

Zes succesfactoren voor het werken in hecht wijkverband

Het streven is dat er in 2030 in elke wijk hechte wijkverbanden zijn. Hechte wijkverbanden zijn verbanden met een integraal en generalistisch perspectief die verantwoordelijkheid nemen voor de populatie (in de wijk).

Doel van het hechte wijkverband is een verbeterde samenwerking in de wijk in de eerste lijn rondom doelgroepen met meervoudige problematiek en complexe zorgvragen. In 2030 is er hiervoor een passend aanbod voor zorg- en welzijnsvragen in de wijk.

Deze handreiking beschrijft op basis van goede praktijkvoorbeelden welke zes factoren bepalend kunnen zijn voor het succesvol implementeren en functioneren van een hecht wijkverband. Deze handreiking is geen verplichting maar dient als een inspiratiedocument voor RESV's en organisaties in de wijk om tot goede hechte wijkverbanden te komen.

Volgens de visie omvat een wijkverband minimaal de volgende kernspelers: huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en sociaal domeinprofessionals. Afhankelijk van de problematiek in de wijk, kan gekozen worden voor een bredere samenstelling. Denk aan de fysiotherapeut, diëtist, overige paramedici, de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten en in specifieke gevallen eventueel mondzorgprofessional of de verloskundige.

Welke taken pakken de hechte wijkverbanden op?

Hechte wijkverbanden pakken op wijkniveau minimaal de volgende taken op:

- Gestructureerd ontwikkelingen bespreken en knelpunten verzamelen, zodat die kunnen worden opgepakt door het wijkverband of worden doorgezet naar het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband. Bijvoorbeeld door het opstellen van een wijkscan.
- Aanspreekbaar zijn voor professionals, voor het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband en voor externe partijen,
- Samenwerkingsafspraken maken en met elkaar zorgen dat ze worden nageleefd. Bijvoorbeeld over het implementeren van regionale afspraken en programma's, communicatie en bereikbaarheid, taakverdeling, afspraken over wie welke inzet levert voor de meest kwetsbare burgers, doorverwijzing, scholing, innovatie, gegevensuitwisseling, et cetera.

Waar gewenst en mogelijk kunnen hechte wijkverbanden ook de multidisciplinaire zorg en ondersteuning op individueel patiëntniveau beter organiseren. Binnen deze kaders is ruimte om takenpakket en samenstelling van de hechte wijkverbanden uit te breiden, aansluitend bij de lokale context. Afspraken daarover worden lokaal en waar mogelijk en nodig regionaal gemaakt.

Hoe komen de hechte wijkverbanden tot stand?

Op veel plekken wordt er al volop door deze professionals samengewerkt maar op sommige plekken nog niet of nauwelijks. Daar waar deze hechte wijkverbanden (nog) niet (organisch) ontstaan, vervult het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV) (of de voorloper daarvan) in de betreffende regio een belangrijke rol bij het aanjagen van de vorming van wijkverbanden, in nauwe afstemming met de zorgverzekeraar(s) en het gemeentelijk domein. Het RESV is er uiteindelijk verantwoordelijk voor dat hechte wijkverbanden ontstaan, daar waar dat niet vanzelf gaat, en worden ondersteund. Ook heeft het RESV een verantwoordelijkheid in de coördinatie van hechte wijkverbanden, zodat er overal de juiste deelname is, geen overlap is in wijkverbanden of te kleine werkgebieden ontstaan. Daarbij borgt het RESV dat niet elk wijkverband het wiel opnieuw hoeft uit te vinden, onder andere op de hieronder genoemde factoren. Financiële afspraken over het hechte wijkverband worden ook met de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden gemaakt.¹

¹ Visie op de eerstelijnszorg 2030, p. 15

Wat is het doel van deze handreiking?

Deze handreiking bevat suggesties over hoe een hecht wijkverband tot stand kan worden gebracht, in welke vormen dat mogelijk is en welke (vernieuwende) multidisciplinaire aanpakken daarbij kunnen worden ingezet. Het document is opgesteld aan de hand van **zes factoren** die van invloed zijn op een succesvolle samenwerking.

Met deze handreiking wordt een aanzet gedaan om de ambities zoals verwoord in de Visie eerstelijnszorg te behalen door:

- Te zorgen dat er op wijkniveau korte lijnen bestaan tussen generalistische professionals
- Als wijkverpleging samen te werken in herkenbare en aanspreekbare wijkteams
- De rol en positie van het sociaal domein (waaronder sociaal werk) te versterken
- De rol en positie van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten te versterken in de wijk
- Als apothekers zich te verbinden aan de wijk en meer invulling te geven aan een generalistische rol
- Als paramedische zorgverleners zich te organiseren in de wijk en op regioniveau.

1. Gedeelde visie, verantwoordelijkheid en commitment

- **Kernorganisaties van een hecht wijkverband:** in de visie is gesteld dat minimaal de uitvoerende partijen uit de basisopstelling (wijkverpleegkundige, huisarts, apotheker en sociaal domein professional² waaronder sociaal werk) betrokken dienen te zijn³. Deze zorg- en sociaal domeinprofessionals nemen de verantwoordelijkheid voor het behalen van gestelde doelen en committeren zich aan de afgesproken uitvoering. Er wordt samengewerkt op basis van gelijkwaardigheid, met behoud van zelfstandigheid, bevoegdheid en verantwoordelijkheid. Afhankelijk van de problematiek in de wijk kan sprake zijn van een bredere samenstelling. Overige relevante disciplines, die geen onderdeel zijn van het wijkverband, maken afspraken met het wijkverband over hun rol en inzet.
- **Gedeelde visie, verantwoordelijkheid en commitment:** het is essentieel dat alle betrokken zorg- en sociaaldomeinprofessionals werken vanuit één gemeenschappelijke (inhoudelijke) visie, samen de urgentie voor samenwerking voelen en eigenaarschap en verantwoordelijkheid nemen. Het opstellen van een 'nieuwe' visie is geen doel op zich. Er moet in beginsel ook aangesloten worden bij bestaande (regionale) documenten. Partijen dienen elkaar te ondersteunen in het behalen van de gezamenlijk gestelde doelen.

2. Vastleggen van samenwerkingsafspraken:

- **Leg gemaakte afspraken vast in bijvoorbeeld een samenwerkingsovereenkomst**
 - **Definieer de samenwerking op inhoud:** definieer waarop de lokale samenwerking nodig en gewenst is. Om inzicht hierin te krijgen kunnen het opstellen en/of gebruik van een wijkscan, de regiobeelden en -plannen, en/of data van gemeenten en zorgverzekeraars behulpzaam zijn.
 - **Definieer doelen en afbakening:** definieer (meetbare) doelen en zorg voor een heldere afbakening van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Dit voorkomt overlap en misverstanden.

² We gebruiken sociaal domein professional als een algemene term voor verschillende functies in het sociaal domein (inclusief sociaal werk), zoals leden van wijkteams, sociaal werkers, sociaal-maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, cliënt-ondersteuners, persoonlijk begeleiders, schuldhulpverleners, bijstandsconsulenten. In elke gemeente is het sociaal domein anders georganiseerd en zijn er veel medewerkers actief op vrijwel alle leefgebieden. Deze rol kan afhankelijk van de lokale inrichting en context door één of meerdere sociaal domein professionals worden ingevuld. Op wijkniveau wordt zo concreet gemaakt welke functies en functionarissen onderdeel zijn in de basisopstelling vanuit het sociaal domein.

- **Leg vast: aanspreekbaar, bereikbaar en herkenbaar zijn:** de betrokken professionals zijn vertrouwd met de specifieke eigenschappen van de wijk en de inwoners van de wijk. Ze zijn op de hoogte van de andere dienstverleners die in de wijk actief zijn en kennen de contactpersonen van de diverse zorg- en welzijnsorganisaties die in de wijk opereren. Het is belangrijk dat iedereen duidelijk weet wie wanneer bereikbaar is en waarvoor. Zorg daarom ervoor dat alle betrokkenen goed op de hoogte zijn van elkaars takenpakketten en verantwoordelijkheden. Maak duidelijke afspraken hierover en spreek elkaar, indien nodig, hierop aan.
- **Verleen ruimhartig mandaat binnen elk discipline:** verleen op monodisciplinair niveau een ruimhartig mandaat aan de betrokken professionals om te zorgen voor slagkracht van het hechte wijkverband.
- **Gerichte multidisciplinaire aanpak: formuleer de meerwaarde van de gezamenlijke uitvoering**
 Samenwerken moet niet alleen coördineren van bestaande activiteiten en monodisciplinaire zorg en ondersteuning zijn, maar moet ook leiden tot integrale zorg en ondersteuning over de disciplines heen voor patiënten en inwoners voor wie dit toegevoegde waarde heeft. Neem het perspectief van de inwoner, patiënt of cliënt als primair uitgangspunt: wat levert onze aanpak voor hem of haar op! Op lokaal niveau moet dat worden ingevuld, gebaseerd op landelijk vastgestelde richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten. We geven mee dat de volgende stappen aanknopingspunten kunnen vormen voor vernieuwing van bestaande aanpakken en (door)ontwikkeling ervan.
 - **Toegang is eenvoudig:** het is belangrijk dat degene die zorg en/of ondersteuning zoekt, terecht kan bij de ondersteuner die het vertrouwen heeft en/of de makkelijkste toegang verschaft voor die persoon. De huisarts is voor veel mensen zo iemand. Ook zorgmijders en zorguitstellers moeten zo goed mogelijk laagdrempelig kunnen worden bereikt. Sociaal domein professionals komen vaak via hun wijkcontacten en -activiteiten laagdrempelig in contact. In een effectief wijkverband, moet het daarom niet uitmaken waar het 'ondersteuningspad' start. Maak basisafspraken over de toegang en wie de eerste intake doet.
 - **Eén aanspreekpunt voor de zorgvrager:** voor de zorgvrager is van belang dat deze één aanspreekpunt heeft. Ongeacht welke aanbieder wat levert en doet, dit ene aanspreekpunt is voor de zorgvrager de aangewezen persoon die het dossier en de aanbieders kent. En waar nodig kan handelen naar de bij het dossier betrokken ketenpartners.
 - **Eén vraagverheldering en één coördinator, waar nodig:** voor sommige doelgroepen kan een gezamenlijke, brede vraagverheldering van toegevoegde waarde zijn. Bepaal voor deze doelgroepen met elkaar: Wat is nodig aan ondersteuning en zorg, welke disciplines zijn nodig, wie neemt de regie en wie coördineert?
 - **Multidisciplinair netwerkoverleg in de wijk:** Op basis van de wijkscan worden doelgroepen in kaart gebracht. Bepaal met elkaar hoe je zorg en ondersteuning voor doelgroepen met complexe zorgvragen met verschillende disciplines organiseert en uitvoert. Om de multidisciplinaire ondersteuning goed af te stemmen kan er door de samenwerkende professionals een multidisciplinair (netwerk)overleg worden georganiseerd als dat er nu nog niet is. Het doel van het overleg is om met elkaar tot een volledig beeld te komen van de situatie van de in kaart gebrachte doelgroepen. Een ander doel is te bepalen welke ondersteuning

nodig is en in welke volgorde. Vervolgens wordt een concreet zorg- en ondersteuningsplan vastgelegd: Wie/welke discipline pakt wanneer wat op (inclusief (een brede) vraagverheldering) en wie/welke discipline coördineert! Maak daar afspraken over en beleg de voortgang van alle benodigde multidisciplinaire activiteiten en monitoring van de resultaten bij één van de kernpartners (bijv. diegene, die de grootste inhoudelijke ondersteuning levert).

- **Versterk waar nodig de positie van alle professionals in het hechte wijkverband:** biedt zorg- en sociaal domeinprofessionals meer ruimte voor autonome besluitvorming en samenwerking binnen wijkverbanden. Voor deze professionals biedt dit de mogelijkheid om zo nodig snel met elkaar te schakelen en te komen tot een efficiënte verdeling en inzet van tijd en energie in de wijk.
- **Aanpakken doorontwikkelen:** leer van de lopende uitvoeringspraktijken en ontwikkel ze door naar wijkspecifieke zorg- en ondersteuningspaden. Afhankelijk van de wijkspecifieke problemen en/of dominant aanwezige doelgroepen, leg je 'state of the art' vast hoe je die aanpakt en wie betrokken zijn. We zien bijvoorbeeld voor ons dat voor kwetsbare ouderen op een gegeven moment duidelijk is wat de mogelijkheden zijn en welke partner wat doet. Daarmee wordt de triage en MDO uiteindelijk efficiënter in benodigde tijdsinzet van professionals en effectiever in resultaat voor de zorgvrager.
- **Preventief werken inbedden:** leren in verbetersessies op basis van de uitgevoerde casussen, wordt gebruikt om meer naar de 'voorkant' te komen: hoe kan het wijkverband met preventieve activiteiten in de wijk de zorgvraag verlagen en/of uitstellen. Denk aan afspraken maken over inzet van collectieve preventieve activiteiten met groepen van gelijksoortige zorgvragen (valpreventie voor ouderen, voorlichting over verstandig medicijngebruik, deelname aan wijkactiviteiten om de leefstijl te verbeteren, collectieve bewegingsactiviteiten, inzet van laagdrempelige en collectieve dagbesteding in het Huis van de Wijk, inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, enzovoorts).
- **Geef de sociale basis (bewonersinitiatieven) waar mogelijk een rol in de ondersteuningsaanpak:** in veel wijken zijn er al initiatieven van bewoners voor laagdrempelige en nabije wijkactiviteiten. Zorg dat je dit aanbod kent en maak afspraken met de trekkers van deze bewonersactiviteiten hoe zorgvragers in de wijk ook gebruik kunnen maken van hun aanbod van activiteiten. Denk aan deelname aan wijkdagbesteding, gebruik maken van maaltijdservices, inzet van vrijwilligers, etc.

3. Bepaal met elkaar vanuit welk model je je wilt organiseren c.q. wil samenwerken.

Het is aan partners van een te vormen hecht wijkverband⁴ om de keuze voor de vorm van samenwerken te maken. De visie stelt dat voor hechte wijkverbanden in principe geen juridische structuur nodig is. De inhoud en kwaliteit van de samenwerking staan voorop. Een juridische structuur kan uiteraard wel een keuze zijn van de partijen als dit past bij de lokale context. Afhankelijk van de lokale schaal en context kan derhalve een passende vorm worden gekozen. De werkgroep adviseert – conform de visie - aan te sluiten op samenwerkingen die al bestaan in een wijk, en daar op door te ontwikkelen.

Een samenwerkingsovereenkomst is een vorm die kan worden gebruikt. Het Nederlandse contractenrecht kent twee belangrijke uitgangspunten: de contracteervrijheid en de

⁴ Waar wijkverband staat, kan ook dorpsverband of lokaal niveau worden gelezen. De 'wijk' is een niet vastomlijnd begrip, waarbij wordt gedacht aan een populatie van 10.000 à 20.000 inwoners. Afhankelijk van de lokale context kan een passende schaal worden gekozen.

contractsvrijheid. Dat wil zeggen dat partijen zelf voor elkaar moeten (kunnen) kiezen en dat partijen die besluiten een overeenkomst met elkaar te sluiten, de inhoud daarvan (in belangrijke mate) zelf kunnen bepalen en wijzigen.

Dat kan in een samenwerkingsovereenkomst. Voor bijvoorbeeld de duur van een samenwerkingsovereenkomst betekent dit dat de looptijd kan variëren van kort tot onbepaald. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheden een overeenkomst te laten eindigen. Afsproken kan worden dat altijd en tegen elke gewenst moment kan worden opgezegd, zonder opgave van redenen. Het andere uiterste is dat opzegging niet mogelijk is of slechts onder bepaalde, vooraf vastgelegde omstandigheden (bijvoorbeeld het eindigen van de financiering) en dan alleen met inachtneming van een overeengekomen opzegtermijn.

Dit betekent ook dat de mate van vrijblijvendheid van de samenwerking naar de wensen van partijen kan worden vastgelegd.

Relevante kenmerken van een samenwerkingsovereenkomst zijn:

- Afspraken over exploitatie door en op naam van de initiatiefnemers;
- Bij voorkeur schriftelijke vastlegging;
- Alle verplichtingen van het samenwerkingsverband berusten bij (één of meer van) de initiatiefnemers;
- Personeel blijft in dienst van (een of meer van) de initiatiefnemers;
- Ieder is ten opzichte van derden aansprakelijk voor eigen handelen;
- Aandachtspunt bij de uitwerking is dat dienstverlening over en weer in het kader van samenwerking BTW belast kan zijn;
- Samenwerking mag niet leiden tot strijd met het kartelverbod uit de Mededingingswet.

De samenwerkingsovereenkomst is derhalve een eenvoudige, flexibele samenwerkingsvorm voor het delen/inbrengen van kennis en het (over en weer) verlenen van diensten. Als het de bedoeling is dat het samenwerkingsverband als zodanig herkenbaar is voor derden, bijvoorbeeld door onder een eigen naam naar buiten op te treden, is de samenwerkingsovereenkomst niet of minder geschikt. Datzelfde geldt wanneer het samenwerkingsverband eigen rechten en/of verplichtingen zou moeten aangaan. Indien de gezamenlijke activiteiten financiële risico's met zich brengen, is de samenwerkingsovereenkomst minder voor de hand liggend.

4. Korte lijnen en laagdrempelig contact

- **Elkaar kennen:** zorg voor en faciliteer korte lijnen en laagdrempelig contact tussen alle betrokken professionals. Het is van belang dat betrokkenen elkaar kennen. Idealiter betreffen de betrokkenen vaste gezichten. Het frequent organiseren van (fysieke) bijeenkomsten kan hierbij helpen. Bijvoorbeeld wanneer er nieuwe professionals in de wijk toetreden.
- **Gebruik elkaars talenten:** maak gebruik van de diverse talenten binnen het wijkverband. Door met elkaar te sparren, kennis uit te wisselen en van elkaar te leren, benut je elkaars expertise optimaal. De ruimte en tijd om van elkaars talenten gebruik te maken moet gefaciliteerd worden. Organiseer hier een MDO voor op casusniveau of een multidisciplinair netwerkoeverleg als het gaat om structurele problemen in de wijk.
- **Verbinding tussen alle niveaus:** zorg voor een nauwe verbinding tussen het bestuurlijke en professionele niveau. Ook dient de juiste aansluiting tussen praktijk-, wijk- en regioniveau er te zijn. Bijvoorbeeld dienen lokale ideeën regionaal te worden ondersteund en vice versa.

- **Conflicthantering:** Verschil van mening hebben en ruzie maken mag. Sta open voor het bespreken van conflicten en meningsverschillen. Dit kan de samenwerking juist versterken. Maak vooraf afspraken over de manier van escaleren, bijvoorbeeld het betrekken van het RESV.

5. Gerichte multidisciplinaire coördinatie in de wijk

- **Faciliteer, stimuleer en stuur de multidisciplinaire coördinatie in de wijk:** faciliteer, stimuleer en stuur op de coördinatie van de gezamenlijke uitvoering in de wijk. Dit kan in de vorm van het inzetten van een coördinator⁵ die de brugfunctie vervult tussen de organisaties en disciplines. Deze fungeert als linking-pin binnen het wijkverband, tussen het wijkverband en de regio-organisatie en tussen de verschillende wijkverbanden onderling in een regio of gemeente. Het hoeft geen aparte persoon te zijn, want deze taken kunnen ook ondergebracht worden bij een betrokken professional binnen het hechte wijkverband of de professional die deze rol in een bestaande situatie al vervult. Essentieel is dat deze rol expliciet belegd wordt bij één of meer personen.

De taken omvatten:

- Maken van een overzicht van alle aanwezige zorg- en sociaal domein disciplines, inclusief het sociaal werk en de sociale basis/bewonersinitiatieven in de wijk (de sociale kaart).
 - Stimuleren en organiseren van de netwerkvorming en de multidisciplinaire samenwerking in de wijk, bijvoorbeeld het organiseren van casusgebonden multidisciplinaire overleggen, multidisciplinaire netwerk- en inwonersbijeenkomsten.
 - Het organiseren van een eerste aanspreekpunt voor de professionals in de wijk.
 - Het verbinden van het wijkverband met relevante bewonersinitiatieven in de wijk.
 - Extern verbinden: verbinden van RESV en wijkverband en omgekeerd; het verbinden met aanpalende wijkverbanden; het verbinden van het wijkverband met relevante WMO-instanties, gemeentelijke instanties en waar nodig politie, scholen, Veilig Thuis, etc.
 - Periodiek organiseren van kennismaking en onderhoud van relaties en tussen partijen, waarbij in ieder geval relevante partijen aansluiten.
 - Ophalen van ontwikkelingen en knelpunten vanuit de wijk en deze naar de RESV brengen, waarbij afspraken op RESV-niveau vertaald worden naar werkzaamheden in de wijk.
 - Het signaleren van lacunes in de samenwerking en de zorg- en maatschappelijke ondersteuning.
 - Goede initiatieven van andere wijken onder de aandacht brengen van de wijk en/of RESV.
 - Bemiddeld bij conflicten en meningsverschillen. Escaleert of ondersteunt indien nodig naar het RESV.
- **Essentiële digitale ondersteuning nodig:** om de samenwerking in een hecht wijkverband effectief en efficiënt te laten verlopen, moet gebruik kunnen worden gemaakt van effectieve en veilige gegevensuitwisseling, veilige en makkelijke communicatie met cliënt en professional en tussen professionals onderling. De beschikbaarheidsstelling en toepassing hiervan is een taak van het RESV (of de gezamenlijke RESV's), met waar nodig financiering door het Rijk.
 - **Bewaken dat de administratieve lasten niet toenemen:** voorkomen moet worden dat het praktische samenwerken tussen uitvoerende professionals in een hecht wijkverband wordt belast met extra registratie- en verantwoordingseisen. Het RESV heeft als taak dit te voorkomen door het stellen van eenvoudige kaders die transparant zijn voor alle deelnemers aan de hechte wijkverbanden.

⁵ In de praktijk worden verschillende namen gebruikt: coördinator, verbinder, arrangeur, netwerker. Kies de rol die het beste past bij de voorgenomen vorm van samenwerken.

6. Leren, monitoren en evaluatie

- **Casusniveau en breed samenwerkingsoverleg:** organiseer zowel casusgerichte MDO's als bredere multidisciplinaire netwerkoverleggen waarin meer structurele casuïstiek, afstemming en wijkscans worden besproken. Op basis hiervan kunnen de doelen van de samenwerking worden aangepast en worden verbeterd. Wees zo goed mogelijk op de hoogte van elkaars wachtlijsten in het zorg- en sociaal domein zodat er in de tussentijd mensen tijdelijk via andere wegen geholpen kunnen worden, zoals door bewonersinitiatieven en ondersteuning van ervaringsdeskundigen. Ook kan je denken aan een transfermechanisme: hierbij geven aanbieders elkaar inzicht in de aantallen en soorten zorgvragers die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Ook wordt er gezamenlijk bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van wachtende personen. Door daarbij samen te werken met de verwijzers (veelal huisartsen, maar kan ook vanuit het sociaal domein), komen personen ook sneller op de juiste plek terecht. Ook geeft deze aanpak direct inzicht in de knelpunten en de beschikbare capaciteit van de betrokken zorg- en welzijnsaanbieders, zodat hier adequaat op kan worden ingespeeld.

In bijlage 1 is een voorbeeld toegevoegd van een dergelijke overlegstructuur die in Utrecht Overvecht wordt gebruikt.

- **Meetbare doelen:**
 - stel met de partners van het hechte wijkverband meetbare doelen op en monitor de voortgang regelmatig. De doelen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op het (bevorderen) van de samenwerking, maar kunnen ook gericht zijn op specifieke doelgroepen en/interventies. Voer in principe minimaal twee keer per jaar evaluaties uit om de samenwerking te verbeteren en aan te passen waar nodig (plan-do-check-act cyclus).
 - Vanuit het Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV) zal ook de behoefte zijn om te monitoren. Beperk u in dat verband tot de indicatoren die voor de landelijke monitoring IZA opgesteld worden i.v.m. het zo laag mogelijk houden van de administratieve lasten.

Bijlage 1: Voorbeeldnetwerk Overvecht – Utrecht

Netwerk Gezonde Wijk Overvecht: maart 2024

De kern van het werken is dat de professional in de wijk wordt ondersteund om goede zorg te leveren aan inwoners van Overvecht. Om goede zorg te leveren is samenwerking tussen organisaties nodig. Hiervoor is afstemming nodig. Soms afspraken. Overlegvormen zijn ondersteunend aan deze dagelijkse praktijk.

M.b.t het medisch sociaal domein ziet deze structuur er in Overvecht als volgt uit:

1. Dagelijkse praktijk. Hier vindt het werk tussen inwoner en professional plaats. Dit is de essentie en daarmee de bovenlaag. Alles wat we doen in Overvecht is ondersteunend aan deze dagelijkse praktijk.
2. Casuïstiek: In de dagelijkse praktijk loop je tegen samenwerking issues aan, die je met professionals die binnen hetzelfde domein samenwerken, maar niet binnen je eigen instelling wilt bespreken. Dit om zo inzicht in meerdere invalshoeken te krijgen die helpen om de zorg in de dagelijkse praktijk vorm te geven, van elkaar te leren of knelpunten in te brengen.
3. In de casuïstiek overleg kunnen knelpunten gesignaleerd worden die niet op casusniveau kunnen worden opgelost. De knelpunten of signalen vragen om afstemming tussen organisaties. Hiervoor is de derde laag bedoeld. Deze laag kent afhankelijk van thema een andere naam, te weten Kernteam, stuurgroep of beleidsoverleg. In essentie staan ze voor hetzelfde alleen is het thema (GGZ, ouderen of Jeugd) een andere.
4. De vierde ondersteunende laag is het netwerk Gezonde Wijk Overvecht. Deze probeert de verbinding tussen de thema's te bevorderen (tussen GGZ, ouderen en jeugd), te signaleren, te verbinden, als klankbord te fungeren voor de tweede en derde laag van overlegstructuur.

Netwerk Gezonde Wijk Overvecht ziet voor zichzelf een rol in:

- Samen leren
- Samen werken vanuit een gedeelde visie en daarin ondersteunen (denk aan werken volgens Krachtige basiszorg, het 4D model en daarin faciliteren)
- Signaleren van knelpunten en een actieve bijdrage hebben om deze knelpunten op te lossen. Ook oa door afspraken te monitoren en te maken waar dit nodig is.
- Poortwachter: mn voor nieuwe projecten, om te toetsen of de verwachtingen (en capaciteitsvragen die dit legt op Buurteam, eerste lijn) ook haalbaar zijn
- Verbindend: door mensen samen te brengen (oa door wijkconferentie) en door verbinding te maken tussen de verschillende gremia.
- Klankbord voor externen als bijvoorbeeld Samen voor Overvecht, gemeente etc. En hierin gevraagd en ongevraagd te adviseren.

Stijl die we willen: uitnodigend, faciliterend, steeds ten doel om ondersteunend te zijn aan primair proces (dagelijkse praktijk), werken met linking pin (actief ophalen).

In schema ziet dit er als volgt uit:



