voor een structuur van de gezondheidszorg die niet (meer) is toegesneden op de problemen van mensen in de huidige

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

samenleving. Vanzelfsprekend biedt het verrichte onderzoek geen antwoord op deze vraag -die een andere onderzoeksvraag en -methode vereist. Voor de vraag welke ontwikkelingen rond lokale zorgnetwerken ondersteuning verdienen, is bovengenoemde vraag wel van belang.

Bijlagen

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

1

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

1

Bijlage 1

Inventarisatie lokale zorgnetwerken

In deze globale inventarisatie van lokale zorgnetwerken zijn per netwerk de volgende aspecten opgenomen: de gemeente, naam, doel, participanten en coördinator van het netwerk.

1 Jeugd(gezondheids)zorg

Rotterdam

Netwerk	'n Tweede huis in Feijenoord.
Doel	Het tot stand brengen van een integrale en intersectorale aanpak en het ontwikkelen van een samenhangend ondersteuningsaanbod op maat, gericht op het verbeteren van de opvoedingsondersteuning en leeromgeving.
Participanten	o.a. GGD, scholen, Onderwijswinkel, Basiseducatie, Punt 50... (met onder andere het Informatiepunt voor gezondheid en opvoeding en een uitleenservice).
Coördinator	Projectcoördinator.

Utrecht

Netwerk	Zorgbreedteams op zes scholen voortgezet onderwijs.
Doel	Voorkomen van vroegtijdig uitvallen van jongeren middels individuele leerlingbesprekingen.
Participanten	School, schoolarts of schoolverpleegkundige, St. Stade/ppi (orthopedagoog), schoolmaatschappelijk werker vanuit de afdeling Leerplicht van de gemeente. In enkele gevallen ook de politie.
Coördinator	Schoolcoördinator/leerlingbegeleiding op de betreffende school. Stedelijk: GG&GD Utrecht.

Provincie Noord-Holland

Netwerk	Samenwerkingsverband incest.
Doel	Centraal consult en/of verwijzingsplatform, deskundigheidsbevordering.
Participanten	AMW, Jeugdzedenpolitie, Raad voor de Kinderbescherming, GGD afdeling jeugdzorg.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Coördinator GGD Kop van Noord-Holland.

Amsterdam (Bos en Lommer)

Capabel, waaronder (onder meer) de volgende netwerken functioneren:

Netwerk 1. Hulpverleningsnetwerk voor 0-4 jarigen en voor 4-12 jarigen.

Doel Bespreken van gezinnen en hulp bieden in probleemsituaties.

Participanten Alle basisscholen, GG&GD, AMW, welzijnsinstelling Impuls, Politie, Raad voor de Kinderbescherming, RIAGG, SAC, BVA.

Coördinator GG&GD Amsterdam.

Netwerk 2. Preventie-activiteitennetwerk 0-6 jarigen.

Doel Bespreken problemen en knelpunten, uitwisseling plannen en nieuwe ontwikkelingen.

Participanten Buurtwerk, peuterspeelzalen, Klimrek, GG&GD, Afra/Boddaert, Opstap, speelgroepen, een van de basisscholen, Mimoza (gezondheidszorg voor vrouwen).

Coördinator Per leeftijdsgroep een netwerkcoördinator die bij een reguliere organisatie werkt.

Utrecht

Netwerk Preventieplatform voor voortgezet onderwijs.

Doel Coördinatie van de preventie-activiteiten, advisering, gids maken ten behoeve van preventie / onderwijs.

Participanten o.a. RIAGG afdeling preventie, Jongeren-informatiepunt, Rutgers Stichting, COC, multi- cultureel centrum, Centrum Maliebaan (CAD), Schooladviescentrum.

Coördinator GG&GD Utrecht.

De Marne

Netwerk J.O.M. Project: Jeugdpreventie op maat.

Doel Een functionele samenwerking op het terrein van jeugdpreventie in Groningen door middel van een programmatische aanpak. Activiteiten: het verdelen van preventie taken, verwijzen op elkaar afstemmen, inspanningsverplichtingen aangaan,

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen, sturing geven en het ontwikkelen van een vraaggerichte behandeling waarbij op basis van een gezondheidsprofiel preventieve interventies worden uitgevoerd.

- Participanten St. Ambulante Verslavingszorg Groningen, GGD Groningen (Stad, Oost), Stichting Jeugdzorg Groningen afdeling opvoedingsondersteuning, Stichting ambulante FIOM, Regionaal HALT bureau Groningen, Rutgers Stichting, Provinciaal Ontwikkelingsinstituut Zorg en Welzijn, Stichting Thuiszorg Ommelanden en Regionale Kruisvereniging Oost Groningen, RIAGG Groningen.
- Coördinator Stichting GGZ Groningen.

Den Bosch

- Netwerk Gezondheidsvoorlichting en opvoedingsondersteuning (Project en netwerk in oprichting).
- Doel Samenwerking tussen de instellingen verbeteren en een doorlopend traject voor ouders van kinderen van 0 tot 12 samenstellen.
- Participanten GGD, Welzijnsinstelling, Steunpunt opvoeding, SLO (stichting leerplanontwikkeling). Later ook: basisscholen, Thuiszorg, peuterwerk, buurtnetwerk jeugdhulpverlening.
- Coördinator GGD Den Bosch.

Dordrecht

- Netwerk Multi-Disciplinaire teams 0-4 jarigen.
- Doel Bespreken van vroegtijdig gesignaleerde kinderen met een opvoedingsprobleem of een te verwachten opvoedingsproblematiek.
- Participanten Arts consultatiebureau, pedagoog, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werk. Daarnaast worden die instellingen erbij betrokken die voor een individueel kind nodig zijn.
- Coördinator St. Opmaat (Thuiszorg).

Dordrecht

- Netwerk Multi-disciplinaire teams 4-12 jarigen en 12-18

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Doel	jarigen. Samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulpverlening en het ontwikkelen van een gezamenlijke inhoudelijke aanpak gericht op secundaire en primaire preventie van psychosociale problematiek.
Participanten	In MD-teams: de basisschool, GGD, Schoolbegeleidingsdienst en Schoolmaatschappelijk werk. Op beleidsniveau: Besturen van de scholen, Jeugdzorg Ambulant, Opmaat/SMW, GGD/JGZ, SBH/ZHZ, RIAGG/JGZ.
Coördinator	Per team: schoolbegeleidingsdienst. De teams als geheel: een projectleider, werkzaam bij de stichting Jeugdzorg.

In Het Hele Land

Netwerk	Buurtnetwerk jeugdhulpverlening.
Doel	Kans op problemen bij jonge kinderen verkleinen. Activiteiten: kindbesprekingen en bij een aantalnetwerk gerichte preventie-activiteiten.
Participanten	Basisonderwijs, kinderopvang, Sociaal Cultureel Werk, jeugdgezondheidszorg, Algemeen Maatschappelijk Werk. Daarnaast nemen in sommige netwerken ook deel: wijkagent, leerplichtambtenaar, de pastor, Schoolbegeleidingsdienst, gezinszorg, Buro Vertrouwensartsen, Boddaertcentrum, Opstapje.
Coördinator	Wisselend, met name het SCW en hoofdfunctie in het kader van het onderwijsvoorrangsbeleid.

Amsterdam

Netwerk	Hulpverleningsnetwerk rond het basisonderwijs.
Doel	Vroegtijdige onderkenning en aanpak van problemen, toegankelijke hulpverlening.
Participanten	Basisscholen, GG&GD, hulpverleningsinstellingen, Leerplichtambtenaar, coördinator Weer Samen Naar School (WSNS), Politie, scholen speciaal onderwijs, algemeen maatschappelijk werk.
Coördinator	Leerplichtambtenaar en coördinator WSNS.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Provincie Groningen

Netwerk	Preventie ten behoeve van kinderen en jongeren in de provincie Groningen.
Doel	In de provincie Groningen een functiegerichte samenwerking tot stand brengen tussen participanten op het gebied van preventie ten behoeve van kinderen en jeugdigen, uitvoeren van effectieve preventieprogramma's.
Participanten	Bureau HALT, GGD, Thuiszorg, ambulante verslavingszorg Groningen, SPRINT, St. Spel- en opvoedingsvoorlichting, FIOM, Rutgers Stichting, Kruisvereniging en RIAGG.
Coördinator	RIAGG.

Dordrecht (maar ook in andere regio's)

Netwerk	VTO-samenwerkingsverband 0-7 jarigen.
Doel	Antwoord geven op vragen over ontwikkeling van kinderen van ouders en hulpverleners en zo nodig helpen bij vinden van passende hulpverlening.
Participanten	Schoolbegeleidingsdienst, Revalidatiecentrum, Sociaal Pedagogische Dienst, RIAGG, GGD, St. Opmaat, SDDG (MKD en Boddaert).
Coördinator	- 0-4 jarigen: St. Opmaat (Stichting voor thuiszorg, maatschappelijk werk en jeugdgezondheidszorg) - 4-7 jarigen: GGD.

Hoogezand

Netwerk	Zorgteams VO.
Doel	Probleemleerlingen actief begeleiden, bieden van sluitende aanpak voor risicoleerlingen, hulp van de school in de school afstemmen op de jeugdhulpverlening.
Participanten	Gemeente, leerplichtambtenaar, scholen SWV VO-VSO, JIAC (BJHV), school maatschappelijk werk, jeugdarts GGD.
Coördinator	Gemeente Hoogezand, sector onderwijs.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Rhoden

Netwerk	Jongeren Netwerk Noordenveld.
Doel	Signaleren en in kaart brengen van algemene jongerenvraagstukken / ontwikkelen van een gezamenlijke preventieve aanpak.
Participanten	Gemeente, Bureau Jeugdzorg, politie, leerplichtambtenaar, GG&GD, Algemene Woningstichting, Jeugd en jongerenwerk, uitvoerder JWG.
Coördinator	Bureau Jeugdzorg.

Amersfoort

Netwerk	Werkgroep Uitbreiding Leerlingzorg/Schoolconsultatieteams.
Doel	WUL uitbreiden tot team voor alle risicoleerlingen, schoolconsultatieteams op bijna alle VO-scholen, deskundigheidsbevordering school en op signalering, diagnosticering, verkorten lijnen met jeugdhulpverlening, inhuren van intensieve gezinsbegeleiding, verbetering/versnelling doorverwijzing.
Participanten	Leerlingbegeleider of directeur VO-school, Raad voor de Kinderbescherming, GGD, psycholoog OBD, leerplichtambtenaar (incidenteel), JHV/BJZ.
Coördinator	OBD.

2 Gezondheidsbevordering

Den Haag

Netwerk	STIOM Noord-Holland.
Doel	Het bewerkstelligen van samenwerking, samenhang en zorgvernieuwing in het zorgaanbod in de vier achterstandswijken in Den Haag-centrum (Transvaal, Schilderswijk, Stationsbuurt, Centrum), om daarmee de zorg beter af te stemmen op de hulpvraag van de desbetreffende wijkbewoners.
Participanten	Alle hulpverleningsinstellingen, o.a. huisartsen, wijkverpleegkundigen, jeugdartsen, GVO'ers, apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen, verlos-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

kundigen, maatschappelijk werk, RIAGG, raadslieden, club- en buurthuiswerk, opbouwwerk; gemeente; zorgverzekeraar; bewoners.
Coördinator Projectleider STIOM Noord-Holland.

Amsterdam

Netwerk Regieproject 'Versterken samenhang in preventie'.
Doel Samenhang in gezondheidsbevordering op het terrein van preventie, curatie en zorg.
Doelstellingen van de pilotprojecten, die onderdeel uitmaken van het Regieproject zijn het verminderen van gezondheidsachterstand, een doelmatige consumptie van huisartsenzorg en het verminderen van de werklust van huisartsen.
Participanten Op stedelijk niveau: gemeente, zorgverzekeraar en huisartstenvereniging.
Op wijkniveau in de pilotprojecten: professionals uit de eerstelijns, AMW, sociaal raadslieden, servicepunt voor ouderen, Sociaal Cultureel Werk, stadsdeel, RIAGG, school, GG&GD, en wijkbewoners.
Coördinator Projectleider, Dienst Welzijn Amsterdam.

Bergeyk

Netwerk Project Gezond Bergeyk.
Doel Een gezonde leefwijze van de inwoners van Bergeyk stimuleren teneinde het aantal gevallen van kanker en hart- en vaatziekten te reduceren.
Participanten Eerstelijns-overleg, Gemeentebestuur Bergeyk, Koninklijk Nederlands Ondernemingsverbond, Ledenraad Kruisvereniging, Overkoepelend Orgaan Bergeykse Buurtverenigingen, Bergeykse Vrouwenraad, Stichting Gemeenschapswerk, Katholieke Bond van Ouderen, Vereniging voor Ecologische Leef- en Teeltwijzen, Gezamenlijke Belangenvereniging de Weebosch en Samenloop het Loo.
Coördinator Coördinator tot 1994. Daarna moest het netwerk zelfstandig gaan draaien.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Utrecht heeft een aantal activiteiten in achterstandswijken.

Achterliggende doel van alle activiteiten is, realiseren van gelijke kansen op gezondheid in achterstandswijken en het experimenteren met samenwerking tussen diverse zorg- en welzijnsinstellingen ten behoeve van de nieuwe wijk Leidsche Rijn.

Netwerk 1 Project Chronisch zieken 'Met mij gaat het goed'.

- Doel
1. Voorkomen van verergering van de ziekte - chronisch zieken meer grip op hun leven laten krijgen
 2. Afstemmen en aanpassen van het aanbod van de instellingen op de vraag en mogelijkheden van chronisch zieken
 3. Voorkomen dat met name artsen patiënten opgeven.

Het netwerk functioneerde voor het starten van het project, volgde vervolgens het verloop en zet naar aanleiding van het verloop van het project nu ook een nieuwe activiteit op.

Participanten Gemeente (Wijkbureau Noord-west), huisartsen, fysiotherapeuten, Thuiszorg, ouderenwerk, sportconsulent, patiëntenorganisaties. Deze personen vormen een 'werkgroep'.

Netwerk 2 Project Praktijkverpleegkundigen.

- Doel
1. Aanstellen van zeven praktijkverpleegkundigen.
 2. Afstemming eerstelijns zorg, betere doorverwijzing van eerste naar tweedelijns zorg
 3. Afstemming zorg - welzijn
 4. Voorkomen van gezondheidsachterstanden in wijken.

Participanten Zorgverzekeraar (Anova), Thuiszorg, gemeente, huisartsen.

Netwerk 3 Project Schone lucht in huis.

- Doel
1. Verbeteren van de gezondheid van individuele gevallen
 2. Preventie
 3. Afstemmen sanering
 4. Coördinatie van de problematiek.

Participanten Bewoners, woningcorporatie, huisarts, jeugdzorg van de Thuiszorg en de GGD, wijkbureau van de gemeente, jeugdwerk welzijn.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Coördinator GG&GD Utrecht.

Nijmegen

Netwerk Platform Bestrijding volksziekten.
Doel Een brede, planmatige aanpak van de preventie van hart- en vaatziekten en kanker.
Participanten Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Sanamed (huisartsenlaboratorium), Districts Huisartsen Vereniging, Regionale Huisartsen Vereniging, Regionaal Patiënten/consumenten Platform Zuid-Gelderland, Vereniging vóór en Nazorg bij Hartoperaties en Hartziekten, Kruisvereniging Zuid-Gelderland, Katholieke Universiteit Nijmegen, Integraal kankercentrum Oost-Nederland, GGD, gemeente Nijmegen, Kring Verloskundigen, (landelijke Stichting Volksgezondheid en Roken (StiVoRo)).

Coördinator GGD Regio Nijmegen.

Tilburg

Netwerk Project Gezondheid in beeld (met daaronder acht projectgroepen). Is in ontwikkeling.
Doel 1. Inzicht verkrijgen in de gezondheidssituatie in Tilburg
2. Door middel van enkele projecten de gezondheidssituatie verbeteren.
Participanten In stuurgroep: GGD, gemeente en District Huisartsenvereniging. In klankbordgroep: 40 betrokken instellingen: lokale zorgaanbieders, scholen, politie, woningcorporaties, wijkorganisaties, zorgverzekeraars en zorgconsumenten. In de projectgroep Binnenmilieu: GGD, woningcorporaties, huisartsen, Thuiszorg, zorgverzekeraars, opbouwwerk, GGD/milieukunde, GGD/GVO, Bewonersondersteuning Tilburg.

Coördinator Gemeente Tilburg.

Apeldoorn

Netwerk Samenwerkingsverband Vrouwenmishandeling.
Doel Hulpverlening na vrouwenmishandeling; preventie

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

van mishandeling verbeteren.

Participanten Blijf van m'n Lijf, Buro Slachtofferhulp, Stichting Maatschappelijk Werk, Politie district Apeldoorn, RIAGG Oost Veluwe, Sociaal Pedagogische Dienst Veluwe, Psychiatrisch ziekenhuis De Wellen en Centraal Instituut Opleiding en Vorming van de Nederlandse Politie-academie.

Coördinator Onbekend

Den Bosch

Netwerk Wijksamenwerkingsverband Hulpsector-Oost.

Doel Het bespreken van ontwikkelingen in de buurt en van initiatieven van buurtbewoners en het bieden van ondersteuning.

Participanten Uitvoerende werkers van Samen Beter (Gezondheidscentrum, waarin o.a. huisartsen, fysiotherapeuten en AMW participeren), welzijnswerk, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk, Politie, sociaal raadsliden, GGD, opbouwwerk.

Coördinator Gezondheidscentrum Samen Beter.

Utrecht

Netwerk Coördinatieverband seksueel geweld.

Doel Afstemmen, informeren, beleid, deskundigheidsbevordering. Er vloeien ook concrete projecten uit voort, zoals een telefonisch steunpunt seksueel geweld, een SOS telefoondienst bij bureau slachtofferhulp.

Participanten 25 organisaties, waaronder Stichting Vrouwenopvang, Meidenhuis, alle afdelingen van de RIAGG, kinderziekenhuis, Reclassering, Politie, Blijf van m'n lijf-huis, Fiom, JGZ, AMW, St. Stade.

Coördinator GG&GD Utrecht.

Zwolle

Netwerk Preventie Seksueel Geweld.

Doel Samenwerking door afstemmen van diensten van instellingen voor hulp- en zorgverlening in Zwolle

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

e.o. en een gezamenlijk aanbod ontwikkelen.
Participanten 20 instellingen uit zorg en gezondheid, sociaal-
cultureel werk, jeugd- en zedenpolitie, gemeente.
Coördinator SPIL, Zwolle.

3 Zorg voor gemarginaliseerde groepen (verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen)

Regio Zuid-Hollandse Eilanden

Netwerk Lokale zorgnetwerken ten behoeve van opvang en
begeleiding van mensen met complexe problemen,
gekoppeld aan ernstige vervuiling.
Doel 1. Bevorderen van een planmatige aanpak van het
afhandelingsproces rond hygiënische woonpro-
blemen.
2. Ontwikkelen van een samenwerkingsprotocol
rond hygiënische woonprojecten per regio op
de Zuid-Hollandse eilanden.
Participanten GGD, gemeenten, GGZ organisaties, RIAGG,
Politie, AMW.
Coördinator GGD Zuidhollandse Eilanden.

Ede en Wageningen

Netwerk Afstemming maatschappelijke voorzieningen voor
moeilijke cliëntgroepen.
Doel Betere afstemming van de instellingen op elkaar,
blootleggen van mogelijke hiaten.
Participanten GGD, Gemeentelijke Sociale Dienst, Politie,
Woningbouwvereniging.
Coördinator RIAGG Veluwe Vallei.

Utrecht

Netwerk GROKLA, Grote Klantenoverleg.
Doel Individuele cliënten zo adequaat mogelijk van
dienst zijn. Daarnaast veranderingen in de doel-
groep sneller constateren, gezamenlijk een op-
stelling kiezen en kunnen handelen. Een afgeleide
doelstelling is de signaalfunctie naar het Nemo
(een beleidsoverleg van deze aan het overleg
deelnemende organisaties).
Participanten ZCTU (diverse organisaties, waaronder RIAGG,

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

deelnemend in het project over thuislozen in Utrecht), IHC, GG&GD, Tussenbus, Release, SDU, T-Team, PUDT (voorziening die uitkering en geld van dak- en thuislozen beheert), Bup, AMW, Politie, Strand.

Coördinator SDU.

Dordrecht

Netwerk Netwerk Hulpverlening/Huisvesting.

Doel Het bevorderen van de samenwerking tussen deelnemers ten behoeve van de hulpverlening aan en de huisvesting van mensen, die door problemen die zij hebben en/of het woongedrag dat zij vertonen niet of moeilijk te handhaven zijn in de bestaande woonsituatie.

Participanten Woningcorporaties, Boumanhuis (verslavingszorg), RIBW, RIAGG, Leger des Heils, Politie, Reclassering, GGD, gemeente Dienst Welzijn en Dienst stadsontwikkeling.

Coördinator GGD Zuid-Holland Zuid.

Den Haag

Netwerk Netwerk Hulpverlening aan Illegalen.

Doel Organisatorische en inhoudelijke verbetering van de (noodzakelijke) zorg aan illegalen in Den Haag.

Participanten Alle beroepsgroepen in de eerstelijnszorg, GGD/GVO, Vluchtelingenwerk Den Haag, OKIA, zorgverzekeraars.

Coördinator Projectleider STIOM Noord-Holland.

Rotterdam

Netwerk Lokale zorgnetwerken.

Doel In contact komen met en adequate hulp bieden aan mensen met complexe problemen.

Participanten Samenstelling varieert per buurt, maar de kerngroep bestaat veelal uit: AMW, woningcorporaties, gespecialiseerde Thuiszorg, ouderenwerk, wijkagenten, schoolarts/schoolverpleegkundige, SPV'er/AMW'er.

Coördinator Per netwerk: SPV'er/AMW'er.

Stedelijk: Stedelijke Klankbordgroep Lokale Zorg-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

netwerken.

Groningen

Netwerk	Meldpunten overlast.
Doel	Verminderen van de overlast door een wijkgerichte en integrale aanpak; versterken van de relatie tussen (klagende) burgers en overheid; ontwikkelen van een preventieve aanpak.
Participanten	Dagelijks bestuur per meldpunt: GGD, politie-functionaris, jeugdzorg en de stadsdeelcoördinator. Hieromheen zit een breed netwerk dat zes keer per jaar bij elkaar komt, met daarin: verslavingszorg, AMW/sociaal raadslieden, 7 woningbouwverenigingen, sociaal-cultureel werk, jeugdhulpverlening, maatschappelijke opvang, St. GGZ. Alle meldpunten worden ondersteund door het stedelijke ondersteuningsteam. Hierin zitten de functionarissen van de meldpunten, de stadsdeelcoördinator, de GGD, jeugdhulpverlening en de gemeente (Dienst Sport, welzijn en recreatie en de Bestuursdienst). In de toekomst zal de samenstelling worden beperkt tot de gemeente (diensten en stadsdeelcoördinator) en functionarissen van de meldpunten.
Coördinator	De meldpuntfunctionaris en stadsdeelcoördinator.
Netwerk	Project 'Dubbele diagnose-cliënten'.
Doel	Bewerkstelligen van een passend aanbod binnen de reguliere hulpverlening voor deze doelgroep.
Participanten	Stichting AVG, GGD, Netwerk Cliëntdeskundigen, Stichting GGZ Groningen, Stichting Re-classering Nederland, arrondissement Groningen en Stichting Huis voor Thuis- en Daklozen, zorgverzekeraar (mede-financiering).
Coördinator	GGD Groningen.
Netwerk	Woonconvenant Geestelijke Gezondheidszorg Groningen.
Doel	Chronisch psychiatrische cliënten de mogelijkheid bieden te wonen of te blijven wonen in Groningen, op een wijze die de cliënten willen, met de behandeling en/of ondersteuning en/of rehabilitatieprogramma's die zij nodig hebben, en

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

in goed overleg met en ondersteuning van anderen in hun woonomgeving.

Participanten Gemeente, GGD, Stichting Ambulante verslavingszorg, Stichting GGZ, Stichting Huis voor Thuis- en Daklozen, AMW, Gruno/Groningen, Stichting De Huismeesters, Stichting Noorddijker Woningbouw, Stichting Volkshuisvesting, Woningbouwvereniging Hoogkerk, Christelijke Woningstichting Patrimonium.
Coördinator GGD Groningen.

Beverwijk

Netwerk Noodteam.
Doel Hulpverlening aan mensen in noodsituaties coördineren en afstemmen.
Participanten AMW, RIAGG, Breiderstichting (CAD), Leger des Heils, Politie, Brandweer, woningcorporaties, GGD, Sociale dienst.
Coördinator Gemeente Beverwijk, afdeling sociale zaken.

Regio Zuid-Holland Zuid

Netwerk Forensisch Psychiatrisch Netwerk (meldpunt en consultatieteam).
Doel Voorkomen dat mensen met complexe problemen tussen wal en schip vallen omdat ze niet binnen de reguliere zorg passen.
Participanten DPD Rotterdam/Dordrecht, TBS Kliniek de Kijvelanden, GGD Rotterdam e.o., het Boumanhuis, Reclassering Nederland, BAVO-RNO-groep, RIAGG's, GGzE, APZ Delta en Politie Rotterdam Rijnmond.
Coördinator Coördinatie hulpverlening rondom een cliënt: veelal bij de persoon die een cliënt inbrengt in het overleg.
Het overleg van het consultatieteam wordt voorgezeten door de Districts Psychiatrische Dienst Rotterdam.

Rotterdam

Netwerk Werkgroep Bijzondere Cliënten Dak- en thuislozen.
Doel Door samenwerking specifieke vormen van bena-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

dering, opvang en hulp realiseren voor daklozen. Er wordt zowel casuïstiek besproken als in meer algemene zin werkafspraken gemaakt over de omgang met en afstemming van zorg aan deze groep cliënten.

- Participanten** Er zijn twee aparte werkgroepen, een werkgroep voor Rotterdam-noord en een werkgroep voor Rotterdam-zuid, ieder met een eigen overleg. In de werkgroep Rotterdam-noord participeren: RI-AGG RNW, GGD Rotterdam e.o. (Vangnet en Advies), Pauluskerk, Leger des Heils, Centrum voor Dienstverlening, Symbion, SoZaWe (stedelijke zorg), Boumanhuis, Stichting de Ontmoeting. In de werkgroep Rotterdam-zuid participeren: Stichting PameijerKeerkring, Pauluskerk, Leger des Heils, Sociaal Pension de Schuilplaats, SoZaWe (stedelijke zorg), GGD Rotterdam e.o. (Vangnet en Advies), Stichting Hillevliet, MFC Delta, RIAGG-zuid, Symbion, GGZ Basisberaad, Havenzicht, Crisiscentrum Rotterdam.
- Coördinator** Coördinator van de hulpverlening rondom een individuele cliënt is degene die een casus inbrengt in het overleg. Het overleg wordt voorgezeten door het Centrum voor Dienstverlening.

4 Ouderen- en gehandicaptenzorg

Regio Overijssel Noord-West

Netwerk Stuurgroep PIRO.

Doel Beleid ten behoeve van de ouderenzorg afstemmen.

Participanten Gemeenten, woningcorporaties, verzorgings- en verpleeghuizen, SWO, AMW, Thuiszorg.

Coördinator Gemeente Steenwijk. Secretariaat door een extern bureau.

Maarsssen

Netwerk Lokaal Zorgnetwerk Maarsssen.

Doel Aan hulpvragers een samenhangend, efficiënt en vraaggericht pakket van zorg, hulp en diensten aanbieden. Dit betekent informeren, signaleren, bevorderen van de samenwerking, en ook het ont-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

wikkelen van gezamenlijke initiatieven en projecten, waaronder het opzetten van de lokale zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer.

Participanten Gemeente, woningcorporatie, stichting Zorg en Welzijn, Thuiszorg, Verpleeghuis, SWO.

Coördinator Kerngroep.

Geldrop-Nuenen

Netwerk Zorgnetwerk Geldrop-Nuenen.

Doel Coördinatie en integratie van het zorgaanbod, o.a. door het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal integraal beleid ten aanzien van zorg, wonen en welzijn en het inrichten van twee zorgcentrales.

Participanten Gemeente, Gecoördineerd Open Bejaardenwerk Geldrop-Nuenen, Maatschappelijke dienstverlening, Kruiswerk, Zorgstichting, Vrijwilligersorganisaties, stichting Huisvesting en Verzorging van Bejaarden Nuenen c.a.

Coördinator Beleidscoördinator, directeur SWO.

Barneveld

Netwerk Stuurgroep Zorg en Welzijn Barneveld.

Doel Bevorderen goede (beleids)afstemming in de zorgverlening en het welzijnswerk t.b.v. ouderen en gehandicapten en het initiëren van vernieuwende ontwikkelingen in de gemeente Barneveld. Door: signaleren van leemten, ontwikkelen van een samenhangende visie op actuele terreinen van woonzorg, zorgindicatie en zorgpreventie, ontwikkelen van een visie op de verdeling van zorgtaken.

Participanten Verzorgingshuizen, verpleeghuis, ouderenbonden, welzijn ouderen, huisvesting, kruiswerk, gezinsverzorging, vrijwilligerswerk, gehandicaptenzorg, RIAGG, adviseur gemeente Barneveld.

Coördinator Extern adviseur.

Den Bosch-West

Netwerk Ouderen in contact.

Doel Bestrijden eenzaamheid van ouderen.

Participanten GGD, RIAGG, Thuiszorg, welzijnsinstelling,

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

wijkouderenraad. Daarnaast contact met huisartsen, AMW, pastoraal werk.

Coördinator GGD Den Bosch.

Den Bosch

Netwerk Mantelzorg (in oprichting).

Doel Structureren van de ondersteuning van mantelzorgers in Den Bosch.

Participanten GGD, Welzijnsinstelling, Thuiszorg, Rode Kruis.

Coördinator Welzijnsinstelling.

Rheden

Netwerk Netwerk Ouderenzorg Rheden.

Doel Meer samenhang en afstemming realiseren binnen vier elementen van de ouderenzorg: zorgvraag, zorgaanbod, zorgtoegang en zorgfinanciering.

Participanten Projectraad: verzorgingshuizen, Thuiszorg, ziekenhuis, Riagg, Stichting Welzijn Rheden, gemeente, provincie, Zorgverzekeraars, vrijwilligersorganisaties.

Coördinator Extern projectleider, daarna de gemeente.

Deelgemeente Hoogvliet

Netwerk Zorgregio Hoogvliet/Pernis.

Doel Het realiseren van samenhang en afstemming van zorg, wonen en welzijn voor ouderen in Hoogvliet en Pernis.

Participanten Verzorgingshuis Meeuwenhof, Woon-, Zorgcentrum en Verpleeghuis Siloam, Geriatisch Centrum Breede Vliet, Zorgcentrum Het Havenlicht, Thuiszorgcentrum Max Havelaarweg, St. Dienstencentrum Loksterland, Ouderenvertegenwoordiging Hoogvliet, Ouderenvertegenwoordiging Pernis, Wijkraad Pernis, Deelgemeente Hoogvliet.

Coördinator Deelgemeente Hoogvliet.

Zuidwest Friesland

Netwerk Samenwerkingsoverleg Preventief.

Doel 1. Ontwikkeling en uitvoering van een aantal

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

gezamenlijk afgestemde preventieprogramma's ten behoeve van de doelgroep ouderen (55+).

2. Met behulp van preventie en samenwerking (toekomstige) ouderen in staat stellen om zo lang en gezond mogelijk zelfstandig in hun vertrouwde omgeving te wonen.

Participanten Stichtingen Welzijn Ouderen in Zuidwest Friesland, Verpleeghuizen 'De Ielânen' in Sneek en 'de Flecke' te Joure, RIAGG afdeling Preventie, St. Thuiszorg Zuidwest Friesland, Verzorgingshuizen in Zuidwest Friesland, Antonius Ziekenhuis, Verpleeghuis 'Bloemkamp' te Bolsward, Bureau Zorg Toewijzing Zuidwest Friesland, St. Coördinatie Vrijwillige Thuishulp, GGD Zuidwest Friesland.

Coördinator GGD Zuidwest Friesland.

Bijlage 2

Lokale zorgnetwerken: tien cases uitgebreid beschreven

Hieronder treft u de beschrijving van de tien onderzochte lokale zorgnetwerken. De beschrijving per netwerk bestaat uit twee gedeeltes. Het eerste deel is een beschrijving van het netwerk, aan de hand van een aantal relevant geachte elementen van netwerken, waaronder ook de rol van de gemeente in het netwerk. Het tweede deel is evaluatief van aard en bevat het antwoord op de vraag in hoeverre volgens de respondenten de doelstellingen van het netwerk worden bereikt en wat bevorderende en belemmerende factoren bij de totstandkoming en het functioneren van het netwerk waren en zijn.

Enkele van de beschreven netwerken vallen onder een project en vallen netwerk en project niet samen. In deze gevallen is niet het project, maar het netwerk de invalshoek van de beschrijving.

1 Utrecht: Zorgbreedteams

Doel

Voorkomen vroegtijdige (onderwijs)uitval van jongeren.

Doelgroepen

Jongeren op IVBO/MAVO scholen voortgezet onderwijs.

Type netwerk

De zorgbreedteams zijn op individuele jongeren gerichte netwerken op scholen voortgezet onderwijs.

Samenwerkingspartners

School, schoolarts of schoolverpleegkundige, St. Stade/ppi, (orthopedagoog) en een maatschappelijk werker vanuit de afdeling Leerplicht. In één enkel geval neemt ook de politie deel aan het overleg. Op twee lokaties gaat er een experiment van start met de participatie van Bureau Jeugdzorg in het zorgbreedteam.

Achtergrond/historie

De laatste jaren signaleerden scholen en hulpverleners steeds meer kinderen met problemen op meerdere vlakken. Negentig procent van deze zogenaamde risicokinderen in Utrecht zit op IVBO/VBO/MAVO scholen. Op een aantal van deze scholen met een sterk ontwikkelde leerlingbegeleiding bestond overleg tussen

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

school en hulpverleners over individuele leerlingen. De leerplicht maatschappelijk werker was hierbij een spil in het web van de externe begeleiders op de scholen.

De gemeente in het algemeen en de afdeling leerplicht in het bijzonder komt uiteindelijk de kinderen met de problemen tegen. Voor de groepen 0 - 12 jarigen en 12 - 17 jarigen bestaan er hiervoor wijknetwerken in de gemeente. Voor de eerste groep werken op uitvoeringsniveau schoolartsen, leerplicht, scholen, schoolverpleegkundigen, peuterspeelzalen, kinderwerk en politie met elkaar samen. Een vergelijkbaar netwerk is er ook voor de 12 - 17 jarigen, maar omdat de wijk niet de schaal is waarop alle jongeren in beeld komen, heeft het wijknetwerk voor deze groep geen sluitende signaleringsfunctie. Hiervoor vindt men de v.o.-school een veel betere schaal, omdat op de school alle jongeren in beeld komen. Vervolgens is vanuit de gemeente, de afdeling onderwijs, de ontwikkeling van zorgbreedteteams gestimuleerd. Belangrijke factoren hierbij waren:

- een sterk ontwikkelde afdeling leerplicht, die naast leerplicht-taken ook scholen adviseert met betrekking tot de aanpak en preventie van verzuim en uitval;
- het feit dat de gemeente altijd met de risicokinderen in aanraking komt;
- de visie van de afdeling onderwijs dat de zorg voor 'bodemgroepen' (mede) een taak van de gemeente is.

Op twee scholen is een zorgbreedteteam door de scholen zelf opgebouwd. Op vier andere scholen na stimulans van de gemeente.

Ontwikkelingsstadium

Op papier bestaan er nu zes zorgbreedteteams. De fase waarin de zorgbreedteteams op de verschillende scholen zich bevinden verschilt. De eerste functioneren nu ongeveer vier jaar en deze functioneren goed. Bij de anderen is het doel en de rol van de participanten nog niet altijd duidelijk en staat er minder op papier.

Initiatief

Gemeente Utrecht, in combinatie met enkele scholen.

Regie

De schoolcoördinator/leerlingbegeleiding op de betreffende school.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

De gemeente probeert de ondersteuning en professionalisering van de teams nu te versterken door het aanstellen van een centrale coördinator.

Werkwijze

Scholen ontwikkelen zelf een werkmethode, zodat deze zo veel mogelijk aansluit bij het begeleidingssysteem van de school. Het team bespreekt individuele leerlingen. Enkele scholen hebben een getrapte begeleidingsstructuur opgezet, waarbij een kind met problemen eerst bij de mentor, vervolgens bij het leerlingbegeleidingsteam op de school en vervolgens in het zorgbreedteteam wordt besproken. De laatste stap is dan het maken van een behandelpun op basis van de hulpvraag, samengesteld vanuit de verschillende disciplines die deelnemen aan het zorgbreedteteam.

Daarnaast wordt een systematische bespreking van alle leerlingen die tussentijds in- of uitstromen gestimuleerd. Het zorgbreedteteam functioneert hierbij als een schakel tussen de mentor of leerlingbegeleider op een school en de externe hulpverlening. Op alle scholen is de werkwijze vrij informeel.

Formele status

Op enkele scholen zijn afspraken vastgelegd tussen de deelnemende instellingen.

Op alle scholen worden afspraken over individuele leerlingen vastgelegd.

Op geen enkele school is vastgelegd welke invloed het zorgbreedteteam formeel heeft op het schoolbeleid.

Financiering

De deelname aan het zorgbreedteteam is op 'vrijwillige' of projectbasis. Er is nog nergens structurele financiering/deelname geregeld.

In het schooljaar 1998/1999 zal extra geld worden vrijgemaakt door de gemeente voor de inzet van schoolartsen op ziekteverzuim (f 50.000) en voor de centrale ondersteuning (voor 6 uur per week gedurende 2 jaar - f 25.000,- per jaar).

Bureau Jeugdzorg zal vanuit eigen middelen (experimenteel) gaan deelnemen aan twee zorgbreedteteams.

Registratie

Niet centraal. Enkele registreren hun activiteiten voor individuele

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

kinderen, maar er wordt nog niet systematisch geëvalueerd.

Contactpersonen

Mevrouw I. Vugts en mevrouw A. Jeurissen, gemeente Utrecht, dienst Onderwijs. Mevrouw A. van de Akker, GG&GD Utrecht - coördinator m.i.v. schooljaar 1998/1999.

Beleidsinkadering

Het brede beleidskader waarin de zorgbreedteteams passen is het Lokaal onderwijsbeleid en het Preventief Lokaal Jeugdbeleid. Voor Ina Vugts horen de zorgbreedteteams als module in het jeugdbeleid thuis. Dit is echter nog niet het geval. Deelname aan een zorgbreedteteam is nog geen onderdeel van het vastgestelde beleid van de deelnemende instellingen, de afdeling leerplicht van de gemeente uitgezonderd.

Rol van de gemeente

De gemeente heeft sturing gegeven aan de ontwikkeling van de zorgbreedteteams. De wijze waarop ze dit heeft gedaan, is praten met de directies van de scholen, met de informele leiders/leerlingenzorg, de schoolarts, jeugdzorg; zowel op management- als uitvoeringsniveau. Ook vanuit leerplicht op de school zelf werd samenwerking gestimuleerd. Een belangrijk element in deze gesprekken was aangeven wat de scholen er zelf aan hebben. Andere scholen worden nu in de gelegenheid gesteld een zorgbreedteteam te starten, dat wil zeggen: zij kunnen hun achterstandsgelden hierop inzetten. Daarnaast probeert de gemeente de scholen meer verantwoordelijk te maken voor de problematiek. Tot nu toe is het vooral de gemeente die de problemen ondervindt als het mis gaat met kinderen. De gemeente wil dat de scholen zich hiervoor verantwoordelijk gaan voelen.

Realisatie doelstellingen

Samenwerking

Het functioneren van de teams blijkt afhankelijk van de mate van sturing en visie door de school zelf (veel is positief) en van de professionaliteit van de deelnemers.

Een voordeel van de zorgbreedteteams voor de deelnemers is de

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

status die het binnen de school geeft; je hoort ergens bij. Een ander voordeel is dat de manco's van de school beter aan de orde kunnen worden gesteld en aangepakt. Elk van de externe hulpverleners op zich heeft hiertoe de power niet, maar bij samenwerking wel.

Inhoud

In hoeverre de zorgbreedteams daadwerkelijk bijdragen aan het voorkomen van vroegtijdige uitval is niet bekend.

Bevorderende factoren

- Een open sfeer in het zorgbreedteam. De proceskant van het netwerk is heel belangrijk, omdat het een samenspel van mensen is, die het samen moeten doen.
- Het probleem voorop stellen: het zorgen dat jongeren op de goede plek terecht komt of de juiste ondersteuning krijgt als gemeenschappelijk belang van de hulpverleners in het team.
- Zorgbreedte moet passen in de structuur van de school. Een actieve leerlingbegeleiding werkt hierbij positief. Voor het goed functioneren hiervan is een ontwikkelde leerlingbegeleiding nodig.
- Begeleiding en coördinatie van de netwerken van bovenaf. Men heeft hier goede ervaringen mee bij de wijknetwerken van 0 - 12 jarigen. Deze zijn in een stroomversnelling geraakt nadat er coördinatie op was gezet. Hierdoor krijgen de hulpverleners 'training on the job'.
Analoog aan deze begeleiding (door de bpu), wordt nu ondersteuning voor de zorgbreedteams opgezet, in een project voor twee jaar. Hiervoor is een medewerker van de GG&GD Utrecht aangezocht, die voldeed aan het gewenste profiel van de functie: zowel de cultuur van de externe professionals kenen en er ingangen hebben als de cultuur van de school kennen en ook in deze wereld ingangen hebben. Men wil dat er een herkenbare identiteit van de zorgbreedteams komt, met eenzelfde doel, opdracht, evaluatie, werkwijze en deelnemers. Dit is ook nodig om samenwerking met de stedelijk opererende instellingen als de Raad voor de Kinderbescherming en Bureau Jeugdzorg mogelijk te maken. Zij kunnen niet in elk zorgbreedteam participeren en moeten daarom wel weten wat ze kunnen verwachten van elk netwerk - dat een doorverwijzing ongeveer een zelfde problematiek behelst.
- Opnemen in het beleid, want pas dan is er structureel tijd en geld voor de participatie in het zorgbreedteam. Bijvoorbeeld: het probleem is dat voor het Bureau Jeugdzorg, de GGD en

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

orthopedagoog nu ad hoc c.q. in praktische zin is voorzien in deelname aan het zorgbreedteteam op een aantal scholen, maar het is bijvoorbeeld nog geen structureel onderdeel van de functie van een schoolarts of hulpverlener van Bureau Jeugdzorg. Dit betekent bijvoorbeeld dat er onvoldoende capaciteit is bij de schoolartsen om eventueel extra werk dat uit de zorgbreedteteams komt ook uit te voeren.

- Positieve, stimulerende kracht vanuit de afdeling Onderwijs van de gemeente.

Belemmerende factoren

- Geen directe sturing op de coördinatoren van de zorgbreedteteams. De verantwoordelijkheid voor elk van de partijen is onduidelijk. Hier willen ze nu iets aan gaan doen middels de ondersteuning vanuit de GGD. Deze begeleiding zou ook kunnen leiden tot meer preventie en structuur in de zorgbreedteteams.
- Gebrek aan management/sturing van de school zelf. Voor de zorgbreedteteams is de medewerking vanuit het management-niveau van de scholen zeer belangrijk.
- Participatie in het netwerk is een nieuwe taak voor de deelnemers in het netwerk. Dit betekent dat het extra tijd kost en het dus moeilijk te organiseren is.
- Financiële middelen die moeilijk te vinden zijn. Alle politieke aandacht is lange tijd naar de wijknetwerken gegaan. Dit maakt het moeilijk deze nieuwe netwerken in het beleid in te passen.

Bronnen:

- Interview met mevrouw I. Vugts en mevrouw A. Jeurissen van de Dienst Onderwijs, gemeente Utrecht d.d. 25 juni 1998.
- Schriftelijk stuk: Voorstel financiering ondersteuning Zorgbreedteteams.

2 Dordrecht: Multi-Disciplinaire teams 4-12 jarigen

Doelen

In de handreiking voor de MD-teams worden de volgende doelen geformuleerd.

Procesdoelen:

- het leggen van verbindingen tussen de werkgebieden van de deelnemende instellingen;
- het afstemmen van elkaars taken binnen het team;

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

- het ontwikkelen van een eigen methodiek;
- een blijvende overlegstructuur tussen onderwijs en jeugdhulpverlening;
- het realiseren van een vindplaatsgerichte werkwijze, zodat kinderen en gezinnen, die hulp nodig hebben, maar waarvoor de drempels naar de jeugdhulpverlenings-instelling te hoog zijn, toch bereikt worden.

Inhoudelijke doelen:

- een gezamenlijke inhoudelijke aanpak gericht op secundaire en primaire preventie van psychosociale problematiek. Hieronder vallen: analyseren en diagnosticeren van individuele en groepsproblematiek; het maken van een stappenplan, deskundigheidsbevordering van leerkrachten, voorkomen van verwijzing naar het speciaal onderwijs, tijdige verwijzing naar de juiste hulpverleningsinstelling.
De MD-teams op de diverse scholen werken onafhankelijk van elkaar en hebben ook eigen doelstellingen, afhankelijk van de fase van ontwikkeling waarin ze verkeren.

Doelgroep

Risicokinderen van 4 tot 12 jaar.

Type netwerk

Het netwerk bestaat uit een aantal lagen:

- Op uitvoeringsniveau werken de basisschool, GGD, Schoolbegeleidingsdienst en Schoolmaatschappelijk werk samen in op individuele kinderen gerichte MD-teams.
De ondersteuning van de MD-teams is ondergebracht bij het project Risicokinderen.
- Dit project is ondergebracht bij het KOJD: Kernberaad Onderwijs Jeugdhulpverlening Dordrecht, een samenwerkingsverband van: BSVOD, Jeugdzorg Ambulant, Opmaat/SMW, GGD/JGZ, SBH/ZHZ, RIAGG/JGZ. De functionarissen zijn de adjunct-directeur van de SBD en teamleiders van de overige instellingen.
- Onder het KOJD valt de Werkgroep Basisonderwijs. Deze werkgroep bestaat uit BSVOD, SBD, GGD, Opmaat/SMW, Jeugdzorg en BSVOD. Hierin zitten teamleiders en enkele werkers. De schakel tussen werkgroep en kernberaad is de projectleider.
- Op bestuurlijk niveau wordt het project Risicokinderen (en daarmee de ontwikkeling en ondersteuning van de MD-teams) aangestuurd door het BSVOD (Bestuurscommissie Sociale

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Vernieuwing Onderwijs Dordrecht), een commissie die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het onderwijs-achterstandsbeleid. De leden zijn de schoolbesturen.

In de toekomst zal de samenstelling van het Kernberaad en de Werkgroep veranderen. In het Kernberaad komen alleen leden van directies en deze krijgen als taak het beleid in grote lijnen uit te zetten. In de werkgroep komen de teamleiders, die het beleid verder uitwerken en die de vertaling naar de werkers moeten maken.

Samenwerkingspartners

Samenstelling MD-Team: Intern leerlingencoördinator, directielid school, GGD, Schoolbegeleidingsdienst, School maatschappelijk werk. Daarnaast worden ook wel ingeschakeld: RIAGG, Stichting Jeugdzorg, Raad voor de Kinderbescherming, Bureau Vertrouwensarts, speciale gezinszorg.

Achtergrond/historie

Begin jaren negentig kwam er een omslag in het gemeentelijk beleid. Vanuit het randgroepenbeleid ontstond de notie dat veel eerder begonnen moest worden met het aanpakken van problemen bij kinderen. Preventief jeugdbeleid zou hierin moeten voorzien. Tegelijkertijd was er in het basis- en voortgezet onderwijs een vraag: zij zagen veel problemen met jongeren, maar zagen bij de hulpverleningsinstellingen door de bomen het bos niet meer. Het onderwijs wilde daarom beter samenwerken. De jeugdhulpverleningsinstellingen stelden voor om met elkaar aan tafel te gaan zitten. Dit werd het Kernberaad Onderwijs Jeugdhulpverlening Dordrecht. Hierin waren zowel de scholen als de hulpverleningsinstellingen vertegenwoordigd.

De gemeente Dordrecht gaf aan dit KOJD de opdracht zich te richten op de jeugd van 4 tot 12 jaar en om daar het onderwijs en de jeugdhulpverlening zo goed mogelijk samen te laten werken. Speerpunt vormden de achterstandswijken. In het kader van het preventief jeugdbeleid van de gemeente werd vervolgens het project Risicokinderen gestart. Uitgangspunt van dit project is dat vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen escalatie ervan in de toekomst kan voorkomen.

De projectleider wilde concrete samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulpverlening gestalte geven. Hij kon hierbij aansluiten bij de behoefte die er binnen de scholen en de jeugdhulpverleningsinstellingen bestond om met elkaar samen te gaan werken. De concrete invulling hiervan waren de MD-teams, die direct aansloten bij de behoefte van individuele hulpverleners op

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

scholen om samen te werken. Op twee scholen bestond er al een dergelijke samenwerking in de vorm van zogenaamde zorggroepen. Bij het ontwikkelen van MD-teams werd prioriteit gelegd bij scholen in de achterstandswijken, die zich als eerste aan konden melden.

Ontwikkelingsstadium

In 1992 was op 24% van de scholen een MD-team (12 teams). Dit is gegroeid naar 36 scholen (alle scholen die deelnemen aan de twee Dordtse samenwerkingsverbanden Weer Samen Naar School) in het schooljaar 1997/1998. Intussen is men ook begonnen met MD-teams in het voortgezet onderwijs en in de voorschoolse periode.

Initiatief

De projectleider van het project risicokinderen, waarbij er al draagvlak bestond voor meer samenwerking bij scholen en hulpverleningsinstellingen.

Regie

Per team: schoolbegeleidingsdienst (orthopedagoog)

De teams als geheel: de projectleider van het project Risicokinderen.

Werkwijze

Alle leden van een team kunnen een kind met problemen inbrengen. Vervolgens kunnen zij de problematiek analyseren, advies geven, nader onderzoek doen, ondersteuning of hulpverlening bieden, verwijzen naar tweedelijnsinstellingen. De teamleden stemmen hun taken onderling af en leggen die vast in een handlingsplan.

Er worden af en toe ook preventie-projecten gestart op een school, naar aanleiding van de signalen uit het MD-team.

De teams worden aangestuurd en ondersteund vanuit het project risicokinderen. Van hieruit is standaardmateriaal voor de MD-teams ontwikkeld. Dit bestaat uit een kindkaart, informatiefolders voor ouders en voor de schoolteams, informatie aan teams over kindermishandeling, richtlijnen voor leerlingbespreking, verklaring voor toestemming MD-team bespreking en een voorbereidingsformulier MD-team overleg.

Formele status

Afspraken tussen instellingen zijn niet geformaliseerd.

Sommige scholen registreren de besproken kinderen middels

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

registratieformulieren, andere niet.

Financiering

De uitbreiding van de MD-teams naar alle basisscholen vereiste een uitbreiding van het schoolmaatschappelijk werk. Deze is tijdelijk gefinancierd door de gemeente Dordrecht en BSVOD. Voor een structurele uitbreiding sloten de St. Opmaat en de St. Jeugdzorg Ambulante Hulpverlening een samenwerkingsovereenkomst.

Kosten uitbreiding MD-teams naar alle basisscholen:

1997: 330.000, betaald door gemeente en provincie

1998: 479.000, betaald door gemeente, provincie en grote-stedenbeleid

1999: 516.000, betaald door gemeente, provincie en grote-stedenbeleid

Voor het invoeren van de MD-teams in het voortgezet onderwijs is door de gemeente in de jaren 1997 en 1998 128.000 begroot, en in 1999 80.000.

Registratie

Jaarlijkse evaluatie van de MD-teams vanaf het schooljaar '92-'93. De scholen wordt ook elk jaar gevraagd of zij door willen gaan met het MD-team ja of nee.

Contactpersoon

De heer D. de Man, projectleider project Risicokinderen, st. Jeugdzorg.

Beleidsinkadering

Het ontwikkelen en ondersteunen van de MD-teams valt onder het project Risicokinderen. Dit is een maatregel die in het kader van het preventief jeugdbeleid van de gemeente Dordrecht is genomen. Het project is onderdeel van het Plan van aanpak van de nota Jeugd in beeld van de gemeente Dordrecht.

De MD-teams vormen onderdeel van het Activiteitenplan van het project Risicokinderen en KOJD.

Bij de instellingen is deelname aan een MD-team onderdeel van hun beleid.

Onder het samenwerkingsverband Weer Samen Naar School valt de Werkgroep Dordts Overlegplatform. Deze heeft samen met het KOJD een voorstel gedaan voor invoering van een gezamenlijke zorgstructuur. Deze zal met ingang van 1998/1999 worden ingevoerd. Hiermee zullen de MD-teams structureel onderdeel van

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

de zorgstructuur onderwijs-jeugdhulpverlening voor 4-12 jarigen uit gaan maken.

Rol van de gemeente

De gemeente heeft besloten om op alle basisscholen een MD-team te realiseren. Aanleiding hiervoor waren de positieve reacties van basisscholen en jeugdzorginstellingen op de samenwerking op de scholen. De gemeente financiert het project Risicokinderen en de MD-teams, en zij maakt zich bij de provincie hard om vanuit de jeugdhulpverlening hier meer geld in te steken of gelden te verschuiven. Verder staat de gemeente op afstand.

Realisatie doelstellingen

De MD-teams bevinden zich in een start en implementatiefase. Nodig is volgens scholen zelf: constante verduidelijking van de multi-disciplinaire werkwijze en om verdere ontwikkeling. De teams moeten de werkwijze ook echt in de vingers krijgen, wat een tijd blijkt te duren. Over de effecten van de MD-teams zijn de scholen verdeeld. Velen noemen met betrekking tot:

Samenwerking

Makkelijker de weg naar elkaar vinden, het vergroten van de betrokkenheid bij sociaal-emotionele problemen, het delen van verantwoordelijkheid;

Inhoud

Kortere lijnen met instellingen (maar niet bij alle scholen), een betere verwijzing, deskundigheidsvergroting, kinderen worden vroegtijdig gesignaleerd (leerkrachten trekken eerder aan de bel), het hulpverleningsproces wordt alert gevolgd waardoor het niet kan verstarren. Of het beter is voor de kinderen weet men niet, maar men gaat er wel van uit.

De leden van MD-teams menen dat er nog gewerkt moet worden aan verbetering van vroegtijdig signaleren, verhoging van de effectiviteit van het handelen en deskundigheidsbevordering' (op deze punten vindt de meerderheid van de scholen het effect nog onvoldoende).

Bevorderende factoren

- De MD-teams zijn van onderop gegroeid: de scholen melden

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

zichzelf aan.

- Een neutrale projectleider, die tussen de instellingen in staat. De projectleider is ondergebracht bij de St. Jeugdzorg. Dit maakt het makkelijker om hulpverleningsinstellingen op te roepen te kijken hoe ze beter met het onderwijsveld kunnen samenwerken.
- Een projectleider die op inhoud stuurt en zich dienstbaar aan de samenwerking opstelt (d.w.z. partijen bij elkaar brengen en aansluiten bij hun behoeften).
- Bij de start: de tijdgeest. Er was veel behoefte aan meer samenwerking, vanuit het inzicht dat hulpverleners en de school elkaar nodig hebben om de gesignaleerde problemen van kinderen aan te kunnen pakken.
- Per team: één persoon die het team kan trekken, voortgang van afspraken kan nagaan, een centrale rol naar kinderen, collega's en de contacten naar buiten kan vervullen. (Uit: evaluatie 1993).

Belemmerende factoren

- De tijdsdruk op uitvoerend niveau: hierdoor komt men niet aan preventie toe.
- Voor de gemeentelijke aansturing: de plaats waar de verantwoordelijkheid van het onderwijsachterstandsbeleid ligt. Deze ligt tot 1 augustus 1998 bij de BSVOD (bestuurscommissie sociale vernieuwing onderwijs). Dit is een commissie met gelijke bevoegdheden als een raadscommissie, die verantwoordelijk was/is voor de uitvoering van het onderwijsachterstandsbeleid. De leden zijn de schoolbesturen. Geld kreeg zij van de gemeente. Door de besturen aangewezen coördinatoren voerden het uit. Met het GOA verschuift de verantwoordelijkheid voor het onderwijsachterstandenbeleid van de schoolbesturen naar de gemeente. Men is er nog niet uit hoe het verder moet, waarbij men wel de ontstane goede samenwerking en know-how wil bewaren.

Bronnen:

- Interview met de heer D. de Man, projectleider project Risicokinderen, d.d. 23 juni 1998.
- (telefonisch) Interview met mevrouw S. Beunke, projectleider Jeugd, gemeente Dordrecht.
- Schriftelijke stukken: 'Jaarverslag BSVOD 1996-1997', jaarlijkse Rapportage MD-teams 1992 tot 1997, Interviews evaluatie MD-teams, Richtlijnen voor leerlingbespreking, verklaring voor toestemming MD-team bespreking, informatiefolders voor schoolteams en ouders, kindkaart, voorbereidingsformulier MD-team overleg, 'Nota Jeugdbeleid: Jeugd in Beeld', 'Jeugd in

beeld; plan van aanpak', 'Dordts Actieplan Jeugd en Veiligheid'.

3 Nijmegen: Platform Bestrijding Volksziekten

Doel

Een brede, planmatige aanpak van de preventie van hart- en vaatziekten en kanker.

Doelgroepen

De hele bevolking van de regio Nijmegen.

Type netwerk

Het Platform is een themagericht netwerk. In het Platform participeren de directies van de deelnemende instellingen. Het Platform beoordeelt toekomstplannen c.q. interventieplannen en komt op afroep, op laagfrequente basis bij elkaar. Op uitvoeringsniveau werkt de GGD op bilaterale basis samen met de deelnemende organisaties. Het eerste resultaat zijn een reeks rookpreventie-activiteiten.

Samenwerkingspartners

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Sanamed (huisartsenlaboratorium), Districts Huisartsen Vereniging, Regionale Huisartsen Vereniging, Regionaal Patiënten/consumenten Platform Zuid-Gelderland, Vereniging vóór en Nazorg bij Hartoperaties en Hartziekten, Kruisvereniging Zuid-Gelderland, Katholieke Universiteit Nijmegen, Integraal kankercentrum Oost-Nederland, GGD, gemeente Nijmegen, Kring Verloskundigen, (landelijke Stichting Volksgezondheid en Roken (StiVoRo)).

Achtergrond/historie

Bij het bepalen van het gemeentelijk aanbod van preventieve zorg koos de GGD voor een ziekte-georiënteerd beleidskader. De gemeenten in de regio kozen vervolgens voor twee nieuwe prioriteiten: de bestrijding van kanker en van hart- en vaatziekten. Volgens de GGD vereist een succesvolle preventie dat gelijktijdig aan de diverse geledingen van de bevolking meerdere op dezelfde doelstelling gerichte interventie-activiteiten aan worden geboden, in samenhang met voorzieningen in het fysieke milieu. De GGD benaderde vervolgens (naar aanleiding van de nota 'Volksgezondheid: onze zorg' - die was geaccordeerd door de tien gemeenten waarvoor de GGD werkt) alle regionale partners die

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

betrokken zijn bij preventie, zorg en beleid op het gebied van hart- en vaatziekten en kanker. Hiermee voerde zij oriënterende gesprekken, meestal op directieniveau, soms op uitvoeringsniveau. Daarnaast is gesproken met de landelijke organisaties Stichting Volksgezondheid en Roken en de Nederlandse Hartstichting en met de Landbouw Universiteit Wageningen en de Katholieke Universiteit Nijmegen. Uit deze gesprekken kwam het Platform voort.

Ontwikkelingsstadium

Op 6 november 1996 is het Platform Bestrijding Volksziekten ingesteld, op een bijeenkomst van de deelnemende partijen. Als eerste gezamenlijke speerpunt is daar gekozen voor rookpreventie. Aan verdere speerpunten is men niet toegenomen.

Initiatief

GGD Regio Nijmegen.

Regie

GGD Regio Nijmegen.

Werkwijze

De GGD is de motor van het Platform. Iedere partij ontwikkelt activiteiten gericht op roken, horend bij de mogelijkheden van de betreffende participant. De ontwikkeling van deze activiteiten vindt plaats tussen de GGD en de betreffende organisatie.

Formele status

Op de oprichtingsvergadering heeft de directie van iedere instelling zijn toezegging gedaan. De GGD is terughoudend in verdere formalisering.

Financiering

- 2 x 0,33 fte ten behoeve van de coördinatie en sturing door de GGD, betaald door de gemeenten in de GGD regio.
- In juni 1998 is een subsidieverzoek opgesteld ten behoeve van 0,5 fte coördinatie voor het rookpreventieproject en 0,2 fte voor het aanjagen van een actievere toepassing van de (gewijzigde) Tabakswet in de tien gemeenten in de regio.

Registratie

Er is een Raamplan Rookpreventie met activiteiten (doel, werkwijze en resultaten) voor het Platform gemaakt. Ten behoeve van de vergadering van 18 juni is de stand van zaken van de

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

activiteiten vastgelegd.

Evaluatie van de activiteiten blijkt moeilijk, omdat het effect van de activiteiten (in termen van minder roken en minder sterftegevallen) niet te meten is.

Contactpersonen

De heer C.H. Huisman en mevrouw M. Vennegoor, GGD Regio Nijmegen.

Beleidsinkadering

De GGD stelde in 1995 de nota 'Volksgezondheid: onze zorg' op. Deze werd opgenomen in het beleidsplan van de GGD en in het volksgezondheidsplan van de tien gemeenten van de GGD Regio Nijmegen. Hierin geven gemeenten en GGD prioriteit aan de bestrijding van volksziekten, waarbij de GGD extra aandacht besteedt aan het bestrijden van hart- en vaatziekten en aan kanker. Voor de bestrijding is gekozen voor een brede, planmatige aanpak en wordt samenwerking gezien als een belangrijke voorwaarde voor het slagen van die benadering. Bij de overige deelnemende organisaties maakt het Platform marginaal deel uit van het beleid.

Rol van de gemeente

- Participanten in het Platform.
- Activiteiten: Wijziging en uitvoering Tabakswet (Gemeenten streven naar het rookvrij krijgen van gemeentelijke instellingen).
- Financier van de coördinatiefunctie.
- Geeft legitimatie aan de activiteiten en initiërende rol van de GGD.

Realisatie doelstellingen

Samenwerking

Het netwerk is nog in ontwikkeling. De partners zijn enthousiast over de samenwerking, die tegelijkertijd ook moeizaam gaat en het veel moeite kost alle partners erbij te houden.

Inhoud

Het Platform is nodig voor het kader, waarin alle organisaties aangeven dat ze het belangrijk vinden dat bepaalde dingen gebeuren. De kracht van het netwerk zou er dan ook in moeten liggen dat je ook over twee jaar nog met rookpreventie bezig kunt zijn - terwijl dat in het verleden met een project en een voorlichtingsavond ophield. Deze structuur helpt in de continuïteit die voor preventie nodig is.

Een voorbeeld van een effect van de samenwerking is dat één van

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

de deelnemende organisaties een rookpreventie-activiteit uit haar aanbod wilde schrappen. Hier zijn zij door de directeur van de GGD op aangesproken, hierbij wijzend op de participatie aan en doelstellingen van het Platform. Vervolgens is de beslissing teruggedraaid en het aanbod gehandhaafd.

Bevorderende factoren

- Samenwerking op een inhoudelijk thema, dat bovendien door iedereen belangrijk wordt gevonden. Dit is de bestrijding van hart- en vaatziekten en kanker, met roken als gezamenlijk actiepunt. Deze visie op preventie blijkt in staat gemeentebestuurders en curatieve instellingen aan elkaar te verbinden. Op leefstijl, gezonde stad of sociaal-economische gezondheidsverschillen zou volgens Huisman de samenwerking nooit tot stand zijn gekomen. De reden hiervoor is dat de selectie van een groep burgers en/of wijk in de stad de curatieve sector niet op voorhand aanspreekt. In deze sector zijn gezondheidsthema's het ordeningsprincipe - terwijl voor gemeenten de geografische afbakening wel interessant is. Als inhoudelijke bindende schakel van het netwerk speelt het multi-interventiemodel een belangrijke rol. Dit model geeft invulling aan een programmatige werkwijze van meervoudige, gelijktijdig ingezette preventie-instrumenten gericht op een bepaald thema. Die aanpak zorgt ervoor dat alle deelnemende partijen op elk moment een onmisbare schakel zijn in het geheel en dat ze allemaal tegelijk mee moeten doen. Hierdoor bestaat er ook:
 - Een gevoel van meerwaarde van de participatie voor de deelnemers. Nu heerst er het gevoel dat de activiteiten van de afzonderlijke partners in een maatschappelijk relevant en breder kader worden geplaatst. Er komt daarmee een meerwaarde aan zaken waar een instelling toch al iets mee wilde doen.
 - Coördinatie: er hard aan trekken door de GGD. Dit betekent: administratieve en inhoudelijke ondersteuning bieden aan het Platform.
 - Het gewicht van de directeur van de GGD. De directeur zet zich persoonlijk in als trekker van de samenwerkingspartners en zijn eigen personeel.
 - Een netwerk op beleidsniveau. Hierdoor is samenwerking op uitvoeringsniveau makkelijker en mensen kunnen elkaar ook sneller vinden - omdat ze elkaar al een keer aan tafel hebben gezien. Tegelijkertijd heeft het beleidsniveau ook de uitvoering nodig, ten behoeve van de versterking van de band op beleidsniveau. Het blijkt wel moeilijk om het netwerk ook op

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

beleidsniveau te krijgen en houden, omdat het al snel naar het uitvoerend niveau gaat.

- Beperking van het onderwerp, uitgewerkt in concrete, zichtbare producten.

Belemmerende factoren

- Te beperkte tijd voor de coördinatie, de motorfunctie. Dit is volgens de directeur de belangrijkste belemmerende factor voor het functioneren van het Platform. Dit hangt samen met:
 - Het ontbreken van een beleidskader voor de financiering van een coördinatiefunctie.
Coördinatie kost veel tijd, die niet zichtbaar productief is. Dit zorgt ervoor dat geld voor coördinatie taken moeilijk te vinden is. De gemeenten in de regio Nijmegen hebben wel beperkt structureel willen financieren in de coördinatiefunctie. Hoewel gemeenten op basis van de WCPV een verantwoordelijkheid hebben voor de afstemming tussen preventie en curatie, vraagt het volgens de GGD-directeur visie van lokale bestuurders om niet alle middelen alleen aan direct zichtbare preventie besteed te willen hebben.
- De volle agenda's van de deelnemers, waardoor de kans dat niet alle partijen op een bijeenkomst aanwezig kunnen zijn, groot is. Afwezigheid van partijen heeft twee nadelen. Allereerst moet met deze personen apart contact op worden genomen om ze alsnog te committeren aan de in de vergadering genomen besluiten. Ten tweede kan afwezigheid het draagvlak van de samenwerking onder druk zetten.
- Houding van de zorgverzekeraars in de regio: de zorgverzekeraars in deze regio zijn niet geïnteresseerd in preventie-activiteiten.
- Het effect van de preventie-activiteiten is moeilijk tot niet te meten. Dat maakt de winst voor de deelnemende partijen minder duidelijk. Daarnaast is het hierdoor moeilijk om aan te sluiten bij de termen van potentiële subsidiegevers.
- Het reguliere werk van de GGD, waar een coördinatie rol onbekend is. Personeel bij de GGD was hierdoor niet gewend om zo'n actieve coördinerende rol te spelen.

Bronnen:

- Interview met de heer C.H. Huisman, directeur GGD Regio Nijmegen, d.d. 11 en 19 juni 1998.
- Interview met mevrouw M. Vennegoor, coördinator kanker GGD Regio Nijmegen, d.d. 26 juni 1998.
- Schriftelijke stukken: Nota 'Volksgezondheid: onze zorg',

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

'Netwerk Hart- en vaatziekten en kanker', 'Verslag bijeenkomst Platform Volksziekten d.d. 6 november 1996', Voortgang activiteiten Platform.

- Vergadering van het Platform Bestrijding Volksziekten d.d. 18 juni 1998.4. Amsterdam: Regieproject 'Versterken samenhang in preventie'.

4 Amsterdam: Regieproject 'Versterken samenhang in preventie'

Doelen

- Hoofddoel gezondheidsbeleid: gelijke kansen op een gezond bestaan en doelmatige zorg.
- Hoofddoel regieproject: samenhang in gezondheidsbevordering op het terrein van preventie, curatie en zorg. Inhoudelijke missie van het regieproject is daarmee het organiseren van een samenhangende aanpak van gezondheids(zorg)problemen. Het gaat hierbij om versterking van samenwerking en afstemming tussen gemeentelijke en premie-gefinancierde vormen van preventie en zorg.
- Doelstellingen van de pilotprojecten, die onderdeel uitmaken van het Regieproject:
 - verminderen gezondheidsachterstand;
 - doelmatige consumptie van huisartsenzorg;
 - verminderen werklust van huisartsen;

Doelgroepen

Instellingen en bewoners in drie achterstandswijken.
Achterstandsgezinnen.

Type netwerk

Er is sprake van netwerken op twee niveaus. Op beleidsniveau is er samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en huisartsenvereniging. Op uitvoeringsniveau zijn er per pilotgebied op output gerichte netwerken ('stuurgroepen'). Deelnemers zijn professionals en wijkbewoners.

Samenwerkingspartners

Stedelijk: gemeente, zorgverzekeraar (ZAO) en Amsterdamse huisartsen-vereniging (AHV).

Op wijkniveau, wisselend per wijk: o.a. professionals uit de eerstelijns, AMW, sociaal raadsliden, Servicepunt voor ouderen, sociaal-cultureel werk, stadsdeel, RIAGG, school, GG&GD, en

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

wijkbewoners.

Achtergrond/historie

In 1995 startte het Regieproject. Aanleiding vormde de samenloop van een aantal problemen in de stad: een toenemende gezondheidsachterstand, een hoge medische consumptie, een versnipperd zorgaanbod en overbelasting van hulpverleners. De gemeente maakte zich vooral zorgen over de toenemende sociaal-economische gezondheidsverschillen, de zorgverzekeraar ZAO over de toenemende druk op de zorgsector. Van hieruit is het regieproject gestart.

Hoog op de politieke agenda stond inmiddels ook de werkdruk van huisartsen in achterstandsgebieden. Gemeente en zorgverzekeraar vonden elkaar op het versterken van de huisartsenzorg/eerstelijnszorg. Focus van het project is derhalve de wijk en de eerstelijnszorg, omdat hier de interesses van beide opdrachtgevers samenkomen.

Aanvankelijk wilde men alle 'preventieproducten' in kaart te brengen, maar de projectleider is preventie gaan benaderen als een werkwijze gericht op het versterken van synergie, op het snijvlak van de verschillende sectoren. Dit houdt het clusteren van verschillende producten in programma's in, die elkaar vervolgens versterken. Het werk in het project bestaat daarmee uit twee delen:

1. netwerkontwikkeling (ten behoeve van een betere samenwerking en afstemming aan de aanbodkant) en
2. preventie/gezondheidsbevordering aan de vraagkant.

De concrete uitwerking vindt plaats in drie daarvoor geselecteerde pilotprojecten. Dit zijn stadsdeel Oud-West en de wijken Venserpolder in Zuid-Oost en Oostelijke binnenstad.

Ontwikkelingsstadium

De eerste fase van het project wordt eind 1998 afgerond. De pilotprojecten/netwerken op wijkniveau zijn in de implementatiefase.

Initiatief

Stedelijk:

Gemeente en zorgverzekeraar.

In de drie wijken: de directeuren van twee gezondheidscentra en de procesmanager sociale vernieuwing.

Regie

Stedelijk: projectleider regieproject, met daarachter Gemeente en ZAO. Inhoud regierol: faciliteren (geld, onderzoek en advies),

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

communiceren (nieuwsbrief, netwerkbijeenkomsten en database) en evalueren (onderzoek).

Op wijkniveau was er wel sprake van trekkers, maar niet van een regie. Aansturing kwam uiteindelijk van de projectleider van het Regieproject.

Werkwijze

In de geselecteerde gebieden was al sprake van een infrastructuur voor samenwerking, namelijk twee gezondheidscentra en een coördinatiestructuur vanuit sociale vernieuwing. Vanuit deze samenwerking is in elk van de drie wijken een stuurgroep opgezet, waarin zowel professionals als bewoners deelnemen. Elke stuurgroep kreeg de taak prioriteiten aan te geven in de problemen in de wijk en oplossingen hiervoor vorm te geven. Inhoudelijk werden ze hierbij ondersteund door de GG&GD, die een probleeminventarisatie per wijk heeft gemaakt.

De stuurgroepen/netwerken op wijkniveau selecteerden uiteindelijk drie thema's: gezinnen onder druk, gezondheidsproblemen van ouderen en communicatieproblemen en cultuurverschillen in de zorgverlening aan allochtonen. Op deze thema's zijn interventies opgezet. Dit zijn concrete projecten zoals een opvoedwinkel, voorlichting in eigen taal en cultuur bij huisartsenpraktijken, praktijkverpleegkundigen, spreekuur van het AMW op scholen, trefpunt voor/door alleenstaande moeders, 'Moeders informeren moeders', deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. bewoners van allochtone afkomst, het verbeteren van de communicatie tussen hulpverleners.

De werkwijze is hiermee als volgt samen te vatten: op wijkniveau worden, door professionals en wijkbewoners, via 'programmatisch werken' interventies opgezet, waarbij het Regieproject faciliteert, communiceert en evalueert.

Formele status

De samenwerking tussen gemeente en ZAO is vastgelegd in de financiering van het Regieproject. Op wijkniveau is de samenwerking niet geformaliseerd. Dit punt begint wel te spelen, in verband met het maken van concrete samenwerkingsafspraken.

Financiering

- Gemeente Amsterdam: ongeveer f 300.000,- per jaar (gedurende drie jaar) voor de aanstelling van de projectleider en budget voor het project.
- ZAO Zorgverzekeringen: f 100.000 per jaar (gedurende drie jaar) voor concrete activiteiten.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

- VWS: Grote-stedenbeleid, f 250.000,-.
 - Amsterdams Ondersteuning Fonds voor huisartsen achterstandswijken f 350.000,- voor twee concrete projecten: Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) en praktijkverpleegkundigen, beide verbonden aan de huisartsenpraktijk.
- Geld voor het vervolg van het samenwerkingsproject is volgens de projectleider met name nodig voor: 1. de werkcyclus op lokaal niveau (onderzoek en interventie); 2. netwerkmanagement. Beide zullen op wijkniveau uitgevoerd gaan worden door wijkgezondheidswerkers, waarschijnlijk in combinatie met wijkgezondheidswinkels, en op stedelijk niveau worden gecoördineerd en aangestuurd.

Registratie

- De projectleider legt activiteiten vast in notities.
- De interventies worden geëvalueerd.
- Het Regieproject als geheel wordt geanalyseerd vanuit de vraag hoe het project in de toekomst bestuurlijk aangestuurd zou moeten worden.

Contactpersoon

Mevrouw I. Engels, projectleider Regieproject, Dienst Welzijn Gemeente Amsterdam.

Beleidsinkadering

- Op stedelijk niveau is er een globaal beleidskader geformuleerd met een centrale missie en doelstellingen.
- Op wijkniveau maakt deelname aan de netwerken nog geen onderdeel uit van het reguliere beleid van de instellingen.
- Op landelijk niveau sluit het project aan bij het grote-stedenbeleid gericht op versterken sociale infrastructuur en beleid gericht op ondersteuning van het functioneren van de huisarts c.q. het versterken van de eerstelijnszorg in achterstandswijken (ministerie van VWS).

Rol van de gemeente - Mede-opdrachtgever.

Daarnaast is in het project een visie ontwikkelt op de rol van de gemeente bij een programmatische aanpak van preventie en gezondheidsbevordering. Deze rol bestaat uit: faciliteren, communiceren en evalueren.

Realisatie doelstellingen

Samenwerking

De samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en AHV

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

loopt op stedelijk niveau goed. Op wijkniveau bevindt de samenwerking zich in de implementatiefase. Met name de samenwerking met huisartsen verloopt hier nog moeizaam. Meer samenwerking/commitment is volgens de projectleider vooral nodig met het management van uitvoerende instellingen op stedelijk niveau, om de bottom-up werkwijze bestuurlijke dekking te geven.

Inhoud

De projectleider heeft een programmatische werkwijze voor preventie ontwikkeld waar zij veel mogelijkheden in ziet. Volgens de evaluatie van het project is in dit stadium reeds duidelijk dat:

- a. de wijkgerichte aanpak veel potentie heeft om sociaal-economisch gebonden gezondheidsverschillen en problemen in achterstandsgebieden aan te pakken;
- b. te verkiezen valt boven een regie-achtige centraalstedelijke aanpak, die gericht is op de aansturing van alles wat er in de stad gebeurt op het valk van individuele en collectieve preventie.

Bevorderende factoren

- Samenwerking op een inhoudelijk thema, waar de betrokken partijen iets aan willen doen en waar ze alleen niet uitkomen. De samenwerking blijkt zich te moeten bewijzen op echte knelpunten.
- Probleem- en resultaatgericht werken. Een probleemanalyse met een omgevingsgerichte identificatie en analyse van de problematiek, doelgroep(en) en oplossingsmogelijkheden: wie ervaart vanuit welke invalshoek problemen en kan en wil deze in positieve zin beïnvloeden. Vervolgens kunnen haalbare, breed gedragen programma's worden opgesteld. Implementatiedoelstellingen en voorwaarden voor het realiseren ervan moeten wel zo precies mogelijk worden gedefinieerd. Door de GG&GD zal hiervoor een wijkgezondheidsmonitor worden opgezet.
- Een makelaar of verbindingsfunctionaris. Dit moet een structurele functie betreffen. De houding die bij deze functie hoort is volgens Ies Engels een dienstverlenende opstelling. Nodig is het loslaten van het eigen perspectief en het verplaatsen in de ander. Een makelaar is zowel op wijk- als stedelijk niveau nodig. Op wijkniveau is een coördinator van belang, omdat het gevaar dreigt dat het proces vastloopt. Er is iemand nodig die in de wijk zit en kan zorgdragen voor de voortgang van het proces (en

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

hiervoor de legitimiteit heeft). Dit zullen in Amsterdam hoogstwaarschijnlijk zogenaamde wijkgezondheidswerkers worden. Op stedelijk niveau zijn volgens de projectleider twee functies nodig. Ten eerste een coördinator om de makelaars in de wijken te ondersteunen (operationeel management) en ten tweede het zorgdragen voor de beleidsmatige aansturing en bijvoorbeeld het verzorgen van de financiering van projecten. In Amsterdam speelt nu de discussie of beide functies bij de GGD ondergebracht moeten worden, of dat ze verdeeld worden over de GGD (operationeel management) en de gemeente (bestuurlijke aansturing).

- Een goede schakeling tussen het niveau van de praktijk en het beleid. Dit betekent dat commitment van onderop en bovenaf nodig is.
- Co-financiering van de coördinatiefunctie. Reden: medeverantwoordelijkheid en draagvlak; de partners worden op deze wijze mede-eigenaar van de coördinatie en samenwerking.
- Samenwerking tussen zorgverzekeraars, VNG, LHV op landelijk niveau. Dit zou een kader moeten bieden voor experimenten op lokaal niveau en de samenwerking op lokaal niveau kunnen vergemakkelijken.

Belemmerende factoren

- Huisartsen en RIAGG die geen rol in wijkgerichte / lokale samenwerking willen spelen. Voor de samenwerking met huisartsen is het wellicht een mogelijkheid een brug te leggen tussen somatische preventie in de eerste lijn (baarmoederhalskanker onderzoek e.d.), waar wel draagvlak voor bestaat, en preventie van psychosociale problematiek in de eerstelijns.
- De bottom-up benadering van netwerken op wijkniveau blijkt tijdrovend te zijn, omdat er veel overleg nodig is.
- Het ontbreken van een makelaar/regisseur in de stuurgroepen op wijkniveau. Er was niemand die de verantwoordelijkheid kon nemen om knopen door te hakken. De voorzitters konden deze rol niet op zich nemen, omdat deze ook eigen belangen had bij de keuze voor de aan te pakken problematiek in de wijk.
- Geen formatie voor trekkersrol in de wijken.
- Weinig harde afspraken en ondersteuning van bovenaf, waardoor concrete samenwerking op wijkniveau te lang duurt. De betrokkenheid van en financiering door gemeente, ZAO en AHV vervulde wel een stimulerende en legitimerende functie, maar omdat de samenwerking niet was vertaald in concrete afspraken op managementniveau over concrete medewerking door de diverse betrokken instellingen, ging het

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

operationaliseren van interventies her en der gepaard met moeizame onderhandelingen.

- Voor netwerken op wijkniveau: verschillende gebiedsindelingen en organisatieschaal van bijv. RIAGG, Thuiszorg, instellingen voor alcohol- en drugspreventie, huisartsen.
- Het ontbreken van een beleidsnetwerk van betrokken instellingen op stedelijk niveau. Voor de inzet van bijvoorbeeld Thuiszorg in een wijk voor een project is extra geld nodig. Opnemen in het beleid van de instelling is de enige mogelijkheid om activiteiten structureel te kunnen krijgen. Voor de toekomst wil de projectleider daarom op beleidsniveau problemen gerichte afspraken maken met ZAO, jeugdhulpverlening, RIAGG en Thuiszorg.

Bronnen:

- Interview met mevrouw I. Engels, projectleider Regieproject, Dienst Welzijn Amsterdam, d.d. 25 juni 1998.
- Schriftelijke stukken: 'Achterstandsgezinnen: Hoe pakken we dat aan in Amsterdam' en 'Het Amsterdamse model; inleiding themamiddag LVGGD', 11 juni 1998.

5 Den Haag: STIOM Noord-Holland

Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in stadsdeel Centrum Den Haag

Doel

Doel van STIOM Noord Holland is het bewerkstelligen van samenwerking, samenhang en zorgvernieuwing in het zorgaanbod in de vier achterstandswijken in Den Haag-centrum (Transvaal, Schilderswijk, Stationsbuurt, Centrum), om daarmee de zorg beter af te stemmen op de hulpvraag van de desbetreffende wijkbewoners. De doelstelling verschuift nu langzaam naar het verbinden van de (formele) hulpverlening met de informele leefwereld.

Samenwerking (het netwerk) is in STIOM geen doel op zich, maar een van de middelen die worden ingezet om een betere afstemming van vraag en aanbod te bereiken.

Doelgroepen

1994 - 1998: Hulpverleners

Nu steeds meer: hulpverleners onderling, en de relatie tussen de hulpverleners en bewoners.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Type netwerk

STIOM is een project, waarin op twee niveaus netwerken zijn opgezet:

Beleid

- Bestuur van de Stichting STIOM: Hierin zitten de vertegenwoordigers op bestuursniveau van de zorgaanbieders in stadsdeel Centrum, de gemeente en de ziekenfondsen. Het bestuur stelt tweejaarlijks de grote lijn van de activiteiten van het STIOM vast. Daarnaast keurt zij het inhoudelijke en financieel jaarverslag en het werkplan goed. Het bestuur geeft hiermee commitment voor de activiteiten die uit het signaleringsoverleg worden opgezet.

Uitvoering

- STIOM-platform: Tweemaandelijks signaleringsoverleg
Doel van het signaleringsoverleg is tweeledig: 1. het signaleren van ontwikkelingen en knelpunten in de zorg en 2. interdisciplinaire aanpak van de gesignaleerde problemen. Deelnemers zijn 17 beroepsgroepen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening: huisartsen, wijkverpleging, jeugdartsen, apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen, verloskundigen, maatschappelijk werk, RIAGG, raadslieden, club- en buurthuiswerk, en opbouwwerk. Het signaleringsoverleg komt tweemaandelijks bijeen. Het overleg duurt een uur, met een borrel na afloop. Op de agenda staat een ronde langs de deelnemers en een thema dat door de hulpverleners wordt aangedragen en door de projectleider wordt voorbereid, bijvoorbeeld een onderzoek naar communicatie van huisartsen met Marokkaanse patiënten. Insteek is het bespreken van problemen die voortkomen uit onvoldoende aansluiting van aanbod op de vraag, regelingen die niet kloppen, wachtlijsten e.d. Opkomst is 20 tot 30 personen.
- Werkgroepen (15-20), o.a. voortkomend uit het signaleringsoverleg. Participanten zijn de voor het onderwerp relevante instellingen en organisaties. De werkgroepen moeten oplossingen voor de geconstateerde problematiek aanbieden.
- Netwerk hulpverlening illegalen in Den Haag
Samenwerkingspartners o.a. huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, tandartsen, ziekenhuizen, RIAGG, apothekers,

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Thuiszorg, GGD, OKIA, Vluchtelingenwerk, OVIN, STIOM.
Ook dit netwerk is gericht op het inventariseren en oplossen van knelpunten in het zorgaanbod.

STIOM is een intermediair tussen het uitvoerings- en beleidsniveau. De projectleider van STIOM geeft signalen uit de uitvoering door aan het bestuur van STIOM, en daarnaast ook aan beleidsnetwerken die in Den Haag op onderdelen van de zorg bestaan en aan het College voor de eerste lijn (een overleg tussen de directies van o.a. de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en gemeente in Den Haag).

Samenwerkingspartners

Alle hulpverleningsinstellingen, o.a. huisartsen, wijkverpleegkundigen, jeugdartsen, GVO'ers, apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen, verloskundigen, maatschappelijk werk, RIAGG, raadslieden, club- en buurthuiswerk, opbouwwerk; gemeente; zorgverzekeraar; bewoners.

Achtergrond/historie

In 1992 spraken gemeente, zorgverzekeraar en zorgaanbieders in een door de gemeente ingestelde projectgroep over de problemen in de stad. De conclusie was dat er iets moest gebeuren, maar er kwam niets van de grond. Vervolgens besloot een groepje hulpverleners dat er van onderaf iets moest gebeuren: 1. hulpverleners ondersteunen en 2. samenwerking, samenhang en zorgvernieuwing opzetten. Met financiële steun uit de sociale vernieuwingsgelden van de gemeente is het STIOM-project opgezet en een projectleider aangesteld. Aan haar was de taak de samenwerking en het ondersteunen van de hulpverleners verder gestalte te geven. Het signaleringsoverleg is stapsgewijs tot stand gekomen. Allereerst zijn alle hulpverleners in de wijk door de projectleider benaderd met de vraag waar zij behoefte aan hadden en een aanbod om daarmee te helpen. Een aantal van hen had behoefte aan een onderling overleg om gemeenschappelijke knelpunten aan te pakken. Met de hiervoor enthousiaste mensen is het signaleringsoverleg gestart. Het succes van het overleg stimuleerde vervolgens andere hulpverleners zich aan te melden.

Ontwikkelingsstadium 1994 - heden

Een groot deel van de problemen is volgens de projectleider nu met de hulpverleners aangepakt. Zij stuit echter nu op wat volgens haar de kern van de problematiek van deze wijken is, en waarvoor

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

naar de bewoners zelf toegegaan zou moeten worden. De psychosociale problemen bijvoorbeeld waar veel migranten in ernstige mate mee te maken hebben, blijken niet met het huidige hulpverleningsaanbod aangepakt te kunnen worden. Er wordt daarom nu een project gestart waar informele sleutelfiguren in de migrantengemeenschap ondersteuning krijgen. Het netwerk verschuift hiermee ook naar informele sleutelfiguren en bewoners in de wijk.

Initiatief

Enthousiaste hulpverleners, de gemeente/GGD en de projectleider van STIOM.

Regie

De projectleider, het signaleringsoverleg en het bestuur van de stichting.

De omvang van de coördinatiefunctie is 28 uur. De vier voorgaande jaren was dit 20 uur, maar het werkelijk aantal gemaakte uren schat de projectleider voor die jaren op 36 uur per week. De projectleider werkt vanuit wijk- en dienstencentrum De Rubenshoek in de Schilderswijk. Er is voor het wijk- en dienstencentrum gekozen, omdat het door de samenwerkingspartners als een relatief neutrale plaats wordt ervaren.

Werkwijze

De samenwerking op uitvoeringsniveau vindt plaats rond concrete projecten. Door hulpverleners worden problemen gesignaleerd, die via projecten worden aangepakt. Deze worden uitgevoerd door diverse, betrokken instellingen, waarbij STIOM overwegend de trekker is. De coördinator zorgt voor het opzetten van de projecten ('het neerzetten van de tafels') en het sturen van de voortgang van de projecten. Wanneer een experiment succesvol is gebleken, wordt de activiteit overgedragen naar een van de instellingen.

Formele status

STIOM is een stichting. Door de brede financiering zijn inmiddels vele deelnemers geëngageerd aan het netwerk/project. Verder is men niet ergens toe verplicht.

Financiering

- Kosten:
1994-1998: f 100.000,-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

1998-2000: f 150.000,-

- Betaald door:

1994: Sociale vernieuwingsgelden gemeente Den Haag

1995: Gemeente en zorgverzekeraar

1996: grotendeels de zorgaanbieders: NUTS-verzekering, AZIVO, gemeente Den Haag, VSB-fonds Den Haag en omstreken, Stichting Fondswervingsacties Volksgezondheid, Stichting Haagse Gezondheidscentra, Gezondheidscentrum De Rubenshoek, Thuiszorg Den Haag, Regionale Huisartsenvereniging Den Haag.

1997 - 2000: de zorgaanbieders in stadsdeel centrum, de zorgverzekeraars NUTS en AZIVO, gemeente Den Haag (in totaal 15 partijen: o.a. ziekenhuis, thuiszorg, welzijnsorganisaties, gezondheidscentra, huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers).

Registratie

De projectleider maakt verslagen van georganiseerde activiteiten en werkplannen per jaar.

Contactpersoon

Mevrouw T. van der Maat, projectleider STIOM, Wijk- en dienstencentrum De Rubenshoek.

Beleidsinkadering

Met STIOM is vanwege de mede-financiering waarschijnlijk opgenomen in de beleidsplannen van de diverse instellingen. STIOM past beleidsinhoudelijk in het gemeentelijk welzijns- en gezondheidsbeleid, maar blijkt niet te passen in het bestaande financieringsstelsel. Er was daarom aanvankelijk geen geldpotje voor te vinden. Nu wordt het waarschijnlijk uit de WBO-gelden betaald. De huidige wethouder (de oud-voorzitter van het bestuur van STIOM) maakt zich er nu sterk voor dat STIOM onderdeel van het gemeentelijk beleid wordt.

Rol van de gemeente

- Financier en mede-initiator. Een belangrijke rol speelde hierbij de directie van de GGD, die zich binnen de gemeente sterk heeft gemaakt voor het STIOM-project.
- Participant. De gemeente en de GGD participeren in het signaleringsoverleg en in diverse werkgroepen.
- De gemeente werkt vanuit het Bureau Public Health van de gemeente nauw samen met STIOM. Het Bureau Public Health is gericht op zorgvernieuwing en een verbeterde afstemming

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

tussen vraag en aanbod, vanuit het grote-stedenperspectief.

Realisatie doelstellingen

Samenwerking

De samenwerking tussen individuele hulpverleners verloopt goed. Op beleidsniveau verloopt de op zorgvernieuwing gerichte samenwerking lastiger.

Inhoud

Een groot deel van de problemen is volgens de projectleider nu met de hulpverleners aangepakt. Zij stuit echter nu op wat volgens haar de kern van de problematiek van deze wijken is, en waarvoor naar de bewoners zelf toegegaan zou moeten worden. De psychosociale problemen waar veel migranten in ernstige mate mee te maken hebben, blijkt namelijk niet met het huidige hulpverleningsaanbod aangepakt te kunnen worden. Er wordt daarom nu een project gestart waar informele sleutelfiguren in de migrantengemeenschap ondersteuning krijgen.

Bevorderende factoren

- Bottum-up werken.

Dit betekent voor de projectleider dat samenwerking geen doel op zich is, maar dat het uitgangspunt is: wat gaat niet goed, wat vindt men op de werkvloer dat nodig is. Van daaruit kan samenwerking worden gecreëerd. Beginnen met een concreet knelpunt, waar diverse mensen tegenaan lopen, is volgens de projectleider dé methode om samenwerking te beginnen. Dit werkt volgens haar, omdat op de werkvloer, de bottum, de noodzaak tot samenwerking wordt gevoeld - in tegenstelling tot de top, waar samenwerking lastig gestalte te geven is.

- Starten met enthousiaste mensen, met lijnen in het zorgsysteem. Samenwerking starten, zoals bij STIOM nu in een andere wijk, gaat het gemakkelijkst met enthousiaste mensen. De projectleider start in de andere wijk met drie à vier huisartsen. Het is de bedoeling dat enthousiaste verhalen over de samenwerking bij de rest van de doelgroep aankomen, opdat naar aanleiding hiervan meer hulpverleners zich aansluiten. Een middel dat de projectleider gebruikt om mensen op het spoor te komen, is alle betrokkenen bij de zorg in een bepaald gebied benaderen.

- Participatie van de huisartsen.

De huisartsen zijn een spil in de eerstelijnszorg, zijn laagdrempelig en hebben veel aanzien. Vanwege het zicht dat zij hebben op de problemen in een wijk is het van groot belang hen

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

erbij te betrekken. Bovendien, als je hen meekrijgt, maak je een goede kans dat ook anderen meegaan.

- Concrete projecten en snel resultaat.
Dit is de leidraad van de werkwijze van de werkgroepen die uit het signaleringsoverleg voortkomen. Een resultaatgerichte werkwijze zorgt voor vertrouwen en de bereidheid van diverse beroepsgroepen om mee te werken.
- Instelling van de participanten.
Samenwerking is succesvol met mensen die eigen en/of instellingsbelangen opzij zetten, ten behoeve van de zorg.
- Coördinator.
Een coördinator, in termen van een transformator, aanjager en motor is volgens de projectleider altijd nodig. Zij dicht de coördinator de volgende taken, vaardigheden en karaktereigenschappen toe:
 - die coördinator zet de 'tafels' neer: de onderwerpen waar de diverse partijen mee aan de slag gaan;
 - die coördinator moet de partijen bij elkaar houden en de dwarsverbanden levend houden, het intersectorale laten zien;
 - dit vereist het kunnen doorbreken van domeinen;
 - het geven van een inhoudelijke push, waarvoor inhoudelijke kennis en visie noodzakelijk is;
 - op alle niveaus kunnen werken: van de directeur van het ziekenhuis tot de bewoner om de hoek;
 - die coördinator moet niet voortdurend zelf willen scoren en in staat zijn anderen te laten scoren met jouw project (ten behoeve van het commitment wat dit betekent van die andere partij);
 - een onafhankelijke, neutrale positie, d.w.z. niet gebonden aan een van de deelnemende partijen;
 - veel energie en enthousiasme.
- Brede financiering.
De brede financiering betekent een breed draagvlak voor de samenwerking; iedereen is medeverantwoordelijk. Een pot geld van VWS zou ervoor zorgen dat iedereen achterover zou leunen.
- Projectsubsiëring voor 3 of 5 jaar.
De betreffende problematiek is ingewikkeld en vereist volgens de projectleider alertheid. Een regelmatige evaluatie van het functioneren vindt zij daarom noodzakelijk. Dit wordt gestimuleerd met tijdelijke financiering. Structurele financiering stimuleert eerder het verworden tot een nieuwe institutie.
Financiering per jaar kost weer te veel van de coördinatietijd.
- Structuur: netwerk op uitvoerings- én bestuursniveau.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Op uitvoeringsniveau worden problemen gesignaleerd en aangepakt. Het beleidsniveau is noodzakelijk om de gesignaleerde problemen structureel aan te kunnen pakken. Een netwerk op beleidsniveau zou gemeentebreed moeten zijn, omdat de samenwerking op uitvoeringsniveau anders spaak loopt.

- Samenwerking gericht op zorgvernieuwing op beleidsniveau creëren.

Een manier om samenwerking op directieniveau te bewerkstelligen is volgens de projectleider concrete samenwerking op de werkvloer en het geven van signalen hiervandaan naar het directieniveau. Hierbij kan men bijvoorbeeld appelleren aan de noodzaak van patiëntvriendelijke zorg.

Samenwerking rond gezondheidsproblematiek in achterstandswijken aanpakken vanuit de gezondheidszorg en niet vanuit welzijn. Huisartsen werken niet snel mee met het welzijnswerk. Andersom gaat het veel makkelijker.

- Het netwerk behelst alle beroepsgroepen in de hulpverlening en maatschappelijke dienstverlening.

Bevorderende factoren Signaleringsoverleg

- Samenwerking is hier logisch omdat het over dagelijkse problemen van de deelnemers gaat.
- Continue, inhoudelijke input van de projectleider.
- Het overleg duurt niet langer dan een uur.
- Borrel na afloop, waar veel onderling geregeld wordt.

Belemmerende factoren

Structuur

De projectleider mist een derde niveau van de samenwerking, namelijk die van de directies van de instellingen, de zorgverzekeraar en de wethouder van de gemeente. Een netwerk op dit niveau is nodig, omdat de uitvoering tegen zaken aanloopt die alleen op dat niveau kunnen worden opgelost. Bijvoorbeeld de medewerking van de ziekenhuizen, extra geld voor de eerstelijns gezondheidszorg of de huisvesting van huisartsen. Of een oplossing voor het maatschappelijk werk dat erg onder druk staat, waarvoor zorgverzekeraar en gemeente met elkaar om de tafel moeten gaan zitten. Een dergelijk netwerk bestaat wel in Den Haag, het College voor de Eerstelijnszorg, waar nu door de gemeente aan wordt getrokken.

Het creëren van een netwerk op directieniveau.

Op dit niveau spelen macht, domeinen, verkokering en instellingsbelangen een belangrijke rol. In tegenstelling tot de werkvloer

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

wordt hier vaak geen noodzaak tot samenwerking gevoeld en verloopt deze dan ook heel moeizaam - het gaat hierbij om op zorgvernieuwing gerichte samenwerking en niet om een regulier overleg.

Voorbeeld:

De start van het experiment praktijkverpleegkundigen. Huisartsen en wijkverpleegkundigen waren enthousiast, maar de directie van de Thuiszorg en de vereniging van huisartsen wilden in eerste instantie niet direct meewerken. Alleen door de vasthoudendheid van huisartsen en wijkverpleegkundigen is het project er uiteindelijk gekomen.

Resultaten op lange termijn.

Resultaten worden vaak pas op lange termijn geboekt. Pas nu, na vier jaar, verloopt de samenwerking sneller en komt men bij de bewoners uit als cruciale partner in het aanpakken van de gezondheidsproblemen in de achterstandswijken.

Het ontbreken van inhoudelijke input in het signaleringsoverleg. De projectleider acht de kans zeer groot dat het overleg was doodgebloed, als er niemand was geweest die de signalen van de hulpverleners kon vertalen en in een breder verband ter sprake bracht, en oplossingen voor kon bereiden.

Jaarlijkse financiering.

Met jaarlijkse subsidies gaat veel tijd zitten in het zoeken van nieuwe financieringsbronnen.

Coördinatie vanuit de GGD.

De GGD is volgens de projectleider geen geschikte organisatie om de coördinatie van samenwerking gericht op zorgvernieuwing tussen hulpverleners in onder te brengen. De GGD wordt namelijk door velen niet gezien als een neutrale organisatie, maar als onderdeel van het gemeentelijk beleid. Daarnaast werken GGD's niet altijd vanuit een zorgvernieuwende invalshoek - wat nodig is voor samenwerking die een betere afstemming van vraag en aanbod tot gevolg heeft.

Werken met blauwdrukken.

Bronnen:

- Interview met mevrouw T. van der Maat, projectleider STIOM, d.d. 15 juni 1998.
- Schriftelijke stukken: Informatiefolder STIOM; Verslag

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

activiteiten over 1997 STIOM; Werkplan 1998 STIOM; I. Gooskens, 'Een Gezonde stad...zo doe je dat!' in: GGD nieuws, maart 1998.

6 Dordrecht: Netwerk Hulpverlening en Huisvesting

Doel

Het bevorderen van de samenwerking tussen deelnemers daar waar het gaat om de hulpverlening aan en de huisvesting van mensen, die door problemen die zij hebben en/of het woongedrag dat zij vertonen niet of moeilijk te handhaven zijn in de bestaande woonsituatie.

Doelgroep

Mensen/gezinnen die overlast veroorzaken en waarbij sprake is van een opeenstapeling van problematiek (inzet vanuit meerdere instanties vereist).

Type netwerk

Het totale netwerk is opgebouwd uit drie lagen.

Op uitvoerend niveau is de zorgcoördinator actief. Naar aanleiding van aanmeldingen zoekt zij ad hoc contact met de benodigde instanties en functioneert als zorgmakelaar. Tweemaandelijks is er een beleidsoverleg van aangesloten instanties die de randvoorwaarden voor het functioneren van de zorgcoördinator bewaakt en optimaliseert. Hier worden werkafspraken, procedures e.d. ontwikkeld.

Tot slot is er nog een breder beleidsnetwerk dat minder frequent bijeenkomt en zich onder voorzitterschap van de wethouder welzijn in zijn algemeenheid bezighoudt met beleidsontwikkeling rondom deze problematiek. Dit netwerk is echter de laatste tijd niet meer bijeen geweest.

Samenwerkingspartners

Deelnemers aangesloten bij het netwerk zijn: woningcorporaties (5), RIAGG/APZ/Kasperpad, RIBW, Dienst Welzijn (welzijn en sociale zaken), Dienst Stadontwikkeling: Bureau wonen, Reclassering, Politie, Boumanhuis (verslavingszorg), Leger des Heils en GGD (2).

Achtergrond/historie

In verband met overlast van junks en illegale bewoning in een aantal panden heeft de dienst Welzijn van de gemeente het

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

initiatief genomen om een aantal instanties bijeen te roepen en te bekijken hoe deze problematiek gezamenlijk aangepakt zou kunnen worden. Deze gelegenheidssamenwerking bleek zo succesvol dat besloten is deze samenwerking een structureel karakter te geven.

Ontwikkelingsstadium

Gestart in 1991 naar aanleiding van een concrete situatie en vervolgens voor twee jaar opgezet als experiment. Er is een zorgcoördinator aangetrokken voor 16 uur in de week. Na de eerste evaluatie (1993) is het netwerk in afgeslankte vorm voortgezet. Inmiddels hebben zich weer meerdere deelnemers aangesloten en is de coördinatiefunctie uitgebreid naar 25 uur.

Initiatief

Gemeente, dienst welzijn.

Regie

GGD Zuid-Holland Zuid.

Werkwijze

Bij de GGD is een meldpunt ingesteld waar deelnemende instanties een casus kunnen aanmelden. De zorgcoördinatie wordt ingevuld door een sociaal verpleegkundige van de GGD. De coördinator fungeert als zorgmakelaar: zij wint informatie in over de situatie, legt een huisbezoek af en betreft de nodige instanties bij de zorg aan de cliënt. Het tweemaandelijks overleg wordt voorgezeten door de GGD.

Formele status

Deelnemende instanties hebben een samenwerkingscontract ondertekend.

Financiering

De kosten voor het netwerk hebben vooral betrekking op de coördinatiefunctie. Voor 16 uur coördinatie bedroegen de kosten f 70.000,- op jaarbasis. De eerste jaren werd de helft gefinancierd door de gemeente, de overige kost werden verdeeld over de deelnemers. Inmiddels betalen alle deelnemende instanties een evenredig deel.

Registratie

De coördinator houdt een cliëntregistratie bij. Jaarlijks wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen en het aantal aanmeldingen. Evaluatie op effectniveau nog niet aan toe geko-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

men.

Werkgebied

Regio Dordrecht (werkgebied van 117.000 inwoners). Inmiddels hebben ook de gemeente Zwijndrecht en enkele corporaties uit Zwijndrecht zich bij het netwerk aangesloten waardoor het werkgebied is uitgebreid.

Caseload

Ongeveer 100 meldingen op jaarbasis.

Contactpersoon

Coördinator GGD.

Beleidsinkadering

Het netwerk is opgenomen in beleidsnotities van verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Wordt daarin vooral gezien als hulpmiddel om de instroom in het dak- en thuislozencircuit zo laag mogelijk te houden (preventie van dak- en thuisloosheid). Het netwerk is daarnaast een verbetering van de hulpverlening richting mensen die zorg behoeven maar die niet zelf opzoeken. Door het netwerk komen mensen in beeld van de hulpverlening daar waar de hulpverleningsinstellingen dat in het verleden bij deze potentiële cliënten niet hadden, omdat deze mensen de hulpverlening niet zelf opzoeken.

Rol gemeente

Initiatiefnemer en medefinancier.

Realisatie doelstelling

Samenwerking

Samenwerking is goed van de grond gekomen, blijkt uit het feit dat instanties die eerst afhaakten zich opnieuw bij het netwerk hebben aangesloten.

Inhoud

De indruk bestaat dat voor de cases die aangemeld worden tot een oplossing wordt gekomen. Dit wordt afgeleid uit het aantal dossiers dat afgehandeld wordt. De Dienst Welzijn heeft echter geen inzicht in wat er zich daadwerkelijk op cliëntniveau afspeelt. (Zie ook onder Beleidsinkadering).

Bevorderende factoren

- Een concrete aanleiding voor het opstarten van het samen-

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

werkingsverband.

- Persoonlijke inzet en enthousiasme van personen.
- De ervaring dat samenwerking een meerwaarde oplevert.
- Het in beeld willen krijgen van mensen die zorg behoeven maar deze zorg niet zelf opzoeken; versterking en verbreding van de hulpverlening.

Belemmerende factoren

- Deelname van het AMW (o.a. schuldhulpverlening), de Thuiszorg en Jeugdzorg wordt gemist. Niet duidelijk waarom ze niet willen participeren.
- Verhouding aanmeldingen - aantal uren coördinatie. Aantal aanmeldingen is de laatste jaren enorm gestegen. Het aantal coördinatie-uren is inmiddels al een keer uitgebreid, maar opnieuw blijkt dit aantal uren onvoldoende. Dit komt deels door groei van het aantal deelnemers (alleen deelnemers mogen aanmelden), maar heeft waarschijnlijk ook te maken met de procedure rondom de aanmelding. Zo zal bekeken moeten worden of de criteria voor aanmelding aangescherpt moeten worden.
- Discussie over schaalgrootte van het werkgebied van het netwerk. Omliggende gemeenten willen zich ook graag aansluiten, het gebied wordt dan echter te groot om overzicht te kunnen houden (teveel verschillende contactpersonen per organisatie/sector). Mogelijk dat het in elke gemeente afzonderlijk opgepakt gaat worden.

Bronnen:

- Interview met de heer L. Holsteijn, beleidsmedewerker Dienst Welzijn, gemeente Dordrecht d.d. 24 juni 1998.
- Schriftelijke stukken: 'Netwerk Hulpverlening/Huisvesting, verslag over de periode juni 1994 tot januari 1996', gemeente Dordrecht, 1996.

7 Beverwijk: Noodteam

Doel

Hulpverlening aan mensen in noodsituaties coördineren en afstemmen.

Doelgroep

Mensen in 'noodsituaties'. Deze omschrijving is zo ruim mogelijk gehouden om te voorkomen dat opnieuw bepaalde groepen

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

uitgesloten worden.

Type netwerk

Het is een cliëntgericht netwerk. Vanuit dit netwerk worden waar nodig ook nieuwe projecten geïnitieerd.

Samenwerkingspartners

Deelnemers aangesloten bij het netwerk zijn: Maatschappelijk Werk, RIAGG (ouderenzorg en volwassenenzorg), Brijder Stichting Noord-Holland (CAD), Leger des Heils, Politie, Brandweer, woningcorporaties (2), GGD (arts), Sociale dienst.

Achtergrond/historie

Door de Sociale Dienst werd signaleerd dat hun cliëntengroep contacten heeft met allerlei instanties. Alle instanties deden op hun terrein hun uiterste best, maar van enige samenhang en afstemming was geen sprake. Er was sprake van blinde vlekken en dubbelingen. De sociale dienst heeft het initiatief genomen om instanties rond de tafel te roepen en een overleg op te starten. Het overleg is in 1992 gestart.

Ontwikkelingsstadium

Samenwerking stoelt op goedwillendheid van deelnemers, nog geen formele status.

Initiatief

Teamleider Sociale Dienst.

Regie

Afdeling Sociale Zaken.

Werkwijze

Het netwerk komt maandelijks bijeen. Aanmeldingen worden van te voren rondgestuurd aan de deelnemers. In het overleg wordt de hulpverlening aan gezamenlijke cliënten afgestemd. Coördinatie wordt per case vastgesteld.

Formele status

Er zijn werkafspraken gemaakt over de omgang met privacy. Er is (nog) geen samenwerkingscontract ondertekend.

Financiering

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Er zijn geen directe personeelskosten omdat de coördinatiefunctie per case rouleert. Indirect zijn er wel kosten in de vorm van tijdsinvestering van de deelnemende organisaties. De gemeente faciliteert de vergaderruimte.

Registratie

Aangemelde cliënten worden bijgehouden door sociale zaken. Daarnaast heeft ieder zijn of haar eigen registratie.

Werkgebied

Gemeente Beverwijk (35.000 inwoners).

Caseload

Ongeveer 50 aanmeldingen per jaar.

Contactpersoon

Voorzitter: beleidsmedewerker van de Afdeling Sociale zaken.

Beleidsinkadering

Geen.

Rol gemeente

De gemeente faciliteert (vergaderruimte) en zit het overleg voor.

Realisatie doelstelling

Samenwerking

De samenwerking verloopt goed. Dit blijkt uit het feit dat instellingen blijven komen.

Inhoud

Er is een efficiëntere aanpak van de problematiek en duidelijke afspraken die nagekomen worden. Voor de cliënt heeft het ook een voordeel: deze heeft maar één contactpersoon.

Bevorderende factoren

- Gewoon gestart in de praktijk (bottom-up) zonder allerlei zaken als protocollen, contracten e.d. Hierdoor is er voldoende tijd om op termijn te bedenken wat geformaliseerd moet worden.
- Eerst laten zien dat het werkt, dan om toestemming vragen bij directies van organisaties e.d.
- Een enthousiaste groep.

Belemmerende factoren

- De samenwerking heeft geen formele status en hangt op initiatief en inzet van deelnemers. Bij de start is geprobeerd een

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

aantal zaken te formaliseren, maar dit stuitte op teveel weerstand. Voorlopig gaat het goed, maar het is wel een aandachtspunt.

- De gespecialiseerde thuiszorg wordt gemist in het overleg.
- Meer aandacht voor preventie, en bijv. bij huurachterstand aan de bel trekken.
- Er is geen meldpunt, omdat het teveel tijd kost om dit te bemensen. Hierdoor komt de preventieve functie van het netwerk moeilijk van de grond.
- Weinig bekendheid gegeven aan het noodteam om te voorkomen dat het een institutie wordt (teveel gebonden aan regels e.d.).
- Spanningsveld door geheimhoudingsplicht en autonomie cliënt.

Bron:

- Interview met de heer T. Jansen, beleidsmedewerker Sociale Zaken, gemeente Beverwijk, d.d. 17 juni 1998.

8 Rotterdam: Lokale Zorgnetwerken

Doel

In contact komen met en adequate hulp bieden aan mensen met complexe problemen.

Doelgroep

Mensen met en opeenstapeling van problemen op verschillende levensterreinen waarbij meerdere instanties noodzakelijk zijn om adequate hulp te kunnen bieden.

Type netwerk

De zorgnetwerken zijn primair cliëntgericht maar vervullen daarnaast ook een beleidssignalerende functie.

De zorgnetwerken worden begeleid door een Stuurgroep (randvoorwaarden) en een Stedelijke Klankbordgroep (beleidsontwikkeling en afstemming van initiatieven).

Samenwerkingspartners

Samenstelling zorgnetwerken varieert per buurt maar de kerngroep bestaat veelal uit: AMW, woningcorporaties, wijkagenten, ouderenwerk, gespecialiseerde Thuiszorg, schoolarts/schoolverpleegkundige.

Aan de kerngroep is een functionaris toegevoegd (veelal SPV'er of AMW'er) die een coördinerende rol vervult in het zorgnetwerk.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Naast deze kerngroep wordt een schil van verwijzers onderscheiden: dit zijn instanties die niet deelnemen aan het overleg, maar waarmee intensieve contacten worden onderhouden en die ingeschakeld kunnen worden indien de problematiek van een cliënt hierop vraagt.

Achtergrond/historie

Deze manier van samenwerking is ontstaan in de Rotterdamse buurt Crooswijk in 1992. Medewerkers van instellingen hebben zelf het initiatief genomen om een samenwerkingsverband op te starten. Omdat de contacten met de RIAGG moeizaam verliepen, werd met name de psychiatrische deskundigheid gemist. Als experiment is een wijk-SPV'er aan dit samenwerkingsverband toegevoegd. Deze vorm van samenwerking sloeg zo goed aan dat ook andere wijken dit voorbeeld wilden volgen.

In diverse nieuwe wijken zijn soortgelijke samenwerkingsverbanden opgestart, vooral ook om ervaring op te doen met het opstarten van deze netwerken en daarbij te bekijken wat nu wel en niet goed werkt. Er is een stedelijke klankbordgroep geformeerd om deze initiatieven op de voet te volgen. Deze ervaringen zijn gebundeld en hebben de basis gevormd voor een draaiboek voor het opstarten van samenwerkingsverbanden. Tevens zijn in deze klankbordgroep een aantal praktische zaken geregeld zoals een privacyreglement en een registratiesysteem.

Ontwikkelingsstadium

Er zijn inmiddels zeven zorgnetwerken actief met een coördinator. Er lopen enkele nieuwe initiatieven.

Initiatief

Varieert per wijk, maar de trekkersrol wordt veelal opgepakt door de GGD, de Stichting PameijerKeerkring of het Centrum voor Dienstverlening.

Regie

Momenteel is de regie in handen van de Stedelijke Klankbordgroep Lokale Zorgnetwerken, onder voorzitterschap van de GGD. Het voorzitterschap wordt op termijn overgedragen aan de Stichting PameijerKeerkring. Afhankelijk van de ontwikkelingen op het gebied van de financiering komt de regie in handen van de gemeente.

Werkwijze

Elk zorgnetwerk is opgebouwd uit een telefonisch meldpunt, de

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

coördinator die het meldpunt beheert en een kerngroep van hulpverleners. Cases worden aangemeld bij de coördinator, deze wint informatie in over de situatie, legt zonodig een huisbezoek af en brengt de casus in het overleg van de kerngroep (tweewekelijks of maandelijks). Hierin wordt een gezamenlijk plan van aanpak opgesteld, worden werkafspraken gemaakt en de taken verdeeld. Het overleg functioneert hierbij als een cliëntvolgsysteem.

Formele status

Elk zorgnetwerk werkt met een privacyreglement en een samenwerkingsovereenkomst.

Financiering

De kosten per zorgnetwerk bedragen op jaarbasis zo'n 80.000,-. Met dit bedrag kan voorzien worden in 0.6 fte coördinatiefunctie. Momenteel is de financiering erg versnipperd. Financieringspartners variëren per wijk. Veelal betreft het een combinatie van deelgemeentelijke financiering, GSB-gelden, financiering vanuit de zorgverzekeraar of uit eigen middelen van zorginstellingen.

Registratie

Elke zorgnetwerk verzorgt de eigen registratie. Deze is veelal in beheer van de coördinator. Er zijn registratieformulieren ontwikkeld en een geautoriseerd registratiesysteem is in ontwikkeling.

Werkgebied

De zorgnetwerken zijn georganiseerd op wijkniveau. Dit werkgebied omvat veelal zo'n 20.000 tot 30.000 inwoners. Alleen in Hoogvliet beslaat het werkgebied de gehele deelgemeente.

Caseload

Per zorgnetwerk worden jaarlijks zo'n 75 à 150 aanmeldingen in behandeling genomen.

Contactpersoon

Op stedelijk niveau de GGD Rotterdam e.o.

Op uitvoerend niveau de coördinatoren van de zorgnetwerken.

Beleidsinkadering

De lokale zorgnetwerken zijn als speerpunt opgenomen in verschillende beleidsdocumenten van zowel zorginstellingen als ook de gemeente. Eind 1993 heeft de gemeenteraad van Rotterdam de motie Dekker aangenomen, waarin de opdracht werd gegeven

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

te inventariseren hoe personen die aan de rand van de samenleving terecht zijn gekomen beter bereikt kunnen worden door de overheid en hulpverlenende instanties. Onder de noemer 'Beetpakken en Vasthouden' zijn een aantal projecten uitgewerkt, waaronder de uitbreiding van de lokale zorgnetwerken. Het opzetten van de zorgnetwerken is hierdoor in een stroomversnelling geraakt.

Momenteel vormen de lokale zorgnetwerken een belangrijk onderdeel van de regiovisie Dak- en thuislozen. De lokale zorgnetwerken worden hierin gezien als een hulpmiddel of werkwijze om te voorkomen dat mensen afglijden naar het dak- en thuislozencircuit (preventie van instroom).

Rol gemeente

Faciliterend/voorwaardescheppend.

Realisatie doelstellingen

Samenwerking

Regelmatig vinden procesevaluaties plaats naar het functioneren van de zorgnetwerken om zo inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de samenwerking en de knelpunten die zich hierin voordoen. De ervaringen met deze manier van samenwerken zijn positief. Problemen worden in hun samenhang benaderd en de korte communicatielijnen tussen de verschillende instanties maken tijdige inschakeling van de benodigde hulp mogelijk. Bovendien zijn instanties minder tijd kwijt aan het verzamelen van informatie over een cliënt omdat ze terug kunnen vallen op één centraal contactpersoon. Ook voelen de deelnemers zich door de samenwerking gesteund en beter toegerust om met complexe problematiek om te gaan.

Inhoud

Momenteel loopt een evaluatiestudie naar het effect van deze manier van samenwerking. Hierin wordt onderzocht wat ondersteuning vanuit een zorgnetwerk oplevert voor de cliënt (veranderingen in de gezondheid- en leefsituatie van de cliënt). Tevens wordt op wijkniveau bekeken of er veranderingen optreden in o.a. het aantal uithuiszettingen, in het gebruik van GGZ-voorzieningen, in het aantal overlastklachten en in het aantal gedwongen opnamen.

Bevorderende factoren

- Het combineren van een bottom-up en top-down benadering bij het opstarten van een zorgnetwerk. Door beide lagen van een

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

organisatie (zowel management als uitvoering) te betrekken in de voorbereidingsfase wordt het draagvlak voor samenwerking vergroot persoonlijke inzet en enthousiasme van deelnemers de aanvullende formatie voor een coördinator voor het zorgnetwerk. Hierdoor is iemand beschikbaar die de tijd en ruimte heeft om het samenwerkingsverband bijeen te houden.

- De persoonlijke eigenschappen van de coördinator: dit moet iemand zijn die gemakkelijk contacten aangaat en die de beschikking heeft over een uitgebreid netwerk.
- De ervaring dat samenwerking een meerwaarde op kan leveren uitstralingseffect van goed functionerende zorgnetwerken op omliggende werkgebieden. Dit versterkt het draagvlak om ook in deze gebieden een soortgelijk samenwerkingsverband op te starten. Een goede verankering van het zorgnetwerk in de wijk waardoor instanties die niet deelnemen aan het overleg ook de weg weten te vinden naar het zorgnetwerk en het meldpunt. De signalerende functie van een zorgnetwerk komt hierdoor goed van de grond.

Belemmerende factoren

- Financiering is erg versnipperd en is per zorgnetwerk anders geregeld. Hierdoor is er moeilijk grip op te krijgen en ontbreekt een centrale aansturing. Bovendien is de continuïteit van de financiering onvoldoende gewaarborgd, waardoor er veel tijd gaat zitten in het regelen van de financiering voor elke volgende periode.
- Privacy en geheimhoudingsplicht blijven juridisch gezien een belangrijk obstakel.
- Draagvlak voor samenwerking is nodig om het samenwerkingsverband van de grond te krijgen. Is dit draagvlak onvoldoende aanwezig, dan is de kans van slagen gering.

Bronnen:

- Hilde Poodt, beleidsmedewerker/-onderzoeker OGGZ, Sector Gezondheidsbevordering GGD Rotterdam e.o.
- Schriftelijke stukken:
 - Poodt, H.D., E. van der Hijden en P. van der Torn, 'Werken aan samenhang; handboek voor het bevorderen van de samenhang in de sociaal-psychiatrische zorg op wijkniveau'. GGD Rotterdam e.o., 1997.
 - Poodt, H.D., E. van der Hijden en A. Wierdsma, 'Lokale zorgnetwerken als panacee voor grootstedelijke problematiek?' Aangeboden aan MGZ. GGD Rotterdam e.o., 1997.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Poodt, H.D., 'Het lokale zorgnetwerk "Oude Noorden" geëvalueerd. Verslag van een tussentijdse evaluatie.' GGD Rotterdam e.o., 1996.
Poodt, H.D., 'Lokale zorgnetwerken. Informatiebrochure', GGD Rotterdam e.o., 1998.

9 GGD Zuidwest Friesland: Samenwerkingsoverleg Preventief

Doelen

- Ontwikkeling en uitvoering van een aantal gezamenlijk afgestemde preventieprogramma's ten behoeve van de doelgroep ouderen (55+).
- Met behulp van preventie en samenwerking (toekomstige) ouderen in staat stellen om zo lang en gezond mogelijk zelfstandig in hun vertrouwde omgeving te wonen.

Doelgroepen

Ouderen, partners/kinderen van (jong) dementerenden, chronisch zieken, medewerkers thuiszorg, mantelzorgers, vrijwilligers(organisaties).

Type netwerk

Het totale netwerk is opgebouwd uit twee lagen. Op directieniveau is er een breed overleg tussen leden van directies. Het bleek gaandeweg nodig om op directieniveau de inbreng van de deelnemende partners aan de orde te stellen: hun activiteiten voor het overleg moesten worden afgedekt. In het brede overleg zitten daarom leden van de directie of door hen gemandateerden. Op uitvoeringsniveau zijn er werkgroepen op deelthema's. De deelnemers hierin zijn de organisaties die hiervoor nodig zijn, waarbij ook organisaties buiten het netwerk erbij worden betrokken en vrijwilligersorganisaties deelnemer zijn. De functies van de deelnemers is afhankelijk van het onderwerp.

Samenwerkingspartners

Stichtingen Welzijn Ouderen in Zuidwest Friesland, Verpleeghuizen 'De Ielânen' in Sneek en 'de Flecke' te Joure, RIAGG afdeling Preventie, St. Thuiszorg Zuidwest Friesland, Verzorgingshuizen in Zuidwest Friesland, Antonius Ziekenhuis, Verpleeghuis 'Bloemkamp' te Bolsward, Bureau Zorg Toewijzing Zuidwest Friesland, St. Coördinatie Vrijwillige Thuishulp, GGD Zuidwest Friesland.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Achtergrond/historie

In 1992 kwam de coördinator bij de GGD werken, met ervaring met het opbouwen van netwerken en met ouderenbeleid. Hij vond samenwerking een noodzaak in het (preventief) ouderenbeleid. Er was een overleg op dit terrein in de gemeente Sneek. Hij besprak zijn ideeën met de trekker van dit groepje. De volgende stappen betroffen het vanuit dit groepje intensiveren van het onderwerp en de samenwerking, het iets meer formaliseren van de samenwerking, het aanbrengen van een koppeling tussen beleid en uitvoering en een verbreding naar regionaal niveau. Vanuit de ideeën over de doelgroep, problematiek en inhoudelijke ideeën van de coördinator werden de partners voor samenwerking benaderd.

De start van de samenwerking bestond uit veel praten met mensen uit de organisaties die van belang konden zijn, en hen motiveren mee te doen.

Het was zoeken naar een vorm van samenwerking.

Ontwikkelingsstadium

Start: januari 1993.

Initiatief

De GGD Zuidwest Friesland.

Regie

De GGD Zuidwest-Friesland. De samenwerking wordt ook getrokken door de huidige voorzitter van het overleg, de vertegenwoordiger van het de ziekenhuis.

De functie van de coördinator is die van secretaris. De coördinator ziet zichzelf hierbij vooral als facilitator. Onderdelen van deze rol zijn volgens hem:

- Deelname aan samenwerkingsoverleg en werkgroepen;
- producten die nodig zijn voor de projecten ter beschikking stellen, zodat deelnemende organisaties daar geen extra tijd in hoeven te stoppen. De inzet van de instellingen blijft daarmee beperkt tot hun 'core business';
- financiering voor projecten zoeken;
- vergaderschema maken;
- uitnodigingen, materialen, agenda's, stukken maken;
- informatie ter beschikking stellen aan de deelnemers;
- inhoudelijke sturing van het overleg. Dit houdt in: Speerpunten voorstellen op basis van een analyse van een epidemiologische gegevens onder ouderen en chronisch zieken. Inmiddels worden

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

ook vanuit de deelnemers meer inhoudelijke thema's aangedragen.

Werkwijze

In het samenwerkingsoverleg worden de algemene beleidslijnen vastgesteld, waarbij keuzen worden gemaakt over de te ondernemen activiteiten. Deze worden vervolgens in werkgroepen uitgewerkt. Het samenwerkingsoverleg komt twee à drie maal per jaar bijeen.

Per activiteit wordt bekeken welke organisaties erbij betrokken moeten worden en welke personen van de organisaties deelnemen. Daarnaast participeren ook vrijwilligersorganisaties in de werkgroepen. Uitgangspunt bij samenwerking is respect voor elkaars instelling, eigen deskundigheid en autonomie.

Het accent in de eerste periode van het overleg lag op psychogeriatrische problematiek onder ouderen. De samenwerking betekent dat op de onderscheiden terreinen de organisaties hun activiteiten op elkaar afstemmen. Voor de periode 1996-1998 koos het samenwerkingsoverleg voor:

- het uitbreiden van het inhoudelijke aandachtsgebied naar somatisch en sociaal-maatschappelijke gezondheidsproblematiek onder ouderen;
- een actieve signaalfunctie van het overleg inzake ontwikkelingen in de regio die het gezondheidsbeleid voor ouderen betreffen.

Formele status

Aanvankelijk was het een informeel overleg, dat wel werkte met een doel en beleidslijnen voor de toekomst. Vervolgens bleek dat het nodig was om op enig moment ook de inbreng van de partners in het overleg bij de directies aan de orde te stellen en dat deze afgedekt werd door de directies van de deelnemende instellingen. Dit is geformaliseerd via de aanwezigheid van directieleden (of door hen gemandateerden) in het overleg en door een jaarlijkse (schriftelijke) rapportage ten behoeve van de directies.

Financiering

De kosten betreffen alleen formatietijd, die door de deelnemende organisaties ter beschikking wordt gesteld. De grootste tijdsinvestering ligt bij de coördinator, de GGD. Voor activiteiten/producten die voor de uitvoering van projecten nodig zijn vraagt de coördinator externe financiering aan, waaraan ook vaak een evaluatie wordt gekoppeld. De instellingen sorten ieder jaar f 100,- in een pot, waaruit vergoedingen voor de onkosten van de

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

vrijwilligers die deelnemen aan de werkgroepen en zaken uitvoeren, worden bekostigd.

Registratie

Er is een werkplan voor de periode 1993-1995 en een voor de periode 1996-1998. Daarnaast stelt de coördinator jaarlijks een schriftelijke rapportage over de ondernomen activiteiten, ten behoeve van de directies van de instellingen. Hiermee wordt achteraf verantwoording afgelegd over de aan de activiteiten besteedde hoeveelheid tijd door medewerkers van de deelnemende organisaties.

Contactpersoon

De heer P. du Bois, beleidsmedewerker GGD Zuidwest Friesland.

Beleidsinkadering

GGD: Het opzetten van samenwerking op het terrein van preventief ouderenbeleid vormde een onderdeel van het werkplan van de coördinator. Het voeren van het secretariaat van Preventief is onderdeel van het preventiebeleid voor ouderen van de GGD. De deelnemende instellingen nemen hun deelname aan Preventief op in hun jaarverslagen en werkplannen.

Rol regiovisie: er is een verband met de regiovisie, maar deze is er vooral door toeval. De coördinator is voor een aantal uren per week aangesteld als beleidsmedewerker bij de gemeente om de indicatiestelling voor te bereiden (bij gebrek aan deskundige beleidsmedewerker binnen het ambtelijk apparaat). Dit heeft een inhoudelijke link tot gevolg tussen: 1. de gegevens die vrijkomen uit een analyse van rio-intakers over lacunes in de zorgvraag en aanbod en 2. de preventieve taak van de GGD. De coördinator brengt inhoudelijke visie in dit overleg, zoals de vraag naar de kwaliteit van de indicatiestelling en de persoon die de medische advisering uitvoert.

Rol van de gemeente

Gemeenten zijn via de GGD deelnemer in het overleg en participeren afzonderlijk waar relevant in werkgroepen. De coördinator heeft regelmatig overleg met de vertegenwoordigers van de gemeenten in de GGD regio en wordt ook door hen gevoed. In het overleg komt het netwerk regelmatig aan de orde. Voor specifieke projecten geven gemeenten af en toe aanvullende financiering.

Realisatie doelstellingen

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Samenwerking

De samenwerking is geen doel op zich. Een regelmatige evaluatie van de samenwerking vindt wel plaats, waaruit als belangrijk voordeel naar voren komt dat instanties elkaar meer weten te vinden.

Inhoud

In principe worden alle activiteiten gestart als project, vervolgens geëvalueerd en bij positieve resultaten gecontinueerd in het reguliere aanbod.

Bevorderende factoren

- Draagvlak voor het netwerk bij directies, deelnemers en met andere instellingen in de regio. Hiervoor is een goede communicatie van belang. Met name communicatie over activiteiten naar de directies toe is van belang, omdat het gevaar bestaat dat het netwerk voor de directies op een gegeven moment gaat vervagen.
- Netwerk opnemen in het beleid van de deelnemende instellingen en van de GGD.
- Coördinatie van het netwerk. Er is allereerst tijd en ruimte voor coördinatie nodig. Daarnaast is ook een actieve houding van de coördinator en kennis van lopende discussies van belang. De coördinator voert bijvoorbeeld met nieuwe deelnemers altijd eerst een gesprek, vóór een vergadering. De coördinator moet het 'product' Preventie en gezondheidsbevordering van ouderen op de agenda zetten en enthousiasme overdragen. Dit betekent dat coördinator moet beschikken over kennis van PR en Marketing.
Een waarschuwing bij de functie van coördinator is dat je moet voorkomen dat je te prescriptief overkomt.
- Een haalbaar plan opstellen. Dit geldt zowel voor de activiteiten van de deelnemers/werkgroepen als voor de coördinator.
- Geestdrift/enthousiasme van de deelnemers. Papier geeft geen garantie voor succes, het functioneren van het netwerk hangt vooral van de personen af.
- Een bindende factor waar iedereen zich op laat aanspreken en een zichtbare meerwaarde.
- Meerdere partners die het gezicht van het netwerk bepalen - en niet slechts één.

Belemmerende factoren

- Andere netwerken in de regio. Het is belangrijk dat bij de directies die in beide netwerken en bij die andere netwerken

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

bekend is wat het samenwerkingsoverleg doet. Plaatsbepaling ten opzichte van deze andere netwerken is nodig. Hiervoor is als oplossing gekozen voor een directeurenoverleg t.b.v. onderlinge informatie-uitwisseling tussen de diverse netwerken.

- Overleg op directieniveau. Dit is noodzakelijk, maar de communicatie kan lastig zijn, het gaat op een gegeven moment vervagen.
- Personele wisselingen in het netwerk. Met name bij de thuiszorg is dit nu een probleem, omdat daar door reorganisaties managers en divisies veranderen, waardoor mensen met wie persoonlijke relaties zijn opgebouwd vertrekken. Voor de continuïteit en groei zijn deze persoonlijke relaties echter juist van belang.
- Gebrek aan tijd
- (in begin van het netwerk:) De winstpunten van deelname aan het netwerk voor verzorgingshuizen en ziekenhuizen waren niet duidelijk.

Zij vatten preventie niet op als een taak van de eigen organisatie. Nu staan er twee concrete projecten op stapel waarin zij voordeel van het netwerk hebben. De projecten hebben betrekking op eenzaamheid in verzorgingshuizen en het aanbieden van deskundigheidsbevordering m.b.t. psychogeriatrische patiënten in een verzorgingshuis, verzorgd vanuit het ziekenhuis en verpleeghuis.

Bronnen:

- Interview met de heer P. du Bois, beleidsmedewerker GGD Zuidwest Friesland;
- Schriftelijke stukken: 'Beknopte informatie over het samenwerkingsoverleg 'Preventief'.

10 Hoogvliet: Zorgregio Hoogvliet/Pernis

Doel

Het realiseren van samenhang en afstemming van zorg, wonen en welzijn voor ouderen in Hoogvliet en Pernis.

Doelgroepen

Ouderen in Hoogvliet en Pernis.

Type netwerk

Het netwerk bestaat uit twee lagen. Op beleidsniveau is er een Coördinatiecommissie, waaraan de directies van de instellingen

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

die het convenant Zorgregio hebben ondertekend deelnemen. De Coördinatiecommissie stelt het beleidsplan en werkplannen vast en bewaakt de voortgang van projecten. De commissie komt een maal per twee maanden bij elkaar.

Op uitvoeringsniveau functioneren projectgroepen. Deelnemers zijn die organisaties die deskundig zijn op een bepaald gebied c.q. onderwerp. Mogelijke participanten zijn de organisaties uit de Zorgregio, GGD, huisartsen, SWH, AMW, sociaal raadslieden, woningcorporaties.

Samenwerkingspartners

Verzorgingshuis Meeuwenhof, Woon-, Zorgcentrum en Verpleeghuis Siloam, Geriatriisch Centrum Breede Vliet, Zorgcentrum Het Havenlicht, Thuiszorgcentrum Max Havelaarweg, St. Dienstencentrum Loksterland, Ouderenvertegenwoordiging Hoogvliet, Ouderenvertegenwoordiging Pernis, Wijkraad Pernis, Deelgemeente Hoogvliet.

Achtergrond/historie

In de raadsperiode '88 - '91 constateerde de portefeuillehouder ouderenbeleid dat een echt ouderenbeleid en een goede samenwerking op dit terrein in de deelgemeente ontbrak. Hij liet vervolgens een sociale kaart van de ouderenzorg in Hoogvliet maken. De onderzoeker hield interviews bij de instellingen en ter introductie ging de portefeuillehouder bij deze instellingen langs - met een pleidooi voor samenwerking. Het onderzoek mondde uit in een nota ouderenzorg in Hoogvliet. Een van de aanbevelingen betrof de noodzaak van een samenwerkingsverband rond ouderen, waar bij instellingen behoefte aan bleek te bestaan. Eind 1990 besloot de deelraad met deze behoefte aan samenwerking door te gaan. De nota werd naar de Stad Rotterdam gestuurd, waarop de wethouder formatie en middelen aanbod om de zorgregio van de grond te tillen.

De voorzitter van de deelgemeente zette eind 1993 24 organisaties om tafel, die de intentie uitspraken gedurende drie jaar, onder externe begeleiding, een experiment aan te gaan om de samenwerking op te zetten. Na de verkiezingen in 1994 pakte de weer in het College teruggekeerde portefeuillehouder de nota ouderenbeleid en de samenwerking weer op. Er werd een stuurgroep ingesteld, met de gemeente als onafhankelijk voorzitter en STOEL als procesbegeleider van de zorgvernieuwing. Het eerste is de samenwerking tussen de zorginstellingen tot stand gekomen. Het Dienstencentrum is hier aanvankelijk buiten gebleven. Er was echter behoefte aan een onafhankelijk orgaan dat

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

vragen van zorgaanbieders en zorgvragers kon beantwoorden en vorm kon geven aan de coördinatiefunctie, aan flankerend beleid en ontwikkelingen rond indicatiestelling. Om hierin te voorzien werd een hulp/informatiepunt ontwikkeld, dat bij het Dienstencentrum werd ondergebracht en werd gefinancierd door gemeente en zorgaanbieders.

Uiteindelijk sloten in 1996 tien organisaties een convenant. Het experiment werd hiermee omgezet in een structurele samenwerking. Tegelijkertijd verviel de externe begeleiding van STOEL. De coördinatie en aansturing van het samenwerkingsverband kwam vervolgens in handen van de zorgaanbieders zelf.

Ontwikkelingsstadium

Start: 1993. Evaluatie volgt in oktober 1998.

Initiatief

Deelgemeente Hoogvliet.

Regie

Tot 1996 lag de regie met name bij de gemeente, gevolgd door het externe bureau STOEL. Sinds het bestaan van de Zorgregio doen de aanbieders het zelf, in de Agendacommissie van de Coördinatiecommissie.

Werkwijze

De Coördinatiecommissie stelt het beleidsplan en werkplannen vast, waarna de uitvoering van projecten plaatsvindt in projectgroepen.

De vergaderingen van de Coördinatiecommissie worden voorbereid door de Agendacommissie. Hierin zitten het Dienstencentrum, het Thuiszorgcentrum en het Geriatrisch Centrum Breede Vliet. De Coördinatiecommissie wordt voorgezeten door de deelgemeente Hoogvliet, de notulen worden verzorgd door het Woon-, Zorgcentrum en Verpleeghuis Siloam en de secretariële ondersteuning van de Agendacommissie is ondergebracht bij het Thuiszorgcentrum.

In de driejarige experimentfase was de procesbegeleiding in handen van STOEL. Zij bereidden de werkgroepen en het werkplan voor, inhoudelijk en organisatorisch. In 1996 is de coördinatie voor de werkgroepen per groep vastgelegd. De voorbereiding van de Coördinatiecommissie wordt gedaan door drie zorgaanbieders, in de Agendacommissie.

Formele status

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Er is een convenant, ondertekend door de deelnemende organisaties. Hierin zijn doel, werkwijze, samenstelling, structuur en werkwijze van de samenwerking vastgelegd.

Financiering

Het adviesbureau STOEL kostte ongeveer f 100.000,- per jaar. De rest van de kosten betreft formatie bij instellingen, wat op ongeveer f 60.000,- per jaar neerkomt. Voor de activiteiten van de Zorgregio wordt per keer financiering gezocht, zo veel mogelijk bij verschillende partners.

Registratie

Laatste werkplan: 1996/1997. Een vervolg-werkplan is niet gemaakt.

Contactpersoon

De heer A. van der Heijde, portefeuillehouder deelgemeente Hoogvliet.

Beleidsinkadering

Deelname aan de Zorgregio is opgenomen in de beleidsplannen van de deelnemende instellingen. Daarnaast is de Zorgregio onderdeel van het gemeentelijk ouderenbeleid.

Rol van de gemeente

- Trekker van de samenwerking. Kernbegrippen hierbij waren: makelen, het proces begeleiden, erin geloven, enthousiasme overbrengen. Toen de samenwerking formeel was vastgelegd heeft de gemeente zich van de inhoud van de samenwerking teruggetrokken en dat aan de zorgaanbieders overgelaten. De portefeuillehouder heeft nu de rol van stimulator en voorzitter.
- Aansturing van het Dienstencentrum, met behulp van de subsidieregeling.

Realisatie doelstellingen

Samenwerking

De portefeuillehouder is erg tevreden over de ontstane samenwerking. Dé omslag die de deelnemende instellingen volgens hem hebben gemaakt, is het centraal stellen van de ouderen in plaats van de instelling; kijken hoe een zorgpakket kan worden samengesteld dat aan de behoefte van ouderen voldoet. Bij de samenwerking staat de eigenheid van elk van de instellingen voorop.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

Inhoud

Wat de samenwerking oplevert, is tevredenheid over het aanbod bij de gebruikers, het daadwerkelijk gebruik kunnen maken van de capaciteit die er is en efficiency-winst door het ene loket. Een voorbeeld van het succes van de samenwerking was de renovatie van de twee verzorgingshuizen. Door samenwerking konden de noodwoningen bij elk van de verzorgingshuizen worden geplaatst, hoefden de bewoners minder ver te verhuizen en werd 2 miljoen bespaard.

Bevorderende factoren

- Initiërende en stimulerende rol van de gemeente, c.q. de portefeuillehouder.
- Het serieus nemen van het ouderenbeleid door de gemeente, wat zich bijvoorbeeld uitte in het scheppen van de randvoorwaarden voor het informatiepunt. Dit werkte positief naar de instellingen toe.
- Visie op rol van de gemeente bij samenwerking.
Taak van de lokale bestuurder is volgens de portefeuillehouder je voelspriet in de lokale samenleving zo richten dat de kansen in de samenleving door organisaties en samenwerking heel breed worden gepakt. Hiervoor is gedrevenheid en kennis over de lokale samenleving nodig. Een mogelijkheid die je daarnaast als lokale overheid hebt is via je subsidiebeleid de werkwijze van lokale instellingen veranderen. Niet als bezuinigingsmaatregel, maar om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Geld dat door samenwerking wordt verdiend moet dan ook worden teruggesluisd. De inhoud zou je als bestuurder/gemeente aan anderen over moeten laten.
Inhoud (zorg voor ouderen) centraal stellen in plaats van de instellingen.
- De gemeente levert financiële bijdrage. Hierbij zou een gemeente er wel voor moeten waken bij de verdeling van middelen aan alle partijen recht te doen.
- Schaalgrootte. De deelgemeente is volgens de portefeuillehouder een zeer geschikte schaal voor samenwerking.
- Cultuuromslag bij de instellingen: gericht zijn op de inhoud in plaats van de instelling. Dit ging niet vanzelf. Bevorderend waren: de betrokken personen die samenwerking zagen zitten, de Hoogvlietse cultuur van samenwerken en de houding van de gemeente.
- Financiering op lange termijn organiseren. De manier waarop de portefeuillehouder dit doet/probeert: de gemeente betaalt in de experimentfase, met de afspraak vooraf dat de instelling die de

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg

uitvoering doet bij succes structureel formatie creëert.

Belemmerende factoren

- Het ontbreken van STOEL: het ontbreken van externe expertise en een vast secretariaat om het proces te sturen, zowel organisatorisch als inhoudelijk. Dit zou bijvoorbeeld het Dienstencentrum kunnen doen, maar daar ontbreekt nu de expertise en menskracht voor.
- Druk op de gezondheidszorg, waardoor er bij de zorgaanbieders meer druk komt te liggen op de mogelijkheden die zij hebben om in het kader van de Zorgregio activiteiten te ontplooien. De portefeuillehouder waarschuwt voor het vragen van tijd/formatie die ten koste gaat van het uitvoerend werk.
- De stedelijke organisaties, waar vernieuwing/samenwerking niet in de regels en middelen past, waardoor de continuïteit van de samenwerking in gevaar komt. De deelgemeente heeft deze organisaties echter wel nodig omdat de middelen van de deelgemeente zeer beperkt zijn; een groot deel van het budget bestaat uit verplichtingen. De stedelijke organisaties geven echter geen extra middelen ten behoeve van continuïteit van de samenwerking, ondanks het feit dat ze wel enthousiast zijn over de samenwerking en de daaruit voortvloeiende activiteiten. Voorbeeld: de brede school in Hoogvliet. Heeft heel brede belangstelling gekregen, iedereen is enthousiast, maar er dreigen nu geen extra middelen voor voortzetting te komen.

Bronnen:

- Interview met de heer A. van der Heijde, portefeuillehouder deelgemeente Hoogvliet
- Schriftelijke stukken: Convenant Zorgregio Hoogvliet/Pernis, november 1996; Huishoudelijk reglement bij Convenant; Werkplan 1996/1997 Zorgregio Hoogvliet/Pernis.

Literatuur

Brummeler, L. ten en Mast W.M., *Doelgericht extern netwerken: organisatie instrumenten; sturingsinstrumenten voor de manager*. Alphen a/d Rijn: Samson, 1995.

Goumans, M. *Innovations in a Fuzzy Domain; Healthy Cities and (Health) Policy Development in the Netherlands and the United Kingdom*. Maastricht: Unigrafic, 1998. Proefschrift.

Heffen, O. van en Kerkhoff, A.H.M. *Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 1997.

Hendrix, H., Konings J., Doesburg, J. en Groot, M. de. *Functionele samenwerking: werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: H. Nelissen, 1991.

Hupe, P.L. en Klijn E.H. *De gemeente als regisseur van het preventief jeugdbeleid*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Hupe, P.L. en Klijn E.H. *Innovatie in de zorgsector: Jaarboek 97*. Utrecht: De Tijdstroom, 1998.

Mare, J. de en Balledux, M. *VTO-samenwerking*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 1995.

Mast, W. en Brummeler, L. ten. *Organisatie-netwerken in de non-profitsector: de dynamiek van netwerken aan de hand van vijf relevante dimensies*. Utrecht: Uitgeverij SWP, 1994.

Nooren, J.E.A.M., Taal, A.W. en Huijsman, R. *Tussen plan en werkelijkheid: samen werken aan regiovisies in de ouderenzorg*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, Stimulering Modernisering Ouderenzorg (STIMO), 1997.

Pannebakker, M., Vergeer, M. en Versteegen, H. *Buurtnetwerken in beeld: landelijke registratiegegevens 'Buurtnetwerken jeugdhulpverlening' schooljaar 1993-1994*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 1995.

Pannebakker, M., Vergeer, M. en Versteegen, H. *Samen sterker: stappenplan voor een netwerk rond jeugd*. Utrecht: Stichting Jeugdinformatie Nederland, s.a.

Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg