



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden voor de **transformatie van zorg naar gezondheid**

Tussenrapportage Lerende evaluatie Regionale Samenwerking

RIVM rapport 2025-0044



**Vormgeving en inrichting van
domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden
voor de transformatie van zorg naar
gezondheid**

Tussenrapportage Lerende evaluatie Regionale Samenwerking

RIVM-rapport 2025-0044

Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2025-0044

M. Vugts (auteur), RIVM
Z. Scheefhals (auteur), RIVM
S. Vader (auteur), RIVM
P. Reckman (auteur), RIVM
N. van Vooren (auteur), RIVM

Contact:

Natascha van Vooren
Volksgezondheid, Zorg en Maatschappij / Gezondheid en Zorg Nationaal
natascha.van.vooren@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van VWS.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden voor de transformatie van zorg naar gezondheid

Tussenrapportage Lerende evaluatie Regionale Samenwerking

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland staat onder druk. De Nederlandse bevolking heeft de komende jaren meer zorg nodig die ook complexer is, omdat steeds meer mensen chronisch ziek zijn. Verder stijgen de kosten en wordt het tekort aan zorgpersoneel steeds groter.

Een manier om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, is dat het medisch en sociaal domein regionaal samenwerken. Dat is in 2022 in het Integrale Zorgakkoord (IZA) afgesproken. Samen werken deze partijen aan passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënten en met de nadruk op gezondheid. Een gedeelde visie en goede afspraken zijn daarvoor belangrijk. Het RIVM brengt daarom tot 2027 de ontwikkeling en de lessen van regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in kaart. Dit deelonderzoek richt zich op de manier waarop de samenwerkingsverbanden worden georganiseerd.

Sinds 2022 zijn veel domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden een onderdeel geworden van een grotere regio waarin partijen samen werken aan het IZA. Of ze overlappen helemaal met de IZA-regio's. Het RIVM ziet wel grote verschillen tussen de samenwerkingsverbanden. Sommige richten zich op één doelgroep, bijvoorbeeld op mensen met dementie of op kinderen. Andere richten zich op de gezondheid van inwoners van een hele gemeente of een IZA-regio. Daar zijn vaak meer organisaties bij betrokken, wat vraagt om meer afstemming.

In de samenwerkingsverbanden zijn vooral veranderingen gezien op het gebied van visie en strategie. Andere factoren die belangrijk zijn om de zorg samen anders vorm te geven, zijn nog weinig veranderd. Zoals afspraken over de verdeling van geld voor zorg en ondersteuning onder samenwerkende organisaties, en het betrekken van bewoners bij bestuurlijke beslissingen. Ook blijkt dat meer dan de helft van de samenwerkingsverbanden met een leerplan werkt, maar geleerde lessen niet altijd in de praktijk brengen.

Volgens managers van de samenwerkingsverbanden is het ingewikkeld om deze factoren te veranderen, omdat dat op verschillende 'lagen' moet worden geregeld: zowel in de organisaties zelf (uitvoering, management en bestuur) als op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Het is dan ook belangrijk om de veranderingen op al deze lagen in samenhang aan te pakken en waar nodig voorbij het eigen belang te kijken.

Kernwoorden: IZA, GALA, IZA-regio's, samenwerken, regionaal samenwerken, domeinoverstijgend samenwerken, medische zorg, sociaal domein, gemeenten, JZOJP

Synopsis

Design and organisation of regional cross-sector partnerships for transforming from healthcare systems towards health and wellbeing systems.

Reflexive monitor Regional collaboration

Accessibility of care is under pressure in the Netherlands. In the coming years, the Dutch population will need more care that is also more complex, because an increasing number of people are chronically ill. Moreover, costs are rising and the shortage of healthcare workers is increasing.

One way to maintain the quality of care and keep it accessible and affordable is for the medical and social domains to cooperate at regional level. This was agreed in the Integral Care Agreement (*Integraal Zorgakkoord*, or IZA) in 2022. Together, these parties work to ensure appropriate care and support, in cooperation with patients and with an emphasis on health. A shared vision and proper agreements are key in that regard. For this reason, in the period up to 2027, RIVM is mapping the development of and lessons learned from regional cross-sector partnerships. This sub-project focuses on the way in which the partnerships are being organised.

Since 2022, many cross-sector partnerships have become part of a greater region in which parties work together on the IZA. Or they completely overlap with the IZA regions. RIVM does see major differences between the partnerships. Some focus on a single target group, such as children or people suffering from dementia. Others focus on the health of residents of an entire municipality or an IZA region. This often involves more organisations, which requires more coordination.

In the partnerships, changes were mainly seen in the areas of vision and strategy. There has been little change in other factors that are key in shaping care together, such as agreements on allocating funds for integrated care among cooperating organisations and involving residents in administrative decisions. It also turns out that more than half of the partnerships work with a learning plan, but they do not always put lessons learned into practice.

According to managers of the partnerships, changing these factors is complicated because this must be done at different 'levels': both within the organisations themselves (implementation, management and governance) and at local, regional and national levels. It is therefore important to tackle change on all levels in cohesion and to look beyond parties' own interests where necessary.

Keywords: Integral Care Agreement (IZA), Healthy and Active Living Agreement (GALA), IZA regions, cooperation, regional collaboration, cross-sector collaboration, medical care, social care, municipalities, Right Care in the Right Place (JZOJP)

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 11

- 1.1 Aanleiding — 11
- 1.2 Samenwerken aan transformatie van zorg naar gezondheid — 11
- 1.3 Lerende evaluatie Regionale Samenwerking — 11
- 1.4 Huidige rapportage: Vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden — 12

2 Methoden — 15

- 2.1 Bouwstenen voor samenwerken aan transformatie van zorg — 15
- 2.2 Vragenlijstonderzoek: methode en analyse — 17
- 2.3 Verdiepende interviews: methode en analyse — 17

3 Beschrijving van de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden — 19

4 Inrichting van vier bouwstenen voor transformatie — 25

- 4.1 Governance en samenwerking — 25
- 4.2 Inrichting bekostiging en financiering — 29
- 4.3 Inrichting inwonerparticipatie — 31
- 4.4 Inrichting lerend vermogen — 34

5 Ervaren veranderingen in deelnemende organisaties en beoogde vervolgstappen voor de toekomst — 37

6 Beschouwing — 41

- 6.1 Reflectie op de resultaten — 41
- 6.2 Reflectie op de methoden — 43
- 6.3 Conclusie — 44

Literatuurlijst — 45

Bijlage 1 Samenstelling van geïnterviewde DSV's — 47

Bijlage 2 Toelichting van de verschillende brede gezondheidsconcepten — 48

Samenvatting

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland staat onder druk. De Nederlandse bevolking heeft de komende jaren meer zorg nodig die ook complexer is, omdat steeds meer mensen chronisch ziek zijn. Ook stijgen de kosten en wordt het tekort aan zorgpersoneel steeds groter.

Een manier om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, is door het medische en sociale domein regionaal te laten samenwerken. Dat is in 2022 in het Integrale Zorgakkoord (IZA) afgesproken. Samen werken deze organisaties toe naar passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënten en inwoners en met de nadruk op gezondheid. Het RIVM brengt tussen 2024 en 2027 jaarlijks de ontwikkeling en de lessen van deze regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) in kaart via een 'Lerende evaluatie'.

Deze eerste rapportage 2024-2025 van de Lerende evaluatie richt zich op de vormgeving van DSV's en op de inzet op bouwstenen voor integratie en reorganisatie van zorg, welzijn en preventie. Om deze vormgeving te beschrijven, wordt gekeken naar vier bouwstenen die van belang zijn bij het samenwerken aan transformatie van zorg: governance en samenwerking, bekostiging en financiering, inwonerparticipatie en lerend vermogen. Voor meer inzicht in deze vier bouwstenen is gebruikgemaakt van vragenlijstonderzoek onder de DSV's en verdiepende interviews met programmamanagers van DSV's.

Achtereenvolgens zijn de samenstelling van de DSV's, de inzet op bouwstenen voor transformatie en de ervaren veranderingen en beoogde vervolgstappen van DSV's beschreven.

Samenstelling DSV's

De DSV's waarover deze rapportage rapporteert, variëren onderling veel van elkaar. Zo streven ze verschillende doelen na en hebben ze verschillende doelgroepen. Ook zijn er verschillen in netwerkgrootte en startdatum. Ondanks de onderlinge verschillen, is er ook verbinding tussen de verschillende DSV's. Van de deelnemende DSV's is namelijk 60 procent gerelateerd aan een grotere IZA-regioplanregio (wat op zichzelf ook een DSV is). Wanneer er gesproken wordt over domeinoverstijgende samenwerking voor de transformatie van zorg is het daarom van belang om zicht te blijven houden op de ontwikkelingen op verschillende niveaus. Dit zijn bijvoorbeeld regionale ontwikkelingen, subregionale ontwikkelingen en ontwikkelingen in gemeenten en wijken.

Inzet op bouwstenen voor transformatie

De governancestructuur van DSV's blijkt continu in beweging en deze ontwikkeling is afhankelijk van contextuele verschillen. Zeker nu oudere DSV's zich te verhouden hebben tot de nieuwgevormde IZA-regio's wordt in interviews benoemd dat nieuwe gesprekken over een gezamenlijke visie en passende governancestructuren hebben plaatsgevonden.

Om zorg en ondersteuning daadwerkelijk te integreren en te reorganiseren, zijn echter ook ontwikkelingen op andere bouwstenen nodig. In de DSV's worden nog weinig financiële afspraken gemaakt en zijn er slechts enkele DSV's die aangeven met alternatieve bekostiging te werken. Verder laten de data zien dat inwoners bij 17 procent van de DSV's bestuurlijk betrokken zijn. Ook blijkt dat meer dan de helft van de samenwerkingsverbanden met een leerplan werkt, maar geleerde lessen nog niet altijd in de praktijk uitvoeren.

Ervaren veranderingen en beoogde vervolgstappen van DSV's

Programmamanagers van DSV's merken met name ontwikkelingen op, op het gebied van visie en strategie binnen de deelnemende DSV's. Programmamanagers geven aan zich momenteel vooral te focussen op het verder afstemmen van een gezamenlijk gedragen visie en op een passende governancestructuur.

Hoe verder: allen aan zet

Er bestaan inmiddels veel samenwerkingsverbanden die vanuit een brede blik op gezondheid werken. De vormgeving van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden varieert veel en wordt beïnvloed door factoren zoals netwerkpartners, doelgroepen en doelen van de DSV. In de DSV's en de deelnemende organisaties wordt verandering gezien op het niveau van visie en strategieontwikkeling. Wel blijkt het lastig om gezamenlijk structurele veranderingen door te voeren. Volgens managers van de samenwerkingsverbanden is het zo ingewikkeld, omdat veranderingen erg afhankelijk zijn van verschillende 'lagen'. Zowel in de organisaties zelf (uitvoering, management en bestuur) als op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Op basis van dit onderzoek blijkt het dan ook belangrijk dat lokaal, regionaal en landelijk ruimte wordt gemaakt om te leren wat wel werkt om de randvoorwaarden in te richten die nodig zijn om samen te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Het RIVM blijft deze ontwikkelingen volgen en zal hierbij ook het leerproces van enkele DSV's volgen in het zetten van een volgende stap op de bouwstenen voor transformatie van zorg.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland staat onder druk. De zorgvraag van de Nederlandse bevolking neemt toe door vergrijzing. Ook wordt de zorgvraag complexer door meer chronisch zieken (Den Broeder et al., 2024). Bovendien zien we de zorguitgaven stijgen (CBS Statline, 2024) en is er een toenemend tekort aan zorgpersoneel (RIVM, 2024a). Om deze uitdagingen tegemoet te treden, wordt vanuit het Integraal Zorgakkoord ingezet op een andere, meer toekomstbestendige manier van werken in zorg en welzijn. Hierbij wordt gepleit voor meer focus op gezondheid en op het functioneren van mensen, in plaats van een focus op ziekte. Er wordt gesproken over een opgave tot transformatie van de zorg (VWS, 2022). Het domeinoverstijgend samenwerken wordt gezien als een kans en ook een noodzaak om gezamenlijk zorg waar nodig te voorkomen, te vervangen en te verplaatsen en toe te werken naar een meer toekomstbestendig gezondheidssysteem.

1.2 Samenwerken aan transformatie van zorg naar gezondheid

Om zorg te kunnen voorkomen, vervangen en verplaatsen wordt ingezet op samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties. Wanneer deze samenwerking over meer dan drie organisaties uit verschillende domeinen gaat, spreken we van een domeinoverstijgend samenwerkingsverband. Diverse domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden hebben zich door de jaren heen ontwikkeld, met als doel om zorg en welzijn meer toekomstbestendig vorm te geven (RIVM, 2024b). Bovendien zijn er sinds 2023 in de vorm van IZA-regioplan regio's ook regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden opgericht (hierna wordt de gezamenlijke term 'domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden', of ook 'DSV' gebruikt).

Domeinoverstijgende samenwerking is echter complex. Zeker wanneer men aan een transformatie werkt, waarbij van samenwerkingspartners wordt gevraagd om verder te kijken dan hun individuele belangen. Bovendien is transformatie een langdurig proces dat meer dan 10 jaar kan duren (Geels & Schot, 2007). In eerdere RIVM-evaluaties zijn ervaringen met de eerste fasen van dit proces in kaart gebracht (RIVM, 2018; Van Vooren et al., 2024; RIVM, 2024b). Zo is geleerd dat in de eerste fasen van dit proces vooral wordt gewerkt aan draagvlak, vertrouwen, onderling begrip en passend leiderschap. Deze evaluaties laten echter ook zien dat samenwerkingsverbanden die zich verder ontwikkelen - naar het daadwerkelijk integreren en reorganiseren van zorg en ondersteuning - tegen organisatie- en systeemgrenzen aanlopen (Van Vooren et al., 2024). Het ministerie van VWS heeft het RIVM daarom gevraagd om de ontwikkeling en de lessen van deze samenwerkingsverbanden de komende jaren verder in kaart te brengen.

1.3 Lerende evaluatie Regionale Samenwerking

In opdracht van VWS voert het RIVM van 2024 tot en met 2027 de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking uit. In een lerende evaluatie

staat het samen leren en kort-cyclische interactie tussen praktijk, beleid en het onderzoek centraal. Dit geeft, anders dan in een ex ante- of ex post-evaluatie, de mogelijkheid om gedurende de beweging op basis van tussentijdse inzichten te leren en waar mogelijk bij te sturen, zowel in de regionale en landelijke praktijk als in het onderzoek zelf. Deze lerende evaluatie heeft tot doel om inzicht te geven in het veranderproces van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden bij de transformatie naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. De Lerende evaluatie Regionale Samenwerking richt zich op de lessen van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden die werken aan het integreren en reorganiseren van zorg, welzijn en preventie. Hierbij staat de volgende vraag centraal:

Wat is er nodig om zorg, welzijn en preventie in domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden te integreren en te reorganiseren voor de gezondheid van populaties in de regio?

Hierbij worden de volgende deelvragen uitgewerkt:

Voorbeeld van een opsomming:

1. Hoe wordt integratie en reorganisatie vormgegeven in domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in Nederland en welke ontwikkeling over de tijd is daarin zichtbaar?
2. Welke factoren en strategieën zijn van belang voor de ontwikkeling naar integratie en reorganisatie van zorg, welzijn en preventie voor de gezondheid van populaties in de regio?
3. Welke inzichten kunnen gegeven worden in de (ervaren) effecten van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden op de gezondheid van de populaties in de regio?

Samenhang met de Iza-deelmonitor 'Naar meer regionale samenwerking'

De Lerende evaluatie Regionale Samenwerking heeft veel samenhang met de IZA-deelmonitor 'Naar meer regionale samenwerking'. Het rapport van de IZA-monitor biedt een breed overzicht van de – aan het IZA-relateerde – ontwikkelingen rondom regionale samenwerking vanuit drie perspectieven: domeinoverstijgende samenwerking, het GALA (preventie-infrastructuur) en de juiste zorg op de juiste plek. De Lerende evaluatie is een databron voor het inzichtelijk krijgen van het perspectief van domeinoverstijgende samenwerking. Aanvullend op de IZA-deelmonitor wordt in de Lerende evaluatie verdieping gezocht op de opgehaalde data. Ook zal in de komende jaren samen met DSV's geleerd worden welke strategieën nodig zijn om een volgende stap in de transformatie van zorg naar gezondheid te zetten.

1.4 Huidige rapportage: Vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden

Deze eerste rapportage van de Lerende evaluatie 2024-2025 richt zich op de eerste deelvraag van het onderzoek: de vormgeving van integratie en reorganisatie in DSV's en de ontwikkeling hiervan. Om deze vormgeving te beschrijven, is gekeken naar enkele bouwstenen die van belang zijn voor gezamenlijke integratie en reorganisatie van de zorg: Governance en samenwerking, Bekostiging en financiering,

Inwonerparticipatie en Lerend vermogen. De komende jaren zal hierop ook de ontwikkeling worden bijgehouden.

Hoofdstuk 2 beschrijft de methoden van dit onderzoek. Hoofdstukken 3 tot en met 5 beschrijven de resultaten van dit onderzoek. In hoofdstuk 3 staat beschreven hoe domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden zijn vormgegeven. Hierbij wordt ingegaan op de doelen, doelgroepen en samenstelling van de DSV's die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. Hoofdstuk 4 geeft inzicht in de inrichting van vier bouwstenen voor integratie en reorganisatie binnen de samenwerkingsverbanden voor de transformatie van zorg. In hoofdstuk 5 wordt beschreven welke ontwikkelingen we zien in organisatieverandering binnen de DSV's en wat de vervolgstappen zijn volgens de samenwerkingsverbanden. Tot slot volgt in hoofdstuk 6 de reflectie op deze resultaten met een conclusie.

2 Methoden

Dit hoofdstuk beschrijft welke definitie van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden wordt gebruikt (zie Tekstbox 1). Hierna wordt het conceptueel kader van de Lerende evaluatie toegelicht (2.1). Om inzicht te verkrijgen in de vormgeving en inrichting van de DSV's is gebruikgemaakt van vragenlijsten en interviews. De paragrafen 2.2 en 2.3 beschrijven welke dataverzamelmethode en analysemethoden zijn gebruikt voor respectievelijk het vragenlijstonderzoek en de interviews.

Tekstbox 1 Definitie domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden

De 'lerende evaluatie regionale samenwerking' hanteert de volgende definitie.

Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden zijn:

- Groepen van drie of meer organisaties met een gedeelde ambitie om de zorg of ondersteuning te verbeteren voor inwoners van bepaalde gebieden in Nederland.
- De deelnemende organisaties zijn actief in verschillende domeinen: het sociale domein (volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet, de Wet publieke gezondheid, of de Participatiewet), de langdurige zorg (volgens de Wet langdurige zorg) en curatieve zorg (volgens de Zorgverzekeringswet).
- De geografische gebieden waarbinnen domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden zich richten op de gezondheid van inwoners kunnen variëren van twee of meer wijken tot een of meer aangrenzende gemeenten of regio's.
- Er is een gedeelde intentie om langer dan een jaar samen te werken aan twee of meer concrete activiteiten (bijvoorbeeld projecten of interventies), waarbij de behoeften en het functioneren van (kwetsbare) inwoners of patiënten centraal staan.

2.1 Bouwstenen voor samenwerken aan transformatie van zorg

De Lerende evaluatie Regionale Samenwerking bouwt voort op wetenschappelijke inzichten en raamwerken met betrekking tot de transformatie van zorg. De theoretische basis van deze evaluatie is het CAHN-raamwerk (Steenkamer et al., 2020a) en de toepassing van dit raamwerk in de Nederlandse context van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (Van Vooren et al., 2020). Deze inzichten zijn voor de Lerende evaluatie geclusterd naar vier bouwstenen die van belang zijn voor de transformatie van zorg: Governance en samenwerking; 2) Bekostiging en financiering; 3) Inwonerparticipatie en; 4) Lerend vermogen. Tabel 1 beschrijft waarom deze bouwstenen van belang zijn en wat er per bouwsteen geïnventariseerd wordt. Dit conceptuele kader ligt ten grondslag aan de dataverzameling en analyses binnen deze Lerende evaluatie.

Tabel 1 Beschrijving van de bouwstenen binnen de Lerende evaluatie

Bouwstenen	Wat inventariseren we?	Waarom van belang?
Governance en samenwerking	- Samenstelling netwerkpartners - Governancestructuur - Mate van formaliteit van afspraken - Mate van vertrouwen en kwaliteit van samenwerking - Leiderschap	Gezamenlijke verantwoordelijkheid, voor het delen van successen en risico's, bevordert succesvolle samenwerking over organisaties (Provan & Kenis, 2008; Steenkamer et al., 2020a; Van Vooren et al., 2020).
Bekostiging en financiering	- Afspraken m.b.t. co-financiering - Afspraken m.b.t. alternatieve bekostigingsvormen	Huidige bekostiging is vaak gefragmenteerd en op productie gericht; alternatieve bekostiging en ruimte voor innovatie kan de transformatie van zorg stimuleren (Miller, 2009; Porter et al., 2016; Frakt et al., 2012; Cattel et al., 2023).
Inwonerparticipatie	- Mate en vorm van betrokkenheid van inwoners	De aanname is dat door inwoners meer te betrekken bij vormgeving van de lokale en regionale inzet op transformatie van zorg, de ambities beter worden gerealiseerd (De Weger, et al., 2022; Van Vooren et al., 2020).
Lerend vermogen	- Aanwezigheid leerplan - Mate van aanpassingen op basis van geleerde lessen	Een verbetercyclus met bijbehorende informatiestructuur is nodig om gezamenlijk kennis op te bouwen over hoe de transformatie van zorg bereikt kan worden (Steenkamer et al., 2020a; Van Vooren et al., 2024).

2.2 Vragenlijstonderzoek: methode en analyse

Het RIVM zet jaarlijks een vragenlijst uit onder DSV's. Dit is gestart in 2023 in voorgaand onderzoeksproject (Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek) en deze vragenlijst wordt ook in de huidige lerende evaluatie gebruikt. De vragenlijst bestaat uit vragen over doelen, doelgroepen en samenstelling van de DSV's, inrichting van bouwstenen voor transformatie, en ervaren effectiviteit van de DSV's.

De vragenlijst is uitgezet onder programmamanagers- en coördinatoren van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden voor zorg, welzijn en/of preventie. De vragenlijst is breed uitgezet op basis van bestaande informatie van DSV's, openbare gegevens van DSV's en via sociale media. In totaal is voor 116 DSV's deze vragenlijst ingevuld. Het is niet bekend hoeveel DSV's er exact actief zijn in Nederland en of de deelnemende groep DSV's representatief is voor alle DSV's in Nederland. De bevindingen over de groep deelnemende DSV's zeggen daarom niet één op één iets over Nederlandse DSV's in het algemeen.

De resultaten in deze rapportage zijn gebaseerd op beschrijvende analyses uit de vragenlijst die in 2024 is uitgezet (van oktober 2024 t/m februari 2025). Doordat de deelnemende DSV's (en DSV's in het algemeen) verschillen qua doelstelling en scope gaat er soms relevante informatie verloren als er alleen wordt gekeken naar de gemiddelden over de gehele groep. Om die reden is, naast de cijfers over de gehele groep DSV's (n=116), ook gekeken naar de cijfers voor een aantal subgroepen. Hierbij wordt gekeken naar conditie-specifieke DSV's (waaronder de dementienetwerken, netwerken voor kinderen met een aandoening, palliatieve netwerken) en DSV's die zich op de gezondheid van een bredere populatie richten (bijvoorbeeld binnen gemeenten, subregio's en IZA-regioplan regio's). Waar relevant lichten we soms cijfers uit die in een of meerdere van deze subgroepen opvallend anders zijn dan in de gehele groep DSV's.

2.3 Verdiepende interviews: methode en analyse

Om beter te kunnen begrijpen welke keuzes worden gemaakt bij de vormgeving en inrichting van DSV's zijn in het najaar van 2024 en het voorjaar van 2025 interviews gehouden met programmamanagers en programmadirecteuren van acht domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden. Deze acht DSV's zijn geselecteerd op basis van grootte, doelgroep en de fase van samenwerking. Binnen deze DSV's wordt er samengewerkt met zowel zorg- als welzijnsorganisaties ter bevordering van de gezondheid van de algemene populatie in de desbetreffende regio's. Daarnaast zijn de DSV's verspreid over Nederland en focussen ze zich op zowel stedelijke als regionale gebieden. Zie voor meer informatie Bijlage 1. De thema's die bij deze interviews centraal stonden waren: keuzes en ervaringen met de inrichting van de vier bouwstenen, de verhouding tot de IZA- en GALA-akkoorden en de ontwikkeling van de DSV in de toekomst. Alle interviews hebben digitaal plaatsgevonden, zijn opgenomen en hierna woordelijk getranscribeerd. Vervolgens zijn de interviews deductief gecodeerd op basis van de thema's uit de gesprekshandleiding. De deductieve codes zijn daarna aangevuld met inductieve codes.

3 Beschrijving van de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden

In totaal hebben programmamanagers van 116 DSV's de vragenlijst (deels) ingevuld. De groep DSV's die heeft deelgenomen aan dit onderzoek is heel divers. Zo zijn er DSV's die zich op een conditie-specifieke populatie richten. Bijvoorbeeld dementienetwerken (n=11), netwerken voor kinderen met een aandoening (n=6), palliatieve netwerken (n=17), of overige conditie-specifieke netwerken (n=15). Hiernaast zijn er ook vele deelnemende DSV's die zich op een bredere populatie richten in een gemeente of subregio (n=49) of een IZA-regioplanregio¹ (n=18).

Veel DSV's zijn onderdeel van een groter IZA-regioplan

Veel DSV's die hebben deelgenomen aan de vragenlijst zijn onderdeel van de uitvoering van een groter IZA-regioplan (60%). Daarnaast voert 11 procent een geheel IZA-regioplan uit en opereert er ook 11 procent volledig onafhankelijk van een regioplan. De overige 17 procent heeft aangegeven een andere verhouding ten opzichte van het IZA-regioplan te hebben. Bijvoorbeeld DSV's die onderdeel zijn van de uitvoering van meerdere regioplannen of DSV's die betrokken zijn bij de uitvoering van een regioplan, maar ook activiteiten uitvoeren buiten het kader van het regioplan.

Hiernaast is aan programmamanagers van alle DSV's gevraagd op welke IZA-doelgroepen zij zich richten. In het IZA zijn doelgroepen gedefinieerd die een grote impact hebben op de zorgvraag en -kosten en waar naar verwachting veel winst te behalen valt door preventie en samenwerking tussen domeinen te stimuleren. Veel DSV's richten zich op deze doelgroepen. Zo richten veel DSV's zich op ouderen met een kwetsbare gezondheid (87%) en op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (70%). Ook richt een deel van de DSV's zich op mensen met psychische klachten (62%), mensen met (risico op) hart- en vaatziekten (49%) en mensen met (risico op) kanker (41%).

Met name focus op toegankelijkheid en kwaliteit van zorg binnen DSV's

Programmamanagers is gevraagd om aan te geven op welke systeemdoelen² het DSV zich richt. Hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk³. Van de deelnemende DSV's richt 74 procent zich op het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg of ondersteuning en 72 procent (ook) op het verbeteren van de kwaliteit. Daarnaast richten

¹ IZA-regioplan regio's worden over het algemeen gerelateerd aan de zorgkantoorregio (n=38). Er is aan de programmamanagers gevraagd om zelf aan te geven of het DSV de opgave van een gehele IZA-regioplan regio uitvoert.

² Met systeemdoelen bedoelen we de doelen van de Quintuple Aim (Nundy et al., 2022), namelijk de volksgezondheid, kwaliteit van zorg en ondersteuning, kosten (en uitgaven), welbevinden van professionals en sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Ook is gevraagd naar doelen die zich richten op toegankelijkheid van de zorg en afwenden van het arbeidsmarkttekort.

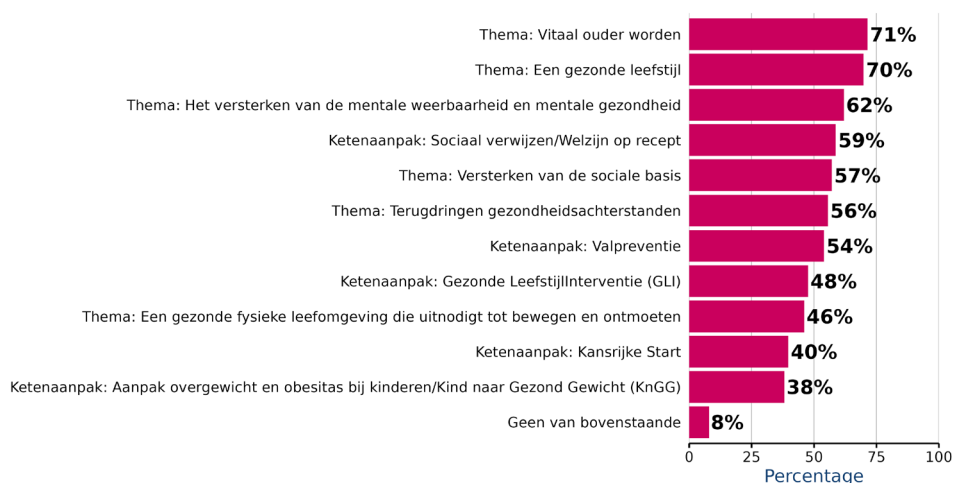
³ Bij diverse vragen in de vragenlijst is het mogelijk om meerdere antwoorden te kiezen. Hierdoor tellen de percentages van de losse antwoordcategorieën vaak op tot meer dan 100 procent.

diverse DSV's zich op het verbeteren van de gezondheid van inwoners (55%), het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (50%), het verbeteren van het welzijn van professionals (42%), het afwenden van een arbeidsmarkttekort (34%) en het verlagen van de kosten van zorg of ondersteuning (33%). Daarnaast heeft 23 procent van de deelnemende DSV's nog andere doelen geformuleerd, zoals "het uitstellen van kwetsbaarheid en burgers langer thuis laten wonen", "het verbeteren van infectiepreventie" en "het verbinden van onderzoek en praktijk". Wanneer we kijken naar de verschillende soorten DSV's, is zichtbaar dat de conditie-specifieke DSV's zich vooral richten op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van zorg. De DSV's die zich richten op een bredere populatie richten zich met name op het verbeteren van de gezondheid van inwoners en de toegankelijkheid van zorg.

Gevarieerde inzet op GALA-thema's en gebruik van brede gezondheidsconcepten

Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden die werken aan de transformatie van zorg hebben naast het IZA vaak ook met andere akkoorden en programma's te maken, zoals het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). 80 procent van de DSV's richt zich op minimaal één thema of ketenaanpak vanuit het GALA. Afhankelijk van het doel van de DSV kan in meer of mindere mate samenhang met het GALA verwacht worden. Zo wordt verwacht dat DSV's gericht op de gezondheid van een bredere populatie (in gemeenten, subregio's en IZA-regio's) zich naast IZA-doelen ook op GALA-thema's en ketenaanpakken richten. Voor deze subgroep (van DSV's die zich richten op de gezondheid van een bredere populatie) (n=67) is te zien dat er in deze samenwerkingsverbanden met name wordt ingezet op vitaal ouder worden (71% van de DSV's), gezonde leefstijl (70%) en het versterken van mentale gezondheid (62%). In mindere mate wordt in deze DSV's ingezet op een gezonde fysieke leefomgeving, (46%), Kansrijke Start (40%) en Ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht (38%) (zie Figuur 1).

Figuur 1 Inzet op GALA-thema's en ketenaanpakken van DSV's die zich richten op een brede populatie, in percentages. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

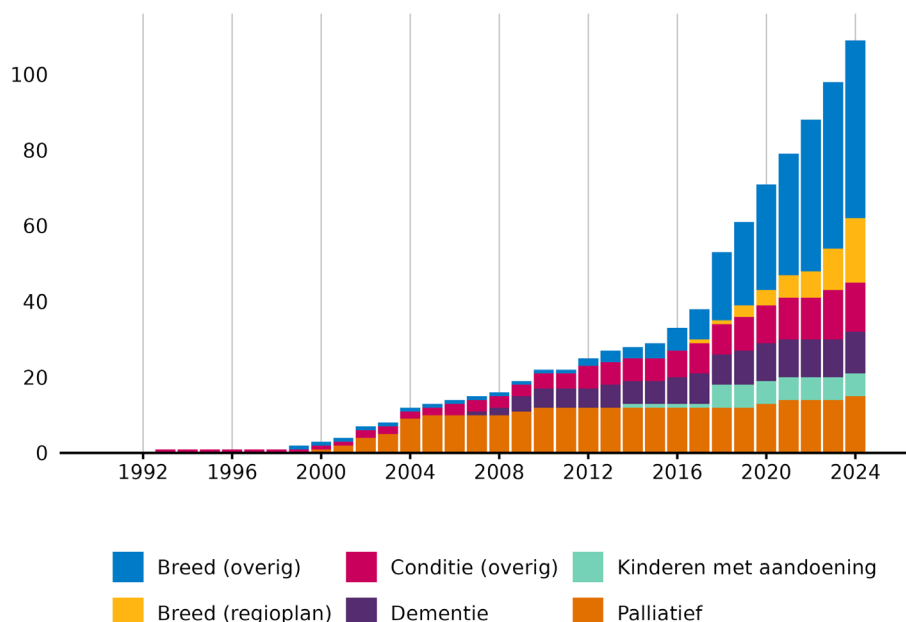


Naast het werken aan verschillende akkoorden en thema's is het voor de transformatie van zorg naar gezondheid relevant om inzichtelijk te krijgen of er wordt gewerkt met een breder perspectief op gezondheid. Hiervoor is gevraagd of DSV's werken met brede gezondheidsconcepten. Bij brede gezondheidsconcepten wordt niet enkel de nadruk gelegd op wat iemands ziekte en beperkingen zijn. Het gaat er juist om wat iemand belangrijk vindt, wél kan - gegeven de lichamelijke conditie -, en eventueel wil veranderen om beter te functioneren en een hogere kwaliteit van leven te krijgen (RIVM, 2019). Zie Bijlage 2 voor een toelichting van deze concepten. Van de deelnemende DSV's geeft 89 procent aan zich op één of meer van deze brede gezondheidsconcepten te richten. Veruit de meeste DSV's (70%) richten zich op 'Positieve Gezondheid'. Ongeveer een derde van de DSV's richt zich op 'Van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag' (32%) en/of 'Reablement' (32%). Daarnaast richt 17 procent zich op 'Vitaliteit en Leefstijl'; 16 procent zich op 'Herstelgerichte benadering' en 12 procent zich op 'Krachtige Basiszorg'. 26 procent van de DSV's geeft aan zich te richten op een breed gezondheidsconcept dat met een andere naam omschreven wordt, zoals 'Health in All Policies' of 'Vorbereitung laatste levensfase'.

Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden bestonden vaak voorafgaand aan de akkoorden

Er is aan programmamanagers gevraagd wat de startdatum van de (voorganger van) de DSV was. Figuur 2 laat zien dat domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden veelal voorafgaand aan de landelijke akkoorden bestonden. Hierbij is een ontwikkeling zichtbaar waarbij conditie-specifieke DSV's (zoals dementienetwerken en palliatieve netwerken) gemiddeld respectievelijk tussen 2007 en 2017 zijn ontstaan. DSV's die zich richten op een bredere populatie (bijvoorbeeld inwoners van een gemeente of sub-regio) zijn gemiddeld ontstaan sinds 2019. DSV's op IZA-regionaal niveau zijn gemiddeld in 2022 gestart (Zie Figuur 2).

Figuur 2 Cumulatieve ontwikkeling van het aantal DSV's (dat een startjaar rapporteerde, n=109), onderverdeeld in DSV's met een verschillende focus.



Zowel uitvoerend als bestuurlijk wordt domeinoverstijgend samengewerkt

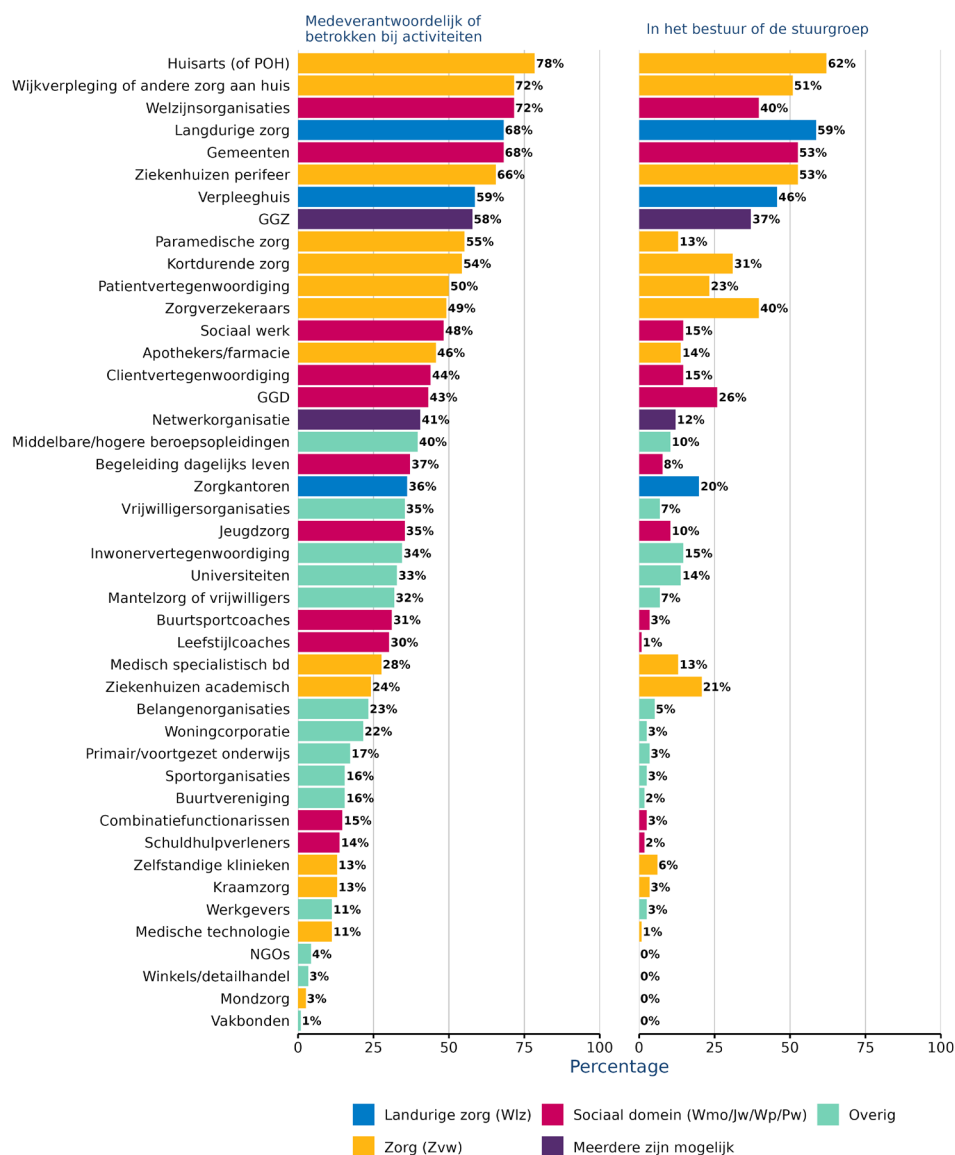
Er zijn veel verschillende soorten organisaties uit verschillende domeinen betrokken in de deelnemende DSV's. De tien meest voorkomende organisatiesoorten, die medeverantwoordelijk zijn of betrokken zijn bij DSV-activiteiten, zijn: huisartsen (in 78% van de DSV's), wijkverpleging (72%), welzijnsorganisaties (72%), gemeenten (68%), langdurige zorg (68%), perifere ziekenhuizen (66%), verpleeghuizen (59%), GGZ (58%), paramedische zorg (55%) en kortdurende zorg (54%). Zie Figuur 3. Organisaties uit het medisch domein zijn hiermee sterk vertegenwoordigd in veel DSV's, maar ook het sociaal domein is vertegenwoordigd in de meeste DSV's. In het bestuur of de stuurgroep van de DSV's zijn vaak minder typen organisaties betrokken. Huisartsen (in 62% van de DSV's) en langdurige zorgorganisaties (59%) zijn het vaakst betrokken in het bestuur van DSV's. Net als perifere ziekenhuizen (53%), gemeenten (53%) en wijkverpleging (51%).

Er zijn geen opvallende verschillen te zien in de typen betrokken organisaties en de focus van de DSV's (conditie-specifiek of gericht op een bredere populatie). Wel is zichtbaar dat IZA-regio's over het algemeen meer verschillende typen deelnemers in de stuurgroep hebben. Zie ook IZA-monitor meer regionale samenwerking (RIVM, 2025).

De grootte van de DSV's varieert wel afhankelijk van de focus van de samenwerkingsverbanden. Programmamanagers gaven aan hoeveel netwerkpartners bij de eigen DSV betrokken zijn. Hieruit blijkt dat conditie-specifieke DSV's gemiddeld tussen de 12 en 27 netwerkpartners hebben. DSV's die zich richten op een brede populatie (waaronder de

DSV's die een geheel IZA-regioplan uitvoeren) hebben gemiddeld 39 netwerkpartners.

Figuur 3 Percentage van DSV's (op basis van de totale groep N=116) waarbij desbetreffende type organisatie betrokken is in de uitvoering en/of bestuur.



4 Inrichting van vier bouwstenen voor transformatie

Dit hoofdstuk beschrijft de inrichting van de vier bouwstenen voor transformatie in de DSV's: 1) governance en samenwerking; 2) bekostiging en financiering; 3) inwonerparticipatie en: 4) lerend vermogen. De inzet op de bouwstenen wordt beschreven op basis van de vragenlijstdata (n=116). Aanvullend worden voorbeelden gegeven over keuzes die gemaakt worden voor de inrichting van deze bouwstenen op basis van interviews uit de praktijk van acht programmamanagers van DSV's. Dit waren allen programmamanagers van DSV's die zich richten op een brede populatie, namelijk IZA-regio's of subregio's. Zie ook hoofdstuk 2, Methode.

4.1 Governance en samenwerking

Binnen de bouwsteen 'governance en samenwerking' is gekeken naar de governancestructuur van DSV's. Daarnaast naar de mate waarin er binnen DSV's formele afspraken gemaakt worden over bijvoorbeeld verantwoordelijkheid voor kwaliteit, financieel risico en werkwijzen.

Meeste DSV's gezamenlijk aangestuurd of door organisatie voor netwerkadministratie

In de literatuur worden drie ideaaltypen geformuleerd voor de governancestructuur van netwerken, namelijk zelfsturende netwerken, netwerken met een leiderorganisatie, en netwerken met een speciaal op gerichte organisatie (network administratieve entiteit, NAO) (Provan & Kenis, 2008). Zie Figuur 4. Hierbij is de eerste structuur meer decentraal vormgegeven en zijn de laatste twee centraal vormgegeven. De keuze van een bepaalde governancestructuur is afhankelijk van diverse factoren, maar kan wel van invloed zijn op de mate van efficiëntie van de aansturing van een DSV. Van de 116 DSV's die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben er 107 antwoord gegeven op de vraag hoe hun governancestructuur gekenmerkt kan worden. Hieruit blijkt:

- 42 procent van de deelnemende DSV's wordt vooral gezamenlijk aangestuurd door de deelnemende organisaties (zelfsturend).
- 32 procent heeft een speciale organisatie voor de netwerkadministratie (NAO) opgericht.
- Bij 16 procent is een van de deelnemende organisaties de leidende organisatie van het netwerk.
- Daarnaast maakt 10 procent gebruik van een combinatie van deze drie governancevormen of van een geheel andere wijze van governance.

Met name bij DSV's die zich richten op de gezondheid van een bredere populatie (in gemeenten, subregio's en IZA-regio's) is zichtbaar dat de DSV's die een NAO als governancestructuur hebben, langer bestaan en meer deelnemende organisaties hebben.

Figuur 4 De drie ideaaltypen van governancestructuren op basis van Provan & Kenis (2008), (figuur gekopieerd van VWS, 2024).

Zelfsturend netwerk



Geen administratieve entiteit, participatie in netwerkmanagement door alle partijen

Leiderorganisatienetwerk



Administratieve entiteit (en netwerkmanager) is een belangrijke netwerkpartij die ook een rol heeft in het primaire proces

Netwerk administratieve organisatie (NAO)



Een toegewezen en aparte entiteit is gecreëerd om het netwerk te managen

In gesprek met de praktijk: governancestructuur wordt beïnvloed door ontstaansgeschiedenis en is blijvend in beweging

Uit de interviews kwam naar voren dat de keuze voor een bepaalde vorm en inrichting van een DSV vooral bepaald wordt door de ontstaansgeschiedenis van het samenwerkingsverband. Sommige DSV's zijn ontstaan uit een nieuwe samenwerking tussen een paar organisaties. Andere, ook enkele IZA-regioplanregio's, zijn opgebouwd uit al bestaande netwerken. Daarbij hebben sommige DSV's ervoor gekozen de structuren binnen de al bestaande netwerken te behouden en hun DSV decentraal in te richten. Andere hebben juist gekozen voor een centrale aanpak. De meeste geïnterviewde DSV's hebben een aparte entiteit om het netwerk te managen (NAO). Toch worden deze DSV's niet altijd volledig centraal aangestuurd, maar bestaan ze eerder uit een mix van gecentraliseerde en gedecentraliseerde processen. Zie Tekstbox 2 voor twee voorbeelden uit de praktijk.

Tekstbox 2 Voorbeelden uit de praktijk over governance

Beweging van decentrale naar centrale governance met komst van IZA-regio's

Bij DSV B is er sprake van een gedecentraliseerde vorm van governance. Het DSV is opgebouwd uit verschillende themacoalities, met daarboven een regioraad die is ontstaan vanuit het IZA. De verschillende themacoalities hebben ieder een eigen structuur. Daarvoor is bewust gekozen, omdat het DSV is opgebouwd uit reeds bestaande netwerken met al bestaande structuren en aanpakken. Er is hier dus sprake van netwerken binnen een netwerk. Om een volgende stap in de samenwerking te kunnen maken, is het volgens de manager van een van de themacoalities nodig om de verschillende netwerken verder te integreren, zodat ze meer als geheel opereren. De regioraad moet dan ook een duidelijkere organisatievorm krijgen, zodat de opdrachten vanuit daar gestuurd kunnen worden. Dat betekent wel dat er top-down beslissingen moeten worden genomen, zowel over de inrichting van het DSV als over de richting die het DSV op wil. En dat de verschillende netwerken hun structuur en werkwijze wellicht moeten aanpassen.

Centrale governance met een projectorganisatie

Bij DSV A is er sprake van meer centrale aansturing via een neutrale projectorganisatie (NAO). De neutrale projectorganisatie houdt in dat er een programmaregisseur in dienst is van de DSV, die toezicht houdt op het proces en verbinding met de samenwerkingspartijen. In deze DSV wordt gewerkt met doelgroep-coalities die de inhoud bepalen, een regieteam voor de begeleiding van het netwerk en een stuurgroep die gaat over het proces en waar besluitvorming plaatsvindt. Het regieteam bestaat uit de programmaregisseur en een afgevaardigde van de samenwerkingspartijen. Een vertegenwoordiging uit de coalities neemt deel aan de stuurgroep. De DSV is ontstaan vanuit een gedeeld urgentiegevoel om grote uitdagingen in de regio aan te gaan. Vanuit een informele start is een formele en gecentraliseerde governance ontstaan om ook bij verschillende belangen en doelen tussen organisaties en het netwerk tot besluitvorming te komen. Ook bij deze DSV blijkt dat de governance continu in beweging is. Reflectie en evaluatie liggen bij de projectorganisatie. Hierbij wordt strategisch gekeken wat nodig is om het gezamenlijke doel te bereiken, of de focus aangepast moet worden en welke invloed dat heeft op de governancestructuur.

De mate waarin afspraken formeel zijn vastgelegd binnen DSV's wisselt sterk per onderwerp

Als onderdeel van de samenwerking binnen DSV's kunnen de netwerkpartners afspraken met elkaar maken over diverse onderwerpen. Dit kunnen formele afspraken, vaak schriftelijk vastgelegd, zijn of informele afspraken, vaak mondeling. De DSV's zijn in de vragenlijst gevraagd om aan te geven in hoeverre er sprake is van afspraken tussen netwerkpartners en of deze formeel of informeel zijn. Er is gevraagd naar afspraken over 1) verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en ondersteuning die door meerdere aanbieders wordt aangeboden; 2) financieel risico bij verandering van het aanbod; 3) de werkwijzen en taken van personen en organisaties; en: 4) samenwerking binnen de mededingingsregels, zoals de Beleidsregel Juiste Zorg op de Juiste Plek van de Autoriteit Consument & Markt.

Uit de vragenlijst blijkt dat in ruim 90 procent van de deelnemende DSV's sprake is van afspraken over werkwijzen en taken van personen en organisaties binnen het DSV. In 61 procent van deze gevallen gaat het om formele afspraken. Over de andere drie onderwerpen worden in ongeveer de helft van de deelnemende DSV's afspraken gemaakt. Waarbij het in het geval van verantwoordelijkheid voor kwaliteit en financieel risico in 23 procent van de gevallen om formele afspraken gaat. Over niet-samenwerken in het kader van de Mededingingswet zijn in 12 procent van de DSV's formele afspraken gemaakt.

In gesprek met de praktijk: Formele afspraken kosten tijd

Uit de interviews komt naar voren dat DSV's er bij de ontwikkeling en inrichting van hun netwerk tegenaan lopen dat het veel tijd kost en lastig is om formele afspraken met elkaar te maken. Sommige geïnterviewde DSV's hebben daarom gekozen aan de slag te gaan met de inhoud in plaats van (te) lang stil te staan bij de governance van hun samenwerkingsverband. De keuze voor wel of geen formele afspraken heeft mogelijk invloed op de uitvoeringskracht van het netwerk en de financiering en borging van zowel het netwerk zelf als de interventies die het uit wil voeren. Zie Tekstbox 3 voor voorbeelden uit de praktijk.

Tekstbox 3 Voorbeelden uit de praktijk over formaliteit van afspraken

Focus op 'doen' in plaats van formele afspraken

Bij DSV H zijn er informele afspraken over werkwijzen en taken. Na een jaar onderhandelen over de governance van het netwerk is ervoor gekozen om te focussen op de inhoud, in plaats van op het maken van formele afspraken. Zodoende werkt het netwerk op basis van de zogenoemde coalition of the willing. "Wij werken altijd vanuit de coalitie of the willing. Dus de partijen sluiten zich aan, en de mensen die zeggen: 'wij vinden dit belangrijk, dit sluit aan bij de doelstellingen van onze eigen organisatie, en wij gaan hier gewoon voor'. Zo werken we nog steeds."

Dat organisaties aan aanpakken meedoen die aansluiten bij hun eigen doelen maakt het ook gemakkelijker de interventies bij de betrokken organisaties te borgen. De vrijblijvendheid die de coalition of the willing met zich meebrengt, heeft als keerzijde dat niet alle organisaties even goed aangehaakt blijven bij de DSV. En dat steeds weer geïnvesteerd moet worden in het betrokken houden van partijen.

Een programmatische aanpak kan helpen in het schetsen van duidelijke doelen en kaders

Bij DSV C zijn 10 jaar geleden een ziekenhuis en twee zorgorganisaties gaan samenwerken op het gebied van ouderenzorg. In de jaren daarna sloten steeds meer organisaties zich aan en verbreedde ook de doelgroep. De DSV heeft formele afspraken gemaakt over financiering, taken en aansprakelijkheid. Daarbij hebben ze een datagedreven populatiegerichte werkwijze.

Deze werkwijze helpt bij het maken van afspraken over doelen, doelgroepen en interventiepaden en wie waarvoor verantwoordelijk is binnen de DSV.

4.2 Inrichting bekostiging en financiering

Binnen de bouwsteen 'bekostiging en financiering' bespreken we hoe de financiering van netwerkfuncties binnen de DSV's is ingericht, in hoeverre er sprake is van uitwisseling van financiële middelen binnen het netwerk en of er sprake is van formele bekostigingsafspraken. Zie Tekstbox 4 voor de definities.

Tekstbox 4 Definities financiering en bekostiging

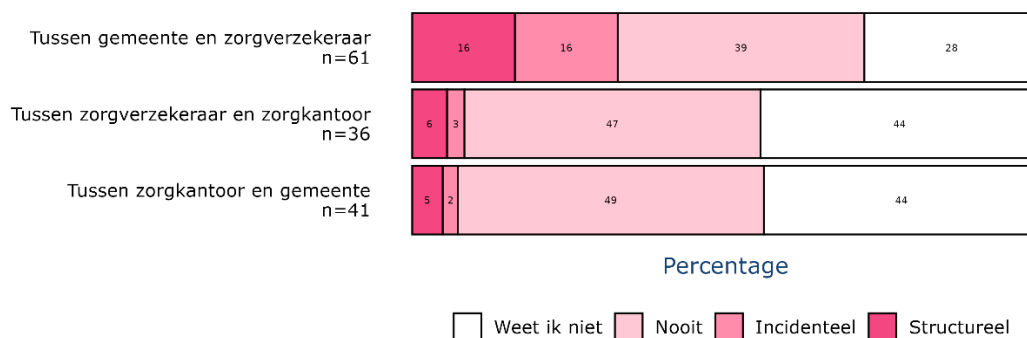
Financiering in de zorg gaat over waar het geld vandaan komt om de zorg te betalen. In Nederland komt dit voornamelijk uit zorgpremies, belastingen, eigen bijdragen van patiënten en werkgeversbijdragen. Betalingen aan zorgaanbieders worden – afhankelijk van het type zorg – hoofdzakelijk gedaan door zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren en andere overheidsinstanties. De gemeente is onder andere verantwoordelijk voor ondersteuning op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp en begeleiding. De zorgverzekeraar vergoedt geneeskundige zorg via de Zorgverzekeringswet, waaronder huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Het zorgkantoor financiert langdurige, intensieve zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Bekostiging in de zorg gaat over hoe zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren. Dit kan onder andere via vergoedingen per verrichting of behandeling (zoals bij ziekenhuizen en huisartsen), via vaste budgetten (bijvoorbeeld in de ouderenzorg) of via abonnementen (zoals bij wijkverpleging).

Cofinanciering van activiteiten in deelnemende DSV's met name door zorgverzekeraar en gemeente

Het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de gemeente beheren geldstromen ten behoeve van zorg of ondersteuning. Voor DSV's waarin minstens twee van deze drie organisatiesoorten betrokken zijn, is in de vragenlijst gevraagd of er tussen deze organisaties – in verband met de ambitie of activiteiten van het DSV – financiële middelen zijn uitgewisseld in verband met zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen. Het kan hierbij gaan om: 1) cofinanciering voor het betalen van of investeren in zorg- of ondersteuningsaanbod of; 2) verdeling van baten/besparingen. Hierbij is ook gevraagd in hoeverre de uitwisseling van financiële middelen incidenteel of structureel plaatsvindt, voor zover van toepassing. Van de DSV's waarin zowel een gemeente als een zorgverzekeraar betrokken is (n=61) gaf 16 procent aan dat er incidenteel sprake is van uitwisseling van financiële middelen tussen deze twee partijen. Ook gaf 16 procent aan dat dit structureel gebeurt. Minder dan 10 procent van de DSV's waarin zorgverzekeraar en zorgkantoor (n=36) of zorgkantoor en gemeente (n=41) betrokken zijn, gaf aan dat er sprake is van incidentele of structurele uitwisseling van financiële middelen tussen de betreffende partijen. Zie Figuur 5.

Figuur 5 Aanwezigheid en structureel/incidenteel karakter van cofinanciering tussen financiers van zorg en ondersteuning, in percentages.



In de praktijk blijkt het bij uitwisseling van financiële middelen vooral om cofinanciering van DSV-activiteiten te gaan. Voorbeelden van cofinanciering die de DSV's geven, zijn met name gericht op het werken met tijdelijke gelden vanuit zorgverzekeraar, zorgkantoor en/of gemeente, in de regel voor specifieke en/of incidentele projecten. Daarnaast worden er afspraken gemaakt over gezamenlijke bijdragen van netwerkdeelnemers, bijvoorbeeld in de vorm van contributie of een bijdrage naar rato.

In gesprek met de praktijk: Variatie in financiering van DSV's: Van in-kind bijdragen tot aan tijdelijke subsidies

Uit de interviews blijkt dat de financiering van het netwerk en de interventies die binnen het netwerk uitgevoerd worden, per DSV verschillend is en nauw samenhangt met de inrichting van het samenwerkingsverband. Bij de start van DSV's is bijvoorbeeld gebruikgemaakt van tijdelijke subsidies, zoals die van Juiste Zorg op de Juiste Plek, die als vliegwiel fungeerden. Nu spelen de SPUK-IZA-middelen een rol bij de opschaling van plannen en interventies, maar de tijdelijkheid brengt ook onzekerheden met zich mee.

In de interviews wordt verder met name gesproken over een vorm van 'in kind'-financiering; de betrokken organisaties leveren inzet (mensen en tijd) om de plannen en aanpakken van de DSV vorm te geven. In meerdere DSV's is specifiek gekozen om geen formele afspraken te maken over het aantal uren dat partijen in kind bijdragen aan de DSV. Afhankelijk van de opgave zal de ene organisatie meer leveren dan de andere. Een DSV geeft aan dat het een zoektocht is naar balans en dat blijvende afstemming noodzakelijk is, om te kijken of alle partijen zich goed voelen bij de verschillende investering. Enkele DSV's hebben daarnaast een structurele vorm van financiering voor het samenwerkingsverband. Bij twee DSV's zijn er bijvoorbeeld afspraken gemaakt dat de grootste organisaties in het samenwerkingsverband elk jaar een bedrag inleggen, waarvan de programmamanager wordt vergoed. De aanpakken in de wijk worden uitgevoerd door organisaties zelf. Zodoende is daar geen aparte financiering voor (nodig) en zijn de aanpakken direct bij de organisaties geborgd. Door een gebrek aan (gezamenlijke) structurele financiering voor de integrale uitvoering van zorg en ondersteuning blijkt het lastig om in regio's, ondanks de hoge urgentie van samenwerking, de implementatie van initiatieven te versnellen. Zie Tekstbox 5 voor praktijkvoorbeelden.

Tekstbox 5 Voorbeelden uit de praktijk over financiering

Tijdelijke subsidies als financieringsbron

DSV B is afhankelijk van subsidies. Zowel voor het financieren van het samenwerkingsverband zelf als voor de financiering van de lokale aanpakken. Sinds kort komen die subsidies vanuit het IZA. De afhankelijkheid hiervan zorgt niet alleen voor onzekerheid over de toekomst van het DSV, maar de budgetten op verschillende lagen (regionaal en lokaal) zorgen ook voor problemen bij de financiering van de lokale wijkaanpakken. De afhankelijkheid van subsidies maakt het ook lastig aanpakken op lange termijn te borgen.

"In het verleden hadden wij een stukje van de subsidie gereserveerd voor wijkplannen. Met de komst van IZA is dat veranderd. Want nu is de richtlijn dat de IZA-SPUK-gelden van de gemeente zijn voor de regionale structuur. En de GALA-gelden zijn voor de lokale uitvoering. En die heeft de gemeente ter beschikking. Alleen, om dat gelijk te richten, is ook nog weer een uitdaging. Dus wij ontwikkelen iets regionaal. En dan zegt de gemeente: 'Oh ja, maar ik heb mijn geld voor 2025 eigenlijk al anders besteed'."

Slechts enkele DSV's werken met alternatieve bekostigingsafspraken

In de vragenlijst zijn programmamanagers van DSV's gevraagd of er sprake is van afspraken tussen deelnemers over financieel risico bij verandering van zorg- of ondersteuningsaanbod in lijn met de DSV-ambities. 97 DSV's beantwoordden deze vraag, van wie 47 procent aangaf dat er sprake is van afspraken tussen deelnemers over financieel risico. Bij 23 procent (n=22) van de DSV's is sprake van formele afspraken, bij de overige 24 procent (n=23) is sprake van informele afspraken over dit onderwerp.

Aan programmamanagers die aangaven dat er in hun DSV sprake is van formele afspraken over financieel risico bij verandering van zorg- of ondersteuningsaanbod in lijn met DSV-ambities (n=22), is gevraagd wat voor soort formele afspraken er zijn gemaakt. Bij vier DSV's is sprake van meerjarige contracten, bij vier DSV's wordt een alternatieve vorm van bekostiging gebruikt (een andere manier van betalen dan de traditionele prestatiebekostiging. Daarbij ligt de focus op samenwerking, kwaliteit en doelmatigheid, in plaats van alleen op het aantal behandelingen). Bij geen van de deelnemende DSV's is er sprake van een aanpassing in de bekostiging op basis van een regeling van de NZa om innovaties gericht op passende zorg te faciliteren.

4.3 Inrichting inwonerparticipatie

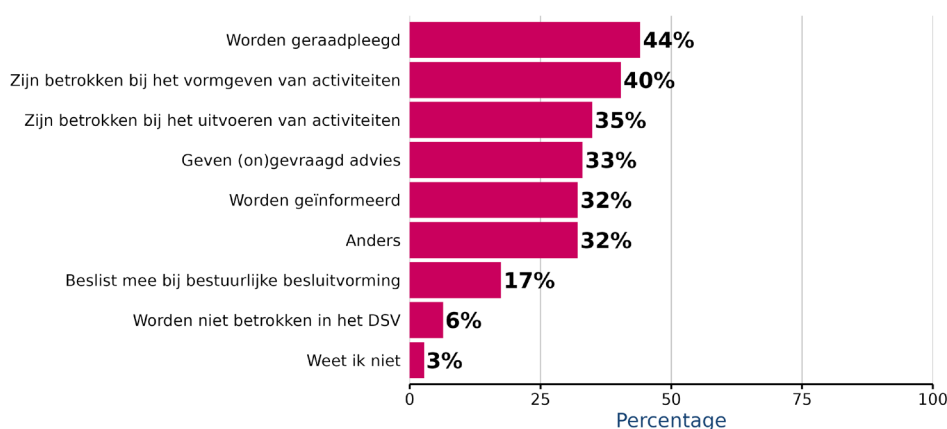
Bij de bouwsteen 'inwonerparticipatie' is gekeken naar de mate van betrokkenheid van doelgroepen (patiënten, cliënten, en/of inwoners) van de DSV's bij de uitvoering van activiteiten én besluitvorming binnen de DSV's.

In 17 procent van de DSV's zijn doelgroepen bestuurlijk betrokken

Doelgroepen kunnen op verschillende manieren betrokken worden. Dit varieert van het raadplegen tot en met het bestuurlijk meebeslissen in het samenwerkingsverband. In 44 procent van de DSV's worden patiënten/cliënten/inwoners geraadpleegd, in 40 procent van de DSV's

worden ze betrokken bij het vormgeven van activiteiten en in 35 procent van de DSV's bij het uitvoeren van activiteiten. In 33 procent van de DSV's wordt ongevraagd advies gegeven en bij 32 procent worden patiënten/cliënten/inwoners geïnformeerd. In 17 procent van de DSV's beslissen patiënten/cliënten/inwoners mee bij bestuurlijke besluitvorming. In 6 procent van de DSV's wordt de doelgroep niet betrokken op dit moment. Zie ook Figuur 6 voor een overzicht van deze percentages.

Figuur 6 Mate van betrokkenheid van doelgroepen in DSV's (op basis van de gehele DSV-groep N=116) in percentages. Meerdere antwoorden waren mogelijk.



De betrokkenheid van doelgroepen is in de populatie brede DSV's vergelijkbaar met bovenstaande cijfers van de gehele groep. In de conditie-specifieke DSV's zijn onderling wel verschillen te zien in betrokkenheid. Zo is er binnen DSV's voor integrale zorg voor kinderen (n=6) vaak sprake van participatie via raadpleging en betrokkenheid bij het vormgeven en uitvoeren van activiteiten, maar minder vaak sprake van informeren en betrokkenheid bij bestuurlijke besluitvorming. Bestuurlijke betrokkenheid komt relatief veel voor in DSV's die gericht zijn op (kwetsbare) ouderen (7 van de 14).

In gesprek met de praktijk: Verschillende vormen van inwonerparticipatie

Ook de interviews laten zien dat inwonerparticipatie door de deelnemende DSV's verschillend wordt vormgegeven. Waar in de meeste DSV's inwoners vooral op wijkniveau worden betrokken, zijn er ook voorbeelden gegeven van inwonerparticipatie via een belangenvereniging, via een burgerakkoord en via een klankbordgroep. Op bestuurlijk niveau worden inwoners bij de geïnterviewde DSV's niet betrokken. De verschillende vormen van inwonerbetrokkenheid worden hieronder in Tekstbox 6 beschreven en toegelicht. Inwonerparticipatie is belangrijk om zicht te krijgen in de behoeften van inwoners en hen te betrekken bij de veranderopgaven in de regio. Hun inzichten zijn van grote waarde voor het ontwikkelen van oplossingen, die daadwerkelijk aansluiten bij hun leefwereld en dagelijkse realiteit. Dit vraagt om een cultuuromslag. Niet alleen bij bestuurders en professionals, maar ook bij inwoners, zo blijkt uit de interviews. Ook inwoners moeten meegenomen

worden in de opgaven die er liggen en gestimuleerd worden een actieve rol te pakken in wat er nodig en mogelijk is in hun leefomgeving.

Tekstbox 6 Voorbeelden uit de praktijk over inwonerparticipatie

Inwonerparticipatie op wijkniveau

Bij de meeste DSV's die zijn geïnterviewd, zijn inwoners geen onderdeel van de stuurgroep, maar wordt er in de wijkaanpakken wel samengewerkt met inwoners rondom het vormgeven en uitvoeren van activiteiten. Bij DSV B bijvoorbeeld worden projecten vormgegeven aan de hand van het zogenoemde Assed Based Community (ABCD)-model. Een aanpak die zich specifiek richt op het betrekken van inwoners bij het werken aan een leefbare buurt. In regio B bepaalt de gemeenschap zelf wat er in de wijken moet gebeuren. Het voordeel van deze vorm is dat de behoeften van inwoners een centrale plek hebben en dat de aanpakken aansluiten bij wat er speelt in de praktijk. Het nadeel is vaak dat de initiatieven niet geborgd zijn bij een organisatie, waardoor inwoners afhankelijk zijn van gemeentegelden voor het financieren van de aanpakken.

Inwonerparticipatie via belangenvereniging

Bij DSV A heeft een cliëntbelangenorganisatie al langer de opdracht om het belang van cliënten mee te nemen in overwegingen. Een voorbeeld is het aansluiten van ervaringsdeskundigen in werkgroepen. Inmiddels wordt de opdracht breder getrokken naar inwoners, omdat partners in de DSV van mening zijn dat zij het verschil kunnen maken. Via het organiseren van bijeenkomsten, dialoogsessies en participatie bij coalities worden inwoners meer betrokken. De communicatie over betrokkenheid en uitwerking van input is nog in doorontwikkeling. Hierbij moet het voor inwoners duidelijker worden hoe opgehaalde informatie in besluiten wordt meegenomen.

Inwonerparticipatie via burgerakkoord

Bij DSV F is er door 300 burgers een burgerakkoord opgesteld. In dit akkoord staan punten waarop inwoners vinden dat de zorg moet veranderen. Deze punten worden meegenomen door de themacoalities van het samenwerkingsverband. Of en hoe dat wordt gedaan, wordt vervolgens weer uitgelegd aan de burgers die bij het akkoord betrokken zijn. Zo ontstaat er uitwisseling tussen burgers en themacoalities. Hiernaast worden inwoners twee keer per jaar betrokken via een klankbordgroep.

Inwonerparticipatie op bestuurlijk niveau

Bij sommige DSV's worden inwoners op bestuurlijk niveau betrokken. Bij veel DSV's is dit echter nog niet het geval, zo blijkt uit zowel de vragenlijst als de interviews. Bij DSV H bijvoorbeeld worden inwoners nauw betrokken bij de aanpakken in de wijk, maar hebben ze geen plek in de regiegroep. Er is weleens het idee gevat bewoners ook op bestuurlijk niveau te betrekken, maar hoe doe je dat zonder dat bewoners zelf weer professional worden? Daarom is tot nu toe ervoor gekozen om bewoners geen plek in de regiegroep te geven, maar te betrekken bij de vormgeving en uitvoering van projecten in de wijken.

4.4 Inrichting lerend vermogen

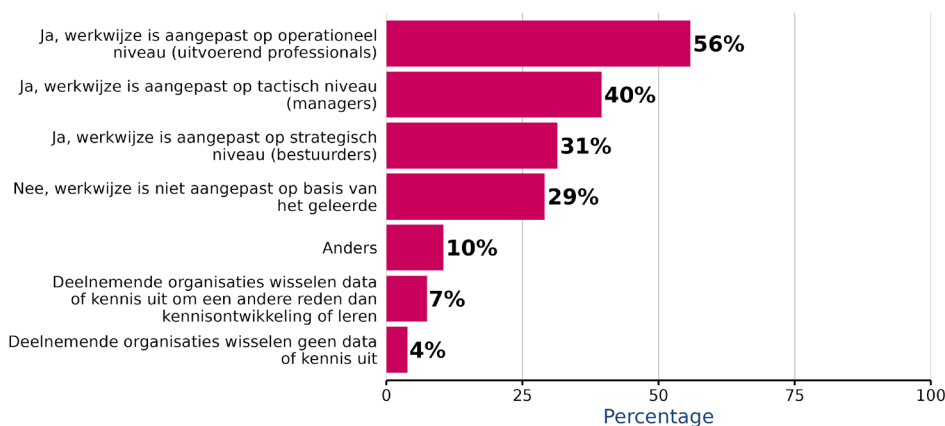
Lerend vermogen is de mate waarin individuen en organisaties binnen het netwerk de mogelijkheid hebben om (gezamenlijk) te leren, en om acties te ondernemen op basis van de uitkomsten van deze geleerde lessen. Het lerend vermogen wordt in deze evaluatie gerelateerd aan het leren en acteren ten gunste van de transformatie van zorg.

Met name lerend vermogen te zien op operationeel niveau

De DSV's is gevraagd of zij een leerplan hebben. Deze vraag is door 97 DSV's beantwoord. Zie Figuur 7. Hiervan heeft 64 procent heeft een DSV-breed leerplan. DSV's die hebben aangegeven dat er sprake is van uitwisseling van data en informatie voor kennisontwikkeling of leren, zijn gevraagd of de werkwijze van het DSV op basis van kennisontwikkeling of leren is aangepast. Hieruit blijkt:

- 56 procent gaf aan dat de werkwijze op operationeel niveau is aangepast;
- 40 procent gaf aan dat de werkwijze (ook) op tactisch niveau is aangepast en
- 31 procent gaf aan dat de werkwijze (ook) op strategisch niveau is aangepast

Figuur 7 Percentage DSV's wat wel of geen verandering opmerkt in de werkwijze, wanneer er sprake is van uitwisseling van data of kennis. (meerdere antwoorden waren mogelijk)



In gesprek met de praktijk: Leren binnen een netwerk gebeurt op verschillende manieren

Uit de interviews blijkt ook dat het 'leren' binnen een netwerk gebeurt op verschillende niveaus. Het zit vaak in de activiteiten van onderdelen van het netwerk verweven om van elkaar te leren en kennis uit te wisselen. Bijvoorbeeld binnen een training of aanpak. Daarnaast wordt in enkele DSV's benoemd dat er ingezet wordt op een verbetercyclus. Daarbij wordt gekeken naar de voortgang, wat goed gaat en welke stappen nog niet goed verlopen. Het lerend vermogen is bij meerdere DSV's nog in ontwikkeling. Hoewel de kracht van het leren benadrukt wordt door programmamanagers, geeft een aantal geïnterviewden aan dat er nog te weinig aandacht is en ruimte wordt gemaakt voor reflectie en evaluatie. Het betrekken van organisaties of inwoners van buiten het netwerk om het lerend vermogen te versterken, gebeurt bovendien nog nauwelijks in de gesproken DSV's. In een van de DSV's wordt wel

ingezet op bijeenkomsten in wijken om elkaar te ontmoeten en van elkaar te leren. Zie Tekstbox 7 voor praktijkvoorbeelden.

Tekstbox 7 Voorbeelden uit de praktijk over leren

Ruimte en kwetsbaarheid zijn belangrijk voor het samen leren.

DSV E zet actief in op het samen leren en ontwikkelen, maar toch merkt de programmamanager op dat er binnen de huidige opzet en werkzaamheden nog te weinig ruimte is ingebouwd voor reflectie en aanpassing. Plannen staan vaak al vast. Om samen te leren hoe ze moeten veranderen en wat daarvoor nodig is, zijn er twee workshops met netwerkmanagers gehouden. Hierbij stonden enkele leidende principes, ook wel gedragsregels, centraal om samen te leren. Ook wordt er ingezet op reflectief monitoren, waarbij het mogelijk is om onderweg bij te sturen en gelijktijdig te leren van andere initiatieven.

DSV F: "Het moeilijke van leren zit ook in het toegeven dat iets mogelijk verkeerd is gegaan."

Bij DSV F wordt een coachingstraject ingericht voor een aantal bestuurders om te leren hoe je je kwetsbaar kunt opstellen. Het gaat dan bijvoorbeeld over het nemen van risico's en leren van fouten. In deze regio wordt het lerend vermogen binnen het netwerk vertaald naar eigen reflectie en daarmee gezamenlijk leren.

5 Ervaren veranderingen in deelnemende organisaties en beoogde vervolgstappen voor de toekomst

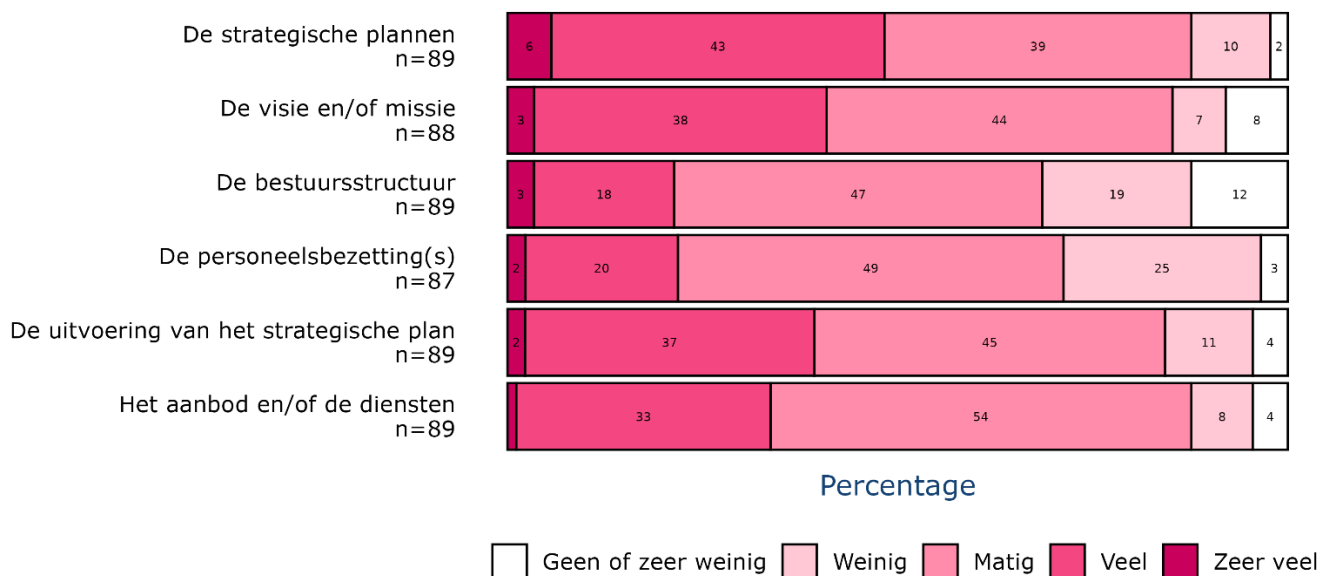
Dit hoofdstuk beschrijft op basis van de vragenlijstresultaten in welke mate programmamanagers veranderingen ervaren bij de deelnemende netwerkpartners in lijn met de doelen en ambities van het DSV. Daarnaast wordt op basis van de interviews met een aantal programmamanagers beschreven welke vervolgstappen nodig zijn voor DSV's om zich (nog) verder te ontwikkelen in de komende jaren met betrekking tot samenwerking en de transformatieopgaven.

Ervaren verandering in deelnemende organisaties met name op strategisch niveau en minder in personeelsbezetting of bestuursstructuur

Om een goed beeld te krijgen van hoe reorganisatie en integratie wordt vormgegeven, is het van belang om niet alleen te kijken naar DSV's als geheel, maar ook naar veranderingen in lijn met de DSV-doelen en -ambities bij de deelnemende organisaties afzonderlijk. Van deelnemende organisaties wordt verwacht dat zij, naast de eigen organisatiebelangen, werken en eventueel veranderen in lijn met de gezamenlijke ambities van het DSV, en de overkoepelende transformatieopgaven in zorg, welzijn en preventie. Om deze reden zijn programmamanagers van DSV's gevraagd om aan te geven hoeveel verandering, in overeenstemming met de door het DSV gestelde doelen, er heeft plaatsgevonden op zes verschillende gebieden bij de deelnemende organisaties. Zie Figuur 6.

De gemiddelde schaalscore (score over de zes vragen samen) voor alle deelnemende DSV's die deze vragen beantwoordden (n=87) is 3.1 (schaal loopt van 1 (geen verandering) tot 5 (zeer veel verandering)). (Zeer) veel verandering vindt volgens programmamanagers van DSV's met name plaats in strategische plannen van organisaties (48%). Dit wordt gevolgd door veel waargenomen veranderingen in de visie en/of missie van organisaties (42%), de uitvoering van het strategische plan van organisaties (39%), en het aanbod en/of de diensten van organisaties (34%). Slechts 22 procent van de DSV's geeft aan veel verandering te ervaren in de personeelsbezetting of bestuursstructuur van organisaties. Zie Figuur 8.

Figuur 8 Ervaren mate van verandering bij deelnemende organisaties in het DSV, in percentages.



In gesprek met de praktijk: Vervolgstappen nodig op verschillende niveaus

In de interviews is gevraagd naar de vervolgstappen die nodig zijn voor DSV's om zich verder te ontwikkelen met betrekking tot samenwerking en de transformatieopgaven. In deze gesprekken is, in lijn met de ervaren verandering in organisaties uit de vragenlijst, met name aandacht voor strategie en visie. Maar men richt zich ook op de inrichting van de governance. De interviews laten zien dat DSV's op verschillende niveaus verandering beogen. Een aantal DSV's wil zich vooral verder ontwikkelen in hun missie en visie; ze willen anders denken en anders doen. Daarbij zien zij het als meerwaarde om dit denken en handelen te stoelen op: 1) gemeenschappelijke opgaven in plaats van op eigen organisatieagenda's; 2) de (be)leefwereld van inwoners; 3) positieve gezondheid, positieve verhalen en positieve voorbeelden in plaats van tekorten, bezuinigingen; en: de toegankelijkheid van de zorg. Hiervoor is volgens de geïnterviewde DSV's een andere manier van organiseren en financieren nodig, wat op zijn beurt weer vraagt om een cultuuromslag bij zowel bestuurders als ook managers, professionals en inwoners. Bij andere DSV's staan vooral ontwikkelingen in de inrichting en vormgeving van de governancestructuur op de agenda. Bij deze DSV's heerst het gevoel dat een stap op het gebied van samenwerking en governance nodig is om ook een stap in de transformatie en het bereiken van de gestelde doelen te kunnen maken. Zie Tekstbox 8 voor voorbeelden uit de praktijk.

Tekstbox 8 Voorbeelden uit de praktijk over veranderopgaven

Cultuur en systeemverandering op alle lagen

De DSV's H en F zetten ook in op cultuur- en systeemverandering. Niet alleen bij bestuurders, maar ook bij managers en burgers. Alleen dan kunnen de gezamenlijke opgaven en doelen bereikt worden. Dat betekent ook dat organisaties een stukje autonomie moeten opgeven om aan het gezamenlijke doel bij te dragen. En dat blijkt voor veel organisaties lastig. Vooral omdat niemand precies weet waar de ontwikkeling heen gaat en of de beoogde doelen behaald worden. Die onzekerheid maakt dat veel bestuurders de neiging hebben om risico's op papier vast te leggen. En dat – zo stelt de programmamanager – leidt niet tot een positievere samenwerking. Een volgende stap in de transformatie is volgens de programmamanager van de DSV het betrekken van de managementlaag bij het uitvoeren van de transformatie. Want bestuurders kunnen wel mooie ideeën hebben en die om willen zetten, maar de uitvoering ligt bij het management van organisaties, dus zij moeten in de veranderplannen meegenomen worden. Daarnaast moeten burgers meegenomen worden in de cultuurverandering.

Eenheid in governancestructuur

Bij DSV B is voor de komende tijd het formaliseren van de governancestructuur een belangrijk ontwikkelpunt. Het DSV heeft een gedecentraliseerde vorm. Dat maakt het lastig om de verschillende lagen van het samenwerkingsverband goed op elkaar te laten aansluiten. Volgens een programmamanager van een van de themacoalities is het voor het maken van een volgende stap in de samenwerking en transformatie van belang hier meer structuur en eenheid in aan te brengen. Op die manier kunnen de projecten vanuit de regioraad aangestuurd worden en worden de verschillende lagen meer op elkaar aangesloten.

"Je ziet binnen het blok preventie meerdere programma's. Die allemaal weer een beetje een eigen structuur hebben. Dat is bewust gedaan, want het is opgebouwd vanuit bestaande netwerken. En ik denk, als je echt een volgende slag wil maken... dat je dat verder moet gaan integreren in elkaar. En moet zeggen: 'We hebben echt een preventieteam wat niet meer versnipperd is', [...]"

6 Beschouwing

Deze rapportage beschrijft de vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden die werken aan de transformatie van zorg, als deelonderzoek van de 'lerende evaluatie regionale samenwerking'. Achtereenvolgens zijn de samenstelling, de inzet op bouwstenen voor transformatie en de ervaren veranderingen en beoogde vervolgstappen van DSV's beschreven. In deze beschouwing reflecteren we op deze bevindingen in het kader van landelijke ontwikkelingen in de zorg, en op basis van wetenschappelijke inzichten (6.1). Hierna reflecteren we op de gebruikte methoden (6.2) en volgt een conclusie (6.3).

6.1 Reflectie op de resultaten

Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden laten veel variatie zien, maatwerk is belangrijk

De DSV's in deze rapportage variëren onderling veel van elkaar. Zo streven ze verschillende doelen na en hebben ze verschillende doelgroepen. Ook zijn er verschillen in netwerkgrootte en inzet op de bouwstenen voor transformatie. De data laten zien dat grotere DSV's veelal kiezen voor een governancestructuur met een aparte entiteit om het netwerk te managen. Op basis van de interviewgesprekken blijkt bovendien dat de governancestructuren continue in beweging zijn. Er blijkt dat veel keuzes voor de vormgeving van de DSV's relateren aan de lokale context en ontstaansgeschiedenis van het samenwerkingsverband. Waar de ene DSV bewust kiest voor een data-gedreven manier van werken met duidelijke en formele afspraken, blijkt dit in een ander samenwerkingsverband dermate vertragend te werken dat hier eerst is ingezet op het komen tot eerste gezamenlijke resultaten. Op basis van deze data is er daarom geen one-size-fits-all-governancevorm aan te bevelen, maar lijkt de ontwikkeling meer afhankelijk van contextuele verschillen. In lijn met eerdere evaluaties in deze DSV's lijkt daarom maatwerk voor de inrichting en vormgeving van DSV's belangrijk (RIVM, 2024b).

Domeinoverstijgende samenwerking voor de transformatie van zorg vindt plaats op verschillende niveaus

Van de deelnemende DSV's is 60 procent gerelateerd aan een grotere IZA-regioplan regio (wat op zichzelf ook een DSV is). Uit internationale literatuur blijkt dat ook in andere landen het onderscheid gemaakt wordt tussen grotere regionale structuren waar afgestemd wordt over doelen en de verdeling van budgetten (populaties van +/- 1 miljoen inwoners), subregio's, waarbij inhoudelijke afstemming tussen zorg en welzijn en inwoners plaatsvindt (populaties van +/- 300.000-500.000 inwoners) en gemeente en wijkniveau waarbij er veel samenhang is met de lokale gemeenschappen (TheKingsFund, 2021; Sethuram et al., 2023). De literatuur beschrijft ook het belang van samenhang tussen deze verschillende niveaus bij de reorganisatie en integratie van zorg. Wanneer er gesproken wordt over domeinoverstijgende samenwerking voor de transformatie van zorg is het daarom van belang om naast

regionale ontwikkelingen, ook zicht te blijven houden op de niveaus van subregio's, gemeenten en wijken.

De transformatie van zorg laat momenteel met name ontwikkeling op visie, strategie en governance zien

In dit onderzoek zijn met name ontwikkelingen op basis van visie, strategie en governance opgemerkt bij DSV's. Zo gaven programmamanagers aan met name veranderingen te zien in visie en strategie bij deelnemende organisaties. Verder blijkt dat veel van de grotere DSV's met een NAO werken, wat kan duiden op een meer efficiënte vorm van samenwerken (Provan & Kenis, 2008). Zeker nu DSV's die al langer bestaan zich te verhouden hebben tot de nieuwgevormde IZA-regio's, werd in interviews benoemd dat nieuwe gesprekken over visie en governancestructuren hebben plaatsgevonden. Dit ontwikkelen van een gezamenlijke visie en samenwerkingsvorm is een continu proces en een belangrijke basis voor het verdere transformatieproces (RIVM, 2018; Kingsfund, 2021; Van Vooren, 2024). Om zorg en ondersteuning daadwerkelijk te kunnen integreren en reorganiseren, zijn echter ook ontwikkelingen op andere bouwstenen nodig.

De bouwstenen voor het integreren en reorganiseren van zorg en ondersteuning zijn nog in ontwikkeling

Ondanks de stimulering voor meer regionale en domeinoverstijgende samenwerking in de huidige akkoorden, zoals IZA en GALA, zijn de randvoorwaarden voor het samenwerken aan de transformatie van zorg nog in ontwikkeling. In de domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden worden nog weinig financiële afspraken gemaakt en zijn er slechts enkele DSV's die aangeven met alternatieve bekostiging te werken. Verder laat de data zien dat doelgroepen als inwoners en patiënten maar in 17 procent van de DSV's bestuurlijk betrokken zijn, terwijl het centraal stellen van de patiënt en inwoner een belangrijk thema is in het IZA (VWS, 2022). Verder werkt de helft van de DSV's met een leerplan, maar worden de geleerde lessen niet altijd in de praktijk tot uitvoering gebracht. Uit de interviews blijkt dat het voor netwerkpartners nog te risicovol wordt gevonden om structurele veranderingen door te voeren.

Hoe verder: allen aan zet

Regionale en domeinoverstijgende samenwerking wordt als middel en ook wel noodzaak gezien voor de transformatie van zorg naar gezondheid. Domeinoverstijgende samenwerking is niet nieuw, maar is wel extra gestimuleerd door huidige landelijke akkoorden zoals GALA en IZA. Er bestaan inmiddels veel samenwerkingsverbanden die vanuit een brede blik op gezondheid werken. Toch blijven vergelijkbare knelpunten door de jaren heen opnieuw genoemd worden: de zoektocht naar passende financiering en bekostiging, het goed kunnen betrekken van inwoners in het samenwerkingsverband, de zoektocht naar een passende governancestructuur en het gebrek aan daadwerkelijke aanpassing van de werkwijze na het formuleren van geleerde lessen (RIVM, 2020; RIVM; 2024b). In eerdere onderzoeken is benoemd dat er een gevoel van urgentie nodig is om daadwerkelijke verandering door te voeren (RIVM, 20, 2020b). Er is echter inmiddels toenemende urgentie van de stijgende personeelstekorten en inzicht in dat de zorg niet

houdbaar blijft, zoals deze nu is georganiseerd (WRR, 2021; RIVM, 2024a). Toch blijkt het lastig om gezamenlijk structurele veranderingen door te voeren. Dit komt omdat er verandering nodig is op vele verschillende lagen en deze zijn afhankelijk van elkaar. In de interviews zien we bijvoorbeeld dat programmamanagers wachten op het handelen van hun bestuurders. In een andere DSV wordt de hulp gevraagd van inwoners, maar wordt ook gezocht hoe dit perspectief goed mee te nemen. Bestuurders zoeken op hun beurt de zekerheid bij landelijke systemen. Tegelijkertijd is nog niet helder wat het eindpunt is van deze gezamenlijke verandering, wat ook kenmerkend is voor een transformatie. In een onzeker proces, zoals een transformatie, kan gezocht worden naar structuur en zekerheid. Uit deze rapportage blijkt echter dat er niet één lijn te trekken is in de vormgeving en werkwijze van de DSV's, maar dat deze erg van elkaar kunnen verschillen. Passender bij een transformatie is een reflexieve houding (Mierlo & Beers, 2017). Waarbij lokaal, regionaal en landelijk ruimte wordt gecreëerd om te leren wat werkt om de randvoorwaarden in te richten die nodig zijn om samen te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. In de komende jaren van de Lerende evaluatie worden daarom ook enkele DSV's gevolgd in hun leerproces om deze randvoorwaarden passend vorm te geven en volgende stappen te zetten in de transformatie van zorg naar gezondheid.

6.2 Reflectie op de methoden

Bij het interpreteren van de resultaten dient rekening te worden gehouden met enkele aandachtspunten. Het is namelijk niet bekend hoeveel DSV's er zijn in Nederland. Om die reden is het niet mogelijk om iets te zeggen over het responspercentage van het vragenlijstonderzoek in dit rapport. Daarnaast is het niet mogelijk om iets te zeggen over de mate van representativiteit van de deelnemende DSV's ten opzichte van de totale groep DSV's in Nederland. De deelnemende DSV's zijn echter wel op verschillende manieren (via LinkedIn-berichten, persoonlijk aangeschreven, en via oproepen in bestaande overlegstructuren, bijeenkomsten en groepen die enige link hebben met het thema 'Regionale samenwerking') en gedurende een lange periode (drie maanden) geworven. Hiermee is een poging gedaan om zo veel mogelijk, en zo divers mogelijke, DSV's te bereiken en te includeren in dit onderzoek.

Zoals eerder benoemd, is de groep deelnemende DSV's heel divers qua doelstelling en focus. Zo zijn er conditie-specifieke DSV's en DSV's die zich richten op een bredere, algemene populatie. Ook richten sommige DSV's zich op enkele wijken of één gemeente en richten andere DSV's zich op een hele provincie of regio. Op basis van deze verschillen, is ook te verwachten dat deze verschillende DSV's op sommige vlakken anders zijn ingericht. Om die reden is voor het analyseren van de resultaten niet alleen gekeken naar de gehele groep deelnemende DSV's, maar juist ook naar verschillende subgroepen van DSV's die qua doelstelling en focus meer op elkaar lijken. Op die manier is ernaar gestreefd om meer inzicht te geven in de vormgeving en inrichting van verschillende soorten DSV's en welke factoren hierbij een rol spelen. Elke DSV blijft echter uniek en maatwerk is een belangrijk onderdeel van regionale samenwerking. Daarom is het onvermijdelijk dat er informatie verloren

gaat bij het schetsen van een algemeen beeld van de vormgeving en inrichting van DSV's.

Voor de kwalitatieve verdieping voor dit rapport zijn enkel programmamanagers gesproken van DSV's die zich op een bredere populatie richten. Hoewel de programmamanagers een goed inzicht hebben kunnen geven in de vormgeving, inrichting en keuzes van de samenwerkingsverbanden, geeft dit wellicht ook een (te) eenzijdig beeld. Zo zijn er geen vertegenwoordigers van organisaties uit het zorg- en sociaal domein, burgerinitiatieven of zorgverzekeraars gesproken. Vervolgonderzoek binnen de lerende evaluatie zal dan ook op een bredere groep gericht zijn, zodat de bouwstenen vanuit verschillende betrokkenen en perspectieven belicht kunnen worden.

6.3 Conclusie

De vormgeving van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden varieert veel en wordt beïnvloed door factoren zoals netwerkpartners, doelgroepen en doelen van de DSV. In de DSV's en de deelnemende organisaties wordt verandering gezien op het niveau van visie en strategieontwikkeling. Echter, structurele verandering op randvoorwaarden zoals inwonerparticipatie, het gebruik van alternatieve bekostigingsvormen en het formaliseren van afspraken is nog minder zichtbaar. In het kader van de transformatie van zorg zijn betrokkenen uit alle verschillende lagen aan zet (nationaal, regionaal en lokaal) om deze randvoorwaarden gezamenlijk, al lerende, vorm te geven. Het RIVM blijft deze ontwikkelingen de komende jaren volgen, en zal hierbij ook het leerproces van enkele DSV's volgen in het zetten van een volgende stap op de bouwstenen voor transformatie van zorg.

Literatuurlijst

- Beers, P. J., & Mierlo, B. v. (2017). Reflexivity and learning in system innovation processes. *Sociologia Ruralis*, 57, 415-436. <https://doi.org/10.1111/soru.12179>
- Cattel et al. (2023). Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren. Rotterdam/Den Haag: ESHPM, Health Campus Den Haag en Expertisecentrum BUNDLE.
- CBS Statline (2024). Uitgaven gezondheidszorg en welzijnszorg 1998-2022. Geraadpleegd op 6 mei 2025 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85548NED/table?ts=1746530431593>
- De Weger, E., Drewes, H.W., Van Vooren, N.J., Luijkx, K.G., & Baan, C.A. (2022). Engaging citizens in local health policymaking. A realist explorative case-study. *PLoS One*, 17 (3), e0265404.
- Frakt A.B., Mayes R. Beyond capitation: how new payment experiments seek to find the 'sweet spot' in amount of risk providers and payers bear. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(9):1951-8.
- Geels, F.W., & Schot, J. (2007). Typology of sociotechnical transition pathways. *Research policy*, 36(3), 399-417.
- Miller H.D. From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(5):1418-28.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg.
- Nundy, S., Cooper, L.A., & Mate, K.S. (2022). The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *Jama*, 327 (6), 521-522.
- Porter, M.E., & Kaplan, R.S. (2016). How to pay for health care. *Harv Bus Rev*, 94(7-8), 88-98.
- Provan, K.G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
- RIVM (2024a). Den Broeder, L., Hilderink, H., Polder, J., Dekker, L., Janssen-van Eijndt, T., Van der Lucht, F., et al. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024: Kiezen voor een gezonde toekomst.
- RIVM (2024b). Eindrapportage van de Lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek.
- RIVM (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen. Bilthoven: RIVM.
- Steenkamer, B., Drewes, H., Putters, K., Van Oers, H., & Baan, C. (2020a). Reorganizing and integrating public health, health care, social care and wider public services: a theory-based framework for collaborative adaptive health networks to achieve the triple aim. *Journal of health services research & policy*, 25 (3), 187-201.
- Sethuram et al. (2023). An environmental scan of Ontario Health Teams: a descriptive study. *BMC Health Services Research*, 23:225. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09102-6>

Steenkamer, B., De Weger, E., Drewes, H., Putters, K., Van Oers, H., & Baan, C. (2020b). Implementing population health management: an international comparative study. *Journal of Health Organization and Management*, 34(3), 273-294.

TheKingsFund (2021). Developing place-based partnerships. The foundation of effective integrated care systems. London: The King's Fund.

Van Vooren, N.J.E., Steenkamer, B.M., Baan, C.A., & Drewes, H.W. (2020). Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives. *Health Policy*, 124(1), 37-43.

Van Vooren, N.J.E. (2024). The process of cross-sector collaboration for the health of local and regional populations: What works, why and in which context? [Proefschrift, Tilburg University]. The process of cross-sector collaboration for the health of local and regional populations. What works, why and in which context? – Tilburg University Research Portal.

WRR. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2021.

Bijlage 1 Samenstelling van geïnterviewde DSV's

DSV	Aantal netwerk partners	Doel	Populatie
DSV A	20	Gezondheidsverschillen aanpakken	Inwoners subregio
DSV B	60	Gezondheid populatie bevorderen	Inwoners subregio
DSV C	13	Gezondheid bevorderen (begonnen met kwetsbare groepen: ouderen, psychisch kwetsbaar)	Alle inwoners die binnen het ziekenhuis- gebied vallen.
DSV D	16	Gezondheid populatie	Inwoners subregio
DSV E	25	Krachten bundelen rondom preventie. Gezondheid en welzijn bevorderen.	Inwoners regio
DSV F	75	Gezondheid bevorderen. Zorg toegankelijk houden.	Inwoners IZA- regioplan regio
DSV G	37	Gezondheid bevorderen, zorg toegankelijk	Inwoners subregio
DSV H	12	Verkleinen gezondheidsachterstanden	Inwoners subregio

Bijlage 2 Toelichting van de verschillende brede gezondheidsconcepten

Positieve Gezondheid: hierbij staat een brede kijk op gezondheid centraal. Gezondheid wordt omschreven als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011).

Van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag is een beweging waarin mensen met een aandoening niet vanuit een ziekte-georiënteerd perspectief benaderd worden, maar vanuit een nadruk om de gezondheid te verbeteren en te behouden (Gezondheid en Gedrag, 2019).

Vitaliteit en leefstijl: doel om de vitaliteit van mensen te verbeteren door een gezonde leefstijl te bevorderen.

Krachtige Basiszorg is een integrale wijkaanpak voor wijkbewoners met hoge gezondheidsrisico's.

Reablement is een manier van werken waarmee hulpverleners ouderen helpen hun eigen leven te leiden.

Herstelgerichte benadering wordt gebruikt in de GGZ. Herstel ondersteunende zorg is zorg die het persoonlijke en brede herstelproces van cliënten ondersteunt.

M. Vugts | Z. Scheefhals | S. Vader |
P. Reckman | N. van Vooren

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juni 2025

De zorg voor morgen
begint vandaag