Kwetsbare zwangeren

Deel 1: Stappenplan voor netwerkvorming vanuit het VSV

Deze handreiking is ontwikkeld door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen in samenwerking met de multidisciplinaire werkgroep *Regionale aanpak aan kwetsbare zwangere vrouwen*.

Leden werkgroep:

- Tineke Slagter-Roukema, voorzitter, verloskundig actieve huisarts
- Inger Aalhuizen, KNOV, projectleider
- Nicole van Melsen, KNOV, beleidsmedewerker, verloskundige
- Adja Waelput, Erasmus MC, programmadirecteur HealthyPregnancy4All, verloskundige niet-praktiserend
- Hanneke Feitsma, NVOG, Haga Ziekenhuis Den Haag, gynaecoloog
- Saskia Meijer, Gelre Ziekenhuis Apeldoorn, gynaecoloog
- Marlies Rijnders, TNO Child Health, verloskundige, onderzoeker
- Remy Vink, TNO Child Health, Researcher Child Maltreatment
- Lieke van der Meulen, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, adviseur
- Jolanda Vermolen, Branche Organisatie Geboortezorg, beleidsadviseur Geboortezorg
- Lucas Koch, NHG, huisarts, ethicus
- Marlies Kluiters, VSV Eindhoven, verloskundige
- Cornel Kirpestein, Netwerk Geboortezorg Rivierenland, verloskundige, projectbegeleider
- Karien Dijk, GGD Fryslân Jeugdgezondheidszorg, beleidsmedewerker

De volgende personen zijn gevraagd om een voorwoord te schrijven voor deze handreiking:

- Prof. dr. Eric A.P. Steegers, gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam. Professor dr. Steegers is initiatiefnemer van HealthyPregnancy4all.
- Prof. dr. Koos van der Velden, Public Health, Radboud UMC, Nijmegen. Professor dr. van der Velden is voorzitter van de werkgroep Preventie van het College Perinatale Zorg.
- Gert Vos, Wethouder Jong Hoogeveen, Hoogeveen. In Hoogeveen is er vanuit het VSV een samenwerkingsproject gestart waarbij de inzet van de gemeente heel groot is.

KNOV

Voorwoord

Prof. dr. Eric A.P. Steegers, gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam

Het feit dat zwangere vrouwen in een omgeving van armoede een 1,5 tot 2 maal hogere kans hebben op perinatale sterfte en ziekte noopt tot een reorganisatie van de zorg. Verloskundige zorg moet worden verbonden met aandacht voor de leefstijl en gemeentelijke sociaal-maatschappelijke hulpverlening. Niet-medische risico's zijn dan een standaard onderdeel van risicoselectie.

Sociale verloskunde betekent integrale zorg op maat, naar cliënt en VSV, waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van de expertise in de gehele keten van preconceptiezorg, verloskundige zorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Alleen dan kunnen de negatieve effecten van de armoedeval op de gezondheid van toekomstige generaties worden tegengegaan.

Prof. dr. Koos van der Velden, Professor Public Health, Radboud UMC, Nijmegen

Kwetsbare zwangeren verdienen extra aandacht van iedereen die een gezond Nederland wenst. Omstandigheden als lage opleiding, gebrek aan inkomen, slechte woonomstandigheden, geïsoleerd leven in een competitieve samenleving, te weinig kennis over de eigen gezondheid en hoe te handelen als zorg nodig is, vergroten de kans op problemen rond zwangerschap en geboorte. Daarom is de praktijkgerichte handreiking "kwetsbare zwangeren" buitengewoon welkom. Door het gebruiken van deze handreiking ligt een gecoördineerde, multidisciplinaire samenwerking van sociaalmaatschappelijke zorg en geboortezorg binnen handbereik.

Voor een gezonde toekomst van kwetsbare moeders en kinderen zou elke verloskundige hulpverlener, medische en (psycho)sociale hulpverlener en GGD-en deze handreiking moeten gebruiken!

Gert Vos, Wethouder Jong Hoogeveen, Hoogeveen

Hoogeveen, je zult er maar geboren worden!

Alle kinderen in Hoogeveen verdienen het om succesvol op te groeien.

De kans op die succesvolle toekomst wordt mede bepaald voor en tijdens de zwangerschap. Met de aanpak 'Goede Start' investeren we vroegtijdig in een goede opvoeding. De kracht van Jong Hoogeveen is dat we dingen samen doen. We hanteren daarom korte lijnen tussen (aanstaande) ouders, CJG en de verloskundigen.

Mijn droom is dat onze kinderen later zeggen: wat ben ik blij dat ik in Hoogeveen ben opgegroeid.

Oftewel: Hoogeveen, je zal er maar geboren worden!

high five

Inhoud

Voorwoord 2

Aanleiding 4

Probleemstelling 6

Stappenplan 7

Stappenplan: Toepassing in de praktijk
- Stap 1: Creëren van draagvlak binnen het VSV 8
- Stap 2: Samenstelling werkgroep 10
- Stap 3: Uitbreiding data 13
- Stap 4: Voorbereiden beleidsdialoog gemeente 17
- Stap 5: Dialoog met de gemeente 21
- Stap 6: Borgen van plannen en samenwerken 25

Conclusie 27

Afkortingenlijst 28

Referenties 29

Bijlagen 31

Bijlagen:
- Handreiking - Perined Insight 32
- Handreiking - Waarstaatjegemeente.nl 36
- Toelichting Jeugdgezondheidszorg 49
- Wettelijke kaders Preventie Gemeente en Zorgverzekeraars 50
- Financiering Preventie 52
- Subsidie mogelijkheden 55
- Uitdagende en bevorderende factoren 62

Aanleiding

Zowel binnen de verloskundige zorg, de publieke gezondheidszorg, als de politiek groeit het besef dat samenwerken noodzakelijk is voor een succesvolle, samenhangende uitvoering van preventie en zorg. Ook het belang van samenwerken op wijk- en buurtniveau wordt steeds meer onderkend. Bestaande lokale netwerken en expertise van lokale partners kunnen zo beter benut worden. Deze wijze van samenwerken maakt het mogelijk om het aanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van 'kwetsbare zwangeren'.

Binnen de bovenstaande context vormde het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)[1] de directe aanleiding voor de KNOV om het initiatief voor deze handreiking te nemen. In samenwerking met een multidisciplinaire werkgroep is deze handreiking tot stand gekomen.

Kwaliteitsgelden van verloskundigen zijn hierbij ingezet. Voor deze handreiking is gebruik gemaakt van bevindingen van:

- Invitational conference[2]
- Preventie en zorg verbinden in de praktijk[3]
- Eindrapportage aanpak babysterfte in Nederland[4]
- Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord Nederland[5]

Doelstelling:
Structureel werken aan het verbeteren en continueren van adequate zorg aan de (aanstaande) zwangere, haar partner en het (ongeboren) kind. De handreiking is een hulpmiddel bij het opzetten van een actieve samenwerking van geboortezorg en gemeente (JGZ, GGD en sociaal maatschappelijke zorg).

Wat biedt deze handreiking voor het VSV?

- ➢ *Een stappenplan voor het creëren van draagvlak binnen het VSV om zorg aan kwetsbare zwangeren op te pakken*
- ➢ *Het opzetten van een lokaal netwerk voor betere inrichting van zorg aan kwetsbare zwangeren.*
- ➢ *Het wijkgezondheidsprofiel om cijfers over de bevolking, gezondheid, preventie en zorg bij elkaar te brengen.*
- ➢ *De beleidsdialoog om cijfers uit het wijkgezondheidsprofiel te integreren met kennis, meningen en ervaringen van lokale partijen.*
- ➢ *Borgen van plannen en samenwerken.*

Rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)[1]

De IGZ concludeert in een afsluitend onderzoek in maart 2016 het volgende:

"het beleid voor kwetsbare zwangeren heeft veel voeten in de aarde omdat professionals over veel onderwerpen afspraken moeten maken en omdat bij dit beleid ook partijen buiten de directe gezondheidszorg zijn betrokken. In 2015 is veel in gang gezet, maar dit moet in een aantal regio's in 2016 nog nader worden uitgewerkt."

Probleemstelling: kwetsbaarheid in de context van zwangerschap

Kwetsbaarheid in de context van zwangerschap kan vele achtergronden hebben. Vrouwen met een lage sociaaleconomische status (SES) hebben verhoogde risico's op ongunstige zwangerschapsuitkomsten[6]. Een deel van deze ongunstige uitkomsten heeft te maken met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage SES[7,8].

Andere risicofactoren in deze groep liggen in een cumulatie van sociale en individuele problemen zoals het onvoldoende beheersen van de Nederlands taal, huisvestingsproblemen, armoede, het al dan niet wonen in een achterstandswijk, psychosociale problematiek en het hebben van minder gezondheidsvaardigheden[9,10].

De complexe problematiek vraagt een actieve samenwerking van geboortezorg en sociaalmaatschappelijke zorg. Tevens is samenwerking tussen eerstelijns gezondheidszorg en publieke gezondheidszorg van belang om preventie en zorg beter af te stemmen op de behoeften van de lokale bevolking. Uit oogpunt van continuïteit van zorg is samenwerking nodig met een partij die na de bevalling moeder en kind blijft volgen. Gemeenten zijn op basis van de Wet Publieke Gezondheid verantwoordelijk voor de organisatie van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ).

JGZ

De JGZ uitvoeringsorganisatie is verantwoordelijk voor de te leveren zorg en bepaalt dus in eerste instantie hoe de JGZ inhoudelijk wordt uitgevoerd. De gemeente is daarnaast regisseur over een wel of niet integraal uitgevoerde JGZ. Integraal houdt in dat één organisatie verantwoordelijk is voor uitvoering van de JGZ bij alle kinderen van 0-18 jaar. Iedere gemeente kiest wie er voor de uitvoering van de JGZ verantwoordelijk is: de GGD, een zorgorganisatie of een combinatie daarvan vanuit een integrale organisatievorm. Voor meer informatie zie bijlage 3.

Gemeente

Aansluiten bij de gemeente is belangrijk, zij weet welke problematiek er speelt bij de bewoners. Via de sociale wijkteams kan samenwerking sneller tot stand komen.

De gemeente heeft een gezondheidsbeleid waarin speerpunten beschreven staan voor gezondheidsverbetering van hun inwoners. Aansluiten bij deze speerpunten en activiteiten van de gemeente is het meest efficiënt.

Stappenplan voor aanpak samenwerking

Het stappenplan geeft bouwstenen om de verbinding tussen geboortezorg en sociaal maatschappelijke zorg vorm te geven als start voor een betere inrichting van zorg aan kwetsbare zwangeren. Het is bedoeld als ondersteuning bij het creëren van draagvlak binnen het VSV, het maken van een wijkgezondheids-profiel en de beleidsdialoog.

1. Creëren van draagvlak binnen het VSV
2. Samenstelling werkgroep
3. Uitbreiding data
4. Voorbereiden beleidsdialoog
5. Dialoog met de gemeente

6. Borgen van plannen en samenwerken

Gemeentelijke wetten | Uitdagende / bevorderende factoren | Databronnen | Subsidie mogelijkheden

De deelnemers aan een VSV zijn in de eerste plaats de verloskundige zorgverleners die direct betrokken zijn bij de zorgverlening aan individuele cliënten: de (klinisch) verloskundige, de kraamzorg, de verloskundig actieve huisarts en de gynaecoloog. Afhankelijk van de lokale of regionale situatie kunnen ook andere bij de verloskundige zorg betrokken zorgverleners of instanties bij het samenwerkings-verband betrokken worden. (Zie ook KNOV[11]). Binnen het VSV kan een lid zelf initiatief nemen of het VSV kan een verantwoordelijke aanwijzen om draagvlak te creëren om de zorg aan kwetsbare zwangeren op te pakken.

Uit het oogpunt van slagvaardigheid en efficiëntie wordt geadviseerd te starten met een kleine basiswerkgroep bestaande uit leden die affiniteit met cijfers en/of netwerken hebben. Met deze werkgroep kunt u starten met stap 1 uit het stappenplan. De informatie verkregen uit stap 1 wordt bij stap 3 verder uitgebreid. Breng dit eerst overzichtelijk en samen-hangend in kaart. Aan de hand daarvan kunnen partijen vanuit verschillende disciplines het gesprek aan gaan. De cijfermatige informatie is hierbij richtinggevend, niet bepalend. De plannen die uit deze gesprekken voortkomen zijn nodig voor samen-hangende zorg- en hulpvormen op wijkniveau.

Stappenplan

Stap 1: Creëren van draagvlak binnen het VSV

Doel:
Met inzicht in perinatale uitkomsten en de algemene gezondheid van de populatie draagvlak creëren binnen het VSV om het onderwerp 'kwetsbare zwangeren' samen op te pakken.

Maak beginsituatie helder
Bespreek binnen het VSV op welke perinatale ziekten uw VSV afwijkt van het landelijk gemiddelde. Middels de data uit Perined zult u niet alle kwetsbare zwangeren kunnen definiëren. Aan de ongelijke verdeling van perinatale gezondheid liggen medische, maar ook niet-medische factoren ten grondslag. Deze hebben vaak een oorsprong in leefstijl, leefomstandigheden, sociaaleconomische positie, het al dan niet wonen in een achterstandswijk en psychosociale problematiek onder kwetsbare zwangeren[4,9]. Het gaat niet alleen om losse problemen of risicofactoren, de cumulatie van problemen in de zwangerschap kan leiden tot een groter risico op een minder gunstige perinatale gezondheid[4,9,10].

Stap 3 beschrijft hoe de data uitgebreid kan worden met deze niet-medische factoren.

De werkgroep onderschrijft het belang van het gebruik van <u>één</u> VSV-breed gedragen screeningsinstrument. Het maken van een keuze uit de bestaande screeningsinstrumenten is een taak van het VSV. Mogelijke opties zijn: Alpha NL[12], Mind2Care[13] en R4U[14].

Welke cijfers kunt u zelf in kaart brengen?
<u>1. Gegevens over zwangerschapsuitkomsten</u>
De volgende gegevens kunt u in Perined Insight, op VSV-niveau vinden (zie voor een stapsgewijze instructie bijlage 1):

De vier belangrijkste oorzaken van perinatale ziekten zijn [6,15]:

- ***Prematuur (geboorte < 37 weken)***
- ***Apgar < 7 (na 5 minuten)***
- ***Small for Gestational Age (SGA) = laag geboortegewicht onder 10e percentiel***
- **Congenitale afwijkingen**

Ongeveer 85 % van de perinatale sterfte hangt samen met deze perinatale ziekten[6,7].

Stappenplan

Stap 2: Samenstelling werkgroep

Doel:
Bij elkaar brengen van de juiste disciplines met bijbehorende expertise: alle medewerkers binnen de geboortezorg verbinden met gemeente (GGD).

Breidt de basiswerkgroep uit met de volgende disciplines:

- Jeugdgezondheidszorg (JGZ), indien deze nog niet is aangesloten bij de basiswerkgroep
- Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD)
- Eén gemeente (indien u in meerdere gemeenten werkzaam bent), beleidsambtenaar volksgezondheid en/of wethouder. TIP: JGZ en/of GGD hebben deze contacten al, maak hier gebruik van.
- Huisarts
- Kinderarts

Toelichting betrokken partijen:

Jeugdgezondheidszorg (JGZ):
De JGZ in Nederland heeft de wettelijke taak zich in te zetten voor de bescherming en bevordering van de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen van 0 tot 18 jaar.

Het ontwikkelen van een gezonde ouder-kind relatie bij kwetsbare ouders is complex in aanpak en inhoud.
Hier is specifieke kennis en deskundigheid voor nodig waarbij de JGZ, ook in de prenatale fase, een belangrijke rol kan spelen. Het is dus belangrijk de krachten van de partners rondom de geboortezorg (verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en gemeenten) te bundelen en daarmee continuïteit binnen de zorg te waarborgen.

Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD)
De GGD is de dienst waarover elke gemeente in Nederland volgens de wet dient te beschikken om een aantal taken op het gebied van de volksgezondheid uit te voeren. In veel gebieden is de JGZ een onderdeel van de GGD, maak gebruik van de contacten die de JGZ al heeft met de GGD. In andere gebieden valt de JGZ onder de thuiszorg.

De GGD draagt in opdracht van de gemeente zorg voor preventie en zij heeft veel gegevens over de gezondheid van de populatie.

Gemeente:
De gemeente is een essentiële partner om de zorg aan kwetsbare zwangeren te kunnen verbeteren. Zij voert de regie over het opstellen van het gezondheidsbeleid (ook sociaal-domein) en de uitvoering ervan. De gemeente heeft ook kennis van de bijdragen van partners die advies leveren, het beleid vertalen naar concrete activiteiten en deze uitvoeren. Zij zorgt voor afstemming tussen betrokken partijen en stuurt op hun bijdragen.

Huisarts:
De huisarts is het vaste aanspreekpunt op het gebied van fysieke en psychische gezondheid van de gezinsleden, en heeft korte lijntjes met andere hulpverleners.

Kinderarts
De kinderarts dient betrokken te worden in verband met de zorg voor de pasgeborenen. Hij of zij heeft weer lijntjes met andere disciplines voor het vervolgbeleid van het kwetsbare gezin.

Goed om te weten

Het opzetten van een lokaal netwerk kost tijd en inspanning. Wanneer de uitbreiding van de basiswerkgroep vorm heeft gekregen, is het makkelijker om andere partijen te betrekken die noodzakelijk zijn voor de juiste zorg bij een specifiek probleem. GGD en gemeente hebben al contacten met verschillende organisaties binnen het sociaal domein.
Afhankelijk van het probleem en de mogelijkheden binnen het beleid van de gemeente kan de werkgroep uitgebreid worden met andere disciplines, bijvoorbeeld:

- GGZ
- Sociale wijkteams
- Maatschappelijke dienstverlening
- Wijkagent
- Welzijnsorganisaties
- Cliëntenorganisaties[16,17]
- Scholen i.v.m. voorlichting over seksualiteit
- (Allochtone) vrouwen(groepen)
- Ziekenhuis breed: maatschappelijk werk, psychologen

Voor meer informatie betreffende de verschillende disciplines zie bijlage 3 en 4.

Stappenplan

Stap 3: Uitbreiding data

Doel:
De juiste data verzamelen als startpunt voor een dialoog met de gemeente.

Profiel als startpunt voor dialoog
Het onderzoek van Vos et al.[18] naar gezondheidsverschillen op wijkniveau laat zien dat het gebruik van gegevens uit meerdere bronnen extra informatie oplevert over perinatale gezondheidsverschillen. Dit pleit voor (intensievere) afstemming en gebruik van data uit verschillende domeinen om zo de kennis omtrent perinatale gezondheidsverschillen aan te scherpen. Dit draagt bij aan het creëren van gemeentelijk draagvlak en het agenderen van mogelijke oplossingen bij zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers. Een profiel samenstellen is geen doel op zich, het is vooral een startpunt voor een dialoog met de gemeente en andere lokale partijen.

Waarstaatjegemeente.nl

Op waarstaatjegemeente.nl[19] kunt u de gegevens van de algemene bevolking op wijk- of gemeenteniveau vinden (zie de instructie in bijlage 2), zoals:

- % mensen met een lage SES
- % mensen met diabetes type 2
- % mensen met psychische problematiek
- % rokers
- % overgewicht
- % tienermoeders
- % laaggeletterdheid
- % kinderen in een uitkeringsgezin
- % niet-westerse allochtonen

Wie kan een ondersteunende rol spelen?

Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS)
De zeventien Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) zijn regionaal georganiseerd en weten wat er speelt in de regio. De ROS in uw regio adviseert en begeleidt de eerste lijn en betrokken partijen bij het realiseren van samenhangende zinnige en zuinige zorg in de wijk. Hun uitgebreide netwerk en onafhankelijke positie maken het mogelijk om partijen zoals zorgverleners en lokale overheden met elkaar te verbinden om de gewenste veranderingen in de zorg te realiseren: over de lijnen heen en in gesprek met inwoners/patiënten. De ROS-adviseur verzamelt allereerst met en voor de betrokken partijen relevante informatie, voor de juiste dialoog en verantwoorde beleidskeuzes.

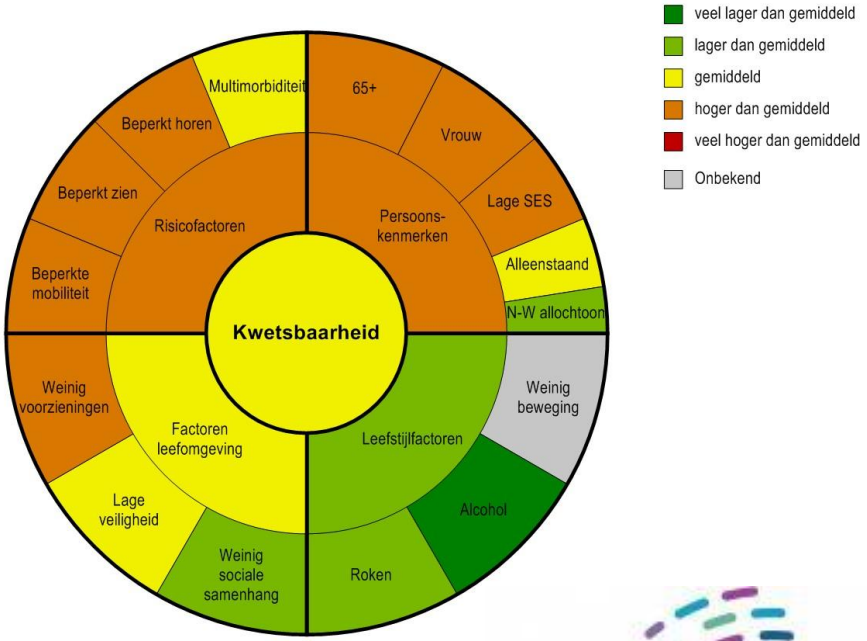
Wijkscan

De ROS-Wijkscan[20] is een interactief analyse-instrument dat rijk gevuld is met landelijke en regionale databronnen. Het geeft onder andere inzicht in de bevolkingsontwikkeling, inwonerskenmerken, omgevingskenmerken, (eerstelijns) zorgvraag en zorgaanbod. De scan is ontwikkeld door het ROS-netwerk. Via de website van de ROS is per werkgebied, vaak een openbaar deel van de ROS-Wijkscan te zien. U kunt in de openbare versie zelf een standaardrapport uitdraaien van uw gemeente. Voor een analyse van uw eigen werkgebied neemt u contact op[21]met de ROS uit uw regio voor meer informatie.

Indien u uw ROS benadert voor een wijkscan van uw werkgebied, vraag dan de gegevens van items die bewezen gerelateerd zijn aan de 4 belangrijkste perinatale ziekten[10], zoals bijvoorbeeld:

- lage SES
- eenoudergezinnen
- (ernstig) overgewicht
- roken

Contactpersoon vanuit het landelijk ROS-netwerk is Jantien Heideman (j.heideman@oogg.nl).



Figuur 1: kwetsbaarheid[22]

Welke organisaties kunnen u hierbij helpen?

GGD

Om goed volksgezondheidsbeleid te maken, is inzicht nodig in de gezondheid van volwassenen en de jeugd. Daarom doen GGD'en regelmatig onderzoek naar gezondheid en gezondheidsgerelateerde onderwerpen op lokaal niveau. De GGD heeft ook gezondheidsinzicht in het sociaal domein[23]. De GGD kan gegevens koppelen aan het wijkgezondheidsprofiel. Het wijkgezondheidsprofiel is een cijfermatige (kwantitatieve) rapportage over de wijk en haar bewoners, gericht op gezondheid en determinanten van gezondheid (beïnvloedende factoren)[24].

Kinderen in Tel

Op basis van 11 indicatoren gebaseerd op het VN-kinderrechtenverdrag, meet Kinderen in Tel sinds 2006 de ontwikkelingen en verschillen in de leefsituatie van kinderen en jongeren in Nederland en per gemeente[25]. In totaal gebruikt 37% van de gemeenten de data uit Kinderen in Tel als instrument voor de invulling of het aanpassen van het jeugdbeleid.

Kinderen in Tel biedt naast het databoek voor heel Nederland ook een op gemeente toegesneden rapport en dataset met vergelijkingen van de leefsituatie van de jeugd. De GGD/JGZ is goed in staat om binnen hun gemeente benodigde cijfers uit Kinderen in Tel te halen.

CBB/ROS

Coöperatieve basiszorg in de buurt (CBB), onderdeel van het ROS-netwerk, faciliteert de ROS'en ten aanzien van de cyclus data-dialoog-doen[26]. De ROS'en hebben CBB opgericht om te voorzien in lokale databehoeften op het gebied van gezondheid en zorg. Door de krachten te bundelen hebben ROS-adviseurs de beschikking over relevante informatie om de partijen, landelijk en regionaal, te kunnen faciliteren en ondersteunen. Op basis van relevante data gaan de deelnemende partijen met elkaar in gesprek. De ROS-adviseur is veelal sparring partner en begeleidt de dialoog om te komen tot een breed gedragen visie, beleidsvorming en verbeterplannen. Uiteraard kan de ROS-adviseur ook adviseren en ondersteunen bij de realisatie van het plan.

De ROS-adviseur begeleidt samenwerking in de eerste lijn en tussen de nulde, eerste en tweede lijn onder andere via de cyclus data-dialoog-doen. Een werkwijze om met elkaar te komen tot goede en betaalbare preventie en zorg in de wijk. Op landelijk niveau delen de ROS'en kennis en ervaring in het ROS-netwerk met tal van andere organisaties. Deze positie en kennis zijn ook landelijk van een belangrijk toegevoegde waarde voor beleidsontwikkeling, -duiding en -vertaling.[27]

Stappenplan

Stap 4: Voorbereiden beleidsdialoog gemeente

Doel:
Verdiep je in de gemeente en haar aanpak, sluit aan op het gezondheidsbeleid.

Belang lokaal netwerk

De gemeente is een essentiële partner om de zorg aan kwetsbare zwangeren te kunnen verbeteren. Ze heeft vaak zicht op relevante problematiek binnen haar gemeente en beschikt over middelen voor preventie. Gemeenten hebben veel taken, waaronder preventie en het tegengaan van gezondheidsverschillen.

De gemeente voert regie over het opstellen van het gezondheidsbeleid en de uitvoering hiervan. Hierbij gaat het niet alleen over de inhoud, maar ook om het proces. We onderscheiden twee soorten regie[28]:

- Interne regie gericht op het maken en evalueren van gezondheidsbeleid. De gemeente stuurt daarbij zoveel mogelijk aan op bijdragen van verschillende gemeentelijke beleidsterreinen.
- Externe regie gericht op de bijdragen van partners die advies leveren, het beleid vertalen naar concrete activiteiten en deze uitvoeren. De gemeente zorgt voor afstemming tussen betrokken partijen en stuurt op hun bijdragen.

Hoe gemeenten de bovenstaande algemene principes praktisch vormgeven verschilt sterk. Om die reden is het aan te bevelen om de (grootste) gemeente in de VSV regio al vroeg te benaderen. Er zijn twee manieren om contact te leggen met de (verschillende) gemeente(n). Indien u met meerdere gemeenten verbonden bent, kunt u eerst met één gemeente contact zoeken. Dit hoeft niet altijd de grootste te zijn, maar de gemeente waar het makkelijkst contact mee te leggen is.

Optie twee is om dit via JGZ en/of GGD te doen. Zij zijn een goede partner om mee op te trekken naar de gemeente en weten vaak welke route er bewandeld kan of moet worden. Zie website VNG[29] voor een overzicht van gemeentelijke samenwerking. ROS-en kunnen hierbij ook ondersteunen.

Probeer de perinatale gezondheidsverschillen te koppelen aan determinanten voor gezondheid die binnen een wijk aanwezig zijn en gebruik hierbij ook de gegevens die u verzameld heeft bij stap 3. Kijk welke determinanten van Waarstaatjegemeente.nl en Kinderen in Tel van invloed kunnen zijn op de uitkomst van de zwangerschap.

Voorbeeld: Utrecht Overvecht

Verkregen uit: Waarstaatjegemeente.nl

Onderwerp	Utrecht Overvecht	Landelijk niveau
Diabetes type 2	8.0%	5.7%
Psychische problematiek	12.7%	9%
Roken	26%	22.8%
Overgewicht	48%	48.3%
% niet-westerse allochtonen	46.8%	-
% huishoudens met een laag inkomen	60%	-

Verkregen uit: Perined Insight

Onderwerp	VSV Utrecht	Landelijk niveau
Prematuren < 37 weken	17,6%	7,6%
Apgar 5 minuten < 7	5%	2%
SGA (Gew < P10)	20%	10%
Congenitale afwijking	7%	2%

In dit postcodegebied wordt de kans op een ongunstige uitkomst van de zwangerschap vergroot, door de volgende determinanten:

- Diabetes type 2
- Psychische problematiek
- Roken
- Niet-westerse allochtonen
- Huishoudens met een laag inkomen

Bovenstaande determinanten kunnen mogelijk de oorzaak zijn van het hoge aantal prematuren en het hoge aantal SGA binnen het VSV. Deze ongunstige start voor de pasgeborene kan een ongunstige invloed hebben op de baby of kindertijd, of zelfs het volwassen leven.

De gemeente is verantwoordelijk voor kinderen van 0-18 jaar, een ongunstige start brengt in het latere leven meer zorg en kosten met zich mee voor de gemeente.

Kinderen met een minder goede gezondheid rond de geboorte hebben een grotere kans op groei- en (psychische) ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht later in hun leven.

Kinderen met een laag geboortegewicht (<1500 gram) en vroeggeboorte (<32 weken) lopen risico op het ontwikkelen van neurologische beperkingen die het verloop van hun ontwikkeling kunnen beïnvloeden[30]. Neurologische beperkingen kunnen onder andere leiden tot:

- Minder motorische vaardigheden
- Lagere scores intelligentieonderzoek
- Vaker gedragsproblemen

Met name (maar niet alleen) vrouwen met een lage SES hebben verhoogde risico’s op deze ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Neem dit mee in uw gesprek met de gemeente, probeer de verbinding te leggen tussen determinanten en uitkomsten voor de gezondheid.

Via de website van de gemeente kunt u op hoofdlijnen teruglezen op welke thema’s zij zich de komende periode richt, zodat u op de hoogte bent van kansen en raakvlakken voor samenwerking.

Stappenplan

Stap 5: Dialoog met de gemeente

Doel:
Organiseer een dialoog met de gemeente om op zoek te gaan naar raakvlakken voor samenwerking.

Informeer de gemeente in een vroeg stadium over het organiseren van een lokaal netwerk (terug te vinden in stap 2) en betrek hen bij visie, beleid en meedenken over activiteiten. De gemeente is ook goed op de hoogte welke activiteiten reeds zijn ingezet om de gezondheid van de inwoners te verhogen. Zo kunt u aanhaken bij wat er al bestaat, dit vergroot de kans op medewerking vanuit de gemeente. Zorg dat je elkaar begrijpt en stem goed met elkaar af zodat beide partijen dezelfde taal gaan spreken.

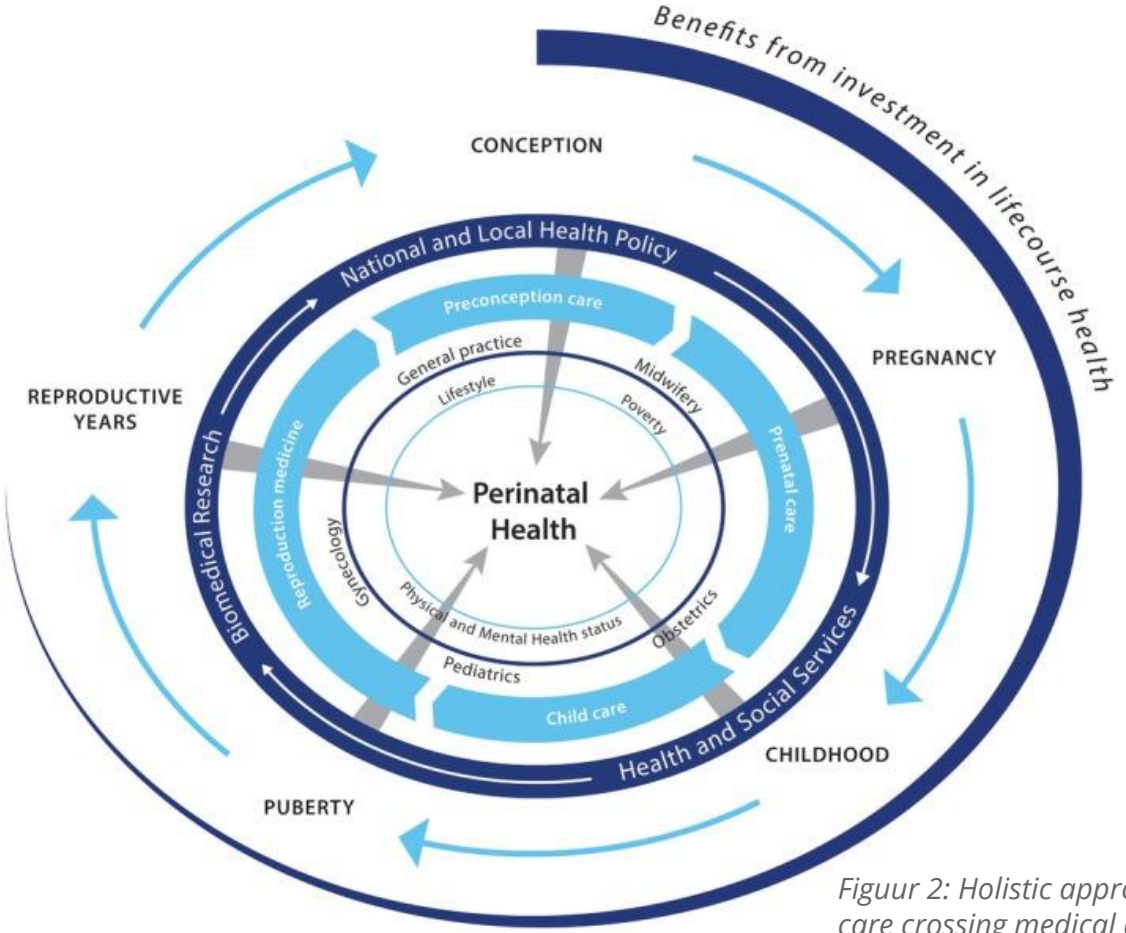
Kijk wat de gemeente en het VSV elkaar kunnen bieden. Figuur 2 laat zien dat de levensloop positief beïnvloed kan worden door samenwerking tussen medische professionals en het sociale domein. Een vanaf de conceptie gezond verlopende zwangerschap bepaalt mede de gezondheid van het kind bij de geboorte en later in het leven. Dit zal resulteren in gezondere kinderen en een gezondere volgende generatie[31].

De aanbeveling uit het rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg kan een mooi startpunt vormen voor het gesprek over wat de gemeente en het VSV elkaar kunnen bieden[1]:

> *"Voor een optimale zorg voor kwetsbare zwangeren is samenwerking tussen zorgverleners en gemeentelijke diensten voor maatschappelijke zorg onmisbaar. De inspectie verzoekt gemeenten te komen tot afstemming, waardoor de samenwerking tussen verloskundige zorg en maatschappelijke ondersteuning lokaal en regionaal geregeld kan worden".*

Tips om mee te nemen:

- De gemeente spreekt vaak over probleem/risico gezinnen (en niet over zwangerschapsuitkomsten)
- Begrijp dat een beleidsmedewerker tijd nodig heeft voordat hij/zij iets kan regelen, de gemeente heeft een aanzienlijk organogram met meerdere lagen.
- Vraag de gemeente of en op welke wijze zij een regierol kunnen invullen.



Figuur 2: Holistic approach to pregnancy-related care crossing medical and social domains[31].

Binnen de gemeenten zijn de beleidsambtenaar volksgezondheid en/of de wethouder de meest aangewezen personen om contact mee te zoeken. Het hangt af van de fase waarin je verkeert wie het meeste kan betekenen: zit je nog in de oriëntatiefase dan is een beleidsambtenaar waarschijnlijk de eerst aangewezene. Deze persoon werkt vaak langer op dat beleidsterrein dan de wethouder die iedere vier jaar kan wisselen.
Moeten er besluiten genomen worden dan is de wethouder de aangewezen persoon. De beleidsambtenaar of iemand bij JGZ/GGD kan ongetwijfeld meer vertellen over welke weg het beste bewandeld kan worden.

Stappenplan

Stap 6: Borgen van plannen en samenwerken

Doel:
Langdurige en actieve samenwerking tussen geboortezorg en gemeente.

Voor langdurige samenwerking is meer nodig dan het organiseren van enkele bijeenkomsten met lokale partijen. Concrete afspraken zijn nodig over inhoud en proces, ofwel over acties en verdere samenwerking. Om te borgen dat de gemaakte plannen ook uitgevoerd worden dienen er één of meerdere kartrekkers te zijn. Houdt er wel rekening mee dat pas opgebouwde relaties kwetsbaar zijn evenals de bereidheid van partijen om taken zelf op te pakken.

Het bepalen van een breed gedragen visie, doelstelling en activiteiten voor het beleid van kwetsbare zwangeren is noodzakelijk. Voor het formuleren van een korte- en langetermijn visie en doelstelling kunt u de gegevens verzameld bij stap 1 en 3 toepassen. Belangrijk is dat deze visie en doelstelling gedragen wordt door het gehele VSV en alle betrokken partners. Dit is een parallel proces en vindt simultaan plaats met stap 1 t/m 5.

Afhankelijk van de gemeente en haar gezondheidsnota beslist u samen welke soort activiteiten u wilt gaan oppakken en welke andere disciplines u daarbij nodig heeft.

Voor een overzicht van interventies met betrekking tot kinderwens en zwangerschap, zie loket gezond leven[32]. In bijlage 5 en 6 zijn eventuele subsidie of financieringsmogelijkheden opgenomen.

Een goed hulpmiddel voor samenwerking is de Gouden Vijfhoek, gebaseerd op het verandermodel van Knoster. In de praktijk zijn er 5 elementen die ook na langere tijd een stevige basis blijken te zijn voor een stevige verandering. Deze 5 elementen zijn visie, urgentie, plan, middelen en competenties. Voor meer info zie de website van Stichting Thuis Bevallen Nederland[33].

Conclusie

Samenwerking tussen geboortezorgverleners en de gemeente is noodzakelijk om de geboortezorg en preventie beter af te stemmen op de behoefte van de lokale bevolking. Door de focus te leggen op relatief kleine gebieden (wijk of dorp) kunnen bestaande lokale netwerken en expertises optimaal worden benut.

Het stappenplan geeft het VSV bouwstenen om een netwerk op te zetten met lokale ketenpartners, niet om activiteiten op te zetten. Het is bedoeld ter ondersteuning en zo opgezet dat het flexibel toepasbaar is afhankelijk van welke organisaties en initiatieven er zijn in de regio.

Om dit te realiseren is de belangrijkste stap draagvlak peilen en creëren. Vervolgens kan er gebruik gemaakt worden van elkaars kennis om de samenwerking en uiteindelijk de uitvoering te verbeteren, gebruikmakend van wat er leeft in het veld. Helaas bestaan er zoals in elk proces uitdagende factoren, maar er zijn ook zeker bevorderende factoren te benoemen. Anticiperen hierop is belangrijk, daarom is er een overzicht van deze factoren terug te vinden in bijlage 7.

Een volgende stap is de concrete uitvoering van plannen die voortvloeien uit deze samenwerking, zoals het opstellen van multidisciplinaire richtlijnen en zorgpaden. Dit valt echter buiten bereik van deze handreiking.

Afkortingenlijst

CBB	=	Coöperatieve basiszorg in de buurt
CJG	=	Centrum jeugd en Gezin
GGD	=	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	=	Geestelijke Gezondheidszorg
HIB	=	Health Impact Bond
IGZ	=	Inspectie voor de gezondheidszorg
JGZ	=	Jeugdgezondheidszorg
KNOV	=	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Lage SES	=	lage sociaaleconomische status
MC	=	Medisch Centrum
NCJ	=	Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg
NHG	=	Nederlands Huisartsen Genootschap
PKG's	=	Preventie Kosten Groepen
ROS	=	Regionale Ondersteuningsstructuur
SGA	=	Small for Gestational Age
TNO Child Health	=	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek Child Health
VSV	=	Verloskundig Samenwerkingsverband
Wlz	=	Wet langdurige zorg
Wmo	=	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	=	Wet publieke gezondheid
Zvw	=	Zorgverzekeringswet

Referenties

1. Thematisch toezicht geboortezorg: Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin". Utrecht, maart 2016.
2. Invitational Conference Regionale aanpak zorg Kwetsbare zwangeren. Utrecht, 17 februari 2016. Te vinden op: http://www.knov.nl (onderdeel kwetsbare groepen).
3. Preventie en zorg verbinden in de praktijk, wijkgezondheidsprofiel en beleidsdialoog als handvaten. Tranzo, Universiteit van Tilburg. Tilburg, november 2014. https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/o21084_E-book-preventie-en-zorg-verbinden-in-de-praktijk.pdf
4. Eindrapportage Aanpak babysterfte in Nederland. Erasmus MC, maart 2016. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/04/18/eindrapportage-aanpak-babysterfte-in-nederland
5. Consortium Zwangerschap en geboorte Noord Nederland https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/consortia/consortium-zwangerschap-en-geboorte-noord-nederland-zegnn
6. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin: veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte. Utrecht, december 2009.https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2009/12/30/een-goed-begin-veilige-zorg-rond-zwangerschap-en-geboorte
7. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas, S, Poeran J, Steegers EAP. Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte: Lijnen in de Perinatale Sterfte. Erasmus MC, Rotterdam, 2010.
8. Lanting CI, van Dommelen P, van der pal-de bruin KM, Benneboek-Gravenhorst J, van Wouwe JP. Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. BMC Public Health. 2015 Juli 29;15:723.
9. Timmermans S et all. Individual accumulations of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. Eur J Epidimiol. 2011;26(2):165-80.
10. Goedhart G, van Eijsden M, Van der Wal MF, Bonsel GJ. Ethnic differences in preterm birth and it's subtypes: the effect of a cumulative risk profile. BJOG 2008;115(6):710-9.
11. KNOV http://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/330-3/verloskundig-samenwerkingsverband-vsv/hoofdstuk/56/verloskundig-samenwerkingsverband-vsv/ (geraadpleegd op 31 mei 2017)
12. Alpha NL: https://www.1stelijnamsterdam.nl/images/ouder_kindzorg/ALPHA_Nederland.pdf
13. Mind2care: https://www.mind2care.nl/
14. R4U: https://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/Subhome_HP4All/Factsheets_HP4All2/FS_R4U/
15. Poeran J, Steegers EA, Bonsel GJ. De aanpak van perinatale sterfte in Nederland. Uitkomsten van een systematisch expert-onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156: A4499.
16. Nederlands Jeugd Instituut. Moeders informeren moeders. April 2012. http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Flyer_Moeders_Informeren_Moeders.pdf
17. Moeders van Rotterdam: https://www.moedersvanrotterdam.nl/
18. Vos AA, Denktas S, Borsboom GJ, Bonsel GJ, Steegers EA. Differences in perinatal morbidity and mortality on the neighbourhood level in Dutch municipalities: a population based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015d;15:201.
19. https://www.waarstaatjegemeente.nl/
20. ROS-Netwerk: http://www.ros-netwerk.nl/thema/geintegreerde-gebiedsanalyse/
21. Contactgegevens ROS-netwerk http://www.ros-netwerk.nl/contact/
22. ROS Friesland: http://rosfriesland.nl/

23. GGD/GHOR Nederland: gezond in sociaal domein. https://www.gezondheidinsociaaldomein.nl/
24. Loketgezondleven.nl: https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-maken/wijkgezondheidsprofiel
25. Kinderen in Tel: http://www.kinderenintel.nl/
26. Data Dialoog Doen http://www.datadialoogdoen.nl/
27. ROS-netwerk http://www.ros-netwerk.nl/
28. Loket gezond leven https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-maken/gemeentelijke-regie
29. VNG https://vng.nl/onderwerpenindex/bestuur/gemeentelijke-samenwerking
30. Sasja Scheper, Maja Dekovic, Max Feltzer, Martin de Klein, Annelies van Baar. Tekeningen van ernstig te vroeg geboren kinderen op vijfjarige leeftijd: een eerste indruk van cognitieve en motorische ontwikkeling? Neuropraxis 5 / 2011- www.neuropraxis.bsl.nl. 127-128.
31. Steegers PA, Barker ME, Steegers-Theunissen RPM, Williams MA. Societal valorisation of new knowledge to improve perinatal health: time to act. Peadiatric and Perinatal Epidemiology 30(2):201-204. March 2016.
32. Loket gezond Leven, interventieoverzicht kinderwens/zwangerschap: https://www.loketgezondleven.nl/interventieoverzicht
33. Stichting Thuisbevallen Nederland http://stbn.nl/1159-2/

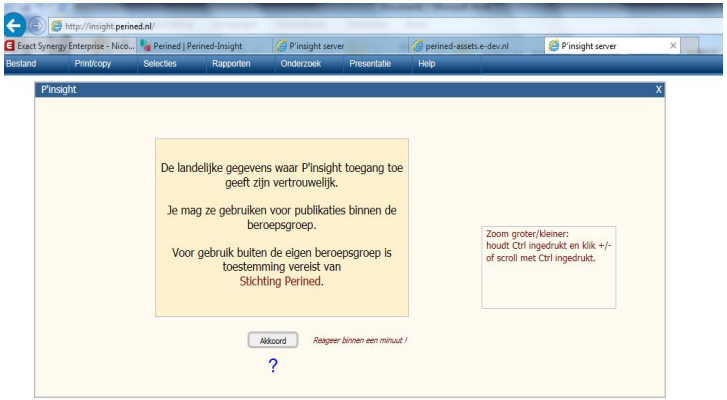
Alle bronnen zijn voor het laatst geraadpleegd op 31 mei 2017.

Bijlagen

Bijlage 1 - Handreiking Perided Insight

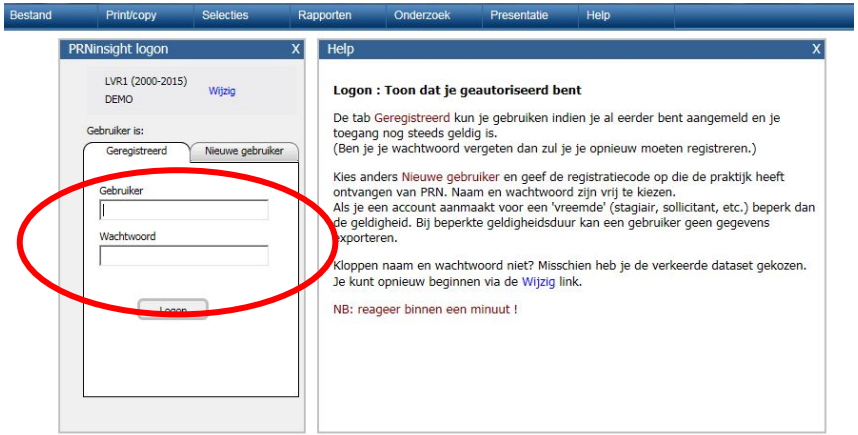
Handreiking Perined Insight (VSV niveau)

1. Open je webbrowser en ga naar http://insight.perined.nl/.
2. Klik op akkoord om aan te geven dat je de gegevens vertrouwelijk gebruikt.
3. Voer je **praktijknummer** in en selecteer **dataset LVR1** (voor eerstelijns verloskundigen).
4. Je logt altijd in namens een praktijk en je hebt toegang tot de registratie waaraan die praktijk deelneemt, we noemen dat de dataset. Kies die en geef het nummer van je praktijk op. Vervolgens zul je moeten aantonen dat je bij deze praktijk hoort. Dat hoeft maar éénmaal en dat noemen we de registratie. Bij die registratie geef je een zelf gekozen **naam** en **wachtwoord** op en alle volgende keren heb je alleen die nodig. De registratiecode is afhankelijk van praktijknummer en dataset. Eens per jaar wordt hij door PRN per brief verstuurd aan de contactpersoon van je praktijk. Ben je hem kwijt, neem dan contact op via info@perined.nl.
   Als collega's daar toestemming voor hebben geven, kunnen gegevens per kring of VSV in P'insight bekeken worden. Dit kan bij Perined aangevraagd worden.

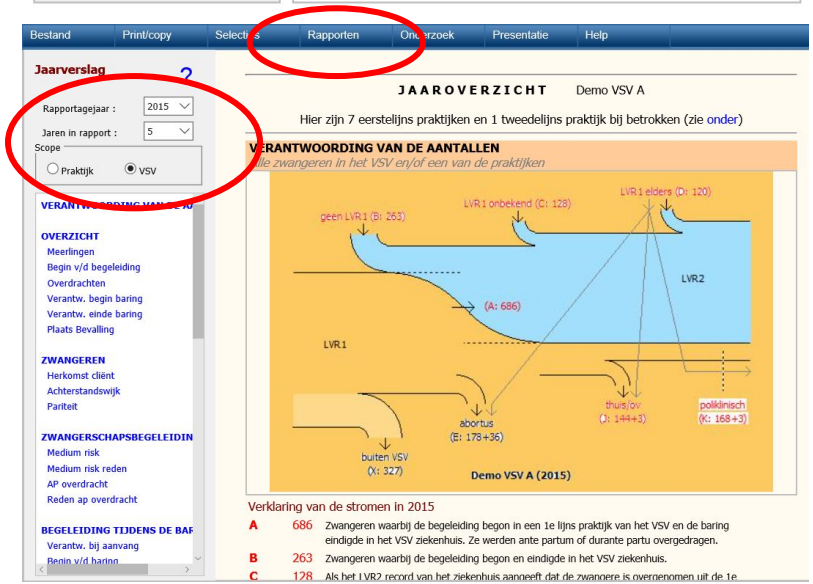


De volgende gegevens gaan we uit Perined verzamelen:

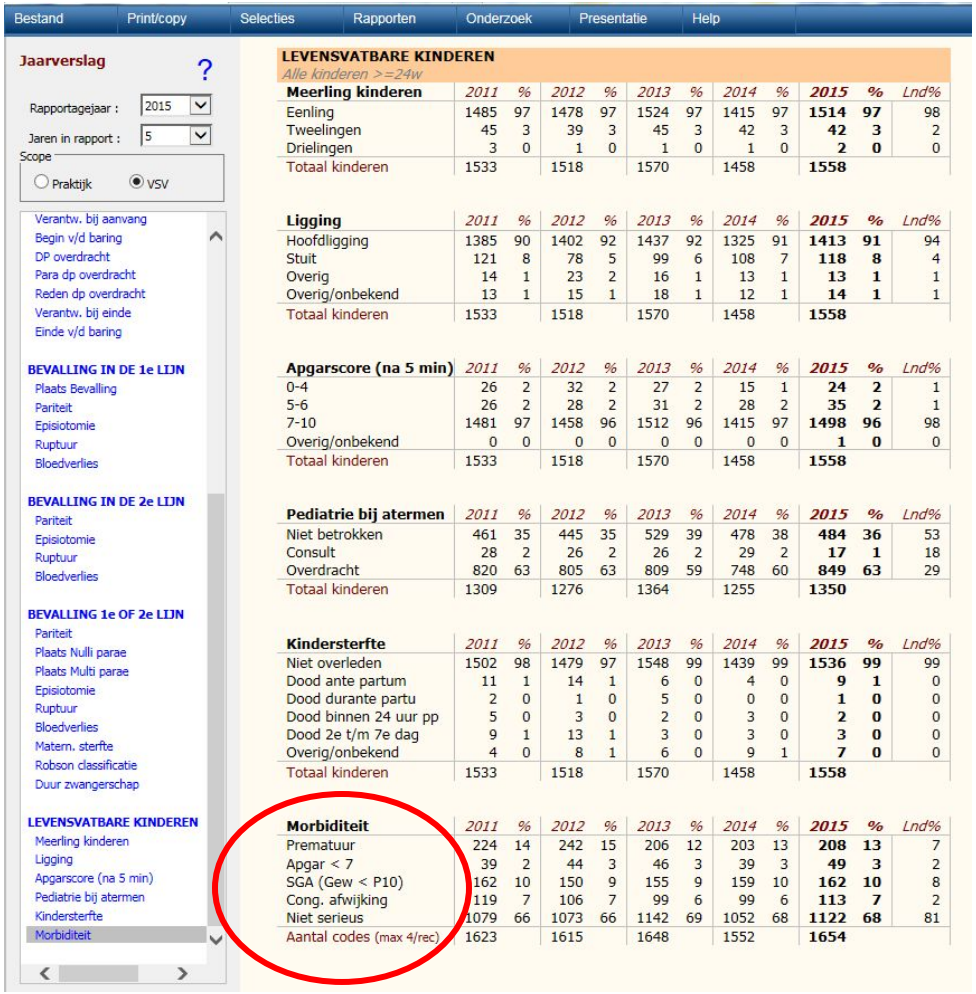
- Prematuren
- Apgar Scores <7
- Kinderen geboren met een geboortegewicht <P10
- Congenitale afwijkingen
- Zwangeren in een achterstandswijk



5. Selecteer **Rapporten** en vervolgens **jaarverslag**. Kies dan bij jaarverslag het betreffende rapportagejaar. Je kan bij jaren in rapport kiezen hoeveel jaargangen je wil bekijken (1-5). Selecteer daaronder je scope, in dit geval VSV.



6. Nu selecteer je bij L**evensvatbare kinderen Morbiditeit** en kan je het aantal/percentage prematuren, Apgar <7, SGA en congenitale afwijkingen aflezen in het desbetreffende jaar.



Meerling kinderen	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Lnd%
Eenling	1485	97	1478	97	1524	97	1415	97	1514	97	98
Tweelingen	45	3	39	3	45	3	42	3	42	3	2
Drielingen	3	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0
Totaal kinderen	1533		1518		1570		1458		1558		

Ligging	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Lnd%
Hoofdligging	1385	90	1402	92	1437	92	1325	91	1413	91	94
Stuit	121	8	78	5	99	6	108	7	118	8	4
Overig	14	1	23	2	16	1	13	1	13	1	1
Overig/onbekend	13	1	15	1	18	1	12	1	14	1	1
Totaal kinderen	1533		1518		1570		1458		1558		

Apgarscore (na 5 min)	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Lnd%
0-4	26	2	32	2	27	2	15	1	24	2	1
5-6	26	2	28	2	31	2	28	2	35	2	1
7-10	1481	97	1458	96	1512	96	1415	97	1498	96	98
Overig/onbekend	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Totaal kinderen	1533		1518		1570		1458		1558		

Pediatrie bij atermen	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Lnd%
Niet betrokken	461	35	445	35	529	39	478	38	484	36	53
Consult	28	2	26	2	26	2	29	2	17	1	18
Overdracht	820	63	805	63	809	59	748	60	849	63	29
Totaal kinderen	1309		1276		1364		1255		1350		

Kindersterfte	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Lnd%
Niet overleden	1502	98	1479	97	1548	99	1439	99	1536	99	99
Dood ante partum	11	1	14	1	6	0	4	0	9	1	0
Dood durante partu	2	0	1	0	5	0	0	0	1	0	0
Dood binnen 24 uur pp	5	0	3	0	2	0	3	0	2	0	0
Dood 2e t/m 7e dag	9	1	13	1	3	0	3	0	3	0	0
Overig/onbekend	4	0	8	1	6	0	9	1	7	0	0
Totaal kinderen	1533		1518		1570		1458		1558		

Morbiditeit	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Lnd%
Prematuur	224	14	242	15	206	12	203	13	208	13	7
Apgar < 7	39	2	44	3	46	3	39	3	49	3	2
SGA (Gew < P10)	162	10	150	9	155	9	159	10	162	10	8
Cong. afwijking	119	7	106	7	99	6	99	6	113	7	2
Niet serieus	1079	66	1073	66	1142	69	1052	68	1122	68	81
Aantal codes (max 4/rec)	1623		1615		1648		1552		1654		

7. Om het aantal moeders in een achterstandswijk in het VSV zichtbaar te maken, selecteer je Z**wangeren** en vervolgens **Achterstandswijk**.

8. Indien je je praktijk wil vergelijken tov het VSV, dien je bij scope praktijk te selecteren, vervolgens **Zorgverlening** en dan **Achterstandswijk**.

9. Het jaarverslag printen of opslaan kan door in de menubalk te klikken op **print/copy** en vervolgens **rapport**. Het pop-up venster dat nu zichtbaar wordt bevat het hele jaarverslag. Dit kan direct geprint worden (toets ctrl +p) of naar een document gekopieerd worden; selecteer alles (toets ctrl + A) en kopieer vervolgens alles (toets ctrl + C) naar een document. Sluit het pop-up venster.

10. Indien je alle gegevens verzamelt hebt, kies **bestand** en **exit** om het programma weer te verlaten.

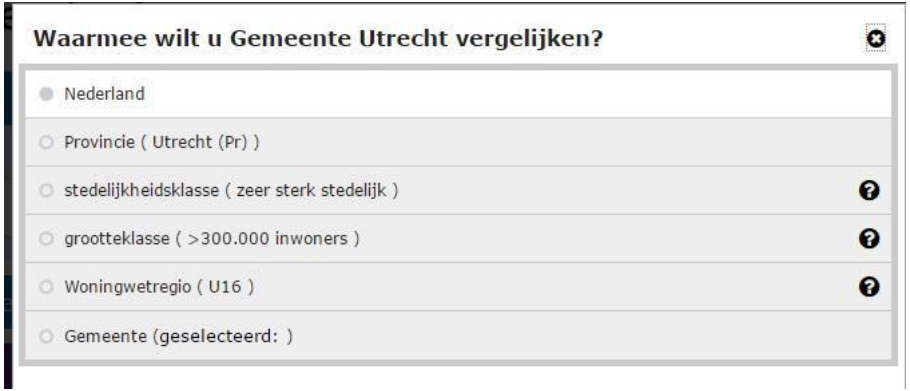
Bijlage 2 - Handreiking Waarstaatjegemeente.nl

Introductiefilmpje op https://www.youtube.com/watch?v=g9Bb_ZbTTP0&feature=youtu.be

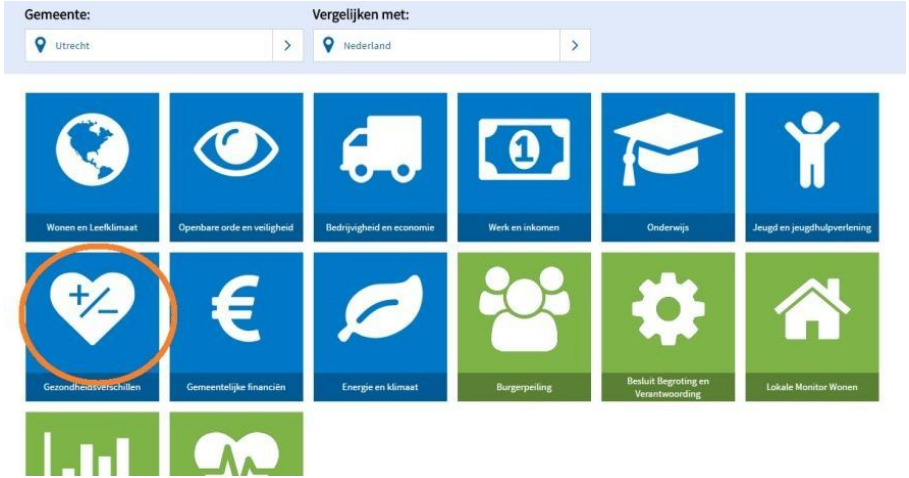
1. Open de internetpagina http://www.waarstaatjegemeente.nl/

2. Klik vervolgens op: **Ga naar het dashboard**. Vul dan bij **gemeente** de desbetreffende gemeente in.

3. Bij **<u>vergelijken met</u>** kunt u kiezen uit:
   - Nederland
   - Provincie
   - Stedelijkheidsklasse
   - Grootteklasse
   - Woningwetregio
   - Gemeente

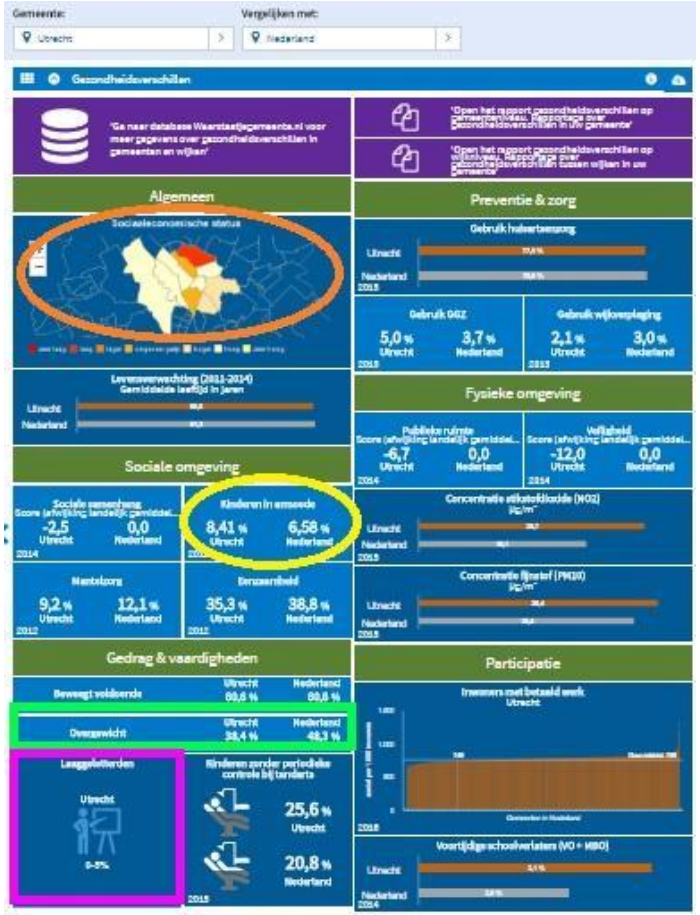


4. Selecteer daarna **<u>Gezondheidsverschillen</u>**.

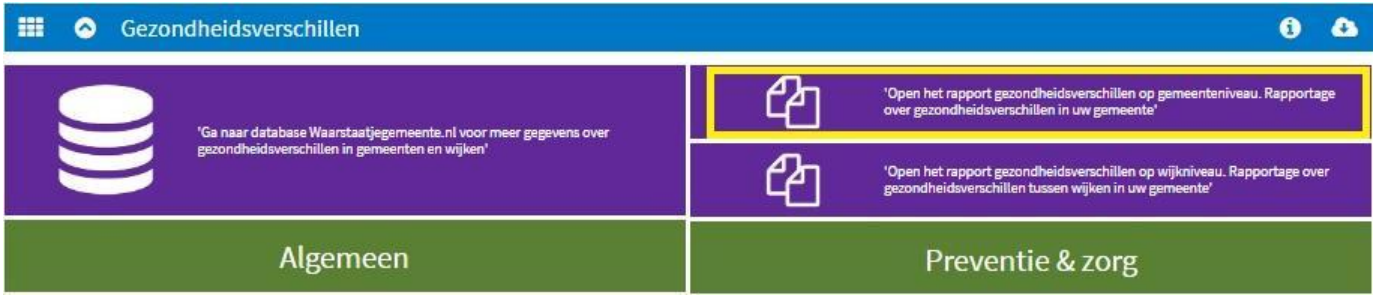


5. Vervolgens kunt u aflezen het percentage :

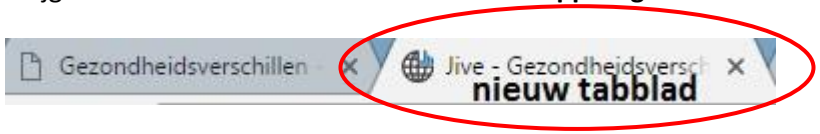
- **mensen met een (zeer) lage sociaaleconomische status**
- **kinderen in armoede**
- mensen met **overgewicht**
- **laaggeletterden**



6. Indien u rechtsboven aan de pagina het paarse kader **‘open het rapport gezondheidsverschillen op gemeenteniveau’** aanklikt,



krijgt u in een nieuw venster of tabblad het **rapport gezondheidsverschillen**.



U krijgt het beste inzicht gezondheidsverschillen te bekijken op wijkniveau. U kunt het op deze site ook bekijken op gemeenteniveau ten opzichte van het landelijk niveau. Nadeel hiervan is dat sommige wijken heel gezond zijn waardoor het totaal van de gemeente onder het landelijke gemiddelde kan liggen terwijl een aantal wijken ruim boven het gemiddelde zitten!

7. De snelste methode om inzicht te krijgen in onderwerpen op wijkniveau zoals:

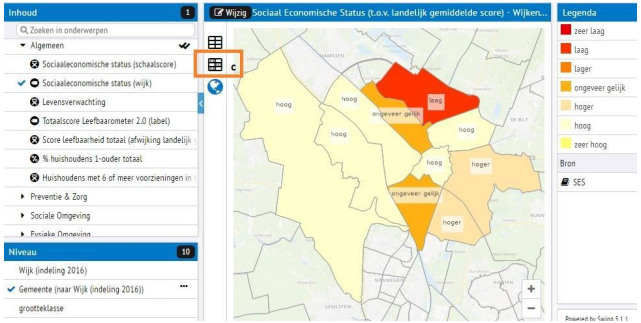
- **Sociaal economische status**
- **Diabetes type II**
- **Psychische problematiek**
- **Roken**
- **Overgewicht**

is als volgt;

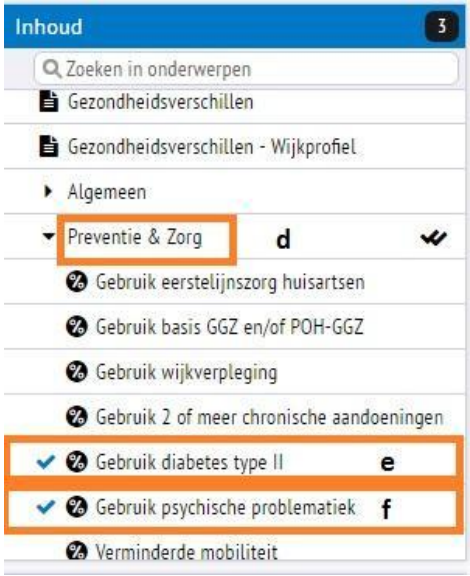
a. Scroll bij algemeen naar onder tot u bij Sociale status komt:

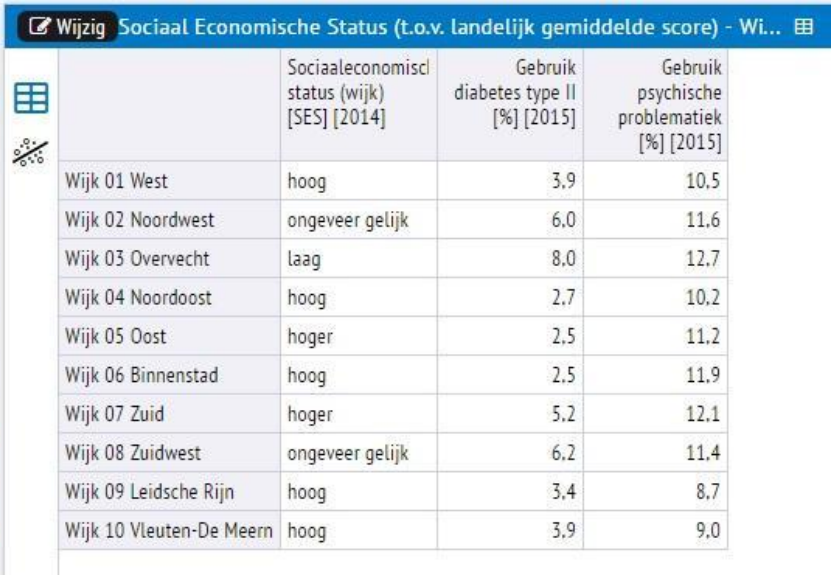
b. Klik op button **b** boven Levensverwachting, u krijgt een nieuw venster of tabblad sociaal **economische status**.

c. Klik vervolgens op button **C** om een kleurentabel te krijgen.



d. Wanneer u klik op **preventie & zorg** (**d**)en **gebruik diabetes type II** (**e**) en **gebruik psychische problematiek** (**f**) aanvinkt, ziet u deze onderwerpen nu in het overzicht op wijkniveau.

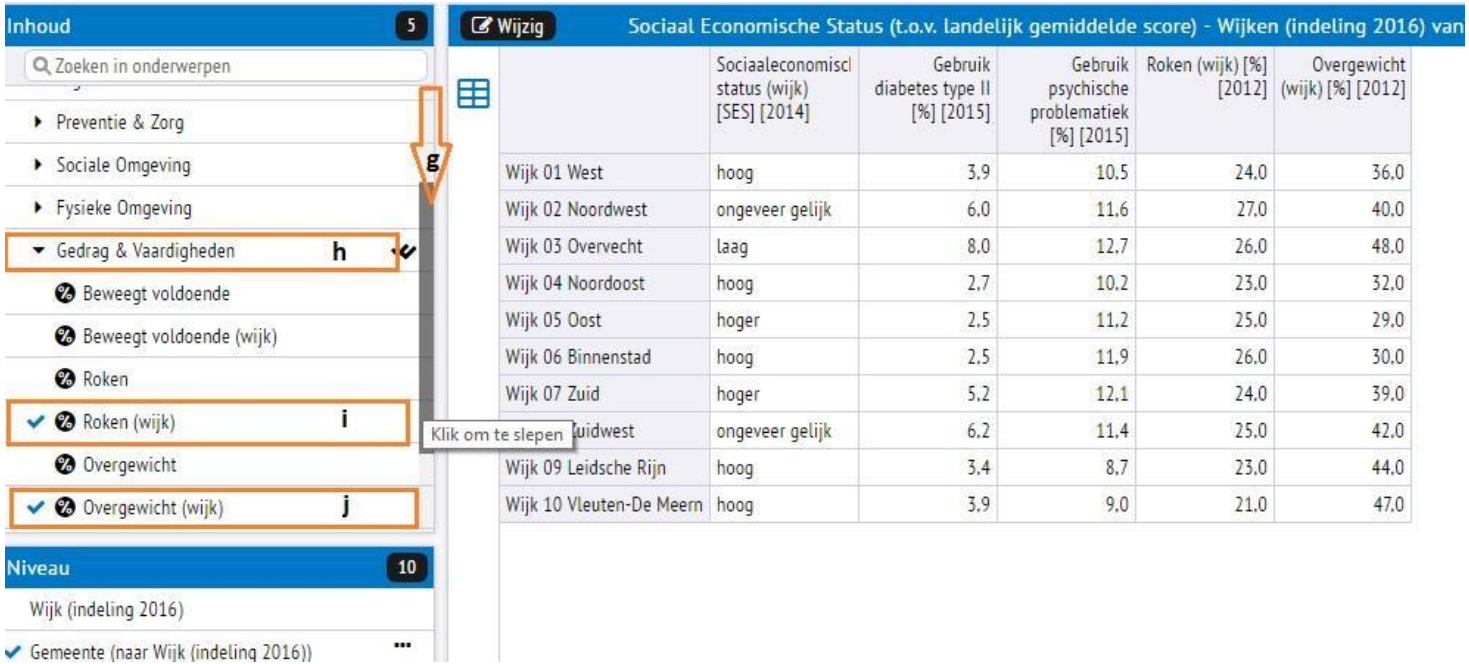




	Sociaaleconomisch status (wijk) [SES] [2014]	Gebruik diabetes type II [%] [2015]	Gebruik psychische problematiek [%] [2015]
Wijk 01 West	hoog	3,9	10,5
Wijk 02 Noordwest	ongeveer gelijk	6,0	11,6
Wijk 03 Overvecht	laag	8,0	12,7
Wijk 04 Noordoost	hoog	2,7	10,2
Wijk 05 Oost	hoger	2,5	11,2
Wijk 06 Binnenstad	hoog	2,5	11,9
Wijk 07 Zuid	hoger	5,2	12,1
Wijk 08 Zuidwest	ongeveer gelijk	6,2	11,4
Wijk 09 Leidsche Rijn	hoog	3,4	8,7
Wijk 10 Vleuten-De Meern	hoog	3,9	9,0

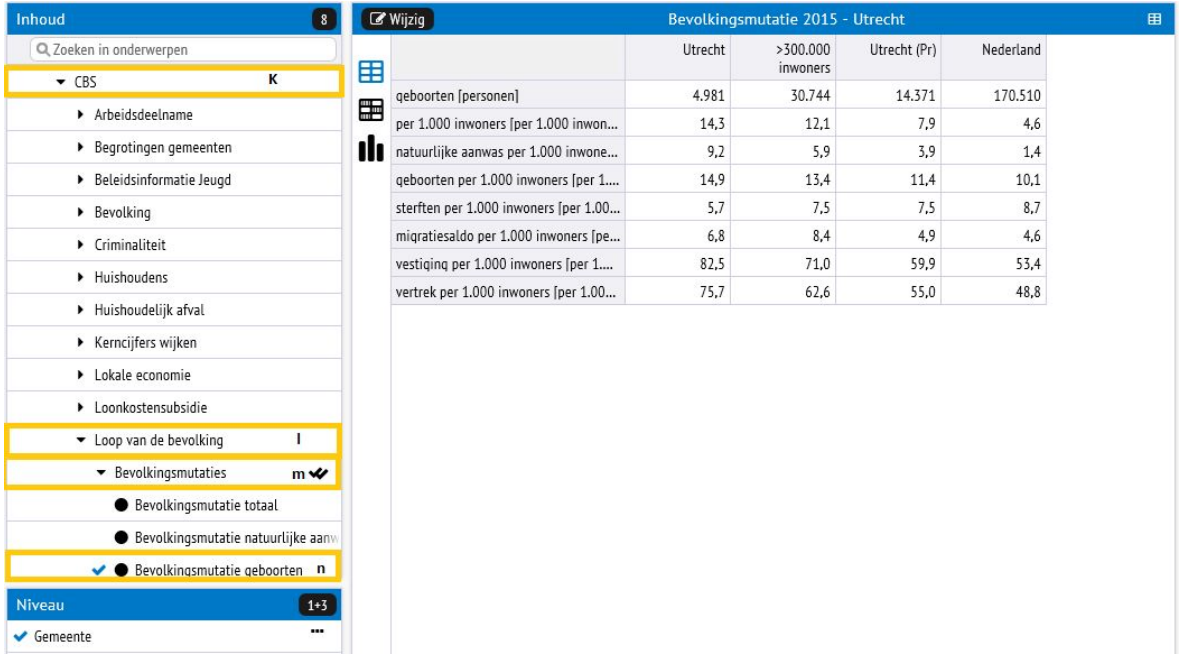
e. Wanneer u met de grijze balk (**g**)verder naar beneden scrolt, komt u **gedrag & vaardigheden** (**h**)tegen en klik deze open.

f. Vink vervolgens **roken** (wijk) (**i**) en **overgewicht** (wijk) (**j**) aan, dan heeft u het overzicht in één tabel.



	Sociaaleconomisch status (wijk) [SES] [2014]	Gebruik diabetes type II [%] [2015]	Gebruik psychische problematiek [%] [2015]	Roken (wijk) [%] [2012]	Overgewicht (wijk) [%] [2012]
Wijk 01 West	hoog	3,9	10,5	24,0	36,0
Wijk 02 Noordwest	ongeveer gelijk	6,0	11,6	27,0	40,0
Wijk 03 Overvecht	laag	8,0	12,7	26,0	48,0
Wijk 04 Noordoost	hoog	2,7	10,2	23,0	32,0
Wijk 05 Oost	hoger	2,5	11,2	25,0	29,0
Wijk 06 Binnenstad	hoog	2,5	11,9	26,0	30,0
Wijk 07 Zuid	hoger	5,2	12,1	24,0	39,0
Wijk 08 Zuidwest	ongeveer gelijk	6,2	11,4	25,0	42,0
Wijk 09 Leidsche Rijn	hoog	3,4	8,7	23,0	44,0
Wijk 10 Vleuten-De Meern	hoog	3,9	9,0	21,0	47,0

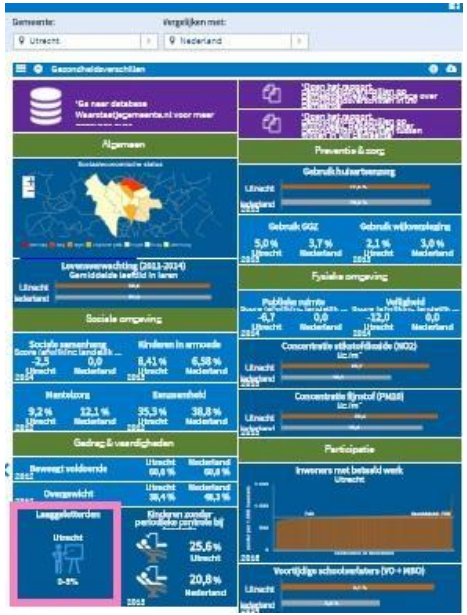
g. Indien u verder naar meteen scrolt met de grijze balk, komt u helemaal onderaan **instrumenten** tegen. Selecteer achtereenvolgens **gegevenset per bron**, **CBS** (**k**), **loop van de bevolking** (**l**), **bevolkingsmutaties** (**m**) en **bevolkingsmutatie geboorten** (**n**). U krijgt dan het aantal geboorten per gemeente.

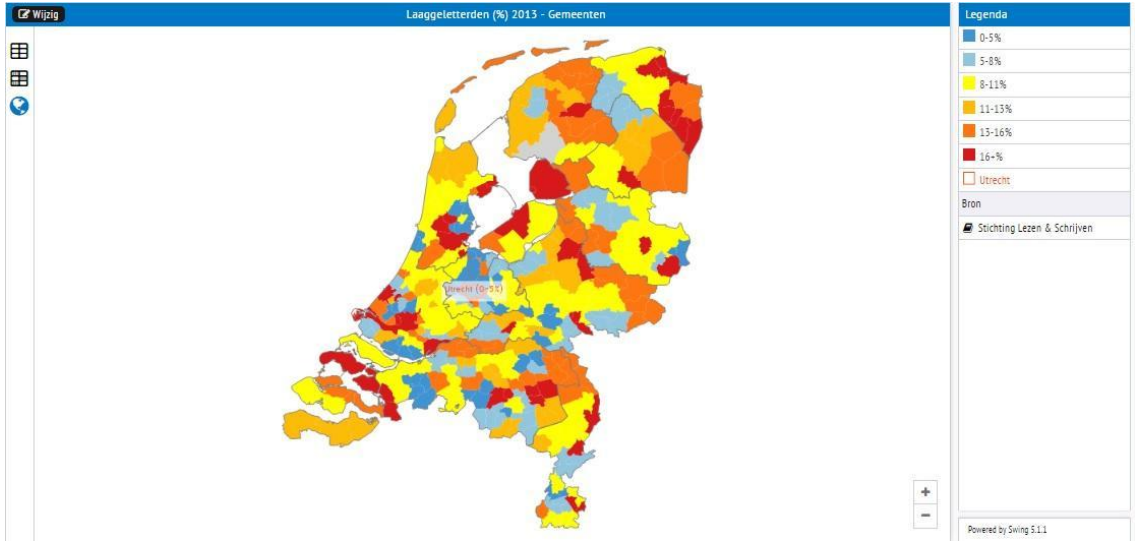


	Utrecht	>300.000 inwoners	Utrecht (Pr)	Nederland
geboorten [personen]	4.981	30.744	14.371	170.510
per 1.000 inwoners [per 1.000 inwon...	14,3	12,1	7,9	4,6
natuurlijke aanwas per 1.000 inwone...	9,2	5,9	3,9	1,4
geboorten per 1.000 inwoners [per 1....	14,9	13,4	11,4	10,1
sterften per 1.000 inwoners [per 1.00...	5,7	7,5	7,5	8,7
migratiesaldo per 1.000 inwoners [pe...	6,8	8,4	4,9	4,6
vestiging per 1.000 inwoners [per 1....	82,5	71,0	59,9	53,4
vertrek per 1.000 inwoners [per 1.00...	75,7	62,6	55,0	48,8

9. Wilt u weten hoe laaggeletterdheid in uw gemeente ligt ten opzichte van het landelijk gemiddelde? Ga in uw tabblad weer terug naar **gezondheidsverschillen.**

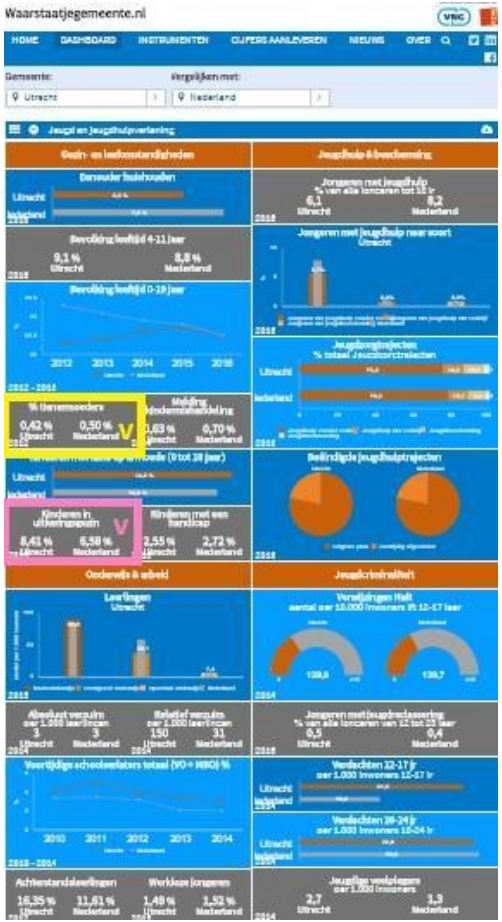
Klik op het onderwerp laaggeletterden, U krijgt nu een overzicht van heel Nederland.



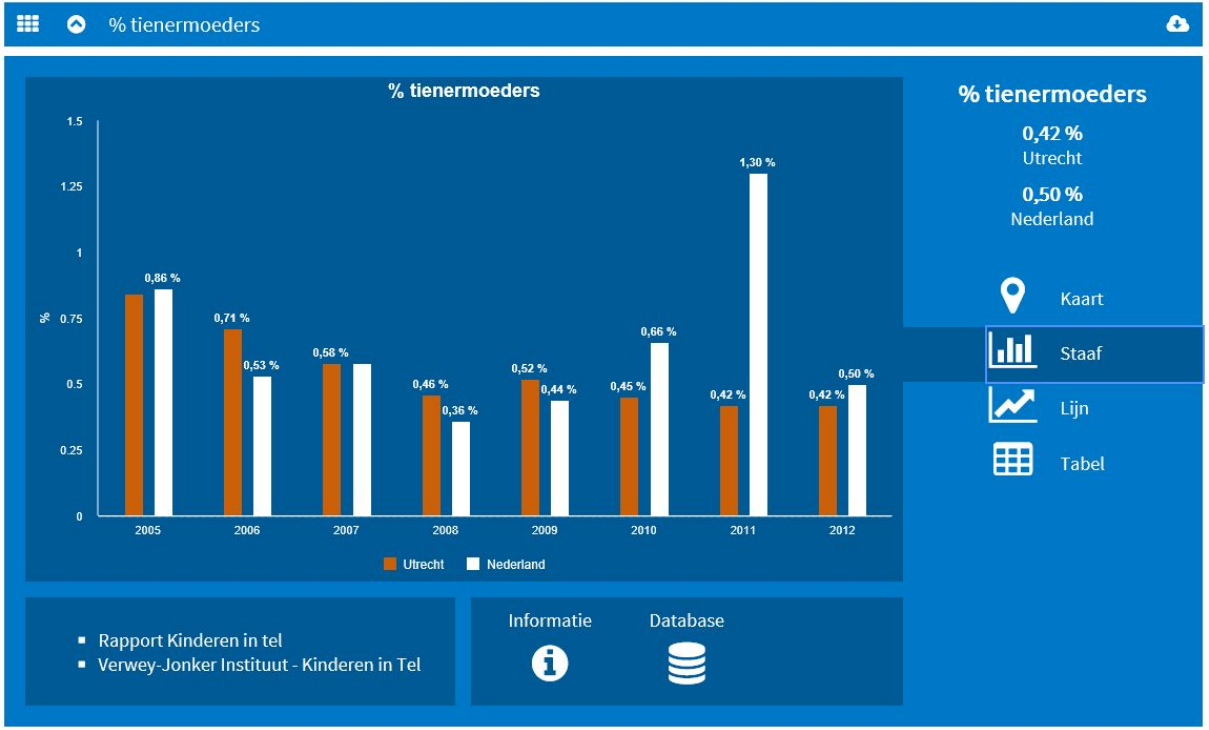


10. Ga weer terug naar het tabblad gezondheidsverschillen en klik op dashboard. Zo komt u terug in het hoofdmenu. Selecteer nu **Jeugd- en jeugdhulpverlening**.

Hier kunt u het percentage **tienermoeders** en het percentage **kinderen in een uitkeringsgezin** aflezen. Indien u het percentage van de afgelopen jaren wilt zien klikt u op het onderwerp tienermoeders V of kinderen in een uitkeringsgezin V.



U krijgt dan een overzicht met het percentage tienermoeders en/of kinderen in een uitkeringsgezin.
ook deze cijfers kunt u weer op verschillende manieren inzichtelijk maken, middels een kaart, staaf, lijn of tabel.



11. Klik weer op het dashboard en selecteer nu **Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein.**

Klik op helemaal onderaan op **uw wijkprofiel,** vervolgens opent er een nieuw venster of tabblad met het wijkprofiel.

Wijzig

Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein - Wijkprofiel

GEMEENTEPROFIEL

Samenstelling bevolking

	bevolking	% niet-westerse allochtonen	% westerse allochtonen
Wijk 01 West	29.065	19,1	11,5
Wijk 02 Noordwest	43.330	21,9	11,1
Wijk 03 Overvecht	34.235	46,8	9,7
Wijk 04 Noordoost	38.000	8,8	11,8
Wijk 05 Oost	32.930	8,4	15,2
Wijk 06 Binnenstad	17.860	9,9	15,3
Wijk 07 Zuid	27.040	20,2	9,8
Wijk 08 Zuidwest	37.330	38,9	10,0
Wijk 09 Leidsche Rijn	32.340	28,1	10,1
Wijk 10 Vleuten-De Meern	46.820	14,0	8,1
Utrecht	338.967	22,0	11,0

Figuur 1: Overzicht van de bevolkingssamenstelling, inclusief aandeel (niet-) westerse allochtonen, 2015

Zie voor meer informatie de database

Scrol naar onder totdat u **gemeenteprofiel** ziet: hier vindt u **Samenstelling bevolking**: het percentage **niet-westerse en westerse allochtonen op wijkniveau**.

Scrolt u nog iets verder naar beneden, dan is er ook een **inkomensverdeling per wijk**.

Wijzig

Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein - Wijkprofiel

Wijkprofiel Utrecht | 03-04-2017 | 4

Inkomensverdeling per wijk

	% huishoudens met laag inkomen	% huishoudens met hoog inkomen
Wijk 01 West	51,0	20,0
Wijk 02 Noordwest	58,0	11,0
Wijk 03 Overvecht	60,0	7,0
Wijk 04 Noordoost	47,0	26,0
Wijk 05 Oost	61,0	18,0
Wijk 06 Binnenstad	56,0	17,0
Wijk 07 Zuid	51,0	17,0
Wijk 08 Zuidwest	55,0	14,0
Wijk 09 Leidsche Rijn	24,0	34,0
Wijk 10 Vleuten-De Meern	23,0	36,0
Utrecht	49,7	19,4

Figuur 4: Inkomensverdeling in percentages per wijk in gemeente Utrecht, 2014

Zie voor meer informatie de database

Bijlage 3 - Toelichting Jeugdgezondheidszorg

Nederland Centrum Jeugdgezondheidszorg (NCJ):

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid is het innovatie- en kenniscentrum voor de jeugdgezondheidszorg in Nederland. Het NCJ doet niet aan belangenbehartiging. Het NCJ stimuleert vernieuwing van het vak, zet jeugdgezondheid op de agenda en maakt beproefde kennis toegankelijk.
Het NCJ richt zich op de JGZ en de uitvoerende organisaties die daarin actief zijn. Het NCJ ondersteunt JGZ-organisaties in innovaties en met kennis. Daarnaast vervult het NCJ een unieke ondersteunende rol naar JGZ-organisaties bij de implementatie van instrumenten. Het NCJ legt een nadrukkelijke koppeling tussen ontwikkeling, implementatie en borging van innovatie en kennis in de JGZ. Het NCJ draagt zo bij aan het vernieuwen, verbinden en versterken van de JGZ, zowel op het niveau van de uitvoering als op beleidsniveau.

Centrum Jeugd en Gezin (CJG)

De gemeente maakt inhoudelijke keuzes ten aanzien van de inrichting van de CJG's en is opdrachtgever van de JGZ. Ook zijn er meerdere aanbieders die een positie aan het verwerven zijn in het CJG. In veel steden valt de JGZ onder het Centrum Jeugd en Gezin.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ):

De JGZ in Nederland is onderdeel van de publieke gezondheidszorg en heeft de wettelijke taak zich in te zetten voor de bescherming en bevordering van de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen van 0 tot 18 jaar. De JGZ levert een belangrijke bijdrage aan het gezond en veilig opgroeien van kinderen dat tot gezondheidswinst leidt. Het bijzondere aan de JGZ is, vergeleken met curatieve gezondheidszorg en jeugdhulp, dat zij populatiegericht is, alle kinderen in beeld willen hebben en een preventief karakter heeft.

De gemeenten bepalen, binnen het wettelijke kader van de Wet Publieke Gezondheid, hoe de JGZ wordt uitgevoerd. Dit kan worden gedaan door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), maar kan ook door andere zorgorganisaties. Indien de gemeente bepaalt dat de uitvoering van de JGZ buiten de GGD bij zorgorganisaties wordt belegd, dan geldt er een aanbestedingsplicht. Ook moeten gemeenten, in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aansluiten bij het aanbod van opvoed- en opgroeisteun van het CJG indien deze in de gemeente bestaat. De uitbesteding van de JGZ verschilt dus per gemeente. Per 1 januari 2015 is het nieuwe basispakket Jeugdgezondheidszorg van kracht, voormeer info zie:

https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdgezondheidszorg/publicaties/factsheet-nieuw-basispakket-jgz

Bijlage 4 - Wettelijke kaders gemeenten en zorgverzekeraars

Wettelijke kaders Gemeente
In het Nederlandse stelsel van zorg en welzijn is het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport beleidsverantwoordelijk voor preventie. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het preventiebeleid:
• Zorgverzekeraars: op grond van de preventieve aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw)
• Gemeenten: op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet.

Voor de kwetsbare zwangere is de Wet langdurige zorg niet relevant, wel de overige bovengenoemde wetten. Er zijn in hoofdlijnen twee redenen voor zorgverzekeraars en gemeenten om preventieve activiteiten te vergoeden of te organiseren, namelijk hun wettelijke verantwoordelijkheid en een eventueel financieel belang.
Tegenwoordig worden de verschillende vormen van preventie vaak onderscheiden naar doelgroep :

- Universele preventie: richt zich op de gehele bevolking. Is een collectieve benadering.
- Selectieve preventie: richt zich op groepen met een verhoogd risico op het ontstaan van ziektes. Is ook een collectieve benadering.
- Geïndiceerde preventie: richt zich op individuen die nog geen ziekte hebben maar daar wel een verhoogd risico op lopen. Is een individuele benadering.
- Zorggerelateerde preventie: richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben. Is ook een individuele benadering.

Gemeenten spelen een belangrijke rol bij collectieve benadering van preventie (gehele bevolking en groepen met een verhoogd risico op het bestaan van ziektes).

Wettelijke verantwoordelijkheid voor preventie van gemeenten

Wet publieke gezondheid (Wpg)
In de Wpg wordt publieke gezondheid omschreven als de ‘gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten’. Uit deze passage blijkt het belang van preventie in de Wpg. De Wpg definieert vier taken van gemeenten:
1. Algemene taken publieke gezondheidszorg:
- Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma’s (met inbegrip van gezondheidsbevordering), zoals het voorkomen van alcoholmisbruik bij jongeren.
- Het geven van prenatale voorlichting aan ouders.
2. Jeugdgezondheidszorg (JGZ): actief ter beschikking stellen van vaccinaties, screening, monitoring en signalering (vastgelegd in een basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg).
3. Ouderengezondheidszorg.
4. Infectieziektebestrijding: algemene preventieve maatregelen op het gebied van infectieziektebestrijding.

De mate waarin gemeenten verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor het daadwerkelijk realiseren van preventie verschilt aanzienlijk voor de verschillende genoemde taken. Bij belangrijke onderdelen van de jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding hebben gemeenten weinig beleidsvrijheid. Bij de genoemde preventieprogramma's (bij de algemene taken) en bij de ouderengezondheidszorg hebben gemeenten daarentegen veel beleidsvrijheid.

Dit maakt het voor gemeenten enerzijds mogelijk om goed in te spelen op de lokale situatie. Anderzijds biedt het gemeenten ook de ruimte om preventieprogramma's niet of slechts op beperkte schaal uit te voeren.

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)
In de nieuwe Wmo 2015 staat expliciet dat het college maatregelen treft die er (onder andere) op gericht zijn te voorkomen dat ingezetenen op maatschappelijke ondersteuning aangewezen zullen zijn. Hieruit blijkt duidelijk een preventieve verantwoordelijkheid voor gemeenten, maar die lijkt zich formeel niet uit te strekken tot het voorkomen van zorg. Daarnaast wordt in deze wet bij één definitie van ondersteuning die voor kwetsbare zwangeren relevant is, wel expliciet gewezen op de noodzaak van preventieve activiteiten die verder gaan dan bovenstaande namelijk: Maatschappelijke ondersteuning: '… alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld'.

Jeugdwet
In de nieuwe Jeugdwet staat expliciet dat het beleid van de gemeente gericht moet zijn op het voorkomen en vroegsignaleren van alsmede het snel interveniëren bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

Wettelijke verantwoordelijkheid voor preventie van zorgverzekeraars (Zvw)
Omdat de Zorgverzekeringswet het karakter heeft van een schadeverzekering moet er bij een individuele verzekerde sprake zijn van (een verhoogd risico op) gezondheidsschade om aanspraak te maken op een preventieve maatregel. Het gaat dan om geïndiceerde preventie en zorg gerelateerde preventie.

Dit betekent dat veel preventieve maatregelen die worden voorgeschreven of uitgevoerd door medische beroepsbeoefenaren vergoed (moeten) worden door zorgverzekeraars. Er moet wel voldaan worden aan voorwaarden.

Voor nieuwe vormen van (preventieve) zorg is het mogelijk om een voorwaardelijke toelating te ontvangen tot het verzekerde pakket om in een periode van 4 jaar wetenschappelijk onderzoek te kunnen laten uitvoeren naar de (kosten) effectiviteit. Als de uitkomsten van het onderzoek positief zijn, kan daarmee worden voldaan aan de voorwaarde 'de stand van wetenschap en praktijk' en wordt reguliere toelating mogelijk.

Bijlage 5 - Financiering preventie

Financieel belang van zorgverzekeraar
Uit onderzoek (Polder, 2012) blijkt dat een betere gezondheid gemiddeld niet tot lagere zorguitgaven leidt, maar tot een verschuiving van (andere) ziektekosten naar een later tijdstip doordat mensen in hun leven langer van zorg gebruik maken. Beide effecten zijn volgens genoemd onderzoek ongeveer gelijk aan elkaar. Vanuit de overheid bezien leidt preventie daarom (in totaliteit) niet tot lagere zorguitgaven. Zeker niet als ook de kosten van de preventieve maatregel worden meegerekend.

Financieel belang van gemeenten
Het financieel belang voor een gemeente bestaat vooral uit het voorkomen van kosten binnen haar eigen beleidsdomeinen zoals arbeidsparticipatie, schuldhulpverlening, onderwijs, huisvesting, jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Het voorkomen van andere (maatschappelijke) kosten kan natuurlijk ook een doelstelling zijn van een gemeente, maar dat komt niet voort uit haar eigen financieel belang. Een gemeente heeft met name financieel belang bij het voorkomen van dure voorzieningen die door haar zelf betaald moeten worden. Het betreft bijvoorbeeld de inzet van ondersteuning aan multiprobleemgezinnen, hulp bij het huishouden, individuele begeleiding, woningaanpassingen en uitkeringen die onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen met de invoering van de Participatiewet per 2015.

Tegelijkertijd is helder dat door preventieve inspanningen van gemeenten ook kosten worden voorkomen in de Zvw en in de Wlz.

Zonder aanvullende maatregelen (zoals het delen in kosten of opbrengsten) kan dit ertoe leiden dat gemeenten uit maatschappelijk oogpunt onvoldoende zullen investeren in preventie.
Los van wettelijke verantwoordelijkheden of financieel eigenbelang kunnen zorgverzekeraars en gemeenten vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid er voor kiezen om preventie te bevorderen door dit uit eigen financiële middelen te betalen. Zolang zorgverzekeraars winst realiseren, bestaat hiervoor ook financiële ruimte. Hierbij speelt overigens ook een rol dat preventieve activiteiten aantrekkelijk kunnen zijn vanuit het oogpunt van marketing.

Problemen met financieren preventie
Redenen voor terughoudendheid om in preventie te investeren zijn:

- Onzekerheid over de mate waarin preventie effectief en doelmatig is.
- Zelfs als een preventieve interventie bewezen effectief is en tot kostenbesparingen leidt, wordt deze interventie niet automatisch uitgevoerd.
- Problemen rond de verantwoordelijkheidsverdeling (uitvoerder voelt zich onvoldoende verantwoordelijk en/of een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling gemeente-zorgverzekeraar).
- Een negatieve verhouding van eigen kosten en eigen baten: vaak draagt het uitvoeringsorgaan (bijvoorbeeld de gemeente) de volledige kosten terwijl de baten voor een belangrijk deel bij andere partijen vallen.
- Perverse prikkels in het verevenings- en bekostigingssysteem.

Nieuwe financieringsmodellen

De financiering van preventie kan verbeterd worden door het opnemen van preventie in het basispakket van de Zvw of het subsidiëren van preventie vanuit de rijksoverheid of andere partijen zoals gezondheidsfondsen (zie bijlage 7).

Daarnaast zijn er ook andere financieringsmodellen denkbaar. Een deel van deze modellen komt al (op kleine schaal) voor in de praktijk. Hieronder een schets van deze modellen en een korte beschrijving. Voor meer informatie hierover zie het rapport "Financiering van preventie, analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen", ZorgmarktAdvies uit 2015.
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/06/23/financiering-van-preventie

1. Regionaal preventiefonds
   Een regionaal preventiefonds is een samenwerkingsverband van de zorgverzekeraars en de gemeenten in een regio. Deze partijen verstrekken de benodigde financiële middelen aan het fonds, sturen het fonds aan en beslissen gezamenlijk over de toekenning van financiering aan preventie-activiteiten (ZorgmarktAdvies, 2013)
2. Health Impact Bonds
   Een Health Impact Bond (HIB) is een prestatiecontract tussen een overheidsorganisatie en een intermediaire organisatie gericht op het uitvoeren van preventieprogramma's. De intermediair schakelt voor deze programma's uitvoerders in en de hiervoor benodigde financiering wordt vooraf beschikbaar gesteld door externe investeerders. De overheidsorganisatie betaalt alleen uit aan de intermediair als een vooraf afgesproken maatschappelijk resultaat is behaald (bijvoorbeeld toekomstige besparingen). De intermediair betaalt de investeerders hun investering met rendement terug (Society Impact Platform en Ernst & Young, 2013).
3. Shared savings
   Bij shared savings spreken zorgaanbieders met een zorgverzekeraar of gemeente af dat de deelnemende aanbieders een deel van de door hen gerealiseerde kostenbesparing ontvangen. De kostenbesparingen kunnen worden gerealiseerd bij de deelnemende aanbieders zelf, maar ook bij andere aanbieders of in andere domeinen.
4. Populatiebekostiging
   Bij populatiebekostiging ontvangt de zorgverlener een vast bedrag per verzekerde per jaar , soms gecorrigeerd voor de verwachte zorgkosten van de verzekerde ('risk adjusted'). Hiervoor moet alle zorg gedurende de betreffende tijdsperiode geleverd worden. Als de kosten per verzekerde lager uitkomen, is dit winst voor de zorgaanbieder; zijn de kosten hoger dan maakt de aanbieder verlies. (Pomp, 2013). Dit geeft aanbieders een goede prikkel om geen onnodige zorg te verlenen (geen 'productieprikkel') en ook een goede prikkel om aan preventie van zorg(uitgaven) te doen.

6. Preventie in collectieve zorgverzekering voor minima. Bijna alle gemeenten bieden inmiddels hun sociale minima een collectieve zorgverzekering aan. Een collectievezorgverzekering biedt de mogelijkheid aan de gemeente om aanvullende afspraken te maken met de zorgverzekeraar over bijvoorbeeld gezamenlijke investeringen in preventie. Concreet kunnen zij samen leefstijlinterventies opzetten en deze beschikbaar stellen aan sociale minima door de leefstijlinterventies op te nemen in het aanvullende pakket. www.bsenf.nl
7. Opname Preventie Kosten Groepen (PKG's) in risicoverevening
   Bij het opnemen van PKG's in het risicovereveningssysteem van de Zvw krijgt een zorgverzekeraar ex ante een normatieve bijdrage op basis van het aantal verwachte uit te voeren reventieprogramma's. De normatieve bijdrage wordt achteraf (ex post) aangepast op het aantal daadwerkelijk in de praktijk uitgevoerde preventieprogramma's (VGZ, 2013).
8. Meerjarige polissen
   Bij meerjarige zorgverzekeringspolissen gaat een verzekerde voor meer dan één jaar een relatie aan met een zorgverzekeraar. Dit wordt mogelijk door artikel 7 lid 1 van de Zvw aan te passen en te bepalen dat bij een meerjarige polis het recht vervalt om de polis jaarlijks op te zeggen.
8. Health Transfer Systeem
   In het Health Transfer Systeem compenseren zorgverzekeraars elkaar voor in het verleden gemaakte preventiekosten als een verzekerde overstapt van de ene naar de andere verzekeraar. Een verzekerde ontvangt voor het volgen van een preventieprogramma een aantal health points, die binnen een bepaalde tijdsperiode worden afgeschreven. Als de verzekerde tijdens de afschrijvingsperiode overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de resterende health points over en betaalt een health transfer fee aan de oude zorgverzekeraar (De Nationale DenkTank, 2006).
9. Investeringsprikkel gemeenten
   Een financiële investeringsprikkel stimuleert gemeenten om te investeren in preventie, ondersteuning en vroegsignalering. Bij een investeringsprikkel worden gemeenten bijvoorbeeld afgerekend op de mate waarin zij door goed Wmo-beleid te voeren in staat zijn geweest om Wlz-uitgaven te voorkomen. De investeringsprikkel kan een vrijwillig of een verplicht karakter krijgen (ZorgmarktAdvies, 2011a)

Bijlage 6 - Subsidiemogelijkheden

➢ **Fonds gezond geboren**
http://fondsgezondgeboren.nl/
Fonds Gezond Geboren financiert wetenschappelijk onderzoek dat ervoor zorgt dat zoveel mogelijk baby's in Nederland gezond ter wereld komen. Vooral gericht op voorkomen van babysterfte. Initiatiefnemer: Eric Steegers en Niek Exalto

➢ **CZ fonds**
https://www.cz.nl/over-cz/maatschappij/cz-fonds
Bij maatschappelijke betrokkenheid hoort investeren in zorgprojecten die niet (volledig) vanuit de reguliere kanalen worden gefinancierd, maar die wel een waardevolle aanvulling bieden op de reguliere gezondheidszorg. CZ Fonds financiert deze initiatieven. Iedereen kan een aanvraag indienen voor subsidie met projecten op het gebied van:

- Preventie
- Kwaliteit van zorg
- Cliëntervaringen
- Informele zorg

➢ **Innovatiefonds zorgverzekeraars**
http://www.innovatiefondszorgverzekeraars.nl/aanvragen-financiering-zorginnovatie-projecten/regionale-fondsen-aanvraagmenu-53

Regionale Fondsen
Bij de opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering in 1986 zijn de reserves goed beheerd. In 1998 is er een convenant gesloten tussen de zorgverzekeraars over de besteding van de reserves. Een kwart van het jaarlijkse bedrag (vijf miljoen euro), wordt beheerd en uitgegeven door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. Dit geld is bestemd voor landelijke projecten die zorgvernieuwend zijn, het welzijn van de patiënt bevorderen, of de effectiviteit van de gezondheidszorg stimuleren. De rest van de jaarlijks te besteden reserves, ruim 15 miljoen euro, geven de desbetreffende zorgverzekeraars via hun RVVZ-fondsen voornamelijk uit in hun oorspronkelijke werkgebied. Deze reserves zijn nog beschikbaar tot en met 2018. Aanvragen kunnen rechtstreeks bij het desbetreffende Regionale Fonds/Zorgverzekeraar worden ingediend. De richtlijnen en criteria voor de Regionale Fondsen zijn in grote lijnen gelijk aan die van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. Hieronder vindt u de Regionale Fondsen en de kernregio's waar zij actief zijn.

➢ **Vereniging van Fondsen**
http://www.verenigingvanfondsen.nl/
Fondsen die lid zijn van de FIN:

- **Voorzorg Utrecht**

http://www.voorzorg-utrecht.nl/De voorkeur gaat uit naar doelen die het belang van patiënten zo breed mogelijk dienen en met name geen structureel karakter dragen. Reeds gestarte projecten worden niet gesubsidieerd. Initiatieven in de regio Utrecht (provincie Utrecht en het Gooi) krijgen voorrang bij de subsidietoekenning.

- www.casterenshoeve.nl

Stelt zich ten doel organisaties die gericht zijn op het verbeteren van de samenleving financieel te ondersteunen. Het gaat om uitvoeren van maatschappelijke projecten op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs en cultuur. Werkt landelijk met een voorkeur voor Nijmegen en omstreken.

- http://www.hetdiakonessenhuis.nl/

De Stichting heeft ten doel het verlenen van financiële en eventueel andere bijstand aan instellingen, organisaties (in welke rechtsvorm dan ook) die zich ten doel stellen:

- het in het algemeen belang dienen en bevorderen van de gezondheidszorg in de ruimste zin;
- het verplegen en verzorgen en doen behandelen van personen die medische, verpleegkundige en verloskundige, dan wel verzorgende bijstand behoeven een en ander in de ruimste zin;
- het creëren van mogelijkheden tot opleiding van verpleegkundig personeel, alsmede het medewerken aan de opleiding van andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg; en voorts:
- al hetgeen met een en ander rechtstreeks of zijdelings verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn, alles in de ruimste zin van het woord.
  - http://stichting-else.nl/

Else maakt zich sterk voor een toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige maatschappelijke zorg in Nederland en ondersteunt daarom initiatieven op het gebied van een andere manier van zorg verlenen en zorg organiseren. Zorg die de cliënt en diens zelfstandigheid centraal stelt en een respectvolle, warme en gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener, cliënt en zijn/haar leefomgeving als belangrijke voorwaarde ziet voor goede zorg.Bij welke thema's voelt Else zich thuis?

- Ondersteuning van alle werkers in de maatschappelijke (gezondheids)zorg
- Multidisciplinaire samenwerking
- Empowerment
- De nieuwe professional
- Stimulering professionele beroepsgroepen
- Multiculturele zorgverlening

- Zingeving in de zorg
- Burgerinitiatieven
- Mantelzorg
- Technologische vernieuwingen in de zorg

➢ http://www.haagsgroenekruisfonds.nl/

In 1997 is de vereniging "Het Groene Kruis Den Haag" na ruim 95 jaar omgezet in Stichting Haags Groene Kruis Fonds. Van de vereniging (opgericht in 1901) moesten gezinnen lid zijn om voor verstrekkingen in aanmerking te komen. De kruisvereniging was werkzaam op het terrein van de extramurale gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (wijkverpleging, consultatiebureau voor baby's en kleuters, gezinszorg, kraamzorg en kinderopvang).

Vanaf eind vorige eeuw werd deze vorm van zorg bekostigd uit de publieke middelen in plaats van particuliere gelden. Daarmee verviel de reden voor het lidmaatschap van een kruisvereniging. Het bestuur van de vereniging heeft in de jaren negentig besloten de vereniging om te zetten in een stichting. Zo is het vermogen veilig gesteld voor het ondersteunen van initiatieven en projecten die in de lijn van de voormalige vereniging liggen. Het fonds beperkt zich tot initiatieven in Den Haag, omdat het vermogen bijeen is gebracht door de voormalige leden van de kruisvereniging uit Den Haag.

➢ https://physico.nl/physico/

- Physico vat het begrip gezondheid breed op.
  De stichting ziet gezondheid niet als een doel op zich, maar als een van de voorwaarden om het dagelijks leven goed te kunnen leiden. Daarom ondersteunt Physico projecten die mensen helpen om een betere greep op hun gezondheid te krijgen en die bijdragen aan fysieke, mentale en sociaalmaatschappelijke conditieverbetering.

- Zwangerschapsbegeleiding
  Een voorbeeldproject:
  Physico ondersteunt bij het opzetten van zwangerschapsgymnastiek en multidisciplinaire begeleiding voor kansarme zwangere vrouwen in Pendrecht. In de wijk Pendrecht te Rotterdam, organiseert Paramedisch centrum ‘De Beweging’ Zwangerschapscursussen in samenwerking met een verloskundige en diëtiste. Het betreft moeders die het vaak niet breed hebben; door deze multidisciplinaire aanpak krijgen zij niet alleen zwangerschapsgymnastiek maar ook de nodige informatie over de bevalling en de juiste voeding, waardoor zij goed zijn voorbereid op het grote moment.

- http://www.lokalefondsen.nl/
  In anderhalf jaar tijd is het aantal lokale fondsen en nieuwe initiatieven flink toegenomen. In steeds meer gemeenten nemen bewoners zelf het initiatief om de leefbaarheid te verbeteren en daarvoor een fonds op te richten. Een fonds waarbij de betrokkenheid van alle bewoners wenselijk is. Een lokaal fonds is een door betrokken personen (vrijwilligers) zelfstandig geleide private stichting of organisatie, die mensen bij elkaar brengt om de leefbaarheid in de omgeving te verbeteren. Met tijd, betrokkenheid, ideeën en geld realiseert of initieert een lokaal fonds tal van uiteenlopende lokale projecten en initiatieven. Hiervoor werft een lokaal fonds inkomsten, bouwt een reserve op ten behoeve van de continuïteit en werkt zoveel mogelijk samen met partners.

- http://www.oranjefonds.nl/over-oranjefonds
  Sponsort sociale initiatieven: In 2014 steunde het Oranje Fonds ruim 7.500 initiatieven die ervoor zorgen dat mensen elkaar ontmoeten, minder eenzaam zijn, begrip krijgen voor elkaar en zich inzetten voor een ander.

- https://www.vsbfonds.nl/?gclid=CImD2u6ZjswCFYcp0wodiSgMow
  Het VSBfonds ondersteunt initiatieven waarbij mensen elkaar ontmoeten, zodat ze elkaar leren kennen, begrijpen en respecteren. VSBfonds stimuleert daarom verschillende soorten ontmoetingen. Denk hierbij aan ontmoetingen tussen mensen uit verschillende leefwerelden, zoals verschillende generaties en culturen. Maar ook aan ontmoetingen tussen stad en platteland, ziek en gezond, mensen met en zonder beperking.
  VSBfonds ondersteunt bij voorkeur projecten die leiden tot duurzaam contact, zodat mensen hun sociale vaardigheden en hun burgerschap kunnen vergroten. Hierdoor kunnen uitsluiting, eenzaamheid, intolerantie, onveiligheid en conflicten verminderen en misschien zelfs voorkomen worden. Als hiervoor speciale accommodaties nodig zijn, waar de ontmoetingen kunnen plaatsvinden, dan helpt VSBfonds daar ook graag bij.

- **Fonds Nuts Ohra / Gezonde toekomst dichterbij**:
  http://www.fondsnutsohra.nl/gezonde-toekomst-dichterbij/
  Fonds Nuts Ohra is een vermogensfonds dat zich inzet voor kwetsbare groepen in onze samenleving. Wij willen de kansen vergroten van mensen met een beperking of chronische aandoening om volwaardig aan de maatschappij mee te kunnen doen.

Fonds NutsOhra wil kansen vergroten voor kwetsbare groepen. Gezinnen met een lage sociaaleconomische status zijn minder gezond en daarmee kwetsbaar. Door het ondersteunen van projecten die de gezondheid van gezinnen in achterstandssituaties verbeteren, komt ook voor deze kinderen en ouders een gezonde toekomst dichterbij.

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij stimuleert projecten die bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Daarnaast investeren ze in wetenschappelijk onderzoek. Hoe groot is het uiteindelijke effect van een aanpak en wat betekent dit voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden?

➢ Fondsen aangesloten bij FIN maatschappelijk welzijn

Maatschappelijk Welzijn	
Stichting Ars Donandi	www.arsdonandi.nl
AMVJ Fonds	www.amvjfonds.nl
Mr. August Fentener van Vlissingen Fonds	www.afvvf.nl
Stichting Bevordering van Volkskracht	www.volkskracht.nl
Stichting Boschuysen	www.boschuysen.nl
Stichting Hofjes Codde en Van Beresteyn	www.coddevanberesteyn.nl
Commissie Projecten in Nederland (PIN)	www.projecteninnederland.nl
Stichting DELA Fonds	www.delafonds.nl
Stichting Elise Mathilde Fonds	www.elisemathilde.nl
Fonds 1818 tot nut van het algemeen	www.fonds1818.nl

Maatschappelijk Welzijn	
Fonds 21	www.fonds21.nl
Stichting Gereformeerd of Burgerweeshuis te Haarlem	www.gbwhaarlem.nl
Haëlla Stichting	www.haella.nl
Hendrik en Maria Stichting	www.finportal.nl
Stichting het Hervormd Weeshuis Zwolle	www.hervormdweeshuiszwolle.nl
Instituut Gak	www.instituutgak.nl
Iona Stichting	www.iona.nl
Janivo Stichting	www.janivostichting.nl
Stichting Hulp na Onderzoek	www.hulpnaonderzoek.nl
Het Kinderopvangfonds	www.hetkinderopvangfonds.nl
Stichting Kinderzorg Den Haag-Rotterdam	www.kinderzorgdenhaagrotterdam.nl

Maatschappelijk Welzijn	
Stichting Levi Lassen	www.levilassen.nl
Beheerstichting Loswal "De Bonnen"	www.loswaldebonnen.nl
Stichting Het R.C. Maagdenhuis	www.maagdenhuis.nl
Stichting RCOAK	www.rcoak.nl
Oranje Fonds	www.oranjefonds.nl
Nationaal Ouderenfonds	www.ouderenfonds.nl
Stichting “Pape-Fonds”	www.papefonds.nl
Nederlandse Stichting voor Psychotechniek	www.nsvp.nl
Fonds Schiedam Vlaardingen e.o.	www.fondssv.nl
Fonds Sluyterman van Loo	www.fondssluytermanvanloo.nl
Fonds Westland	www.fondswestland.nl

Maatschappelijk Welzijn	
Stichting Samenwerking Sociale Fondsen	www.sssf.nl
Fundatie Van den Santheuvel, Sobbe	www.fundatiesobbe.nl
Kansfonds	www.kansfonds.nl
Stichting Sneek 1818	www.stichtingsneek1818.nl
Stichting Start Foundation	www.startfoundation.nl
Stichting Urgente Noden (SUN) Friesland	www.sunfriesland.nl
Vereniging Trein 8.28 H.IJ.S.M.	www.finportal.nl/vereniging-trein-828-hijsm
VSBfonds	www.vsbfonds.nl
Westfriesland Fonds	www.westfrieslandfonds.nl
Stichting VSB Fonds Woerden en Omstreken	www.vsbfondswoerden.nl
Dirk Bos Fonds	www.dirkbosfonds.nl

Maatschappelijk Welzijn	
Sint Laurensfonds	www.sintlaurensfonds.nl
Stichting H.L. Druckerfonds	www.druckerfonds.nl
Stichting De Zaaier	www.stichtingdezaaier.nl
VTW - Vereeniging tot Weldadigheid	www.vtw-amsterdam.nl

Bijlage 7 - Uitdagende en bevorderende factoren

Opzetten lokaal netwerk: uitdagende en bevorderende factoren te benoemen en te beïnvloeden?
Er zijn veel verschillende disciplines en instellingen betrokken bij de zorg voor de kwetsbare zwangere vrouw: hulpverleners uit de zorg, public health/preventie en de welzijnssector. Daardoor bestaan er factoren die het proces uitdagend maken, maar gelukkig zijn er ook voldoende bevorderende factoren voor het opzetten van een lokaal netwerk.

Hieronder vindt u de meest gehoorde factoren. Dit betekent niet dat al deze factoren ook voor uw regio gelden. De kunst is om hierop vooraf te anticiperen zodat de uitdagende factoren geminimaliseerd en de bevorderende factoren versterkt kunnen worden

Uitdagende factoren

1. Kwetsbare zwangeren staan niet op de gemeentelijke agenda.
2. De verbinding tussen VSV's en de gemeentelijke organisaties is nog niet gelegd of staat nog in de kinderschoenen. Er bestaat vaak onduidelijkheid over wie wat doet.
3. Gemeenschappelijk belang/raakvlakken gemeente en geboortezorg voor wat betreft de zwangere vrouw is onduidelijk.
4. Betrokken partijen hebben vaak verschillende adherentiegebieden:
5. VSV's kunnen te maken hebben met verschillende gemeentes en verzekeraars.
6. JGZ is ondergebracht bij thuiszorgorganisaties of bij de GGD. Deze organisaties hebben ook verschillende adherentiegebieden met verschillende gemeenten die niet perse die van de VSV's overlappen.
7. Niet alleen de organisatie van de Geboortezorg is aan het veranderen, ook die van de JGZ/Gemeente inclusief bezuinigingen.
8. Er bestaan verschillende financieringsstromen voor de verschillende disciplines (zie bijlage 5).

9. Er is te weinig tijd en geld bij de VSV's om beleid voor kwetsbare zwangeren te ontwikkelen.
10. Er bestaan verschillende financieringsstromen voor de verschillende disciplines (zie bijlage 5 en 7).
11. Wettelijke gemeentelijke kaders kunnen beperken (zie bijlage 4).
12. Gebrek aan continuïteit van zorgverleners waardoor een opgebouwde samenwerkingsrelatie weer teniet wordt gedaan en men opnieuw kan beginnen.
13. Integrale geboortezorg en dan vooral de integrale bekostiging tussen de kerndisciplines gynaecologen, verloskundigen en kraamzorg zet op dit moment de samenwerking op scherp.

Bevorderende factoren

1. Politiek, professionals en gemeenten zien de noodzaak in voor speciale aandacht voor de kwetsbare zwangere en haar kind(eren) tot twee jaar.
2. Politiek onderschrijft meer en meer de noodzaak tot investeren in preventie in de zorg.
3. Samenwerking voor deze doelgroep bevordert de continuïteit van zorg en daarmee de kwaliteit van zorgen dit werkt motiverend voor de professional.
4. Samenwerking met andere disciplines wordt als aanvullend en inspirerend ervaren.
5. De gemeenten krijgen nieuwe taken in het zorgdomein. Zij zijn dan ook aan te spreken op hun wettelijke verantwoordelijkheid (zie bijlage 4). Ook hebben zij al een rol in de financiering van prenatale groepsvoorlichting sinds 2009.
6. De integrale geboortezorg hoeft niet alleen een belemmerende factor te zijn maar ook een bevorderende omdat partijen zich aan elkaar committeren.