

Transformatieplan

Samen in Gezondheid

concept



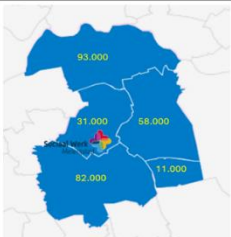
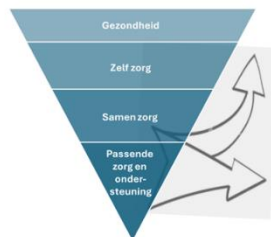
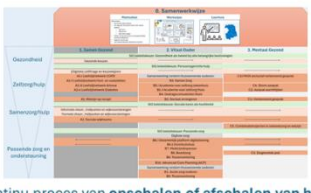
‘Samen doen’

10 april 2025

Inhoud

0. SAMENVATTING	3
1. IZA EN HET REGIOPLAN	6
2. SAMEN IN GEZONDHEID (SIG).....	9
3. ZORGGEBRUIK EN ARBEIDSTEKORT IN MAAT EN GETAL.....	11
4. DE SAMENWERKWIJZE©.....	14
5. INZETTEN OP INTERVENTIES DIE HET VERSCHIL MAKEN	17
6. TRANSFORMATIE BEGROTING	23
7. BEREKENDE IMPACT VAN DE INTERVENTIES	26
8. BUSINESSCASE.....	28
9. KPI'S EN UITBETALING	29
10. RANDVOORWAARDEN VOOR DE INDIENING	33
11. RANDVOORWAARDEN VOOR DE UITVOERING	35
12. RANDVOORWAARDEN VOOR DE VERDUURZAMING	38
13. COMMUNICEREN EN LEREN TRANSFORMEREN	40
BIJLAGE A. INTERVENTIES SAMEN GEZOND	42
BIJLAGE B. INTERVENTIES VITAAL OUDER	42
BIJLAGE C. INTERVENTIES MENTAAL GEZOND	42
BIJLAGE D. SAMENWERKWIJZE.....	42
BIJLAGE E. RANDVOORWAARDEN	42
BIJLAGE F. IMPACTTABELLEN EN IMPACTBEREKENINGEN	42
BIJLAGE G. KPI OVERZICHT	42
BIJLAGE H. COMMUNICATIEPLAN	42
BIJLAGE I. VISUALISATIE IMPACTBOMEN	42

0. Samenvatting

1. Circa 285.000 inwoners in de regio Samen in Gezondheid (SiG) 	2. Waarvan de meesten in gezondheid leven, maar jaarlijks ook een deel met een hulp- of zorgvraag bij instellingen in de regio komt 	3. Samen met de inwoner zetten we in op positief gezond leven en zoeken we multidisciplinair en holistisch naar de best passende eigen inzet, hulp of zorg, wanneer dat nodig is 
4. We zetten bewust in op een positief gezond leven. Een deel van de hulp of zorg wordt passend bij de vraag afgebogen (naar een ander aanbod) 	5. We innoveren in het gezamenlijke netwerk, als ware we één team, het aanbod en/of breiden dat uit op basis van de vraag naar passende hulp of zorg  Continu proces van opschalen of afschalen van het bestaande aanbod en innoveren om het aanbod steeds weer aan te laten sluiten bij de vraag	6. En dragen bij aan de houdbaarheid van onze samenleving door de juiste zorg/hulp op de juiste plaats door de juiste hulp/zorgverlener 

We investeren in de periode 2024-2027 € 41 mln voor de gezondheid van onze inwoners. Dat doen we samen met inwoners en op basis van een gezamenlijke visie en ambitie binnen SiG. Daarmee realiseren we in de komende jaren een impact op de kosten zorg en welzijn van € 103 mln

1. Faciliteren van gezondheid van inwoners

De missie van Samen in Gezondheid is het faciliteren van gezondheid van ongeveer 285.000 inwoners in de regio waarbij inwoners zich verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van hun eigen leven en die van hun medemens en directe leefomgeving

2. Transformatieplan met een positieve businesscase

We investeren in de periode 2024-2027 ongeveer € 41 mln voor de gezondheid van onze inwoners (waarvan €22 mln. transformatiemiddelen IZA en €19 mln. SPUK transformatiemiddelen). Daarmee realiseren we tm 2027 een impact op de kosten zorg en welzijn van € 103 mln (waarvan € 43 mln. binnen de ZvW). In de periode t/m 2027 verlagen we door de transformatie het arbeidstekort met 587 fte waarvan 256 fte binnen de ZvW.

3. Transformatie als antwoord op prioritaire opgaven

Demografische, technologische en maatschappelijke ontwikkelingen zullen in de komende jaren bij ongewijzigd beleid leiden tot een verdere stijging van het aantal hulp- en zorgvragen door inwoners. Krapte op de arbeidsmarkt nu en in de toekomst resulteert in een oplopende spanning tussen vraag en aanbod. In de arbeidsmarktprognose zorg en welzijn wordt het oplopende arbeidstekort in zorg en welzijn in de SiG regio ingeschat op 1.500 fte in 2030 bij ongewijzigd beleid (hoofdstuk 1-3). Dat is niet houdbaar!

Dit vraagt om een fundamentele transformatie waarbij naast focus op zorg óók aandacht voor gezondheid, zelfzorg en samenzorg is. Het realiseren van gezonde gemeenschappen moet bijdragen aan oplossingen voor de grote uitdagingen in de regio. Dit vraagt van de organisaties, de professionals en de

inwoners dat zij hier gezamenlijk de schouders onder zetten.

4. IZA als kans

Het Integraal Zorgakkoord (hierna: 'IZA') biedt de regio de mogelijkheid om de transformatie naar toekomstbestendige zorg in te zetten. Coalitiepartners binnen SiG werken de visie en ambitie uit in dit integraal transformatieplan voor zorg en welzijn.

5. Inwoner startpunt bij alles wat we doen

We ontwikkelen mensgericht. Samen met en vanuit het perspectief van inwoners. Met inwoners werken we aan gezonde gemeenschappen. Dit maakt dat inwoners in staat zijn om veel ondersteuningsvragen zelf op te lossen én te voorkomen dat dit onnodige zorgvragen worden. Tegelijkertijd werken we met elkaar aan passende zorg zodat we zeker weten dat wanneer er een zorgvraag ontstaat er ook daadwerkelijk een passend antwoord is. Door samen in te zetten op gezonde gemeenschappen creëren we een stevig gezondheidszorgsysteem dat de uitdagingen van de toekomst aan kan.

In dit transformatieplan is de inwoner bij alles wat we doen het startpunt. Dat is geen loze kreet. We geven dat inhoud door de Samenwerkwijze in de gehele SiG regio als gezamenlijke werkwijze in te zetten (hoofdstuk 4). De essentie van de [Samenwerkwijze](#) is blijven luisteren naar de vraag van de inwoner. Het doel is duurzame oplossingen voor de inwoner. Het is een praktische werkwijze waarbij inwoners samen met hun eigen netwerk en met beroepskrachten oplossingen vinden voor hulpvragen (hoofdstuk 4 en bijlage D). De integraliteit waarbij organisaties, professionals en inwoners samen optrekken wordt hiermee vorm gegeven. Dat op zichzelf is een cultuurverandering passend bij de prioritaire opgaven.

Met de Samenwerkwijze als gezamenlijke taal in de regio zetten we in op:

1. (Positieve) Gezondheid;

2. Zelfzorg en samenzorg: de mate waarin inwoners in staat zijn zelf antwoorden te vinden op hun eigen hulp- en zorgvragen, alleen of samen met anderen;
3. Passende zorg en ondersteuning wanneer dat nodig is.

6. Vier beleidsuitgangspunten en drie inhoudelijke lijnen

We doen dat vanuit een viertal SiG beleidsuitgangspunten:

1. Gezondheid als beleid bij alle belangrijke beleidsbeslissingen (*health in all policies*).
2. Persoonsgerichte zorg/hulp passend bij de vraag van de inwoner.
3. De sociale basis als hoofdveld.
4. Passende zorg in één keer goed.

We passen dit beleid toe op drie inhoudelijke lijnen: **Samen Gezond**, **Vitaal Ouder** en **Mentaal Gezond**. Voor de periode 2025-2027 gebruiken we de IZA- en SPUK transformatiemiddelen om binnen deze lijnen te innoveren en op een aantal **interventies** te verbreden en te versnellen (hoofdstuk 5). Daarbij zetten we in op een cultuur van anders denken en anders doen, werkend vanuit de vraag én kracht van de inwoner en de gemeenschap.

7. Impact, begroting en businesscase

De interventies zijn gekozen omdat we daar **samen meer impact** maken **dan alleen**. In de bijlagen A-C is per lijn en per interventie uitgewerkt waarom gekozen is voor een interventie, wat de verwachte impact is, welke mensen en middelen we daarvoor inzetten in de komende periode en wat dan de businesscase is. In hoofdstuk 6-9 (en bijlage F-H) is het integrale resultaat weergegeven (totale begroting, impact en businesscase) waarvan de uitkomsten hiervoor in paragraaf 2 zijn samengevat.

8. Randvoorwaarden

Realisatie van het transformatieplan stelt eisen aan de SiG coalitie en heeft gevolgen

voor individuele coalitiepartners. De coalitiepartners onderkennen vier randvoorwaarden die van belang zijn voor een duurzame samenwerking: **inwonerparticipatie, governance, financiering, en monitoring & data.** Met de coalitiepartijen is bepaald hoe deze randvoorwaarden bij indiening van het plan, bij de uitvoering van het plan en voor de langere termijn ingevuld (gaan) worden (hoofdstuk 10-12 en bijlage E).

9. Communicatie

Communicatie is cruciaal bij transformeren. De veranderingen die plaats vinden, vragen veel van alle betrokkenen. In hoofdstuk 13 wordt ingegaan op de korte termijn

communicatie (informerende, invloeden en draagvlak). Voor de uitvoering ligt er een communicatieplan op hoofdlijnen (bijlage I).

Transformeren is meer dan alleen het implementeren van een aantal belangrijke interventies. Het is een lerend proces dat niet stopt na 2027. Dat we met elkaar moeten vormgeven zodat we naar de toekomst toe een duurzaam gezondheidszorgsysteem organiseren. Waarbinnen gezonde gemeenschappen zich kunnen ontwikkelen én de zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. De transformatie binnen SiG zal zich samen met inwoners in de komende jaren voltrekken langs de lijnen van dit lerend systeem.

beschikbaarheid is in de vervolgzorg (zoals thuiszorg of verpleeghuisplaatsen).

Daarnaast wijst het regiobeeld op een verwachte grotere krapte op de arbeidsmarkt in de zorgsector dan landelijk het geval is. Het huidige personeelstekort in de zorgsector neemt naar verwachting alleen maar toe, doordat veel zorgprofessionals met pensioen gaan en de instroom van nieuwe medewerkers onvoldoende is om de groeiende vraag bij te houden. Dit tekort is het meest acuut in de verpleging en verzorging, maar ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), worden aanzienlijke tekorten verwacht.

De combinatie van een toenemende zorgvraag en een afnemend zorgaanbod zet de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de regio onder grote druk. Hoewel de kosten per verzekerde in veel gemeenten in Noordoost Brabant lager liggen dan het landelijk gemiddelde, maken de verdere vergrijzing en de groeiende zorgvraag het een uitdaging om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden.

1.3 Regioplan met zes prioritaire opgaven

Naar aanleiding van de knelpunten die uit het regiobeeld naar voren komen, zijn in het regioplan zes prioritaire opgaven geformuleerd. Deze opgaven richten zich op het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg, met bijzondere aandacht voor de kwetsbare groepen in de samenleving en het optimaliseren van de doorstroom in de zorgketen. Samen zijn we verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat iedereen die zorg nodig heeft, hierop kan blijven rekenen. Ongeacht de toenemende uitdagingen in de zorgsector.

De zes prioritaire opgaven voor de regio zijn:

1.3.1 Cultuurverandering

De analyse uit het regiobeeld maakt duidelijk dat we niet op dezelfde manier kunnen doorgaan. In de komende jaren moeten inwoners en zorgorganisaties - samen met het sociaal domein - zich bezinnen hoe het anders kan en anders moet. Dat is zowel een

gezamenlijke als een individuele verantwoordelijkheid.

1.3.2 Veranderde zorgvraag

De zorgvraag van ouderen en mensen met een stapeling van problemen neemt toe én verandert. Het ouder worden gaat vaak gepaard met chronische ziekten en ouderdom gerelateerde aandoeningen, waardoor de vraag naar zorg complexer wordt. Daarnaast is er een zorgwekkende toename van mentale problemen bij jongeren, de doelgroep van 18 tot 30 jaar. Dit leidt tot een hogere zorgvraag en een verergerend personeelstekort. Dat zien we nu al terug in de wachttijden voor de GGZ. De focus ligt op het 'terugdringen' van deze groeiende en veranderende zorgvraag, zodat benodigde zorg en ondersteuning toegankelijk blijft.

1.3.3 Verminderen krapte op arbeidsmarkt

De zorg- en welzijnssector kampt met personeelstekorten. Deze nemen naar verwachting verder toe, waardoor de druk op de zorg vergroot. Dit betekent dat de zorg zoals inwoners die de afgelopen decennia gewend waren, niet meer vanzelfsprekend is. Natuurlijk leiden we nieuwe mensen op en doen we er alles aan om medewerkers enthousiast te houden en te behouden voor hun vak. We moeten echter ook in de samenwerking tussen zorgorganisaties en tussen zorg en welzijn zoeken naar innovatieve werkwijzen en inzetten op passende zorg en hulpverlening.

1.3.4 Verbeteren van doorstroom in de keten

De wachttijden voor vervolgzorg in de thuiszorg, tijdelijk verblijf of Wlz-opname nemen toe, waardoor ziekenhuisbedden te lang bezet blijven zonder medische noodzaak. Ook de wachttijden in de GGZ lopen op. We zetten in op het terugdringen van wachttijden tot onder de treek- of wachttijdnorm, zodat inwoners sneller de juiste vervolgzorg krijgen.

1.3.5 Gezondheidsverschillen

Inwoners met een lage Sociaal Economische Status (SES) hebben aantoonbaar vaker een slechtere fysieke en mentale gezondheid en

een lagere levensverwachting (gemiddeld 7 jaar korter). De impact van gezondheidsverschillen op de samenleving is groot. In lijn met het regioplan richt de inzet zich op maatregelen die bijdragen aan het verkleinen van de zorgkloof.

1.3.6 Meten en monitoren van impact

Het is van belang dat we de afspraken en inzet op de regionale overleggen op een objectieve en transparante manier monitoren. Door de impact van de inspanningen te meten, kunnen we beter bijsturen op de gestelde doelen.

1.4 SiG netwerkpartners staan samen voor de prioritaire opgaven

In dit transformatieplan formuleren we oplossingen voor de prioritaire opgaven zodat inwoners in de SiG-regio nu en in de toekomst passende zorg kunnen krijgen wanneer dat echt nodig is. Daarvoor werken we in de regio samen met de inwoner en zijn omgeving in netwerken die de grenzen slechten tussen zorg en welzijn, als ware we één team.

2. Samen in Gezondheid (SiG)



Bestuurlijke coalitie
Samen in Gezondheid

Missie

Wij faciliteren gezond gedrag van inwoners in de regio, waarbij ze zich verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van hun eigen leven en die van hun medemens en de directe leefomgeving

Ambitie

Voldoe aan de groeiende zorgvraag met dezelfde omvang van personeel. Ga uit van de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste persoon, op het juiste moment. Daarmee dragen we bij aan de zes prioritaire opgaven van Noordoost-Brabant.



Zorg, sociaal werk, gemeenten en zorgverzekeraars werken samen met inwoners aan gezonde gemeenschappen en daarmee een gezonde regio

2.1 Samen in Gezondheid

Om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden voor inwoners in de SiG-regio is regionale samenwerking tussen de verschillende domeinen nodig. Binnen SiG geven zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars samen vorm aan deze samenwerking en werken zij samen aan de transformatie gericht op gezonde gemeenschappen.

2.2 Netwerkpartners binnen SiG

Binnen SiG werken de volgende partijen samen: HUMO (huisartsen), Bernhoven, VVT-organisaties (BrabantZorg, Laverhof, Pantein, Interzorg en Breederzorg), GGZ Oost-Brabant, GGD Hart voor Brabant, BrabantFarma, Lentl, Sociaal Werk Meierijstad, Ons Welzijn, gemeenten (Oss-Maashorst-Meierijstad-Bernheze en Boekel) en zorgverzekeraars VGZ en CZ. SiG zet zich in voor alle ongeveer 285.000 inwoners in deze gemeenten.

De verschillende zorgpartijen die deelnemen binnen Samen in Zorg (Hierna: 'SiZ') werken al meer dan 10 jaar nauw samen aan een gezamenlijke ambitie: 'toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige, integrale en betaalbare zorg en ondersteuning, die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van bewoners in Oss, Maashorst, Meierijstad, Bernheze en Boekel'. Begin 2023 is de bestuurlijke netwerksamenwerking van SiZ uitgebreid met welzijnsorganisaties, gemeenten, GGD en zorgverzekeraars tot Samen in Gezondheid (SiG).

SiG is hét samenwerkingsverband om de gezamenlijke ambitie te verwezenlijken, als netwerk te innoveren en daarmee samen impactvolle transformaties -zoals in het Integraal Zorg Akkoord bedoeld- te realiseren.

2.3 Missie SiG

De missie van SiG is het faciliteren van gezondheid van inwoners in de regio waarbij ze zich verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van hun eigen leven en die van hun

medemens en directe leefomgeving. SiG zet zich in voor zelfredzaamheid en preventie. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat inwoners er voor elkaar zijn en naar elkaar om kijken. De solidariteit en ‘het samen zorgen met elkaar’ is nog onderdeel van het DNA van deze regio.

Op veel plekken is er een sterke gemeenschapszin. Als SiG ondersteunen en omarmen we deze kracht en zetten die in om de noodzakelijke transitie tot stand te brengen. Inwoners kunnen met partijen vanuit het sociaal domein en de zorg, de hulpverlening en zorg anders organiseren. Daar waar ondersteuning of zorg nodig is, is deze goed op elkaar afgestemd (met korte lijnen tussen het formele en informele netwerk). Ondersteuning en zorg is toegankelijk en wordt efficiënt en volgens de kwaliteitsnormen geleverd.

2.4 Ambitie SiG

De ambitie van SiG is om met dezelfde omvang van personeel te kunnen voldoen aan de groeiende zorgvraag. De juiste zorg en ondersteuning, op de juiste plaats, door de juiste persoon op het juiste moment is daarbij het uitgangspunt.

Eigen regie en zelfredzaamheid van de inwoner, wanneer mogelijk met ondersteuning van het eigen netwerk en de juiste ondersteuning vanuit mantelzorg is een belangrijke voorwaarde. Gezond leven en preventie is de basis van onze aanpak.

2.5 Samenwerkwijze als leidend principe in de SiG-regio

In alles wat we doen staat de behoefte van de inwoner centraal. Dit realiseren we door de Samenwerkwijze als leidend principe te implementeren in de gehele regio.

2.6 Transformatie-aanvraag IZA Transformatieplan

In lijn met de ambitie van SiG en de doelstellingen van het IZA stelt SiG dit transformatieplan op dat in de hoofdstukken hierna wordt uitgewerkt.

Snelle toets

Voorafgaande aan dit transformatieplan is op 21-03-2024 de snelle toets goedgekeurd. In dit transformatieplan worden de contouren van de transformatie zoals opgenomen in de snelle toets verder uitgewerkt.

3. Zorggebruik en arbeidstekort in maat en getal



Het transformatieplan formuleert een antwoord op de stijgende vraag naar zorg en ondersteuning in de regio en dempt ook het arbeidstekort

3.1 Stijging van de zorgvraag en hulpvraag

De analyse van het regiobeeld toont dat in de periode tot 2030 de zorgvraag in alle sectoren stijgt.

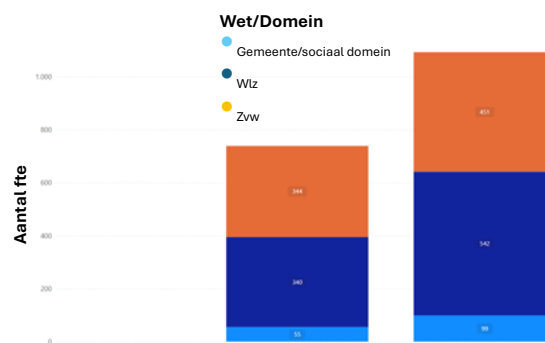
De grootste groei verwachten we in de **VVT (bijna een verdubbeling van het aantal cliënten/patiënten)**. Maar ook het aantal consulten bij huisartsen, het aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in ziekenhuizen, het aantal contacten in de basis en specialistische GGZ (met en zonder verblijf) en in de gehandicaptenzorg stijgt in de periode tot 2030 **met percentages tussen de 5 en 20% op** basis van de cijfers in het regioplan.

In de periode tot 2030 verwachten we in het sociaal domein een stijging binnen de jeugdzorg van 3-5%. Voor arrangementen Wmo wordt geen prognose afgegeven. Wel zullen we zien dat een deel van de maatregelen die we nemen in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg om zorg te voorkomen, vraagt om extra inzet binnen het sociaal domein. Dat is de kern van onze integrale aanpak.

3.2 Personele inzet stijgt mee

De verwachte groei van de zorgvraag in de komende jaren heeft ook gevolgen voor de inzet van personeel. In 2024 was er in de subregio een tekort aan medewerkers in zorg en welzijn van 739 fte (op basis van de arbeidsmarktprognose Zorg en Welzijn).

Wanneer we geen maatregelen nemen, stijgt dit tekort tot **1.093 fte** in 2027 en verder door naar **1.542 fte** in 2029 (figuur boven).



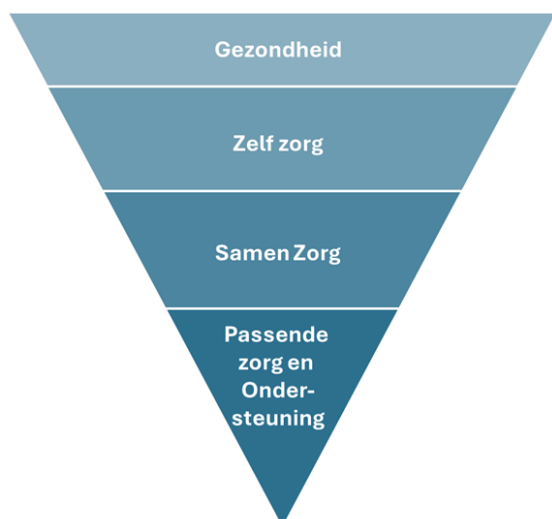
Figuur 1 Personele tekorten in zorg en welzijn 2024/27

Uitgesplitst naar sector ontstaat tm 2027 een tekort in de langdurige zorg van 543 fte, binnen de zorgverzekeringswet van 451 fte en binnen gemeenten is dit 99 fte (figuur 1).

3.3 Transformatie gericht op dempen van zorg- en hulpgebruik en afremmen van de groeiende inzet van personeel

De transformatie in de SiG-regio moet een antwoord geven op de stijgende zorg- en hulpvraag en de personele tekorten die daarvoor ontstaan.

Dat betekent dat de transformatie moet leiden tot een vermindering van die oorzaken (drivers) die van invloed zijn op de zorg- en hulpvraag (prioritaire opgave **veranderende zorgvraag en tekorten op de arbeidsmarkt**).



Figuur 2. Transformatie piramide SiG

Binnen SiG vertalen we dat naar inzet op:

1. (Positieve) Gezondheid;
2. Zelfzorg en samen zorg: de mate waarin inwoners in staat zijn zelf antwoorden te vinden op hun eigen hulp- en zorgvragen, alleen of samen met anderen;
3. Passende zorg en ondersteuning wanneer dat nodig is.

3.4 Impact bepalen van de maatregelen

Alle maatregelen bij elkaar moeten er uiteindelijk toe leiden dat het zorggebruik en de driers die verantwoordelijk zijn voor de inzet

van medewerkers in de zorg verminderen. Maatregelen die we opnemen in het transformatieplan beoordelen we dan ook op de impact op het aantal:

Driver
Ondersteunings- en begeleidingsuren individueel en collectief
Consulten
Verblijfs- en verpleegdagen
Behandelingen

En daarmee indirect op de **demping van het aantal fte arbeidstekort**.

3.5 Drie lijnen waarlangs we de transformatie vormgeven

De transformatie geven we vorm langs drie inhoudelijke lijnen. Daarbij zetten we in op een cultuur van anders denken en anders doen, werkend vanuit de vraag én kracht van de inwoner, door het concept van de **Samenwerkwijze©**. Dit concept, dat zich bewijst in de wijk Ruwaard, breiden we uit naar de gehele regio (prioritaire opgave **cultuurverandering**). Zie ook hoofdstuk 4.

Met de '©' achter Samenwerkwijze© bedoelen we dat er achter het begrip samenwerkwijze een uitgewerkte en bewezen methodiek zit die uniform in de SiG-regio wordt gehanteerd en/of doorontwikkeld via het Leerhuis. Hierna gebruiken we de term zonder '©'.

Lijn A Samen Gezond

We zetten in op **Gezondheid van alle inwoners** met extra aandacht voor die groepen waar de gezondheid achterblijft (paragraaf 5.1 en 5.2).

Specifiek kijken we voor de transformatie naar die groepen waar de inzet van hulp en zorg groot is en in de komende jaren verder zal stijgen zonder extra maatregelen (prioritaire opgave **gezondheidsverschillen**).

Lijn B Vitaal oud worden

We zetten in op inwoners die zoveel als mogelijk zelf de verantwoordelijkheid nemen

om vitaal oud te worden (paragraaf 5.3). Wanneer er in de loop van de jaren toch een hulpvraag ontstaat, creëren we samen een omgeving waarin inwoners, wanneer mogelijk, zelf hun vraag kunnen oplossen. Of we onderzoeken samen met de inwoner waar passende hulp of zorg voorhanden is. We gebruiken slimme oplossingen en digitale technieken waarmee inwoners zo lang als wenselijk in de eigen omgeving kunnen blijven wonen of zelfstandig kunnen blijven functioneren (prioritaire opgave **cultuurverandering, veranderende zorgvraag en tekorten op de arbeidsmarkt en gezondheidsverschillen**).

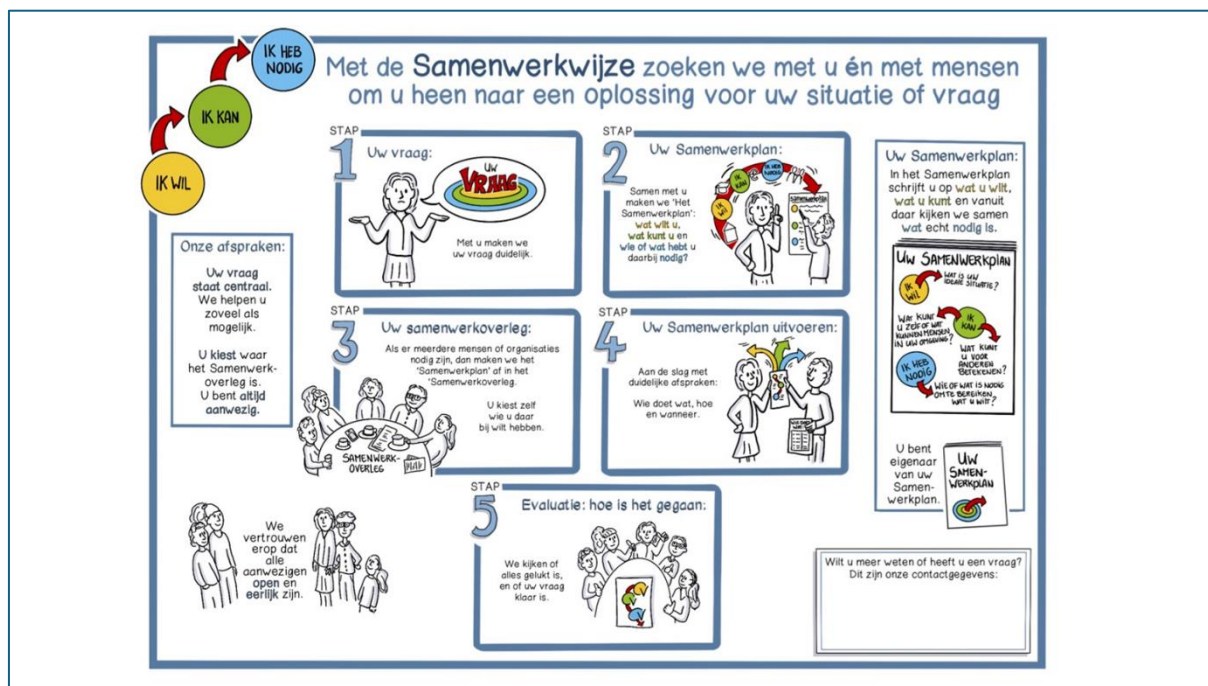
Lijn C Mentaal Gezond

We zetten in op mentale gezondheid. Dat start al bij jongeren (paragraaf 5.4).

We werken samen in het mentale gezondheidsnetwerk om inwoners die dat nodig hebben van passende hulp en zorg te voorzien. (prioritaire opgave **cultuurverandering, veranderende zorgvraag en tekorten op de arbeidsmarkt en gezondheidsverschillen**).

In de hoofdstukken hierna werken we de Samenwerkwijze en de voornoemde drie lijnen uit. Ook berekenen we de impact die de transformatie heeft op het zorggebruik en de inzet van medewerkers binnen de lijnen (Bijlage A-D).

4. De Samenwerkwijze©



‘Wat wil ik? Wat kan ik? Wat heb ik nodig?’ De antwoorden op deze vragen geven richting aan onze innovatie en ons hulp- en zorgaanbod

4.1 Essentie Samenwerkwijze

De essentie van de [Samenwerkwijze](#) is blijven luisteren naar de vraag van de inwoner. Het is een praktische werkwijze waarbij inwoners samen met het eigen netwerk en met beroepskrachten oplossingen vinden voor hulpvragen.

Oplossingsgerichte benadering

De wens en behoefte van de inwoner staan centraal. Samen worden kleine, haalbare stappen gezet. Beroepskrachten stellen open vragen, stimuleren zelfregie en laten zoveel mogelijk beslissingen bij de inwoner. Verschillende expertises werken samen om duurzame oplossingen te vinden. Hierbij zijn de **sociale wijkteams** een belangrijke spil om de behoeften van de inwoner te vertalen naar een passende oplossing.

Integrale, krachtgerichte benadering

De inwoner wordt als geheel gezien, waarbij niet alleen de hulpvraag, maar ook alle leefgebieden en mogelijkheden van de inwoner in het gesprek worden meegenomen. Het

versterken van de eigen kracht draagt bij aan de regie van de inwoner.

Werken vanuit de bedoeling

Het doel is duurzame oplossingen voor de inwoner. Daarvoor hebben beroepskrachten handelingsruimte nodig en dienen organisaties gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen, zelfs als dit buiten bestaand aanbod valt.

Werken in de natuurlijke omgeving van de inwoner

Het Samenwerkoverleg vindt plaats in de directe omgeving van de inwoner, vaak thuis, wat de eigen regie bevordert.

Kijken naar maatschappelijk rendement

Het gaat om het welbevinden van de inwoner en de maatschappelijke kosten voor en na de oplossing. Er wordt een gedegen afweging gemaakt voor de meest passende oplossing, rekening houdend met maatschappelijke kosten en wet- en regelgeving.

4.2 Werkwijze op website Leerhuis

De Samenwerkwijze omvat **werken vanuit de juiste grondhouding, vijf principes, vijf stappen, gebiedsgericht samenwerken en actie leren**. Deze werkwijze is terug te vinden op de website van het [Leerhuis](#).

4.3 We implementeren de Samenwerkwijze in de hele SiG-regio

Het Leerhuis zetten we in de komende jaren in om de Samenwerkwijze in de gehele SiG-regio gebiedsgericht te implementeren.

Daarvoor gaan we drie dingen doen:

1. We vullen de rollen in die horen bij de Samenwerkwijze.
2. We leiden mensen op die werkzaam zijn binnen zorg-, welzijnsorganisaties en gemeenten in de SiG-regio.
3. We introduceren/communiceren de Samenwerkwijze bij/met inwoners.

1. Invullen rollen

Voor een succesvolle implementatie is het essentieel dat iedere organisatie en/of werkgebied de volgende rollen invult. Dit zijn geen nieuwe functies, maar rollen en taken die (tijdelijk) worden opgenomen binnen bestaande functies:

- Ambassadeur per organisatie
- Casusregisseur
- Deelnemers samenwerkoverleg
- Gebiedsaanjager
- Kwartiermaker

2. Opleiden binnen organisaties

We leiden professionals op in de methodiek van de Samenwerkwijze binnen alle zorg-, welzijnsorganisaties en gemeenten die werkzaam zijn binnen de SiG-regio.

3. Communiceren

We zetten onze gezamenlijke communicatiekanalen in om inwoners te informeren over de Samenwerkwijze. We zoeken hier steeds naar de verbinding met gelijke initiatieven in

de regio Noord Oost Brabant en Bomme-
lerwaard (RNOBB).

4.4 Samenwerkoverleg

Het **Samenwerkoverleg** is een essentieel onderdeel van de werkwijze en richt zich op het efficiënt en effectief aanpakken van (complexe) hulpvragen. Het overleg brengt professionals vanuit verschillende disciplines en organisaties samen om met de inwoner oplossingen te zoeken die aansluiten bij de behoeften van de inwoner. De focus ligt hierbij op samenwerking en maatwerk. Hierbij maken we gebruik van praktische tools zoals het **Leefstijlnetwerk**, de **Sociale kaart** en **Wijzer GGZ**, die professionals en inwoners helpen bij het vinden van passende hulp, zorg of ondersteuning.

Het Samenwerkoverleg heeft als doel:

1. **Integraal kijken naar de hulpvraag:** vragen van inwoners dat iedere organisatie en/of werkgebied de volgende rollen invult.
2. **Efficiëntie verhogen:** door directe afstemming tussen professionals voorkomen we onnodige doorverwijzingen en wachttijden.
3. **Maatwerk bieden:** we creëren een oplossing die past bij de situatie van de inwoner.
4. **Kennis en inzichten delen:** professionals leren van elkaars expertise en ervaringen, wat bijdraagt aan betere resultaten voor de inwoner.

Het uiteindelijke doel is dat we voor iedere inwoner met een hulpvraag werken vanuit een brede vraagverheldering, waarin alle levensdomeinen in ogenschouw genomen worden (de basis van de Samenwerkwijze). Waar nodig plannen we een samenwerkoverleg om tot een oplossing te komen.

Interventies gekoppeld aan het samenwerkoverleg

Op de korte termijn zijn er in ieder geval drie concreet omschreven interventies die geschikt zijn (voor een specialisme) van het

samenwerkoverleg (en waarvoor een bekostigingstitel voorligt). Deze implementeren we in de komende periode in de volle breedte en schalen we op. Dit zijn:

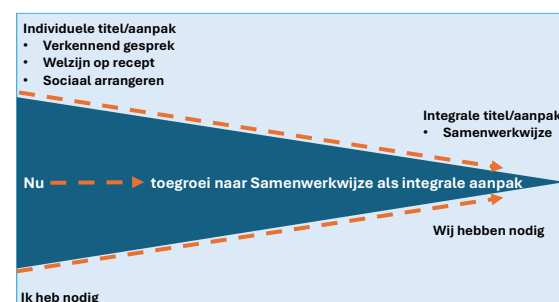
- Welzijn op Recept
- Sociaal arrangeren
- Verkennend Gesprek

Met deze interventies voeren we in feite een brede vraagverheldering uit waarin de primaire specialistische blik wordt aangevuld met een bredere maatschappelijke blik, afgestemd op de vraag van de inwoner.

Het kan voorkomen dat uit de vraagverheldering blijkt dat er vraagstukken in het leven van de betreffende inwoner zijn, die de aanwezigen niet kunnen beantwoorden. Dan organiseren we als vervolgstap een **multidisciplinair samenwerkoverleg** met de noodzakelijke expertise. Deze noodzakelijke expertise kan liggen op allerlei gebieden en is afhankelijk van de specifieke situatie van de inwoner. Denk aan o.a. informele hulp, wonen, welzijns-, werk-, inkomens- en participatieondersteuning, ggz-, ouderen-, jeugd- en/of verslavingszorg en de noodzakelijke medische zorg.

Naar één interventie Samenwerkwijze

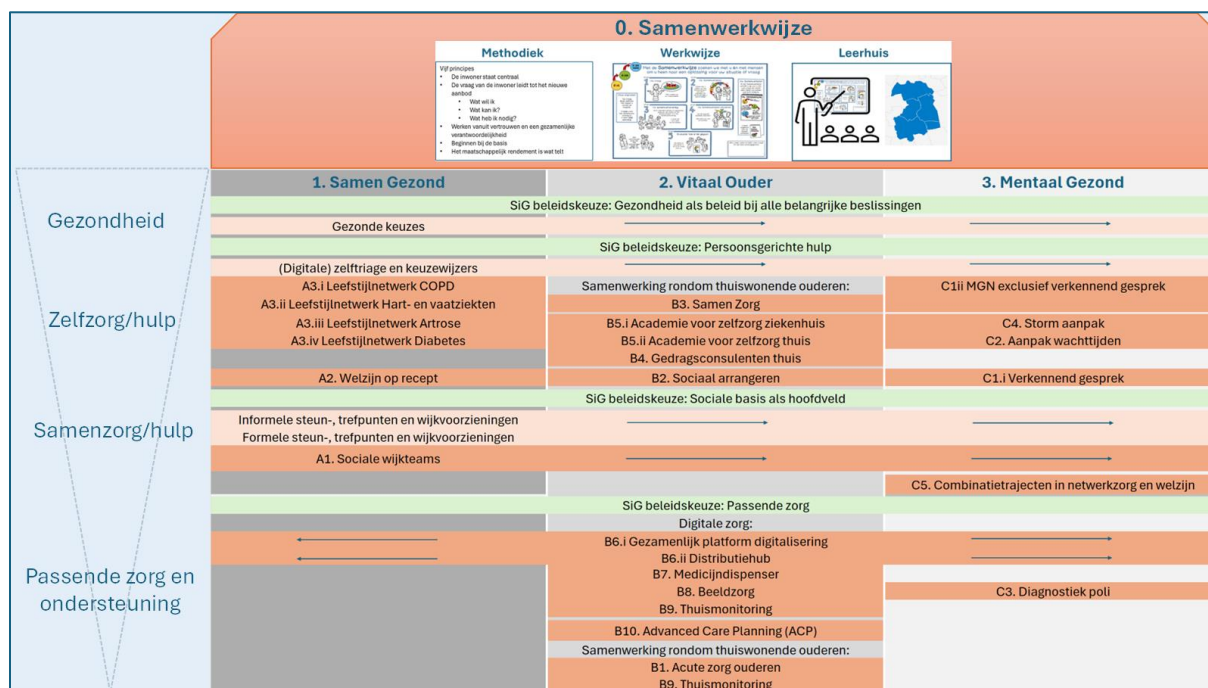
De titels 'Welzijn op recept, Sociaal arrangeren en Verkennend gesprek' delen de vragen van inwoners in categorieën.



Figuur 3 Ontwikkeling in de tijd naar een integrale inzet van de Samenwerkwijze

In onze visie is dat in de toekomst onnodig wanneer de Samenwerkwijze in de SiG regio is ingebed. De aanpak van de Samenwerkwijze wordt dan ingezet om de vraag van inwoners te verhelderen ongeacht de aanleiding of herkomst. Het samenwerkoverleg en wanneer nodig het multidisciplinaire samenwerkingsoverleg wordt ingezet om tot passende hulp of zorg te komen. Gebiedsgericht verschuift de vraag ook meer van 'Ik heb nodig' naar 'Wij hebben nodig'.

5. Inzetten op interventies die het verschil maken



Transformeren vanuit duidelijke beleidsuitgangspunten langs drie inhoudelijke lijnen met daarinbinnen interventies die het verschil maken en met de samenwerkwijze als gezamenlijke taal

5.1 Gezondheid als fundament

Met de Samenwerkwijze als basis en gezamenlijke taal bouwen inwoners, samen met partners binnen SiG aan een systeem waarin gezondheid het fundament is en een gezonde leefomgeving de norm.

Het is vanzelfsprekend dat bij een duidelijke zorgvraag, passende zorg wordt gerealiseerd. We denken echter dat veel vragen die in zorg terechtkomen, niet altijd zorg als de beste oplossing kennen. We zetten daarom stevig in op het begeleiden van inwoners bij het zelf (of samen) vinden van de juiste ondersteuning. Dit betekent dat we bij een hulpvraag niet uitsluitend vanuit een biomedisch model naar deze vraag kijken. Samen met de inwoner verhelderen we wat de vraag exact is en welk aanbod hier het meest passend voor kan zijn, vanuit een holistische en multidisciplinaire zienswijze. We geloven dat we op deze manier de meeste impact maken op de gezondheid van onze inwoners en

daarmee op de uitdagingen waar we in de zorg voor staan.

Vier SiG beleidsuitgangspunten

We doen dat vanuit een viertal SiG beleidsuitgangspunten:

1. Gezondheid als beleid bij alle belangrijke beleidsbeslissingen (*health in all policies*)
2. Persoonsgerichte zorg/hulp passend bij de vraag van de inwoner
3. De sociale basis als hoofdveld
4. Passende zorg in één keer goed

Dit betekent dat de inwoners in de SiG-regio:

- Goed voor zichzelf kunnen zorgen, in een leefomgeving die oog heeft voor wat er nodig is voor haar inwoners om gezond te leven.
- Leven in een regio die de behoefte van de inwoner centraal stelt.
- Voor- en met elkaar zorgen. Dit vraagt om een sterke sociale basis met voldoende plekken voor ontmoeting, korte lijnen

tussen inwoners en professionals en bovenal inzicht in wat er op persoonsniveau kan bijdragen aan welbevinden en gezondheid.

- Passende zorg/hulp ontvangen wanneer dat nodig is. Vanzelfsprekend is er in de regio een breed aanbod voor hulp en zorg wanneer dat nodig is. Verregaande samenwerking binnen netwerken en innovatieve oplossingen waaronder digitale toepassingen kunnen verder bijdragen aan passende zorg. De juiste zorg op de juiste plek door de juiste medewerker.

5.2 Samen Gezond

Inwoners moeten niet alleen de mogelijkheid hebben om mee te kunnen doen, maar zich ook onderdeel voelen van de maatschappij.

De lijn “Samen Gezond” richt zich op het creëren van een veerkrachtige, participerende en gezonde regio waarin inwoners de makers en bewakers zijn van hun eigen gezondheid en welzijn, van de gemeenschap waar ze deel van uitmaken en van de omgeving waarin ze leven en werken.

Inwoners blijven samen zo lang mogelijk aan de vitale kant van de samenleving en worden daarin ondersteund als ze dat op eigen kracht minder goed kunnen. Deze aanpak richt zich op:

1. De **gezonde keuze** als vanzelfsprekende keuze.
2. Bevorderen van **gezondheid en zelfzorg/hulp**
3. Stimuleren van **samenzorg/hulp** (sociale cohesie en omkijken naar elkaar);

Om deze doelen te realiseren, versterken we de sociale basis op structurele wijze. Hierdoor is het 'hoofdveld' zo ingericht dat een sterke sociale basis het antwoord gaat zijn op meer hulpvragen dan dat nu het geval is. Het doel is om met elkaar te werken aan een samenleving waarin gezondheid,

zelfredzaamheid, preventie en het omzien naar elkaar centraal staan. Dat maakt dat minder snel een beroep wordt gedaan op zorg. Dat leidt op de lange termijn tot een duurzaam model met minder zorggebruik en structurele besparingen. Om deze doelen te bereiken, richten we ons op de volgende interventies (die verder zijn uitgewerkt in bijlage A):

A1 Sociale (wijk)teams vormen de kern van de aanpak om hulpvragen dichtbij en efficiënt op te lossen. Deze teams, samengesteld uit professionals vanuit welzijn, ondersteuning, participatie en zorg, zorgen ervoor dat inwoners sneller en vanuit eigen regie geholpen worden. Door te werken vanuit het sociale domein in plaats van direct vanuit specialistische zorg, ontstaat er een beweging van zorg naar welzijn naar gezondheid.

Aan de sociale wijkteams koppelen we de ondersteuning van inwonerinitiatieven, onder de noemer ‘**samen doen**’, die bijdragen aan gezonde leefgemeenschappen. Binnen samen doen geven we de ruimte aan vijf burgerinitiatieven binnen de gemeenten waarin collectieven van inwoners zelf initiëren en bijdragen aan een gezonde leefomgeving.

A2. Welzijn op Recept organiseert de samenwerking tussen huisartsen en sociaal werkers om psychosociale klachten effectief aan te pakken. In plaats van een verwijzing naar de eerste of tweede lijn verwijst de huisarts patiënten door naar een sociaal werker. Door een nauwe samenwerking tussen huisarts en sociaal werker worden welzijnsvragen sneller herkend en effectief beantwoord. Op een manier die zo licht, informeel en collectief mogelijk is en alleen integraal waar nodig.

A3. Leefstijlnetwerk verbindt inwoners met passend aanbod om gezonder te leven, via een laagdrempelig leefstijlnetwerk in de wijk of dorpskern. Dit voorkomt (verergering van) leefstijl gerelateerde aandoeningen zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten,

chronische obstructieve longziekte (COPD) en artrose. Door positieve gezondheid en eigen regie te stimuleren, verschuift de focus van zorg naar gezondheid. Het netwerk bundelt bestaande initiatieven en creëert nieuw aanbod op basis van vraag, zoals beweeggroepen. Door samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeenten wordt ondersteuning toegankelijker, vermindert de zorgvraag en verbeteren inwoners hun kwaliteit van leven.

Informele en formele steun- en trefpunten

vormen een essentiële randvoorwaarde voor een effectieve en efficiënte uitvoering van de interventies binnen Samen Gezond (en de andere lijnen), en daarmee het versterken van de sociale basis. Huizen van de wijk (naar analogie van De Haard in Ruwaard), verenigingen, scholen, huisartsen en andere voorzieningen spelen hierbij een centrale rol. Deze fysieke en organisatorische ontmoetingsplekken bieden laagdrempelige toegang tot ondersteuning, activiteiten en verbinding voor inwoners.

Ook **digitale ondersteuning** is een belangrijke randvoorwaarde. Online platforms, zoals een app of website vergelijkbaar met “Mijn Buurtje”, bieden inwoners inzicht in de sociale kaart. Deze digitale tools maken het aanbod van voorzieningen, activiteiten en aanspreekpunten binnen de gemeenschap overzichtelijk en toegankelijk. Dit draagt bij aan een betere samenwerking en benutting van bestaande structuren.

5.3 Vitaal Ouder

Vitaal ouder gaat niet alleen over ouderen. Het gaat ook over gezond oud worden en is daarom onlosmakelijk verbonden met de lijn “Samen Gezond”.

Inwoners in de regio worden vitaal ouder door een combinatie van **gezondheid, sociale verbinding, en betekenisvolle activiteiten**. Dit leidt tot minder afhankelijkheid van professionele zorg, minder belasting van mantelzorgers, meer eigen regie en langer zelfstandig thuis wonen. De aanpak legt

nadruk op integrale samenwerking tussen organisaties, waarbij de inwoner centraal staat en wordt gewerkt volgens de methodiek van de Samenwerkwijze.

Voor de lijn ‘Vitaal Ouder’ zijn twee overstijgende thema’s benoemd met bijhorende interventies, namelijk:

1. Samen langer thuis
2. Digitalisering

5.3.1 Samen langer thuis

Ouderen worden geholpen om langer zelfstandig te wonen met de juiste balans tussen zelfredzaamheid, samenredzaamheid en passende zorg en ondersteuning. Samenwerkingsafspraken tussen organisaties zorgen voor efficiënte zorg, voorkomen overlap en bieden passende ondersteuning. Het motto daarbij is: **“Langer gezond, zelf als het kan, digitaal als het kan, thuis als het kan.”**

Inwoners en hun netwerk worden gestimuleerd meer zelf te doen, terwijl professionele zorg beschikbaar blijft voor wie dat echt nodig heeft.

Regionale samenwerking tussen gemeenten, zorginstellingen en kenniscentra bundelt bestaande initiatieven en stimuleert innovatie. Met aandacht voor digitalisering en netwerkzorg. Dit draagt bij aan een betere kwaliteit van leven voor ouderen, met meer eigen regie, ondersteuning door een sterk netwerk en toegang tot passende zorg wanneer nodig.

Met deze aanpak kunnen ouderen vitaal, zelfstandig en langer thuis blijven wonen als dat passend is. Het gaat er vooral om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren in een thuisomgeving. Dit kan zijn in de eigen woning, maar er zijn ook andere woonvormen mogelijk.

Om deze doelen te bereiken richten we ons op de volgende interventies (bijlage B):

B1. Acute Nachtzorg richt zich op het bieden van acute ouderenzorg met passende deskundigheid. Door vroegtijdig zorgproblemen te signaleren en samen te werken met eerstelijnszorg, VVT-teams, HAP en SEH/112, wordt acute zorg in ANW-uren zoveel mogelijk voorkomen. We zullen dit altijd doen binnen de wensen van inwoners rondom Advance Care Planning (ACP).

B2. Sociaal arrangeren biedt een domein overstijgende aanpak voor inwoners met cognitieve problemen op meerdere leefgebieden. De sociaal arrangeur neemt de rol van regiebehandelaar over van de huisarts of wijkverpleegkundige. Dit ontwikkelen we door naar de rol van casusregisseur volgens de Samenwerkwijze. Daarmee verbreden we naar de somatiek.

B3. Samen Zorg biedt een regionale, uniforme aanpak waarin thuiswonende ouderen in hun kracht worden gezet om zo zelfstandig mogelijk dagelijkse activiteiten uit te voeren.

B4. Gedragsconsultatieteam thuis biedt expertise bij probleemgedrag in de thuissituatie bij inwoners met dementie en adviseert over passende adviezen aan mantelzorgers en zorgprofessionals.

B5. Academie voor zelfzorg in het ziekenhuis en thuis helpt de zelfredzaamheid van inwoners en mantelzorgers te vergroten. Met ADL-trainingen en gerichte verpleegtechnische training worden dagelijkse zorghandelingen aangeleerd.

5.3.2 Digitalisering

Door inwoners vroegtijdig kennis te laten maken met digitale zorgtoepassingen en het bestaande aanbod breder bekend te maken, kan zorg effectiever en anders worden ingericht. Het vergroten van kennis en bewustwording rondom eHealth, zowel bij inwoners als professionals, speelt hierin een cruciale rol. Een brede, regionale aanpak is noodzakelijk om dit effectief te implementeren.

Gezamenlijke investeringen en samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties en gemeenten maken het mogelijk om bestaande initiatieven breder uit te rollen en nieuwe ontwikkelingen te stimuleren.

Individuele initiatieven hebben meer potentie wanneer we ze breed en domein overstijgend inzetten. Om versnippering en dubbele inspanningen te voorkomen, is een **B6. gezamenlijk platform** nodig voor kennisdeling en besluitvorming. Dit netwerk faciliteert samenwerking, verbindt stakeholders en ondersteunt gezamenlijke (regionale) keuzes.

Gegevensuitwisseling is een cruciaal onderdeel van een regionaal samenwerkingsnetwerk. Door een gedeelde digitale infrastructuur te ontwikkelen, kan data en informatie tussen zorgverleners, welzijnsorganisaties en andere betrokken partijen naadloos worden gedeeld. Een Regionale Samenwerkingsorganisatie (RSO) speelt hierin een belangrijke rol.

Zorg in huis vraagt vaak om het organiseren en installeren van de juiste hulpmiddelen in huis. Om de logistiek hiervoor te vereenvoudigen en verwijzers te ontzorgen onderzoeken we of een **B6. logistieke distributiehuis** kan worden opgezet. Hiermee zouden fysieke hulpmiddelen efficiënt gedistribueerd en ingezet kunnen worden bij inwoners thuis.

Concrete toepassingen schalen we verder op en zetten we domein overstijgend in. Het gaat om:

B7. Medicijndispenser voor medicatiebeheer. Dat doen we op dit moment al breed in de thuiszorg. We breiden dit uit door al eerder in het proces ondersteuning door apothekers bij medicijngebruik in te zetten waardoor inwoners niet in zorg komen vanwege problematisch medicijngebruik en waarbij we de opvolging door naasten laten doen.

B8. Beeldzorg voor consultatie en zorg op afstand. Het vergroten van **digitale**

vaardigheid, kennis en bewustwording rondom eHealth en digitale zorgtoepassingen bij zowel professionals als inwoners, stelt hen in staat om digitale middelen – waaronder beeldzorg - optimaal te benutten en daardoor inzet van professionals of onnodige reisbewegingen van inwoners of professionals te voorkomen.

B9. Thuismonitoring voor zorg en monitoring vanuit huis. Waar wenselijk en mogelijk sluiten we aan bij bestaande regionale initiatieven.

Een toekomstbestendige regionale digitaliseringsaanpak vraagt om flexibiliteit en ruimte voor nieuwe ontwikkelingen. Door initiatieven regionaal te bundelen en continu af te stemmen met inwoners en stakeholders, blijven innovaties relevant en effectief.

In samenwerking met RSO wordt de gegevensuitwisseling rondom **B10. advance care planning** (ACP) ingericht als pilot en als concrete eerste stap om te komen tot een bredere uitwisseling van primaire en secundaire data in de regio.

In de regio zijn we al enkele jaren bezig met het in kaart brengen van de behandelwensen en grenzen vanuit de huisartsen, VVT en ziekenhuizen. We hebben een transmuraal zorgpad ACP dat we aan het implementeren zijn. Om goede palliatieve zorg te kunnen leveren is digitale uitwisseling van gegevens noodzakelijk.

5.4 Mentaal Gezond

Voor inwoners is mentaal welzijn een essentieel onderdeel van een gezond leven. Het doel is om psychische kwetsbaarheid vroegtijdig te herkennen en inwoners passende zorg en ondersteuning te bieden. Samenwerking tussen GGZ, het sociaal domein en ketenpartners staat centraal in deze aanpak. Deze zorg wordt dichtbij georganiseerd, digitaal waar mogelijk, en preventief ingezet. Door de regie bij de inwoner te leggen, volgens de methodiek van de Samenwerkwijze, versterken we de eigen verantwoordelijkheid

en zelfredzaamheid en lossen we zorgvragen op binnen ‘lagere’ lijnen (0e en 1e lijn)

De belangrijkste doelen zijn:

1. De hulp- en ondersteuningsvraag wordt snel en op de juiste plek opgepakt.
2. De capaciteit in de regio wordt optimaal benut.
3. De wachttijden nemen op termijn (relatief) af.

Om deze doelen te bereiken richten we ons op de volgende interventies:

- 1. Mentaal gezondheidsnetwerk inclusief Verkennend Gesprek.** Het netwerk biedt ondersteuning via vier functies: 1) verkennend gesprek, 2) transfermechanisme, 3) informatie over wachttijden en aanbod en 4) domein-overstijgend casusoverleg. Een basis voor de functies bestaat al via WijzerGGZ: onder andere een platform waar netwerkpartners vragen kunnen stellen over verwijzingen. Er is een overzicht van het aanbod en de wachttijden in de regio en een overlegtafel waarin netwerkpartners een integraal advies uit verschillende disciplines kunnen geven.

Wij versnellen en ontwikkelen op de volgende interventies (Bijlage C):

C1. Verkennend gesprek. Huisartsen kunnen inwoners met psychische klachten verwijzen naar het Verkennend gesprek waar de vraag van de inwoner centraal staat in een gesprek met een professional uit het sociaal domein en een GGZ-behandelaar. De hulpvraag wordt in dit gesprek vanuit een breder perspectief verkend.

C2. Aanpak wachttijden. In de periode dat inwoners op wachtlijsten staan, verergeren klachten. Door wachttijden aan te pakken, voorkomen we escalaties en extra belasting van de huisarts. Tegelijkertijd bereiden we inwoners in deze wachttijd beter voor op zorg. Dit doen we door de inzet van ervaringsdeskundigheid. De ervaringsdeskundigen stimuleert zelfhulp, wijst op opties en

laagdrempelige steunpunten. Hiermee voorkomen we dat inwoners van het kastje naar de muur worden gestuurd en steeds bij de huisarts terugkomen omdat de zorgvraag nog bestaat.

C3. Diagnostiekwijkpoli. Deze poli is bedoeld voor inwoners met een complexe hulpvraag, waarbij het vermoeden bestaat dat er ADHD, autisme of een lage intelligentie speelt. Een diagnostiekwijkpoli biedt de mogelijkheid om snel inzicht te krijgen in de aard van het probleem en inwoners gericht te verwijzen naar passende zorg of ondersteuning (buiten de GGZ).

C4. STORM-aanpak. Deze aanpak richt zich op het verbeteren van de mentale veerkracht van jongeren om psychische problemen te voorkomen. Het programma, dat al succesvol is op scholen, bestaat uit vier interventies:

1. Training van docenten om signalen van mentale problemen te herkennen en te begeleiden.
2. Lespakketten voor jongeren gericht op het versterken van een positief zelfbeeld en veerkracht.

3. Infrastructuur voor samenwerking tussen scholen, GGZ en welzijnspartners.
4. Gerichte interventies voor jongeren die extra ondersteuning nodig hebben.

De aanpak wordt uitgebreid naar mbo-scholen, waar de focus ligt op aanpassingen voor een oudere doelgroep en een andere sociale context.

C5. Combinatietrajecten in netwerk zorg en welzijn. Deze trajecten zorgen ervoor dat niet alle hulp in het medisch domein hoeft plaats te vinden, maar dat lichtere onderdelen van een vraag door andere zorg- of welzijnspartners worden opgepakt. Hiermee benutten we de capaciteit in de regio beter. Zorgvragen worden integraal aangepakt door samenwerking tussen zorg- en welzijnspartners. WijzerGGZ speelt (ook) hierbij een belangrijke rol. WijzerGGZ geeft inzicht in bestaande mogelijkheden en wachttijden, terwijl partners een cultuuromslag maken door deze aanpak breder te implementeren.

6. Transformatie begroting

Fase		2024	2025	2026	2027	Totaal
0. Programma	Indirect naar de interventies	€ 432.500	€ 4.888.251	€ 7.269.852	€ 6.991.376	€ 19.581.979
1. Plan van aanpak			€ 1.031.186	€ 1.308.282	€ 1.225.156	€ 3.564.624
1. Plan van aanpak/verkenning	Direct naar de interventies		€ 96.261	€ 87.131	€ 91.644	€ 275.036
2. Initiatie			€ 1.066.363	€ 1.694.144	€ 776.571	€ 3.537.078
3. Implementatie		€ 285.121	€ 751.419	€ 3.908.567	€ 6.263.029	€ 11.208.136
4. Inwonerparticipatie				€ 995.655	€ 1.570.845	€ 2.566.500
Totaal		€ 717.621	€ 7.833.480	€ 15.263.630	€ 16.918.622	€ 40.733.353

Uitgesplitst naar sector	2024	2025	2026	2027	Totaal
Algemeen (SiG)	€ 317.500	€ 3.389.031	€ 5.198.137	€ 4.797.453	€ 13.702.121
VVT & Thuiszorg	€ 110.880	€ 584.507	€ 1.012.185	€ 970.275	€ 2.677.847
Welzijn & WMO	€ 115.001	€ 2.461.568	€ 6.759.424	€ 9.365.689	€ 18.701.682
ZVW Brede eerste lijn	€ 174.240	€ 187.199	€ 544.247	€ 691.125	€ 1.596.812
ZVW GGZ		€ 578.607	€ 874.087	€ 435.949	€ 1.888.643
ZVW Huisartsen en gezondheidscentra		€ 314.040	€ 537.957	€ 446.497	€ 1.298.494
ZVW Ziekenhuizen		€ 318.527	€ 337.593	€ 211.634	€ 867.754
Totaal	€ 717.621	€ 7.833.480	€ 15.263.630	€ 16.918.622	€ 40.733.353

SiG zet in de periode 2024-2027 voor € 41 mln. tijdelijke middelen in om samen duurzaam te transformeren en impact te maken

6.1 Transformatiebegroting SiG

Om de transformatie die in de vorige hoofdstukken is beschreven te ondersteunen en te versnellen is voor de periode 2024 tot en met 2027 een transformatiebegroting opgesteld. De middelen die SiG aanvraagt over de gehele IZA periode bedragen € 41 mln. Van deze middelen is:

- € 22 mln. IZA middelen
- € 19 mln. IZA transformatie middelen

De begroting is door SiG-partners opgesteld en volgt de uitgangspunten zoals deze in het kader van de landelijke IZA-afspraken zijn vastgelegd. Dat betekent dat de middelen tijdelijk worden aangevraagd en dat dubbele financiering wordt voorkomen.

6.2 Totstandkoming en onderbouwing

De begroting bestaat uit de bekostiging van een **programmaorganisatie** en de kosten

voor aanpak, initiatie en implementatie van de **interventies** die in hoofdstuk 5 zijn beschreven en in bijlagen A-C nader zijn uitgewerkt. In de totale kosten zijn **opslagen** verwerkt, die hierna worden toegelicht.

Programmaorganisatie

Met de middelen wordt voor de periode 2024-2027 een programmaorganisatie ingericht (tabel 1) die de onderdelen van het transformatieplan aanstuurt en ondersteunt (programmaonderdeel E1). Een cruciaal onderdeel van het programma is de verbreding van de Samenwerkwijze in de gehele SiG -regio (programmaonderdeel D1). Daarnaast is de uitwerking en invulling van de randvoorwaarden onderdeel van het programma (programmaonderdelen F1-F4).

Tabel 1 Begroting programma

Programmaonderdelen	
D1. Samenwerkwijze	€ 8.193.879
E1. Programmaorganisatie	€ 4.582.352
F1. Governance & programmaorganisatie	€ 1.677.444
F2. Duurzame financiering	€ 1.341.955
F3. Data & Monitoring	€ 3.115.370
F4. Inwonersparticipatie *	€ 670.978
Eindtotaal	€ 19.581.979

* middelen voor samen doen zijn opgenomen bij de sociale wijkteams

De programmaonderdelen zijn cruciaal voor de samenwerking in de SiG-regio (Samenwerkwijze en randvoorwaarden) en noodzakelijk voor de uitvoering (programmaorganisatie). Deze onderdelen hebben als zodanig niet direct impact. Fases interventies

Voor iedere interventie die in het voorliggende transformatieplan is opgenomen is met direct betrokkenen in het netwerk bepaald welke werkzaamheden er in de komende periode moeten worden gedaan om de ambitie te realiseren (bijlagen A-C). Op basis daarvan is voor iedere interventie een begroting gemaakt langs vaste lijnen. Wat is er nodig om te komen tot een goed **plan van aanpak**? Welke onderdelen moeten worden uitgewerkt in de **initiatiefase**? Wat is er nodig om de interventie te **implementeren** tot het moment van 'go live' of verbreding in de regio? Omdat de interventies in verschillende stadia van ontwikkeling zijn en variëren in complexiteit, verschilt de inzet per fase per interventie.

Opslagen

In de kosten van de interventies zijn enkele opslagen opgenomen.

- **BTW** is nu opgenomen voor alle programabureau brede posten (omdat dit kosten zijn voor diensten die voor meerdere organisaties gedaan worden en die daar een specifieke vergoeding voor krijgen) én voor verwachte externe inkoop.
- Op de totale begroting is SiG-breed een maximaal toegestane post van **1% onvoorzien kosten** opgenomen en deze is verdeeld naar individuele interventies o.b.v. impact op voorkomen Fte's in de Zvw.

- Er is een **jaarlijkse inflatie van 5,18%** meegenomen op basis van de definitieve [OVA 2025](#).
- De begroting is gebaseerd op **uurtarieven**. Deze uurtarieven zijn in lijn met tarieven gebruikt in de andere goedgekeurde transformatieplannen.
- De transformatiemiddelen zullen op drie manieren worden uitgekeerd. Voor de kosten die ten laste komen van de gemeenten (dus welzijn en sociaal werk) wordt de SPUK-transformatiemiddelen stroom gebruikt. Kosten die ten laste zijn van de Zvw worden uitgekeerd via de zorgverzekeraars en voor kosten bedoeld voor de Wlz organisaties wordt landelijk nog een betaaltitel gezocht.

6.3 Dubbele bekostiging

Voor het financieren van de interventies en randvoorwaarden gebruiken we verschillende vormen van financiering.

- **IZA transformatiemiddelen:** Voor interventies die op korte termijn impact hebben op de zorgverzekeringswet (Zvw). Het is ook mogelijk om interventies op te nemen die aangrijpen in het sociaal domein maar impact maken in de zorgverzekeringswet*.
- **SPUK IZA/GALA:** De SPUK IZA/GALA wordt ingezet in de sub-regio voor de bekostiging van ambtelijke inzet en interventies. De interventies sluiten zowel aan bij de lokale ketenaanpakken vanuit GALA als bij het IZA.
- **ZonMW subsidie:** Met name voor de financiering van randvoorwaarden voor een duurzame transformatie rondom governance, co-creatie met inwoners en professionals en koppeling medisch-sociaal domein **.
- SiG-partners zullen gedurende de gehele transformatie ook participeren vanuit de

reguliere organisatie en hiervoor inzet in natura leveren.

Voor sommige interventies worden meerdere financieringsstromen ingezet, dan wordt dubbele financiering uiteraard voorkomen. Het gaat op dit moment vrijwel altijd om incidentele financiering, daarom is het van groot belang om de komende periode te gebruiken de transformatie stevig te verankeren en ondertussen te kijken hoe deze beweging duurzaam gefinancierd kan worden.

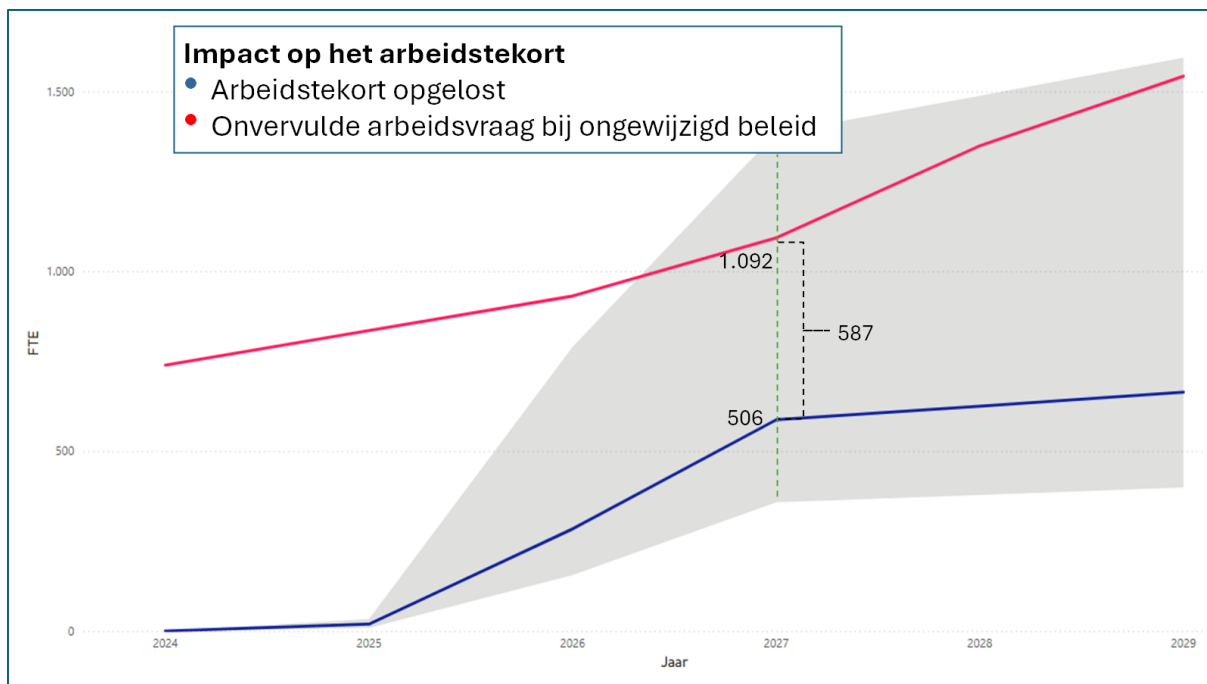
**Tot begin oktober waren IZA middelen alleen te gebruiken voor incidentele en project gerelateerde inzet en niet voor het leveren van zorg of ondersteuning. Nu is er een*

uitzondering gemaakt waardoor de komende 3 jaar ook 'structurele' inzet in het sociaal domein kan worden gefinancierd met de IZA middelen. Voor de interventies waarvoor extra inzet vanuit het sociaal domein is vereist zijn deze kosten meegenomen.

***Specifieke uitkering domein overstijgend samenwerken.*

[Opmerking: SiG stelt voor aan de beoordelaars om na indiening van het transformatieplan, tijdens de beoordelingsperiode (mei-juni) een gezamenlijke sessie te organiseren om het plan door te nemen op mogelijke dubbele bekostiging.]

7. Berekende impact van de interventies



De transformatie heeft een positieve impact van circa 587 fte op het verwachte arbeidstekort in de komende jaren en dempt de stijgende kosten

7.1 Impact van de transformatie

Samenwerking binnen SiG en realisatie van de transformatieplannen heeft een positieve impact op het verwachte arbeidstekort.

Het arbeidstekort

Aan het einde van de IZA-periode in 2027 is het verwachte arbeidstekort van hoofdstuk 3 gedaald met 587 fte, van 1.093 naar 506 fte (figuur bovenaan hoofdstuk). In de periode daarna loopt in de figuur het arbeidstekort weer op. Dat wordt veroorzaakt doordat er nog geen impactbepaling heeft plaatsgevonden van de doorloop/bijsturing van de interventies na 2027 en het aangaan van nieuwe impactvolle interventies. De opdracht van SiG eindigt immers niet na 2027. In bijlage F is de bijdrage aan de verlaging van het arbeidstekort per interventie weergegeven voor alle sectoren samen en per sector.

Demping van stijging kosten zorg en welzijn

Uitgedrukt in Euro bedraagt de verwachte impact in de periode 2024-2027 in totaal € 103 mln. Waarvan € 43 mln. binnen de Zvw, € 33 mln. binnen de gemeente en welzijn en € 27 mln. binnen de Wlz. In bijlage F is de bijdrage aan de demping van de stijgende kosten voor zorg- en welzijn per interventie weergegeven voor alle sectoren voor de ZvW. De personele impact is voor alle sectoren weergegeven.

7.2 Onderbouwing van de impact Systematiek

De impactberekening is geen wiskunde. Het betreft een logische en transparante benadering van de impact per interventie. Deze benadering van de impact is opgesteld per interventie door experts uit het bij de interventie betrokken netwerk. Daarbij is in eerste instantie gekeken naar (semi) wetenschappelijke onderbouwing en literatuur. Als deze niet voorhanden was, is gebruik gemaakt van expertopinie en educated guess. Voor de

gehanteerde broncijfers is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van openbare kengetallen.

Uitwerking

Uitwerking van de impact per interventie is weergegeven in bijlage A-C. Er is gebruik gemaakt van een vaste systematiek. Om tot een maatschappelijke businesscase te komen is voor iedere interventie een inschatting gemaakt van de beoogde impact op de Zvw, maar ook de Wlz, Wmo en welzijn. Hiervoor is een model ingericht waarbij gebruik wordt gemaakt van oorzaak-gevolg bomen. Deze zijn per interventie beschreven. De bomen zijn als aparte bijlage H ingevoegd in dit transformatieplan (bijlage A-C). Om tot de totaalimpact per interventie te komen is een aantal stappen gezet.

Allereerst is bepaald de doelgroep van de interventie bepaald, dit is het beginpunt van elke oorzaak-gevolg boom.

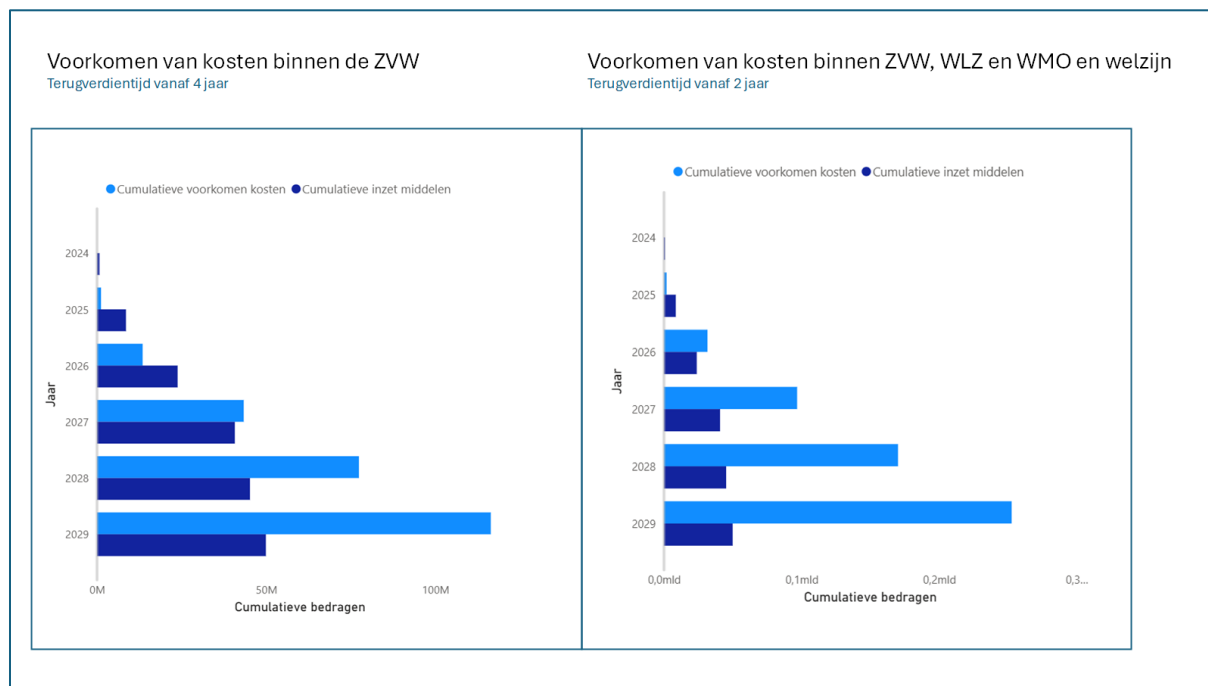
1. Vervolgens is samen met het projectteam en professionals uit de regio

gekeken op welke vlakken de interventie effect heeft.

2. Daarna is geconcretiseerd wat het verwachte effect is in het aantal arbeidsuren of de hoeveelheid geld dat daadwerkelijk wordt bespaard bij een professional of sector door de interventie. Om deze berekeningen te kunnen doen is er gebruik gemaakt van een aantal uitgangspunten:

- 1 FTE staat gelijk aan 1250 declarabele uren.
- Het impactbedrag dat gekoppeld is aan 1 FTE in een bepaalde sector wordt berekend door te kijken naar de totale declaratiewaarde van een sector en dit te delen door het aantal professionals dat hierin werkzaam is (denk aan aantal medisch specialisten in Nederland/totale declaratiewaarde medisch specialistische zorg).

8. Businesscase



De businesscase binnen de ZVW is na 2027 positief

8.1 Businesscase positief

Op basis van de begroting 2024-2027 in hoofdstuk 6 en de berekende impact in hoofdstuk 7 is de financiële businesscase positief met een terugverdientijd vanaf vier jaar binnen de ZvW.

In bovenstaande figuur is dat te zien doordat de lichtblauwe kolom (cumulatieve impact in €) na enige jaren de donkerblauwe kolom (cumulatieve begroting in €) overstijgt. Dat geldt zeker wanneer naar de effecten binnen alle wettelijke domeinen wordt gekeken en de totale begroting daartegen wordt afgezet (rechter tabel). Het geldt ook wanneer de totale begroting wordt afgezet tegen alleen de effecten binnen de Zvw (linker tabel).

De cumulatieve impact is dan vanaf 2028 groter dan de ingezette IZA middelen in de begroting.

Omdat de tijdelijke IZA middelen na 2027 stoppen maar de effecten structureel zijn, en er beperkt sprake is van structurele meer-kosten, wordt de marge na 2027 groter.

Zoals in het hoofdstuk 'Randvoorwaarden voor de verduurzaming' (Hoofdstuk 12) wordt aangegeven zal een deel van de marge naar verwachting ingezet moeten worden om binnen de reguliere kaders of door nieuwe financieringsvormen te komen tot duurzame financiering van de interventies.

9. KPI's en uitbetaling

Uitbetalingsmomenten bij realisatie van de KPI's

KPI's	Juli 2025	Januari 2026	Juli 2026	Januari 2027	Juli 2027	TOTAAL
Programma eindresultaat	0%	0%	25%	50%	50%	25%
Programma proces	38%	5%	5%	5%	5%	12%
Project inclusie	0%	65%	65%	40%	40%	41%
Project proces	60%	30%	5%	5%	5%	21%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

KPI's	Juli 2025	Januari 2026	Juli 2026	Januari 2027	Juli 2027	TOTAAL
Programma eindresultaat			€ 1.907.954	€ 4.229.655	€ 4.229.655	€ 10.376.265
Programma proces	€ 3.240.440	€ 381.591	€ 381.591	€ 422.966	€ 422.966	€ 5.029.553
Project inclusie		€ 4.960.680	€ 4.960.680	€ 3.383.724	€ 3.383.724	€ 16.688.808
Project proces	€ 5.130.661	€ 2.289.545	€ 381.591	€ 422.966	€ 422.966	€ 8.647.727
Totaal	€ 8.551.101	€ 7.631.815	€ 7.631.815	€ 8.459.311	€ 8.459.311	€ 40.733.353

Uitbetaling begrotingsbedragen uit het transformatieplan op basis van het realiseren van de afgesproken KPI's per periode aan de kassiers

9.1 KPI's en uitbetaling

In bijlage G zijn de kritische prestatie indicatoren (KPI's) opgenomen zoals deze binnen SiG zijn bepaald. In totaal hanteert **SiG 80 verschillende KPI's** over de periode 2025-2027 met in totaal **125 meetmomenten**.

De KPI's zijn een vertaling van de doelen van SiG, de aannames van de impact en de acties die nodig zijn om de interventie te laten slagen.

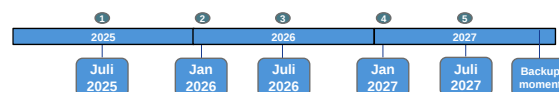
Het doel van de KPI's is tweeledig:

- Verantwoording voor transformatiemiddelen. Behalen KPI = uitbetaling van de begrotingsmiddelen
- Monitoring & sturing

9.2 Vijf verantwoordingsperiodes

Vanwege de hoogte van de transformatieaanvraag van SiG vindt verantwoording van de KPI's plaats ieder half jaar (vastgelegd binnen IZA). Uitgaande van goedkeuring per juli

2025 en het einde van het IZA eind 2027 is er sprake van vijf verantwoordingsperiodes.



9.3 Uitbetaling vooraf

Met uitzondering van de betaling in periode 1, wanneer uitbetaling achteraf plaatsvindt van de gemaakte kosten tm juli 2025, vindt voor alle andere perioden betaling vooraf plaats en verantwoording met de KPI's achteraf aan het einde van de periode. Wanneer KPI's niet of gedeeltelijk worden behaald, wordt dit verdisconteerd met de betaling in de volgende periode.

9.4 Totstandkoming en uitleg van de KPI's

De KPI's zijn tot stand gekomen in een gezamenlijke sessie met direct betrokkenen bij de verschillende interventies vanuit de SiG partners. De KPI's zijn SMART geformuleerd en voor de verantwoording ervan is benoemd wat daarvoor de 'bewijslast' is. Vervolgens

zijn de KPI's in meerdere iteraties verder aangescherpt.

Binnen SiG hanteren we vier soorten KPI's:

1. Proces KPI's SIG

Dit betreft specifieke inspanningen die door de programmaorganisatie worden geleverd bij de start en het monitoren van het programma.

2. Proces KPI's interventies

Dit zijn KPI's die door een inspanning van SiG behaald worden en zijn gekoppeld aan een op te leveren product, ofwel deliverable.

3. Deelresultaat KPI's (inclusie)

Betreft het aantal mensen dat bereikt wordt met de interventie ofwel geïncludeerd is.

4. Eindresultaat KPI's

Dit zijn meetbare veranderingen die direct en aantoonbaar bijdragen aan de beoogde IZA-transformatiedoelstellingen.

Deze KPI's zijn opgenomen in bijlage G en vormen de input voor het uitbetalings-schema in de tabel bovenaan dit hoofdstuk.

9.5 Kassiersrol

Voor de uitbetaling van de middelen per verantwoordingsperiode maken wij gebruik van de volgende kassiers

Tabel 2 Invulling kassiersrol

Organisatie	Kassier voor:	Bedrag *
Bernhoven	Uitvoering programmaorganisatie en IT infrastructuur	X1
GGZ Oost Brabant	Interventies onder Mentaal Gezondheidsnetwerk (excl. SPUK transformatiemiddelen)	X2
Brabant Zorg of anders Laverhof of HUMO	Interventies onder vitaal ouder en de IZA middelen voor de Samenwerkwijze (excl. SPUK transformatiemiddelen)	X3
De vijf gemeenten/of één mandaat gemeente als kassier die de middelen doorgeven aan Lent/On zijn als kassier SPUK-transformatiemiddelen	Interventies onder Samen gezond en alle SPUK	X4

Hierover vindt nog overleg plaats tussen gemeenten en Lent

* De specifieke toedeling van de totale begroting over de verantwoordingsperiode naar de kassiers zal in de periode na indiening en voor de definitieve goedkeuring van het transformatieplan plaatsvinden

9.4.1 Rol

De kassier heeft als rol de transformatiemiddelen die via de financier worden ontvangen, te administreren en door te geleiden naar de uitvoerende organisaties.

9.4.2 Procedure

Ontvangst van de gelden

De beschikbare middelen worden vastgesteld bij de goedkeuring van het transformatieplan. De toegekende middelen worden op basis van de goedgekeurde begroting gealloceerd per kassier per periode.

De middelen worden door de financier beschikbaar gesteld aan de kassier:

- Op basis van de begroting
- Per verantwoordingsperiode

- Na vaststelling dat de onderliggende KPI's zijn behaald en verantwoord in de stuurgroep
- Na bevestiging hiervan door de Financier
- Na registratie hiervan in de daarvoor beschikbaar gestelde landelijke systemen

De financier bevestigt dat op het moment dat verantwoording en beschikbaarstelling heeft plaatsgevonden en deze zijn uitgekeerd, de middelen – afgezien van onrechtmatigheden - niet meer terug vorderbaar zijn door de financier.

Administratie

De kassier ontvangt de beschikbaar gestelde middelen op een separate bankrekening en administreert de ontvangst in de boekhouding op basis van de vigerende accounting principes. De kassier administreert ook de uitbetalingen aan de uitvoerend organisaties.

Doorgeleiding beschikbare middelen aan de uitvoerende organisaties

De kassier geleidt beschikbare middelen direct (idealiter binnen 2 dagen) door naar de uitvoerende organisaties. Er is geen sprake van facturatie door de uitvoerende organisaties. Er is derhalve ook geen BTW vereist op deze handeling. Doorgeleiding vindt plaats op basis van de bevestiging in de stuurgroep dat activiteiten conform begroting zijn uitgevoerd. Dit wordt in een besluit van de stuurgroep vastgelegd.

De programmaorganisatie geeft aan op basis van de begroting welke uitvoerende organisatie recht heeft op welk deel van het uitgekeerde bedrag en levert dit aan aan de kassier. Wanneer de feitelijke werkzaamheden in een andere verhouding door de uitvoerende partijen zijn uitgevoerd dan eerder was vastgelegd in de begroting dan stelt de stuurgroep de aangepaste verdeling vast en legt de programmaorganisatie de gewijzigde verdeling vast op papier voor de kassier.

De vastgestelde verdeling naar de uitvoerende organisaties kan nooit hoger zijn dan het toegekende bedrag per kassier per verantwoordingsperiode. De kassier kan nooit worden aangesproken door de uitvoerende organisatie op de gemaakte kosten.

Nadere overeenkomsten met de uitvoerende organisaties

Uitkering van de beschikbare middelen via de kassier aan de uitvoerende organisaties wordt per organisatie vastgelegd in een nadere overeenkomst. Deze nadere overeenkomst wordt voorbereid door de programmaorganisatie. De nadere overeenkomst wordt afgesloten in een tripartiete overeenkomst tussen SiG (Stuurgroep), kassier en uitvoerende organisatie.

Risico voor de kassier

Van de kassier mag verwacht worden dat deze de rol uitvoert op basis van goed financieel beheer en deugdelijke administratieve vastlegging.

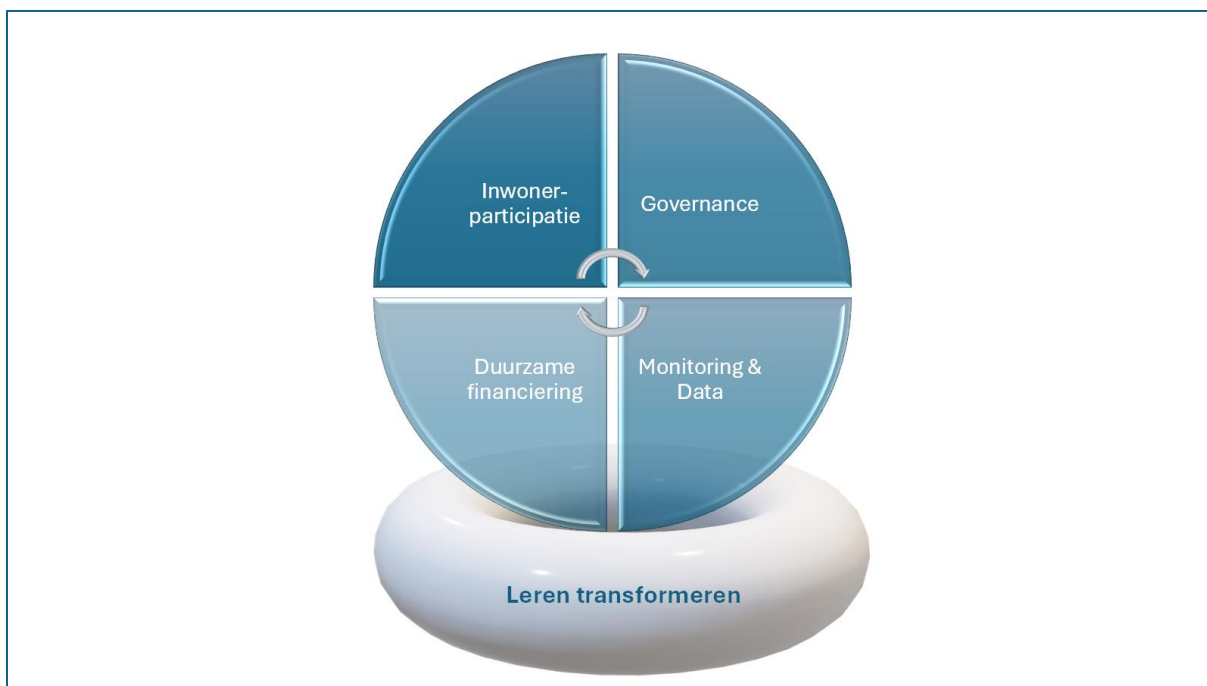
- De kassier loopt geen risico over terugvordering van uitgekeerde gelden door de financier. Eenmaal verantwoorde en toegekende middelen per verantwoordingsperiode zijn – onder normale omstandigheden - niet terug vorderbaar door de financier.
- Als een partij, bijv. bij de constatering dat er dubbele financiering heeft plaatsgevonden, moet terugbetalen, verhaalt de kassier dat 1-op-1 op de betreffende partij. De kassier loopt geen risico.
- De kassier is niet verantwoordelijk voor de gemaakte kosten bij de uitvoerende organisatie in relatie tot de beschikbaar gestelde middelen. Eventuele bijsturing in de uitvoering vindt plaats in de stuurgroep (en wordt daar ook vastgelegd) en niet bij de kassier. Bijsturing kan er nooit toe leiden dat de kassier meer middelen moet uitkeren dan zijn ontvangen.
- De kassier loopt geen risico over mogelijke vorderingen van de belastingdienst of andere partijen.

9.4.3 Bijsturing door de Stuurgroep

Met de financier wordt overeengekomen dat de stuurgroep (waar de financier deel van uit maakt) binnen de begroting kan bijsturen op basis van de planning en uitgevoerde werkzaamheden.

Wanneer bijsturing leidt tot een verschuiving binnen de totale begroting tussen IZA en SPUK-transformatiemiddelen is hiervoor expliciet toestemming nodig van de financier.

10. Randvoorwaarden voor de indiening



Er is een aantal bouwstenen voor de transformatie- nu en in de toekomst – dat randvoorwaardelijk is – om duurzaam te transformeren

10.1 Randvoorwaarden

De IZA transformatiemiddelen helpen ons om de SiG ambitie ‘het ondersteunen van gezonde gemeenschappen’ vorm te geven en dienen als vliegwiel om de ingezette beweging te versnellen. Na afloop van de IZA periode willen we de aanpak duurzaam kunnen voortzetten. Dit betekent dat we gedurende de looptijd aandacht moeten hebben voor de benodigde randvoorwaarden. De SiG partners onderkennen vier randvoorwaarden op het gebied van **financiering, governance, monitoring & data en inwonerparticipatie**.

Deze vier randvoorwaarden zijn allen afzonderlijk essentieel voor een duurzame transformatie, maar ze zijn ook nauw met elkaar verbonden. Keuzes in het ontwerp van één randvoorwaarde heeft effect op de andere randvoorwaarden. We erkennen dat we nog niet weten hoe de invulling op lange termijn er exact uit ziet, maar kunnen wel een aantal belangrijke ontwerpprincipes met elkaar vaststellen.

Als SiG erkennen we dat we als (sub)regionaal samenwerkingsverband verantwoordelijk zijn voor inrichting van de juiste randvoorwaarden. Daarom nemen we dit op als integraal onderdeel van ons plan.

10.2 Randvoorwaarden in fases

Lange termijn randvoorwaarden zijn belangrijk maar ook voor de korte en midden-lange termijn zijn randvoorwaarden belangrijk.

- Op de **korte termijn** hebben we invulling gegeven aan de vier randvoorwaarden om te komen tot een succesvolle indiening van het plan (dit hoofdstuk).
- Op de **middellange termijn** zullen we invulling moeten geven aan de vier randvoorwaarden om het plan uit te kunnen voeren zoals we dat hebben beschreven (Hoofdstuk 11).
- Op de **lange termijn** zijn de randvoorwaarden nodig voor de verduurzaming (Hoofdstuk 12).

De randvoorwaarden zijn in iedere fase (indiening, uitvoering en verduurzaming) hetzelfde én zijn alle vier noodzakelijk om de inhoud een stap verder te brengen. Een belangrijk verschil is dat we voor de korte- en middellange termijn weten hoe we **inwoner-participatie, governance, de financiering, en monitoring & data** invullen. Voor de lange termijn is een **lerend proces** nodig om met elkaar de juiste invulling van de randvoorwaarden te ontwikkelen. Dit lerend proces, ook wel leren transformeren genoemd, is dan ook integraal onderdeel van dit transformatieplan.

10.3 Korte termijn randvoorwaarden

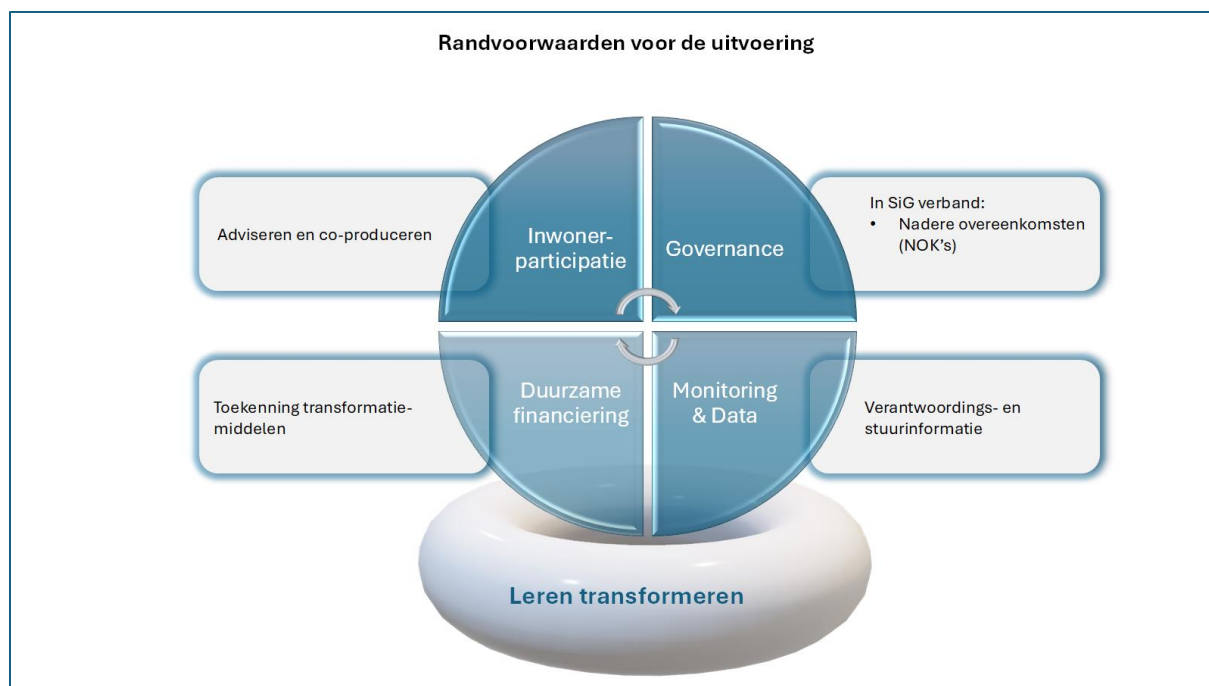
Het proces van transformeren begint niet pas bij de uitvoering van het plan; in de SiG-regio zijn al veel initiatieven in gang gezet. Het samen optrekken en werken aan een impactvol transformatieplan heeft als extra

stimulans gediend om te versnellen op de transformatiedoelstellingen. Om deze versnelling mogelijk te maken, zijn de **randvoorwaarden voor de korte termijn** als volgt ingevuld:

Tabel 3 Ingevulde randvoorwaarden voor de korte termijn.

Randvoorwaarde	Voorlopige invulling bij totstandkoming van het transformatieplan
Inwoner-participatie	Informereren en consulteren via de bestaande gremia.
Governance	Inrichten programmastructuur die het mogelijk maakt dat het plan uitgewerkt is zodat de SiG-leden bestuurlijk akkoord kunnen geven en hun handtekening onder het plan zetten.
Financiering	Tot nu toe voorfinanciering vanuit SiG partners.
Monitoring & Data	Inschatting impact op basis van data en expertopinie.
Leren transformeren	Informereren, involveren en draagvlak creëren.

11. Randvoorwaarden voor de uitvoering



Middellange termijn randvoorwaarden

11.1 Inwoner participatie

Zorg en ondersteuning raken ons allemaal. Daarom is het essentieel dat iedere inwoner de mogelijkheid krijgt om mee te denken over hoe deze in de toekomst worden vormgegeven. Het is cruciaal om te luisteren naar een breed scala aan perspectieven, inclusief die van kwetsbare groepen die vaak minder gehoord worden. Alleen door inwoners actief te betrekken en hun ervaringen en behoeften centraal te stellen, kunnen we duurzame en breed gedragen veranderingen realiseren. De samenwerkwijze biedt de uitgelezen mogelijkheid om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en noden van de inwoners. Daarnaast zal ook continue getoetst worden bij de geëigende gremia of de effecten ook daadwerkelijk de gewenste zijn. Dit wordt op RNOBB niveau in samenwerking met Zorgbelang vormgegeven. Tegelijkertijd zijn de verschillende organisaties verantwoordelijk voor een goede afstemming met hun eigen participatie raden.

11.2 Governance

Een effectieve governance-structuur is onmisbaar voor een succesvolle uitvoering van het transformatieplan. Alleen een ambitieus plan is niet genoeg; het vraagt om een aanpak waarin duidelijke richtlijnen worden gegeven voor de sturing op de uitvoering van het transformatieplan, het toezicht op de voortgang en de organisatie van activiteiten. Governance biedt niet alleen een kader voor structuur, maar ook de middelen om transparantie en verantwoording te waarborgen.

Accountability en mandaat

Het transformatieplan van SiG vereist niet alleen visie, maar ook solide governance-structuur. Het vormt de basis voor effectieve samenwerking, zodat alle betrokken partijen hun rol en verantwoordelijkheden duidelijk begrijpen.

Er is afgesproken dat SiG hét samenwerkingsverband in de regio is dat gezamenlijk zorg draagt voor toegankelijk en betaalbare zorg én gezonde inwoners. Dit betekent niet dat andere samenwerkingsverbanden

worden uitgesloten, maar dat de brede transformatiebeweging samenkomt binnen SiG. Het IZA transformatieplan is dan ook een onderdeel van de bredere SiG ambitie.

Om de eerste fase van de uitvoering te starten, is er gekozen voor een netwerksamenwerking met passende afspraken over de inzet, financiering en verantwoording. Er is gekozen voor een constructie met een aantal contractanten (kassiersrol) die met de betrokken netwerkpartners vallend onder hun contract afspraken maken in een nadere **overeenkomsten kader (NOK)**. De contractanten zijn ieder verantwoordelijk voor een vastgesteld deel van de uitvoering van het plan. Het totale plan kan echter alleen succesvol worden uitgevoerd als er gezamenlijk gestuurd wordt, dit is vastgelegd in de bijbehorende governancestructuur en escalatieladder. Deze aanpak benadrukt de gedeelde verantwoordelijkheid van en biedt flexibiliteit aan de deelnemende partijen.

Governancestructuur

Voor de uitvoering van het impactvolle transformatieplan wordt een structuur ingericht die aansluit bij de huidige structuur voor de totstandkoming van het transformatieplan (Bijlage E):

- Transformatiemanager(s)/Programmadirecteur: Verantwoordelijk voor de algemene sturing
- Ondersteunend team (inclusief monitoring & data capaciteit en business control).
- Lijncoördinatoren met kernteams en projectleiders: Dit team werkt gedurende de looptijd samen aan de door de SiG coalitie vastgestelde doelen en plannen en legt verantwoording af aan de stuurgroep.
- Stuurgroep: Bestaat uit een vertegenwoordiging van de SiG coalitie (inclusief verzekeraars en gemeenten) en stuurt op de voortgang en resultaten van het plan.
- Steungroep: Biedt bestuurlijke ondersteuning op de brede beweging en zet zich in voor alles wat daar voor nodig is.

11.3 Financiering

Financiering van de transformatie is cruciaal om de gewenste beweging te realiseren. Belangrijk is dat de beweging niet stopt na de IZA-periode. Voor de komende fase ligt de focus op afspraken over de wijze waarop de transformatiemiddelen worden ingezet en tegelijkertijd werken we aan een financieringsmodel waarbinnen de beoogde effecten ook daadwerkelijk een duurzaam karakter kunnen krijgen.

Transformatiemiddelen

De transformatiegelden binnen SiG zijn specifiek bedoeld om incidentele kosten te financieren die bijdragen aan de transformatie naar passende en toekomstbestendige zorg en ondersteuning. Deze middelen zijn essentieel voor het faciliteren van project- en programmakosten, het afbouwen van bestaande activiteiten en desinvesteringen, en het opvangen van aanloopkosten die niet via reguliere tarieven kunnen worden bekostigd.

Het gebruik van deze transformatiegelden dient als katalysator voor een structurele verandering in de manier waarop zorg en ondersteuning wordt aangeboden. Dit gaat alleen werken als we duidelijke afspraken maken over een verdeling van de middelen op een wijze die ook daadwerkelijk stimuleert en faciliteert wat nodig is. Op basis van de afgesproken interventies én bijbehorende verantwoordelijkheden is een verdeelsleutel ingericht die het mogelijk maakt om de middelen te verdelen naar rato van de kosten. Deze verdeling verloopt vervolgens via de contractanten (kassiers) die per sector zijn aangewezen. Deze kassiers maken na vaststelling in de stuurgroep afspraken over de verdeling via de NOK's. Dit gebeurt op basis van de verdeelsleutel die is ingericht met behulp van het datamodel dat gebruikt is bij de berekening van de begroting en de impact en na vaststelling in de stuurgroep per verantwoordingsperiode.

11.4 Monitoring en data

Data is een breed begrip waarbij het van belang is om de verschillende niveaus te

onderscheiden die nodig zijn voor de beoogde transformatie. Een deel van de benodigde data-infrastructuur wordt regionaal binnen RNOBB gerealiseerd, terwijl andere dataniveaus specifiek voor SiG zijn. De GGD richt een monitor in ten behoeve van de prioritaire opgaven en er zal een RSO worden opgericht die zorg draagt voor data- en informatie-uitwisseling. Beide zal op RNOBB-niveau worden georganiseerd en de deelnemers van SiG sluiten hierop aan zodat de benodigde data kan worden geleverd. Daarnaast ontwikkelen we binnen SiG een visie op data-gedreven werken - waarbij we aansluiten bij de regionale visie- en de monitoring van het IZA plan.

11.4.1 Verantwoordings- en sturingsinformatie

Voor de komende fase zijn drie onderwerpen relevant in het kader van de randvoorwaarde data:

1. Data en informatie- uitwisseling voor interventies

Voor een aantal interventies is een efficiënte en veilige infrastructuur nodig waarmee primaire data kan worden gedeeld. Binnen de regio RNOBB is een RSO in oprichting. Het platform dat hier wordt ontwikkeld zal voor een beperkt aantal interventies een oplossing bieden op het gebied van data uitwisseling. Voor de overige interventies zal op een pragmatische wijze per interventie vorm gegeven worden aan de eisen die gesteld worden op het gebied van primaire data- en informatie uitwisselen ten dienste van de inhoudelijke doelstellingen van de interventies. Voor zowel de interventies vallend onder de doelstellingen van de RSO als de

overig interventies geldt dat de kosten die hiermee gepaard gaan onderdeel zullen zijn van de begroting per interventie.

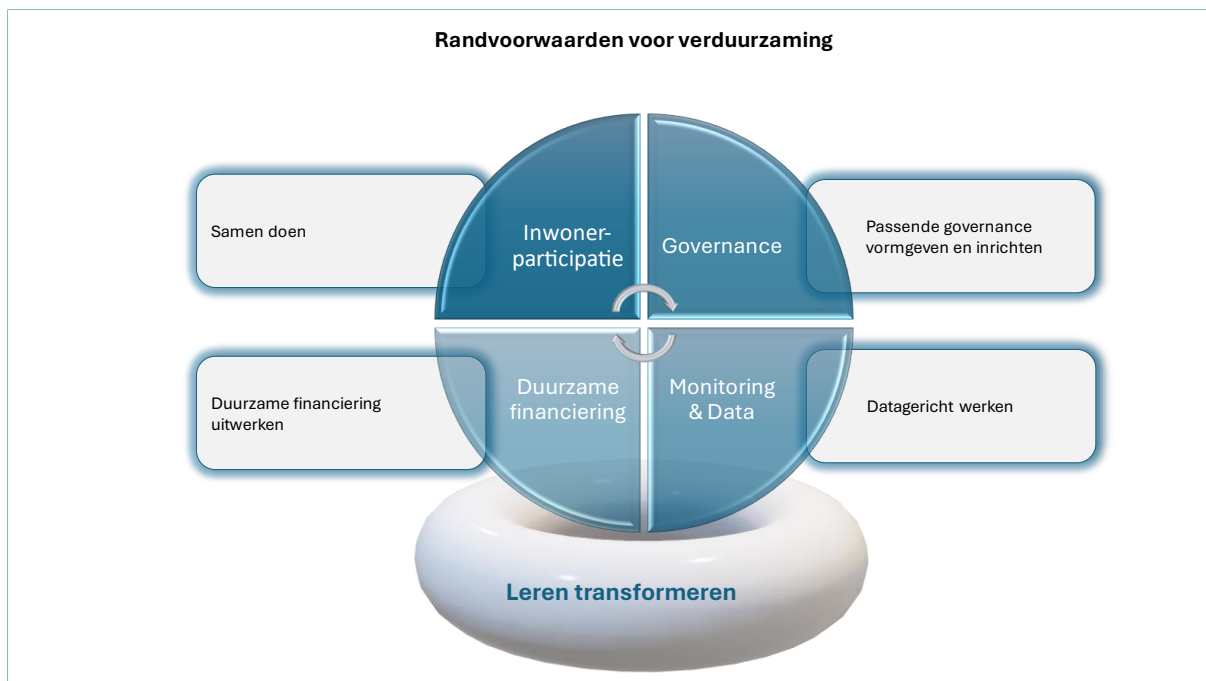
2. Monitoring van de interventies ten behoeve van verantwoording

De vastgestelde KPI's en afspraken zijn een belangrijk sturingsmiddel voor de toekenning van de middelen. Het is dan ook van belang dat hier een betrouwbare en goed functionerende monitoring op georganiseerd wordt zonder onnodige registratielast. Monitoring binnen het transformatieplan richt zich op het creëren en behouden van zicht op de voortgang van de gestelde doelen en het bieden van verantwoording, evenals het ondersteunen van kwaliteitsontwikkeling, reflectie en gezamenlijk leren. Om de benodigde data tijdig en voldoende te verzamelen zal een data team ingericht worden waarbij per lijn een data- analist verantwoordelijk wordt gesteld voor het verzamelen en verwerken van de monitoringsdata (zie ook governance/programmastructuur). De kosten van dit team zijn meegenomen in de begroting onder programma/governance kosten.

3. Sturingsinformatie

Door het hanteren van een programmatische benadering is het mogelijk om te sturen op de verschillende mijlpalen en de bijbehorende begroting. Dit vereist een goed ingerichte backoffice met toegang tot de juiste sturingsinformatie en voldoende mandaat om ook daadwerkelijk hierop te kunnen sturen. De kosten voor de inrichting hiervan zijn meegenomen in de begroting onder programma/governance kosten.

12. Randvoorwaarden voor de verduurzaming



Lange termijn randvoorwaarden

12.1 Samen doen

De ambitie van SiG is om gezond gedrag van inwoners te faciliteren. Dit doen we door samen met de inwoners gezondheid, zelfzorg, samenzorg én passende zorg te organiseren. Wat dit is, betekent voor ieder inwoner iets anders en vraagt ook van iedere inwoner iets anders. Dat maakt dat we het belangrijk vinden dat de inwoners in de regio niet alleen gefaciliteerd worden maar uiteindelijk ook meebeslissen in wat dit vraagt in hun omgeving. Wij geloven dat wanneer inwoners in staat worden gesteld om zelf (mede)vorm te geven aan dat wat bijdraagt aan gezondheid, zelfzorg en samenzorg dat dit leidt tot minder vraag naar passende zorg. Daarom willen we (vijf) burgerinitiatieven of wijken een budget ter beschikking stellen waarmee ze de voor hen meest passende interventies/activiteiten kunnen ontwikkelen die leiden tot 'een gezonde omgeving' waarbinnen zelfzorg en samenzorg vanzelfsprekend is. Wij zien dit als een ontwikkelproces en hebben hiervoor geld opgenomen in de begroting.

12.2 Duurzame financiering

De transformatie is niet afgerond na afloop van het IZA. De transformatiemiddelen maken het mogelijk dit transformatieproces aan te jagen, maar een duurzame voortzetting vraagt om een passende financieringsstructuur die aansluit bij de doelstellingen van SiG. De duurzame financiering en borging van interventies zijn daarom een cruciale pijler binnen het transformatieplan. Door strategisch gebruik te maken van de transformatiegelden, samen te werken met financiers en te investeren in de verankering van kennis en infrastructuur, werken de deelnemende organisaties gezamenlijk aan een toekomstbestendig zorgsysteem.

Hoewel nu nog onduidelijk is hoe deze duurzame transformatie er exact uit ziet, zijn we zeker van het feit dat er veel gaat veranderen. Daarom investeren we met elkaar in een lerend proces waarbij we met behulp van onze monitorings-, en evaluatiedata, gecombineerd met ervarings- en kennisdata gezamenlijk de kaders van een nieuw

financieringsmodel inkleuren. Dit model moet aansluiten bij de uitgangspunten van het huidige stelsel én voldoende ruimte bieden voor ons als samenwerkingsverband om vorm te kunnen blijven geven aan onze unieke transformatieopgave. Omdat de uiteindelijke invulling nog onbekend is, nemen we in de aanvraag middelen op om dit leerproces gericht vorm te geven.

12.3 Passende governance

De huidige governance- en verantwoordingsstructuur is afgestemd op de uitvoering van het IZA-plan. Tegelijkertijd erkennen we dat de transformatie een bredere beweging omvat dan alleen het IZA. Daarom is de opgave binnen de SiG-regio toe te werken naar een governance-structuur die aansluit bij de gehele transformatiebeweging.

Deze governance moet waarborgen dat verschillende initiatieven, opgaven en netwerken binnen SiG samenkomen en worden gedreven vanuit een daadkrachtige aansturing. Op deze manier wordt geborgd dat binnen SiG de verschillende stromen, opgaven en netwerken bij elkaar komen en vanuit een eenduidige missie worden gedreven. Dit vraagt om een vernieuwende vorm waarin partijen effectief kunnen samenwerken zonder dat individuele organisaties hun autonomie verliezen. Bovendien zal deze governance vorm moeten aansluiten bij het te ontwikkelen financieringsmodel, zodat beide randvoorwaarden elkaar versterken. Het lerend proces, zoals benoemd in 12.2, zal dus ook input geven voor de wijze waarop de duurzame governance vorm zal krijgen.

12.4 Data gedreven werken

We kunnen vaststellen dat uitwisseling van data en informatie een belangrijke randvoorwaarde is in het ontwikkelen van nieuwe interventies én het verantwoorden daarvan. We constateren ook dat er nog geen brede visie is in de regio op het gebied van data gedreven werken. Dit maakt dat momenteel per vraagstuk/interventie gekeken wordt wat er

nodig is en hier in meer of mindere mate een pragmatische oplossing voor wordt gekozen.

De ambitie is groot. Als we toewerken naar een nieuw financieringsmodel met bijbehorende governance dan vraagt dit ook om passende sturingsdata. Als we zeker willen weten dat de euro die we uitgeven de meeste gezondheidsimpact maakt dan is het randvoorwaardelijk dat we dit kunnen meten. Om dit te realiseren wordt binnen SiG in de komende fase gewerkt aan een visie op data gedreven werken. Dit maakt het mogelijk om vanuit een breder perspectief gericht toe te werken naar een hybride netwerk waarin data- en informatie uitwisseling mogelijk is op zowel primair als secundair niveau.

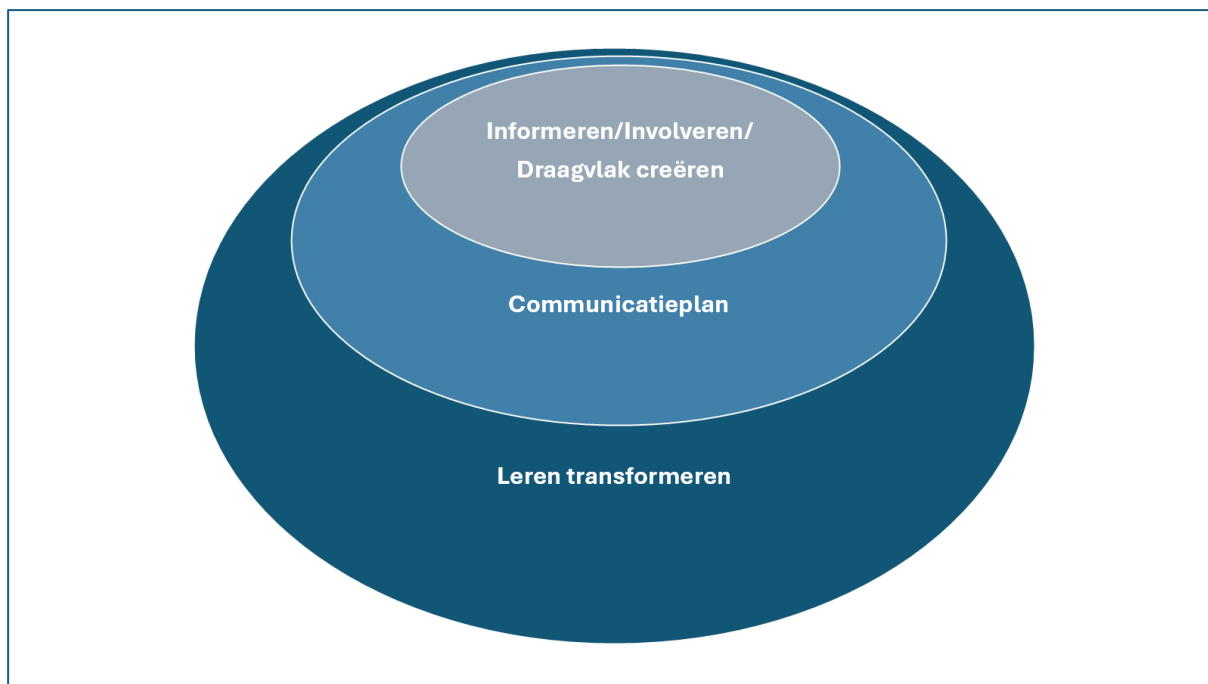
Het lijkt logisch om hierbij zoveel mogelijk aan te sluiten bij de ontwikkelingen die binnen het project hybride netwerk van Mooi Maasvallei worden opgezet en die in nauwe relatie met het RSO worden uitgevoerd.

Ook hiervoor geldt dat we nu nog niet exact kunnen omschrijven hoe de invulling van de randvoorwaarde monitoring en data er op de lange termijn uit ziet maar we weten wel dat we ons hierop moeten ontwikkelen.

12.5 Lerend proces

Zoals beschreven weten we voor de middenlange termijn wat we nodig hebben aan randvoorwaarden maar kunnen we voor de lange termijn uitsluitend contouren schetsen die verdere invulling nodig hebben. Dit is geheel logisch bij transformeren omdat we nog niet exact weten waar we eindigen. Het vraagt dus om een lerend proces waarbij we de tijd nemen om op basis van wat we anders gaan doen passende randvoorwaarden in te richten. Op basis van de inhoud, aangevuld met benodigde data en expertise willen we in de looptijd van het IZA duurzame randvoorwaarden bouwen door invulling te geven aan een **duurzaam financieringsmodel, passende governance, een visie op datagedreven werken en de rol van inwoners in dit geheel.**

13. Communiceren en leren transformeren



Transformeren is meer dan alleen het implementeren van een aantal belangrijke interventies.

Communicatie is een belangrijke randvoorwaarde bij transformeren. De veranderingen die plaats vinden vragen veel van alle betrokkenen wat het belangrijk maakt om gezamenlijk begrip van de situatie te hebben én de wil om gezamenlijk te veranderen te stimuleren.

13.1 Draagvlak creëren

Er zit een grens aan de zorg en dat betekent dat inwoners, professionals en organisaties allemaal op een andere manier moeten leren samenwerken om de zorg die écht nodig is te kunnen blijven garanderen. Communicatie is hierbij cruciaal. Er is dan ook veel energie gestopt in het meenemen van alle betrokkenen zodat het een gedragen transformatie is én geen plan van het transformatieteam. Er is met elkaar gewerkt aan een gezamenlijk narratief en we dragen zorg voor heldere communicatie over wat we doen, met welk doel en welk effect dit heeft.

13.2 Communicatieplan

Er is een eerste aanzet voor de communicatie-aanpak van Samen in Gezondheid (SiG) omschreven. Zodra het transformatieplan is goedgekeurd en het vast staat waar we in de regio op in zetten, dient de communicatiestrategie verder uitgediept te worden.

Het **doel van de communicatie-aanpak** is om de implementatie van het SiG-transformatieplan (het anders denken, organiseren en doen) succesvol te begeleiden. Om daartoe te komen maken we in dit hoofdstuk en de bijlagen onderscheid tussen korte termijn (de tijd tot aan goedkeuring van het transformatieplan) en middellange termijn (de daadwerkelijke implementatie van het transformatieplan). De lange termijn communicatie (het verduurzamen van Samen in Gezondheid) laten we in dit plan vooralsnog buiten beschouwing en wordt onderdeel van het project 'Duurzaam financieren'.

Vooraf: vormen van communicatie

Het transformatieplan heeft invloed op een breed scala aan doelgroepen die ieder op een ander moment geïnformeerd moeten worden over de beweging die we in de regio in gang zetten (**programmamacommunicatie**). Een belangrijke randvoorwaarde voordat we hiermee kunnen starten, is het creëren van draagvlak onder betrokken organisaties en andere stakeholders in de regio (**stakeholdercommunicatie**). We involveren de communicatie-afdelingen van betrokken organisaties en stakeholders bij het communiceren over SiG: we hebben elkaar nodig om de communicatie over SiG te laten slagen en iedere organisatie dient daar aan bij te dragen. Tegelijkertijd is het betrekken van inwoners (**inwonersparticipatie**) een van de randvoorwaarden van het transformatieplan, waar ook communicatie op ingezet moet worden.

In bijlage H lees je de uitwerking van dit communicatieplan en gaan we in op communicatiedoelstellingen, doelgroepen, de (kern)boodschap, communicatiekanalen-, middelen en resources.

13.3 Leren transformeren

Transformeren is meer dan alleen het implementeren van een aantal belangrijke interventies. Zoals in hoofdstuk 12 beschreven

gaat het ook over het realiseren van duurzame randvoorwaarden. Het continue meenemen van alle betrokkenen in het proces van transformeren is cruciaal. Zowel in het realiseren van de interventie én de randvoorwaarden als in de cultuurverandering die dit vraagt. Dit vraagt om het inrichten van een lerend proces (zoals beschreven) waarin op basis van wat de inhoud nodig heeft om op te schalen en te verduurzamen passende randvoorwaarden worden ontwikkeld. We richten dan ook een proces in waarin gebruik gemaakt wordt van de aanwezige data en ervaring, state of the art kennis en expertise wordt ingezet en vooral met elkaar wordt onderzocht wat voor SiG de beste invulling is van de randvoorwaarden, rekening houdend met de context waarin de regio zich bevindt. Het vraagt echter ook om een aanpak waarin alle betrokkenen voortdurend meegenomen worden. Dit geldt voor organisaties, professionals maar zeker ook voor inwoners. Door de Samenwerkwijze als fundament in te zetten onder de gehele SiG transformatie wordt iedereen uitgedaagd om na te denken over wat hij/zij wil, kan en nodig heeft. Dit zullen we op allerlei manieren stimuleren en daar een passende communicatiestrategie op aan laten sluiten. Leren transformeren doe je ten slotte niet alleen, dat kan alleen gezamenlijk

Bijlage A. Interventies Samen Gezond

Bijlage B. Interventies Vitaal Ouder

Bijlage C. Interventies Mentaal Gezond

Bijlage D. Samenwerkwijze

Bijlage E. Randvoorwaarden

Bijlage F. Impacttabellen en impactberekeningen

Bijlage G. KPI overzicht

Bijlage H. Communicatieplan

Bijlage I. Visualisatie impactbomen