



Tranzo
Wetenschappelijk
centrum voor
zorg en welzijn

PREVENTIE EN ZORG VERBINDEN IN DE PRAKTIJK

WIJKGEZONDHEIDSPROFIEL EN BELEIDSDIALOOG ALS HANDVATTEN

In opdracht van:



Uitgevoerd door:





VOORWOORD

4

1

TOELICHTING

6

2

HANDVATTEN

8

STAPPENPLAN

9

WIJKGEZONDHEIDSPROFIEL

11

GEORGANISEERDE DIALOOG

14

4

DE PILOTWIJKEN

40

GEMERT-BAKEL, GEMERT

41

EINDHOVEN, ACHTSE BARRIER

43

TILBURG, GESWOREN HOEK EN HUIBEVEN

45

BOXTEL, BOXTEL-OOST

47

BERNHEZE, HEESWIJK-DINTHER EN
LOOSBROEK

49

DRIMMELEN, TERHEIJDEN

51

ETTEN-LEUR, BANAKKERS

53

3

TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

17



STAP 1 - KENNISMAKEN MET WIJK

18



STAP 2 - SAMENSTELLEN WERKGROEP

20



STAP 3 - ANALYSEREN WIJK

22



STAP 4 - SAMENSTELLEN WIJKGEZONDHEIDSPROFIEL

25



STAP 5 - VOORBEREIDEN BELEIDSDIALOOG

28



STAP 6 - VOEREN DIALOOG MET LOKALE PARTIJEN

31



STAP 7 - BORGEN VAN PLANNEN EN SAMENWERKEN

36

CHECKLIST

39

5

RISICO'S IN DE PRAKTIJK

55

6

TOT SLOT

56

DATABRONNEN

57

LITERATUUR

60

BEGRIPPEN

59

COLOFON

61

VOORWOORD

Zowel binnen de publieke gezondheidszorg als de eerstelijnsgezondheidszorg groeit het besef dat samenwerken meer dan wenselijk is om een succesvolle, samenhangende uitvoering van taken op het gebied van preventie en zorg te realiseren. Ook het belang van samenwerken op wijk- en buurtniveau wordt steeds meer onderkend, omdat dan bestaande lokale netwerken en expertise van lokale partners beter benut kunnen worden. Deze wijze van samenwerking maakt het mogelijk om het aanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen, behoeften en eigen kracht van de lokale bevolking.

Dit e-book 'Preventie en zorg verbinden in de praktijk. Wijkgezondheidsprofiel en beleidsdialoog als handvatten' biedt een handreiking om deze samenwerking te stimuleren.

Project leidt tot handreiking praktijk

De ervaringen van zeven Brabantse gemeenten in het ZonMw project 'Tools ter bevordering van een effectieve samenwerking preventie-curatie in de wijk: modules voor wijkprofielen en beleidsdialoog' vormen de basis van dit e-book. Doordat we dit e-book baseren op praktijkervaringen sluit het goed aan bij de ontwikkelingen in relatief kleine gebieden (wijk, dorp of kern).

Voor wie bestemd

Dit e-book is geschreven voor betrokkenen en geïnteresseerden die met verbinden van preventie en zorg aan de slag (willen) gaan in een wijk, dorp of kern. Het biedt praktische handvatten, als:

- Een stappenplan om het proces verbinden, preventie en zorg te begeleiden in wijk, dorp of kern.
- Het wijkgezondheidsprofiel om cijfers over bevolking, gezondheid, preventie en zorg bij elkaar te brengen.
- De beleidsdialoog om cijfers uit het wijkprofiel te integreren met kennis, meningen en ervaringen van lokale partijen.
- De toepassing in de praktijk via een stappenplan, inclusief kansen, valkuilen en tips.
- De zeven pilotwijken in de provincie Brabant.
- De checklist om praktisch aan de slag te gaan met verbinden, preventie en zorg.

Ook als u op zoek bent naar meer informatie, ervaringen en tips over het verbinden van preventie en zorg in de praktijk, is dit e-book interessant.



BETROKKENEN AAN HET WOORD

Drie betrokken partijen geven hun mening over het belang van het verbinden van preventie en zorg in de praktijk.



Ien van de Goor,
Hoogleraar Effectiviteit individuele
preventie, Tilburg University (TSB),
Tranzo

Mensen worden meer verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid en welbevinden. Gezond gedrag en een gezonde leef- en werkomgeving spelen daarin een grote rol.

Gezond gedrag gaat makkelijker als mensen in hun dagelijks leven als vanzelf verleid worden de gezondere keuzes te maken. Dat kan door een slimme, gezondere inrichting van de directe leefomgeving, veilige speelplaatsen voor kinderen, wandel- en fietspaden naar scholen en winkels, veel groen in de wijk en zo meer. Daar ligt vooral een taak bij gemeenten of bij woningbouwcorporaties. Maar ook de huisarts en de verzekeraar spelen een rol door patiënten te informeren en te adviseren over een gezondere leefstijl, hen te verwijzen naar een leefstijladviseur, buurtsportcoach of sport- en beweegaanbod. Zo worden mensen geholpen zo lang mogelijk actief te blijven, in werk en in hun eigen wijk.

Om dit voor elkaar te krijgen is op lokaal niveau een continue dialoog en nauwe samenwerking tussen al de partijen betrokken bij gezondheid en welzijn van een wijk van groot belang. Welke gezondheids- en andere problemen worden ervaren in een wijk en hoe kunnen die worden aangepakt?

Die discussie is aan de lokale partijen om te voeren en dit e-book kan het proces daarbij ondersteunen.



Mark van Oosterhout,
Wethouder Zorg,
gemeente Drimmelen

Er verandert veel momenteel. Door de transities in het sociaal domein verandert er veel voor mensen die zorg krijgen, voor mensen die zorg bieden, voor mantelzorgers, vrijwilligers en welzijnswerkers. Maar ook voor financiers van zorg. De bestaande financiers, de verzekeraars, en de nieuwe, de gemeenten. Dat brengt vragen met zich mee. Krijg ik straks nog wel goede zorg? Kan ik het als mantelzorger nog wel aan? Krijg ik het als wethouder allemaal nog wel uitgelegd en zijn de budgetten niet te krap? Veel onzekerheid dus, met veel begrijpelijke vragen.

Ondanks dat, denk ik dat de transities ook veel kansen geven die kunnen leiden tot verbetering. Veel pilots die in de voorbereiding op de decentralisaties doorlopen zijn, laten zien dat “er vroeg bij zijn” ertoe leidt dat problemen later of minder heftig optreden. Maar dat lukt alleen als partners elkaar regelmatig spreken, elkaar weten te vinden en van elkaars kwaliteiten gebruik maken. Daar heeft iedereen een belangrijke rol in: van cliënt tot financier, van mantelzorger tot professional. De gemeente heeft daarbij een faciliterende rol en kan, met de middelen die zij heeft, preventie en curatie samenbrengen met de burgers in wijken en dorpen. Sterker nog, de gemeente is daar bij uitstek de aangewezen partij voor! Dit onderzoek is voor mij een inspiratiebron om deze rol in de toekomst nog beter vorm te kunnen geven.



Marnix de Romph
Directeur InEen

Patiënten van een gezondheidscentrum en wijkbewoners zijn dezelfde mensen. Bij een deel van deze mensen spelen complexe gezondheids- en levensvragen die zich niet laten opknippen langs de schotten in het systeem. Sterker nog, het opknippen kan de problemen zelfs onnodig vergroten.

Samenwerking tussen en afstemming met professionals is daarom voor burgers van groot belang. Tegelijkertijd weten we dat het overbruggen van de verschillen in de denk- en doewerelden lang niet altijd eenvoudig is. Gelukkig zijn er mooie voorbeelden waarin de praktijk laat zien dat samenwerking echt de moeite waard is. In veel gevallen vindt die ontmoeting in de wijk plaats en komt die tot stand door betrokken professionals.

Er zal de komende jaren een sterk beroep gedaan worden op eerstelijnsprofessionals om aan te haken bij het opnieuw vormgeven van de zorg- en welzijnsarrangementen in de wijk. Telkens opnieuw zal moeten worden uitgedokterd wat daarvoor het juiste recept is. Het project dat Tranzo samen met praktijkorganisaties uit zorg, welzijn en beleid heeft uitgevoerd laat zien dat het samenbrengen van deze werelden kan en daadwerkelijk wat oplevert voor zowel de professional als zeker ook voor de burger. InEen is trots daarbij betrokken te zijn!

1. TOELICHTING

Procesmatige aanpak samenwerking

Samenwerken tussen publieke gezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg is van belang om preventie en zorg beter af te stemmen op de behoeften van de lokale bevolking. Door de focus te leggen op relatief kleine gebieden (wijk, dorp of kern) zijn inwoners beter te betrekken bij dit vraagstuk. Ook kunnen dan bestaande lokale netwerken en expertises optimaal worden benut.

Voor een goede samenwerking is het van belang eerst informatie over gezondheid, preventie en zorg in de wijk overzichtelijk en samenhangend in kaart te brengen (1,2). Aan de hand daarvan kan het gesprek worden aangegaan met partijen vanuit diverse invalshoeken over de lokaal ervaren problematiek. De cijferinformatie is hierbij richtinggevend en niet bepalend.

De plannen die uit deze gesprekken voortkomen, kunnen bijvoorbeeld bijdragen aan betere zorg in de buurt of samenhangende zorg- en hulpvormen op wijkniveau.

Verbinden preventie en zorg

Er zijn nog weinig praktijkvoorbeelden waarbij bovenstaand proces is doorlopen. Om een stimulans te geven aan het verbinden van preventie en zorg in de praktijk heeft ZonMw het project 'Tools ter bevordering van een effectieve samenwerking preventie-curatie in de wijk', gefinancierd.

Het doel van dit project is het ontwikkelen van overdraagbare handvatten om de samenwerking tussen preventie en zorg op lokaal niveau te stimuleren.

Handreiking voor praktijk

Binnen het project zijn handvatten ontwikkeld voor het opstellen van wijkgezondheidsprofielen en voor het gebruik hiervan in (beleids)dialogen. Via een wijkgezondheidsprofiel en een georganiseerde dialoog kan het lokale beleid of plan beter worden afgestemd op de lokale situatie en de specifieke behoeften en wensen van de inwoners. Ter ondersteuning is ook een stappenplan ontwikkeld om stapsgewijs het proces naar een effectieve samenwerking tussen preventie en zorg te doorlopen.

Ervaringen door zeven experimenten

In zeven pilotwijken en -dorpen in Noord-Brabant is ervaring opgedaan met het ontwikkelen van wijkgezondheidsprofielen op basis van de lokale situatie. De (beleids)dialogen zijn ingezet om het wijkprofiel te verrijken met de kennis, meningen en ervaringen van de lokale partijen (zoals professionals en inwoners). Samen bepalen zij prioriteiten en werken dit uit in een beleid of plan voor een bepaald gebied. Per wijk is een kernteam samengesteld met vertegenwoordigers vanuit preventieveld (GGD epidemioloog en GGD adviseur) en zorgveld (ROS adviseur) om de processen in de pilot te begeleiden. De ervaringen met kansen, valkuilen en tips zijn te vinden onder Toepassing in de praktijk.



TERMEN 'WIJK' EN 'LOKALE PARTIJEN'

In dit e-book komen de termen 'wijk' en 'lokale partijen' vaak voor.

Wijk wil zeggen 'een voor lokale partijen herkenbaar organisatorisch of geografische gebied (wijk, buurt, dorp of kern)'.

Lokale partijen zijn onder andere gemeente, eerstelijnszorg, welzijnsorganisaties, centrum Jeugd en Gezin, sportaanbieders, scholen, zorgverzekeraars en inwoners. Zie voor andere termen de bijlage [Begrippen](#).

Deelnemende gemeenten

De deelnemende gemeenten met bijbehorende aandachtsgebieden in het project zijn: Drimmelen (Terheijden), Etten-Leur (Banakkers), Tilburg (Gesworen Hoek en Huibeven), Boxtel (Boxtel-Oost), Bernheze (Heeswijk-Dinther-Loosbroek), Eindhoven (Achtse Barrier) en Gemert-Bakel (Gemert).

Zie figuur 1.

De zeven pilotwijken hebben allemaal een soortgelijk traject of proces doorlopen aan de hand van zeven stappen. Elke wijk sluit met de stappen aan bij de eigen processen in de wijk, waardoor er verschillen zijn in vorm, volgorde of intensiteit van de stappen.

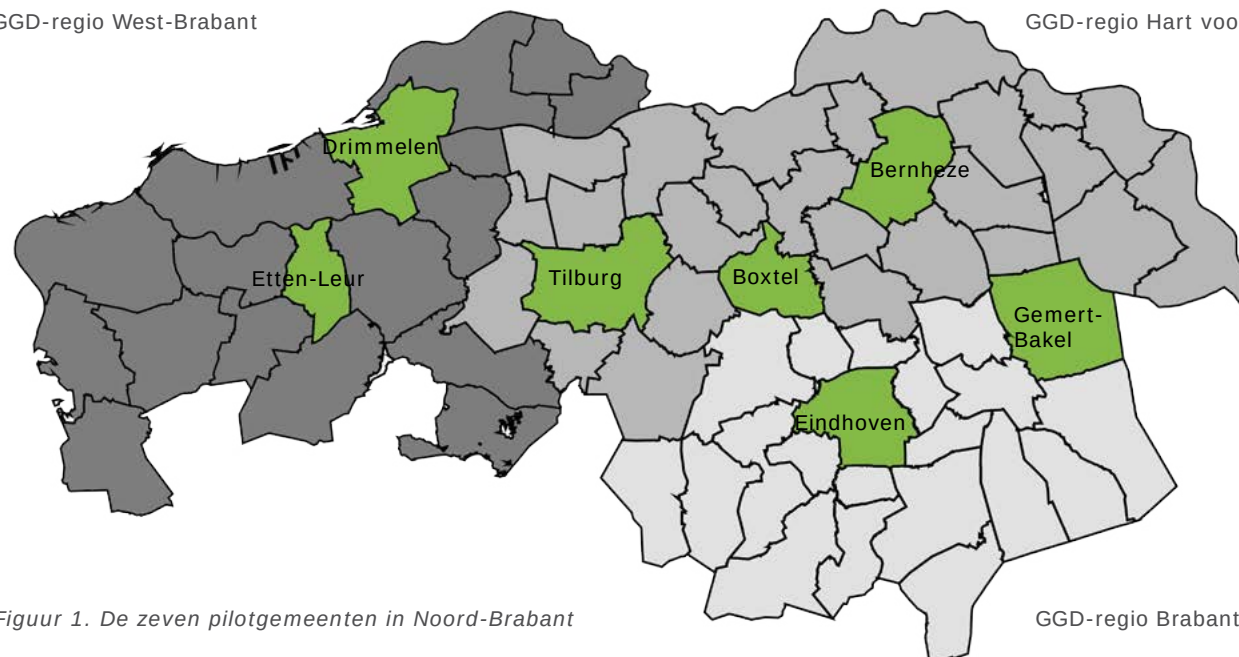
Uitgangspunten pilotwijken:

- Verbinden preventie en zorg
- Wijkprofiel en dialoog als uitgangspunt
- Samenwerken in wijk, dorp of kern
- Dynamische netwerken

Zie voor meer informatie over de opzet en evaluatie van het ZonMw-onderzoek het document [Onderzoeksoopzet](#).

GGD-regio West-Brabant

GGD-regio Hart voor Brabant



Figuur 1. De zeven pilotgemeenten in Noord-Brabant

GGD-regio Brabant-Zuidoost



2. HANDVATTEN

STAPPENPLAN

Stappenplan om preventie en zorg te verbinden op wijkniveau

Het stappenplan in figuur 2 geeft bouwstenen om het proces van het verbinden van preventie en zorg vorm te geven in de wijk en is flexibel toe te passen. Het is bedoeld als ondersteuning bij de opzet en uitvoering van het wijkgezondheidsprofiel en de beleidsdialoog.

De stappen en bijbehorende activiteiten komen in het hoofdstuk Toepassing in de praktijk uitgebreid aan de orde.

Procesbegeleiding

Om het proces in de wijk aan de hand van het stappenplan te doorlopen, is het wenselijk dat iemand daar het initiatief in neemt. Uitgaande van een doel en een opdracht van een opdrachtgever (bijvoorbeeld gemeente of gezondheidscentrum), maakt deze persoon de eerste plannen en betreft mensen van relevante partijen erbij. Deze procesbegeleider zorgt voor duidelijkheid en structuur. Hij¹ is een aanspreekpunt voor opdrachtgever en overige betrokkenen, heeft het overzicht, coördineert de activiteiten, stuurt verwachtingen en bewaakt de voortgang.

Figuur 2. Stappenplan verbinden preventie en zorg in de praktijk



¹ Lees ook: zij



Profiel procesbegeleider

Bij het proces van 'verbinden van preventie en zorg op wijkniveau' dient de procesbegeleider inzicht te hebben in de verschillende perspectieven van preventie en zorg en de bijbehorende organisaties. Bij voorkeur dient hij al bekend te zijn met de betreffende wijk. De procesbegeleider kan afkomstig zijn van GGD of ROS, maar ook van de gemeente of vanuit een zorg- of welzijnsorganisatie. Ook iemand die niet uit één van deze partijen afkomstig is, kan worden ingezet, zolang hij over de juiste competenties en vaardigheden beschikt.

Competenties en vaardigheden

De procesbegeleider is iemand met netwerkvaardigheden, die goed kan luisteren en adviseren. Organisatietalent en duidelijke communicatie zijn onmisbaar. Hij heeft mensenkennis en kan zich verplaatsen in andermans drijfveren. Ervaring met positieve gespreksvoering (zoals appreciative inquiry (3)) kan nuttig zijn bij het betrekken van partijen en het voeren van de dialoog. Het helpt om op een positieve en opbouwende manier te kijken naar mensen, organisaties en situaties. Op deze wijze is bijvoorbeeld toe te werken naar positieve thema's in een wijk, dorp of kern.

Taken procesbegeleider

De procesbegeleider zorgt ervoor dat de stappen in het stappenplan doorlopen worden, waarbij volgorde en intensiteit zijn afgestemd op de lokale situatie. Hij verdiept zich in de wijk, in wat er leeft en maakt kennis met sleutelfiguren.

De procesbegeleider onderhoudt een netwerk door lokale partijen, al dan niet via sleutelfiguren, te enthousiasmeren voor het te bereiken doel. In overleg met opdrachtgever en partijen maakt hij een tijdsplanning voor de te doorlopen stappen.

Tijdsplan procesbegeleiding

De looptijd van het beschreven proces omvat ongeveer één jaar. Niet elke stap heeft evenveel tijd nodig en het tijdsplan kan per wijk verschillen. Aan het begin van het proces vragen de voorbereidende gesprekken met (mogelijke) partijen veel tijd, vooral als er nog geen bestaande groep of overlegstructuur aanwezig is om bij aan te sluiten.

Ook kan het opstellen van het wijkgezondheidsprofiel tijdrovend zijn, afhankelijk van hoe breed en grondig de insteek is. Na deze tijdrovende stappen volgen meestal kortere tijdsinvesteringen rond het voorbereiden en voeren van de beleidsdialoog. Na de dialoog is het belangrijk de vaart erin te houden en de ideeën uit de dialoog samen met de werkgroep te vertalen in concrete acties en afspraken.

Overdragen procesbegeleiding

Het kan zijn dat de inzet van de procesbegeleider duurt tot aan het opstellen van een plan van aanpak met concrete acties en lokale trekkers. Eventueel kan de procesbegeleider ook langer betrokken blijven bij het verder uitrollen van de genoemde acties in de wijk. Hierover maakt de procesbegeleider bij aanvang concrete afspraken met de opdrachtgever die hij helder binnen de werkgroep communiceert.

WIJKGEZONDHEIDSPROFIEL

Definitie

Het wijkgezondheidsprofiel is een cijfermatige (kwantitatieve) rapportage over de wijk en haar bewoners, gericht op gezondheid en determinanten van gezondheid (beïnvloedende factoren).

Het interpreteren van de wijkcijfers is mogelijk door deze te vergelijken met een referentiegebied, met bepaalde referentiewaarden of met vorige metingen.

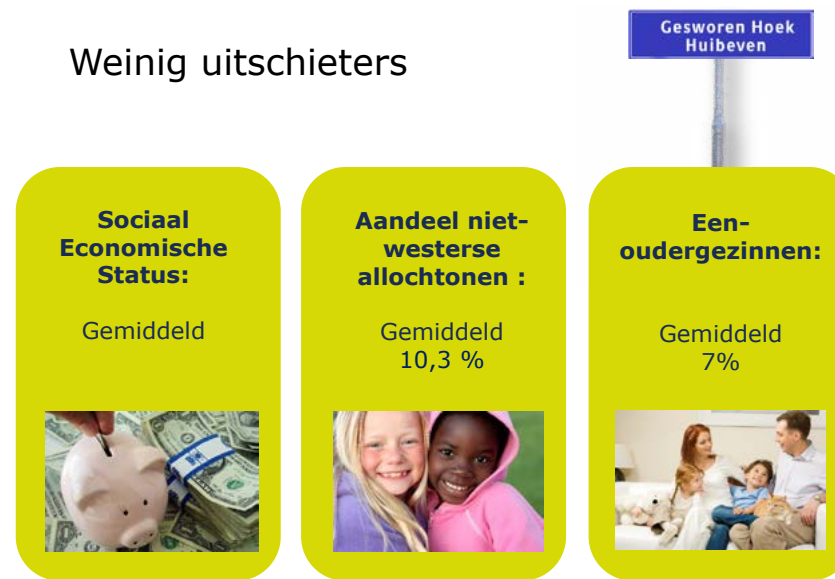
Profiel als startpunt voor dialoog

Het wijkgezondheidsprofiel biedt aangrijpingspunten voor het verbinden van preventie en zorg in de wijk. Door het profiel samen met partijen vanuit preventie- en zorgveld op te stellen is het een middel voor kennismaking, een gezamenlijke focus en samenwerking. Een profiel samenstellen is geen doel op zich. Het is vooral een startpunt voor de (beleids-) dialoog met lokale partijen, zoals professionals vanuit preventie, zorg en inwoners. Volledigheid en perfectie zijn dus niet nodig.

Profiel richt zich op wijk, buurt of dorp

De informatie in het wijkgezondheidsprofiel is bij voorkeur toegespitst op een specifiek aandachtsgebied zoals afgesproken met de werkgroep. Dit kan een (of meerdere) buurt(en), wijk(en), postcodegebied(en) of dorp(en) zijn, of een ander herkenbaar organisatorisch of geografisch gebied. Indien cijfers niet op het gewenste gebiedsniveau beschikbaar zijn, dan zijn cijfers van een ander gebiedsniveau te gebruiken of te extrapoleren.

Weinig uitschieters



Bovenstaande figuur komt uit het wijkgezondheidsprofiel Gesworen Hoek en Huibeven

Deze benadering van het werkelijke 'wijkcijfer' is echter niet altijd mogelijk of wenselijk, vanwege onbetrouwbaarheid of vertekening van de cijfers.

Referentiegebied biedt inzicht

Het opnemen van vergelijkingscijfers van een ander gebied in het wijkgezondheidsprofiel geeft meer inzicht in de wijkcijfers. Dit kunnen cijfers zijn van de gehele gemeente, een bepaalde regio, provincie of heel Nederland. Ofwel; referentiegebieden op een hoger gebiedsniveau.

Het is ook mogelijk om wijken binnen één gemeente met elkaar te vergelijken.

Info over bepaalde populatie

De populatie waarover het wijkgezondheidsprofiel informatie geeft, is afhankelijk van de focus of vraagstelling van de werkgroep.

Ligt de focus op bijvoorbeeld thuiswonende ouderen, schoolgaande jeugd of kwetsbare groepen, verzamel hier dan informatie over.

Is er vooraf geen focus, dan kunnen zoveel mogelijk doelgroepen en onderwerpen (globaal) worden belicht in het wijkgezondheidsprofiel. Voor een goed begrip van het wijkprofiel is het van belang dat per indicator duidelijk is over welke bevolkingsgroep het gaat.

Kapstok voor opstellen profiel

Voor het samenstellen van het wijkgezondheidsprofiel zijn diverse onderwerpen en indicatoren beschikbaar. Deze zijn in te delen in de hoofdgroepen: bevolking, gezondheid en determinanten.

Een goede kapstok voor 'gezondheid' is de nieuwe definitie van positieve gezondheid met de onderliggende dimensies (4). Het Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV-)model levert een bruikbare indeling voor 'determinanten' (5). Bevolkingscijfers vormen de basis voor de dialoog met partijen in de wijk. Een wijk met veel jonge inwoners is gemiddeld gezonder dan een wijk met veel 65-plussers. Prognosecijfers van de bevolking geven inzicht in de toekomstige bevolkingssamenstelling en de mogelijke impact hiervan op gezondheid en welzijn in de wijk.

Profiel op maat uit te werken

Tabel 1 is een overzicht van onderwerpen, voorbeelden van bijbehorende indicatoren en mogelijke bronnen. Met deze onderwerpen is het wijkgezondheidsprofiel op maat uit te werken. Welke indicatoren opgenomen worden, hangt af van de keuzes van de werkgroep, maar ook van geschiktheid en beschikbaarheid van de bronnen.

De werkgroep bepaalt vooraf welke onderwerpen belangrijk zijn om uit te werken. Vervolgens onderzoekt zij welke informatie zij zelf kan leveren en welke aanvullende informatie bij andere partijen vanuit preventie en zorg verkrijgbaar is. Het is daardoor mogelijk dat de werkgroep meer partijen erbij betreft.

Onderwerpen	Voorbeeld indicatoren	Mogelijke bronnen
Bevolking		
Bevolkingssamenstelling	Bijv.: Aantal en percentage inwoners van 65 jaar en ouder in [huidig jaar]	CBS, Gemeentelijke Basis Administratie (gemeente)
Bevolkingsprognose	Bijv.: Aantal en percentage inwoners van 65 jaar en ouder in [toekomstig jaar]	Primos Prognose (ABF Research)
Gezondheid		
Lichaamsfuncties	Bijv.: Aantal huisartsenepisoden per 1000 inwoners voor hoge bloeddruk in [jaar]	GGD-monitors; Huisartsenregistratie
Mentale functies en -beleving	Bijv.: Percentage 12 t/m 18 jarigen met classificatie 'psychisch ongezond' volgens Mental Health Index-5 in [jaar]	GGD-monitors
Spirituele dimensie	Bijv.: Percentage 19 t/m 64 jarigen dat zich zorgen maakt over de toekomst in [jaar]	GGD-monitors
Kwaliteit van leven	Bijv.: Percentage 65-plussers met een slechte ervaren gezondheid [jaar]	GGD-monitors, Huisartsenregistratie
Sociaal-maatschappelijke participatie	Bijv.: Percentage 19 t/m 64 jarigen dat actief is als vrijwilliger in [jaar]	GGD-monitors
Dagelijks functioneren	Bijv.: Percentage 65-plussers dat vanwege de gezondheid niet de dingen kan doen die men zou willen doen in [jaar]	GGD-monitors
Determinanten		
Persoonsgebonden factoren	Bijv.: Aantal 12 t/m 18 jarigen met overgewicht in [jaar]	GGD-monitors
Gedrag	Bijv.: Aantal 19 t/m 64 jarigen dat rookt in [jaar]	GGD-monitors
Sociale omgeving	Bijv.: Gemiddelde tevredenheid met sociale cohesie in [jaar]	GGD-monitors; statusscore (SCP); registraties (gemeente); Kinderen in Tel (Verwey-Jonker Instituut); Leefbaarometer (Atlas voor gemeente)
Fysieke omgeving	Bijv.: Percentage 19 t/m 64 jarigen dat ernstige geluidhinder ervaart in [jaar]	Leefbaarometer (Atlas voor gemeenten); GGD-monitors
Zorg	Bijv.: Aantal fte huisartsen per 1.000 inwoners in [huidig jaar] en in [toekomstig jaar] (prognose)	ROS-wijkscan (ROS); Wmo-registratie (gemeente); Stapelingsmonitor (CBS/VNG/KING); Vektis
Preventie	Bijv.: Aantal 65-jarigen dat behoefte heeft aan een WMO-voorziening in [jaar]	Wmo-registratie (gemeente); GGD-monitors

Tabel 1. Onderwerpen als basis voor het wijkgezondheidsprofiel

Er zijn veel lokale en landelijke ontwikkelingen om databases te ontsluiten en indicatorensets samen te stellen. In toenemende mate zijn gegevens ook op het niveau van wijken of postcodegebieden beschikbaar. Niet alle informatie is echter gratis beschikbaar. Het komt ook voor dat de gewenste cijfers slechts te schatten zijn, doordat de cijfers niet geheel aansluiten qua bevolkingsgroep, gebiedsniveau of gemeten item.

In de zeven pilotwijken is gestart met een leeg basisprofiel dat naar eigen inzicht is aangepast, gevuld en vormgegeven.

Mogelijke databronnen voor wijkgezondheidsprofiel:

- GGD en ROS
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
- Gemeenten
- Huisartsen
- Aanvullende landelijke bronnen
- Aanvullende lokale bronnen

Zie voor meer informatie bijlage Databronnen.

Presentatievorm

Het definitieve wijkgezondheidsprofiel is op verschillende manieren te presenteren. De meest basale vorm van presenteren is een tabel met cijfers voor wijk en referentiegebied. Zo'n tabel is geschikt als praatpapier voor mensen die gewend zijn cijfers te interpreteren, maar is minder geschikt voor een gesprek met burgers en professionals in de wijk. Kies voor hen een presentatie met duidelijke grafieken, kaarten en figuren.

Voorkom dat de presentatie te omvangrijk wordt. Denk daarom goed na over de opbouw, duiding van cijfers en tussentijdse conclusies. Het profiel is ook te presenteren in de vorm van een factsheet, waarin de cijfers nader worden toegelicht.

Voorbeelden van wijkprofielen

De termen wijkprofiel, wijkmonitor en wijkscan worden veel gebruikt. Er zijn veel partijen die cijfermatige overzichten maken op wijkniveau. De invalshoeken en doelen zijn echter niet altijd dezelfde, maar zijn wel bepalend voor de gegevens die in de overzichten opgenomen worden.

Er zijn wijkprofielen vanuit de eerstelijnszorg, vanuit gezondheidsbevordering/preventie en vanuit gemeentelijk (sociaal) beleid.

Bekende voorbeelden vanuit de eerstelijnszorg zijn de ROS-wijkscan van de ROS'en (6) en de Wijk- en praktijkscan van het Jan van Es Instituut (7). Vanuit de preventie-invalshoek zijn er voorbeelden van verschillende GGD'en: het wijkgezondheidsprofiel van GGD Utrecht (8), het wijkprofiel van GGD Nijmegen en het Signaleringsinstrument van GGD Rivierenland (9).

Veel grotere gemeenten hebben buurt- of wijkmonitors die vaak gebaseerd zijn op de Sociale Index van Rotterdam (10). Zie: Voorbeelden wijkscans.

In dit project, waarbij verbinden preventie en zorg centraal staat, zijn in zeven wijken wijkgezondheidsprofielen opgesteld in samenspraak met ROS Robuust, GGD, gemeente en andere partijen in de wijk. Zie: Wijkgezondheidsprofielen pilotwijken.



Foto: Cats & Withoos

GEORGANISEERDE DIALOOG

Definitie beleidsdialoog

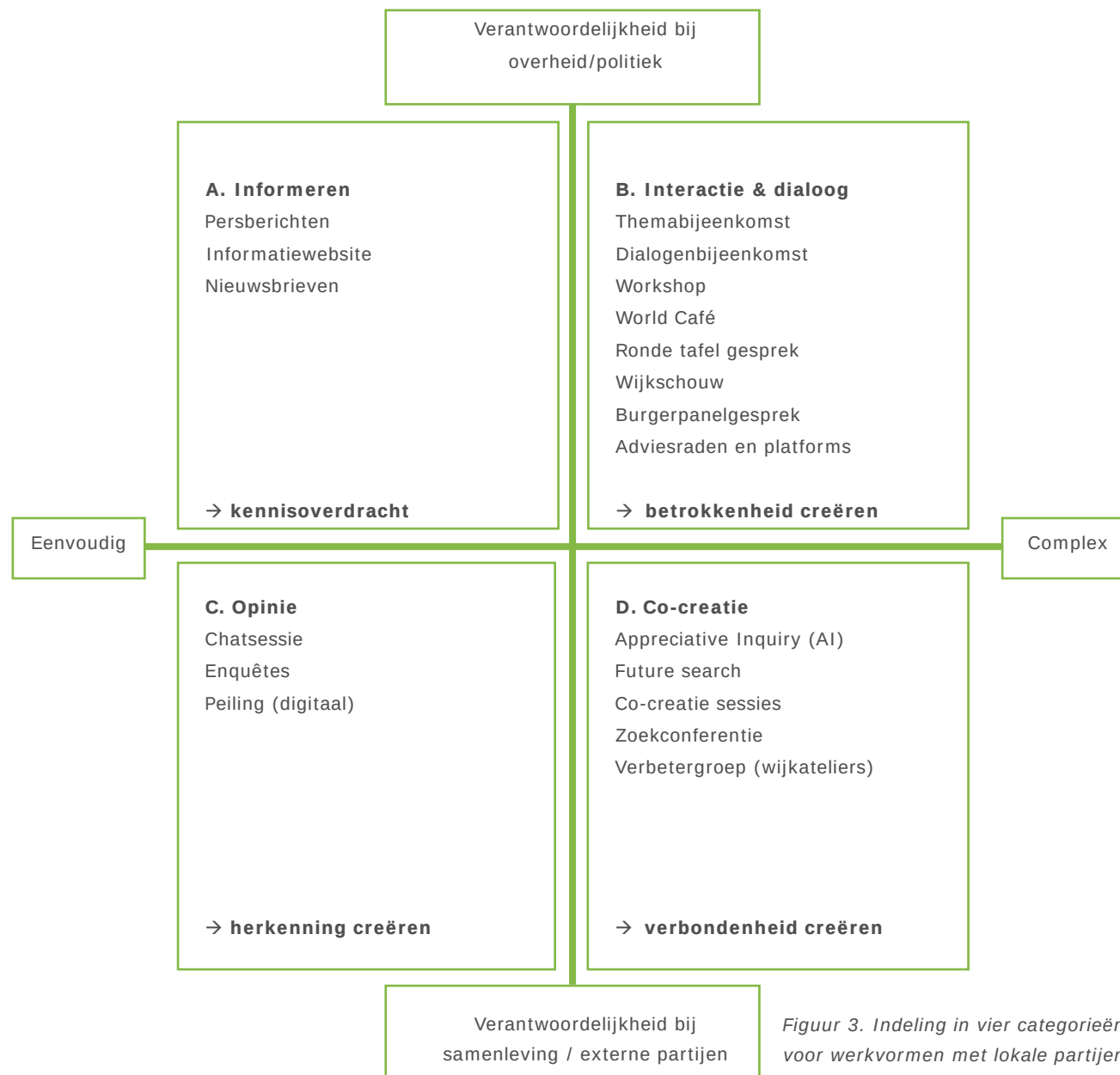
Een beleidsdialoog is een proces van één of meerdere discussies waarin de technische kennis, kennis van stakeholders en kennis van inwoners wordt geïntegreerd' (11,12).

Een dialoog kan plaatsvinden met partijen in grote of kleinere groepen, afhankelijk van het lokale proces. In het project wordt de term beleidsdialoog of georganiseerde dialoog gebruikt voor één of meerdere discussiebijeenkomsten met een brede groep lokale partijen vanuit preventie, zorg en inwoners. De eerste individuele gesprekken met relevante partijen in de wijk vallen niet onder deze definitie.

Doel beleidsdialoog

Een beleidsdialoog heeft als doel cijfers uit het wijkgezondheidsprofiel samen te voegen met kennis, meningen en ervaringen van lokale partijen, zoals gemeente, GGD, ROS, eerstelijnszorg, welzijnsorganisaties en inwoners. De dialoog draagt bij aan beleid of plannen (13,14) voor een wijk, dorp of kern, doordat:

- Er meer zicht is op de lokaal ervaren problematiek en bijbehorende acties beter kunnen worden onderbouwd.
- Lokale partijen elkaar leren kennen en meer overeenstemming tussen deze partijen wordt bereikt.
- Lokale partijen na deelname aan een dialoog eerder bereid zijn om acties op te zetten en uit te voeren.



Figuur 3. Indeling in vier categorieën voor werkvormen met lokale partijen

Indeling werkvormen

De keuze voor een werkvorm om een gesprek aan te gaan met lokale partijen, inclusief inwoners, uit de wijk hangt af van:

- verantwoordelijkheden (overheid versus samenleving);
- complexiteit (eenvoudig versus complex);
- doelstelling van het proces (informerende, opinie, interactie, of co-creatie).

In figuur 3 staat een indeling in vier categorieën die de keuzes voor een werkvorm ondersteunen:

- Informeren is gericht op kennisoverdracht. Het gaat om informeren van betrokkenen en het overdragen van kennis. Voorbeelden zijn persberichten (schriftelijke mededeling), informatiewebsite (kennis en informatie overdragen) of nieuwsbrieven (publicatie over thema). Het is eenzijdig en eenvoudig te organiseren.
- Interactie is gericht op betrokkenheid creëren. Betrokkenen worden geraadpleegd over knelpunten, prioriteiten en oplossingen om daarna tot besluit- of planvorming over te gaan. Het gaat om een dialoog met lokale partijen. Voorbeelden zijn themabijeenkomsten (dialoog over thema), dialogen bijeenkomsten (dialoog over knelpunten en oplossingen), world café (ideeën uitwisselen en vormen), rondetafelgesprekken (informatie verzamelen), wijkshow (inwoners raadplegen) of dialoog met adviesraden (wensen specifieke groepen).

De organisatie van deze dialoog is complexer en meestal vanuit de gemeente georganiseerd.

- **Opiniegericht op het creëren van herkenning.** Door de opinie en meningen van betrokkenen (vooral inwoners) te vragen, ontstaat bewustzijn, begrip of herkenning over knelpunten en oplossingen. Voorbeelden zijn chatsessies (inzicht beleving), enquêtes (breed inventariseren) of digitale peilingen (reageren op onderwerp). Het is relatief eenvoudig te organiseren.
- **Co-creatie is gericht op het creëren van verbondenheid.** Het gaat om verbondenheid tussen diverse betrokkenen en medeverantwoordelijkheid. Verbondenheid creëren vergt tijd en aandacht en is een complex proces. Bijvoorbeeld lokale actoren (inclusief inwoners) uit de wijk die (duurzaam) samenwerken aan een passende oplossing. Voorbeelden zijn appreciative inquiry (uitgaan van kracht van medewerkers en organisatie bij organisatieverandering), zoekconferentie (wenselijke en bereikbare toekomst), verbetergroepen (oplossingen bedenken en invloed geven) en co-creatiesessies (samen beleid en plannen ontwikkelen).

Deze indeling is gebaseerd op de matrix van Helderman, Jansman, Wetsema en Herold (15). Voor het proces in de wijk zijn de diverse werkvormen goed naast elkaar te gebruiken. De voorbeelden zijn niet uitputtend beschreven.

Keuze werkvorm

De werkvorm 'Interactie en dialoog' is bij het proces in een wijk een logische keuze. Het raadplegen van lokale partijen over knelpunten, prioriteiten en oplossingen met het wijkgezondheidsprofiel staan in de experimenten immers centraal. Door het raadplegen is betrokkenheid te creëren bij lokale partijen en zijn verbanden te leggen tussen preventie en zorg. Indien verbanden ontstaan, is verder toe te werken naar co-creatie en komen ook andere werkvormen in beeld.

Betrekken van inwoners

Het meenemen van ervaringen van of de interactie met inwoners vraagt extra aandacht. Inwoners betrekken bij (beleids)plannen of acties is nog niet zo gebruikelijk in preventie en zorg. Bij plannen voor wijkontwikkeling of ruimtelijke ordening gebeurt dit inmiddels regelmatig (16). Als er gesprekken zijn over preventie en zorg, vindt dit vooral plaats met georganiseerde burgers via wijkraden of bewonersplatforms.

Om in gesprek te komen met niet georganiseerde inwoners bieden digitale werkvormen goede mogelijkheden. Durf af te wijken van de gebruikelijke werkvormen en blijf openstaan voor het opdoen van nieuwe ervaringen of experimenten.

Presentatie wijkgezondheidsprofiel in dialoog

Het is belangrijk om de presentatie van het wijkgezondheidsprofiel goed af te stemmen op de doelgroep waarmee de dialoog wordt gevoerd. Aandachtspunten zijn: geen jargon, veel afwisseling, eenvoudige figuren en heldere toelichting. Beperk de hoeveelheid informatie. Het is beter een paar opvallende zaken te gebruiken als input voor de discussie dan volledig te willen zijn. Zorg wel voor een goede balans tussen preventie en zorg voor de aanwezige lokale partijen. Het gaat uiteindelijk om de interactie met lokale partijen. De cijfers zijn daartoe een middel.

De cijfers in stappen presenteren en hierop laten reflecteren door de deelnemers tijdens de dialoog werkt goed. Dat kan aan de hand van de diverse onderwerpen en indicatoren (zoals bevolking, gezondheid, zorg of leefomgeving) in het wijkgezondheidsprofiel.

Beleidsdialogen organiseren

Afhankelijk van de lokale situatie kunnen één of meerdere dialogen tijdens het proces plaatsvinden. De werkgroep zorgt voor de organisatie van de dialoog. Een wijkcentrum, gemeentehuis of een ander centraal punt in de wijk is een goede locatie waar de dialoog kan plaatsvinden. Een goede sfeer en informele locatie bevorderen namelijk een open dialoog.

De inzet van inspirerende sprekers om de dialoog te openen, zoals wethouder, burger of ambassadeur, is ook een beproefd middel. Voldoende tijd voor de voorbereiding is essentieel.

Betrek de juiste partijen erbij, werk onderdelen goed uit en denk na over vervolgstappen.

Uitvoering beleidsdialogen

De dialoog is grofweg opgebouwd uit de onderdelen: presentatie wijkgezondheidsprofiel, discussie in (sub) groepen, en (plenaire) terugkoppeling.

De gespreksleider heeft een cruciale rol in de sturing en het welslagen van de beleidsdialoog. De juiste vaardigheden en competenties zijn dus van belang.

De discussie kan plaatsvinden in (sub)groepen. Let daarbij op de samenstelling van de groepen. Bij de terugkoppeling, na afloop van de dialoog, moet de voorzitter de verbindingen tussen preventie en zorg duidelijk benoemen. Gebruik voor het stimuleren van de discussie creatieve en aantrekkelijke werkvormen. Een goede voorbereiding is allesbepalend voor de opbrengsten van de dialoog.

Meer lezen:

In de notitie [Werkvormen voor communicatie met lokale partijen](#) zijn de voorbeelden uit figuur 3 verder toegelicht.

In de handreiking [Gezonde gemeente op Loketgezondleven.nl](#) zijn ook voorbeelden over burgerparticipatie te vinden.





Foto: Cats & Withoos

3. TOEPASSING IN DE PRAKTIJK



STAP 1 KENNISMAKEN MET WIJK

Maak beginsituatie helder

Om aan de slag te gaan met proces verbinden van preventie en zorg dient de beginsituatie duidelijk te zijn. De aanleiding kan zijn een:

- Vraag: een al bekend probleem in de wijk vraagt om samenwerking tussen preventie en zorg (bijvoorbeeld aanpak overgewicht, sociale samenhang)
- Missie: een missie van de wijk vraagt om samenwerking tussen preventie en zorg (bijvoorbeeld inspelen op behoeften van inwoners, wijkgerichte zorg)
- Visie: een wijkgerichte werkwijze vraagt om samenwerking tussen preventie en zorg (bijvoorbeeld realiseren ontmoetingen en verbindingen)

Met gelijke stappen is het proces in iedere wijk toch anders. Bij een vraag of missie is eerder sprake van focus, bij een visie ligt het proces meer open.

Breng wijk of dorp in beeld

Voor de start van het proces is het van belang de wijk goed in beeld te hebben. Zo kan het gaan om een wijk of postcodegebied in een dorp of in een stad, of om een dorp zelf. Dit zijn organisatorisch of geografisch nogal verschillende gebieden met eigen kenmerken. Daarom is het cruciaal om via één of meerdere sleutelfiguren in de wijk ook vooraf kennis te maken met de wijk.

Peil draagvlak bij gemeente en huisarts

Bij verbinden tussen preventie en zorg in de wijk dient er al enig draagvlak te zijn van de huisarts. De huisarts is immers een relevante partij in het proces. Draagvlak kan in de loop van het proces ook nog groeien. Het is van belang verkennende gesprekken met gemeente en gezondheidscentrum (huisartsen) te voeren om het draagvlak te peilen. Draagvlak verwerven kost tijd.

Zorg voor een opdrachtgever

De gemeente lijkt in de meeste gevallen een geschikte opdrachtgever. Bij een open proces in de wijk (bijvoorbeeld thema nog te bepalen) is het niet altijd duidelijk waar het naar toe gaat en wie verantwoordelijkheid kan nemen. Toch kan het helpen een opdrachtgever te hebben voor het proces van verbinden preventie en zorg om uiteindelijke plannen te borgen.





Ervaringen van kernteams

In de meeste experimenten is voor de start van het proces eerst de beginsituatie van de wijk onderzocht. Daar waar aansluiting was bij wijkgericht werken, wijkontwikkelingsplannen of andere wijkinitiatieven is dit als aangrijpingspunt gebruikt.

In de zeven wijken waren er verschillende beginsituaties. Zo was in één pilot 'overgewicht' al een thema in de gemeente en in een andere pilot was de wethouder bereid het proces open in te gaan (los van de uitkomsten).

Geografisch en organisatorisch zijn er ook nogal verschillen tussen de gebieden, maar gemiddeld is er sprake van 10.000 inwoners per wijk, dorp of kern. De meeste kernteams vanuit GGD (preventiekant) en ROSRobuust (zorgkant) waren nog niet actief in de wijk. Daarom zijn sleutelfiguren in de wijk benaderd om de wijk te leren kennen. Het ene experiment is gestart vanuit de gemeente en het andere vanuit het gezondheidscentrum. Het startpunt was afhankelijk van het aanwezige draagvlak bij deze partijen.

Het blijkt dat gemeenten zelf ook zoekende zijn naar het leggen van verbindingen tussen preventie en zorg en een dergelijk experiment sluit daar goed bij aan.

Meestal was er contact met de ambtenaar volksgezondheid of de wethouder. Niet alle pilots hebben aan het begin al interesse gepeild bij huisartsen.

Uit de pilots bleek dat een proces gemakkelijker is op te starten als er al een duidelijke vraag ligt of als er al wijkgericht wordt gewerkt.

Kansen

- Sluit aan bij vragen in de wijk (bottom-up).
- Samenwerken kan ook een opdracht zijn (bijvoorbeeld met vijf spelers een plan maken voor de wijk).
- Maak een startdocument waarin de opdracht beschreven staat.

Valkuilen

- Er ligt geen opdracht van de opdrachtgever.
- Er is verwarring over de doelstelling.
- Het is niet duidelijk wie de besluiten neemt.

Tips

- Loop door de wijk of dorp om het gebied te leren kennen.
- Heb aandacht voor draagvlak bij gemeente en huisarts(en).
- Houd rekening met de voorgeschiedenis in de wijk.
- Houd opdrachtgever gedurende het proces goed op de hoogte.



STAP 2 SAMENSTELLEN WERKGROEP

Formeer een werkgroep met kernpartners preventie en zorg

Een werkgroep met relevante partijen op het gebied van preventie en zorg is van belang om het proces van verbinden preventie en zorg te ondersteunen. Start met een kleine groep. Kies als leden van de werkgroep in ieder geval een procesbegeleider en relevante kernpartners, zoals een wijkmanager, beleidsambtenaar of huisarts. Het verloop van het proces in de wijk bepaalt welke partijen er ook bij te betrekken of juist te laten afvallen. Dit is afhankelijk van de focus of het thema.

Heb zicht op bestaande werkgroepen en wijkteams

In de wijk waar het proces wordt opgestart, is mogelijk al een structuur van wijkgericht werken of bestaande werkgroepen, zoals sociale wijkteams, overgewicht. Door hierbij aan te haken, is na te gaan welke thema's er spelen en welke initiatieven er lopen in de wijk. In een later stadium zijn daar verdere activiteiten aan te verbinden en te borgen. Het gebruik van wijkgezondheidsprofielen en beleidsdialogen om preventie en zorg te verbinden is vaak nieuw in de wijk.

Benoem een procesbegeleider

Een procesbegeleider is nodig om het proces in de wijk te begeleiden, bijvoorbeeld vanuit GGD of ROS. Spreek de rollen en taken met de werkgroep duidelijk af. De taken dienen zoveel mogelijk passend bij en geïntegreerd te zijn in bestaande werkzaamheden.

Betrek een centraal sleutelfiguur uit de wijk in werkgroep

Bij een beginnende samenwerking tussen preventie en zorg is het cruciaal een centraal sleutelfiguur uit de wijk te betrekken. Voorbeelden zijn: coördinator wijkgericht werken (gemeente) of wijkverpleegkundige (gezondheidscentrum) met al veel contacten in de wijk. Door deze contacten is de procesbegeleider te introduceren in de wijk en informatie te verzamelen over preventie- en zorgveld.



Ervaringen van kernteams

Bij de zeven experimenten is gestart vanuit een kernteam. Het kernteam bestond uit een GGD adviseur, GGD epidemioloog en ROS adviseur. Deze teams hebben ervaren dat het cruciaal is om iemand vanuit gemeente of wijk in de werkgroep te hebben om mee te denken, contacten te leggen en draagvlak te creëren. Het was lastiger om iemand vanuit de eerste lijn te betrekken in het proces. Daar waar het proces vanuit een gezondheidscentrum is ingestoken, bleek betrokkenheid vanuit eerste lijn geen probleem.

Bij de meeste experimenten is gestart met een aantal kernpartners in de werkgroep, zoals een gemeenteambtenaar, huisarts, wijkmanager en gezondheidsbevorderaar. Tijdens het proces is de samenstelling van de werkgroep aangepast, afhankelijk van de focus in wijk, dorp of kern en de fase van het proces. Een voorbeeld is het betrekken van een jeugdarts bij de focus overgewicht bij kinderen.

Soms waren er verschuivingen van personen binnen organisaties door het vertrek van een ambtenaar volksgezondheid. Hierdoor moest opnieuw geïnvesteerd worden in contacten, waardoor enige vertraging ontstond.

Vanuit de meeste pilots is ook aansluiting gezocht bij bestaande werkgroepen. Voorbeelden zijn de werkgroep 'korte lijnen' en het leefbaarheidsteam. Via deze teams was te achterhalen wat er allemaal al loopt aan initiatieven in de wijk en welke thema's er spelen.

Bij een aantal experimenten is de procesbegeleider duidelijk aangewezen. Dit was de GGD of ROS adviseur. Bij andere pilots is juist bewust gekozen om het proces in gezamenlijkheid (het kernteam) te coördineren.

In de opstartfase was het nog wel zoeken naar de juiste rollen. Voor de kernteams die de rolverdeling vrijer hebben gelaten bleek achteraf dat het toch beter was geweest als er een duidelijke trekker was in het proces. Met name om de vaart erin te houden. Het was voor het kernteam soms ook zoeken wanneer het proces los te laten of wanneer juist niet. Wanneer pakt het kernteam iets op en wanneer gebeurt dat door een betrokken sleutelfiguur? In het laatste geval werd het proces meer losgelaten en ontstond er een afhankelijkheid.

Kansen

- Leer elkaars werelden kennen en zorg voor kruisbestuivingen.
- Begin met een klein team en kijk wie wanneer nodig is in welke fase van het proces (traject).
- Sluit waar mogelijk aan bij bestaande werkgroepen.

Valkuilen

- Er is geen trekker aangewezen of geen duidelijke rolverdeling afgesproken.
- Er is niet nagegaan wat er allemaal al loopt in de wijk.
- Het is in het midden gelaten wat van de werkgroep wordt verwacht, zowel aan het begin als aan het eind (zoals overdragen van procesbegeleiding aan het eind).

Tips

- Benoem een trekker voor het samenwerkingsproces.
- Betrek tijdig kernpartners van zowel preventie als zorg en ga niet te lang met één partij om tafel.
- Betrek de juiste actoren op het juiste moment bij de werkgroep. Wie dat zijn, is afhankelijk van proces of thema.



STAP 3 ANALYSEREN VAN WIJK

Ga na welke partijen te betrekken (netwerkanalyse)

Na kennismaking met de wijk en het betrekken van de eerste partijen in de werkgroep, wordt de wijk in kaart gebracht door het inzichtelijk maken van data en actoren.

De werkgroep inventariseert welke partijen belangrijk zijn om bij het proces te betrekken (netwerkanalyse) en in welke fase van het proces zij het beste benaderd kunnen worden. Dit eerste overzicht kan aan de hand van gesprekken nog worden aangepast. Zo ontstaat een zo compleet mogelijk beeld.

Ga in gesprek met relevante spelers in en om de wijk

Het is nuttig om vóór de georganiseerde dialoog enkele gesprekken te voeren met relevante partijen. Niet alleen met partijen uit preventie- en zorgveld, maar ook met georganiseerde inwoners (leefbaarheidsteam, dorpsondersteuners, wijkraden).

Deze gesprekken hebben tot doel de wijk te leren kennen, mensen te betrekken en draagvlak te creëren. Het helpt om in het gesprek een eerste opzet van een profiel te bespreken. Cijfers over de eigen wijk werken ook goed om mensen te betrekken.

Ga na welke data beschikbaar zijn over preventie en zorg

De werkgroep brengt de informatiebehoefte in kaart en geeft aan welke wijkcijfers beschikbaar zijn bij de samenwerkende partijen of daarbuiten. Basisgegevens over bijvoorbeeld de bevolkingsopbouw in de wijk zijn op voorhand te verzamelen.



Foto: Cats & Withoos

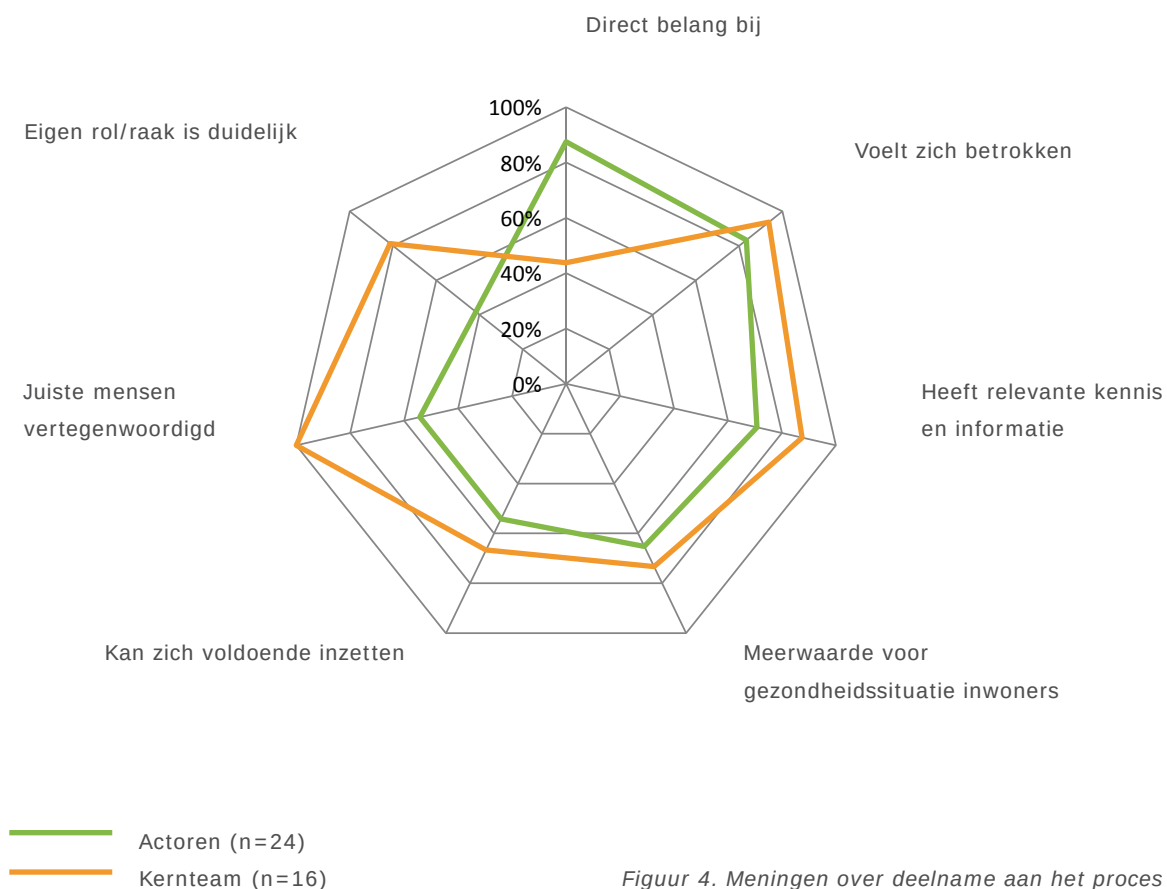
Ervaringen van kernteams

Alle kernteams hebben ervaren dat het veel tijd kost om partijen te betrekken. De gesprekken waren nuttig, maar een grote tijdsinvestering. Bij de meeste experimenten is in eerste instantie de gemeente als partner betrokken en is samen met de gemeente een aandachtsgebied of wijk gekozen. Daarna is pas contact gezocht met de huisartsenpraktijken.

Gebleken is dat het soms moeilijk was om huisartsen te betrekken. Ze hebben weinig tijd voor extra activiteiten en zien niet altijd zelf belang bij wijkgericht werken, omdat de praktijkpopulatie niet samenvalt met de wijkpopulatie.

In sommige wijken wilden de huisartsen wel meedoen aan de dialoog, maar niet deelnemen aan de werkgroep. Hun enthousiasme groeide gedurende het proces en in een aantal pilots speelden huisartsen een actieve rol.

In twee pilotwijken hebben de kernteams de samenwerking ingestoken via het gezondheidscentrum in een wijk. Zij moesten daarna de gemeente erbij betrekken. In beide (grotere) steden liepen in het kader van de overdracht van rijkstaken op het gebied van zorg en welzijn naar de gemeenten al verschillende wijkgerichte projecten. Hierdoor had de pilot niet de hoogste prioriteit en bleef de gemeente meer op afstand. De wijkmanagers waren wel betrokken.



Figuur 4. Mening over deelname aan het proces

In één van deze wijken hebben inwoners, georganiseerd binnen een leefbaarheidsteam, ook een rol gespeeld bij het voorbereiden van de dialoog. Zij weten vaak wat er speelt in de wijk.

In één pilotwijk is het kernteam aangehaakt bij een bestaande werkgroep 'korte lijnen' waarin huisartsen, welzijn en gemeente al samenwerken onder voorzitterschap van ROS Robuust. Daardoor was dit experiment snel opgestart.

Evaluatie van lokale partijen

Naast gemeente en professionals uit de eerste lijn zijn in de experimenten ook partijen betrokken als welzijn, inwoners, onderwijs, politie, seniorenraad, wijkorgaan, thuiszorg, vluchtelingenwerk, sportverenigingen, vrijwilligerswerk, dorpsondersteuners en verstandelijk gehandicaptenzorg.

De meeste lokale partijen hebben er direct belang bij deel te nemen aan het proces en voelen zich betrokken (figuur 4). De eigen rol of taak is echter nog niet in alle gevallen duidelijk benoemd en men miste soms nog vertegenwoordigers van inwoners en specifieke doelgroepen.

“

Geef op een kaart van de wijk aan welke partijen rond preventie en zorg waar aanwezig/actief zijn. Deel de kennis die bij partijen aanwezig is met elkaar.

Idee geopperd tijdens dialoog

”

Kansen

- Sluit aan bij of betrek een enthousiaste partij met contacten in de wijk.
- Ga flexibel om met de gebiedskeuze voor het wijkgezondheidsprofiel, verbreed of versmal zo nodig het gebied als dit wenselijk is.
- Spreek verwachtingen naar elkaar uit over wat het project moet opleveren.
- Zorg voor een goede afstemming met de gemeente.
- Verlaag de drempel voor huisartsen door het aantal overleggen beperkt te houden.

Valkuilen

- Het opstellen van het profiel wordt een doel op zich. Er wordt onevenredig veel tijd in gestoken om meer (goede) cijfers te vinden.
- Doel, relevantie en meerwaarde van het proces zijn niet voldoende duidelijk gemaakt in gesprekken met partijen.
- Relevante partijen niet betrokken door onvolledige netwerkanalyse.

Tips

- plan ruim tijd in voor het in beeld krijgen van wijkactoren en voorbereidende gesprekken.
- Ga het proces niet aan als er geen draagvlak is bij de eerste lijn.
- Kom met concrete voorbeelden van wat een samenwerking tussen preventie, zorg en inwoners kan opleveren.
- Heb bij aanvang een basisset met cijfers (op postcodeniveau) beschikbaar.
- Kijk waar de dataverzameling kan aansluiten bij de transitithema's.



STAP 4 SAMENSTELLEN WIJKGEZONDHEIDSPROFIEL

Zet beschikbare data bij elkaar (basisprofiel)

Een basisprofiel bevat beschikbare wijkcijfers over bevolking, gezondheid en determinanten van gezondheid. Dit profiel kan dienen als startpunt voor het betrekken van partijen en de eerste gesprekken in de werkgroep.

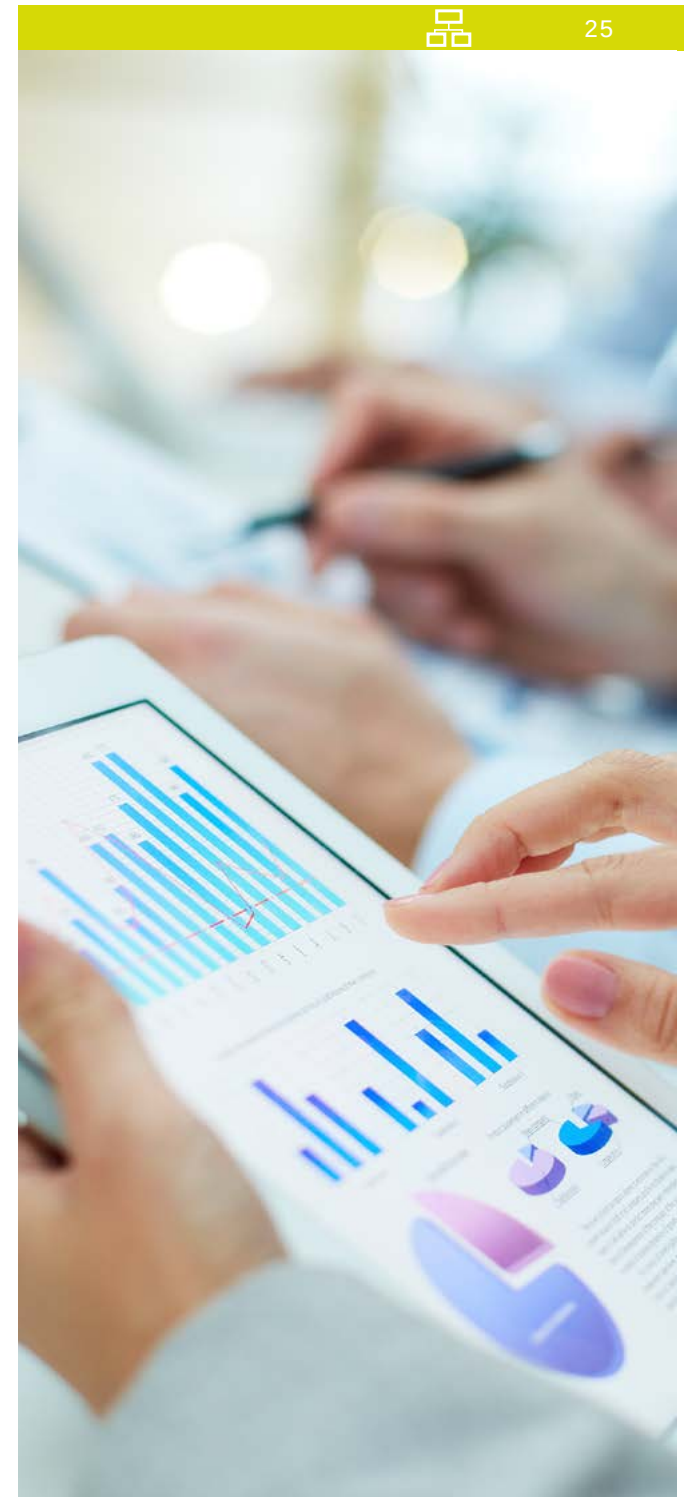
Sluit met het profiel aan bij vragen of kansen in de wijk

In het basisprofiel zijn veel onderwerpen opgenomen. De werkgroep kan ervoor kiezen om alle onderwerpen (globaal) uit te werken of om dieper in te gaan op een selectie van onderwerpen. Ook is er vooraf een keuze te maken over bepaalde doelgroepen. De keuzes zijn afhankelijk van het doel in de wijk. Wat is bij start de vraag, missie of visie? Welke informatie is daarvoor nodig? Het profiel is flexibel en wordt op maat gemaakt.

Maak een presentatie op maat

Een heldere presentatie van het wijkgezondheidsprofiel is een goed startpunt voor de dialoog. De werkgroep bepaalt vooraf hoe de cijfers te presenteren. Sluit wel aan bij het doel van het proces en stem de presentatie af op de partijen die deelnemen aan de dialoog.

Aandachtspunten zijn: opbouw van de presentatie, selectie van indicatoren, keuze van referentiecijfers, inzichtelijke en afwisselende figuren, tussentijdse toelichting of interpretatie en niet te veel willen laten zien. Zorg voor voldoende tijd in de voorbereiding.



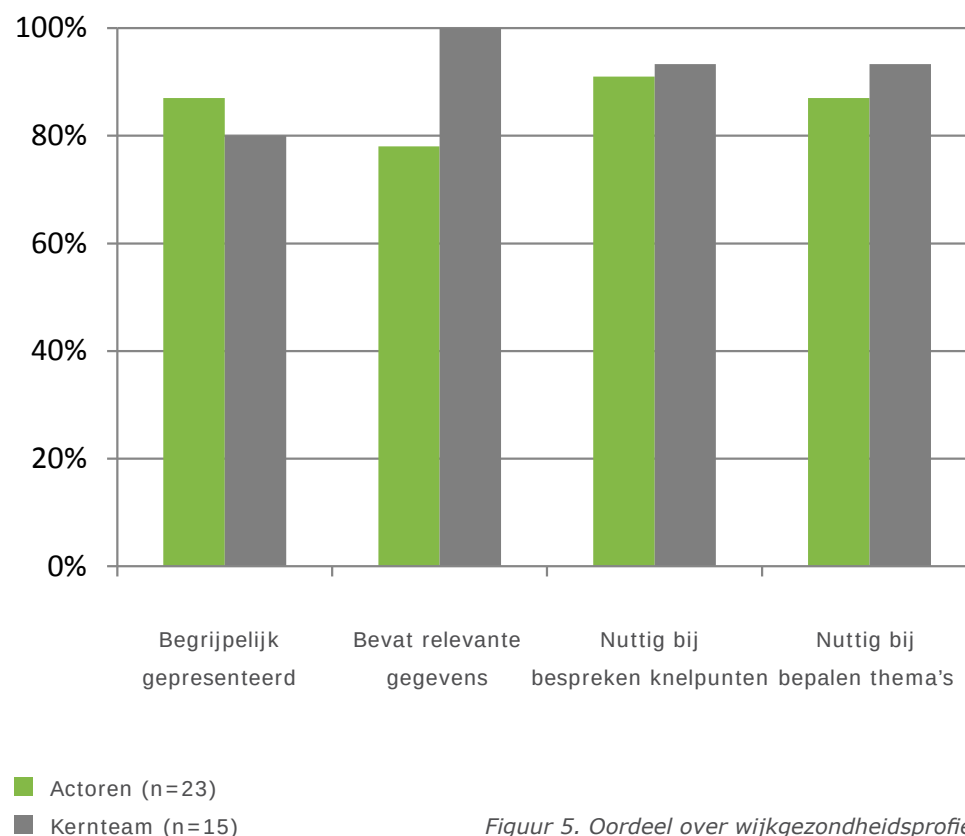
Ervaringen van kernteams

Het kernteam vindt het wijkgezondheidsprofiel een goed uitgangspunt voor de dialoog in wijk. Het draagt bij dat mensen geïnteresseerd zijn en het is een goede start voor de discussie. Gemiddeld beoordeelden de kernteams het profiel als ruim voldoende tot goed ('7' of '8').

Het is wel een middel en geen doel op zich. Terugkijkend vinden de kernteams dat er te veel tijd is gestoken in het samenstellen van het profiel. Het kan helpen om eerst binnen de werkgroep thema's te inventariseren en daar de cijfers bij te zoeken.

Volgens de kernteams heeft het meerwaarde om de cijfers van GGD en ROS te combineren. Aanvulling vanuit lokale partijen is niet in alle pilots gelukt. In enkele pilots zijn gegevens opgenomen uit gemeentelijke registraties (Wmo-aanvragen, uitkeringen en regelingen) en met cijfers van gezondheidscentra (patiënten met chronische ziekten). Tijdgebrek, privacy- of concurrentieoverwegingen zijn redenen van partijen om geen data aan te leveren.

Gemeenten hebben graag inzicht in gegevens op wijk- of buurtniveau. Veel bronnen kunnen alleen op 4-positie postcode-niveau gegevens leveren. Het 4-positie postcode-niveau gaat soms dwars door wijken heen of beslaat meerdere wijken. De cijfers zijn daardoor geen goede afspiegeling van de wijk. Veel cijfers zijn op postcode- of wijkniveau niet beschikbaar of te onbetrouwbaar.



Figuur 5. Oordeel over wijkgezondheidsprofiel

Daarom zijn in sommige pilotwijken als alternatief gemeente- of regiocijfers gepresenteerd in het wijkgezondheidsprofiel. Dat werkte ook goed als startpunt voor de dialoog.

Een kanttekening daarbij is dat de situatie in de wijk hier (flink) vanaf kan wijken.

Ervaringen van lokale partijen

Zowel partijen als kernteam zijn positief over het wijkgezondheidsprofiel. De meerderheid beantwoordt de positief geformuleerde stellingen over het wijkprofiel in de vragenlijst met 'ja' of met 'meer ja dan nee' (zie figuur 5).

De partijen in de wijk beoordelen het gepresenteerde profiel als ruim voldoende ('7'). Ze vinden het een goed startpunt en het geeft inzicht.

Het kan het bestaande beeld al dan niet bevestigen en het geeft knelpunten en prioriteiten aan.

Het profiel kan volgens hen worden verbeterd door meer samenwerking, het betrekken van inwoners uit de wijk en door informatie uit verschillende bronnen te gebruiken. De informatie is compacter, concreter en met conclusies weer te geven. Ook is de samenhang tussen de thema's beter te benadrukken.

Verder benoemen enkele partijen dat er meer informatie over jeugd in opgenomen kan worden. Landelijke referentiecijfers vindt men een meerwaarde voor het profiel.

“

Geeft prioriteiten aan. Geeft urgentie aan door letterlijk in cijfers aan te geven wat velen al wel aanvoelen wat er aan de hand is.

Eén van de wijkactoren over het wijkgezondheidsprofiel

”

Kansen

- Maak in samenspraak met de partijen een wijkgezondheidsprofiel op maat.
- Breng data en kennis van de partijen in de werkgroep bij elkaar.
- De definitie van positieve gezondheid met zes dimensies (4) is goed als kapstok te gebruiken voor het profiel. Deze dimensies sluiten goed aan bij de transities en de ontwikkelingen in het sociale domein.

Valkuilen

- Er zijn geen of onvoldoende goede wijkcijfers beschikbaar.
- Men blijft hangen in de fase van de dataverzameling, want er zijn altijd meer of betere cijfers te verkrijgen.
- Er is onvoldoende tijd ingepland voor het op maat maken van het profiel.
- Er is te weinig ruimte gegeven voor inbreng van andere partners bij het opstellen van (thema's voor) het wijkgezondheidsprofiel.

Tips

- Bespreek eerst met relevante partijen waar de behoefte ligt en zoek daar cijfers bij.
- Beschrijf in het wijkprofiel de bevolkings-samenstelling en –prognose. Dit is een goed startpunt voor de dialoog en plaatst informatie over preventie en zorg in perspectief.
- Als er geen goede wijkcijfers zijn, dan zijn gemeentelijke of regiocijfers te gebruiken. Wees hier open over en bespreek hoe deze cijfers te duiden.



STAP 5 VOORBEREIDEN DIALOOG

Maak een plan voor beleidsdialoog in de wijk

In de voorbereiding dient duidelijk te zijn wat het doel is van de beleidsdialoog. Om dit doel helder te krijgen helpt het om voor een bewuste werkvorm te kiezen, zoals een discussiebijeenkomst of rondetafelgesprek (zie figuur 3). Bij een startend proces in de wijk om preventie en zorg te verbinden sluiten werkvormen voor interactie en dialoog goed aan.

Zorg voor een goede organisatie van de bijeenkomsten

Een goede organisatie van de beleidsdialoog is cruciaal. Nodig mensen tijdig uit, zorg voor een goede communicatie en eventueel extra publiciteit. Ook zijn een goede locatie (centraal punt in de wijk) en goede gespreksleiders belangrijk. Om opbrengsten uit de dialoog zo optimaal mogelijk te laten zijn, dienen vragen en opdrachten helder te zijn. Het werken in (sub)groepen met een goede verdeling tussen professionals vanuit preventieveld en zorgveld werkt goed.

Nodig relevante partijen voor beleidsdialoog uit

Betrek een centraal sleutelfiguur bij de voorbereidingen, zoals een wijkcoördinator met veel contacten in de wijk. Het kan moeilijk zijn partijen bij elkaar te krijgen. Indien een andere partij in de werkgroep (bijvoorbeeld gemeente) de dialoog organiseert, dan is het als procesbegeleider belangrijk goed aangehaakt te blijven bij het organisatieproces. Dit om overzicht te houden op wie er allemaal wordt uitgenodigd.



Ervaringen van kernteams

Bij de zeven experimenten is samen met de werkgroep een plan gemaakt voor de opzet en de uitvoering van de beleidsdialoog. De gekozen werkvorm was vaak een rondetafelgesprek of discussiebijeenkomst. Soms is gekozen voor een gesprek met de adviesraad. Digitale werkvormen, zoals chatsessies, zijn nauwelijks gebruikt.

Voor de bijeenkomsten zijn lokale partijen uitgenodigd per e-mail. Ook heeft verspreiding plaatsgevonden via sleutelfiguren en via openbare aankondigingen. De bijeenkomsten waren meestal aan het begin van de avond en duurden twee à drie uur. De gekozen locatie was veelal een zaal in een buurthuis, wijkgebouw of café gelegen in de wijk.

In een experiment heeft de gemeente de lead genomen voor het organiseren van de dialoog. Voor de meeste dialogen is een beperkte groep professionals op het gebied van preventie en zorg uitgenodigd. Bij sommige beleidsdialogen is juist een brede oproep gedaan om mee te praten en denken en meldden zich ook steeds meer lokale partijen aan, zoals scholen en jongeren.

De ervaring is dat de beleidsdialogen toegankelijk zijn. Dat is ook nodig om verbindingen tussen preventie en zorg tot stand te brengen. Het is belangrijk aandacht te hebben voor de verdeling van partijen in de (sub) groepen bij de dialoog.

Zowel een opzet met gemixte groepen professionals als professionals uit hetzelfde werkveld werkte goed. Beide is als nuttig ervaren.

Een goede sturing op de dialoog en voldoende tijd is nodig om concrete prioriteiten en oplossingsrichtingen bij de aanwezige lokale partijen op te halen.

Ervaringen van lokale partijen

De lokale partijen beoordeelden de opzet van de dialoog gemiddeld met een voldoende (bijna 7). De kernteams waren iets positiever over de opzet van de beleidsdialoog (bijna 8). In het betrekken van de juiste partijen bij de dialoog zitten nog verbeterpunten. Men miste in sommige wijken nog de aanwezigheid van inwoners of enkele andere relevante organisaties (zie figuur 6).

Bij het onderdeel discussie in subgroepen gaven enkele partijen aan het liefst gemengde groepen te hebben. Op deze manier zijn ontmoeting en uitwisseling met professionals van diverse werkvelden mogelijk.

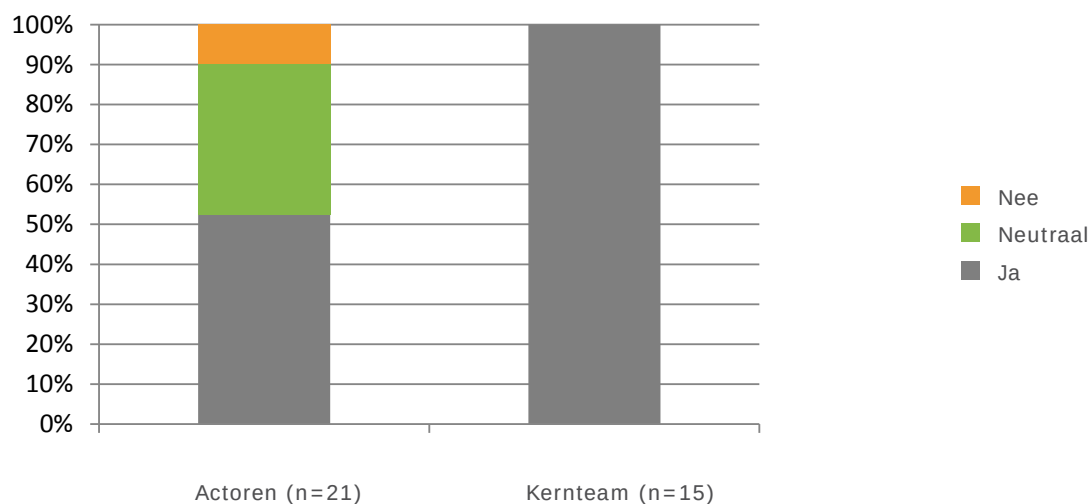
“

Het blijft moeilijk een forum te creëren waaraan bewoners deelnemen.

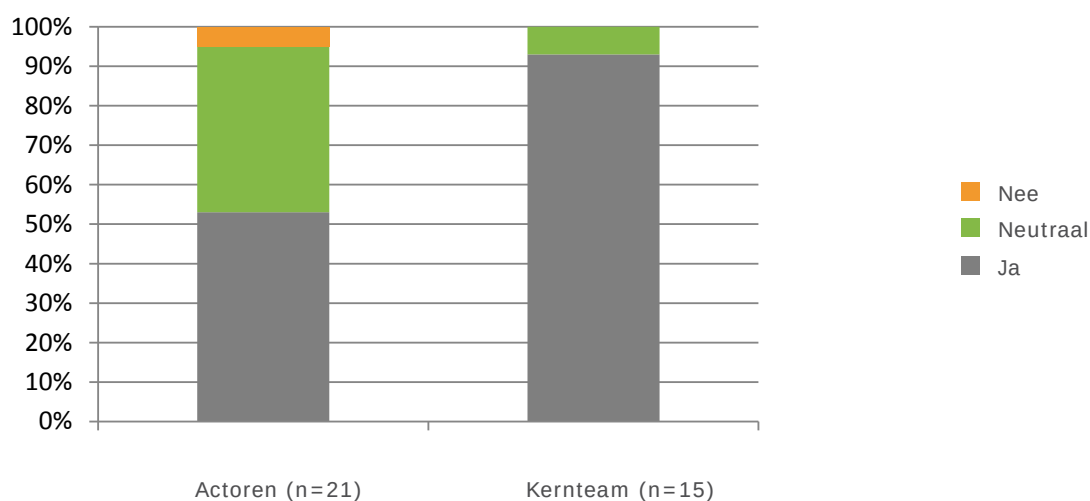
Eén van de wijkactoren over de georganiseerde dialoog.

”

Juiste mensen betrokken bij dialoog



Toegankelijke uitvoering dialoog



Figuur 6. Uitvoering van de beleidsdialoog

Kansen

- Experimenteer met verschillende werkvormen.
- Bespreek het wijkgezondheidsprofiel eerst in kleiner verband om profiel op maat te presenteren.
- Gebruik een wijkgebouw als lokale locatie voor de dialoog.
- Laat dialogen met lokale partijen (ook inwoners) regelmatig terugkomen.

Valkuilen

- Een bijeenkomst organiseren om een thema te kiezen wanneer dit eigenlijk al is bepaald, bijvoorbeeld vanuit de urgentie van de gemeente.
- Geen duidelijke doelstelling hebben met de beleidsdialoog.
- De term 'beleidsdialoog' gebruiken om partijen uit te nodigen (noem het dan 'wijkdialoog' of 'gesprek').

Tips

- Heb de actoren/lokale partijen voor de beleidsdialoog goed in beeld en investeer in relaties zodat zij aanwezig zijn bij de dialoog.
- Maak een duidelijke keuze voor een open of meer thematische dialoog (hangt af van beginsituatie).
- Wacht niet te lang met het starten van de dialoog, organiseer eventueel meerdere dialogen in verschillende werkvormen.
- Houd de organisatie van de beleidsdialoog in eigen hand.
- Zorg voor een goede planning.
- Zorg voor een mooie presentatie met veel plaatjes afgestemd op het publiek.



In de georganiseerde dialoog gaat het om, via één of meerdere discussies, het wijkgezondheidsprofiel te integreren met kennis en ervaringen van lokale partijen. Voorafgaand aan de dialoog zijn individuele gesprekken met lokale partijen of gesprekken in de werkgroep ook van belang.

Om de cijfers te bespreken is de bijeenkomst als volgt op te bouwen: presentatie wijkgezondheidsprofiel, discussie(sub)groepen en (plenaire) terugkoppeling. Een andere mogelijkheid is om voor de start van de dialoog ideeën of thema's te verzamelen bij partijen (bijvoorbeeld via wenspunt) en pas daarna de presentatie van het profiel.

In beleidsdialogen is via discussie in (sub)groepen overeenstemming te bereiken over knelpunten en thema's die een rol spelen in wijk. Het kan ook gaan om een bevestiging van thema's die al bekend zijn in de wijk, dorp of kern. Door het benoemen van de thema's ontstaan er verbindingen tussen partijen op het gebied van gezondheid, preventie en zorg.

Het bespreken van concrete acties kan al in de eerste beleidsdialoog. Om de uitkomsten van de dialoog te vertalen naar concrete acties en bijbehorende verantwoordelijkheden in de wijk zijn echter vaak meerdere dialogen nodig. Dit kan via een tweede beleidsdialoog of via de werkgroep met kernpartners.



Ervaringen van kernteams

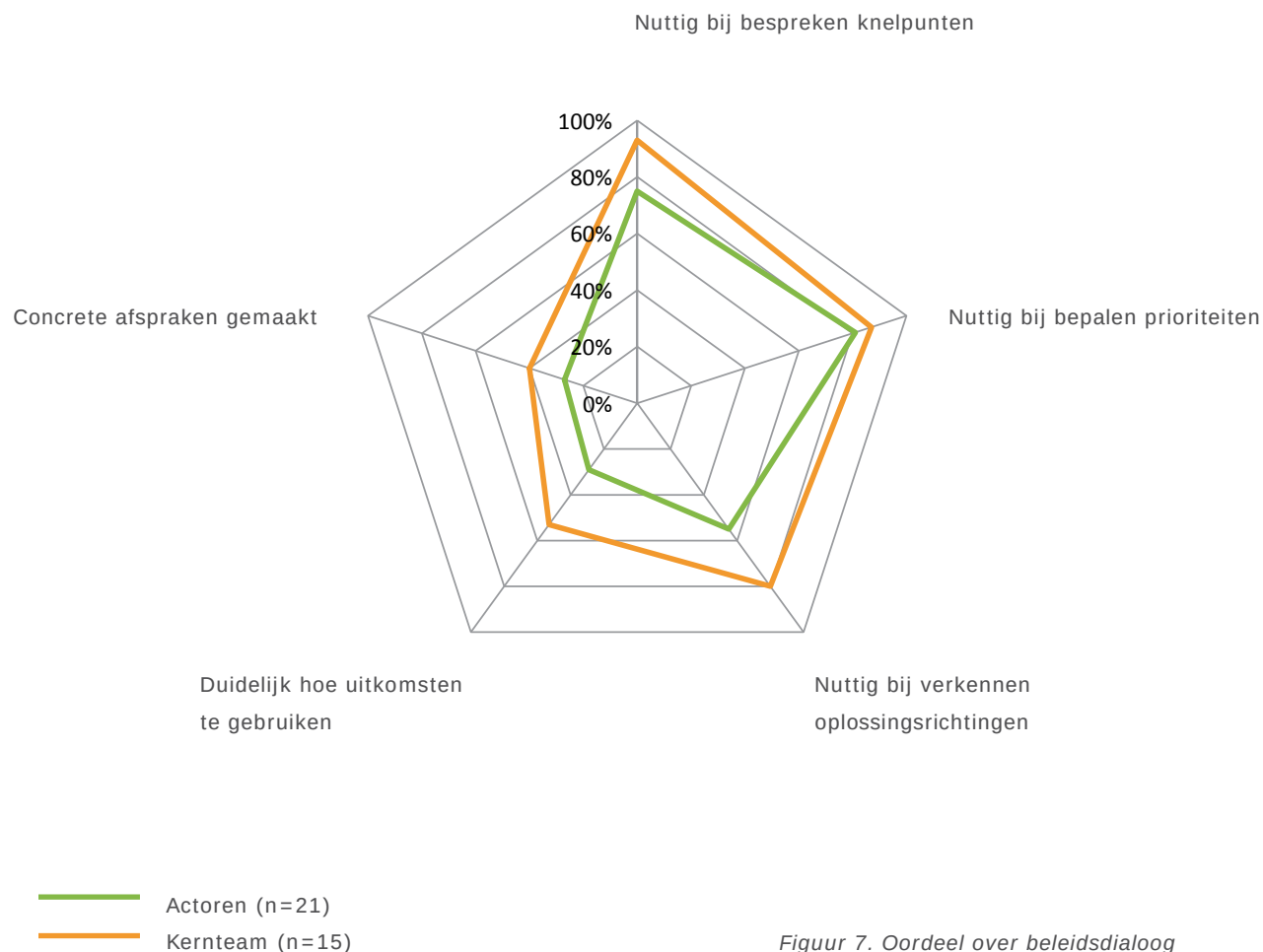
Bij de zeven experimenten is verschillend omgegaan met de georganiseerde dialogen. Meestal heeft er één dialoog ('brede' dialoog) plaatsgevonden, maar soms ook een paar dialogen. Voorbeelden zijn: een experiment met een eerste dialoog over de cijfers en een tweede dialoog over de thema's en mogelijke acties of een experiment met een eerste dialoog met de inwoners (dorpsraad) en een tweede dialoog met lokale partijen (uit verschillende werkvelden).

Sommige dialogen zijn gestart met een aantrekkelijke inleiding door een bekende sporter, burger uit de wijk of een wethouder. En pas daarna de presentatie van het wijkgezondheidsprofiel. Bij één experiment is gekozen om schriftelijke informatie over de cijfers uit te delen om direct het gesprek aan te gaan met lokale partijen. De thema's komen in de zeven pilots redelijk overeen.

Thema's zijn:

1. Overgewicht en bewegen.
2. Sociale samenhang.
3. Eenzaamheid van ouderen.

De kernteams waardeerden de georganiseerde dialoog goed (bijna 8). De (eerste) beleidsdialoog was vooral nuttig voor het bespreken van knelpunten en prioriteiten en in mindere mate voor het komen tot oplossingsrichtingen voor wijk, dorp of kern.



Figuur 7. Oordeel over beleidsdialoog

Het proces loopt door in de wijken. Het is goed dat de dialoog wordt gevoerd, want het is een belangrijk hulpmiddel om met elkaar in gesprek te gaan en mensen te verbinden die werkzaam zijn op de gebieden preventie en zorg. Het is ook zinvol voor het bepalen of het onderbouwen van thema's en acties in de wijk.

Goede werkvormen en heldere doelstellingen zijn belangrijk om tot bruikbare uitkomsten te komen.

Ervaringen van lokale partijen

De meeste lokale partijen vinden de dialoog nuttig bij het bespreken van knelpunten, het bepalen van prioriteiten en het verkennen van oplossingsrichtingen (zie figuur 7). Ze vinden het echter nog niet duidelijk hoe de uitkomsten te gebruiken zijn. Dat komt mogelijk doordat hun mening kort na de eerste (beleids)dialoog is gevraagd. De kernteams waren nog bezig met het verwerken van de uitkomsten en terugkoppeling aan de partijen (bijvoorbeeld verslag eerste dialoog of uitnodiging tweede beleidsdialoog). Gemiddeld beoordelen ze de dialoog met een voldoende (bijna 7).

“

In een wijk waar zeer weinig voorzieningen zijn moet veel gebeuren, maar kan ook makkelijker de prioriteit worden bepaald.

Eén van de wijkactoren over de georganiseerde dialoog.

”

Kansen

- De presentatievorm van het wijkgezondheidsprofiel is bepalend. Sluit aan bij de partijen, houdt het afwisselend en bouw samenvattingen of conclusies in na elk thema.
- Mensen vinden het leuk elkaar te ontmoeten.

Valkuilen

- Te weinig gestructureerde uitvoering waardoor de beleidsdialoog te weinig oplevert, onvoldoende tijd om alle vragen of onderwerpen te behandelen.
- Belangrijke actoren zijn niet bij beleidsdialoog aanwezig.
- De gekozen presentatievorm van het wijkgezondheidsprofiel sluit onvoldoende aan bij lokale partijen.

Tips

- Zet vragen op papier voor de discussie in subgroepen en wijs een voorzitter aan of zorg voor gespreksleiders (die ook doorvragen).
- Eén dialoog is vaak niet genoeg, zet meermalen in voor verdieping, het helpt dan een verslag van de eerste dialoog te verspreiden.
- Maak verbindingen met lopende activiteiten, want er is al veel.
- Zorg voor concrete afspraken aan het eind van de beleidsdialoog.



STAP 6+ VOEREN DIALOOG MET LOKALE PARTIJEN, SPECIFIEK INWONERS

Voer georganiseerde dialoog met het wijkgezondheidsprofiel

(Georganiseerde) inwoners zijn uiteraard direct te betrekken bij de georganiseerde dialoog als een van de lokale partijen. Denk aan mensen uit leefbaarheidsteam, dorpsraad of wijkvereniging. Het is ook mogelijk met inwoners apart in gesprek te gaan over het wijkgezondheidsprofiel. Het in gesprek gaan met inwoners vraagt extra aandacht (daarom 6+ stap).

Bespreek de cijfers

Bij het bespreken van het wijkgezondheidsprofiel is het belangrijk om goed rekening te houden met de inwoners. Presenteer niet te veel en gebruik geen ingewikkelde cijfers. Gebruik plaatjes, kaartjes en samenvatting per onderdeel. Het gaat om het aanslaan van de juiste toon en ruimte te laten voor de verhalen van de inwoners.

Destilleer gezamenlijke knelpunten en thema's

Het wijkgezondheidsprofiel is te bespreken in een aparte dialoog met inwoners om tot thema's te komen. Thema's vanuit perspectief van de inwoners liggen vaker op het vlak van leefbaarheid en wijk. Inwoners vinden gezondheid een belangrijk onderwerp, maar dient niet uit het oog verloren worden bij het kiezen van thema's.

Zorg dat de dialoog concrete integrale acties oplevert

Er worden mogelijk al veel concrete activiteiten uitgevoerd door (georganiseerde) inwoners, waar mogelijk met preventie en zorg bij aan te haken is. Het is van belang met concrete acties vanuit preventie en zorgveld hierop aan te haken.



Ervaringen van kernteams

Bij de experimenten is voor verschillende werkvormen gekozen om in gesprek te gaan met burgers.

Zo zijn er aparte groeps gesprekken gevoerd met 'georganiseerde' inwoners via dorpsraad of bewonersplatform. Deze stonden los van de georganiseerde dialoog met partijen vanuit preventie en zorg, waarbij soms ook inwoners aanwezig waren. In andere pilots wordt vooral nog nagedacht over de opzet van aparte dialogen met inwoners om cijfers en thema's te bespreken, als vervolg op de eerdere georganiseerde dialoog.

De kernteams geven aan dat het betrekken van georganiseerde inwoners via dorpsondersteuners of leefbaarheidsteam goed ging. Helaas bleek dit niet voor lokale bevolking in het algemeen. Het blijft moeilijk om een forum te creëren waar inwoners aan deelnemen, vooral als het preventie en zorg betreft.

Gebleken is dat het gemakkelijker is inwoners te betrekken bij een vastgesteld thema. Een concreet thema geeft ook meer richting aan de gesprekken. En hoe concreter het onderwerp, des te beter zijn inwoners erbij te betrekken.

Inwoners hebben meer te bieden in de samenwerking preventie en zorg dan ze zelf beseffen. De kernteams geven ook aan dat digitale middelen goede werkvormen kunnen zijn om burgers te betrekken. In een aantal pilots is na de beleidsdialoog een interview gegeven aan een (huis-aan-huis) krant. Dit om inwoners op te roepen mee te denken over thema's. Het betrekken van burgers via digitale middelen zal in de toekomst meer aandacht moeten krijgen.

De GGD en ROS adviseurs kunnen een soort makelaar zijn tussen bijvoorbeeld inwoners, huisartsen, wijkverpleegkundige en gemeente. Zij kunnen suggesties doen voor verbindende activiteiten.

Zo kunnen in een wijk al concrete activiteiten worden uitgevoerd door een wijkvereniging. Hier is mogelijk met preventie en zorg bij aan te haken, zoals eetcafé, fietsclub, bewegen, eenzaamheidsaanpak, voeding.

Ervaringen van lokale partijen

Uit de evaluatie bij lokale partijen blijkt dat men de betrokkenheid van lokale bevolking belangrijk vindt. Bij sommige dialogen werd deze groep ook gemist. In één wijk hebben professionals aangegeven dat zij bij een volgende bijeenkomst ieder een buurman of -vrouw uitnodigen.

“

Professionals waren goed vertegenwoordigd. Bij een vervolgbijeenkomst zullen zeker ook bewoners expliciet worden uitgenodigd.

Eén van de wijkactoren over de georganiseerde dialoog

”

Kansen

- Ga in gesprek met inwoners rondom een concreet doel of thema.
- Vraag elke professional om een wijkbewoner uit te nodigen bij de breed georganiseerde beleidsdialoog.
- Zoek naar andere communicatiemiddelen om in gesprek te komen met inwoners.

Valkuilen

- Drempel om inwoners te betrekken is hoog, omdat het thema nog niet duidelijk is of door gebrek aan ervaring.
- Te weinig tijd gereserveerd om contact te zoeken met inwoners. Er is in verhouding veel tijd besteed aan opstellen van een wijkprofiel en betrekken van professionals.
- Selecte groep van inwoners wordt overbelast, steeds dezelfde actieve mensen worden benaderd om mee te denken.

Tips

- Leer van of sluit aan bij andere partijen die al in gesprek zijn met inwoners via bijvoorbeeld wijkklunches.
- Zoek in een vroeg stadium contact met de wijk via bijvoorbeeld een wijkraad om te weten wat er speelt bij inwoners.



STAP 7 BORGEN VAN PLANNEN EN SAMENWERKEN

Zorg voor borging van thema's en integrale acties in de wijk

De werkgroep gaat na de dialoog aan de slag met het uitwerken van de plannen. Dat is vast te leggen in een wijkplan, maar ook een lijst met actiepunten en verantwoordelijken kan volstaan. Om te borgen dat de gemaakte plannen ook worden uitgevoerd dienen er één of meerdere kartrekkers te zijn. Dat kunnen ook partijen in de wijk zijn. Het is aan te bevelen deze verwachting bij de start van het proces uit te spreken. Houd er wel rekening mee dat pas opgebouwde relaties kwetsbaar zijn evenals de bereidheid van partijen om taken zelf op te pakken.

Maak afspraken over verdere samenwerking werkgroep

De werkgroep om samenwerken tussen preventie en zorg te stimuleren kan blijven bestaan. Het kan ook de voorkeur hebben aan te haken bij een bestaande werkgroep of samenwerkingsverband (indien mogelijk). Voor langdurige samenwerking is meer nodig dan het organiseren van enkele bijeenkomsten met lokale partijen. Concrete afspraken zijn nodig over inhoud en proces ofwel over acties en verdere samenwerking. Het is belangrijk dat er voldoende enthousiasme is bij de partijen en dat iemand de trekkersrol (begeleiding) op zich wil en kan nemen, zoals een wijkmanager of GGD. Er kunnen, afhankelijk van plannen, ook meerdere werkgroepen en trekkers zijn.

Maak kernpartners verantwoordelijk voor acties of plan

Naast trekkers zijn uitvoerders nodig, bij voorkeur uit de wijk zelf en van meerdere partijen. Inwoners kunnen daarbij ook een rol spelen. Verbinden tussen preventie, zorg en inwoners is immers het doel.

Overhandig wijkprofiel en plannen aan de opdrachtgever

Na afloop van het proces worden de plannen, samen met het wijkgezondheidsprofiel, overhandigd aan de opdrachtgever. Aan dit moment kan publiciteit gekoppeld worden, om bekendheid en draagvlak bij inwoners en professionals in de wijk te creëren. Deelnemende partijen aan de georganiseerde dialoog zien dat hun ideeën serieus genomen worden en tot acties leiden. Dit zal de bereidheid tot (voortzetting van) de samenwerking vergroten.



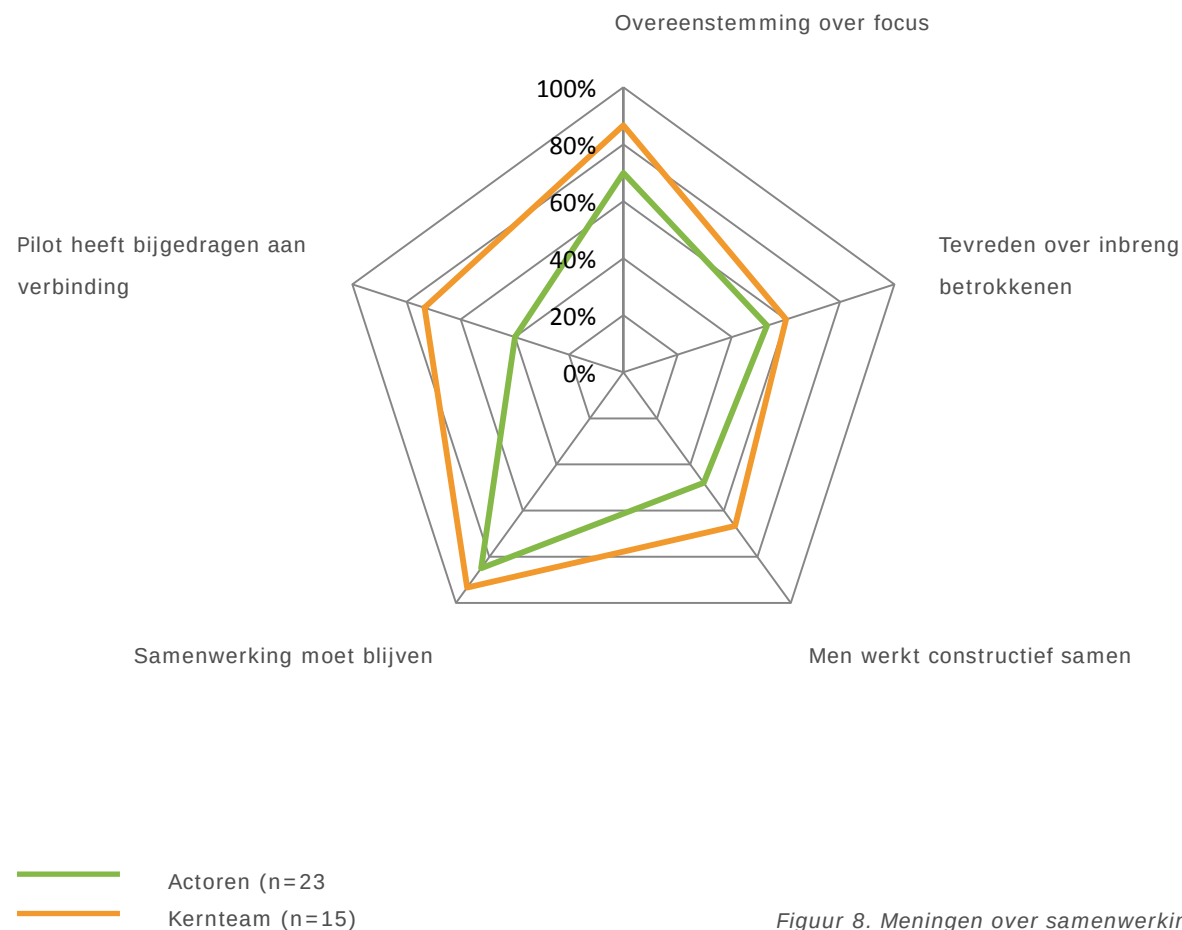
Foto: Cats & Withoos

Ervaringen van kernteams

Doordat het in de experimenten om een beginnende samenwerking ging, is ervoor gekozen de acties klein en relatief eenvoudig uitvoerbaar te houden. Voorbeelden van benoemde acties zijn: opstellen van een sociale kaart preventie en zorg, afstemmen van activiteiten rond overgewicht, inwoners uit de wijk bevragen over eenzaamheid en sociale cohesie, websites met wijkactiviteiten integreren. Zie: [Overzichten pilotwijken](#)

Bij een aantal experimenten, waarbij de gemeente een actieve partner was, zijn plannen ondergebracht bij bestaande werkgroepen. Daarnaast zijn verschillende acties door het welzijnswerk opgepakt, omdat het thema 'sociale cohesie vergroten' goed aansloot bij de eigen doelstelling. Ook in de wijk, waarbij vanaf start aangesloten was bij een bestaande overlegstructuur, is de borging van de plannen goed gelukt. Waar de betrokkenheid van zowel eerste lijn als gemeente bij het proces minder sterk was, blijkt dat borging een punt van aandacht is. De procesbegeleiders vanuit GGD en ROS hebben daarin nog een belangrijke rol.

Er is sprake van een geleidelijke cultuurverandering, maar niet iedereen is zich even bewust van het belang van samenwerking tussen preventie en zorg. Voor veel huisartsen staat zo'n samenwerking nog in de kinderschoenen. Gelukkig zijn er ook huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals die steeds meer openstaan voor samenwerking met nieuwe partijen. In sommige wijken gebeurt al heel veel, zoals rondom sociale wijkteams. Hierdoor kan het moeilijk zijn om een nieuw project een plaats te geven.



Figuur 8. Meningen over samenwerking

Binnen de experimenten blijken de verantwoordelijkheden niet altijd even duidelijk. Vaak is onbekend wie de trekkersrol voor het vervolg op zich gaat nemen.

Het cijfer dat de kernteams geven voor de ontstane verbinding van preventie en zorg varieert van onvoldoende ('5') tot goed ('8'). In sommige wijken bestonden er al verbanden tussen de verschillende partijen en in een enkele wijk is de samenwerking met de eerste lijn niet echt tot stand gekomen. Het ligt ook aan het gekozen thema of lokale partijen voor zichzelf een rol weggelegd zien in het vervolg. Er is in elk geval een duidelijke behoefte aan het elkaar leren kennen en het uitwisselen van kennis.

Ervaringen van lokale partijen

Vrijwel alle lokale partijen vinden dat de samenwerking in stand gehouden moet worden om doelen en acties in de wijk uit te voeren.

Wel vinden ze dat de pilot in dit stadium nog niet zoveel heeft bijgedragen aan het samenwerken tussen preventie, zorg en inwoners (zie figuur 8).

De leden van de kernteams zien meer effecten op het gebied van de samenwerking. Om betere uitspraken te kunnen doen over de samenwerking is het belangrijk het proces langer te volgen. Bijvoorbeeld hoe verloopt de samenwerking bij de uitvoering van plannen en acties. In veel experimenten was sprake van beginnende samenwerking en is meer tijd nodig.

“

Er is nog een weg te gaan.

Eén van de wijkactoren over concrete afspraken voortkomend uit de dialoog

”

Kansen

- Betrek iemand die enthousiast is en al veel contacten heeft in de wijk (sleutelfiguur), werk daarmee samen om partijen te betrekken.
- Spreek mensen aan op hun eigen expertise.
- Probeer aan te sluiten bij de (wijk)plannen van de gemeente, zodat de acties voortkomende uit het proces hierbij ondergebracht kunnen worden.

Valkuilen

- Onvoldoende draagvlak. Enthousiasme moet uit mensen zelf komen, als dat er niet is dan slaagt het proces niet.
- Onduidelijkheid over wat er van deelnemende partijen verwacht wordt en wie waarvoor verantwoordelijk is.
- Overvragen van samenwerkingspartijen. Het gaat om een beginnende samenwerking, als teveel van de partijen wordt verwacht, dan haken ze af.

Tips

- Investeer in relaties met professionals in de wijk. Betrokkenheid moet groeien, neem daar de tijd voor.
- Benoem een blijvende begeleider voor het proces van samenwerken.
- Breng plannen onder waar ze het beste passen.
- Lokale partijen staan open voor ontmoeting en uitwisseling. Zorg voor een 'levende sociale kaart' door bijvoorbeeld jaarlijkse (thematische) ontmoetingen te organiseren tussen preventie, zorg en inwoners.
- Weten welke spelers er in het veld zijn en welke gezichten daarbij horen, is een belangrijke eerste stap richting samenwerking.

CHECKLIST

AANDACHTSPUNTEN BIJ VERBINDEN VAN PREVENTIE EN ZORG VIA STAPPENPLAN:

Stap 1. Kennismaken met de wijk

- Is het aandachtsgebied een herkenbaar en werkbaar gebied voor professionals en inwoners?
- Wie is de opdrachtgever?
- Wat is de vraag/het doel?
- Is er draagvlak bij gemeente en huisartsen?

Stap 2. Samenstellen werkgroep

- Is er al een bestaand overleg om bij aan te sluiten?
- Wie gaat het proces begeleiden?
- Is er een centrale sleutelfiguur binnen de wijk?
- Welke kernpartners kunnen betrokken worden bij de voorbereiding?

Stap 3. Analyseren van wijk

- Welke partijen zijn te betrekken bij profiel, dialoog en/of uitvoering?
- Welke belang hebben zij bij de samenwerking?
- Welke bijdrage kunnen zij leveren?

Stap 4. Samenstellen wijkgezondheidsprofiel

- Is er een bepaalde focus qua doelgroep of thema?
- Voor welk gebied zijn cijfers beschikbaar? Sluit dit voldoende aan bij het aandachtsgebied?
- Welk gebied is geschikt als referentiegebied?
- Welke landelijke en/of lokale bronnen kunnen gewenste data leveren?

Stap 5. Voorbereiden beleidsdialoog

- Is het doel van de beleidsdialoog duidelijk? Gaat het om bespreken van knelpunten, prioriteiten of oplossingen of een ander doel?
- Welke plaats, samenstelling en opzet past het beste, gezien het doel, de gesprekspartners en de overige contextuele factoren? Is er rekening gehouden met de kosten voor de locatie?
- Hoe zijn actoren te werven om deel te nemen aan de beleidsdialoog?
- Welke vragen komen aan de orde in de beleidsdialoog?
- Wat gebeurt er aan communicatie richting wijkactoren vooraf en achteraf?

Stap 6. Voeren dialoog lokale partijen

- Wie leidt als voorzitter de bijeenkomst en legt de verbindingen tussen preventie en zorg?
- Is er een goede gespreksleider per (sub)groep? Wie bewaakt de tijd met een klok? Zijn er duidelijke vragen of onderdelen geformuleerd?
- Is er een goede verdeling in subgroepen gemaakt of is er sprake van één groep? Is er de mogelijkheid om subgroepen gemengd samen te stellen qua inwoners, preventie- en zorgprofessionals?
- Wordt er gewerkt met creatieve en aantrekkelijke werkvormen?
- Is er een wijkgezondheidsprofiel of andere informatie beschikbaar om aan het eind van de dialoog mee te geven of na te zenden?

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

- Zijn de plannen concreet en sluiten ze aan bij het doel?
- Kunnen de benoemde acties ondergebracht worden bij bestaande (wijk)plannen?
- Is het duidelijk wie verantwoordelijk is voor de uitvoering?
- Zijn er afspraken gemaakt voor verdere samenwerking?



Foto: Cats & Withoos

4. DE PILOTWIJKEN



GEMERT

Wijkschets

Gemert is een woonplaats binnen de gemeente Gemert-Bakel in de regio Zuidoost-Brabant. De kern Gemert bestaat uit de drie grote buurten Noord, Oost en Centrum. De verspreide huizen buiten de kern vallen onder een vijftal kleinere buurten.

De drie grote buurten vallen grotendeels binnen het postcodegebied 5421 en een deel van Gemert-Oost heeft postcode 5422. In Gemert wonen ongeveer 15.800 mensen; 40% in Gemert-Oost, 24% in Gemert-Centrum, 23% in Gemert-Noord en 13% in de buitengebieden.

Stap 1. Kennismaken met wijk

In Gemert-Bakel is al een werkgroep Korte Lijnen actief. Deze werkgroep is een samenwerking van eerstelijnsprofessionals in de gemeente die samen willen werken aan gezondheidsthema's.

De GGD beleidsmedewerker heeft bij hen het project preventie-curatie onder de aandacht gebracht en samen met de ROS adviseur toegelicht aan de hand van cijfers van GGD en Robuust. Na enige aarzeling zag de werkgroep toch meerwaarde in aansluiting bij dit traject. Overgewicht was al als thema in beeld, maar het proces hoeft zich daar niet toe te beperken. Vervolgens is het kernteam vanuit GGD Brabant Zuid-Oost en ROS Robuust in gesprek gegaan met de gemeente, onder andere met de ambtenaar welzijn.

Het project sluit goed aan bij wensen van de gemeente en past bij de werkwijze met dorpsondersteuners. De gemeente heeft de intentie om de speerpunten uit het project te verbinden aan de leefbaarheidsplannen die er al zijn voor iedere wijk.

Stap 2. Samenstellen werkgroep

Er is aangesloten bij de werkgroep Korte Lijnen. In de werkgroep zijn naast eerstelijns professionals, GGD en Robuust ook mensen vanuit welzijn en gemeente vertegenwoordigd. De ROS adviseur heeft als voorzitter van de werkgroep de rol van procesbegeleider op zich genomen. Er is een aparte voorbereidingsgroep samengesteld met de kernteamleden vanuit GGD en Robuust en de gemeente om het basisprofiel op te stellen en de dialoog voor te bereiden.



Noord-Brabant, gemeente Gemert-Bakel



Gemert-Bakel, kern Gemert

Stap 3. Analyseren wijk

Naast de partijen in de werkgroep Korte Lijnen zijn andere belangrijke partijen de Wmo-adviesraad, de buurtcoördinator/ opbouwwerker, dorpsondersteuners en inwoners. Leefbaarheidsagenda's (over activiteiten in de wijk) waren nuttig om te gebruiken als input voor de dataverzameling. Registraties van gemeente en huisartsenpraktijken bevatten aanvullende informatie op de gegevens in het basisprofiel.

Stap 4. Opstellen wijkgezondheidsprofiel

Het basisprofiel is gevuld met gegevens van voornamelijk GGD en Robuust. Dit werd na bespreking in de werkgroep nog aangevuld met extra cijfers van de GGD over leefbaarheid, kwetsbaarheid, participatie, eenzaamheid en jeugd. In het definitieve wijkgezondheidsprofiel zijn ook gegevens uit gemeentelijke registraties (Werk en Inkomen, Wmo-voorzieningen) en gegevens van Gezondheidscentrum De Palissade meegenomen.

Stap 5. Voorbereiden dialoog

De georganiseerde dialoog betrof twee bijeenkomsten in het gemeentehuis, één bijeenkomst om het wijkgezondheidsprofiel te bespreken en één om thema's te kiezen.

Stap 6. Voeren dialoog

Deelnemende partijen aan de eerste dialoog hebben voorafgaand het volledige wijkgezondheidsprofiel als tabel toegestuurd gekregen. Voor de dialoog zijn de gegevens uit de tabel uitgewerkt als prezi-presentatie en stapsgewijs gepresenteerd en bediscussieerd. Er is vooraf geen focus gekozen, maar breed ingestoken. De voorbereidingsgroep heeft op basis van de eerste

bijeenkomst thema's uitgekozen als input voor de tweede wijkdialoog. De thema's zijn: laaggeletterdheid, toename ouderen/kwetsbaarheid van ouderen, overgewicht/ verbinden met bewegen, chronisch zieken/ 65+ en 0-11 jarigen, psychische gezondheid, drugsgebruik bij 12-18 jarigen, eenzaamheid.

De tweede dialoog vond ruim drie maanden na de eerste plaats. Het doel van deze bijeenkomst was om tot een keuze te komen voor speerpunten in de wijken. Partijen noteerden ieder voor zich wat in het dagelijks werken in de wijk opvalt. Daarna werd het wijkprofiel op hoofdthema's gepresenteerd en werd een dialoog gevoerd over herkenbaarheid en prioriteiten in de wijken. Een doel was ook het vormen van een werkgroep om de speerpunten verder uit te werken. Na afloop ontvingen de deelnemers een factsheet met informatie uit het wijkgezondheidsprofiel.

De belangrijkste thema's genoemd in de tweede bijeenkomst zijn: eenzaamheid, toename aantal ouderen, armoede en laaggeletterdheid, overgewicht, bewegen, complexe problematiek bij gezinnen, ingaan op vraag bewoners, normaliseren vraag, verbinden thema's en sociale knooppunten, sociale kaart, samenhang formele en informele zorg en afspraken over privacy.

Deelnemende partijen aan de dialogen waren naast de kernteamleden van GGD en ROS Robuust: gemeente (beleidsmedewerkers jeugd, Wmo, dorpsgericht werken), fysiotherapeut, maatschappelijk werk, gehandicaptenzorg, diëtist, thuiszorg, praktijkondersteuners, huisartsen, dorpsondersteuners en politie.

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

Het proces in Gemert heeft geleid tot de volgende vervolgspraken:

- De gemeente bekijkt samen met de wijk(organisaties) welke thema's opgenomen kunnen worden in de leefbaarheidsagenda's.
- De gemeente vult de sociale kaart in aan de hand van het digitale programma Guido.
- De gemeente agendeert het verslag met aanbevelingen in het Kernteam Uitvoeringsprogramma Wmo.
- De gemeente organiseert een half jaar later (november 2014) een vervolgbijeenkomst om de resultaten te evalueren.
- De wijkteams bespreken welke thema's aandacht vragen in de wijk en nemen dit op in hun plan van aanpak en de leefbaarheidsagenda's.
- De GGD biedt de wijkteams voor zover mogelijk of nodig ondersteuning bij oppakken van de genoemde thema's.
- De GGD ondersteunt gemeente in voortgang proces verbinden preventie-curatie.
- Robuust en gemeente brengen in de werkgroep Korte Lijnen het resultaat in (verbinden eerste lijn met de wijk).
- Robuust en gemeente zorgen dat het thema 'verbinden eerste lijn met sociale domein' in de werkgroep Korte Lijnen op de agenda komt.

Contactgegevens pilot

Riky de Veth, Programma adviseur ROS Robuust, (085) 401 81 85



ACHTSE BARRIER

Wijkshets

De Achtse Barrier valt onder het stadsdeel Woensel-Noord in de gemeente Eindhoven. Het bestaat uit de buurten Achtse Barrier-Gunterslaer, -Spaihoef en -Hoeven. Het postcodegebied 5627 bevat uitsluitend deze drie buurten.

In de Achtse Barrier wonen ongeveer 12.500 mensen, met relatief veel inwoners in de leeftijdsgroep 45 tot en met 64 jaar. In de komende decennia zal het inwonersaantal van de Achtse Barrier afnemen, de groep 65-plussers zal echter fors in grootte toenemen.

Stap 1. Kennismaken met wijk

Voor het experiment in de gemeente Eindhoven is specifiek gekozen voor de wijk Achtse Barrier. Het is een overzichtelijk gebied met twee goed georganiseerde gezondheidscentra vallend onder Elz AB, dat staat voor Eerstelijnszorg Achtse Barrier.

Daarnaast lagen er al contacten vanuit GGD Brabant-Zuidoost met Elz in het kader van het zorgprogramma overgewicht en het thema bewegen.

De regio Eindhoven is proeftuin binnen het programma Slimmer met Zorg van het ministerie van VWS.



Noord-Brabant, gemeente Eindhoven



Eindhoven, buurten Achtse Barrier

Slimmer met Zorg richt zich op betere zorg voor een lagere prijs. Preventie dichtbij huis en samenwerking van zorg met de buurt sluiten hier goed bij aan.

In Eindhoven is wijkgericht werken al ingebed. Het eigen initiatief van bewoners en buurt is daarbij uitgangspunt. Via de wijkcoördinator van de Achtse Barrier is de gemeente bij dit project betrokken.

Stap 2. Samenstellen werkgroep

Het kernteam is samengesteld met vertegenwoordigers van Elz (een huisarts en de directeur bedrijfsvoering), een manager van de thuiszorgorganisatie ZuidZorg,

de programma-adviseur van ROS Robuust en medewerkers van de GGD Brabant-Zuidoost (beleidsfunctionaris en onderzoeksfunctionaris). De beleidsfunctionaris van de GGD heeft de rol van procesbegeleider op zich genomen.

Stap 3. Analyseren wijk

Vanuit het kernteam is besloten de focus te leggen op kwetsbare inwoners dat aansluit op het nieuwe sociale beleid in Eindhoven: WIJ Eindhoven.

Op basis van een netwerkanalyse heeft het kernteam relevante organisaties in de wijk benoemd. Dit zijn onder andere een welzijnsorganisatie, het leefbaarheidsteam (met vertegenwoordigers van bewoners, politie, welzijn en zorgorganisaties), vertegenwoordigers van gezondheidscentra Elz, wijkcoördinator gemeente en de informele zorg als Rode Kruis, Zonnebloem en KBO. Al deze partijen zijn uitgenodigd voor het bespreken van het wijkgezondheidsprofiel.

Stap 4. Opstellen wijkgezondheidsprofiel

Vervolgens is een breed wijkgezondheidsprofiel 'Gezondheid en kwetsbaarheid Achtse Barrier' opgesteld. Dit profiel is een cijfermatige invulling van gegevens over de Achtse Barrier op basis van de bronnen: CBS, ROS-Wijkscan, Buurtmonitor gemeente Eindhoven, SCP, HIS-registratiegegevens gezondheidscentra.

Jeugdgezondheidszorg gegevens GGD en GGD-Gezondheidsmonitors. Veel van de gegevens zijn zelfs beschikbaar op het postcodegebied van de Achtse Barrier.

De gegevens zijn via een powerpointpresentatie gepresenteerd aan de wijkorganisaties. Daarnaast is een Factsheet 'Gezondheid en Kwetsbaarheid Achtse Barrier' geschreven.

Stap 5. Voorbereiden dialoog

Zo'n 40 professionals en georganiseerde inwoners zijn namens GGD, ROS Robuust en Elz uitgenodigd voor een bijeenkomst waarin het wijkgezondheidsprofiel werd gepresenteerd. Deze bijeenkomst vond plaats in wijkgebouw De Mortel in de Achtse Barrier.

Stap 6. Voeren dialoog

Een brede vertegenwoordiging gaf gehoor aan de uitnodiging om het wijkgezondheidsprofiel te bespreken. Huisartsen, Elz, thuiszorg, leefbaarheidsteam (inwoners), fysiotherapie, apotheker, kwartiermaker geestelijke gezondheidszorg en een GGD-arts jeugdgezondheidszorg namen deel.

Deze dialoog, met werkvormen plenair en in groepen, leidde tot aanvullingen van het wijkgezondheidsprofiel, zowel cijfermatig als op basis van ervaringen uit de wijk. Dit gold bijvoorbeeld voor de thema's veiligheid en eenzaamheid in de wijk. Naar aanleiding van de dialoog is gekozen de focus te leggen op het thema sociale cohesie/eenzaamheid.

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

In de Achtse Barrier zijn veel vrijwilligers actief en er wordt veel georganiseerd. De verbinding tussen alle activiteiten rondom het thema eenzaamheid kan beter.

Om deze reden is gestart met het maken van een sociale kaart.

Daarnaast is vanuit het gezondheidscentrum het initiatief ontstaan om te komen tot een gezamenlijke website in de wijk. Ook is een ontmoeting georganiseerd tussen de zorgprofessionals, welzijn en de informele zorg, waaronder Rode Kruis, Zonnebloem en KBO. Immers, elkaar leren kennen is een eerste en belangrijke stap om tot meer samenwerking en afstemming te komen.

Via een artikel in het wijkblad heeft het kernteam bewoners opgeroepen mee te denken en te werken, hetgeen tot enkele reacties heeft geleid. Samen met de wijk worden nu activiteiten opgepakt rondom het thema eenzaamheid. Op deze wijze streeft men naar een verbinding tussen organisaties en activiteiten. Het is een proces dat langzaam verloopt. Stap voor stap wordt dit vanuit de wijk opgebouwd. Een procesbegeleider blijft van belang om de voortgang te bewaken.

Contactgegevens pilot

Marjolijn van Niekerk, Adviseur lokaal gezondheidsbeleid GGD Brabant-Zuidoost, 088 0031 100



Noord-Brabant, gemeente Tilburg



Tilburg, buurten Gesworen Hoek en Huibeven

GESWOREN HOEK EN HUIBEVEN

Wijkschets

De Reeshof is een wijk in de gemeente Tilburg met zo'n 43.000 mensen. De Gesworen Hoek en Huibeven zijn twee van de elf buurten in Reeshof. De twee buurten vallen onder het postcodegebied 5043.

Er wonen respectievelijk 4.100 en 5.600 mensen. Reeshof is een relatief jonge wijk, met beperkte vergrijzing, een zichtbare krimp van de bevolking en een afname van 45-65 jarigen.

De Gesworen Hoek is het oudste gedeelte van de Reeshof met veel huurwoningen. In Huibeven zijn meer koopwoningen gebouwd.

Stap 1. Kennismaken met wijk

In de wijk Reeshof is het experiment ingestoken vanuit het Gezondheidscentrum Reeshof. Dit gezondheidscentrum was bij voorbaat al gemotiveerd om aan de slag te gaan met het verbinden van preventie en zorg en had hier al eerdere initiatieven in genomen. De directeur van het gezondheidscentrum, een voormalig huisarts, had een initiërende rol in de pilot en onderhield nauw contact met de GGD Hart voor Brabant en ROS Robuust. Dit kernteam heeft na enkele oriënterende gesprekken contact gezocht met de beleidsambtenaar Volksgezondheid van de gemeente Tilburg en de omgevingsmanager van de wijk Reeshof.

Ondanks dat de Reeshof geen Impulswijk binnen Tilburg is, wilde de gemeente wel actief deelnemen aan dit experiment.

Om de wijk te leren kennen, zijn verschillende oriënterende gesprekken gevoerd met GGD-professionals die werkzaam zijn in de wijk.

Stap 2. Samenstellen werkgroep

Het kernteam bestaat uit een epidemioloog en beleidsadviseur GGD, adviseur ROS en directeur gezondheidscentrum. Na de eerste fase van kennismaking met de wijk, is deze uitgebreid met de gemeente (beleidsambtenaar volksgezondheid en omgevingsmanager Reeshof).

Deze groep is aan de slag gegaan met het opstellen van het basisprofiel (cijfers van de GGD en ROS Robuust) en het voorbereiden van de dialoog in de wijk.

Stap 3. Analyseren wijk

Door de werkgroep is een netwerkanalyse uitgevoerd. Op deze wijze zijn tal van relevante partijen in de wijk in kaart gebracht, zoals jongerenwerker, maatschappelijk werker, fysiotherapeute, jeugdarts, diëtiste, wijkverpleegkundige, jeugdverpleegkundige, adviseur verslavingszorg, de ouderenbond, de brede school, huisarts, psycholoog en een afvaardiging van inwoners. Via de directeur van het gezondheidscentrum is een aantal eerstelijnsprofessionals nadrukkelijk op de hoogte gebracht van de pilot.

Stap 4. Opstellen wijkgezondheidsprofiel

Het basisprofiel is door het kernteam (met name GGD en ROS Robuust) gevuld met gegevens over bevolking en prognose, omgeving en leefbaarheid, participatie, kwetsbare groepen, zorgvraag, kwaliteit van leven, leefstijl. De cijfers bevolkingsomvang, prognosecijfers en cijfers over determinanten van gezondheid bleken goed bruikbaar voor dit profiel. Cijfers over eerstelijnsprofessionals bleken minder bruikbaar, omdat deze gegevens niet op het postcodeniveau 5043 beschikbaar waren. Het profiel is aangevuld met gegevens over de leefbaarheid (Lemon) vanuit de gemeente met de wijktoets met cijfers op postcodeniveau.

Stap 5. Voorbereiden dialoog

Voor de georganiseerde dialoog is een breed scala aan professionals uit de wijk uitgenodigd, voortvloeiend uit de netwerkanalyse. De opzet van

de bijeenkomst is bewust simpel gehouden. Zo is bijvoorbeeld een kleine afvaardiging van inwoners van de Reeshof uitgenodigd. Er is bewust gekozen niet meer inwoners uit te nodigen, want dan was een specifiekere benadering en presentatie van cijfers nodig geweest. Voor de bijeenkomst is gekozen voor tafelgesprekken. De groepen tussen zorg en welzijn werden gemixt voor het completer maken van cijfers, het mogelijk aanpassen van huidige werkzaamheden en het stimuleren samenwerking in de buurten Gesworen Hoek en Huibeven.

Stap 6. Voeren dialoog

De bijeenkomst werd gestart met uitleg over het doel van de middag door de GGD, waarna een inwoner uit de wijk en de directeur van het gezondheidscentrum een korte schets van de wijk gaven. Vervolgens hebben de GGD en ROS Robuust een presentatie gegeven over het wijkgezondheidsprofiel. Ondanks dat er door het kernteam al "uitschieters" uit dit basisprofiel waren geïdentificeerd, is de dialoog met de aanwezigen breed ingestoken.

In drie tafelgesprekken is gediscussieerd aan de hand van de vragen: zijn de cijfers herkenbaar, wat zie jij graag anders in de wijk en hoe kan jij bijdragen vanuit jouw werk? Deze informatie is vervolgens plenair teruggekoppeld, waarna de middag werd afgesloten. Aan deze bijeenkomst van twee uur hebben 26 professionals deelgenomen.

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

De werkgroep heeft de bijeenkomst geëvalueerd om vervolgens actiepunten vast te leggen in een zogenaamd wijkplan. Dit plan is teruggekoppeld met de deelnemers van de dialoog. Samenvattend zijn de actiepunten:

- Kennisdeling: de gemeente neemt initiatief voor vervolgbijeenkomsten rondom preventie, zorg en inwoners. Ook komt er een goede sociale kaart.
- Armoede: de gemeente organiseert informatiebijeenkomsten voor meer bekendheid van regelingen, zodat inwoners hier gebruik van kunnen maken.
- Overgewicht: de GGD initieert overleg met partijen rond overgewicht. Dit in het kader van kennisdelen, afstemmen van bestaande initiatieven en opzetten van wijkcampagnes met inwoners, sportverenigingen en private partners. De gemeente gaat na of subsidiegelden vanuit de Rijksoverheid (Gezond In De Stad) zijn in te zetten. De GGD wil ook aansluiten bij JOGG Tilburg (Jongeren Op Gezond Gewicht) en gesprekken voeren met het gezondheidscentrum en het maatschappelijk werk om inwoners beter te betrekken.
- Sociale samenhang: de gemeente, GGD en het maatschappelijk werk bekijken of het mogelijk is om bijvoorbeeld een wijkdiner te organiseren om zo bewoners meer te betrekken bij hun wijk en bij de problemen die er spelen.
- Cijfers: de GGD gaat na of splitsing van cijfers wenselijk is voor Gesworen Hoek en Huibeven (zes-cijferig postcodeniveau).

Contactgegevens pilot

Nanneke Thijssen, functionaris gezondheidsbeleid
GGD Hart voor Brabant, 0900 - 4636 443



BOXTEL-OOST

Wijkschets

Boxtel-Oost is een buurt binnen de gemeente Boxtel. Er wonen ruim 9.000 mensen. In de totale gemeente wonen 30.000 mensen. Boxtel-Oost valt binnen het postcodegebied 5283, evenals de buurten Munsel en Selissen. Het postcodegebied bevat ruim 12.000 inwoners.

Stap 1. Kennismaken met wijk

De GGD Hart voor Brabant heeft de gemeente Boxtel benaderd voor dit experiment. De gemeente wilde graag deelnemen, omdat het project goed aansluit bij de ontwikkelingen binnen de gemeente.

De gemeente had al wijkontwikkelingsplannen gemaakt en was bezig met het opzetten van een sociale as: een verbinding tussen voorzieningen, scholen en zorg in de wijk.

ROS Robuust was al door het gezondheidscentrum 'De vier kwartieren' in Boxtel-Oost benaderd voor het maken van een wijkscan. ROS Robuust en GGD hebben vervolgens bij de huisartsen van het gezondheidscentrum geïnventariseerd of ze mee wilden werken aan dit pilotproject. De huisartsen wilden zeker meedenken over de resultaten van het wijkgezondheidsprofiel, mits het aantal bijeenkomsten

beperkt zou blijven. De behoefte van hen lag vooral bij het versterken van samenwerking met andere partijen.

Stap 2. Samenstellen werkgroep

Het opstellen van het wijkgezondheidsprofiel en het voorbereiden van de dialoog zijn gedaan door een werkgroep met de kernteamleden vanuit GGD, ROS Robuust en de wijkcoördinator van de gemeente.

Stap 3. Analyseren wijk

Naast gemeente en huisartsen zijn ook andere belangrijke partijen in Boxtel-Oost in kaart gebracht,



Noord-Brabant, gemeente Boxtel



Boxtel, buurt Boxtel-Oost

zoals Stichting Wijkorgaan Boxtel-Oost (SWBO, vrijwilligers uit de wijk), welzijnswerk Contour de Twern, Vivent thuiszorg en fysiotherapeuten. Met uitzondering van gemeente en SWBO zijn al deze partijen vertegenwoordigd binnen het gezondheidscentrum De Vier Kwartieren.

Het kernteam heeft vervolgens gesprekken gevoerd met de voorzitter van het wijkorgaan (SWBO), een wijkverpleegkundige (Vivent) en een coördinator steunpunt mantelzorg (Contour de Twern) om meer inzicht te krijgen in de wijk. Ook is een gesprek gevoerd met het bestuur van het gezondheidscentrum De Vier Kwartieren.

Het basisprofiel is gevuld met gegevens van voornamelijk GGD en ROS Robuust. Er zijn geen cijfers uit huisartsenregistraties gebruikt. De gemeente had wel rapporten over de wijk, maar deze waren vooral kwalitatief. De gemeente had geen cijfers over gezondheid en zorg.

Stap 4. Opstellen wijkgezondheidsprofiel

Tijdens het opstellen van het wijkgezondheidsprofiel bleek dat Boxtel-Oost een vergrijzende wijk was, met relatief weinig voorzieningen en een toenemende zorgvraag. Om deze reden is het profiel aangevuld met extra gegevens over ouderen vanuit de GGD-monitor.

Stap 5. Voorbereiden dialoog

De georganiseerde dialoog betrof een brede bijeenkomst met veel partijen om te komen tot een gezamenlijk thema en een tweede bijeenkomst met een selecte groep partijen om de aanpak van het gekozen thema nader uit te werken.

Stap 6. Voeren dialoog

Voor de eerste brede bijeenkomst zijn veel partijen uitgenodigd: eerstelijnsprofessionals (huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten), Wmo-raad, Seniorenraad, SWBO, zorginkoper VGZ, directeur brede scholen, woonstichting St. Joseph, gehandicaptenzorg Cello, contour de Twern, Vivent en gemeente. Er waren in totaal 45 deelnemers.

De wethouder verzorgde het openingswoord, waarna de kernteamleden het wijkprofiel presenteerden. Vervolgens gingen de aanwezigen in vier groepen uiteen om te komen tot het belangrijkste gezondheidsthema voor Boxtel-Oost. De groepen werden uniform samengesteld: eerstelijnszorgprofessionals, seniorenraad en Wmo-adviesraad, welzijn en thuiszorg en een groep met gemeente, brede school en SWBO. De kernteamleden waren gespreksleider. Bij de plenaire terugkoppeling bleek dat bij alle groepen gebrekkige sociale cohesie/ eenzaamheid als belangrijkste thema naar voren kwam.

Vervolgens is in een tweede bijeenkomst met kernteam, wijkcoördinator, wijkorgaan en welzijnswerk dieper ingegaan op het thema en de oplossingsrichtingen.

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

Een van de concrete afspraken die is gemaakt, is dat wijkbewoners nog bevraagd worden over de ervaren problematiek. Welzijnswerk neemt deze vraag mee als zij de wijk ingaat en het wijkorgaan plaatst deze vraag op haar digitale forum. Verder wordt verbinding gezocht met bestaande activiteiten en lopende projecten in de wijk om te voorkomen dat er weer iets nieuws wordt gestart.

Het laatste half jaar is de gemeente zeer actief geweest met het opzetten van een sociaal wijkteam. In de wijk Boxtel-Oost start een pilot. Daarnaast lopen er verschillende initiatieven voor de wijk, zoals een huiskamerproject, generatietuin en een eetpunt. In het najaar staat een Boxtel-Oost-dag gepland. Tijdens deze dag worden de bewoners geïnformeerd over alle activiteiten die tot nu toe al gerealiseerd zijn in de wijk. Daarnaast worden flyers uitgedeeld met een aantal concrete vragen, die liggen op het terrein van behoefte, eigen inzet en betrokkenheid bij de op te zetten activiteiten. De gemeente biedt ondersteuning bij de communicatie.

De betrokkenheid van de GGD en ROS Robuust ligt op het vlak van aanjagen en zorgen dat de betrokkenen de juiste processtappen blijven maken. Inhoudelijk zal geen input meer worden gegeven. De verwachting is dat eind 2014 alle stappen zover zijn genomen, dat de continuïteit is geborgd.

Contactgegevens pilot

Marije Scholtens, beleidsfunctionaris GGD Hart voor Brabant, 0900 - 4636 443

Gemma Smulders, epidemioloog GGD Hart voor Brabant, 0900 - 4636 443

Nicole de Baat, strategisch adviseur ROS Robuust, (085) 401 81 85



Noord-Brabant, gemeente Bernheze



Bernheze, wijken Heeswijk-dinter en Loosbroek

HEESWIJK-DINTHER EN LOOSBROEK

Wijkschets

De gemeente Bernheze heeft 29.690 inwoners. In de wijk Heeswijk-Dinther wonen ruim 8.000 mensen en in de wijk Loosbroek bijna 1.300. Heeswijk-Dinther valt samen met één 4-cijferig postcodegebied (5473). Loosbroek is verdeeld over twee 4-cijferige postcodegebieden. In postcodegebied 5471 wonen 100 inwoners en de overige inwoners van Loosbroek hebben postcode 5472. Er vallen geen delen van andere wijken of buurten binnen deze drie postcodegebieden.

Stap 1. Kennismaken met wijk

Het kernteam (met GGD Hart voor Brabant en ROS Robuust) heeft bij de wethouder gepolst of er

belangstelling was voor deelname aan het experiment. De gemeente wilde meedoen, waarbij gedacht werd aan de focus op de kern Dinther en de doelgroep ouderen. Het kernteam is vervolgens gaan praten met het zorg-participatie-overleg in de gemeente. Daar werd de suggestie gedaan om het gebied te verbreden naar Heeswijk-Dinther en Loosbroek als geografische eenheid. In een 4-cijferig postcodegebied is het ook lastig onderscheid te maken tussen Dinther en Heeswijk. Tevens werd aanbevolen om op voorhand niet te focussen op de doelgroep ouderen, omdat hier al veel aandacht voor is binnen deze kernen.

Stap 2. Samenstellen werkgroep

Met de wethouder is afgesproken dat de ambtenaar

volksgezondheid contactpersoon is vanuit de gemeente. De wethouder en ambtenaar Wmo worden op de hoogte gehouden. Het kernteam en de gemeente organiseerden samen een brede startbijeenkomst. Na deze bijeenkomst is een werkgroep gevormd om plannen nader uit te werken.

Stap 3. Analyseren wijk

Door het kernteam is een lijst opgesteld met organisaties, netwerken en professionals in het aandachtsgebied. De eerstelijnsprofessionals zijn een belangrijke groep (hometeam), omdat het verbinden van preventie en curatie een doel van het project is. ROS Robuust heeft al contacten met deze groep. Het kernteam heeft naast de reeds genoemde gesprekken voorafgaand aan de startbijeenkomst,

gesprekken gevoerd met twee huisartsen (uit het hometeam) en met een afvaardiging vanuit de ouderenbond, welzijnsorganisatie en zorgorganisatie. Deze gesprekken hadden als doel de thema's voor het wijkprofiel en de beoogde deelnemende partijen aan de dialoog helder te krijgen. Besloten is om het wijkprofiel en dialoog breed in te steken en niet meteen in te zoomen op de doelgroep ouderen.

Stap 4. Opstellen wijkgezondheidsprofiel

Voor de startbijeenkomst is uitgegaan van het basisprofiel met gegevens van GGD en ROS Robuust. De presentatie van de cijfers is opgebouwd aan de hand van de domeinen van de nieuwe definitie van positieve gezondheid. Gezondheid is daarbij gedefinieerd als 'het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'.

Tijdens de bijeenkomst is een oproep gedaan voor aanvullende informatie vanuit andere partijen, maar die is er niet gekomen. Wel is het profiel op verzoek nog aangevuld met gegevens over de doelgroep 0-11 jaar uit de meest recente GGD-monitor.

Stap 5. Voorbereiden dialoog

De doelen van de eerste startbijeenkomst waren om het wijkgezondheidsprofiel te presenteren, te inventariseren welke informatie nog ontbrak en criteria vast te stellen voor de keuze van een gezondheidsthema. De startbijeenkomst is gehouden in het parochiecentrum in Heeswijk. De uitnodiging voor de bijeenkomst is breed verspreid, zowel via e-mail als op de website van de gemeente. Men kon zich gratis aanmelden. De uitnodiging had als titel: 'Samen aan de slag met wijkgericht werken aan

gezondheid in Heeswijk-Dinther-Loosbroek: wat is daarvoor nodig volgens u?' Uitgenodigd waren onder andere zorgorganisaties, scholen, ouderenbonden, welzijnswerk, eerstelijnsprofessionals, vrijwilligers, Wmo-adviesraad en parochie-medewerkers.

Stap 6. Voeren dialoog

Bij binnenkomst werden deelnemers uitgenodigd hun wensen voor een gezond Heeswijk-Dinther-Loosbroek op te schrijven en in de wensput te doen. Na afloop van de bijeenkomst, na eventuele nieuwe inzichten, kon men dat opnieuw doen. De wethouder opende de bijeenkomst en vervolgens presenteerde de GGD-epidemioloog het wijkgezondheidsprofiel.

Na de presentatie werd in subgroepen besproken welke informatie nog ontbrak, wie meer informatie heeft, welke criteria nodig zijn om tot een keuze voor een thema te komen en hoe en met wie men hierna verder wil. Vooral rondom jeugd was nog behoefte aan aanvullende informatie. Criteria voor de themakeuze waren: voldoende energie, draagvlak en te behalen gezondheidswinst. Uit de wensput kwamen de aandachtspunten bewegen, jeugd en sociale cohesie naar voren.

Na afloop van deze bijeenkomst is een oproep gedaan voor deelname aan een 'voorbereidingsgroep' (werkgroep) om het kiezen van een thema/onderwerp voor het wijkplan verder uit te werken. Hiervoor hebben de volgende partijen zich onder andere aangemeld: wethouder, ambtenaar, welzijnswerk, ouderenbond, zorgorganisatie, huisarts, directeurs basisscholen, vluchtelingenwerk, centrum voor participatie en het gemeenschapshuis. Deze groep is in totaal drie keer bij elkaar geweest.

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

Uiteindelijk is gekozen om in Heeswijk-Dinther-Loosbroek te werken aan sociale cohesie, waarbij verbindingen gelegd worden met activiteiten rondom beweging en voeding. Er is namelijk al sprake van een rijk verenigingsleven, veel activiteiten en relatief een goede gezondheid in de wijk. Naar voren kwam dat het belangrijk is dat de verschillende groepen meer met elkaar in contact komen: oud-jong, wel en niet beperkt, arme gezinnen en anderen, vluchtelingen, Oost-Europeanen.

De ouderenbond heeft al een start gemaakt door programma's van activiteiten voor ouderen en jeugd aan elkaar te koppelen. Hier gaan ze mee verder. Verder is naar voren gekomen dat het belangrijk is om het begrip 'positieve gezondheid' met elkaar inhoud te geven en uit te werken in concrete stappen en activiteiten. Op dit moment wordt gezocht naar een manier om dat vorm te geven.

Contactgegevens pilot

Franca van Rosmalen, Programma adviseur ROS Robuust, (085) 401 81 85



Noord-Brabant, gemeente Drimmelen



Drimmelen, dorp Terheijden

TERHEIJDEN

Wijkschets

Terheijden is een dorp met ongeveer 6.300 inwoners. Het heeft een groot aantal voorzieningen, zowel op maatschappelijk als recreatief gebied. De kern Terheijden valt onder de gemeente Drimmelen en ligt circa 6 km ten noorden van de stad Breda. Terheijden heeft postcodegebied 4844.

Stap 1. Kennismaken met dorp

Het dorp Terheijden is een 'gemiddeld' dorp. Door de open houding van de gemeente en professionals is gestart in dit dorp. Wijkgericht werken is al gemeentelijk beleid in de gemeente Drimmelen. Vandaar dat dit experiment goed aansluit om samenwerking tussen preventie en zorg te versterken

in het dorp. De wethouders met volksgezondheid en dorpsgericht werken in hun portefeuille staan vanaf het begin achter het experiment.

Stap 2. Samenstellen werkgroep

De GGD West Brabant adviseur, GGD West Brabant epidemioloog, ROS Robuust adviseur en de coördinator wijkgericht werken van de gemeente Drimmelen vormden samen de werkgroep van het experiment. Door de beleidsdialoog werden de thema's duidelijk en is de werkgroep gewijzigd qua samenstelling. Zo is rond het thema overgewicht de werkgroep uitgebreid met een jeugdverpleegkundige, GVO-functionaris en een huisarts.

Stap 3. Analyseren dorp

Voor meer inzicht in het dorp heeft de werkgroep cijfers verzameld om een wijkgezondheidsprofiel op te stellen. Dit proces is op een gegeven moment losgelaten, omdat er te veel tijd ging zitten in het samenstellen van een goed dorpsprofiel. De data van de gemeente bleek het meest bruikbaar. Deze cijfers gaan namelijk over het dorp zelf. Aanvullend zijn ook cijfers van ROS Robuust uit de wijkscan gebruikt.

De GGD cijfers en monitor waren minder bruikbaar, door de te lage aantallen en omdat deze cijfers niet zo op wijkniveau waren. Het samenvoegen van GGD en ROS cijfers gaven samen een mooi beeld en aanleiding tot dialoog. Dat gold ook voor de gemeentelijke cijfers.

In deze fase zijn er ook voorbereidende gesprekken geweest met huisartsen, professionals en actieve bewoners in het bewonersplatform/dorpsraad.

Stap 4. Opstellen dorpsprofiel

De GGD en ROS Robuust hebben samen met de gemeente Drimmelen een dorpsprofiel opgesteld voor Terheijden. Dit dorpsprofiel combineert cijfers uit verschillende bronnen op het gebied van zorg en welzijn, waarbij de cijfers van Terheijden worden afgezet tegen de totale cijfers van de gemeente Drimmelen en West-Brabant.

Naast demografische gegevens, de zorgvraag en het zorgaanbod zijn ook de sociale cohesie in de wijk, het voorzieningenniveau en de leefbaarheid meegenomen. Een aantal gesprekken is gevoerd met het bewonersplatform Terheijden en de huisartsen op individueel niveau om een nog beter beeld te vormen over het dorp.

De gemeente heeft voor het profiel bruikbare kwalitatieve gegevens aangereikt. Er zijn huisbezoeken gedaan bij 75-plussers in alle dorpskernen en er is een wijkscouw gedaan. De meeste gegevens zijn verwerkt in één presentatie waarin een totaalbeeld van Terheijden van nu tot 2040 wordt getoond.

Stap 5. Voorbereiden dialoog

In het dorp Terheijden is één brede bijeenkomst georganiseerd. Doelen van de dialoog waren interactie tussen partijen in het dorp en thema's kiezen om de verbinding preventie en zorg tot stand te brengen. Voor de bijeenkomst is een brede groep uitgenodigd. Als voorbereiding op deze dialoog zijn kleinere

dialogen met huisartsen en het bewonersplatform gehouden.

Stap 6. Voeren dialoog

In het eerste deel van de beleidsdialoog is het dorpsprofiel gepresenteerd, gevolgd door discussie aan tafels in drie groepen. Sommige partijen zijn bewust uit elkaar gehaald. De vragen die we stelden waren: wat zijn belangrijke thema's en wat zijn voorbeelden van activiteiten om zelf op te pakken? Iedere groep heeft concrete acties geformuleerd.

In het tweede deel van de beleidsdialoog presenteerden de groepen de resultaten. De coördinator begeleidde deze discussie. De coördinator wijkgericht werken heeft in het tweede deel van de dialoog de partijen ook met elkaar in verbinding gebracht. Veel mensen kennen elkaar en dat geeft vertrouwen. De beleidsdialoog is gehouden in 'Ons Thuis', een informeel zaaltje van een café in Terheijden, waardoor er een goede ambiance was.

Thema's die naar voren kwamen zijn overgewicht bij kinderen en eenzaamheid bij ouderen en 40-60 jarigen (eenzaamheid bij mensen die vooral vanuit Randstad in Terheijden zijn komen wonen). Het was een eye-opener dat er relatief veel alleenstaande ouderen zijn.

In totaal hebben 35 professionals deelgenomen aan de bijeenkomst, waaronder ook twee huisartsenpraktijken en een aantal fysiotherapeuten. Andere deelnemende partijen waren GGD, ROS Robuust, buurtsportcoach, gemeente, oudervereniging school en twee personen van het bewonersplatform (georganiseerde burgers).

Er was een goede verdeling van de partijen uit preventie, zorg en welzijn, mede omdat een gemêleerde groep was uitgenodigd.

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

Naar aanleiding van de beleidsdialoog zijn concrete acties vastgesteld rondom:

- Overgewicht: huisartsen gaan samen met fysiotherapeuten en GGD ouders benaderen voor een beweegprogramma en fruit op school om overgewicht bij kinderen aan te pakken.
- Sociale cohesie en eenzaamheid: organiseren van bijeenkomsten en een concreet project 'Samen is leuker' met als doel bereidheid tot vrijwilligerswerk onder de aandacht te brengen.
- Ontmoeten: vervolgbijeenkomst waarbij elke professional een inwoner uit Terheijden meeneemt om verder handen en voeten te geven aan de thema's overgewicht en sociale cohesie.

De GGD en de gemeente gaan deze acties concreet oppakken. Voor de borging van activiteiten wordt aangesloten bij het tijdspad van de gemeente.

Contactgegevens pilot

Ivanka van der Veeken, adviseur GGD West-Brabant, 076-52 82 000



Noord-Brabant, gemeente Etten-Leur



Etten-Leur, buurten Banakkers

BANAKKERS

Wijkschets

Banakkers is één van de 13 wijken van de gemeente Etten-Leur. De wijk bestaat uit ongeveer 4.200 inwoners. Banakkers ligt in het woonservicegebied Zuid. Het is een oude wijk met een actieve wijkvereniging. De wijk heeft postcodegebied 4873. Deze postcode geldt ook voor de aangrenzende wijk Grauwe Polder.

Stap 1. Kennismaken met wijk

De gemeente Etten-Leur bleek enthousiast over het experiment. De wijk Banakkers was snel in beeld. De wethouder stond er ook achter. Het experiment sloot namelijk prima aan bij het wijkgericht werken van de gemeente en de eigen zoektocht naar

verbindingen met de eerste lijn. Ook de wijkmanager was enthousiast. Het experiment is besproken in het sociaal beleidsoverleg.

Het sloot qua timing mooi aan, omdat voor deze wijk op korte termijn een update van het wijkontwikkelingsplan zou komen.

Stap 2. Samenstellen werkgroep

In de voorbereidingsgroep is het kernteam (met GGD epidemioloog, GGD adviseur en ROS Robuust adviseur) opgetrokken met de gezondheidsbevorderaar (vanuit preventie), de beleidsambtenaar volksgezondheid en de wijkmanager van de wijk Banakkers om te komen tot een wijkprofiel en beleidsdialoog. Het uitgangspunt van deze groep was dat ideeën

samenkomen in de wijk. De ambtenaren zorgden voor bestuurlijke terugkoppeling.

Stap 3. Analyseren wijk

Door het kernteam is een analyse van lokale partijen uitgevoerd. Bij het in kaart brengen van cijfers is vooral gekeken naar de eigen monitorgegevens van de GGD West-Brabant. Ook andere registraties waren beschikbaar, zoals die van de gemeente rondom armoede en participatie, van de politie en van GGZ. Er is gekozen niet te veel tijd en energie te stoppen in het bij elkaar zetten en analyseren van cijfers. Mede omdat betrouwbare cijfers op wijkniveau niet altijd beschikbaar waren. Wel is gekeken naar cijfers uit een ouderenproject (zoals eenzaamheid).

Het kernteam heeft gesprekken gehad met huisartsen over gegevens in de wijk om zo huisartsen (eerste lijn) te betrekken. Ook zijn gesprekken gevoerd met de wijkzuster, de wijkvereniging Buurtbelang Banakkers en het sociale wijkteam.

Stap 4. Opstellen wijkgezondheidsprofiel

Voor het wijkgezondheidsprofiel is een algemeen beeld op gezondheid geschetst aan de hand van cijfers over leefstijl (voeding, bewegen, alcohol), overgewicht, eenzaamheid en huisartsencontacten. Dit profiel is vooral gebruikt door de werkgroep zelf, maar niet als zodanig opgesteld om in de beleidsdialoog te presenteren.

De bevolkingscijfers van het CBS en de gemeente bleken het meest bruikbaar, aangezien dit de enige cijfers waren op het niveau van de wijk. Aangezien er twee wijken in één postcodegebied zitten, gaven de cijfers op postcodeniveau geen goed beeld voor Banakkers.

Prognosecijfers zijn gebruikt om te laten zien dat de wijk wat ouder is en meer vergrijsd. Voor de rest zijn algemene cijfers gebruikt en dat is een nadeel. Het eerste beeld is aangevuld met kwalitatieve informatie van onder andere de wijkzuster, de huisartsen en de wijkvereniging. Deze gegevens zijn opgenomen in een overzicht, maar niet verwerkt in het profiel.

Stap 5. Voorbereiden dialoog

In de wijk Banakkers is één beleidsdialoog georganiseerd en zijn relevante partijen uitgenodigd. Er is gekozen voor een workshop om met betrokkenen actief na te denken en ideeën te genereren rondom gezondheid in de wijk. De workshop is geleid door de beleidsambtenaar van de gemeente met als aanpak 'waardierend vernieuwen' (AI methode).

De dialoog is onder de aandacht gebracht via persoonlijke uitnodigingen, de website, Twitter en Facebook van de gemeente. De wethouder heeft er ook over getwitterd. De wijkmanager was actief betrokken bij de voorbereidingen van de beleidsdialoog.

Stap 6. Voeren dialoog

Voor de beleidsdialoog is gekozen om niet met het wijkgezondheidsprofiel te starten. Er is gestart met een opening door de wijkwethouder en een inleiding door de directeur van het Gezondheidscentrum. Dit om te voorkomen dat tijdens de dialoog de discussie over de cijfers zou gaan en niet over gezondheid in de wijk Banakkers. Na deze inleidingen met voorbeelden over samenwerken op het gebied van leefstijl en bewegen werd de workshop gestart. De groep werd gesplitst in tweeën rond grote tafels. Meerdere vragen zijn aan bod gekomen: wat weet u over gezondheid in de wijk Banakkers? Wat vindt uzelf? Hoe zou u aan een gezondere wijk een bijdrage kunnen en willen leveren? Er is gebruikgemaakt van een positieve gespreksvoering. Daarna was er een gezamenlijke terugkoppeling en afronding door de wethouder.

Thema's die naar voren kwamen, zijn sociale samenhang (eenzaamheid), bewegen (leefstijl) bij zowel ouderen als jongeren. Ook zijn verbanden gelegd tussen bestaande initiatieven en partijen op deze gebieden.

Bij de dialoog waren circa 25 professionals aanwezig, zoals zorgverleners (fysiotherapeuten, huisartsen, wijkzuster, ggz, verslavingszorg), vrijwilligers, ambtenaren en adviseurs. Er waren ook inwoners vanuit de wijkvereniging (diverse werkgroepen en voorzitter) aanwezig.

Stap 7. Borgen plannen en samenwerken

De resultaten van de beleidsdialoog krijgen een vervolg. De wijkmanager van de gemeente en de gezondheidsbevorderaar van de GGD pakken dit op. Direct bij het begin van het experiment is hiervoor tijd gereserveerd. Het gaat vooral om het verbinden van bestaande initiatieven. Concrete acties voor de wijk Banakkers zijn:

Op korte termijn

- Vullen van wijkkaart samen met alle betrokkenen.
- Wandelclub in samenwerking met huisarts.
- Mogelijk activiteiten in de week van de aandacht.
- Verwelkomen nieuwe buurtbewoners en onderlinge momenten van aandacht (zoals bij geboorte en overlijden).

Op lange termijn

- Aanpak voor jongere doelgroep uitwerken (in samenwerking met jongeren, JGZ en andere betrokken organisaties).
- Nadere kennismaking sociaal wijkteam, wijkvereniging en huisartsen.
- Werkbezoek aan goede voorbeelden.

Contactgegevens pilot

Gerrie van den Broek, lokaal beleidsadviseur GGD West-Brabant, 076-52 82 000

5. RISICO'S IN DE PRAKTIJK

Tijdens de experimenten zijn er in de praktijk tal van kansen, valkuilen en tips voorbijgekomen.

De meest opvallende risico's voor het verbinden van preventie en zorg in de praktijk, het gebruik van het wijkgezondheidsprofiel en de georganiseerde dialoog hebben we hier op een rij gezet. Het is van belang hier extra alert op te zijn.

Wijkgezondheidsprofiel

Het wijkgezondheidsprofiel als cijfermatige rapportage over de wijk en haar inwoners is opgesteld door de werkgroep, bestaande uit in ieder geval gemeente, GGD en ROS.

Het is een risico dat onderzoekers en adviseurs vooral gebruikmaken van de eigen cijfers en te weinig aandacht besteden aan het samenbrengen van cijfers, informatie en ervaringen vanuit diverse werkvelden.

Het aanvullen van informatie door andere lokale partijen is juist belangrijk als het gaat om verbinden van preventie en zorg. Ook het bepalen van het aandachtsgebied dient een gezamenlijke stap te zijn.

De dataverzameling dient aan te sluiten op de lokale praktijk en ontwikkelingen, zoals de huidige transities of de ontwikkelingen in het sociale domein.

Het gebruik van het profiel krijgt meerwaarde als professionals en inwoners zich herkennen in het profiel en het zelf weer kunnen gebruiken. Uiteraard blijft het profiel een middel en is het geen doel op zich om het te vullen.

Georganiseerde dialoog

De werkgroep organiseert de dialoog om cijfers uit het profiel te integreren met kennis en ervaring uit de wijk.

De interpretatie van de cijfers door verschillende lokale partijen is essentieel. Als er te weinig aandacht wordt besteed aan het betrekken van de juiste partijen, dan bestaat het risico dat belangrijke inbreng wordt gemist (zoals van huisartsen en inwoners).

Vooraf het betrekken van niet-georganiseerde inwoners gaat niet vanzelf. Zij spelen wel een wezenlijke rol bij de toekomst van gezondheid, preventie en zorg in de wijk.

Vaak zijn ook meerdere of verdiepende dialogen nodig om thema's en bijbehorende concrete acties uit te werken. Het gebruik van de dialoog heeft alleen meerwaarde als er ook concrete acties aan de uitkomsten worden gekoppeld.

Als hierover geen afspraken worden gemaakt met lokale partijen dan komen verbindingen en dus samenwerking mogelijk niet tot stand.

Proces in wijk, dorp of kern

Het proces van verbinden tussen preventie en zorg is in gang gezet door de procesbegeleider vanuit de werkgroep. Het is een risico dat het proces in de wijk stopt na het samenstellen van het profiel en het voeren van de dialoog.

Er zijn op basis van deze inspanningen mooie plannen en acties geformuleerd voor de wijk. Maar om verder te gaan, is meer nodig. Dat wil zeggen dat er een omslag nodig is van dit traject naar een meer structurele aanpak om preventie en zorg te verbinden en te blijven samenwerken.

Het is dus belangrijk om concreet te maken hoe plannen en acties in de wijk te implementeren en ook de verantwoordelijkheden en financiering te regelen. Het proces heeft alleen meerwaarde als er aandacht is voor het vervolg. Lokale partijen staan juist nu open voor samenwerking.

Als er geen trekker is om dit proces in de wijk te blijven aanzwengelen dan bestaat de kans dat het proces stopt.

6. TOT SLOT

Het ZonMw project 'Tools ter bevordering van effectieve samenwerking preventie en curatie' heeft ertoe geleid dat er handvatten beschikbaar zijn om zelf aan de slag te gaan met het wijkgezondheidsprofiel en de beleidsdialoog.

Ook zijn er zeven inspirerende Brabantse praktijkvoorbeelden beschikbaar met elk hun eigen invulling van het lokale proces om preventie en zorg te verbinden.

Bij een reflectie op dit project vallen de volgende aspecten op:

- Het toepassen van het wijkgezondheidsprofiel en het houden van de beleidsdialoog zijn door lokale partijen als positief ervaren om te komen tot een gezamenlijke doelstelling en plan van aanpak voor de wijk. Zowel het profiel als de dialoog is nodig om preventie en zorg te verbinden.
- Het verbinden van preventie en zorg gaat niet zomaar, maar lokale partijen (zoals gemeente, huisarts, welzijnsorganisaties en wijkraden) zijn positief om elkaar te ontmoeten. Lokale partijen weten elkaar steeds beter te vinden.
- Het intensiever betrekken van inwoners bij preventie en zorg in de wijk vergt extra aandacht. Rond thema's, zoals sociale samenhang en overgewicht, is dit proces mogelijk concreter vorm te geven.
- Het samenwerken tussen de GGD (preventiekant) en ROS (zorgkant) is als positief ervaren en sterk verbeterd. Ook op andere onderwerpen is samenwerking ontstaan.

- Het verbinden van preventie en zorg in dit project heeft geleid tot plannen voor de wijk met concrete acties. Er is een mooie voedingsbodempot geleegd. Voor de concrete uitvoering van deze acties blijft afstemming en samenwerking tussen lokale partijen nodig.
- Lokale partijen willen eveneens inzetten op blijvende samenwerking als het gaat om preventie en zorg. Er is een open houding bij de partijen. Belangrijke thema's voor samenwerken zijn onder meer sociale samenhang, eenzaamheid, kwetsbaarheid, overgewicht en gezonde leefstijl.

Het project laat ook zien dat de gemeenten, GGD'en en ROS'en een belangrijke rol kunnen vervullen bij het verbinden van preventie en zorg en het toepassen van de handvatten zoals beschreven in dit e-book.

Als zij deze rol oppakken en laten aansluiten bij relevante ontwikkelingen op het gebied van preventie en zorg is er winst te behalen voor de wijk en de gezondheid van haar inwoners. Relevante ontwikkelingen om bij aan te sluiten, zijn sociale wijkteams en afspraken met zorgverzekeraars over de financiering.

Gemeenten en zorgverzekeraars dienen hierover wel het gesprek met elkaar aan te gaan. Het is duidelijk dat het verbinden van preventie en zorg momenteel bij veel lokale en landelijke partijen hoog op de agenda staat. Het e-book biedt dan ook praktische handvatten om hiermee aan de slag te gaan in wijk, dorp of gebied.



DATABRONNEN

Voor de indicatoren in het wijkgezondheidsprofiel zijn hieronder mogelijke bronnen en leveranciers van data nader toegelicht:

GGD en ROS

In de zeven experimenten is veel gebruik gemaakt van GGD (preventie) en ROS (zorg) cijfers. De GGD heeft via de gezondheidsenquêtes bij jeugd, volwassenen en ouderen veel cijfers op het gebied van gezondheid en determinanten daarvan. ROS Robuust beschikt via de ROS-wijkscan over gegevens met betrekking tot vraag naar en aanbod van eerstelijnszorg. Ook de Primosprognosecijfers (17) zijn via de ROS-wijkscan op wijkniveau beschikbaar.

Een deel van de data van GGD en ROS is echter niet op wijkniveau gemeten en is op basis van modellen geschat (GGD-monitors en Vraag Aanbod Analyse Monitor eerste lijn (VAAM) (18)). Geschatte cijfers geven een globale indruk van de waarde van een indicator voor de wijk, maar zijn niet geschikt voor monitoring of evaluatie van beleid. De schattingen zijn wel te gebruiken als input voor de dialoog, mits de beperkingen voldoende onderkend worden.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

Het CBS is ook een belangrijke leverancier van cijfers. Steeds meer wijk- en buurtcijfers worden via de website Statline van het CBS ontsloten (19). Dit zijn vooral nog demografische gegevens. Ook gegevens over de sociale kwetsbaarheid van huishoudens zijn op Statline te vinden. Dit zijn gegevens die gebruikt worden in de 'stapelingsmonitor' van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

en het Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (KING). De stapelingsmonitor beschrijft het gebruik van regelingen en voorzieningen en de stapeling daarvan binnen huishoudens. De monitor maakt onderscheid in regelingen voor arbeidsparticipatie, inkomensondersteuning, onderwijs, welzijn en zorg en jeugdzorg (20,21).

Gemeente

Gemeentelijke registraties of onderzoeksrapportages (Gemeentelijke Basis Administratie, Wmo-registraties, armoedemonitor, veiligheidsmonitor, wijktoets, leefbaarheidsmonitor etc.) bevatten veel informatie over Bevolking, Sociale en Fysieke omgeving, Zorg en Preventie.

Huisartsen

Specifieke informatie over gezondheid en zorg van inwoners is ook beschikbaar via de informatiesystemen van huisartsen. De patiëntenpopulatie van een huisartsenpraktijk is echter niet gelijk aan de wijkpopulatie. Niet alle patiënten wonen in dezelfde wijk en een deel van de wijkpopulatie zal naar huisartsen buiten de wijk gaan. Per praktijk moet gekeken worden naar de mogelijkheid en de noodzaak om gegevens uit te splitsen naar wijkniveau. Het ontsluiten van het HIS (huisartsen informatie systeem) kan belangrijke aanvullende informatie opleveren, maar niet alle praktijkhouders staan hier open voor. Redenen hiervoor zijn onder andere dat het (te) tijdrovend is, dat het onvoldoende relevante informatie oplevert of dat het te privacygevoelige informatie is.



Aanvullende lokale databronnen

Ook bij lokale partijen, naast gemeente en huisartsen, zijn data beschikbaar. Bijvoorbeeld bij apotheker, fysiotherapeut of welzijnswerk. Deze cijfers kunnen een goede aanvulling zijn op de landelijke bronnen. Een eigen bijdrage aan het profiel vergroot de betrokkenheid van lokale partijen en basis voor samenwerking.

Aanvullende landelijke databronnen

Bronnen	Inhoud	Determinanten
RIGO en Atlas voor Gemeenten (22)	Website Leefbaarometer, indicatoren met betrekking tot sociale en fysieke leefomgeving, ook op 4-positie postcodeniveau.	Sociale en fysieke omgeving
Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) (23)	Databestand met statusscore als indicator voor de gemiddelde sociaal-economische status in een 4-positie postcodegebied.	Sociale omgeving
Verwey-Jonker Instituut (24)	Databestand met een index voor de leefsituatie van de jeugd waarmee gemeenten en 4-positie postcodegebieden worden ingedeeld naar rangorde.	Sociale omgeving
ABF Research (25)	Naast bevolkingsprognosecijfers (Primos Prognose) beheert ABF Research veel databases/websites met informatie over wonen en zorg, vaak ook op wijk- of postcodeniveau. Diverse gegevens zijn alleen beschikbaar voor abonnees of tegen betaling op te vragen.	Bevolking, Zorg, Fysieke en Sociale omgeving
Vektis (26)	Database met informatie over gedeclareerde zorg bij zorgverzekeraars. Dit betreft onder andere gegevens over medicijngebruik, het beroep op huisartsen en de verrichtingen van ziekenhuizen. Informatie over zorggebruik in Zorgverzekeringswet en AWBZ is door Vektis aan gemeenten beschikbaar gesteld op regio- en gemeenteniveau.	Zorg
Centrum Indicatiestelling Zorg (27)	Website met informatie over het aantal inwoners met een indicatie voor AWBZ-zorg. Voor een aantal gemeenten is dit ook op wijkniveau beschikbaar.	Zorg

De website www.zorggegevens.nl van het RIVM geeft een overzicht van alle gegevensbronnen op het

terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg. Dit zijn zowel registraties als enquêtes (28).

BEGRIPPEN

Dialog (beleidsdialoog/ georganiseerde dialoog)	Een beleidsdialoog is een proces van een of meerdere discussies waarin de technische kennis, kennis van stakeholders en kennis van de inwoners worden geïntegreerd. De dialoog kan plaatsvinden met actoren in grote of kleinere groepen afhankelijk van het lokale proces. In dit project wordt de term dialoog of georganiseerde beleidsdialoog gebruikt voor één of meerdere discussiebijeenkomsten met een brede groep wijkactoren vanuit preventie, zorg en inwoners. De eerste individuele gesprekken met relevante actoren in de wijk vallen niet onder deze definitie.
Eerstelijnszorg	Eerstelijnszorg is zorg waar men zonder verwijzing naartoe kan gaan. Bijvoorbeeld huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of psycholoog.
Indicator	Een manier om een bepaald fenomeen te meten, hetzij kwantitatief in cijfers, hetzij kwalitatief. Deze term wordt gebruikt voor de metingen die opgenomen zijn in het wijkgezondheidsprofiel.
Kernteam	Het team bestaande uit GGD beleidsadviseur, GGD epidemioloog en ROS adviseur dat het proces in de pilotwijken heeft opgestart en mede-uitgevoerd.
Kwalitatief	Uitgedrukt in een hoedanigheid (bijv. hoog/laag, veel/weinig), in dit rapport gebruikt voor niet te kwantificeren informatie, bijvoorbeeld de kennis ingebracht door de wijkactoren tijdens de dialoog.
Kwantitatief	Uitgedrukt in getallen.
Lokale partijen/ wijkactoren	Professionals vanuit preventie en zorg en inwoners in de wijk, die een bijdrage kunnen leveren aan het bevorderen van gezondheid, welzijn en zorg in de wijk.
Pilotwijk/experiment	Een gebied binnen een gemeente waarin geëxperimenteerd is met het proces zoals beschreven in dit rapport. De zeven pilotwijken zijn: Gemert, Achtse Barrier, Bostel-Oost, Heeswijk-Dinther en Loosbroek, Gesworen Hoek en Huiboven, Banakkers en Terheijden.
Preventie	In dit rapport: organisaties die betrokken zijn bij volksgezondheid, o.a. gemeente, GGD, welzijnswerk
Werkgroep	Het kernteam aangevuld met enkele sleutelfiguren vanuit preventie, zorg en/of inwoners.
Wijk	Een herkenbaar en werkbaar gebied binnen een gemeente. Dit kan bestaan uit één of meerdere buurt(en), één of meerdere wijk(en) of een dorp.
Wijkprofiel (wijkgezondheids- profiel/profiel)	Het wijkgezondheidsprofiel is een cijfermatige (kwantitatieve) rapportage over de wijk en haar bewoners, gericht op gezondheid en determinanten van gezondheid (beïnvloedende factoren). Het interpreteren van de wijkcijfers kan door deze te vergelijken met een referentiegebied, met bepaalde referentiewaarden of met vorige metingen.
Zorg (curatie)	In dit rapport: organisaties die betrokken zijn bij eerstelijnszorg.

LITERATUUR

1. Ministerie VWS. Zorg en ondersteuning in de buurt. Beleidsbrief 14 oktober 2011. Den Haag.
2. Werken aan wijken. Deel 1. Ervaringen en vuistregels uit het experiment Samenhang in de wijk. Dit experiment werd uitgevoerd in de periode 2009 – 2011 door zeven steden en de programmadirecties Wijken van het ministerie VROM, WWI.
3. Masselink R, Ijbema J. Het waarderend werkboek. Appreciative inquiry in de praktijk. Juni 2011.
4. Huber, M. Positieve gezondheid in de praktijk. Samenvatting Invitational Conference, ZonMw, 19 november 2013.
5. Hoeijmans, N., Melse, J.M., & Schoemaker, C.G. (red). (2010). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010. Bilthoven: RIVM.
6. ROS-wijkscan, ROS Robuust, <http://www.rosrobuust.nl/projecten/ros-wijkscan-wijk-en-gebiedsanalyse>
7. Wijk- en praktijkscan, Jan van Es instituut, <http://www.jvei.nl/wijk-en-praktijkscan/>
8. Wijkgezondheidsprofiel, GGD Utrecht, <http://www.utrecht.nl/volksgezondheid/over-volksgezondheid/publicaties-en-onderzoek/onderzoekspublicaties/#Wijkgezondheidsprofielen>
9. Terpstra J., Moerman M. Doorontwikkelen van een wijkprofiel. AMPHI project: proces en resultaat van de ontwikkeling van een gezondheidsprofiel. Nijmegen: GGD Regio Nijmegen en GGD Rivierenland, 2013.
10. Rotterdam sociaal gemeten. 4e meting sociale index. Rotterdam, 2012.
11. Petts, J. Barriers to participation and deliberation in risk decisions: evidence from waste management. J Risk Res 2004; 7(2): 115-33.
12. Lomas, J. Cuyler, T., McCutcheon, C. McAuley, L and Law, S. Conceptualizing and combining evidence for health system guidance. Final Report. Canadian Health Services Research foundation, Canada, 2005.
13. Cuyler, A.J. and Lomas, J. Deliberative processes and evidence informed decision making in healthcare: do they work and how might we know?, Evidence and Policy. 2006, 2(3): 357-71.
14. Lavis, J.N., Boyko, J.A., Oxman, A.D., Lewin, S. and Fretheim, SUPPORT Tools for evidence-informed health policy making (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policy making. Health Research Policy and Systems 2009, 7 (Suppl 1): S14.
15. Jansma R, Wetsema K. Raak! Effectieve communicatie van informeren tot co-creëren. september 2010.
16. Hoeymans N, Kooiker S. Burgers en gezondheid. VTV-2014. RIVM, 2014.
17. Primos-prognose, ABF Research, <http://www.abfresearch.nl/producten/prognoses/primos---bevolking.aspx>
18. Vraag Aanbod Analyse Monitor eerstelijns, Nivel, <http://www.nivel.nl/vraag-aanbod-analyse-monitor-eerste-lijn>
19. Statline, CBS, <http://statline.cbs.nl/statweb/>
20. Stapelingsmonitor, King, <https://www.kinggemeenten.nl/secties/stapelingsmonitor/stapelingsmonitor>
21. Waarstaatjegemeente, King/VNG, <http://www.waarstaatjegemeente.nl/>
22. Leefbaarometer, Ministerie BZK, <http://www.leefbaarometer.nl/home>
23. Statusscore, SCP, http://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Statusscores
24. Kinderen in tel, Verwey-Jonker Instituut, <http://www.kinderenintel.nl/>
25. ABF Research, <http://www.abfresearch.nl/producten/monitoren.aspx>
26. Vektis, <http://www.vektis.nl/>
27. CIZ, <http://www.ciz.nl/voor-professionals/cijfers-en-feiten>
28. Zorggegevens, RIVM, <http://www.zorggegevens.nl/kennisplatform/default.aspx>

COLOFON

Auteurs

Ilse Storm (science practitioner Tranzo/RIVM) en Anke van Gestel (science practitioner Tranzo/GGD Brabant-Zuidoost)

Adviseur

Annet Joustra (specialist ROS Robuust)

Projectleider

Tot 1 september 2013: Marja van Bon (projectleider Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant/programmaleider GGD Hart voor Brabant), vanaf 1 september 2013: Hans van Oers (hoogleraar Openbare gezondheidszorg Universiteit van Tilburg/chief science officer RIVM)

Projectgroep

Betty Steenkamer (adjunct-directeur ROS Robuust), Janine Cosijn (public health policy officer gemeente Eindhoven), Frans van Mulwijk (directeur gezondheidscentrum Reeshof), Judith Piek-Janssen (functionaris gezondheidsbeleid GGD Hart voor Brabant), Ike Kroesbergen (programmamanager GGD West-Brabant), Peter van Nierop (teammanager GGD Brabant-Zuidoost), Ien van de Goor (hoogleraar Effectiviteit individuele preventie Universiteit van Tilburg)

Klankbordgroep

Erik van Ameijden (GGD Utrecht), Anja Koornstra (GGD Nederland), Marc Roosenboom (InEen), Sanne Phaff (VGZ), Geert van Hoof (CZ), Cock Vermolen (Zorgbelang Brabant), Hans Vlek (Slimmer met Zorg), Karin Smeets/Myra Lennarts (gemeente Tilburg), Mark van Oosterhout (gemeente Drimmelen), Dinny de Bakker (Nivel), Joos Vaessens (ROS Robuust), Jos van de Sande (GGD Hart voor Brabant), Gerard Molleman (GGD Nijmegen)

Kernteams

Riky de Veth, Nicole de Baat, Miranda van Beek, Franca van Rosmalen, Sandra de Loos (ROS Robuust); Marije Scholtens, Mariet Rutten, Nanneke Thijssen, Gemma Smulders, Elly de Boer, Karien van den Bergh (GGD Hart voor Brabant); Marjolijn van Niekerk, Paula Dijkema, Mieke van Duijnhoven (GGD Brabant-Zuidoost); Gerrie van den Broek, Ivanka van der Veeke, Hans Augustijn, Renate Martens (GGD West-Brabant)

Opmaak

Irene Cleef (GGD Brabant-Zuidoost)

Tekstredactie

Patricia Teuns (ROS Robuust)

Financiering

ZonMw

Cofinanciering

ROS Robuust
GGD Hart voor Brabant
GGD Brabant-Zuidoost
GGD West-Brabant
InEen

Publicatie

Tranzo, Universiteit van Tilburg, Tilburg

Datum

November 2014