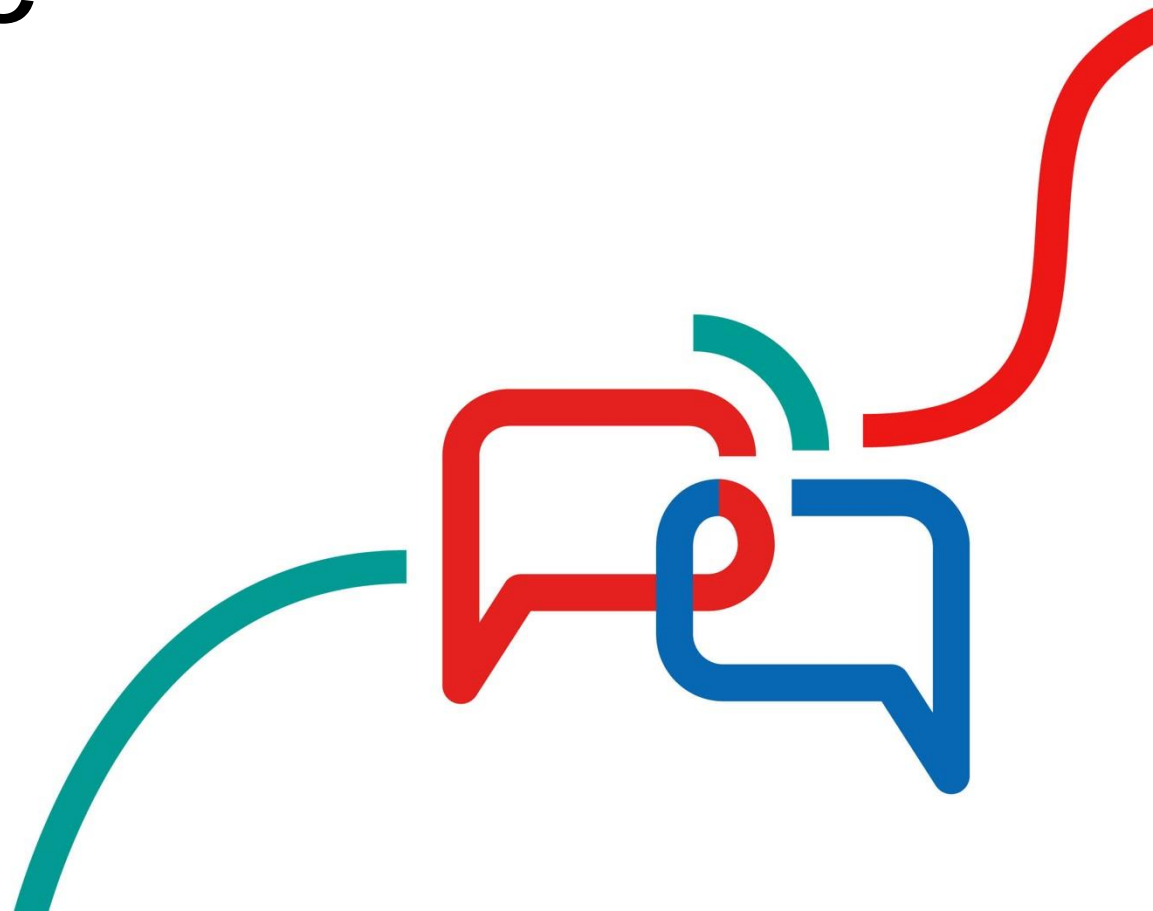


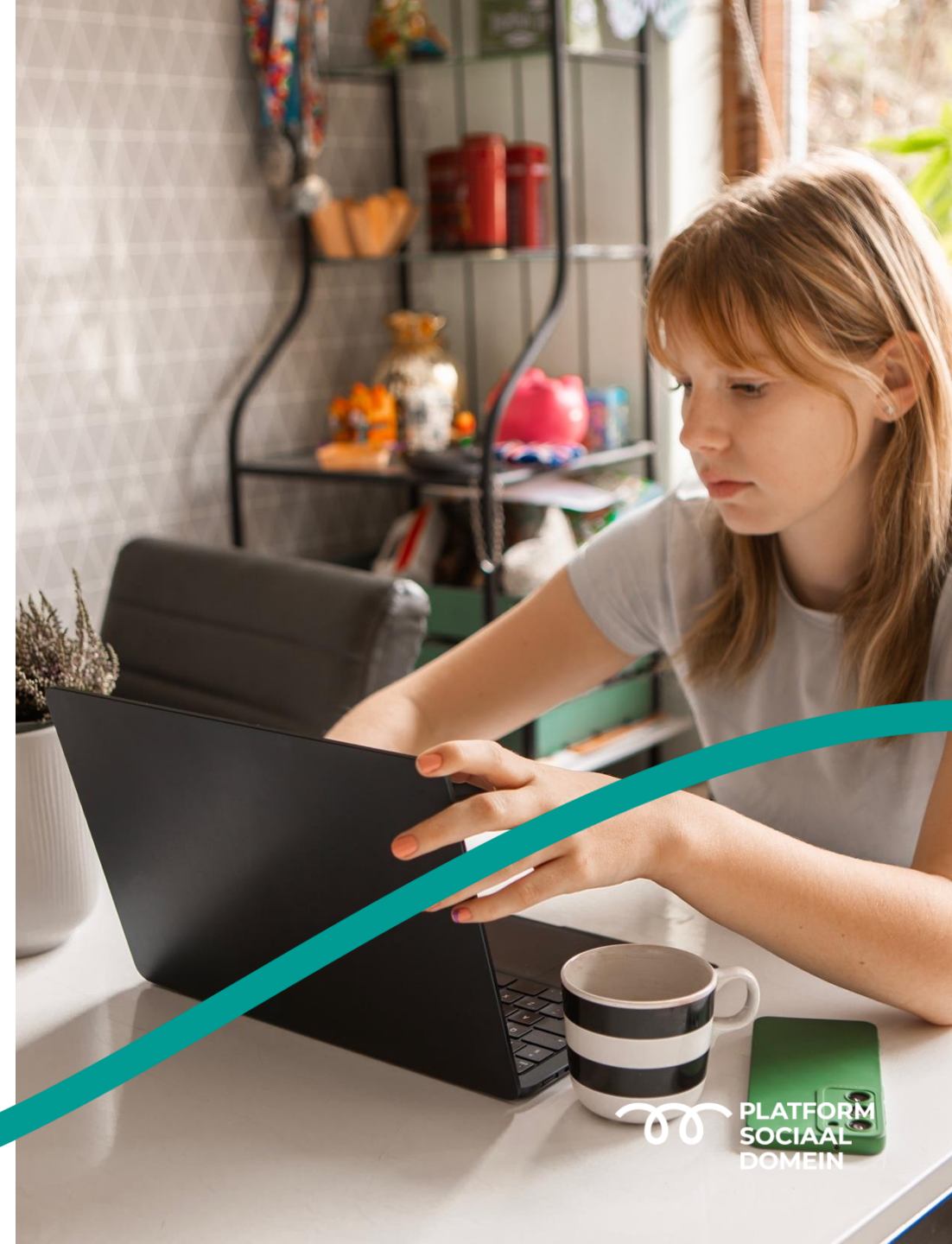
Sociaal-medische samenwerkingen

Analyse



In deze presentatie

1. Over de analyse
2. Algemene bevindingen
3. Bevindingen per cluster
 - Inrichtingsvormen
 - Levensfase
 - Medisch geïnitieerd vs. sociaal geïnitieerd
4. Aan de slag met de uitkomsten



1. Over de analyse

Doel van de analyse

Beter zicht krijgen op de succesfactoren, uitdagingen en levensloop van sociaal-medische samenwerkingen om betere ondersteuning te kunnen bieden.



1. Over de analyse

- Al veel mooie, bestaande voorbeelden van sociaal-medische samenwerkingen.
- Tegelijkertijd: te weinig zichtbaarheid, onderlinge uitwisseling en ondersteuning.
- Dit leidt onder andere tot:
 - Stagnatie van initiatieven;
 - Initiatieven die keer op keer zelf het wiel moeten uitvinden;
 - Beperkte aansluiting van landelijke wet- en regelgeving op lokale praktijk.

1. Over de analyse

Methode

30 interviews met initiatieven:

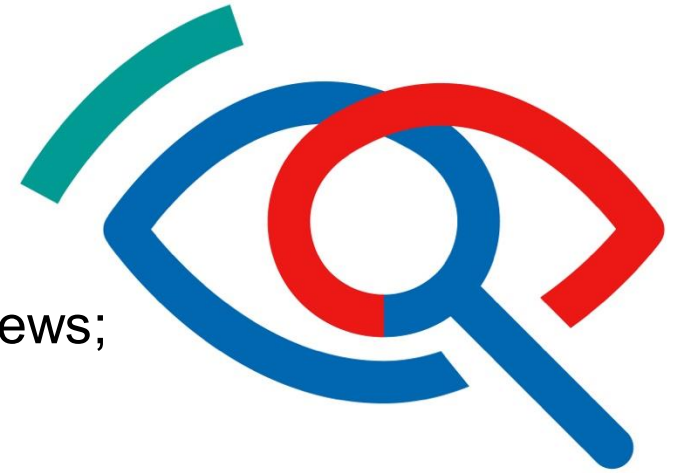
- Verspreid door het land;
- Van buurniveau tot landelijk en alles daartussen;
- Uiteenlopende doelgroepen: mentale gezondheid, curatieve zorg, levensfase-specifiek, buurt-specifiek, etc.



1. Over de analyse

Analyse

- Codering en categorisering van uitkomsten interviews;
- Op zoek naar algemene patronen én opvallende verschillen tussen (clusters) initiatieven



2. Algemene bevindingen

Sociaal-medische samenwerkingen



Overkoepelende kenmerken, succesfactoren en uitdagingen



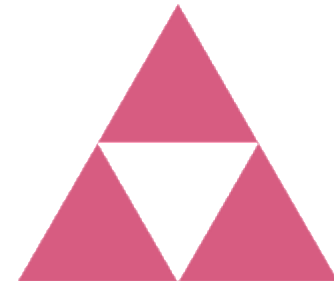
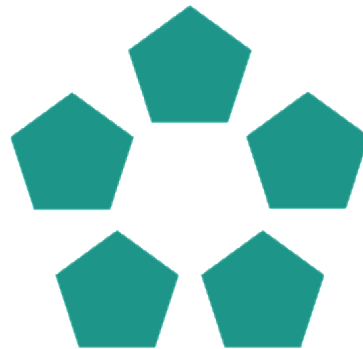
Clustering per inrichtingsvorm



Clustering per levensfase



Clustering per initiator



2. Algemene bevindingen

Overkoepelende kenmerken, succesfactoren en uitdagingen

- Algemene uitgangspunten/doelstellingen
- Algemene succesfactoren
- Algemene uitdagingen

2. Algemene bevindingen

Overkoepelende kenmerken, succesfactoren en uitdagingen

Algemene uitgangspunten/doelstellingen

- **Gezondheid en preventie dichtbij de inwoner:** nadruk op positieve gezondheid, laagdrempelig en wijkgericht werken, versterken van zelf- en samenredzaamheid en meer regie bij de inwoner.
- **Toekomstbestendige en doelmatige zorg:** juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek, gebruik van voorliggende voorzieningen, focus op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.
- **Inwoners krijgen sneller passende ondersteuning:** minder wachttijd en doorverwijzingen, vroegtijdige signalering en preventie, maatwerk bij chronische en complexe problematiek, en stabiele ondersteuning in de wijk.

2. Algemene bevindingen

Overkoepelende kenmerken, succesfactoren en uitdagingen

Algemene succesfactoren

- **Sterke kartrekker(s)** met visie, overtuigingskracht en doorzettingsvermogen om het initiatief te starten en te laten groeien.
- Lef en experimenteerruimte om **over grenzen heen** te kijken en nieuwe werkwijzen te proberen.
- **Vroegtijdige samenwerking** met de juiste partijen, gericht op een gezamenlijke visie en taal.
- **Doen, leren, aanpassen** in plaats van te lang praten aan de voorkant.

2. Algemene bevindingen

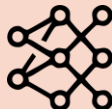
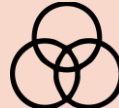
Overkoepelende kenmerken, succesfactoren en uitdagingen

Algemene uitdagingen

- **Sterke kartrekker(s)** met visie, overtuigingskracht en doorzettingsvermogen om het initiatief te starten en te laten groeien.
- Lef en experimenteerruimte om **over grenzen heen** te kijken en nieuwe werkwijzen te proberen.
- **Vroegtijdige samenwerking** met de juiste partijen, gericht op een gezamenlijke visie en taal.
- **Doen, leren, aanpassen** in plaats van te lang praten aan de voorkant.

3. Bevindingen per cluster: inrichtingsvorm

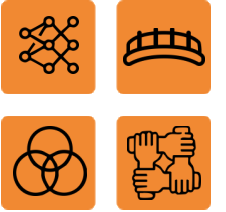


Model	Kern	Werking	Kenmerken	Symbool
Netwerkmodel	Losse samenwerking; ieder blijft zelfstandig.	Professionals kennen elkaar, ontmoeten en stemmen af per casus.	Geen formele structuur, wel vertrouwen en gedeelde visie/projecten.	
Brugfunctie-model	Schakelpersoon tussen medisch en sociaal domein.	Brugfunctionaris kent beide domeinen en verwijst inwoners/collega's door.	Samenwerking belegd bij één persoon of functie.	
Teammodel	Vast multidisciplinair team.	Iedereen werkt vanuit eigen organisatie maar met gezamenlijke werkwijze en aanspreekpunt.	Meer geïntegreerd; nadruk op één team naar buiten toe.	
Gemeenschaps-model	Gemeenschap organiseert zelf zorg en welzijn.	Bewoners nemen taken op zich; professionals/gemeente sluiten ondersteunend aan.	Alternatief of aanvulling op professionele samenwerking; gemeenschap centraal.	

Inrichtingsvormen naar het model van Hilhorst & van den Wijngaart (2024)*: Zij onderscheiden drie inrichtingsvormen.

Naar aanleiding van deze analyse een vierde vorm toegevoegd: het gemeenschapsmodel.

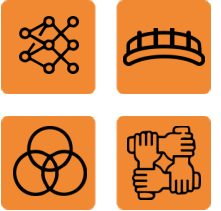
3. Inrichtingsvormen: wat valt op?



Centrale rol van de inwoner, maar verschillend ingevuld

- In alle modellen staat de inwoner centraal: dichtbij, passend, regie waar mogelijk.
- Toch verschilt de praktijk: in netwerk-, brug- en teammodellen blijft de inwoner vooral het uitgangspunt binnen een systeemgestuurde aanpak, terwijl in het gemeenschapsmodel de inwoner echt aan de knoppen zit en initiatiefnemer is.

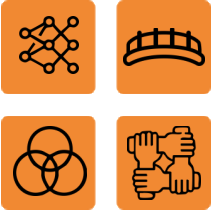
3. Inrichtingsvormen: wat valt op?



Samenwerking altijd noodzakelijk, maar anders georganiseerd

- Overall is samenwerking sleutelwoord, maar de vorm varieert:
 - informeel (netwerk),
 - via een functionaris (brugfunctie),
 - structureel in teams (teammodel),
 - of bottom-up met systeempartijen die aansluiten (gemeenschapsmodel).
- Het spanningsveld tussen flexibiliteit en borging is duidelijk zichtbaar: waar het informeel is, is men wendbaar maar kwetsbaar; waar het structureel is, ligt er meer stevigheid maar ook meer last van domeinschotten.
 - Gemeenschap = radicaal anders, vanuit inwoner.
- Wat opvalt: hoe verder richting institutionalisering, hoe meer men botst met regels en structuren; hoe lichter, hoe meer afhankelijk van individuen en tijdelijke energie.

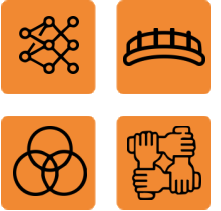
3. Inrichtingsvormen: wat valt op?



Financiering als grootste bottleneck

- In alle modellen terugkerend probleem: structurele bekostiging ontbreekt.
- Verschil: in netwerk- en brugfunctiemodellen ontbreekt financiering vooral voor de samenwerking zelf (afstemming, overleg). In team- en gemeenschapsmodellen botst het vooral met bestaande domein- of verzekeringsstructuren.

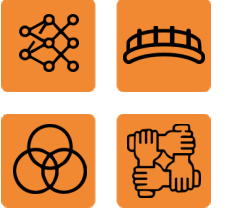
3. Inrichtingsvormen: wat valt op?



**Bestuurlijke betrokkenheid steeds weer genoemd,
maar verschillend van aard**

- In systeemgedreven modellen (netwerk, brug, team) gaat het vaak om formele steun van bestuurders om samenwerking te legitimeren.
- In het gemeenschapsmodel is bestuurlijke/ambtelijke betrokkenheid meer faciliterend en ruimtegevend: de gemeente moet lef tonen en niet te veel sturen.

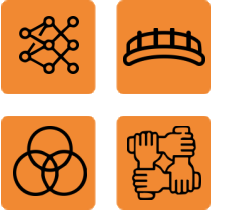
3. Inrichtingsvormen: wat valt op?



Taal- en systeemverschillen als constante barrière

- In alle modellen spelen verschillen in taal, logica, ICT en juridische kaders (AVG, domeinschotten).

3. Inrichtingsvormen: wat valt op?



Mate van institutionalisering

Er zit een soort schaal in de mate van institutionalisering:

- Netwerk = licht, relationeel.
- Brugfunctie = concreet, via rol of professional.
- Team = stevig ingebed, structureel.

3. Indeling per inrichtingsvormen



- MooiMaasvallei
- Brugprogramma MGZ Noord Holland Noord - Rafaelstichting
- Het Verkennend gesprek Purmerend
- Project Diigitaal Gezondheidscentrum (DGC)
- Wijk safari's West Friesland
- De Buurt als Ecosysteem (BAES)
- Kansrijke Start – JGZ Kennemerland
- Leernetwerken



- PlusPraktijken
- Welzijn op Recept
- PO Sociaal Leiden - Buzz Leiden
- WijkGezond
- Med-soc verbonden
- POH Jeugd
- Bevorderen mentale gezondheid jongeren
- Gezond Leven Punt



- KOO 's-Hertogenbosch
- Optimaal Leven
- Buurts Haarlem - Zorgbalans
- De Wijkkliniek
- SamenSterkerThuis
- InBegrepen
- Inloophuis Silvolde
- RIGA



- Zorgzame Gemeenschappen
- Mens door Mens

3. Bevindingen per cluster: levensfase



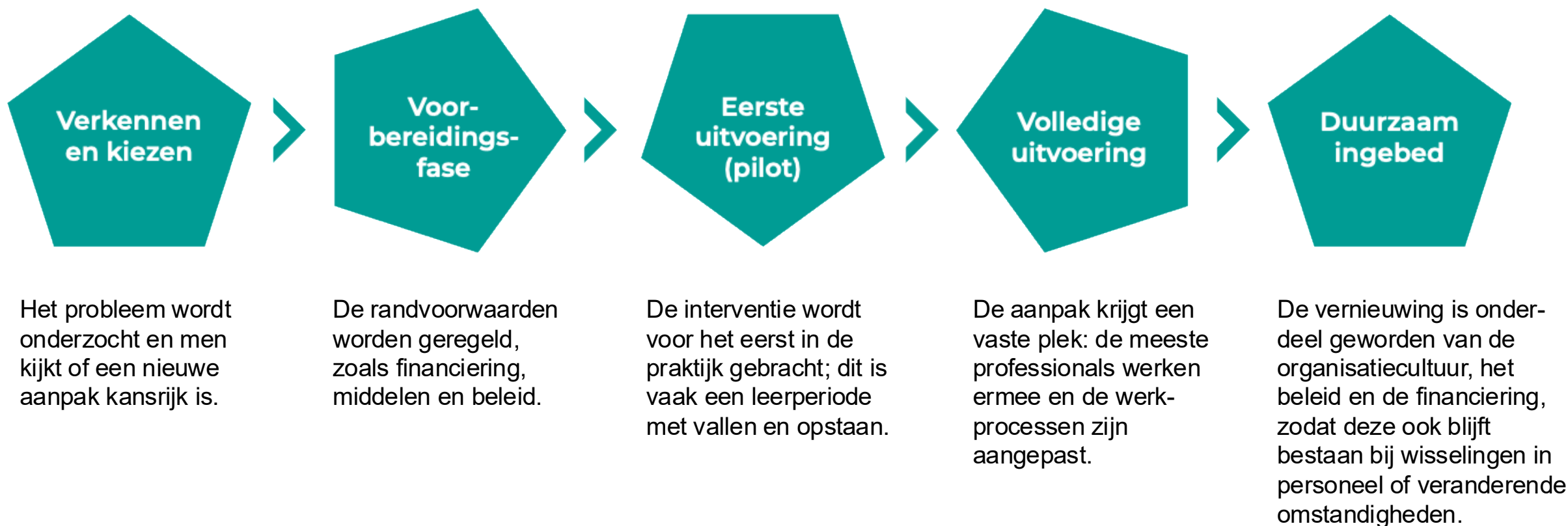
Levensfasen naar de theorie van Fixsen et al. (2005)*.

Zij onderscheiden vijf fasen die een initiatief kan doorlopen:



*Fixsen et al. (2005) - Implementation Research: A Synthesis of the Literature

3. Bevindingen per cluster: levensfase



*Fixsen et al. (2005) - Implementation Research: A Synthesis of the Literature

3. Bevindingen per cluster: levensfase



Belangrijk hierbij is dat implementatie zelden een strak lineair traject volgt. Organisaties slaan soms stappen over, vallen terug of ontwikkelen zich in een andere volgorde. Toch biedt deze indeling houvast om initiatieven te plaatsen en vervolgstappen te bepalen.

In dit onderzoek gebruiken we dit model als kapstok om sociaal-medische initiatieven te ordenen. De eerste fase – verkennen en kiezen – laten we buiten beschouwing, omdat geen van de betrokken initiatieven zich daarin bevindt.

3. Levensfase: wat valt op?



Succesfactoren veranderen mee

- In de voorbereidingsfase zijn succesfactoren vooral bestuurlijke steun, draagvlak en lef om buiten de gebaande paden te denken.
- In de eerste uitvoeringsfase zijn kartrekkers en sterke onderlinge relaties bepalend.
- Bij volledige uitvoering wordt succes gedragen door duidelijke afspraken over rollen, financiering en verantwoordelijkheden, in combinatie met vertrouwen tussen partijen.
- Duurzaam ingebedde initiatieven onderscheiden zich door gedeelde visie, bewezen resultaten en structurele borging in beleid en cultuur.

3. Levensfase: wat valt op?



Uitdagingen keren terug, maar krijgen een andere gedaante

- Financiering is in alle fasen een probleem: van tijdelijke subsidies (voorbereiding), naar gebrek aan vergoeding voor samenwerking (eerste uitvoering), tot structurele bekostiging (volledige uitvoering). Pas bij duurzame inbedding wordt het minder een struikelblok.
- Ook governance en rolverdeling zijn steeds een punt: aanvankelijk onduidelijkheid wie welke rol neemt, later meer vraagstukken rond werkgeverschap, verantwoordelijkheden en continuïteit.
- Gegevensdeling en ICT blijven lastig: eerst vooral de vraag hoe met privacyvraagstukken omgegaan moet worden, later structurele mismatch tussen systemen en juridische kaders.

3. Levensfase: wat valt op?



Institutionalisering en kwetsbaarheid

- Initiatieven in een vroeg stadium zijn relationeel en sterk afhankelijk van individuen, met veel energie maar ook kwetsbaarheid.
- In latere fasen zie je juist meer formele borging en stabiliteit, maar ook frictie met bestaande regels, domeinschotten en financieringsstructuren.

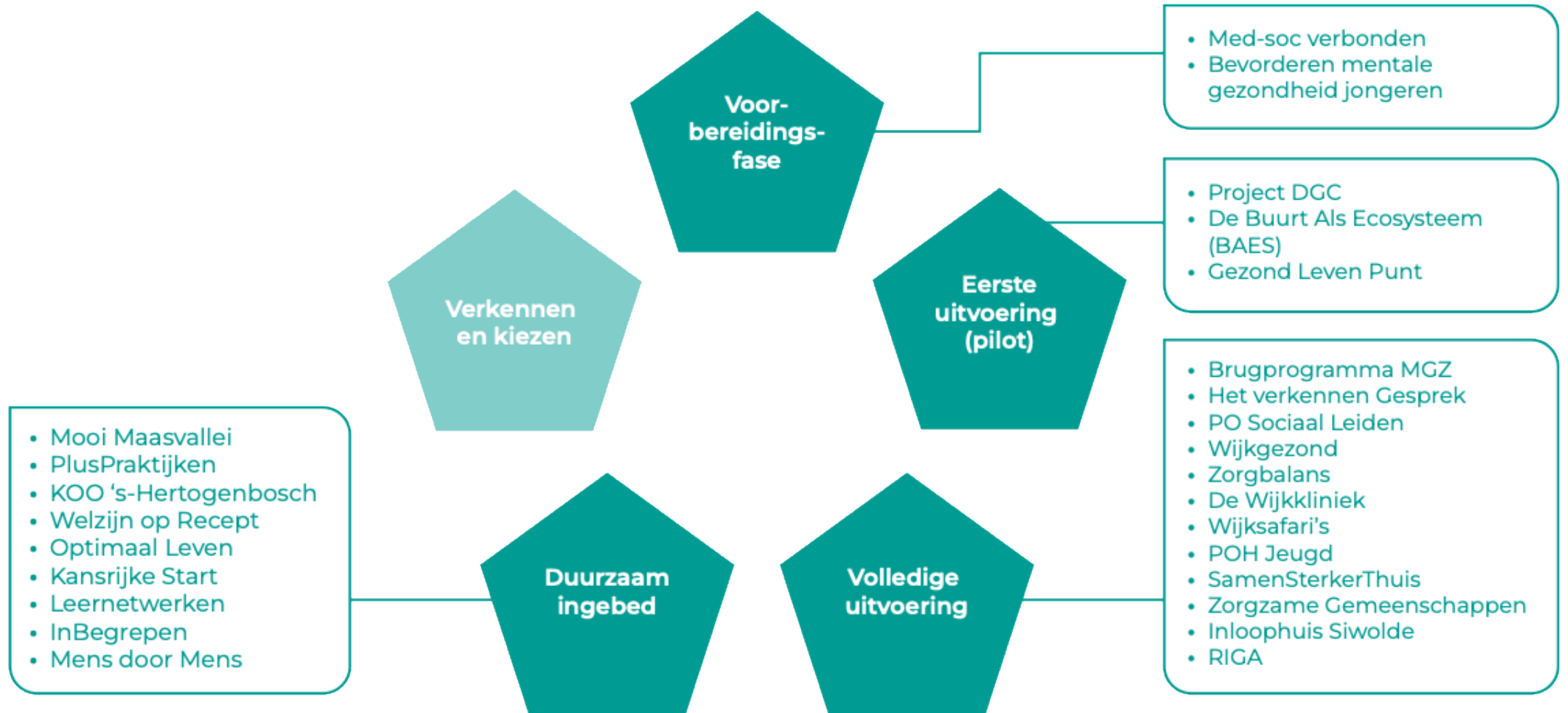
3. Levensfase: wat valt op?



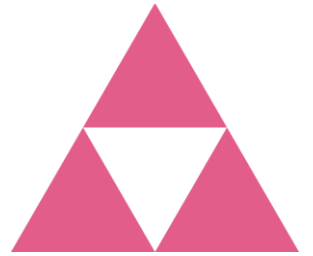
Terugkerende spanningsvelden

- Wendbaarheid tegenover bestendigheid
 - Vroege initiatieven zijn flexibel maar tijdelijk; latere initiatieven zijn structureel maar minder vernieuwend.
- Energie tegenover urgentie
 - Pioniersfase kent veel energie, maar mist ook brede bekendheid en draagvlak;
 - In latere fasen is brede bekendheid en draagvlak vaak georganiseerd, maar zakt de urgentie soms weg.
- Inwonergerichtheid tegenover systeemlogica:
 - In alle fasen zijn inwoners het uitgangspunt, maar alleen bij duurzame initiatieven lijkt het echt structureel verankerd.

3. Indeling per levensfase



3. Bevindingen per cluster: initiator



3 typen initiatoren:

1. **Medisch geïnitieerd:** geïnitieerd door een (of meerdere) organisatie(s) uit het medisch domein



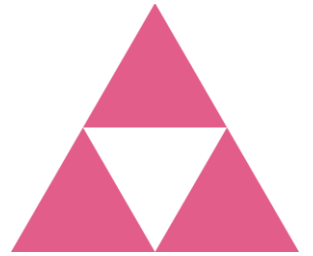
2. **Sociaal geïnitieerd:** geïnitieerd door een (of meerdere) organisatie(s) uit het sociaal domein;



3. **Medisch geïnitieerd:** geïnitieerd door samenwerkende partijen in het sociaal- én medisch domein, of door een (of meerdere) partij(en) die niet in een van de domeinen gecategoriseerd kan worden (bijv. inwoners).



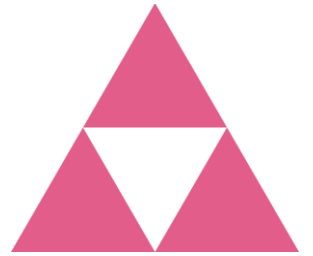
3. Initiator: Wat valt op?



Wie het initiatief neemt, bepaalt de insteek

- **Medisch geïnitieerd:** vertrekpunt is vaak de druk op huisartsen en ziekenhuizen; doel is ontlasten van zorg, efficiënter werken, huisarts als regisseur.
- **Sociaal geïnitieerd:** start vanuit versnippering in ondersteuning; nadruk op laagdrempelige, toegankelijke en praktische oplossingen, vaak gemeente als facilitator.
- **Sociaal-medisch geïnitieerd:** besef dat problemen domeinoverstijgend zijn; nadruk op samenwerking, preventie, vernieuwing en gezamenlijke verantwoordelijkheid.

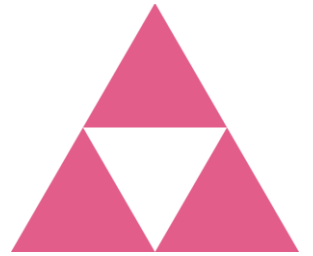
3. Initiator: Wat valt op?



Doelen en uitgangspunten

- **Overall:** juiste hulp dichtbij, preventie, eigen regie, betaalbare en toegankelijke zorg.
- **Medisch geïnitieerd:** efficiëntie, ontlasten van huisarts en zorgteam, kwaliteit borgen, populatiegezondheid verbeteren, meer patiënten bereiken met hetzelfde personeel.
- **Sociaal geïnitieerd:** snel en effectief doorverwijzen, aansluiten bij wensen en behoeften van inwoners, benutten van inwoners- en gemeenschapskracht, alledaagse oplossingen voor alledaagse problemen.
- **Sociaal-medisch geïnitieerd:** integrale aanpak, brug slaan tussen zorg en welzijn, preventie als mindset, informele zorg versterken en formele zorg ontlasten, brede blik op gezondheid en leefomgeving.

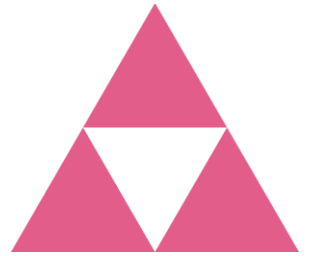
3. Initiator: Wat valt op?



Succesfactoren

- **Overall:** gedeelde visie, vertrouwen, goede samenwerking, bestuurlijke betrokkenheid.
- **Medisch geïnitieerd:** intrinsieke motivatie en betrokkenheid van huisartsen, langdurige relaties, gelijkwaardige samenwerking zonder hiërarchie, andere kijk op de patiënt.
- **Sociaal geïnitieerd:** gemeenten die lef tonen, ruimte voor experiment, oplossingen laten ontstaan vanuit inwoners, nieuwsgierigheid en gelijkwaardigheid in samenwerking, heldere rollen en afspraken.
- **Sociaal-medisch geïnitieerd:** goede gelijkwaardige samenwerking tussen domeinen, overzichtelijke kern aan kartrekkers, breed draagvlak, gedeelde visie en urgentiebesef, vertrouwen en overstijgen van eigen belangen, doen, uitproberen en verbeteren.

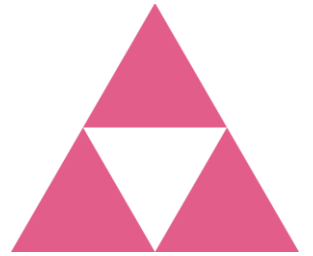
3. Initiator: Wat valt op?



Uitdagingen

- **Overall:** financiering vaak tijdelijk, structurele borging lastig, domeinverschillen en taalverschillen maken samenwerking lastig, governance/rolverdeling onduidelijk, privacy/AVG bemoeilijkt gegevensdeling.
- **Medisch geïnitieerd:** personeelstekorten en personeelwisselingen, huisartsen moeilijk langdurig aanhaken, verschillen in organisatieniveau en capaciteit tussen partijen.
- **Sociaal geïnitieerd:** tijdelijke financiering, niet-aansluitende ICT-systemen, cultuurverschillen met medische professionals.
- **Sociaal-medisch geïnitieerd:** financiering vanuit diverse domeinen, systemen sluiten niet goed op elkaar aan, alle professionals goed aanhaken moeilijk, regie en verantwoordelijkheden onduidelijk, taal- en systeemverschillen, huisartsen meekrijgen moeizaam.

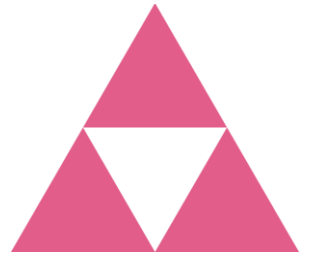
3. Initiator: Wat valt op?



Mate van eigenaarschap en organisatie

- **Medisch of sociaal geïnitieerd:** één domein initieert, ander sluit aan; initiatieven vaak wijk- of buurtgericht.
- **Sociaal-medisch geïnitieerd:** gezamenlijke verantwoordelijkheid en eigenaarschap, nadruk op samenwerking en gedeelde uitdagingen; in de praktijk kwetsbaar door complexiteit.

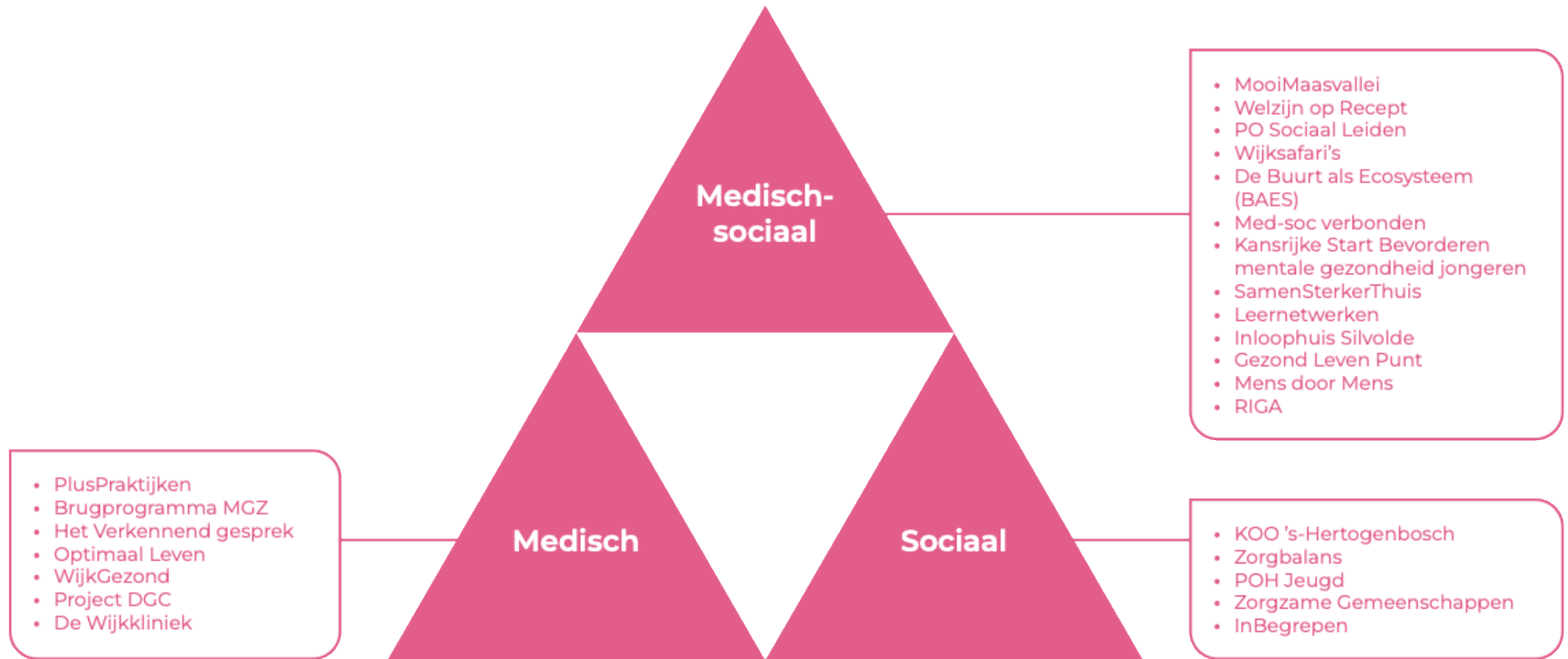
3. Initiator: Wat valt op?



Taal en benadering

- **Medisch geïnitieerd:** nadruk op efficiëntie, kwaliteit, preventie en ontlasting van zorgprofessionals.
- **Sociaal geïnitieerd:** nadruk op inwoner, laagdrempeligheid, praktische oplossingen, alledaagse problematiek.
- **Sociaal-medisch geïnitieerd:** taal veelal gericht op gezamenlijkheid, verbinding en integrale oplossingen, gericht op leren, uitproberen en verbeteren.

3. Indeling per initiator





Platform-sociaaldomein.nl

Nassaulaan 12, 2514 JS Den Haag

Postbus 30435, 2500 GK Den Haag

