Bijlage 1 Voortgang projecten RIGA

Programmalijnen

Binnen het RIGA zijn vijf programmalijnen benoemd:

1. Gezond Leven: Het bevorderen van een gezonde leefstijl en het verkleinen van gezondheidsverschillen.
2. Inwoners in een Kwetsbare Situatie: Het bieden van passende en tijdige ondersteuning aan kwetsbare doelgroepen.
3. Ouderen: Het ondersteunen van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig en prettig thuis te wonen.
4. Acute Zorg: Het verminderen van de instroom van niet-acute zorgvragen door betere triage en coördinatie.
5. Digitale Transformatie: Het inzetten van technologische innovaties om zorg efficiënter en effectiever te maken.

Hieronder lees u per programmalijn een beschrijving van de activiteiten/acties tot nu toe.

Programmalijn Gezond Leven

Onder deze lijn vallen de vijf ketenaanpakken uit het Gezond en Actief Leven Akkoord (hierna GALA). De vijf ketenaanpakken zijn: Welzijn op recept, Kansrijke Start, Kind naar Gezonder gewicht, Overgewicht volwassenen en Valpreventie. Deze aanpakken worden vooral lokaal uitgevoerd met Brede SPUK-middelen vanuit het GALA. In de DWO-gemeenten[1] zijn hier regionale middelen uit de SPUK IZA aan toegevoegd, ter versterking van de regionale samenwerking en zodat regionaal een goede aansluiting op het medisch domein gemaakt kan worden. Daarmee is samen met partners als de GGD, ZEL, Reinier de Graaf Gasthuis het volgende bereikt:

Welzijn op Recept (WOR):

- Aansluiting welzijnsorganisaties op Zorgdomein. Huisarts en de praktijkondersteuner kunnen makkelijker doorverwijzen naar WOR én een terugkoppeling ontvangen.
- Gezamenlijke visie op Welzijn op Recept. Met een eenduidige definitie en duidelijke doelen waaronder 33% meer verwijzingen vanuit de zorg naar WOR ten opzichte van het voorgaande jaar.
- WOR 'on top of mind' van eerstelijns zorgverleners door structurele communicatie vanuit de ZEL.

Kansrijke Start:

- Gezamenlijke visie en ambities op Kansrijke Start.
- Professionals sociaal en medisch domein kunnen kwetsbaarheden eerder signaleren door multidisciplinaire trainingen t.b.v. gesprekstechnieken.
- (aanstaande) Ouders krijgen laagdrempelige informatie over het 'systeem' door de ontwikkeling en implementatie van de GeboorteGids.
- Preventieve mondzorg voor kleine kinderen wordt versterkt in DWO-regio. Dit gebeurt door regionaal in te zetten op een effectieve aanpak om mondzorg laagdrempelig aan te bieden aan ouders van jonge kinderen.
- Doen wat nodig is voor de (aanstaande) ouders in kwetsbare situaties. Dit doen we door het verankeren van ervaringsexpertise.

[1] Delft, Westland, Oostland, dit zijn de gemeenten Delft, Midden Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland

Kind naar Gezonder gewicht:

- Professionals zijn opgeleid door Your Coach Next Door om kinderen en hun gezin te begeleiden en ondersteunen. Centrale zorgverleners en kinderleefstijlcoaches werken nauw samen in de uitvoering.
- Regionale verwijsafspraken tussen jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, huisartsen en kinderartsen & implementatie van de (gecombineerde leefstijl interventie) GLI.
- Commitment op bestuurlijk niveau om de ketenaanpak goed neer te zetten door getekende 'Intentieverklaring regionale samenwerking' (DWO-regio).
- Leefstijl gesprekstrainingen in het medisch domein. Voor professionals die werken met kinderen en volwassenen met overgewicht (verbinding tussen KNGG en GLI).
- Gedeelde regionale visie, ambities en acties ten behoeve van implementatie en borging zijn uitgewerkt in gezamenlijk opgesteld regionaal plan van aanpak (DWO-regio).

Volwassenen met overgewicht:

- Door overeenstemming over regionale visie met doelen en activiteiten kunnen partners gericht tijd en middelen inzetten die bijdragen aan de doelen.
- Leefstijlcoaches zijn nu in contact met Welzijnscoaches. Zodat zij deelnemers naar elkaar door kunnen verwijzen om de juiste zorg/ondersteuning op de juiste plek te kunnen bieden.
- Door bekendheid met de GLI kan de POH-GGZ herkennen wanneer een patiënt mogelijk baat heeft bij deze interventie.
- Meerdere gemeenten zijn met de Nationale Wandeluitdaging aan de slag gegaan.

Valpreventie:

- Ouderen met 'hoog valrisico' kunnen verder beoordeeld worden. Door uitvoer van valrisicobeoordeling in de DWO-regio, met een uitvoerende constructie tussen ZEL, DSW en paramedici kunnen professionals naar juiste en passende valpreventieve interventies toe verwijzen.
- Commitment op bestuurlijk niveau om de ketenaanpak goed neer te zetten. Door getekende 'Intentieverklaring regionale samenwerking' (DWO-regio).
- Gedeelde regionale visie, ambities en acties. Ten behoeve van implementatie en borging, uitgewerkt in gezamenlijk opgesteld regionaal plan van aanpak (DWO-regio).
- Kick off bovenregionale werkgroep bijeenkomst (Haaglanden Gezonder). Met als doel de mogelijkheden tot samenwerking te verkennen en benoemen met elkaar, en formuleren van gezamenlijke visie valpreventie.
- Met ZonMw subsidie wordt een doorlopend onderzoek gedaan in regio Haaglanden naar de ervaringen van ouderen over valpreventie en de doorstroom naar structureel beweegaanbod.
- Tijdens de prikcampagne zijn valrisicotests op de coronavaccinatielocaties gedaan. In eerste instantie tot eind oktober als pilot. Omdat dit positief is ervaren, is dit meteen doorgezet voor de gehele vaccinatieperiode tot en met 5 december 2025.

Naast de vijf ketenaanpakken worden binnen de pijler **Gezond Leven** nog andere acties ondernomen vanuit de regionale preventie infrastructuur. Enkele voorbeelden zijn:

- "Keer diabetes 2 om plus" in de wijk: Samen met een groep en onder begeleiding van een verpleegkundige, diëtist en coach gaan deelnemers twee jaar aan de slag met hun leefstijl. Als gevolg hiervan kunnen veel deelnemers het gebruik van diabetesmedicatie voorkomen of afbouwen, verantwoord afvallen en krijgen zij meer energie. Daarnaast bespaart dit aantoonbaar zorgkosten én Wmo-kosten.

- Hartcheckpunten: In samenwerking met de Hartstichting worden op diverse locaties in Delft maandelijks hartcheckpunten georganiseerd. In Westland vindt in februari het eerste hartcheckpunt plaats. Bij een Hartcheckpunt kan men gratis bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker laten meten. Daar is dan ook een leefstijlcoach aanwezig die inwoners advies kan geven.

- Gezondheidsambassadeurs: RIGA wil een netwerk van gezondheidsambassadeurs opzetten. Een gezondheidsambassadeur is iemand die zich vrijwillig inzet voor een gezondere leefstijl in zijn of haar omgeving. Dat hoeft geen professional te zijn, maar wél iemand met hart voor gezondheid en mensen. In september is een eerste bijeenkomst gehouden met de gezondheidsambassadeurs die we hebben, maar meer gezondheidsambassadeurs zijn gewenst.

- Mentale gezondheid jongeren: Veel jongeren ervaren problemen met hun mentale gezondheid. In dit project werken we aan betere mentale gezondheid voor jongeren. Hoe ontstaan problemen zoals stress, angst of suïcidale gedachten? En wat helpt om die te voorkomen? Zoals meer veerkracht en steun van anderen. In elke gemeente is en wordt gesproken met jongeren en professionals. Hieruit komt een regionaal plan van aanpak met lokale accenten.
  Het Programmabureau RIGA is in samenwerking met gemeenten in gesprek met FNO vermogenfonds (Fonds Nuts/Ohra) voor een 10-jarige financiering voor de regio op dit thema vanuit hun programma Ruimte voor Geestkracht.

- Ontwikkeling inzet informatiepunt maatschappelijk welzijn in het Reinier de Graaf ziekenhuis. Deze samenwerking van het ziekenhuis met Delft voor Elkaar en Vitis Welzijn is een paar jaar geleden gestart. Dit inloopspreekuur is voor patiënten en naasten die (psycho)sociale ondersteuning kunnen gebruiken. Bijvoorbeeld omdat zij overbelast worden als mantelzorger, eenzaam zijn of kampen met financiële problemen. Op het spreekuur kunnen mensen zonder afspraak en op een laagdrempelige manier terecht voor een gesprek of steuntje in de rug. Aanvullend gaat er een pilot plaatsvinden met het inzetten van vrijwilligers op dit informatiepunt, waardoor er op termijn wellicht minder professionals nodig zijn.

Programmalijn Ouderen

Deze programmalijn is eerder gestart als zelfstandig regionaal programma ouderenzorg. De projecten en interventies die toen zijn gestart, zijn voortgezet, uitgebreid en/of doorontwikkeld.

- ***Gezond en wel thuis***: In de WSD-regio zijn grote opgaven in de ouderenzorg. Ouderen willen langer zelfstandig thuis wonen en het landelijke beleid is hier ook op toegespitst. De ouderen hebben elkaar en de samenleving nog veel te bieden, zowel in het vormen van gemeenschappen, als het elkaar ondersteunen waar nodig. Er wordt ingezet op een transformatie van zorgen vóór ouderen naar zorgen dat ouderen, binnen hun eigen gemeenschap en met het eigen netwerk, zelf in regie blijven en de zorg alleen ondersteunt waar dit echt nodig is. In deze beweging werken professionals vanuit gemeenten, woningcorporaties, welzijnsorganisaties en (gezondheids)zorgaanbieders intensief samen in netwerken binnen buurten en wijken. Tegelijkertijd zijn er ook veel uitdagingen door het woningtekort, vergrijzing en de zorgopgave. Vanuit deze ambities en de noodzaak tot oplossingen is in de WSD-regio gestart met het vormgeven van een concept van wonen, welzijn en zorg onder de naam Gezond en Wel Thuis.
  In 2024 zijn in onze regio vanuit de missie van Gezond en Wel Thuis 18 locaties gestart als tweejarige pilot, waarvan 1 in Midden-Delfland. Op deze 18 locaties heeft de regio in 2024 en 2025 ervaring opgedaan of de plannen die zijn opgesteld het gewenste effect hebben. De pilot is voor alle partijen een periode geweest van opzetten, experimenteren, ervaren, bijsturen en vooral veel investeren. Bij de bestaande projecten wordt waar mogelijk een plan gemaakt voor een uitbreiding naar de omliggende buurt/wijk. Ook dit gebeurt in samenspraak met inwoners: waar hebben zij zoal behoefte aan en welke organisaties en voorzieningen in de buurt kunnen we aan deze behoefte gaan verbinden. In de doorontwikkeling van Gezond en Wel Thuis kijken we hoe huisartsen en huishoudelijke hulp beter kunnen aansluiten bij het vaste zorg- en ondersteuningsteam.

- ***Toekomstgerichte samenwerking dementie***: De inwoners worden nu eerder in het ziekteproces geholpen o.a. met het versterken van hun netwerk en met het kunnen blijven doen waar ze plezier uit halen. Er wordt ingezet op het verbeteren van kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naaste(n)/ mantelzorger(s). Er vindt een regionale standaardisatie en uniformering van ‘brede dementiezorg’ plaats. De brede dementiezorg kent momenteel twee deelprojecten:
  - Collectieve voorlichting dementie: Dit is vooral bedoeld voor de naasten van inwoners met dementie die op de wachtlijst staan voor ondersteuning door de casemanager dementie. De mensen worden gezien, gehoord en alvast ondersteund. Zorg en welzijn pakken deze voorlichting samen op, waardoor aanbod vanuit welzijn (sociale basis) naar voren komt als de eventuele vervolgstappen die vallen onder zorg.
  - Versterken sociale netwerken vanuit de Sociale Benadering Dementie: De Sociale Benadering Dementie (SBD), ontwikkeld door Tao of Care, kijkt verder dan alleen de medische kant van dementie. De SBD benadert dementie als een ingrijpende levensverandering, waarbij het sociaal functioneren en het mens-zijn centraal staan. Het doel is dat mensen met dementie zo lang mogelijk deel blijven uitmaken van de samenleving, op een manier die past bij hun levensverhaal en mogelijkheden.

- In plaats van te focussen op beperkingen, kijkt de SBD naar wat wél kan. Door samenwerking tussen professionals, mantelzorgers en vrijwilligers ontstaat er ruimte voor maatwerk, zingeving en erkenning. De aanpak vraagt om een andere manier van denken en organiseren binnen zorg en welzijn. In de regio is deze benadering al succesvol toegepast. In Delft en Westland zijn SBD-medewerkers actief ingezet. Zij ondersteunen mensen met dementie en hun naasten in het dagelijks leven, bieden een luisterend oor en zorgen voor verbinding in de wijk, in samenwerking met de casemanager dementie.

- ***Het Multidisciplinair Team Ouderen (MTO)***: De doelgroep van het MTO betreft kwetsbare ouderen met een dreigende escalatie in de gezondheidssituatie (binnen 3 tot 6 maanden) en met meerdere risicofactoren op een intramurale opname. Huisartsen kunnen deze patiënten aanmelden voor het MTO waarna zij met een team van behandelaren (sociaal domein, 1e en 2e lijn) samenwerken om een zorgplan af te stemmen op de situatie van de patiënt. Hiervoor wordt eerst de thuissituatie (op somatisch-, functioneel-, maatschappelijk-, psychisch- en communicatief gebied) in kaart gebracht door de Verpleegkundig Specialist (VS) en/of Specialist Ouderengeneeskunde (SO). De huisarts blijft de hoofdbehandelaar om de continuïteit van zorg te waarborgen.

- ***Sociaal Vitaal:*** Het bewezen effectieve beweegprogramma Sociaal Vitaal bestaat uit een fittest gevolgd door een beweegprogramma van 30 lessen. Ouderen die willen meedoen worden gescreend door middel van een fysieke fittest in combinatie met een vragenlijst die eenzaamheid en veerkracht meet. Vervolgens wordt een veelzijdig beweegprogramma aangeboden met specifieke lessen voor weerbaarheid en veerkracht of worden inwoners doorverwezen naar bestaand lokaal sport- en beweegaanbod. Dit programma wordt aangevuld met zelfmanagementtrainingen en gezondheidsvoorlichting. Na ongeveer 12 maanden wordt er opnieuw een fittest uitgevoerd om de effectiviteit van Sociaal Vitaal te kunnen meten. Ook worden er twee vragenlijsten afgenomen over de lichamelijke activiteit en de mate van eenzaamheid na afloop van het programma. Na het doorlopen van het programma worden de groepen ondergebracht bij bestaand lokaal beweegaanbod. Het programma van Sociaal Vitaal is met samenwerkingspartners en inzet van Combinatiefunctionaris afgelopen december 2025 in Midden-Delfland succesvol uitgevoerd in de dorpen Den hoorn en Maasland.

Programmalijn Inwoners in een kwetsbare situatie

- ***Mentaal gezondheidsnetwerk (MGN):*** Het MGN is een verplicht onderdeel uit het Integraal Zorgakkoord en bestaat uit vier onderdelen: een verkennend gesprek, een systeem om zorg eenvoudig over te dragen naar een ander domein, het kunnen delen van de wachttijden en een overleg om domeinoverstijgende casuïstiek te bespreken. Er bestaan veel initiatieven die een deel van dit netwerk al succesvol uitvoeren, maar deze functioneren nog niet in alle gevallen samen als goedlopend netwerk. In dit project verbinden we die bestaande initiatieven met elkaar, schalen op of passen het aan waar nodig zodat dit een succesvol netwerk wordt waarin de inwoner snel passende hulp of zorg krijgt.

In het MGN werken de GGZ, eerste lijn en het sociaal domein samen om de mentale gezondheid van inwoners en de zorg en ondersteuning voor inwoners met mentale problemen te verbeteren.
Het idee van een MGN is dat het één netwerk wordt voor de hele regio waarin regionale afstemming en coördinatie plaatsvindt op de initiatieven die vanuit het MGN worden uitgevoerd.

Het verder uitrollen van het verkennend gesprek is van belang om de inwoner, naasten en professionals inzicht te laten krijgen in de hulpvraag van de persoon en in de context van de vraag. In het verkennend gesprek wordt de hulpvraag van de inwoner verder verkend vanuit verschillende dimensies, uitgaande van positieve gezondheid. Op deze manier krijgt de inwoner handvatten om het mentale evenwicht te hervinden. Huisartsen in de regio kunnen hun patiënten doorverwijzen naar het verkennend gesprek.
Dit gesprek wordt gevoerd door een professional met expertise vanuit de GGZ (zoals een POH GGZ) en een professional met expertise vanuit het sociaal domein (bijvoorbeeld een sociaal werker). In overleg met de inwoner wordt vastgesteld welk vervolg passend is. Dit kan bestaan uit een aanpak die gebruik maakt van eigen regie of hulp van het netwerk, aanbod vanuit het sociaal domein of de eerste lijn of GGZ-aanbod.

Het verkennend gesprek is inmiddels in de regio van start gegaan in Westland en verloopt positief. Ook zijn er al verschillende voorzieningen (herstel- of inloopvoorzieningen of laagdrempelige steunpunten) binnen het sociaal domein waarvan inwoners met psychische klachten en problemen op andere leefgebieden een beroep kunnen doen. In Midden-Delfland is een Inlooppunt in De Kickerthoek in Den Hoorn.

Er is echter behoefte om herstelgericht aanbod toe te voegen in de regio middels het financieren van ervaringsdeskundigen. Dit is cruciaal aangezien de verwachting is dat er, door de samenwerking in het MGN en het aanbieden van verkennende gesprekken, een groter beroep zal worden gedaan op dit aanbod.

- ***Domeinoverstijgend en doorbrekend werken (doorbraakmethode):***
  Domeinoverstijgend en doorbrekend werken wordt ingezet voor inwoners met meerdere ondersteuningsvragen op verschillende leefgebieden (meervoudige problematiek), die in de reguliere dienstverlening vastlopen of dreigen vast te lopen en in de knel komen.

  Tegelijk wordt er de verbinding gemaakt tussen zorgverleners in de eerste lijn en het sociale domein door ontschot en integraal te denken en te handelen. Hiermee wordt het voor professionals in het sociaal domein en de zorg een efficiënte manier om inwoners in een kwetsbare situatie passende hulp te bieden. In zes processtappen werken professionals mee aan wat de inwoner echt nodig heeft om een prettig leven te leiden: denk aan het regelen van een woning of auto, het betalen van een opleiding of het helpen aflossen van een schuld. Hulp die levensveranderend kan zijn voor een inwoner of voor een heel gezin en die meer zorg in de toekomst kan voorkomen.

In oktober 2025 heeft de startbijeenkomst van het leernetwerk domeinoverstijgend en doorbrekend werken plaatsgevonden. Tijdens de startbijeenkomst werd duidelijk dat er vertrouwen is om in de regio beter samen te werken. Voor het lerend netwerk ligt de focus in de toekomst op het organiseren van die samenwerking.

Door van elkaar en elkaars casussen te leren, en ook door ruimte te maken voor de meer technische en organisatorische kanten, zoals de AVG en andere randvoorwaarden waar professionals mee te maken krijgen. Daarnaast is, vanuit het perspectief van de inwoner, de behoefte uitgesproken toe te werken naar meer overzicht, duidelijkere informatievoorziening en een vindbare plek waar alles samenkomt. Een volgende bijeenkomst van het leernetwerk zal in het voorjaar van 2026 georganiseerd worden.
In de regio wordt op diverse plekken al met een dergelijke methodiek gewerkt en door middel van "train de trainer" wordt de werkwijze uitgebreid.

Programmalijn Acute zorg
Het doel van deze programmalijn is de instroom van niet-acute zorgvragen beperken en het proces verbeteren. Het moet voor inwoners met een acute klacht duidelijk zijn waar zij het beste terecht kunnen en zorgprofessionals moeten eenvoudig kennis kunnen uitwisselen om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden. Daarbij hoort ook het op tijd signaleren van dreigende situaties, zodat acute zorg zelfs voorkomen kan worden.

- ***Toegankelijkheid van zorg***: Binnen het project Toegankelijkheid van zorg wordt intensiever samengewerkt met de meldkamer en de huisartsenpost om te zorgen dat inwoners die het nodig hebben snel medische zorg krijgen. Dit vraagt om een gezamenlijke kijk op het bepalen van de noodzaak en wat een passende zorgverlener is (bezoek aan een huisartsenpost, SEH, hulp van de acute thuiszorg of GGZ-professionals. Partijen leggen samenwerkingsafspraken vast die gericht zijn op een duurzame kennisuitwisseling en overdracht tussen de meldkamer ambulance en de huisartsenpost. Door gezamenlijke scholing en stages zijn zorgverleners beter op de hoogte van elkaars werkwijze wat zorgt voor vertrouwen en een betere samenwerking. Dit project is een samenwerking tussen de huisartsenposten Schievliet (locaties Delft en Schiedam), huisartsenpost Westland en de meldkamers van Haaglanden en Rijnmond.

- ***Acute thuiszorg:*** Het project Acute Thuiszorg is een samenwerking van huisartsenpost Schievliet, huisartsenpost Westland, Pieter van Foreest en Careyn en leidt tot efficiënte inzet van acute zorg. Een wijkverpleegkundige kan door de huisartsenpost gevraagd worden in de avond, nacht en in het weekend naar de patiënt te gaan voor acute verpleegkundige hulp. Door deze samenwerking en de inzet van professionals worden onnodige visites van huisartsen en ambulanceritten voorkomen. Patiënten krijgen de aandacht en expertise die passen bij hun zorgvraag. Het project is begin 2025 gestart en halverwege het jaar, wegens succes, uitgebreid. Komende tijd werken we aan verdere uitbreiding en onderzoeken we verwijzingen vanuit de Spoedeisende Hulp en meldkamer.

Programmalijn Digitale transformatie
De programmalijn digitale transformatie ondersteunt waar nodig en mogelijk alle andere programmalijnen. Daar waar digitale toepassingen de professionals helpen en daarmee de zorg beter toegankelijk houden, wordt dit toegepast.

Verder wordt gewerkt aan een paar specifieke toepassingen:

- ***Digitale thuismonitoring***: Hierbij voert de patiënt, indien hiertoe in staat, zelf gezondheidsmetingen uit, zoals een bloeddrukmeting. Door de inzet van telenursing, zorgprofessionals op afstand, wordt dit gemonitord. Zodra de waarden die de patiënt thuis registreert afwijken, volgt een overleg met de behandelaar. Dit zorgt voor snellere signalering en het voorkomen van (spoed)opnames. Bovendien krijgt de patiënt zelf meer regie over zijn of haar gezondheid.

- ***Geboortezorgketen***: Met de toename van het aantal geboortes in de regio kunnen de ziekenhuizen op de piekmomenten de zorg bijna niet meer aan. Daarom wordt de geboortezorgketen anders, flexibeler ingericht, met meer kennisdeling tussen zorgprofessionals. Door de digitale ondersteuning wordt de werkdruk van professionals verlicht en kunnen zij extra aandacht besteden aan die patiënten die dat nodig hebben.

- ***Het Regionaal Zorg Communicatie Platform*** zorgt ervoor dat zorgverleners en de patiënt en eventueel de mantelzorgers met elkaar kunnen communiceren en elkaars informatie kunnen inzien. Zo wordt de zorg kwalitatief beter en worden zorgmedewerkers efficiënter ingezet. Het onderling contact is voor iedereen laagdrempelig. Het verloopt veilig en efficiënt via het platform. Pieter van Foreest en Careyn werken inmiddels voor de thuiszorg wijkteams via een koppeling met het platform, zodat hun wijkteams verbonden zijn met het overige Zorgnetwerk. Het betekent dat zij snel met andere professionals kunnen afstemmen over een patiënt. Deze kan hierdoor sneller geholpen worden.

Inwonerparticipatie
De rol van de inwoner in het RIGA is cruciaal om ook op langere termijn passende en duurzame zorg en ondersteuning te bieden. Het samenwerken met inwoners en informele netwerken is volop in ontwikkeling. Er is meer mogelijk en nodig om de opgaven in de zorg en in de samenleving samen met de gemeenschap passend en duurzaam op te vangen. Dit gebeurt vanuit de RIGA-partners door inwoners(collectieven) zo actief mogelijk mee te nemen en ruimte te geven (luisteren en meebewegen) bij de besluitvorming, ontwikkeling en uitvoering van zorg- en welzijnsinitiatieven die vanuit, of in samenhang met RIGA ontwikkeld worden. Daarbij leggen we verbinding met de bestaande netwerken in de gemeenschap in samenwerking met de professionals en sleutelfiguren die werken in de wijken. Vanuit iedere programmalijn wordt ingezet op het informeren en actief betrekken van inwoners. Om dit te versterken is begin 2025 subsidie verkregen van ZonMw.

Datamonitoring
Met de transformatie die het RIGA voorstaat en alle interventies die in dat kader worden ingezet is het belangrijk te leren wat deze doen en wat we ervan leren. Daarvoor is het Gezamenlijk Regionaal Informatie Platform (GRIP). GRIP ondersteunt de transformatie door op alle niveaus inzichten te bieden in de data op populatieniveau.

GRIP biedt actiegerichte informatie op 4 pijlers:
- GRIP op de regionale opgaves: Inzicht in de ontwikkeling van de regionale opgaves.
- GRIP op potentie: Executiekracht inzetten waar de meeste potentie zit.
- GRIP op gerichte acties: De juiste interventies op de juiste doelgroep richten.
- GRIP op effecten: Monitoring van de daadwerkelijke effecten van interventies.

GRIP bestaat uit twee onderdelen: een data-infrastructuur en een kennisinfrastructuur. Daarbij worden de volgende leidende principes gehanteerd: voor en door de regio, smal in de basis, breed in gebruik, betekenis ontstaat in verbinding, privacy als fundament en gedeeld inzicht is gedeeld succes.

Om dit te realiseren wordt gebruik gemaakt van het platform van Linksight, een TNO spin-off, waarmee privacy-vriendelijke analyses kunnen worden gedaan over elkaars datasets, zónder gevoelige gegevens te delen. Niet met elkaar, en ook niet met Linksight. In 2025 is een eerste groep RIGA partners gestart met de aansluiting bij het Linksight platform. Vanuit gemeenten is dit Delft. De overige gemeenten worden meegenomen in de ontwikkelingen, zodat zij in 2026 ook kunnen aansluiten. In het hele project van het opzetten van GRIP is naast het technische gedeelte van datamonitoring ook oog voor het juridische/privacy gedeelte.

Financiën
De beweging die we met het RIGA beogen draait tot nu nog enkel op financiering vanuit het Rijk. Vanaf 2023 zijn we in de regio gestart met de inzet van de door het Rijk beschikte SPUK-IZA-middelen.

Transformatieplan RIGA 2025-2027
Daarnaast is in 2024-2025 voor de uitvoering van het RIGA een transformatieplan opgewerkt en ingediend door alle RIGA-partners om beroep te kunnen doen op het grote budget aan transformatiemiddelen van het Rijk. Het plan is voor het grootste gedeelte gericht op de zorg vallende onder de Zorgverzekeringswet (hierna Zvw) omdat daar de transformatiemiddelen primair voor zijn bedoeld. Vereiste voor dit plan is dat resultaten in 2027 aantoonbaar behaald worden. Dat is moeilijker voor interventies in het sociaal domein. Het is echter de WSD-regio gelukt om een breed transformatieplan in te dienen, inclusief interventies en middelen voor het sociaal domein.

De businesscases van de interventies laten in totaal een reductie in fte/kosten zien voor de Zvw en de Wet langdurige zorg (hierna Wlz). Ook binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna Wmo) is een reductie te zien. Op het gebied van welzijn (sociale basis) is er een toename van de fte/kosten te zien. Wmo en Welzijn tezamen leveren echter nog steeds een reductie op. Dit resultaat is al te zien in 2027 en loopt, bij voortzetting van het programma, door.

Op 16 juli 2025 keurden zorgverzekeraars DSW en Zilveren Kruis het Transformatieplan RIGA 2025-2027 goed. Dit betekent dat het budget dat nodig is om het plan te realiseren, gereserveerd is voor onze regio. Ons regionale Transformatieplan behelst in totaal een bedrag van € 50.955.313, waarvan het grootste deel bestemd is voor zorgorganisaties. Binnen dit bedrag is voor het sociaal domein (gemeenten en welzijnsorganisaties) 12 miljoen euro beschikbaar waarvan ruim 6,5 miljoen voor de DWO-gemeenten.

Transformatiemiddelen RIGA

Zorgaanbieders ontvangen zogenoemde IZA-Transformatiemiddelen via de zorgverzekeraars. Voor gemeenten is het niet mogelijk om gelden via een zorgverzekeraar te ontvangen, en worden middelen via een specifieke uitkering (SPUK) beschikt: SPUK-Transformatiemiddelen. Zorgpartijen financieren de interventies zelf voor en ontvangen hun middelen bij het behalen van de KPI's zoals geformuleerd in het transformatieplan. Voor de middelen voor het sociaal domein is dit niet het geval. Deze worden jaarlijks op voorhand verstrekt en moeten achteraf worden verantwoord.

Eén gemeente kon dit namens de anderen aanvragen en fungeert als kassier. Gemeente Westland is als penvoerder door de andere gemeenten gemandateerd om deze SPUK-Transformatiemiddelen aan te vragen, te ontvangen en te verdelen over de 8 gemeenten. Deze verdeling over de 8 gemeenten gebeurt op basis van de, vanuit het plan, verwachte inzet. De andere gemeenten zijn aangemerkt als medeoverheid en verantwoorden zelf hun deel van de SPUK via de SiSa.
Omdat in 2025 de SPUK laat, eind augustus, beschikbaar kwam, blijft er dit jaar geld over. Deze middelen blijven beschikbaar voor de komende 2 jaren.
In de bijlage 1B vindt u ook de Managementsamenvatting van het Transformatieplan.

Governance

Het RIGA is in 2023 gestart met het ondertekenen van een gezamenlijke missie: ***'we realiseren in de WSD-regio een omgeving waarin de inwoner prettig en gezond kan leven, waarin de verschillende domeinen elkaar versterken en waarin zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn wanneer nodig.'*** Om richting en kaders te geven om de missie te realiseren is een eenvoudige governance-structuur opgesteld, waarbij de bestuurlijke aansturing van het programma in handen is van het Bestuurlijk Kernteam. De uitvoering ligt bij het Programmabureau. Daarbij waren de medewerkers van het Programmabureau voorlopig in dienst gekomen van DSW. Eind 2024 heeft DSW aangegeven dat dit gedelegeerd werkgeverschap geen houdbare situatie is omdat deze een dubbelrol met zich meebrengt die onwenselijk is. Om zorg te dragen voor goed werkgeverschap en ook continuïteit en flexibiliteit te creëren is ervoor gekozen om het Programmabureau onder te brengen in een stichting. De Stichting RIGA is eind 2025 opgericht.

Het aantal partners dat samenwerkt in het RIGA, gezamenlijk de RIGA-alliantie, is sinds de start gegroeid. Tot nu toe waren er echter geen formele afspraken vastgelegd voor de samenwerking. Aangezien de transformatie om langere samenwerking vraagt dan een paar jaar en om ook de verbinding te houden met de stichting RIGA, is een samenwerkingsovereenkomst opgesteld die in januari/februari 2026 door de deelnemende partijen wordt ondertekend.

Landelijke akkoorden
Vanaf 2023 hebben gemeenten, zorgverzekeraars en zorg- en welzijnspartijen intensief samengewerkt aan het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Deze akkoorden beogen een integrale aanpak van gezondheid en zorg, met een duidelijke beweging van zorg naar preventie en het versterken van samenwerking over domeinen heen. In aanvulling/vervolg hierop is deze zomer het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) ondertekend. In november 2025 is de Algemene Ledenvergadering van de VNG akkoord gegaan met deelname aan het AZWA. Het doel van het AZWA is de koers van het IZA en GALA integraal voort te zetten en te intensiveren.

Het AZWA richt zich op versterking van de samenwerking tussen sociaal domein, publieke gezondheid en zorg, met een nadruk op preventie, eigen regie voor inwoners en het realiseren van basisfunctionaliteiten. In het AZWA staan vijf hoofdstukken, die 'blokken' worden genoemd. Per blok is een doelstelling geformuleerd en worden afspraken genoemd om aan die doelstelling te werken.

De blokken hebben ook weer subonderdelen. De blokken zijn:
A & B. Afwenden prognose onbeheersbaar arbeidsmarkttekort: Maximaal 20% administratietijd; de juiste inzet van medewerkers en vergroten vakmanschap.
C. Gelijkwaardigere toegang tot zorg: Gelijkwaardigere toegang tot zorg tussen met name hoger opgeleiden die de weg beter kennen en mensen voor wie dat lastiger is.
D. Beweging naar de voorkant: Zorgvragers eerder en beter helpen (van 3e lijn tot in het sociaal domein) zodat ze minder snel een medische zorgvraag krijgen.
E. Passende zorg: Zorgmedewerkers inzetten op de meest effectieve zorg voor de meest urgente patiënten.

Voor gemeenten (sociaal domein) is vooral blok D relevant, in het bijzonder de afspraken in D5 en D6. ***D5 stelt tot doel: 'We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak van (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein'***. Het gaat hierbij over de implementatie van basisfunctionaliteiten rondom onder andere sociaal verwijzen, valpreventie, overgewicht bij volwassenen en laagdrempelige steunpunten voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

In D6 staat: ***'In het sociaal domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten'***. Hier gaat het over de organisatie van de basisvoorzieningen in de wijken en gemeenten die nodig is voor het uitvoeren van de basisfunctionaliteiten uit D5, zoals een herkenbaar aanbod aan inloopvoorzieningen sociaal en gezond (0-100) en het versterken van lokale teams ten dienste van de eerste lijn en publieke gezondheid en coördinatie op de uitvoering.

Naast het AZWA is in juni het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) gepubliceerd en in november ondertekend. Hierin worden afspraken gemaakt om ook binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) de toegankelijkheid van de ouderenzorg te waarborgen, onder andere via inzet op respijtzorg en mantelzorgondersteuning.

Het zo lang mogelijk mee blijven doen in de samenleving, behoud van eigen regie en goede medewerkers in de zorg zijn belangrijke ingrediënten. Maar ook het stimuleren van zorgzame buurten, de inzet van AI in de zorg, het beschikbaar blijven van verpleeghuizen als het thuis echt niet meer gaat en ondersteuning van hulp door naasten komen erin naar voren. Het HLO is tegelijkertijd met het AZWA ondertekend.

De landelijke akkoorden sluiten aan bij de beweging die in de WSD-regio met het RIGA is ingezet en zullen dus niet leiden tot grote koerswijzigingen.

Bijlagen:
1B Managementsamenvatting Transformatieplan RIGA