



Bevindingen uit de maatschappelijke opdracht van M&I/Partners – start voor een discussie

VAN SAMEN WILLEN NAAR SAMEN KUNNEN

Waarom samenwerking tussen zorg en welzijn moeilijk van de grond komt

VAN SAMEN WILLEN NAAR SAMEN KUNNEN

Voorwoord

Met elkaar in gesprek

In deze publicatie brengen we de ervaringen en inzichten samen die M&I/Partners heeft opgedaan tijdens de maatschappelijke opdracht rond eenzaamheid onder ouderen. We spraken met bestuurders en andere betrokkenen uit zorg, welzijn en de zorgverzekering en onderzochten vanuit verschillende perspectieven wat samenwerking stimuleert en belemmert. We voerden ook een praktijkstudie uit naar de samenwerking tussen zorg en welzijn in Emmen.

Deze publicatie is een praat- en opiniestuk waarin de bevindingen bedoeld zijn als een startpunt voor gesprek: herkennen anderen deze patronen? Waar zitten andere verklaringen? En vooral: wat is nodig om samenwerking wél goed van de grond te krijgen?

Veel leesplezier!

Michel Muszynski
Rutger Leer
Fabienne Eurlings
Marco Zoetekouw

M&I/Partners

Zeist, 10 september 2026



Managementsamenvatting

De brede samenwerking tussen zorg en welzijn waarin wordt toegewerkt naar samenwerken met ICT, wordt veelal gezien als noodzakelijk om de maatschappelijke uitdagingen rondom vergrijzing, personeelstekorten en langer zelfstandig wonen het hoofd te bieden. Toch blijkt samenwerking moeilijk realiseerbaar. Uit onze bevindingen blijkt dat dit niet ligt aan technologie of onwil van betrokken partijen. De belangrijkste oorzaak ligt in verschillen tussen de systemen waarin zorg en welzijn opereren.

Belangrijkste bevindingen

■ **Zorg en welzijn vertrekken vanuit fundamenteel verschillende logica's**

Zorg wordt gefinancierd op basis van ziekte en behandeling. Welzijn wordt gefinancierd op basis van preventie en het voorkomen van problemen. Deze verschillende uitgangspunten leiden tot uiteenlopende werkwijzen, belangen en sturingsmechanismen.

■ **Financiële prikkels ontmoedigen samenwerking**

Preventie leidt vaak tot lagere zorgproductie en daarmee tot lagere inkomsten. Asynchrone kosten-baten en korte aanbestedingscycli in deze sectoren maken langdurige investeringen in innovatie in het sociaal domein onaantrekkelijk. Succesvolle initiatieven stranden mede daardoor vaak in de pilotfase en duurzame maatschappelijke baten worden niet gerealiseerd.

■ **Organisatie-, schaal- en governanceverschillen vormen barrières**

Welzijn werkt lokaal en wijkgericht. Zorgorganisaties opereren vaak regionaal

of bovenregionaal. Verschillen in omvang, macht en besluitvorming maken gelijkwaardige samenwerking complex.

■ **Digitalisering is niet de primaire bottleneck**

De informatiebehoefte van zorg en welzijn verschilt van elkaar.

Gegevensuitwisseling alleen lost de samenwerkingsvraag niet op. Wel bestaan kansen voor gezamenlijke digitale dienstverlening aan cliënten/patiënten.

■ **Naar een samenwerkingssysteem dat werkt**

Digitalisering is niet de kern van het probleem; de echte uitdaging is om samenwerking onderdeel van het systeem te maken.

Dat vraagt om drie randvoorwaarden:

1. maak de maatschappelijke waarde van preventie meetbaar via een gezamenlijke, vergelijkbare dataset;
2. pas de financiële prikkels aan zodat preventie loont (met langere contracten en gedeelde baten);
3. en stimuleer leren en vertrouwen op basis van gelijkwaardigheid en bestuurlijk leiderschap.

Pas wanneer aantoonbaar wordt welke waarde preventie oplevert, ontstaat ruimte voor de verschuiving van het financieren van zorg naar het investeren in gezondheid — en wordt de kans vergroot dat samenwerking van ambitie naar een vanzelfsprekend onderdeel van het systeem verandert.

Inhoud

1	<u>Inleiding</u>	7
2	<u>Belangrijkste bevindingen: acht dingen die ons opvielen</u>	9
3	<u>Denkrichtingen voor vervolg</u>	18
4	<u>Verantwoording</u>	20

Inleiding

1 1 op 12 ouderen is sterk eenzaam

Groeiende eenzaamheid onder ouderen

Eenzaamheid onder ouderen is een groeiend maatschappelijk vraagstuk. In Nederland voelt ruim één op de twaalf 65-plussers zich sterk eenzaam (CBS, 2026). Het leidt tot een verminderde kwaliteit van leven, meer gezondheidsproblemen en een toenemende druk op de zorg. Door de vergrijzing en arbeidsmarktkrapte neemt de urgentie alleen maar toe.

Een parallelle ontwikkeling is dat in Nederland zorgen voor de ouderen meer collectief wordt uitbesteed en een economisch model geworden is – in tegenstelling tot andere culturen waarin een groter beroep wordt gedaan op de eigen familie. Een onderzoek van European Values Study en World Values Survey (2017-2022) laat zien dat slechts 16% van de Nederlanders het vanzelfsprekend vindt om voor zijn of haar zieke ouders te zorgen. Dit is het laagste percentage in Europa.

De inzet van digitalisering biedt kansen om de groeiende eenzaamheid onder ouderen te verminderen. Van beeldbellen en digitale ontmoetingen tot toepassingen die de betrokkenen vanuit zorg en welzijn beter met elkaar verbinden. Maar hoe zorg je ervoor dat deze innovaties ook écht maatschappelijke impact maken?

Onze maatschappelijke opdracht

Ter gelegenheid van het 40-jarig jubileum startte M&I/Partners een maatschappelijke opdracht. De vraag die we onderzocht hebben is: kunnen we formele en informele zorg met digitalisering beter op elkaar aan laten sluiten om voor een betere kwaliteit van leven van onze ouderen te zorgen?

We hebben dat op twee manieren onderzocht:

1. Samen met Sociaal Werk Sedna onderzochten we hoe digitale technologie kon bijdragen aan het verminderen van eenzaamheid onder ouderen in Emmen. De sleutel tot samenwerking was het gebruik van een Compaan (=een tablet die speciaal voor ouderen is ontwikkeld) door gezamenlijke cliënten van de zorgorganisatie als het Sociaal werk.
2. Daarnaast onderzochten we welke factoren samenwerking tussen zorg en welzijn stimuleren of juist belemmeren. We hebben bestuurders en andere stakeholders geïnterviewd om zicht te krijgen op hun werkveld en wat hun daarin helpt of hindert.

We brachten de ervaringen en inzichten samen die we opdeden tijdens de maatschappelijke opdracht rond eenzaamheid onder ouderen in deze publicatie. De bevindingen zijn bedoeld als aanleiding voor gesprek: herkennen anderen deze patronen? Waar zitten andere verklaringen? En vooral: wat is nodig om samenwerking wél goed van de grond te krijgen?

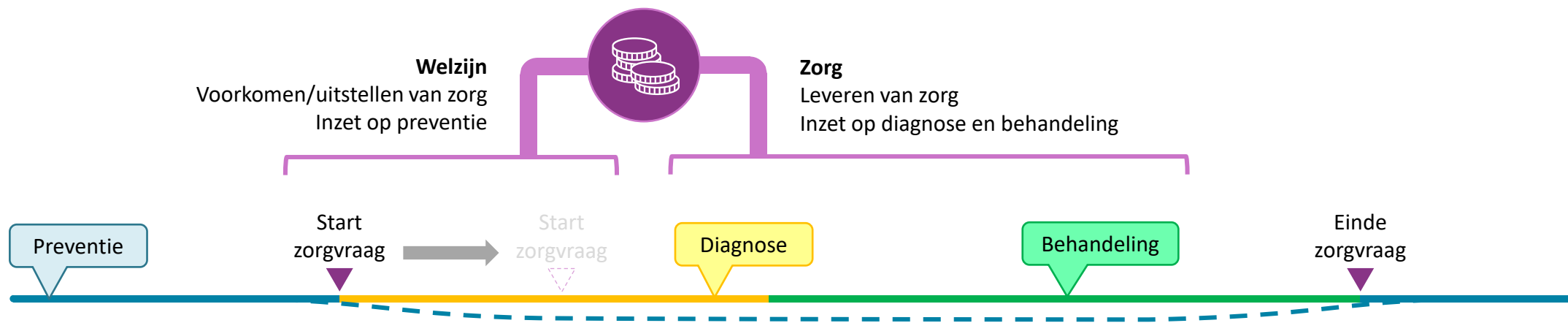
Belangrijkste bevindingen

Acht dingen die ons opvielen

2 Het systeem belooft behandelen en niet preventie

De belangrijkste bevinding betreft het verschil in de onderliggende systeemlogica tussen zorg en welzijn. Het zorgstelsel is ingericht rondom diagnose, behandeling en vergoeding. Zorgverzekeraars en (lokale) overheid financieren pas nadat een zorgvraag is vastgesteld en een behandeling wordt ingezet. Het welzijnsdomein werkt juist vanuit preventie. Het doel is problemen te voorkomen voordat een zorgvraag ontstaat. Welzijn is proactief en continu terwijl zorg overwegend reactief en signaalgedreven is. Hierdoor ontstaat er een paradox waarin zorg wordt betaald voor behandelen en welzijn voor het voorkomen (Figuur 1). Een gezamenlijk succes kan leiden tot minder zorgconsumptie, maar leidt niet automatisch tot een positief financieel resultaat binnen het zorgstelsel.

Kijkend naar de kosten en baten van zorg en welzijn resulteert in de constatering dat er sprake is van een complexe driehoeksverhouding tussen de gemeente, zorgverleners en zorgverzekeraars. De kosten en baten zijn asynchroon in tijd en entiteit waardoor partijen vanuit hun eigen koker blijven redeneren richting wat voor hen op de korte termijn voordelig is. De baten en de inspanning liggen niet op dezelfde plek. Daarmee blijven ze vast zitten in een lokaal optimum. Dit bemoeilijkt de financiering en opschaling van welzijnsinitiatieven en voorkomt het bereiken van een globaal optimum, terwijl deze initiatieven wel maatschappelijke waarde leveren. Deze tegenstelling werkt door in vrijwel alle aspecten van de samenwerking tussen zorg en welzijn.



Figuur 1: Zorg en welzijn hanteren andere systeemlogica en financieringsdoelen die niet op elkaar zijn afgestemd.

2 Zorg en welzijn werken vanuit een ander perspectief

Zorg en welzijn zijn twee verschillende werelden die niet altijd goed op elkaar aansluiten. Om te beginnen zijn er wezenlijke verschillen in het perspectief van waaruit zij opereren. Zorg begint met een medische klacht waarna zorg zich inzet om uit te zoeken wat het medische probleem is en hoe het behandeld kan worden, zodat de patiënt weer geneest of herstelt. Dit is een formeel en geprotocolleerd proces waarin een specialist een diagnose uitvoert en een behandeling kiest uit bestaande diagnose-behandelcombinaties, gefinancierd door een zorgverzekeraar. In de care komt – meestal gerelateerd aan een medische klacht – een zorgvraag in beeld wanneer iemand onvoldoende voor zichzelf kan blijven zorgen. Na een indicatiestelling kan zorg verleend worden, afhankelijk van de soort zorg gefinancierd vanuit de WLZ, de WMO of vanuit de zorgverzekeringswet.

Welzijn levert nabije diensten waarin ze breed kijkt naar de gehele leefsituatie en sociale context van een mens. Ze monitort wat iemand nodig heeft om te blijven participeren en prettig, zelfstandig en verbonden te leven zodat er (nog) geen zorgvraag ontstaat. Welzijn is holistisch en contextgericht waarin diverse aspecten aan bod komen zoals specifiek bij ouderen: sociaal contact, hulp in en om het huis, leefstijlverbetering, betekenis en zingeving, beweging en algemene hulp voor ouderen die vastlopen in het leven.

Waar een arts of indicatiesteller primair kijkt naar de medische aandoening en de ondersteuning bij de zorg, kijkt een welzijnswerker naar de totale leefsituatie van een inwoner. Deze verschillende perspectieven zijn beide waardevol, maar maken gezamenlijke besluitvorming complex.

 Zorg	 Welzijn
Vertrekpunt Klacht, aandoening of beperking	Vertrekpunt Leefsituatie, wensen, mogelijkheden
Centrale vraag Wat is het probleem en hoe lossen we dat op?	Centrale vraag Welke leefomgeving is nodig om prettig te leven?
Focus Nauw, specifiek, individueel en specialistisch	Focus Breed, holistisch, collectief, sociaal en contextgericht
Doel Behandelen, verzorgen, genezen of stabiliseren	Doel Vergroten levenskwaliteit, verbinding en participatie

2 De mensfactor mag niet worden onderschat

Dat zorg en welzijn andere werelden zijn, uit zich ook in de cultuur en mensen. Zo zijn professionals in zorg en welzijn anders opgeleid, gebruiken een andere taal, werken met andere aannames, hanteren andere succesindicatoren en kijken verschillend naar risico's en verantwoordelijkheden. Zo kennen sociaal maatschappelijk werkers de ouderen in de wijk al geruime tijd door huisbezoeken of ontmoetingen in een buurtcentrum. De wijkverpleegkundigen komen pas in beeld als het bijvoorbeeld niet meer lukt om voor jezelf te zorgen, na een val of een ziekenhuisopname. Het gaat dan over het zorgen en behandelen en minder over het continueren van het gewenste leven. Dit verschil leidt in de praktijk geregeld tot misverstanden en verkeerde verwachtingen. Ook kennen deze werelden elkaar vaak onvoldoende en weten ze elkaar daardoor onvoldoende te vinden. Ziekenhuizen weten niet altijd wat welzijnsorganisaties eigenlijk doen of wat ze voor elkaar kunnen betekenen. Onbekend maakt onbemind.

En ook al kunnen de welzijns- en zorgmedewerkers elkaar in de praktijk wel vinden, echt samenwerken is daarmee nog geen vanzelfsprekendheid. Bestuurders en professionals geven aan dat succesvolle samenwerking vrijwel altijd afhankelijk is van persoonlijke relaties, vertrouwen, leiderschap en lef. Samenwerking hangt soms af van bestuurders, of die het met elkaar kunnen vinden en of zij bereid zijn hun persoonlijke kracht in te zetten. Maar ook zorg- en welzijnsorganisaties bestaan uit meerdere niveaus en meerdere stakeholders. Samenwerking op de werkvloer of aan de bestuurstafel leidt niet automatisch tot een gezamenlijk perspectief op de doelgroep. Het systeem is hierin eerder belemmerend dan faciliterend – samenwerking ontstaat daardoor vaak *ondanks* het systeem, niet *dankzij* het systeem.

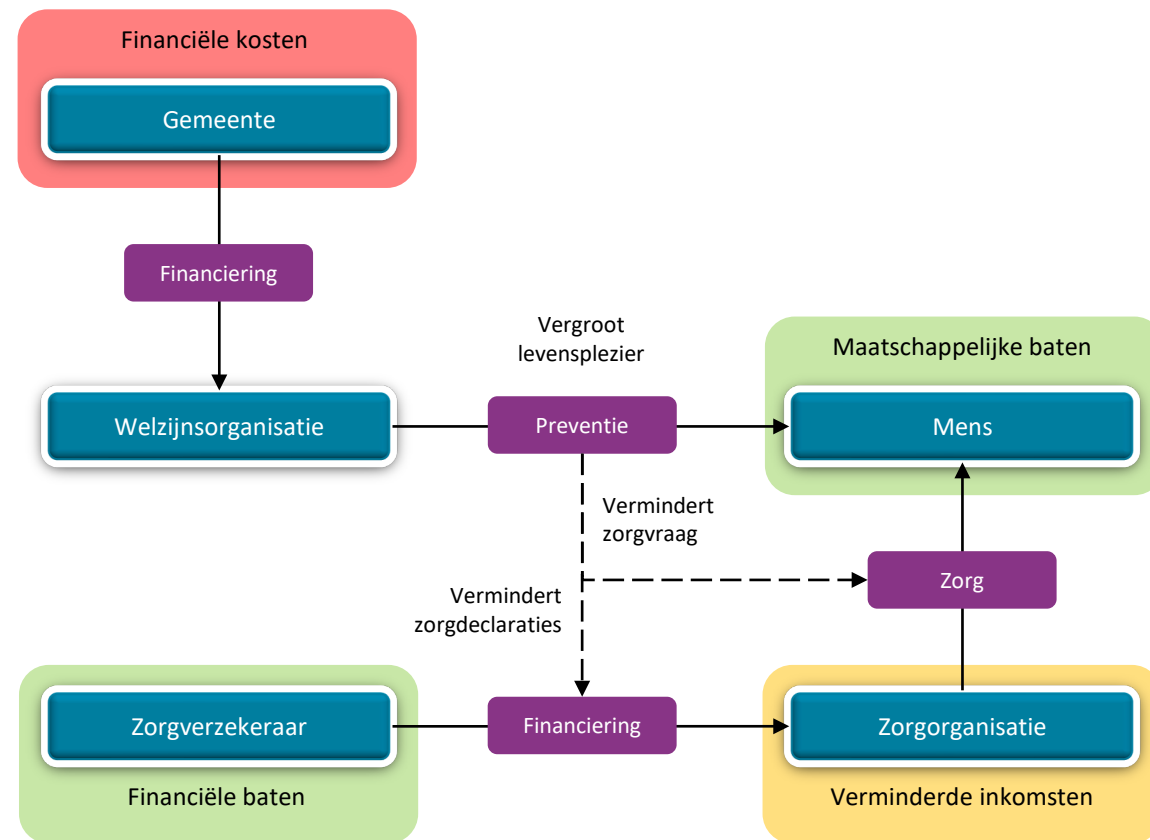


De financiële prikkels ontmoedigen samenwerken

De financiële prikkels in het huidige zorgstelsel zijn zo ingericht dat iedere partij gestimuleerd wordt om vanuit het eigen financiële perspectief te kijken. Hierdoor verliezen we het maatschappelijke belang uit het oog en blijven de partijen steken in hun lokale optimum en bereiken we als maatschappij niet het globale optimum.

Wanneer een gemeente een investering doet om ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld een programma om met beweging en contact ouderen te stimuleren, kunnen ouderen daardoor mogelijk langer op zichzelf blijven wonen. Dit zijn maatschappelijke baten die met deze investering gerealiseerd worden. Een gevolg kan zijn dat zorgvragen vanuit ouderen verminderen en dus de inzet van zorg vanuit de WLZ en ZVW voorkomen kan worden. De gemeente maakt in dit voorbeeld de financiële investering – de verzekeraar geniet van de financiële baten door het verminderen (of later optreden) van de zorgvraag.

Het systeem bevat asynchrone kosten-baten ('*wrong pocket problem*'): de partij die de kosten maakt is niet dezelfde partij die de baten geniet (Figuur 2). Dit betekent dat de beoogde bekostigende partij niet de prikkel voelt om de kosten te maken waardoor de baten niet gerealiseerd worden, terwijl de maatschappij als geheel wel degelijk erop vooruit zou gaan. Zorgorganisaties kunnen op dit moment alleen de geleverde productie factureren na een diagnose of een indicatiestelling. Voor het leveren van preventie ontbreken de middelen. De verkokerde financiering van het huidige stelsel bevat geen structurele prikkels om gezamenlijk te investeren in preventie in dezelfde doelgroep die bediend wordt.



Figuur 2: Asynchrone kosten-baten zorgen voor tegenstrijdige prikkels waardoor partijen in hun koker blijven wat gezamenlijke investering in preventie verhindert.

2 Aanbestedingen zijn een continue strijd

Uit de interviews is gebleken dat welzijnsorganisaties gebukt gaan onder de cyclische aanbestedingssysteem die gemeenten hanteren. Eens in de zoveel jaar worden opdrachten aanbesteed en mogen gegadigde partijen zich inschrijven om mee te doen. Winnaars mogen de dienstverlening binnen het sociaal domein voor een aantal jaar verzorgen, tot de volgende aanbesteding. Dit betekent dat welzijnsorganisaties continu tenders moeten winnen om het voortbestaan van de organisatie te verzekeren. Bij een contractlengte van drie jaar moeten organisaties eigenlijk al na één jaar beginnen met voorbereidingen voor de volgende aanbesteding. Dit kost veel tijd en inzet van de organisaties en creëert onzekerheid over de continuïteit bij het personeel en cliënten.

Deze systematiek belemmert organisaties om voor de lange termijn te investeren of te experimenteren vanwege de onzekerheid over het voortbestaan na de komende aanbesteding. Tenders zijn zo strak dat er geen ruimte voor innovatie of leergeld inzet. Welzijnsorganisaties willen de beste hulp aan hun cliënten leveren maar hebben ook de begrijpelijke wens om hun eigen continuïteit veilig te stellen. Zij hanteren structuren met een holding en daaronder werkmaatschappijen die afgestoten kunnen worden bij een verloren tender. Alles is ingericht op bestaanszekerheid en om te overleven en niet om te bouwen en te innoveren. Ook binnen het sociaal domein bevordert dit het samenwerken niet omdat de partijen ook concurrenten zijn van elkaar.

Er is behoefte aan lange termijn stabiliteit. Ook in de samenwerking tussen regionale partners. Een gezamenlijk perspectief op de doelgroep ouderen is gebaat bij duurzame relaties tussen de welzijnsorganisaties en zorgorganisaties.

Want samenwerking kost tijd en geduld en is niet gebaat bij het periodiek wisselen van samenwerkingspartners. Zowel op bestuurlijke laag als over de vloer bij de cliënten.



Organisatieverschillen hinderen de samenwerking

Samenwerking tussen welzijn en zorg wordt verder belemmerd door verschillen in schaal en governance. Het sociaal domein heeft bij voorkeur een zeer lokale organisatie, echt op wijkniveau. Dit heeft te maken met het feit dat zij vanuit preventie werken en dus aanwezig en nabij moeten zijn, hun doelgroep moeten kennen en moeten kunnen ingrijpen op het moment dat er iets verandert. Dit is per definitie dus lokaal georganiseerd.

Zorg is op een ander niveau georganiseerd, niet op wijkniveau maar op plaats of regio. Huisartsen zijn nog redelijk lokaal georganiseerd maar ouderenzorg organisaties werken meestal al regionaal of bovenregionaal en leveren intramurale en extramurale zorg. Ziekenhuizen hebben sowieso een grotere dekking dan alleen maar één wijk of zelfs één stad. Er is dus een mismatch op schaalniveau, op oriëntatie en daarmee ook op het ondersteunen van gezamenlijke initiatieven. Een definitie van 'de regio' bestaat eigenlijk niet, dit wordt in zorgsamenwerking ook waargenomen. Dan helpt het de samenwerking niet als een welzijnsorganisatie op wijkniveau denkt en een UMC meerdere provincies moet afdekken. Er ontbreekt vaak een natuurlijk gezamenlijk werkgebied. Plus de schaal waarop problemen worden ervaren verschilt van de schaal waarop organisaties opereren.

Omdat de partijen zo verschillen, zowel qua oriëntatie als qua grootte, is er ook een groot machtsverschil.

Een groot ziekenhuis of een grote ouderenzorg organisatie heeft veel meer financiële vrijheid, executie kracht en macht dan een welzijnsorganisatie die veel kleiner is en door het besturings- en financieringssysteem sterk afhankelijk is van wat de gemeente wel of niet mogelijk maakt. Tegelijkertijd moet een grote zorgorganisatie met vele afnemers en samenwerkingspartners rekening houden en verbanden met hen aanknopen.



2 Informatie-uitwisseling is niet het kernprobleem

Een opvallende bevinding is dat digitalisering niet als primaire oorzaak van samenwerkingsproblemen wordt gezien. De informatiebehoefte van beide domeinen, zorg en welzijn, verschilt namelijk ontzettend van elkaar. Door deze verschillen is de waarde van grootschalige standaardisatie bij beide domeinen beperkt. Wel is er behoefte aan laagdrempelige informatie-uitwisseling rondom de dagelijkse ondersteuning van cliënten/patiënten. Uit de interviews blijkt ook dat veel data al aanwezig is maar niet bruikbaar is. Meer data gaat de samenwerking niet fundamenteel verbeteren.

Daarnaast loopt het sociaal domein qua digitalisering nog achter, waardoor er minder sprake is van standaardisatie. Er zijn ook geen standaardprocessen, omdat deze heel lokaal georiënteerd zijn en dus maatwerk vereisen. Dit maakt het op elkaar afstemmen van de huidige werkwijzen ten behoeve van de samenwerking lastig.

Het verschil in digitalisering kwam ook in de praktijkstudie tot uitdrukking: de zorgorganisatie had al een device, digitale diensten en contracten met de doelgroep. Voor de welzijnsorganisatie moest deze slag met o.a. het digitaliseren van hun diensten nog gemaakt worden. Daarbij was er voor de welzijnsorganisatie niet veel ruimte om de gezamenlijkheid opnieuw invulling te geven. Samenwerking vraagt om een nieuwe definitie van infrastructuur, gebruik van device door de ouderen, maar ook beleid op informatiedeling en informatieveiligheid. En ondanks dat de bereidheid om samen te werken groot was, kwam de samenwerking nauwelijks van de grond.

Dit lag niet aan de technologie, maar aan de samenwerking die vastliep tussen de betrokken organisaties. Het ontbrak aan prikkels om de informatievoorziening gezamenlijk vorm te geven.

Voor een goede samenwerking zijn gelijkheid, elkaar kennen en vertrouwen hebben in elkaar de belangrijkste elementen om dit succesvol te kunnen doen. Door de grote verschillen in de oriëntatie van de organisaties, de belangen, nog veel onwetendheid over digitale context in beide sectoren en door het verschil in financiële prikkels wordt samenwerken ingewikkeld.



2 Aantonen van preventie effecten is een knelpunt

Vrijwel alle betrokken in ons onderzoek herkennen dat preventieve interventies waarde aan de maatschappij opleveren. Voorbeelden zoals welzijn op recept laten zien dat de eenzaamheid en zorgconsumptie kan afnemen, sociale participatie kan toenemen, kwaliteit van leven kan verbeteren, en druk op zorgprofessionals kan verminderen.

Desondanks vinden partijen investeren in preventie lastig. Het bepalen van de exacte effectiviteit van specifieke welzijnsmaatregelen, welke positieve effecten ze opleveren en de beoordeling van de proportionaliteit van de investering, is ingewikkeld. Er is een gebrek aan empirisch bewijs op dit gebied waardoor onzekerheid blijft bestaan. De asynchrone kosten-baten spelen hier ook weer een rol. Positieve effecten van preventie worden pas (jaren) later zichtbaar. Voor een zorgverzekeraar ontstaat het risico dat deze investeert in preventie bij haar verzekerden die, tegen de tijd dat de baten zich manifesteren, alweer overstapt zijn naar een concurrent.

De onzekerheid leidt tot ontmoediging om te investeren. Welzijnsinitiatieven worden geregeld gefinancierd door incidentele innovatiegelden, maar ontstijgen vaak niet een pilotfase door een gebrek aan structurele financiering. De uitdaging ligt daarom in het systematisch en vergelijkbaar inzichtelijk maken van de effecten van preventie, niet in het aantonen dat preventie werkt. Er is echter nog geen gestandaardiseerde gegevensset hiervoor. Als preventie de zorg kan ontlasten, is daar een maatschappelijke business case voor te maken.



Denkrichtingen voor vervolg

3 Naar een samenwerkingssysteem dat werkt

De bevindingen uit de maatschappelijke opdracht roepen de vraag op: wat is nodig om samenwerking tussen zorg en welzijn beter te ondersteunen? Op basis van de gesprekken en onze ervaringen zien we drie mogelijke denkrichtingen. We hebben hiermee niet de ambitie om een uitgewerkt advies en een oplossing neer te leggen. Ze zijn bedoeld om het gesprek verder te brengen en te onderzoeken welke veranderingen nodig zijn om samenwerking mogelijk te maken.

1. Maak maatschappelijke waarde beter zichtbaar

Hoe kunnen we de effecten van preventie op bijvoorbeeld zorggebruik, participatie en kwaliteit van leven beter en vergelijkbaar inzichtelijk maken? Bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een generieke dataset waarmee regio's preventieve interventies kunnen monitoren en vergelijken. Deze dataset kan bestaan uit CBS-wijkgegevens, zorggebruik, interventiegegevens, welzijnsindicatoren, kostenontwikkelingen.

2. Kijk opnieuw naar financiële prikkels

Hoe kunnen financiering en bekostiging zo worden ingericht dat de partij die investeert in preventie niet automatisch degene is die de kosten draagt, terwijl de baten elders terechtkomen? Samenwerking wordt pas structureel wanneer preventie financieel aantrekkelijk wordt. Dat vraagt onder meer bekostiging op maatschappelijke waarde, ruimte voor preventieve investeringen, langere contractperiodes en gedeelde baten van preventie.

3. Investeer in vertrouwen en gezamenlijk leren

Hoe creëren we ruimte voor gelijkwaardige samenwerking, langdurige relaties, bestuurlijk leiderschap en leren over organisatiegrenzen heen? Succesvolle samenwerking – ook binnen digitalisering en informatie-uitwisseling – vraagt om gelijkwaardigheid tussen partners, ruimte voor lokale invulling, kennisdeling tussen regio's en bestuurlijk leiderschap en lef. Landelijke standaarden voor verantwoording kunnen daarbij helpen, zonder lokale verschillen weg te organiseren.

Zorg en welzijn willen best samenwerken. De uitdaging is dat het huidige systeem samenwerking onvoldoende ondersteunt en stimuleert. Ze delen dezelfde maatschappelijke ambitie: mensen langer gezond, zelfstandig en betekenisvol laten deelnemen aan de samenleving. Toch werken financiering, governance, schaalverschillen en institutionele logica's samenwerking tegen.

Onze bevindingen laten zien waar het gesprek volgens ons verder moet gaan: de voorwaarden waaronder zorg en welzijn daadwerkelijk samen kunnen werken, ook digitaal. De volgende stap is om beter te begrijpen wat samenwerking in de praktijk nodig heeft. Wanneer bijvoorbeeld aantoonbaar wordt gemaakt welke maatschappelijke waarde preventie oplevert, ontstaat ruimte voor verschuiving: van het financieren van zorg naar het investeren in gezondheid. Dan verandert samenwerking tussen zorg en welzijn van ambitie naar een vanzelfsprekend onderdeel van het systeem.

Verantwoording

4 Hoe zijn we tot deze inzichten gekomen?

Om tot onze bevindingen en inzichten te komen hebben we een aantal stappen doorlopen: we zijn begonnen met een aftrap waarin we de vraag nog een keer verduidelijkt hebben met een aantal bestuurders van welzijnsorganisaties. Die hielpen de wensen naar de uitkomsten scherp te stellen. De gewenste resultaten waren tweeledig:

- Onderzoek belemmerende en stimulerende factoren die de samenwerking tussen de zorg en sociaal domein verbeteren of remmen;
- Lever een praktisch resultaat op. Geen mooie luchtkastelen, maar dingen die we meteen kunnen gebruiken

Samen met de bestuurders maakten we een stakeholdermap en benoemden we namen en rugnummers per stakeholder. Waar mogelijk hielpen de bestuurders om ingangen te creëren voor het houden van de interviews. We spraken met:

- Bestuurders van zorg en welzijnsinstellingen;
- Bestuurders van zorgverzekeraars;
- Directeuren en bestuurders van koepelorganisaties;

NB;

- Niet met gemeentelijk ambtenaren;
- Niet met beleidsmakers.

We hebben interviews uitgevoerd met behulp van een interviewprotocol met vragen op twee kaders:

- Geografische duiding, is deze factor (belemmerend of stimulerend)
- Lokaal (mensen of geografisch)
- Regionaal (groot stedelijk vs. landelijk)
- Landelijk (beleid, wet en regelgeving)

We hebben de onderzoeksvraag uitgelegd aan de deelnemers en hen gevraagd hierop te reflecteren. Deze methode gaf ons houvast om de rode draad te bewaken met voldoende mogelijkheden om zijpaden met potentiële nieuwe inzichten te verkennen.

Daarnaast hebben we een praktijkstudie uitgevoerd in samenwerking met Sedna uit Emmen. Sedna participeerde reeds in diverse samenwerking rondom het thema 'de buurt als ecosysteem'. Sedna had graag aangesloten bij het reeds ingezette gebruik van de Compaan door de lokale ouderenzorg organisaties. Na het vastlopen, is Sedna met haar eigen financiering gestart met het digitaliseren van haar diensten en het uitreiken van de Compaan aan de doelgroep. Met als toekomstig risico dat ouderen geconfronteerd worden met twee keer de Compaan, zowel vanuit zorg als vanuit welzijn.

Meer weten?

www.mxi.nl



Michel Muszynski
Datagedreven werken

06 57165443
michel.muszynski@mxi.nl



Marco Zoetekouw
Partner

06 51290052
marco.zoetekouw@mxi.nl



Rutger Leer
Regionale samenwerking

06 11642930
rutger.leer@mxi.nl



Fabienne Eurlings
Zorginnovatie care

06 10927570
fabienne.eurlings@mxi.nl



M&I/Partners

Strategisch ICT-adviesbureau voor de zorg en overheid
M&I/Partners adviseert en begeleidt organisaties bij hun digitale
transformatie en impactvolle digitalisering en ICT.

Ontdek meer op www.mxi.nl