Integraal Wijkgericht Werken: Een ideaal ontrafeld

Een fundament onder de definitie voor Eerstelijnsgeneeskunde

Petra Postema, Sandra Boersma, Gerdine Fransen, Gerard Molleman, Fieke Raaijmakers

7 november 2016

Inhoud

Inleiding 3
Aanleiding onderzoek 3
Positionering van deze studie 4
Perspectief vanuit Eerstelijnsgeneeskunde 4
Betrokkenen bij dit onderzoek 5
Probleemstelling 6
Onderzoeksmethoden: Wat is er gedaan? 6
1. Wat is Integraal Wijkgericht Werken? 9
1.1 Triple Aim 10
1.2 Hoofdelementen 10
2. Waarom zijn deze elementen onderdeel van IWW? 15
3. Kennislacunes 19
Conclusie 20
Bijlagen 21
Bijlage A: Teksten die zijn meegenomen in de analyse 21
Bijlage B: Aannames gevonden tijdens dit onderzoek 22
Bijlage C: Kennisvragen voortkomend uit dit onderzoek 34
Referenties 44

Inleiding

Aanleiding onderzoek

Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving

De samenleving verandert. Mensen willen meer zeggenschap over allerlei aspecten van hun eigen leven. Dat geldt zeker op het gebied van gezondheid en omgaan met beperkingen en ziekten. We worden ook steeds ouder. Omgaan met beperkingen en dat in de eigen woonomgeving regelen is een steeds nadrukkelijker wens van mensen. Dat vraagt van de zorg een andere aanpak dan ze de afgelopen tientallen jaren heeft ontwikkeld. Toenemende specialisatie en nadruk op technische en technologische voortuitgang hebben ervoor gezorgd dat de zorg steeds specialistischer, gefragmenteerder en versnipperd is geworden. Tegelijkertijd zijn de kosten van de zorg en welzijn in Nederland gestegen van bijna 44 miljard euro in 1999 naar 89 miljard euro in 2011. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van ruim 6%.[1] Geconstateerd werd dat dit een trend is, die zonder wijzigingen een onhoudbare en onbetaalbare situatie op zou leveren.

Vanuit inhoudelijke en financiële redenen is een ingrijpende stelselwijziging nodig. Meer integraal werken is nodig, maar dat valt niet te regelen vanuit Den Haag. Vanuit de landelijke overheid werd gesteld dat met een lokale inrichting en vormgeving van het zorgsysteem de zorg en ondersteuning sneller, dichterbij en passender kan worden. Vanuit deze gedachte zijn drie decentralisaties ingezet (van de AWBZ naar de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet).

De basisgedachte achter de decentralisaties is dat op lokaal niveau een integrale oplossing voor inwoners kan worden geboden. De verwachting is dat hiermee de versnippering, verkokering, dubbelingen, lacunes en de druk op specialistische voorzieningen wordt verminderd, waarmee de zorgkosten beheersbaar worden.

Daarnaast wordt ook veel van de eigen kracht (zelfredzaamheid) en het sociale netwerk (samenredzaamheid) van inwoners verwacht. Begonnen dient te worden met de vraag wat mensen nog wel zelf kunnen dan wel met hulp van mensen uit hun omgeving kunnen alvorens professionals ondersteuning en hulp gaan bieden. Om deze transformatie vorm te geven vraagt veel van alle betrokkenen: professionals zullen anders moeten gaan denken en doen, burgers zullen zichzelf en elkaar meer moeten ondersteunen en meer zelf verantwoordelijkheid moeten nemen en van bestuurders (zowel landelijk, regionaal en lokaal) vraagt het loslaten en vertrouwen.

Wijkgerichte aanpak

Gemeenten waren en zijn vrij hoe ze de transitie vorm geven. De meeste gemeenten hebben voor een wijkgerichte invulling met wijk- of gebiedsteams gekozen [1]. Feitelijk hebben gemeenten het gedachtegoed verder doorgetrokken: in veel gevallen is voor de wijk of buurt gekozen als entiteit waarbinnen de zorg en ondersteuning dichtbij de burger wordt vormgegeven.

[1] Deze groei is voor 18% te verklaren door de demografische ontwikkelingen, 35% door prijsstijgingen en de overige 47% is toe te schrijven aan een complex van oorzaken als verruimde indicaties, groei van het aantal patiënten, intensievere behandelingen en de inzet van nieuwe medische technologie. www.nationaalkompas.nl

Positionering van deze studie

Integraal wijkgericht werken (IWW) klinkt sympathiek en kan op een brede steun rekenen. In vrijwel alle beleidsnotities van de afgelopen jaren van overheden, organisaties, professionals en burgers wordt in meer of mindere mate een lans voor IWW gebroken. Het is een term die erg makkelijk gebruikt wordt. Maar waar hebben we het eigenlijk over?
Het *begrip* wijkgericht werken is nogal diffuus. De *aannames en vooronderstellingen* zijn in veel gevallen niet onderbouwd. Welke theoretische en empirische wetenschappelijke basis ligt er onder?

Om die vraag verder te kunnen beantwoorden is het nodig om een uitgangspunt en een doel te bepalen. Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit het perspectief van Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc. Het doel dat we nastreven vanuit gezondheidsbeleid en –zorg is het realiseren van wat aangeduid wordt met “Triple Aim” : drie doelstellingen die in combinatie en in samenhang met elkaar worden nagestreefd:

1. Een betere gezondheid van een gedefinieerde populatie
2. Een betere ervaren kwaliteit van de zorg
3. Een verlaging van de kosten per hoofd van de bevolking.

Triple Aim is door het Institute of Medicine [2] gelanceerd en wordt inmiddels breed gedragen. Er is veel empirisch onderzoek naar gedaan. In Nederland is het ook algemeen aanvaard. RIVM en SCP gebruiken het in veel van hun beleidsdocumenten.

Wij hebben uit tal van beleidstukken (zie bijlage A) relevante aspecten van werkgericht werken verzameld en gerubriceerd die bijdragen aan het realiseren van (aspecten van) Triple Aim. Op basis hiervan hebben we negen elementen onderscheiden. Gezamenlijk vormen deze elementen een model of kader voor IWW.
Het model/kader dat we presenteren is daarmee helpend voor:

a. het vat krijgen op het diffuse begrip Integraal Wijkgericht Wijken,
b. het bepalen wat voor je eigen vraag en in je eigen context van belang is,
c. en om na te gaan of je wellicht belangrijke aspecten over het hoofd hebt gezien.

Tegelijkertijd hebben we aannames verzameld. Het bleek dat in de beleids- en visiedocumenten zelden werd verwezen naar wetenschappelijk onderzoek om de visie te onderbouwen. Dit riep de vraag op in hoeverre IWW wetenschappelijk (theoretisch dan wel empirisch) bewezen is. Daar kan nog veel werk verricht worden. Dit rapport geeft een handvat voor een mogelijke onderzoeks-agenda op deze aspecten. Het kader kan onderzoekers helpen om scherpere onderzoeksvragen te stellen.

Perspectief vanuit Eerstelijnsgeneeskunde

De afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc (ELG) wil aansluiten bij maatschappelijke ontwikkelingen en heeft daarom het thema IWW afdelingsbreed omarmd. Daarbij worden verbindingen gezocht tussen de vier pijlers praktijk, onderwijs, opleiding en onderzoek. In juni 2015 heeft de afdeling een White Paper over IWW geformuleerd. Een breed samengestelde denktank bestaande uit medewerkers van deze afdeling heeft de volgende definitie vastgesteld:

> ‘Integraal Wijkgericht Werken richt zich op multidisciplinaire en laagdrempelige preventie, zorg, welzijn en informele zorg in de directe leefomgeving van mensen (populatie- en gebiedsgerichtheid), waarbij wordt aangesloten bij behoeften, wensen en beleving, en waarbij de activiteiten gericht zijn op het bevorderen van de verschillende aspecten van gezondheid.’ [3]

In het White Paper wordt het ontwikkelen van een onderzoeksprogramma voor IWW voorgesteld als één van de ambities. Daarbinnen neemt de academische werkplaats AMPHI-Integraal Gezondheidsbeleid (AMPHI IGB) een belangrijke positie in. Daarnaast zijn de projectcoördinatoren van AMPHI IGB regelmatig in gesprek met diverse partijen binnen en buiten Eerstelijnsgeneeskunde over IWW. De behoefte ontstond aan een inhoudelijke onderlegger.

De missie van het onderzoeksprogramma IWW luidt:
‘Het genereren van kennis (wetenschappelijk bewijs maar ook ‘best practices’) over een integrale wijkgerichte aanpak van het bevorderen van de verschillende aspecten van gezondheid die aansluit bij de vragen die leven bij burgers, cliënten, zorgprofessionals en – organisaties en beleid in de regio Nijmegen, maar die ook landelijke en/of internationale wetenschappelijke geldigheid heeft.’

Het thema sluit aan bij de rol van Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc als koploper in innovaties in de zorg en de verschillende samenwerkingsverbanden die bestaan met gemeenten en zorgaanbieders in de regio (Academische werkplaats OGGZ, Famenet, NMP, Sterker op eigen Benen, UKON en AMPHI) en geeft een verbindende noemer aan de vele reeds lopende activiteiten die hier onder geschaard kunnen worden.

Dit rapport kan gezien worden als een gefundeerde uitwerking van de definitie uit het white paper en sluit aan bij de behoefte aan een inhoudelijke onderlegger en raamwerk voor onderzoek over en strategisch advies rondom IWW binnen het onderzoeksprogramma. De definitie is uitgebreid waarbij de samenhang tussen de verschillende onderdelen richting bieden voor gericht onderzoek. Als opstap hiertoe is een inventarisatie van in de geraadpleegde beleidsdocumenten gevonden aannames opgesteld. Voor AMPHI IGB en het onderzoeksprogramma IWW biedt het een overzicht van openstaande vragen die op een onderzoeks-agenda gezet kunnen worden. Ook kunnen deelaspecten verder uitgewerkt worden.

Betrokkenen bij dit onderzoek

Onderzoeker:
Petra Postema (AMPHI IGB en GGD Gelderland-Zuid)
Werkgroep:
Sandra Boersma (Programmaleider onderzoeksprogramma integraal wijkgericht werken ELG)
Gerard Molleman (Projectleider AMPHI IGB en GGD Gelderland Zuid)
Gerdine Fransen (Projectcoördinator AMPHI IGB en GGD Gelderland Zuid)
Fieke Raaijmakers (Projectcoördinator AMPHI IGB en strategisch beleidsadviseur VGGM)

Probleemstelling

Integraal wijkgericht werken is een magisch woord dat we de laatste jaren vaak zijn tegengekomen in beleids- en visiestukken. Het lijkt dé manier om de transities en transformaties vorm te geven. Maar wat wordt er eigenlijk mee bedoeld? En welke gedachtegang zit er achter? In de praktijk worden IWW en aanverwante concepten veel gebruikt door verschillende partijen. Onze invalshoek is eerstelijnsgeneeskunde. Met het beoogde raamwerk kan gekeken worden of IWW inderdaad van toepassing is.

Doelstelling: Een beschrijving van IWW en haar kernelementen die bruikbaar is voor onderzoek en strategische advisering.
Vraagstelling: Wat verstaan we onder Integraal Wijkgericht Werken?
Deelvragen:

1. Hoe wordt IWW gedefinieerd in de (beleids)-literatuur, door gemeenten en andere stakeholders?
2. Wat is de meest bruikbare definitie voor de onderzoeksgroep IWW en AMPHI-IGB?
3. Welke elementen en kenmerken heeft IWW en wat houden deze in?
4. Welke aannames zijn er over de samenhang tussen deze elementen?

Onderzoeksmethoden: Wat is er gedaan?

Dit onderzoeksproject is een conceptueel onderzoek. Het concept IWW is verkend en gedefinieerd voor AMPHI IGB en de IWW onderzoeksgroep. Dit is gebeurd door middel van een review van beleids- en visiedocumenten. Middels een consensusproces is het raamwerk voor IWW vastgesteld. Door het iteratieve onderzoeksproces zijn de vraag- en doelstelling bijgesteld in overleg met de werkgroep. Hierdoor zijn de resultaten relevant en bruikbaar geworden voor de leden van de werkgroep. Maar ook anderen kunnen het gebruiken. In deze paragraaf beschrijven we de gebruikte onderzoeksmethoden.

Literatuurstudie en kwalitatieve analyse van beleidsdocumenten

In dit onderzoek zijn beleids- en visiedocumenten van gemeenten, de Rijksoverheid, huisartsen, sociale wijkteams, wijkverpleegkundigen, POH-GGZ, maatschappelijk werk en inwoners geanalyseerd om te kijken wat men onder IWW verstaat en welke elementen daar onderdeel van zijn. Dit vormde samen met een studie van visies op IWW in wetenschappelijke literatuur de input voor een werkgroep.
De literatuur en visiestukken zijn geselecteerd na suggesties vanuit de werkgroep en AMPHI-IGB. Door middel van zoeken op internet en snow-ball sampling is vervolgens een selectie gemaakt. Alle documenten bevatten visies op integraal werken en op wijkgericht werken. In Bijlage A is een lijst te vinden van de teksten die zijn gebruikt voor analyse.
Analyse is gedaan door middel van gesloten codering in een matrix. De codes zijn in een voorbereidend overleg van de werkgroep vastgesteld. De codes zijn:

Vraag over tekst	Code
Wat is concreet de opdracht aan/het grote doel van de betreffende partij?	Opdracht
Wat zijn de werkprincipes, uitgangspunten en filosofie die worden gehanteerd? (bijv. dichtbij, stimuleren eigen kracht, zo lang mogelijk zelfregie, regie ligt bij de burger, substitutie, lagere (zorg)kosten, meerdere dimensies)	Werkprincipes
Wat is de omvang van de wijk/buurt? Welke plekken worden benoemd?	Plek
Wie is/zijn de doelgroep(en) (bijv. leeftijdsgroepen en/of specifieke doelgroepen)	Doelgroepen
Hoe krijg een bewoner toegang tot zorg?	Toegang
Welke (aantoonbare) resultaten en opbrengsten dienen te worden gerealiseerd?	Indicatoren/Resultaten
Welke gezondheidswinst wordt beoogd?	Beoogde gezondheidswinst
Op welke wijze wordt samen gewerkt tussen de nulde- en de eerstelijn (en de tweede lijn) (nieuwe coalities, samenwerkingsafspraken enz.)	Samenwerking
Wat zijn de concrete werkzaamheden van deze partij? Hoe zijn de werkzaamheden afgebakend?	Taken
Wat zijn de grenzen van de taken/verantwoordelijkheden en bevoegdheden van deze partij? Wat zijn expliciet geen taken van deze partij?	Wat niet?
Door wie worden deze taken uitgevoerd?	Wie
Tegen welk budget worden deze taken uitgevoerd?	Budget
Wat is de wijze van financiering (populatiebekostiging, financieringsbron enz.)	Financiëring
Wat is de wijze van (aan)sturing en verantwoording?	Aansturing/verantw.
Welke juridische entiteit / organisatievorm?	Juridisch/organisatievorm
Vanuit welk perspectief wordt gedacht? Top-down/bottom-up?	Perspectief
Hoe kijkt men aan tegen het gebruik en ontwikkelen van kennis? Investering of evaluatie? Of beide?	Kennis
Wat is de rol van de professional binnen het geheel?	Rol

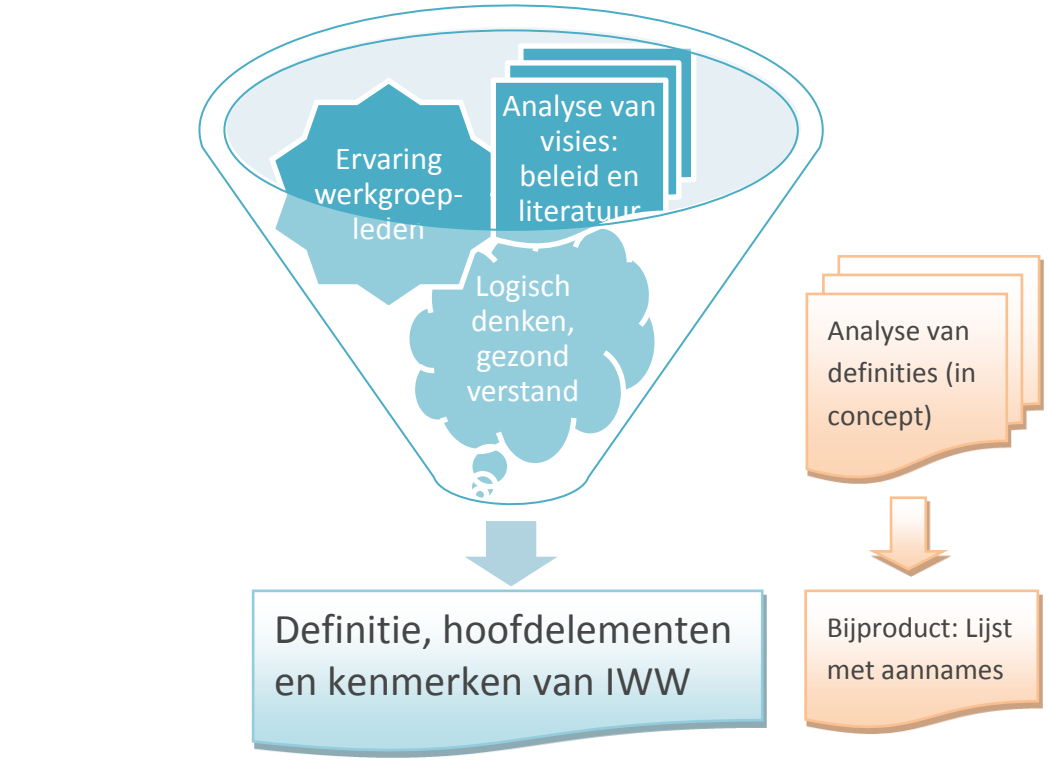
Tekstfragmenten waarop een code van toepassing was, zijn in een cel achter de betreffende code geplaatst.

Werkgroep

De werkgroep bestond uit de projectleiders, -coördinatoren en programmaleider van AMPHI-IGB en het onderzoeksprogramma IWW. Hun kennis en visies zijn bijeengebracht in de overleggen. De werkgroep is zes keer bij elkaar gekomen. Eerst is de vraag besproken 'Wat is het doel van IWW?' Hiervoor werd de 'Triple Aim' [2, 4] zeer bruikbaar gevonden. Deze drie doelen zijn het uitgangspunt geweest voor de transities en kanteling. IWW is een werkwijze waarmee men deze doelen wil bereiken. Vervolgens is besproken wat we precies verstaan onder IWW en wat de effectbepalende condities zijn. In de werkgroep is de input uit de analyses gecombineerd met ervaring, kennis en gezond verstand. Zo heeft de werkgroep een definitie en elementen vastgesteld van IWW (zie figuur 1).

Aannames

Het bleek dat in de beleids- en visiedocumenten zelden werd verwezen naar wetenschappelijk onderzoek om de visie te onderbouwen. Dit riep de vraag op in hoeverre de aannames achter IWW wetenschappelijk (theoretisch dan wel empirisch) bewezen zijn. Een analyse van de definities (in concept) die uit de werkgroep overleggen kwamen, leverde een lijst met aannames op die aanknopingspunten bied voor vele literatuur-reviews en empirische studies. Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3.



Figuur 1: Input en uitkomsten van de werkgroep-overleggen.

1. Wat is Integraal Wijkgericht Werken?

Dit is de definitie die door de werkgroep is vastgesteld:

De doelstellingen van IWW sluiten aan bij de Triple Aim :
1. Het verbeteren van de gezondheid van een gedefinieerde populatie
2. Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg
3. Het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking

IWW is een populatiegerichte aanpak met een bewuste financiering waarbij de directe fysieke en sociale (leef-, werk/school-, woon-) omgeving zo ingericht wordt dat mensen (collectief en individueel) zo goed mogelijk in staat gesteld worden om hun eigen kracht en hun gezondheid te bevorderen.

IWW maakt een ontzorgende verschuiving mogelijk richting preventie/0e en 1e lijn/welzijn/informele zorg. Het is een ketenaanpak waarin op- en afschaling in balans zijn. IWW is een samenwerking met alle relevante partijen op wijk-/populatieniveau. IWW is het maken van heldere en doelmatige afspraken over een integrale netwerkbenadering, waarin preventie, zorg, welzijn en informele zorg in goede samenhang en dichtbij, met elkaar worden vormgegeven.

IWW is het (toegerust en geschoold) aangaan van een dialoog met wijkbewoners om eigen kracht en sociaal netwerk te bevorderen, waarbij de wijkbewoner centraal staat met aandacht voor de verschillende dimensies van de nieuwe definitie van gezondheid. Onderliggende problematiek wordt zichtbaar en de juiste prioriteiten worden gesteld. Oplossingen worden zo dichtbij mogelijk bij de leefwereld van de wijkbewoner gezocht.

Figuur 2: Alle elementen van IWW dragen bij aan het uiteindelijke doel: deTriple Aim.

1.1 Triple Aim

Alle elementen dragen bij aan het uiteindelijke doel: de Triple Aim. Deze drie doelen zijn afhankelijk van elkaar. Veranderingen die één van de doelen nastreven, kunnen (positief of negatief) effect hebben op de andere twee doelen. Het moment waarop effecten waar te nemen zijn verschilt bovendien tussen de doelen [2, 4]. Het nastreven van alle drie de doelen is dus zoeken naar balans. Beleidsmatige factoren zoals de politieke situatie en financiële middelen zijn hierop van invloed [2]. Dat biedt ook mogelijkheden om te voorkomen dat één van de doelen de boventoon zal voeren en er scheefgroei ontstaat. Hiervoor is een partij nodig die verantwoordelijkheid neemt voor alle drie de doelen voor een aangewezen populatie. Sinds de decentralisaties kunnen gemeentes deze rol oppakken. Maar ook grote eerstelijns-netwerken, zorgverzekeraars en ziekenhuizen zouden deze verantwoordelijkheden op zich kunnen nemen [2, 4]. Een financieel model dat bijdraagt aan de triple aim is het *Shared savings model* [5, 6].

1. Het verbeteren van de gezondheid van een gedefinieerde populatie
(Lagere ziektecijfers, minder ziekenhuisopnames, hogere kwaliteit van leven, lagere sterftecijfers [7])

2. Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg
(Tevredenheid en vertrouwen [7])

3. Het verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking
(Kosten-effectiviteit [7])

1.2 Hoofdelementen

Hieronder volgt een uitwerking van de negen hoofdelementen van IWW. In het volgende hoofdstuk onderbouwen we waarom we deze elementen hebben opgenomen.

Gezondheid

Machteld Huber stelde in 2011 een nieuw begrip van gezondheid voor: ‘the ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges’[8]. ‘De nieuwe omschrijving neemt gezondheid niet als een eindpunt, zoals de WHO-definitie doet, maar stelt vermogens als veerkracht en zelfregie centraal, waardoor ontwikkeling mogelijk blijft’[9]. Centraal staat de vraag hoe mensen kunnen omgaan met de gezondheidsuitdagingen van het leven; hoe ze ondanks een (chronische) ziekte en/of beperking kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Bij het operationaliseren van deze definitie heeft Huber onderscheid gemaakt in zes hoofddimensies [9]:

- Lichaamsfuncties
- Mentale functies en –beleving
- Spirituele dimensie
- Kwaliteit van leven
- Sociaal-maatschappelijke participatie
- Dagelijks functioneren

Huber heeft dit nieuwe concept ‘Positieve Gezondheid’ genoemd [9]. Deze dimensies kunnen gebruikt worden om gezondheid in kaart te brengen (zowel objectief als subjectief)[9].

Integraal

'Een integrale aanpak […] verwijst naar het combineren van meerdere soorten aanpakken om daardoor met vereende krachten effectiever en efficiënter in staat te zijn een belangrijk probleem of cluster van problemen in de (lokale) samenleving te verminderen en gezondheid/welzijn te verbeteren' [10]. Integraal werken kan vanuit verschillende dimensies. Het is van belang dat wanneer men het heeft over integraal werken, dat ook duidelijk wordt over welke dimensie(s) het op dat moment gaat. Clemens Hosman beschrijft tien dimensies waarop integraliteit van toepassing kan zijn. 'Welke dimensies het meest belangrijk zijn kan afhangen van het thema en de lokale context' [10]. De tien dimensies zijn:

Problemen (Multi-problem)
Determinanten (Multi-factor)
Doelgroepen (Multi-target)
Settings (Multi-setting)
Keten
Methoden (Multi-method)
Sectoren (Multi-sector)
Ontwikkeling (Multi-moment/year/stage)
Randvoorwaarden
Systeemniveaus (Multi-level)

Verschillende auteurs [11-14] maken onderscheid tussen drie of vier systeemniveaus waarop integraal gewerkt kan worden:

- Klinisch/individueel domein
- Professioneel domein en Organisatorisch domein
- Systeem-domein

De verbinding tussen deze domeinen wordt gelegd door twee soorten factoren[11]:
1. Functionele factoren: financiën, communicatie en management zijn middelen waarmee deze niveaus verbonden kunnen worden. Dit wel op een flexibele manier zodat het constant aangepast kan worden aan de behoeften van de populatie.
2. Normatieve factoren: gedeelde doelen, waarden en cultuur leiden tot samenhang tussen de niveaus. Deze factoren kunnen worden gecreëerd door goed leiderschap.

Populatiegericht

Populatiegericht is een uitgangspunt: op basis van gegevens en signalen over een wijk/populatie wordt gekeken wat de behoefte, wensen en beleving van de populatie zijn. Op basis hiervan wordt bedacht welke acties nodig zijn. De populatiegerichte benadering is wat integraal werken wijkgericht maakt. Voor het afbakenen van een populatie is onderzoek nodig [2].

IWW heeft altijd een populatiegerichte component. Als zowel het uitgangspunt als de oplossing persoonsgericht/individueel zijn, is dat niet IWW. Persoonsgericht werken binnen IWW vraagt daarom om meer dan alleen 1 op 1 contact, het is ook de blik naar buiten. Een huisarts kan zich tijdens een consult bijvoorbeeld afvragen: 'Hoe hangen de klachten van deze patiënt samen met zijn leefomgeving?'

Collectief èn individueel

IWW zoekt de verbinding tussen collectief en individueel. Populatiegerichte keuzes kunnen zowel in collectieve als individuele context toegepast worden. Een medewerker van een sociaal wijkteam signaleerde bijvoorbeeld in een korte periode vaak ondervoeding bij zijn cliënten. Hiervoor heeft hij contact gezocht met een diëtiste en de verzorgingstehuizen in de gemeente. Deze partijen hebben gezamenlijk een plan opgesteld en met elkaar gedeeld wat zij zelf doen: de diëtiste in de één op één gesprekken met cliënten en de verzorgingstehuizen in hun beleid.

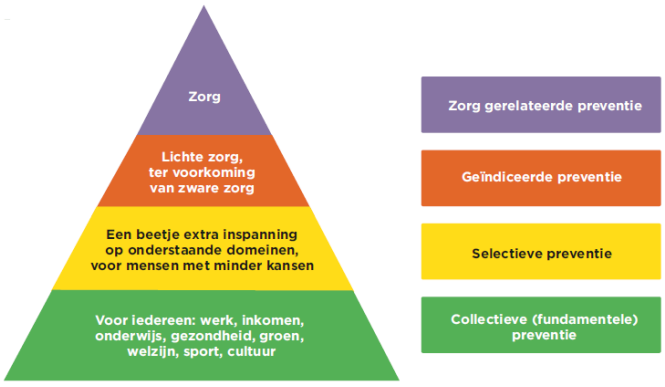
Het stimuleringsprogramma 'Gezond In…' wil gezondheidsachterstanden aanpakken. Hierbij richt het zich op vijf inhoudelijke sporen: Participatie, Preventie & Zorg, Gedrag & Vaardigheden, Fysieke omgeving en Sociale omgeving. 'Gezond In…' geeft bij elk van de sporen voorbeelden van zowel collectieve als individuele aanpakken [15].

Preventief

Integraal Wijkgericht werken biedt een kader waarbinnen makkelijker gezondheidsbevorderend te werk kan worden gegaan. Het gaat niet alleen om preventie van ziekte of verslechtering daarvan, maar ook om bevordering van gezondheid op individueel en collectief niveau. Huisartsen kunnen bijvoorbeeld op individueel niveau een ongezonde leefstijl signaleren en verwijzen naar preventief aanbod. Concepten die vaak gebruikt worden in samenhang hiermee zijn: 'verschuiving van zorg naar de 0e en 1e lijn', 'Van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag'.

Complicerende factor hierbij is dat het begrip 'preventie' niet eenduidig wordt ingevuld. De verschillende mogelijke invullingen worden hiernaast geïllustreerd door de 'preventiepiramide':

- Collectieve preventie. Richt zich op de algemene bevolking, die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Collectieve preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen.
- Selectieve preventie. Richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's.



De preventiepiramide

- Geïndiceerde preventie. Richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft als doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling.
- Zorg gerelateerde preventie. Richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en erger te voorkomen.

Eigen kracht

Integraal Wijkgericht Werken betekent dat er ook gekeken wordt welke mogelijkheden mensen zelf hebben en hoe hun sociale netwerk ingezet kan worden. Met andere woorden: er wordt een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van mensen. ‘De wijkbewoner is geen object in de relatie, maar is evenals de professional een handelend subject, een actor. Ook de wijkbewoners die ziek zijn, zijn actor’ [16]. Naast de individuele eigen kracht, gaat IWW er ook van uit dat inwoners van een wijk/gemeente collectieve kracht hebben om zich bijvoorbeeld in te zetten als vrijwilligers en mantelzorgers. Het mobiliseren hiervan is een grote uitdaging.

De eigen kracht en het sociale netwerk van inwoners hebben grenzen en ook collectief aanbod is niet altijd toereikend. Gemeenten geven vaak aan dat zij op grond van de WMO, jeugdwet en participatiewet [17-19] hun inwoners dan kunnen 'compenseren'. Gemeente Nijmegen spreekt bijvoorbeeld van: ‘Compensatie in plaats van recht op zorg’ [20]. Dit is individuele zorg of ondersteuning.

Ook voor het begrip ‘eigen kracht’ geldt dat een eenduidige definitie niet voorhanden is. Wanneer is iemand zelfredzaam? Is het een voorwaarde dat een individu alles zonder ondersteuning en/of hulp moet kunnen, of is men nog zelfredzaam wanneer daarbij ondersteuning wordt geboden door de familie (mantelzorg) en/of het sociaal netwerk (familie, vrienden, buren, kennissen)? En waar ligt precies de grens? Wanneer men gebruik gaat maken van een algemene voorziening? Of van een individuele voorziening? In de dialoog tussen zorg-/hulpverlener en inwoner kan ook overlegd worden wat men zelfredzaam genoeg vindt.

Dialoog

Welke vorm van compensatie past, is afhankelijk van de situatie en voorkeuren van de inwoner. Maatwerk gaat uit van de leefwereld van de inwoner. Dat is tweerichtingsverkeer.

Integraal Wijkgericht Werken is daarom ook co-creatie: Uitgaan van de eigen kracht van mensen betekent ook dat ze worden benaderd als samenwerkingspartner [21-24]. ‘De zorgverlener coacht de inwoner’ [4] bij deze bewustwording (dat zij zelf keuzes kunnen maken, dat zij hun gezondheid zelf kunnen verbeteren door hun eigen leefstijl en dat hun sociale omgeving vol mogelijkheden is). Deze coachende werkwijze is ook opgenomen in de ICE-Q vragenlijst [25, 26]. Een oplossingsgerichte dialoog begint met erkenning [27]. Daarnaast zijn ook aanwezigheid en empowerment belangrijke factoren voor wijkgericht werk [28].

De dialoog tussen zorgverlener en inwoner is gelijkwaardig. De inwoner krijgt hierdoor ruimte om overwogen keuzes te maken samen met de professional.

Dichtbij

De keten van zorg en hulpverlening wordt fysiek en inhoudelijk dicht bij de leefwereld van inwoners georganiseerd. Fysiek dichtbij heeft betrekking op de eigen leef-, woon-, werk- en schoolomgeving. Inhoudelijk dicht bij betekent aansluiten bij de beleving van inwoners. Om overwogen keuzes te maken, moet een inwoner bijvoorbeeld genoeg informatie krijgen op een laagdrempelige manier. Dat betekent bijvoorbeeld dat het taalniveau van folders, formulieren en gesprekken aansluit bij de Inwoner. Er zijn richtlijnen voor taalniveau B1 [29].

Samenwerken

Multidisciplinaire samenwerking is een onmisbaar uitgangspunt van IWW. Samenwerking komt in plaats van concurrentie door vertrouwen en de juiste financiële stimulans [13, 30]. Dit is alleen mogelijk als er gezamenlijke afspraken zijn gemaakt over de triple aim. De samenwerking wordt daardoor gezondheidsbevorderend. Volgens de visiedocumenten zijn afspraken nodig over:

- Gezamenlijke doelen
- Werkafspraken over bijvoorbeeld privacy en overlegstructuren
- Het vastleggen en registreren van informatie
- Het delen van kennis en informatie: onderling raadplegen, doorverwijzen, op- en afschalen en overdragen.

Een samenwerkingsverband werkt het best als het kleinschalig blijft. Dan blijven de verantwoordelijkheden helder [14, 21]. De inwoner is natuurlijk ook een samenwerkingspartner [21-24]. Hierdoor kan een verbinding worden gelegd tussen de verschillende systeemniveaus (klinisch, organisatorisch en beleid).

2. Waarom zijn deze elementen onderdeel van IWW?

In dit hoofdstuk wordt onderbouwd waarom voor deze negen elementen gekozen is.

Gezondheid

- *Onderdeel van IWW omdat:*

We willen gezondheid benadrukken omdat de onderzoeksgroep IWW en AMPHI-IGB onderdeel zijn van de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc. Hierbinnen wordt ook samengewerkt met GGD'en. Gezondheid vormt voor al deze partijen de 'kernopdracht'.

Het onderwerp gezondheid staat bovendien niet op zichzelf. Gezondheid heeft raakvlakken met meerdere domeinen (zoals werk en inkomen, onderwijs, welzijn en participatie). Gezondheid is zowel een voorwaarde als een uitkomst van participatie. Daarmee vormt gezondheid een belangrijke sleutel voor het realiseren van de doelstellingen binnen het sociaal domein.

We hebben gekozen voor het concept 'positieve gezondheid' [8, 9] omdat dit concept een integrale kijk heeft en uitgaat van de eigen kracht van wijkbewoners. Hiermee sluiten we aan bij één van de doelen van de Rijksoverheid: 'gezondheidsverschillen effectief verkleinen door een brede en duurzame aanpak in de buurt of wijk, samen met lokale partijen en met een actieve rol voor de burgers zelf' [31].

Integraal

- *Onderdeel van IWW omdat:*

Integraal werken is één van de twee kernwoorden uit het concept 'Integraal Wijkgericht Werken'.

> 'Van 'integraal' wordt een meerwaarde verwacht ten opzichte van traditionele aanpakken die vaak bestaan uit te kleinschalige of geïsoleerde maatregelen zonder duidelijke samenhang. Men wil versnippering tegengaan. De uiteindelijke meerwaarde die verwacht wordt, betreft meestal het realiseren van een breder bereik in de bevolking, hogere effectiviteit, meer efficiency (meer effect tegen minder kosten) en grotere maatschappelijke impact' [10].

Populatiegericht

- *Onderdeel van IWW omdat:*

Het tweede kernwoord van IWW is 'Wijkgericht'. Populatiegericht geeft invulling aan het wijkgerichte onderdeel van IWW. Wijkgericht kan naar onze mening dus ook gemeente-, dorps- of doelgroepgericht zijn. De visiedocumenten van huisartsen en POH-GGZ (beide van NHG & LHV) benoemen de populatie zowel als vertrekpunt en doel. De route daartussen is zowel een collectieve als individuele aanpak. De NPCF benadrukt: 'De zorg moet veel meer gebiedsgericht en op de behoefte van de populatie worden georganiseerd' [32]. Ook de financiering kan populatiegericht. Gemeente Arnhem zegt hierover: 'Wijkgerichte sturing maakt het mogelijk om (op termijn) gedifferentieerd te budgetteren, al naar gelang de gebleken zorgbehoefte per gebied. Met die ervaringen gaan we de komende jaren toewerken naar een dergelijke populatie/wijkgerichte bekostiging' [33].

De toekomstvisie huisartsenzorg 2022 zegt hierover:

> 'In samenwerking met collega's in dorp, wijk en regio richten individuele huisartsen hun bijdrage aan populatiegerichte preventie en de volksgezondheid op die zaken waar zij het

> meeste effect kunnen sorteren. Samen met de lokale overheden, zorgverzekeraars, scholen en patiëntenorganisaties geeft het lokaal huisartsensamenwerkingsverband vorm aan preventie in dorp of wijk. Dorp- of wijkscans geven inzicht in de behoeften van de patiëntenpopulatie, op basis waarvan afspraken worden gemaakt over extra aandacht voor specifieke doelgroepen' [21].

Collectief én individueel

○ *Onderdeel van IWW omdat:*

Volgens het functie- en competentieprofiel POH-GGZ vraagt 'de maatschappij naast individuele preventie ook om populatiegerichte preventie […] door proactief beleid gericht op de wijk en specifieke doelgroepen'[23]. 'Een doordachte balans van individueel en collectief' is ook één van de bakens van Welzijn Nieuwe Stijl [34]. In de werkgroep werd benadrukt dat collectief en individueel geen gescheiden domeinen zijn, maar dat IWW juist de verbinding hiertussen zoekt.

Preventief

○ *Onderdeel van IWW omdat:*

In de visiedocumenten van verschillende partijen wordt preventie aangehaald als één van de belangrijke werkprincipes [21-23, 31, 35]. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke vereniging van Huisartsen (LVH) geven aan dat huisartsen de juiste positie hebben om preventief te werk te gaan omdat zij inwoners vaak al langer kennen, veranderingen kunnen signaleren en vanuit een vertrouwensband onderwerpen ter sprake kunnen brengen [21]. De werkgroepleden hebben een brede kijk op preventie en benadrukken dat het niet alleen gaat om voorkomen, maar ook bevorderen.

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is in 2010 in haar nota 'Zorg voor je gezondheid!' de dialoog gestart over het maken van de omslag van ZZ (ziekte en zorg) naar GG (gedrag en gezondheid) [35b]. Concreet betekent dit dat er meer geïnvesteerd moet worden in preventie (ook voor chronisch zieken), welzijn, werk en wonen zo dicht mogelijk bij mensen thuis en in de wijk. Volgens de RVZ maken vier ontwikkelingen deze omslag noodzakelijk. Twee stuwende en twee remmende factoren. Stuwende ontwikkelingen zijn de toenemende medische mogelijkheden en kennis hierover bij het publiek en de groeiende zorgvraag. De remmers zijn de stijgende zorgkosten en het tekort aan personeel.

Eigen kracht

○ *Onderdeel van IWW omdat:*

De *landelijke nota gezondheidsbeleid: Gezondheid Dichtbij* van 2011 schrijft:

> 'Gezondheid moet weer iets van de Nederlander zelf worden […]. Er komt een omslag van 'gezond moeten leven' naar 'makkelijker toegankelijk maken van gezonde keuzes'. Daarvoor is het belangrijk dat mensen kunnen beschikken over betrouwbare en toegankelijke informatie, goede en bereikbare voorzieningen en dat zij zo min mogelijk belemmeringen ervaren om gezond te kunnen leven. Dit betekent dat niet de overheid maar de mensen zelf in eerste instantie aan zet zijn. De kracht ligt bij het individu en zijn directe woon-, werk- en leefomgeving' [36].

Niet alleen de Rijksoverheid gebruikt het concept 'Eigen kracht'. Ook in de visiedocumenten voor Sociale Wijkteams, Huisartsen, Wijkverpleegkundigen, POH-GGZ, Maatschappelijk werkers, Patiëntenfederatie NPCF en Gemeente Arnhem wordt het genoemd als één van de werkprincipes. Synoniemen die door hen gebruikt worden zijn: zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid, eigen regie, samenredzaamheid, zelfmanagement, autonomie, zelf oplossend vermogen en zelfbeschikking. Eigen kracht kan ook zowel individueel als collectief zijn. Gemeente Arnhem geeft daarover aan: 'Maatschappelijke initiatieven in de sfeer van welzijn, preventie en (informele) zorg willen we faciliteren en verbinden'[33].

Er is veel kritiek op de benadrukking van eigen kracht en samenredzaamheid. De aanname dat het effectiever en passender zou zijn wordt vaak bestreden met het risico op onderbehandeling. Het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker benoemt echter dat er balans moet zijn tussen paternalisme en zelfbeschikking [24]. Soms moet men erkennen dat eigen kracht en zelfredzaamheid niet voldoende zijn. Gemeenten gebruiken hiervoor het concept 'Compensatie' [20].

Een ander element in dit kader is dat de begrippen 'eigen kracht' en 'samenredzaamheid' suggereren dat het bronnen vormen waaruit iedereen (in gelijke mate) kan putten. De vraag is of dit zo is. Met name kwetsbare doelgroepen beschikken niet in alle gevallen over voldoende 'eigen kracht' en de vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Een voorbeeld hiervan is *health literacy* (gezondheidsvaardigheden), het vermogen om informatie te vergaren, te begrijpen, in te schatten op waarde en op basis daarvan afgewogen keuzes te maken. Tegelijk is het de vraag of kwestbare doelgroepen in alle gevallen kunnen beschikken over een sociaal netwerk dat hen adequaat kan ondersteunen.

Dialoog

◌ *Onderdeel van IWW omdat:*

Uitgaan van de eigen kracht van mensen betekent ook dat ze worden benaderd als samenwerkingspartner. Hierbij is de inwoner ook een expert als het gaat om zijn of haar eigen gezondheid. Dit betekent dat er met een inwoner wordt gecommuniciceerd in plaats van over een persoon. De visiedocumenten voor Maatschappelijk werk, POH-GGZ, Huisartsen en Wijkverpleegkundigen noemen de wijkbewoner allen een samenwerkingspartner [21-24]. Uit een kwalitatieve case-study van Mariet Paes bleek ook dat 'Double actorship' een sleutelelement was voor wijkgericht werken in Den Bosch-Oost [28].

Ook hier zit een aanname achter waaraan wordt getwijfeld. Het ideaal van de Toekomstvisie Huisartsenzorg is dat 'Vanuit het zorgvuldig opgebouwde vertrouwen kunnen huisartsen controlerend afwachten ('watchful waiting'), het zelfmanagement van inwoners en hun omgeving versterken, hen aanmoedigen tot een gezonde leefstijl en onnodig zorggebruik voorkomen'[21]. De WMO-adviesraad Amsterdam twijfelt over zulke aannames: 'Professionals in de eerste lijn zijn niet zonder meer toegerust om cliënten met uiteenlopende vragen en beperkingen goed op te kunnen vangen' [37].

Dichtbij

○ *Onderdeel van IWW omdat:*

De Rijksoverheid en visiedocumenten voor de Huisartsen, wijkverpleegkundigen, sociale wijkteams en Patiëntenfederatie NPCF benadrukken dat zorg 'dichtbij' de wijkbewoner georganiseerd moet worden. Hiermee wordt zowel fysiek als inhoudelijk dichtbij bedoeld. Termen die hiervoor gebruikt worden in de visie-documenten zijn:

Fysiek dichtbij	Inhoudelijk dichtbij
Dicht bij huis, eigen omgeving, waar mensen wonen, werken, leren en leven, wijk- of dorpsniveau, menselijke maat, outreachend, laagdrempelig	aansluiten bij de leefwereld, aansluiten bij individuele behoeften en mogelijkheden, op basis van karakteristieken omgeving

De argumenten hiervoor zijn dat gemeenten / lokale partners dichterbij hun inwoners staan en daardoor beter in staat zijn om dichtbij en op maat zorg te organiseren en te leveren. Kleinschalig, afgestemd op de specifieke behoeften en mogelijkheden van de inwoner en zijn systeem, snel, passend, vroegtijdig en adequaat zijn termen die in dit kader veel genoemd worden.

Duyvendak en Hortulanus zetten hier vraagtekens bij. De aanname die hier volgens hen achter zit is: 'Daar waar problemen in de wijk cumuleren, daar is ook de oplossing/oorzaak te vinden' [38]. Het zou interessant zijn om inzicht te krijgen in hoe vaak de (adequate) oplossing binnen de wijk van een hulpbehoevende ligt. Nu betekent 'dichtbij' natuurlijk niet altijd 'in de wijk'. Zoals we hierboven al zagen kan het ook 'op het werk' of 'dicht bij de leefwereld' zijn.

Samenwerken

○ *Onderdeel van IWW omdat:*

Bij de decentralisaties is een onderscheid gemaakt tussen de transitie- en de transformatiefase. In eerste instantie is veel aandacht gegaan naar de vormgeving en invulling van de transitie. Hierbij gaat het om de inrichtingsvraagstukken (welke structuur richten we in, hoe verdelen we de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, budgetten etc.). Nadat deze zijn ingevuld ontstaat er (meer) ruimte voor de transformatie. Hierbij gaat het om de procesafspraken. Hoe gaan we samenwerken? Hoe komen we tot gewenste 'kantelingen' (andere rollen, gedrag en attitudes)? Met andere woorden: hoe gaan we werken en samenwerken?

In alle visiedocumenten word uitgebreid aandacht besteed aan samenwerking. Hiermee wordt gedoeld op multidisciplinaire samenwerking waarmee domeinen worden verbonden.
Een theoretisch kader voor integrale samenwerking is het HALL-framework [14]. Er zijn ook meetinstrumenten ontwikkeld over integrale samenwerking. Voorbeelden hiervan zijn de *Checklist Coördinated action* [39], Netwerkanalyse *Networks with free actors* [40] en *Measuring collaboration* [41].

3. Kennislacunes

Voor het ene element zijn sterkere aanwijzingen dat het werkt dan andere. Leidt elk element tot de triple aim? En is er een positieve samenhang tussen de elementen onderling? Dit vraagt om verdiepende studies. Daarom besteden we in dit hoofdstuk aandacht aan de aannames, twijfels of dilemma's die schuilen achter het raamwerk.

Een stagiaire heeft een literatuur-verkenning uitgevoerd naar effectieve integrale, wijkgerichte interventies voor patiënten met problemen op meerdere levensdomeinen in de internationale literatuur. Zij vond in een eerste verkenning 276 artikelen waarvan negen het effect van een integrale wijkgerichte interventie beschrijven. De overige studies beschrijven slechts voorbeelden of aanbevelingen [42].

Het bleek dat in de beleids- en visiedocumenten zelden werd verwezen naar wetenschappelijk onderzoek om de visie te onderbouwen. Dit riep de vraag op in hoeverre IWW wetenschappelijk (theoretisch dan wel empirisch) bewezen is. Een analyse van de definities (in concept) die uit de werkgroep-overleggen kwamen, leverde een lijst met aannames op die aanknopingspunten biedt voor vele literatuur-reviews en empirische effectstudies (Zie bijlage B).
Voor deze analyse zijn de concepten uit de definitie in een *logisch model* [43] gezet en de veronderstelde verbanden tussen deze concepten uitgetekend. Daarnaast zijn ook dilemma's en vraagstukken die zijn genoemd in literatuur en visiedocumenten verzameld als mogelijke onderwerpen voor onderzoek (Zie bijlage C). Ook een uitwisselingsbijeenkomst over IWW bij Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc leverde enkele vragen op.

IWW is een zeer breed begrip en dit onderzoek heeft daarom een lange lijst met aannames opgeleverd. Het bepalen wat wel en niet wetenschappelijk onderbouwd is, is dan ook een grote uitdaging. Afhankelijk van de context waarbinnen een aanname uit de lijst onderzocht wordt zijn er verschillende kennisvragen te formuleren. De lijst is niet uitputtend, maar nodigt zelfs uit tot nieuwe vragen.
De aannames vragen om onderzoek vanuit verschillende disciplines. Niet alleen vanuit geneeskunde en sociale wetenschappen, maar bijvoorbeeld ook vanuit economie en managementwetenschappen.

In bijlage B en C zijn de lijsten met aannames en vragen verdeeld over de hoofdelementen van onze beschrijving van IWW. Van elke aanname is de determinant (de bepalende factor) uitgangspunt geweest voor indeling.

Conclusie

Integraal Wijkgericht Werken is een complex concept dat veel wordt gebruikt in visie- en beleidsdocumenten. De aanpak behelst verschillende elementen die met elkaar verbonden zijn. Het is onze visie dat IWW moet leiden tot de triple aim: verbeterde gezondheid van een populatie, meer tevredenheid over zorg en lagere zorgkosten. Of IWW daadwerkelijk dit effect heeft en of de verschillende elementen inderdaad in een positief verband met elkaar samenhangen, lijkt echter nog onvoldoende bewezen. In beleids- en visiedocumenten wordt zelden verwezen naar wetenschappelijk onderzoek om de visie te onderbouwen. Er is behoefte aan literatuur-reviews en empirische effectstudies over de samenhang en effecten van de verschillende elementen van IWW.

Bijlagen

Bijlage A: Teksten die zijn meegenomen in de analyse

Groep	Teksten	
Rijksoverheid	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport E. I. Schippers. (2011). Landelijke nota gezondheidsbeleid: gezondheid dichtbij. Den Haag, Ministerie van Volksgeozndheid, Welzijn en Sport. [36]	
	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport E.I. Schippers & staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport M.J. van Rijn. (4 december 2015) .Kamerbrief betreffende Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [31]	
Huisartsen	LHV & NHG. (2012). Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht, Landelijke Huisartsen vereniging & Nederlands Huisartsen Genootschap. [21]	
	Koplopers . (2010). Nijmeegs Manifest: Betere gezondheidszorg voor minder geld. Het kan! Nijmegen: UMC St Radboud: Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Koplopers. [44]	
Sociale Wijkteams	Van Arum, S. & R. Schoorl (2015). Sociale (wijk)teams in vogelvlucht: State of the art najaar 2014. Utrecht, Movisie.[1]	
	S. van Arum & R. Schoorl. 2016. Sociale (wijk)teams in beeld: Stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015). Utrecht: Movisie. [35]	
Wijkverpleging	de Bont, M., E. van Haaren, H. Rodendal & M. Wigboldus. 2012. Expertisegebied wijkverpleegkundige. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.[22]	
POH-GGZ	LHV & NHG (2014). Functie- en competentieprofiel POH-GGZ. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap, PsyHAG, InEen & samenwerkende hogescholen. [23]	
Maatschappelijk Werk	NVMW (2011). Beknopt beroepsprofiel van de maatschappelijk werker: een samenvatting. Utrecht, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers. [24]	
	Scholte, M. A., et al. (2011). Individueel sociaal werk in de wijk: Modulen als bouwstenen voor hulp- en dienstverlening. Utrecht en Haarlem, Movisie &Hogeschool InHolland: 5-6. [34]	
Inwoners/patiënten	WMO adviesraad Nijkerk . (2012). Advies Rapportage Preventief Huisbezoek. Nijkerk, WMO adviesraad Nijkerk. [45]	
	Patiëntenfederatie NPCF . (2012). Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn. [32]	
	Stedelijke Wmo-Adviesraad Amsterdam . (2013). Advies van de Stedelijke Wmo-Adviesraad Amsterdam over: Uitvoeringsplan gezamenlijke acties Wmo-basisvoorzieningen stadsdelen. Amsterdam: Stedelijke WMO-Adviesraad.[37]	
Gemeente	LHV & NHG (2013). Huisarts & Gemeente: Samen werken in de wijk. Utrecht, Landelijke Huisartsen vereniging & Vereniging van Nederlandse Gemeenten. [46]	
	Gemeente Nijmegen. (2014). Startnotitie beleidskader Wmo & Jeugd 2015-2018. Nijmegen, Gemeente Nijmegen.[47]	
	Gemeente Nijmegen. (2014). Beleidskader Wmo & Jeugd 2015 – 2018. Nijmegen, Gemeente Nijmegen. [20]	
	Gemeente Arnhem. (2014). De transitie naar een veerkrachtig Arnhem: BELEIDSPLAN Jeugd & Wmo 2015-2016 . Arnhem, Gemeente Arnhem. [33]	Totaal: 17

Bijlage B: Aannames gevonden tijdens dit onderzoek

Hoofdelement	Welke aannames gaan achter de omschrijving schuil?	Bron: Wie doet deze aannames?	Triple Aim doel
1. Gezondheid	Door aandacht te hebben voor alle zes dimensies van gezondheid, wordt de inwoner centraal gesteld.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Door aandacht te hebben voor alle zes dimensies van gezondheid, wordt van ZZ naar GG verschoven.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Door aandacht te hebben voor alle zes dimensies van gezondheid, kan de eigen kracht van de inwoner worden bevorderd.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Investeren in het welzijn van de burger kan ziekten voorkomen of uitstellen.	Expertisegebied wijkverpleegkundige [22]	1
	Gezondheid is belangrijk voor participatie en andersom	Quickscan kennisvragen sociaal domein [48]	1
	Gezondheid → zelfregie, participatie, beroep doen op eigen netwerk.	Rijksoverheid [31]	

	Een verbeterde gezondheid van de populatie leidt tot lagere (zorg)kosten per hoofd van de bevolking	Werkgroep	3
	Patiënten/inwoners die hun eigen kracht benutten/bevorderen, werken aan hun eigen gezondheid.	Jan van Es instituut [4]	
	Patiënten/inwoners die werken aan hun eigen gezondheid, worden/blijven gezonder.	Omschrijving uit dit onderzoek	1
	Patiënten/inwoners die hun eigen kracht benutten, worden/blijven gezonder	Omschrijving uit dit onderzoek	1
2. Integraal	Door inzicht in de context van een patiënt, kan de onderliggende problematiek zichtbaar worden en de juiste prioriteiten worden gesteld.	Machteld Huber en Jan van Es Instituut [4, 9]	
	Specialistische kennis moet eerder in de keten beschikbaar zijn, zodat de juiste diagnoses worden gesteld en dus de passende doorverwijzing gemaakt kan worden i.p.v. een doorschuiving uit machteloosheid. (26).	Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	
	De decentralisaties hebben integraal werken als vertrekpunt. Het gaat niet langer om de formats van instituties, maar om het primaat van de oplossing.	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
	Als op- en afschalen in balans gebeurt en de juiste prioriteiten worden gesteld, verbetert de ervaren kwaliteit van zorg door de inwoner.	Omschrijving uit dit onderzoek	2

	Een samenhangende organisatie van preventie, zorg, welzijn en informele zorg, levert een betere ervaring van kwaliteit op.	Omschrijving uit dit onderzoek	2
	Op- en afschalen in balans, de juiste prioritering, kan een verschuiving zijn van zorg naar de 0e en 1e lijn.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Samenhangende organisatie van preventie, welzijn, zorg en informele zorg, maken passend op- en afschalen en het stellen van de juiste prioriteiten mogelijk.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Samenwerken in plaats van concurrentie zorgt voor een soepelere verschuiving van zorg naar de 0e en 1e lijn.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	De decentralisaties bevorderen snelle, heldere en zo nodig onorthodoxe oplossingen en hebben daardoor ten principale een anti-bureaucratische signatuur.	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
	De decentralisaties doorbreken de verkokering en het daarbij opknippen van problemen in door specialisten behandelbare deelproblemen. Ze maken meer ruimte voor een generalistische werkwijze.	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
	Een verschuiving van zorg naar de 0e en 1e lijn zorg voor een verlaging van de zorgkosten.	Omschrijving uit dit onderzoek	3
	Op- en afschalen in balans, de juiste prioritering zorgt voor een verlaging van de zorgkosten.	Omschrijving uit dit onderzoek	3
	Een samenhangende organisatie van preventie, zorg, welzijn en informele zorg, levert lagere kosten op.	Omschrijving uit dit onderzoek	3
3. Populatiegericht	‘Een gebiedsgerichte benadering zou juist een integrale aanpak mogelijk moeten maken.’ (11)	Hortulanus en Duyvendak zetten hier vraagtekens bij [38]	

Brede en duurzame aanpak in buurt of wijk met lokale partijen en een actieve rol voor burgers → Effectief verkleinen gezondheidsverschillen.	Rijksoverheid [31, 36]	
Populatiegericht werken stelt inwoners in staat hun eigen kracht te bevorderen en benutten.	Omschrijving uit dit onderzoek	
Populatiegericht werken stelt inwoners in staat om te werken aan hun eigen gezondheid.	Omschrijving uit dit onderzoek	
Populatiegericht werken maakt de inrichting van een stimulerende sociale en fysieke omgeving mogelijk.	Omschrijving uit dit onderzoek	
Onderzoek/kennis kan gebruikt worden door de gemeente om een populatie of wijk af te bakenen.	Plochg & Jan van Es instituut [4, 13]	
Door kennis over lokale behoeften en waarden/overtuigingen te gebruiken om kwaliteitsdoelen te stellen, integreer je de drie niveau's van inwoner, organisatie en beleid.	Plochg [13]	
Wijkgezondheidsprofielen brengen kwetsbare groep burgers in beeld.	Koplopers manifest [44] en Rijksoverheid [31]	
Gebruik van wijkkennis maakt populatiegericht werken mogelijk.	Omschrijving uit dit onderzoek	
Het gebruik van wijkkennis draagt bij aan het inrichten van een sociale en fysieke omgeving die mensen stimuleert.	Omschrijving uit dit onderzoek	
Het verzamelen van wijkkennis stimuleert het gebruik ervan.	Omschrijving uit dit onderzoek	

	SES zegt iets over de leefbaarheid van de buurt	Duyvendak & Hortulanus zetten hier vraagtekens bij [38]	
	De wijkaanpak draagt bij aan democratisering	Duyvendak & Hortulanus zetten hier vraagtekens bij [38]	
4. Collectief èn individueel			
5. Preventief	SWT's werken preventief	Movisie [1]	
	Huisartsen hebben en preventieve taak.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Door de lokale aanpak van preventie ouderen blijven ouderen langer vitaal en thuis.	Rijksoverheid [31, 36]	1
	Programma Gezond Werken --> preventie en vroegsignalering	Rijksoverheid [31, 36]	
	De reputaties van buurten spelen een zelfstandige rol in het verval of de opleving van buurten. Belangrijker dan fysiek-ruimtelijke ingrepen.	Duyvendak & Hortulanus [38]	
	De decentralisaties bewerkstelligen dat de economie van de publieke sector wordt omgedraaid: preventie loont en er komen integrale kosten-baten analyses. Echt integraal werken verbetert zo de dienstverlening, zet het mes in de verkokering waardoor het goedkoper kan worden (in die volgorde).	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	3
	Gebruik van monitors en wijkanalyse helpen bij preventie en aanpak problemen.	Expertisegebied wijkverpleegkundige [22]	

6. Eigen kracht	SWT's versterken zelfredzaamheid	Movisie [1]	
	Als professionals de eigen kracht bevorderen, dan gaan inwoners die ook meer benutten.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	De decentralisaties beogen de rol van burgers te veranderen: ze zijn niet langer klanten van voorzieningen, maar eigenaren van (onderdelen van) de publieke zaak. Hun positie in de besluit vorming over zorg- en dienst verlening verandert van consument tot producent, van passief naar actief.	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
	Als professionals de eigen kracht bevorderen, dan gaan inwoners werken aan hun eigen gezondheid.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Het bevorderen van de eigen kracht levert een betere gezondheid op.	Omschrijving uit dit onderzoek	1
	Het bevorderen van de eigen kracht levert lagere zorgkosten op	Omschrijving uit dit onderzoek	3
	De decentralisaties geven vorm aan andersoortige horizontale en gelijkwaardiger verhoudingen tussen professionals en burgers/amateurs (sociale netwerken, informele zorg).	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
	Het bevorderen van de eigen kracht van de inwoner verbetert de ervaren kwaliteit van zorg	Omschrijving uit dit onderzoek	2
	Door het netwerk van de patiënt te betrekken, kan zorg zo veel mogelijk thuis worden gegeven.	Omschrijving uit dit onderzoek	

	Gebruik maken van het eigen netwerk maakt samenredzaam.	Werkgroep	
	We zien arbeidsparticipatie als het beste middel om tot maatschappelijke participatie te komen.	Gemeente Arnhem [33]	
	Inwoners die hun eigen kracht benutten, maken minder zorgkosten.	Omschrijving uit dit onderzoek	3
	Het bevorderen van het sociaal netwerk van de inwoner levert lagere zorgkosten op	Omschrijving uit dit onderzoek	3
	Patiënten/bewoners die hun eigen netwerk benutten, maken minder zorgkosten.	Omschrijving uit dit onderzoek	3
	Meer vrijwillige inzet maakt minder professionals nodig. (14)	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	3
7. Dialoog	E-health: Vraaggerichte zorg houdt rekening met de wensen van de patiënt. Patiënten willen goede informatie zodat ze overwogen keuzes kunnen maken. Goede informatie over hun gezondheidsrisico's vergroot het inzicht in de klachten/ziekte en kan complicaties voorkomen. Zelfmanagement en het gebruik van online-zelfhulpprogramma's is hierbij belangrijk.	Functieprofiel POH-GGZ [23]	2
	De inwoner centraal zetten, betekent in dialoog met de inwoner.	Werkgroep	
	Door de inwoner te coachen, kan deze bewust gemaakt worden van zijn/haar eigen kracht.	Jan van Es Instituut [4]	
	In dialoog gaan met de inwoner is een manier om de eigen kracht te bevorderen.	Omschrijving uit dit onderzoek	

In dialoog gaan met de inwoner draagt bij aan de regie-rol van de inwoner.	Omschrijving uit dit onderzoek, Jan van Es Instituut [4]	
In dialoog gaan met de inwoner is een manier om het sociaal netwerk te bevorderen.	Omschrijving uit dit onderzoek	
Door gebruik te maken van gewone taal wordt de patiënt in zijn leefwereld benaderd. Een gelijkwaardige dialoog met de inwoner zorgt voor een grotere ervaren kwaliteit van zorg.	Kruisvereniging & van der Meer et al. [51, 52] Omschrijving uit dit onderzoek	2
Als de patiënt de regie heeft (door dialoog), dan wordt de kwaliteit van zorg beter ervaren.	Omschrijving uit dit onderzoek	2
De huisarts kent zijn of haar patiënten en de patiënten kennen hun huisarts. 'Huisartsen onderhouden een langdurige vertrouwensrelatie met patiënten en hun gezinnen gedurende de levensloop. Door deze langdurige vertrouwensrelatie kan de huisarts contextgerichte zorg op maat bieden en aandacht besteden aan preventie. Vanuit het zorgvuldig opgebouwde vertrouwen kunnen huisartsen controlerend afwachten ('watchful waiting'), het zelfmanagement van patiënten en hun omgeving versterken, hen aanmoedigen tot een gezonde leefstijl en onnodig zorggebruik voorkomen.	Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 [21]	
Klik en een vertrouwensrelatie dragen bij aan de tevredenheid en continuïteit	van der Meer et al. [52], Rijksoverheid [31]	2

	De decentralisaties zijn erop gericht de leefwereld van burgers te bevrijden van het juk van de systeemwereld, waardoor de krachten van de samenleving zich optimaal kunnen ontwikkelen. Overzichtelijkheid en kleinschaligheid (de menselijke maat) zijn daar voor nieuwe ijkpunten. Het doet daarin denkenaan de oude slogan van Philips: sense and simplicity. Het is het primaat van het gezond verstand.	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
8. Dichtbij	De decentralisaties zorgen ervoor dat het accent, zowel in de organisatie van dienstverlening als in het professionele handelingsrepertoire, nadrukkelijk op preventie komt te liggen.	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
	De decentralisaties bieden meer ruimte aan professionals en bevrijden deze van al te strakke protocollen en gedetailleerde verant woordingsregimes.	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
	dichtbij mensen in de wijk --> maatwerk	gemeente Nijmegen [20, 47]	
	Daar waar problemen in de wijk cumuleren, daar is ook de oplossing/oorzaak te vinden.	Hortulanus en Duyvendak zetten hier vraagtekens bij [38]	
	'Zorg aan huis impliceert in de praktijk een wijkgerichtheid van de zorg.'	Expertisegebied wijkverpleegkundige [22]	
	Door de inrichting van een stimulerende sociale en fysieke omgeving gaan inwoners/patiënten hun eigen kracht bevorderen en benutten.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Door de inrichting van een stimulerende sociale en fysieke omgeving gaan inwoners/patiënten hun eigen gezondheid bevorderen.	Omschrijving uit dit onderzoek	

	Om de kosten beheersbaar te houden, is het belangrijk zoveel mogelijk zorg thuis te leveren.	Expertisegebied wijkverpleegkundige [22]	3
	'Vrije-markt-denken' draagt bij aan het efficiënt verdelen van resources. extramurale zorg is daarom efficiënter en meer patiëntgericht	Plochg zet hier vraagtekens bij [13]	
	De decentralisaties willen van een anonieme verzorgingsstaat een herkenbare verzorgingsstad maken, die gebaseerd is op de organisatie van nabijheid met het primaat op de wijk. (Dichter bij de mensen waar het om gaat kan op deze wijze sneller, beter en adequater de dienstverlening worden georganiseerd. Bovendien kan er beter worden aangesloten bij de sociale netwerkene n krachten en - last but not least - professionals kunnen elkaar beter vinden en dus samenwerken. (22)	Hilhorst en van der Lans zetten hier vraagtekens bij [49]	
9. Samenwerken	Het maken van heldere afspraken draagt bij aan een samenhangende organisatie van preventie, welzijn, zorg en informele zorg.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Samenwerking in plaats van concurrentie tussen zorg- en hulpverleners, zorgt ook voor een beter ervaren kwaliteit van zorg.	Omschrijving uit dit onderzoek	2
	Door goede overdracht (van o.a. info) voelt de patiënt zich gekend en erkend.	Berwick et. al. 2008, triple aim [3]	2

Van controle naar vertrouwen bevordert goede samenwerking en gaat concurrentie tegen.	Omschrijving uit dit onderzoek	
De Wijkverpleegkundige houdt alle ontwikkelingen rondom de patiënt bij en zoekt samen met hem of haar naar oplossingen. Daarmee wordt fragmentatie van zorg voorkomen, de complexiteit goed ingeschat en de juiste professional ingeschakeld.	Expertisegebied wijkverpleegkundige [22]	
Van controle naar vertrouwen bevordert de samenhang tussen preventie, zorg, welzijn en informele zorg.	Omschrijving uit dit onderzoek	
Het terugdringen van administratieve lasten zorgt voor een sfeer van vertrouwen in plaats van controle. (en vice versa)	Omschrijving uit dit onderzoek	
Alle inspanningen winnen aan effectiviteit wanneer alle betrokken partijen meer samenwerken en dezelfde doelen nastreven. Geen concurrentie	Plochg [13] & Berwick [30]	
Samenwerking verloopt het best in een beperkte kring van zorgverleners, die elkaar kennen, weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en elkaar kunnen aanspreken op basis van vertrouwen.	Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 [21]	
Huisarts ziet zichzelf als samenwerkings-partner in wijk	Koplopers manifest [44]	
Positionering POH-GGZ binnen huisartsenvoorziening draagt bij aan integraliteit.	Functieprofiel POH-GGZ [23]	
Samenwerkingsverbanden versterken deskundigheid	Beroepsprofiel maatschappelijk werk [24]	

	Samenwerking als uitgangspunt, gaat concurrentie tegen.	Omschrijving uit dit onderzoek	
	Door een flexibele organisatie en flexibele openingstijden kan de zorg grotendeels in het lokaal huisartsensamenwerkingsverband worden geboden.	Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 [21]	
	Registratie en monitoring is een vorm van controle en dit kan een verkeerde incentive afgeven aan professionals en concurrentie in de hand werken.	Berwick [30]	
	Medische kennis en kwaliteitsmonitoring verbeteren de zorg.	Plochg zet hier vraagtekens bij [13]	
	Burgerinitiatieven: vormen van ondersteuning die professionele zorg kunnen ondersteunen.	Gemeente Arnhem [33]	
	Het terugdringen van administratieve lasten zorgt voor lagere zorgkosten per hoofd van de bevolking.	Omschrijving uit dit onderzoek	3
	Gemeente en zorgverzekeraars kunnen voor een bewuste financiëring kiezen. (die geen incentives voor concurrentie afgeeft)	Berwick [30]	

Bijlage C: Kennisvragen voortkomend uit dit onderzoek

Hoofdelement	Bron: Door wie wordt deze vraag gesteld?	Welke vraag wordt gesteld? Wat zijn wensen voor onderzoek? Hoe gebruik maken van kennis?
1. Gezondheid	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Wat is de effectiviteit van interventies? In hoeverre bewezen?
2. Integraal	Vraag van Movisie (2015) over wijkteams [1]	Werken sociale wijkteams integraal?
	Vraag van WMO-raad Amsterdam [37]	Zijn professionals in de eerste lijn voldoende toegerust om cliënten met uiteenlopende beperkingen en vragen goed op te kunnen vangen? (‘De beoogde uitbreiding van de verantwoordelijkheden van de eerste lijn vinden we verontrustend. Professionals in de eerste lijn zijn niet zonder meer toegerust om cliënten met uiteenlopende vragen en beperkingen goed op te kunnen vangen.')
	Vraag van Movisie (2015) over wijkteams [1]	is het wenselijk dat sociale wijkteams ook enkelvoudige vragen oppakken? Het takenpakket wordt zo al gauw erg breed met mogelijk een hoge werkdruk en/of wachtlijsten als gevolg.
	Paes [16, 50]	Hoe beïnvloedt het Lalonde-patroon van de diverse intermediaire factoren op wijkniveau gezondheid?
	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Hoe kunnen we AMPHI's verbindende rol versterken?

	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Verbinding beleidssectoren: Hoe krijg je fysieke/ruimte-ontwikkeling mee in sociale beleidsdoelstellingen?
	Vraag vanuit Rijksoverheid [31]	Inzicht in cumulatie van risicofactoren
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Wat zijn de opbrengsten/resultaten van gezondheidsmakelaars (in de regio Gelderland-Zuid) die de opdracht hebben om verbindingen te leggen in hun wijk/gemeente, de integrale aanpak te verbeteren en verbindingen tussen preventie en het sociale domein te realiseren?
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Hoe kan een optimale verbinding tussen de geboden ondersteuning binnen het onderwijs (passend onderwijs)en vanuit de gemeente (jeugdwet) georganiseerd worden?
	Vraag van Hilhorst en van der Lans [49]	Worden regels en bureaucratie een kleinere belemmering?
	Hilhorst en van der Lans [49]	In de wijkteams missen specialisten op gebieden als werk en inkomen en sociale dienst. Wijkteams vormen een nieuwe koker. (21). Specialisten wantrouwen de generalist, terwijl het juist gaat om het delen van kennis. Hoe maak je tijd, ruimte en geld beschikbaar om elkaar op te zoeken? (22)
3. Populatiegericht	Vraag van Duyvendak & Hortulanus [38]	Waarom wordt er voor een wijkaanpak gekozen? En niet voor een individuele of groepsaanpak?
	Paes [16]	Onderzoeksmethodiek: Verhalen voegen ervaringskennis en betekenis toe aan cijfers (de werkwijze brengt complexe processen die genuanceerd weergegeven moeten worden). Nieuwe onderzoeksmethoden voor verschillende soorten kennis. (Paes, 2013, 125).
	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Maken van geografische kaarten met gegevens over de wijk. (Met MIMS?)
	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Actie-gericht onderzoek (kwalitatief)

	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Gebruik van big data
	Vraag vanuit Rijksoverheid [31, 36]	Gezondheidsprofielen per wijk
	Vraag vanuit Rijksoverheid [31, 36]	Monitor sociaal domein, indicatorenset
	Vraag vanuit Rijksoverheid [31, 36]	Beleidsonderzoek gezonde leefstijl
	Vraag vanuit Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 [21]	Gebruik dorp- of wijkscans,
	Huisarts & Gemeente: Samen werken in de wijk (LHV en VNG) [46]	Gemeente moet de huisartsen voorzien in sociale kaart en wijkscans
	Vraag vanuit Nijmeegs Koplopers Manifest [44]	Kennis verzamelen in en delen met het veld.
	Koelen, M.A., L. Vaandrager en A. Wagemakers [14]	Gebruik van tools om resultaten zichtbaar te maken en te evalueren.
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Welke varianten/uitbreidingen van de wijkanalyses/profielen zijn nodig, bijvoorbeeld rondom zorgkosten? Welke cijfers van de zorgverzekeraars kunnen inzichtelijk maken of het lukt om de gewenste verschuiving van 2e lijn naar 1e lijn naar 0e lijn te maken?
	Duyvendak & Hortulanus zetten hier vraagtekens bij [38]	Woongebieden met een lage SES blijken onderling aanzienlijk te verschillen in negatieve en positieve kenmerken. Leefbaarheid is lang niet altijd in geding. Welke kennis is bruikbaar voor populatiegericht werken?
4. Collectief èn individueel	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	De keten voor diabetes en obesitas in kaart brengen en verbinden
	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Resultaten van wijkanalyses delen met de wijk, dat brengt mensen in beweging.
	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Pilots die succesvol blijken: ook geld beschikbaar stellen om het op grote schaal toe te passen.

5. Preventief	Movisie [1]	P.18: Veel SWT's (67%) werken ook outreachend.' 'Zie ook het onderzoek van Platform31 en de Universiteit Twente (Oude Vrielink, van der Kolk & Klok, 2014), die juist concluderen dat in bijna de helft van de door hen onderzochte sociale (wijk)teams proactieve signalering geen deel uitmaakt van het takenpakket van het team. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zij voor het onderzoek gesproken hebben met teamleiders en dat in dit onderzoek ambtenaren bevraagd zijn en er dus mogelijk een discrepantie is tussen beleid en praktijk.' In hoeverre werken sociale wijkteams outreachend?
	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Integrale kosten-baten analyses. Zijn de zorgkosten lager als de kokers doorbroken worden? Kan de decentralisatie zo zorgen voor een economie waarin preventie loont?
	Werkgroep	Wat zijn de effecten als je een deel van het zorg-budget (van een gemeente of ziekenhuis) overhevelt naar de eerste lijn?
	Vraag vanuit de uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Hoe kunnen we studenten Geneeskunde en BMW de relevantie van wijkkennis en preventie laten ervaren?
	Vraag vanuit Rijksoverheid [31]	Hoe is preventie structureel in het zorgstelsel te borgen?
	Vraag vanuit Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 [21]	Effectiviteit van preventie en zorg onderzoeken d.m.v. benchmarks.
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Hoe preventie in het sociale domein vorm te geven? Waar zitten hierin de kansen, zowel voor de transitie jeugdzorg als voor ouderen?
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Wat is de meerwaarde voor gemeenten om preventie in het sociale domein te verbeteren/verstevigen? Wat prikkelt de gemeenten hierin? En wat is hierin het laaghangend fruit? Welke handelingsperspectieven hebben gemeenten hierin? Wat zijn werkbare manieren om preventie in het sociale domein te organiseren?
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Hoe maak je het preventieve aanbod behapbaar?

	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Individuele preventie is bekender dan collectieve. Hoe kan collectieve preventie worden vormgegeven?
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Welke investeringen zijn nodig in de 0e en 1e lijn om kosten in de 2e lijn te voorkomen? Hoe kun je als gemeenten deze investeringen realiseren en wat levert het uiteindelijk op? Ook in termen van wanneer levertdeze investering je rendement op/verdient zich terug?
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Hoe zorg je dat je meer vanuit de 1e lijn preventie organiseert, ipv vanuit de 0e of de 2e lijn? Hoe kun je als gemeente de gewenste verschuiving meer stimuleren/faciliteren/ondersteunen, wat zijn dan effectieve en doelmatige dingen om te doen?
6. Eigen kracht	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Werken de decentralisaties daadwerkelijk emancipatoir? Hoe is dat te bereiken? Zelfredzaamheid en eigen kracht worden nogal eens verward met eigen verantwoordelijkheid. Terwijl het juist om een samenspel gaat: Zowel professional als patiënt en netwerk werken hard aan hetzelfde doel. (11) Afname eigen kracht conferenties (12). Wijkteams worden overladen met 'regelzaken' die niet kunnen wachten op een netwerkberaad. (13) Zowel hulpverleners als hulpvragers zijn terughoudend in het betrekken van hun netwerk (11). 'Eigen kracht' is uit de gratie. Het wordt niet meer gezien als een recht, maar als een plicht/verantwoordelijkheid. (14)
	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Hoe kan de zorg zo georganiseerd worden, dat het de participatiesamenleving bevordert? Wat is er nodig om de informele krachten in de samenleving een gelijkwaardige rol te geven? Welke sociale infrastructuur hoort daarbij? En Welke financiële belemmeringen en stimulansen? (15-16)
	Vraag vanuit beroepsprofiel Maatschappelijk werk [24]	Hoe zorg je dat ook weerbare burgers breder verantwoordelijkheid nemen voor het samen leven,

		waarbij zij ook de kwetsbare burgers in het vizier krijgen?
	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Het gaat bij vrijwilligerswerk en professionals niet om communicerende vaten, maar om een samenspel tussen vrijwilliger inzet en professionals. De zorg moet anders georganiseerd worden. (14) Hoe zouden vrijwillige inzet en professionele zorg/hulp zich tot elkaar moeten verhouden?
	Vraag vanuit uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Hoe werkt informele zorg?
7. Dialoog	Werkgroep	Welke voorbeelden van E-health zijn Integraal Wijkgericht? Onder welke voorwaarden?
	Vraag van Paes [16]	Onderzoek nodig naar: Relatie tussen werker en wijkbewoner in de zin van een dubbel actorschap (professionals en wijkbewoners zijn beide handelende subjecten, ook zieke wijkbewoners).
	Vraag van van der Meer et al. [52]	Wat zijn de meerwaarde en bevorderende factoren van de leefwereldbenadering onder verschillende professionals?
	Werkgroep	Wat betekent ‘de patiënt heeft de regie’? En welke gevolgen heeft dat in de uitvoering/praktijk?
	Vraag van Movisie [35]	23% van de gemeenten wenst extra ondersteuning. 37% daarvan bij het betrekken van bewoners/cliënten.
	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Hoe kunnen beleidsmakers zich laten inspireren door de leefwereld zodat ze het systeem goed kunnen vormgeven? (Ervaringsdeskundigen kunnen zich verplaatsen in het perspectief van de ander. Hulpverleners en beleidsmakers moeten samenwerken met ervaringsdeskundigen. (16-18))

	Vraag van Hilhorst en van der Lans [49]	De verleiding van de morele afkeer is een bekend verschijnsel onder hulpverleners. Hoe vecht je daar tegen? Hoe zorg je dat je jouw normen niet oplegt aan je patiënt en vervolgens teleurgesteld en verzuurd raakt? Hoe zorg je dat de patiënt de regie krijgt en je niet paternalistisch wordt?
	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Wat is het perspectief van burgers t.a.v. het sociaal domein (ervaren zij nabijheid van zorg, passendere zorg, snellere, effectievere, kwalitatief hoogwaardige hulpverlening, duurzaamheid van de geboden ondersteuning (is het ingezette traject een adequate oplossing voor het probleem) en het principe van '1 gezin, L plan, L regisseur' enz.). En hoe breng je dit in betrouwbaar in beeld?
8. Dichtbij	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Zorgt decentralisatie dat het accent verlegd wordt naar preventie? Op welke manier werkt dit dan in de praktijk?
	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Hoe bieden de decentralisaties meer ruimte aan prefessionals? Generalisten hebben vaak niet het mandaat en lopen aan tegen bureaucratische procedures. Maar ze zijn ook huiverig voor te veel verantwoordelijkheid. (21)
	Vraag van Hortulanus en Duyvendak [38]	Hoe vaak ligt de (adequate) oplossing binnen de wijk van een inwoner?
	Expertisegebied wijkverpleegkundige [22]	Een complicerende factor is het feit dat de eerstelijnshulpverleners vaak op verschillende locaties werken, elkaar niet of onvoldoende kennen en gewend zijn solistisch te werken.' Hoe is dit te doorbreken?
	Plochg [13]	Is extramurale zorg patiëntgericht? Vrije-markt-denken kan leiden tot concurrentie en Kosten-effectiviteitsstudies. Deze nadruk op efficiëntie bedreigt de effectiviteit/kwaliteit als er geen doelen zijn geformuleerd (outcome). Extramurale zorg maakt de taak van zorgverlening beschikbaar voor meer instituties, die elkaar beconcurreren, dus

		overvloedigekwaliteitsmonitoring/verantwoording en minder samenwerking, meer fragmentatie. (28-29, Plochg)
	Vraag van Hilhorst en van der lans, Nabij is beter II [49]	Wijkteams worden overladen en komen daarom niet toe aan verbinding leggen met informele netwerken en sociale verbanden in de wijk. (11) Een wijk telt zomaar 100 professionals in zorg en ondersteuning. Het is bijna niet te doen om elkaar te kennen. Hebben huisartsen de mogelijkheid om professionals [en inwoners] in hun wijk te leren kennen? (23)
9. Samenwerken	Plochg [13]	Zijn medische kennis en kwaliteitsmonitoring uitsluitend positief? Overvloed aan medische kennis leidt tot specialisatie, dat leidt tot concurrentie en monopoly, dat leidt tot overmatige verantwoording door kwaliteitsmonitoring + een smalle blik en gefragmenteerde zorg. (26-28, Plochg)
	Werkgroep	Ervaren bewoners de ruimte om mee te beslissen in de organisatie van zorg en ondersteuning in hun omgeving? Hoe wordt dat vorm gegeven?
	Werkgroep	In welke setting werkt het wel/niet om deskundigheid naar voren te halen?
	Werkgroep	Hoe kun je bepalen wie de regie krijgt in een complexe casus?
	Koelen, M.A., L. Vaandrager & A. Wagemakers [14]	meten van en training in samenwerkingscompetenties.
	Vraag vanuit uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Transmurale zorg. Hoe kan ziekenhuiszorg aangesloten worden bij IWW? Hoe is de samenwerkingskloof tussen ziekenhuis en wijk te dichten?
	Vraag vanuit uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Hoe verbinding leggen tussen specialist ouderengeneeskunde, HA en gemeente? (In Nijmegen)
	Vraag vanuit uitwisselingsbijeenkomst IWW bij ELG	Verwijssystematiek: wat kan sociaal wijkteam aan, wanneer moet opgeschaald, wanneer moet afgeschaald, wanneer volstaat generalistische basiszorg?

Vraag vanuit Rijksoverheid [31, 36]	Onderzoek naar samenwerking op lokaal niveau.
Vraag vanuit Rijksoverheid [31, 36]	Benutten expertise landelijke programma's.
Vraag van Movisie [1]	Behoefte aan kennis over registreren en monitoring, bekostiging, privacy.
Vraag van Movisie [35]	23% van de gemeenten wenst extra ondersteuning, vooral op het vlak van registratie, meten en monitoren (51%),
Vraag van Movisie [35]	23% van de gemeenten wenst extra ondersteuning. 33% daarvan bij de samenwerking met wijkverpleegkundige en huisarts.
Vraag vanuit beroepsprofiel maatschappelijk werk [24]	Reflectie van professionals o.b.v. praktijktheorie en wetenschappelijke kennis. Kennisontwikkeling als cyclisch proces
Vraag van Hilhorst en van der Lans [49]	In het beleidsmatige gesprek over het sociale domein moeten de verhalen van de werkvloer en de kennis die daaruit voortvloeit een grote rol krijgen (26-28).
Vraag van Hilhorst en van der Lans [49]	Kennis niet verdelen, maar delen onder professionals.
Wagemakers [39]	Gebruik coördinated action checklist voor feedback en discussie.
Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI	Hoe krijg je als gemeente de 1e lijn mee? Hoe stimuleer/faciliteer/organiseer je als gemeente een optimale samenwerking (en het 'over nieuwe en/of oude schaduwen heen stappen') tussen verschillende partijen (0e en Le lijn) in de zorg voor jeugdigen/inwoners?
Centrum voor Ethiek en Gezondheid [53]	Hoe gaat men om met privacy en beroepsgeheim bij integrale samenwerking?

Buiten de negen hoofdelementen, zijn er ook enkele algemene vragen:

Algemene kennisvragen over IWW	Bron
Wat is de discrepantie tussen denkbeelden/visie van verschillende partijen en de praktijk?	Werkgroep
Vergelijking landelijke visie's met lokale visies en praktijk.	Werkgroep
Wat is de oorzaak-gevolg-relatie van de verschillende principes die men noemt?	Werkgroep
Hoe maak je als gemeente de bedoeling van de kanteling (transitie en transformatie) en de resultaten van de kanteling zichtbaar? Hoe kan de gemeente op een adequate manier de resultaten en opbrengsten van de gemaakte lokale keuzes t.a.v. het sociaal domein in beeld brengen & hoe voorkom je onbedoelde effecten / perverse prikkels?	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI
Wat zijn korte, slimme manieren om met de dataverzameling (kwantitatief en kwalitatieve data) de resultaten van de kanteling zichtbaar te maken?	Quickscan Kennisvragen sociaal domein ingediend door AMPHI

Referenties

1. Van Arum, S. and R. Schoorl, *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht: State of the art najaar 2014*. 2015, Utrecht: Movisie.
2. Berwick, D.M., T.W. Nolan, and J. Whittington, *The Triple Aim: Care, Health, And Cost.* Health Affairs, 2008. **27**(3): p. 759-769.
3. Boersma, S.G., S.; Van Schoor, G., *White paper Integraal Wijkgericht Werken Eerstelijnsgeneeskunde*. 2015, Nijmegen: Radboud UMC Eerstelijnsgeneeskunde.
4. Bruijnzeels, M., *De 7 stappen op weg naar triple aim*. 2014, Almere: Jan van Es Instituut.
5. Hayen, A.P., et al., *Incorporating shared savings programs into primary care: from theory to practice.* BMC Health Services Research, 2015. **15**(1).
6. Jan van Es Instituut, OptiMedis, and Vilans. *Triple aim: shared savings*. 2016 23-08-2016]; Available from: http://www.triple-aim.nl/.
7. Goodwin, N., *Presentatie: Integrated Care: How do we organise value for money across the world?* 2015, International Foundation for Integrated Care: Oxford.
8. Huber, M., *HEALTH: HOW SHOULD WE DEFINE IT?* BMJ: British Medical Journal, 2011. **343**(7817): p. 235-237.
9. Huber, M., *Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid.* Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen : Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2013. **91**(3): p. 133-134.
10. Fransen, G., et al., *De verbindende schakel naar effectievere lokale gezondheidsbevordering: Het logisch model van de gezondheidsmakelaar*. 2014, Nijmegen: GGD Gelderland-Zuid.
11. Valentijn, P.P., et al., *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care.* International Journal of Integrated Care, 2013. **13**(1).
12. Valentijn, P.P., et al., *Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach.* BMC Family Practice, 2015. **16**(1).
13. Plochg, T., *Building a Tower of Babel in health care? : theory & practice of community-based integrated care*. 2006, s.n.]: [S.l. :.
14. Koelen, M.A., L. Vaandrager, and A. Wagemakers, *The Healthy ALLiances (HALL) framework: prerequisites for success.* Family practice, 2012. **29**(Suppl 1): p. i132-i138.
15. Gezond in de stad. *Integrale aanpak*. Gezond In...: Stimuleringsprogramma GIDS Lokale aanpak gezondheidsachterstanden 17-8-2016]; Available from: http://www.gezondin.nu/themas.
16. Paes, M., *50 jaar GVO en Gezondheidsbevordering: Geschiedenis van het wijkgericht werken aan gezondheid (deel 2): Markeerpunten in beleid en praktijk.* TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2013. **91**(2): p. 121-127.
17. *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. 15-08-2016]; Available from: http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2016-08-01.
18. *Participatiewet*. 15-08-2016]; Available from: http://wetten.overheid.nl/BWBR0015703/2016-07-01.
19. *Jeugdwet*. 15-08-2016]; Available from: http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2016-08-01.
20. Gemeente Nijmegen, *Beleidskader Wmo & Jeugd 2015 – 2018*. 2014, Nijmegen: Gemeente Nijmegen.
21. NHG & LHV, *Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022*. 2012, Utrecht: Landelijke Huisartsen vereniging & Nederlands Huisartsen Genootschap.

22. De Bont, M., et al., *Expertisegebied Wijkverpleegkundige*. 2012, Utrecht: Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
23. LHV & NHG, *Functie- en competentieprofiel POH-GGZ*. 2014, Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap, PsyHAG, InEen & samenwerkende hogescholen.
24. NVMW, *Beknopt beroepsprofiel van de maatschappelijk werker: een samenvatting*. 2011, Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
25. Van der Aa, M., et al., *Measuring renewed expertise for integrated care among health- and social-care professionals: Development and preliminary validation of the ICE-Q questionnaire.* Journal of Interprofessional Care, 2016. **30**(1): p. 56-64.
26. Van den Broeke, J., et al., *Renewing the expertise of health and social care professionals to provide integrated care: Evaluation of an intervention in a deprived Dutch neighbourhood.* European Journal for Person Centered Healthcare, 2015. **3**(4).
27. Cauffman, L., *Lezing: Oplossingsgericht werken in de wijk*. 2016.
28. Paes, M., *Double actorship in community health work from the perspectives of presence and empowerment.* Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 2009. **18**(1): p. 6.
29. Bureau Taal. *Eenvoudig Nederlands*. 17-08-2016]; Available from: http://www.bureautaal.nl/eenvoudig-nederlands-26.
30. Berwick, D.M., *Lezing: The moral era*. 2015, Institute for Healthcare Improvement
31. Schippers, E.I. and M.J. Van Rijn, *Kamerbrief Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019*. 2015, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
32. NPCF. *Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn.* 2012 25-05-2016; Available from: https://www.npcf.nl/nieuws/visie-van-de-npcf-zorg-in-de-toekomst
33. Gemeente Arnhem, *De transitie naar een veerkrachtig Arnhem: BELEIDSPLAN Jeugd & Wmo 2015-2016* 2014, Arnhem: Gemeente Arnhem.
34. Scholte, M.A., et al., *Individueel sociaal werk in de wijk: Modulen als bouwstenen voor hulp- en dienstverlening*. 2011, Movisie &Hogeschool InHolland: Utrecht en Haarlem. p. 5-6.
35. Van Arum, S. and R. Schoorl, *Sociale (wijk)teams in beeld: stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015)*. 2016, Utrecht: Movisie.

35b. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Discussienota*. 2010, Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, publicatienummer 10/05.

36. Schippers, E.I., *Landelijke nota gezondheidsbeleid: gezondheid dichtbij*. 2011, Den Haag: Ministerie van Volksgeozndheid, Welzijn en Sport.
37. Stedelijke Wmo-Adviesraad Amsterdam, *Advies van de Stedelijke Wmo-Adviesraad Amsterdam over: Uitvoeringsplan gezamenlijke acties Wmo-basisvoorzieningen stadsdelen*. 2013, Amsterdam: Stedelijke WMO-Adviesraad.
38. Duyvendak, J.W., R.P. Hortulanus, and H. Krijnen, *De gedroomde wijk : methoden, mythen en misvattingen in de nieuwe wijkaanpak*. Forum essay; Forum essay. 1999, Utrecht: Forum: Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.
39. Wagemakers, A., et al., *Coordinated action checklist: a tool for partnerships to facilitate and evaluate community health promotion.* Global Health Promotion, 2010. **17**(3): p. 17-28.
40. Wielinga, H.E. *Networks with free actors*. in *19th European Seminar on Extension Education*. 2009. Citeseer.
41. Frey, B.B., et al., *Measuring collaboration among grant partners.* American Journal of Evaluation, 2006. **27**(3): p. 383-392.
42. Berkum, v., I., *Integrale, wijkgerichte zorg en welzijn in de eerstelijnszorg*. 2016, Radboud Universiteit: Nijmegen.
43. Taylor-Powell, E., L. Jones, and E. Henert, *Enhancing Program Performance with Logic Models.* 2003, University of Wisconsin-Extension, http://www.uwex.edu/ces/lmcourse/: Madison, Wisconsin.

44. Koplopers, *Nijmeegs Manifest: Betere gezondheidszorg voor minder geld. Het kan!* 2010, Nijmegen: UMC St Radboud: Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Koplopers.
45. WMO adviesraad Nijkerk, *Advies Rapportage Preventief Huisbezoek*. 2012, Nijkerk: WMO adviesraad Nijkerk.
46. LHV & VNG, *Huisarts & Gemeente: Samen werken in de wijk*. 2013, Utrecht: Landelijke Huisartsen vereniging & Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
47. Gemeente Nijmegen, *Startnotitie beleidskader Wmo & Jeugd 2015-2018*. 2014, Gemeente Nijmegen: Nijmegen.
48. van Bon-Martens, M., H. Treurniet, and H. van Oers, *Quick Scan regionale kennisagenda publieke gezondheid voor het sociaal domein*. 2015, Utrecht: ZonMW & Kerngroep Kennisinfrastructuur Publieke Gezondheid.
49. Hilhorst, P. and J. Van der Lans, *Nabij is beter II: Over het inlossen van de beloften van de decentralisaties*. 2016, Kwaliteits Instituut Nederlandse Gemeenten & Vereniging Nederlandse Gemeenten: Den Haag.
50. Paes, M., *50 jaar GVO en Gezondheidsbevordering: Geschiedenis van het wijkgericht werken aan gezondheid (deel 1): Wat is gezondheid en wat is een wijk?* TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2013. **91**(1): p. 68-73.
51. Lotterman, L., *De wijkzuster terug. Een kanteling in denken en doen*. 2012, Roosendaal: Regionale Kruisvereniging West-Brabant.
52. van der Meer, E.H., C. Berns, and C. Vreugde, *De Kracht van het Alledaagse: Een onderzoek naar kenmerken, bepalende factoren en meerwaarde van de leefwereldbenadering in de wijkverpleging*. 2016, Amersfoort: BMC Advies & Regionale Kruisvereniging Noord-Brabant.
53. Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Samen zorgen in de wijk: Signalering Ethiek en gezondheid 2016*. 2016, Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.