

SOCIAAL  
MAAKT  
GEZOND



# Sociaal maakt Gezond

Sociaal werk levert een belangrijke bijdrage aan de gezondheid, van zowel jong als oud. In dit digitale magazine 'Sociaal maakt Gezond' van Movisie en Sociaal Werk Nederland (voorheen MOgroep) vindt u inspirerende interviews, artikelen en praktijkvoorbeelden over de verbinding tussen sociaal werk, preventie, eerstelijns gezondheidszorg en publieke gezondheid.



# inhoudsopgave

## INTRODUCTIE

- 3 Sociaal maakt Gezond: twaalf goede voorbeelden ▶
- 5 En ze leefden nog gezond en gelukkig Bestuurders aan het woord ▶

## PRAKTIJKVOORBEELDEN

- 9 Download 12 flyers met voorbeelden uit de praktijk ▶

## VERDIEPING

- 10 Op weg naar een sociale en gezonde wijk met de wijkgerichte aanpak ▶
- 15 Samen ben je sterker: het versterken van sociale netwerken ▶

## ERVARINGEN UIT DE PRAKTIJK

- 19 Schotten weg: integrale financiering ▶
- 24 Hoe moeilijk kan het zijn? Verbinding tussen eerstelijnszorg en sociaal werk ▶
- 27 GGD-professionals en sociale professionals moeten hoognodig samenwerken ▶

## BLOG

- 30 Het wordt aanpakken de komende jaren door Margriet de Jager ▶



# Sociaal maakt gezond: twaalf goede voorbeelden

**Als mens iets betekenen voor anderen in de maatschappij. Gezien worden en contacten hebben. Artsen weten het, sociaal professionals weten het: Sociaal maakt Gezond.**

**E**en sociaal netwerk, werk (betaald en onbetaald), een buurthuis runnen, dagbesteding, koken of sporten met buurtgenoten, de kerk, lotgenotencontact, al deze sociale activiteiten leveren een bijdrage aan gezondheid. Mensen zitten dan lekkerder in hun vel. Ook wanneer ze tegenslagen, een beperking of (chronische) ziekte hebben. En ze leven gezonder. Dit weten we. Branchevereniging Sociaal Werk Nederland en Movisie willen deze kennis breed onder de aandacht brengen. Juist nu is dat dat van groot belang. Waarom?

Het is nodig dat het sociaal werk laat zien hoe het bijdraagt aan preventie. Want in de wereld van preventie en gezondheidsbevordering is een zelfde beweging gaande als in de sociale sector:

meer de burger centraal, meer zelf- en samenredzaamheid, meer samenwerking, meer cocreatie. Dus GGD'en gaan bijvoorbeeld aan de slag met burgerparticipatie, met intersectorale samenwerking, met de verbinding van zorg en preventie, met participatie, met de transities, met nieuwe professionele competenties. Maken ze daarbij gebruik van de kennis en ervaring van hun sociale collega's? Mondjesmaat en gelukkig steeds meer. Maar er wordt ook veelvuldig het eigen wiel uitgevonden. Er is veel meer mogelijk.

Voor dat 'meer' is het nodig dat sociaal professionals beseffen dat hun werk een positieve bijdrage levert aan de volksgezondheid. En dat zij dat besef omzetten in gedrag. Ga praten met de GGD, GGZ, met de wijkverpleging, met de huisarts. Kijk waar en hoe je elkaar kunt versterken. Wend je gezamenlijk tot gemeente en zorgverzekeraar. En lever zo vanuit de verschillende sectoren een bijdrage aan waar het werkelijk om gaat: Nederlan-

ders die weten om te gaan met tegenslagen en gebreken en die binnen hun eigen mogelijkheden optimaal aan de samenleving kunnen deelnemen.

De decentralisaties en de Wmo nodigen er toe uit om op lokaal niveau op een andere manier te werken. Hulp en ondersteuning moeten beter aansluiten bij het leven van de hulpvrager. Hulp wordt niet meer alleen vanuit één discipline geleverd.



Een probleem komt immers bijna nooit alleen, maar raakt meerdere levensdomeinen tegelijk. In het dagelijkse leven hangen, werk en inkomen, opvoeding, huisvesting, vrijetijdsbesteding, zingeving én gezondheid met elkaar samen. Professionals die zich met deze levensgebieden bezig houden, moeten dus samenwerken.

En dat is niet het enige. Eén van de doelstellingen van de transformatie is dat het mogelijk gemaakt moet worden dat mensen zo lang mogelijk, zo zelfstandig mogelijk, in hun vertrouwde omgeving wonen. Of ze nu oud zijn, of een beperking hebben. Die doelstelling kan alleen gerealiseerd worden wanneer er meer aandacht komt voor het voorkomen en het verergeren van problemen. Aandacht voor preventie, voor voorzorg, voor voorkomen in plaats van genezen of oplossen.

Sociaal werk vervult al een belangrijke functie in preventie. En zou daarin nog van veel grotere betekenis kunnen zijn. Onderzoek naar sociale wijkteams laat zien dat zij nog nauwelijks aan preventie toekomen. Wanneer sociaal professionals aan bijvoorbeeld financiers kunnen laten zien hoe hun werk bijdraagt aan preventie, zou dat hen kunnen overtuigen om financiën naar de voorkant van hulp en ondersteuning te verschuiven. In dit digitale magazine vindt u voorbeelden van sociaal werk dat gezond maakt.

Movisie en Sociaal Werk Nederland





# En ze leefden nog gezond en gelukkig

door Han van de Wiel

Gelukkige mensen leven gezonder. Het is een waarheid als een koe, maar in de wereld van de gezondheidszorg is die op veel plaatsen nog niet doorgedrongen. Er staan schotten om de domeinen 'Sociaal' en 'Gezond'. Movisie en Sociaal Werk Nederland willen die schotten afbreken met inspirerende voorbeelden. Een gesprek met Marijke Vos en Yvonne van Mierlo.

In 2014 ondertekenden Movisie en Sociaal Werk Nederland het Nationaal Programma Preventie/Alles is Gezondheid over het belang van preventie in de gezondheidszorg. Ze spraken af om onderzoek, waaruit blijkt dat Sociaal bijdraagt aan Gezond, te ontsluiten en tien geslaagde interventies te verzamelen en te verspreiden.

### Waren die afspraken nodig?

Van Mierlo: “Samenwerking is niet vanzelfsprekend. Mensen vanuit de gezondheidszorg denken niet automatisch aan het welzijn van een cliënt. Een kind met overgewicht moet afvallen en krijgt een doorverwijzing naar een diëtist. Er wordt niet, of te weinig, gekeken naar omgevingsfactoren: is het kind ongelukkig, eenzaam, dat soort dingen. Vaak wordt welzijn gewoon vergeten. Wanneer gaat het over activeren? De welzijnswereld, het sociaal werk, moet zich beter profileren en kunnen aangeven wat de effecten van activeren zijn voor de gezondheid.”

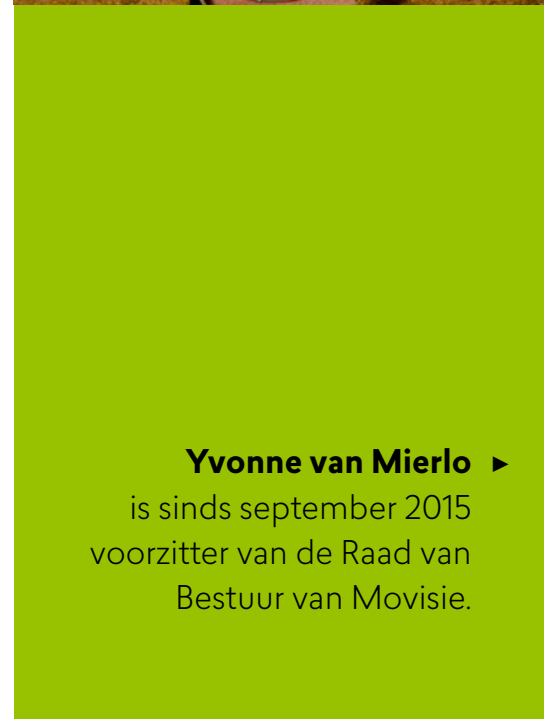
### Een professional ziet die omgevingsfactoren toch wel?

Van Mierlo: “Ook dat is niet zo vanzelfsprekend. En als je ze ziet, moet je ook nog in staat zijn die mensen te betrekken bij wijkinitiatieven, zodat ze bijvoorbeeld uit hun eenzaamheid komen en actief worden, zich prettiger voelen en gezonder worden.”



#### ◀ **Marijke Vos**

is bestuursvoorzitter van Sociaal Werk Nederland (voorheen de MOgroep), de brancheorganisatie voor sociaal werk.



**Yvonne van Mierlo** ▶  
is sinds september 2015  
voorzitter van de Raad van  
Bestuur van Movisie.

# “Genezen is vaak veel duurder dan preventie.”

Vos: “Als zorgprofessionals de signalen oppakken, weten ze vaak niet wat ze ermee moeten. Vanuit het project Welzijn op Recept weten we dat veel huisartsen nauwelijks contact hebben met sociaalwerkorganisaties in hun buurt. Als ze zien dat er meer aan de hand is, kunnen ze er niets mee. We zouden graag zien dat de Landelijke Huisartsen Vereniging hiervoor een lans breekt, maar die is jammer genoeg heel afwachtend. Huisartsen voelen zich klem zitten. Ze ervaren dat ze al zo veel op hun bordje krijgen, en vragen zich af of ze financiering krijgen voor die extra taken. Dat kan echter zeker, want de collega’s die er wel me aan de slag gaan, soms via de POH(GGZ), zijn enthousiast.”

Niet dat er niks gebeurt. Er zijn veel initiatieven die de bewustwording vergroten van het belang van sociaal werk voor het (psycho)sociaal welzijn en de gezondheid van mensen. De decentralisaties helpen daarbij. Maar Sociaal en Gezond blijven verschillende werelden, met verschillende budgetten.

Van Mierlo: “Genezen is vaak veel duurder dan preventie. Maar omdat het om verschillende geldpotjes gaat, waar verschillende mensen over beslissen, wordt die integrale afweging niet

gemaakt. Daardoor worden er besluiten genomen die kostenverhogend zijn. Terwijl de cliënt er niet beter van wordt.”

## Dus de schotten weghalen?

Van Mierlo: “Zeker, en dat kan. De helden van deze tijd zijn mensen die integraal durven denken en handelen en iets durven zeggen over elkaars werkvelden. Dat wordt nog lang niet overal gewaardeerd en geaccepteerd. Of gehonoreerd, als het over geld gaat.”

Vos: “In de praktijk houdt niks het weghalen van schotten tegen. Ik was laatst in een buurtcentrum in Den Haag. De huisarts in het centrum verwijst, als daar aanleiding voor is, mensen door naar het sociaal werk, dat ook in het centrum is gehuisvest. Het echte probleem zit bij de zorgverzekeraars. Die willen niet betalen voor preventie, zeker niet voor sociale preventie, omdat het te ingewikkeld is.”

Van Mierlo: “Ze vinden het moeilijk om revenuen in te schatten: wat is de gezondheidswinst?”

## Wanneer zijn jullie tevreden?

Vos: “We moeten gewoon stappen blijven zetten. Natuurlijk is er die stip op de horizon: het moet vanzelfsprekend worden dat als mensen een probleem hebben, je altijd hun sociaal functioneren, hun welzijn dus, verbindt aan hun gezondheid. Dat zou nu al vanzelfsprekend moeten zijn in de wereld van de gezondheid, het sociaal werk en welzijn, de verzekering en gemeenten.”



## Welke burgers krijgen hier mee te maken?

Van Mierlo: “Het gaat om de bewustwording dat je moet doorvragen. De winst voor de burger is dat hij gehoord wordt, de juiste hulp krijgt. Als je eendimensionaal kijkt, ben je misschien helemaal niet aan het helpen. Als je naar het totaal kijkt, wordt de burger er altijd beter van. Maar iemand met griep gaan we natuurlijk niet problematiseren.”

## Gemeenten laten het doelgroepenbeleid los. Wat betekent dat voor dit werk?

Van Mierlo: “Doelgroepenbeleid en maatwerk worden vaak door elkaar gehaald. Iedereen kan eenzaam zijn. Dat heeft niets met doelgroepen te maken. Het begint bij het centraal stellen van de burger.”

Vos: “Daar ben ik het mee eens. Wij zijn bijvoorbeeld actief op het onderwerp ‘verwarde mensen’. Dat kunnen eenzame mensen zijn, mensen die niet goed in staat zijn om sociale contacten aan te knopen of mensen die door te veel problemen even goed de weg kwijt zijn. Daar kunnen heel verschillende problematieken achter zitten: psychische problemen, verdriet om het verlies van je partner, ziekte. Toch zie je dat het heel goed mogelijk is gezamenlijke activiteiten te organiseren met mensen die we vroeger in verschillende hokjes stopten. Ik zie mooie voorbeelden van dagactiviteiten waar mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel, verstandelijk gehandicapten, ouderen

én jongeren gezamenlijk bedrijfjes runnen of de stadsboerderij draaiend houden onder begeleiding. Zij doen net als de vele vrijwilligers contacten op. Ze voelen zich waardevol, nuttig, gewenst en dus gezonder.”

Een ander project is Huis in de Buurt, in Amsterdam: een verzorgingshuis dat is gekoppeld aan het restaurant op de begane grond, waar iedereen welkom is. Vos: “Het is een soort huiskamer. Je merkt dat wat oudere buurtbewoners er heen gaan en het hartstikke leuk vinden, de mensen in het verzorgingshuis ook. Ze hebben het gevoel weer normaal in de buurt te wonen. Ze krijgen weer lol in het leven.”

Movisie en Sociaal Werk Nederland zijn elkaars natuurlijke samenwerkingspartners. Movisie haalt de goede praktijken op uit de regio en verrijkt ze met handreikingen en modellen. Sociaal Werk Nederland vertegenwoordigt de hele doelgroep die daar gebruik van maakt. “We hebben de professionals hard nodig: zij leveren de input en laten zien hoe het werkt.” Voor Sociaal Werk Nederland is het waardevol dat er een kennisinstituut is dat abstraheert van praktijkervaringen en kan onderzoeken wat de echte succesvolle interventies zijn. Vos: “En we kunnen Movisie vragen op sommige onderwerpen de diepte in te gaan. Zo komen er goede verhalen waarmee we de boer op kunnen.”





# 12 VOORBEELDEN UIT DE PRAKTIJK

Wat is de meerwaarde van sociaal werk voor de gezondheid van mensen? Movisie en Sociaal Werk Nederland verzamelden twaalf praktijkvoorbeelden waarvan zij vinden dat deze een goed voorbeeld geven. In twaalf aparte flyers worden twaalf goede voorbeelden uitgelicht. Van ieder voorbeeld wordt de aanpak beschreven, wat er bekend is uit evaluaties en wat de succesfactoren van deze aanpak zijn.



Ambassadeurs  
Gezonde leefstijl

► [Download](#)



Armoedebestrijding  
Ruilgoederenbank

► [Download](#)



Armoedebestrijding  
Voedselbankproject

► [Download](#)



Blended  
Dienstverlening

► [Download](#)



Huiskamers van  
de buurt

► [Download](#)



Kwartiermaken

► [Download](#)



Natuurlijk, een  
netwerkcoach!

► [Download](#)



SamenOud

► [Download](#)



Welzijn op Recept

► [Download](#)



WIJ

► [Download](#)



Wijk en Participatie

► [Download](#)



8-fasenmodel

► [Download](#)





# Op weg naar een sociale en gezonde wijk met de wijkgerichte aanpak

door Carina Ballering





Wonen in een wijk waar alle bewoners gelukkig, gezond en levenslustig zijn, oog hebben voor elkaar en zich veilig voelen. Een wijk met veel groen, voorzieningen, genoeg ruimte om te recreëren en waar kinderen met plezier naar school gaan. In zo'n wijk willen we allemaal wel wonen, maar de werkelijkheid is meestal anders. Toch is dit eigenlijk wel het doel van de wijkgerichte aanpak: op alle levensterreinen het welbevinden van bewoners verbeteren. In de wijk Lijmbeek in Eindhoven werkte men met de ABCD methode: een van de vele succesvolle wijkgerichte aanpakken. Waar Lijmbeek eerst een wijk was waar bewoners elkaar nauwelijks kenden en weinig georganiseerd werd, is het nu een bruisende wijk met vele activiteiten en initiatieven.



## De wijkgerichte aanpak

In een wijkgerichte aanpak gaan verschillende partijen structureel en integraal aan de slag met een bepaald thema. Dit kan op buurt-, wijk- of dorpsniveau. Een wijkgerichte aanpak betreft vaak zowel de fysieke als de sociale leefbaarheid in een wijk. Betrokken partijen zijn behalve de bewoners(verenigingen), ook bijvoorbeeld de gemeente, woningcorporaties, sociaalwerkorganisaties, buurtinitiatieven en lokale ondernemers. In een wijkgerichte aanpak is het essentieel om aan te sluiten bij de lokale situatie en belevingswereld van bewoners.

## De wijkgedachte

Het wijkgericht aanpakken van problemen vindt zijn oorsprong in de wijkgedachte. Deze waaide na de Tweede Wereldoorlog over vanuit het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De wederopbouw en uitbreiding van steden in Nederland was destijds ook gebaseerd op deze gedachte. De filosofie erachter is dat wijken met een grote onderlinge betrokkenheid zorgen voor stabiele en gezonde gemeenschappen. Ook in de stadsvernieuwing in de jaren 70 en in de sociale vernieuwing in de jaren 80 stond de wijkgedachte centraal. Recenter benoemde minister Ella Vogelaar in 2007 veertig probleemwijken tot prachtwijk. In deze 'Vogelaarwijken' werd de wijkgerichte aanpak ingezet om sociale, fysieke en economische problemen te verminderen. Ook in de huidige transformatie van het sociale domein zien we het 'wijk denken' terug. Bijvoorbeeld in de sociale wijkteams.



# Voorbeelden van een wijkgerichte aanpak

## ▶ **ABCD aanpak**

Het doel van de *Asset-Based Community Development* (ABCD) aanpak is werken aan een leefbare buurt, in economisch, cultureel en sociaal opzicht. Dit wordt gedaan door sociale relaties tot stand te brengen en capaciteiten van bewoners, organisaties en instellingen binnen de buurt te activeren en te benutten.

## ▶ **Buurtgerichte Sociale Activering**

Buurtgerichte Sociale Activering (BSA) is een aanpak om sociaal kwetsbare burgers en de sociale netwerken en voorzieningen in hun woonomgeving te activeren. Dit wordt gedaan via een individuele benadering en participatieve aanpak gericht op de hele buurt. Binnen BSA werken bewoners, organisaties in de wijk en de gemeente samen aan verbeteringen in de wijk.

## ▶ **Community Building**

Community Building gaat over verbindingen leggen in de buurt, tussen mensen en organisaties. Met als doel om in de lokale omgeving duurzame ontmoetingskansen te laten ontstaan. Er wordt ingezet op het benutten van ieders mogelijkheden en talenten. Ook wordt er uitgegaan van de situatie en behoeften in de buurt.

## ▶ **Geweldige Wijk**

De Geweldige Wijk is een wijkgerichte aanpak gericht op het bevorderen van de gezondheid in arme gezinnen met een lage SES. Zij worden met gerichte informele ondersteuning vanuit de wijk gemotiveerd om deel te nemen aan lokale gezondheid bevorderende interventies. Het sociaal team denkt mee met bewoners bij het vinden van informele ondersteuning.



### **Sociaal werk onmisbaar**

Het sociaal werk kent een rijke traditie van het 'empoweren' van wijken en wijkbewoners. Deze expertise van sociaal werkers is dan ook onmisbaar in een succesvolle wijkgerichte aanpak.

- Sociaal werkers kennen de bewoners in de wijk. Zij weten wat er zich achter de voordeur afspeelt, wat mensen bezig houdt, wat hun drijfveren zijn en wat hun zorgen. Hierdoor kunnen ze vroegtijdig sociale problemen signaleren.
- Sociaal werkers kennen de sleutelfiguren in de wijk. Zij weten welke mensen kunnen zorgen voor een breed draagvlak onder bewoners.
- Sociaal werkers beschikken over kennis en kunde om bewoners te activeren zodat optimaal gebruik gemaakt wordt van hun talenten en capaciteiten, oftewel hun eigen kracht.
- Sociaal werkers hebben bij uitstek de vaardigheden om verbindingen te leggen tussen initiatieven, organisaties, instanties, ondernemers en bewoners.



# “Sociaal werkers kennen de sleutelfiguren in de wijk.”

Sociaal werkers hebben functies als maatschappelijk werker, opbouwwerker, jeugd- en jongerenwerker, ouderenwerker, schuldhulpverlener of sociaal raadslid. Voor meer informatie bekijk het [Huis van de Sociaal werker](#) en [Sociaal werk doe je met sociaalwerkers.nl](#).

## Werkt een wijkgerichte aanpak aan gezondheid?

‘De wijkaanpak maakt gezonder’, stelt professor Karien Stronks in het [Tijdschrift Sociale Vraagstukken](#) van januari 2014. Dat het verbeteren van maatschappelijke omstandigheden op wijkniveau leidt tot een betere gezondheid en welbevinden van inwoners is een voorzichtige conclusie uit het [URBAN40](#) onderzoek van het Amc. Uit de resultaten blijkt dat mensen een betere gezondheid ervaren, dat hun mentale gezondheid is toegenomen en dat mensen door te wandelen meer bewegen. Om via een wijkgerichte aanpak tot een betere gezondheid te komen, moeten activiteiten gericht zijn op meerdere beleidsterreinen tegelijk en voldoende inwoners bereiken.



## Meer informatie

- ▶ [buurtwijs.nl](#)
- ▶ [movisie.nl/artikel/werkzame-elementen-buurtontwikkeling](#)





# Samen ben je sterker: het versterken van sociale netwerken

door Aletta Winsemius

**Veel activiteiten van sociaal werkers zijn gericht op het versterken van het sociale netwerk van mensen. Want samen ben je sterker. Of het nu gaat om familie, vrienden, buurtgenoten, lotgenoten of vrijwilligers, met een stevig sociaal netwerk zijn we beter in staat om te gaan met tegenslagen in het leven. Er is veel onderzoek dat het belang onderbouwt van sociale netwerken voor het welbevinden en de gezondheid van mensen. Gezien deze kennis is het op zijn minst opvallend dat overheden en verzekeraars dit kostenbesparende werk niet omarmen en erin investeren.**

### **Netwerkgericht werken**

Veel van het werk van sociaal werkers is gericht op empowerment: op de versterking van de individuele en collectieve kracht. Beide krachten zijn met de komst van de Wmo, de decentralisaties en de opkomst van de participatiesamenleving belangrijker geworden. Voor individuele zorg en ondersteuning kijken we vaak eerst naar onze directe omgeving, voordat we een beroep doen op professionals, overheid of formele voorzieningen. Dan moet deze sociale omgeving er wel zijn én ook bereid, en in staat zijn, om zorg en ondersteuning te bieden. Onderzoek van het SCP laat zien dat dit met name bij kwetsbare mensen zeker niet vanzelfsprekend is.

Aandacht voor de versterking van sociale netwerken is niet alleen praktisch. Het draagt ook bij aan de draagkracht van

mensen en de kwaliteit van zorg en ondersteuning. Sociaal professionals werken niet alleen aan de empowerment van individuen. Ze richten zich ook op de versterking van sociale netwerken in wijken en buurten. Zo werken ze aan de versterking van sociale cohesie en verbinden ze een netwerkgerichte met een wijkgerichte aanpak.

### **Sociale netwerken en gezondheid**

Sociale netwerken zijn van grote invloed op onze gezondheid. De hoeveelheid onderzoek die dat bewijst, is overweldigend. Wanneer mensen bijvoorbeeld voldoende, en de juiste, sociale steun ervaren, hebben zij een lager risico op vroegtijdig overlijden. Sociale steun beschermt tegen depressies en angststoornissen en werkt als een buffer tegen stress. Echter sociale netwerken kunnen ook belastend of beperkend zijn. Een groot sociaal netwerk brengt bijvoorbeeld ook verplichtingen met zich mee die tot overbelasting of stress kunnen leiden. Daarnaast kan een sociaal netwerk ongezond gedrag stimuleren, denk aan overmatig alcoholgebruik of drugsgebruik.

In het algemeen zijn er drie manieren waarop sociale relaties en welbevinden samenhangen (Dykstra, 2001).

- Door de toegang tot hulpbronnen via het sociaal netwerk: tijd, geld, kennis, ervaring, informatie.
- Sociale netwerken dragen bij aan sociale integratie; het gevoel erbij te horen.
- Via feitelijke en ervaren steun.





Onderzoek naar de invloed van sociale cohesie op gezondheid is er ook voldoende. Zo zijn gemeenschappen met meer sociale cohesie gezonder. Dat blijkt uit een lagere kindersterfte en minder hart- en vaatziekten (Stansfeld, 1999). Ook beschermen vriendschappen en contacten in de buurt individuen tegen het negatieve effect van het wonen in een achterstandswijk op de psychische gezondheid (Fone et al., 2007).

### **Hoe versterken sociaal werkers het netwerk?**

Sociaal werkers, maar ook professionals in de zorg en in andere domeinen, bieden ondersteuning bij het uitbreiden, versterken of het veranderen van het sociaal netwerk. Sociaal werkers richten zich daarbij naast het individu, ook op het versterken van sociale netwerken in wijken en buurten.

De sociaal werker:

- Brengt samen met de cliënt het sociale netwerk in kaart en achterhaalt de wensen en doelen van de cliënt ten aanzien van netwerkversterking;
- Coacht en ondersteunt de cliënt bij netwerkversterking;
- Versterkt de 'eigen kracht', waardeert en stimuleert het nemen van kleine stappen ter verbetering en houdt een vinger aan de pols;
- Erkent eventuele drempels in het leggen en onderhouden van contacten en heeft oog voor omstandigheden die het hebben en houden van een (in)formeel netwerk bemoeilijken;



- Herkent signalen van overbelasting van het sociale netwerk, zoekt met de cliënt naar passende ondersteuning vanuit (in) formele organisaties en grijpt in, indien nodig;
- Stimuleert, ondersteunt en creëert randvoorwaarden voor samenwerking tussen cliënten, actieve bewoners, vrijwilligers, mantelzorgers, lotgenoten, professionals uit verschillende domeinen (welzijn, zorg, inkomen, huisvesting, gezondheidszorg), ondernemers, financiers en beleidsmakers;
- Verbindt cliënten aan elkaar, aan (informele) groepen, aan vrijwilligers en aan voorzieningen in de wijk;
- Zet zich met andere partijen in ter bevordering van sociale cohesie in wijken en buurten.

### Methoden

Er zijn vele methoden om netwerken in kaart te brengen, te versterken of te vergroten. Soms kan het van belang zijn het netwerk te veranderen, bijvoorbeeld wanneer iemand negatieve ervaringen heeft met haar of zijn netwerk. Vilans en Movisie zetten 44 methoden op een rijtje in [Aan de slag met sociale netwerken](#). Manieren om te werken aan sociale cohesie zijn te vinden op [www.buurtwijs.nl](http://www.buurtwijs.nl).

## Aanpakken met een netwerkgerichte benadering

In dit magazine vindt u de volgende voorbeelden van aanpakken met een netwerkgerichte benadering:

- Natuurlijk, een netwerkcoach!
- Kwartiermaken
- Wijk en Participatie
- Huiskamers van de buurt

### Meer informatie

- ▶ Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012), [De zorgkracht van sociale netwerken](#). Utrecht: Movisie.
- ▶ [Wat werkt dossier Sociaal en Gezond](#). Movisie, 2016.
- ▶ Dykstra, P.A. (2001) Netwerken van informele steun en sociaal-demografische veranderingen. In: J.C. vrooman (red.) Netwerken en sociaal kapitaal. Actualiteitencolleges van de Nederlandse Sociologische Vereniging (II). Amsterdam : SISWO/NSV.
- ▶ Fone D, Dunstan F, Loyd K, Williams G, Walkins J, Palmer S. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*, 2007; 36: 338-345
- ▶ Stansfeld SA. Social support and social cohesion. In: M. Marmot & R.G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press, 1999.



# Schotten weg: integrale financiering

door Jan van Dam

Hoe voorkomen we dat de kosten van ouderenzorg de pan uit rijzen? SamenOud levert betere én betaalbare zorg en begeleiding aan thuiswonende ouderen doordat het de gescheiden werelden van zorg en welzijn verbindt. Voorwaarde is wel dat de schotten in de financiering verdwijnen.

Op een kamer in een van de anonieme kantoortorens van het Universitair Medisch Centrum Groningen zijn zorg en welzijn verenigd in de personen van gezondheidswetenschapper Klaske Wynia en Coen Ronde, beleidsmedewerker innovatie en onderzoek bij Tinten Welzijns-groep. Wynia en Ronde zijn tevens verbonden, respectievelijk als programmaleider en projectleider, aan SamenOud, een veelbelovend nieuw zorgmodel voor thuiswonende ouderen waarin zorg en begeleiding over alle schotten van de organisaties heen wordt georganiseerd.

▼ Klaske Wynia en Coen Ronde tijdens het interview.



## Onbekende werelden die elkaar leren kennen

Wynia vertelt waarom ze een groot voorstander van integraal werken in de zorg is. “Aan de gezondheid van chronische zieken en de gevolgen van het ouder worden valt vaak weinig te doen. Maar je kunt mensen wel helpen om met hun ziekte en beperkingen te leven. Hun welzijn speelt daarbij een belangrijke rol.”

Wynia: “Met de afkondiging van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), in 2009, heeft de regering aangegeven dat ze een integraal zorgaanbod wil. Ze wil een aanbod dat afgestemd is op de individuele behoeften van ouderen en de zelfredzaamheid van ouderen ondersteunt. Partijen kregen daarbij ruimte om te experimenteren, waarbij ze de bestaande wet en regelgeving mochten negeren. Binnen dat kader zijn zorgverzekeraar Menzis, Zorggroep Meander en het Universiteit Medisch Centrum Groningen in 2010 een pilot project gestart in Stadskanaal. Dit was de voorloper van SamenOud.”

Er klinkt nog iets van wrevel in zijn stem als Coen Ronde opmerkt dat het sociaal werk niet meteen aan tafel werd gevraagd. “Dat is later gebeurd toen initiatiefnemers er achter kwamen dat het sociaal werk een onmisbare partner is in een integraal zorgaanbod. In het daaropvolgende programma Geïntegreerde Ouderenzorg en nog weer later in SamenOud is het sociaal werk overigens wel van meet af aan vertegenwoordigd in de projectgroep en de uitvoering.”



# “We moesten elkaar nog leren kennen.”

Wynia: “Dat het sociaal werk niet meteen aan tafel zat, heeft alles te maken met de wederzijdse onbekendheid: zorg en welzijn waren tot voor kort twee gescheiden werelden. We moesten elkaar nog leren kennen. In het project wilden we uitvinden of casemanagement voor thuiswonende ouderen zinvol kon zijn. Voortbouwend op de kennis die we daarmee hebben vergaard, zijn we in januari 2012 in Stadskanaal, Pekela en Veendam met SamenOud gestart. Daaraan deden 15 huisartspraktijken en 1500 ouderen mee. In september 2014 volgde Zuidoost Drenthe met 12 huisartspraktijken en 1350 ouderen. In beide provincies zijn samenwerkingsovereenkomsten gesloten tussen de stakeholders die SamenOud realiseren en financiers zoals gemeenten en zorgverzekeraars. Ouderen, verenigd in de klankbordgroep SamenOud, hebben een belangrijke adviserende en stimulerende rol in SamenOud.”

## **SamenOud: mooi op papier én in de praktijk**

In SamenOud werken alle partijen samen om de oudere burger te ondersteunen zo lang als mogelijk, en wenselijk, thuis te blijven wonen. Om dat doel te bereiken, worden zorg en begeleiding dicht bij de ouderen georganiseerd, generiek waar

het kan en specifiek waar het moet. Elke deelnemende huisarts kan beschikken over een eigen Ouderenzorg Team, waar alle ouderen uit zijn praktijk bij aangesloten zijn. Een Ouderenzorg Team staat onder leiding van de huisarts en bestaat verder uit een specialist ouderengeneeskunde - de vroegere verpleeghuisarts- plus een wijkverpleegkundige en ouderenadviseur/sociaal werker (beide laatste in de rol van casemanager).

Alle thuiswonende ouderen van 75+ ontvangen jaarlijks een vragenlijst van hun huisarts. Op basis van hun antwoorden worden ouderen ingedeeld in een passend risicoprofiel: *robuuste ouderen*, *kwetsbare ouderen* en *ouderen met een complexe zorgbehoefte*. Aan die profielen wordt passende zorgintensiteit gekoppeld. Alle ouderen worden uitgenodigd deel te nemen aan het zelfmanagement support en preventieprogramma. De ouderen met de zorgprofielen *kwetsbaar* of *complexe zorgbehoeften* ontvangen bovendien individuele begeleiding van een casemanager. Samen met de oudere stelt de casemanager een zogenaamd zorgleefplan op waarin de gezondheidsproblemen van de oudere staan waaraan de oudere wil werken. Beide artsen stellen, in overleg met de oudere, een samenhangend medisch behandelplan op.

Zoals veel plannen ziet SamenOud er op papier mooi uit, maar werkt het ook? Wynia: “Ons onderzoek toont aan dat na een jaar SamenOud ouderen zich veilig en geborgen voelen, meer zelfregie en controle over hun situatie ervaren. Het aantal erva-



ren gezondheidsproblemen is met bijna 50 procent afgenomen. Hierdoor is het aantal ouderen met het profiel *robuust* gestegen van 61 procent naar 80 procent.”

De ouderen die aan SamenOud deelnemen, ervaren, in vergelijking met ouderen die niet meedoen, een beduidend betere kwaliteit van zorg. Zelfs als rekening wordt gehouden met de extra investeringen voor SamenOud, zijn de kosten van zorg en begeleiding gelijk aan die van de gebruikelijke zorg. Er is dus sprake van doelmatige zorg die de zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen verhoogt. Reden tot grote vreugde, zo lijkt het. Wynia: “Ja en nee. We zijn natuurlijk blij dat SamenOud blijkt te werken en op de langere termijn zelfs besparingen kan opleveren, maar nu we SamenOud daadwerkelijk in het systeem willen invoegen, worden we geconfronteerd met wetten en regels die we eerst mochten negeren. Vooral bij de financiering van SamenOud is dat lastig.”

Ronde legt uit: “Een zorgverzekeraar wil binnen het kader van de zorgverzekeringswet wel meebewegen om te kijken wat er geregeld kan worden, maar zodra het over het sociale domein gaat, volgt vaak de reactie dat dit de verantwoordelijkheid van de gemeente is. Terwijl de businesscase van SamenOud - vastgesteld door zorgverzekeraar en gemeenten! - laat zien dat de besparingen vooral rond voorzieningen van de Zorgverzekeringswet worden geboekt. Evident is dat de gemeenten duurder uit zijn omdat mensen langer thuis wonen en dus een groter

beroep op de Wet maatschappelijke ondersteuning doen. De vraag zou dus veeleer moeten zijn waarom gemeenten überhaupt willen meedoen aan SamenOud als de baten vooral voor de zorgverzekeraar zijn.”

### **De weg naar ontschotting is niet eenvoudig**

Wynia: “Twee jaar geleden voerden de partijen die betrokken zijn bij SamenOud in Oost-Groningen een overleg over de borging van dit zorgmodel bij de financiers. Zorgverzekeraar Menzis en de wethouders van de drie gemeenten hebben toen een intentieverklaring ondertekend waarin zij beloofden samen op te trekken om te komen tot integrale financiering. Dat is ook gelukt. Door de Beleidsregel Innovatie van de Zorgverzekeringswet, uitgevaardigd door de Nederlandse Zorg Autoriteit, en een positief advies van de toezichthouder (het Zorginstituut Nederland), kreeg SamenOud een integrale financiering voor een periode van drie jaar. Doel van de beleidsregel is dat SamenOud, bij goede onderzoeksresultaten opgenomen kan worden in de basisverzekering. Mede vanwege de goedkeuring van de toezichthouder en een intentieverklaring van de zorgverzekeraar bij de start in 2014 meenden wij dat de beleidsregel ook op een andere locatie, Zuidoost-Drenthe, gevolgd zou worden. Ongeveer een jaar later bleek die verwachting niet uit te komen en wordt de continuering van SamenOud nu uit meerdere ‘potjes’ gefinancierd. Het is niet uit onwil, maar uit voorzichtigheid dat de betreffende verzekeraar de integrale financiering vooralsnog

# “Het loont om de schotten weg te halen.”

afwijst: men wil eerst de lange termijn resultaten van SamenOud zien. Ondertussen hebben we de gegevens van het tweede en derde interventiejaar verzameld en kunnen we de analyse maken die we in de loop van 2016 aan alle betrokkenen hopen aan te bieden.”

Ronde: “We zitten nu dus met twee verschillende situaties: in Groningen kan SamenOud op grond van de beleidsregel tot 1 juli 2017 verder uitgebouwd worden, en in Drenthe stuiten we bij de verdere ontwikkeling van het model op schotten. Concluderend zou je kunnen zeggen dat het nog niet zo eenvoudig is om integraal werken in de ouderenzorg vorm te geven; de schotten in de financiering tussen zorg en welzijn staan dat vaak nog in de weg. Maar, en dat tonen de resultaten van SamenOud overtuigend aan, het loont de moeite om de schotten omver te halen, voor een efficiëntere, effectievere en goedkopere zorg.”

### **Meer informatie**

► [www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl)





# Verbinding tussen eerstelijnszorg en sociaal werk Hoe moeilijk kan het zijn?

door Hilde van Xanten

## **In Amsterdam worden verbindingen gelegd tussen huisartsen en welzijnsorganisaties. Riet Kemp en Anne-Marieke van der Veldt van 1ste Lijn Amsterdam schetsen de kansen.**

**E**r komt momenteel van alles op het bordje van een huisarts. Vanuit de tweede lijn gaat er zorg naar de eerste lijn. Daarnaast zijn er bezuinigingen in de ggz en de langdurige zorg waardoor meer mensen terug komen in de wijk. Tegelijk heeft elke huisarts te maken met de wijkzorgnetwerken en met de informele zorg. “Huisartsen zijn zich steeds meer bewust dat ze andere partijen nodig hebben om de zorg goed te organiseren”, vertelt adviseur Riet Kemp. “Maar ze zijn niet opgeleid om op hun handen te gaan zitten en vragen te stellen. Ze denken overwegend in tien minuten terwijl niet alles in tien minuten op te lossen is.”

### **Verbindingen**

Vanuit 1ste Lijn Amsterdam worden huisartsen gestimuleerd om meer contact te maken met andere partijen zoals welzijnsorganisaties. “Wij willen een goed werkende eerstelijnszorg in Amsterdam zodat mensen snel goede zorg op de juiste plaats krijgen,” legt collega-adviseur Anne-Marieke van der Veldt uit. “Wij proberen huisartsen zover te krijgen dat ze hun attitude veranderen en gebruik maken van hulp vanuit het sociale domein. Ze hoeven niet alles zelf te doen.”

### **Wijksafari**

Een voorbeeld is de wijksafari die het AOF – een fonds voor huisartsenzorg in achterstandswijken – samen met de kwartiermaker wijkzorg en 1ste Lijn Amsterdam een tijdje terug organiseerde in de Amsterdamse wijk Slotervaart. “Met huisartsen en praktijkondersteuners zijn we op de fiets door hun wijk gegaan en hebben we allerlei voorzieningen laten zien. Het Huis van de Wijk, HVO-Querido... Hoe moeilijk kan het zijn? Er ging een wereld voor ze open. Ze hadden geen idee wat er allemaal mogelijk is, letterlijk bij hen om de hoek.”

### **Welzijnscoach**

Nog een voorbeeld: in meerdere wijken in Amsterdam wordt gewerkt met ‘Welzijn op Recept’, een concept waarbij de huisarts patiënten met psychosociale problemen verwijst naar een welzijnscoach. Van der Veldt: “Met bestuurders van organisaties voor maatschappelijke dienstverlening en de gemeente overleggen we momenteel hierover. Wat is er nodig om ‘Welzijn op recept’ structureel in te voeren? Tegelijk zijn we op wijkniveau concreet aan de slag met wijkzorgnetwerken.”



# “Huisartsen denken in 10 minuten, maar niet alles is in 10 minuten op te lossen”

## Perfect

Kemp vindt de welzijnscoach perfect om verbindingen te maken tussen de eerste lijn en de informele zorg. “Het werkt zo. De huisarts verwijst een patiënt naar de welzijnscoach. Die belt de patiënt en zegt dat de huisarts gevraagd heeft om samen op zoek te gaan naar een oplossing voor het probleem. Als de huisarts het zegt, doen mensen dat sneller. Vervolgens koppelt de coach terug aan de huisarts wat er is gebeurd.”

## Advies

De twee adviseren sociale professionals om de samenwerking met de eerste lijn actief op te zoeken. “Verdiep je in de werkwijze van een huisarts. Ik merk soms irritaties of onzekerheid bij sociale professionals die met huisartsen willen samenwerken. Ze hebben geen tijd, ze gaan niet op uitnodigingen in, ze lijken

gehaast. Het cultuurverschil is groot. Huisartsen zijn opgeleid om snel een probleem op te lossen. Ze nemen niet altijd de tijd om uitgebreid te overleggen. Dat betekent dat je puntig en concreet moet zijn in je communicatie. Vraag eenvoudigweg aan een huisarts: waarmee kan ik je helpen? En krijg je de huisarts niet te pakken, probeer het dan via de assistent of praktijkondersteuner.”

► Dit artikel is eerder gepubliceerd in [Movisies No.26](#), februari 2016



# GGD-professionals en sociale professionals moeten hoognodig samenwerken

door Rianca Scheffel

**Met de recente decentralisaties zou het logisch zijn als er meer samenwerking komt tussen het sociale domein en de publieke gezondheid. Voor haar masterscriptie onderzocht Rianca Scheffel de kansen en belemmeringen van de samenwerking tussen de GGD-professionals en sociale professionals.**



‘Dus toen zaten we ’s nachts om drie uur met z’n tweeën op een bankje met de chirurg, die ook nog eens zo keek van: wow dit was net op het nippertje.’ Aldus een sociale professional die ’s avonds laat contact heeft met een meisje en de situatie niet helemaal vertrouwt. Hoe fijn zou het dan zijn als je gemakkelijk een GGD-professional in kan schakelen? Dat je samen naar het gezin toe kan gaan en uiteindelijk met het meisje naar het ziekenhuis kan gaan zodat erger wordt voorkomen?

Door de decentralisaties hebben gemeenten sinds 1 januari 2015 de verantwoordelijkheid gekregen over werk en inkomen (Participatiewet), jeugdzorg (Jeugdwet) en ondersteuning van langdurige zieken en ouderen (Wet maatschappelijke ondersteuning). Ook op het gebied van gezondheid en zelfredzaamheid komt steeds meer bij de gemeente liggen. De organisaties die dit moeten uitvoeren zijn vanzelfsprekend de regionale GGD en de gemeentelijke welzijnsorganisaties. Het blijkt echter dat deze niet nog niet (voldoende) met elkaar samenwerken, terwijl dat wel logisch zou zijn. ‘Uiteindelijk is het ook een heel natuurlijke samenwerking. Die [GGD-professionals en sociale professionals] gaan elkaars primaire taken niet overnemen hè,’ zei een welzijnsmedewerker. Waar liggen de kansen voor deze samenwerking en wat zijn belemmeringen die de organisaties in acht moeten nemen?

### **Kansen voor samenwerking vooral op het gebied van jeugd**

De samenwerking tussen GGD en welzijnsorganisatie ligt voor de hand, omdat hun expertise en werkzaamheden al ‘sinds jaar en dag’ in elkaars verlengde liggen, aldus de medewerker van een welzijnsorganisatie. Sociale professionals zitten in de wijk en kennen de burgers, maar het ontbreekt hen soms aan theoretische onderbouwing voor hun werkzaamheden. De GGD bezit wel de kennis en cijfers die voor welzijnsorganisaties een belangrijke bron zijn voor het opzetten van allerlei welzijnsactiviteiten. Sociale professionals weten op hun beurt wat er achter de voordeur speelt en hebben ervaring met het betrekken van burgers bij de hulpverlening.

Voorop het gebied van jeugd blijken er kansen te zijn aangezien beide instellingen zich voor een groot deel richten op voorzorg en preventie. Een werknemer van een welzijnsorganisatie legt de aanvullende werkwijzen op het gebied van jeugd als volgt uit: ‘Alles zit gewoon in het systeem van de GGD hè. De geboortes, de geijkte punten wanneer ze moeten wegen en meten, dat soort dingen. Dus mensen komen eigenlijk automatisch in beeld. Dat is het grote verschil met welzijn. Wij gaan er op af, wij gaan zoeken en we vinden mensen.’ De GGD ziet veel jongeren en kan signaleren wanneer er iets fout dreigt te gaan. Sociale professionals kennen de gezinnen in de buurt en komen hierdoor makkelijker achter de

voorkeur. Door samen te werken, kunnen signalen snel worden opgepakt en kan tijdig ondersteuning worden geboden.

Om deze kansen te benutten, is het belangrijk dat GGD's er zich bewust van worden dat welzijnsorganisaties in het bijzonder op het gebied van jeugd goede partners zijn om mee samen te werken en om activiteiten mee uit te voeren, bijvoorbeeld het verzorgen van een inloop in het jeugdcentrum samen met de GGD.

### **Obstakels en voorwaarden voor vruchtbare samenwerking**

Hoewel de twee organisaties elkaar dus goed aanvullen, blijkt toch dat sociale professionals de GGD-professionals nog niet altijd vinden. Sociale professionals geven aan dat het vaak nog onduidelijk is welke GGD-professionals ze kunnen benaderen. Ze kennen de GGD-professionals niet persoonlijk, omdat die nog weinig in de wijk actief zijn. Een grote belemmering is om te beginnen dat financiering en beleid van GGD's en welzijnsorganisaties op verschillende schalen is georganiseerd. De GGD's opereren regionaal, welzijnsorganisaties lokaal. Die laatste krijgen hun subsidie van een gemeente, de GGD's in de regel van een aantal samenwerkende gemeenten. Met een welzijnsorganisatie kan een gemeente daarom concrete afspraken maken en samen bepalen waar de prioriteiten liggen.

Als een GGD zich flexibel opstelt en met een gemeente in gesprek gaat over de mogelijkheden om zich meer per gemeente en in de wijk te organiseren, zal dit de samenwerking met welzijn bevorderen. De GGD moet hier proactief in zijn en aan de gemeente laten zien waar zij de GGD voor kan gebruiken.

### **Er zijn kansen voor samenwerking**

Wat ook zou helpen is wanneer een sociale professional weet welke GGD-professional in de gemeente werkzaam is. Dan is het gemakkelijker om contact op te nemen en samen te werken. Ook is het van belang dat beide organisaties laten zien waar hun expertise ligt, wat hun aanbod is en hoe de ander hier gebruik van kan maken. Kortom, er zijn hoopvolle kansen voor een samenwerking. Nu is het van belang dat professionals en hun organisaties deze kansen benutten.

Rianca Scheffel schreef dit artikel naar aanleiding van een onderzoek voor haar afstudeerscriptie voor de master Health and Society (Wageningen University) in opdracht van het projectteam Sociaal en Gezond van Movisie.

► [Dit artikel is eerder gepubliceerd in het tijdschrift voor Sociale Vraagstukken, 4 november 2015](#)





# Het wordt aanpakken komende jaren!

door Margriet de Jager

Ik durf te stellen dat de transitie een grote uitdaging is. Het is een organisch proces dat eigenlijk nooit af is. Deze uitspraken doe ik op basis van mijn ervaringen als lid van het programmateam Alles is Gezondheid, als bestuurder in de gemeente Deventer en als toezichthouder in de zorg in de gemeente Apeldoorn. Ik zie dat veel partijen er mee bezig zijn. Al of niet gedwongen door de snel veranderende samenleving. Alles is Gezondheid probeert het land in beweging te krijgen. Het doel is een gezonder en vitaler Nederland in 2040. Daar is een versnelling in nodig want we worden allemaal dikker en ongezonder. En de sociaaleconomische gezondheidsverschillen nemen ook nog steeds niet af.

Nederlanders vinden hun gezondheid zeer belangrijk. Dat betekent niet dat we ook gezond leven. Bij het 'gezond voelen' spelen factoren een rol als voldoende inkomen, en voldoende opleiding. Ook veerkracht, zelfvertrouwen, weerbaarheid, om kunnen gaan met stress en kunnen relativeren, zorgen voor een gezond gevoel. Een sociaal netwerk en maatschappelijke

# “Nederlanders vinden hun gezondheid zeer belangrijk.”

betrokkenheid dragen er ook aan bij. Veel activiteiten spelen zich af in het sociale domein. Het is aan gemeenten om samen met bewoners te werken aan ‘sociale preventie’. Bijvoorbeeld aan een omgeving die uitnodigt om te bewegen of aan een supermarkt met gezond eten.

Dat zoveel factoren gezondheid bepalen roept de vraag op van wie ‘gezondheid’ eigenlijk is. In wijkverpleegkundige, de GGD? Of zijn het de scholen, de woningcorporatie, het kinderdagverblijf of juist de bedrijven met hun pragmatische aanpak? Is het de sociale sector of zijn het de inwoners zelf? En wie heeft de regie? De sociaalwerkorganisatie? De GGD? De gemeente? Of moet de rijksoverheid maatregelen vastleggen in een wet?

In het sociale domein kennen we mensen die ziek worden van schulden omdat het hen enorm veel energie kost om het hoofd boven water te houden. Binnen onderwijs zien we iemand slecht

presteren maar we weten ondertussen dat ook dit verschillende achtergronden kan hebben. Als iedereen in zijn eigen domein blijft opereren, dan blijven de verschillende domeinen onbereikbaar voor elkaar. Het ene domein is niet belangrijker dan het andere. Het moet samen gebeuren met een gebundelde aanpak. Alleen dan wordt Nederland gezonder en vitaler.

Dat je voor een gezonder en vitaler Nederland de zaken anders moet aanpakken, daar is iedereen het zo langzamerhand wel over eens. Dat er in het land goede voorbeelden zijn, wordt ook niet ontkend. Maar een Amsterdams voorbeeld werkt niet in de Achterhoek. Het gaat dus om maatwerk, passend bij de wijk, het dorp, de stad, de regio. Maatwerk dat alleen kan ontstaan wanneer samenwerking vanzelfsprekend is, tussen professionals en bestuurders uit de verschillende domeinen. Maar zeker ook tussen bewoners, professionals, beleidsmakers en financiers. In dat maatwerk weegt het ene belang (bv financiën) niet zwaarder dan het andere (duurzame oplossing van individuele problemen). Het is de kunst verschillende belangen te verbinden in een gezamenlijk doel. Een doel dat ook weer gezamenlijk wordt bepaald. En dan kan ‘alles’ armoede zijn. Of participatie. Of veiligheid. Of natuurlijk gezondheid.

## **Margriet de Jager**

Lid Programmabureau Alles is Gezondheid, lid VNG bestuur, directeur Alcyon Public Health

## Colofon

Dit digitale magazine is een publicatie van Sociaal Werk Nederland en Movisie. In 2014 ondertekenden zij een pledge in het kader van het Nationaal Programma Preventie/Alles is Gezondheid. Daarmee onderschrijven de organisaties dat preventie een prominente plek moet krijgen in de gezondheidszorg en dat de bijdrage die het sociaal werk daar aan kan leveren beter zichtbaar moet worden.

De publicatie kwam tot stand met medewerking van Marijke Vos, Yvonne van Mierlo, Combiwel, Dock, MOvactor, Mezzo, Ruilgoederenbank Nieuw-Buinen, Trimbos, UMCG, Welzin, WIJ, Zebra Welzijn, Doortje Kal, Margit van der Meulen, Els Hofman, Jeske van der Waerden, Doreen Olario, Daniëlle van Oostrum en Brigitte Linnenbank.

Juni 2016

Auteurs: Carina Ballering, Jan van Dam, Jennifer Elich, Margriet de Jager, Rianca Scheffel, Rosanna Schoorl, Han van der Wiel, Aletta Winsemius.

Redactie: Aletta Winsemius, Jennifer Elich, Carina Ballering, Esther den Breejen

Eindredactie: Movisie en Sociaal Werk Nederland

Vormgeving: ontwerp bureau Suggestie & illusie

Foto's: Combiwel, Zebra Welzijn, Mezzo, MOvactor, Welzin, UMCG, Movisie.

Overname van artikelen en voorbeelden uit deze uitgave wordt op prijs gesteld onder verwijzing naar de bron.

