

Transformatieplan Samen Sterker Eemland

Versie: definitief

Managementsamenvatting

Aanleiding en urgentie

De professionals in het sociaal en medisch domein in regio Eemland werken elke dag met toewijding, maar voelen dat de druk oploopt. De vergrijzing neemt toe, het aantal mensen met chronische aandoeningen stijgt en er is een groeiende vraag naar zowel fysieke als mentale zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd kampen we met personeelstekorten en oplopende kosten. De behoefte aan verandering wordt met de dag urgenter. Want zonder verandering komt de zorg steeds meer onder druk te staan, ook voor inwoners van de regio. Het huidige systeem is niet langer houdbaar - dat voelen professionals en inwoners het sterkst.

Er is verandering nodig. Met het transformatieplan *Samen Sterker Eemland* dragen we daaraan bij door een belangrijke stap te zetten richting een toekomstbestendig zorg- en welzijnslandschap. De plannen die wij hebben en uitvoeren tot en met 2027 zullen niet de oplossing zijn voor de gehele problematiek, maar dragen bij aan de noodzakelijke transformatie over de domeinen heen. Het plan helpt ons om samen te werken, met de kracht van inwoners en professionals. Voor de juiste zorg op de juiste plek. We investeren in concrete thema's, waarbij we leren en bijsturen op basis van ervaringen. Na 2027 bouwen we voort op wat werkt, met als doel een duurzaam en toegankelijk zorg- en ondersteuningslandschap.

Visie en strategie transformatieplan Samen Sterker Eemland

De transformatie richt zich op een regionale samenwerking tussen sociaal domein, medisch domein, zorgverzekeraar en inwoners. De kern van deze aanpak is het versterken van netwerken van zorg en ondersteuning, waarbij zorg dicht bij huis wordt georganiseerd, preventie wordt gestimuleerd en technologie wordt ingezet om de zorg toegankelijk en efficiënt te houden.

Het plan is opgebouwd rond vijf centrale transformatiethema's.

1. Psychische kwetsbaarheid

We versterken de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz, zodat inwoners sneller passende hulp krijgen, dichtbij en laagdrempelig. Door inzet op zelfhulp, herstel en coördinatie voorkomen we onnodige instroom in de gespecialiseerde zorg. We richten ons op samenwerking tussen de domeinen en maken het aanbod voor mentale ondersteuning beter vindbaar. Jongeren krijgen specifieke aandacht via regionale samenwerking en continue ondersteuning in de overgang naar volwassenheid.

2. Netwerk spoedzorg Eemland

We bouwen aan een robuust spoedzorgnetwerk dat de juiste zorg op de juiste plek biedt, zo snel en dichtbij mogelijk. Door samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen, VVT, ggz en sociaal domein verbeteren we door- en uitstroom in de keten en beperken we onnodige instroom. We richten ons vooral op drie groepen met hoge impact: kwetsbare ouderen, mensen met onbegrepen gedrag en inwoners met suïcidaliteit. Zo behouden we acute zorgkwaliteit met hetzelfde aantal professionals.

3. Chronische aandoeningen – Artrose en OncoLokaal

Voor mensen met artrose richten we de zorg anders in volgens het stepped care model: van zelfzorg naar gespecialiseerde zorg in stappen. Daarmee voorkomen we onnodige verwijzingen en verminderen we de zorgkosten, terwijl kwaliteit van leven verbetert. We benutten bewezen aanpakken zoals het Beweeghuis en versterken samenwerking in de regio.

Bij oncologische zorg zetten we in op regionale en lokale samenwerking voor passende zorg en begeleiding dichtbij huis.

4. (Kwetsbare) ouderen

Met 'Passende Zorg Thuis' en het 'Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland' zorgen we dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. We organiseren passende zorg en ondersteuning dichterbij, gericht op behoud van eigen regie en kwaliteit van leven zodat inwoners langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Door integrale samenwerking tussen huisarts, wijkverpleging en specialist ouderengeneeskunde verlagen we druk op het ziekenhuis, zorgen we ervoor dat de huisartsen ondersteund worden bij de steeds groeiende patiëntenpopulatie met hoog complexe zorgvragen en houden we de medische zorg in de wijk toegankelijk.

5. Preventie

Doel is een verschuiving van zorg naar gezond leven. We gaan meer samenwerken tussen zorg, welzijn en gemeenten om een gezonde leefstijl te stimuleren. Bij alle hiervoor genoemde thema's wordt aandacht aan preventie gegeven. Het thema preventie binnen het Transformatieplan zorgt voor verbinding tussen de afzonderlijke thema's. Onderdeel van het thema preventie is het versterken van de verbinding tussen het medisch en het sociaal domein.

In het sociaal domein wordt daarnaast al veel gedaan aan preventie en bestaanszekerheid, dit is geen onderdeel van het Transformatieplan.

Aanpak en implementatie

De uitvoering van het transformatieplan verloopt programmatisch, met een integrale aanpak op samenhang en opschaalbaarheid. Op basis van de hoofddoelstellingen zijn per thema concrete usecases ontwikkeld: interventies die bijdragen aan verandering. Deze worden kort cyclisch getest, geëvalueerd en bijgesteld waar nodig. Zo bouwen we stapsgewijs en wendbaar aan structurele verbetering.

Multidisciplinaire teams van professionals werken samen in werkgroepen, ondersteund door projectleiders. De aanpak is schaalbaar en gericht op leren in de praktijk. De verbinding tussen de usecases en de betrokken organisaties is cruciaal voor borging: de organisaties worden vanaf het begin meegenomen en zijn aan zet bij implementatie en opschaling.

Go of no-go momenten waarborgen kwaliteit en haalbaarheid. Daarbij werken we samen aan oplossingen voor structurele financiering, zodat succesvolle interventies duurzaam ingebed kunnen worden. Relatievorming en vertrouwen tussen partners zijn essentiële voorwaarden voor blijvend succes.

Totstandkoming IZA transformatieplan

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is tot stand gekomen vanuit een brede landelijke beweging om de zorg toekomstbestendig te maken. In september 2022 is het akkoord gesloten tussen het Ministerie van VWS, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en patiëntenorganisaties.

Regio Eemland is aan de slag gegaan met de vertaalslag van het IZA naar een regioplan. De basis voor het regioplan ligt in het Gezondheidsakkoord dat in december 2021 door de samenwerkende partijen in Samen Sterker Eemland is vastgesteld. In december 2023 is het Regioplan Eemland als onderdeel van het Regioplan Midden-Nederland vastgesteld.

In het Regioplan Eemland staat de beweging van zorg naar gezondheid beschreven en wat we daarmee in Eemland willen bereiken en hoe we dat willen bereiken. Alle betrokken partijen in de regio hebben zich aan het Regioplan Eemland gecommitteerd.

Om uitvoering te geven aan het Regioplan Eemland werken we het plan verder uit, onder andere in het transformatieplan *Samen Sterker Eemland*. De inhoud van het transformatieplan kwam tot stand via themagroepen en projectgroepen. Zorgprofessionals, gemeenten, partners in het sociaal domein en zorgaanbieders waren actief betrokken bij het formuleren van doelstellingen en het ontwikkelen van zogeheten usecases (interventies met meetbare impact).

Onderdeel van de uitwerking is het opstellen van snelle toetsen. Op basis van de snelle toets maken de zorgverzekeraars een inschatting of de aanvraag voldoende impact zal hebben. De volgende snelle toetsen zijn ingediend en akkoord bevonden:

- Snelle toets Mentaal Gezondheidsnetwerk Eemland met nummer TFP000244
- Snelle toets ONTiE met nummer TFP000335
- Snelle toets Passende Zorg Thuis met nummer TFP000358
- Snelle toets Artrose met nummer TFP000455
- Snelle toets Netwerk Spoedzorg Eemland met nummer TFP000409

De snelle toetsen zijn uitgewerkt in het voorliggende transformatieplan. Op verschillende versies van het concept- transformatieplan is feedback opgehaald bij de stakeholders. De feedback heeft het plan verrijkt. Zilveren Kruis was nauw betrokken bij de totstandkoming. Tussentijds is er afstemming geweest en actief meegedacht in het realiseren van een haalbaar plan.

Tijdens het opstellen van het plan hebben de gemeenten Barneveld en Scherpenzeel aangegeven op twee onderdelen aan te willen sluiten: op het thema Psychische kwetsbaarheid en de Verbinding tussen medisch en sociaal domein. Dit wordt nader in kaart gebracht. De consequenties van het aansluiten van Barneveld en Scherpenzeel voor dit plan zullen separaat worden besproken en bij de 2^e indiening worden ingevoegd in het plan.

Het plan is tot stand gekomen dankzij de inzet van velen en is een voorbeeld van co-creatie. Het is gebaseerd op urgentie, gezamenlijke principes en intensieve samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeenten. Er ligt een plan waar we trots op zijn en waar energie op zit om het met elkaar uit te gaan voeren.

Leeswijzer

Dit document is opgebouwd uit meerdere hoofdstukken die de context, aanpak en implementatie van de transformatie beschrijven.

- **Hoofdstuk 1: Regio in Beeld** - Een overzicht van de regio Eemland, inclusief demografische trends, zorggebruik en uitdagingen.
- **Hoofdstuk 2: Samen Sterker Eemland** - De visie, missie en governance-structuur van het programma.
- **Hoofdstuk 3: Thema's en actielijnen Samen Sterker Eemland** - Beschrijving van de vijf thema's en vier actielijnen van Samen Sterker Eemland, inclusief de samenhang met andere plannen.
- **Hoofdstuk 4: Kansen voor transformatie** - Specifieke kansen voor transformatie in de regio Eemland.
- **Hoofdstuk 5: Implementatieplan** - Hoe de transformatie wordt uitgevoerd, inclusief monitoring en evaluatie.

- **Hoofdstuk 6: Impactanalyse** - De verwachte impact op inwoners, zorgprofessionals en organisaties.
- **Hoofdstuk 7: KPI's en mijlpalen** - De meetbare doelen en de voortgangsindicatoren.
- **Hoofdstuk 8: Risico's en beheermaatregelen** - De mogelijke uitdagingen en de strategieën om deze te beheersen.
- **Hoofdstuk 9: Inzoomen op Mentaal Gezondheidsnetwerk** - Een verdieping op de aanpak rondom mentale gezondheid, conform de checklist Mentale Gezondheidsnetwerken van Zilveren Kruis.

Daarnaast zijn de volgende bijlagen opgenomen als integraal onderdeel van het transformatieplan:

- Beschrijving huidige en toekomstige situatie per project (bijlage 1)
- Cijfermatige uitwerking en onderbouwing van het transformatieplan (bijlage 2)
- De planning van de usecases (bijlage 3)
- De handreiking inwonerparticipatie (bijlage 4).

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	1
Aanleiding en urgentie	1
Visie en strategie transformatieplan Samen Sterker Eemland	1
Aanpak en implementatie	2
Leeswijzer	3
1. Regio in Beeld	8
1.1 Regio Eemland	8
1.2 Belangrijkste conclusies regiobeeld.....	8
1.3 Zorggebruik, personele inzet en zorgkosten.....	9
1.3.1. Zorggebruik.....	10
1.3.2. Personeelstekort zorg- en welzijn in Regio Eemland	10
1.3.3 Zorgkosten	12
2. Samen Sterker Eemland	14
2.1 Visie en missie	14
2.2 Ambitie	14
2.3 Governance	15
3. Thema's en actielijnen Samen Sterker Eemland	17
3.1 Samenhang.....	17
3.2 Thema's	18
3.2.1 Psychische kwetsbaarheid	18
3.2.2 Netwerk spoedzorg Eemland.....	18
3.2.3 Chronische aandoeningen	19
3.2.4 (Kwetsbare) Ouderen.....	19
3.2.5 Preventie.....	19
3.3 Actielijnen.....	20
4. Kansen voor transformatie.....	22
4.1 Psychische kwetsbaarheid	22
4.1.1 Mentaal gezondheidsnetwerk	23
4.1.2 Sterk sociaal domein.....	23
4.1.3 Aanpak mentale gezondheid en weerbaarheid jongeren 16 t/m 26 jaar.....	23
4.2 Netwerk spoedzorg Eemland.....	24
4.3 Chronische aandoeningen: Artrose en OncoLokaal	26



4.3.1 Artrose	26
4.3.2 OncoLokaal	27
4.4 (Kwetsbare) Ouderen	27
4.4.1 Passende Zorg Thuis in Eemland	27
4.4.2 Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTiE)	29
4.5 Preventie: verbinding medisch domein en sociaal domein.....	31
4.6 Samenhang met andere (transformatie)plannen.....	32
5. Implementatieplan	37
5.1 Kenmerken aanpak.....	37
5.1.1. Van hoofddoelstelling naar usecases.....	37
5.1.2 Samenhang	37
5.1.3. Kortcyclisch en opschaalbaar	37
5.2 Monitoring.....	39
5.2.1 Visie op monitoring	39
5.2.2. Zorginhoudelijke monitor	39
5.2.3 Financiële monitor.....	40
5.2.4 Bestuur is stuurgroep	40
5.2.5 Aansluiting bij proces- en impactmonitor Midden-Nederland	41
5.3 Voorwaarden	41
5.3.1 Communicatie.....	41
5.3.2 Coördinatie van zorg- en ondersteuning	43
5.3.3 Digivaardige inwoners	43
5.3.4 Arbeidsmarktbeleid	44
5.3.5 Wonen en Zorg	45
5.3.6 Scholing en training	46
6. Impactanalyse.....	47
6.1 Inleiding	47
6.2 Maatschappelijke Businesscase.....	47
6.3 Impact op inwoners en patiënten in regio Eemland	48
6.4 Impact op professionals in het medisch en sociaal domein.....	48
6.4.2. Professionele autonomie.....	49
6.4.3. Samenwerken	49
6.5 Impact op zorg- en welzijnspartners	50
6.6 Impact op duurzaamheid	53
7. KPI's	54

8. Risico's en beheermaatregelen	62
9. Inzoomen op het Mentaal gezondheidsnetwerk	66
9.1 Huidige situatie.....	66
9.2 Samenwerking	66
9.3 Aantoonbare en gedeelde urgentie mentaal gezondheidsnetwerk	67
9.4 Wat is er nog nodig in regio Eemland?	68
9.5 Visie op het mentaal gezondheidsnetwerk	68
9.6 Het mentaal gezondheidsnetwerk, inclusief vier verplichte functies.....	69
9.6.1 Mentaal gezondheidsnetwerk	70
9.6.2 Sterk sociaal domein	71
9.6.3 Mentale gezondheid en weerbaarheid 16 tot en met 26 jaar	72
9.7 Governance en borging mentaal gezondheidsnetwerk.....	72
9.8 Leren en ontwikkelen	73
9.9 Bekostiging	73
9.10 Impactanalyse.....	73
9.10.8 Regionale overlegtafel (= domein overstijgend casusoverleg)	77

De bijlagen 1 t/m 4 zijn als separate bijlagen toegevoegd.

1. Regio in Beeld

1.1 Regio Eemland

Regio Eemland is een gebied in de provincie Utrecht dat een achttal gemeenten omvat en circa 380.000 inwoners heeft. Regio Eemland wordt gekenmerkt door een mix van stedelijke en landelijke gebieden, met Amersfoort als grote stad in het midden.

De regio heeft een diverse bevolking, variërend van stadsbewoners tot inwoners van kleinere dorpen. Eemland staat bekend om zijn goede bereikbaarheid via weg, spoor en water, wat de regio aantrekkelijk maakt voor zowel wonen als werken. De regio kent een sterke traditie van samenwerking op het gebied van zorg, mobiliteit, duurzaamheid en economische ontwikkeling.

Regio Eemland is onderdeel van de zorgkantorregio Utrecht. Voor het opstellen van de regioplannen is gekozen om de zorgkantorregio's aan te houden. Het Regioplan Eemland is daarmee onderdeel van het regioplan Midden- Nederland.

Tijdens het opstellen van het transformatieplan Samen Sterker Eemland hebben de gemeenten Barneveld en Scherpenzeel aangegeven om aan te willen sluiten op bepaalde onderdelen. De gemeenten Barneveld en Scherpenzeel zijn onderdeel van een andere zorgkantorregio. Omdat op onderdelen van het transformatieplan er meer verbinding is met Eemland is de wens uitgesproken om op die onderdelen samen op te trekken. In dit transformatieplan zijn Barneveld en Scherpenzeel nog niet meegenomen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de belangrijkste conclusies uit het regiobeeld (paragraaf 1.2). In paragraaf 1.3 wordt verder ingezoomd op het zorggebruik, de personele inzet en de zorgkosten. Het hoofdstuk sluit af met de doelstelling van dit transformatieplan.

1.2 Belangrijkste conclusies regiobeeld

Bevolkingsgroei

De regio Eemland groeit sneller (qua aantal inwoners) dan het landelijk gemiddelde: 8% versus 6%. De bevolkingsgroei in de regio Eemland wordt beïnvloed door verschillende factoren. Een belangrijke reden voor de groei is dat er meer mensen naar de regio verhuizen dan dat er vertrekken. Dit komt onder andere door de goede voorzieningen en bereikbaarheid. Ook mensen van buiten Nederland vestigen zich steeds vaker in deze regio, wat bijdraagt aan de bevolkingsgroei. Daarnaast is er sprake van vergrijzing: er komen steeds meer ouderen bij, waardoor de gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt. Hoewel er steeds meer kinderen worden geboren, groeit deze groep minder snel dan het aantal ouderen. Deze ontwikkeling zorgt voor een toenemende demografische druk, omdat het aantal mensen in de beroepsbevolking niet meegroeit. Hierdoor ontstaat er een onbalans tussen het niet-werkende deel van de bevolking en het werkende deel.

Ouderen en zorg

Door de vergrijzing zal de vraag naar zorg en ondersteuning sterk toenemen, vooral vanwege complexere zorgvragen. Het aanbod van zorg houdt geen gelijke tred met de vraag, wat extra druk legt op personeel en financiële middelen. Het aantal mantelzorgers daalt, waardoor de druk op zowel formele als informele zorg toeneemt.

Naar verwachting wordt 28% van de ouderen als kwetsbaar beschouwd¹, met een stijging in ouderdom gerelateerde aandoeningen zoals dementie. Daarnaast wonen ouderen steeds langer zelfstandig en in de regio is het percentage 65-plussers in eenpersoonshuishoudens hoger dan het landelijk gemiddelde. Deze ontwikkeling verhoogt de druk op passende huisvesting en zorgvoorzieningen.

Mentale gezondheid

De mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen vraagt aandacht. Een kwart van de jongeren en de helft van de jongvolwassenen is onvoldoende mentaal weerbaar of heeft psychische klachten. Bij volwassenen in stedelijke gebieden is het risico op depressie of angststoornissen hoog. Het versterken van mentale weerbaarheid is daarom belangrijk. Toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een probleem. De wachttijden zijn langer dan gewenst, vooral voor inwoners met complexe problematiek, wat druk veroorzaakt in de huisartsenzorg. Daarnaast verloopt de samenwerking tussen huisartsen, het sociale domein en de ggz niet overal soepel. Hierdoor is het lastig om mensen met psychische kwetsbaarheden tijdig passende zorg en/of ondersteuning te bieden.

Chronische aandoeningen

Door de bevolkingsgroei en vergrijzing zal het aantal mensen met (meerdere) chronische aandoeningen toenemen. De zorgzwaarte en het zorggebruik zullen hierdoor stijgen. In de regio Eemland worden vooral meer gevallen van perifere artrose, dementie, coronaire hartziekten, beroertes en COPD verwacht. Daarnaast neemt het aantal nieuwe kankerdiagnoses toe, mede door vergrijzing en leefstijl. Door verbeterde behandelmethoden zullen meer mensen leven met of na kanker, waardoor kanker een meer chronisch karakter krijgt.

Spoedzorg in de regio

De groeiende bevolking in regio Eemland heeft ook gevolgen voor de acute zorgvraag. Naast de forse vergrijzing is er een grote vergroening. Dit betekent dat de zorgvraag de komende jaren zal toenemen over de gehele breedte van de praktijk (jong en oud). Prognoses van het RIVM voor 2030 voorspellen een stijging van 20% voor de ambulancezorg, 11% voor huisartsenposten, en 16% voor spoedeisende hulp (SEH)-bezoeken. Specifiek voor de diagnosen heupfractuur (+ 29%), beroertes (+28%) en ingangsklacht 'pijn op de borst' (+22%) wordt een aanzienlijke stijging verwacht. Tegelijkertijd ervaren onze zorgverleners een toegenomen en verder stijgende zorgvraag in de acute keten van mensen met onbegrepen gedrag, mensen met suïcidaliteit en kwetsbare ouderen. Deze specifieke diagnose groepen worden niet uitgewerkt in dit plan, maar worden meegenomen in de ROAZ plannen van Midden Nederland.

Naast deze toekomstverwachtingen zien we dat er op dit moment al knelpunten zijn in de acute zorg. Er zijn piekmomenten in de instroom, die in combinatie met beperkte capaciteit leiden tot 'bypasses' op de spoedeisende hulp en de eerste harthulp, SEH-stops en 'weigeringen' in geboortezorg. Tegelijkertijd zijn er knelpunten in de door- en uitstroom, waardoor de toegankelijkheid van de acute zorg in de regio onder druk komt te staan.

1.3 Zorggebruik, personele inzet en zorgkosten

Het beeld van regio Eemland geeft een aantal duidelijke trends en uitdagingen weer. In deze paragraaf wordt ingegaan op het zorggebruik, de personele inzet en de zorgkosten.

^{1 1} Uit: Zilveren Kruis Inkoopbeleid Organisatie & Infrastructuur 2026-2027.

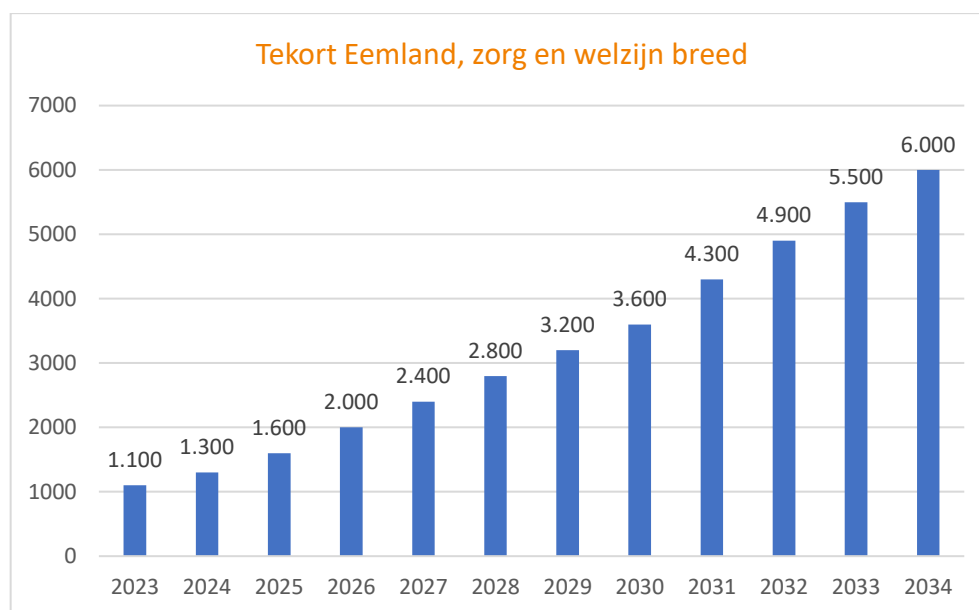
1.3.1. Zorggebruik

Door de vergrijzing neemt het zorggebruik in regio Eemland aanzienlijk toe. Ouderen doen vaker een beroep op langdurige zorg, zoals thuiszorg en verpleeghuiszorg, wat leidt tot een groeiend zorgvolume. Dit zet de capaciteit van zorginstellingen en zorgverleners in de regio onder druk. In heel de provincie Utrecht zien we de komende 10 jaar een groei in zorgvraag tussen de 23% en 63% en een toenemend arbeidsmarkt tekort². Het gebruik van zorgzwaartepakketten Verpleging en Verzorging neemt toe, waarbij regio Eemland iets boven het landelijke gemiddelde zit. Het medisch specialistisch zorggebruik stijgt naar verwachting sneller dan in de rest van het land. Daarnaast ligt het aantal ggz-patiënten per 10.000 inwoners in deze regio aanzienlijk boven het landelijke gemiddelde.

De regio kent een toenemende behoefte aan eerstelijnszorg, zoals huisartsen en paramedische zorg. Dit komt door zowel de vergrijzing als de algemene bevolkingsgroei. Huisartsenpraktijken ervaren hierdoor een flinke werkdruk, wat kan leiden tot langere wachttijden en het sluiten voor nieuwe inschrijvingen. De verwachting is dat de zorgvraag in de komende jaren verder toeneemt en blijft afwijken van het landelijke gemiddelde.

1.3.2. Personeelstekort zorg- en welzijn in Regio Eemland

In grafiek 1³ is het te verwachten personeelstekort voor de zorg- en welzijn per jaar weergegeven⁴. Te zien is dat het te verwachten personeelstekort in de zorg- en welzijnssectoren in de regio oploopt tot 6.000 in 2034 (dit is inclusief kinderopvang). Exclusief kinderopvang komt het aantal vacatures uit op 5.500 in 2034.



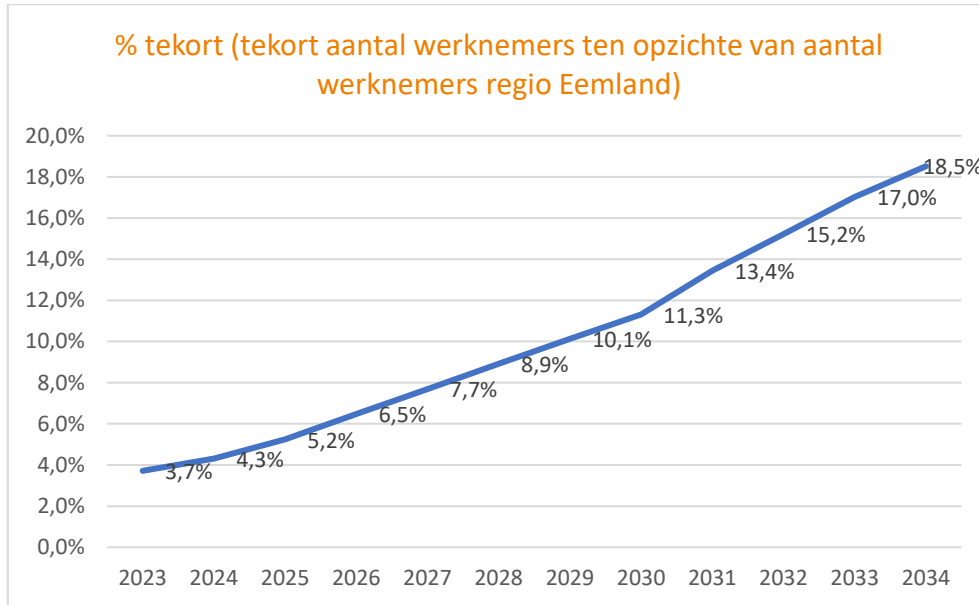
Grafiek 1: prognose personeelstekort (in aantal personen) in zorg en welzijn in de regio Eemland

² Uit: Krachtig verbindende toekomstvisie 2030 IVVU 2021

³ Prognosemodel Zorg en Welzijn ABF Research (prognoses)

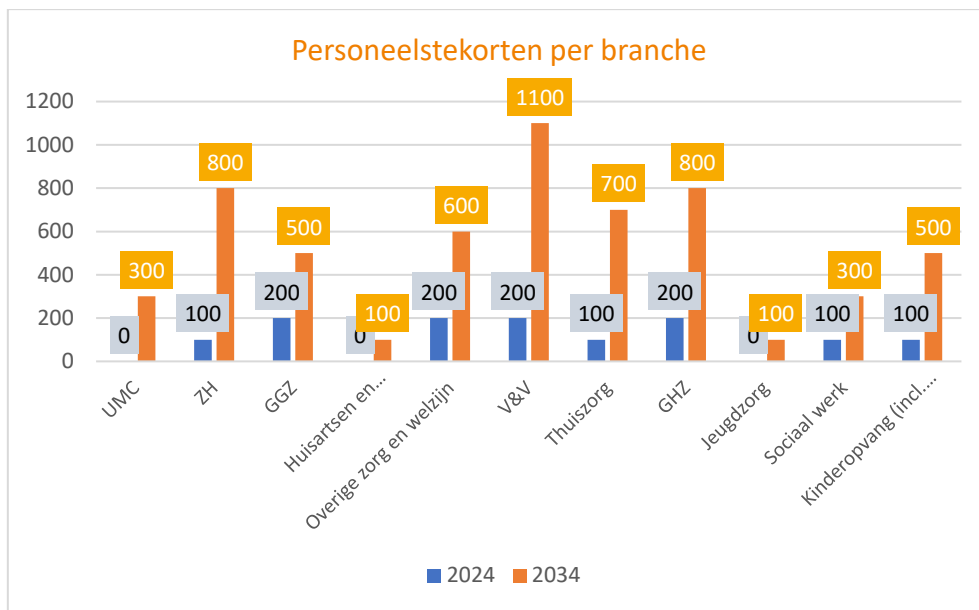
⁴ In de grafieken 1 t/m 4 is gewerkt met het referentiescenario (niet beleidsrijk).

Als we het aantal vacatures uit grafiek 1 delen door het totaal aantal werknemers in de zorg- en welzijnssector, dan ontstaat grafiek 2. In deze grafiek is te zien dat het tekort oploopt naar 18,5% in 2034.

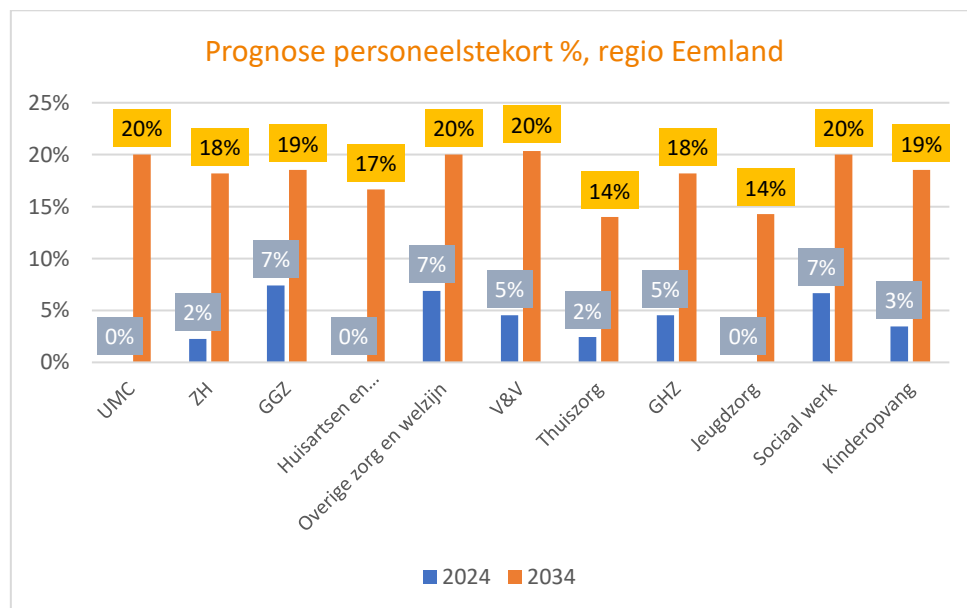


Grafiek 2: prognose personeelstekort in zorg- en welzijnssectoren ten opzichte van het aantal werknemers (in regio Eemland).

In grafiek 3 zijn de personeelstekorten in 2024 en de te verwachten personeelstekorten in 2034 per branche (zorg- en welzijn) weergegeven. Te zien is dat het grootste tekort aan personeel in 2034 te verwachten is in de verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuis, gehandicaptenzorg en thuiszorg. Als we het aantal personeelstekort weergegeven ten opzichte van het aantal personen werkzaam in de branche (grafiek 4), dan zien we dat het tekort aan personeel weergegeven in percentages over de hele linie 14- 20% bedraagt. De cijfers betreffen referentiescenario's en zijn niet beleidsrijk. In beleidsrijke scenario's kunnen de cijfers per branche wijzigen, maar deze effecten zijn op dit moment niet gekwantificeerd.



Grafiek 3: weergave van personeelstekorten (in aantal personen) in 2024 en de te verwachten personeelstekorten in 2034 (afgerond op honderdtal) per branche (zorg- en welzijn) in regio Eemland⁵. In de grafiek is niet de hele tekst goed weergegeven en staan er tweemaal stippeltjes. Deze twee categorieën betreffen huisartsen en gezondheidscentra en kinderopvang (incl. peuterspeelzaalwerk).



Grafiek 4: weergave van personeelstekort in % ten opzichte van het aantal werknemers in de branche in het betreffende jaar in de regio Eemland.

1.3.3 Zorgkosten

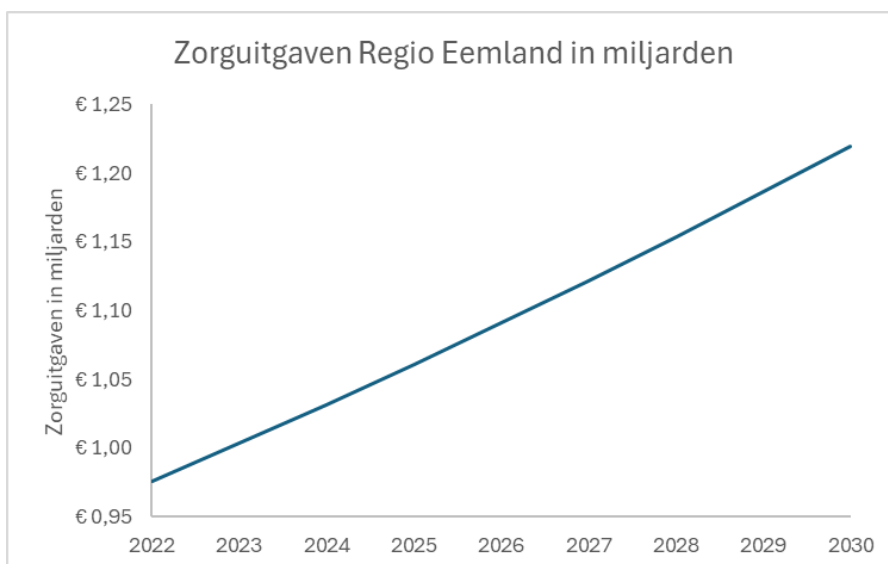
De zorgkosten in regio Eemland vertonen, net zoals landelijk, een stijgende lijn. Met name binnen de zorg die valt onder de ZVW. In 2022 bedroegen de totale zorguitgaven in Nederland ongeveer € 124 miljard, waarvan een groot deel via de ZVW werd gefinancierd. De verwachting is dat deze

⁵ In deze grafiek is de woongemeente (binnen regio Eemland) als uitgangspunt genomen en niet de locatie waar men werkt. Dit wordt in alle prognoses op deze manier gehanteerd.

kosten jaarlijks blijven stijgen met ongeveer 2,8% per jaar t/m 2060 (bron: RIVM). De zorgkosten voor regio Eemland zijn vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde, maar met een specifieke focus op ouderenzorg en de ggz vanwege de demografische samenstelling.

Naast reguliere ouderenzorg is er in de regio Eemland een toenemende vraag naar Ouderen-ggz. Ouderen-ggz, ook wel bekend als gerontopsychiatrie, richt zich op de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen: de behandeling van psychische aandoeningen zoals depressie, angst, dementie, verslaving, en andere psychische stoornissen die vaak voorkomen bij oudere mensen. De zorg is specifiek afgestemd op de unieke behoeften van ouderen, waarbij zowel geestelijke als lichamelijke gezondheid wordt meegenomen. Ouderen hebben meer kans hebben op depressies, angststoornissen en dementie-gerelateerde problemen. Maar ook onder jongere leeftijdsgroepen is er een groeiende zorgvraag in de ggz, mede door maatschappelijke en psychologische factoren zoals stress, burn-out en psychiatrische aandoeningen.

De ZVW-zorgkosten in Midden-Nederland (provincie Utrecht) zijn circa € 3,6 miljard en stijgen jaarlijks met gemiddeld 2,8% tot € 4,5 miljard in 2030 ⁶. De ZVW-zorgkosten voor regio Eemland zijn niet beschikbaar. Om een schatting te maken van de zorgkosten voor regio Eemland binnen de context van de zorgkosten in regio Midden-Nederland gaan we uit van de aanname dat een verdeling van zorgkosten in verhouding staat tot het aantal inwoners in de regio, ten opzichte van de andere regio's in Midden-Nederland. Specifieke gegevens over zorgbehoefte of sociaaleconomische kenmerken van de vijf verschillende regio's laten we voor nu buiten beschouwing. Het kan zijn dat bepaalde regio's meer zorgkosten genereren vanwege specifieke demografische factoren, maar zonder gedetailleerde regionale gegevens houden we het op een evenredige verdeling. Uitgaande van 380.000 inwoners in Eemland en 1,4 miljoen inwoners in de provincie Utrecht, zijn de zorgkosten in regio Eemland in 2022 ongeveer € 975,6 miljoen. De zorgkosten voor Eemland zouden dan stijgen naar ongeveer € 1,22 miljard in 2030. Een stijging van € 244,4 miljoen van 2022 naar 2030.



Grafiek 5: weergave schatting te verwachten zorgkosten Zwv in regio Eemland op basis van prognose zorgkosten Zwv provincie Utrecht

⁶ Bronnen: 1) RIVM (% stijging zorguitgaven), Zorgcijfersdatabank (zorguitgaven). De stijging van zorgkosten is benaderd door het RIVM en neemt hierin de volumegroei o.b.v. demografie, prevalentie en incidentie van ziekten etc. mee. Prijsontwikkelingen zijn hierin niet meegenomen (nominale groei).

2. Samen Sterker Eemland

2.1 Visie en missie

Regio Eemland streeft ernaar een diverse en inclusieve regio te zijn. Inwoners van de regio Eemland hebben zelf de regie over wat zij belangrijk vinden en nodig hebben voor een gezond en betekenisvol leven. Mensen die voor korte of lange tijd patiënt, cliënt of mantelzorger zijn of hulp kunnen gebruiken, ondersteunen we met passende zorg en ondersteuning, nu en in de toekomst. Om dit te realiseren werken we intensiever samen bij het organiseren van zorg en ondersteuning. Dat doen we in het netwerk Samen Sterker Eemland. Onze gezamenlijke missie vatten we samen in de volgende kernzin: Partners in gezondheid: Samen Sterker voor een gezonde toekomst in Eemland.

2.2 Ambitie

De gezondheid van de inwoners van Eemland is belangrijk, iedereen heeft recht op goede zorg en ondersteuning. Binnen Samen Sterker Eemland werken verschillende organisaties (Meander Medisch Centrum, Huisartsen Eemland, 10 VVT-instellingen, negen ggz-instellingen, acht gemeenten (inclusief sociaal domein met welzijnswerk en sociale wijkteams), zorgverzekeraar Zilveren Kruis en het zorgkantoor) samen om die ambitie mede mogelijk te maken.

Als netwerk van gezondheidspartners streven wij in de regio Eemland naar (quadruple aim):

- a) Verbeterde ervaren gezondheid van de inwoners;
- b) Verbeterde ervaren kwaliteit van ondersteuning en zorg door de inwoners;
- c) Besparing van kosten per inwoner;
- d) Verbeterde ervaren werkplezier door professionals.

We streven naar voorkomen waar mogelijk en zelf waar het kan: we gaan uit van het welbevinden van inwoners, zelfredzaamheid en gemeenschapskracht (samenredzaamheid). Inwoners moeten kunnen blijven rekenen op passende ondersteuning en zorg (zoveel mogelijk in de wijk), daar waar zij het zelf niet redden. Dit doen we aan de hand van vijf leidende principes:

1. **Positieve gezondheid.** We benaderen gezondheid niet als de af of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Praktisch betekent dat persoonsgerichte, cultuursensitieve en demedicalisering van ondersteuning en zorg met als effect dat maatschappelijke aandacht verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.
2. **Regie bij de inwoner.** De persoonlijke behoefte van de inwoner bij het invulling geven aan een gezond en betekenisvol leven staat centraal.
3. **De juiste zorg op de juiste plek.** Door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs. Met als uitgangspunt dat de (kwetsbare) inwoner minimaal even goede of zelfs betere ondersteuning en zorg zal ervaren. Praktisch kan dat op drie manieren: voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg.
4. **Wijkgericht, generalistisch waar kan, specialistisch waar nodig.** Praktisch betekent dit ondersteuning en zorg zo dicht mogelijk bij huis organiseren en daarmee een beweging van tweede-, naar eerste-, en van eerste-, naar nuldelijnsondersteuning en – zorg.
5. **Inclusief.** In de manier waarop zorg en ondersteuning wordt geboden door professionals en wordt georganiseerd door gezondheidspartners, wordt rekening gehouden met diversiteit van mensen vanwege hun afkomst, levensovertuiging, geaardheid, beperking en/of achtergrond.

2.3 Governance

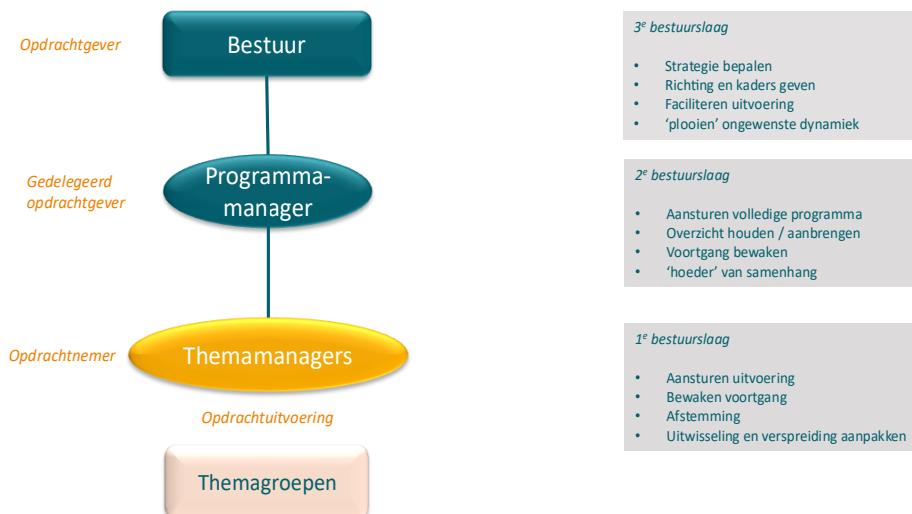
Samen Sterker Eemland heeft een duidelijke governancestructuur gebaseerd op 'besturing in gezamenlijkheid'.

Daar liggen de volgende uitgangspunten aan ten grondslag:

- a) Een sterke bestuurlijke regie;
- b) Duidelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor realisatie van de deel(trajecten) en voor de aanpak en de inzet van middelen in lijn met de geformuleerde ambities en binnen de geformuleerde kaders/afspraken;
- c) Eenduidige aansturing, gericht op resultaten die bijdragen aan de ambitie;
- d) Eenduidige opdrachtgever-opdrachtnemer-relaties met bijbehorende verantwoordelijkheden en (beslissings)bevoegdheden;
- e) Ruimte aan situationeel organiseren, inrichten en aansturen van (deel-)trajecten en activiteiten;
- f) Zo goed als mogelijk aanbrengen en behouden van samenhang in alle deel(trajecten) en activiteiten;
- g) Zicht op de voortgang van het realiseren van resultaten en bewezen aanpakken;
- h) Dynamiseren (de beweging op gang brengen en houden).

Samen Sterker Eemland werkt volgens onderstaand besturingsmodel.

Besturingsmodel



Afbeelding 6: weergave besturingsmodel Samen Sterker Eemland

Stakeholders uit de tactische laag vanuit de verschillende domeinen (gemeenten, sociaal domein, zorgpartijen, inwoners) vormen de themagroepen. Per thema (zie hoofdstuk 3) is een themagroep samengesteld die een inhoudelijke bijdrage levert aan de opdrachtuitvoering van de themamanager. De ontwikkeling/uitvoering op themaniveau vindt plaats binnen de themagroep. De leden van de themagroep hebben de verantwoordelijkheid om de achterban mee te nemen en voorstellen bij de

achterban te toetsen. De leden van de themagroep streven naar gelijkgerichtheid. Om tot draagvlak en draagkracht te komen wordt binnen de themagroep besloten op basis van consent. Consent is een methode waarbij besluiten worden genomen op basis van de afwezigheid van overwegende bezwaren, in plaats van op basis van unanieme instemming of een meerderheidsstelsel. Concreet geeft de themagroep input en advies, denkt mee, denkt breed, signaleert en realiseert draagvlak en draagkracht.

3. Thema's en actielijnen Samen Sterker Eemland

3.1 Samenhang

Het netwerk Samen Sterker Eemland bestaat sinds 2020. In 2021 is een Gezondheidsakkoord opgesteld. Dit Gezondheidsakkoord vormt samen met het Regiobeeld Utrecht het vertrekpunt van het regioplan. In het regioplan komen de thema's van het Gezondheidsakkoord en de uitdagingen van het regiobeeld samen.

De gezamenlijke opgaven en ambities in het Regioplan Eemland zijn uitgewerkt aan de hand van vijf zorginhoudelijke thema's en vier ondersteunende actielijnen. De thema's en actielijnen staan niet los van elkaar: juist de samenhang en het ontwikkelen in afstemming is belangrijk.



Afbeelding 7: weergave samenwerking Samen Sterker Eemland

De gekozen thema's in het regioplan komen voort uit het gezondheidsakkoord. De thema's zijn:

- Psychische kwetsbaarheid
- Netwerk spoedzorg Eemland
- Chronische aandoeningen
- (Kwetsbare) ouderen
- Preventie

De vier ondersteunende actielijnen zijn:

- Inwonerparticipatie
- Digitaal Netwerkplatform
- Wonen en Zorg
- Arbeidsmarkt

In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de thema's. In paragraaf 3.3. staat een toelichting op de actielijnen. Paragraaf 3.4 gaat in op het doel van het transformatieplan en wat we willen bereiken met het afbuigen van de toenemende zorgkosten. De verhouding tussen dit transformatieplan en andere opgaven vanuit het regioplan staat in paragraaf 3.5. In paragraaf 3.6 beschrijven we de onderwerpen die we met dit transformatieplan willen oppakken en wat we daarmee willen bereiken.

3.2 Thema's

Wat wil Samen Sterker Eemland bereiken per thema?

- 1. Psychische kwetsbaarheid:** inwoners kunnen zelf aan de slag met mentale gezondheid. Ondersteuningsvragen komen vaker terecht in het sociaal domein doordat inwoners zelf de weg vinden en doordat tijdig zorg en/of ondersteuning ingezet kan worden, passend bij de beleving en hulpvraag van een inwoner en diens naasten.
- 2. Netwerk Spoedzorg Eemland:** mensen die acute zorg nodig hebben, worden zo doelmatig mogelijk en op de juiste plek geholpen.
- 3. Chronische aandoeningen:** mensen met een chronische aandoening ervaren veerkracht, eigen regie en samenredzaamheid in de directe omgeving. Zorg en ondersteuning is voor hen zo veel mogelijk dichtbij huis.
- 4. (Kwetsbare) ouderen** zijn zelfredzaam (zelfstandig en vitaal), kunnen in de eigen omgeving blijven wonen en behouden eigen regie op gezond en betekenisvol leven. Indien nodig, ontvangen zij passende zorg en ondersteuning.
- 5. Preventie:** mensen weten met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan en bevorderen en beschermen hun gezondheid. Ziekten, complicaties bij ziektes en hulpvragen worden voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium opgespoord.

3.2.1 Psychische kwetsbaarheid

Het thema psychische kwetsbaarheid richt zich op de mentale gezondheid en weerbaarheid van inwoners in de regio. Inwoners komen nu te vaak in de ggz terecht terwijl ondersteuning op het gebied van mentale gezondheid en weerbaarheid een passend antwoord kan zijn op de vraag van inwoners. Met ggz bedoelen we zorg die geboden wordt in de geestelijke gezondheidszorg inclusief verslavingszorg en beveiligde zorg.

Om inwoners op eigen kracht en in eigen regie met fysieke, emotionele, psychische en sociale uitdagingen in het leven om te laten gaan, zetten we in op positieve gezondheid. Het herstellennetwerk ondersteunt inwoners de mentale gezondheid en weerbaarheid te verbeteren en werkt daarin nauw samen met de sociale basis. Daarnaast is er binnen dit thema speciale aandacht voor jongeren en mensen met complexe zorgvragen. De oprichting van een mentaal gezondheidsnetwerk bevordert de samenwerking tussen de ggz, huisartsen en het sociaal domein. De doelstelling is om de mentale gezondheid te verbeteren door snel passende ondersteuning te bieden en de wachttijden voor zorg te verminderen.

3.2.2 Netwerk spoedzorg Eemland

Het thema Netwerk spoedzorg Eemland richt zich op het verbeteren van de acute zorg in de regio Eemland, vanwege de verwachte stijging van zorgvragen door een groeiende en verouderende bevolking. De focus ligt op het voorkomen van acute zorg door mensen te ondersteunen in hun zelfredzaamheid en door effectieve triage van acute zorgvragen, zodat de juiste zorg op het juiste

moment beschikbaar is. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen urgente zorgvragen en laag complexe, niet urgente zorgvragen.

Belangrijk is ook de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, zoals huisartsen, spoedeisende hulp, VVT en ggz, en met de gemeente, politie, RAVU en het Leger des Heils, om efficiënt en adequaat te kunnen reageren op spoedsituaties. Door deze multidisciplinaire aanpak wordt geprobeerd om de druk op de spoedzorg te verlichten en de zorg toegankelijk te houden. Het doel is om inwoners zo goed mogelijk te helpen (rekening houdend met de te verwachten schaarste), met speciale aandacht voor kwetsbare groepen die extra ondersteuning nodig hebben.

3.2.3 Chronische aandoeningen

Het thema chronische aandoeningen richt zich op de toenemende prevalentie van chronische ziekten in de regio Eemland. Binnen dit thema werken we aan preventieve ondersteuning voor mensen met chronische aandoeningen, zodat zij zoveel mogelijk dicht bij huis geholpen kunnen worden. Met ondersteuning stimuleren we om een gezonde leefstijl aan te nemen, bieden we toegang tot (digitale) ondersteuning en coördineren we zorg. De focus ligt op de chronische aandoeningen met de grootste impact: oncologische aandoeningen en artrose. Het doel is om een betere kwaliteit van leven te realiseren, zorgkosten te verlagen en de samenwerking tussen zorgprofessionals te verbeteren.

3.2.4 (Kwetsbare) Ouderen

Het thema (kwetsbare) ouderen richt zich op de toenemende zorgvraag en de uitdagingen binnen de ouderenzorg in regio Eemland. Het thema focust op thuiswonende ouderen en hun netwerken, zowel formeel als informeel, en de samenwerking tussen professionals. De projecten bieden passende zorg en ondersteuning in de wijk. Het verbinden van diverse projecten en ontwikkelingen is een belangrijke pijler. Specifieke projecten zijn het Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTiE) en Passende Zorg Thuis Eemland. Met de integrale aanpak, waarbij zorgprofessionals beter op elkaar afgestemd werken, streven we naar betere zorg en ondersteuning voor (kwetsbare) ouderen en hun naasten. Binnen Passende Zorg Thuis en ONTIE richten we ons op kwetsbare ouderen in het algemeen. We werken samen met het Netwerk Dementie D2 en het Netwerk Dementie Baarn-Soest om overlap te voorkomen.

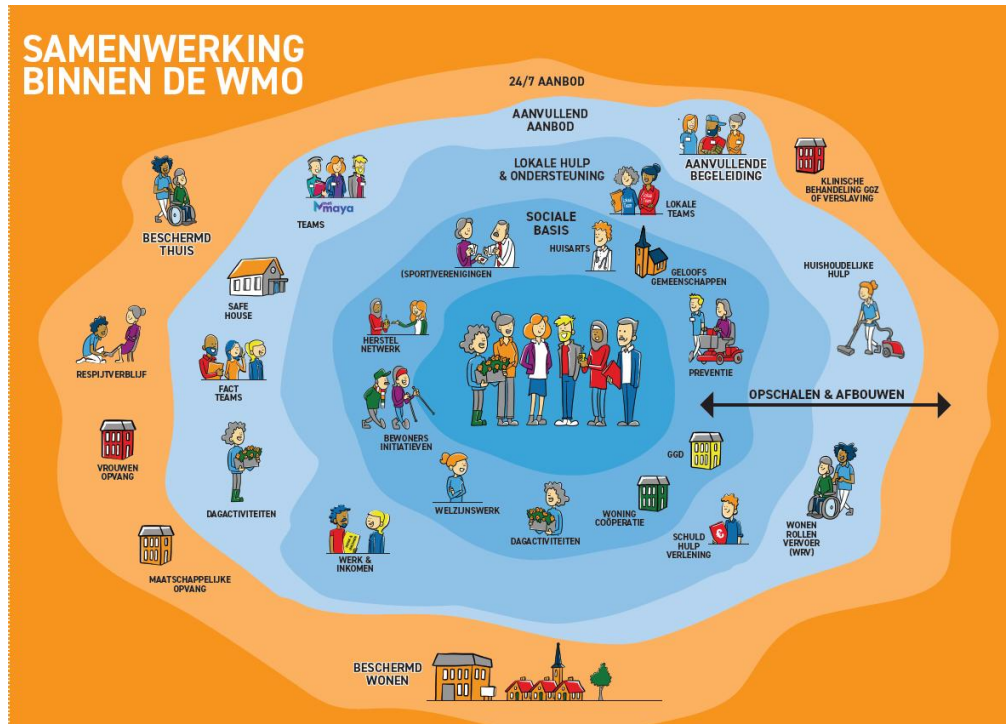
3.2.5 Preventie

Het thema preventie richt zich op het helpen van mensen om gezond te blijven of de gevolgen van een ziekte te beperken. De focus ligt op positieve gezondheid, wat betekent dat gezondheid niet alleen gaat om ziek of niet ziek zijn, maar ook om goed omgaan met uitdagingen in het leven. Belangrijke factoren hier zijn bestaanszekerheid en leefomstandigheden. Het thema concentreert zich op alle inwoners van regio Eemland, en specifiek op inwoners in een kwetsbare positie (bijvoorbeeld vanwege schulden/inkomensproblematiek of verstandelijke beperking).

Geïnvesteed wordt in bestaanszekerheid en de vijf ketenaanpakken (valpreventie, kansrijke start, overgewicht/obesitas bij kinderen, overgewicht/gezonde leefstijl interventie bij volwassenen en Welzijn op recept). Ook het realiseren van een regionale preventie infrastructuur is onderdeel van dit thema.

Gemeenten zorgen samen met partners in het sociaal domein voor een omgeving waarin inwoners kunnen werken aan hun gezondheid. In afbeelding 8 is weergegeven welke partners in het sociaal domein zijn betrokken. Beweging, sport, gezond eten en sociale contacten zijn belangrijk. Net als ondersteuning als zelfstandig participeren niet (meer) kan. Hiervoor zetten gemeenten in 2025 en 2026 SPUK IZA en SPUK GALA in, waarmee gewerkt wordt aan de brede preventiedoelstellingen in het GALA en het IZA. Deze gaan onder andere over Kansrijk Opgroeien,

valpreventie, mentale gezondheid een aanpak overgewicht. We verwachten dat een nieuw te vormen kabinet de onderhandelingen over het Aanvullende Zorg- en Welzijnsakkoord zal voortzetten, zodat er vanaf 2027 voldoende structurele gelden beschikbaar komen voor preventie.



Afbeelding 8: visuele weergave van betrokken partners in het sociaal domein.

Naast universele preventie, wordt in overleg met zorgpartners al ingezet op geïndiceerde preventie. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan aansluiting van buurtsportcoaches bij de gezonde leefstijl interventie (GLI)-trainingen voor mensen met overgewicht, de inzet van specialistische jeugdhulp in gezinnen, om ergere problematiek op latere leeftijd te voorkomen en bijvoorbeeld de mogelijkheid om ggz-professionals te raadplegen bij beweegaanbod voor mensen met psychische kwetsbaarheid.

3.3 Actielijnen

Naast de vijf thema's zijn er vier ondersteunende actielijnen waarin we werken aan vraagstukken op het gebied van arbeidsmarkt, wonen en zorg, digitaal netwerkplatform en inwonerparticipatie.

Wat wil Samen Sterker Eemland bereiken per actielijn?

- 1. Arbeidsmarkt:** voldoende en goed opgeleide mensen werken met plezier binnen zorg en welzijn in de regio, nu en in de toekomst.
- 2. Wonen & Zorg:** inwoners wonen zo zelfstandig mogelijk, in een voor hen passende woning en woonvorm, met indien nodig toereikende ondersteuning en zorg.
- 3. Digitaal netwerkplatform:** inwoners van Eemland kunnen bij hun hulp- en zorgvragen vertrouwen op veiligheid, continuïteit en kwaliteit wat betreft hun gegevens. Zorg en ondersteuning zijn door goede gegevensuitwisseling optimaal op elkaar afgestemd.
- 4. Inwonersparticipatie:** structurele gelijkwaardige samenwerking tussen (vertegenwoordigers van) inwoners en professionals. Waarbij oplossingen aansluiten bij wat inwoners en professionals belangrijk vinden, die daadwerkelijk impact hebben en echt het verschil maken.

4. Kansen voor transformatie

We zien in Eemland de kansen voor transformatie vooral in de samenwerking, coördinatie op beschikbare capaciteit en een integrale aanpak. De aanpak is integraal omdat de verschillende onderdelen in samenhang en afstemming worden opgepakt. Door tot een integraal plan met daar onderliggende actielijnen te komen, werken we niet alleen aan een transformatie op onderdelen, maar versterkt de som het geheel. Daarmee zetten we een belangrijke stap in het toegankelijk houden van de zorg. Met aandacht voor het behoud van personeel, door middel van werkplezier en de maximale inzet van het bestaande personeel voor die inwoner die zorg nodig heeft en gebruik makend van elkaars capaciteit. Dit doen we op de volgende onderwerpen:

1. Psychische kwetsbaarheid
2. Netwerk spoedzorg Eemland
3. Chronische aandoeningen (Artrose en OncoLokaal)
4. (Kwetsbare) Ouderen (Passende Zorg thuis in Eemland en Oudergeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland)
5. Preventie (verbinding medisch en sociaal domein)

In dit hoofdstuk gaan we in op deze onderwerpen. Per onderwerp wordt beschreven wat we willen bereiken. In bijlage 1 bij dit transformatieplan is dit verder uitgewerkt in usecases.

4.1 Psychische kwetsbaarheid

Als inwoners met psychische problemen ruimte en mogelijkheden ervaren om zelf aan de slag te gaan met hun mentale gezondheid en hier laagdrempelig ondersteuning in kunnen krijgen, draagt dat bij aan hun welzijn. Het helpt om de Zvw-zorg te verminderen, omdat inwoners dan minder vaak een beroep doen op de huisartsenzorg en de ggz. Huisartsen en behandelaren in de ggz zien dat:

- Psychische klachten soms prioriteit hebben of juist gelijktijdig met sociale problematiek behandeld moeten worden;
- Inwoners na behandeling terugvallen in klachten omdat de sociale problematiek niet aangepakt wordt;
- Trajecten langer duren doordat er in het systeem factoren zijn die herstel belemmeren;
- Problematiek niet integraal benaderd en behandeld wordt.

Huisartsen worden vanwege het bovenstaande belast met zorgvragen die niet bij hen thuishoren. Inwoners krijgen niet de hulp die zij nodig hebben. Ook is er niet altijd zicht op het juiste aanbod voor inwoners met complexe problematiek, hanteert de ggz exclusiecriteria die soepele doorverwijzing in de weg staan en wordt het sociaal domein nog lang niet altijd gevonden voor ondersteuning. Inwoners moeten soms lang wachten op passende zorg, worden van het kastje naar de muur gestuurd of vallen tussen wal en schip.

In hoofdstuk 9 wordt de beweging van dit thema uitgebreid toegelicht, hier staat een beknopte versie. De ambitie van dit transformatieplan is om inwoners vaker te ondersteunen vanuit het sociaal domein, waardoor de druk op de gespecialiseerde zorg afneemt. Door de gespecialiseerde zorg meer centraal te coördineren wordt optimaal gebruik gemaakt van de capaciteit en kennis in de regio. We werken de ondersteuning uit in drie sporen:

- Mentaal gezondheidsnetwerk;
- Sterk sociaal domein;
- Aanpak mentale gezondheid en weerbaarheid van jongeren en (jong)volwassenen in de leeftijd van 16 t/m 26 jaar.

4.1.1 Mentaal gezondheidsnetwerk

Het mentale gezondheidsnetwerk is een duurzaam regionaal samenwerkingsverband tussen sociaal domein, huisartsen en ggz en heeft tot doel:

- Het snel beantwoorden van hulp- en ondersteuningsvragen van inwoners op de juiste plek;
- Het optimaal benutten van de capaciteit in de keten (sociaal domein, huisarts, ggz) in de regio;
- Een afname van de wachttijd voor de ggz voor mensen met complexe problematiek en dat inwoners een betere mentale gezondheid ervaren.

De basis van het mentaal gezondheidsnetwerk bestaat uit een netwerkstructuur van samenwerkingsafspraken en centrale coördinatie, waarin de vier (verplichte) functies worden (door)ontwikkeld:

1. Het verkennend gesprek
2. Transfermechanisme
3. Informatievoorziening wachttijden (=onderdeel van centraal coördinatiepunt)
4. Regionale overlegtafel (=domeinoverstijgend casusoverleg)

Met het mentaal gezondheidsnetwerk willen we de samenwerking tussen organisaties versterken om ggz-zorg efficiënter en toegankelijker te maken. We verkorten wachttijden vanwege een centraal coördinatiepunt met een gezamenlijke wachtrijaanpak. Verkennende gesprekken zorgen ervoor dat in 25% van de gevallen ggz-zorg wordt voorkomen met de hulp van welzijn, lokale teams of het Herstelnetwerk. Daarnaast brengen we het mentale gezondheidsaanbod op één digitale plek samen voor professionals en inwoners. GGZ-aanbieders gaan de behandelmonitor gebruiken en via bewustwordingscampagnes helpen we professionals om de transformatie te volgen en uit te dragen.

4.1.2 Sterk sociaal domein

Met een sterk sociaal domein willen we inwoners ondersteunen in hun mentale gezondheid. Hiervoor breiden we het Herstelnetwerk uit door hersteltrainingen, inloopmogelijkheden, steunpunten en lotgenotencontact breed beschikbaar te maken in de regio, met minimaal 350 deelnemers in 2025 en 700 deelnemers in 2026 en 2027. Bij de trainingen hanteren we een bezettingsgraad van 80%. Daarnaast willen we zelfhulpmodules en psycho-educatie vindbaar en vrij toegankelijk maken zonder tussenkomst van professionals, zodat in 2026 maandelijks 500 inwoners hiervan gebruik maken, oplopend naar 1.000 inwoners per maand in 2027.

4.1.3 Aanpak mentale gezondheid en weerbaarheid jongeren 16 t/m 26 jaar

Met de aanpak voor jongeren willen we het mentale gezondheidsaanbod voor 16-26-jarigen op één digitale plek voor zowel inwoners als professionals overzichtelijk maken. We streven naar betere samenwerking tussen betrokken partijen, waaronder zorgaanbieders en onderwijs, via gezamenlijke samenwerkingsafspraken en continue ondersteuning in de overgang naar volwassenheid. Daarnaast zorgen we voor beschikbaarheid en efficiënte inzet van preventieve zorg op vaste regionale locaties. Dit alles draagt bij aan tijdige ondersteuning en het voorkomen van zwaardere zorgtrajecten voor jongeren.

4.2 Netwerk spoedzorg Eemland

Ons hoofddoel vanuit het Netwerk spoedzorg Eemland is de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg voor inwoners van de regio Eemland bij SEH, huisartsen, VVT en ggz te blijven garanderen, ondanks de stijging van acute zorgvragen met een gelijkblijvend aantal zorgverleners.

Meer in detail is het doel van de multidisciplinaire, regionale initiatieven benoemd in dit plan, om 2% van de stijging van acute zorgvragen bij de huisartsenpost (HAP) op te vangen en 10% van de SEH einde 2027 (ten opzichte van 2019).⁷ Dit doel bereiken we door het leveren van beter passende acute zorg en ondersteuning, zo snel mogelijk op de juiste plek, zo veel mogelijk thuis, waarmee (her)instroom in de spoedketen wordt voorkomen en de door- en uitstroom worden verbeterd.

Daarbij krijgen drie groepen extra aandacht. Dit betreft mensen met **onbegrepen gedrag**, **mensen met suïcidaliteit** en **kwetsbare ouderen**. Voor deze groepen is gekozen omdat zij:

- Om diverse redenen veel aandacht en tijd vragen in de acute keten;
- Een lange verblijfsduur hebben in de acute keten;
- De arbeidsintensieve aard van de zorgvraag;
- Multidisciplinair aandacht vragen van minimaal drie betrokken partijen;
- De verwachting is dat de omvang van deze groepen stijgt in de komende jaren.

Met de transformatie willen we dat mensen met **onbegrepen gedrag**, mensen die zich suïcidaal uiten en kwetsbare ouderen in het voorveld worden opgevangen, waardoor crisisopnames worden voorkomen. Voor mensen met onbegrepen gedrag en mensen die zich suïcidaal uiten geldt dat andere zorg dan acute zorg nodig is om aan te sluiten bij de zorgvraag. Voor kwetsbare ouderen geldt dat deze patiënten niet naar de HAP of SEH worden doorgestuurd, maar waar mogelijk in de thuissituatie de zorg ontvangen die nodig is. Indien ze wel op de HAP of SEH komen met een acute zorgvraag, moeten er in de keten passende plekken voor hen beschikbaar zijn, zodat de doorstroom of uitstroom soepel verloopt en zij betere en passende zorg krijgen. Dit zou tevens de verblijfsduur in het ziekenhuis verkorten.

De grootste groep betreft **kwetsbare ouderen**. Onder kwetsbare ouderen verstaan we ouderen met een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren waardoor zij een verhoogde kans hebben op negatieve gezondheidssuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname en overlijden. Onze transformatie richt zich voor deze groep op het verminderen van (herhaalde) zorgcontacten van kwetsbare ouderen. De acute wijkverpleging gaat een gedeelte van de visites van de huisarts tijdens ANW- uren in overleg met de huisarts oppakken, waardoor onnodige rijvisites van de huisarts wordt voorkomen. De samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging is cruciaal en zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de beste zorg. Binnen Passende Zorg Thuis wordt gewerkt aan de samenwerking binnen de geplande zorg, bij Netwerk Spoedzorg Eemland gaat het over de acute zorg.

⁷ Uit verschillende rapporten wordt specifiek bij de HAP een stijging van minimaal 11% (4,1 fte) en bij de SEH een stijging van 16% (7,6 fte) van acute zorgvragen verwacht tussen 2019 en 2030. Prognoses voor de verwachte stijging van acute zorgvragen in de ggz en VVT zijn niet beschikbaar. Tevens is bij een gedeelte van deze zorgvragen sprake van toenemende complexiteit, waardoor een stijging van 11% en 16% absolute minima zijn. Vertaald naar de transformatieperiode januari 2024 - december 2027, betekent dit dat er in 2027 minimaal 8% zorgvraagsgroei bij de HAP en minimaal 11.5% bij de SEH opgevangen dient te worden (ten opzichte van 2019), bereikt door een combinatie van multidisciplinaire regionale initiatieven, zorgcoördinatie, al bestaande programma's en initiatieven binnen de organisaties zelf.

Verder wordt ingezet op het verminderen van ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen door acute wijkverpleging tijdens ANW- uren bij ontslag van de SEH en de juiste zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen met een beperkte behandelwens (door consultatie SO tijdens ANW- uren), zodat niet wordt doorverwezen naar de SEH. Gericht op de doorstroom/uitstroom werken we aan het beschikbaar houden van acute herstel/observatiebedden in de VVT. Het streven is om de 10-20% niet-passende zorg te reduceren naar 5-10%. Uit de pilot VVT spoedbedden blijkt dat 30% van de patiënten binnen enkele dagen weer naar huis kan met zorg. De verwachting in de ANW-uren is gelijk met wat we overdag zien: een groot deel van de zorgvragen die zich presenteren op de HAP/SEH zijn op te lossen met acute wijkverpleging. Daarnaast wordt er gewerkt aan uitbreiding van VVT-spoedbedden waar mensen met een tijdelijke intramurale vraag naartoe kunnen (GRZ/ELV). Qua personeel wordt er binnen de wijkverpleging gekeken welke zorg echt door de wijkverpleging moet worden gedaan en welke zorg er bijvoorbeeld afgeschaald kan worden naar het sociaal domein. Hierdoor kunnen uren vrijgespeeld worden ten behoeve van acute wijkverpleging. In de onderzoeksfase moet blijken wanneer deze patiënten op een niet-passend bed terecht komen en wat dan de oplossing is.

Bij mensen met **onbegrepen gedrag** of **suïcidaliteit** richten we ons op twee groepen:

- Mensen met onbegrepen gedrag of suïcidaliteit zonder somatiek. Er komen regelmatig mensen met onbegrepen gedrag of suïcidaliteit op de SEH zonder dat er sprake is van somatische klachten (ongeveer 700 bezoeken per jaar). Door verbeterde samenwerking tussen de GGZ-crisisdienst, de POH-GGZ en het sociaal domein (voor mensen met onbegrepen gedrag) kan de juiste zorg op de juiste plek voor deze doelgroepen worden bevorderd, waardoor zij niet meer tussen wal en schip vallen en adequate hulp/opvolging krijgen voor hun problematiek.
- Mensen op de SEH/ HAP met onbegrepen gedrag of suïcidaliteit op de voorgrond. Voor deze groep ondervinden zorgverleners momenteel problemen bij het vinden van een goede en passende uitstroomplek. Daarnaast vraagt de begeleiding van deze patiëntengroep op de SEH/ HAP intensieve inzet van meerdere zorgprofessionals. Het gaat om gemiddeld 800 patiënten per jaar op de SEH en 120 op de HAP. Het betreft de complexe uitplaatsingen. In de regio wordt samen met de VVT, GGZ en sociaal domein uitgewerkt hoe de zorg voor deze kwetsbare groep geoptimaliseerd kan worden. We zetten in op het verbeteren van de doorstroom naar uitstroomplekken door de samenwerking met de ggz en sociaal domein te verbeteren. De manier waarop wordt nog onderzocht.

Rond de groep mensen met suïcidaliteit is bekend dat deze in omvang minder groot is. Het gaat in dit kader veelal om mensen die suïcide overwegen en deze gedachte ook uiten; de omgeving weet zich dan vaak geen raad. Als mensen een suïcidepoging hebben gedaan en op de spoedeisende hulp terecht komen na deze poging, wordt een protocol voor nazorg gehanteerd. In dit transformatieplan richten we ons *niet* direct op de personen die reeds een poging tot suïcide hebben gedaan, maar richten we ons op het voorkomen dat inwoners in de regio Eemland overgaan tot het doen van een poging en op het draaglijk maken van de 'last van suïcidaliteit' voor zorgverleners.

We realiseren de doelstellingen van het netwerk Spoedzorg door middel van meerdere usecases (zie bijlage 1 voor de complete beschrijving), waaronder:

- Het verminderen van het aantal mensen met onbegrepen gedrag of suïcidaliteit op de SEH waarbij somatiek geen rol speelt door onder andere betere samenwerking tussen de crisisdienst GGZ, POH-GGZ en het sociaal domein.
- Het vergroten van de capaciteit van huisartsen op de HAP voor zorgvragen van kwetsbare ouderen doordat de acute wijkverpleging een gedeelte van de visites van de huisarts zal oppakken tijdens ANW-uren.

- Het verminderen van ziekenhuisopnames van patiënten zonder medische noodzaak doordat er tijdens ANW-uren VVT spoedbedden beschikbaar zijn, waar deze patiënten tevens beter passende zorg kunnen ontvangen. Vanuit een capaciteitsanalyse wordt onderzoek gedaan naar het benodigd aantal bedden.
- Het verminderen van het aantal SEH-bezoeken doordat huisartsen vanaf de HAP direct röntgenfoto's kunnen aanvragen of cito bloed-/urineonderzoek, zonder tussenkomst van de SEH.

4.3 Chronische aandoeningen: Artrose en OncoLokaal

4.3.1 Artrose

Eén van de chronische aandoeningen waarbij er een stijgende prevalentietrend én een toename in zorgcomplexiteit wordt verwacht is (perifere) artrose. Op dit moment zijn er in Nederland 1.5 miljoen mensen met artrose en dit aantal neemt verder toe. In de regio Eemland waren er in 2020 33.061 mensen met perifere artrose, wat naar verwachting in 2030 45.636 (+33.5%) zal zijn⁸. Voor deze doelgroep zijn de zorgkosten hoog. In 2019 bedroegen de geraamde uitgaven aan artrosezorg in Nederland € 1,1 miljard. Dat is 19,3% van de totale zorgkosten die gemaakt werden voor ziekten van het bewegingsapparaat en bindweefsel. Het grootste deel betreft ziekenhuiszorg. Voor de regio Eemland worden de kosten voor beweegzorg geschat op ruim 247 miljoen euro.

Diverse programma's en onderzoeken, zoals het 'stepped care' model en het Beweeghuis, hebben aangetoond dat het anders inrichten van de zorgketen tot besparingen leidt. Het Beweeghuis levert voor iedere euro die wordt geïnvesteerd een maatschappelijke waarde van ten minste €3,92 op. Voor de zorgverzekeraar creëerde het Beweeghuis in 2023 €1.3 miljoen aan maatschappelijke waarde ten opzichte van een investering van €135.000 euro⁹. Daarnaast ervaren mensen met beweegklachten een betere kwaliteit van leven en nemen sociaaleconomische gezondheidsverschillen af.

Om impact te maken op de zorgkosten, toegankelijkheid van de zorg en ziektelast willen we de artrose-/beweegzorg in de regio Eemland anders organiseren. Daarmee beogen we de zorgkosten niet te laten stijgen ondanks de groeiende doelgroep, de werkdruk op zorgpersoneel beheersbaar te houden en sturen we op passende begeleiding en zorg op de juiste plek. Hierbij volgen we het stepped care model waarbij de voorbeelden uit het land als best practices worden samengebracht in het stepped care model artrosezorg regio Eemland.

De doelgroep waar we ons op richten zijn inwoners in de regio Eemland vanaf 40 jaar met klachten aan bewegingsapparaat waarbij nog geen diagnose is vastgesteld als ook waar al wel de diagnose artrose knie/heup is vastgesteld. Bij het stepped care model gaat de inwoner met klachten aan het beweegapparaat die niet meer acceptabel zijn eerst zelf aan de slag in de 0e lijn (zelfzorg, aanpassen leefstijl en bewegen via buurtsportcoach). Als dat niet voldoende helpt, kan de inwoner naar de 1e lijn (huisarts/ fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut) voor een (leefstijl) advies en/of een beweegprogramma en medicamenteuze ondersteuning. Als al deze stappen adequaat zijn doorlopen en de klachten onvoldoende verbeteren wordt de patiënt verwezen naar de medisch specialist voor aanvullend advies en mogelijk een operatie. Onderdeel van het gehele proces zijn zelfzorg, leefstijl, duurzaam blijven bewegen en inzet van digitale zorg.

⁸ Rapport BeBright: <https://www.organisatiegraad.nl/wp-content/uploads/2023/03/Regiobeeld-Eemland.pdf>

⁹ rapport social finance NL over het beweeghuis

4.3.2 OncoLokaal

Wanneer iemand te maken krijgt met kanker verandert zijn of haar leven in korte tijd drastisch. Vaak heeft men tegelijkertijd en/of opvolgend en langdurig met meerdere zorgverleners te maken. Een goede samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste, tweede lijn en het sociaal domein is dan van belang. De zorgverleners in het netwerk OncoLokaal kennen elkaar en zijn op de hoogte van elkaars werkwijze. Door de korte lijnen worden de behandelingen snel en goed op elkaar afgestemd. Het netwerk maakt ook afspraken met het ziekenhuis en de huisarts om zorg af te stemmen. OncoLokaal is het oncologiezorgnetwerk waar verschillende partijen en (zorg)professionals uit de regio Eemland samenwerken. We werken aan het beter vindbaar en zichtbaar maken en verder verbeteren van de medische, paramedische en niet- medische oncologische zorg in de regio. Oncologische zorg gaat niet alleen om het overleven van de ziekte. De kwaliteit van leven tijdens en na kanker is net zo belangrijk. OncoLokaal voldoet aan de kwaliteitscriteria van IKNL en is als netwerk opgenomen in de Verwijsgids Kanker.

(Oncologie)patiënten ervaren na hun behandeling vaak knelpunten in de zorg en nazorg. Het is zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener onduidelijk waar de patiënt passende zorg kan krijgen, waardoor zij zich tot de huisarts wendt, wat leidt tot vertraging van specifieke toegang tot zorg voor de patiënt, hogere werkdruk voor huisartsen en onvoldoende coördinatie tussen zorgverleners. Ex-patiënten vallen daarnaast in een 'zwart gat' na ontslag uit het ziekenhuis, zonder een gestructureerd nazorgprogramma. Hierdoor verslechtert hun mentale gezondheid, met een langere revalidatieperiode, verlies van kwaliteit van leven en extra druk op de ggz, de huisarts en wijkverpleging als gevolg. Met dit transformatieplan zetten we ook in op de invoering van een Vast Aanspreekpunt (VAP) per wijk. Daarmee krijgen patiënten direct toegang tot de juiste zorg, zonder onnodige belasting van de huisarts. Dit verbetert de samenwerking tussen zorgverleners en versnelt de doorverwijzing waardoor het aantal consulten bij de huisarts verminderd wordt. Daarnaast wordt een specifiek stroomschema geïmplementeerd om de coördinatie van zorg te verbeteren, waardoor signalen van psychische achteruitgang eerder worden herkend door professionals en de juiste zorg tijdig wordt ingezet. De ambitie is om te onderzoeken of we een gestandaardiseerd integraal nazorgprogramma kunnen opzetten voor (ex)-patiënten, waarin sociale steun, kennisdeling en begeleiding centraal staan. Zo'n programma verbetert de kwaliteit van leven, vergroot de zelfredzaamheid en vermindert de druk op de ggz, de huisarts en wijkverpleging

4.4 (Kwetsbare) Ouderen

4.4.1 Passende Zorg Thuis in Eemland

Om zorg en ondersteuning te blijven bieden aan degenen die het nodig hebben, moeten we de zorg toekomstbestendig organiseren. Dat heeft gevolgen voor individuele zorgvragers en het bredere speelveld, in de wijk. Binnen het programma Passende Zorg Thuis wordt ingezet op gecoördineerde samenwerking tussen wijkverpleging, huisartsen, specialist ouderengeneeskunde, paramedici, ziekenhuis en sociaal domein om de kwaliteit van integrale zorg te verbeteren en toegankelijker te maken. Daarnaast worden interventies gestimuleerd die inwoners langer zelfredzaam maken, al dan niet met tijdelijke ondersteuning van wijkverpleging. Op die manier kan minder laagcomplexe zorg worden geleverd en komt er tijd vrij voor de wijkverpleging om meer hoogcomplexe zorg en zorg voor de meest kwetsbare ouderen te blijven bieden.

De uitgangspunten bij het uitwerken van de usecase zijn:

- Passende zorg bieden zodat inwoners langer thuis kunnen blijven met eigen regie;
- Optimale benutting van wijkverpleging en deskundigheid;
- Verhoging van zelf- en samenredzaamheid door (digitale) hulpmiddelen;
- Voorkomen van zorg thuis door preventie en organisatie van complexe zorg;
- Vervanging van zorg door informele zorg en welzijnsvoorzieningen.

We realiseren dit met drie lijnen:

a. Regionale versterking wijkverpleging

- a. **Herkenbare & aanspreekbare teams.** Een samenwerking van meerdere organisaties wijkverpleging die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de wijkverpleging in een bepaalde wijk. De wijkverpleegkundigen maken met elkaar heldere samenwerkingsafspraken en afspraken over bereikbaarheid. Zij hebben korte lijnen met de andere professionals in de wijk om zorgvragen goed te coördineren. Zij maken onderdeel uit van het kernteam in de nog te vormen hechte wijkverbanden (Versterking Eertelijnszorg). Dat leidt tot effectieve samenwerking met huisartsen, sociaal domein en andere zorgprofessionals; de cliënt komt zo snel mogelijk op de juiste plek. Randvoorwaarde is: beperkt aantal aanbieders per wijk en de samenwerking met het Zorgcoördinatie Centrum Eemland. We streven ernaar dat er eind 2026 door de teams wijkverpleging (thuiszorg) van meerdere organisaties in vijf wijken herkenbare en aanspreekbare teams zijn geïmplementeerd, volgens de kaders/principes (met mogelijkheid voor lokale inkleuring) die opgesteld worden in de ontwerpfase van de uitwerking van de usecase. Eind 2026 is een regionale dekkinggraad van vertegenwoordiging in de hechte wijkverbanden in de eerste lijn gerealiseerd.
- b. **Regionale samenwerking beeldzorg.** Beeldzorg betekent dat er door de wijkverpleging zorg kan worden verleend door het hebben van beeldcontact via een tablet, waardoor de zorgverlener niet fysiek hoeft langs te gaan. Door regionaal samen te werken ontvangen meer cliënten ondersteuning via beeldzorg. Organisaties leren van elkaar. Organisaties die geen beeldzorg bieden kunnen aansluiten bij organisaties die al een beeldzorgteam hebben. Zo regelen we de zorg efficiënter in.
- c. **Regionale inzet specialistische zorg.** Organisaties wijkverpleging werken nauw samen zodat specialistische zorg en expertise in de regio toegankelijk en geborgd is. Organisaties hebben overzicht van elkaars expertise en maken waar nodig gebruik van elkaar. Door deze samenwerking wordt de zorg toegankelijker en kwalitatief beter georganiseerd, kunnen middelen en personeel efficiënter worden ingezet en ontvangen cliënten sneller de juiste zorg.

b. Domein overstijgende samenwerking

- a. **Samenwerking sociaal domein ten aanzien van voorliggende voorzieningen & indiceren.** In deze usecase wordt door de wijkverpleegkundigen en wmo-professional gewerkt aan een betere verbinding met het sociaal domein door de kennis van de sociale kaart in de wijk te vergroten, wat de samenwerking verbetert, voorliggende voorzieningen beter benut, informele ondersteuning adequaat inzet, en waar mogelijk de wijkverpleging afbouwt voor tijdige en proactieve zorg.
- b. **Actuele overdracht van ziekenhuis of Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) naar wijkverpleging** (randvoorwaarde). Er is een gestroomlijnde werkwijze voor het verkrijgen van geverifieerde overdracht bij ontslag uit het ziekenhuis of GRZ, waarbij de wijkverpleging precies weet bij wie ze het medicatieoverzicht kunnen opvragen en

dit binnen een afgesproken tijdsbestek ontvangt, met onderzoek naar toekomstige digitale koppelingen.

c. Van zorg naar zelfstandigheid

- a. **Eenduidig & bekend aanbod passende integrale zorg thuis.** Passende zorg thuis in Eemland is eenduidig afgestemd zodat voor cliënten en verwijzers duidelijk is wat verstaan wordt onder wijkverpleging. Vanuit leidende principes worden samenwerkingsafspraken gemaakt van waaruit wordt gewerkt, zoals positieve gezondheid, reablement, stimuleren van zelf- en samenredzaamheid. De organisaties wijkverpleging maken met elkaar afspraken over passend aanbod en inzet van hulpmiddelen en (zorg)technologie. Richtlijnen die hieruit voortvloeien worden vastgelegd in een toolbox of handboek. Uitgangspunt blijft het verpleegkundig leiderschap en vakmanschap van professionals en integraal werken. Organisaties geven uitvoer aan de afspraken en de monitoring daarvan.
- b. **Training naar zelfstandigheid aan de hand van het concept reablement.** Met de interventie Langer Actief Thuis vanuit het gedachtegoed reablement wordt een maximaal 12-weken durend programma geïntroduceerd, waarin ouderen met een zorgvraag actief worden begeleid naar meer zelfstandigheid en kwaliteit van leven, gebaseerd op individuele doelen. Dit wordt multidisciplinair uitgevoerd door het team wijkverpleging, ergotherapeuten en zo nodig fysiotherapeuten en professionals uit het sociale domein. Het resultaat is een kortere zorgduur, efficiënter ingezette zorg en meer ruimte voor complexe zorgvragen. Hierbij streven we ernaar dat in de periode van 1 januari 2026 tot 1 juli 2027 60 nieuwe cliënten, verspreid over 5 thuiszorgorganisaties, in de regio de training hebben doorlopen.
- c. **Inzet van hulpmiddelen en (zorg)technologie.** Het gebruik van diverse hulpmiddelen om de zelfredzaamheid van cliënten te vergroten en de zorg efficiënter te maken.

4.4.2 Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTiE)

ONTiE richt zich op verschillende uitdagingen binnen de ouderenzorg. Door de omzetting van verpleeghuiszorg naar VPT (Volledig Pakket Thuis) plekken en de opkomst van nieuwe woonzorgvormen, krijgen huisartsen te maken met een extra capaciteit aan een patiëntengroep. Ook blijven ouderen langer thuis wonen, wat resulteert in een hoog complexe zorgvraag bij de huisarts. Deze zorgvraag valt buiten de basiszorg van huisartsen en huisartsen zijn hier niet altijd voor opgeleid of voorbereid. Deze situatie kan resulteren in een verhoogde werkdruk voor huisartsen, wat de kwaliteit van zorg voor ouderen negatief kan beïnvloeden. Terwijl een vaste huisarts juist kan bijdragen aan het langer zelfstandig thuis blijven wonen van deze doelgroep.

Om de huisartsen te ondersteunen is de beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde steeds belangrijker. Echter is de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (SO's) sterk afhankelijk van de specifieke huisarts en SO en/of de woonlocatie van de kwetsbare oudere, wat leidt tot suboptimale inzet van de SO. Daarnaast is er een probleem met de samenwerking en communicatie tussen (wijk)verpleegkundigen, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Door de vele betrokken partijen in de samenwerking, zoals (wijk)verpleegkundigen/zorgteam, huisartsen en SO's, zorgen voor lange communicatielijnen. De huidige samenwerking kost veel tijd en er is geen eenduidige werkwijze, wat leidt tot onverwachte werkdruk en taakonduidelijkheid. Bovendien kunnen alle partijen niet in hetzelfde systeem werken, wat de samenwerking verder bemoeilijkt.

Om dit te bereiken werken we toe naar dat de zorg verleend op basis van de aard van de zorgvraag, ongeacht de woonsituatie van de patiënt. Huisartsgeneeskundige zorg en specialistische zorg zijn beter geïntegreerd doordat huisartsen en specialisten naadloos samenwerken met duidelijke communicatie, gedefinieerde rollen, gezamenlijke zorgplannen en uniforme werkwijzen, wat leidt tot snellere en betere patiëntenzorg volgens het stepped care-model. De SO speelt een structurele rol in de behandeling van hoogcomplex medische en/of zorgproblemen bij kwetsbare ouderen. Er zijn nieuwe regionale transmurale werkafspraken en samenwerkingsdriehoeken in de wijk ontwikkeld met een gemaximaliseerd aantal samenwerkingspartners, om de zorg te optimaliseren. Dit gebeurt met versterkte regionale samenwerking, ondersteund en aangestuurd waar mogelijk, waarbij verbeteringen vanuit de praktijk worden doorgevoerd. Concreet betekent dit dat er een efficiënte en goed gecoördineerde samenwerking is tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (SO's), en (wijk-)verpleegkundigen/zorgteams. Deze samenwerking wordt gekenmerkt door duidelijke afspraken, goed gedefinieerde rollen, en effectieve communicatielijnen.

Om de verbeterde samenwerking te monitoren, kijken we naar het aantal keer dat de huisarts de SO heeft betrokken. Daarbij streven we naar de inzet van SO's te verhogen met 10-20% tussen 2024 en 2027, waarbij er een toename is van 10% van verwijzingen naar SO. Met de wijk- en contextgerichte stepped-care aanpak streven we naar een regionale uniforme werkwijze, wat resulteert in minder onverwachte druk, efficiëntere inzet en een hogere kwaliteit van zorg. Tijdens de transformatieperiode tot 2027 worden de eerste stappen gezet naar een 100% dekking in de regio door een context- en wijkgerichte aanpak. Professionals in een driehoeksamenwerking werken volgens de regionale blauwdruk die lokaal wordt ingekleurd.

Regionale werkafspraken

Regionale werkafspraken bevorderen de samenwerking en geven huisartsen gemakkelijk toegang tot specialistische expertise. Werkafspraken, zoals beoordeling rechtelijke macht SO en digitaal meedenkconsult worden geborgd in de regio en er zijn enkele use cases, mits er voldoende capaciteit is. De onderwerpen zijn:

- SO ondersteunt huisarts in ANW-uren;
- Taakdelegatie van SO naar VS en/of PA;
- Verkenning samenwerking arts verstandelijke gehandicaptenzorg (en GGZ), conform MGZ convenant;
- Gezamenlijke Opleiding VS.

ONTiE Wlz Zorg Woonzorgvormen

Voor ouderen met een WLZ-indicatie die in woonzorgcentra wonen, ligt de nadruk op geclusterde zorg. Door het omzetten van verpleeghuiszorg naar volledig pakket thuiszorg en de toename van nieuwe woonzorgvormen, krijgt de huisarts een steeds grotere en complexere groep in de praktijk. De samenwerking binnen een woonzorgvorm kent zijn eigen dynamiek en specifieke dilemma's, wat aanleiding geeft om deze actielijn apart te behandelen. De actielijn omvat spreekuren en visitemomenten van de huisarts op locatie in de woonzorgcentra. Er worden afspraken gemaakt om samen te werken met een coördinerend verpleegkundige als voorwacht. De nieuwe werkwijze betreft een regionaal kader die binnen de woonzorgvorm kan worden ingekleurd. De nieuwe werkwijze vermindert de druk en inzet van zowel de huisarts als de specialist ouderengeneeskunde.

ONTiE Wlz Zorg Thuis

Voor kwetsbare ouderen die thuis wonen, worden samenwerkingsafspraken gemaakt tussen huisarts, wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde. Betere verwijzing en een eenvoudiger manier om elkaar in te schakelen wanneer nodig vormen hierbij het uitgangspunt.

4.5 Preventie: verbinding medisch domein en sociaal domein

De verbinding tussen het medisch domein en het sociaal domein is van belang en moet verbeterd worden. Zorgprofessionals in het medisch domein zien regelmatig patiënten met medische klachten waarvoor geen medische oorzaak is. Vaak is er dan een psychosociale oorzaak, zoals stress, zorgen om geld/armoede, eenzaamheid of vraag naar zingeving. Of er is wel een medische oorzaak, maar daarnaast spelen psychosociale zorgen die eerst of ook moeten worden opgelost.

Uitgangspunt hierbij is zoveel mogelijk dat mensen eigen regie houden, en zelf kijken of zij daarbij gebruik kunnen maken van voorzieningen die geboden worden. Alle gemeenten zijn aan de slag met het realiseren van een integrale toegang tot het sociaal domein. Een deel van de mensen lukt het echter niet zelf om passend aanbod te vinden. Zij hebben extra ondersteuning nodig.

We werken daarom aan de verbinding tussen de professionals in het medisch domein en het sociaal domein en vice versa. Dit doen we door het ontsluiten van het sociaal domein voor professionals in het medisch en zorgdomein ('toeleiden van medisch naar sociaal domein'), met de inzet van een of meerdere welzijnscoaches¹⁰/verbindingsfunctionarissen medisch en sociaal domein per wijk/gemeente. Maatwerk per wijk/gemeente is nodig om ter plekke invulling te geven die past bij de wijk/gemeente. Waar nodig en mogelijk maken we regionale afspraken. We streven ernaar dat professionals uit beide domeinen nauw samenwerken om een holistische benadering van zorg en ondersteuning te bieden. Door deze geïntegreerde samenwerking kunnen we ervoor zorgen dat de zorg en ondersteuning die inwoners ontvangen, echt aansluit bij hun behoeften en dat we hen op alle mogelijke manieren kunnen helpen.

Het toeleiden van medisch naar sociaal domein gebeurt nu al met Welzijn op Recept. In 2024 is een startfoto gemaakt waar we staan. Alle gemeenten werken er al mee, maar nog op kleine schaal (4,2 fte aan welzijnscoaches in totaal). Uit de startfoto bleek dat nog maar een beperkt deel van de huisartsen verwijst naar Welzijn op recept. Dat komt onder andere door een tekort aan welzijnscoaches. We willen breder het inzetten zodat niet alleen de huisarts toeleidt naar het sociaal domein, maar ook andere eerstelijnszorgverleners dat kunnen doen. We gebruiken hiervoor de term 'de verbinding tussen het medisch en sociaal domein'. Daarbij zit de verbreding ook aan de kant van het sociaal domein richting schuldhulpverlening, armoedebestrijding en beweegaanbod van buurtsportcoaches. Voor de verbinding tussen het medisch en sociaal domein wordt vanuit de SPUK-transformatiemiddelen 15 fte aan verbindingsfunctionarissen aangevraagd. De richtlijn van de Vereniging Nederlandse Gemeenten houdt hiervoor 0,5 tot 1 fte per 10.000 inwoners aan. Het sociaal domein streeft naar, gelet op de looptijd van het transformatieplan, een uitbreiding van 15 fte extra voor de regio Eemland passend is. Daarmee voldoen we net aan de VNG richtlijn, en het aantal fte is haalbaar om binnen twee jaar aan te nemen en op te leiden. Tegelijkertijd werken we aan het versterken van de relatie met de huisartsen, zodat zij sneller gebruik zullen maken van de verbinding tussen het medisch en sociaal domein.

¹⁰ De rol van de welzijnscoach is te vergelijken met die van de brugfunctie in het 'waar is Wally' project in Deventer:

<https://www.movisie.nl/artikel/waar-wally-brug-tussen-huisarts-sociaal-domein>

De brugfunctie wordt per gemeente verschillend ingevuld. In sommige gemeente is deze functie belegd bij het welzijnswerk, in andere gemeenten bij sociale wijkteams. Beiden is mogelijk, mits heldere afspraken zijn gemaakt hoe huisartsen kunnen doorverwijzen en cliënten een brede ondersteuning krijgen, gericht op welzijn, inkomensondersteuning en/of bewegen.

Good2consult heeft onderzoek gedaan naar de effecten van Welzijn op Recept¹¹. Vanuit dit onderzoek blijkt dat Welzijn op Recept zorgt voor een reductie van maatschappelijke kosten. In het onderzoek is het aandeel reductie zorgkosten (medische kosten/zvw) 25%. Onderzoek van Marc Pomp¹² toont aan dat Welzijn op Recept 5-10% besparing aan zorgkosten oplevert. De verwachting is vanuit deze onderzoeken reëel dat investeren in het sociaal domein (welzijnscoaches) bijdraagt aan de beweging die we met elkaar willen realiseren.

Sociaal Werk heeft een rapport opgesteld over de relatie tussen investeren in het sociaal werk en het verminderen van het oplopend arbeidstekort in de zorg¹³. In dit rapport wordt geconcludeerd dat investeren in het sociaal werk bijdraagt aan het verminderen van het oplopende arbeidstekort in de zorg. Echter, er is vanuit het rapport niet concreet op te halen in hoeverre de investering bijdraagt aan het verminderen van de arbeidstekorten. Daarvoor is de informatie te summier.

Bij het ontsluiten van het sociaal domein voor het medisch- en zorgdomein wordt de verbinding gelegd met het programma Versterking eerstelijnszorg waarin onder andere gewerkt wordt aan hechte wijkverbanden. Deze hechte wijkverbanden bestaan uit een vast team per wijk/gemeente met huisartsen, paramedici, wijkverpleegkundigen, apothekers, sociaal wijkteam en/of welzijnswerk. Dit is de plek waar de samenwerking en het netwerk bestuurd, besproken en onderhouden worden. Ook wordt de verbinding gelegd met brede netwerkvorming waarin lokale partners in een wijk elkaar kennen en naar elkaar kunnen verwijzen. Al deze vormen van verbinding zijn nodig om tot een goede samenwerking te komen.

Concreet komt er in elke wijk of gemeente minimaal één verbindingsfunctionaris die actief fungeert als verbindende schakel tussen het medisch en het sociaal domein (in totaal 15 fte extra, waarmee we voldoen aan de VNG norm). Deze verbindingsfunctionaris zorgt ervoor dat professionals uit het zorgdomein eenvoudig toegang hebben tot het aanbod en de ondersteuning binnen het sociaal domein. Per wijk of gemeente wordt maatwerk toegepast, zodat de inzet van de verbindingsfunctionaris goed aansluit bij de lokale context en behoeften.

We leggen in elke gemeente actief contact tussen de verbindingsfunctionarissen (vaak welzijnscoaches) en de huisartsen, zodat huisartsen een beter beeld krijgen van de mogelijkheden van het toeleiden naar het sociaal domein en hun patiënten makkelijker zullen toeleiden. Ook onderzoeken we de mogelijkheden om Zorgdomein in te zetten, zodat huisartsen een voor hen vertrouwd systeem kunnen gebruiken voor de toeleiding naar het sociaal domein en het geven van terugkoppeling vanuit sociaal domein aan de huisarts. Verder breiden we de mogelijkheid om toe te leiden naar het sociaal domein uit van alleen huisartsen, naar ook wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten.

Naast de verbinding tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein, willen we het toeleiden naar het sociaal domein ook mogelijk maken voor de 2e lijn. Dit is onderdeel van de coördinatie van zorg- en welzijn die in paragraaf 5.2.2 beschreven staat.

4.6 Samenhang met andere (transformatie)plannen

¹¹ <https://www.good2consult.com/nieuws/effect-van-welzijn-op-recept-in-beeld/>

¹² <https://welzijnoprecept.nl/welzijn-op-recept-levert-5-10-besparingen-op-in-de-zorg/>

¹³ https://www.sociaalwerk-werkt.nl/sites/fcb_sociaalwerk/files/2024-12/Inzetten-op-de-potentie-van-sociaal-werk.pdf

Met dit transformatieplan geven we, samen met andere plannen, uitvoering aan het regioplan Midden-Nederland. De verschillende plannen zijn complementair aan elkaar en overlappen niet.

In dit transformatieplan wordt geen financiering aangevraagd voor die onderdelen die al meegenomen zijn in de hieronder genoemde andere (transformatie)plannen. Alleen de in dit transformatieplan voorziene impact en kosten zijn opgenomen. Er is daarom zowel qua impact als qua kosten geen sprake van dubbele opbrengsten/ financiering.

Dit zijn de andere (transformatie)plannen:

1. Het **tijdelijke rijksbudget SPUK-IZA** wordt verstrekt aan gemeenten en aan door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in het regioplan Eemland en in het transformatieplan Samen Sterker Eemland. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatsteun.

De regio Eemland is, via het Netwerk Palliatieve Zorg Eemland, onderdeel van het **transformatieplan Palliatieve Zorg** (inclusief pro- actieve zorgplanning) dat in Midden-Nederland is opgesteld. Samenwerking tussen Samen Sterker Eemland en de uitvoering van Transformatieplan Palliatieve Zorg binnen Eemland vindt plaats binnen het Thema (kwetsbare) ouderen, waarbij op structurele basis afstemming is tussen de themamanager (kwetsbare) ouderen en netwerkcoördinator Palliatieve zorg Eemland. De themagroep (kwetsbare) ouderen kan een rol spelen in het ophalen van input of leggen van verbinding.

Trijn werkt als penvoerder aan het **transformatieplan 'Digitalisering en Databeschikbaarheid als drijvende kracht voor Netwerkgorg in Midden-Nederland'**.

- Dit plan bouwt aan een fundament voor digitale transformatie binnen de regio Midden Nederland. Veel van de leden van Samen Sterker Eemland werken actief mee als lid van Trijn. Vanuit het fundament is gekozen om te werken aan een doelarchitectuur met bepaalde standaarden. Hier sluiten wij als Samen Sterker Eemland volledig op aan waar mogelijk.
- Daarnaast worden binnen dit plan twee thema's beschreven. Het eerste thema bestaat uit het realiseren van een netwerkomgeving voor samenwerking en communicatie tussen inwoner en professional en professionals onderling. Het tweede thema bestaat uit het realiseren van gegevensuitwisselingen en het beschikbaar stellen van data via een netwerkgorg viewer en middels bron-naar-bron uitwisseling tussen organisaties. In Eemland staan we achter deze twee doelen, maar werken we op veel plekken al met Boards om deze doelen te realiseren. Daarom staat er zowel in dit transformatieplan als in het transformatieplan van penvoerder Trijn dat Eemland Boards gaat inzetten voor bepaalde use cases. In het plan van Trijn gaat het dan voornamelijk over Proactieve zorgplanning en medicatieoverdracht. In het plan van Samen Sterker Eemland komt het terug in het mentaal gezondheidsnetwerk (verkennd gesprek) en binnen ONTiE (meedenkconsult). Deze twee onderwerpen staan ook in het transformatieplan van Trijn en worden (waar nodig) verder op elkaar afgestemd.
- Binnen het transformatieplan van Trijn zal Samen Sterker Eemland ook actief bijdragen aan de verkenning met het sociaal domein binnen regio Eemland.
- Zowel de financiën als de benodigde tijdsinvestering zijn in afstemming tot stand gekomen tussen beide transformatieplannen op het onderdeel van digitalisering. Er is geen sprake van dubbele financiering.
-

Meander Medisch Centrum heeft het **transformatieplan 'Zorg voor Morgen'** ingediend. De ontwikkelingen in de transformatieaanvraag Samen Sterker Eemland zijn afgestemd met Meander Medisch Centrum.

Er vindt vanuit Netwerk spoedzorg Eemland afstemming plaats met **Medisch Service Centrum thuismonitoring (Midden- Nederland)**.

De transformaties zoals beschreven in dit transformatieplan zijn in lijn met het **ROAZ plan Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland (NAZMN)**, het transformatieplan ZCC van het ROAZ en de visie Versterking Eerstelijns 2030:

In het **Regioplan Acute Zorg Midden-Nederland** worden enkele patiëntengroepen beschreven waar focus op dient te zijn in het toekomstbestendig houden van de spoedzorg, te weten: heupfracturen, pijn op de borst, geboortezorg, beroertezorg, multitrauma, heupfracturen in "Utrecht heupzorg", pijn op de borst en beroertezorg in "Acute Zorg Midden-Nederland", geboortezorg in "Geboortezorg Midden Nederland". Binnen de multitraumazorg in de regio Eemland wordt nauwelijks tot geen verbeterpotentieel verwacht. Deze patiëntengroepen worden in deze huidige transformatie-aanvraag niet verder beschreven.

Vanuit regio Eemland zijn mensen betrokken bij de **ROAZ projecten** en vindt afstemming plaats tussen de projecten om de complementariteit van de aanpak te borgen; in het bijzonder rond zorgbemiddeling samen met ZCC. In de ROAZ regio Midden-Nederland zijn momenteel twee gecontracteerde coördinatiefuncties tijdelijk verblijf (Eemland en Utrecht) geborgd binnen Zorg Coördinatie Eemland en het ZCC Midden-Nederland. Beide coördinatiefuncties werken samen aan de gedeelde ambitie om 24/7 effectieve zorgbemiddeling te organiseren voor alle verwijzers binnen de ROAZ regio Midden-Nederland. Hierbij wordt zorgbemiddeling benaderd als proces en minder als een 'plek of centrum'. De inzet voor afstemming en coördinatie tussen ZCE en ZCC is opgenomen in de snelle toets van het ZCC.

De plannen van het ZCC en het transformatieplan Samen Sterker Eemland op het thema Netwerk Spoedzorg Eemland raken elkaar. In Eemland gaan we al met concretere verbeteracties aan de slag en met pilots, zoals op de VVT spoedbedden. Dit kan dienen als pilot voor de hele regio Midden-Nederland. De usecases die in Eemland uitgewerkt worden, zijn al concreter t.a.v. de problematiek die in Eemland wordt ervaren. In het transformatieplan ZCC zal worden vastgelegd hoe de verwijzing op een eenduidige manier via ZCC/ ZCE zal verlopen. In regio Midden Nederland is afgesproken dat goedlopende subregionale initiatieven (zoals die van Eemland) verder uitgewerkt worden.

Versterking Eerstelijnszorg (ZonMW subsidie). Een sterke, goed functionerende eerstelijnszorg is van groot belang voor de samenleving. Eerstelijnszorg vormt het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt waartoe burgers zich zonder verwijzing kunnen wenden met vragen over gezondheid en ziekte. De hechte wijkverbanden zijn het fundament voor de transformatieambitie in dit transformatieplan en een voorwaarde om de ambities te verzilveren.

- De usecases binnen het thema (Kwetsbare) Ouderen zijn nauw verbonden met de programma's Versterking Eerstelijnszorg en daarin met de ontwikkeling van hechte wijkverbanden. Deze bieden de noodzakelijke infrastructuur en samenwerking die essentieel zijn voor de succesvolle implementatie van de zorg voor kwetsbare ouderen. Het project 'Hecht wijkverband' zorgt voor een betere verbinding tussen professionals onderling, evenals het sociaal domein en de zorgverlening, waardoor informele ondersteuning en welzijn beter benut kunnen worden. Om de hechte wijkverbanden in de regio te kunnen implementeren is de aanspreekbaarheid en herkenbaarheid van de wijkverpleging essentieel.

- Daarnaast is deze ontwikkeling van belang voor de coördinatie en regie in de wijk en voor het functioneren van de wijkverpleegkundige als spin het web. De usecase 'coördinatie en regie in de wijk' sluit bijvoorbeeld aan bij de ontwikkeling van hechte wijkverbanden, waarbij de wijkverpleegkundige een centrale rol speelt in de coördinatie van zorg en ondersteuning. Dit programma zorgt ervoor dat er korte communicatielijnen zijn tussen de verschillende zorgverleners en dat de zorg beter afgestemd is op de behoeften van de ouderen.
- Verder zullen het project Hechte wijkverbanden vanuit Versterking Eerstelijnszorg en het project Verbinding tussen medisch en sociaal domein, zoals opgenomen in dit transformatieplan, elkaar versterken. Daarvoor is het belangrijk dat er gezamenlijk keuzes worden gemaakt voor de manier waarop het medisch en sociaal domein met elkaar samenwerken. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de keuze welke partners uit het sociaal domein betrokken worden en hoe zij benaderd worden. Ook is het van belang hoe inwoners geïnformeerd worden over waar zij met hun vragen terecht kunnen.
- Binnen het project Hecht wijkverband worden per gemeente en/of wijk vaste teams ingericht. Deze teams maken onderling afspraken over de wijze waarop het sociaal toeleiden wordt vormgegeven, passend bij de betreffende gemeenten en wijken. De ontwikkeling van Versterking eerstelijnszorg/Hecht wijkverband en de uitwerking van de usecases kennen afhankelijkheden. Afstemming ten aanzien van de testfase en de opschaling is nodig.

ZonMW heeft de subsidie gehonoreerd voor zorgkantoorregio Midden-Nederland voor **domein overstijgende samenwerking**. De werkzaamheden die vanuit die subsidie worden uitgevoerd in regio Eemland (met een deel van de kosten voor inwonerparticipatie, programmamanagement en communicatie) zijn niet als kosten meegenomen in dit transformatieplan.

Het **Meerjaren Transformatie Agenda (MTA) IVVU** (IVVU staat voor Vereniging van Instellingen voor Verpleging en Verzorging in Utrecht). Er is veel samenhang in de MTA van de IVVU en thema (kwetsbare) ouderen en preventie. Zoals op de onderwerpen hulpmiddelen, doorontwikkeling van innovaties en reablement. De regionale VVT-organisaties uit Eemland geven hier lokaal uitvoer aan en deze onderwerpen vormen onder andere de werkagenda van het BO VV en Passende Zorg Thuis.

In 2026 loopt het **Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)** nog. Gemeenten krijgen op basis van het GALA gelden om te werken aan de sociale basis infrastructuur. Hieronder vallen onder andere valpreventie, kansrijke start en de inzet van buurtsportcoaches. Het is nu nog onduidelijk in hoeverre de GALA en de IZA budgetten vanaf 2027 onderdeel worden van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), waarover het nieuwe kabinet afspraken zal gaan maken met partners in het medisch en sociaal domein.

In het **transformatieplan 'Dorp- en wijkgerichte steunsystemen'** wordt de mogelijkheid gegeven om in een buurt/wijk te bouwen aan een zorgzame gemeenschap vanuit de inwoners. Het is onderdeel van het regioplan versterken van de sociale basis, zelf- en samenredzaamheid. Vier initiatieven in regio Eemland dragen hier actief aan bij (in de gemeente Woudenberg, Bunschoten en twee in de gemeente Amersfoort). Deze ontwikkeling vraagt nauwe aansluiting met andere ontwikkelingen die in de wijk/buurt plaatsvinden. Binnen het thema preventie zal de aansluiting met deze ontwikkeling worden gelegd. De uitwerking moet nog onderzocht worden. De transformatie 'Dorp- en wijkgerichte steunsystemen' is essentieel voor de succesvolle transformatie binnen dit transformatieplan. Het biedt noodzakelijke transformatie, gericht op het aanjagen van de gemeenschapskracht van de inwoners en samenwerking tussen sociaal en medisch domein. Binnen de projecten wordt actief gezocht naar aansluiting bij informele zorg en ondersteuning. Het is daarom belangrijk dat deze projecten goed op elkaar worden afgestemd en dat er samen wordt opgetrokken, zodat inwoners en informele zorgorganisaties niet vanuit meerdere kanten benaderd worden.

Voor het vormen van de participatiehub op niveau van de zorgkantorregio om inwonerparticipatie te bevorderen is door **Omzien naar elkaar**, als hoofdaanvrager, een subsidie aangevraagd bij ZonMW voor de 2^e ronde. De coördinator inwonerparticipatie vanuit Samen Sterker Eemland is hier nauw bij betrokken. Voor inwonerbetrokkenheid bij de uitvoering van het transformatieplan wordt samengewerkt met de participatiehub.

Eemland is nauw betrokken bij het opstellen van het **transformatieplan Netwerken Mentale gezondheid** en **Verkennde gesprekken** in regio Midden-Nederland. De onderlinge betrokkenheid heeft een lerend karakter en waar mogelijk trekken we samen op.

In kader van ONTiE is er overleg en afstemming met gelijkwaardige initiatieven in de regio Midden Nederland, namelijk met **Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerstelijns (ONUe)** en **Ouderengeneeskundig Netwerk Zuid-Oost eerste lijn (ONZe)**.

Het **Netwerk Dementie D2** en **Netwerk Dementie Baarn-Soest** werken de komende jaren aan regionale versterking casemanagement dementie. Dit gebeurt door middel van wijksamenwerking. Dit vraagt goede afstemming tussen Passende Zorg Thuis en de netwerken dementie om overlap te voorkomen. Hier is aandacht voor en afstemming vindt plaats.

Twee gemeenten in onze regio hebben een **SPUK DOS** (domein overstijgende samenwerking) aangevraagd. De gemeente Leusden richt zich hierbij op de samenwerking tussen VVT partners, lokale vrijwilligers en Lariks (Welzijn/sociaal wijkteam) rond ouderen. De gemeente Amersfoort richt zich specifiek op een vraagstuk rond samenwerking wonen/zorg.

5. Implementatieplan

5.1 Kenmerken aanpak

In deze paragraaf beschrijven we de aanpak voor uitvoering van het transformatieplan (paragraaf 5.1). In paragraaf 5.2 wordt ingegaan op monitoring. Vervolgens bespreken we in paragraaf 5.3 de voorwaarden om tot transformatie te kunnen komen.

5.1.1. Van hoofddoelstelling naar usecases

In hoofdstuk 4 zijn de transformatieonderwerpen beschreven. In de project- en themagroepen is door de themamanagers/projectleiders samen met de stakeholders (professionals) vanuit de verschillende sectoren gewerkt aan het formuleren van doelstellingen op de transformatieonderwerpen en usecases. Usecases zijn beschrijvingen van interventies of voorzieningen waarmee we de beweging naar fundamenteel anders kijken en werken in de zorg en ondersteuning inzetten. Vanuit de usecases maken we helder aan welke knoppen we gaan draaien om tot het gewenste effect te komen. De usecases zijn te vinden in de bijlage bij dit transformatieplan. In de loop der tijd kunnen er usecases bijkomen als gevolg van nieuwe inzichten en mogelijkheden.

5.1.2 Samenhang

De transformatieonderwerpen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en leveren in gezamenlijkheid de impact die nodig is. We kiezen voor een programmatische aanpak in de overtuiging dat het geheel groter is dan de som der delen. De programmatische aanpak biedt daarbij structuur en richting, zodat we integraal kunnen werken aan onze doelen. Het borgen van de samenhang doen we in de themagroepen op het niveau van de thema's en tussen de thema's door middel van het themamanagersoverleg dat 1x per maand plaatsvindt.

5.1.3. Kortcyclisch en opschaalbaar

Om de ingrijpende verandering te realiseren, hebben we een sterke basis nodig voor onze veranderaanpak. Deze basis leggen we door korte ontwikkel- en toetscycli te gebruiken. Dit doen we zodat we in de praktijk kunnen testen of de gekozen koers werkt. Als het niet het gewenste resultaat oplevert of als er nieuwe ontwikkelingen (bijvoorbeeld wijzigingen richtlijnen, nieuwe handreikingen en inzichten) zijn, kunnen we snel bijsturen. Hierbij hanteren we het principe dat de oplossingsrichtingen eerst op kleine schaal worden uitgewerkt en getoetst, waarbij we toewerken naar kaders die vervolgens opschaalbaar zijn.

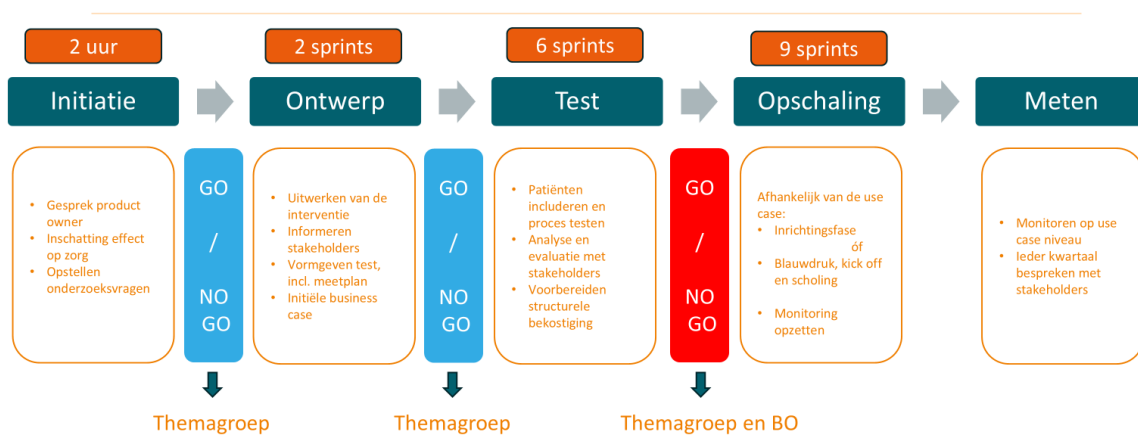
We werken met multidisciplinaire en wendbare teams. Deze teams bestaan voornamelijk uit professionals uit het zorgdomein, welzijnswerk en sociale wijkteam die de praktijk goed kennen en weten welke interventies nodig zijn om het gewenste effect te bereiken. Een projectleider ondersteunt het team, waardoor de samenwerking en coördinatie soepel verlopen. De professionals in de werkgroepen bepalen (in de ontwerpfase) en beoordelen (in de testfase) op basis van welke indicatoren een usecase geslaagd en opschaalbaar is. Factoren als werkplezier en kwaliteit van zorg zijn indicatoren die daarbij worden toegepast.

De resultaten worden na iedere fase besproken met de themagroep. De themagroepleden zijn stakeholders (zie ook paragraaf 2.3 voor een toelichting op de themagroep). De (thema-specifieke) inkopers van Zilveren Kruis ontvangen de stukken die besproken worden in de themagroep. Op die manier is Zilveren Kruis aangehaakt op dat wat besproken is of wordt in de themagroepen, zonder bij de overleggen aanwezig te hoeven zijn. De afspraak is gemaakt dat er een kort lijntje is tussen Zilveren Kruis en de themamanager(s). Van beide kanten staat de antenne uit om elkaar te informeren/ raadplegen indien nodig of wenselijk.

Tussen de testfase en de opschalingsfase wordt een voorstel voorgelegd aan het bestuur van Samen Sterker Eemland. Zilveren Kruis is onderdeel van het bestuur en beslist daarom mee over de go/no-go in de opschaling. Na de opschalingsfase loopt de monitoring (het meten) door. Eventueel bijsturen zal dan in 'de lijn' moeten plaatsvinden.

Tijdens alle fases is het van belang dat de achterban goed wordt meegenomen. Dit vraagt inzet van de deelnemers in de werk- en themagroepen, maar ook inzet en betrokkenheid van alle organisaties. In de opschalingsfase zit de borging en overdracht richting de organisaties. Daarmee wordt de verandering geborgd in de lijn.

Aanpak: Fasen per use case



Afbeelding 8: verbeelding van de fases van de uitwerking van een usecase met daarbij de go/ no go beslismomenten.

Met dit transformatieplan worden tijdelijke financiële middelen aangevraagd. Vanwege de usecases en de nieuwe manier van werken gaat het niet alleen om tijdelijke financiële middelen, maar komt voorafgaand aan de opschalingsfase de vraag op hoe we dit structureel bekostigen. Dit heeft onherroepelijk invloed op ons reguliere financieringsmodel. We werken samen met onze preferente zorgverzekeraar om de uitdagingen die hierbij komen kijken op te lossen.

Elke aanpak kent sterktes en zwaktes. Met de aanpak die is gekozen hebben we voor ogen om de in dit plan beschreven transformatie te realiseren. Tegelijkertijd zien we ook een aantal nadelen. We zijn ons ervan bewust dat het werken in kleine werkgroepen vraagt om de betrokken organisaties goed mee te nemen, want in de opschalingsfase zijn de organisaties aan zet (implementeren en borgen). Dat vraagt om van begin af aan organisaties goed mee te nemen. We werken daarom in een aantal projecten met een projectgroep (naast de werkgroep). In de projectgroep worden vertegenwoordigers van de verschillende organisaties (bijvoorbeeld de VVT) meegenomen in de ontwikkelingen (bijvoorbeeld bij Passende Zorg Thuis, ONTiE en Artrose). De projectgroep is niet besluitvormend. De projectgroep kan adviseren.

Zowel in de werkgroepen als in de themagroepen is elkaar leren kennen (en elkaars werkveld) van belang. Relaties en vertrouwen zijn een belangrijke basis voor het slagen van het transformatieplan. De aanpak lijkt in zijn efficiëntie daaraan voorbij te gaan. Het elkaar leren

kennen, relaties leggen en vertrouwen opbouwen is onderdeel van de werkgroepen en implementatie. Ook in de themagroepen zullen we hier structureel aandacht aan besteden. Tot slot kan het zijn dat de problematiek vraagt om een iets andere aanpak of om bijvoorbeeld een tussenstap. Daarbij geldt dat het resultaat voorop staat en de aanpak helpend is. Voor het resultaat is aansluiten bij de lokale situatie belangrijk. Opschalen gaat in overleg en in aansluiting op wat lokaal werkt.

5.2 Monitoring

5.2.1 Visie op monitoring

We zien monitoring niet alleen als het meten van de impact van de transformatie, maar als actief onderdeel van de transformatie. Gezamenlijk leren, signaleren van verbeterpunten en opschalen/bijsturen waar nodig is het uitgangspunt bij monitoring. Hiermee bevorderen en verstevigen we de samenwerking in de regio. Door middel van monitoring willen we de voortgang en transformatie op de IZA opgaven inzichtelijk maken. Vanuit de data halen we informatie die we gebruiken in het gesprek om continu te toetsen of we op de juiste weg zijn. Van meetbaar naar merkbaar.



Afbeelding 9 Monitoring: van meetbaar naar merkbaar.

5.2.2. Zorginhoudelijke monitor

Op het niveau van usecases zorgen we ervoor dat de voortgang van elk afzonderlijk project wordt gevolgd en gemeten. Dit stelt ons in staat om tijdig bij te sturen, op te schalen of zelfs projecten te stoppen als dat nodig is.

We monitoren de organisatorische verandering, waarbij het gaat om de mensgerichte factoren en om bedrijfsmatige/financiële factoren. Per usecase bepalen we tijdens de ontwerpfase wanneer de usecase geslaagd en opschaalbaar is. De werkgroep legt dit voor aan de themagroep.

Onderdelen die daarbij worden afgewogen zijn:

- Beleving van werkdruk of energie: gaat de usecase ten koste van of juist ten gunste van werkplezier;
- Zinvolheid en ervaren vooruitgang: wordt de usecase als maatschappelijk of professioneel betekenisvol ervaren, zien betrokkenen resultaat van hun inzet;

- Veranderbereidheid: zijn mensen bereid om hun werkwijze of rol aan te passen;
- Mate van betrokkenheid: hoe actief doen partijen mee aan overleggen, pilots of besluitvorming;
- Vertrouwen tussen partijen: wordt samenwerking als gelijkwaardig ervaren;
- Ervaren samenwerking en netwerkcohesie: wordt samenwerking als effectief, inspirerend of stroperig ervaren, hoeveel verbinding is er tussen partijen;
- Ruimte voor reflectie: is er ruimte om te leren van fouten of experimenten.
- Randvoorwaarden/ condities: in hoeverre wordt voldaan aan de condities om de gewenste effecten te behalen?

Deze criteria zijn van belang voor het borgen van de verandering en het meten van draagvlak voor de verandering. Door middel van interviews, reflectiesessies met betrokkenen of storytelling kan inzicht worden verkregen in deze criteria. Daarnaast worden de harde criteria meegenomen in het opschalingsplan:

- Behalen gewenste effecten ten aanzien van het vrijspelen van capaciteit;
- Dekking structurele kosten;
- Mate van opschaalbaarheid gelet op:
 - De specifieke context van een wijk/ situatie (bijvoorbeeld de mate waarin een wijk klaar is om en bepaalde usecase op te schalen)
 - De te leveren capaciteit vanuit de organisaties.

Op programmaniveau wordt een voortgangsrapportage per kwartaal opgesteld waarin de voortgang van alle projecten in kaart wordt gebracht. We maken gebruik van de programmakalender en de toelichting op de afwijkingen. De mijlpalenplanning is onderdeel van de programmakalender en stelt ons in staat om de voortgang te volgen, te beoordelen of we op schema liggen en zo nodig bij te sturen. Zo zorgen we dat we op de juiste koers blijven om ons einddoel te bereiken. Twee keer per jaar wordt gerapporteerd over de voortgang op de KPI's. Hierbij is er aandacht voor het behalen van de KPI's en de op te voeren bewijslast.

Het gesprek over de voortgang en de metingen vindt plaats in de themagroep (met alle stakeholders), het themamanagersoverleg en in het bestuurlijk overleg. Daarbij is signaleren, voorstellen doen voor opschaling/ bijsturen van belang. De gesprekken over de monitoring zijn de sleutel van de lerende beweging.

5.2.3 Financiële monitor

De financiële monitor gaat over de kostenkant. In deze monitor wordt bijgehouden wat de werkelijke kosten zijn in vergelijking met de begroting zoals opgenomen in dit transformatieplan. Daarbij worden de eisen zoals de NZa deze heeft weergegeven in het verantwoordingskader gehanteerd. Ieder halfjaar wordt een overzichtelijke, samenvattende, financiële rapportage opgesteld. Deze rapportage is input voor de financiële monitoringsgesprekken in de stuurgroep (zie paragraaf 5.2.4).

5.2.4 Bestuur is stuurgroep

Het bestuur van Samen Sterker Eemland is de stuurgroep zoals in het verantwoordingskader NZa staat weergegeven. De stuurgroep dient te bestaan uit vertegenwoordigers van de (zorg)partijen en de zorgverzekeraar. In het bestuur van Samen Sterker Eemland is dat het geval. Ieder halfjaar zal het gesprek conform het verantwoordingskader NZa plaatsvinden in het Bestuurlijk Overleg, waarbij de voortgang van het transformatieplan zowel zorginhoudelijk (paragraaf 5.2.2) als financieel (paragraaf 5.2.3) wordt besproken. Het bestuur hanteert hierin ook het controleperspectief.

Voortschrijdend inzicht (bijvoorbeeld op basis van de pilots) en actualiteiten/ nieuwe ontwikkelingen worden tijdens de stuurgroep besproken. In de stuurgroep wordt bepaald in hoeverre deze leiden tot aanpassingen van het transformatieplan.

5.2.5 Aansluiting bij proces- en impactmonitor Midden-Nederland

Samen met de andere 4 regio's in Midden-Nederland en de zorgkantorregio is een procesmonitor en impactmonitor opgesteld om het Regioplan Midden-Nederland te monitoren en gezamenlijk als regio's van elkaar te leren. De input vanuit de rapportages van Eemland sluiten aan op de procesmonitor en de impactmonitor van Midden-Nederland.

5.3 Voorwaarden

Om de transformatie-opgaven zoals beschreven in hoofdstuk 4 succesvol te realiseren, moeten de randvoorwaarden gelijktijdig worden versterkt. In deze paragraaf staan voorwaarden beschreven die nodig zijn om de opgaven uit hoofdstuk 4 te ondersteunen. Met deze voorwaarden zijn capaciteit en/of financiële middelen gemoeid.

5.3.1 Communicatie

De inhoud van dit transformatieplan heeft gevolgen voor de inwoners, zorg- en welzijnsorganisaties en gemeenten in de regio Eemland. Inwoners krijgen voor hun zorg of ondersteuning te maken met andere oplossingen, die op het eerste gezicht misschien niet de oplossingen zullen zijn die zij verwachten. De zorg en ondersteuning zal er voor hen de komende jaren anders uitzien. Voor gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties verandert de werkwijze op de thema's binnen het transformatieplan. Bovendien zijn zij vaak eerste aanspreekpunt voor inwoners. Communicatie, met inwoners en alle andere betrokkenen, is daarom een belangrijk onderdeel van dit plan. De totstandkoming van de transformatie is een gezamenlijke opgave. Zorg- en welzijnsprofessionals én inwoners van Eemland zijn onontbeerlijk voor het welslagen van de inhoud van het plan. Met onze communicatie brengen we dat duidelijk naar voren en inspireren we alle betrokkenen om mee te werken aan de transformatie.

Voor inwoners

De inwoners van de regio Eemland worden door middel van begrijpelijke en duidelijke communicatie meegenomen in de veranderingen. Het betrekken, informeren en ondersteunen van inwoners is een groot onderdeel van het communicatieplan ook omdat gedragsverandering een belangrijke rol speelt in de transformatie. Immers, doelstellingen van het transformatieplan kunnen alleen bereikt worden als mensen weten wat zij zelf kunnen doen, beïnvloeden en bereiken als het gaat om bijvoorbeeld zelfzorg, preventie, digitalisering en zelfredzaamheid. Daarom zullen we communicatie(middelen) maken voor inwoners van de regio. Met als doel in elk geval:

- Bewustwording. De combinatie van vergrijzing, stijging van chronische aandoeningen en groeiende vraag naar zorg zorgt ervoor dat de zorg verandert. *De zorg wordt anders. Ook voor jou.*
- Verwachtingsmanagement. Zorg is niet altijd de eerste of enige oplossing. Zelfmanagement en jouw manier van leven speelt ook een rol. *Wat kun je zelf doen?*
- Inhoud. Vertaald naar de rol van de inwoner zelf. Bijvoorbeeld als het gaat om preventie en zelfredzaamheid. *Ik weet waarom de zorg verandert.*
- Herkenning. Door het lezen van de ervaring van een ander of vertellen van je eigen verhaal. *Wat is jouw verhaal?*
- Activatie en eigenaarschap. Door deel te nemen aan de participatiehub, activiteiten in de wijk en regio of bijvoorbeeld een achterbanraadpleging kan iedereen zélf meewerken aan de beweging. *Wat gaan we samen doen?*

De betrokken zorg- en welzijnsorganisaties zijn meestal het eerste contactpunt voor inwoners. Vaak zijn zij -of zijn de organisaties waarvoor zij werken- al betrokken bij Samen Sterker Eemland.

Zorg- en welzijnsprofessionals

Natuurlijk is niet elke zorgverlener meteen en zomaar in staat om de in dit plan beschreven transformatie vorm te geven. Het doel van de communicatie voor hen is om ervoor te zorgen dat zij weten wat er verandert. In het werk van zorg- en welzijnsorganisaties zelf en voor inwoners. Nu ligt de focus vaak op 'zorgen voor' in plaats van 'zorgen dat'. Voor collega's in zorg en welzijn maken we communicatiemiddelen en informatie die helpen om inwoners te informeren en ondersteunen.

Samenwerken in communicatie

Er staat al een sterk netwerk in Eemland. Daarom begint het communicatieplan bij die inwoners en professionals die al betrokken zijn bij de bestaande projecten. Zij zullen meedenken, adviseren, de communicatie toetsen en zijn daarom onmisbaar. De usecases uit paragraaf 5.1 en bijlagen van dit transformatieplan zijn een voorbeeld van de manier waarop door themamanagers en projectleiders al is samengewerkt tussen verschillende sectoren in de regio. De communicatie wordt opgezet binnen de bestaande structuren van ons netwerk.

Daarnaast is er de nauwe samenwerking binnen Midden-Nederland. We trekken samen op, stemmen af, leren van elkaar en voorkomen dat we het wiel opnieuw uit moeten vinden. Zo zorgen we met de vijf regio's voor een krachtige en duurzame aanpak.

Communicatieplan

Een communicatieprofessional werkt sinds april 2025 intensief samen met de themamanagers, projectleiders, inwoners en de communicatiewerkgroep die bestaat uit leden van de betrokken organisaties in Eemland. Daarnaast zullen we zorgverleners en inwoners vragen om mee te denken in bijvoorbeeld een focusgroep of via enquêtes. Samenwerking is belangrijk voor alle onderdelen van het plan: het inventariseren, schrijven, samenstellen, maken, delen en opvolgen. Aan de inhoud van het communicatieplan wordt nu gewerkt. Dit is een voorlopig overzicht van de inhoud:

- Informatie voor inwoners. Informatie die direct is gericht aan inwoners of informatie die door zorgverleners besproken kan worden met inwoners. Bijvoorbeeld: flyers, een film, ervaringsverhalen of activiteiten in de buurt of regio.
- Communicatie voor zorg- en welzijnsprofessionals. Deze informatie maken we samen met professionals en is geschikt om zelf meer inzicht te krijgen, maar ook om inwoners te ondersteunen. Bijvoorbeeld: films, praatkaarten of communicatieadvies over het gesprek over zorg.
- Een informatieset voor zorg- en welzijnsorganisaties die deel uit maken van Samen Sterker Eemland. Deze informatieset kan gebruikt worden voor de eigen website van een organisatie of bij de organisatie van activiteiten.

Onderstaande communicatiekanalen zijn of worden onderdeel van het plan.

- Website. De website Samen Eemland krijgt een nieuw gezicht, als platform voor alle stakeholders en thema's. De website is hét platform waarop alle informatie te vinden is. Voor inwoners, professionals en organisaties. Op de website staan ook de bovengenoemde communicatiemiddelen.
- Social media-kanalen.

- Nieuwsbrief voor professionals en nieuw op te zetten communicatievorm voor inwoners.
- Regionale media.
- Informatiekanalen (in alle vormen) van zorg- en welzijnsorganisaties in Eemland.
- Congressen, informatieavonden of andere bijeenkomsten in de regio.

5.3.2 Coördinatie van zorg- en ondersteuning

Coördinatie van zorg- en ondersteuning betreft het matchen van de vraag op het gebied van zorg- en ondersteuning met het juiste aanbod. In de tijd waar enerzijds het aanbod van zorg en ondersteuning onder druk staat en anderzijds de vraag toeneemt, is het zaak om optimaal en op een efficiënte manier van de beschikbare capaciteit gebruik te maken. Dat kan alleen als we goede coördinatiefuncties inrichten en voorkomen dat deze coördinatiefuncties op het bord van de zorgverlener terecht komen waar het niet hoort. Op verschillende plekken wordt nu uitvoering gegeven aan deze coördinatiefuncties of zijn ze in ontwikkeling. Met coördinatie van zorg- en ondersteuning wordt de kern van de vraag van de patiënt/ inwoner achterhaald en wordt deze vervolgens toegeleid naar een passend aanbod.

We willen daarnaast dat inwoners zoveel mogelijk eigen regie kunnen nemen en daar hoort zelf zicht (kunnen) hebben op het aanbod en zicht krijgen in wat voor hen van toepassing is. Gemeenten hebben al de opdracht om hiermee aan de slag te gaan (in het kader van het project Integrale toegang¹⁴). We gaan vanuit SSE de juiste informatie aanleveren, zodat het regionale aanbod hierbij wordt opgenomen.

In het totale zorg- en ondersteuningsaanbod kan men de weg kwijtraken. Voor zorg- en welzijnsprofessionals willen we onderzoeken hoe deze groep centraal gefaciliteerd kan worden in het vinden van het juiste aanbod aan zorg- en ondersteuning. We voorzien een verbinding in het ZCE, waarbij het ZCE wordt verbreed naar een coördinatiepunt met overzicht van alle coördinatiepunten, zodat efficiënt en vlot naar de juiste personen kan worden doorgeleid.

Voor bepaalde groepen inwoners onderzoeken we wat er nodig is om de toegang tot het aanbod te vergemakkelijken. Bijvoorbeeld voor inwoners die volgens professionals aanbod in het sociaal domein kunnen gebruiken voor het beantwoorden van hun ondersteuningsvraag en voor jongeren van 16 t/m 26 jaar die behoefte hebben aan een mentaal gezondheidsaanbod.

5.3.3 Digivaardige inwoners

Het stimuleren van zelfredzaamheid vraagt naast bewustwording ook om vaardigheden. Een van de vaardigheden die nodig zijn voor de beweging is digitaalvaardig zijn. Sommige inwoners beschikken niet over de digitale vaardigheden om de verschuiving naar de digitalisering van de zorg bij te houden. Er is vanuit de gemeenten en vanuit de bibliotheken al aanbod om taalvaardiger en digivaardiger te worden. De bibliotheken bieden een standaard aanbod aan spreekuren en trainingen op de vestigingen van de bibliotheek. Iedereen die niet beschikt over voldoende basisvaardigheden kan hieraan deelnemen. Dit aanbod is beschikbaar op basis van subsidies van de gemeenten. De bibliotheken bieden bijvoorbeeld:

- **Informatiepunten Digitale Overheid (IDO).** Dit is een gratis laagdrempelige en voor iedereen toegankelijke ondersteuning bij vragen over het gebruik van de digitale overheid. IDO dient ook als vindplaats voor het signaleren en herkennen van laaggeletterdheid bij inwoners. Via een warme doorverwijzing komen deze mensen terecht bij het DigiTaalhuis aanbod van de bibliotheek.

¹⁴ <https://vng.nl/nieuws/richtinggevend-kader-voor-toegang-sociaal-domein-vastgesteld>

- **DigiTaalhuisspreekuur:** tijdens het spreekuur worden adviezen gegeven naar passend aanbod op taal- en digitaal gebied. Daarbij wordt verwezen naar het aanbod van de bibliotheken, maar ook naar het aanbod van netwerkpartners.
- **Trainingen vanuit de bibliotheek:**
 - Klik en tik om te leren hoe om te gaan met een computer/tablet/IPad;
 - DigiTaal Hulpplein: gratis hulp en advies bij vragen over internet, tablet, smartphone;
 - Curus DigiVitaler: deelnemers leren hoe zij gebruik kunnen maken van digitale zorg.

Zorgprofessionals die meer digivaardig willen/moeten worden kunnen gebruik maken van het bestaande aanbod. Daarnaast is er de mogelijkheid voor organisaties om deze trainingen incompany te laten verzorgen door de consultants van de bibliotheek.

Naast het aanbod vanuit de bibliotheken is de Helpdesk Digitale Zorg beschikbaar voor patiënten van aangesloten organisaties. De Helpdesk Digitale Zorg biedt ondersteuning bij een breed scala aan digitale zorgtoepassingen van elektronische patiëntendossiers tot gezondheidsapps en medische apparaten. Vanuit de Helpdesk Digitale Zorg worden patiënten en cliënten van de aangesloten zorginstellingen ondersteund bij het gebruik van digitale zorg. Voor technische en niet-medische vragen rondom zorgapplicaties (zoals HuisartsDichtbij, of Uw Zorg Online) kan men daar terecht. De Helpdesk Digitale Zorg biedt ook ondersteuning aan zorgprofessionals bij het gebruik van digitale zorg. Uitgebreide ondersteuning en advies wordt geboden om zorgprofessionals optimaal gebruik te laten maken van digitale zorgtechnologieën.

De Helpdesk Digitale Zorg verwijst naar het aanbod van de bibliotheken als inwoners/patiënten lage digitale vaardigheden hebben. Soms worden ook welzijnsvragen opgemerkt, in dat geval wordt verwezen naar het aanbod sociaal domein. De gestelde en geregistreerde vragen kunnen worden benut om in gesprek met de bibliotheken het aanbod nog beter op elkaar af te stemmen. De diensten van de bibliotheek en de Helpdesk Digitale Zorg vullen elkaar aan.

Een aandachtspunt is dat niet iedereen de beschikking heeft over de benodigde hardware (laptop, smartphone) en verbindingen (Wifi/data-abonnement). Bij de bibliotheken kan gebruik worden gemaakt van de computers, maar dat zal niet voor iedereen een mogelijkheid zijn. De participatiewet bepaalt dat de bijstandsnorm voorziet in 'normale' kosten van levensonderhoud. Laptops, tablets en wifi worden vaak als algemene kosten gezien die vanuit de bijstandsuitkering/het inkomen betaald moeten worden. In bijzondere gevallen kunnen gemeenten via bijzondere bijstand of minimaregelingen een laptop of tablet vergoeden. Voor kinderen zijn er regelingen, zoals Stichting Leergeld, om een laptop te kunnen bekostigen. Er is geen oplossing voor iedereen die nog niet over een telefoon/ laptop/ internetverbinding beschikt.

In onze communicatie willen we het bovenstaande aanbod onder de aandacht brengen, zodat professionals de inwoners/patiënten hierop kunnen wijzen of dat inwoners/patiënten het aanbod zelf kunnen vinden. Hiermee willen we bereiken dat inwoners en zorgprofessionals gemakkelijker gebruik kunnen maken van de aangeboden e-zorg.

5.3.4 Arbeidsmarktbeleid

In het eerste hoofdstuk staat wat het aantal te verwachte vacatures is in regio Eemland in de periode tot 2034. Met het transformatieplan zetten we in op het ombuigen van de verwachte toename. Arbeidsmarktbeleid is een instrument om daaraan bij te dragen. Al in het gezondheidsakkoord heeft Samen Sterker Eemland de ambitie uitgesproken het werkplezier van de zorgverleners te vergroten. Door in gezamenlijkheid en in samenhang de zorg in de regio te transformeren zetten we een eerste belangrijke stap naar het verminderen van

arbeidsmarktkrapte. Door professionals de ruimte te geven om datgene te doen waar ze goed in zijn, de druk te verminderen, de administratieve last te verlagen en samenwerking te faciliteren, neemt het werkplezier toe.

Er zijn drie niveaus van arbeidsmarktbeleid te onderscheiden:

1. Op organisatieniveau richten organisaties zich op het oplossen van specifieke personeelsvraagstukken binnen de eigen context (bijvoorbeeld efficiënte personeelsinzet en duurzame inzetbaarheid om het personeelsverloop of ziekteverzuim naar beneden te krijgen);
2. Op brancheniveau richten organisaties zich op gedeelde uitdagingen binnen een sector, bijvoorbeeld gezamenlijke werving, gezamenlijk opleiden. Dit om instroom in de opleidingen te vergroten, onderlinge concurrentie te verminderen en de vacaturedruk te verlagen;
3. Op branche overstijgend niveau ligt de samenwerking tussen verschillende sectoren binnen de regio om gezamenlijke arbeidsmarktvaartstukken op te lossen.

Utrechtzorg heeft op verzoek van Samen Sterker Eemland in de tweede helft van 2024 interviews gehouden in regio Eemland om bij alle sectoren op te halen hoe zij bezig zijn met arbeidsmarkt en wat ons daarin te doen staat. De conclusie vanuit deze interviewronde is dat:

- Regio Eemland nog niet bezig is met de vraag in welke mate zorginhoudelijke samenwerking bijdraagt aan het arbeidsmarktvaartstuk;
- Organisaties zijn zelf aan de slag met het op peil houden van de bezetting en goed werkgeverschap;
- Elke sector met inhoudelijke projecten aan de slag is die impact hebben op de arbeidsmarkt;
- Er wordt (nog) niet regionaal (sectoren gezamenlijk) samengewerkt op het gebied van arbeidsmarkt(beleid).

Zoals uit dit transformatieplan blijkt is er urgentie om gezamenlijk te werken aan de arbeidsmarktproblematiek. Samen Sterker Eemland is dan een faciliterende partij die richting en ondersteuning geeft om in samenwerking het arbeidsmarktvaartstuk vanuit de transformatiedoelen op te pakken in de regio. We zetten concreet in op dat wat sectoroverstijgend nodig is in regio Eemland, aanvullend op wat er al in de organisaties/separate sectoren gebeurt. We richten ons op gezamenlijke knelpunten in tekortberoepen (bijvoorbeeld verpleegkundig specialist, casemanager dementie), gezamenlijke inzet op het behoud van medewerkers voor de zorg, duurzame inzetbaarheid in de totale zorg- en welzijnsketen en gezamenlijk leren en ontwikkelen. Dit doen we in verbinding met Utrechtzorg en met de afdelingen van de organisaties.

5.3.5 Wonen en Zorg

In de landelijke ontwikkelingen zien dat er veel gebeurt rondom wonen en zorg. Gemeenten werken vanuit de Wet Versterking Regie Volkshuisvesting aan passende woningen en de woningbouwopgave. Vanuit Samen Sterker Eemland maken we daarop de verbinding met de zorgpartijen.

Voor een aantal onderwerpen is een gezamenlijke aanpak nodig. Dit betreft de huisvesting van de eerstelijnszorg en de integrale routekaart voor nieuwe woonzorginitiatieven.

- Er is gezamenlijke verantwoordelijkheid (eerstelijnszorg, gemeenten, zorgverzekeraar) nodig voor het huisvesten van eerstelijnszorg in de wijk om te borgen dat de eerstelijnszorg beschikbaar blijft in de wijk voor inwoners;

- Op het gebied van nieuwe woonzorginitiatieven willen we met elkaar een handreiking ontwikkelen. Naar het voorbeeld van dokter Drenthe ontwikkelen we een integrale routekaart (<https://www.dokterdrenthe.nl/nieuws/routekaart-voor-nieuwe-woonzorginitiatieven-in-drenthe>). In de handreiking wordt initiatiefnemers gevraagd om voorafgaand aan de opzet van een woonzorginitiatief in overleg te gaan met het zorgkantoor, de gemeente, huisartsenzorg en collega-zorginstellingen. Dit om te voorkomen dat er onduidelijkheid ontstaat over wie wat doet en wanneer. Door afspraken te maken tussen alle betrokken partijen, kan de juiste zorg op de juiste plek worden georganiseerd.

5.3.6 Scholing en training

Scholing en training is een belangrijke voorwaarde binnen de thema's en projecten om de transformaties die we met dit plan inzetten te borgen.

- Professionals die de verkennende gesprekken (thema psychische kwetsbaarheid) zullen uitvoeren worden hiervoor opgeleid. Daarnaast ontwikkelen we voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk een e-learning waarvan alle te ontwikkelen interventies en voorzieningen onderdeel zijn en professionals de weg leren in het netwerk;
- Een leernetwerk voor wijkverpleegkundigen zal de uitwisseling en samenwerking versterken en heeft als doel het bevorderen van deskundigheid en het verbeteren van de zorg thuis. Dit draagt bij aan de bewustwording en gerichtheid op zelf en samenredzaamheid en het effectief en efficiënt organiseren van de zorg, waardoor meer ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Ook komt er beeldzorg en scholing op positieve gezondheid/reablement voor wijkverpleegkundigen en wijkteams. De reablement wordt domeinoverstijgend ingezet.
- Bij Netwerk Spoedzorg Eemland wordt training en scholing aangeboden voor betrokken zorgverleners om de handelingsverlegenheid ten aanzien van personen met onbegrepen gedrag te verminderen. Voor de eerstelijns diagnostiek op de HAP komen er scholingen en protocollen voor HAP-medewerkers.
- Voor Artrose wordt een scholingsplan opgesteld voor zorgverleners en buurtsportcoaches.
- Voor de welzijnscoaches (thema Preventie) wordt een training gegeven aan de welzijnscoaches zodat zij goed ingewerkt aan de slag gaan.

Daarnaast trainen we projectleiders in de manier van werken van dit transformatieplan. Projectleiders hebben een faciliterende en aanjagende rol in de werkgroepen. Zij worden getraind in het kortcyclisch en opschaalbaar werken om met de werkgroepen vlot tot resultaten te komen.

Ten slotte worden de themamanagers en de programmamanager getraind in het werken volgens de consent-methode. In de governance is afgesproken dat zowel in het bestuur als in de themagroepen besluitvorming plaatsvindt volgens consent. Om dit op een goede manier te begeleiden worden de themamanagers en de programmanager getraind.

6. Impactanalyse

6.1 Inleiding

Dit transformatieplan richt zich op transformaties binnen zorg en welzijn waarbij intensief wordt samengewerkt tussen verschillende sectoren in het organiseren van zorg en ondersteuning. De uitvoering van dit plan heeft veel impact. Voor de inwoner/patiënt en naasten wordt de zorg en ondersteuning op een andere wijze wordt ingericht dan waar zij bekend mee zijn. Voor de zorg- en welzijnketen kan het betekenen dat er meer of andere samenwerking nodig is tussen de verschillende zorg- en welzijnsaanbieders. Verandering kan onzekerheid en weerstand teweegbrengen. Daarom is transparante en tijdige communicatie randvoorwaardelijk. Omdat voorafgaand aan een transformatie van deze omvang niet alle effecten vooraf volledig te voorspellen zijn, is het essentieel om - waar mogelijk - de impact per stakeholder zorgvuldig in kaart te brengen. Door per stakeholder de te verwachte impact, kansen en risico's te analyseren, kunnen gerichte maatregelen getroffen worden om de implementatie van de transformatie zo goed mogelijk te laten verlopen. Dit stelt ons in staat om veranderingen effectief te monitoren, bij te sturen en gericht te communiceren met alle betrokken partijen.

In de volgende paragrafen bespreken we de impact.

- Maatschappelijke businesscase (paragraaf 6.2)
- Impact op medewerkers (paragraaf 6.3)
- Impact op zorg- en welzijnspartners (paragraaf 6.4)
- Impact op duurzaamheid (paragraaf 6.5)

6.2 Maatschappelijke Businesscase

Met het transformatieplan vragen we in totaal € 23.890.090 (ex.btw) aan financiële middelen aan. Inclusief btw is het bedrag € 25.393.846. Dit bedrag betreft € 17.710.9492 (ex.btw) IZA-transformatiegelden voor de periode 2024-2027. Inclusief btw bedraagt het bedrag aan IZA-transformatiemiddelen € 19.124.248. Ook vragen we € 6.179.598 (ex.btw) aan voor SPUK-transformatiemiddelen voor de periode 2025-2027. Inclusief btw bedraagt de aanvraag voor SPUK-transformatiemiddelen € 6.196.259. Deze financiële middelen worden ingezet voor het uitvoeren van de usecases, scholing en de opschaling van succesvolle initiatieven.

Tegenover deze kosten staan belangrijke baten. Onze aanpak stimuleert de eigen regie van inwoners wat zorginzet helpt te voorkomen, draagt bij aan langer zelfstandig wonen en vergroot de mentale veerkracht. Daarnaast wordt zwaardere zorg vervangen door lichtere alternatieven waar mogelijk. We brengen zorg en het sociaal domein dicht bij elkaar, waardoor de groeiende zorgvraag effectiever wordt opgevangen.

Met deze aanpak kunnen we met hetzelfde aantal professionals vanuit het sociaal en medisch domein meer mensen ondersteunen. De aanpak leidt ertoe dat we 86 fte minder extra personeel nodig zouden hebben, dan dat we niets zouden doen. Hoewel het personeelstekort hier niet mee wordt opgelost, neemt het tekort minder snel toe. Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten minder hard. De interventies dragen bij aan lagere uitgaven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) dan wanneer we niets zouden doen. Dit betreft een bedrag van € 38.388.854,- (cumulatief t/m 2030, structureel effect is € 10.584.377 per jaar). Vanaf halverwege 2029 ontstaat er een positieve businesscase.

Bijlage 1 bij dit transformatieplan geeft een overzicht van de usecases weer, waarbij de huidige en de gewenste situatie staan beschreven. Ook is aangegeven wat het te verwachten effect op minder meerkosten in de Zvw is op projectniveau.

De impact van de interventies van Samen Sterker Eemland is groter dan de cijfers alleen doen vermoeden, vooral op het gebied van preventie. De interventies zullen op de lange termijn een substantiële bijdrage leveren aan het verminderen van de zorgvraag. Met het transformatieplan vangen we een deel van de stijgende zorgvraag op. De stijgende zorgvraag zal ertoe leiden dat de schadelast naar alle waarschijnlijkheid niet afneemt. Daarom kunnen er op voorhand geen consequenties worden verbonden aan de effecten als het gaat om het aanpassen van toekomstige contractafspraken en inkoopvoorwaarden.

Maar de werkelijke waarde van Samen Sterker Eemland gaat verder dan geld of cijfers. Het plan levert brede maatschappelijke meerwaarde op:

- Inwoners ervaren betere mentale gezondheid, mede dankzij het herstelnetwerk en de preventieve inzet voor jongeren;
- Ouderen blijven langer zelfstandig wonen met passende ondersteuning;
- Patiënten met chronische aandoeningen krijgen betere begeleiding dichtbij huis, wat hun kwaliteit van leven verhoogt;
- Professionals ervaren meer werkplezier doordat zij kunnen samenwerken en doen waarvoor zij opgeleid zijn.

6.3 Impact op inwoners en patiënten in regio Eemland

Het transformatieplan heeft als doel de kwaliteit van zorg en ondersteuning voor inwoners en patiënten in regio Eemland te verbeteren door betere coördinatie en samenwerking tussen zorg- en welzijnspartijen. Zorg wordt dicht bij huis georganiseerd, afgestemd op individuele behoeften, en met meer aandacht voor eigen regie en zelfmanagement. Innovaties zoals leefstijlinterventies en digitale toepassingen ondersteunen inwoners bij het verkrijgen van inzicht en controle over hun gezondheid, mits deze veilig en verantwoord zijn. Goede ondersteuning en educatie zijn essentieel. We zullen zorgovergangen binnen de keten verbeteren, zodat patiënten sneller en beter geholpen worden en onnodige reizen en herhaling van zorg worden voorkomen. Toegankelijkheid van zorg wordt geborgd door inwoners te stimuleren eerst gebruik te maken van voorliggende voorzieningen zoals digitaal aanbod en welzijnsinitiatieven. De acute zorg blijft beschikbaar door de instroom op de spoedeisende hulp te beperken en de doorstroom in de zorgketen te verbeteren. Ten slotte wordt gewerkt aan het terugdringen van wachttijden in de ggz en het anders organiseren van ouderenzorg, zodat ruimte ontstaat voor de meest kwetsbare inwoners

6.4 Impact op professionals in het medisch en sociaal domein

De uitvoering van dit transformatieplan brengt ingrijpende veranderingen met zich mee voor zorg- en welzijnsprofessionals. De impact kent zowel positieve kanten als uitdagingen en heeft betrekking op werkprocessen, taakinhoud, samenwerking en professionele ontwikkeling.

6.4.1. Gerichte inzet expertise

De werkdruk in de zorg is hoog en professionals ervaren vaak dat ze weinig ruimte hebben om de toenemende zorgvraag op te vangen. Dit transformatieplan richt zich op effectiever werken, niet

om de werkdruk direct te verlagen (er is immers sprake van een toenemende zorgvraag), maar om de zorg beter te organiseren. Dat kan helpen om de beschikbare tijd en middelen slimmer in te zetten, zodat zorgverleners zich meer kunnen richten op hun kerntaken.

Door zorgpaden te vernieuwen en beter samen te werken tussen domeinen, wordt onnodige zorg vermeden, komt de juiste zorg sneller op de juiste plek en blijft de zorg toegankelijk. Daarbij zullen er verschuivingen plaatsvinden binnen de tweedelijnszorg, eerstelijnszorg, nuldelijns en het sociaal domein. Dit heeft veranderingen in taken en verantwoordelijkheden tot gevolg. Zo zullen bijvoorbeeld huisartsen en wijkverpleging nauwer samenwerken bij het rijden van visites bij kwetsbare ouderen. Bij het mentaal gezondheidsnetwerk en het verkennend gesprek wordt ingezet op samenwerking tussen de domeinen. Deze veranderingen en kennis van elkaars werkveld vereisen mogelijk extra bijscholing of training.

De veranderingen kunnen tot weerstand leiden. Professionals in het medisch en sociaal domein hebben een groot hart en zijn dienstverlenend. Wijzigingen in taken en werkwijzen om de zorg toegankelijk te houden kunnen averechts voelen ten opzichte van de manier waarop het werk nu wordt uitgevoerd. Het transformatieplan biedt professionals geen directe verlichting van de werkdruk, maar creëert wél de randvoorwaarden om de zorg duurzaam en werkbaar te houden. Dit vraagt om betrokkenheid van de professionals in het medisch en sociaal domein, goede communicatie met deze professionals en ondersteuning bij en ruimte voor ontwikkeling.

In dit transformatieplan ligt de focus op de inhoud en de financiële doorrekening. Vanuit de doelen van Samen Sterker Eemland (quadruple- aim, zie paragraaf 2.2.) is de behoefte om niet alleen te kijken naar de KPI's vanuit dit plan, maar factoren als werkplezier of de kwaliteit van zorg ook mee te wegen. Bij de usecases (testfase) zullen deze factoren daarom ook meegenomen worden en zijn ze onderdeel van de go/no-go afweging voorafgaand aan de opschaling. Op die manier wordt meer integraal gekeken. Werkplezier en kwaliteit van zorg zullen kwalitatief worden gemeten, op een laagdrempelige manier. In de themagroepen worden deze factoren meegenomen en verder uitgewerkt bij de usecases (zie ook paragraaf 5.2).

6.4.2. Professionele autonomie

Zorg- en welzijnsprofessionals spelen in de realisatie van dit transformatieplan een leidende rol bij het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen, zodat zij de kwaliteit van zorg en ondersteuning blijven bewaken en verbeteren. Standaardisering en uniforme processen helpen om de samenwerking te versterken, maar moeten wel aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Veranderingen kunnen invloed hebben op het gevoel van autonomie. Nieuwe werkwijzen vragen soms om aanpassing en samenwerking met andere domeinen. Daarom is het cruciaal dat professionals hier vanaf het begin bij betrokken worden, transparantie krijgen over de impact en ruimte hebben om mee te denken. Alleen zo ontstaat draagvlak en kunnen zorgverleners hun werk blijven doen op een manier die voor hen én hun patiënten werkt. Zorgprofessionals zijn daarom leidend in de werkgroepen om de usecases uit te werken.

6.4.3. Samenwerken

Om de groeiende zorgvraag en personeelstekorten op te vangen, wordt steeds vaker samengewerkt tussen verschillende zorgdomeinen. Dat vraagt om een werkomgeving waarin vertrouwen, samenwerking en wederzijds begrip centraal staan. Functiedifferentiatie en nieuwe samenwerkingsvormen kunnen helpen, maar betekenen ook een verandering in de werkcultuur. Zorgverleners moeten de ruimte en het vertrouwen krijgen om samen te werken met nieuwe

collega's en andere disciplines. Door open communicatie en goede ondersteuning kan deze transitie succesvol verlopen en werkbaar blijven voor iedereen.

6.5 Impact op zorg- en welzijnspartners

Dit transformatieplan is gericht op een regionale aanpak voor regio Eemland en heeft daarom invloed op onze regiopartners. Er is binnen regio Eemland overleg op strategisch, tactisch en operationeel niveau. In deze paragraaf wordt de impact op de verschillende partners besproken.

6.5.1 Huisartsenzorg/ Huisartsen Eemland

Huisartsen spelen een belangrijke rol in de realisatie van dit transformatieplan. In ieder thema en bij veel usecases is betrokkenheid vanuit de huisartsen nodig. De huisarts staat midden in de beweging van zorg naar gezondheid van de tweede, naar de eerste, naar de nuldelijn en het sociaal domein. Die spilfunctie zien we ook terug in dit transformatieplan.

Met de usecases wordt oneigenlijk werk (zijnde niet de kerntaken van een huisarts) zoveel mogelijk weggehaald waar het niet hoort en belegd op die plekken waar het wel hoort (bijvoorbeeld door inzet mentaal gezondheidsnetwerk). De usecases hebben als uitgangspunt dat de ontwikkelingen niet taakverzwarend mogen zijn voor de huisartsen in termen van volume en aard van zorg. Dat neemt niet weg dat bij de realisatie van dit transformatieplan een flinke inzet van de huisartsenzorg wordt gevraagd. We zien coördinatie van zorg en welzijn als een belangrijke randvoorwaarde/succesfactor.

De impact van Passende Zorg Thuis en ONTiE op de huisartsenzorg is groot. Door de dubbele vergrijzing en het feit dat ouderen steeds vaker en langer thuis blijven wonen, neemt het aantal kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag toe. Dat leidt tot een verhoogde druk op de huisartsenzorg en betekent dat huisartsen meer tijd moeten besteden aan het coördineren van zorg voor hun patiënten, wat de efficiëntie en kwaliteit van de huisartsenzorg kan beïnvloeden. Daarnaast wordt in het project Passende Zorg Thuis en ONTiE gekeken naar manieren om de zorg thuis anders te organiseren. Zo kan de druk op huisartsen verminderen, maar het vraagt ook om nauwe samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgverleners.

Bij het thema chronische aandoeningen, onderdeel artrose, doen we met de stepped care aanpak een beroep op de paramedici in onze regio. Fysiotherapeuten krijgen een nadrukkelijker rol in het begeleiden van inwoners met artrose.

Er is een afhankelijkheid ten aanzien van het sociaal domein en de eerstelijnszorg. Er wordt van beide veel verwacht in dit transformatieplan. Bij het sociaal domein is er onzekerheid wat betreft de structurele financiering (zie ook hoofdstuk 8). Als structurele financiering niet geborgd wordt en het sociaal domein de werkzaamheden niet kan leveren, heeft dat direct consequenties voor de eerstelijnszorg. In het transformatieplan wordt ingezet op zelf- en samenredzaamheid en technologie. Niet voor iedereen is het mogelijk om daarin mee te gaan, dit kan een verzwaring zijn voor de huisarts.

6.5.2 Sociaal domein

Het sociaal domein heeft betrokkenheid op alle thema's van Samen Sterker Eemland. Onder sociaal domein wordt verstaan: professionals en vrijwilligers bij sociale wijkteams, welzijnswerk en informele zorg en ondersteuning. De gemeenten verschillen in de manier waarop de taken zijn belegd bij partners. In de uitvoering van het transformatieplan sluiten we aan op de lokale

situatie per gemeente.

- Bij de beweging van zorg naar gezondheid speelt preventie een grote rol. In de thema's en de verschillende usecases komt dat expliciet naar voren.
- Voor het thema Netwerk spoedzorg Eemland vragen we om inzet en samenwerking van en met de gemeente. Het gaat daarbij expliciet om het verminderen van de instroom op de spoedeisende hulp van inwoners met onbegrepen gedrag of suïcidaliteit zonder enige vorm van acute somatische hulpvraag. Qua oplossingsrichting hebben het optimaler of slimmer inzetten van bestaande middelen en voorzieningen in het sociaal domein de voorkeur boven het optuigen van een nieuwe voorziening en de daarmee gepaard gaande kosten. Daarbij wordt onder andere gedacht aan het breder en beter inzetten van de crisiskaart, een betere samenwerking tussen de maatschappelijke opvang en de HAP/SEH en het leveren van ondersteuning aan mensen met onbegrepen gedrag (WMO). Bij de betreffende usecase uit dit transformatieplan is de gemeente vertegenwoordigd in het projectteam, zodat gezamenlijk een best passende oplossing gerealiseerd wordt.
- Onderdeel van het thema Psychische kwetsbaarheid is het mentaal gezondheidsnetwerk. Het sociaal domein is daar onderdeel van en draagt samen met de andere partners bij aan de uitvoering volgens de te maken afspraken.
- Het Herstelnetwerk is ontwikkeld om aanvullend op de sociale basis inwoners met psychische problemen gericht op te vangen in het sociaal domein. Maar er wordt ook een verschuiving naar lokale teams, welzijn en informele zorg verwacht. In de uitvoering van het verkennend gesprek wordt ook een beroep op het sociaal domein en structurele middelen gedaan (ook na de IZA- periode).
- Er is verschuiving van kosten en inzet van medisch naar sociaal domein die vooral impact heeft op welzijn, lokale teams en het herstelnetwerk.
- Op het thema Chronische Aandoeningen heeft het sociaal domein een rol bij de aanpak van artrose (aanpassen leefstijl, bewegen via de buurtsportcoach). Hiervoor zijn structurele middelen nodig, ook na de IZA-periode.
- De impact van transformatieplannen van het thema (kwetsbare) ouderen op het sociaal domein is aanzienlijk, vooral omdat dit thema is gestoeld op een sterke sociale basis. De voorspelde autonome groei van 10% in de WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning) is een gevolg van de vergrijzing en het feit dat mensen langer thuis blijven wonen. Vanuit de VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) en ziekenhuizen wordt onderzocht hoe mensen sneller naar huis kunnen en langer thuis kunnen blijven wonen, wat naar verwachting zal leiden tot een extra toename bovenop de al verwachte 10% autonome groei. Dit geldt voor alle WMO-onderdelen: begeleiding, hulpmiddelen, woningaanpassingen en huishoudelijke hulp.
- Tot slot is het belangrijk om de verbindingen tussen medisch en sociaal domein te verstevigen. In de usecase die daarover gaat wordt dat verder uitgewerkt en krijgt het verder vorm.

6.5.3 Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) en wijkverpleging

De VVT speelt een grote rol in het thema (kwetsbare) ouderen en bij het thema Netwerk spoedzorg Eemland. Bij het thema Netwerk spoedzorg Eemland gaat het over de samenwerking ten aanzien van kwetsbare ouderen. De samenwerking streeft naar minder instroom van deze doelgroep op de spoedeisende hulp, met ELV- spoedbedden, de inzet van een (wijk)verpleegkundige om namens de HAP visites te doen tijdens de avond, nacht en weekenduren bij kwetsbare ouderen, het verminderen van ziekenhuisopnames zonder medische

noodzaak door de inzet van acute wijkverpleging in de avond, nacht en weekenduren en het verminderen van het aantal patiënten op de spoedeisende hulp met beperkte behandelwensen.

Voor wat betreft de usecases van Passende Zorg Thuis is de wijkverpleging primair aan zet. Doel van deze usecases is meer zelfredzaamheid en het vrijspelen van ruimte bij laagcomplexe zorg om de zorgvraaggroei bij de (meer) hoogcomplexe zorg en de zorg aan de meest kwetsbare ouderen op te kunnen vangen. Er worden afspraken gemaakt over een eenduidig aanbod van passende zorg thuis en er wordt ingezet op gecoördineerde samenwerking tussen organisaties wijkverpleging op het gebied van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid, beeldzorg, specialistische zorg en acute zorg buiten kantoortijden. Daarnaast wordt door verbeterde samenwerking in het sociaal domein en beter gebruik van elkaars mogelijkheden en expertise de juiste ondersteuning/zorg op de juiste plek geboden

De impact van ONTiE op de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) is groot en vraagt om een andere werkwijze van specialisten Ouderengeneeskunde (SO's). Deze verandering richt zich op het verplaatsen van zorg naar buiten, de wijk in. Dit betekent dat SO's nauwer moeten samenwerken met huisartsen en wijkverpleegkundigen om de zorg voor kwetsbare ouderen beter te coördineren en efficiënter te maken. De huisarts blijft de regiebehandelaar, maar de SO kan op specifieke deelgebieden als medebehandelaar optreden, waardoor een deel van de complexe zorg tijdelijk kan worden overgedragen. Dat vraagt om een flexibele en geïntegreerde aanpak, waarbij de wijkverpleegkundige een centrale rol speelt in het verbinden van de verschillende zorgverleners en het afstemmen van de zorg op de behoeften van de cliënt. Deze aanpak wordt geïmplementeerd in woonzorgvormen en in de thuiszorg in de regio Eemland, met als doel de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen verbeteren.

6.5.4. Meander Medisch Centrum/ ziekenhuiszorg

Meander Medisch Centrum staat voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van specialistische medische zorg. Het transformatieplan richt zich op gegarandeerde beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor inwoners van de regio Eemland, huisartsen en ambulances, ondanks de stijging van zorgvragen. De samenwerking met de eerstelijns voor kwetsbare ouderen in de regio draagt bij aan het voorkomen van SEH opnames en het bevorderen van de uitstroom.

Het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg zal financiële gevolgen hebben voor de verschillende partners. Inkomsten voor bepaalde vormen van zorg zullen reduceren of wegvallen. In een samenwerkingsovereenkomst dienen samenwerkingsafspraken te worden vastgesteld.

Voor bepaalde usecases zullen de bestaande zorgpaden/zorgprocessen geherstructureerd moeten worden. Ook worden binnen bepaalde usecases afspraken gemaakt over passende zorg. Naar patiënten zal duidelijk gecommuniceerd moeten worden wat zij kunnen verwachten van de zorg die zij thuis ontvangen. Met informatie over de aard en omvang van de zorg, de betrokken zorgverleners en de beschikbare ondersteuning. Deze informatie draagt bij aan het verwachtingsmanagement van patiënten en hun naasten, daardoor kunnen zij zich beter voorbereiden op het zorgtraject.

Passende Zorg Thuis en ONTiE hebben belangrijke impact voor het ziekenhuis. Door de regionale versterking van de wijkverpleging en de herkenbare en aanspreekbare teams wordt de zorg voor kwetsbare ouderen beter gecoördineerd en efficiënter georganiseerd. Dat leidt tot een snellere doorstroom van patiënten vanuit het ziekenhuis naar huis, waardoor de druk op

ziekenhuisbedden vermindert en er ruimte komt voor de toenemende zorgvraag binnen het ziekenhuis. In uniforme samenwerkingsafspraken wordt vastgelegd welke zorg in welke situatie wordt ingezet, zodat de verwachting wat passende zorg vanuit de wijkverpleging is wat zorgt voor duidelijk en reële verwachting is.

6.5.5. Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

Ggz-aanbieders zijn betrokken bij het thema psychische kwetsbaarheid en het thema Netwerk spoedzorg Eemland.

Het thema Netwerk spoedzorg Eemland richt zich op betere samenwerking/consultatie tussen de crisisdienst ggz en de Huisartsenpost (HAP)/spoedeisende hulp (SEH) in de avond, nacht en weekenduren. Binnen een tijdsbestek van drie uur (in de avond, nacht en weekenduren) worden consultvragen vanuit de HAP/SEH bediend (in samenwerking met de praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)). Deze handelswijze brengt (enige) tijdsdruk met zich mee voor de crisisdienst ggz. Daarnaast wordt ingezet op het verminderen van handelingsverlegenheid bij zorgverleners op de SEH en HAP rondom patiënten met verward gedrag of suïcidaliteit, door het overdragen van kennis tussen de ggz en HAP/SEH.

Vanuit het thema psychische kwetsbaarheid wordt het volgende van de ggz-aanbieders verwacht:

- Ggz-aanbieders organiseren in het centraal coördinatiepunt een gezamenlijke wachtlijst. Door inzicht in wachttijden in de informatievoorziening is duidelijk waar cliënten terecht kunnen met de kortste wachttijd;
- Ggz-aanbieders zijn samen verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van zorg voor cliënten met complexe problematiek;
- Ggz-aanbieders zetten zich gezamenlijk in om de behandelduur in de ggz te beperken waar dit mogelijk is.

6.5.6 Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)

De twee belangrijkste zelfstandige behandelcentra in de regio, Bergman Clinics en Xpert Clinics zijn binnen het thema chronische aandoeningen betrokken bij het project artrose.

Deze transformatie heeft de volgende impact:

- De zelfstandige behandelcentra conformeren zich aan de op te leveren werkafspraken;
- Er zal een verschuiving plaatsvinden van patiënten naar de eerste en nuldelijn;
- Door het stepped care model zal de zorgzwaarte van de patiënten die verwezen worden naar verwachting toenemen.

6.6 Impact op duurzaamheid

Duurzaamheid is een aspect dat meespeelt binnen de transformatie van de zorg zoals benoemd in het IZA. Binnen het programma van Samen Sterker Eemland streven we ernaar bij te dragen aan het verminderen van de impact op klimaat en milieu, door middel van CO₂-reductie. Door de juiste zorg op de juiste plek aan te bieden, en waar mogelijk zo dicht mogelijk bij de inwoner/patiënt, streven we naar een vermindering van reisbewegingen en een reductie in de CO₂ uitstoot. Het herkenbare en aanspreekbare team wijkverpleging in de wijk is daar een voorbeeld van.

7. KPI's

KPI's (kritieke prestatie-indicatoren) zijn meetbare doelen die helpen om te bepalen of een transformatieplan de gewenste veranderingen oplevert. Binnen het IZA wordt gewerkt met twee soorten KPI's: resultaat-KPI's en inspannings-KPI's.

- **Resultaat-KPI's** meten concrete veranderingen die aantoonbaar bijdragen aan de IZA-doelstellingen, bijvoorbeeld op het gebied van Zorgverzekeringswet (Zvw) of inzet van personeel (fte). Ze zijn altijd gekoppeld aan een zichtbaar effect.
- **Inspannings-KPI's** gaan over acties of inspanningen die worden geleverd. Deze zijn gekoppeld aan een concreet op te leveren product of resultaat van die inspanning.

Aan de KPI's worden bedragen gekoppeld in het uitbetalingsschema. Van de totale financiering is 30% gekoppeld aan het behalen van resultaat-KPI's en 70% aan het realiseren van inspannings-KPI's.

In het onderstaande overzicht staan de KPI's beschreven.

Nr. kpi	KPI	Smart- omschrijving	Geplande oplevering	Resultaat- of inspannings-KPI	bewijsvoering
1	Goedgekeurd transformatieplan	Samen Sterker Eemland heeft een goedgekeurd transformatieplan opgesteld.	1 januari 2026	Inspanning	Indiening en goedkeuring van het transformatieplan.
2a	Programma organisatie is ingericht	Samen Sterker Eemland heeft een programma-organisatie ingericht volgens de in het transformatieplan beschreven governance.	1 januari 2026	Inspanning	Verantwoording beschrijving programma-organisatie en bemensing.
2b	Volledig bemenst programmabureau	Per 1 juli 2025 is een volledig bemenst programmabureau operationeel waarbij de volgende functies zijn ingeregeld: programmamanager, managementondersteuning, communicatieadviseur.	1 juli 2025	Inspanning	Geanonimiseerde contract programmamanager en geanonimiseerd contract managementondersteuner, uitingen communicatie (nieuwsbrieven mei en juni 2025).
2c	Bestuur en themamanagers	Tussen 1 januari 2024 en 1 augustus 2025 hebben minimaal 13 bestuursvergaderingen en 12 themamanagers-overleggen plaatsgevonden, waarmee de continuïteit en activiteit van het netwerk is geborgd.	1 sept 2025	Inspanning	Een agenda of verslag van ieder overleg



2d	Themagroepen	De verschillende themagroepen hebben tussen 1 september 2024 en 1 augustus 2025 in totaal minimaal 30 overleggen gehad.	1 aug 2025	Inspanning	Agenda of verslag van ieder themagroepoverleg
3a	Usecases	Samen Sterker Eemland werkt met use cases om de zorg in de regio slimmer in te richten. In de periode tussen 1 januari 2025 tot 1 juli 2025 zijn er 19 usecases lopend of opgestart.	5 juli 2025	Inspanning	Een usecase geldt als opgestart wanneer de kernwerkgroepleden bekend zijn en de eerste werkgroepbijeenkomst is gepland of gehouden. Een usecase geldt als lopend wanneer de werkgroep minimaal één keer bijeen is gekomen en de eerste acties of activiteiten zijn gestart volgens een gezamenlijk plan van aanpak. Bewijslast: agenda of verslag werkgroepbijeenkomst/projectgroep usecase.
3b	Usecases	Samen Sterker Eemland werkt met use cases om de zorg in de regio slimmer in te richten. Van 1 juli 2025 tot 1 januari 2026 worden er 11 use cases opgestart.	5 januari 2026	Inspanning	Een usecase geldt als opgestart wanneer de kernwerkgroepleden bekend zijn en de eerste werkgroepbijeenkomst is gepland of gehouden. Bewijslast: agenda of verslag werkgroepbijeenkomst/projectgroep usecase.
3c	Usecases	Samen Sterker Eemland werkt met use cases om de zorg in de regio slimmer in te richten. Van 1 januari 2026 tot 1 juli 2026 worden er 6 use cases opgestart	5 juli 2026	Inspanning	Een usecase geldt als opgestart wanneer de kernwerkgroepleden bekend zijn en de eerste werkgroepbijeenkomst is gepland of gehouden. Bewijslast: agenda of verslag werkgroepbijeenkomst/projectgroep usecase.
3d	Usecases	Samen Sterker Eemland werkt met use cases om de zorg in de regio slimmer in te richten. Van 1 juli 2026 tot 1 januari 2027 worden er 6 use cases opgestart.	5 januari 2027	Inspanning	Een usecase geldt als opgestart wanneer de kernwerkgroepleden bekend zijn en de eerste werkgroepbijeenkomst is gepland of gehouden. Bewijslast: agenda of verslag werkgroepbijeenkomst/projectgroep usecase.



4	Psychische kwetsbaarheid	Van 1 september 2025 tot 1 september 2026 worden er 100 patiënt-casussen besproken op de regionale overlegtafel waarbij in ten minste 30% van de casussen ggz-zorg voorkomen wordt door verwijzing naar het sociaal domein of een advies passend bij de vraag.	5 sept. 2026	Resultaat	Overzicht van aantal casussen inclusief oplossingsrichting waarmee de afbuiging naar het sociaal domein inzichtelijk wordt gemaakt.
5a	Psychische kwetsbaarheid	Tussen 1 januari en 31 december 2026 zijn er 270 verkennende gesprekken gevoerd waarvan ten minste 25% is verwezen naar het sociaal domein en ggz-zorg wordt voorkomen.	5 januari 2027	Resultaat	Overzicht aantal gevoerde verkennende gesprekken inclusief verwijzingsrichting.
5b	Psychische kwetsbaarheid	Tussen 1 januari en 30 juni 2027 zijn er 180 verkennende gesprekken gevoerd waarvan ten minste 25% is verwezen naar het sociaal domein en ggz-zorg wordt voorkomen.	5 juli 2027	Resultaat	Overzicht aantal gevoerde verkennende gesprekken inclusief verwijzingsrichting.
6	Psychische kwetsbaarheid	Op 1 april 2026 is het Mentaal gezondheidsnetwerk gecontracteerd.	1 april 2026	Inspanning	Samenwerkingsafspraken ZVW 18+, Printscreen, Informatievoorziening, samenwerkingsovereenkomst, contract met zorgverzekeraar
7a	Psychische kwetsbaarheid	Van 1 januari tot en met 31 december 2025 maken regionaal ten minste 350 unieke inwoners gebruik van het aanbod in het Herstelnetwerk.	5 januari 2026	Resultaat	Geanonimiseerde deelnemerslijsten van trainingen met woonplaats en bezettingsgraad; aantal deelnemers van inloop/steunpunten per gemeente inclusief de periode waarin gemeten is.
7b	Psychische kwetsbaarheid	Van 1 januari tot en met 31 december 2026 maken regionaal ten minste 700 unieke inwoners gebruik van het aanbod in het Herstelnetwerk	5 januari 2027	Resultaat	Geanonimiseerde deelnemerslijsten van trainingen met woonplaats en bezettingsgraad; aantal deelnemers van inloop/steunpunten per gemeente inclusief de periode waarin gemeten is.



7c	Psychische kwetsbaarheid	Van 1 januari tot en met 30 juni 2027 maken ten minste regionaal 350 unieke inwoners gebruik van het aanbod in het Herstelnetwerk.	5 juli 2027		Geanonimiseerde deelnemerslijsten van trainingen met woonplaats en bezettingsgraad; aantal deelnemers van inloop/steunpunten per gemeente inclusief de periode waarin gemeten is.
8	Psychische kwetsbaarheid	Op 1 februari 2027 zijn samenwerkingsafspraken met continue ondersteuning van jeugd naar volwassenheid vastgelegd	1 februari 2027	Inspanning	Overzicht met de stakeholders en aanbod, de samenwerkingsafspraken 16 t/m 26 jaar en de verantwoording en beschrijving continue ondersteuning.
9	(Kwetsbare) Ouderen: ONTiE	Per 1 juni 2027 staan er in de regio Eemland 16 driehoeksamenwerkingen huisarts, SO en (wijk)verpleegkundige die wijkgericht werken volgens de regionale blauwdruk, die lokaal is ingekleurd. De driehoeksamenwerking bestempelen we als opgeschaald als er minimaal 3 maanden met de betreffende professionals volgens de regionale kaders wordt gewerkt. Van de 16 plekken zijn dat 9 afdelingen van woonzorgvormen en 7 plekken in de wijk.	1 juli 2027	Inspanning	Excel-bestand van het aantal wijksamenwerkingsverbanden (max. 17) en woonzorglocaties van SSE-partners (max. 14), die geschikt zijn voor de implementatie, waarin staat aangeven of er op deze plek is opgeschaald en zo ja wat de start datum betreft. In dit Excel bestand is te zien dat er op min. 16 plekken de opschaling min. drie maanden loopt.
10	(Kwetsbare) Ouderen: ONTiE	<i>Tussen 1 juli 2024 en 1 juli 2026 stijgt het aantal adviesconsulten van huisartsen naar een specialist ouderengeneeskunde (SO) met minimaal 10% ten opzichte van de nulmeting (710 consulten in de periode 1 juli 2023 t/m 1 juli 2024). Dit betekent dat er in de nieuwe meetperiode ten minste 781 consulten plaatsvinden.</i> Toelichting:	1 sept. '27	Inspanning	Excel-bestand van het aantal verwijzingen van de werkafspraken die zijn geïmplementeerd (Nu: consultatie SO, consultatie SO bij spoed, Rechtelijke macht en digitaal meedenkconsult HA-SO en mogelijk worden die nog uitgebreid) in de periode 1-7-23/1-7-24, 1-7-24/1-7-25, 1-7-25/1-7-26.



		Deze toename is een indicatie van verbeterde samenwerking binnen de wijkgerichte stepped-care aanpak en draagt bij aan: • Een uniforme werkwijze binnen de regio; • Minder onverwachte druk op de zorg; • Een efficiëntere inzet van de specialist ouderengeneeskunde; • Een hogere kwaliteit van zorg in de thuissituatie. Daarnaast wijst een stijging in het aantal consulten op een sterkere inzet van de SO bij mensen thuis. Dit bevordert vroeger signalering van achteruitgang, betere afstemming van zorg en ondersteuning, en kan bijdragen aan het uitstellen van opname in het verpleeghuis.			
11a	(Kwetsbare) Ouderen: Passende Zorg Thuis	Tussen 1 januari 2026 en 1 juni 2027 hebben minimaal 60 nieuwe cliënten in de regio deelgenomen aan het 12-weeks reablementprogramma 'Langer Actief Thuis', gericht op het vergroten van individuele zelfredzaamheid en het behalen van persoonlijke doelen.	1 juni 2027	Resultaat	Excel-bestand met een lijst van geanonimiseerde cliënten, die hebben deelgenomen aan het reablementprogramma 'Langer Actief Thuis'.
11b	(Kwetsbare) Ouderen: Passende Zorg Thuis	Tussen 1 januari 2023 en 1 januari 2027 neemt de ratio van het aantal unieke cliënten per fte toe met 5% door inzet van passende zorg, reablement en (digitale) hulpmiddelen. Deze ratio stijgt met 1 cliënt per fte in de genoemde periode (van 14 unieke cliënten per 1 fte in 2023 naar 15	1 juni 2027	Resultaat	•Overzicht totaal aantal unieke cliënten per jaar (2023–2026): we laten hiermee zien hoe het aantal unieke cliënten in de wijkverpleging zich ontwikkelt ten opzichte van de nulmeting in 2023. Dit betreft cliënten in de wijkverpleging Zvw, MPT thuiswonend, VPT thuiswonend, casemanagement



		unieke cliënten per 1 fte in 2026).			dementie, beeldzorg en – indien relevant – andere ingezette innovatiemiddelen. Hiermee tonen we aan of de groei van 5% in de periode 1 januari 2023 – 1 januari 2027 daadwerkelijk wordt gerealiseerd of overschreden. • Overzicht totaal aantal gemiddelde fte's per jaar (2023–2026): we laten hiermee zien hoe de personeelsinzet zich ontwikkelt ten opzichte van de nulmeting in 2023. Dit geeft inzicht in de mate waarin de ratio aantal unieke cliënten per fte zich ontwikkeld.
12	(Kwetsbare) Ouderen: Passende Zorg Thuis	In 2026 zijn wijkverpleegkundige teams van meerdere thuiszorgorganisaties in 5 wijken herkenbare en aanspreekbare teams geïmplementeerd, volgens de kaders/principes die opgesteld worden in de ontwerpfase. Daarbij is er eind 2026 een regionale dekkingsgraad van vertegenwoordiging in de hechte wijkverbanden in de eerste lijn.	1 januari 2027	Inspanning	Excel-bestand met een overzicht van het aantal wijken met aanspreekbare en merkbaar aanwezige wijkverpleegkundige teams, die zijn geïmplementeerd volgens de kaders/principes die opgesteld worden in de ontwerpfase.
13	Chronische aandoeningen: Oncolokaal	Door achterban gedragen zorgpad oncologie tussen de 2e-, 1e-, en 0de lijn is vormgegeven	1 april 2026	Inspanning	Samenwerkingsafspraken met beschrijving zorgpad.
14	Chronische aandoeningen: Oncolokaal	120 zorgprofessionals zijn zichtbaar op oncolokaal.nl en voldoen aan de screening van IKNL/verwijsgids kanker (=volwaardig en hoogstaand kwalitatief netwerk). Eind 2024 waren dit er 90.	1 april 2026	Inspanning	Excel-bestand met aantal zorgprofessionals die zichtbaar zijn op de website van OncoLokaal.



15	Chronische aandoeningen: Artrose	Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn (inclusief ZBC's) bedraagt in de periode van 1 juni 2026 tot 1 juni 2027 maximaal 9.231. Dit komt overeen met het feitelijke aantal verwijzingen in 2024. De verwachte demografische groei naar 10.066 verwijzingen in dezelfde periode (een toename van 835) verwijzingen wordt hiermee afgevangen.	8 juni 2027	Resultaat	Excel-bestand met aantal te verwachten verwijzingen vanuit ZorgDomein op basis van demografische groei en het aantal daadwerkelijk naar de tweedelijns verwezen patiënten.
16	Chronische aandoeningen: Artrose	Op 1 juni 2026 is 50% van de bij PZE aangesloten fysiotherapie praktijken (die knie- en heupartrose behandelen) in de regio geschoold.	8 juni 2026	Inspanning	Excel-bestand van de bij PZE aangesloten praktijken en welke de scholing hebben gevolgd.
17	Chronische aandoeningen: Artrose	Op 1 juni 2026 is 50% van de bij Huisartsen Eemland aangesloten huisartspraktijken geschoold in het nieuwe zorgpad en hoe dit in de praktijk toe te passen.	8 juni 2026	Inspanning	Excel-bestand met aangesloten praktijken bij Huisartsen Eemland en welke praktijken scholing hebben gevolgd.
18	Chronische aandoeningen: Artrose	Er is een door de achterban gedragen zorgpad knie- en heupartrose inclusief bijbehorende werkafspraken.	1 november 2025	Inspanning	Beschrijving definitief zorgpad, inclusief akkoord (handtekening) betrokken partijen, zijnde mandaathouder gemeenten, Meander, Huisartsen Eemland, PZE, Bergman Clinics, Xpertclinics.
19	Netwerk Spoedzorg Eemland	Op 1 september 2026 zijn Samenwerkingsafspraken vastgelegd tussen de SEH, HAP, POH-GGZ, de crisisdienst GGZ, VVT en het sociaal domein om de instroom te verlagen en de door- en uitstroom te verbeteren (JZOJP) voor patiënten met onbegrepen gedrag of	8 september 2026	Inspanning	document met samenwerkingsafspraken en handtekeningen van Meander, GGZ Centraal, Beweging 3.0 en Gemeente Amersfoort



suïcidaliteit (met en zonder somatiek).					
20	Netwerk Spoedzorg Eemland	In de periode 1 januari 2023 tot 1 januari 2024 is het aantal SEH bezoeken 34.800. Door inzet op de projecten Netwerk Spoedzorg Eemland (mensen met onbegrepen gedrag en suïcidaliteit, kwetsbare ouderen in de acute zorg en efficiëntere inzet van zorgcapaciteit) blijft dit aantal gelijk in de jaren 2024- 2027. Daarmee wordt 2,66% demografische groei per jaar opgevangen. Onderbouwing demografische groei: We zien in het regiobeeld een toename van 16% richting 2030. Dit betreft een lineaire groei vanaf 2024 naar + 16% in 2030. $16\% \text{ delen door } 6 \text{ jaar} = 2,66\% \text{ per jaar.}$	1 feb 2027	Resultaat	Overzicht aantal SEH bezoeken (totaal aantal patientbezoeken SEH) per jaar over de periode 1 januari- 31 december 2024, 1 januari- 31 december 2025 en 1 januari - 31 december 2026 vanuit het management informatiesysteem Meander MC in vergelijking met de nulmeting (1 januari 2023- 31 december 2023).
21	Netwerk Spoedzorg Eemland	Het aantal huisartsenuren in ANW-diensten blijft tussen 1-1-2024 en 1-1-2027 gelijk (~33.700 uur per jaar).	1 februari 2027	Resultaat	Excel-bestand van het aantal huisartsenuren in ANW-diensten per jaar, gebaseerd op een uitdraai van het ICT-systeem dat de HAP hiervoor hanteert.
22	Preventie: verbinding medisch en sociaal domein	Tussen 1 januari 2026 en 31 december 2026 zijn 10 fte verbinding-functionarissen medisch en sociaal domein geworven en opgeleid.	5 januari 2027	Inspanning	Overzicht met aantal fte verbindingfunctionarissen medisch en sociaal domein per gemeente die gestart zijn tussen 1 januari 2026 en 31 december 2026.

8. Risico's en beheermaatregelen

Risico	Omschrijving	Beheermaatregel(en)
Sterke sociale basis	Een sterke sociale basis is een voorwaarde voor de beweging die we maken van zorg naar gezondheid. Inzet op preventie en de juiste hulp- en ondersteuning op weg naar eigen regie, zelfredzaamheid zijn voorwaarden. Gelet op de financiële situatie van het sociaal domein (gemeenten en daaraan gekoppeld het sociaal- en welzijnswerk) is er een risico voor het in stand houden van de sociale basis. Er wordt door gemeenten bezuinigd omdat zij uit moeten komen met de beschikbare financiële middelen. Terwijl het realiseren van de beweging vraagt om investeringen in de sociale basis. Het risico is dat we uitgaan van een sterke sociale basis als voorwaarde en dat deze niet geborgd is.	Hiervoor is de uitkomst van de onderhandelingen rond het Aanvullend Zorg- en welzijnsakkoord (AZWA) van belang. In het AZWA worden afspraken gemaakt over voorzieningen die gemeenten kunnen organiseren in het sociaal domein, en de ontsluiting daarvan voor partners in het medisch en zorgdomein. Belangrijk onderdeel zijn de financiële afspraken, zodat gemeenten in staat worden gesteld om de gewenste voorzieningen te realiseren.
Bekostiging sociaal domein	Gedurende de looptijd van dit transformatieplan wordt de benodigde inzet vanuit gemeenten en professionals in het sociaal domein bekostigd vanuit dit plan. De vereiste financiën voor deze periode worden gespecificeerd in een bijlage. De verdere reguliere bekostiging van de uitvoerende activiteiten in het sociaal domein zijn onzeker en afhankelijk van landelijke afspraken tussen gemeenten en rijk. Gedurende de periode van het transformatieplan wordt door gemeenten bezien in hoeverre de gewenste capaciteit na afloop van het transformatieplan kan worden geleverd vanuit de dan beschikbare gemeentelijke middelen uit het gemeentefonds of een mogelijke (voortgaande) specifieke uitkering.	Van belang is dat de activiteiten ook na afloop van het transformatieplan kunnen doorgaan. De financiële situatie van gemeenten is daarbij belangrijk. Gedurende de looptijd van het transformatieplan wordt ingezet op lobby en afstemming met het Rijk om actief in te zetten op structurele bekostiging. Een evaluatiemoment ruim voor het aflopen van het transformatieplan is nodig om te kijken hoe invulling aan de functies kan worden gegeven, na afloop van het transformatieplan. Gemeenten committeren zich aan het transformatieplan en spannen zich in voor structurele financiering van de directe en indirecte activiteiten na 2026. Vanuit het Rijk zal echter ook structurele financiering voor preventie beschikbaar moeten worden gesteld.
Financiering in ggz	Voor de ontwikkeling en implementatie van nieuwe functies van het MGN is structurele financiering vanuit zorgverzekeraars essentieel. Niet alle ggz-aanbieders hebben echter contracten met alle verzekeraars. Hierdoor dreigt een financieel risico: zonder	Inkoper ggz van Zilveren Kruis (aangesloten via de complementaire ring van de themagroep) kan tijdig betrokken worden om contractuele knelpunten te signaleren en op te lossen. In het gezamenlijke plan voor

Risico	Omschrijving	Beheermaatregel(en)
	afspraken blijven middelen uit, wat de uitvoering van het verkennend gesprek en passend regionaal aanbod ernstig kan belemmeren. Zonder actieve betrokkenheid van zorgverzekeraars bij wachtlijninformatie, transfermechanisme en regionale aanpak ASS dreigt een mismatch tussen zorgaanbod en -behoefte. Dit belemmert een effectieve transformatie en kan leiden tot onvoldoende passende zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheid in de regio.	het MGN rond de contractering worden afspraken vast vastgelegd over structurele betrokkenheid van zorgverzekeraars bij de ontwikkeling van wachtlijninformatie, het transfermechanisme en de regionale aanpak voor ASS.
Beweging van 2^e naar 1^e naar 0^e lijn	Er komt met de beweging van 2 ^e naar 1 ^e naar 0 ^e lijn veel af op de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Er is een risico dat de eerstelijnszorg en het sociaal domein nog niet voldoende in staat zijn om dit op te vangen.	Voldoen aan de voorwaarden van eerstelijnszorg en sociaal domein. Eerst inzetten op capaciteit vrijspelen in de eerstelijnszorg, voordat de beweging van 2e naar 1e lijn wordt ingezet. Dit kan door eerst te voldoen aan de voorwaarden uit hoofdstuk 5 en door in te zetten op zorgcoördinatie.
Afbuiging van ggz naar sociaal domein	Om de opbrengsten in het thema psychische kwetsbaarheid te realiseren staat de afbuiging van de cliëntenstroom van de ggz naar het sociaal domein centraal. Aanbod in het sociaal domein, zoals het herstelnetwerk en voorzieningen in de sociale basis, is daarmee een randvoorwaarde om de afbuiging te realiseren	Kosten voor de inzet van het Herstelnetwerk en de extra vraag die terecht komt in het sociaal domein is inzichtelijk gemaakt voor de gemeenten; middelen voor het Herstelnetwerk zijn opgenomen in de transformatiemiddelen, mochten de gemeenten deze voorziening niet kunnen financieren uit de beschikbare middelen
Veranderingsbereidheid	Zorgvernieuwing vraagt om samenwerking en gedragsverandering, vereist samenwerking en betrokkenheid. Zorgvernieuwing vereist veranderingen in processen en gedrag van zorgverleners, inwoners/patiënten en andere betrokkenen. Het betreft een grote groep. Er is een risico dat men zich niet voldoende betrokken of verantwoordelijk voelt om mee te werken aan de verandering. Hier moet (vroegtijdig) aandacht voor zijn.	Vroegtijdige aandacht besteden aan het creëren van betrokkenheid en verantwoordelijkheid bij zorgverleners, patiënten en andere stakeholders. Dit kan worden bereikt door hen actief te betrekken bij het proces en hen te ondersteunen in hun rol binnen de zorgvernieuwing. Bij het uitwerken van de usecases zijn zorgprofessionals betrokken. Aandacht moet er zijn voor het betrekken van de grotere groep in de achterban zodat zij van meet af aan op de hoogte zijn.
Afhankelijkheden partners in sociaal domein	Sociaal werk, welzijnswerk en gemeenten vormen het sociaal domein. Zij hebben daarin een afhankelijkheid van elkaar. Dit vraagt afstemming en samen optrekken.	Inzicht in wat er van de partijen wordt verwacht qua inzet in de transformatiefase, de verdeling van de benodigde inzet over de partners in



Risico	Omschrijving	Beheermaatregel(en)
		de regio en afspraken tussen gemeenten, sociale teams en het welzijnswerk over de inzet.
Beschikbaarheid zorg- en welzijnsprofessionals	Door werkdruk en personeelstekorten kunnen professionals niet altijd beschikbaar zijn voor de werkgroepen waarin de usecases worden uitgewerkt. Zorginhoudelijke input is essentieel in de uitwerking, implementatie en borging. Er bestaat een risico op het niet beschikbaar zijn van voldoende professionals vanwege de werkdruk en de krapte in personeel.	Roadmap hanteren en tijdig beschikbaarheid checken. Vanwege de capaciteit zijn keuzes gemaakt in de usecases. Commitment van bestuur/organisaties op het leveren van de gevraagde capaciteit.
Beschikbaarheid themagroepsleden	Betrokkenheid uit verschillende sectoren is nodig voor een integrale aanpak, maar tijd en capaciteit kunnen een knelpunt zijn.	Commitment van themagroepsleden borgen.
Beschikbaarheid projectleiders	Personeelskrapte kan leiden tot een tekort aan projectleiders voor werkgroepen.	Slimme planning en capaciteit bewaken in de roadmap.
Beschikbaarheid kritische ondersteunende expertise (ICT/BI)	Beperkte ICT/BI-capaciteit kan de implementatie van veranderingen vertragen.	Usecases gebruiken om tijdig inzicht te krijgen in benodigde ICT-ondersteuning en afspraken maken met werkgroep DNP.
Financiering - Voorfinanciering	Bereidheid tot voorfinanciering kan een risico vormen voor het transformatieprogramma.	Afspraken maken met kassier en sectoren over verdeelsleutel van kosten.
Financiering - Mijlpalen	Niet behalen van mijlpalen kan impact hebben op financiering van het transformatieprogramma.	Go/No-Go momenten inbouwen om haalbaarheid van volgende mijlpalen te evalueren.
Financiering - Vergoedingen	De zorgvernieuwing kan leiden tot andere inzichten op het gebied van vergoedingen. Indien zorgvernieuwing zorgt tot vermindering van inkomen van de zorgverlener is er een risico dat dit kan leiden tot weerstand en het niet behalen van de beoogde doelen.	Gevolgen structurele financiering inzichtelijk maken bij Go/No-Go momenten.
Kwaliteit van zorg - Patiënttevredenheid	De benodigde transformatie leidt onvermijdelijk tot het anders aanbieden van zorg, anders dan wat men gewend is. Het is zeer aannemelijk dat de patiënttevredenheid hierdoor in eerste instantie zal dalen. Het risico is dat patiënten minder tevreden zijn over de zorg en ondersteuning die geboden wordt.	Monitoren en o.b.v. monitoring gesprek over de ontwikkeling voeren.
Kwaliteit van zorg – Zorgverleners-tevredenheid	Veranderingen brengen doorgaans andere methoden van werken met zich mee. Het risico bestaat dat deze veranderingen niet (volledig) worden ondersteund door de zorgverleners	Zorgverleners betrekken bij usecases en werken met ambassadeurs binnen organisaties.
Kwaliteit van zorg - Juridische en ethische overwegingen	Preventieve zorg en eigen regie kunnen juridische en ethische vragen oproepen.	Voortdurend in gesprek blijven over verantwoordelijkheden en rechten.



Risico	Omschrijving	Beheermaatregel(en)
Techniek	Behoefte aan en beschikbaarheid van benodigde techniek kan een risico vormen.	Tijdige inventarisatie van technische vereisten.

9. Inzoomen op het Mentaal gezondheidsnetwerk

Zilveren Kruis heeft een checklist Mentale Gezondheidsnetwerken opgesteld. In de checklist is weergegeven welke elementen Zilveren Kruis graag terugziet in het transformatieplan. Het transformatieplan Samen Sterker Eemland is een integraal plan en bij de voorgaande hoofdstukken past de gedetailleerdheid van een aantal elementen niet. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op deze elementen.

9.1 Huidige situatie

In regio Eemland wordt al een aantal jaar geïnvesteerd in de samenwerking op het gebied van psychische kwetsbaarheid. In 2019 is met de Taskforce Wachttijden, waarin ggz-organisaties, Huisartsen Eemland en gemeente Amersfoort participeren, gewerkt aan het terugdringen van de wachtlijden. Daartoe zijn wachtlijsten opgeschoond, in- en exclusiecriteria verduidelijkt en is zorgdomein aangepast om verwijzingen soepel te laten verlopen. Daarnaast is de regionale overlegtafel ontwikkeld (domein overstijgend casusoverleg) die wekelijks digitaal plaatsvindt sinds september 2020 en waarin gemiddeld drie casussen worden besproken tussen ggz-organisaties, lokale teams en Huisartsen Eemland. Om de overlegtafel te ondersteunen, is in 2021 een samenwerkingsovereenkomst opgesteld met afspraken over in-, door- en uitstroom. Het transfermechanisme is een maandelijks overleg waarin wachtlijden, aanmeldstops en ruimte in specifieke behandelingen met elkaar worden gedeeld. Verder heeft de Taskforce Wachtlijden een pilot gedraaid met de behandelmonitor, met als doel de behandelduur in de ggz terug te dringen en is er nagedacht over het terugdringen van de wachttijd voor autismespectrumstoornissen (ASS).

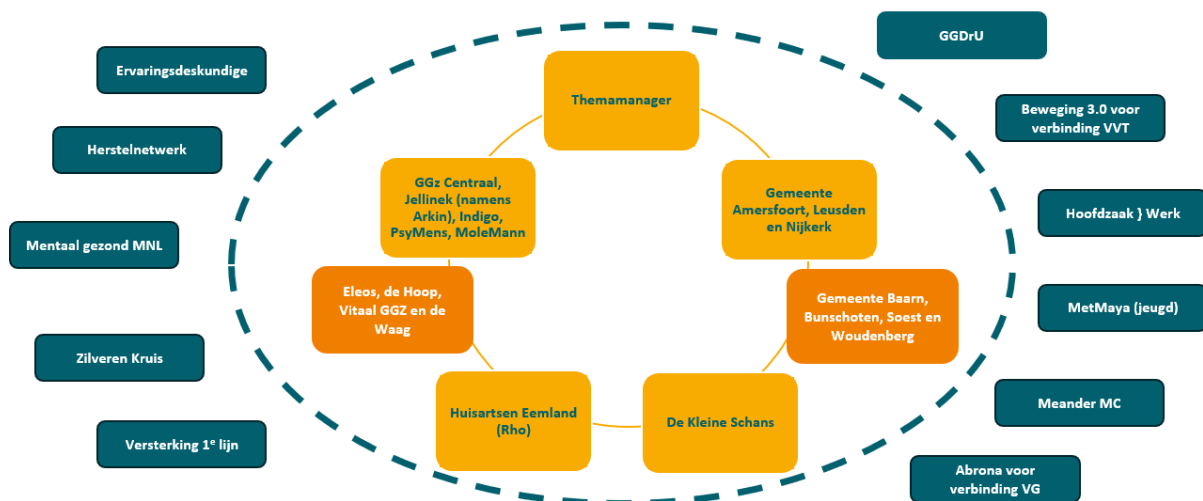
De gemeente Amersfoort is al lange tijd kartrekker van de transformatiewerkplaats psychische kwetsbaarheid. Aanbieders in het sociaal domein, ggz-organisaties, huisartsenzorg en andere betrokkenen op dit thema werken hier samen aan oplossingen voor knelpunten in de uitvoering. Vanuit de transformatiewerkplaats zijn de bemoeizorg teams BAS/JIT ontstaan en is ook de eerste aanzet gegeven om tot een Herstelnetwerk te komen. Het Herstelnetwerk kende in 2020 een onderzoeks- en ontwerpfase. In de loop van 2021 zijn de eerste stappen gezet om tot uitvoering in het Herstelnetwerk te komen. De samenwerking is inmiddels verbreed naar de andere gemeenten in Eemland.

Met het oprichten van Samen Sterker Eemland ontstond er een netwerk met de mogelijkheid om het medisch en het sociaal domein op het thema psychische kwetsbaarheid dichterbij elkaar te brengen. Dit was de reden om het Herstelnetwerk en de uitvoeringsagenda van de Taskforce Wachtlijden te verbinden in het thema psychische kwetsbaarheid en zo te richten op integrale samenwerking.

9.2 Samenwerking

In de samenwerking van de afgelopen jaren en in de opdracht van het IZA (de ontwikkeling van het mentaal gezondheidsnetwerk) ligt de nadruk op de samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsenzorg en ggz. Deze partijen zijn onderdeel van Samen Sterker Eemland. Om in de regio tot uitvoering te komen zoeken we verbinding met ziekenhuis, jeugdzorg, spoedzorg, preventie, verstandelijk gehandicaptenzorg, maatschappelijke opvang, versterking 1e lijn en wijksamenwerkingsverbanden. We nemen deze partijen mee in ontwikkelingen als complementaire ring in de governance (zie afbeelding 10). We richten ons in de samenwerking niet op woonplekken.

In het mentaal gezondheidsnetwerk moeten volgens de opdracht in ieder geval de kerninstelling ggz, de regionale huisartsenorganisatie en de mandaatgemeente vertegenwoordigd zijn. Deze partijen zijn onderdeel van Samen Sterker Eemland (zowel in bestuur als in de themagroepen). Het thema psychische kwetsbaarheid heeft een open karakter en biedt breed de mogelijkheid aan (ggz)organisaties buiten het netwerk om mee te doen in het mentaal gezondheidsnetwerk.



Afbeelding 10: themagroep, achterban en complementaire ring

9.3 Aantoonbare en gedeelde urgentie mentaal gezondheidsnetwerk

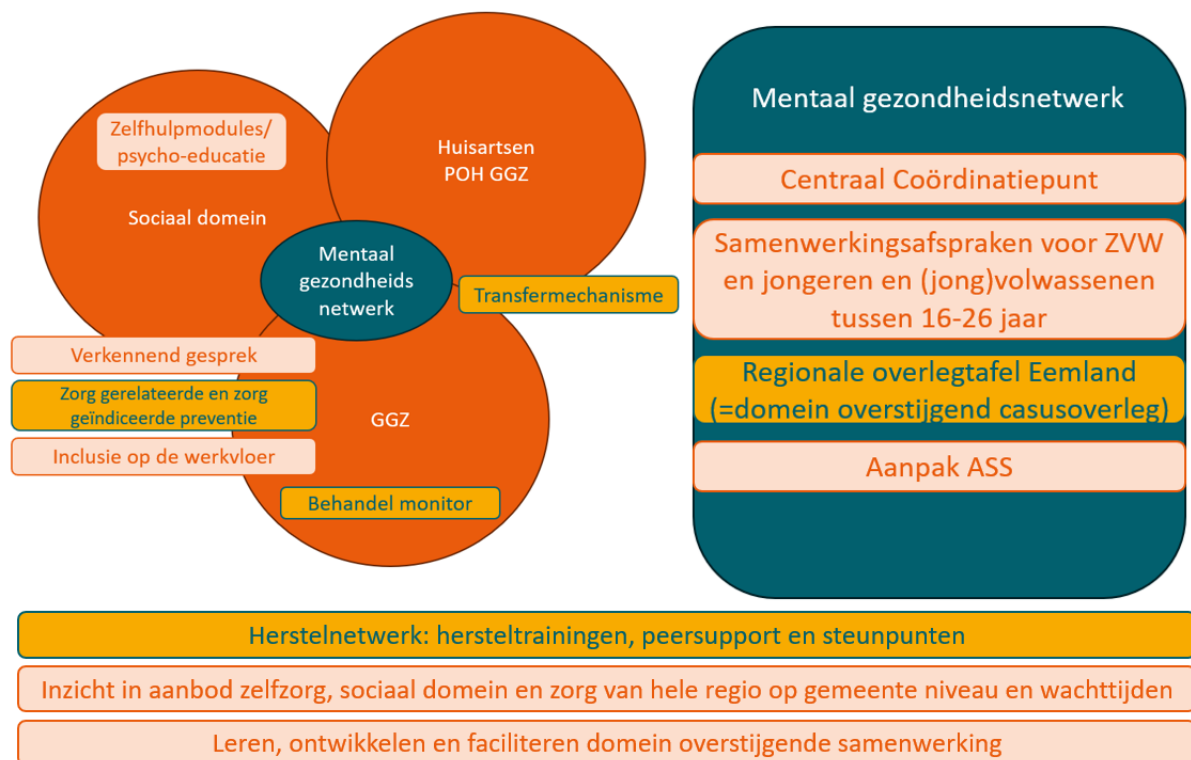
De langdurige samenwerking in de regio laat zien dat partijen in de regio een gedeelde urgentie ervaren in de transformatiegedachte van het IZA. Aanbieders in zorg en welzijn en zorgverzekeraars (met Zilveren Kruis als marktleider in deze regio) werken in het thema psychische kwetsbaarheid samen naar passende zorg in de regio. De beweging kan alleen in gang worden gezet met de gezamenlijke implementatiekracht van de betrokken partijen om impact in de gehele keten te realiseren. Er is brede participatie nodig, ook onder ggz-aanbieders omdat zij elkaar nodig hebben om de wachtlijstproblematiek op te lossen. Binnen Samen Sterker hebben de ggz-partners (Eleos, GGz Centraal, de Hoop ggz, Indigo, Jellinek (namens Arkin), MoleMann Mental Health, PsyMens, Vitaal GGZ en de Waag) zich verbonden in een convenant om uitvoering op de doelen van het thema psychische kwetsbaarheid te realiseren. Zij staan achter alle interventies die ontwikkeld worden in het mentaal gezondheidsnetwerk en nemen daaraan deel wanneer dit past bij de uitvoering. Zo zullen aanbieders van monodisciplinaire ggz zich richten op de uitvoering van het verkennend gesprek en zullen alle aanbieders (uitgezonderd de Waag) zich richten op de behandelmonitor. Dit stellen we per interventie met elkaar vast en is aangegeven in de usecases. Ggz-aanbieders die niet zijn aangesloten bij Samen Sterker Eemland, maar bijvoorbeeld wel bij de overlegtafel, worden in de uitvoering van het transformatieplan actief bevraagd om deel te nemen aan de uitvoering.

Het mentaal gezondheidsnetwerk wordt vastgelegd door de kerninstelling GGz Centraal, de regionale huisartsen organisatie Huisartsen Eemland en de mandaatgemeente Amersfoort. Sinds de zomer van 2024 lopen er bestuurlijke gesprekken om tot een overeenkomst voor het mentaal gezondheidsnetwerk te komen. De contractering van het mentaal gezondheidsnetwerk is opgenomen als KPI.

9.4 Wat is er nog nodig in regio Eemland?

In Amersfoort en in mindere mate in andere gemeenten in de regio (zie 9.1 huidige situatie) werken we al langere tijd samen op het thema psychische kwetsbaarheid. Met de komst van het IZA en naar aanleiding van het regiobeeld en regioplan hebben we de wens om bestaande initiatieven en goedwerkende (samenwerkings)structuren breder in te zetten in de regio. Dit vraagt op punten om een herziening, verbetering, brede uitrol of (door)ontwikkeling van voorzieningen. In afbeelding 11 is schematisch weergegeven hoe de voorzieningen en samenwerking in de regio eruit gaat zien:

- Groene tekst: Is er al, maar vraagt om uitbreiding of doorontwikkeling;
- Oranje tekst: Moet ontwikkeld worden;
- Mentaal gezondheidsnetwerk: Kader geeft aan wat er in het mentaal gezondheidsnetwerk georganiseerd wordt en de positie in de bloem hoe dit in verbinding staat met de andere interventies en voorzieningen;
- Horizontale balken: ondersteunend aan mentaal gezondheidsnetwerk.



Afbeelding 11: schematisch overzicht van gewenste voorzieningen en samenwerking in de regio

9.5 Visie op het mentaal gezondheidsnetwerk

Iedereen krijgt in het leven in meer of mindere mate te maken met psychische kwetsbaarheid. Op die momenten kun je een steuntje in de rug gebruiken. In regio Eemland ervaren inwoners met psychische problemen ruimte en mogelijkheden om met fysieke, emotionele, psychische en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Dit betekent dat inwoners elkaar kunnen vinden en ontmoeten, zij zelf aan de slag kunnen met mentale gezondheid en weerbaarheid of passende ondersteuning en/of zorg kunnen vinden als zij dit nodig hebben.

Wij ondersteunen inwoners om hun eigen oplossingen te vinden door wijk- en regiogerichte interventies en digitale interventies (zoals digitale zelfhulpmodules of lotgenotencontact) aan elkaar te verbinden en integraal samen te werken in het mentaal gezondheidsnetwerk. Het mentale gezondheidsnetwerk is een middel om samenwerking tussen het sociaal domein, ggz en huisartsenzorg te realiseren. In het thema is er speciale aandacht voor jongeren en (jong) volwassenen in de leeftijd 16 tot en met 26 jaar op het gebied van mentale gezondheid en weerbaarheid, met als doel om de overgang naar de volwassenenzorg te versoepelen. We willen dat alle mensen met een psychische kwetsbaarheid in regio Eemland van de samenwerkingsafspraken kunnen profiteren.

Als inwoners ondersteuning en/of zorg nodig hebben ervaren zij en hun naasten dat dit snel en op de juiste plek wordt opgepakt. Daardoor voorkomen we verergering van klachten en onnodige instroom in de zorg. Dit leidt ertoe dat inwoners een betere mentale gezondheid ervaren en ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek beschikbaar is. Om de richting van het thema psychische kwetsbaarheid te duiden zijn de leidende principes van SSE aangevuld:

- **Herstelvermogen van inwoners:** Herstel verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun leven opnieuw vorm en inhoud geven. Daarin kunnen naasten en de sociale omgeving van een inwoner ondersteunen. Herstelvermogen is de ontwikkeling van mensen 'voorbij dat wat hen kwetsbaar maakt'. Het verder kijken dan ziekte en onderzoeken wat mogelijkheden zijn. De invulling van de definitie van herstel kan per persoon verschillen. Herstel kan gaan over sociaal en maatschappelijk herstel en/of klinisch herstel. Zij kunnen niet los van elkaar gezien worden;
- **Normaliseren van levensvragen en psychische kwetsbaarheid:** Richt zich op het omgaan met het leven zoals dit loopt (wat vaak gewoon ingewikkeld is) en hier richting aan blijven geven, ondanks je kwetsbaarheid, om vastlopen te voorkomen;
- **Aansluiten op wat we al doen/uitbouwen van bestaande initiatieven:** Er zijn al veel goede initiatieven en (samenwerkings)structuren, die we willen (blijven) gebruiken. In de ontwikkelingen verstevigen we zoveel mogelijk wat er al is en zorgen ervoor dat de hele regio daar gebruik van kan maken. We richten ons dus niet per definitie op nieuwe ontwikkelingen;
- **Groepsaanbod organiseren:** We organiseren bij voorkeur groepsaanbod in het sociaal domein en de ggz om onderlinge verbinding tussen inwoners en daarmee contact te realiseren, waarin ook naasten betrokken kunnen worden.

9.6 Het mentaal gezondheidsnetwerk, inclusief vier verplichte functies

Het mentaal gezondheidsnetwerk geeft vorm en structuur aan de uitwerking van de ambitie die we in regio Eemland willen realiseren op het thema psychische kwetsbaarheid. Naast de vier verplichte functies zetten we binnen het mentaal gezondheidsnetwerk in op passende zorg. Daarnaast dient het mentaal gezondheidsnetwerk als basis voor de sporen sterk sociaal domein en de aanpak mentale gezondheid en weerbaarheid 16 tot en met 26 jaar. Dit netwerk kan in de toekomst worden uitgebreid en doorontwikkeld op basis van behoefte en capaciteit.

Het mentaal gezondheidsnetwerk wordt ingericht voor regio Eemland, maar kent periodieke afstemming en waar logisch of mogelijk samenwerking met het mentaal gezondheidsnetwerk van de U16. Hiervoor vindt maandelijks afstemming plaats.

9.6.1 Mentaal gezondheidsnetwerk

Het mentaal gezondheidsnetwerk ontwikkelen we in stappen. We begonnen begin 2025 met het projectplan samenwerkingsafspraken. Daarna ontwikkelen we een centraal coördinatiepunt waarbij we toewerken naar een centrale wachtrij voor de ggz inclusief informatievoorziening wachttijden. Door inzicht in de wachttijd krijgen inwoners zo snel mogelijk passende behandeling. Daarnaast is de ambitie om bij het centraal coördinatiepunt de begeleiding naar nazorg te beleggen en verbinding te maken met de regionale overlegtafel (domein overstijgende casusoverleg). Deze stappen zijn essentieel en onderdeel van de overeenkomst, inclusief begroting, om in het 1e kwartaal van 2026 het mentaal gezondheidsnetwerk te kunnen bekrachtigen met de zorgverzekeraars, waarin de kassier en de bekostiging volgens de betaaltitel 'patiënten groepsgebonden afstemming binnen ZVW-verzekerde zorg' (PGGAZ) is opgenomen. De kerninstelling GGz Centraal, de regionale huisartsenorganisatie Huisartsen Eemland en de mandaatgemeente Amersfoort dragen zorg voor de structurele uitvoering van het Mentaal gezondheidsnetwerk en organiseren de aansluiting van andere organisaties qua interventies en uitvoering. Daarom moet het mentaal gezondheidsnetwerk een herkenbare plek in de regio zijn voor alle vragen rondom mentale gezondheid. Hiermee voldoen we aan de landelijke richtlijn.

Informatievoorziening. In de informatievoorziening worden wachtlijsten en wachttijden transparant gemaakt voor professionals en inwoners, met als doel wachttijden, aantallen wachtenden en aantal verwijzingen naar de ggz inzichtelijk te maken. Dit verhoogt de informatiewaarde voor de regio voor zowel aanbieders, verwijzers als financiers. Landelijk wordt er een dashboard ontwikkeld dat naar verwachting in de 1^e helft van 2025 wordt opgeleverd. Daar sluiten we regionaal op aan met het centraal coördinatiepunt.

Het centraal coördinatiepunt vergroot de toegankelijkheid van de ggz voor inwoners met complexe ggz problematiek, door de coördinatie naar ggz-zorg weg te halen bij de huisarts en te beleggen op een centraal punt met een centrale wachtrij. Door inzicht in de wachttijden middels de informatievoorziening, kunnen inwoners die in de wachtrij voor ggz staan verwezen worden naar de organisatie met de kortste wachttijd. Daarmee benutten we de capaciteit in de regio optimaal. Stip op de horizon is om zo breed mogelijk ggz-organisaties aan te laten sluiten. In de toekomst is het logisch om je als professional te wenden tot het centraal coördinatiepunt als je een inwoner met een psychische kwetsbaarheid wil verwijzen naar de juiste plek voor zorg en/of ondersteuning. Of dit nu is voor aanbod binnen het sociaal domein in de eigen gemeente, het Herstelnetwerk, een verkennend gesprek, de overlegtafel, behandeling of voor nazorg na behandeling. Bij het centraal coördinatiepunt worden ook de samenwerkingsafspraken, inzicht in het aanbod in de regio en communicatie over normaliseren van een psychische kwetsbaarheid belegd.

Verkenkend gesprek. Is een gesprek waarin een inwoner met een hulpvraag op het gebied van mentale gezondheid, samen met professionals uit het sociaal domein en de ggz, tot een plan komt om met die vraag om te gaan. Inwoners met psychische klachten en problemen op andere levensgebieden (met uitzondering van acute problemen en/of waar op voorhand zekerheid bestaat wat voor zorg passend is bij de problematiek) voor wie een eendimensionale aanpak met zorg of ondersteuning naar verwachting niet volstaat, komen voor dit gesprek in aanmerking. De huisarts kan naar dit gesprek verwijzen, overeenkomstig de landelijke werkwijze. We starten op beperkte schaal met het verkennende gesprek omdat de regionale overlegtafel en welzijn op recept goed loopt in regio Eemland, waardoor afbuiging naar het sociaal domein al gerealiseerd wordt. Tijdens de testfase voert de inwoner (en eventuele naaste) het verkennend gesprek met een ervaringsdeskundige van het Herstelnetwerk en een ggz-professional. We kiezen hiervoor

omdat de ervaringsdeskundige in alle gemeenten samenwerken met welzijnsorganisaties en lokale teams. Daarnaast organiseren de ervaringsdeskundigen lotgenotencontact en werken zij herstelgericht. Het verkennend gesprek wordt in principe digitaal aangeboden, en fysiek als de situatie daarom vraagt. Positieve gezondheid en de herstelvisie vormen het fundament voor het te voeren gesprek met als startvraag: *“Waar moet het wat u betreft vandaag over gaan?”* We volgen de landelijke richtlijn in duur (1 uur met zo nodig een vervolgesprek), planning (inwoners kunnen binnen twee weken terecht) en vervolg (inwoners krijgen een advies, dat ook gedeeld wordt met de huisarts).

Regionale overlegtafel (=domein overstijgend casusoverleg). De overlegtafel is sinds 2020 een goed lopend casusoverleg. Op basis van een effectmeting ten aanzien van bereik en verwijzingen wordt een plan van aanpak voor verbetering opgesteld. Daarin is specifiek aandacht voor casussen ingebracht door ggz-organisaties om meer uitstroom te realiseren, maar ook om het sociaal domein in alle gemeenten bekend te maken met de overlegtafel en de mogelijkheid om casussen te bespreken. Door een herziening en brede implementatie van de samenwerkingsafspraken weten professionals in overdrachtsmomenten of in parallelle behandeling/ondersteuning hoe zij de samenwerking of overgangen soepel kunnen laten verlopen.

Transfermechanisme. Eemland heeft een maandelijks transferoverleg waarin ggz-aanbieders actuele wachttijden en bijzonderheden bespreken. Na de ontwikkeling van het mentaal gezondheidsnetwerk willen we in 2026 een aanpak ontwikkelen met de zorgverzekeraar waarin aanbieders in regio Eemland vraag en aanbod bij elkaar kunnen brengen als verbetering van het huidige transfermechanisme. De aanpak sluit aan op de informatievoorziening en geeft inzicht in de knelpunten en de beschikbare capaciteit in de regio, zodat hier adequaat op kan worden ingespeeld.

Aanpak ASS. In de Taskforce wachttijden is een advies geformuleerd om vervolg te geven aan een aanpak ASS, omdat de wachttijden voor deze diagnosegroep in de regio lang zijn. Voor deze specifieke groep wordt een aanpak opgesteld om de wachttijd te verkorten en waar mogelijk inzet van ggz te voorkomen.

Behandelmonitor. In de Taskforce wachttijden is er een pilot gedaan waarin een behandelmonitor is ontwikkeld die als doel heeft de behandelduur te verlagen en de uitstroom in de ggz te verhogen. In de pilotfase is er een monitor ontwikkeld voor de diagnosegroepen angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Dit blijkt een krachtig instrument met een aanzienlijk effect op het terugdringen van de behandelduur. In Eemland willen we de inzet van de behandelmonitor uitbreiden door de monitor voor ten minste 6 diagnosegroepen in te richten. Daarnaast willen we de behandelmonitor bij ten minste 6 ggz-organisaties implementeren.

9.6.2 Sterk sociaal domein

Het spoor sterk sociaal domein wordt ingevuld door vrij toegankelijke zelfhulpmodules en psycho-educatie, het Herstelnetwerk en een uitbreiding van deelnemers aan het programma Hoofzaak } werk.

Zelfhulpmodules en psycho-educatie. Zelfhulpmodules en psycho-educatie worden nu op verschillende manieren door verschillende organisaties aangeboden. We werken toe naar regionaal indicatievrij toegankelijk aanbod. Daarbij maken we gebruik van wat er al is en trekken

we samen op. Op de website van het mentaal gezondheidsnetwerk brengen we de mogelijkheden voor zelfhulp samen.

Herstelnetwerk. Het Herstelnetwerk richt zich op hersteltrainingen en lotgenotencontact, inloopmogelijkheden en steunpunten. In 2026 wordt in elke gemeente een basisaanbod aangeboden, waarvoor in 2025 proeven worden gedaan om dit basisaanbod af te stemmen op de behoeften van de gemeenten. Het Herstelnetwerk kent daarom nog een groei. Het herstelnetwerk werkt in verbinding met het welzijnsaanbod, zodat het kan aansluiten op herstelactiviteiten. Inwoners kunnen op eigen initiatief terecht bij het Herstelnetwerk of erop geattendeerd worden door professionals. Inwoners die op de wachtlijst staan voor ggz-zorg worden ook op aanbod in het Herstelnetwerk gewezen. In 2025 wordt er een effectmeting gedaan en werken we toe naar structurele organisatie en bekostiging.

Hoofdzaak } Werk. Hoofdzaak } Werk heeft als doel duurzame toeleiding naar werk van mensen met een psychische kwetsbaarheid. In 2026 en 2027 willen we het aantal deelnemers laten toenemen van 100 nu, naar 150 in 2026 en 200 in 2027.

9.6.3 Mentale gezondheid en weerbaarheid 16 tot en met 26 jaar

In het regiobeeld, maar vooral in de praktijk blijkt specifieke aandacht voor deze groep noodzakelijk. Het speelveld voor deze groep is breder doordat ook jeugdzorg en onderwijs een rol spelen in het leven van jongeren en jongvolwassenen. Daarnaast voelen niet alle jongeren zich op hun plek in het aanbod voor 18+ en vragen zij om een andere benadering dan regulier geboden wordt. In de regio heeft iedereen aanbod ingericht vanuit zijn eigen kader, jeugdzorg/WMO/ZVW, maar daadwerkelijke samenwerking ontbreekt door gebrek aan inzicht in het aanbod voor deze groep over de domeinen heen.

Inzicht in aanbod en samenwerkingsafspraken. Inzicht in aanbod en afspraken in samenwerking zorgen ervoor dat de groep tussen 16 en 26 jaar gerichter zorg en/of ondersteuning kan krijgen passend bij hun vraag. Dit doen we met relevante stakeholders (breder dan aangesloten binnen Samen Sterker Eemland). Daarvoor is de 1^e stap om die stakeholders in kaart te brengen. Om de overgang naar volwassenheid zo soepel mogelijk te laten verlopen zorgen we voor continue ondersteuning voor jongeren die in zorg zijn voordat zij 18 worden.

Zorg gerelateerde en zorg geïndiceerde preventie. 1 op de 4 jongeren heeft een ouder met psychiatrische of verslavingsproblematiek (KOPP/KOV). Momenteel is er geen toereikend preventieaanbod voor deze groep in de regio. Dit aanbod willen we uiterlijk 2027 realiseren.

In het transformatieplan nemen we een arbeidsmarktvraagstuk op dat voorkomt uit de gesprekscyclus cruciale ggz, zodat we de inzetbaarheid van professionals in de ANW- regeling kunnen faciliteren.

9.7 Governance en borging mentaal gezondheidsnetwerk

De kerninstelling GGz Centraal, de regionale huisartsenorganisatie Huisartsen Eemland, en mandaatgemeente Amersfoort komen in 2025 tot een passende, vastgelegde governancestructuur. Het Mentaal gezondheidsnetwerk wordt opgezet met als doel om een duurzame voorziening te realiseren. Ook na afloop van de IZA periode houdt het Mentaal gezondheidsnetwerk stand. Dit borgen we door de governance toekomstbestendig te realiseren, waarbij we gebruik gaan maken van

de domeinoverstijgende betaaltitel PGGAZ. De PGGAZ zetten we in voor het regelen van de infrastructuur en de coördinatie, binnen de governance van het mentaal gezondheidsnetwerk.

9.8 Leren en ontwikkelen

Psychische kwetsbaarheid kent een aanvullende aanpak voor leren en ontwikkelen ten opzichte van de aanpak die in de voorgaande hoofdstukken is beschreven. Om het mentaal gezondheidsnetwerk zo goed mogelijk te laten functioneren, willen we zoveel mogelijk organisaties in de regio de mogelijkheid geven om zich aan te sluiten bij de ontwikkelingen. De ontwerpfasen van de usecases worden uitgevoerd door partijen die betrokken zijn in SSE. In de afronding van de ontwerpfase organiseren we regiobrede (digitale) bijeenkomsten om geïnteresseerde organisaties te betrekken en de kans te geven om te reageren op het ontwerp. Daarop volgt de mogelijkheid om actief bij de opschaling betrokken te worden. In de opschaling zullen we in korte cycli evalueren en waar nodig bijstellen. Dit doen we door professionals in de test- en opschalingsfase de mogelijkheid te geven om maandelijks aan te sluiten op digitale leer en ontwikkelbijeenkomsten, waarin aandacht is voor:

- Aanvullende uitleg over een interventie;
- Feedback over gebruik van de interventie;
- Knelpunten/verbetervoorstellen ten aanzien van de interventie.

Om van het mentaal gezondheidsnetwerk een herkenbare plek te maken, ontwikkelen we een e-Learning voor zorg- en welzijnsprofessionals. De e-Learning neemt ze mee in de visie van het mentale gezondheidsnetwerk, geeft uitleg over de (te ontwikkelen) functies en laat zien waar ze welke informatie kunnen vinden, hoe de evaluatie en borging van interventies georganiseerd is en hoe inwoners naar het mentaal gezondheidsnetwerk toe geleid worden. Zo laten we (toekomstige) professionals kennis maken met het mentaal gezondheidsnetwerk Eemland. Daarnaast vindt scholing plaats voor professionals die uitvoering geven aan het verkennend gesprek.

9.9 Bekostiging

Voor de bekostiging van dit plan zijn IZA transformatiemiddelen nodig. Deze middelen worden besteed aan transformatieactiviteiten zoals de bemensing in de werkgroepen, de opstart van voorzieningen en de opschaling naar de regio. De IZA transformatiemiddelen die gemoeid zijn met dit plan zijn niet bedoeld voor reguliere exploitatiekosten maar specifiek voor investeringen die bijdragen aan de transformatie en verduurzaming van de zorg. Het betreft frictiemiddelen die gebruikt worden voor incidentele kosten. Vanaf het moment dat het mentaal gezondheidsnetwerk is vastgelegd met de zorgverzekeraar gaan we gebruik maken van de PGGAZ voor dit netwerk. De bekostiging die daarvoor nodig geacht wordt zal tijdig met de zorgverzekeraar worden besproken. Voor het verkennend gesprek zullen de ggz-aanbieders die het verkennend gesprek gaan uitvoeren zich richten tot de zorgverzekeraar voor een vergoeding van de gesprekken. Deze aanvraag omvat ook financiering die nodig is voor de inzet van het Herstelnetwerk en om deelname aan het verkennend gesprek vanuit het sociaal domein te realiseren.

9.10 Impactanalyse

De ontwikkeling van het mentaal gezondheidsnetwerk en bijbehorende functies zorgen ervoor dat inwoners steeds vaker zelf aan de slag kunnen in hun eigen omgeving als zij in meerdere of mindere mate te maken krijgen met een psychische kwetsbaarheid. Hiermee voorkomen we zorg en doen we

een beroep op het sociaal domein. In deze analyse laten we per interventie zien waar we impact verwachten.

9.10.1 Zelfhulpmodules en psycho-educatie

Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Inwoners ervaren meer eigen regie	Deelname zonder stigma en anoniem; groter bereik van doelgroep; mist sociale steun en groepsdynamiek; eenzaam	Inwoners kunnen zelf aan de slag, zonder verwijzing in de eigen omgeving	Inwoners ervaren een verbeterde mentale gezondheid
Kwaliteit	Toegang tot digitale zelfzorg	24/7 beschikbaar; bewezen effectief; risico van verkeerde interpretatie	Meer inwoners hebben toegang tot ondersteuning	Hulp en ondersteuningsvragen van inwoners worden snel beantwoord op de juiste plek
Kosten	Meer structurele kosten voor gemeenten	Minder inzet lokale teams; minder inzet PPOH-GGZ per cliënt; minder inzet ggz per cliënt; minder kosten in ZVW	Inwoners met een psychische kwetsbaarheid maken minder vaak gebruik van ondersteuning en/of zorg	Wachttijden ggz en de groei van de zorgvraag in de ggz neemt af
Werkplezier	Verhoging inzet digitale middelen	Inzet digitale zorg POH-GGZ neemt toe; Inzet digitale zorg in ggz neemt toe	Inwoners doen minder snel een beroep op professionals in zorg en welzijn	Er ontstaat ruimte voor cliënten met meer complexe problematiek

Afbeelding 12: Impact van inzet zelfhulpmodules en psycho-educatie

9.10.2 Herstelnetwerk

In het Herstelnetwerk organiseren we hersteltrainingen, lotgenotencontact, inlooptmogelijkheden en steunpunten.

Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Meer eigen regie	Empowerment; meer vaardigheden om het eigen leven vorm te geven; minder stigma; zingeving; sociale contacten, verbinding met anderen; dagbesteding (vrijwilligers)werk; hoop voor de toekomst; meer zelfvertrouwen	Inwoners kunnen zelf aan de slag zonder verwijzing in de eigen omgeving	Inwoners ervaren een verbeterde mentale gezondheid; inwoners ervaren een verhoogde kwaliteit van leven
Kwaliteit	Direct ondersteuning voor inwoners	Vermindering van klachten, de-escaleren van klachten; (toeleiding naar) juiste ondersteuning	Normaliseren van psychische problemen en levensvragen; inwoners kunnen eerder gebruik maken van voorzieningen, geen wachttijd	Ondersteuningsvragen van inwoners worden snel beantwoord op de juiste plek
Kosten	Structurele kosten voor het Herstelnetwerk	Minder inzet POH-GGZ/huisarts; Minder inzet ggz; Minder zorggebruik in de ZVW; Minder ondersteuning lokale teams en begeleiding	Inwoners met een psychische kwetsbaarheid maken minder (vaak) gebruik van zorg en/of ondersteuning; minder gebruik van dure/formele zorg	Groei van zorgvraag in de ggz neemt af; lagere kosten in ZVW door verschuiving van kosten van medisch naar sociaal domein
Werkplezier	Meer instroom in sociaal domein (Herstelnetwerk en welzijn)	Verhoging werkdruk in welzijnswerk	Inwoners doen een groter beroep op professionals in het welzijnswerk	Er ontstaat ruimte in de zorg voor cliënten met complexe problematiek

Afbeelding 13: Impact van herstelnetwerk

9.10.3 Mentale gezondheid en weerbaarheid 16 tot en met 26 jaar

We organiseren samenwerking tussen jeugdzorg, sociaal domein, ggz en huisartsenzorg voor deze specifieke groep, waarbij ook aandacht is voor informele zorg en lotgenotencontact door het maken van afspraken en inzicht te realiseren in aanbod en de effectiviteit van het aanbod.



Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Jongeren vallen niet tussen wal en schil maar ervaren doorlopende ondersteuning; Inzicht in aanbod zorgt voor eigen regie en autonomie	Afname moedeloosheid; klachten verergeren niet in de overgang naar volwassenheid; toename tevredenheid over zorg en/of ondersteuning; toename vaardigheden om eigen leven vorm te geven; empowerment; lotgenotencontact, verbinding met anderen	Jongeren en (jong)volwassenen: 1) maken gebruik van passend aanbod; 2) voelen zich minder eenzaam; 3) ervaren toename van zelfredzaamheid	Jongeren en (jong) volwassenen ervaren een verbeterde mentale gezondheid
Kwaliteit	Jongeren rond de 17 jaar vinden direct de juiste zorg en/of ondersteuning; aanbod is inzichtelijk (jeugd, ggz, sociaal domein)	Zorg en/of ondersteuning wordt passend bij de vraag aangeboden; vermindering van klachten; meer zicht op effectiviteit van interventies; aanbod wordt optimaal gebruikt (fysiek en digitaal)	Normaliseren van psychische problemen en levensvragen; jongeren en (jong)volwassenen kunnen eerder gebruik maken van voorzieningen	Er wordt passende zorg en/of ondersteuning geboden aan jongeren en (jong)volwassenen; vragen worden snel beantwoord op de juiste plek
Kosten	Dubbel werk voorkomen	Afname aantal afspraken; gebruik maken van elkaars onderzoek; voorkomen van onnodige/oneigenlijke inzet van zorg en/of ondersteuning; toename inzet in sociaal domein; afname inzet POH-Jeugd/POH-GGZ en huisarts	Jongeren en (jong)volwassenen maken minder gebruik van (specialistische) hulpverlening of dure/formele zorg; Minder ouders met problemen bij POH-GGZ door snellere zorg voor jeugd; Minder inzet van ZVW zorg in volwassenheid	Wachttijden ggz en de groei van de zorgvraag in de ggz neemt af; lagere kosten in ZVW door verschuiving van kosten van medisch naar sociaal domein; meer ruimte in de zorg voor cliënten met complexere problematiek
Werkplezier	Professionals weten met welke andere aanbieders zij te maken hebben; er is zicht op het aanbod in de regio	Professionals kunnen elkaar vinden en zijn op de hoogte van het aanbod, weten waar ze terecht kunnen voor consultatie en kennen hun taken en verantwoordelijkheden; verhoging van werkdruk in het sociaal domein	Professionals kunnen meteen verwijzen naar de juiste plek voor passende zorg en/of ondersteuning; werkplezier neemt toe door verbeterde samenwerking	Professionals ervaren korte lijnen in de samenwerking en een afname van de versnippering in het aanbod in de regio

Afbeelding 14: Impact van samenwerkingsafspraken en inzicht in aanbod voor inwoners van 16 t/m 26 jaar

9.10.4 Zorg gerelateerde en zorg geïndiceerde preventie

Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Meer eigen regie en autonomie	Verhoging kanselijkheid; lotgenotencontact, sociale steun; toename vaardigheden om leven vorm te geven	Meer jeugd, jongeren en (jong)volwassenen hebben toegang tot specifieke preventieprogramma's;	Verbeterde mentale gezondheid en weerbaarheid bij jongeren en (jong)volwassenen
Kwaliteit	Aanbod toegankelijk voor de hele regio	Specifiek aanbod, zoals KOPP/KOV is voor iedereen toegankelijk; aangeboden interventies zijn bewezen effectief; vermindering van klachten	Normaliseren van psychische problemen en levensvragen; jeugd, jongeren en (jong)volwassenen kunnen eerder gebruik maken van voorzieningen, geen wachttijd	Jongeren en (jong)volwassenen met een verhoogd risico op psychische klachten of verslaving krijgen de juiste zorg en/of ondersteuning; capaciteit in de keten wordt optimaal benut
Kosten	Efficiëntere inzet van het aanbod	Door regionaal aanbod minder ontwikkelingskosten; voorkomen van zorginzet op de middellange en lange termijn	Inwoners maken minder (vaak) gebruik van zorg en/of ondersteuning	Wachttijden ggz en de groei van de zorgvraag in de ggz neemt af; meer ruimte in de zorg voor cliënten met complexere problematiek
Werkplezier	Aanbod inzichtelijk	Professionals kunnen verwijzen naar de juiste plek	Toename werkplezier en kwaliteit professionals door verbeterde samenwerking in de regio	Professionals ervaren korte lijnen in de samenwerking en een afname van de versnippering in het aanbod in de regio

Afbeelding 15: Impact van zorg gerelateerde en zorg geïndiceerde preventie

9.10.5 Mentaal gezondheidsnetwerk

Het mentaal gezondheidsnetwerk omvat verschillende (verplichte) functies waarvan niet alle impact uit te drukken is in getallen, daarom worden de samenwerkingsafspraken, het centraal coördinatiepunt, de regionale overlegtafel en het verkennend gesprek meegenomen in de impactanalyse.



9.10.6 Samenwerkingsafspraken

Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Inwoners kunnen sneller terecht voor de juiste zorg en/of ondersteuning, ook na behandeling	Voorkomen verergering van klachten; toename tevredenheid over zorg en/of ondersteuning	Inwoners maken gebruik van passend aanbod bij hun hulp of ondersteuningsvraag	Inwoners ervaren een verbeterde mentale gezondheid
Kwaliteit	Regionale afspraken over in-, door- en uitstroom in zorg en ondersteuning; Samen optrekken in zorg/ondersteuning door mogelijkheid parallelle inzet	Zorg en/of ondersteuning wordt passend bij de vraag aangeboden; Inwoners met meer complexe problematiek krijgen sneller zorg	Inwoners maken gebruik van passend aanbod bij hun hulpvraag	Optimaal benutten van de capaciteit in de keten
Kosten	Voorkomen van onnodige/oneigenlijke zorg en/of ondersteuning	Inkorten behandelingen in de ggz door uitstroom mogelijkheid; Afname ZVW voor ggz	Inwoners maken minder lang gebruik van specialistische ggz	Wachttijden in de ggz nemen af; er ontstaat meer ruimte voor inwoners met complexere problematiek
Werkplezier	Professionals en organisaties weten we wie ze te maken hebben, wie waarvoor verantwoordelijk is, hoe er doorverwezen en samengewerkt kan worden	Professionals hebben meer en makkelijker contact met andere organisaties ook buiten hun eigen domein	Professionals kunnen meteen verwijzen naar de juiste plek voor passende zorg en/of ondersteuning; werkplezier neemt toe door verbeterde samenwerking	Professionals ervaren korte lijnen in de samenwerking en een afname van de versnippering in het aanbod van de regio

Afbeelding 16: Impact van samenwerkingsafspraken ZVW 18+

9.10.7 Centraal coördinatiepunt (inclusief informatievoorziening)

In het centraal coördinatiepunt organiseren we een centrale wachtlijst voor de ggz en organiseren we inzicht in wachttijden voor professionals en inwoners, door middel van de informatievoorziening en organiseren we mogelijkheden voor nazorg.

Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Inwoners kunnen sneller terecht voor de juiste zorg; inwoners kunnen sneller terecht voor ondersteuning na behandeling; Inwoners hebben inzicht in wachttijden	Toename eigen regie; meer zelfvertrouwen	Inwoners maken gebruik van passend aanbod en ervaren een toename van zelfvertrouwen	Inwoners ervaren een verbeterde mentale gezondheid
Kwaliteit	Inzicht in wachttijd; voorkomen van onjuiste verwijzingen; inwoners worden op kortst mogelijke termijn geholpen	Minder overbruggingszorg door POH-GGZ/huisarts; meer aandacht voor nazorg; vermindering van klachten	Inwoners kunnen eerder gebruik maken van ggz-zorg	Afname wachttijd ggz
Kosten	Voorkomen complexere ggz zorg	Afname inzet POH-GGZ/huisarts; afname kosten in ZVW door snellere inzet van zorg	Inwoners maken minder (vaak) gebruik van zorg	Meer ruimte in de ggz voor inwoners met meer complexe problematiek
Werkplezier	Professionals weten met wie ze te maken hebben in de regio; professionals hebben inzicht in wachttijden	POH-GGZ en huisarts ervaren minder werkdruk door afname overbruggingszorg	Werkplezier neemt toe door verbeterde samenwerking; Professionals kunnen meteen verwijzen naar de juiste plek voor passende zorg	Professionals ervaren korte lijnen in de samenwerking en een afname van de versnippering in het aanbod van de regio

Afbeelding 17: Impact van centraal coördinatiepunt



9.10.8 Regionale overlegtafel (= domein overstijgend casuoverleg)

Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Inwoners kunnen sneller terecht voor de juiste zorg en/of ondersteuning, ook na behandeling	Voorkomen verergering van klachten; toename tevredenheid over zorg en/of ondersteuning	Inwoners maken gebruik van passend aanbod bij hun hulp of ondersteuningsvraag	Inwoners ervaren een verbeterde mentale gezondheid
Kwaliteit	Voorkomen van onjuiste verwijzingen; toegang tot regionale doorzettingsmacht (hoog complexe tafel); inzet op uitstroom ggz	Zorg en/of ondersteuning wordt passend bij de vraag aangeboden	Normaliseren van psychische problemen en levensvragen; inwoners maken gebruik van passende zorg en/of ondersteuning	Zorg en/of ondersteuningsvragen worden snel beantwoord op de juiste plek
Kosten	Voorkomen van onnodige/oneigenlijke zorg en/of ondersteuning; toename in toeleiding naar Herstelnetwerk; toename verwijzingen naar lokale teams/welzijn	Afname doorverwijzingen in de ggz; toename kosten in sociaal domein (welzijn, lokale teams, Herstelnetwerk); Afname behandelduur in ggz	Inwoners met een psychische kwetsbaarheid maken minder (vaak) gebruik van (duurdere) zorg; Inwoners maken vaker gebruik van ondersteuning in het sociaal domein	Groei van zorgvraag in de ggz neemt af; lagere kosten door verschuiving van kosten van medisch naar sociaal domein; er ontstaat ruimte in de ggz voor inwoners met complexe problematiek
Werkplezier	Professionals krijgen advies/consultatie over specifieke cases; Meer instroom in sociaal domein (Herstelnetwerk en lokale teams)	Professionals kunnen vaker zelf ondersteuning en/of zorg blijven geven; Verhoging werkdruk bij lokale teams; professionals kunnen van elkaar leren; ontwikkelen vaardigheden	Inwoners doen een groter beroep op professionals van lokale teams; professionals ervaren meer autonomie en werkplezier	Professionals ervaren korte lijnen in de samenwerking en een afname van de versnippering in het aanbod van de regio

Afbeelding 18: Impact van regionale overlegtafel

9.10.9 Verkennend gesprek

Impact op	Directe gevolgen	Indirecte gevolgen	Proximale outcome	Distale outcome
Populatie	Meer eigen regie en autonomie	Empowerment; meer vaardigheden om het eigen leven vorm te geven; minder stigma; zingeving; verbinding met anderen; hoop voor de toekomst; meer zelfvertrouwen	Inwoners hebben regie in het beantwoorden van hun hulpvraag	Inwoners ervaren een verbeterde mentale gezondheid; inwoners ervaren een verhoogde kwaliteit van leven
Kwaliteit	Ondersteuning is gericht op de hulpvraag van inwoners; verkennend gesprek wordt snel ingezet (streven is binnen 2 weken na aanmelding)	Vermindering van klachten, de-escaleren van klachten; (toeleiding naar) juiste ondersteuning en/of zorg	Normaliseren van psychische problemen en levensvragen; inwoners kunnen eerder gebruik maken van voorzieningen, beperkte wachttijd	Ondersteuningsvragen van inwoners worden snel beantwoord op de juiste plek
Kosten	Toename inzet WMO en welzijn door afbuiging na verkennend gesprek; structurele kosten voor inzet verkennend gesprek vanuit de WMO; meerkosten in ZVW voor verkennend gesprek	Afname inzet ggz; afname behandelingen in specialistische ggz; minder inzet POH-GGZ met betrekking tot overbruggingszorg; Minder inzet in ggz door combinatie inzet sociaal domein; vervolghulp niet altijd nodig; toename inzet lokale teams, welzijn en Herstelnetwerk	Inwoners met een psychische kwetsbaarheid maken minder (vaak) gebruik van zorg en/of ondersteuning; minder gebruik van dure/formele zorg	Groei van zorgvraag in de ggz neemt af; lagere kosten door verschuiving van kosten van medisch naar sociaal domein
Werkplezier	Meer instroom in welzijn, lokale teams en Herstelnetwerk	Verhoging van werkdruk in welzijnswerk en bij lokale teams	Inwoners doen een groter beroep op professionals in het welzijnswerk	Er ontstaat ruimte in de zorg voor cliënten met complexe problematiek

Afbeelding 19: Impact van verkennend gesprek