Technische vragen raadsvergadering 13 november 2025

Instemming beleidsprogramma Sociaal Domein 2026-2030		
Fractie	**Vragen**	**Antwoorden**
HIER	1. Pag. 13. Daarmee beogen we de komende jaren een impact te realiseren op de kosten van zorg en welzijn van 103 mln." Wat wordt hier bedoeld? Levert het transformatieplan een besparing van 103 miljoen op? Over welke jaren en wat gaan we dan anders doen dan nu?	Hier wordt bedoeld dat we met alle interventies uit het transformatieplan verwachten een demping van 103 miljoen te realiseren op de te verwachte stijgende kosten in zorg en welzijn. Dit gaat over de jaren tot 2028. Met diverse interventies beogen we slimmer en efficiënter te werken en de samenwerking tussen zorg en sociaal domein te versterken wat uiteindelijk leidt tot besparingen.
	2. Pag. 14: Hoe passen de huisarts en de POH GGZ jeugd in het streven naar demedicalisering? Huisartsen denken nog vaak (en logisch) aan medische oplossingen terwijl sociaal maatschappelijke oplossingen wellicht een betere oplossing zijn.	We overleggen regelmatig met huisartsen en POH GGZ jeugd om hen bewust te maken van het brede aanbod in onze gemeente, zoals welzijnsactiviteiten en laagdrempelige ondersteuning. Zo helpen we hen om niet alleen naar medische oplossingen te kijken, maar ook naar sociaal-maatschappelijke alternatieven die vaak beter passen bij de situatie van jongeren. Op die manier dragen we samen bij aan het verminderen van onnodige medicalisering.
	3. Pag. 17: Wat wordt bedoeld met gebiedsgerichte financiering?	Gemeenten bepalen zelf hoe ze zorg willen in kopen. Dan kan globaal via een keuze uit drie bekostigingsmodellen; inspanningsgerichte, resultaatgerichte of taakgerichte bekostiging. Bij

		taakgerichte bekostiging krijgt één (of meerdere) zorgaanbieders een budget voor het leveren van een taak, in dit geval zorg aan een bepaalde groep inwoners (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging) in een bepaald gebied (wijk). We noemen dit ook wel gebiedsgerichte financiering
	4. Pag. 19: Normaliseren van problematiek: Op welke manieren stuurt en monitort de gemeente ook op de effecten van de inzet van organisaties om te komen tot normaliseren? Wordt deze opdracht meegenomen als voorwaarde voor subsidie of aanbesteding? Wordt aan organisaties gevraagd hiervoor een plan van aanpak in de eigen organisatie aan te leveren?	Normaliseren is niet direct simpel in een cijfer uit te drukken. We willen normaliseren door middel van de manier waarop professionals en organisaties hun basishouding, gespreksvaardigheden en het centraal stellen van de context (bepalen of iets echt problematisch is, of juist een normale reactie op een bepaalde situatie) implementeren in hun werk. Door te normaliseren stimuleer je zelfredzaamheid, benut je het eigen netwerk en voorkom je onnodige medicalisering. Normaliseren is een culturele verandering die diep verankerd moet raken in de organisaties en de visie van professionals. Het vereist een lange adem, omdat het een fundamentele verschuiving in de kijk op opvoeden en opgroeien impliceert. Normaliseren vraagt om een integrale aanpak binnen beleid, praktijk en communicatie. We zullen samen met de partners hiervoor een projectplan opstellen. Meenemen als voorwaarde voor subsidie of aanbesteding is nu niet aan de orde.

	5. Pag. 44: Tactisch doel: “door wijkgericht werken … minder gezondheidsachterstanden.” Vraag: Wat/wie zijn hier de kwetsbare doelgroepen? Hoe krijgen we de volledig in kaart?	De doelgroep zijn mensen met gezondheidsachterstanden. Dit kunnen zijn financieel kwetsbare inwoners, inwoners met postinfectieuze ziekten, inwoners met een lagere sociaaleconomische status of inwoners met een migratieachtregrond. We krijgen deze doelgroep in kaart door gebruik te maken van de gegevens van CBS en de GGD gezondheidsmonitors.
	6. De resultaten worden gemeten via de GGD Gezondheidsmonitor. Vraag: is de GGD gezondheidsmonitor beschikbaar per wijk?	Ja de GGD gezondheidsmonitor is op wijkniveau beschikbaar.
	7. Pag 46: Wat zijn de vijf pilotwijken?	Veghel Zuid, Bloemenwijk Schijndel, De Kienehoef Sint-Oedenrode, Boerdonk en Eerde
	8. Pag. 51: Welke definitie van sociale basis wordt hier gebruikt?	De sociale basis is het geheel van formele en informele netwerken, voorzieningen, activiteiten en ondersteuning in buurten, wijken of dorpen. Die bijdragen aan het meedoen, welzijn en de zelfredzaamheid van inwoners (GALA definitie)
	9. Hoe worden jeugd- en jongerenwerkers/ preventiemedewerkers/ GGD consulenten concreet betrokken bij de uitwerking van deze data-gestuurde aanpak? Hoe zorgen we ervoor dat de registratielast werkbaar blijft en niet ten koste gaat van de tijd die beschikbaar is voor het daadwerkelijke werk met inwoners?	Samen met onze partners gebruiken we beschikbare gegevens om beter richting te geven aan ons werk in het sociaal domein. Technologie, zoals e-health, helpt professionals om hun tijd efficiënter te besteden en geeft inwoners meer grip op hun eigen situatie. In het jongerenwerk worden gegevens vastgelegd in de Social Support App. Daarin staat onder meer hoeveel ontmoetingen er zijn geweest, welke signalen per buurt spelen en welke thema’s met jongeren zijn besproken, zoals alcohol, drugs, eenzaamheid en mentale gezondheid. Deze informatie wordt twee keer per jaar gedeeld en vormt samen met de signalen uit het overleg tussen beleidsmedewerkers en de

		jongerenwerkleiding de basis voor het afstemmingsoverleg dat elke zes weken plaatsvindt. Daarnaast is er regelmatig overleg met partners als Halt, Novadic-Kentron, onderwijs, het CJG en veiligheid. Daarin worden trends besproken en interventies op elkaar afgestemd. Door het gebruik van digitale hulpmiddelen en een duidelijke overlegstructuur blijft de administratieve last beperkt. Zo houden professionals genoeg tijd over voor persoonlijk contact met jongeren en kunnen zij hun werk gericht en effectief uitvoeren.
	10. Welke prestatie-indicatoren worden gehanteerd voor preventief werk? Preventie levert vaak pas op lange termijn zichtbare resultaten op. Hoe wordt voorkomen dat we te veel focussen op kwantitatieve, korte termijnresultaten in plaats van kwalitatieve, langetermijneffecten?	Voor preventief werk gebruiken we zowel kwantitatieve als kwalitatieve prestatie-indicatoren. Kwantitatief kijken we naar aantallen: hoeveel inwoners of jongeren worden bereikt, hoe snel er op vragen wordt gereageerd en of doorverwijzingen naar passende hulp of activiteiten plaatsvinden. Kwalitatief meten we of de ondersteuning en activiteiten aansluiten bij de behoeften van inwoners, jongeren en ouders, en of zij er daadwerkelijk iets aan hebben. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar directe resultaten, maar ook naar de ontwikkeling op de langere termijn, zoals versterking van eigen regie, veerkracht en onderlinge betrokkenheid in wijken en kernen. Om te voorkomen dat de aandacht te veel naar korte-termijncijfers verschuift, volgt het jongerenwerk bijvoorbeeld trends en ontwikkelingen via het registratiesysteem Social Support. Daarnaast organiseren we elke 6 weken een signaleringsoverleg

		Jeugd, met partners als Halt, Novadic-Kentron, jongerenwerk, Onderwijs, politie, boa's, Sociaal Team. In die overleggen worden data, signalen, trends en ontwikkelingen met elkaar gedeeld, zodat ook kwalitatieve inzichten worden meegenomen in de beoordeling van resultaten. Het aanbod wordt regelmatig bijgesteld op basis van deze brede blik. Zo houden we balans tussen meten wat direct zichtbaar is en investeren in duurzame, preventieve effecten.
LOKAAL	1. De vergrijzing in onze gemeente is hoger dan bij de referentiegemeenten, wat betekent dat dit naar verwachting extra financiële middelen zal vereisen. Welke maatregelen neemt het college om hiermee om te gaan, gezien de stijgende kosten?	Het college heeft in haar plan rekening gehouden met cijfers van de vergrijzing en de verwachte stijging de komende jaren. In ons beleid plegen we daarom veel inzet op preventie, het versterken van de sociale basis, het bouwen aan zorgzame wijken en buurten en allerlei interventies die gericht zijn op de oudere doelgroep. Dit gebeurt vanuit de verschillende thema's zoals mantelzorg, eenzaamheid, dementievriendelijke gemeente etc.
VVD	**Hoofdstuk 1 – Van Visie naar Programma (p. 7-20)** 1. (p. 5) Hoe wordt jaarlijks geëvalueerd of de verhouding (40% van de begroting naar sociaal domein) houdbaar is?	Er is geen verhouding vastgesteld. Historisch gezien is eveneens een groot deel van de Algemene Uitkering toebedeeld voor de uitvoering van taken in het sociaal domein. De gemeenteraad heeft budgetrecht en bepaalt wat er aan het sociaal domein wordt uitgegeven.
	2. (p. 11) Welke rekenmethodiek wordt gebruikt om de effecten van de vier ontwikkelopgaven op toekomstige kosten door te rekenen?	Die is nog niet bepaald. Er zijn verschillende methoden om onze inzet te meten. Hiervoor is nog geen keuze gemaakt. In 2026 gaan we de verschillende methoden vergelijken en daar een keuze uit maken. Het gaat om het meten van het maatschappelijke rendement en inzet preventie.

	3. (p. 11) Hoe wordt concreet gestuurd op de kosten en baten van de ontwikkelopgaven?	Voor de zorgtransitie zijn prestatie indicatoren vastgesteld in het transformatieplan IZA/SIG. Voor normaliseren moeten we eerst nog een projectplan opstellen.
	4. (p. 12) Hoe wordt de beoogde besparing van € 103 mln. in het SiG-transformatieplan gemonitord en verdeeld?	Er zijn impactbepalingen gedaan die als basis hebben gediend voor het plan en de benodigde KPI's. Deze KPI's zijn de meetpunten waarop halfjaarlijks verantwoord wordt en waarop dus ook gemonitord wordt. De beoogde besparing is in de impactbepalingen al verdeeld naar domeinen. Het gaat om een beoogde besparing op de te verwachten groei, ofwel een demping van deze groei. Zoals ook gecommuniceerd in de raadsinformatiebrief van 30 september is het transformatieplan inmiddels goedgekeurd maar de landelijke pot met transformatiemiddelen is leeg. Daardoor zijn er op dit moment geen middelen beschikbaar. Ons plan is daarom op een wachtlijst gezet, voor het geval er nog extra transformatiemiddelen (geld) toegevoegd gaan worden. Een uitzondering geldt voor het onderdeel “Mentaal Gezond", waarvoor wél middelen zijn gereserveerd. Samen met onze regiopartners kijken we in hoeverre deze gereserveerde middelen ook toegekend worden en hoe we hier de komende periode concreet invulling aan kunnen geven.
	5. (p. 13) Hoe wordt het bedrag van € 40,7 mln. transformatiegelden verdeeld per thema en per jaar?	Het plan heeft gedetailleerde uitwerkingen van alle KPI's, impactbepalingen en aangevraagde middelen. Deze middelen zijn al verdeeld in halfjaarlijkse momenten en aan de interventies toebedeeld. Bij het

		behalen van deze KPI's worden de bijbehorende middelen uitbetaald aan de betreffende domeinen.
	6. (p. 14) Welke indicatoren meten of “normaliseren” daadwerkelijk leidt tot minder instroom in specialistische jeugdzorg?	Normaliseren leidt tot minder instroom in specialistische hulp wanneer het eigen netwerk, informele steun en het voorliggend veld niet alleen goed beschikbaar zijn, maar ook als betrouwbaar en effectief worden ervaren. Indicatoren zoals instroomcijfers en inzet/gebruik van algemene voorzieningen kunnen inzicht geven in de mate waarin normaliseren daadwerkelijk werkt.
	7. (p. 16) Welke financiële besparingen verwacht het college van vermindering van administratieve lasten?	Dat kunnen we (nog) niet aangeven. Voor een deel zit dat bij onze partners en voor een deel bij onszelf. Daarom is het belangrijk dat we meer sturing op het sociaal domein organiseren zonder dat we daarmee administratieve last gaan verhogen. Artificial Intelligence kan daar naar verwachting helpend in zijn.
	8. (p. 16) Hoe wordt “gebiedsgerichte financiering” technisch ingericht, en hoe wordt voorkomen dat dit leidt tot hogere kosten?	Er is nog geen keuze genaakt voor gebiedsfinanciering. We gaan dit eerst nog verder onderzoeken. Daarnaast speelt dat we veel regionaal gezamenlijk zorg inkopen en we ons ook nog gaan oriënteren in welke mate we dat blijven doen.
	9. (p. 17) Hoe wordt de inkoop van zorg georganiseerd (open house, aanbesteding, resultaatsturing) en hoe wordt dit geëvalueerd?	Afhankelijk van het type ondersteuning, de markt en het aantal aanbieders, hanteren we verschillende inkoopvormen zoals (semi) open house, beschikbaarheidsfinanciering, PxQ en lumpsum.
	10. (p. 17) Welke kostendefinities worden gebruikt bij “sociaal en economisch rendement” en hoe wordt dit berekend?	Sociaal rendement is het aantal deelnemers dat we bereiken. Het economische rendement brengt de kostendekkendheid van een activiteit in beeld.
	11. (p. 17) Hoe wordt voorkomen dat de stijgende zorgvraag door vergrijzing leidt tot onbeheersbare kosten?	Zie antwoord vraag Lokaal.

	12. (p. 18) Hoe worden prijsstijgingen van zorgcontracten verwerkt in de meerjarenraming?	Met de zorgaanbieders zijn meerjarencontracten afgesloten waarin is vastgelegd hoe de indexering wordt berekend. Deze indexeringen zijn op het moment van begroten nog niet bekend en worden later bij de Berap bijgeraamd ten laste van de stelpost Indexering.
	13. (p. 18) Hoeveel extra kosten worden geraamd door krapte op de arbeidsmarkt, bijv. inhuur externen?	Dat kunnen we (nog) niet aangeven. In de tekst slaat het niet alleen op de gemeente maar op de gehele zorg.
	14. (p. 19) Welke verdeelsleutel wordt toegepast bij inzet van middelen uit de bestemmingsreserve?	Er is geen verdeelsleutel toegepast. De bestemmingsreserve is de resultante van een bestuurlijke afweging.
	15. (p. 19) Hoe worden SPUK-gelden administratief gescheiden van reguliere middelen?	SPUK gelden krijgen meestal een apart administratienummer zodat de besteding van deze middelen goed te volgen is.
	16. (p. 19) Welke financiële buffers zijn ingebouwd voor beleidswijzigingen of kortingen vanuit het Rijk?	De Algemene Reserve. Daarnaast hebben we regionaal een bestemmingsreserve Beschermd Wonen. Aan de hand van de inschatting van risico's wordt hierbij een minimale hoogte aangehouden. Een eventueel restant wordt jaarlijks uitgekeerd aan de regiogemeenten.
	17. (p. 19) Hoe groot acht u het risico dat kosten sociaal domein de begroting van andere domeinen verdringen?	Zowel de P-wet, Wmo als de jeugdwet zijn open einde regelingen. Dat betekent dat de gemeente verplicht is om zorg voor inwoners die dat nodig hebben, toe te kennen. We verwachten op langere termijn dat ivm ontgroening de kosten voor de Jeugdzorg niet veel verder zullen oplopen. De Wmo aanvragen zullen ivm de vergrijzing toenemen. Het is daarom belangrijk om in preventie, collectivering en normalisering te investeren om de kosten beheersbaar te houden.

		We worden regelmatig (deels) gecompenseerd door het Rijk als de kosten stijgen. Uiteindelijk ook een bestuurlijke keuze die bij de besluitvorming over de begroting wordt gemaakt.
	18. (p. 20) Welke software/dashboards worden gebruikt voor het Dashboard Sociaal Domein en hoe wordt dit beheerd?	X-Works / Suite. Wordt beheerd door gemeentelijke afdeling Datalab.
	19. (p. 20) Hoe borgt het college dat de 4G-monitor (eens per 2 jaar) voldoende actueel is om tijdig te sturen op kosten?	We zijn afhankelijk van de verschijningsdata externe bronnen. Die bepalen de actualiteitswaarde. Bij het opstellen van de 4G monitor maken we gebruik van de meest actuele informatie.
	Hoofdstuk 2 – Beleidsprogramma (p. 21-34) **Geluk (p. 21-24)** 20. (p. 23) Hoeveel urgentiewoningen (Urgentie+) zijn de afgelopen 3 jaar toegewezen en wat was de doorlooptijd?	In 2022 zijn er in totaal 7 woningen via Urgentie+ verhuurd, in 2023 lag dat aantal op 23 woningen en in 2024 op 26 woningen. Via deze woningen hebben in totaal 101 personen onderdak. De doorlooptijden verschillen afhankelijk van het aanbod op dat moment.
	21. (p. 23) Hoe wordt deelname van vrijwilligers technisch geregistreerd en hoe wordt overbelasting gemeten?	Vrijwilligers via het vrijwilligerspunt Meierijstad zijn bekend bij onze welzijnspartner die dit beheert. Overbelasting wordt niet gemeten. Indien er sprake is van overbelasting van vrijwilligers, is het vrijwilligerspunt beschikbaar om hierin mee te denken.
	Gezondheid (p. 25-27) 22. (p. 26) Welke meetmethodiek wordt gebruikt om effecten van valpreventie vast te stellen (bijv. aantal valincidenten per 1.000 inwoners)?	De effecten van valpreventie worden landelijk vastgesteld met behulp van het Letsel Informatie Systeem (LIS). LIS registreert gegevens over letsels en ongevallen die op de Spoedeisende Hulp-afdelingen van een representatieve steekproef van Nederlandse ziekenhuizen worden behandeld. Op basis van deze gegevens kan het aantal valincidenten per 1.000 inwoners worden geschat en trends op landelijk niveau worden gevolgd.

		Lokaal registreren we het aantal deelnemers aan de valrisico analyse (0-meting). Inwoners met een verhoogd risico volgen vervolgens een interventie. Aan het einde van de interventie nemen we nogmaals de analyse af (1-meting) en begeleiden we mensen naar structureel beweegaanbod. Vervolgens organiseren we enkele maanden later een terugkomdag waar een 2 meting wordt afgenomen. Daarnaast maken we gebruik van de resultaten uit de onderzoeken van de GGD die ook onderzoek doen naar de effecten van valpreventie.
	23. (p. 26) Hoe wordt het gebruik van alcohol, roken en vapen bij jongeren in Meierijstad gemonitord en met welke bronnen?	Uit de Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 van de GGD Hart voor Brabant (bron) blijkt dat het gebruik onder jongeren in Meierijstad relatief hoog is: 20% van de jongeren is in de afgelopen vier weken weleens dronken geweest (regio 18%) en 25% heeft in die periode vijf of meer glazen alcohol gedronken (regio 21%). Hoewel het gebruik vooral voorkomt in klas 4, drinken ook jongeren in klas 2 al. In Meierijstad hanteren we een brede aanpak. We werken aan bewustwording, normverandering en een gezondere leefstijl. Het blijft daarbij belangrijk om de cijfers uit de gezondheidsmonitor van de GGD goed te blijven volgen, zodat zichtbaar wordt wat de acties daadwerkelijk opleveren.
	24. (p. 27) Hoeveel ontmoetingsvoorzieningen worden gesubsidieerd en wat zijn de gemiddelde kosten per voorziening?	Meierijstad kent een breed scala aan voorzieningen waar ontmoeten en activiteiten in de wijk mogelijk is. Deels gebeurt dit in gemeentelijke panden, zoals wijk-

		en gemeenschapshuizen en MFA's, maar ook in panden die in eigendom zijn van wooncorporaties, particulieren, stichtingen en geloofsgemeenschappen. Hiervan wordt een deel gesubsidieerd en een deel niet. Bij de gesubsidieerde voorzieningen is de hoogte van de subsidie afhankelijk van o.a. huurprijs, gehuurde m2, aantal activiteiten en het wel of niet beheren van een gymzaal.
	25. (p. 27) Welke technische methode wordt gebruikt om de effecten van "zorgzame wijken" te meten?	Zie antwoord vraag 2 VVD
	Gezin (p. 28-32) 26. (p. 29) Welke data worden verzameld over scheidingen en gebruik van Adviespunt Kind en Scheiding?	De volgende data wordt verzameld: • Wie stelt de vraag (initialen of naam organisatie/school o.i.d.)? • Wanneer is de vraag binnengekomen? • Uit welke kern van de gemeente M. komt de vraagsteller? • Hoe is degene terecht gekomen bij het AKS? • Vorm van contact (mail, telefoon, fysiek spreekuur) • Duur activiteit • Hulpvraag (thema) • Resultaat (afgehandeld binnen het spreekuur, verwezen en zo ja naar wie (AMW, Jeugd, juridisch loket, advocaat/mediator, bepaalde websites, preventief aanbod zoals groepen en/of online trainingen. • Welke medewerker heeft de actie uitgevoerd?
	1. (p. 30) Welke norm hanteert Meierijstad voor maximale wachttijd bij jeugdzorgtoegang en hoe wordt dit gemeten?	In onze integrale verordening staat opgenomen dat de beslistermijn binnen 8 weken na aanvraag of melding plaats moet vinden.

		De kwaliteitsmedewerkers toetsen wekelijks de aanmeldlijst.
	2. (p. 30) Hoe worden wachttijden bij specialistische jeugdzorg technisch geregistreerd (registratiesysteem, meetmomenten)?	Deze worden bijgehouden door het Regionale inkooporganisatie zorg (RIOZ) en staan vermeld op de website van RIOZ. Aanbieders moeten dit zelf bijhouden en zou up to date moeten zijn.
	3. (p. 31) Hoeveel jongeren maken gebruik van preventieve jeugdzorg versus specialistische zorg en hoe wordt dit uitgesplitst?	Wij registeren niet hoeveel jongeren deelnemen aan het preventieve aanbod. Bij voorlichtingen in de klas door HALT wordt bijvoorbeeld niet op aantallen in elke klas geregistreerd. Het aantal openstaande beschikkingen specialistische jeugdzorg rapporteren wij in het dashboard sociaal domein.
	Geld (p. 31-34) 4. (p. 32) Hoeveel inwoners maken jaarlijks gebruik van schuldhulpverlening, uitgesplitst naar fase (vroegsignalering, stabilisatie, sanering, nazorg)?	De beschikbare cijfers over schuldhulpverlening zijn terug te vinden in het dashboard sociaal domein. Het aantal deelnemers uitgesplitst naar fase wordt niet standaard geregistreerd. Het beantwoorden van deze vraag zou daarom zeer tijdrovend zijn en daarmee niet haalbaar binnen de geldende termijnen voor de beantwoording van technische vragen.
	5. (p. 34) Hoe wordt effectiviteit van trajecten rond arbeidsmarktdeelname gemeten (doorstroomcijfers, uitstroompercentages)?	De effectiviteit van trajecten gericht op arbeidsmarktdeelname wordt gemeten aan de hand van vooraf bepaalde doelen per traject. Denk aan uitstroom naar werk, scholing of participatie. Gemeente monitoren doorstroom- en uitstroomcijfers en toetsen of de gestelde doelen zijn behaald. Daarnaast worden klantbeleving en benchmarkgegevens (zoals van Divosa) gebruikt om de resultaten te duiden en de uitvoering waar nodig bij te stellen.

		Op dit moment wordt nog niet bijgehouden in hoeveel trajecten de vooraf gestelde doelen daadwerkelijk worden behaald. Dit moet worden ingericht om beter inzicht te krijgen in de effectiviteit van de trajecten en gerichter te kunnen sturen op resultaat.
D66	1. Eén van de ontwikkelopgaven in het sociaal domein is normaliseren. Wat zijn de motieven om hierop in te zetten? Hoe wordt aan deze ontwikkelopgave concreet gewerkt? Welke acties worden hiervoor ingezet?	Zie antwoord vraag HIER en vraag van VVD
	2. Van 25 september tot 1 oktober 2025 was de week tegen eenzaamheid. Het rekenkameronderzoek uit 2022 bevatte diverse adviezen en er is een coalitie tegen eenzaamheid. Hoe/waar is de rol van de coalitie zichtbaar in het beleid- en uitvoeringsplan? Is er momenteel een integraal beleid tegen eenzaamheid? Wat wordt gedaan om deze vaak niet zichtbare groep te bereiken? Het verminderen van eenzaamheid wordt op diverse plaatsen als doel genoemd. Maar hoe komt het qua activiteiten in het beleids- en uitvoeringsprogramma tot uiting?	Eenzaamheid komt terug in de gezondheidsnota, het uitvoeringsplan gezondheid/gala als het Beleids- en uitvoeringsprogramma Sociaal Domein. Vanuit een in 2018 opgerichte coalitie, geven we samen met onze partners richting aan dit thema. Het bestrijden van eenzaamheid is als opdracht verankerd in de opdracht aan onze welzijnspartner – een van de partners in die coalitie - en wordt zowel vanuit daar als gemeente Meierijstad gestimuleerd. Hierbij worden gerichte interventies bedacht, uitgevoerd en gemonitord. Als voorbeeld: de afgelopen periode lag de focus op bepaalde doelgroepen zoals jonge moeders. Het rekenkameronderzoek van 2022 bood handvatten voor doorontwikkeling van een beter sluitend aanbod. We onderzoeken daarom hoe we beter kunnen meten en een relatie kunnen leggen tussen interventie en effect in het bestrijden van eenzaamheid.
	3. Het bereiken van doelgroepen speelt bij veel beleidsprogramma’s een rol. Is er een samenhangend activiteitenpakket gericht op het bereiken van doelgroepen? Hoe heeft daarin niet digitale communicatie (of omgaan met digibeten) een plaats?	Binnen beleidsprogramma’s wordt per thema en activiteit gekeken welke doelgroepen worden benaderd, op basis van data, onderzoek en praktijkervaring. Elke doelgroep vraagt om een eigen

		aanpak, afgestemd op specifieke kenmerken en behoeften. Tegelijkertijd wordt gezocht naar samenhang tussen de verschillende activiteiten, zodat het geheel effectief en doelgericht blijft. Voor inwoners met beperkte digitale vaardigheden is er expliciet aandacht voor niet-digitale communicatie, persoonlijke ondersteuning en trainingen in digitale vaardigheden. Denk aan fysieke spreekuren, huisbezoeken, telefonische hulp en samenwerking met lokale partners zoals bibliotheken en wijkteams.
	4. In 2040 is meer dan 1 op de 4 inwoners van Nederland 65+. Op verschillende plaatsen wordt grote zelfredzaamheid van ouderen als doel genoemd. Wat wordt gedaan om de zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen?	Ouderen worden ondersteund in het meer zelfredzaam worden doordat we zorgen dat we voorzieningen laagdrempelig inrichten, dicht bij inwoners in de wijk/kern aanwezig zijn en zorgen dat deskundigheid en informatie voor hen makkelijk toegankelijk is. Hier werken we samen met onze maatschappelijke partners voortdurend aan en dit geldt ook voor andere doelgroepen.
	5. Ook een dementievriendelijke gemeente genoemd. Wat gaat de gemeente doen om de woonomgeving dementievriendelijker te maken?	We zetten ons in om meer bekendheid te geven aan het thema, zodat mensen met dementie langer mee kunnen doen en er meer acceptatie ontstaat. Activiteiten die wij daarvoor geschikt achten, vindt u terug op p.41.
	6. Bij het thema gezin is er een paragraaf over onderwijs en opvang. De investeringen in kinderopvang worden meegenomen bij investeringen in onderwijshuisvesting. Hoe wordt de verbinding tussen deze investeringen en de doorwerking naar het sociaal beleid gelegd?	Er is geen directe financiële relatie tussen onderwijshuisvesting en het sociaal domein. Via de LEA (Lokale Educatieve Agenda) wordt de verbinding tussen sociaal domein en onderwijs / kinderopvang op inhoud vorm gegeven.

	7. Er wordt ingezet op datagestuurd werken, werken met prestatie-indicatoren en monitoring en evaluatie. Hoe wordt de verbinding tussen de activiteiten in het sociaal domein en de prestaties op de indicatoren gelegd? Hoe wordt dit gedaan voor preventie? Zijn er indicatoren voor vroegsignalering?	We gaan hierover jaarlijks een rapportage opstellen. In de rapportage leggen we het verband tussen de prestatie indicatoren en de uitgevoerde activiteiten. Voor preventie gaan we nog een methode selecteren in 2026 om dat te kunnen meten. Er zijn geen data en er zijn geen indicatoren voor vroegsignalering.