Politiek-bestuurlijke oplegnotitie

Grip op de keten: van versnippering naar regionale regie bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Aan: raden en colleges van de tien Groninger gemeenten; Provinciale Staten (agendering woon-zorg, geen inkoop); ketenpartners

Bij: zes afspraken als onderhandelingskader (niet: een convenant om morgen te tekenen)

Status: agendering · september 2026

Leestijd: één commissieavond, twee minuten voor de kern

Dit is schil 1 van een drieluik. Schil 2 is de ketenafspraak (werkversie). Schil 3 is de gereedschapskist (checklist, begrippen). Fracties hoeven schil 2 en 3 niet eerst te halen.

---

1. De paradox: hoge kosten, verdwijnende zorg

Elke Groninger raad worstelt met dezelfde Wmo-vorm: het loket is lokaal, de werkelijkheid regionaal, de inkoop open house, de rekening stijgt, de sturing voelt zoek.

Tegelijk verdwijnt specialistische zorg. In mei 2025 stopte ’s Heeren Loo / De Noorderbrug het behandelprogramma Hersenz in Groningen, Friesland en Drenthe. De aanbieder schreef: het gebied is groot en “dunbevolkt”. **Dat is een mythe.** De provincie telt circa 260 inwoners per km² land (CBS, 1 januari 2026). Geen toendra. Het programma stierf omdat tien gemeenten afzonderlijk generieke uurtjes kochten. Zonder regionaal volume sterft expertise.

Wie die hulp ontbeert, ontspoort thuis. De rekening komt terug bij de gemeente: crisis, zware GGZ, instroom Beschermd Wonen. Dit stuk vraagt niet om méér geld als openingszet. Het vraagt om de inkoop en de overdracht op de schaal waar het probleem zit.

---

2. Vijf breuken, in gewone zinnen

1. **Ontslagkloof.** Ziekenhuis of Beatrixoord: “vraag zelf Wmo aan.” Initiatiefverlies ís het letsel. Er volgt een zorggat van maanden.
2. **Gevel in de toegang.** Aan de keukentafel klinkt het vlot. Thuis storten administratie, huishouden en gezin in. De consulent hoort “ik red me wel” en kiest generiek of GGZ.
3. **Ravijn na CVA-nazorg.** TSN (en vergelijkbare nazorg) stopt na maximaal één à twee jaar, uit de basisverzekering. Geen warme overdracht naar specialistische Wmo-begeleiding. Precies dan begint de chronische fase.
4. **Late instroom.** Trauma, reanimatie, tumor, letsel van jaren geleden: geen ontslagmoment, geen keten. Huisarts en Wmo herkennen de breuk niet.
5. **Tien kopers, één patiënt.** Dezelfde functie, tien contracten, generiek tarief. Wie voorkomt, ziet de baten op een andere begroting. Niemand is eigenaar van de keten.

---

3. Geen nieuwe tafel — wel regie

Geen extra regioplan. De wet is er. Drie hefbomen:

- **Schaal: centrumgemeente, parallel aan Beschermd Wonen.** Dezelfde tien gemeenten kopen BW al regionaal in (Centrumregeling 2024, Groningen). Dat is de figuur, **niet** NAH-geld in de BW-pot. Eén provinciaal NAH-product, één tarief, volume dat expertise in leven houdt.
- **Start op de dag van thuiskomst.** Onder het college van de centrumgemeente: een voorlopige toekenning bij ontslag. Formele beschikking volgt. Geen acht weken gat, geen gijzeling van het ziekenhuisbed.
- **Breinlijn in de poort, niet ernaast.** Consulenten hoeven geen neuropsycholoog te zijn. Bij gevel-signalen: verplicht advies. Breinlijn koopt niet in en beschikt niet.

Overbrugging (consultatie, late instroom) hoort bij een eigenaar, niet bij toevallig de eerste begroting die beweegt. IZA is de tafel waarop dit past — geen belofte dat er ergens een pot klaarstaat.

---

4. Wat de raad (en Staten) wél kunnen besluiten

Raden zijn geen zorginkoper. Zij kaderstellen. Drie handelingen:

6. **Stel vast** dat specialistische ambulante NAH-zorg een regionale opgave is, niet tien keer een lokaal restproduct.
7. **Draag het college op** het minimumvolume — nader te berekenen, niet hier verzonnen — in de eerstvolgende kadernota te zetten, gekoppeld aan een regionale centrumconstructie. Zonder dat is “garantie” een persbericht. (Gemeentewet: budgetrecht van de raad.)
8. **Draag het college op** dit binnen drie maanden in te brengen bij de andere negen gemeenten, Menzis, en de IZA- / woon-zorgtafel — en de raad te berichten. Geen extra overleg als antwoord.

Provinciale Staten: agenderen in het woon-zorgoverleg. Niet substitueren, niet inkopen.

Conceptvraag (reglement van orde — schriftelijke vragen)

Fracties kunnen dit letterlijk indienen. Artikelnummers verschillen per gemeente; de vraag niet.

> *Is het college bekend met het voorstel voor een regionale ketenafspraak specialistische ambulante NAH-zorg in de provincie Groningen? Deelt het college dat het stoppen van Hersenz (mei 2025) volgt uit versnipperde inkoop, niet uit “dunbevolkt”? Is het college bereid dit in te brengen bij de andere Groninger gemeenten, Menzis en de regionale bestuurstafel, en de raad binnen drie maanden te berichten — zonder een extra regioplan of sociale kaart als implementatie te beschouwen?*

Daarmee is het dossier. De keten is van wie de overdracht mag afdwingen en het product mag openen. Zolang dat niemand is, loopt alleen de inwoner de hele keten.

Einde oplegger. Hieronder schil 2: de ketenafspraak (werkversie ter bestuurlijke behandeling).

Ketenafspraak specialistische ambulante NAH-zorg provincie Groningen

Status: werkdocument ter bestuurlijke behandeling

Versie: 1.3 · 17 september 2026 · oplegger + ketenafspraak

Reikwijdte: provincie Groningen (tien gemeenten)

Aard: voorstel voor een bindende ketenafspraak — geen extra vrijblijvend netwerk

Afzender: *[in te vullen vóór verzending: college/wethouder, coalitie van cliëntorganisaties, of anders]*

Contact: *[naam, functie, mail, telefoon]*

Word op Drive (*F:\Mijn Drive\…docx*) is v1.3 met oplegger voorop (17 sep 16:16). Google Doc is een apart bestand; de Drive-MCP kan dat niet overschrijven.

Geadresseerden

Partij	Rol in de keten
Colleges **en raden** van Eemsdelta, Groningen, Het Hogeland, Midden-Groningen, Oldambt, Pekela, Stadskanaal, Veendam, Westerkwartier, Westerwolde	Wmo-toegang, inkoop begeleiding/dagbesteding, woonbeleid; raden: budgetrecht voor volume
Gemeente Groningen als centrumgemeente Beschermd Wonen en als mandaatgemeente SPUK-IZA	regionale inkoop BW; secretariaat (analoog aan BW); IZA-regio
Provincie Groningen	agendering woon-zorg, convenantrol, geen zorginkoper
Menzis Zorgverzekeraar	Zvw: revalidatie, behandeling, wijkverpleging, CVA-nazorg (marktleider, geen monopolie)
Overige Zvw-verzekeraars met verzekerden in de provincie	zelfde ketenplicht voor hun verzekerden, via instellingsstandaard en waar mogelijk contract
Menzis Zorgkantoor	Wlz-inkoop en toewijzing langdurige zorg (poort/indicatie via CIZ)
UMCG (o.a. Centrum voor Revalidatie / Beatrixoord), Martini Ziekenhuis, Ommelander Ziekenhuis Groningen	acute zorg, neurologie, medisch-specialistische revalidatie
GRZ-aanbieders in de CVA-keten Groningen	geriatrische revalidatie na CVA/NAH
’s Heeren Loo regio De Noorderbrug en overige NAH-aanbieders	specialistische behandeling, woonzorg, dagbesteding, ambulante begeleiding
CVA-zorgketen Groningen / TSN (en waar Icare in de keten zit)	nazorg tot max. 1–2 jaar na ontslag
Hersenletsel Netwerk Noord / Breinlijn regio Groningen-Drenthe	onafhankelijke triage, advies, casuïstiek — geen inkoper
Zorgbelang Groningen, Hersenletsel.nl, cliënt- en naastenorganisaties	toetsing op leefwereld
Woningcorporaties (G13)	passende huisvesting bij uitstroom en langer thuis

---

1. Aanleiding

Gespecialiseerde NAH-zorg, in het bijzonder ambulante begeleiding en behandeling ná revalidatie, heeft in de provincie Groningen geen duurzame plek. Dat is geen gevolg van geografische onmogelijkheid.

De provincie telt op 1 januari 2026 circa 601.000 inwoners en ongeveer **260 inwoners per km² land** (CBS). De gemeente Groningen ligt een orde van grootte daarboven. Dat is een andere schaal dan Noord-Finland of Lapland. Wie “dunbevolkt” als hoofdoorzaak opvoert, beschrijft de keten niet.

De beperkende structuur is bestuurlijk en financieel. Het stelsel is opgeknipt in Zvw, Wmo en Wlz. Elke partij optimaliseert het eigen segment. Niemand is eigenaar van de keten. De schade van dat ketenfalen landt bij de mens met NAH en het gezin.

Omvang, orde van grootte. Landelijk lopen jaarlijks in de orde van 140.000 mensen hersenletsel op; ongeveer 40.000 houden er forse blijvende beperkingen aan over; naar schatting 650.000 mensen ervaren beperkingen als gevolg van NAH (Hersenz / Hersenstichting — geen lokale registratie). De provincie Groningen is ruwweg 3,3 procent van Nederland. Dat is geen telling van het aantal trajecten dat dit product nodig heeft. Het is wel het bewijs dat “te klein voor expertise” een bestuurlijke keuze is, geen demografisch feit. Het minimumvolume (afspraak 6) wordt in fase 0/1 berekend, niet hier verzonnen.

Concrete signalen in deze regio:

- De CVA-keten Groningen werkt tot en met Zvw-nazorg. TSN biedt die nazorg in de provincie in de eerste één tot twee jaar na het CVA, vergoed uit de basisverzekering. Daarna volgt geen bindende overdracht naar specialistische ambulante NAH-begeleiding. (Bij UMCG-ontslag onder de 67 jaar loopt een deel van de nazorg via de polikliniek neurologie; de kloof ná die looptijd is dezelfde.)
- Niet-CVA-NAH (trauma, tumor, hypoxie, infectie en andere oorzaken) heeft die keten vaak al niet.
- Wmo-toegang loopt via generalistische loketten (in de stad: WIJ-teams). NAH is geen toegangscriterium.
- Gemeenten kopen generieke begeleiding in, niet een regionaal NAH-product. In een deel van de provincie is de inkoopvorm open house: veel aanbieders, één generiek tarief. De specialist zit dan in hetzelfde product als de generalist.
- Tien gemeenten kopen dezelfde functie afzonderlijk in. Beschermd wonen is wél regionaal, via de Centrumregeling 2024 met gemeente Groningen als centrumgemeente. Ambulante NAH-begeleiding niet.
- ’s Heeren Loo / De Noorderbrug stopte het behandelprogramma Hersenz in Groningen, Friesland en Drenthe. Raad van bestuur: voorgenomen besluit 28 januari 2025, definitief 22 april 2025; vanaf toen geen nieuwe cliënten. Bestaande trajecten lopen af. Expertise in woonzorg, dagbesteding en ambulante begeleiding blijft deels bestaan; de behandelpijler als schaalbare voorziening niet.

De aanbieder zelf schreef bij dat besluit (6 mei 2025):

> *“De grootte van het gebied, dat ook nog eens dunbevolkt is, maakt dat de inspanningen om dit te verbeteren helaas niet hebben geholpen.”*

Die zin is de geografische sluitpost. Dit document weerlegt haar. Het programma was niet kostendekkend omdat het volume per gemeente “welkom was als het uitkwam”. Dat is ketenfalen, geen heide.

Dit document stelt geen extra overlegtafel voor. Het stelt zes afdwingbare afspraken voor die samen één ketenregie maken.

---

2. Probleemdefinitie

2.1 NAH als ketenprobleem

Niet-aangeboren hersenletsel onderbreekt de levenslijn. De zorgvraag verschuift in de tijd: van acuut-medisch naar functioneel en relationeel. Late gevolgen — initiatiefverlies, prikkelgevoeligheid, vermoeidheid, gedragsverandering, overschatting door de patiënt zelf, overbelasting van naasten — worden vaak pas thuis zichtbaar, soms maanden of jaren na het letsel.

Die verschuiving kruist drie wetten:

Fase	Financier	Inkoper	Waarop lokaal wordt gestuurd
Acute zorg	Zvw	verzekeraar	DBC, ligduur, contractjaar
Revalidatie	Zvw	verzekeraar	behandelduur, productie, uitstroom
Ambulante behandeling	Zvw	verzekeraar	volume per locatie, kostendekkendheid
Wijkverpleging	Zvw	verzekeraar	uren, indicatie
Begeleiding thuis / dagbesteding	Wmo	gemeente (tienmaal)	budget, tarief, gebiedsdekking
Intensieve langdurige zorg	Wlz	zorgkantoor	zorgprofiel, productie, poort
Wonen	gemeente + corporatie (+ Wlz)	woonbeleid	voorraad, urgentie, ouderenopgave

Geen van deze partijen wordt afgerekend op de hele keten. Dat levert *wrong pocket* op: wie investeert in voorkomen van ontsporing, ziet de baten bij een andere begroting.

2.2 Vier knikpunten in Groningen

Knik 1 — Overdracht na revalidatie is geen overdracht.

Ontslag uit ziekenhuis of revalidatie betekent: zelf opnieuw beginnen bij de gemeentelijke toegang. Nieuwe wet, nieuwe intake, nieuwe taal (“zelfredzaamheid”). De medische keten eindigt bij “naar huis”. De sociale keten begint bij “doe zelf een aanvraag”.

Knik 2 — Toegang herkent NAH niet.

De Wmo-toets is wettelijk correct en inhoudelijk onvoldoende. Expertise (Breinlijn, NAH-aanbieders, CVA-nazorg) staat *naast* de poort, niet erin. Default wordt generieke begeleiding of een GGZ-route. Late instroom — letsel langer geleden, nooit in de CVA-keten — heeft niet eens een ontslagmoment dat de keten had kunnen vangen.

Knik 3 — Het product sluit de specialist buiten.

Ingekocht wordt lichte / middelzware / zware begeleiding. Niet: specialistische ambulante NAH-begeleiding met methodiek, systeemwerk en consultatie. Het tarief dekt contacturen, niet afstemming met revalidatiearts of neuropsycholoog. Gebiedsgerichte hoofdaanbieders of open-house-generalisten maken de specialist afhankelijk van goodwill.

Knik 4 — Tien inkoopmachines, één patiënt.

Iemand die in de stad revalideert en in Westerwolde of Het Hogeland thuiskomt, valt onder een ander contract, tarief en loket. De schaal van het probleem is regionaal. De schaal van de betaler voor ambulante begeleiding is lokaal.

Daarnaast, niet als vijfde knik maar als rand: de overgang Jeugdwet → Wmo rond 18 jaar, en de naaste die de keten draagt zonder zelf cliënt te zijn.

2.3 Wat dit document niet beweert

- Niet dat partijen kwaadwillend zijn. Lokale optimalisatie is beloond gedrag.
- Niet dat er géén NAH-zorg bestaat. Er is CVA-nazorg, Breinlijn, ambulante begeleiding en woonzorg. Dat is niet hetzelfde als een levensvatbare, provincie-dekkende specialistische ambulante voorziening.

- Niet dat geografie de hoofdoorzaak is.
- Niet dat één wetswijziging in Den Haag nodig is voordat de regio mag handelen. De regio kan nú een ketenproduct, een overdracht, een mandaat en een ketenpot afspreken.

---

3. Doel en principes

3.1 Doel

Iedere inwoner van de provincie Groningen met NAH — ongeacht oorzaak, gemeente en moment van zichtbaar worden van de gevolgen — krijgt tijdig toegang tot specialistische ambulante zorg en begeleiding, zonder opnieuw het stelsel te moeten uitvinden.

3.2 Principes

9. **Keten boven segment.** Afspraken binden de overgangen, niet alleen de silo's.
10. **Eigenaarschap.** Er is één partij die een overdracht mag afdwingen en — via centrumgemeente-mandaat — een product mag openen.
11. **Schaal volgt de doelgroep.** Specialistische NAH-zorg wordt regionaal ingekocht.
12. **Expertise in de toegang.** NAH-triage zit vóór de productkeuze.
13. **Wrong pocket dichten.** Wie voorkomt, wordt niet gestraft op de eigen begroting.
14. **Volume is bestaansvoorwaarde.** Zonder gegarandeerd volume sterft expertise. Hersenz is daarvan het bewijs.
15. **Geen extra netwerk zonder mandaat.** Overleg zonder product, tarief, volume en bevoegdheid is geen beleid.

---

4. De zes bindende afspraken

Afspraak 1. Verplichte warme overdracht — én late instroom

Wat. Twee gelijkwaardige routes naar één ketenmelding.

Route A — ontslag. Elk ontslag uit medisch-specialistische revalidatie of GRZ bij NAH of CVA levert **vóór ontslag** een ketenmelding op.

Route B — late instroom / niet-CVA. Huisarts / POH, wijkverpleging, Wmo-toegang of onafhankelijke cliëntondersteuning kan dezelfde ketenmelding doen wanneer NAH-signalen zichtbaar worden, ook als het letsel langer geleden is en er nooit een revalidatie-ontslag was. **Deze meldingen landen niet bij de CVA-nazorg of de transferverpleegkundige.** Die keten is toegerust op de Zvw-cyclus van 0–2 jaar na CVA; late instroom en niet-CVA daar dumpen is een infarct. Route B landt bij de casusregisseur van de centrumgemeente. Breinlijn / Hersenletsel Netwerk Noord is de standaard inhoudelijke triagist (advies, **geen beschikking, geen inkoop, geen bestuursorgaan**). Doorlooptijd van die triage wordt in fase 0 mét Breinlijn vastgelegd; twee werkdagen is een streven, geen belofte die zij al hebben gedaan. Bij overschrijding: NAH-deskundige van het regionale product als tweede triagepunt. Breinlijn is niet de enige brievenbus.

De melding bevat ten minste: diagnose of werkvermoeden en toedracht; cognitief en belastbaarheidsprofiel voor zover bekend; systeemrisico (naaste); en een eerste routing (Zvw-nazorg / Wmo-NAH-product / Wlz-toets / combinatie).

Wat het niet is. Een folder, een zin in de ontslagbrief ("u kunt Wmo aanvragen"), of een vrijblijvende tip richting Breinlijn.

Ontslag gijzelen we niet. De ketenmelding hoort in het ontslagprotocol. Het ziekenhuis verzendt haar vóór ontslag, of registreert waarom dat niet is gelukt. Ontslag wordt nooit uitgesteld op de melding. De casusregisseur bevestigt ontvangst binnen vijf werkdagen; blijft bevestiging uit, dan escalatie naar de tijdelijke ketenregisseur. Voor de sprong naar het gemeentelijk domein is toestemming van de inwoner (of wettelijk vertegenwoordiger) nodig. Weigert de inwoner, dan stopt die sprong; de medische uitstroom niet.

Wie doet wat.

- Revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde: inhoudelijke kern bij route A.
- Transferverpleegkundige / CVA-nazorg: organisatorische melding bij route A; warme overdracht aan het einde van de nazorglooptijd — niet de ontvanger van route B.
- Huisarts/POH, wijkverpleging, Wmo-toegang, OCO: route B, gericht aan de casusregisseur.
- Breinlijn: inhoudelijke triage route B (advies); geen inkoop, geen beschikking.
- Ontvangende casusregisseur: ontvangst binnen vijf werkdagen.

Financiering. Overdrachtstijd bij route A wordt door de zorgverzekeraar(s) bekostigd als **contractmodule** bij ziekenhuis en revalidatie — tot de casusregisseur heeft bevestigd. Dat is geen stille wijziging van een NZa-dbc; het is een inkoopeis.

Techniek. Geen nieuw provinciaal portaal. Route A sluit aan op de transferinfrastructuur die de CVA-keten al heeft (in de praktijk: ZorgDomein Transfer / vergelijkbare e-overdracht ziekenhuis → vervolgzorg). De landelijke eOverdracht (zibs, Nuts) is richting, geen feit dat in Groningen al als “NAH-bericht” bestaat. Fase 1 wijst de bestaande keten aan, bouwt geen tweede EPD.

Gegevens — twee regimes, niet één zin. De ketenmelding is bijzondere categorie persoonsgegevens (gezondheid).

- *Binnen de Zvw-behandelketen* (revalidatiearts → CVA-nazorgverpleegkundige / medebehandelaar): art. 7:457 lid 2 BW (WGBO) dekt uitwisseling met wie **rechtstreeks betrokken is bij dezelfde behandelingsovereenkomst**. Dat is de behandelploeg, niet de gemeente.
- *De sprong naar Wmo* (casusregisseur, consulent, beschikking): valt **niet** onder 7:457 lid 2. Grondslag: AVG art. 9 lid 2 onder h + Wmo-onderzoek (art. 2.3.2), plus toestemming bij de Wmo-aanvraag. Fase 1: gegevensprotocol en DPIA voor díe sprong. Wie WGBO opt-out over de stelselgrens trekt, krijgt de FG van de gemeente of het UMCG op bezoek.

Afspraak 2. NAH-triage in de gemeentelijke toegang

Wat. WIJ-teams en Wmo-toegang van alle tien gemeenten gebruiken een vaste NAH-checklist vóór productkeuze (ontwerp: bijlage C). Bij signalen van hersenletsel — ook als het letsel langer geleden is — wordt Breinlijn of een NAH-deskundige ingeschakeld vóór een generieke beschikking. Onafhankelijke cliëntondersteuning (Wmo art. 2.2.4) wordt standaard aangeboden; het gesprek bij voorkeur niet alleen.

Default wijzigt. Bij twijfel geen generieke begeleiding als automatische keuze. Eerst triage.

Fail-open. Is de specialistische plek niet binnen de afgesproken maximale wachttijd beschikbaar, dan start tijdelijk generieke begeleiding **met** verplichte consultatie uit het NAH-product. Triage mag mensen niet in een gat laten vallen.

Wie doet wat.

- Gemeenten: werkinstructie, training consulenten, opname in kwaliteitskader toegang.
- Breinlijn / Hersenletsel Netwerk Noord: reactie binnen twee werkdagen, advies over routing. Geen inkoopbevoegdheid.
- Cliëntondersteuning (MEE e.a.): standaard aangeboden bij NAH-vermoeden.

Afspraak 3. Eén regionaal NAH-product

Wat. De tien gemeenten kopen gezamenlijk één prestatie in:

Specialistische ambulante NAH-begeleiding

Individuele begeleiding + systeembegeleiding (verplicht onderdeel van de prestatie; de naaste is daarmee geen zelfstandige Wmo-cliënt) + consultatie (revalidatiearts, neuropsycholoog of vergelijkbaar) + afstemming met Zvw-nazorg.

Geldig in de hele provincie. Zelfde eisen, dezelfde tariefopbouw, dezelfde verantwoording.

Inkoopvorm. De eis is de prestatie, niet een stille monopolist. Toegestaan: gezamenlijke aanbesteding, open-house-plus met deze prestatie als aparte toetreding, of verplichte onderaanneming met **volledig doorgezet tarief**. Generieke begeleiding mag gebiedsgericht blijven. Dit NAH-product valt daar buiten. De specialist mag niet afhankelijk zijn van de goodwill van de generalist.

Eisen aan de aanbieder. Aantoonbare NAH-methodiek, scholing, mogelijkheid tot systeemwerk, bereikbaarheid in alle tien gemeenten (zelf of via samenwerkingsverband). Geen cherrypicking van lichte casussen.

18– / 18+. De productdefinitie bevat een overdrachtsregel Jeugdwet → Wmo, zodat de keten niet bij de achttiende verjaardag opnieuw begint.

Afspraak 4. Ketenpot tegen wrong pocket

Wat. Een bestuurlijk vereveningsarrangement (virtuele ketenpot). Geen fusie van Zvw- en Wmo-geld op één bankrekening.

Kassier Wmo-deel. Centrumgemeente Groningen, naar analogie van de Centrumregeling beschermd wonen 2024. Geen nieuwe wet. Wel een bestuursovereenkomst van de tien colleges, met een geoormerkte **Wmo**-rekening.

Vulling.

- Wmo-deel: de tien gemeenten, naar een in fase 0 afgesproken verdeelsleutel, op de rekening van de centrumgemeente.
- Zvw-deel: **niet** een giro uit de Zvw in de gemeentekas. Wel: contractmodules (overdracht, consultatie, overbrugging) tussen verzekeraar en aanbieder, zichtbaar in een gemeenschappelijke monitor. Het besluit tot die module is voorwaarde voor fase 2, geen stille precommitment in dit stuk.
- Wlz-deel: optioneel, voor consultatie richting Wlz-thuis / versnelde toets.

De uitvoeringscommissie stuurt op de monitor (afspraken + benutte capaciteit), niet op een gemengde kas.

Waarvoor.

- late instroom (route B);
- consultatie door medisch-specialistische of psychologische expertise aan Wmo-begeleiders;
- overbrugging als een behandelprogramma (Hersenz-achtig) ontbreekt;
- casusregie in de overgangszone Zvw–Wmo–Wlz.

Sturing. Kleine uitvoeringscommissie: verzekeraar, zorgkantoor, twee gemeenten (centrum + ommeland), één NAH-aanbieder, één cliëntvertegenwoordiger. Geen parallelle bureaucratie; wel een eigenaar van de pot.

Afspraak 5. Eén casusregisseur tot de keten stabiel is

Wat. Eén naam, tot de ambulante situatie staat (indicatie afgegeven, begeleiding gestart, systeem geïnformeerd). Voor CVA kan dit de nazorgverpleegkundige zijn zolang die loopt; daarna een NAH-casemanager. Voor niet-CVA en voor route B start de casemanager direct.

Mandaat — zonder dit is het een loket. De Wmo-beschikking blijft collegebevoegdheid (Wmo 2015 art. 2.3.5). Art. 2.6.4 lid 1 Wmo 2015 laat het college de *uitvoering* over aan derden, **behoudens de vaststelling van de rechten en plichten van de cliënt**. Een losse ketenfunctionaris mag dus niet beschikken. Een "bindend advies tenzij afwijken" zonder wettelijke grondslag zakt in de praktijk in tot een mening.

De beproefde figuur is de centrumgemeente, niet artikel 2.6.4. De tien colleges mandateren de toegang tot déze specifieke NAH-prestatie aan het college van Groningen, via een **parallelle centrumregeling** (Wet gemeenschappelijke regelingen, centrumconstructie — dezelfde figuur als de Centrumregeling BW 2024). De casusregisseur werkt onder dat college, als ambtenaar of gemandateerde van dat college, niet als derde. Awb-titel 10.1, college-op-college.

Geen addendum dat NAH-geld in de BW-pot mengt. Beschermd wonen heeft een eigen verdeelmodel en een doordecentralisatiepad. Dit is een tweede, smalle regeling: alleen de specialistische ambulante NAH-prestatie.

Zolang die centrumregeling niet is getekend, is **afspraak 5** niet in werking. Fase 1 (checklist, productdefinitie, protocol) mag parallel starten. De beschikking wacht op het mandaat.

Bereik. Alle tien gemeenten. Woonplaats bepaalt de Wmo-beschikking; de regisseur is regionaal.

Afspraak 6. Gegarandeerd minimumvolume

Wat. Inkopers (gemeenten + waar relevant verzekeraars) garanderen voor de provincie een meerjarig minimumvolume specialistische ambulante NAH-zorg. Het getal — gelijktijdige trajecten en/of uren — wordt in fase 0 berekend uit ketenmeldingen, CVA-ontslagen, Wmo-beschikkingen met NAH-signaal, en een expliciete reserve voor late instroom. Het wordt niet afgeleid uit toevallige lokale beschikkingen van één jaar.

Waarom. Expertise is geen restpost. Een behandel- of begeleidingsprogramma dat per gemeente "welkom is als het uitkomt", verdwijnt. Dat is gebeurd.

Raad. Colleges tekenen de intentie. Het in fase 0 berekende minimumvolume gaat naar de kadernota's (Gemeentewet art. 189, budgetrecht) **vóór** het als garantie aan de markt wordt gegeven. Zonder dat is de garantie een persbericht.

---

5. Rollen en verantwoordelijkheden

Partij	Verplicht zich tot
Tien colleges	gezamenlijke inkoop NAH-product; NAH-triage; bijdrage ketenpot; centrumregeling NAH-toegang (mandaat aan college Groningen); regionale casusregie accepteren
Tien raden	volume en ketenpot in de begroting; niet laten bij een college-intentie
Centrumgemeente Groningen	secretariaat inkoop + kassier ketenpot (analoog aan BW), tenzij anders belegd
Provincie	agendering in woon-zorgoverleg; geen substitutie van

	gemeentelijke inkoop
Menzis Zvw	warme overdracht als contracteis; overdrachtsmodule; bijdrage via Zvw-modules; CVA-nazorg inclusief einde-looptijd-overdracht
Overige Zvw-verzekeraars	uitgenodigd tot dezelfde contracteis; ketenmelding geldt als instellingsstandaard ongeacht verzekeraar
Menzis Zorgkantoor	versnelde Wlz-toetsing (i.s.m. CIZ) bij signalen van 24-uurs nabijheid; consultatie vanuit Wlz-expertise naar de keten
Ziekenhuizen en revalidatie	ketenmelding verzonden vóór ontslag; professionele standaard, niet alleen Menzis-voorwaarde
CVA-nazorg	schakel tot max. looptijd; daarna warme overdracht naar NAH-casemanager
NAH-aanbieders	leveren product provincie-dekkend; delen expertise met toegang; geen cherrypicking
Breinlijn / netwerk	inhoudelijke triage route B (advies); geen inkoop, geen beschikking, geen bestuursorgaan
Corporaties (G13)	woonvraag uit de keten op de bestaande urgentie- en woon-zorgtafel; geen vrijblijvend “overleg ergens”
Cliënt- en naastenorganisaties	toets op begrijpelijkheid overdracht, toegang en checklist

---

6. Wat uitdrukkelijk níet de oplossing is

- Een extra regioplan “we werken samen” zonder product, tarief, volume en mandaat.
- Alleen de sociale kaart actualiseren.
- CVA-nazorg rekken tot twee jaar en daarna dezelfde Wmo-kloof laten bestaan.
- NAH onderbrengen in “zware begeleiding” en hopen dat de hoofdaanbieder het oppikt.
- Wachten op stelselherziening in Den Haag als voorwaarde voor regionaal handelen.
- Geografie of personeelstekort als sluitpost gebruiken om geen eigenaar aan te wijzen.
- Ontslag uit ziekenhuis gijzelen aan een Wmo-mailbox.
- Een ketenpot zonder kassier.

---

7. Implementatie

Fase 0 — Bestuurlijk commitment (0–3 maanden)

- Ondertekening intentieverklaring door colleges, Menzis (Zvw en zorgkantoor), kernaanbieders CVA-keten en NAH-zorg. Overige verzekeraars uitgenodigd.
- Opdracht tot parallelle centrumregeling NAH-toegang (afspraak 5). Instrumenten van fase 1 mogen parallel; de beschikking (afspraak 5) wacht op ondertekening. Geen menging met de BW-pot.
- Aanwijzen tijdelijke ketenregisseur (ambtelijk, namens centrumgemeente + Menzis).
- Opdracht tot productdefinitie, tariefopbouw **en** berekening minimumvolume.
- Raden geïnformeerd; volume op de weg naar de kadernota.

Fase 1 — Instrumenten (3–9 maanden)

- NAH-checklist vaststellen en consulenten trainen in alle tien gemeenten.
- Ketenmelding (dataset + proces) + gegevensprotocol + DPIA.
- Inkoop van het regionale NAH-product (aanbesteding of open-house-plus).
- Bestuursovereenkomst ketenpot; kassier centrumgemeente; Zvw-modules naast de pot.
- Benoemen casusregisseurs onder het college van de centrumgemeente; mandaatbesluiten getekend.

Fase 2 — Start levering (9–12 maanden)

- Route A- en route B-meldingen lopen.
- Product open in alle gemeenten.
- Monitoring volgens sectie 8.

Fase 3 — Borging (12–24 maanden)

- Evaluatie en bijstelling volume.
- Opname in Wmo-verordeningen / nadere regels en in Zvw-inkoopvoorwaarden.
- Besluit over wel of niet in stand houden van een behandelprogramma naast begeleiding.

---

8. Indicatoren

Minimale set, halfjaarlijks. Geen indicator zonder eigenaar. De tijdelijke ketenregisseur rapporteert aan colleges, raden (jaarlijks) en aan Menzis.

16. Ketenmeldingen route A als percentage van relevante ontslagen.
17. Aantal ketenmeldingen route B (late instroom), naar bron (huisarts, Wmo, OCO, nazorg).
18. Percentage meldingen met bevestigde ontvangst binnen vijf werkdagen.
19. Doorlooptijd van melding tot start specialistische begeleiding.
20. Aandeel NAH-casussen dat na triage alsnog alleen generieke begeleiding krijgt, met reden — inclusief “wachtlijst / fail-open”.
21. Gerealiseerd volume regionale NAH-prestatie versus minimumafspraak.
22. Aantal late instromers (letsel ouder dan twaalf maanden) dat via de ketenpot of het product binnenkomt.
23. Ervaring cliënt **en naaste** over overdracht en herkenning (korte, herhaalbare vragenlijst).

---

9. Juridische en financiële kanttekening

Deze ketenafspraak doorbreekt geen wet. Zij gebruikt de ruimte die er al is:

- gemeenten mogen regionaal inkopen; Wmo 2015 verplicht tot samenhangende ondersteuning en laat samenwerking toe;
- de tien gemeenten doen dat al voor Beschermd Wonen (Centrumregeling 2024, mandaat bij Groningen);
- het IZA-regioplan *Gezonde Groningers, Gezonde zorg* vraagt domeinoverstijgende afspraken — dat is **context**, geen zelfstandige bevoegdheid om Wmo-toegang te mandateren; de bevoegdheid zit in Wmo + Wgr + Awb-mandaat;
- verzekeraars mogen overdracht en nazorg als contracteis stellen; ziekenhuizen mogen dezelfde melding als professionele standaard voeren voor alle verzekerden;
- Wlz-consultatie en versnelde toets zijn bestaande routes;
- Wmo 2015 art. 2.6.4 lid 1: uitvoering mag naar derden, **vaststelling van rechten en plichten van de cliënt niet**. Daarom centrumgemeente-college, geen externe ketenfunctionaris;

- centrumconstructie via de Wet gemeenschappelijke regelingen (zelfde figuur als BW 2024), parallel, zonder NAH-geld in de BW-pot;
- mandaat college-op-college is Awb-titel 10.1, geen stelselwijziging;
- WGBO art. 7:457 lid 2 dekt alleen medebehandelaars binnen dezelfde behandelingsovereenkomst. De sprong naar Wmo is AVG art. 9 lid 2 onder h + Wmo-onderzoek + toestemming bij aanvraag, mits protocol en DPIA.

Wat ontbreekt is niet bevoegdheid, maar de keuze om die bevoegdheid ketenbreed te gebruiken.

De ketenpot is geen nieuwe wet. Het is een bestuurlijke verevening van wrong pocket, met een kassier. Zonder kassier blijft elke partij rationeel het eigen tekort bewaken. Zvw-geld blijft Zvw-prestatie; Wmo-geld blijft Wmo-prestatie; de pot maakt de overgangszone betaalbaar, niet de wetten vloeibaar.

---

10. Voorstel tot besluit

Aan de geadresseerden wordt gevraagd om:

24. de probleemanalyse te onderschrijven: het knelpunt is ketenfalen door lokale optimalisatie, niet geografische onmogelijkheid;
25. de zes afspraken als onderhandelingskader vast te stellen, inclusief een parallelle centrumregeling NAH-toegang (afspraak 5);
26. binnen drie maanden een intentieverklaring te tekenen, een tijdelijke ketenregisseur aan te wijzen, en de opdracht tot volumeberekening te geven;
27. raden het volume en de ketenpot in de eerstvolgende kadernota te laten zien;
28. de sociale kaart, extra overleg of een project zonder volume, kassier en mandaat **niet** als implementatie te beschouwen.

De eigenaar van de keten is degene die de overdracht mag afdwingen en het product mag openen. Zolang dat niemand is, blijft ieder segment sluiten en loopt alleen de patiënt de hele keten.

Bijlage A. Begrippen

NAH — Niet-aangeboren hersenletsel: letsel aan de hersenen ontstaan na de geboorte (na de eerste levensmaand), traumatisch of niet-traumatisch, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening.

NAH+ — Laag-volume, hoog-complexe subgroep met ernstig probleemgedrag; landelijk belegd in expertisecentra (Wlz). Dit document betreft primair de bredere ambulante NAH-populatie die tussen Zvw-revalidatie en Wlz valt.

Ambulante zorg — Behandeling of begeleiding zonder verblijf, thuis of poliklinisch.

Wrong pocket — Kosten vallen bij partij A, baten bij partij B; daardoor investeert niemand in de keten.

Warme overdracht — Inhoudelijke én organisatorische overdracht mét bevestigde ontvangst. Bij ontslag: melding verzonden vóór ontslag.

Openen van het product — In dit document: de Wmo-beschikking voor de regionale NAH-prestatie, afgegeven onder mandaat van het college van de centrumgemeente. Niet: een loket dat mag bellen, en niet: een derde die beschikt in strijd met art. 2.6.4 lid 1 Wmo 2015.

Bijlage B. Bestaande bouwstenen die wél benut moeten worden

- CVA-zorgketen Groningen (ziekenhuizen, GRZ, TSN-nazorg; Icare waar die in de keten zit)
- Hersenletsel Netwerk Noord / Breinlijn Groningen-Drenthe

- Expertise De Noorderbrug / ’s Heeren Loo (woon, dag, ambulant) — behandelprogramma Hersenz is gestopt, de rest niet
- Centrumregeling beschermd wonen, opvang en inloopvoorziening GGz Groningen 2024
- IZA-regioplan *Gezonde Groningers, Gezonde zorg*; gemeente Groningen mandaatgemeente SPUK-IZA
- Woon-zorgoverleg provincie–gemeenten–G13–zorgkantoor

Deze bouwstenen vervangen de zes afspraken niet. Zij zijn de infrastructuur waarop de afspraken moeten landen.

Bijlage C. Ontwerp NAH-checklist toegang (werk, geen wet)

Te gebruiken door Wmo-consulent / WIJ **vóór** productkeuze. Eén “ja” in kolom A of twee in kolom B → Breinlijn of NAH-deskundige inschakelen, geen generieke beschikking als default.

Kolom A — harde signalen

- Bekend CVA, traumatisch schedel/hersenletsel, hersentumor, hypoxie/reanimatie, encefalitis/meningitis, of andere gediagnosticeerde NAH.
- Ontslag MSR/GRZ in de afgelopen 24 maanden.
- Bestaande CVA-nazorg (TSN/polikliniek) die afloopt of is afgelopen.

Kolom B — zachte signalen (ook bij letsel langer geleden)

- Initiatiefverlies, vastlopen in volgorde van taken, afspraken niet nakomen ondanks wil.
- Prikkelgevoeligheid, snelle overprikkeling, niet tegen drukte/gesprek/scherm kunnen.
- Extreme vermoeidheid, niet herstellend met een nacht slaap.
- Naaste meldt persoonlijkheids- of gedragsverandering; of overbelasting van de naaste.
- Betrokkene overschat zichzelf t.o.v. wat naaste of eerdere behandelaar beschrijft.
- Eerdere generieke begeleiding of GGZ-route zonder resultaat, met dit cluster.

Kolom C — discrepantiesignalen (geen diagnose)

Eén treffer hier weegt zwaarder dan een los symptoom in B. Generalisten labelen dit anders als “onwil”, “psychosociaal” of “GGZ”. Kolom C opent deskundige triage, classificeert niet.

- **Verbaal vs. executief.** In het gesprek kan betrokkene plannen en oplossingen helder verwoorden; thuis blijkt structurele handelingsverlegenheid (taken starten, volgorde, volhouden).
- **Breuk, geen levenslange lijn.** De problemen zijn niet van kinds af aan hetzelfde patroon; ze hangen samen met een medische gebeurtenis, ongeval, reanimatie, tumor of vergelijkbare instorting.
- **Eerdere begeleiding sloot niet aan.** Generieke begeleiding of gesprekstherapie botste op overprikkeling en executieve uitval in plaats van tot herstel te leiden.

Niet doen. Geen diagnose stellen. Geen “eerst NPO, anders geen hulp”. De checklist opent triage, sluit de poort niet.

Gesprek. Onafhankelijke cliëntondersteuning aanbieden. Naaste erbij, tenzij de inwoner dat weigert.

Bijlage D. Bronnen (niet uitputtend)

- CBS / Staat van Groningen: inwonertal provincie 1-1-2026 circa 601.000; dichtheid in de orde van 260/km² land.
- ’s Heeren Loo, 6 mei 2025, *Besluit raad van bestuur: ’s Heeren Loo De Noorderbrug stopt met behandelprogramma Hersenz*. https://www.sheerenloo.nl/nieuws/besluit-raad-van-bestuur-s-heeren-loo-de-noorderbrug-stopt-met-behandelprogramma-hersenz
- TSN Zorg, folder *CVA-Nazorg in de provincie Groningen*: ondersteuning in de eerste 1 tot 2 jaar; basispakket, geen eigen bijdrage.

- Zorgbelang Groningen, 2023: CVA-nazorgverpleegkundige actief sinds september 2021; traject max. twee jaar.
- Hersenz, *Feiten en cijfers over niet-aangeboren hersenletsel*: orde 140.000 nieuwe gevallen/jaar; 40.000 forse blijvende beperkingen; 650.000 mensen met beperkingen.
- Centrumregeling beschermd wonen, opvang en inloopvoorziening GGz Groningen 2024 (gmb-2024-324624).
- IZA-regioplan Groningen: *Gezonde Groningers, Gezonde zorg*; gemeente Groningen mandaatgemeente SPUK-IZA.
- Wmo 2015 art. 2.2.4 (OCO), art. 2.3.2 (onderzoek), art. 2.3.5 (beschikking), art. 2.6.4 lid 1 (uitvoering aan derden, **niet** de vaststelling van rechten en plichten); Awb titel 10.1 (mandaat); Wet gemeenschappelijke regelingen (centrumconstructie); AVG art. 9 lid 2 onder h; BW art. 7:457 lid 2 (alleen medebehandelaars binnen de behandelingsovereenkomst).