



IMH NEDERLAND
leren · verbinden · behandelen

20
26

Netwerkzorg

REGIONALE NETWERK SAMENWERKING
JONGE KIND IN RELATIE TOT
ONTWIKKELINGEN INTEGRALE
GEZINSPOLI





Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Wat is Infant Mental Health?	4
3. IMH Netwerkgroep	5
4. Integrale Gezinspoli	13
5. Voorbeelden uit de praktijk	15
6. Integrale Gezinspoli opzetten	22
7. Over IMH Nederland	27

Bijlagen

A. Uitwerking IMH Netwerkgroep	29
B. Stappenplan	34
C. Organisatie	35
D. Kwaliteitskaders	37
E. Netwerkleiderschap	38
F. Bronnenlijst.....	39

Colofon

Projectleiderschap en redactie: Zillah Holtkamp, Anouk van Vossen en Nanniek van den Heuvel-Bijen

Innovatiecoaching ZonMW 2022: Lienke Scheurwater

Meer informatie of vrijblijvend advies? Mail naar info@imhnederland.nl

Versie 2022 met aanpassingen in 2026 IMH Nederland

De inhoud van deze uitgave mag niet zonder toestemming worden gedeeld en enkel onder vermelding van naam van auteur en organisatie worden geciteerd.

1. Inleiding

DOEL VAN DIT DRAAIBOEK

Dit draaiboek vormt de basis voor het organiseren van effectieve netwerksamenwerking voor aanstaande ouders en gezinnen met jonge kinderen die ondersteuning nodig hebben. Daarbij richten we ons op gezinnen die hulpvragen hebben. We kunnen de netwerksamenwerking daarom ook wel netwerkzorg noemen. Netwerkzorg is namelijk een geïntegreerde benadering van zorg waarbij verschillende professionals samenwerken met het gezin dat een hulpvraag heeft, om integrale en gecoördineerde zorg te bieden.

Om netwerkzorg voor deze doelgroep –9 maanden tot en met 5 jaar goed vorm te geven, is er in het verleden door het team van IMH Nederland gekozen om de Infant Mental Health (IMH)–visie te benutten. Daarom wordt er ook wel over IMH Netwerkzorg gesproken.

ACTUALISATIE

Het oorspronkelijke draaiboek IMH Netwerkzorg werd in 2022 door IMH Nederland ontwikkeld binnen een innovatietraject van ZonMw. In 2026 is een actualisatie nodig vanwege nieuwe landelijke ontwikkelingen, waaronder de opkomst van de Integrale Gezinspoli (IGP). De eerste IGP, in maart 2022 gestart in Den Haag, benut de IMH-visie ook als verbinding tussen professionals onderling en tussen professionals en ouders. Er zijn veel raakvlakken tussen IMH Netwerkzorg en de inrichting van een IGP. Daarom worden beiden in dit draaiboek beschreven.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) ontwikkelt samen met Pharos en Andersson Elffers Felix de landelijke randvoorwaarden waarbinnen regio's hun IGP kunnen vormgeven. Dit kader is nu nog in wording. Wanneer deze afgerond en openbaar is, zullen we de uitgangspunten vervlechten in deze draaiboek van IMH Netwerkzorg.

2. Wat is Infant Mental Health?

WAT IS DE IMH-VISIE?

Infant Mental Health (IMH) is een internationaal en integraal vakgebied, dat oog heeft voor het samenspel tussen omgeving, biologische factoren en de ouder-kindrelatie. Professionals die vanuit de IMH-visie werken, kijken breed naar het ontwikkelingsverloop van het kind, de ouder en belangrijke anderen. Aandacht hebben voor de kwaliteit van de verschillende relaties in een systeem typeert het werken vanuit de IMH-visie. Daarbij is oog hoe de kwaliteit van deze relaties fysiologische kenmerken, sociaal-emotionele factoren en gezondheid, beïnvloeden.

De IMH-visie is dus een systeemgerichte benadering en sluit erg aan bij systeemgericht of contextueel werken. Daarbij spitst de IMH-visie zich toe op de fase van kindwens tot en met kleuterleeftijd, omdat hier hele specifieke dingen gebeuren zoals de snelle (brein)ontwikkeling van het jonge kind, de vorming van de ouder-kindrelatie en de ouderschapsontwikkeling.

Lees meer over de IMH-visie

DIVERSE TERMEN DIE VAAK HETZELFDE BEDOELEN

Dat het belangrijk is om zo vroeg mogelijk de juiste ondersteuning te bieden bij het opgroeien van de allerkleinsten is inmiddels dubbel en dwars aangetoond. Actieprogramma's zoals [Kansrijke Start](#) of [Gezonde Generatie](#) baseren zich op vele onderzoeken die hun ontstaan kennen vanuit de IMH-visie. Verschillende termen bedoelen vaak hetzelfde, zoals de 1e 1000 dagen, jonge kind, IMH benadering of Parent en Infant Mental Health. Maar niet altijd wordt er zo multidimensionaal en relationeel gekeken, als dat echt van belang is.

Daar waar de gezondheid van het jonge kind én zijn gezin centraal staat, er aandacht is voor de kwaliteit van relaties en er rekening wordt gehouden met unieke psychosociale en fysieke competenties van gezinsleden wordt de overkoepelende term Infant Mental Health gebruikt.



Figuur 1: IMH als samenvattende term. Zillah Holtkamp | IMH Nederland (2026)

3. IMH Netwerkzorg

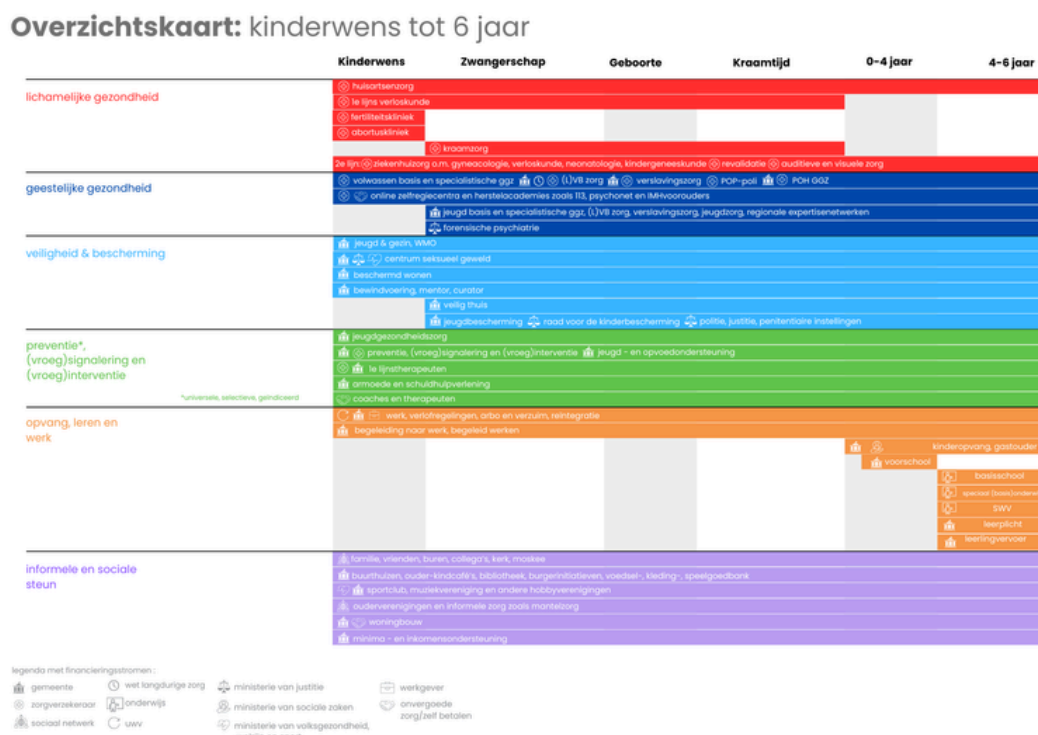
DE IMH-VISIE ALS FUNDAMENT VOOR DOMEINOVERSTIJGEND SAMENWERKEN

De IMH-visie wordt binnen de Integrale Gezinspoli in Den Haag ook wel IMH benadering genoemd. De termen 'IMH-visie' en 'IMH benadering' bedoelen hetzelfde, want het gaat er bij beiden om dat werken en denken vanuit de Infant Mental Health manier een gedeelde taal en een gemeenschappelijk handelingskader geeft. En dat stimuleert domeinoverstijgende samenwerking. Je leert echt samen te werken vanuit eenzelfde bril, maar wel met de kennis van je eigen basisberoep.

DOMEINEN IN BEELD BRENGEN

Bij het bouwen van een zorgnetwerk of integrale samenwerking, helpt het om goed te kijken of domeinen goed zijn aangehaakt. Door met een indeling van 'vaste' domeinen te werken, ontstaat structuur en wordt eerder zichtbaar welke expertise aanwezig is (of gemist wordt) rondom het kind, de ouder(s) en de ouder-kindrelatie. Onderstaande kaart biedt deze handvatten.

De 5 [competentiedomeinen van Zero to Three](#)⁵ zijn door IMH Nederland vertaald in een overzichtskaart, passend bij de Nederlandse praktijk. In 2025 heeft IMH Nederland hier een zesde domein – Informele en sociale steun – aan toegevoegd. Hiermee sluit het model aan bij het feit dat gezinnen naast professionele hulp juist steun uit hun directe netwerk nodig hebben om duurzaam te herstellen en te functioneren.



Figuur 2: IMH Nederland overzichtskaart werkgebieden geboortezorg en jonge kind. Versie januari 2025 – gebaseerd op de Early childhood disciplines van ZERO TO THREE. De netwerkkart wordt steeds actueel gehouden, download de laatste versie gratis via mijn.imhnederland.nl

ACTIEVE STIMULERING VAN VERBINDING TUSSEN DOMEINEN

IMH Nederland stimuleert de verbinding tussen deze domeinen, door mogelijkheden te bieden om actief in te zetten op verschillende niveaus:

Professionals

- trainingen, coaching-on-the-job, en casuïstiekbespreking
- bevorderen van gezamenlijke taal en integrale werkwijzen
- ontwikkelen van hybride tools voor in de (klinische) praktijk

Organisatie

- afspraken over mandaat, rolverdeling en expertise
- implementatie van netwerkworgprocessen binnen organisaties
- scholing, training en werkplekcleren organisatie breed

Regionaal/strategisch

- afstemming met o.a. gemeenten, GGZ, (voor)school, jeugdzorg, geboortezorg, ziekenhuis en jeugdgezondheid
- uitrollen integrale triage & behandelteams
- scholing, training en werkplekcleren regio breed

Door op meerdere niveaus in te steken wordt niet alleen samenwerking gestimuleerd, maar ook geborgd. Dit maakt de werkwijze schaalbaar, duurzaam én er is altijd een niveau waarop je kan beginnen.

VERANDERING VRAAGT TIJD EN VISIE

Voor bovenstaande gelaagde aanpak, wordt het [verandermodel van John Kotter](#) (1996)⁶ als leidend kader gebruikt. Dit model biedt een onderbouwde en praktische manier om duurzame verandering te realiseren. In dit model staan de urgentie, veranderbereidheid en motivatie van de professional centraal – cruciale voorwaarden om nieuwe werkwijzen echt te laten landen in de praktijk.

Aanvullend benut IMH Nederland het [model van netwerkworg van Zorginstituut Nederland](#) (2022), dat juist de wens en positie van het gezin centraal stelt. Door beide modellen te combineren ontstaat een solide fundament voor het neerzetten van netwerkworg:

- Kotter richt zich op de veranderkracht binnen organisaties en teams.
- ZIN's netwerkworgmodel richt zich op gezamenlijke, cliëntgerichte besluitvorming over domeinen heen.

Samen zorgen deze uitgangspunten voor een gedragen, duurzame en gezinsgerichte manier van samenwerken, waarbij er altijd verbinding wordt gezocht bij wettelijke kaders, zoals Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), Wet Geneeskundige Behandelovereenkomsten (WGBO), Stichting Kwaliteitskader Jeugd (SKJ) en Algemene Verordening Gegevensbescherming (AGV).

Kortom: de kunst is om meerdere lagen, invalshoeken en kaders in beeld te hebben en te integreren om tot een goede netwerksamenwerking te komen.

OPLEIDINGSROUTES OM IMH KENNIS ZICHTBAAR TE MAKEN

In integrale samenwerking is het niet nodig – en ook niet wenselijk – dat alle professionals exact dezelfde IMH-kennis hebben. Want de kracht van een netwerk ligt juist in het aanvullen van elkaars expertise. IMH-professionals brengen verschillende niveaus van kennis, ervaring en vaardigheden mee, passend bij hun rol in het gezin en het netwerk.

Daarom is het belangrijk dat er duidelijkheid bestaat over opleidingsroutes, competenties en verantwoordelijkheden. Zo weten professionals van elkaar wie welke IMH-expertise heeft. Dit maakt het toeleiden naar passende ondersteuning eenvoudiger en effectiever.

WAAROM EEN GESTRUCTUREERD SYSTEEM NODIG IS

In Nederland ontbrak lange tijd een helder, landelijk erkend systeem waarin zichtbaar is:

- welke IMH-competenties bij welke functie horen
- wat professionals kunnen na een bepaalde cursus of opleiding
- hoe rollen binnen netwerken zich tot elkaar verhouden

Bij de inrichting van IMH netwerkzorg in 2022 benadrukt IMH Nederland dat een gedegen en transparant opgebouwde opleidingsroute essentieel is. Alleen wanneer helder is welke kennis en competenties bij welke rol horen, kunnen professionals elkaar effectief aanvullen en weet iedereen wat je van elkaar kunt verwachten.

Daarom geldt dat:

- Elke opleidingsroute duidelijk maakt welke IMH-kennis en –vaardigheden worden ontwikkeld en voor welke taken de professional wordt opgeleid.
- Het niveau van IMH-expertise samenhangt met de rol in het netwerk, zodat voor gezinnen snel zichtbaar is wie wat kan bieden.
- Netwerkpartners een gedeelde taal en kaders gebruiken, waardoor samenwerking eenvoudiger, consistent en kwalitatief sterker wordt.
- Professionals elkaars expertise kunnen herkennen, wat noodzakelijk is voor passende verwijzing en het organiseren van de juiste hulp op het juiste moment.

AANSLUITEN BIJ INTERNATIONALE ONTWIKKELINGEN

Omdat er in Nederland geen bestaande structuur was, heeft IMH Nederland gekozen voor een model dat internationaal gangbaar is. Hierbij wordt aangesloten bij de kaders die de afgelopen decennia zijn ontwikkeld binnen partners van de [WAIMH](#) (World Association for Infant Mental Health).

Specifiek is gekeken naar de opleidingssystemen in het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Australië.^{7,8} Deze landen hanteren een structuur waarin rollen, competenties en opleidingsroutes helder zijn gedefinieerd. Dat biedt kwaliteit, herkenbaarheid en uitwisselbaarheid van IMH-expertise.

Op basis van deze modellen zijn er aanvullende routes gekomen die de IMH-visie verbinden aan de praktijk: [Infant Family Helper](#), [Infant Family Associate](#), [Infant Family Practitioner](#) en Infant Mental Health Mentor. Op deze manier weet je dan ook wie er binnen de samenwerking welke IMH expertise heeft en wat je daarvan mag verwachten.

Opleidingsroutes IMH Nederland			
 IMH NEDERLAND leren · verbinden · behandelen			
Infant Family Helper	Infant Family Associate	Infant Family Practitioner	IMH Mentor
<i>Signalering en gezondheidsbevordering</i>	<i>Vroege en Korte Interventie</i>	<i>Interventie, Herstel, Terugvalpreventie en Langdurige zorg</i>	<i>Beleid en Kennisdeling</i>
- Minimaal 15 uur aan IMH-scholing gevolgd (theoretisch onderwijs en vaardigheidsonderwijs) - Opleidingsniveau: HBO/WO - Minimaal twee jaar werkervaring met jonge gezinnen en 8 uur werkzaam in het werkveld - Elke opleidingsachtergrond passend binnen de netwerkkaart IMH Nederland - Registratie beroepsvereniging die tucht- en klachtrecht regelt (bijv. SKJ/BIG)	- Minimaal 30 uur aan IMH-scholing gevolgd (theoretisch onderwijs en vaardigheidsonderwijs) - Opleidingsniveau: HBO/WO - Minimaal twee jaar werkervaring met jonge gezinnen en min. 8 uur werkzaam in het werkveld - Registratie beroepsvereniging die tucht- en klachtrecht regelt (bijv. SKJ/BIG)	- Minimaal basis en verdiepingscursus IMH Nederland - Opleidingsniveau: HBO/WO - Minimaal twee jaar werkervaring met jonge gezinnen en min. 8 uur werkzaam in het werkveld - Registratie beroepsvereniging die tucht- en klachtrecht regelt (bijv. SKJ/BIG)	- Minimaal 60 uur aan IMH-scholing gevolgd (basiscursus IMH): Infant Family Associate, IMH consultant, Infant Family Practitioner, IMH-specialist. - Minimaal drie jaar werkervaring met de doelgroep -9 maanden tot 6 jaar - Opleidingsniveau: HBO/WO 12 uur reflectieve supervisie (binnen de IMH mentor opleiding)
Welke registraties hebben eveneens een rol binnen netwerkzorg: IMH Consultant: observeren, signaleren, begeleiden en optimaliseren (HBO/WO)* IMH Specialist: Observeren, interpreteren, diagnosticeren, behandelen en herstellen (WO + BIG Registratie)* *Bekijk voor de toelatingseisen hiervan de website van de aanbieders			

Figuur 3: Opleidingsroutes en registratie IMH competenties

HUIDIGE STATUS IMH NETWERKZORG

De ontwikkeling van IMH Netwerkzorg in Nederland laat de afgelopen jaren duidelijk vooruitgang zien, met name op het gebied van informele zorgstructuren, integrale samenwerking en samen leren binnen regionale netwerken. Steeds meer regio's investeren in het versterken van het sociale netwerk van gezinnen, het betrekken van informele steunfiguren en het organiseren van leeromgevingen waarin professionals en partners elkaar ontmoeten en gezamenlijk ontwikkelen.

Hier hebben we als IMH Nederland onze bijdrage aan kunnen leveren door te zorgen voor diversiteit aan leermogelijkheden, vindplekken en tools voor de praktijk. Gelukkig zijn er vele platformen die deze beweging ook maken, waar we nauw mee samenwerken.

Tegelijkertijd geldt dat deze beweging tijd vraagt. In veel gemeenten wordt nog gewerkt aan de opbouw en inrichting van Kansrijke Start-coalities, waarin partners zoeken naar:

- de juiste insteek van preventie,
- een gedeelde visie op vroegsignalering en bijbehorende ondersteuning,
- een effectieve verbinding met bestaande zorg- en ondersteuningsnetwerken, terwijl er vaak ook druk ligt om op korte termijn de instroom naar jeugdzorg te voorkomen en men juist zorgpartijen níet wil laten aanhaken bij Kansrijke Start coalities.

Gemeenten bevinden zich in verschillende ontwikkelfasen: van startend en verkennend tot verder uitgewerkt en samenwerkend. Deze variëteit maakt netwerkzorg momenteel een lerende beweging, waarin we vanuit IMH Nederland trends volgen en ervaringen willen delen.

Maar het is ook nodig om te erkennen dat netwerkzorg rondom jonge kinderen nog niet dezelfde mate van landelijke structurering kent als netwerken zoals [ParkinsonNet](#) of [DementieNet](#). Deze netwerken zijn zo professioneel, dankzij duidelijke opdrachten, langdurige, sectorbrede financiering en stimuleringsprogramma's.

MATERIALEN VOOR IMH NETWERKZORG

Ondanks dat netwerkzorg rondom jonge kinderen nog niet de juiste faciliteiten heeft, stimuleren we IMH Netwerkzorg wel. In bijlage A t/m E zijn daarom verschillende hand-outs gemaakt met partners uit het werkveld, die je kan benutten om netwerkzorg vanuit de IMH-visie in te richten.

Meer lezen over [IMH Netwerkzorg](#) of bekijk de uitleg op dit [youtube filmpje IMH Netwerkzorg](#) van Zillah Holtkamp, GZ-psycholoog, IMH-specialist en strategisch beleidsadviseur

TOEKOMSTBESTENDIGE ONDERSTEUNING

Zoals in dit hoofdstuk beschreven, is netwerkzorg rondom jonge kinderen nog volop in ontwikkeling. Ondanks dat het uitrollen van IMH netwerkzorg een kwestie van een lange adem is, lagen er afgelopen jaren in deze context wel nieuwe kansen, die sneller uitgerold kunnen worden.

Eén van de belangrijkste daarvan is het versterken van de regie van gezinnen: ouders helpen om de IMH benadering te leren kennen, overzicht te krijgen, passende keuzes te maken en niet overspoeld te raken door informatie of uiteenlopende adviezen vanuit verschillende organisaties.

MEER REGIE VOOR OUDERS: ÉÉN GEZAMENLIJK ZORGPAD

Het is namelijk essentieel dat gezinnen meer regie krijgen over de informatie en ondersteuning die zij ontvangen. Wanneer ouders samen met professionals bepalen wat past bij hun situatie, voelen gezinnen zich gezien en gesteund, en kunnen zij beter inspelen op wat hun kind en gezin nodig hebben.

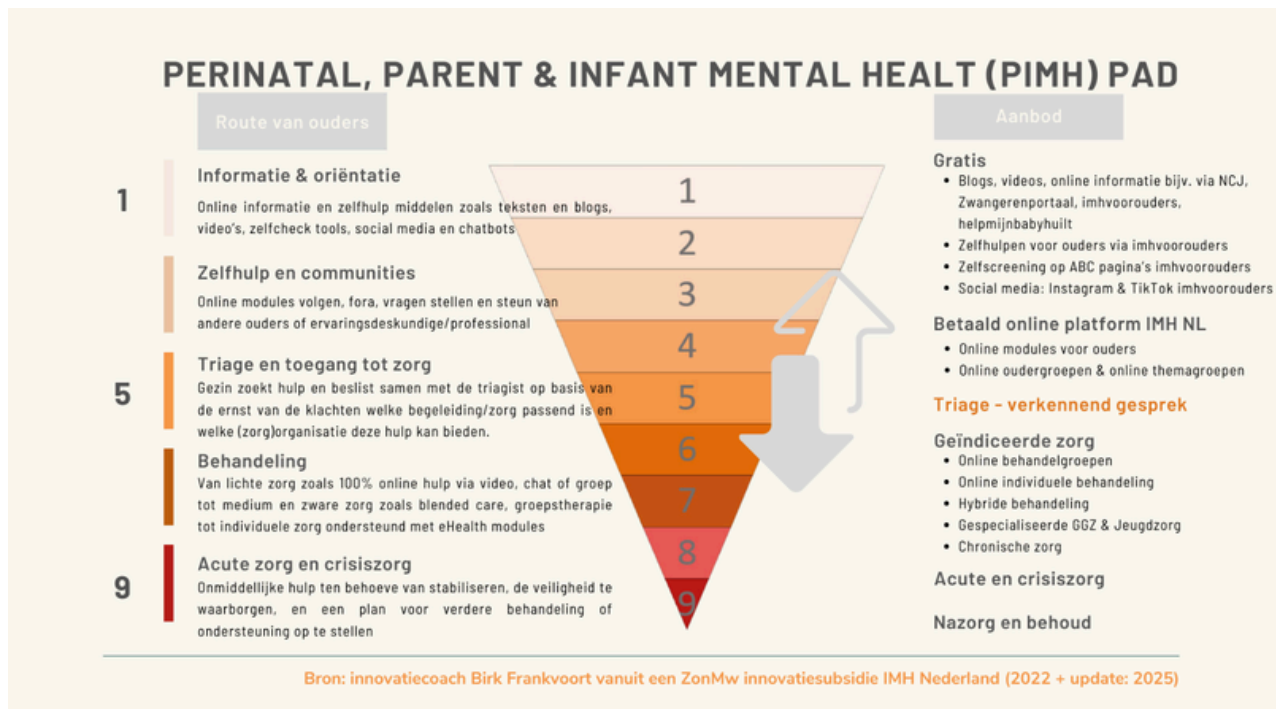
Omdat veel ouders aangeven dat zij het overzicht kwijtraken door de hoeveelheid losse informatie, heeft IMH Nederland – met ondersteuning van ZonMw – een zorgpad ontwikkeld dat duidelijkheid biedt. Dit Parent & Infant Mental Health (PIMH)–zorgpad:

- laat overzichtelijk zien welke vormen van ondersteuning beschikbaar zijn
- ondersteunt ouders bij het maken van keuzes die passen bij hun vraag en situatie
- helpt professionals uitleggen welke route logisch is voor het gezin
- voorkomt dat gezinnen van loket naar loket worden gestuurd
- maakt hybride zorg (digitaal + fysiek) eenvoudiger en kwalitatief beter uitvoerbaar
- zorgt dat ouders zelf ook de IMH benadering kennen en gezamenlijk taal krijgen met betrokken professionals

Door een eenduidig zorgpad te gebruiken, kunnen regio's efficiënter omgaan met de schaarse middelen die beschikbaar zijn en ontstaat een consistente en toegankelijke structuur voor preventie en zorg vanuit de IMH-visie.

Het zorgpad is direct inzetbaar binnen de netwerkzorg én waardevol als bouwsteen voor de Integrale Gezinspoli's die landelijk worden ontwikkeld.

Meer [informatie is beschikbaar via imhvoorouders.nl](https://imhvoorouders.nl).



Figuur 4: Hybride zorgoplossingen vanuit de IMH visie

HYBRIDE IMH ZORG VOOR NU ÉN IN DE TOEKOMST

Het zorgpad beschrijft de route van ouders in vijf stappen – bewustwording, overwegen, toegang, behandeling en behoud – en koppelt die aan negen intensiteitsniveaus van ondersteuning: van gratis online informatie en zelfhulp, tot triage, lichte en zware behandeling, acute zorg en nazorg. Hierdoor ontstaat transparantie: ouders en professionals weten precies welke vervolgstap passend is.

Het PIMH-zorgpad ondersteunt daarmee niet alleen gezinnen, maar vormt ook een praktisch instrument voor IMH Netwerkgroepen en Integrale Gezinspoli's. Door online aanbod, community en groepsgericht aanbod voor ouders, triage en behandeling te verbinden, ontstaat een samenhangend stelsel dat wachtlijsten voorkomt, eigen regie versterkt en de schaarse specialistische IMH-expertise gericht inzet.

Ouders krijgen toegang tot materialen, op momenten dat het voor hen zinvol is. Gaan meer verbinding voelen met andere ouders en sessies met professionals kunnen verminderd en verkort worden. Het idee is dat eigen regie bij ouders wordt vergroot en professionals meer tools hebben om gezinnen beter te ondersteunen. Sinds maart 2026 wordt er effectiviteitsonderzoek gedaan naar dit PIMH pad. Resultaten volgen nog. De achtergronden en het uitgebreide PIMH-zorgpad is hier [te downloaden](#).⁹

4. Integrale Gezinspoli

INLEIDING INTEGRALE GEZINSPOLI

De ontwikkeling van netwerkzorg rondom jonge kinderen is de afgelopen jaren in beweging, maar kent grote regionale verschillen. Zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk, vraagt het bouwen van sterke samenwerkingsstructuren tijd: veel gemeenten zijn nog bezig met het vormen van Kansrijke Start-coalities, het versterken van preventie en het leggen van duurzame verbindingen tussen het sociaal en medisch domein. Tegelijkertijd is er een groeiende erkenning dat juist in de eerste levensfase versnippering en vertraging in de keten grote impact hebben op gezinnen.

Tegen deze achtergrond ontstaat een nieuwe beweging: de Integrale Gezinspoli (IGP). De IGP is bedoeld als een laagdrempelig en centraal aanspreekpunt voor kwetsbare zwangeren en jonge gezinnen—een plek waar medische en sociale expertise samenkomen om gezinnen tijdig, passend en gezinsgericht te ondersteunen. De IGP doorbreekt de traditionele schotten tussen domeinen, zodat gezinnen niet langer van loket naar loket hoeven, maar één plek hebben waar hun vragen worden opgepakt, afgestemd en gecoördineerd.

De noodzaak hiervoor is groot. Problemen bij (ongeboren) baby's, peuters en kleuters kunnen het beste vroeg, relationeel en gezinsgericht worden aangepakt. Dat vraagt om een aanpak waarin zowel medische expertise (bijvoorbeeld rondom geboorte, somatiek en mentale gezondheid) als sociale expertise (zoals opvoedondersteuning, veiligheid, draagkracht en praktische steun) vanzelfsprekend samenwerken. Zonder die integrale aanpak ontstaat versnippering, lopen trajecten onnodige vertraging op en worden problemen vaak zwaarder dan nodig.¹⁰

Uit de [Maatschappelijke Kosten Baten Analyse](#) van Andersson Elffers Felix, Gemeente Den Haag, Haga Ziekenhuis + Juliana Kinderziekenhuis blijkt dat een Integrale Gezinspoli zorgt voor minder doorverwijzingen, betere ketensamenwerking, snellere ondersteuning voor jonge kinderen en een meer preventieve, ontlastende aanpak voor ouders in stressvolle periodes. Uit deze analyse komt naar voren dat een IGP niet alleen maatschappelijke kosten bespaart, maar vooral de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor jonge gezinnen versterkt.

De Integrale Gezinspoli vormt daarmee een belangrijke stap vooruit:

- een gezamenlijk loket voor gezinnen en professionals,
- een coördinatiepunt dat wachttijden vermindert en samenwerking versnelt,
- en een integrale werkwijze waarin dezelfde taal, doelen en uitgangspunten worden gedeeld.

In dit draaiboek laten we zien hoe de IMH-visie en IMH Netwerkgroep als samenhangende basis kunnen dienen voor de vorming van deze regionale gezinspoli's. Het nog uit te brengen rapport van Pharos, zal meer kaders geven over de inrichting van de IGP's.

BOUWSTENEN

Elk (aanstaand) gezin dat medische hulp nodig heeft en waar problemen op sociaal domein (dreigen) te spelen kan vanuit de Integrale Gezinspoli geholpen worden. Dit gebeurt vanuit een integrale benadering zoals die van de Infant Mental Health-visie.

DOELGROEP

Het betreft gezinnen vanaf de zwangerschap t/m het jonge kind (tot 3 jaar), met een medische 'port of entry' via verloskundige, jeugdarts, huisarts, professionals uit het ziekenhuis. In deze gezinnen lijkt meer dan alleen maar medische problematiek te spelen en spelen andere factoren zoals problemen in het netwerk, financiën, wonen, verslaving, verstandelijke beperking, psychotrauma ook een rol. Integrale hulp vanuit medisch én sociaal domein is vaak nodig om deze gezinnen beter en eerder (vroegsignalering) te kunnen helpen en klachten minder te medicaliseren.

Daarbij stamt 'de port of entry' af van een model van Daniel Stern. Het is een model dat je kan benutten tijdens gesprekken met ouders. Je hebt verschillende 'ingangen' in je achterhoofd in gesprekken met ouders en maakt steeds een afweging waar je op insteekt; gedrag dat je ziet, gevoelens die je waarneemt of gedachten die je opmerkt. Binnen een individu of in de relatie onderling. Zie ook de uitleg in het filmpje van klinisch psycholoog & IMH-specialist Marilene de Zeeuw



Figuur 5: IMH Academy – Ports of Entry
– Daniel Stern– Marilene de Zeeuw

De Integrale Gezinspoli kiest als ingang om de hulpvraag vanuit een medische verklaring aan te vliegen, om vandaaruit binnen de netwerksamenwerking, weer breder te kijken.

Visievorming doelgroepen Integrale Gezinspoli

Maar bestaat er iets als één gezinspoli per regio? Bij IMH Nederland denken wij van niet. In ieder geval in deze (opstart)fase nog niet, misschien op termijn als zorgpaden en netwerksamenwerking rondom specialismen goed staan.

In de oorspronkelijke opzet van de eerste Integrale Gezinspoli in Den Haag werd gesproken over 4 doelgroepen, namelijk (1) te vroeg geboren kinderen, (2) zwangeren met verhoogde kwetsbaarheid wegens sociale problematiek, (3) zwangeren met verhoogde psychische kwetsbaarheid en (4) poli kinderartsen.¹¹

Toch zijn er meer belangrijke hulpvragen te onderscheiden die baat kunnen hebben bij het gedachtegoed van de Integrale Gezinspoli, namelijk (5) een chronische zorgvraag bij het kind en (6) moeders en vaders met psychische problemen die het ontstaan kennen ná de zwangerschap. Ook zou een gespecialiseerd netwerk gericht op (huiselijk) geweld, onveiligheid en mishandeling bij de doelgroep -9 maanden tot 6 jaar nodig kunnen zijn.

Voor elke groep zijn er andere zorgnetwerken, zorgpaden en materialen nodig. Zowel voor professionals als voor ouders. Bepaal dan ook waar je mee aan de slag wil en in welke vorm je dit wil. Dat vergroot het effect van je uitrol.



Tijdens en na
de NICU/PICU



Regulatie
problemen



Chronische
zorgvraag
bij het kind



Complexe
sociale problemen



Psychische
klachten ouders



POP-poli

5. Voorbeelden uit de praktijk

Van deze doelgroepen, lijken er her en der in Nederland al mooie voorbeelden. Die willen we aanstippen, met als doel dat je inspiratie krijgt over de verschillende vormen van samenwerking die er in Nederland al zijn.

Daarbij wordt er momenteel vooral gekeken naar een voorbeeld in regio Den Haag, waar [de eerste poli onder de noemer Integrale Gezinspoli](#) is op gezet. Maar er zijn meerdere poli's in Nederland, waar het sociaal en medisch domein nauw samenwerken. Neem bijvoorbeeld [KIECON](#) in Twente, waar specifieke samenwerking is voor jonge kinderen met complexe ontwikkelingsproblemen, de [ABC-poli](#) in Utrecht gericht op onrustige zuigelingen of [integrale geboortezorg](#) regio Breda vanuit Amfia.

In dit draaiboek blijven we dan ook breed kijken naar het fenomeen Integrale Gezinspoli, omdat er meerdere invullingen kunnen zijn van zowel doelgroepen als ook de vorm die je kiest. De lokale situatie en de knelpunten in de regio bepalen wat de meest passende focus en vorm is. Daarbij vereist de opzet een lange adem, want verandering naar integrale samenwerken vraagt investering en geduld.

VOORBEELD 1: INTEGRALE GEZINSPOLI DEN HAAG

De Integrale Gezinspoli in Den Haag is een initiatief van kinderarts & neonatoloog Lyanne Rövekamp-Abels en kinderfysiotherapeut & IMH-consulent May van Gijn - Huyssen van Kattendijke. Met hulp van adviesbureau Andersson Elffers Felix is er een [maatschappelijke kosten baten analyse \(MKBA\)](#) gemaakt om het effect ervan in beeld te brengen. De uitkomsten zijn samengevat in een factsheet die hierna te zien is.

Belangrijke uitkomsten factsheet MKBA

- De Integrale Gezinspoli is een plek waar (aanstaande) gezinnen uit het ziekenhuis met een medische en sociale kwetsbaarheid geholpen worden door professionals uit het medisch én sociaal domein.
- Ondersteuning is zoveel mogelijk thuis en in 'huiskamersetting', waar gezinnen zich op hun gemak voelen.
- Geen extra locatie: één locatie waar de hulp is gebundeld die deze (aanstaande) gezinnen nodig hebben.
- Door een vast kernteam van professionals dat elkaars expertise kan benutten tijdens gezamenlijke multidisciplinaire overleggen en gesprekken.
- De werkwijze is gebaseerd op de Infant Mental Health visie.
- Structureel aandacht voor gezinsbegeleiding. Gezien de sociale kwetsbaarheid is hulp bij stressfactoren in het gezin nodig door iemand met overzicht en doorzettingsmacht in het sociaal domein.
- Om de (aanstaande) gezinnen in hun kracht te zetten kunnen informele hulporganisaties beter benut worden.

Integrale gezinspoli: inzetten op het gouden moment van de eerste 1.000 dagen

Van het HagaZiekenhuis / Haga Juliana Geboortecentrum / Juliana kindziekenhuis, Den Haag: gemeente, jeugdgezondheidszorg, organisaties uit het sociaal domein en informele steun



Leertraject Sociale geboortezorg in het ziekenhuis (en eruit!)

Verschiede samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen, te lyosverloskundigen, jeugdgezondheidszorg en partijen uit het sociaal domein werken vanuit de 'juiste Zorg op de juiste plek' gedachte aan integrale zorg en ondersteuning voor (aanstaande) gezinnen met een sociale kwetsbaarheid. Waar nodig in het ziekenhuis, waar mogelijk erbuiten. Om deze samenwerkingen te versnellen en verankeren – en breder te profiteren van de inzichten en nieuwe werkwijzen – begeleidt AEF samen met CPZ het leertraject 'Sociale Geboortezorg in het ziekenhuis (en eruit)' met zeven ziekenhuizen en hun samenwerkingspartners. In opdracht van het Actieprogramma Kansrijke Start van VWS en de Van Leerfoundation.

Vragen? Reageren?
Neem contact op met Lena Bielman | l.bielman@aeef.nl of met Isoldie Verburg, projectleider Hoogse Kansrijke Start | isoldie.verburg@denhaag.nl — 06 4255 7057
Versie 04-10-2024

/Andersson Elffers Felix

Waarom is actie nodig?

Geboortezorgprofessionals kunnen naast het bieden van medische zorg aan (aanstaande) gezinnen ook kwetsbaarheden signaleren. Korte lijnen met partijen uit het sociaal domein zijn nodig om gezinnen eerder en beter te kunnen ondersteunen. Alleen dan wordt het gouden moment van de eerste duizend dagen benut: een periode waarin ouders vaak openstaan voor hulp voor hun (ongeboren) kind en waarin meer mijlpalen worden bereikt dan in welke andere levensfase dan ook.

Wat houdt de aanpak in?

Een vast kernteam van Streeg Ouderschaps-jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen zijn betrokken op de poli's.

- De Infant Mental Health (IMH)-benadering staat centraal, waarbij met een brede blik naar het gezin gekeken wordt.
- Hierbij is voor de integrale gezinspoli de mogelijkheid tot gezamenlijke dossiervoering rond het jonge kind.
- Vanuit het gemeentelijk sociaal domein is een nieuwe vorm van dienstverlening ontwikkeld: Gezinsgericht Werken. Dit is een integrale en gebiedsgerichte manier van werken. Elk stadsdeel heeft een team bestaande uit medewerkers van de gemeente Den Haag met verschillende specialismen en jeugdhulp. Zij hebben korte lijnen met andere afdelingen van de gemeente Den Haag. Vraagstukken voor het sociaal domein kunnen zo vanuit de Integrale Gezinspoli snel, makkelijk en met duidelijke regie worden opgepakt.
- De afgelepen jaren is ook ingezet op inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen vanuit informele steunorganisaties.
- Op termijn is de wens om de integrale gezinspoli te draaien bij de jeugdgezondheidszorg (in plaats van in het ziekenhuis).

Welke poli's? Zwangerenpoli's voor (aanstaande) gezinnen met een sociale en/of psychische kwetsbaarheid, de nazorgpoli Neonatologie en de jonge kindpoli (thuis en slaapproblemen).

Meerwaarde van de aanpak

Een maatschappelijke kosten- en batenanalyse laat zien dat de integrale samenwerking vanuit medisch en sociaal domein voor de ziekenhuispopulatie naar verwachting positief uitpakt voor:

- Het (aanstaande) gezin. Zij worden eerder en beter geholpen bij hun problemen doordat er breder met hen wordt meegedacht.
- Professionals. Zij worden gericht ingezet op hun kernexpertise en hoeven minder te zoeken naar ingangen, met name in het sociaal domein. Dit scheelt hen veel tijd.
- Het ziekenhuis, de gemeente en de zorgverzekeraar. Naar verwachting bespaart deze samenwerking hen allen kosten doordat de samenwerking efficiënter verloopt en problematiek minder escaleert. Met name bij het ziekenhuis en de zorgverzekeraar scheelt dit inzet (en daarmee kosten).

Acties komende periode

- **Regie:** Afspraken maken over wie de regie pakt wanneer inzet vanuit het sociaal domein gewenst is (en wat hier wel en niet onder valt).
- **Versterken van de doorgaande lijn:** Huisartsen zijn een continue factor in het gezin. Door kennis in de eerstelijns te vergroten, wordt de doorgaande lijn steviger en hoeven aanstaande gezinnen minder vaak naar het ziekenhuis te komen.

Succesvolle elementen volgens Hanneke en Annelies...

Hanneke Feitsma - gynaecoloog: "Door de appgroep met professionals uit het sociaal domein krijg ik vaak snel antwoord wie de juiste zorg kan bieden voor specifieke 'sociale' hulpvragen die in mijn spreekkamer aan de orde komen."

Annelies van Manen-van't Hoff - Jeugdverpleegkundige, coördinator nazorgpoli & IMH consultant: "Korte lijntjes zijn voor zowel voor professionals uit het medische - als sociale domein van belang. Fijn om elkaar makkelijker te vinden en zo de zorg rond (aanstaande) gezinnen te optimaliseren."

Drie tips van Lyanne voor deze aanpak: (kinderarts-neonataloge/grondlegger Integrale gezinspoli)

1. Bij de juiste zorg op de juiste plek beweging, mist 1 belangrijk element: ... door de juiste persoon! Het gesprek over wie regie pakt en hoe die verantwoordelijkheid ingevuld wordt is cruciaal om (aanstaande) gezinnen goed te helpen.
2. Hou het simpel: uiteindelijk ervaren wij nog het meeste verschil van onze appgroep met professionals uit medisch en sociaal domein.
3. Benut onze maatschappelijke kosten- en batenanalyse. Doe dit niet opnieuw, maar profiteer van onze inzichten en analyses.

Figuur 6: Factsheet Integrale Gezinspoli Den Haag

VOORBEELD 2: KINDER EXPERTISECENTRUM OOST NEDERLAND

Het Kinder ExpertiseCentrum Oost-Nederland (**KiECON**) is een samenwerkingsverband van acht zorginstellingen in Twente en biedt multidisciplinaire en integrale diagnostiek aan kinderen in de leeftijdsgroep tussen 0 en 7 jaar met een complexe ontwikkelingsstoornis op meerdere domeinen (medisch, psychiatrisch, sociaal-maatschappelijk). KiECON is in 2015 opgericht en heeft inmiddels aan ruim 800 jonge kinderen en ouders zorg geboden vanuit één loket, waaruit de diverse instellingen ingeschakeld worden. Jaarlijks worden gemiddeld 100 kinderen gezien.

Ook bij KiECON is er doelmatigheidsonderzoek uitgevoerd door de 8 samenwerkende organisaties, de gemeente en een zorgverzekeraar.

Belangrijke uitkomsten doelmatigheidsonderzoek KiECON¹²

- Samenwerking tussen kindergeneeskunde, revalidatiezorg, taal/spraakproblematiek, jeugdzorg, gehandicaptenzorg en kinder- en jeugdpsychiatrie zorgt voor betere netwerksamenwerking.
- Jonge kinderen worden via de KiECON-route, na verwijzing, sneller gezien voor multidisciplinaire diagnostiek dan als de route verloopt via een monodisciplinair traject.
- Integrale diagnostiek geeft een compleet beeld.
- De integrale zorg van KiECON sluit aan op de zorgbehoeften van ouders.
- De doorlooptijd en personele inzet in het KiECON-traject zijn daarbij nagenoeg gelijk aan de conventionele monodisciplinaire aanpak.
- De diagnoses die gesteld worden na zorg van KiECON blijken voor het merendeel niet aangepast te hoeven worden in de eerste jaren na KiECON.
- Ouders zijn tevreden over de zorg die KiECON levert en de meeste ouders zullen KiECON aanbevelen bij anderen.



Figuur 7: Rapport
Doelmatigheidsonderzoek KieCon

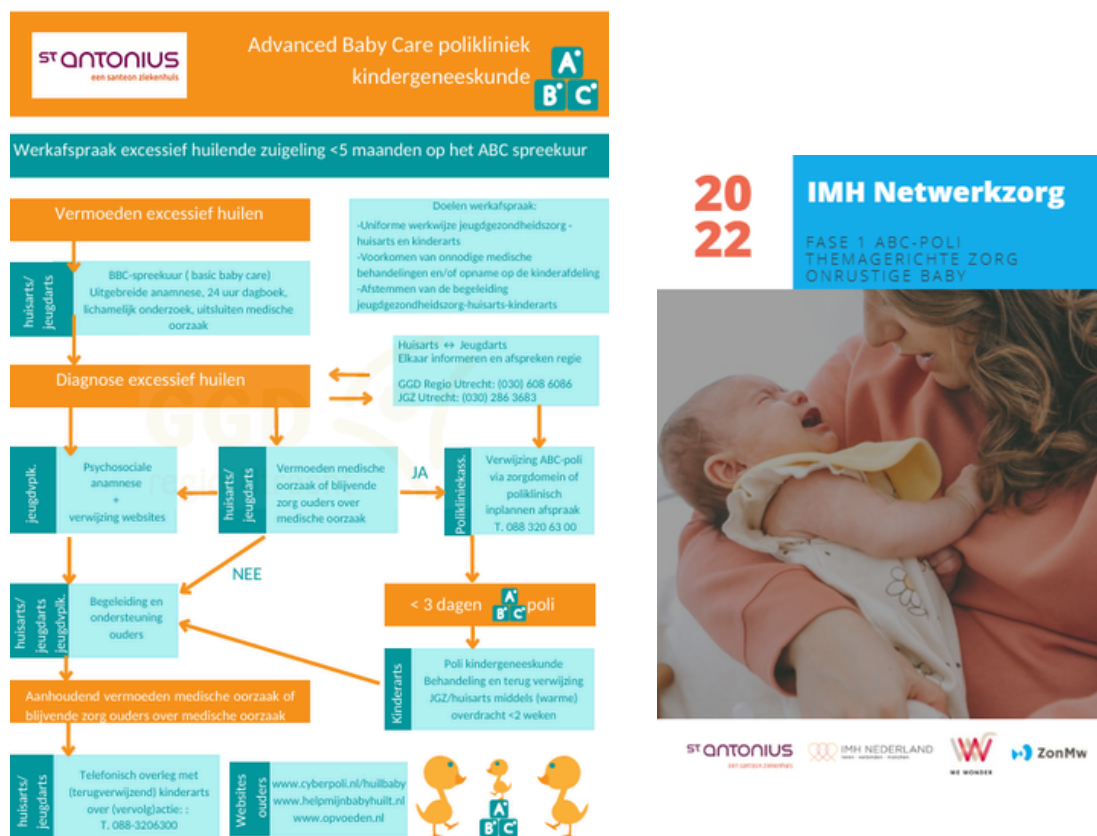
VOORBEELD 3: ABC-POLI¹³

De Advanced Baby Care polikliniek (ABC-poli), met bijbehorende werkafspraken, is een goed voorbeeld als vertrekpunt voor de ontwikkeling van netwerkzorg rondom onrustige zuigelingen. De ABC-poli is een speciaal spreekuur voor ouders met een excessief huilende zuigeling (< 5 maanden) op de polikliniek kindergeneeskunde, waarbij de zuigeling wordt gezien door een kinderarts samen met een medisch pedagogisch hulpverlener. Om ouders snel te kunnen zien en de verdere begeleiding thuis te kunnen bieden, werkt de kinderarts nauw samen met huisartsen en jeugdartsen in de regio. Hier liggen kansen om de samenwerking in de regio uit te breiden met de eerstelijns en informele zorgverleners die dichtbij ouders zorg en begeleiding kunnen bieden.

12

In een netwerkzorg draaiboek gemaakt door initiatiefnemer van de ABC-poli kinderarts Ineke de Kruijff, in samenwerking met ZonMw, IMH Nederland en We Wonder, staat beschreven hoe de netwerksamenwerking opgezet kan worden. Het draaiboek is op te vragen via info@imhnederland.nl.

Inmiddels draaien meerdere ziekenhuizen met de ABC-poli formule, zoals Ziekenhuis Rivierenland, Haaglanden MC en Het Groene Hart ziekenhuis.



Figuur 8: Factsheet ABC Poli & draaiboek themagerichte zorg onrustige baby

VOORBEELD 4: INTEGRALE GEBORTEZORG¹⁴

In 2016 werd het integrale geboortecentrum Annature opgericht in Breda. Binnen dit geboortecentrum werken zorgprofessionals samen aan preventie en doelmatigheid. De zwangere staat binnen dit centrum centraal en op basis van ingeschatte risico's wordt zij ondergebracht in een passend zorgpad, zodat op tijd de juiste zorg geboden kan worden op een manier die de zwangere prettig vindt. Met subsidie van ZonMw, die is aangevraagd door gynaecoloog Babs van der Kooy, zijn de effecten in beeld gebracht.

De uitdaging van integraal organiseren in de geboortezorg

Bevorderende en belemmerende factoren bij het realiseren van Integrale Geboortezorgorganisaties



"The only thing that will redeem mankind is cooperation"
Bertrand Russell - 1950

Student: Emma Zwaveling
Datum: 12 april 2024
Opleiding: Master of Health and Business Administration
Opleidingsinstituut: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
Thesisbegeleider: Prof. dr. Richard Jansen
Tweede beoordeelaar: Prof. dr. ir. Kees Ahaus

Figuur 9: effectmeting integrale geboortezorg

Belangrijke uitkomsten effectonderzoek Integrale Geboortezorg

- Het aantal vroeggeboortes en baby's met een te laag geboortegewicht is afgenomen van 18 naar 15 procent.
- Zwangeren voelen zich soms overladen door de hoeveelheid informatie die er op hen afkomt
- Sinds de integrale samenwerking is er een afname in het aantal tweedelijns consulten. Dit komt mede door de zorgpaden waarin de verantwoordelijkheden van de verloskundige en de gynaecoloog duidelijk staan omschreven en door het integrale patiëntendossier dat laagdrempelig intercollegiaal overleg mogelijk maakt. Daarmee dalen ook de kosten van de geboortezorg. Door de nauwe samenwerking is het vertrouwen tussen de zorgprofessionals toegenomen, waardoor er nu korte lijntjes liggen om elkaar vragen te stellen.
- Professionals in het netwerk geven aan dat investeren in collectief leren, ontwikkelen en verbeteren door middel van gezamenlijke onderzoeks- en ontwikkelprogramma's en het organiseren van sociale activiteiten belangrijk is.
- Betere en makkelijkere randvoorwaarden, zoals integrale bekostiging, leiderschap en landelijke kaders ondersteunen de professionals en gezinnen.

MEER VOORBEELDEN EN UITWERKINGEN VOLGEN

Er zijn nog vele andere netwerksamenwerkingen tussen medisch en sociaal domein, waar de afgelopen jaren vanuit subsidies van ZonMw effectonderzoeken naar gedaan zijn. Deze businesscases zijn onder meer te vinden via de [online community van IMH Nederland](#) of via de [online community van Kansrijke Start](#).

Kansrijke Start Pharos schrijft daarnaast een handreiking opzet Integrale Gezinspoli. Deze zal in het voorjaar 2026 beschikbaar zijn. Zodra daarover meer bekend is, zullen we dit publiceren op de [webpagina Integrale Gezinspoli](#).

6. Een Integrale Gezinspoli Opzetten

Een kader en handreikingen om een Integrale Gezinpoli op te zetten volgt nog via Kansrijke Start Pharos. Toch kan je nu ook al nadenken en beginnen aan de voorbereiding, bijvoorbeeld op basis van onderstaande punten die voortkomen uit adviezen in de [maatschappelijke kosten baten analyse \(MKBA\)](#), aangevuld met ervaringen vanuit het team van IMH Nederland.

1. Begin met gezamenlijke visie en doelen.
2. Regel bestuurlijke eigenaarschap, governance en mankracht.
3. Verken juridische- en privacy-aspecten (AVG).
4. Investeer in deskundigheidsbevordering en gedeeld taalgebruik.
5. Ontwikkel een gezamenlijke werkwijze en processen.
6. Zorg voor goede, praktische randvoorwaarden.
7. Richt monitoring, evaluatie en lerend werken in.
8. Verbind met bestaand beleid en regionale programma's
9. Werk aan inclusie, bereik en cultuursensitiviteit
10. Maak een communicatiestrategie richting ouders en professionals.
11. Bepaal de personele inzet en capaciteit.
12. Werk de financiering en kostenverdeling concreet uit.
13. Plan gefaseerde implementatie: pilot, opschaling en borging

1. BEGIN MET GEZAMENLIJKE VISIE EN DOELEN:

- Welke knelpunten wil je oplossen met de opzet van de Integrale Gezinspoli? Over welke doelgroepen gaat dit, welke data heb je hiervoor en wie heb je daarbij nodig?
- Afhankelijk van de lokale situatie en bevolkingsdichtheid: hoe breed wordt de scope van de Integrale Gezinspoli? Ziekenhuis gekoppeld aan sociaal domein op wijkteamniveau, gemeenteniveau of regionaal niveau?
- Formuleer samen met betrokken organisaties een gezamenlijke visie en (in)richting
- Vertaal deze naar concrete, meetbare doelen (bijv. minder doorverwijzingen, kortere wachttijden, meer tevredenheid bij ouders).
- Leg vast welke meerwaarde de gezinspoli zou moeten hebben, ten opzichte van het huidige aanbod in de regio

2. REGEL BESTUURLIJK EIGENAARSCHAP, GOVERNANCE & MANKRACHT:

- Wijs één of meerdere bestuurlijke eigenaars aan (bijv. gemeente + één zorgorganisatie sociaal domein en één zorgorganisatie medisch domein) die samen verantwoordelijk zijn voor koers, besluitvorming en voortgang.
- Richt een stuurgroep in waarin management/beleid van de kernpartners is vertegenwoordigd, naast het inhoudelijke kernteam van professionals.
- Laat organisaties ook expertise leveren op ondersteunende diensten, zoals rondom PR&communicatie, financiën en ICT. Vorm werkgroepen, waarin je ook vanuit de ondersteunende diensten integraal samenwerkt en elke organisatie een rol heeft.
- Wie neemt projectleiding op zich?
- Maak afspraken over rapportagelijnen: wie informeert wie, hoe vaak en op welke manier (bijv. kwartaalrapportage aan wethouder en directies).

3. VERKEN JURIDISCHE EN PRIVACY-ASPECTEN (AVG)

- Breng in kaart welke juridische kaders gelden voor gezamenlijke dossiervoering, gegevensdeling en multidisciplinair overleg.
- Ontwikkel zo nodig een regionaal privacy- en gegevensdelingsconvenant tussen betrokken organisaties, passend binnen de AVG.
- Zorg dat ouders heldere informatie en instemmingsformulieren krijgen, zodat zij weten wie welke gegevens kan inzien en waarom.

4. INVESTEER IN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN GEDEELD TAALGEBRUIK

- Organiseer gezamenlijke scholing voor professionals, bijvoorbeeld in werken vanuit de IMH-visie, verklarende analyse, verbindend gezag en geweldloos verzet en/of traumasensitief werken.
- Werk aan een gedeeld begrippenkader: leg vast wat jullie onder 'integrale gezinsbenadering', 'regievoering', 'kwetsbare gezinnen' etc. verstaan.
- Faciliteer intervisie- en reflectiemomenten voor het kernteam om casuïstiek en samenwerking periodiek te bespreken.

5. ONTWIKKEL EEN GEZAMENLIJKE WERKWIJZE EN PROCESSEN

- Werk een stap-voor-stap proces uit: van aanmelding en triage tot afsluiting en nazorg, inclusief ontsluiting naar het reguliere aanbod en informele zorg.
- Maak een triage- en verwijisprotocol: wanneer hoort een gezin wél/niet in de gezinspoli, en wat zijn de alternatieven?
- Beschrijf hoe jullie omgaan met crises (bijv. psychische crisis, huiselijk geweld, veiligheidsvragen) en wat de koppeling is met Veilig Thuis, Centrum Seksueel Geweld, crisisdiensten en spoedzorg.

6. ZORG VOOR GOEDE PRAKTISCHE RANDVOORWAARDEN

- Bepaal de fysieke of hybride locatie van de gezinspoli: in wijk, bij een CJG, in een gezondheidscentrum, ziekenhuis of deels online.
- Denk na over logistiek en toegankelijkheid: openingstijden, bereikbaarheid met OV, aanwezigheid van tolken/taalondersteuning, naam, website etc.
- Faciliteer digitale ondersteuning voor het kernteam: veilige beeldbellen, digitaal MDO, gedeelde agenda's en afsprakenoverzichten.

7. RICHT MONITORING, EVALUATIE EN LEREND WERKEN IN

- Stel een beperkte set indicatoren vast (zowel kwantitatief als kwalitatief), zoals: wachttijden, aantal betrokken organisaties per casus, cliënttevredenheid, crisisopnamen, vroegsignalering etc.
- Organiseer periodieke evaluatiemomenten met ouders, professionals en beleidsmedewerkers om te leren en bij te sturen.
- Gebruik de uitkomsten van monitoring niet alleen voor verantwoording, maar expliciet voor doorontwikkeling van de aanpak.
- Informeer op vaste momenten de stuurgroep

8. VERBIND MET BESTAAND BELEID EN REGIONALE PROGRAMMA'S

- Sluit aan bij lopende initiatieven zoals Kansrijke Start, NuNietZwanger, JGZ-beleid, Jeugd- en Wmo-beleid, armoedebelid, regionale geboortezorgnetwerken (VSV's), Integrale Vroeghulp, doorgaande lijn onderwijs etc.
- Voorkom doublures door de gezinspoli te positioneren als schakel in de keten, niet als extra eiland.
- Breng in kaart hoe de gezinspoli kan bijdragen aan brede beleidsdoelen (bijv. het verminderen van gezondheidsverschillen, armoede, schooluitval).

9. WERK AAN INCLUSIE, BEREIK EN CULTUURSENSITIVITEIT

- Onderzoek welke groepen ouders nu niet of te laat in beeld komen (bijv. jonge ouders, ouders met LVB, migratieachtergrond, ongedocumenteerde ouders).
- Ontwikkel specifieke strategieën om deze groepen te bereiken (bijv. via sleutelfiguren, buurthuizen, verloskundigen, consultatiebureaus en informele netwerken).
- Zorg voor een cultuursensitieve benadering in taal, beeldmateriaal, voorlichting en de samenstelling van het team.

10. MAAK EEN COMMUNICATIESTRATEGIE RICHTING OUDERS EN PROFESSIONALS

- Ontwikkel een heldere naam en boodschap voor de gezinspoli: wat is het, voor wie is het, en hoe kom je er?
- Stem communicatie af met alle partners (logo's, website, folders, social media, verwijismogelijkheden via professionals).
- Zorg ervoor dat zowel ouders als professionals weten dat de gezinspoli laagdrempelig en vroegtijdig toegankelijk is.

11. BEPAAL DE PERSONELE INZET EN CAPACITEIT

- Maak een capaciteitsinschatting: hoeveel gezinnen willen jullie bedienen, hoeveel uren zijn nodig voor directe zorg, overleg en regie?
- Leg vast hoeveel uren per week per professional redelijkerwijs beschikbaar zijn voor de gezinspoli, en houd rekening met regie- en overleguren (die vaak onzichtbaar blijven).
- Evalueer periodiek of het team qua omvang, expertise en beschikbaarheid nog passend is bij de vraag.

12. WERK DE FINANCIERING EN KOSTENVERDELING CONCREET UIT

- Vertaal de visie naar een financieel plan: wat kost het kernteam, de regievoering, overleg, monitoring, scholing en communicatie?
- Maak afspraken over financieringsbronnen (Jeugdwet, Wmo, Zvw, eigen bijdragen, preventiebudgetten, regionale potjes) en hoe de kosten worden verdeeld.
- Koppel dit aan de MKBA: welke maatschappelijke baten worden verwacht (minder zwaardere zorg, minder uitval, minder crisis, betere ontwikkeling kinderen) en hoe worden die zichtbaar gemaakt.
- Besteed expliciet aandacht aan de vergoeding van regie-uren: zonder financiering voor coördinatie en casusregie komt integrale samenwerking in de praktijk in de knel.

13. PLAN GEFASEERDE IMPLEMENTATIE: PILOT, OPSCHALING EN BORGING

- Start met een pilotfase in een deel van de regio of met een afgebakende doelgroep, met vooraf afgesproken leerdoelen.
- Beschrijf vooraf de criteria voor opschaling: wanneer is de pilot voldoende succesvol om uit te breiden?
- Maak een borgingsplan: hoe wordt de gezinspoli na de pilot structureel onderdeel van beleid, begroting en regionale overlegstructuren?

7. Over IMH Nederland

DE MISSIE EN VISIE VAN IMH NEDERLAND

IMH Nederland zet zich er voor in om te zorgen dat ouders en jonge kinderen goede ondersteuning krijgen, op het juiste moment. We willen dat zorg integraal, zonder schotten en efficiënt is ingericht. Dat wachtlijsten voorkomen worden, zorgmedewerkers zich bevoegd en bekwaam voelen en dat gezinnen zich geholpen voelen door de juiste expert(s). Juist bij de start van het ouderschap en het jonge kinderleven is passende zorg erg belangrijk. Dit doel kan bereikt worden door te zorgen dat zorgverleners (aanbod) en zorgvragers (vraag) veel beter op elkaar aansluiten.

Uit praktijkonderzoeken van IMH Nederland wordt duidelijk dat ouders van bijvoorbeeld een onrustige baby, of ouders van jonge kinderen die een traject van genetische diagnostiek hebben doorlopen, zich vaak niet gehoord en begrepen voelen. Ze zitten in een onzekere fase en adviezen van professionals kunnen nogal eens tegenstrijdig zijn. Professionals geven aan dat zij onderling dezelfde taal missen, om gedrag van kinderen en/of ouders te signaleren, te verklaren en er eenduidig naar te handelen.

Het gedachtegoed Infant Mental Health helpt professionals met diverse achtergronden om vanuit eenzelfde visie te werken en dezelfde taal te spreken, zodat de zorg veel effectiever kan worden.



Figuur 10: Professionals met diverse achtergronden en gezamenlijke taal

IMH NEDERLAND FACILITEERT KENNISDELING, VERBINDING & NETWERKZORG ÉN HYBRIDE BEHANDELING

Het platform IMH Nederland ondersteunt zorgprofessionals om hun werk goed en efficiënt in te richten, om innovatie eenvoudig beschikbaar te hebben en om kennisdeling in Nederland te stimuleren. Dit wordt onder meer gedaan door het beschikbaar stellen van een [online community voor zorgprofessionals](#) (met meer dan 6000 leden), professionals vindbaar te laten zijn op de [IMH kaart](#), draaiboeken te delen en IMH scholing te ontwikkelen.

Als team vinden wij het daarnaast belangrijk dat iedere ouder de juiste vorm van hulp kan vinden die past bij de vraag en het gezin. Samen met (ervarings)deskundigen uit heel Nederland hebben we een breed aanbod aan digitale hulpmiddelen voor ouders ontwikkeld. Deze delen we via sociale media, onze website en onze online community voor ouders.

Om de verbinding met de GGZ te versterken en wachtlijsten te beperken, hebben we daarnaast een eigen B-GGZ en S-GGZ behandelak opgericht. Via een triage wordt er beoordeeld welke type zorg ouders nodig hebben. Daarbij kan er een match plaatsvinden met één van de professionals uit onze database van professionals en/of kunnen ouders terecht voor hybride ondersteuning bij IMH voor ouders. Door de database van [IMH Nederland](#) en de expertise van [IMH voor ouders](#) te combineren, is er altijd een zorgverlener in de buurt die aansluit bij de wensen en behoeften van het gezin. Dat wat wij samen met al deze professionals hebben kunnen ontwikkelen afgelopen jaren, delen we graag bij de inrichting van Integrale Gezinspoli's. **Want hoe meer we samenwerken en op tijd elkaars expertise benutten, hoe minder ieder het wiel opnieuw hoeft uit te vinden en hoe meer handen we in Nederland vrij hebben om gezinnen te helpen.**

Download het PIMH zorgpad



Figuur 11: Hybride zorgoplossingen jonge kind zorg

A: Uitwerking Netwerkteams

ACHTERGROND EN BASISELEMENTEN NETWERKZORG

De basiselementen van deze aanpak en gebruikte tools worden al langere tijd toegepast bij de succesvolle aanpak voor netwerkzorg bij ouderen (o.a. ParkinsonNet, DementieNet). De aanpak is echter aangepast aan de specifieke doelgroep waarbij andere aspecten in het zorglandschap een rol spelen en nieuwe tools zijn ontwikkeld die aansluiten bij de zorg vanuit de IMH-visie.

De gebruikte elementen voor de ontwikkeling van netwerkzorg zijn (IMH Nederland en Nieuwboer, 2019):

- Gezamenlijke visie, taalgebruik en specifiek kennisniveau
- Transdisciplinaire samenwerking
- Leiderschap
- Kort-cyclisch verbeteren
- Interprofessionele scholing en intervisie

HOE ZIET DE OPBOUW VAN EEN NETWERK VOLGENS DE IMH-AANPAK ERUIT?

Start met gezamenlijke visie

Het spreken van dezelfde taal, een gemeenschappelijke basis m.b.t. kennis en een gedeelde visie op de zorg zijn het uitgangspunt voor verdere netwerkontwikkeling. Het vraagt inzet en bereidheid van de betrokken professionals om de zorg op een andere manier te organiseren waarbij altijd het gezin centraal staat in plaats van dat het zorgsysteem leidend is. Vanuit de verbinding op regionaal niveau kunnen gemotiveerde professionals het initiatief nemen om op lokaal niveau een netwerk te vormen. Er is voor gekozen om per gemeente een lokaal netwerk te organiseren.

Opbouw van lokaal netwerk is maatwerk

Het startpunt van een lokaal netwerk (gemeente(s), woonplaats of wijk) is altijd de mate van samenwerking en kennis die er op dat moment al is. Het is goed om aan te sluiten bij bestaande samenwerkingen en afspraken tussen bijvoorbeeld de jeugdverpleegkundige, kinderfysiotherapeut en ambulante professional. Zo maak je optimaal gebruik van bestaande routes, kennis en kunde. Aan de ene kant biedt de aanpak netwerkzorg kaders en handvatten om onder andere te werken aan kwaliteitsverbetering. Aan de andere kant biedt de netwerkzorg ruimte om 'op maat' de transdisciplinaire samenwerking vorm te geven.

Het evaluatieonderzoek van DementieNet (Oostra e.a. 2021) laat zien dat de netwerkaanpak leidt tot meer netwerksamenwerking, betere kwaliteit van zorg en hoge tevredenheid onder de betrokken professionals. Succesfactoren zijn onder andere: betrokkenheid van een verwijzer, kleinschaligheid en de aanwezigheid van een competente netwerkverbinder. Zo helpt het om in het eerste jaar te investeren in het elkaar leren kennen en het opbouwen van vertrouwen. Het werken vanuit de gezamenlijke visie en gebruik maken van dezelfde taal dragen hieraan bij.

Al deze elementen komen terug in de aanpak die bestaat uit de volgende vier stappen:

1. Klinisch leiderschap: netwerkverbinder neemt zelf initiatief
2. Netwerkvorming: netwerkverbinder brengt een lokaal netwerk samen
3. Kortcyclisch verbeteren: plannen opstellen en uitvoeren m.b.v. PDCA-cyclus
4. Interprofessionele training en intervisie in netwerk

1. Klinisch leiderschap: netwerkverbinder neemt zelf initiatief

Een netwerk ontstaat niet vanzelf. Het initiatief ligt meestal bij één of meerdere professionals in een gemeente, woonplaats of wijk, die gemotiveerd zijn om de zorg voor gezinnen te verbeteren. De initiatiefnemer(s) vormen een lokaal IMH-team (hierna: IMH Netwerkteam). Het team bestaat idealiter uit maximaal 4 à 5 professionals waaronder een:

- kinder-/ of jeugdarts - kinderfysiotherapeut - preverbaal logopedist - ambulante gezinsbehandelaar

'Klinische leiders' willen actief bijdragen aan het agenderen en verbeteren van de knelpunten in de zorg. Binnen dit team krijgt één professional de rol als netwerkverbinder: die verbindt de verschillende netwerkdeelnemers met elkaar en is aanspreekpunt voor IMH Nederland op regionaal niveau.

Tijdens een eerste overleg met het IMH Netwerkteam is het belangrijk om werkafspraken te maken, zodat het onder andere helder is wat de te volgen stappen zijn als een ouder of gezin zich aanmeldt.

IMH Netwerkteam per (inkoop)gemeente

In kleine teams maken we het therapeuten makkelijker om elkaar te vinden, zich te scholen en te ontwikkelen, intervisie, casuïstiek te bespreken en met elkaar te verbinden. We streven er naar dat elke gemeente een IMH netwerkteam heeft, die via een flexibele schil in verbinding staan met alle 5 domeinen. De flexibele schil om het netwerkteam heen, is het steunnetwerk. Hierin zitten professionals met specifieke aandachtsgebieden.

De netwerkverbinders zijn de initiatiefnemers van de regio. Zij kunnen voor hun eigen regio nieuwe projecten initiëren; denk bijvoorbeeld aan het aanvragen van subsidies voor de eigen regio, een projectplan schrijven, scholing organiseren of intervisie vormgeven. Een netwerkverbinder kan naast de rol van verbinder, tegelijkertijd inhoudelijk actief zijn in een IMH netwerkteam en samen casuïstiek doen met het team. Dit kan bijvoorbeeld een IMH mentor zijn, maar ook een Infant Family Associate, Infant Family Practitioner, IMH-specialist of IMH-consulent.

Taken IMH netwerkteam per gemeente:

- Triage (op basis van hypothesen a.d.h.v. Sociaal Ecologisch Model)
- Behandeling
- Op - en afschalen
- Bepalen welke experts nodig zijn voor de hulpvraag (wie uit de flexibele schil)
- Gezinsbehandelplan maken

2. Netwerkvorming: netwerkverbinder brengt een lokaal netwerk samen

Ieder lokaal netwerk is anders. De netwerkverbinder (voorheen regiocoördinator) brengt samen met de rest van het IMH netwerkteam in kaart welke professionals en informele zorgverleners belangrijk zijn om de zorg voor de gezinnen te verbeteren (m.b.v. netwerktool 'sociale kaart'). Deze professionals en informele zorgverleners in de flexibele schil worden door de netwerkverbinder actief uitgenodigd voor deelname aan het netwerk en de startbijeenkomst. De flexibele schil om het IMH netwerkteam heen, is het IMH steunnetwerk. Zij ondersteunen het IMH Netwerkteam. Een netwerk is namelijk geen vrijblijvende samenwerking: er is commitment nodig en enkele werkafspraken (o.a. wie doet mee, onderlinge communicatie, hoe vaak kom je bij elkaar en wat is de inhoudelijke verbeteragenda).

Belangrijke uitgangspunten zijn:

- Er is een IMH-consulent, Infant Family Practitioner of IMH-specialist (of in opleiding) onderdeel van het IMH Netwerkteam of anders betrokken voor consultatie en intervisie.
- Het IMH Netwerkteam heeft een samenwerking met het lokale consultatiebureau, ziekenhuis en lokale toegang bij de gemeente.
- Alle zes de werkvelden (zie zorgkaart IMH Nederland) zijn vertegenwoordigd in het netwerk.
- Alle leden van het netwerk hebben een Infant Mental Health scholing van minimaal 9 uur gevolgd om samenwerking vanuit eenzelfde visie te waarborgen.

In de startbijeenkomst met de professionals uit het IMH Netwerkteam en IMH steunnetwerk (de ondersteuning en flexibele schil) komen aan de orde:

- Kennismaking, exploreren visie, belangen en commitment netwerkdeelnemers (o.a. werkafspraken)
- Onderling uitwisselen expertise en aanbod
- Ophalen verbeterpunt(en) lokale netwerk en kwaliteit van zorg aan de hand van casuïstiek

3. Kortcyclisch verbeteren: plannen opstellen en uitvoeren m.b.v. PDCA-cyclus

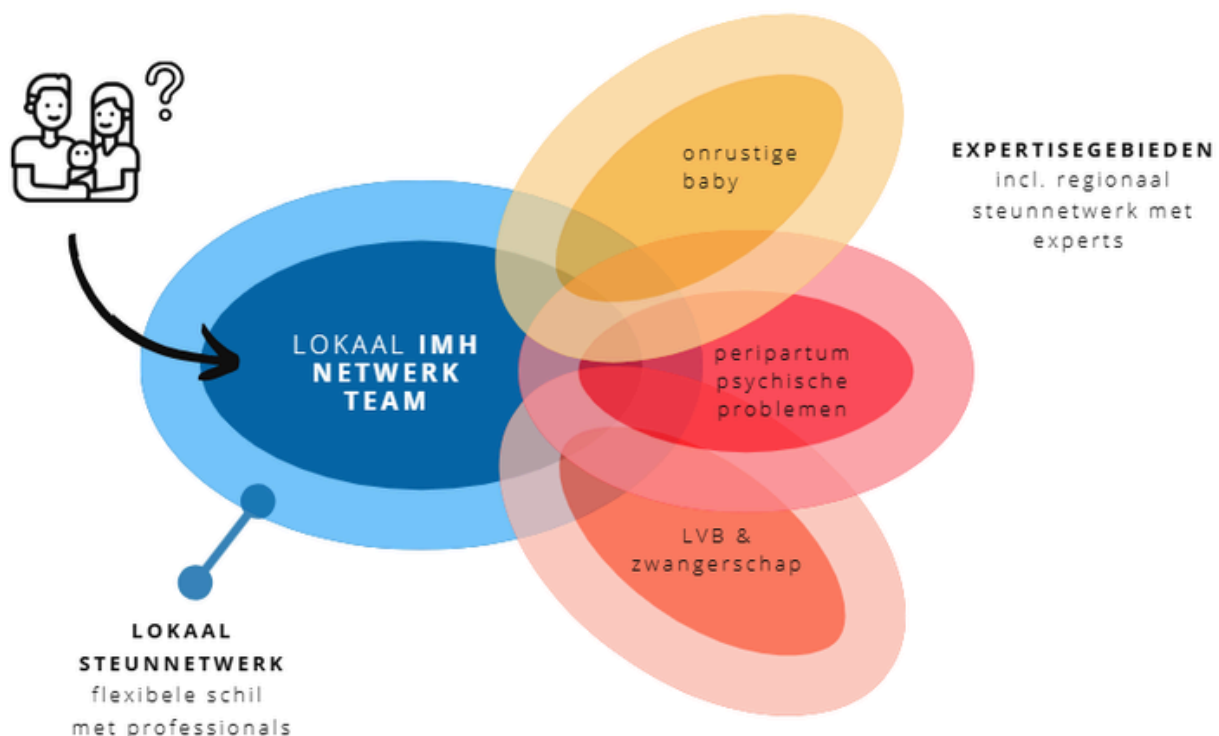
Indien bij de vorige stap gewerkt is aan de voorwaarden en er een basis van vertrouwen is, gaat de daadwerkelijke verbetercyclus van start. Eerst zal het lokale IMH Netwerkteam inzicht moeten krijgen in waar ze nu staan door middel van een Quick Scan*. Zie hier enkele voorbeelden uit de vragenlijst van de Quick Scan die de netwerkverbinder samen met het lokale IMH Netwerkteam en het IMH steunnetwerk tijdens de halfjaarlijkse intervisie in kaart brengt. Daarin worden ook de tevredenheid van zowel de ouders als professionals meegenomen. Welke interventies zijn bijvoorbeeld al beschikbaar en welke ontbreken nog? Zijn alle domeinen al vertegenwoordigd? Worden de kwaliteitsrichtlijnen al gevolgd? In hoeverre voelen de professionals zich in staat om ouders de juiste begeleiding te bieden?

**IMH Nederland ondersteunt netwerkverbinders en lokale netwerkteams indien zij aan de slag willen met IMH Netwerkgroep. Tools zoals de Quick Scan, ondersteunende techniek en advies zijn dan vrijblijvend via info@imhnederland.nl op te vragen. Een collega van IMH Nederland helpt lokale teams dan op weg.*

Na het prioriteren van minimaal één verbeterpunt wordt een verbeterplan opgesteld. Vervolgens gaat het IMH Netwerkteam actief aan de slag met de uitvoering van het verbeterplan (wij raden aan: minimaal één keer per jaar en ieder kwartaal evalueren). De PDCA cyclus is een handige methode om hierbij te gebruiken. Zorg ervoor dat je een haalbaar en gedragen doel formuleert en in kleine stappen de weg naar het doel zo concreet mogelijk uitzet. Maak hierbij gebruik van het format verbeterplan.

4. Interprofessionele training en intervisie in netwerk

Om onderlinge samenwerking te verbeteren, is het raadzaam om als IMH Netwerkteam en IMH steunnetwerk interprofessionele trainingen te volgen en minimaal twee keer per jaar intervisie te organiseren. Het liefst passend bij het onderwerp van het verbeterplan. IMH Nederland biedt scholingsaanbod aan, zodat elk team zich eenvoudig kan blijven bijscholen. Gezamenlijke scholing heeft een meerwaarde op twee niveaus: je hebt meer zicht op elkaars manier van werken en expertise en je verbetert de gedeelde kennis op een relevant onderwerp. Een voorbeeld: een netwerk wil het aantal crisissituaties in gezinnen terugdringen en volgt een training over voorlichting en adviezen voor ouders bij excessief huilen. Belangrijk om in deze trainingen casuïstiek te gebruiken van patiënten/gezinnen waar het netwerk gezamenlijk zorg biedt. Zo kan de training direct van waarde zijn voor de dagelijkse zorgverlening.



Figuur 12: Visuele weergave lokale netwerken & expertisegebieden

B: Stappenplan

PROCESBESCHRIJVING LOKALE NETWERKVORMING

STAP 1	Klinisch leiderschap: • Eén of meerdere professionals nemen initiatief • Vormen IMH Netwerkteam • Eerste overlegmoment met IMH Netwerkteam (o.a. werkafspraken) • Netwerkverbinder benoemen, die kartrekkers rol vervullen
STAP 2	Netwerkvorming: • Netwerktol 'sociale kaart' invullen • Uitnodigen professionals IMH steunnetwerk • Voorbereiden startbijeenkomst • Beschrijven taken IMH Netwerkteam en IMH steunnetwerk en welke specialismen betrokken zijn (bijvoorbeeld netwerkgorg lokaal IMH team met specialismen onrustige baby en LVB) • Startbijeenkomst IMH Netwerkteam + IMH Steunnetwerk
STAP 3	Kortcyclisch verbeteren: • Quick Scan invullen (tijdens intervisiebijeenkomsten) • Selecteren verbeterpunt(en) • Opstellen verbeterplan (jaarlijks) • Uitvoering en evaluaties plannen
STAP 4	Interprofessionele training en intervisie: • 2x per jaar intervisie (+ evaluatie) inplannen & organiseren • Keuze specifieke scholing en training

C: Organisatie

BESCHRIJVING NIVEAUS EN ROLLEN

Er zijn verschillende niveaus en bijbehorende rollen en verantwoordelijkheden te onderscheiden om de zorg rondom de gezinnen zo goed en efficiënt mogelijk in een netwerk te organiseren en te streven naar een gelijkwaardig kwalitatieve zorg op elke plaats in Nederland.

Op lokaal niveau

In iedere gemeente, woonplaats of wijk streven we naar de ontwikkeling van een netwerk met:

- IMH Netwerkteam:
 - 4 – 5 professionals
 - Minimaal één professional is Infant Family Associate, IMH-Consulent, Infant Family Practitioner of IMH-specialist
 - Taken: ontvangen aanvragen van verwijzers, triage, inschakelen aanvullende expertise uit flexibele schil of regionaal expertiseteam, opstellen gezinsbehandelplan en/of opschalen/afschalen, één aanspreekpunt (casemanager) voor ouders en coördinatie van zorg (wisselt per cliënt/gezin), inzet interventies/begeleiding en actief betrokken bij verbetercyclus zorgnetwerk.
 - Binnen dit team heeft één professional de rol van netwerkverbinder (N.B. dit is niet gelijk aan casemanager op cliëntniveau). Taken: aanspreekpunt voor projectleider IMH Nederland, verbinder in lokale netwerk, bewaken IMH visie & kwaliteit en initiëren verbetercyclus.
- IMH Steunnetwerk:
 - Vertegenwoordiging van alle vijf werkvelden (ZeroToThree) en verbinding met het zesde domein
 - Netwerkgorg specialismen zijn geregeld: specialisme onrustige baby, LVB etc.
 - Er is indien nodig verbinding met regionale expertise teams (bijv. KiECON Twente)
 - Alle netwerkdeelnemers: minimaal IMH-Helper niveau
 - Functie van de flexibele schil: verwijzen naar IMH Netwerkteam, zo nodig betrokken bij onderzoek, meedenken met opstellen gezinsbehandelplan en uitvoeren interventies/begeleiding

Op regionaal niveau

In iedere regio zijn (optioneel) beschikbaar:

- Netwerkverbinders:
 - Professional(s) die binnen de regio Infant Mental Health zorg bieden en het initiatief hebben genomen om de netwerkgzorg te starten in de regio.
 - Functies: verbinden en enthousiasmeren van professionals in de regio, aanspreekpunt voor de regio en nieuwe professionals die zich willen aansluiten
 - Via de kaart op IMH Nederland is er overzicht over het aantal IMH-geschoolde professionals in de regio.
- Lokale expertise team van je regio:
 - Heb je de expertteams in je regio in beeld?
 - Diverse professionals met gespecialiseerde kennis die beschikbaar zijn om in de regio geconsulteerd te worden bij specifieke vragen. Denk aan: kinderarts, TOP-kinderfysiotherapeut, Baby IOG, GGZ-psycholoog of IMH specialist.
 - Functies: consult-functie, opschalen zorg of bieden specialistische behandelinterventies, bijdragen aan scholing en delen van expertise met aangesloten professionals

D: Kwaliteitskaders

DEELNAME AAN NETWERKZORG IMH NEDERLAND – THEMA WERKGROEPEN

De opbouw in geaccrediteerde scholing binnen IMH Nederland vormt een raamwerk voor de kwaliteitskaders van de netwerkzorg.

Kwaliteitskader regionaal netwerk

Om als professional deel uit te kunnen maken van een lokaal netwerk zijn een aantal eisen opgesteld:

- HBO en WO(+) professionals werkzaam met ouders en (ongeboren) jonge kinderen (-9 maanden t/m 5 jaar)
- Minimaal twee jaar werkervaring binnen het specifieke werkveld van de gekozen trainingsdag
- Registratie bij een beroepsvereniging die klacht/tuchtrecht regelt
- Professionals in IMH Netwerkteam: Infant Mental Health scholing van minimaal 30 uur gevolgd
- Professionals in IMH Steunnetwerk: Infant Mental Health scholing van minimaal 15 uur gevolgd
- Je bent lid van netwerkzorg IMH Nederland
- Voor het behandelen of begeleiden vanuit de IMH visie is er minimaal één IMH-specialist verbonden voor consultatie en intervisie.

Algemene kwaliteitseisen

Daarnaast gelden een aantal algemene kwaliteitseisen binnen de netwerkzorg:

- Kennen van (multidisciplinaire) richtlijnen voor het specifieke aandachtsgebied
- Inzet gezamenlijk, gezinsgericht behandelplan vanuit integratief beeld met hypothesen. Daarbij kan het sociaal ecologisch model als uitgangspunt gebruikt worden.
- Per traject samen met ouders komen tot één aanspreekpunt / regiehouder
- Jaarlijkse update netwerktool 'sociale kaart' op lokaal niveau
- Jaarlijks selecteren verbeterpunten aan de hand van indicatorenset en lokale evaluatie
- Netwerkverbinder neemt deel aan de jaarlijkse bijeenkomsten van IMH Nederland, om up-to-date te blijven van landelijke ontwikkelingen

E: Netwerkleiderschap

INVULLING EN ONTWIKKELING

Leiderschap is een belangrijke bouwsteen in de ontwikkeling van netwerkwzorg. Het succes van een lokaal netwerk wordt voor een groot deel bepaald door netwerkleiderschap. Het gaat hierbij niet om een formele positie, maar veel meer over wie beschikt over de kunst om mensen te verbinden, te enthousiasmeren en te laten zien dat er door samenwerken meer mogelijk is. Netwerken moeten het vaak hebben van mensen die bereid zijn om initiatief te nemen om anderen mee te nemen en de focus te houden op het doel van samenwerken; betere zorg voor gezinnen. Het vraagt om een gezonde balans tussen de mate van sturen en de mate van ondersteunen.

Daarom is gekozen voor de term 'netwerkverbinder' voor professionals die de rol van kartrekker vervult binnen de lokale IMH-teams en netwerken.

Enkele functies (nog in ontwikkeling*) van een netwerkverbinder:

- Verbinder van lokale professionals binnen het netwerk en motiveren/aanjagen tot nemen van verantwoordelijkheid door alle netwerkdeelnemers
- Aanspreekpunt van lokale IMH Netwerkteams voor projectleider IMH Nederland
- Organisatie van en voorzittersrol tijdens overleg, intervisie en evaluatiemomenten op lokaal niveau (natuurlijk ook te verdelen binnen IMH Netwerkteam, o.a. de rol van notulist)
- Bewaken IMH visie en focus op verbetering van zorg voor gezinnen
- Initiëren verbetercyclus door gezamenlijk invullen Quick Scan, inventariseren en selecteren verbeterpunten, invullen verbeterplan, uitvoeren acties en evalueren doelstellingen

Ontwikkeling en ondersteuning netwerkleiderschap

Eenzijds beschikken netwerkverbinders van nature over de eigenschap om de leiding te nemen en te verbinden. Aan de andere kant is het zeker mogelijk om in deze rol te groeien en competenties te ontwikkelen. Dit kan bijvoorbeeld gericht zijn op het ontdekken van hun persoonlijke leiderschapsstijl of het vervolg tot IMH Mentor beleid & kennisdeling.

Vanuit IMH Nederland worden netwerkverbinders gefaciliteerd, door advies en concrete praktische ondersteuning zoals IT ondersteuning (besloten online community groepen aanmaken), marketing (aandacht voor bijeenkomsten, inschrijvingen en aanmeldingen beheer), organiseren van scholingen en/of intervisie.

F. Bronnenlijst

1. Pim P. Valentijn. Zorgnetwerken die werken: De sleutel tot betere uitkomsten. Essenburgh Training & Advies, 2019
2. Zorginstituut Nederland. Model voor netwerkvorming, samenwerking samen leren en ontwikkelen, 2022
3. Ludo Glimmerveen, Nick Zonneveld, Jessica Michgelsen, Monique Spierenburg, Sandra Dahmen, Elize van Wijk, Mirella Minkman. De governance van netwerkzorg ontrafeld. Vilans, 2020
4. Anne Zagt, Roland Friele, Judith de Jong, Nanne Bos. De verwachte betekenis van eigen regie voor patiënten en transparantie van zorg binnen netwerkzorg. De Transparantiemonitor 2023. Nivel, 2023
5. ZERO TO THREE. [P-5 Competency Domains](https://www.zerotothree.org/). Bron: <https://www.zerotothree.org/> 2026
6. Kotter, J. Verandermodel, 1996 Bron: <https://leansixsigmagroep.nl/>
7. Michigan Associate for Infant Mental Health. Endorsement[®], 2026 Bron: <https://mi-aimh.org/endorsement/endorsement-registry/>
8. Alliance for the Advancement of Infant Mental Health. IECMH-E[®], 2026. Bron: <https://www.allianceaimh.org/endorsement-requirements-guidelines>
9. Birk Frankvoort, Lienke Scheurwater, Zillah Holtkamp. Overzicht van een integraal zorgpad aan aanstaande ouders en gezinnen met baby's en jonge kinderen. IMH Nederland, 2025
10. Integrale GezinsPoli - Maatschappelijke kosten- en batenanalyse. Hagaziekenhuis, Juliana Ziekenhuis, Gemeente Den Haag, Andersson Elffers Felix
11. Factsheet Integrale gezinspoli: inzetten op het gouden moment van de eerste 1.000 dagen. Kansrijke Start & College Perinatale Zorg. Bron: <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2024/11/Factsheet-Integrale-gezinspoli-Den-Haag-Haga-digitaal.pdf>
12. Joyce Geelen, Helen Klip, Marike Serra, Anita Hoek, Zillah Holtkamp, Ronald Spanjers, Evelien van Broeck-Pikkemaat. Multidisciplinaire diagnostiek bij jonge kinderen met complexe ontwikkelingsproblemen, doelmatigheidsonderzoek deel A. KiECON, Menzis, 2024
13. ABC-poli - <https://www.antoniusziekenhuis.nl/kindergeneeskunde/abc-poli/informatie-voor-ouders-met-een-huilbaby>
14. Anne Hermans, Julia Spaan, Marieke Hermus, Jantien Visser, Annature Research Collaboration, Arie Franx, Jacoba van der Kooy. Implementation of integrated maternity care in the southwestern region of the Netherlands: evaluation of its effect on preterm birth, low birthweight infants and number of secondary care consultations, 2023