



Transformatieplan Waardig Ouder Worden

16 september 2025

Inhoudsopgave

1

Achtergrond, aanleiding en relatie met andere coalities

2

Ambitie, doelen en scope

3

Proposities, initiatieven, Ist – Soll – Gap analyse en Acties

4

Veranderaanpak

5

Impactanalyse

6

Financiële businesscase & Begroting

7

Mijlpalenplanning

8

Governance

1. Achtergrond en aanleiding

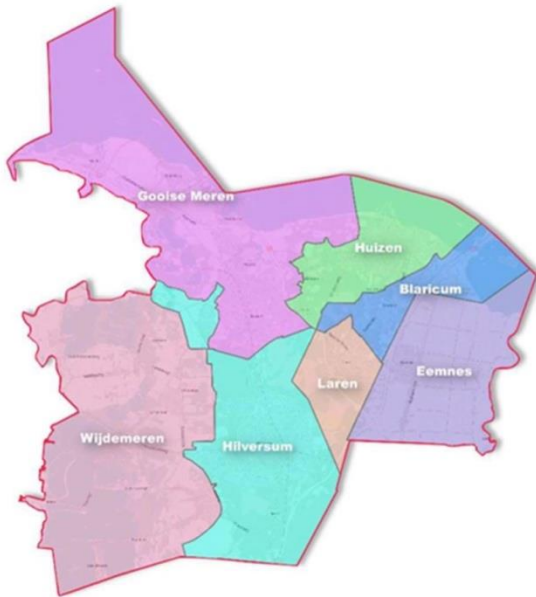
De ouderenzorg in de regio Gooi en Vechtstreek staat onder grote druk. Met dit transformatieplan werken we aan Waardig ouder worden: een gezamenlijke opdracht van inwoners, professionals in zorg en welzijn en gemeenten. De nadruk ligt op preventie en activerende ondersteuning, zodat ouderen zoveel mogelijk hun zelfstandigheid behouden en de zorg toegankelijk blijft voor wie deze echt nodig heeft.

1. Aanleiding

Samenwerkingsnetwerk Gezond Gooi

Om samen te werken aan onze gezonde regio is Gezond Gooi opgericht; een samenwerkingsnetwerk uit verschillende zorg- en ondersteuningspartijen uit de 7 gemeenten. Binnen dit netwerk sluiten diverse professionele partners aan: huisartsen, fysiotherapeuten, ziekenhuis, diëtisten, apothekers, medisch specialisten, organisaties in de ouderenzorg, instanties voor geestelijke gezondheidszorg, zorgverzekeraars, gemeentelijke diensten, en sociaal werkers.

Door deze samenwerking wordt gezond leven, welzijn en zorg op elkaar afgestemd, wat leidt tot een integrale benadering van gemeenschapzorg.



Gemeente	Aantal inwoners
Gooise Meren	61.003
Huizen	41.196
Blaricum	12.947
Eemnes	9.927
Laren	11.474
Hilversum	94.393
Wijdemeren	24.670

1. Aanleiding

Onze opgave in de regio Gooi en Vecht

Uit het regiobeeld zijn een aantal uitdagingen naar voren gekomen die spelen binnen de regio Gooi en Vechtstreek. Deze uitdagingen zijn tijdens de heidagen aangevuld en aangescherpt door de werkgroepleden. Er wordt bij de opgestelde transformaties later in dit document een verbinding gelegd met deze uitdagingen.



De beweging **Waardig Ouder Worden (WOW)** sluit aan bij de regionale uitdagingen in de Gooi en Vechtstreek. Onze regio kent een groot aandeel ouderen, wat leidt tot meer leeftijdsgebonden gezondheidsproblemen zoals chronische ziekten, mobiliteitsproblemen en eenzaamheid. Daarnaast is er een hoge prevalentie van aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en COPD, die langdurige zorg en ondersteuning vragen. Ook psychische klachten, zoals depressie en angst, komen veel voor. Dit alles zorgt voor een toenemende en complexe zorgvraag, die het huidige systeem steeds zwaarder belast. Met WOW zetten we in op een fundamentele verandering, zodat ouderen zelfstandig en betekenisvol kunnen blijven leven met passende ondersteuning en de zorg toegankelijk blijft voor wie het echt nodig heeft.



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage



1.1 Inleiding

Waardig Ouder Worden (WOW) is de regionale beweging waarin gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en inwoners samenwerken aan toekomstbestendige ouderenzorg. De beweging sluit aan bij het regioplan Gezond Gooi en vertaalt de brede visie van Positieve Gezondheid naar de praktijk.

De kern van WOW is het ondersteunen van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig, betekenisvol en met passende ondersteuning te leven. Daarbij staat de levensloopbenadering centraal: niet wachten tot er problemen zijn, maar tijdig werken aan vitaliteit, sociale netwerken en passende ondersteuning.

WOW richt zich niet op het ontwikkelen van nieuwe pilots, maar op het opschalen, verbinden en borgen van bewezen initiatieven. Hiermee ontstaat een duurzame verandering in de regio: van versnipperde projecten naar één samenhangende beweging die direct bijdraagt aan de IZA-doelstellingen.

1.2 | Urgentie Transformatieplan WOW

De ouderenzorg in de regio Gooi en Vechtstreek staat onder toenemende druk. Dit wordt onderstreept door een samenloop van demografische, maatschappelijke en systeemgerelateerde ontwikkelingen die een onhoudbare situatie creëren:

Demografische ontwikkeling

De regio kent een enorme dubbele vergrijzing. Tot 2040 stijgt het aantal 65-plussers met 27% en het aantal 80-plussers zelfs met 65%. Dit betekent concreet dat er 15.000 extra ouderen in onze regio zullen wonen. Deze demografische verschuiving leidt niet alleen tot een stijgende zorgvraag, maar ook tot complexere zorgvragen van kwetsbare ouderen met meervoudige problematiek.

Afname van mantelzorgpotentieel

Terwijl de zorgvraag explosief toeneemt, halveert het mantelzorgpotentieel tussen 2030 en 2040. Dit betekent dat waar nu nog familieleden en andere naasten een groot deel van de ondersteuning kunnen bieden, straks professionele zorg deze taken moet overnemen - in een tijd waarin het personeelstekort in zorg en welzijn alleen maar toeneemt.

Kwaliteit van leven onder druk

De cijfers spreken voor zich: 40% van de volwassenen in onze regio voelt zich nu al weleens eenzaam, waarbij 8-11% (ongeveer 24.000 inwoners) zelfs ernstig eenzaam is. Daarnaast heeft 10-15% van onze inwoners moeite met rondkomen. Deze bestaansonzekerheid in combinatie met eenzaamheid leidt tot een verhoogde zorgvraag die vaak oneigenlijk is; medische zorg wordt ingezet waar sociale ondersteuning effectiever zou zijn.

1.3 | Relatie met andere coalities en programma's binnen Gezond Gooi

De WOW-beweging is nauw verbonden met andere regionale coalities binnen het netwerk van Gezond Gooi. Deze samenhang is zowel beleidsmatig als financieel verankerd en zorgt ervoor dat middelen doelmatig worden ingezet en overlap wordt voorkomen.

- **Wijkgericht werken** | WOW sluit aan bij de gezamenlijke visie op netwerkvorming en informele zorg. Het versterken van informele netwerken wordt daarom expliciet meegenomen in de propositie beweging naar het voorveld.
- **RESV-beweging (eerstelijnsamenwerkingsverbanden)** | De RESV-beweging richt zich op de toekomst van de eerstelijnszorg; WOW vult dit aan door zich te richten op de uitvoering van zorg en ondersteuning. Financieringsstromen worden expliciet gescheiden gehouden, zodat geen dubbelfinanciering ontstaat.
- **Ketensamenwerking** | Er vindt een gerichte verkenning plaats naar integratie van het Netwerkperron, een praktisch instrument voor domeinoverstijgende samenwerking in de wijk. Hiermee worden zorg, welzijn en sociaal domein beter verbonden.
- **Digitalisering** | WOW werkt samen rond het Netwerkinformatiesysteem (NIS), dat veilige en toegankelijke informatie-uitwisseling ondersteunt. Dit versterkt de samenwerking en voorkomt parallelle investeringen in digitale infrastructuur.
- **Gezond leven en Preventie en in het bijzonder het transformatieplan Positieve gezondheid** | De principes van Positieve Gezondheid zijn verweven in alle proposities van WOW. Gezamenlijke communicatie en gedragsinterventies, zoals Welzijn op Recept en de Gezond Gooi Academie, zorgen voor een gedeelde taal en aanpak.

1.3 | Relatie met andere coalities en programma's binnen Gezond Gooi

Daarnaast is er een duidelijke relatie met het **Regiokompas**. Dit functioneert in de regio al als inhoudelijk en methodisch kader voor transformatie in de ouderenzorg. De verandermethodiek van het Regiokompas wordt overgenomen binnen het WOW-platform. Initiatieven zoals Proactieve Zorgplanning (PZP), Medisch Generalistische Zorg (MGZ) en Ambulante Geriatrische Revalidatie zijn daar gestart en worden binnen WOW verder doorontwikkeld en opgeschaald.

De afstemming is ook financieel geborgd:

- Projectleidercapaciteit van lopende initiatieven (PZP, MGZ, GRZ) wordt overgeheveld naar WOW-functionarissen, zodat versnippering wordt voorkomen en inzet doelmatig is.
- Binnen het Innovatief Contract van de VVT wordt ondernemingsruimte benut voor lokale innovaties en kleinschalige pilots. Voor de regionale en domeinoverstijgende opschaling van bewezen interventies worden aanvullend IZA-middelen ingezet.

Door deze bundeling wordt optimaal gebruik gemaakt van bestaande middelen, kennis en mensen, en wordt het IZA-budget uitsluitend ingezet waar versnelling en opschaling nodig zijn.

Op deze manier fungeert WOW als uitvoeringsstructuur waarin de inhoudelijke lijnen van coalities en het Regiokompas samenkomen, zowel inhoudelijk als financieel.

1.4 | Gelijkgerichtheid & Regionale Samenwerking

Voor deze transformatie is het nodig **dat alle betrokken partijen** (verzekeraars, gemeenten en de zorgprofessionals) op een aantal onderdelen **gezamenlijk optrekken**. De onderdelen van dit transformatieplan raken direct aan de effectiviteit ervan en kunnen niet per organisatie afzonderlijk worden ingericht zonder het risico op versnippering.

Binnen de kaders van de ACM is samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars toegestaan wanneer deze noodzakelijk is om **publieke doelen te realiseren die via reguliere concurrentie onvoldoende van de grond komen**.

In dit plan is dat het geval. **De inzet is gericht op het realiseren van passende zorg, het versterken van eigen regie en het beter benutten van de capaciteit in het sociaal domein**. De samenwerking beperkt zich tot datgene wat nodig is, wordt transparant afgestemd tussen betrokken partijen en laat ruimte voor uitvoering op maat binnen afgesproken kaders.

Deze vorm van gelijkgerichtheid **voldoet daarmee aan de voorwaarden zoals benoemd door de ACM**: noodzakelijk, proportioneel en transparant.

1.5 | Intentieverklaring

De **betrokken partijen** bij dit transformatieplan **spreken de gedeelde intentie uit om gezamenlijk bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en uitvoering van Positieve Gezondheid en Welzijn op Recept in de regio.**

Zij onderschrijven het belang van deze beweging voor het realiseren van passende zorg, het versterken van eigen regie bij inwoners en het ondersteunen van professionals in een bredere kijk op gezondheid.

De ondertekenaars hebben de intentie om in gezamenlijkheid de kosten te continueren en binnen hun eigen (financiële) mogelijkheden en rol, bij te dragen aan de uitvoering van dit plan.

Gemeenten

Gedurende de looptijd van het Transformatieplan Positieve Gezondheid wordt structurele inzet van gemeenten en professionals in het sociaal domein bekostigd vanuit Transformatiemiddelen. Gemeenten spreken de intentie uit deze structurele inzet ook na afloop van het plan te financieren. De structurele financiering is echter wel afhankelijk van het behalen van een positieve businesscase in dit plan en van landelijke afspraken tussen gemeenten en het Rijk. Na afloop van de periode van het transformatieplan wordt door gemeenten onderzocht in hoeverre de gewenste capaciteit kan worden geleverd vanuit de dan beschikbare gemeentelijke middelen uit het gemeentefonds c.q. een mogelijk (voortgaande) specifieke uitkering.

1.6 | Waarom geen reguliere bekostiging?

De transformatie die met Waardig Ouder Worden wordt ingezet overstijgt reguliere bekostiging. Gemeentelijke en zorgbudgetten zijn vaak beperkt tot pilots, lokale innovaties of sectorale kaders. De knelpunten zijn urgent en vragen om een versnelling van oplossingen.

Wat nodig is, is tijdelijke uitvoeringskracht om:

- Bewezen initiatieven op te schalen en te verankeren
- Gedragsverandering bij inwoners en professionals te ondersteunen
- Domeinoverstijgende samenwerking structureel te organiseren
- Een regionale leerstructuur en uitvoeringsplatform op te bouwen

Zonder IZA-middelen dreigt versnippering, blijven initiatieven tijdelijk en ontstaat vertraging in de transformatie. Met deze investering maken we de beweging niet alleen mogelijk, maar onomkeerbaar.

2 | Ambitie, doelen en scope

Met Waardig Ouder Worden (WOW) kiezen we voor een fundamentele verandering in de manier waarop we ouderenzorg organiseren. Niet langer reageren op problemen, maar eerder signaleren, activeren en ondersteunen.

Onze ambitie is dat iedere oudere in de regio zelfstandig, betekenisvol en met passende ondersteuning kan leven. Dit vraagt om concrete doelen die direct bijdragen aan de landelijke IZA-doelstellingen: minder zorggebruik in de Zvw, efficiëntere inzet van zorgpersoneel en een verschuiving naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning.

De scope van dit transformatieplan omvat alle ouderen vanaf 65 jaar in de zeven gemeenten van de Gooi en Vechtstreek, en is breed gedragen door gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en inwoners.

2. | Ambitie

Met het transformatieplan Waardig Ouder Worden zetten we in op een fundamentele koerswijziging. De ambitie is dat iedere oudere in de regio waardig kan ouder worden: zelfstandig, betekenisvol en met passende ondersteuning wanneer dat nodig is.

Deze ambitie draagt direct bij aan de drie centrale doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord (IZA):

- **Vermindering van zorggebruik in de Zvw**

Door tijdig signaleren, proactieve zorgplanning en inzet van sociale ondersteuning voorkomen we onnodige medicalisering.

- **Efficiëntere inzet van zorgpersoneel**

Door ouderen en hun sociale netwerken te versterken, komt de inzet van professionals vrij voor de complexe zorgvragen waar hun expertise echt nodig is.

- **Herverdeling van zorg en ondersteuning**

Van zware, institutionele zorg naar lichtere en meer passende ondersteuning in de eigen leefomgeving, met nadruk op preventie en activering.

De WOW-beweging is stevig ingebed in het regioplan Gezond Gooi en maakt gebruik van de gedeelde taal van Positieve Gezondheid. Dit zorgt voor samenhang, herkenbaarheid en een gedeelde koers in de regio.

2.1 | IZA Doelen Transformatieplan (1/2)

Het transformatieplan Waardig Ouder Worden is specifiek ontworpen om bij te dragen aan de drie centrale doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord. Deze doelen zijn niet alleen richtinggevend voor onze aanpak, maar vormen ook de basis waarop we onze impact meten en verantwoorden:

1. Vermindering van het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet

De stijgende zorgvraag in onze regio is alarmerend. Het aantal bezoeken aan de huisartsenpost stijgt met 9,3% en SEH-bezoeken nemen toe met 11,6% tot 2040. Een significant deel van deze zorgvraag betreft een medische oplossing waar sociale ondersteuning effectiever zou zijn.

Het transformatieplan richt zich op het de-medicaliseren door de achterliggende oorzaken aan te pakken. Door sociale problematiek vroegtijdig te herkennen en adequaat te adresseren, voorkomen we dat deze onnodig gemedicaliseerd wordt. Het gaat om het creëren van alternatieven voor medische zorg, waarbij de juiste hulp op het juiste moment wordt geboden - medisch waar nodig, sociaal waar mogelijk.

Onze ambitie is concreet: we streven naar een substantiële vermindering van onnodige huisartsconsulten, minder doorverwijzingen naar de tweede lijn en minder SEH-bezoeken die voorkomen hadden kunnen worden. Dit vraagt om een fundamentele verandering in hoe we naar zorgvragen kijken en hoe we het systeem inrichten.

2. Vermindering van inzet van zorgpersoneel

De arbeidsmarkt in de zorg kent een ongekende krapte. Met 274 vacatures per 100 werkzoekenden in 2022, oplopend naar 634 in 2032, is het cruciaal om het beschikbare personeel zo effectief mogelijk in te zetten. De tekorten bij verzorgenden en verpleegkundigen verdubbelen de komende jaren, terwijl de zorgvraag explosief toeneemt. [...]

2.1 | IZA Doelen Transformatieplan (2/2)

[...] Het transformatieplan beoogt een efficiëntere inzet van schaars zorgpersoneel door de zorgvraag aan de voorkant te verminderen en de werkwijze fundamenteel te veranderen. Dit betekent dat professionals zich kunnen richten op complexe zorgvragen waar hun expertise het hardst nodig is, terwijl lichtere ondersteuning op andere manieren wordt georganiseerd.

Door het versterken van de eigen kracht van inwoners en hun sociale netwerken, en door domeinoverstijgend samen te werken, voorkomen we dubbel werk en inefficiënte inzet van professionals. De transformatie moet leiden tot werkbaar werk: professionals die met plezier en betekenis hun vak kunnen uitoefenen zonder overbelast te raken.

3. Herverdeling zorg en ondersteuning

De cijfers tonen een onevenredige druk op zware zorgvormen. Het aantal cliënten in de wijkverpleging stijgt met 41,3% en de Wlz-zorg groeit met 62,7% tot 2040. Deze ontwikkeling is financieel onhoudbaar en gaat ten koste van de kwaliteit van leven van ouderen.

Het transformatieplan beoogt een fundamentele verschuiving van zware, institutionele zorg naar lichtere vormen van ondersteuning in de eigen leefomgeving. Dit betekent niet alleen een verschuiving tussen domeinen (van Zwv naar Wmo en informele zorg), maar ook een andere manier van werken waarbij de eigen kracht van inwoners en hun netwerk centraal staat.

De impact reikt verder dan alleen de Zwv. In het sociaal domein verwachten we minder en lichtere Wmo-aanvragen doordat inwoners langer zelfstandig functioneren. De druk op formele Wmo-voorzieningen wordt verlicht door versterking van informele zorg. In de Wlz zien we mogelijkheden voor uitstel of voorkoming van instroom in intramurale zorg en kortere verblijfsduur. Deze herverdeling draagt bij aan meer passende zorg op de juiste plek, met behoud van kwaliteit én beheersing van kosten.

2.2 | WOW in een overzicht

De ambitie: Iedere inwoner in de regio wordt waardig ouder

We willen een regio waarin ouderen zelfstandig en betekenisvol kunnen leven, met passende ondersteuning wanneer dat nodig is, zodat de zorg toegankelijk blijft voor wie die echt nodig heeft.

Drie proposities staan centraal:

1. Beweging naar het voorveld | Transformatiedoel: Versterking zelf- en samenredzaamheid.

2. Zorgnetwerken en netwerkzorg | Transformatiedoel:

Domein overstijgende samenwerking formeel en informele zorg en ondersteuning.

3. Ambulante geriatrische revalidatie

Binnen die proposities werken we met de volgende initiatieven:

- **Versterken informele netwerken (1)**
- **Vroegsignalering (1)**
- **Proactieve zorgplanning (1)**
- **Het Goede Gesprek (1)**
- **Reablement (1)**
- **Wederzijdse signalering tussen medisch en sociaal domein (2)**
- **Medisch generalistische zorg (2)**
- **Ambulante geriatrische revalidatie (3)**

Ondersteunend hieraan is **het WOW platform en de veranderstrategie van Drieslagleren en Lerende Netwerken.**

Het transformatieplan draagt bij aan drie IZA doelen:

- Vermindering van het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet.
- Vermindering van inzet van zorgpersoneel.
- Herverdeling zorg en ondersteuning.

2.3 | SCOPE & SCHAAL

Het transformatieplan Waardig Ouder Worden heeft betrekking op alle ouderen vanaf 65 jaar in de zeven gemeenten van de Gooi en Vechtstreek. De aanpak richt zich niet op een beperkte pilotgroep, maar op regionale toepassing en opschaling van bewezen initiatieven.

De scope kent drie niveaus:

- **Inwoners**

Ouderen vanaf 65 jaar in de regio, met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen zoals mensen met meervoudige problematiek, beperkte sociale netwerken of een verhoogd risico op opname.

- **Professionals**

Alle beroepsgroepen in zorg en welzijn die betrokken zijn bij de ouderenzorg, inclusief huisartsen, wijkverpleegkundigen, sociaal werkers en professionals in de langdurige zorg.

- **Organisaties en gemeenten**

Gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en informele netwerken die samenwerken in de regio Gooi en Vechtstreek. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitvoering, opschaling en borging van de initiatieven.

2.3 | SCOPE & SCHAAL

De uitvoering vindt plaats op drie schaalniveaus die elkaar versterken:

- **Buurtniveau** – kleinschalige leefgemeenschappen van circa 200–300 huishoudens. Hier spelen vrijwilligers, burens en informele netwerken een sleutelrol in het vroegtijdig signaleren van kwetsbaarheid en het versterken van sociale samenhang.
- **Wijkniveau** – de regio telt tien huisartsindelingen als wijken. Op dit niveau werken professionals in multidisciplinaire teams samen, in nauwe verbinding met informele organisaties. Hier worden signalen opgepakt en omgezet in gezamenlijke acties rondom de inwoner.
- **Regionaal niveau** – voor de gehele regio (circa 255.000 inwoners) worden specialistische functies en structuren georganiseerd, zoals medisch generalistische zorg, ambulante geriatrische revalidatie, gezamenlijke monitoring en de governance van WOW.

De looptijd van het transformatieplan is **2025–2027**. De inzet van IZA-middelen is tijdelijk en bedoeld om initiatieven te versnellen, op te schalen en structureel te borgen. Na afloop worden de initiatieven en werkwijzen ingebed in de reguliere werkprocessen en financieringsstromen van gemeenten, zorgverzekeraar en zorgaanbieders.

3 | Propositions en initiatieven

De beweging Waardig Ouder Worden krijgt vorm via drie propositions met in totaal zeven initiatieven. Samen vormen zij de kern van de transformatie: bewezen aanpakken die regionaal worden opgeschaald en structureel ingebed. In de volgende hoofdstukken laten we per propositie zien welke knelpunten er nog bestaan (IST–SOLL–GAP) en welke activiteiten worden uitgevoerd om de initiatieven verder te brengen. Daarmee wordt concreet zichtbaar hoe de beweging niet alleen vernieuwend is, maar ook uitvoerbaar en duurzaam, en direct bijdraagt aan de doelen van het Integraal Zorgakkoord.

3.1 | Propositie 1 | Beweging naar het voorveld

Deze propositie richt zich op het verleggen van de aandacht naar de voorkant van de zorgketen.

Veel problemen bij ouderen – zoals eenzaamheid, bestaansonzekerheid en onvoldoende voorbereiding op ouder worden – monden nu uit in zorgvragen die voorkomen hadden kunnen worden. Met deze propositie zetten we in op het voeren van brede gesprekken, het versterken van sociale netwerken, het tijdig bespreken van wensen voor de toekomst en het ondersteunen bij behoud van zelfredzaamheid.

zo worden problemen in een vroeg stadium zichtbaar en kan passende ondersteuning worden geboden voordat ze leiden tot onnodig zorggebruik.

Deze aanpak sluit direct aan bij de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord: voorkomen van onnodig zorggebruik, bevorderen van zelf- en samenredzaamheid en efficiëntere inzet van zorgprofessionals.

3.2 | Propositie 1 | Initiatieven

1. Versterken informele netwerken

Veel ouderen hebben een klein of kwetsbaar sociaal netwerk. Dit vergroot de kans op eenzaamheid en maakt hen sneller afhankelijk van formele zorg. Met dit initiatief ondersteunen we ouderen, vrijwilligers en professionals bij het versterken en uitbreiden van netwerken. Denk aan trainingen, workshops en materialen die bewustwording en praktische vaardigheden bieden. We kiezen dit initiatief omdat sterke netwerken ouderen helpen langer zelfstandig te blijven en de druk op formele zorg verminderen.

2. Proactieve Zorgplanning (PZP)

Veel ouderen zijn onvoldoende voorbereid op toekomstige zorg en ondersteuning. Hierdoor ontstaan vaak crisissituaties of onnodige medische trajecten. Met PZP begeleiden we inwoners tijdig bij het nadenken over hun wensen en grenzen. Dit gebeurt via gesprekken, bijeenkomsten en hulpmiddelen die keuzes inzichtelijk maken. We kiezen dit initiatief omdat PZP leidt tot minder crisisonames en meer regie voor de inwoner, terwijl professionals beter inspelen op wat nodig is.

3. Het Goede Gesprek

Professionals grijpen in de praktijk nog te vaak snel naar medische oplossingen. Met dit initiatief leren zij een breed en uniform gesprek te voeren dat niet alleen over ziekte gaat, maar ook over wat belangrijk is voor de inwoner. Hiervoor worden gespreksmaterialen, formats en trainingen beschikbaar gesteld. We kiezen dit initiatief omdat een gedeelde gespreksaanpak zorgt voor meer passende zorg en betere samenwerking tussen professionals.

4. Reablement

Bij functieverlies van ouderen ligt de nadruk nog vaak op het overnemen van taken in plaats van op het versterken van zelfredzaamheid. Reablement doorbreekt dit patroon: professionals leren activerend en participatiegericht te werken. Dit wordt ondersteund door multidisciplinaire teams, scholing en praktijkcoaching. We kiezen dit initiatief omdat het ouderen helpt langer zelfstandig te blijven en professionals ondersteunt in hun werkplezier en effectiviteit.

IST SOLL GAP INITIATIEVEN BIJ
PROPOSITIE BEWEGING NAAR HET VOORVELD

3.3 | IST SOLL GAP | VERSTERKEN INFORMELE NETWERKEN

IST	SOLL	GAP
65+ ouderen investeren onvoldoende in een sterk sociaal netwerk, opdat zij bij zorgvragen gebruik kunnen maken van dat netwerk. Er bestaan diverse methodieken voor netwerkversterking, maar deze worden onvoldoende benut irt de diversiteit aan behoeften bij inwoners.	Professionals en beschikken over kennis en vaardigheden om de juiste methodieken voor netwerkversterking van 65+ ouderen (vitaal en kwetsbaar) toe te passen.	Er is geen structureel scholings- en ondersteuningsaanbod voor professionals (bv voor de methodiek Sociale Netwerk Versterking – SVN en voorzorgcirkel) om passend te ondersteunen bij het versterken van het netwerk van 65+ ouderen.
Vrijwilligers(organisaties) zijn niet toegerust om een rol te spelen bij het versterken van het sociale netwerk van 65+ ouderen.	500 vrijwilligers (die deel uitmaken van vrijwilligersorganisaties, dan wel burgerinitiatieven) hebben vaardigheden om 65+ ouderen te ondersteunen bij het versterken van hun netwerk.	Er is geen scholings- trainingsaanbod voor vrijwilligers en eventueel vrijwilligerscoördinatoren, gericht op ondersteuning bij het versterken van het sociaal netwerk van 65+ ouderen.
Inwoners zijn zich onvoldoende bewust van het belang van een eigen netwerk, wat kan bijdragen aan zorg als dat nodig is.	Inwoners komen in aanraking met vrijwilligers en professionals die hen wijzen op het belang van een netwerk, zodat zij open staan voor ondersteuning bij versterken van dat netwerk, indien nodig.	Er is geen materiaal dat professionals en vrijwilligers(organisaties) kunnen inzetten om het bewustzijn bij ouderen over het belang van het hebben van een sociaal netwerk te vergroten.

3.3.1 | Acties om de gap te veranderen

Waar zit de Gap	Wat stellen we voor om dit te veranderen
Er is geen structureel scholings- en ondersteuningsaanbod voor professionals (bv voor de methodiek Sociale Netwerk Versterking – SVN en voorzorgcirkel) om passend te ondersteunen bij het versterken van het netwerk van 65+ ouderen.	- Uitvoeren van het Plan van Aanpak Samen Sterk in Gezond Gooi; - opleiden van 100 professionals in Sociale Netwerk Versterking via de Gezond Gooi Academie; - structurele inbedding van SVN in werkprocessen.
Er is geen scholings- trainingsaanbod voor vrijwilligers en eventueel vrijwilligerscoördinatoren, gericht op ondersteuning bij het versterken van het sociaal netwerk van 65+ ouderen.	- Opleiden van 100 vrijwilligers in Sociale Netwerk Versterking; - Het organiseren en opleiden van 40 sleutelfiguren als buurtnetwerkexpert. - structurele ondersteuning en materialen beschikbaar stellen. - Uitwisselings- en intervisiebijeenkomsten organiseren om samenwerking en synergie tussen vrijwilligers, coördinatoren en professionals te versterken.
Er is geen materiaal dat professionals en vrijwilligers(organisaties) kunnen inzetten om het bewustzijn bij ouderen over het belang van het hebben van een sociaal netwerk te vergroten.	- Ontwikkelen en verspreiden van bewustwordingsmateriaal (signaleringskaarten, gesprekskaarten, informatiemateriaal). - 20 workshops (bereik: ca. 500 inwoners, 2026–2028).

3.4 | IST SOLL GAP | PROACTIEVE ZORGPLANNING

IST	SOLL	GAP
Ouderen zijn zich onvoldoende bewust van hun wensen en grenzen bij ouder worden en bereiden zich niet voor.	Ouderen zijn zich bewust van hun wensen en grenzen bij (toekomstige) zorg en gaan daarover in gesprek.	Er ontbreekt een bewustwordingscampagne en aanbod van PZP-gesprekken.
Vrijwilligers zijn nauwelijks betrokken bij PZP.	In iedere wijk zijn vrijwilligers getraind om inwoners te ondersteunen bij PZP-gesprekken.	Er is nog geen pool van getrainde vrijwilligers beschikbaar.
Pilots (o.a. Wijdmeren, Naarden) hebben werkwijzen ontwikkeld, maar zijn kleinschalig en gefragmenteerd.	PZP is structureel geborgd in alle 10 wijken, gekoppeld aan wijkteams en huisartsen.	Pilots zijn niet opgeschaald naar regionaal niveau.
In de pilots is geëxperimenteerd met een rol voor vrijwilligers bij het voeren van gesprekken voor proactieve zorgplanning en leidde tot een positief resultaat op het gebied van bewustwording bij 65+ ouderen én het aangeven van wensen en grenzen.	Vrijwilligers hebben een rol bij bewustwording én bij het ondersteunen van het aangeven van wensen en grenzen tbv proactieve zorgplanning.	Geleerde lessen op het gebied van inzet van vrijwilligers zijn niet verspreid naar andere wijken en moeten nog worden opgenomen bij de opschaling naar regionaal niveau.

3.4.1 | Acties om de Gap te veranderen

Waar zit de Gap	Wat stellen we voor om dit te veranderen
Er ontbreekt een bewustwordingscampagne en aanbod van PZP-gesprekken.	- Opzetten van regionale bewustwordingscampagne. - Organiseren bijeenkomsten zoals Toost op het Leven. - Aanbieden van PZP-gesprekken via sociaal domein en eerste lijn.
Er is nog geen pool van getrainde vrijwilligers beschikbaar.	- Werven van vrijwilligers en trainen in alle wijken. - Opzetten regionale vrijwilligerspool voor structurele inzet.
Pilots zijn niet opgeschaald naar regionaal niveau.	- Opschalen van bestaande pilots (bijv. Wijdmeren, Naarden) naar alle 10 wijken (2028). - Structurele borging in werkprocessen van huisartsen, wijkteams, VVT en ziekenhuis.
Geleerde lessen op het gebied van inzet van vrijwilligers zijn niet verspreid naar andere wijken en moeten nog worden opgenomen bij de opschaling naar regionaal niveau.	- Ontwikkelen en verspreiden van hulpmiddelen (wensenboekje, kaartspel Kiezen en Delen). - Vastleggen van één uniforme PZP-methodiek voor alle professionals - Lerend netwerk met plenaire bijeenkomsten (4x per jaar) om toepassing te borgen.

3.5 | IST SOLL GAP | HET GOEDE GESPREK

IST	SOLL	GAP
Er is een methodiek en trainingsopzet ontwikkeld (hybride zorgpad met o.a. boekenlegger en schijf van 5). Tot nu toe zijn circa 15 professionals getraind. Het Goede Gesprek wordt in de praktijk nog vaak gefragmenteerd en op eigen manier gevoerd	Alle relevante professionals in de regio (huisartsen, wijkverpleging, sociaal domein, VVT, ziekenhuis) zijn getraind in het Goede Gesprek. Zij gebruiken dezelfde methodiek en standaardtaal. Materialen en instructies zijn beschikbaar en structureel ingebed in werkprocessen.	De methodiek is nog niet breed geïmplementeerd. Opschaling en uniform gebruik ontbreken. Er is geen structureel scholingsaanbod en onvoldoende borging in werkprocessen.
Het Goede Gesprek wordt incidenteel gevoerd en verdwijnt vaak bij wisseling van professional en bij inzet van vrijwilligers/informele zorg. Herhaling, dan wel het aanhouden van de uitgangspunten van het Goede Gesprek, is nog niet geïmplementeerd.	Het Goede Gesprek is structureel onderdeel van intake, triage en evaluatie en wordt gedurende de hele zorgperiode gebruikt door professionals en door vrijwilligers/informele zorg.	Professionals maken nog onvoldoende gebruik van het Goede Gesprek gedurende de hele zorgperiode en vrijwilligers/informele zorg is niet geschoold in het Goede Gesprek.

3.5.1 | Acties om de Gap te veranderen

Waar zit de Gap	Wat stellen we voor om dit te veranderen
De methodiek is nog niet breed geïmplementeerd. Opschaling en uniform gebruik ontbreken. Er is geen structureel scholingsaanbod en onvoldoende borging in werkprocessen.	- Organiseren van 100 trainingen; breed uitrollen van train-de-trainer-programma.
Professionals maken nog onvoldoende gebruik van het Goede Gesprek gedurende de hele zorgperiode en vrijwilligers/informele zorg is niet geschoold in het Goede Gesprek.	- Trainingen openstellen voor wijkzorg, sociaal domein en vrijwilligers; integratie in werkprocessen van Wmo en welzijn. - Het Goede Gesprek standaard onderdeel maken van intake, triage en evaluatiemomenten; structurele borging in wijkteams en Wmo-procedures. - Implementatie van de structurele intervisiestructuur (regiokompas) en organiseren werkplekcoaching; faciliteren van peer learning via Gezond Gooi Academie.

3.6 | IST SOLL GAP | REABLEMENT

IST	SOLL	GAP
Ondersteuning is vaak overnemend en compenserend; professionals lossen praktische problemen op in plaats van inwoners te (re)activeren.	Professionals werken participatiegericht, met concrete doelen, meetbaar en regelmatig geevalueerd met de inwoner.	Professionals zijn niet gericht op participatiegericht werken bij inwoners met functieverlies. Zij beschikken daarvoor niet over kennis en vaardigheden en niet over hulpmiddelen die kunnen helpen bij functieverlies, zonder dat taken worden overgenomen.
Er zijn geen vaste integrale reablementteams	Multidisciplinaire reablementteams zijn ingericht en beschikbaar voor verwijzing vanuit huisarts, wijkverpleging of sociaal domein.	Integrale reablementteams ontbreken en er wordt monodisciplinair gewerkt.
Clënten redeneren vaak vanuit het idee dat zij 'recht hebben' op zorg.	De mindset van cliënten is gericht op zoveel mogelijk zelfredzaamheid.	De mindset van cliënten van 'recht hebben op zorg en ondersteuning' bemoeilijkt de transitie naar participatiegerichte ondersteuning ter bevordering van zelfredzaamheid.

3.6.1 | Acties om de Gap te veranderen

Waar zit de Gap	Wat stellen we voor om dit te veranderen
Professionals zijn niet gericht op participatiegericht werken bij inwoners met functieverlies. Zij beschikken daarvoor niet over kennis en vaardigheden en niet over hulpmiddelen die kunnen helpen bij functieverlies, zonder dat taken worden overgenomen.	- Ontwikkelen van uniforme doelgerichte werkwijze met standaardformats en vaste evaluatiemomenten. - Training in Reablement. - Lerend netwerk met intervisie en werkplekcoaching organiseren om gedragsverandering te ontwikkelen en borgen. - Structureel scholingsprogramma activerend werken via Gezond Gooi Academie.
Integrale reablementteams ontbreken en er wordt monodisciplinair gewerkt.	- Inrichten van multidisciplinaire teams (zorg, welzijn, fysio, ergo) - Vastleggen van instroom- en doorverwijzingscriteria met huisarts, wijkverpleging en sociaal domein. - Gezamenlijke visie ontwikkelen en vastleggen voor integraal werken.
De mindset van cliënten van 'recht hebben op zorg en ondersteuning' bemoeilijkt de transitie naar participatiegerichte ondersteuning ter bevordering van zelfredzaamheid.	- Campagnes en communicatie gericht op eigen kracht en zelfredzaamheid. - Mantelzorgers en netwerken activeren als eerste vangnet.

3.7 | Propositie 2 | Zorgnetwerken en Netwerkszorg

De tweede propositie richt zich op het doorbreken van versnippering en het organiseren van samenwerking rondom de inwoner. Professionals werken nu vaak monodisciplinair, waardoor ouderen en hun naasten meerdere loketten moeten afgaan en er dubbel werk ontstaat. Door te kiezen voor netwerkszorg en domeinoverstijgende samenwerking wordt de beschikbare capaciteit beter benut en krijgen ouderen samenhangende en passende zorg.

Deze propositie draagt bij aan de IZA-doelen door efficiënter gebruik van schaarse professionals, reductie van onnodige doorverwijzingen en betere coördinatie in de regio.

3.7.1 | Propositie 2 | Initiatieven

5. Wederzijdse signalering tussen medisch en sociaal domein

Op dit moment ontbreken duidelijke en uniforme afspraken tussen domeinen over signalering en overdracht. Dit leidt tot gemiste kansen en inefficiënties. Met dit initiatief worden regionale werkafspraken vastgelegd, inclusief escalatieroutes, vaste contactpersonen en een standaard werkwijze voor warme overdracht en terugkoppeling. We kiezen dit initiatief omdat structurele, domeinoverstijgende signalering nodig is om problemen tijdig en goed op te pakken.

6. Medisch Generalistische Zorg (MGZ)

In woonvormen en thuis ontbreekt vaak passende medische zorg, met risico op escalatie naar zwaardere zorg. Met dit initiatief implementeren we het landelijke convenant en een regionaal addendum. Daarnaast worden randvoorwaarden geregeld, zoals triageverpleegkundigen, gedragsdeskundigen en digitale overdracht. Ook wordt een structureel scholingsprogramma ingericht. We kiezen dit initiatief omdat MGZ helpt instroom in zware zorg te beperken en ouderen dichtbij huis de juiste zorg te bieden.

IST SOLL GAP INITIATIEVEN BIJ PROPOSITIE ZORGNETWERKEN EN NETWERKZORG

3.8 | IST SOLL GAP | WEDERZIJDSE SIGNALERING tussen MEDISCH en SOCIAAL DOMEIN

IST	SOLL	GAP
Vroegsignalering tussen medisch en sociaal domein (professionals en inwoners) verloopt ad hoc en afhankelijk van individuele contacten.	In een methodiek 'vroegsignalering' zijn structurele werkafspraken tussen medisch en sociaal domein over signalering vastgelegd en geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk.	Een methodiek voor vroegsignalering tussen medisch en sociaal domein ontbreekt.
Professionals uit medisch en sociaal domein zijn onvoldoende bekend met elkaars deskundigheid en weten signalen niet bij de juiste discipline(s) te melden; eigenaarschap en escalatie zijn niet geregeld.	Professionals in medisch en sociaal domein werken volgens de methodiek vroegsignalering, waarbij op wijkniveau geregeld is dat er een duidelijk aanspreekpunt is, dat er afspraken zijn over eigenaarschap per casus en dat escalatieroutes worden gevolgd.	Professionals werken niet methodisch aan vroegsignalering van medische naar sociaal en vice versa, er zijn geen aanspreekpunten op wijkniveau, afspraken over eigenaarschap en escalatie ontbreken.

3.8.1 | Acties om de Gap te veranderen

Waar zit de Gap	Wat stellen we voor om dit te veranderen
Een methodiek voor vroegsignalering tussen medisch en sociaal domein ontbreekt.	- Vastleggen regionale werkafspraken voor delen en opvolgen van signalen, inclusief doorlooptijden en verantwoordelijkheden. - Definiëren van één set triggers/criteria en uniforme routes voor het doorzetten van signalen. - Introduceren van standaard werkwijze voor warme overdracht met verplichte terugkoppeling (closed loop), inclusief checklist/sjabloon. - Vastleggen afspraken over toestemming en datadeling.
Professionals uit medisch en sociaal domein zijn onvoldoende bekend met elkaars deskundigheid en weten signalen niet bij de juiste discipline(s) te melden; eigenaarschap en escalatie zijn niet geregeld.	- Een implementatieplan met daarin training en transformatiestrategie voor 'vroegsignalering' tussen medisch en sociaal professionals. - Aanwijzen van vaste contactpersonen per organisatie. - Afspreken en publiceren casusregie en escalatieroutes.

3.9 | IST SOLL GAP | MEDISCH GENERALISTISCHE ZORG

IST	SOLL	GAP
Huisartsen en specialist ouderen werken nog niet samen conform het landelijk convenant MGZ (verblijfsplek is nog leidend i.p.v. zorgvraag)	Er is één regionaal convenant MGZ (landelijk met een regionaal addendum) met duidelijke afspraken die worden toegepast.	Het beschikbare landelijke convenant, met daarbij het regionale addendum is nog niet geïmplementeerd in de regio.
Functies zoals triageverpleegkundigen en gedragsdeskundigen zijn schaars.	Multidisciplinaire functies zijn regionaal beschikbaar en geborgd.	Onvoldoende randvoorwaarden: triageverpleegkundigen, gedragsdeskundigen.
Een model van preferente huisarts is beschikbaar en wordt niet toegepast.	Bij inwoners van woonvormen wordt het model van preferente huisarts voorgelegd, opdat het aantal verschillende huisartsen per woonvorm werkbaar is.	Het model van preferente huisarts wordt altijd voorgelegd aan inwoners van woonvormen.
In de meeste woonvormen met Wlz-zorg is nog geen implementatieplan gemaakt met betrokkenheid van in ieder geval huisarts, SO, verpleging en verzorging en manager met behulp van de dialoogmethodiek	Alle woonvormen hebben een implementatieplan convenant met behulp van de dialoogmethodiek en betrokkenheid van huisarts, SO, verpleging en verzorging en manager.	Implementatieplannen zijn beperkt en nog niet regionaal geborgd.
Scholing wordt incidenteel georganiseerd, vaak projectmatig of per instelling.	Scholing en borging zijn structureel vastgelegd en ingebed in de Gezond Gooi Academie.	Scholing is onvoldoende structureel geregeld.

3.9.1 | Acties om de Gap te veranderen

Waar zit de Gap	Wat stellen we voor om dit te veranderen
Het beschikbare landelijke convenant, met daarbij het regionale addendum is nog niet geïmplementeerd in de regio.	- Sluiten en implementeren van een regionaal convenant MGZ. - Organiseren van dialoogsessies om samenwerking en afstemming te versterken.
Onvoldoende randvoorwaarden: triageverpleegkundigen, gedragsdeskundigen.	- Vastleggen heldere rol- en taakverdeling. - Organiseren structurele inzet van triageverpleegkundigen en gedragsdeskundigen. - Beschikbaar stellen van randvoorwaardelijke functies (Wzd, triage, gedragsdeskundige).
Het model van preferente huisarts wordt altijd voorgelegd aan inwoners van woonvormen.	- Stellen van voorwaarden dat nieuwe woonvormen en PGB-initiatieven alleen starten als MGZ vooraf structureel is geborgd. - Bieden van ondersteuning bij implementatie van deze randvoorwaarden.
Implementatieplannen zijn beperkt en nog niet regionaal geborgd; structurele financiering ontbreekt.	- Structureel onderdeel maken Dialoogsessies van regionale samenwerking. - Vastleggen structurele financiering en opvolging. - Inrichten van een regionale coördinatiegroep die implementatie en borging van MGZ bewaakt.
Scholing is onvoldoende structureel geregeld.	- Opzetten structureel scholingsprogramma MGZ via Gezond Gooi Academie, met periodieke terugkomdagen en monitoring van deelname en toepassing in de praktijk.

3.10 | Propositie 3 | Ambulante Geriatriische Revalidatie (AGR)

De derde propositie richt zich op het verplaatsen van herstellzorg van intramuraal naar ambulant. De intramurale Wlz-zorg groeit met meer dan 60% tot 2040, terwijl veel herstel ook thuis of dichtbij huis kan plaatsvinden. AGR maakt het mogelijk dat ouderen sneller na ziekenhuisopname of functieverlies terugkeren naar hun eigen omgeving, met de juiste revalidatie en begeleiding.

Deze propositie draagt bij aan de IZA-doelen door dure intramurale zorg te vervangen door lichtere vormen van ambulante zorg, en tegelijk de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren.

3.11 | Propositie 3 | Initiatieven

7. Ambulante Geriatrische Revalidatie (AGR)

De intramurale Wlz-zorg groeit sterk, terwijl veel herstel ook thuis of dichtbij huis kan plaatsvinden. Met dit initiatief wordt revalidatie na ziekenhuisopname of functieverlies zoveel mogelijk ambulant georganiseerd. Bij Amaris wordt een zorgpad voor klinisch-ambulante revalidatie ingevoerd en bij Vivium en Amaris een zorgpad voor direct ambulante revalidatie. We kiezen dit initiatief omdat het instroom in de Wlz voorkomt, de verblijfsduur verkort en ouderen sneller en met meer kwaliteit van leven naar huis laat terugkeren.

IST SOLL GAP INIATIEVEN BIJ PROPOSITIE AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE

3.12 | IST SOLL GAP | AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE

IST	SOLL	GAP
Klinisch-ambulante revalidatie zorgpad is ontwikkeld en geïmplementeerd bij Vivium, maar nog niet bij de andere aanbieder van geriatrische revalidatie in de regio.	Het klinisch-ambulante revalidatie zorgpad is beschikbaar voor alle revalidanten geriatric.	Implementatie van het zorgpad klinisch-ambulante revalidatie bij Amaris.
Direct ambulante revalidatie zorgpad is ontwikkeld maar nog niet geïmplementeerd.	Het zorgpad direct ambulante revalidatie is beschikbaar voor alle revalidanten geriatric.	Implementatie van het zorgpad Direct ambulante revalidatie bij Vivium en Amaris.

3.12.1 | Acties om de Gap te veranderen

Waar zit de Gap	Wat stellen we voor om dit te veranderen
Implementatie van het zorgpad klinisch-ambulante revalidatie bij Amaris	- Zorgpad klinisch-ambulante revalidatie implementeren en vastleggen bij Amaris. - Scholingstraject voor 30 professionals (artsen, fysio, ergo, verpleegkundigen). - Inbedding van het zorgpad in ECD en werkprocessen (start 2026). - Monitoring: minimaal 150 cliënten per jaar in zorgpad, met evaluatie van functionele uitkomsten. - Implementatie van de Compaen (beeldzorg, onderdeel van het zorgpad)
Implementatie van het zorgpad direct ambulante revalidatie bij Vivium en Amaris	- Gezamenlijk zorgpad direct ambulante revalidatie ontwikkelen en implementeren (Vivium en Amaris). - Afspraken maken over triage en instroomcriteria met huisartsen en ziekenhuizen (Q1 2026). - Scholing van 40 professionals in beide organisaties. - Start in 1 Vivium- en 1 Amaris-locatie in 2026, opschaling naar alle betrokken locaties in 2027. - Evaluatie na 6 en 12 maanden en borging in regionale werkwijze. - Implementatie van de Compaen (beeldzorg, onderdeel van het zorgpad)

4 | Veranderkundige Aanpak

De beweging Waardig Ouder Worden vraagt om een omslag in houding en samenwerking. We bouwen voort op ervaringen uit de regio, zoals pilots met dialoogsessies, PZP en reablement, die laten zien dat vroegtijdig activeren en samenwerken werkt. Met drieslagleren, structurele dialoogsessies en lerende netwerken, versterken we blijvende gedragsverandering. Met begeleiding bij de invoering en gerichte monitoring zorgen we dat methodieken niet blijven hangen in projecten, maar zichtbaar resultaat opleveren in de praktijk.

4.1 | Veranderkundige aanpak

Waardig Ouder Worden vraagt om meer dan het uitvoeren van losse initiatieven. Het gaat om een blijvende **gedrags- en cultuurverandering** bij inwoners, professionals en organisaties. Dit betekent een omslag van taken overnemen bij inwoners naar **activerend ondersteunen** en van versnipperde inzet naar een hybride zorgpad waarin wordt **samengewerkt in netwerken**.

Deze verandering bouwen we op de ervaringen die in de regio al zijn gedaan in combinatie met onze kennis over transitiemanagement. Onder andere de **pilots met dialoogsessies (Projecten Regiokompas)** hebben laten zien dat samenwerking en afstemming versterkt worden wanneer professionals en organisaties elkaar structureel ontmoeten. Daarnaast is met **Proactieve Zorgplanning (PZP)** en **Het Goede Gesprek** ervaring opgedaan: inwoners die tijdig nadenken over hun wensen en op de hoogte zijn van de mogelijkheden, ervaren meer kwaliteit van zorg dragen bij aan de juiste zorg op de juiste plek.

4.1 | Veranderkundige aanpak

Deze veranderkundige aanpak bestaat uit **drie** onderdelen:

1. Drieslagleren

Ervaringen uit de regio laten zien training waardevol is, maar niet voldoende. Daarom voegen we daar structurele reflectie aan toe met werkplekcoaching en peer learning: professionals leren ook in de praktijk hoe hun houding en manier van werken kunnen veranderen. Dit zorgt ervoor dat methodieken niet oppervlakkig worden toegepast, maar leiden tot blijvende gedragsverandering.

2. Dialoogsessies en lerende netwerken

Dialoogsessies worden een vast onderdeel van de beweging. In eerdere pilots bleek dat zij de basis leggen voor vertrouwen en samenwerking. Deze sessies worden verbonden aan **lerende netwerken**, waar kennis domeinoverstijgend wordt gedeeld en intervisie plaatsvindt.

3. Coördinatie en monitoring

Uit eerdere ervaringen blijkt dat vernieuwingen vaak projectmatig blijven hangen zonder structurele begeleiding. Daarom worden implementatiecoördinatoren ingezet die organisaties ondersteunen bij het vertalen van methodieken naar de dagelijkse praktijk. Daarnaast wordt de voortgang systematisch gevolgd door middel van monitoring en evaluatie, zodat de effecten zichtbaar worden en tijdig kan worden bijgestuurd.

5 | Impactanalyse

5.1 IMPACTANALYSE | STAKEHOLDERS

Impact score
 -- zeer negatief
 - negatief
 0 niet of nauwelijks
 + positief
 ++ zeer positief

Impact inwoners en burgers		Impactscore	Toelichting
Quadruple aim	Betere gezondheid voor inwoners Gezond Gooi	++	De kern van WOW is het ondersteunen van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig, betekenisvol en met passende ondersteuning te leven. Daarbij staat de levensloopbenadering centraal: niet wachten tot er problemen zijn, maar tijdig werken aan vitaliteit, sociale netwerken en passende ondersteuning gericht op participatieherstel.
	Ontzorgen medewerkers	n.v.t.	n.v.t
	(Verhogen of behoud van) kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	+	Zorg focust zich niet langer op reageren op problemen, maar op eerder signaleren, activeren en ondersteunen. Ook wordt er voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen en wordt er gestreefd naar snellere toegang tot passende ondersteuning.
	Beheersen zorgkosten	+	Dure crisisopnames, medicatie en spoedinterventies worden vermeden, wat bijdraagt aan lagere kosten voor de inwoner in de vorm van de eigen bijdragen.
Impact huisartsen		Impactscore	Toelichting
Quadruple aim	Betere gezondheid voor inwoners Gezond Gooi	n.v.t	n.v.t
	Ontzorgen medewerkers	+	Huisartsen krijgen meer ondersteuning via netwerken en samenwerkingen. Ook wordt de zorgvraag opgepakt waar dit het meest passend en efficiënt is. Dit draagt bij aan ontzorging van de huisarts, doordat zij zich kunnen focussen op de meest passende cliënten.
	(Verhogen of behoud van) kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	+	Door problematiek vroegtijdig te herkennen en adequaat te adresseren, versterken we participatieherstel en voorkomen we onnodige medicalisering. Het gaat daarbij om het creëren van alternatieven voor medische zorg, waarbij de juiste hulp op het juiste moment wordt geboden. Dit is medisch waar nodig, sociaal waar mogelijk. Ook krijgen huisartsen beter overzicht in hun werk en verloopt doorverwijzing efficiënter. De continuïteit van zorg verbetert doordat er minder versnippering is.
	Beheersen zorgkosten	+	Naar verwachting zullen huisartsenbezoeken verminderen en escalaties en onnodige verwijzingen worden voorkomen. Dit bespaart tijd en middelen.

5.1 IMPACTANALYSE | STAKEHOLDERS

Impact score
 -- zeer negatief
 - negatief
 0 niet of nauwelijks
 + positief
 ++ zeer positief

Impact sociaal domein		Impactscore	Toelichting
Quadruple aim	Betere gezondheid voor inwoners Gezond Gooi	n.v.t	N.v.t
	Ontzorging medewerkers	++	Door multidisciplinair samenwerken en zo hun cliënten levensbreed en participatiegericht kunnen ondersteunen ontzorgen we professionals. Medewerkers ervaren autonomie en gevoel van impact en effectiviteit in hun werk.
	(Verhogen of behoud van) kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	+	Door problematiek vroegtijdig te herkennen en adequaat te adresseren, versterken we participatieherstel en voorkomen we onnodige medicalisering. Het gaat daarbij om het creëren van alternatieven voor medische zorg, waarbij de juiste hulp op het juiste moment wordt geboden. Dit is medisch waar nodig, sociaal waar mogelijk. Ook ontstaat er een integrale aanpak in de wijk, waardoor inwoners makkelijker bij de juiste ondersteuning terechtkomen.
	Beheersen zorgkosten	++	Het sociaal domein benut middelen efficiënter door overlap en dubbelingen te verminderen. Ook sluit inzet beter aan op reële behoeften.
Impact ziekenhuizen			
Quadruple aim	Betere gezondheid voor inwoners Gezond Gooi	n.v.t	n.v.t
	Ontzorging medewerkers	+	Doordat patiënten minder onnodig gebruiken maken van het ziekenhuis, door bijvoorbeeld proactieve zorgplanning en ambulantisering van geriatrische revalidatie, dragen we bij aan ontzorging van ziekenhuispersoneel.
	(Verhogen of behoud van) kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	0	Hoewel de kwaliteit van ziekenhuiszorg zelf niet direct beïnvloed wordt, draagt de afname van onnodige verwijzingen, SEH bezoeken en opnamen bij aan het behoud van capaciteit in de tweede lijn. Dit maakt specialistische zorg beter beschikbaar voor wie het echt nodig heeft, zonder concessies aan kwaliteit.
	Beheersen zorgkosten	0	De maatregelen kunnen op lange termijn bijdragen aan minder doorverwijzingen naar de tweede lijn, minder SEH bezoeken en minder opnamen. Dit kan leiden tot lagere zorgkosten, maar ook negatieve impact hebben op productieafspraken van ziekenhuizen.

5.1 IMPACTANALYSE | STAKEHOLDERS

Impact score
 -- zeer negatief
 - negatief
 0 niet of nauwelijks
 + positief
 ++ zeer positief

Impact zorgverzekeraars en zorgkantoren		Impactscore	Toelichting
Quadruple aim	Betere gezondheid voor inwoners Gezond Gooi	n.v.t.	n.v.t.
	Ontzorging van medewerkers	n.v.t.	n.v.t.
	(Verhogen of behoud van) kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	+	De initiatieven dragen bij aan vermindering van zorggebruik en snellere toegang tot passende en participatiegerichte zorg. Dit leidt tot efficiëntere zorgtrajecten en betere zorguitkomsten, wat zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen gebruiken om hun zorgcontracten en vergoedingen te optimaliseren. Hierdoor kan de toegankelijkheid van zorg worden behouden zonder kwaliteit van zorg te verminderen.
	Beheersen zorgkosten	+	De inzet op de WOW initiatieven leidt tot minder instroom in dure, langdurige 2 ^e lijns (GGZ)-trajecten en minder medicijngebruik. De afname in de tweede lijn en toename in de nulde lijn dragen bij aan een gewenste verschuiving richting duurzame, betaalbare zorg. Dit biedt perspectief voor een positieve businesscase en effectieve inzet van zorgbudgetten.

6 | Financiële businesscase en Begroting

Zie ook bijlage 1

6. Conclusie | Business case

Het transformatieplan voor Waardig Ouder Worden heeft een positieve business case en laat zien dat de gevraagde investeringen een waardevolle bijdrage leveren in de benodigde zorgtransformatie. De investeringen verminderen de zorgvraag en hebben hiermee een dempend effect op de verwachte toename van de zorgvraag en bijbehorende zorgkosten en krapte van de arbeidsmarkt.

→ **Conclusie:** De business case laat zien dat de investering van IZA-transformatiemiddelen positieve effecten en een positieve businesscase oplevert.

- De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt **7,7 mio**
- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt **10,2 mio**
 - Totale opbrengst Wmo 90.000
 - Totale opbrengst Zvw 10,2 mio

→ Het is belangrijk om te benadrukken dat het gezamenlijke effect van initiatieven 1 t/m 6 is berekend in de businesscase. Dit is nodig vanwege de overlap in het verwachte bereik onder inwoners en de onmogelijkheid om de effecten van de afzonderlijke interventies eenduidig toe te schrijven. Om te voorkomen dat resultaten dubbel worden meegerekend, zijn de effecten daarom in samenhang beschouwd.

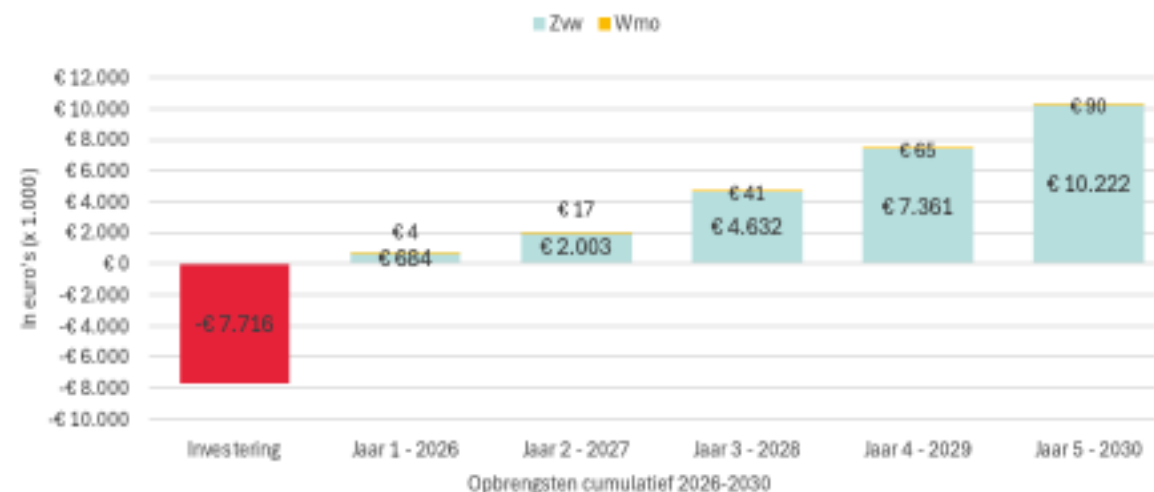
→ Het effect van initiatief 7 (ambulante GRZ) is apart berekend gezien de gekaderde doelgroep.

→ De business case is berekend op basis van een gemiddeld zorggebruik van een 65+ inwoner. Dit is een conservatieve inschatting, gezien het feit dat de doelgroep met name kwetsbare inwoners omvat en hun zorggebruik naar verwachting hoger ligt.

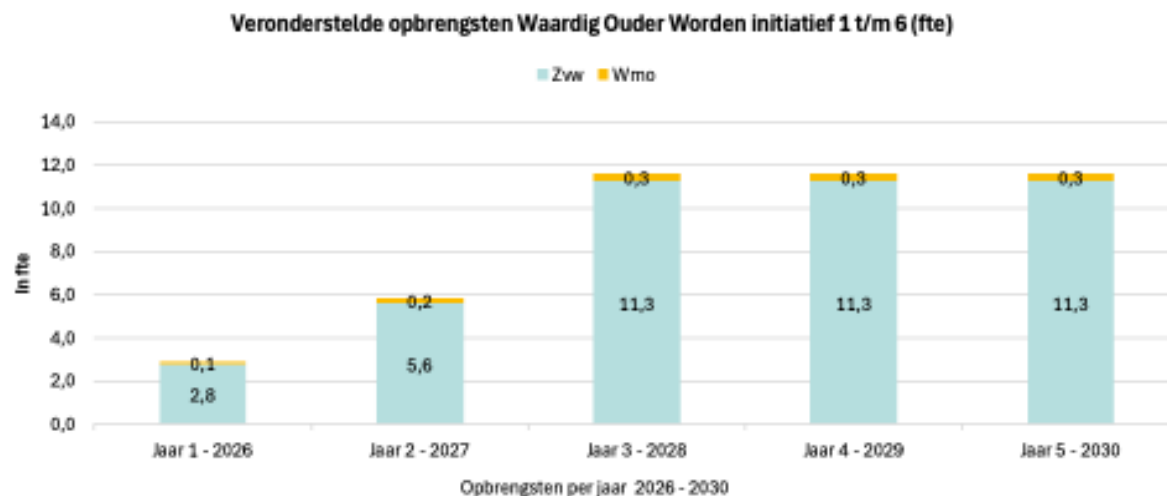
→ De businesscase is opgesteld in overleg met verschillende stakeholders.

Er zijn slechts enkele bronnen beschikbaar om de effecten van de initiatieven te onderbouwen. Desondanks staan de initiatieven landelijk bekend als veelbelovend. Op basis van de beschikbare bronnen en in overleg met verschillende stakeholders zijn er zo voorzichtig mogelijke aannames gedaan om de verwachte effecten te onderbouwen.

Veronderstelde opbrengsten Waardig Ouder Worden (€)



6. Conclusie | Business case



Impact op zorgkloof

Hoewel de zorgkloof – het verschil tussen de groeiende zorgvraag en de beschikbare capaciteit aan mensen en middelen – naar verwachting blijft groeien, zorgt volledige implementatie van de onderdelen uit het transformatieplan voor een dempend effect op deze groei. Naast een positief financieel resultaat wordt er daarmee ook resultaat geboekt op het dichten van de zorgkloof.

Bij het continueren van de initiatieven, kan de verminderde zorgvraag leiden tot het vrijspelen van +/- 11,3 fte in Zvw en +/- 0,3 fte in de Wmo.

6 | Business case | Gezamenlijk effect initiatieven 1 t/m 6

Propositie 1	1. Informele netwerken 2. Proactieve zorgplanning 3. Goede gesprek 4. Reablement
Propositie 2	5. Wederzijdse signalering tussen medisch-sociaal domein 6. MGZ convenant

6 | Business case | Gezamenlijk effect initiatieven 1 t/m 6

→ Het is belangrijk om te benadrukken dat in de businesscase het gezamenlijke effect van initiatieven 1 t/m 6 is berekend. Dit is nodig vanwege de overlap in het verwachte bereik onder inwoners en de onmogelijkheid om de effecten van de afzonderlijke interventies eenduidig toe te schrijven. Om te voorkomen dat resultaten dubbel worden meegerekend, zijn de effecten daarom in samenhang beschouwd.

→ **Conclusie:** Het investeren in de 6 initiatieven heeft een positieve businesscase. De gevraagde investering wordt gecompenseerd door de verwachte opbrengsten.

→ De gevraagde investering in de 6 initiatieven bedraagt **4,5 mio**

- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt **9,7 mio**
- De opbrengsten zijn met **9,7 mio** het grootst in de Zvw, de verwachte opbrengsten in de Zvw zijn **90.000**.

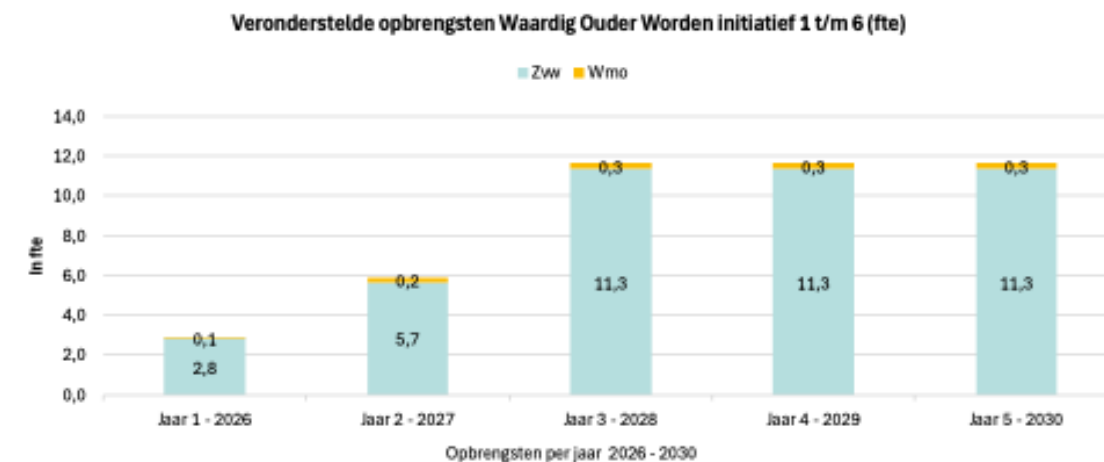
→ **Conclusie:** De jaarlijkse opbrengst loopt op tot een totale besparing van **11,6 fte** aan tijdsbesteding van professionals

- De opbrengst per jaar loopt op tot **11,3 fte** aan tijdsbesteding van professionals in de Zvw
- De opbrengst per jaar loopt op tot **0,3 fte** aan tijdsbesteding van professionals in de Wmo

→ Effecten meegenomen in de economische waardering voor de business case zijn:

- Verminderen van Zvw zorg
- Verminderen van zorgkosten in de Zvw (medicatie)
- Vervangen of uitstellen van Wmo-ondersteuning

NB. Er naast de bovengenoemde effecten diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn. Het daadwerkelijke effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze business case. De economische waardering staat op zichzelf en verhoudt zich tot de impact in fte, deze effecten kunnen niet worden opgeteld.



*Investeringen zijn exclusief onvoorziene kosten, deze zijn wel opgenomen in het totaalbedrag

6 | Business case | Verwachte gezamenlijke effecten overzicht initiatieven 1 t/m 6

1. Informele netwerken	- minder huisartsbezoeken - minder GGZ-trajecten - minder opnamedagen ziekenhuis - minder Hbh-uren	Totaal bereik eind 2028: 4063 (50% van kwetsbare 65+ ouderen regio Gooi en Vechtstreek) [3] 2026: 1016 2027: 2032 2028: 4063 Geschat bereik initiatieven: 1. Goede gesprek: ±1700 2. PZP: ±1625 3. Reablement: ±6000 4. Informele netwerken: ±1500 5. Vroegsignalering: ± 3250 6. MGZ: ± 4063	Zvw-besparingen [1] 20% minder huisartsbezoeken 10% huisartsspoedpost bezoeken/visites 10% minder SEH-bezoeken 10% minder opnamedagen ziekenhuis 10% minder 2e lijn specialist-bezoeken 5% minder medicatiegebruik 5% minder GGZ-trajecten 1% minder wijkzorguren en -bezoeken Wmo-besparingen 10% minder Hbh-uren [2]
2. PZP	- minder SEH-bezoeken - minder huisartsenspoedpost bezoeken/visites - minder 2e lijn specialist-bezoeken - minder opnamedagen ziekenhuis		
3. Goede gesprek	- minder huisartsbezoeken - minder medicatiegebruik - minder wijkzorguren en –bezoeken - minder 2e lijn specialist-bezoeken		
4. Reablement	- minder wijkzorguren en –bezoeken - minder Hbh-uren		
5. Wederzijdse signalering tussen medisch en sociaal domein	- minder huisartsbezoeken - minder SEH-bezoeken - minder opnamedagen ziekenhuis - minder wijkzorguren en –bezoeken - minder GGZ-trajecten - minder 2e lijn specialist-bezoeken - minder medicatiegebruik		Kwalitatieve effecten - Snellere toegang tot juiste hulp waardoor kans dat zorgvraag escaleert verkleint - Gezamenlijke taal en verbeterde samenwerking tussen professionals - Minder verzuim en uitval van professionals, meer werkplezier - Verhoogde zelf- en samenredzaamheid onder inwoners - Minder doorstroom en uitstel Wlz (opname) - Met hetzelfde aantal zorgprofessionals meer cliënten helpen
6. MGZ	- minder huisartsenspoedpost bezoeken/visites - minder 2e lijn specialist-bezoeken - minder SEH bezoeken		

[1] Bij het ontbreken van solide bronnen en vergelijkbare pilot studies, zijn de inschattingen van de Zvw besparingen gedaan op basis van expertmatige inschattingen van de kerngroep, strategische adviseurs en projectleiders binnenWOW.

[2] Pilotstudie Kerkrade (2024). Hulp bij Huishouden gemeente Kerkrade.

[3] Regiobeeld Gooi en Vechtstreek. (2023). Regiobeeld 't Gooi. <https://www.regiogv.nl/wp-content/uploads/2023/09/Regiobeeld-t-Gooi.pdf>

6 | Business case | Verwachte gezamenlijke effecten overzicht initiatieven 1 t/m 6

Output	Waarde	Effect	Waarde (euro's, cumulatief)	Waarde (fte, jaarlijks)	Onderbouwing
Aantal bereikte kwetsbare ouderen (50% van totaal kwetsbare ouderen)	2026: 1015	Verminderen van Zvw-zorg door 20% minder huisartsbezoeken 10% huisartsspoedpost bezoeken/visites 10% minder SEH-bezoeken 10% minder opnamedagen ziekenhuis 10% minder 2e lijn specialist-bezoeken 5% minder medicatiegebruik 5% minder GGZ-trajecten 1% minder wijkzorguren en -bezoeken	2026: € 579.114	2026: 2,8	- Het eindbereik is 50% van alle kwetsbare 65+ ouderen in regio Gooi & Vechtstreek. Ambitie is om in 2026 25%, 2027 50% en 2028 100% deelnemende kwetsbare 65+ ouderen in regio Gooi & Vechtstreek te includeren. [13] - Aantal 65+ in Nederland: 3.600.00 [18] Afname SEH-bezoek: - Gemiddeld aantal SEH bezoeken per 65+er per jaar: 0,25 [17] - Referentieprijz SEH bezoek (2026): € 296 [1] - Fte per SEH-bezoek arts; 0,0003 [1][2] - Fte per SEH-bezoek vpk; 0,0005 [1][2] Afname huisartsspoedpost bezoeken / visites - Gemiddeld aantal bezoeken HAP per 65+ers per jaar: 0,3 [5] - Kosten huisartsenpost bezoek door gemiddelde te nemen van kosten huisartsenpostbezoek en visite aan huis: €222 [3] - Fte per huisartsenpostbezoek: 0,0003 [1] Afname huisartsbezoeken - Gemiddeld aantal huisartsbezoeken per kwetsbare oudere per jaar: 7 [19] - Gemiddeld tarief consult huisarts (2026): €33 [14] - Aantal fte per consult: 0,0001 [1] Afname ziekenhuisopnamen - Gemiddelde klinische ligduur ziekenhuis 65+ers per opname: 6,1 [7] - Gemiddeld aantal opnamen per 65+er per jaar: 0,39 [7] - Referentieprijz ziekenhuisopname per dag (2026): €739 [1] - Verpleegkundige:patient ratio op verpleegafdeling: 0,17 [6] - Werkbare uren op basis van een 36-uur durende werkweek per jaar [uren]: 1543 [1] Afname GGZ trajecten - Gemiddeld aantal GGZ trajecten per 65+er per jaar: 0,05 [8] - Gemiddelde GGZ traject kosten (2026): €1159 [9] - Fte per GGZ traject: 0,4 [2] Afname 2e lijns polibezoeken - Gemiddelde aantal bezoeken 2e lijns specialist 65+ per jaar: 7 [10] - Referentieprijz polikliniekbezoek (2026): €138 [1] - Fte per polikliniek bezoek: 0,0002 [1] Afname medicatiegebruik - Kosten extra murale geneesmiddelen die vergoed worden Zvw voor 65+ers (2024): €1.954.543.000,- [12] - Uitgaven extra murale medicatie per inwoner: €543 Afname wijkzorg - Gemiddeld aantal uren wijkverpleging per week per client [uur]: 4,1 [11] - Gemiddeld aantal uren wijkverpleging per jaar: 107 [11] - Referentieprijz verpleging thuis, per uur (2026): €86 [1] - Reiskosten per bezoek (2026): €34 [1] - Werkbare uren op basis van een 36-uur durende werkweek per jaar [uren]: 1543 [1]
	2027: 2031		2027: €1.802.586	2027: 5,6	
	2028: 4063		2028: € 4.326.574	2028: 11,3	
	2029: 4063		2029: € 6.945.211	2029: 11,3	
	2030: 4063		2030: € 9.692.921	2030: 11,3	

6 | Business case | Verwachte effecten overzicht initiatieven 1 t/m 6

Output	Waarde	Effect	Waarde (euro's, cumulatief)		Waarde (fte, jaarlijks)		Onderbouwing	
Aantal reablement trajecten per jaar	2026: 200	Verminderen van Wmo-zorg door: 10% minder HbH-uren per cliënt per week [21]	2026	€ 4.180	2026	0,1	Afname hulp bij huishouden (hbh) - Gemiddeld aantal HbH-uren per week: 5 [20] - Referentieprij hbh per uur (2026): €42 [16] - Werkbare uren op basis van een 36-uur durende werkweek per jaar [uren]: 1543 [1]	
	2027: 600		2027:	€17.189	2027:	0,2		
	2028: 1040		2028:		€ 40.585	2028:		0,3
	2029: 1040		2029:		€64.858	2029:		0,3
	2030: 1040		2030		€ 90.041	2030		0,3

Bronnen

[1] Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S., & Kanter, T. (2024). Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en referentieprijzen. Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

[2] Expertmatige inschatting [Kerngroep WOW]. (z.d.). Interne bron.

[3] Spoedzorg Hilversum. (z.d.). Veelgestelde vragen. <https://spoedzorghilversum.nl/veelgestelde-vragen/>

[4] Ineen. (2022). Benchmark huisartsenspoedposten. <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2023/09/ineen-benchmark-huisartsenposten-bulletin-2022.pdf>

[5] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2025). Ouderen. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>

& Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (z.d.). Monitor acute zorg: Ontwikkelingen zorg in beeld. <https://open.overheid.nl/documenten/b1e1dc26-04ed-4fe9-94da-96fd8a1d10a1/file>

[6] Lindquist, M. (2023, 10 januari). De kosten van verloop van verpleegkundig personeel in cijfers. Oracle. Geraadpleegd op 27 oktober 2024, van <https://www.oracle.com/nl/human-capital-management/cost-of-nurse-turnover/#~:text=De%20verhouding%20tussen%20het%20aantal,ideaal%20op%20intensive%20care%20afdelingen>.

[7] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2025). Ziekenhuisopnamen en -patiënten; diagnose-indeling VTV. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84067NED/table?dl=4D394>

[8] Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (z.d.). Kerncijfers ggz. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

[9] Zorgcijfersdatabank. (z.d.). Geneeskundige ggz – Basis ggz: kosten per gebruiker. https://www.zorgcijfersdatabank.nl/data/bank?infotype=zvw&label=00-totaal&geg_zvw=jijverdiepnew24&meta_tabel=kosten&tabel=B_kogb&item=210665

[10] Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staatven). (2024). Medisch specialisten: aantal contacten. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/specialist-aantal-contacten>

[11] Vektis. (2025). Factsheet wijkverpleging. <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-wijkverpleging>

[12] Staat van Volksgezondheid en Zorg (Staatven). (2024). Geneesmiddelen: uitgaven extramuraal. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/geneesmiddelen-uitgaven-extramuraal>

[13] Regiobeeld Gooi en Vechtstreek. (2023). Regiobeeld 't Gooi. <https://www.regiogv.nl/wp-content/uploads/2023/09/Regiobeeld-t-Gooi.pdf>

[14] Vektis. (2019). Factsheet ouderenzorg. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ouderenzorg>

[15] Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). (2023). Feiten en cijfers huisartsenzorg. Op basis van gegevens van de NZa (2023). <https://www.lhv.nl/opkomen-voor-belangen/feiten-en-cijfers-huisartsenzorg/>

[16] Maatschappelijke prijslijst. (2024). Prijzen Wmo. <https://maatschappelijkeprijslijst.nl/prijzen-wmo/>

[17] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Ouderen met kwetsbare gezondheid. <https://www.regiobeeld.nl/regiobeelden-lza/ouderen-met-kwetsbare-gezondheid>

[18] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), (2024), Verkenning bevolking 2050- editie 2024, <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2024/verkenning-bevolking-2050-editie-2024/3-uitkomsten-bevolkingsvarianten/#~:text=in%202023%20woonden%20er%20in,van%20het%20totaal%20aantal%20inwoners>.

[19] Vektis, (2019) Factsheet Ouderenzorg, <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ouderenzorg?>

[20] Wmo richtlijn Indicatieadvisering voor Hulp bij het Huishouden (2025) <https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR100891/1>

[21] Pilotstudie Kerkrade (2024). Hulp bij Huishouden gemeente Kerkrade.

6 | Business case Initiatief 1: Versterken van Informele Netwerken

Probleemanalyse en situatieschets	Activiteiten (totaal 2025-2026-2027)	Resultaat (output)	Effect – direct [1]	Onderbouwing [1]
Zie IST-SOLL-GAP van het initiatief - Er is geen structureel scholings- en ondersteuningsaanbod voor professionals (bv voor de methodiek Sociale Netwerk Versterking – SVN en voorzorgcirkel) om passend te ondersteunen bij het versterken van het netwerk van 65+ ouderen. - Er is geen scholings- trainingsaanbod voor vrijwilligers en eventueel vrijwilligerscoördinatoren, gericht op ondersteuning bij het versterken van het sociaal netwerk van 65+ ouderen. - Er is geen materiaal dat professionals en vrijwilligers(organisaties) kunnen inzetten om het bewustzijn bij ouderen over het belang van het hebben van een sociaal netwerk te vergroten.	Activiteiten in transformatieplan: - Uitvoeren van het Plan van Aanpak Samen Sterk in Gezond Gooi; - Opleiden van professionals in Sociale Netwerk Versterking via de Gezond Gooi Academie; - Structurele inbedding van SVN in werkprocessen. - Opleiden van vrijwilligers in Sociale Netwerk Versterking; - Het organiseren en opleiden van 40 sleutelfiguren als buurtnetwerkexpert - Structurele ondersteuning en materialen beschikbaar stellen - Uitwisselings- en intervisiebijeenkomsten organiseren om samenwerking en synergie tussen vrijwilligers, coördinatoren en professionals te versterken. - Ontwikkelen en verspreiden van bewustwordings-materiaal (signaleringskaarten, gesprekskaarten, informatiemateriaal). - Organiseren van workshops	Bereik wijken Totaal: 10 wijken 2026: 2 wijken 2027: 4 wijken 2028: 4 wijken Bereik inwoners Totaal: 1500 2026: 375 2027: 750 2028: 1500 1. Professionals getraind als netwerkversterker (SNV) Totaal: 50 professionals (2-daagse training) 50 vrijwilligers (e-training + begeleiding) 2026: 10 professionals, 10 vrijwilligers 2027: 20 professionals, 20 vrijwilligers 2028: 20 professionals, 20 vrijwilligers Professionals getraind in gemeenschapsofbouw Totaal: 50 professionals 2026: 10 2027: 20 2028: 20 2. Bereik buurtbewoners workshops Totaal: 500 2026: 100 in 2 wijken 2027: 200 in 4 wijken 2028: 200 in 4 wijken	Verminderen van Zvw-zorg door: - minder huisartsbezoeken - minder GGZ-trajecten - minder opnamedagen ziekenhuis Verminderen Wmo-zorg door: - minder Hbh-uren	- Het versterken van informele netwerken draagt bij aan de preventie van psychosociale en lichte fysieke klachten, o.a. door in te zetten op eenzaamheid en beweging. Dit heeft mogelijk als gevolg dat mensen minder vaak een beroep doen op de huisarts of de geestelijke gezondheidszorg. - Doordat mensen met een sterk sociaal netwerk thuis betere ondersteuning krijgen na opname, kan het ziekenhuisverblijf ingekort worden en worden heropnamen voorkomen. - Informele zorgverleners (zoals mantelzorgers, vrienden en burens) kunnen taken overnemen die anders formeel moeten worden ingevuld, waardoor de behoefte aan huishoudelijke hulp afneemt.

Bronnen

[1] Kennisplatform inclusief samenleven (2023). De kracht van informele netwerken. https://www.kis.nl/sites/default/files/2023-11/Rapport_de_kracht_van_informele_netwerken_2023.pdf

6 | Business case Initiatief 2: Proactieve Zorgplanning - van crisis naar keuze

Probleemanalyse en situatieschets	Activiteiten (totaal 2025-2026-2027)	Resultaat (output)	Effect – direct	Onderbouwing [1]
Zie IST-SOLL-GAP van het initiatief • Er ontbreekt een bewustwordingscampagne en aanbod van PZP-gesprekken • Er is nog geen pool van getrainde vrijwilligers beschikbaar • Pilots zijn niet opgeschaald naar regionaal niveau • Geleerde lessen op het gebied van inzet van vrijwilligers zijn niet verspreid naar andere wijken en moeten nog worden opgenomen bij de opschaling naar regionaal niveau	Van incidentele pilots naar een structurele werkwijze waarin iedere kwetsbare oudere tijdig bereikt wordt met een gesprek over wensen en voorkeuren voor de toekomst. Activiteiten in transformatieplan: • Opzetten regionale bewustwordingscampagne • Organiseren van bijeenkomsten zoals Toost op het Leven • Aanbieden van PZP-gesprekken via sociaal domein en eerste lijn • Werven van vrijwilligers en trainen in alle wijken • Opzetten van regionale vrijwilligerspool voor structurele inzet • Opschalen van bestaande pilots (bijv. Wijdmeren, Naarden) naar alle 10 wijken (2028) • Inbedden van structurele borging in werkprocessen van huisartsen, wijkteams, VVT en ziekenhuizen • Ontwikkelen en verspreiden van hulpmiddelen (wensenboekje, kaartspel Kiezen en Delen) • Vastleggen resultaten en delen via VIPlive/NIS, met regionale afspraken over toegang en gegevensdeling • Vastleggen van één uniforme PZP-methodiek voor alle professionals • Opzetten van lerend netwerk met plenaire bijeenkomsten (4x per jaar) om toepassing te borgen	Totaal: 8 nieuwe wijken werken met PZP (samen met 2 huidige wijken resulteert dit in volledige dekking 10 wijken) 2026: 3 pilotwijken 2027: 3 pilotwijken extra 2028: 2 pilotwijken 65+ ouderen bereikt (bereikt: minimaal 1 PZP gesprek gevoerd met documentatie dat beschikbaar is voor verschillende professionals via VIP) Totaal: 1625 (20% van de kwetsbare ouderen) 2026: 400 2027: 1040 2028: 1625 Ouderen bereikt met bijeenkomsten (bereikt: minimaal 1 PZP gesprek gevoerd met documentatie dat beschikbaar is voor verschillende professionals. Aanne: 25% van de aanwezige 1380 bewoners) Totaal: 345 2026: 100 2027: 200 2028: 345 Professionals* getraind Totaal: 460 professionals getraind in PZP 2026: 5 wijken 10 x 2 = 100 2027: 8 wijken 10 x 2 = 160. cumulatief = 260 2028: 10 wijken 10 x 2 = 200 cumulatief= 460 (4 inwoners per professional bereiken)	Verminderen van Zvw-zorg door: • minder SEH-bezoeken • minder huisartsenspoedpost bezoeken/visites • minder 2e lijn specialist-bezoeken • minder opnamedagen ziekenhuis	• Door tijdige PZP gesprekken worden wensen en voorkeuren besproken vóórdat problemen en crisissituaties ontstaan. • Zorg sluit beter aan bij wat iemand belangrijk vindt, waardoor over- en onderbehandeling wordt voorkomen.

*= Diverse professionals, o.a. medisch specialisten, sociaal domein, wmo consulenten, wijkverpleging, verpleegkundigen

Bronnen

[1] Nza (2024) Verkenning bekostiging proactieve zorgplanning. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_767990_22/

6 | Business case Initiatief 3: Het Goede Gesprek - VVT als vliegwiel

Probleemanalyse en situatieschets	Activiteiten (totaal 2025-2026-2027)	Resultaat (output)	Effect – direct	Onderbouwing
Zie IST-SOLL-GAP van het initiatief - De methodiek is nog niet breed geïmplementeerd. Opschaling en uniform gebruik ontbreken. Er is geen structureel scholingsaanbod en onvoldoende borging in werkprocessen. - Professionals maken nog onvoldoende gebruik van het Goede Gesprek gedurende de hele zorgperiode en vrijwilligers/ informele zorg is niet geschoold in het Goede Gesprek	Activiteiten in transformatieplan: - Ontwikkelen en implementeren van één uniforme aanpak en gedeelde taal (gebaseerd op Positieve Gezondheid); verspreiding via Gezond Gooi Academie. - Regionale standaard ontwikkelen voor gespreksmaterialen, formats en procedures; beschikbaar stellen voor alle organisaties. - Organiseren van 100 trainingen; breed uitrollen van train-de-trainerprogramma; monitoring van bereik en effect. - Trainingen openstellen voor wijkzorg, sociaal domein en vrijwilligers; integratie in werkprocessen van Wmo en welzijn. - Het Goede Gesprek standaard onderdeel maken van intake, triage en evaluatiemomenten; structurele borging in wijkteams en Wmo-procedures. - Ontwikkelen van structurele intervisiestructuur en organiseren werkplekcoaching; faciliteren van peer learning via Gezond Gooi Academie.	Professionals VVT (vanaf niveau 3) getraind: Totaal: 1500 (=25% van totaal aantal, 2000 medewerkers in 4 VVT organisaties). 2026: 450 2027: 525 2028: 525 Waarvan medewerkers wijkzorg Zvw (niv 3-4-5/6) Totaal: 250 (80% van totaal 315) 2026: 75 2027: 75 2028: 100 Bereikte ouderen in VVT: Buiten scope van business case Bereikte ouderen Zvw wijkzorg (op basis van caseload 6,7 per medewerker): Totaal: 1688 2026: 506 2027: 1013 2028: 1688	Verminderen van Zvw-zorg door: - minder huisartsbezoeken - minder medicatiegebruik - minder wijkzorguren en –bezoeken - minder 2e lijn specialist-bezoeken	- Het Goede Gesprek is een specificatie van het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Daarom worden soortgelijke effecten als met het werken vanuit Positieve Gezondheid verwacht. - Professionals die training Positieve Gezondheid hebben gevolgd, werken intensiever samen met het sociaal domein. [1] - Wanneer er gewerkt wordt vanuit normaliseren (één van de kemelementen van Positieve Gezondheid), vermindert het aantal medicatievoorschriften. [2] - In pilotregio's daalde het medicatiegebruik met 11–14% na inzet van Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk. Ook bleek dat het aantal huisartsbezoeken en verwijzingen van huisartsen naar tweedelijnszorg aanzienlijk verminderde. Concreet daalde het aantal verwijzingen met 21% in pilot 1 en 8% in pilot [2, 3]. Naar verwachting geldt dit ook voor de wijkzorg.

Bronnen

[1] Saxion Hogeschool (2024). *Kwalitatief onderzoek naar de inzet van Positieve Gezondheid in de praktijk*. <https://www.iph.nl/assets/uploads/2024/06/1715151177610.pdf>

[2] van der Horst, H. (NTvG) (2018). *Medicaliseren of normaliseren?* https://www.ntvg.nl/artikelen/medicaliseren-normaliseren?check_logged_in=1

[3] Jung, H.P., Liebrand, S., van Asten, C. (2019) *Uitkomsten van het hanteren van Positieve Gezondheid in de praktijk*. <https://www.iph.nl/assets/uploads/2020/12/artikel-tijdschrift-Bijblijven-pilot-Afferden-oktober-2019.pdf>

6 | Business case Initiatief 4: Reablement

Probleemanalyse en situatieschets	Activiteiten (totaal 2025-2026-2027)	Resultaat (output)	Effect – direct [1]	Onderbouwing [1]
Zie IST-SOLL-GAP van het initiatief - Professionals zijn niet gericht op participatiegericht werken bij inwoners met functieverlies. Zij beschikken daarvoor niet over kennis en vaardigheden en niet over hulpmiddelen die kunnen helpen bij functieverlies, zonder dat taken worden overgenomen. - Integrale reablementteams ontbreken en er wordt monodisciplinair gewerkt. - De communicatie en houding van professionals is te veel gericht op het overnemen van taken, in plaats van gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid.	Activiteiten in transformatieplan: - Training en begeleiding in activerend werken - Intervisie en praktijkcoaching organiseren om gedragsverandering te borgen - Structureel scholingsprogramma activerend werken via Gezond Gooi Academie - Werkplekcoaching en herhaalde intervisie - Ontwikkelen van uniforme doelgerichte werkwijze met standaardformats & vaste evaluatiemomenten - Uitkomsten van PZP en Het Goede Gesprek vertalen naar functionele doelen in trajecten; vastleggen en delen via VIPlive/NIS - Inrichten van multidisciplinaire teams (zorg, welzijn, fysio, ergo) - Vastleggen van instroom- en doorverwijzingscriteria met huisarts, wijkverpleging en sociaal domein - Gezamenlijke visie ontwikkelen en vastleggen voor integraal werken - Campagnes en communicatie gericht op eigen kracht en zelfstandigheid - Mantelzorgers en netwerken activeren als eerste vangnet - Trainingen en werkplekcoaching specifiek gericht op houding en gespreksvoering van professionals	Bereik regio Totaal: alle wijken 2026: 2 wijken 2027: 8 wijken 2028: 10 wijken (3 gemeenten) HbH en wijkzorg professionals getraind in activerend werken Totaal: 1292 (80% van totaal 1615) 2026: 390 2027: 390 2028: 510 Reablement trajecten Totaal: 1040 (80% nieuwe aanmeldingen 1300) 2026: 200 trajecten 2027: 600 trajecten 2028: 1040 trajecten Bereik wijkzorg (op basis van een gemiddelde caseload van 7 Zvw cliënten en 70% van de medewerkers die in de Zvw werken) Totaal: 6330 2026: 1911 2027: 3822 2028: 6330	Verminderen van Zvw-zorg door: - minder wijkzorguren en – bezoeken Verminderen van Wmo-zorg door: - minder HbH-uren per cliënt per week	- Ouderen leren door activerende begeleiding om zelfredzamer te zijn bij dagelijkse handelingen en lichte gezondheidsklachten. Ze worden gestimuleerd om zelf vaardigheden te behouden en te herstellen. Deze betere basisfuncties en zelfredzaamheid vermindert de afhankelijkheid van zorg. Als er zich klachten voor doen, zullen ouderen eerste zelf kijken wat ze kunnen. - Specifiek richt reablement zich op herstel of ondersteunen van beperkingen in fysieke en cognitieve functies, wat de ouderen langer stabiel houdt en het risico op vallen en acute verslechtingen verkleint. - Door te trainen op zelfzorg en hulpmiddelen effectief te gebruiken, hebben ouderen minder vaak verpleegkundige ondersteuning nodig bij bijvoorbeeld wondzorg, medicatie of persoonlijke verzorging.

Bronnen

[1] Pilot Mijzo (2023). Reablement. <https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/reablement-maakt-langer-zelfstandig-thuis-wonen-mogelijk>

6 | Business case Initiatief 5: Wederzijdse signalering tussen medisch en sociaal domein

Probleemanalyse en situatieschets	Activiteiten (totaal 2025-2026-2027)	Resultaat (output)	Effect – direct	Onderbouwing
Zie IST-SOLL-GAP van het initiatief • Structurele werkafspraken en procesafspraken ontbreken. • Afspraken over aanspreekpunten, eigenaarschap en escalatie ontbreken.	Activiteiten in transformatieplan: • Ontwikkeling van concrete methodiek voor domeinoverstijgende vroegsignalering. • Inrichten van MDO-protocollen, ontwikkelen van signaleringskaarten en vormgeven van domeinoverstijgende samenwerkingsstructuren. • Vastleggen afspraken over toestemming en datadeling • Een implementatieplan met daarin training en transformatiestrategie voor ‘vroegsignalering’ tussen medisch en sociaal professionals • Aanwijzen van vaste contactpersonen per organisatie • Afspreken en publiceren casusregie en escalatieroutes	Totaal: 10 wijken werken vanuit vroegsignalering 2026: 3 wijken 2027: 4 wijken 2028: 3 wijken Totaal: 3250 (40% van de kwetsbare ouderen) 2026: 800 2027: 2025 (cumulatief) 2028: 3250 Professionals getraind* Totaal: 200 (80% van totaal betrokken professionals bij informatiepunt) 2026: 50 2027: 75 2028: 75 Professionals bereikt met transformatiestrategie Totaal: 40 professionals en 20 informele werkers 2026: 12 professionals, 6 informele werkers 2027: 16 professionals, 8 informele werkers 2028: 12 professionals, 6 informele werkers	Verminderen van Zvw-zorg door: • minder huisartsbezoeken • minder SEH-bezoeken • minder opnamedagen ziekenhuis • minder wijkzorguren en –bezoeken • minder GGZ-trajecten • minder 2e lijn specialist-bezoeken • minder medicatiegebruik	• Door vroegsignalering herkennen professionals uit zowel het medisch als sociaal domein vroegtijdig risico's bij kwetsbare inwoners, bijvoorbeeld verslechterende gezondheid, beginnende (psychische) klachten of sociaal isolement. • Vroege interventies voorkomen dat klachten escaleren tot acute situaties. Zo kan bijvoorbeeld snelle ondersteuning in het sociale domein medische verergering voorkomen. • Beginnende klachten of verslechtering van klachten kunnen sneller opgepakt worden door inzet van aanvullende expertise (bijv. specialist ouderengeneeskunde, geriatrieteam). • De juiste zorg of ondersteuning wordt direct bij de bron ingezet, waardoor onnodige zorg of te late verwijzingen worden voorkomen. • Wat betreft de huisartsbezoeken verwachten wij dat het aantal herhaal huisartsbezoeken daalt door betere doorverwijzing naar sociaal domein. Dit weegt op tegen een mogelijke toename van huisartsbezoeken door betere signalering vanaf sociaal domein naar de huisarts.

(*o.a. wijkverpleegkundigen, POH's, Wmo-consulenten, maatschappelijk werkers, client ondersteuners, welzijnswerkers, informele werkers)

Bronnen

[1] EMMA in opdracht VWS (2024). Verkenning samenwerking sociaal en medisch domein. https://sociaalwerk nederland.nl/wp-content/uploads/2025/01/Eindrapportage_verkenning_samenwerking_sociaal_en_medisch_domein.pdf

6 | Business case Initiatief 6: Medisch Generalistische Zorg Convenant

Probleemanalyse en situatieschets	Activiteiten (totaal 2025-2026-2027)	Resultaat (output)	Effect – direct [1]	Onderbouwing [1]
Zie IST-SOLL-GAP van het initiatief - Het beschikbare landelijke convenant, met daarbij het regionale addendum is nog niet geïmplementeerd in de regio. - Onvoldoende randvoorwaarden: triageverpleegkundigen, gedragsdeskundigen, digitale overdracht. - Het model van preferente huisarts wordt altijd voorgelegd aan inwoners van woonvormen. - Pilots met dialoogsessies zijn beperkt en nog niet regionaal geborgd; structurele financiering ontbreekt. - Scholing is onvoldoende structureel geregeld. - Er is nog geen coördinatie- en borgingsstructuur.	- Sluiten en implementeren van een regionaal convenant MGZ. - Organiseren van dialoogsessies om samenwerking en afstemming te versterken. - Vastleggen heldere rol- en taakverdeling. - Organiseren structurele inzet van triageverpleegkundigen en gedragsdeskundigen. - Beschikbaar stellen van randvoorwaardelijke functies (Wzd, triage, gedragsdeskundige). - Implementatie van digitale overdracht via VIP/LSP/NIS. - Stellen van voorwaarden dat nieuwe woonvormen en PGB-initiatieven alleen starten als MGZ vooraf structureel is geborgd. - Bieden van ondersteuning bij implementatie van deze randvoorwaarden. - Structureel onderdeel maken Dialoogsessies van regionale samenwerking. - Vastleggen structurele financiering en opvolging. - Opzetten structureel scholingsprogramma MGZ via Gezond Gooi Academie, met periodieke terugkomdagen en monitoring van deelname en toepassing in de praktijk. - Inrichten van een regionale coördinatiegroep die implementatie en borging van MGZ bewaakt.	Bereik wijken (met bijbehorende gedclusterde woonzorg voorzieningen) waarin dialogen zijn gevoerd en wordt gewerkt volgens de afspraken van het convenant Totaal: 10 wijken (complete regionale dekking) Startpunt: 5 locaties, 194 bereikte ouderen 2026: 2 wijken 2027: 4 wijken 2028: 4 wijken Huidig bereik huisartspraktijken: 13 (14% van totaal 94). Gewenst bereik: 75 (80%) Te bereiken: 62 Huidig bereik SO: 50 Gewenst bereik: 90 (80%) Te bereiken: 40 Totaal bereik eind 2028: 4063 (50% van kwetsbare 65+ ouderen regio Gooi en Vechtstreek) 2026: 1016 2027: 2032 2028: 4064	- minder huisartsenspoedpost bezoeken/visites - minder 2e lijn specialist-bezoeken - minder SEH bezoeken	Goede samenwerking in het kernteam rondom een kwetsbare oudere zorgt voor tijdige signalering en beoordeling van zorgbehoefte. Wanneer problemen eerder en door de juiste persoon beoordeeld worden kan dit een bijdrage leveren aan het vermijden van acute zorg of doorverwijzingen aan de specialist in het ziekenhuis.

Bronnen [1]

Transformatie plan NOA Next. Netwerk Ouderengeneeskunde. Verwijzing naar business case Amsterdam UMC.

MESO (2023). Factsheet herhaalbaarheidsonderzoek meso. https://www.mesozorg.nl/wp-content/uploads/2023/03/20230301-Factsheet-MESO-Herhaalbaarheidsonderzoek-pilots-en-aanvullend-onderzoek-Velp_definitief-1.pdf

Vivium, Amaris, Inovum, Hilverzorg (2022). Evaluatie pilot: Zorg in woonvormen met langdurige zorg regio Gooi en omstreken goed geregeld.

6 | Business case | Gezamenlijk effect initiatief AGR

Propositie 3

7. Ambulante Geriatrische Revalidatie

6 | Business case | Initiatief 7 : Ambulante Geriatrische Revalidatie

→ **Conclusie:** Het investeren in het initiatief 'ambulante geriatrische revalidatie' heeft op zichzelf staand geen positieve businesscase. Dit is deels te verklaren doordat de verwachte effecten conservatief zijn ingeschat, op basis van eerste financiële doorrekeningen a.d.h.v. een pilot. Echter, het initiatief wordt ingeschat als veelbelovend. De opbrengsten van andere initiatieven zijn voldoende om tot een overkoepelende positieve business case te komen.

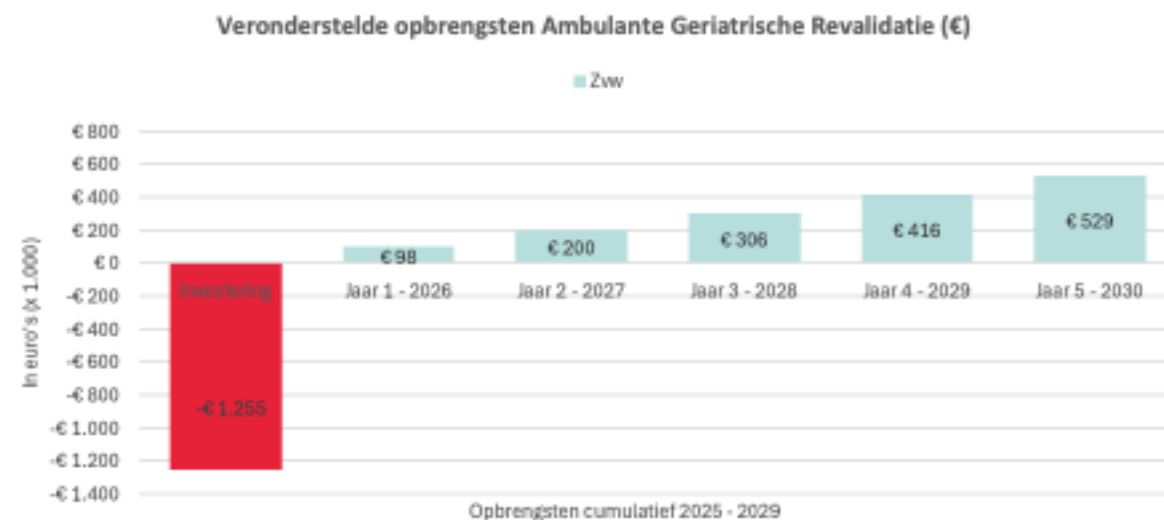
→ De gevraagde investering voor het initiatief 'ambulante geriatrische revalidatie' in de IZA-aanvraag bedraagt **1,3 mio**

- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt **0,5 mio in de Zvw**

→ Effecten meegenomen in de economische waardering voor de business case zijn:

- Verminderen van Zvw zorg (GRZ-ligdagen)

NB. Er naast de bovengenoemde effecten diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn. Het daadwerkelijke effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze business case.



*Investeringen zijn exclusief onvoorziene kosten, deze zijn wel opgenomen in het totaalbedrag

6 | Business case Initiatief 7: Ambulante Geriatrische Revalidatie

Probleemanalyse en situatieschets	Activiteiten (totaal 2025-2026-2027)	Resultaat (output)	Effect – direct
Zie IST-SOLL-GAP van het initiatief - Implementatie van het zorgpad klinisch-ambulante revalidatie bij Amaris - Implementatie van het zorgpad direct ambulante revalidatie bij Vivium en Amaris	Activiteiten in transformatieplan: - Zorgpad klinisch-ambulante revalidatie implementeren en vastleggen bij Amaris. - Scholingstraject voor 30 professionals (artsen, fysio, ergo, verpleegkundigen) - Inbedding van het zorgpad in ECD en werkprocessen (start 2026).- Pilot in 2 locaties Amaris in 2026, opschaling naar alle locaties in 2027.- - Monitoring: minimaal 150 cliënten per jaar in zorgpad, met evaluatie van functionele uitkomsten. - Gezamenlijk zorgpad direct ambulante revalidatie ontwikkelen en implementeren (Vivium en Amaris). - Afspraken maken over triage en instroomcriteria met huisartsen en ziekenhuizen (Q1 2026).- - Scholing van 40 professionals in beide organisaties.- - Start pilot in 1 Vivium- en 1 Amaris-locatie in 2026, opschaling naar alle betrokken locaties in 2027. - Evaluatie na 6 en 12 maanden en borging in regionale werkwijze.	Professionals* getraind direct ambulant Vivium: Eind 2028: 280 2026: 80 2027: 100 2028: 100 Professionals getraind direct+klinisch ambulant Amaris: Eind 2028: 280 2026: 80 2027: 100 2028: 100 Totale populatie Amaris: 730 Totale populatie Vivium: 805 Bereikte revalidanten klinisch ambulant Amaris: Eind 2028: 220 per jaar 2026: 74 2027: 146 2028: 220 Bereikte revalidanten direct ambulant Amaris: Eind 2028: 75 per jaar 2026: 35 2027: 75 2028: 75 Bereikte revalidanten direct ambulant Vivium: Eind 2028: 75 per jaar 2026: 35 2027: 75 2028: 75 Er zijn 5 gestandaardiseerde ambulante zorgpaden voor CVA, heup, knie, COPD en hartfalen vastgesteld.	- Verminderen van Zvw-zorg door: - Ligduurverkorting GRZ

*wijkverpleging, behandelaren, cliëntenplanners, transferverpleegkundigen, huisartsen

6 | Business case Initiatief 7: Ambulante Geriatrische Revalidatie

Output	Waarde	Effect	Waarde (euro's, cumulatief)	Onderbouwing
Aantal bereikte revalidanten	2026: 1535	- Verminderen van Zvw-zorg door: - Ligduurverkorting GRZ	2026: € 98.240	- Gemiddelde besparing per opnamedag totaal revalidanten: € 64,- gebaseerd op de pilots die zijn gerealiseerd. [1] - We verwachten een verkorting van de totale verblijfsduur met 5 dagen voor de gehele populatie (inclusief eerder ontslag en minder heropnamen). Dit is gebaseerd op financiële cijfers n.a.v. de pilot bij Vivium, waarbij 25% van alle revalidanten volgens het klinisch ambulante zorgpad worden geholpen. Door dit initiatief zal het aandeel klinische ambulante of directe ambulante trajecten toenemen. Daardoor verwachten we dat de gemiddelde besparing per ligdag verder stijgt. Omdat we het exacte aantal dagenbesparing nog niet kunnen voorspellen, hanteren we nu conservatief een bedrag van € 64 per dag.
	2027: 1535		2027: € 200.164	
	2028: 1535		2028: € 305.910	
	2029: 1535		2029: € 415.622	
	2030: 1535		2030: € 529.448	

Bronnen

[1] Gebaseerd op financiële cijfers uit de pilot Vivium, bekend bij Zilveren Kruis (2025)

6.1 | Begroting

Zie bijlage 1

6.2 | Toelichting begroting

- De begroting is opgesteld voor de periode 2026-2028 en bevat incidentele kosten die noodzakelijk zijn om de beoogde transformatie te realiseren.
- De verantwoordelijkheid voor de begroting per interventie is belegd bij projectleiders van de interventie en bij de overkoepelende kerngroep.
- Betrokkenheid van bestuurlijke trekkers wordt gezien als in kind financiering en komt dus niet ten laste van de transformatiegelden. Overige overhead (bijvoorbeeld projectleiders) wordt wel vanuit transformatiegelden gefinancierd, mede doordat de taken niet binnen bestaande takenpakketten opgepakt kunnen worden. Er wordt gepoogd zoveel mogelijk met intern personeel te werken, om de kosten te drukken.
- Er is 1% onvoorzien opgenomen, conform de afspraak met de zorgverzekeraar.

6.3 | Samenvatting begroting

Overkoepelend			
	In EUR	In % van totale begroting	
Overkoepelend	€ 1.894.214,12	25%	
Personele kosten	€ 1.784.214,12		
Materiele kosten	€ 110.000,00		
Overkoepelend	€ 1.894.214,12	25%	
Initiatieven			
	In EUR	In % van totale begroting	
Initiatief 1 Informele netwerk	€ 955.850,66	12%	
Personele kosten	€ 368.146,18		
Materiele kosten	€ 587.704,49		
Initiatief 2 PZP	€ 769.276,27	10%	
Personele kosten	€ 736.969,49		
Materiele kosten	€ 32.306,78		
Initiatief 3 Goede Gesprek	€ 380.392,15	5%	
Personele kosten	€ 348.085,37		
Materiele kosten	€ 32.306,78		
Initiatief 4 Reablement	€ 901.920,08	12%	
Personele kosten	€ 869.613,31		
Materiele kosten	€ 32.306,78		
Initiatief 5 Wederzijdse signalering	€ 319.697,35	4%	
Personele kosten	€ 307.597,35		
Materiele kosten	€ 12.100,00		
Initiatief 6 MGZ convenant	€ 1.163.530,06	15%	
Personele kosten	€ 1.057.942,15		
Materiele kosten	€ 105.587,92		
Initiatief 7 Ambulante GRZ	€ 1.255.118,30	16%	
Personele kosten	€ 1.061.277,64		
Materiele kosten	€ 193.840,66		
Totaal initiatieven	€ 5.745.784,88	74%	
Onvoorziene kosten	€ 76.399,99	1%	
Totaal transformatieplan Waardig Ouder Worden	€ 7.716.399,00		

Uitgangspunten begroting

- Er is gerekend met een voltijdswerkweek van 36 uur (1,0 fte).
- Er is gerekend met netto inzeturen, op basis van een voltijdswerkweek van 36 uur gedurende 46 weken per jaar.
- Bedragen zijn inclusief BTW. Er is geen BTW gerekend op interne uren
- Er is gerekend met een indexatiepercentage van 3,75% op basis van het gemiddelde over 2015–2025. Deze is uitsluitend toegepast op personele tarieven, niet op werkbudgetten.

6.4 | Samenvatting begroting

	Vivium		Gemeente Hilversum
Overkoepelend	€	947.107,06	€ 947.107,06
Initiatief 1 - informele netwerken	€	955.850,66	
Initiatief 2 - PZP	€	615.421,02	€ 153.855,25
Initiatief 3 - Goede gesprek	€	380.392,15	
Initiatief 4 - Reablement	€	270.576,03	€ 631.344,06
Initiatief 5 - Wederzijdse signalering	€	159.848,68	€ 159.848,68
Initiatief 6 - MGZ convenant	€	1.163.530,06	
Initiatief 7 - Ambulante GRZ	€	1.255.118,30	
Onvoorziene Kosten (1% van totaal)	€	38.200,00	€ 38.200,00
Totaal per organisatie	€	5.786.043,95	€ 1.930.355,04

Totaal	
€	1.894.214,12
€	955.850,66
€	769.276,27
€	380.392,15
€	901.920,08
€	319.697,35
€	1.163.530,06
€	1.255.118,30
	€ 76.399,99
€	7.716.399,00

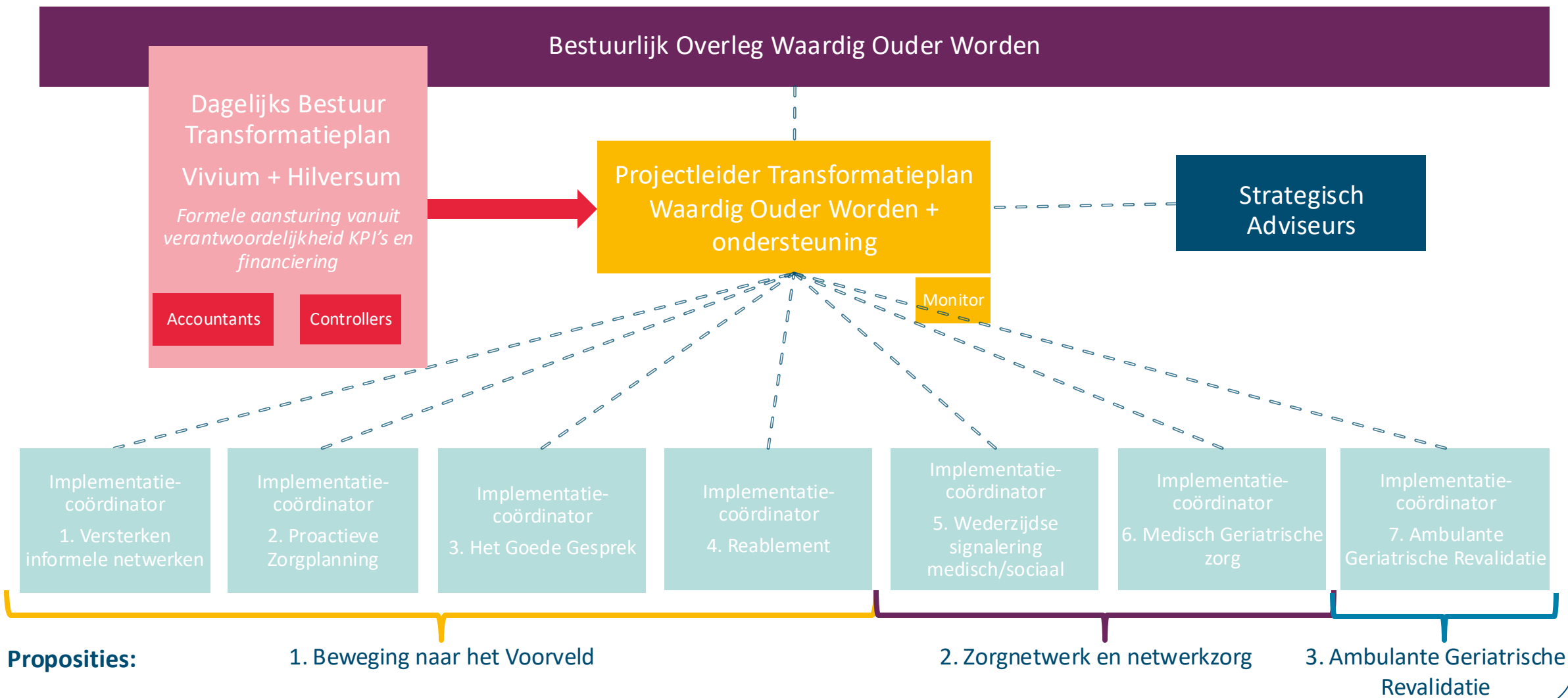
7 | Mijlpalenplanning

Zie bijlage 2 in Excel

8 | Governance

Dit hoofdstuk beschrijft de manier waarop we de WOW-beweging aansturen, volgen en vasthouden. We beschrijven hoe we de werkwijze duurzaam verankeren en hoe de besluitvorming is georganiseerd.

8.1 | Governance Transformatieplan Waardig Ouder Worden



8.2 | Rol- en taakverdelingen

Bestuurlijk Overleg Waardig Ouder Worden

- Het BO bestaat uit bestuurders van Vivium, Amaris, Hilverzorg, RHOGO, Versa en gemeenten.
- Het BO is verantwoordelijk voor de omvattende WOW-beweging, en de koppeling tussen de coalitie en het bestuurlijk netwerk Gezond Gooi.

Dagelijks Bestuur Vivium + gemeente Hilversum

- Als kassiers eindverantwoordelijk voor uitvoering Transformatieplan
- Verantwoording en financiële aansturing (Inhoudelijke sturing loopt via projectleider en Strategisch adviseurs)
- Monitoring-functie over financiën en benodigde resultaten
- Bijhouden van uren en activiteiten
- Direct vanaf start worden controllers van beide organisaties betrokken.
- Per maand/kwartaal een notitie maken om de afwijkingen ten opzichte van de begroting te verantwoorden (indien >10%). Gezamenlijke taak.

Strategisch adviseurs

- De strategisch adviseurs zijn vertegenwoordigers van VVT, RHOGO, gemeenten, Versa.
- Inhoudelijke expertise en uitdraagkracht
- WOW-beweging uitdragen in de regio, inzetten voor bestuurlijk draagvlak en informeren van gremia
- Inhoudelijk voeden en klankborden met Projectleider

Projectleider WOW

- Verantwoordelijk voor uitvoering Transformatieplan.
- Directe aansturing van deelprojectleiders
- Gezicht naar buiten
- Contact onderhouden met IZA-projectleiders, gremia en ambassadeurs
- Scope, planning, bemensing, budget en kwaliteit bewaking
- Verantwoordelijkheid afleggen naar RHOGO/Gemeente over de resultaten, urenbestedingen en de financiële afhandeling
- Eerste aanspreekpunt van RHOGO/Gemeente

Ondersteuner:

- Ondersteunt projectleider bij planning, projectmanagement en andere aanverwante taken.

Implementatiecoördinatoren

Per interventie is er een implementatiecoördinator verantwoordelijk voor:

- De inhoudelijke uitvoering en resultaten binnen het deelgebied
- Het bewaken van de scope, deelplanning, deelbudget en kwaliteit
- Het aansturen van betrokken uitvoerende partijen
- De afstemming met andere implementatiecoördinatoren en de kerngroep

8.3 | Staatsteunanalyse

Het tijdelijke rijksbudget SPUK-Transformatiemiddelen wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in het transformatieplan. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen binnen het Transformatieplan Waardig Ouder Worden voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatsteun.

8.4 | Borging

De governance van het transformatieplan is zodanig ingericht dat zowel de uitvoering tijdens de looptijd als de duurzame verankering ná afloop van de IZA-periode geborgd is. Zo wordt tijdens de IZA-periode een stevige basis gelegd, waardoor organisaties ook na afloop van deze periode verder kunnen bouwen op de ingeslagen koers. De governance richt zich niet alleen op sturing en afstemming, maar juist ook op het bestendigen van de WOW-beweging. De borging is integraal onderdeel van de aanpak en raakt zowel werkwijze als financiering, ondersteuning en kennisdeling. Hieronder is weergegeven hoe de verschillende onderdelen structureel worden verankerd:

Borgingselement	Hoe borgen we het?
Structurele werkwijze	Na de initiële investering in WOW via training en praktische hulpmiddelen worden de proposities onderdeel van het DNA van de (ouderen)zorg en welzijnsorganisaties. De Interventies binnen de proposities zijn hierdoor geen proeftuinen maar onderdeel van een structurele en blijvende praktijkverandering.
Governance en regie	Binnen het Transformatieplan WOW wordt in samenhang met de andere Transformatieplannen en de samenwerking in het kader van “licht en gelijkgericht” gewerkt aan de versteviging van de regionale samenwerking en governancestructuur.
Structurele financiering	Het Transformatieplan WOW wordt gezien als een tijdelijke boost, die nodig is om het “waardig ouder worden” in het Gooi structureel mogelijk te maken. De ondertekenaars hebben de intentie om in gezamenlijkheid de kosten te continueren binnen hun eigen (financiële) mogelijkheden en rol en zo bij te dragen aan de uitvoering van dit plan na afloop van het IZA.
Monitoring en evaluatie	KPI's zijn gekoppeld aan de uitvoering en worden per fase gemonitord. Rapportages en dashboards maken sturing mogelijk op voortgang en effect.
Kennisdeling en borging via de academie	WOW trainingen worden integraal onderdeel van de Gezond Gooi Academie, die hierbij fungeert als blijvende infrastructuur voor training, communicatieformats, intervisie, materialen en ondersteuning, ook na afloop van het plan.
Borging van ondersteunende functies	Ondersteunende structuren zoals de trainingen en tools zijn ontwikkeld voor duurzaam gebruik. Train-de-trainerstructuur waarborgt overdraagbaarheid.