

# DELTAPLAN

Wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt

---

Transformatieplan 2024 – 2026

Als onderdeel van het thema 'vitaal ouder worden'



Maastricht, mei 2024

# VOORWOORD

De uitdagingen om de komende jaren de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zijn enorm. Het besef is groot dat we krachten moeten bundelen om samen te zorgen dat wijken, buurten en dorpen beter toegerust zijn op de realiteit dat mensen in een kwetsbare positie langer thuis blijven wonen. Dat vraagt om een trendbreuk die begint bij een andere manier van kijken én omdenken: de belangrijkste oplossingen voor de zorg liggen immers óók buiten de zorg.

Organisaties voor ouderenzorg (Sevagram, Envida, Thuiszorg Groot Limburg, Vitala+), welzijnswerk (Trajekt), de huisartsen (ZIO), Steunpunt Mantelzorg Zuid en de woningcorporaties (Wonen Limburg, Maasvallei, Woonpunt, Servatius, Krijtland Wonen, Wonen Meerssen) in Maastricht-Heuvelland slaan samen met Levanto en Radar de handen ineen om samen hét verschil te maken. Gezamenlijk presenteerden wij eind 2023 de contouren van een deltaplan gericht op het vermaatschappelijken van de zorg voor ouderen. Als vervolg op de snelle toets, die op een positieve beoordeling van de verzekeraars mocht rekenen, presenteren wij in dit document het transformatieplan.

Voor u ligt een breed gedragen deltaplan dat het resultaat is van een constructieve en intensieve periode van samenwerken vanuit een groeiende brede coalitie, de enthousiaste inzet van tientallen inwoners van Maastricht-Heuvelland en de kundige ondersteuning vanuit Team Zuid-Limburg en enkele (data)specia-

listen. De maatschappelijke businesscase – die integraal onderdeel uitmaakt van dit plan en in nauwe samenwerking met experts van het Data OndersteuningsTeam (DOT) en de Academische Werkplaats Ouderenzorg is opgesteld – heeft de goedkeuring van het DOT.

Dit transformatieplan, dat uitgaat van eigen kracht van de betrokken partijen én aansluit bij de waardevolle initiatieven die onze regio al kent, is onderdeel van het thema vitaal ouder worden zoals benoemd in het regioplan Zuid-Limburg. In dit transformatieplan ligt de nadruk op de vermaatschappelijking van de zorg voor ouderen, waarbij de samenhang tussen wonen, welzijn en (voor)zorg een grote bijdrage moet leveren aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van deze zorg. Daar waar het slimmer organiseren van zorg gebaat is bij een regionale afstemming, kiezen we voor co-creatie met overige initiatieven in Zuid-Limburg. Dit om versnippering in structuren, systemen en werkvormen te voorkomen. De regiegroep rondom vitaal ouder worden, dient hierbij als regulerend mechanisme.

We zien het deltaplan als een beweging om te komen tot een nieuw ecosysteem voor de langdurige zorg en daarmee een samenleving waarin ouderen een goed leven kunnen leiden ook als zij een (intensieve) zorgvraag hebben. Dit vraagt om een ontschotting in de systeemwereld, waarbij IZA, WOZO en GALA communicerende vaten zijn die in samenhang bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment. Dit plan is vanuit die brede context opgesteld en kan alleen vanuit die integraliteit een succes worden.

Met dit plan hopen wij aanspraak te maken op de transformatiegelden die in het kader van IZA ter beschikking gesteld worden voor impactvolle transformaties. Met inzet van deze gelden is het mogelijk een substantiële versnelling te realiseren in het toekomstbestendig maken van de zorg. Dit doen wij vanuit onze gezamenlijke overtuiging: *'it takes a village to complete your life'*.

Namens alle betrokken partijen,  
Roger Ruijters

# INHOUDSOPGAVE

|  |    |   |    |
|--|----|---|----|
| 1. De coalitie   | 4  | Bijlage 1: afkortingen en begrippen   | 38 |
| 2. Is er straks nog zorg voor mij?                       | 5  | Bijlage 2: definties huisvesting voor<br>ouderen  | 41 |
| 3. Van regioplan naar deltaplan                          | 7  | Bijlage 3: impact op deelopgaven en<br>stakeholders                                     | 42 |
| 4. Een infrastructuur met<br>nutsvoorzieningen als basis | 15 | Bijlage 4: Literatuur   | 50 |
| 5. Anders kijken is anders doen                          | 23 | Bijlage 5: Begroting transformatieplan<br>wonen welzijn en (minder) zorg in de<br>buurt | 54 |
| 6. Een krachtig samenspel in de regio                    | 28 | Bijlage 6: Maatschappelijke businesscase  | 59 |
| 7. Van papier naar praktijk                              | 31 |   |    |
| 8. Impact en maatschappelijke<br>businesscase            | 33 |   |    |
| 9. Begroting   | 35 |   |    |
| 10. Monitoring en onderzoek                              | 37 |   |    |
| Bijlagen   | 38 |   |    |

# 1. DE COALITIE

Het deltaplan is een samenwerking van meer dan 45 partijen in Zuid-Limburg die zich samen inzetten voor wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt. De volgende maatschappelijke organisaties vormen de kerncoalitie:

- Envida
- Krijtland Wonen
- Levanto
- Maastricht UMC+
- Maasvallei
- Radar
- Servatius
- Sevagram
- Steunpunt Mantelzorg Zuid
- Thuiszorg Groot Limburg
- Trajekt
- Vitala+
- Wonen Limburg
- Wonen Meerssen
- Woonpunt
- ZIO

De volgende partijen zijn partner van het deltaplan:

- De gemeenten Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittern, Maastricht, Meerssen, Valkenburg aan de Geul en Vaals;
- CZ, VGZ, Maastricht University, Academische Werkplaats Ouderenzorg, Caphri, Zuyd, Vista College, GGD Zuid Limburg, Burgerkracht;
- Hulp bij dementie, Nobamacare, Huisartsenzorg Heuvelland, In Harmony, Stichting

de Keerderberg, Toon Hermans Huis Maastricht, Artidé, en Sofie verbindt.

De volgende partijen steunen het deltaplan:

- Zuyderland, Mondriaan, Cicero, Huisartsen Oostelijk zuid Limburg, Els residentie, Martha Flora en Woningstichting Berg en Terblijt

Afbeelding 1: coalitiepartners



Afbeelding 2: partners van het deltaplan



Afbeelding 3: het deltaplan krijgt de steun van:



## 2. IS ER STRAKS NOG ZORG VOOR MIJ?

Iedereen verdient goede zorg, nu en in de toekomst, maar met de huidige maatschappelijke en demografische ontwikkelingen is dat absoluut geen vanzelfsprekendheid. De uitdagingen in Zuid-Limburg zijn enorm, zo staat ook beschreven in het [regiobeeld](#). De kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod is groot en wordt nog groter. Zuid-Limburg is koploper in vergrijzing en het aantal chronisch zieken groeit. Vooral aandoeningen die gerelateerd zijn aan ouderdom nemen (passend bij de demografische ontwikkelingen) sterk toe, waarbij dementie de grootste stijging laat zien. Tegelijkertijd laten de prognoses een enorm tekort aan arbeidskrachten zien. Als je bovendien weet dat er ook minder mantelzorgers zullen zijn, is het overduidelijk: het roer moet om!

We willen de zorg toekomstbestendig maken, zodat er ook in de toekomst zorg is voor iedereen die dat nodig heeft. Dat noodzaakt tot omdenken en een besef dat de belangrijkste oplossingen voor dit vraagstuk buiten de zorg liggen. Dit besef ligt aan de basis van dit transformatieplan over wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt. We weten dat er niet één oplossing is om dit mogelijk te maken. Als samenwerkende partijen werken we daarom vanuit een meerdimensionaal deltaplan dat ons moet helpen om te komen tot een nieuw ecosysteem voor de langdurige zorg. Dit ecosysteem vindt zijn oorsprong op de plek waar mensen wonen en zich thuis en veilig voelen en vraagt om het



‘opplussen’ van die plekken vanuit een gebiedsgerichte benadering.

Vanuit dit deltaplan dragen we bij aan een toekomstbestendige en inclusieve samenleving die zelfredzaamheid en samenredzaamheid zo goed mogelijk ondersteunen. Een samenleving waar voor iedereen een thuis is en waar bewoners zich inzetten voor de wijk en voor elkaar. Ouderen van de toekomst zijn een onmisbare schakel in de samenleving. Op basis van mogelijkheden dragen zij bij aan het leven van hun naasten. In tijden van kwetsbaarheid wordt de zorg dichtbij en rondom de ouderen georganiseerd. De dubbele vergrijzing en de ontgroening in Zuid-Limburg zorgen voor een stevige toename van het aandeel ouderen en deze blijven langer zelfstandig thuis wonen. Mensen die voorheen (tijdelijk) naar een intramurale setting verhuisden, blijven nu zelfstandig wonen met begeleiding, ondersteuning en zorg in de wijk. ‘Een thuis voor iedereen’ betekent daarom in de komende jaren een andere inkleuring van wijken.

Als gezamenlijke partijen werken wij aan een omgeving waar het veilig wonen is, waar gezondheid en geluk van mensen belangrijk zijn en waar zorg in de nabijheid is. Een omgeving waarin mensen elkaar (willen) kennen, naar elkaar omkijken en elkaar in eerste aanleg laagdrempelig hulp bieden waar nodig en mogelijk. En waarbij het voorzieningenniveau in de wijk dit ondersteunt. Om ervoor te zorgen dat we de vraag 'is er straks nog zorg voor mij' volmondig met ja kunnen beantwoorden, kiezen wij vanuit een gezamenlijke overtuiging voor een domein overstijgende aanpak. De maatschappelijke businesscase verderop in dit document onderschrijft dat we hiermee 'niet het makkelijke maar wel het goede doen'.

### 3. VAN REGIOPLAN NAAR DELTAPLAN

De ambitie van het deltaplan is identiek aan de maatschappelijke opdracht zoals beschreven in het [regioplan](#) voor Zuid-Limburg (blz 8) met een accent op de doelgroep ouderen (> 65 jaar). Om de zorg toekomstbestendig te maken, is het nodig de focus te verleggen van 'ouderenzorg' naar 'zorg voor ouderen'. We willen een omgeving creëren waarin mensen samen oud kunnen worden. Een (woon)omgeving die uitdagend, slim en veilig is, waar mensen naar elkaar omkijken en elkaar helpen en die uitnodigt om slimme oplossingen toe te passen. Deze context maakt het mogelijk dat ouderen veel meer dan nu in staat worden gesteld om zelf regie te houden op hun eigen leven, ook als ze in een meer kwetsbare positie komen. Daarmee kan de inzet van professionele zorgvragen worden voorkomen of vertraagd: *it takes a village to complete your life*.

We willen tijdig anticiperen op (toekomstige) zorg- en ondersteuningsvragen door te zorgen voor 'nutsvoorzieningen' en te werken vanuit het perspectief wat mensen (en hun omgeving) zelf kunnen of kunnen leren. Als (maatschappelijke) partners investeren we in het versterken van de zorg- en welzijnsinfrastructuur in wijken en dorpen. Hiermee anticiperen we op de wens en noodzaak om langer thuis wonen te faciliteren. De ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligerswerk horen hier vanzelfsprekend bij. We leggen een duidelijke focus op preventieve voorzorg: gericht op het zo goed mogelijk anticiperen op en omgaan met de beperkingen die

horen bij het ouder worden en daarmee een zorgvraag zoveel mogelijk uitstellen of vermijden.

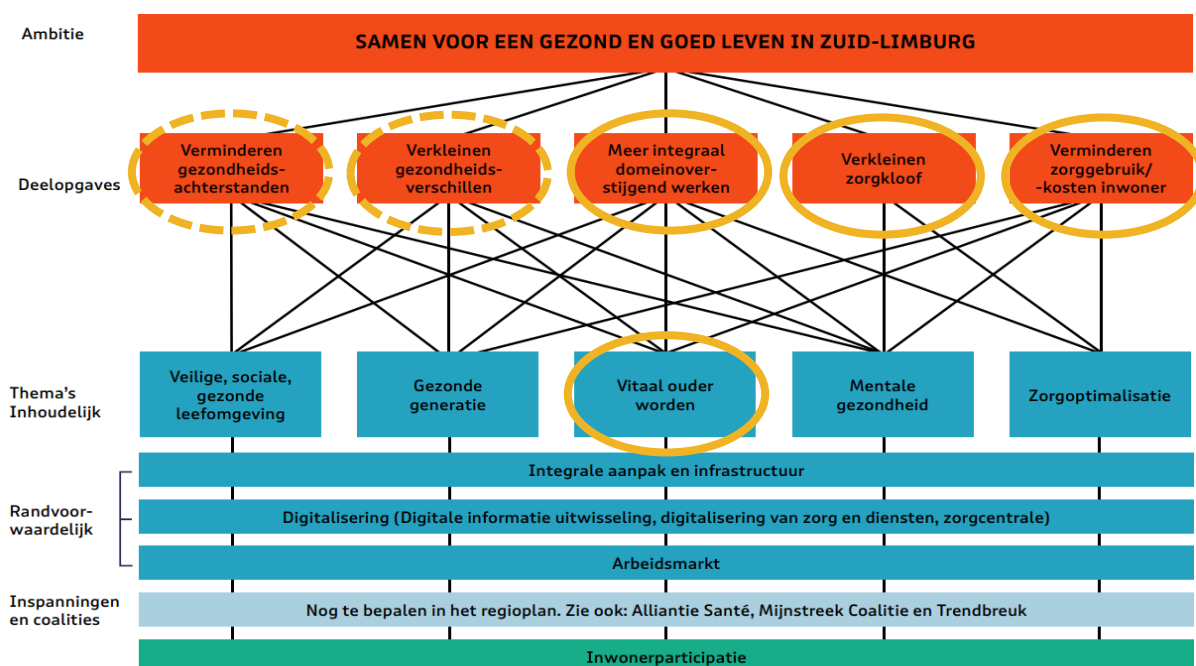


Afbeelding 4: coalitiepartners van het deltaplan

We gaan hierbij gebiedsgericht te werk, kiezen voor een multifocale aanpak gericht op zowel de korte als de lange termijn, richten ons op 'massa maken' en leren van wat we doen. Dit alles vanuit de wensen en behoeften van de inwoners van ons werkgebied. Gelijkgerichtheid en eigen kracht van de deelnemende partijen zijn hierbij belangrijke uitgangspunten, waarbij we concluderen dat het gezamenlijk kompas goed gericht is en partijen expliciet de bereidheid uitspreken om over eigen grenzen heen te denken en te werken.

Het deltaplan draagt bij aan alle deelopgaven zoals benoemd in het regioplan. Het plan richt zich op het verminderen van het zorggebruik én draagt bij aan het verkleinen van de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod. De brede coalitie – met partners vanuit wonen, welzijn en zorg – onderstreept de bijdrage aan integraal domein overstijgend samenwerken. Ondanks het feit dat het deltaplan zich niet uitsluitend richt op de gebieden met de grootste gezondheidsachterstanden, ligt een duidelijke focus op mensen met een smalle beurs, groepen die





Figuur 1: opgaven en thema's regioplan ZL

de meeste moeite hebben om regie over eigen leven te voeren en de inwoners met de grootste kans op een zorg- en welzijnsvraag. Daarmee richt het deltaplan zich ook op het verkleinen van gezondheidsverschillen en is er aandacht voor gezondheidsachterstanden. Hierbij is evident dat deze bijdrage, met name door de focus op de doelgroep vanaf 65 jaar, op dit vlak niet vergelijkbaar is met plannen die zich richten op de jeugd.

### 3.1 SUCCESVOLLE VOORBEELDEN EN EEN GOEDE SAMENWERKINGSTRADITIE ALS INSPIRATIEBRON

Maastricht-Heuvelland is één van de weinige regio's in Nederland waar verpleegzorg thuis tot een succes is gemaakt. Ruim 650 mensen met een verpleeghuisindicatie wonen inmiddels zelfstandig thuis en ontvangen een breed palet aan zorg- en welzijnsdiensten. Dit is mede te danken aan de samenwerking tussen de zorg

en de woningcorporaties; zij maken gezamenlijk afspraken over woningtoewijzing, ontmoetingsruimten en zorg in de nabijheid. Hiermee is de beweging van ongeclusterde naar geclusterde (verpleeg)zorg in de thuissituatie ingezet én geven we een belangrijke impuls aan de ontwikkeling richting een gebiedsgerichte aanpak voor wonen, welzijn en zorg, die gepaard gaat met een efficiënte inzet van (zorg) professionals. Tientallen partners in de buurt helpen om het (zorg)aanbod compleet te maken. Op deze manier geven we het vroegere verzorgingshuis een nieuw jasje; onzichtbaar in je eigen wijk en een integraal onderdeel van de buurt of het dorp.

Ook de succesvolle ketenzorg voor ouderen in deze regio waarin huisartsen, wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie en specialisten ouderengeneeskunde al meer dan 10 jaar in de praktijk samenwerken, draagt eraan bij dat ouderen (met en zonder WLZ indicatie) langer thuis kunnen blijven wonen. De kennis over en

ervaring met verpleegzorg thuis is een belangrijke basis voor het deltaplan. Hiermee heeft de regio immers bewezen grote uitdagingen tot een succes te kunnen maken.

De wijze waarop wij, met behulp van het volledig pakket thuis, invulling geven aan advance care planning voor ouderen draagt ook bij aan persoonsvolgende bekostiging, waarbij het omslagpunt tussen Zvw en Wlz vanuit inhoud beoordeeld wordt. Dit voorkomt dat kwetsbare ouderen onnodig lang in de Zvw 'blijven hangen'.

### 3.2 HET DELTAPLAN: SCHAALGROOTTE EN KERNINTERVENTIES

We zien het deltaplan als een beweging om te komen tot een nieuw ecosysteem voor de langdurige zorg en daarmee een samenleving waarin ouderen een goed leven kunnen leiden ook als zij een (intensieve) zorgvraag hebben. Om écht impact te kunnen maken, zijn geen hele andere dingen nodig, maar is het van belang om bestaande initiatieven te verrijken, in samenhang te versterken én massa te maken. Hoewel de ontwikkeling gestaag verder gaat, is het van groot belang om het tempo op te schroeven en daarmee gelijke tred te houden met de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen. We gaan hierbij uit van de goede initiatieven die er al zijn, verbinden deze én voegen waar nodig iets toe. We gaan hierbij gebiedsgericht te werk en kunnen daardoor op een substantieel aantal plekken een belangrijk verschil maken.

We kiezen voor een aanpak die toepasbaar is voor Zuid-Limburg (en daarbuiten) en maken in Maastricht-Heuvelland een vliegende start. De schaalgrootte is op dit moment het best passend, enerzijds vanwege de (zeer) impactvolle voorbeelden waarover de regio beschikt, maar bovenal vanwege het overzichtelijke speelveld en de goede samenwerkingstraditie die nodig zijn om massa te kunnen maken. Tegelijkertijd zijn er ruim voldoende verbindingen naar andere delen van (Zuid-)Limburg, die behulpzaam zijn bij de verdere opschaling. We zien het als vanzelfsprekendheid om in nauwe verbinding te staan met de ontwikkelingen in de Mijnstreek en met het concept van de pluswijken in het bijzonder (zie ook paragraaf 3.5). Hierbij is de insteek om te werken op basis van 'eenheid in verscheidenheid' en daarmee met vereende krachten de uitdaging voor vitaal ouder worden in Zuid-Limburg aan te gaan.

Het deltaplan van Maastricht-Heuvelland is opgebouwd uit 7 kerninterventies:

- A. Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen
- B. Versterken van maatschappelijke steunsystemen
- C. Versterken vangnetvoorzieningen
- D. Van zorgen voor naar zorgen dat
- E. Informaliseren van de arbeidsmarkt
- F. Inzet van slimme technologie
- G. Ontschotten van systemen en structuren

Kerninterventies A, B en C vormen samen de bouwstenen voor een nieuw ecosysteem (een versterkte zorg- en welzijnsinfrastructuur) en zijn in hoofdstuk 4 verder toegelicht. Hoofdstuk 5 heeft betrekking op de kerninterventies D

t/m G. Deze interventies dragen vanuit een vernieuwd perspectief bij aan een eigentijdse inkleuring en versterking van het ecosysteem.

### 3.3 BEOOGDE RESULTATEN

De gezamenlijke partijen committeren zich aan onderstaande concrete resultaten. Eind 2026:

- Zijn Maastricht-Heuvelland 10 woonzorgzones operationeel en 9 woonzorgzones in ontwikkeling, met een kernteam en een zorginfrastructuur;
- Is de Ledenservice getransformeerd tot een *white label* voorziening voor alle senioren in de regio Maastricht-Heuvelland;
- Zijn 700 extra geclusterde woningen beschikbaar voor toewijzing aan kwetsbare ouderen;
- Wonen 500 ouderen met een WLZ-indicatie in een zelfstandige woning en 450 geclusterd in een woonzorgzone;
- Zijn er geen wachtlijsten voor wijkverpleging of casemanagement dementie;
- Laat de wachtlijst voor verpleeghuizen in Maastricht-Heuvelland een dalende lijn zien;
- Worden jaarlijks 350 ziekenhuisopnames voorkomen door juiste triage op de HAP of SEH;
- Is er een maatschappelijke businesscase met resultaten en *lessons learned* van dit deltaplan.

In de hoofdstukken 4 en 5 is uitgewerkt hoe vanuit de 7 kerninterventies naar deze resultaten wordt toegewerkt; in hoofdstuk 8 (maat-

schappelijke businesscase) worden de effecten en de impact nader geëvalueerd.

### 3.4 BETROKKENHEID VAN (GEZONDE) INWONERS

In het deltaplan zijn inwoners een vanzelfsprekende partner. Ook in de totstandkoming van dit plan hebben inwoners een belangrijke rol gespeeld. De cliëntvertegenwoordigers (medezeggenschap) van de coalitiepartners én een groep van 70 betrokken gezonde inwoners (in de leeftijd > 70 jaar) hebben actief meegedacht over wat essentieel is om oud te worden in je eigen wijk. [Klik hier](#) voor een impressie van deze activiteiten.



De inwoners van Maastricht-Heuvelland herkennen zich in de benadering waarbij de eigen wijk weer het middelpunt van de samenleving wordt, ook als er een zorgvraag is. Met als insteek 'maak je eigen ideale wijk' werd duidelijk dat cliënten en inwoners heel goed kunnen aangeven wat voor hen daarin belangrijk is.

We mogen concluderen dat de beelden van inwoners en professionals grotendeels gelijk zijn. Ouder worden in je eigen wijk moet weer normaal worden en vraagt om een aantal aanpassingen in de wijk. Ouderen willen vooral van betekenis zijn, elkaar kennen en elkaar (jong én oud) ontmoeten. Het is voor hen van belang dat belangrijke voorzieningen in de nabijheid aanwezig zijn. Waar voor iedere wijk dezelfde basis bouwstenen relevant zijn, wordt ook glashelder dat het de mensen zijn die goede ideeën tot een succes maken. De praktijk vraagt daarom om een samenspel van maatschappelijke (professionele) partners en inwoners in de eigen wijk. Dit betekent een stukje maatwerken dus vrije ruimte om initiatieven per wijk tot een succes te maken.



*Afbeelding 5: samen bouwen aan de ideale wijk*

De behoefte aan één goede wegwijzerfunctie is groot. Deze is van belang om burgers de weg te wijzen, maar niet naar zorg, maar naar alles wat mogelijk is t.a.v. zelfmanagement, ontmoeting, waardevol contact, hulpmiddelen, informatie, advies enz. Inwoners geven aan dat dit nu een doolhof is. Veel is onbekend en zij vinden dit zonde. Zij vragen om te waarderen en te vertellen wat er is én waar nodig iets toe te voegen. Ze vinden het belangrijk om 'weg te blijven uit de zorg' en adviseren om de

wegwijzerfunctie niet (zichtbaar) in verband te brengen met zorg. Inwoners vinden het creëren van een goede woonomgeving die aansluit bij de behoeften van bewoners belangrijk; ze beschrijven geschikte en betaalbare woningen in de eigen buurt, waarin je goed oud kunt worden, als essentieel. Daarin ligt, aldus de groep gezonde inwoners, mede de sleutel naar minder zorgconsumptie. Bovendien geven inwoners duidelijk aan dat de tijd dringt. Zij adviseren om snel aan de slag te gaan, van elkaar te leren en ook van fouten te leren. Niets doen, of wachten is in hun beleving geen optie.

Gekoppeld aan (de voorbereidingen van) het deltaplan hebben afgelopen periode behoeftepeilingen plaatsgevonden onder de inwoners van onder andere Vaals, Daalhof, Amby, Wittevrouwenveld en Malberg. Coalitiepartners uit de domeinen van wonen, zorg en welzijn hebben inmiddels ruime ervaring met directe participatie van inwoners / bewoners, ook als het gaat om het realiseren van veranderingen.



*Afbeelding 6: in gesprek over de ideale wijk*

### 3.5 VITAAL OUDER WORDEN MET TWEE SPOREN

Vitaal ouder worden is één van de inhoudelijke thema's in het regioplan Zuid-Limburg. Het regioplan geeft aan dat we in de toekomst veerkrachtigere ouderen zien die – al dan niet met hulp van hulpmiddelen, hun naasten en hun omgeving – beter in staat zijn voor zichzelf te (blijven) zorgen. Het regioplan beschrijft ouderen die bewuster bezig zijn met hun leefstijl, hun welzijn en hun woonomgeving. Waar ondersteuning of zorg nodig is, ligt de focus op een efficiënte en passende organisatie hiervan in de leefomgeving van de ouderen. Om dat mogelijk te maken is het belangrijk om:

1. Te werken aan een omgeving waarin mensen samen oud kunnen worden
2. De zorg en ondersteuning slimmer organiseren

Deze twee opgaven vormen twee sporen binnen het thema vitaal ouder worden. De regio Maastricht-Heuvelland is in de lead voor het eerste spoor, dat geduid kan worden als vermaatschappelijken van de zorg; de Mijnstreek neemt de lead in het slimmer organiseren van zorg; immers ook in de zorg zelf is nog veel te winnen. Kerninterventie C (versterken vangnetvoorzieningen) van dit deltaplan bevindt zich op het snijvlak van de twee sporen en vraagt in de invulling nadrukkelijk om afstemming op Zuid-Limburgse schaal. Een regiegroep vitaal ouder worden, bestaande uit vertegenwoordigers vanuit beide sporen én de financiers (Wmo, Zvw en Wlz) geeft richting aan het totaal van het thema vitaal ouder worden én zorgt voor de verbinding met de andere zeven thema's uit het regioplan.

De aanpak voor vitaal ouder worden in Zuid-Limburg kenmerkt zich door een aanpak vanuit eenheid in verscheidenheid ([klik hier](#) voor aanvullende informatie). Het deltaplan kent ook duidelijke raakvlakken met het thema pluswijken dat een Zuid-Limburgse aanpak kent. Ook in de regio Maastricht-Heuvelland wordt (voor de zomer 2024) een keuze gemaakt voor één of meerdere pluswijken. Vanzelfsprekend wordt gezorgd voor nauwe verbindingen, waarmee het mogelijk wordt succesvolle onderdelen uit het deltaplan ook te implementeren in de pluswijken en omgekeerd. Er is periodiek afstemming tussen de themaleiders van vitaal ouder worden en pluswijken, waarmee dubbeling wordt vermeden, aansluiting wordt bevorderd en waar mogelijk de impact wordt vergroot.

Het deltaplan heeft ook raakvlakken met andere transformatieplannen die op dit moment in Zuid-Limburg in voorbereiding zijn, waaronder de Academie voor Patiënt en Mantelzorg, palliatieve zorg en valpreventie. Ook hier wordt gezorgd voor een goede afstemming, passend bij de overlegstructuur die hiervoor in Zuid-Limburg is ingericht.

### 3.6 OVER GALA, IZA EN WOZO....

Met de beschreven ambitie en benadering kiezen de deelnemende partijen voor een unieke samenwerking startend vanuit de leefwereld van onze inwoners en een domein overstijgende aanpak. Het deltaplan bevindt zich op het snijvlak van de drie grote (zorg)akkoorden GALA, IZA en WOZO.



*Afbeelding 7: coalitiepartners in gesprek*

Omdat het plan vanuit de (langdurige) zorg is geïnitieerd – en naadloos aansluit bij de doelstellingen van IZA om de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden – doen wij in dit kader voor de periode 2024 – 2026 een beroep op de middelen vanuit IZA. Onderdeel van het deltaplan is het creëren van een nieuw samenspel met financiers om de leefwereld en de systeemwereld duurzaam op elkaar te laten aansluiten en passende afspraken te maken over duurzame financiering (zie ook paragraaf 5.4).

### 3.7 VANUIT EIGEN KRACHT

De gelijkheid in denken en doen, maakt dat partijen van mening zijn dat zij hun impact kunnen vergroten door hun krachten te bundelen in dit deltaplan. Een samenwerking waarin de autonomie van de organisaties overeind blijft, waarin sprake is van gelijkwaardigheid met oog voor ieders belangen en waarbij over en weer geïnvesteerd wordt in kennis en kunde. Een samenwerking waarin partijen samen aan de lat staan om hun ambities waar te maken en waarin de samenwerking aansluit bij de bij deze ambitie behorende samenwerkingsrelatie: hybride, flexibel, gericht op het vergroten

van de zelfredzaamheid van bewoners, de leefbaarheid en veiligheid in wijken en met acceptabele risico's voor betrokken partijen.

Partijen bundelen in het deltaplan hun krachten om samen te werken aan een toekomstbestendige zorg én vooral aan een gezond en goed leven in Zuid-Limburg. De samenwerking is geen doel op zich, maar gericht op coalitiekracht voor het vergroten van onze maatschappelijke impact. Partijen doen dit vanuit een intrinsieke motivatie gekoppeld aan hun maatschappelijke opgave en realiseren zich dat ze elkaar nodig hebben om deze opgaven in te vullen. De partijen in dit deltaplan kiezen er daarom nadrukkelijk voor om de transformatie opgave in te zetten vanuit eigen kracht.



*Afbeelding 8: in gesprek over de samenwerking*

Zowel in de totstandkoming van dit plan als in de uitvoering tot en met 2026 gaan wij uit van de eigen kracht en daarmee de eigen inzet van de betrokken organisaties en professionals. We zetten onze beste mensen in om de doelstellingen uit het deltaplan te realiseren en laten ons helpen daar waar nodig. Hierbij ligt de focus op het principe van 'voordoën, naar samen doen en zelf doen' waarbij de insteek is dat onze eigen professionals over de kennis en vaardigheden beschikken om te doen wat nodig is. Dit

doen wij altijd vanuit het perspectief van co-creatie: dus de maatschappelijke partijen met (participerende) cliënten/bewoners. We acteren hierbij vanuit de filosofie 'denk groot, begin klein'. Dit betekent dat we in alles wat we ondernemen altijd de behoefte van onze inwoners en cliënten centraal stellen en gebruik maken van en voortbouwen op succesvolle interventies en aanpakken (vanuit de gedachte waardeer wat er is en voeg toe) en op die manier massa maken. We benutten binnen de wettelijke en beleidsmatige kaders zo optimaal mogelijk onze regelruimte, zodat we kansrijke innovaties kunnen inzetten om tot betere oplossingen te komen.

## 4. EEN INFRASTRUCTUUR MET NUTSVOORZIENINGEN ALS BASIS

We bouwen samen aan een nieuw ecosysteem voor de langdurige zorg. Dit ecosysteem vindt zijn oorsprong op de plek waar mensen wonen en zich thuis en veilig voelen en vraagt om het ‘opplussen’ van die plekken vanuit een gebiedsgerichte benadering. Wat we daarmee bedoelen, is dat we samen bouwen aan een infrastructuur met een aantal zogenoemde nutsvoorzieningen die het voor ouderen mogelijk maken om in hun eigen wijk oud te worden, ook als zij behoefte hebben aan (intensieve) zorg. Het is in Nederland geen vanzelfsprekendheid meer om oud te worden in je eigen wijk. Verzorgingshuizen en verpleeghuizen waren jarenlang de plek waar je oud werd; op deze plekken was alles wat je nodig had. Dat brengen we – in een nieuw jasje – terug naar de wijk.

### Gebiedsgericht werken als basis voor een deltaplan

Eén van de concrete uitwerkingen van het WOZO-programma is dat de komende jaren geen extra verpleeghuisplekken worden gerealiseerd. Ouderen moeten immers langer thuisblijven. Wij geloven dat de meeste mensen dit ook zelf willen. Want wie verheugt zich erop om ‘later’ in een verpleeghuis te gaan wonen? Om dit te realiseren is een andere woonomgeving nodig die dit ook daadwerkelijk mogelijk maakt en tot samenleven uitnodigt.

Terwijl op landelijk niveau nog veel discussie is over hoe deze nieuwe woonvormen er precies uit moeten zien en waar ze gerealiseerd moeten worden, hebben partijen in Maastricht-Heuvelland de samenwerking gezocht om deze visie – samen met burgers/bewoners – concreet gestalte te geven: steeds aangepast aan de lokale context en mogelijkheden. Door het creëren van woonzorgzones kunnen we geografische woongebieden afbakenen die geschikt gemaakt worden voor ouderen die extra ondersteuning en zorg nodig hebben, die een prettige basis vormen om te wonen en te leven en die ouderen de mogelijkheid bieden om langer zelfstandig te blijven wonen. En dat het werkt, staat niet meer ter discussie. Het voorbeeld in Gerlachus heeft zijn waarde ruimschoots bewezen en is een inspirerend voorbeeld in Nederland.



Afbeelding 9: Residentie Gerlachus

De woonzorgzones lijken tevens een goede basis voor de verdere uitrol van een samenhangend programma voor ouderen, waarbinnen geëxperimenteerd kan worden met een preventieve aanpak op gemeentelijk of wijkniveau, die uitgaat van de behoeften van ouderen in hun eigen woonomgeving, die de samenwerking tussen de formele en de informele zorg (inclusief vrijwilligers) stimuleert en on-



dersteunt en ook herstelgerichte zorg vanuit een multidisciplinaire aanpak bevordert.

Wij gaan daarom gebiedsgericht te werk en kiezen voor een benadering waar de inwoners en professionals samen optrekken en werken aan het versterken van maatschappelijke steunsyste­men met kerncoalities per buurt of kern. Wij geloven sterk in duurzame samenwerkingen tussen formele en informele actoren in het zorglandschap. Dit gaat echter niet vanzelf en vraagt om een slim samenspel tussen zorg en welzijn, formeel en informeel, ondersteund door slimme technologie. Door te faciliteren dat zorgzame bure­n dagelijks hulpbehoevende bure­n ondersteunen via het bieden van een luisterend oor, samen boodschappen te doen, een lift aan te bieden, iets lekkers klaar te maken enzovoort kunnen we de zorg ondersteunen en faciliteren we gezond en veilig thuis wonen óók voor mensen in een kwetsbare positie.

## Analyse

Een meerdimensionale analyse van het gebied – op basis van wijkprofielen, bestaande informatie over wensen en behoeften in het gebied en waar nodig aangevuld met een buurtonderzoek of een behoeftepeiling – vormt voor alle gebieden (35) het startpunt. In een quickscan ([klik hier](#) voor meer informatie) is per gebied in beeld gebracht hoeveel zorg op dit moment geboden wordt, welke (nuts)voorzieningen er in de verschillende wijken al zijn, hoe de verwachte zorgvraag zich komende jaren ontwikkelt en waar kansen liggen voor versterking danwel het realiseren van een woonzorgzone. Een nadere analyse van de haalbaarheid maakt deel uit van de vervolgstappen. We gaan hierbij

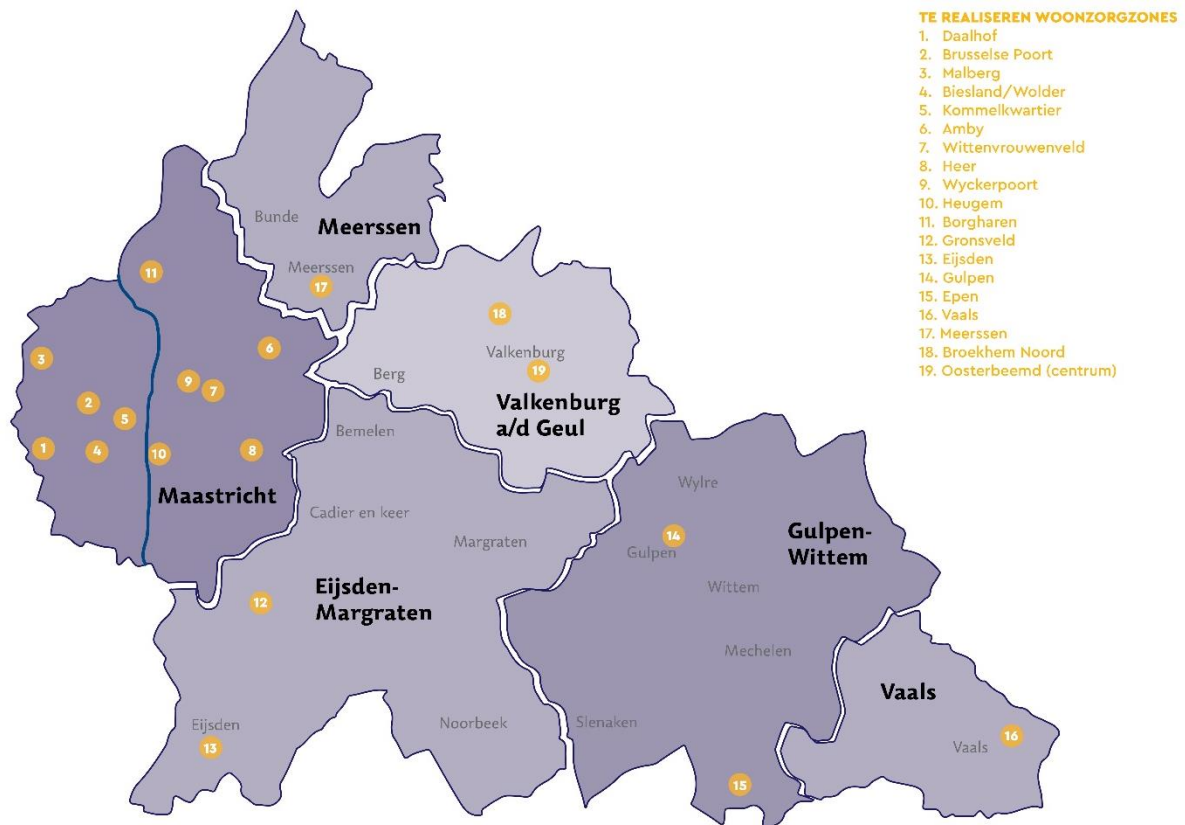
uit van de kansen die zich voordoen en realiseren ons dat dit niet altijd de plekken zijn waar ‘de nood het hoogst is’. In een werksessie van coalitiepartners werd bevestigd dat er al heel veel is. Bovendien zijn er kansrijke initiatieven voor de komende jaren die de totstandkoming van een woonzorgzone een impuls kunnen geven. Tegelijkertijd werd duidelijk dat van al dat moois lang niet optimaal gebruik gemaakt wordt (zeker niet over de domeinen wonen, welzijn en zorg heen) en dat hierin de uitdaging voor de komende jaren zit. Er is nadrukkelijk sprake van een coördinatievraagstuk. Vanuit het principe ‘waardeer wat er is en voeg toe’ gaan partijen komende jaren samen aan de slag.

## Bouwen aan 19 woonzorgzones

Partijen hebben op basis hiervan 19 gebieden geselecteerd waar zij een woonzorgzone willen realiseren en committeren zich eraan om in de periode 2024 tot en met 2026 samen te bouwen aan deze zones, waarbij aandacht is voor wonen, welzijn én zorg. [Klik hier](#) voor meer informatie over (de kenmerken van) woonzorgzones.



Afbeelding 10: in gesprek over prioriteiten



Afbeelding 11: te realiseren woonzorgzones

Ook in de overige 16 gebieden in Maastricht-Heuvelland is – weliswaar een veel beperktere vorm – aandacht voor een gebiedsgerichte aanpak en anticiperen partijen zo goed mogelijk op de behoeften van inwoners. Hier is in de periode tot en met 2026 (nog) géén sprake van een woonzorgzone. Op een later moment wordt bekeken of ook (een deel van) deze gebieden vanaf 2027 verder versterkt kunnen worden tot een woonzorgzone.

#### 4.1 STIMULEREN VAN GECLUSTERDE EN BETAALBARE WONINGEN VOOR OUDEREN

Het woonzorgvraagstuk is één van de grootste maatschappelijke uitdagingen van de komende

jaren. In Maastricht-Heuvelland zijn er veel kansen in de samenwerking tussen de zorg en de woningcorporaties. Ook gemeenten hebben – met de Woondeal als basis – een stevige opdracht om te zorgen voor voldoende geschikte woningen voor ouderen. Zij doen dit vanuit (nieuwe) woonzorgvisies, waarbij zowel de zorg- en welzijnsorganisaties, verzekeraars als de woningcorporaties nauw betrokken zijn.

Veel (nieuwe) woningen van corporaties of in particulier bezit zijn prima geschikt of geschikt te maken voor zorg. Door geschikte complexen te oormerken als ‘zeker thuis’ complex, kan geïnvesteerd worden in de zorg- en welzijnsinfrastructuur en worden ouderen verleid om tijdig te verhuizen naar een zorggeschikte zelfstandige woning in een geclusterde omgeving (zie bijlage 2 voor de uitleg van de gehanteerde begrippen). Via het toewijzingsbeleid kan deze

beweging versneld worden, waardoor eveneens 'normale' woningen aan het woningaanbod toegevoegd kunnen worden. Geclusterd zelfstandig wonen draagt bij aan efficiënte zorg (zorg dicht bij elkaar, dus efficiënte routes) en het ondersteunt de community / vitale gemeenschap waar mensen naar elkaar omkijken, elkaar kunnen ontmoeten en elkaar helpen. Geclusterd maakt het bovendien mogelijk om sneller ter plaatse te zijn. Hierdoor kan verhuizing naar het verpleeghuis verder vertraagd worden.

### Wat gaan we doen?

Partijen realiseren in de periode tot en met 2026 700 zorggeschikte woningen. Voor een groot deel zijn dit nieuwbouw woningen én woningen die vanuit de reguliere kalender van corporaties verduurzaamd en opgeknapt worden en waarbij rekening gehouden wordt met de zorggeschiktheid (hiervoor zijn geen kosten meegenomen in bijgevoegde begroting; deze kosten zijn gedekt). Voor een relatief klein deel van de bestaande woningen is een aanpassing nodig. Hierbij is ook aandacht voor de toegang tot de woning door zorgverleners en mantelzorgers.

Om mensen te stimuleren om eerder na te denken over de beste plek om oud te worden, wordt het zoeken naar een zorgwoning in 2024 en 2025 geprofessionaliseerd en gefaciliteerd. Zorgwoningen worden – evenals reguliere woningen – digitaal en makkelijk toegankelijk aangeboden (vergelijkbaar met Funda / Thuis in Limburg). Partijen bundelen hun expertise om actief in gesprek te gaan om mensen te verleiden tijdig te kiezen voor een passende woning.

Hiertoe zetten zij tijdelijk woningmakelaars voor senioren in om (zo mogelijk samen met ouderenadviseurs) de gewenste doorstroom op gang te brengen.



Afbeelding 12: het geprioriteerde gebied in Vaals

Ontmoeten is een belangrijke functie in het langer thuis wonen. Partijen spannen zich daarom in om in alle wijken een ontmoetingsfaciliteit te creëren die aansluit bij de behoeften van ouderen. Hiervoor maken zij gebruik van reeds bestaande gebouwen en ruimten die (afhankelijk van de huidige staat) een beperkte of iets ruimere aanpassing nodig hebben. In de 19 te realiseren woonzorgzones wordt hieraan een extra impuls gegeven, zodat deze ruimten ook geschikt zijn voor een doelgroep met een intensieve zorgvraag. Wat dit oplevert en hoe dit bijdraagt aan de transformatieopgave van Zuid-Limburg staat in hoofdstuk 8 beschreven.

## 4.2 VERSTERKEN MAATSCHAPPELIJKE STEUNSYSTEMEN

VVT-organisaties richten zich van oudsher voornamelijk op ouderen in hun laatste levensfase(n) en bieden deze groep zorg en ondersteuning aan. Het is bekend dat (een deel van de) zorgvragen voorkomen of uitgesteld kunnen worden als mensen zich eerder voor-

bereiden op de laatste fasen van het leven. De uitdaging is om mensen te helpen om beter voorbereid aan 'hun oude dag' te beginnen. Naast aandacht voor bewustwording en een passend aanbod om langer gezond en vitaal te blijven (preventie), gaat het hier om het versterken van de informele zorg als samenwerkingspartner van de formele zorg.

Als partijen gezamenlijk dragen wij naar de samenleving eenzelfde boodschap uit. We zien het als onze taak om de samenleving mee te nemen in de beweging die in dit plan is beschreven en de noodzaak van het versterken van maatschappelijke steunsystemen. We nemen mensen mee in hoe je dat doet. Het moet weer normaal worden dat mensen met een (intensieve) zorgvraag deel uitmaken van de samenleving. Het is een collectieve opgave om het mogelijk te maken dat ook mensen met cognitieve beperkingen op een goede manier in hun eigen (dementievriendelijke) omgeving kunnen blijven wonen. Hier ligt een opdracht voor de gezamenlijke partijen, die zich realiseren dat extra aandacht nodig is voor ondersteuning van de meest kwetsbare groepen. Vanzelfsprekend dragen ook de zorgorganisaties actief hieraan bij. Sevagram en Envida zetten onder andere de deuren van de locaties open voor allerlei (welzijns)activiteiten waar ouderen in de wijk gebruik van kunnen maken.

Betrokkenheid en inbreng van de doelgroep zijn essentieel. Sterker nog: insteek is dat de burger zich mede verantwoordelijk gaat voelen om deze beweging duurzaam mogelijk te maken. Professionele partijen kunnen de beweging faciliteren, maar kunnen dit nooit alleen.

Een actieve rol voor de inwoners van Maastricht-Heuvelland is te realiseren via buurtplatformen en de Envida Ledenservice, waarvan zo'n 54.000 ouderen in Maastricht-Heuvelland lid zijn. Zij willen op de hoogte blijven van ontwikkelingen in de zorg en kunnen zo makkelijk gebruik maken van de geboden diensten. Deze mensen vinden het al belangrijk betrokken te zijn in de buurt en/of om goed voorbereid te zijn en vormen daarmee een ideale groep om te laten meedenken in wat nodig is. Tegelijkertijd kunnen zij gebruik maken van het aanbod dat ze zelf mee bedenken. Zo maken we een transitie van een consumerende naar een participerende burger en buurt en zorgen we er samen voor dat mensen langer leven in goede gezondheid met minder formele zorg. Bovendien versterken we daarmee de samenwerking tussen de maatschappelijke partners op het gebied van wonen, welzijn en zorg en laten we dienstverlening beter op elkaar aansluiten.



Om deze beweging naar wijkgerichte burgerparticipatie vanuit samenwerking mogelijk te maken, is Envida bereid om de Ledenservice een *white-label* karakter te geven (z nder focus op zorg), waarbij de insteek is om het instrumentarium van community-care (Sevagram) hiermee te verbinden.

### Wat gaan we doen?

Vanaf 2024 wordt de Ledenservice h t gezicht als wegwijzer – gericht op wat mensen zelf kunnen doen als ze een dagje ouder worden met de zorg als sluitstuk – en wordt de basis gelegd voor een nauwe samenwerking met de buurtplatformen om dit dichtbij de inwoner te organiseren. Samen ontwikkelen zij zich als betrouwbare partners voor aanbod gericht op gezondheid en vitaliteit  n als makelaar tussen vraag en aanbod. Er wordt ingezet op een bewustwordingscampagne en in de wijk worden themabijeenkomsten georganiseerd over die thema’s die hierbij aansluiten en mensen handelingsmogelijkheden geven om zelf aan de

slag te gaan. Met een deel van de mensen (inschatting op basis van risicofactoren / kwetsbaarheid) die de leeftijd van 75 jaar bereikt wordt  n op  n actief laagdrempelig contact gelegd om hen hierin te ondersteunen. Hierin spelen de wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie, (praktijkondersteuners van) huisartsen en het welzijnswerk een sleutelrol, maar kunnen ook de corporaties bijdragen.

Er is volop aandacht voor een dementievriendelijke omgeving, waarbij onder andere personeel van winkels, woningcorporaties en verenigingen wordt getraind in het herkennen van en omgaan met dementie. De succesvolle zorgmarkt die de Ledenservice sinds enkele jaren al kent, wordt uitgebreid. Om dit optimaal te laten aansluiten bij de behoeften van de inwoners, is structureel aandacht voor inwonerparticipatie, onder andere in de vorm van ledenarena’s en klankbordgroepen die in aanloop naar dit deltaplan hun waarde al bewezen hebben.



Vitaal ouder worden in de eigen woonomgeving vraagt om het versterken van wat er in de omgeving al is. Daar hoort ook bij dat we bekijken hoe we kwetsbare groepen (waaronder mensen met een verstandelijke beperking of een ontwikkelachterstand) van betekenis kunnen laten zijn én dat we kijken naar de rol van verenigingen. We richten ons op die thema's die voor buurten en wijken belangrijk zijn, waarbij naar verwachting thema's als beweging, valpreventie, gezonde voeding en medicatieveiligheid veelvuldig aandacht vragen. Samen leveren inwoners en partijen een substantiële bijdrage aan het tegengaan van eenzaamheid en bewegingsarmoede; twee 'volksziekten' die een directe relatie hebben met de vraag naar zorg. Hoe deze initiatieven aansluiten bij de gewenste effecten is weergegeven in hoofdstuk 8.

### 4.3 VERSTERKEN VANGNETVOORZIENINGEN

Wanneer mensen in een kwetsbare positie langer thuis blijven wonen, neemt de kans toe dat het thuis mis gaat en een vangnetvoorziening nodig is. Deze voorziening kan bestaan uit het uitbreiden van wijkzorg of een extra steun bij de invulling van de dag. Regelmatig is een 24-uursvoorziening nodig omdat thuisblijven tijdelijk niet mogelijk of onverantwoord is. Soms is een ziekenhuisopname nodig, maar meestal is vooral behoefte aan een logeervoorziening die gericht is op ondersteuning van de algemeen dagelijkse levensbehoeften. Mocht toch een ziekenhuisopname nodig zijn, dan is het belangrijk dat deze zo kort mogelijk is; een zieken-

huisverblijf voor kwetsbare ouderen kan een ontwrichtend effect hebben op de zelfzorgvermogens en de algehele gezondheid en is bovendien zeer kostbaar. Een vangnetvoorziening kan ook nodig zijn vanwege uitval of overbelasting van de mantelzorger. Ook in dat geval is een logeervoorziening, óók voor mensen met dementie, een noodzakelijke faciliteit.

Het is van belang dat alleen een beroep gedaan wordt op vangnetvoorzieningen als het écht nodig is. Multidisciplinair samengestelde kernteams zijn hierin essentieel. Op het snijvlak van cure en care is hiervoor een aantal disciplines actief: de specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist in de eerst lijn, de wijkverpleegkundige voor triage op de HAP en SEH. Een recente evaluatie vanuit de huisartsen onderstreept dat de multidisciplinaire overleggen van toegevoegde waarde zijn en een goede basis voor de komende jaren, waarbij een verrijking naar het sociaal domein wenselijk is.

Ten aanzien van voorzieningen kan gedacht worden aan een logeervoorziening als respijtzorg of kortdurend verblijf en een schakelafdeling als alternatief voor ziekenhuisopname. Maar ook huiskamers, dagbestedingen en dagbehandeling maken deel uit van de vangnetstructuur. Naast vangnetvoorzieningen in de wijk is er ook blijvend aandacht voor centrale voorzieningen met specialistische kennis. Om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren is een *white-label* Zorgpunt als regiecentrum cruciaal.



### Wat gaan we doen?

Passend bij de woonzorgzones en gebruik makend van de ervaringen met de huidige voorzieningen, versterken we de vangnetvoorzieningen en richten deze gebiedsgericht in (zie hoofdstuk 8 voor de beoogde effecten). We zorgen voor een dekkend netwerk van huiskamers in alle geprioriteerde gebieden (zie ook kerninterventie A) en zorgen voor passende – en verruimde – openingstijden. We versterken en verrijken de multidisciplinaire samenwerking in kernteams. Meer verpleeghuiswaardige zorg in de wijk heeft ook een stevige impact op de huisartsenzorg. Dit vraagt niet alleen om stevige en eenduidige verbindingen tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, maar brengt ook een duidelijk capaciteitsvraagstuk met zich mee. Er wordt daarom geïnvesteerd in het aantrekken en opleiden van verpleegkundig specialisten om de continuïteit van deze zorg in alle complexiteit te borgen.

De behandel- en begeleidingsteams, die hun expertise nu vooral binnen de muren van het verpleeghuis inzetten, brengen we naar de wijk. We organiseren daarnaast logeer- en

nachtopvang (6 extra plekken in de regio), maken hiermee deeltijd verpleeghuiszorg mogelijk én dragen zorg voor een doorgeleiding naar zorggeschikte woningen. Dit doen we zoveel mogelijk gebiedsgericht en daar waar nodig centraal in de regio.

Op 12 plekken in Maastricht-Heuvelland wordt een wijkpoli gerealiseerd. Mensen die in de buurt wonen en nog mobiel zijn, kunnen hier terecht voor hun (dagelijkse) zorg, zoals wondverzorging, zwachtelen of het vervangen van een infuus. Dit draagt bij aan een efficiënte organisatie van zorg. Tegelijkertijd worden zorgvragers op deze manier geactiveerd. Wijkpoli's bevinden zich in de nabijheid van ontmoetingsruimten en huiskamers, zodat mensen direct een kopje koffie kunnen drinken of kunnen meedoen aan een activiteit. Om de zorg bij mensen thuis zo efficiënt mogelijk te organiseren, maken TGL en Envida ook afspraken over de verdeling van nieuwe cliënten, waarbij zij zorgdragen voor zo logistiek goed mogelijk ingerichte routes.

## 5. ANDERS KIJKEN IS ANDERS DOEN

Lang niet alle zorgvragen vragen om een zorgoplossing. Veel handelingen kunnen we mensen aanleren, een deel van de vragen kan ook ingevuld worden door mensen zonder een zorgachtergrond of kunnen overgenomen worden door slimme technologische oplossingen. We weten het allemaal en toch is het vaak lastig om dit voor elkaar te krijgen.

### 5.1 VAN ZORGEN VOOR NAAR ZORGEN DAT EN ZORGEN MET

In plaats van de zorg over te nemen, kunnen we mensen ook leren om voor zichzelf en hun naasten te zorgen. Om een antwoord te hebben op de zorgvraag van de toekomst, hebben we meer nog dan in het verleden de samenwerking met vrijwilligers en mantelzorgers nodig. In de wetenschap dat ook deze groep schaarser wordt, is het extra belangrijk om aandacht te hebben voor een goede balans en de vitaliteit van vrijwilligers en mantelzorgers, zodat zij het kunnen volhouden. Dit vraagt om een goed samenspel met en ondersteuning van deze doelgroep, zodat zij veilige zorg en begeleiding kunnen bieden aan hun naasten. Ook hierbij is het van belang om een context te creëren die uitnodigt om een actieve rol te spelen én nieuwe vaardigheden op te doen.

We zetten vol in op leerversterking van informele zorgverleners. Informele zorgverleners en vrijwilligers worden 'geïnstrueerd', zodat zij

meer bagage hebben om een bijdrage te leveren aan de 'ziekenverzorging thuis', met aandacht voor de zowel fysieke als emotionele belasting die deze zorg met zich meebrengt. Denk aan onderwerpen als: hoe kun je jouw naaste goed ondersteunen bij het wassen en aankleden, hoe ga je om met iemand met dementie of hoe kun je op een goede manier gebruik maken van een toenemend aantal hulpmiddelen thuis? Op deze wijze stimuleren we de zelfredzaamheid van de zorgvrager en/of de mantelzorgers en voorkomen we dat mantelzorgers vroegtijdig uitvallen door overbelasting.



### Wat gaan we doen?

We maken gebruik van initiatieven en voorbeelden die hun waarde hebben bewezen en zoeken de samenwerking met initiatieven zoals de Academie van Patiënt en Mantelzorger om massa te maken. De infrastructuur die vanuit de academie is gebouwd, stelt ons in staat om de focus te leggen op het aanbieden van bewezen effectieve, vernieuwende en eigentijdse programma's die aansluiten bij een diversiteit aan ouderen met uiteenlopende behoeften.



Om te komen tot een regionaal trainingscentrum dat zich richt op het aanleren en versterken van vaardigheden van cliënten en hun mantelzorgers is een separate IZA-aanvraag in voorbereiding. In het verlengde hiervan versterken we de ondersteuning voor mantelzorgers (gericht op het voorkomen van overbelasting). Daarbij zetten we expliciet in op het opzetten van zelfregiegroepen voor en van mantelzorgers (gebaseerd op het Duitse model) en is er extra aandacht voor mantelzorgers met een migratieachtergrond.

In aanvulling hierop is specifiek aandacht voor ouderen die het risico hebben op functionele achteruitgang in de thuissituatie en/of een hulpvraag hebben richting formele ondersteuning van het handelen in de thuissituatie. Dit kan gaan over zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en ontspanning. De begeleiding is gericht op het opbouwen van de zelfstandigheid tijdens de dagelijkse activiteiten om zelf actief langer thuis te blijven (zie hoofdstuk 8 voor de beoogde effecten).

## 5.2 INFORMALISEREN VAN DE ARBEIDSMARKT

Langdurige zorg is een zeer arbeidsintensieve aangelegenheid en daar gaat het de komende jaren ook het meeste knellen. Er is een transformatie van de arbeidsmarkt nodig om ervoor te zorgen dat er de komende jaren zorg is voor iedereen die dat nodig heeft. Aanvullend op de initiatieven die op Zuid-Limburgs niveau ontplooid worden, zien wij – in aansluiting bij de woonzorgzones – een belangrijke oplossing in

het informaliseren van de arbeidsmarkt. Hiermee bedoelen we dat niet elke zorgvraag door een zorgprofessional opgelost hoeft te worden, hetgeen ook een andere rol betekent voor de (huidige) zorgprofessionals. Door uit te gaan van bekwaam = bevoegd ontstaan nieuwe bronnen die aangeboord kunnen worden, zoals gepensioneerden, studenten, leerlingen of buurtgenoten die (betaald) willen helpen bij welzijn of laagcomplexere zorgtaken. Deze gaan we – gebruik makend van de inzichten van de Academie voor Patiënt en Mantelzorg – op een eigentijdse manier koppelen aan de zorg- of ondersteuningsvraag.

We gaan op de arbeidsmarkt op zoek naar verborgen reserves met een zorghart en spelen hierbij in op de behoeftes van (nieuwe) collega's om meer regie te hebben op eigen werk én in hun eigen woonomgeving (extra) actief te zijn. Daarnaast zien we een belangrijke ontwikkeling in het bundelen van het vrijwilligerskapitaal. Nagenoeg alle betrokken partijen kunnen rekenen op grote aantallen vrijwilligers; het is de uitdaging om deze vrijwilligers gecoördineerd in te zetten op een plek die voor de vrijwilligers het best passend is en aansluit op die activiteiten die voor de vrijwilliger aantrekkelijk zijn om zo een partner voor de professionele zorg te zijn op het gebied van welzijn, aandacht en gastvrijheid. Hierbij spannen we ons ook in om meer mensen met een beperking (o.a. cliënten van Radar en Levanto) in te zetten, zodat ook van hun waardevolle bijdrage optimaal gebruik gemaakt kan worden.



### Wat gaan we doen?

We realiseren een digitaal platform voor het matchen van vraag en aanbod voor ondersteuningstaken en zorg. We noemen dit ZorgSpot (vergelijk dit met werkspot). Daarnaast is ook volop aandacht voor het versterken van buurtplatformen en – netwerken om actieve buurtbewoner(s) nog actiever te betrekken.

Hiermee maken we aanspraak op het onbenut potentieel extern (studenten, gepensioneerden), de onbenutte mogelijkheden van het eigen personeel, de (potentiële) vrijwilligers, oproepkrachten en de ZZP'ers in de regio. Deze groepen krijgen hierbij op een laagdrempelige manier optimale regelruimte en hebben regie over hun werkzaamheden doordat ze zelf hun planning kunnen beheren én kunnen in spelen op de vraag van cliënten. We zorgen daarbij voor een eenvoudig registratiesysteem waarin

bekwaamheden inzichtelijk zijn. Het zorgen voor de juiste contractering is onderdeel van ZorgSpot, alsmede de controle op aanlevering van de VOG, BIG en bekwaamheid voor de vereiste handelingen. In de match van vraag en aanbod realiseren we zoveel mogelijk de vaste relatie tussen zorgpersoneel en vrijwilliger enerzijds en de cliënt anderzijds.

Op dit moment wordt een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd ter voorbereiding voor de implementatie; de resultaten hiervan worden eind 2024 verwacht. Dit onderzoek gefinancierd uit het IZA-fonds wijkverpleging. De kosten zoals in dit plan zijn meegenomen hebben betrekking op de vervolgstappen. De beoogde effecten zijn weergegeven in hoofdstuk 8.

### 5.3 GEBRUIK MAKEN VAN SLIMME TECHNOLOGIE OM THUIS WONEN VEILIGER TE MAKEN

In een krappe arbeidsmarkt kwetsbare ouderen langer thuis laten wonen, kan niet meer zonder slimme technologie. Digitaal waar het kan is het adagium: landelijk en ook in Maastricht-Heuvelland. Dankzij zorgcommunicatietechnologie kan de leefruimte voor mensen vergroot worden en kan óók thuis de noodzakelijke monitoring (gericht op de care) plaatsvinden. Ook kan technologie bijdragen aan meer (virtueel) contact, structureren van het dagprogramma en meer zelfredzaamheid.

#### Wat gaan we doen?

Voor een succesvolle transformatie naar digitale zorg onderscheiden we de technische implementatie, de adaptatie door medewerkers en klanten (en hun naasten) én de optimalisatie van de processen. In de markt wordt op dit moment een veelheid aan digitale oplossingen aangeboden. De zorgpraktijk laat zien dat de technische implementatie van individuele digitale (punt)oplossingen moeilijk is en veel tijd kost. Denk aan een veelvoud van contracten, serviceafspraken, bestelprocessen, maar ook aan afspraken over installatie, storings, support en onderhoud. Daarnaast moeten zaken geregeld worden ten aanzien van certificering en gegevensbescherming, het inrichten van veilige koppelingen met systemen (waaronder cliëntdossiers) en moeten (zorg)medewerkers getraind worden.

Wij realiseren een infrastructuur waarin technologische oplossingen maximaal toegepast en

ondersteund worden en maken hierbij gebruik van de ervaringen die binnen TGL reeds zijn opgedaan ten aanzien van de samenwerking met één partij voor de implementatie (bestelproces, installatie, uitleg, support) van digitale oplossingen. We kiezen ervoor op bewezen innovaties op grote schaal te implementeren. In samenwerking met IFOZ (InnovatieFonds OuderenZorg) wordt onder andere gewerkt aan nieuwe hulpmiddelen bijvoorbeeld om steunkousen zelf aan te trekken (HelpSoq) en sensor-technologie in de thuissituatie.



We dragen zorg voor een team waarin (zorg) medewerkers kunnen triëren en handelen op basis van de (digitale) signalen die vanuit deze oplossingen binnenkomen (zie voor beoogde effecten hoofdstuk 8). Daarbij bouwen we aan een digitaal zorgteam voor planbare en onplanbare zorg. Vanzelfsprekend leiden we onze medewerkers op om optimaal gebruik te maken van digitale oplossingen. Dat zij in een oefensituatie kennis kunnen maken met deze – voor hen – nieuwe digitale oplossingen hoort hier vanzelfsprekend bij. Als verlengstuk van het innovatielab zoals Sevagram dat heeft wordt in Maastricht-Heuvelland een oefenplek gecreëerd.

## 5.4 ONTSCHOTTEN VAN SYSTEMEN EN STRUCTUREN

Op steeds meer plekken gaan ouderen met en zonder fysieke en cognitieve beperkingen elkaar ontmoeten; zonder gesloten deuren. Traditionele grenzen (zoals die tussen intra- en extramuraal of PG en somatiek) worden in hoog tempo ingeruild door ruimere grenzen, op basis van nieuwe kaders en een sterke visie. In het verlengde hiervan zullen ook systeemschotten geslecht moeten worden, zodat financiering of wet- en regelgeving niet meer in de weg staan bij het organiseren van persoonsvolgende zorg. Ook het uitwisselen van gegevens tussen organisaties is hierbij nadrukkelijk een aandachtspunt.

We laten ons leiden door de behoeften van de inwoners van Zuid-Limburg en gaan de uitdaging aan om dat als systeem te faciliteren. We durven te kijken naar wat nodig is in plaats van uit te gaan van wat mogelijk is binnen de huidige kaders, regels en systemen.

### Wat gaan we doen?

Woonzorgzones zijn bij uitstek gebieden waar verschillende soorten zorg en ondersteuning (o.a. huishoudelijke zorg, wijkverpleging en verpleegzorg) elkaar raken en waar systeemschotten tastbaar worden en schuren. We gebruiken deze inzichten als basis voor overleg en komen tot verbetervoorstellen, zowel binnen de deelnemende organisaties, tussen de betrokken coalitiepartners alsook als basis voor dialoog met financiers en waar nodig met wetgevers.

Digitale gegevensuitwisseling valt buiten de scope van dit deltaplan; hiervoor is separaat een snelle toets / transformatieplan in Zuid-Limburg in voorbereiding. Binnen het deltaplan is wel volop aandacht voor de vraag hoe we het mogelijk maken om cliëntgegevens (beter) inzichtelijk te maken, bijvoorbeeld voor de nachtzorg in de thuissituatie, die in Maastricht-Heuvelland al op regionaal niveau wordt ingevuld, maar ook om een soepele overgang mogelijk te maken bij verhuizing naar een woonzorgcentrum of bij een opname in het ziekenhuis.

We kijken hiervoor vol interesse naar de ontwikkeling van Zorgviewer die (in het noorden van Nederland) zorggegevens tussen verschillende zorgniveaus kan ontsluiten en die het mogelijk maakt om patiënten informatie beter te ontsluiten. Als zorgverlener kun je vanuit je eigen patiënt informatiesysteem, zoals je eigen HIS- of EPD-systeem de Zorgviewer openen. Je hebt hiervoor geen nieuw systeem, applicatie of extra opstartprocedure nodig. Zorgverleners kunnen hiermee gegevens van elkaar inzien, waardoor je beter geïnformeerd beslissingen kunt nemen. Bovendien bespaart het een hoop tijd; je hoeft immers minder heen en weer te bellen om de juiste informatie boven water te krijgen of een intake opnieuw te doen.

## 6. EEN KRACHTIG SAMENSPEL IN DE REGIO

Samenwerken gaat niet vanzelf. Daarom hechten partijen waarde aan de volgende randvoorwaarden om de inhoudelijke ambities te kunnen waarmaken:

- Een gemeenschappelijke basis
- Burgerparticipatie dichtbij
- Samenwerken is een vak

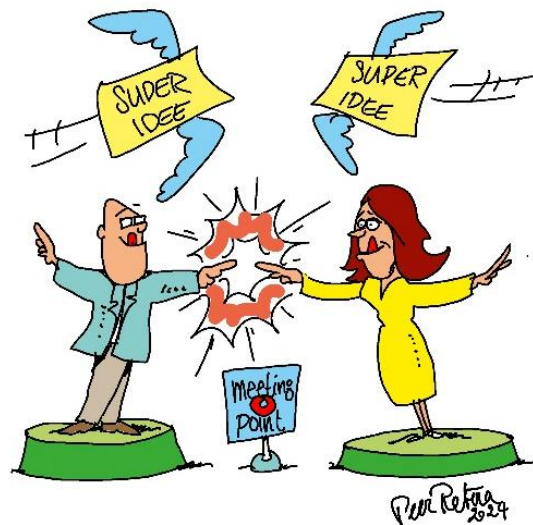
### Een gemeenschappelijke basis

Er is in het verleden al veel gezegd over de uitdagingen in de verschillende gebieden in Maastricht-Heuvelland. Er bestaat een veelheid van indelingen, systemen en ordeningen tussen de betrokken organisaties. Wij kiezen er nadrukkelijk voor om te werken vanuit een gemeenschappelijke basis en kiezen voor éénheid van taal.

Om gebieden in beeld te brengen en vraagstukken multidimensionaal te bekijken en op te lossen, maken alle partners gebruik van RIGO-cirkels, waarin wijken gestandaardiseerd in beeld gebracht zijn. Voor alle wijken in het werkgebied worden deze cirkels samen geduid en zijn ze de basis van de samenwerking. Hierbij wordt gestart met de geprioriteerde gebieden waar toegewerkt wordt naar een woonzorgzone (zie hoofdstuk 4).

Om daadwerkelijk multidimensionaal te kunnen werken, wordt ook geïnvesteerd in het gezamenlijk beschikbaar stellen van data (uiteraard binnen de mogelijkheden van de AVG).

Het succesvol samenwerken op regionaal domein overstijgend niveau vereist niet alleen een doordachte aanpak, maar ook geschikte tools en een effectieve visuele communicatie strategie. Hiervoor maken wij gebruik van de funnel zoals deze door Sevagram is ontwikkeld. Hiermee maken we op visueel zichtbaar hoe diverse partners over verschillende domeinen heen samenwerken om specifieke doelen te bereiken. Om real-time inzicht te krijgen in de voortgang van lopende en afgeronde collectieve initiatieven i.r.t. de overkoepelende doelstelling(en) kan men op verschillende lagen/niveaus een onderverdeling maken tussen bijvoorbeeld Zuid-Limburg, gemeenten en wijken.



De inzet van dit instrument draagt bij aan meer verbinding tussen de partijen, het vergroten van het netwerk, een snelle detectie van eventuele dubbelingen (endus een efficiënt gebruik van middelen) en het creëren van overzicht. Daarmee is het behulpzaam aan de kwaliteit en onderbouwing van besluitvorming. Naarmate de transformatie vordert, is het essentieel om overzicht te behouden over lopende initiatieven, voortgang te monitoren en resultaten

transparant te delen. Ook hierin is het werken met een gemeenschappelijk instrument van toegevoegde waarde.

### Burgerparticipatie dichtbij

De toekomst van de zorg maken we samen: mét inwoners (jong én oud) en mét (zorg)professionals. Wij geloven in burgerparticipatie dichtbij; in de wijk, het dorp, de buurt of de kern. Alleen dan gaan mensen actief meepraten, meebeslissen en bouwen aan een vitale gemeenschap. Met de verschillende buurtplatformen en buurtnetwerken en de 54.000 leden van de Ledenservice hebben we een enorm potentieel.

Wij dagen deze mensen uit om actief mee te denken en mee te doen, bijvoorbeeld via ledenpanels (zie kerninterventie B). Wij geloven erin dat we hiermee ook een belangrijke aanjager zijn voor vrijwilligerswerk, een extra impuls

geven aan het sterke verenigingsleven dat veel gebieden rijk is én lokaal ondernemerschap. Dit alles gericht op een versterking van de leefbaarheid. De recente toekenning van ZonMw voor een onderzoek naar burgerparticipatie in Amby (2024 en 2025) is hierbij een belangrijke steun in de rug.

### Samenwerken is een vak

Al meerdere jaren wordt in de politiek en door verzekeraars gesproken over één team voor de zorg in de wijk. Om dat te organiseren is het niet noodzakelijk om dat door één zorgaanbieder te laten doen. In Maastricht-Heuvelland kennen we al multidisciplinaire kernteams, bestaande uit huisarts, wijkverpleegkundige, teamleider verpleegzorg (indien relevant), casemanager dementie, SO of VS in de eerste lijn en social worker. Het is de uitdaging om hiervan meer gebruik te maken en deze verder uit te bouwen in wijken, buurten en kernen.

Afbeelding 13: participatie in beeld



Omdat we ons realiseren dat samenwerken niet vanzelf gaat, investeren we ook in samenwerken als vak en laten we ons hierbij professioneel ondersteunen. Hierbij richten we ons zowel op de samenwerking tussen organisaties, tussen professionals en met de inwoners van ons werkgebied. Daarnaast hechten partijen waarde aan een verbinding tussen praktijk en wetenschap. Derhalve is de Academische Werkplaats Ouderenzorg gevraagd dit delta-plan met onderzoek te omlijsten en wordt een verbinding gelegd met het lectoraat voor interprofessionele samenwerking in de wijk.

## 7. VAN PAPIER NAAR PRAKTIJK

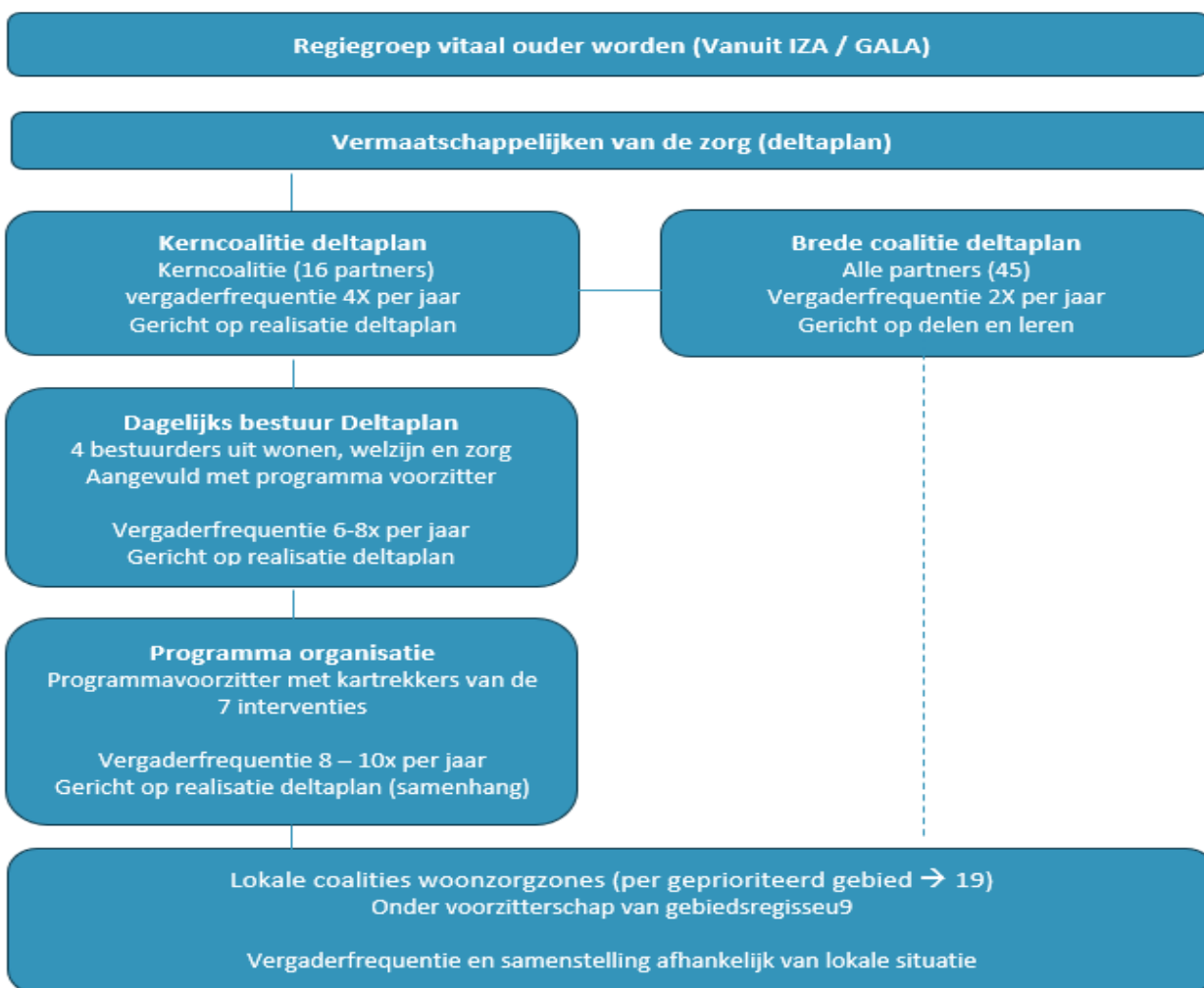
Partijen werken zoveel mogelijk vanuit hun reguliere werk aan het realiseren van de in dit deltaplan beschreven interventies en doelstellingen. Afstemming vindt plaats in een programmastructuur.

### 7.1 PROGRAMMASTRUCTUUR EN GOVERNANCE

Aanvullend op de regiegroep vitaal ouder worden, werken de 16 coalitiepartners samen in een werkorganisatie die de invulling vormt van het spoor vermaatschappelijken van de zorg (zie ook paragraaf 3.5). Deze werkorganisatie staat onder leiding van een compact dagelijks bestuur en werkt met één kassier. Het voorstel voor de beoogde programmastructuur en governance is hieronder beknopt weergegeven.

De programmastructuur kenmerkt zich door de domein overstijgende insteek die recht doet aan de veelzijdigheid van de opgave, waarbij

*Figuur 2: governance deltaplan*





inwoners zowel in de brede coalitie als in de lokale coalities vertegenwoordigd zijn.

De structuur met lokale coalities, waarin optimaal wordt aangesloten bij 'dat wat er al is' maakt het mogelijk om op meerdere plekken tegelijkertijd te werken aan de in dit document genoemde plannen. Dit doen we steeds vanuit de behoefte van de inwoners en professionele partners in het gebied en passend bij de noodzakelijke schaalgrootte. Dit betekent dat de praktijk en actualiteit leidend zijn en de daadwerkelijke invulling van de programmastructuur, de aanpak en de beoogde tijdlijn hierop meebewegen.

## 7.2 WIE DOET WAT?

Het overzicht zoals hieronder weergegeven biedt een overzicht van alle interventies, de bijbehorende activiteiten en welke organisaties hieraan bijdragen. Over de taakverdeling binnen de activiteiten, wordt tussen de partijen nog nader afgestemd.

## 7.3 PLANNING EN MIJLPALLEN

In een [resultaatplanning](#) zijn per activiteit de planning en mijlpalen inzichtelijk gemaakt. Het mag voor zich spreken dat deze planning tijdens de realisatiefase verder wordt geconcretiseerd en waar nodig gedurende de looptijd van dit plan wordt bijgesteld.

Figuur 3: wie doet wat?

| Omschrijving   | Kritiek op vrouwen | Mensvrijheid | Sociaal | Vrouwen in lanbouw | Vrouwen in Maarsse | Woonpunt | Enigda | Sagaram | TGI | ZO | M/IMC+ | Vigela + | SWZ | Traject | Lanano | Rejar |
|--|--------------------|--------------|---------|--------------------|--------------------|----------|--------|---------|-----|----|--------|----------|-----|---------|--------|-------|
| <b>A: Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen</b> |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Zorggeschikt maken (geclusterde) zorgwoningen                            | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Toegang tot woningen verbeteren  | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Vergroten toegankelijkheid gebouwen                                      | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Professionalisering van faciliteren aanbod zorgwoningen                  | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Inzet senioren woningmakelaars   | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Scholing (verhuur) medewerkers corporaties over ouderenzorg              | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  |        |          |     | X       |        |       |
| Facilitering laagdrempelige van ontmoetingsplekken                       | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   |    |        |          |     | X       | X      | X     |
| <b>B: Versterken van maatschappelijke steunsystemen</b>                  |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Themabijeenkomsten   | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| Ontwikkeling wegwijzerfunctie  |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   | X  |        |          | X   | X       |        |       |
| Zorgmarkt en symposium   | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| Bewustwordingscampagne   | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| Laagdrempelig individueel contact met inwoners (>75 jaar)                | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| <b>C: Versterken vangnetvoorzieningen</b>                                |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Vergroten van aantal logeer- en nachtopvangfaciliteiten                  |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   |    |        |          |     |         |        |       |
| Uitbreiding dagbehandelcentra  |                    |              |         |                    |                    |          | X      |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Versterken en verrijken bestaande multidisciplinaire kernteams           |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   | X  | X      |          |     |         |        |       |
| Versterken geriatrische expertise  |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   | X  | X      |          |     |         |        |       |
| Inrichting regionale wijkpoli's  |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   | X  | X      |          |     |         |        |       |
| Aantrekken en opleiden verpleegkundig specialisten in de wijk            |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   | X  |        |          |     |         |        |       |
| <b>D: Van zorgen voor naar zorgen dat</b>                                |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Opbouwen zelfstandigheid dagelijkse activiteiten (reablement)            |                    |              |         |                    |                    |          | X      |         | X   |    |        |          |     |         |        |       |
| Preventief opsporen mantelzorgers met dreigende overbelasting            |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          | X   | X       |        |       |
| Versterking aandacht mantelzorgers met migratie achtergrond              |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          | X   | X       |        |       |
| Opzetten zelfregiegroepen  |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          | X   | X       |        |       |
| <b>E: Informaliseren van de arbeidsmarkt</b>                             |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Zorgspot   |                    |              |         |                    |                    |          | X      |         | X   |    |        |          |     |         |        |       |
| Coördinatie en versterken buurtplatformen en buurtnetwerken              | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   |    |        |          |     | X       | X      | X     |
| <b>F: Inzet van slimme technologie</b>                                   |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Creeëren oefenruimte   |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   | X  | X      | X        |     |         |        |       |
| Zorgalmeringscentrale  |                    |              |         |                    |                    |          | X      |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| <b>G: Ontschotten van systemen en structuren</b>                         |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Clientgegevens beschikbaar maken (t.b.v. drempelloze zorg)               |                    |              |         |                    |                    |          | X      | X       | X   | X  | X      | X        |     |         |        |       |
| <b>Randvoorwaardelijk &amp; onderzoek</b>                                |                    |              |         |                    |                    |          |        |         |     |    |        |          |     |         |        |       |
| Meerdimensionale analyse van 35 wijken                                   | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| Projectleider per gebied (gebiedsregisseur)                              | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| Gezamenlijke beschikbaar stellen van data                                | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| Regionaal platform met funnel (t.b.v. domeinoverstijgend samenwerken)    | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |
| Onderzoek  | X                  | X            | X       | X                  | X                  | X        | X      | X       | X   | X  | X      | X        | X   | X       | X      | X     |

## 8. IMPACT EN MAATSCHAPPELIJKE BUSINESSCASE

Dit transformatieplan creëert een meerwaarde op het gebied van gezondheid, kwaliteit, kosten en medewerker (*quadruple aim*) én draagt bij aan de deelopgaven uit het regioplan van Zuid-Limburg.

### 8.1 ENERGIE, HAALBAARHEID EN GELOOF

Dit deltaplan kent een breed draagvlak en alle 16 coalitiepartners hebben aangegeven bereid te zijn hun eigen strategie en bedrijfsvoering (waar nodig) aan de doelstellingen van het deltaplan aan te passen. Voor een deel van de partijen geeft het project de (financiële) ruimte om hun executiekracht zodanig te vergroten dat daardoor hun eigen strategie versneld of verbreed kan worden. Doordat de afgelopen tijd vele tientallen burgers, collega's, instanties en ketenpartners betrokken zijn én alle voorwerk met eigen mensen verricht is, is de intrinsieke motivatie de grote kracht achter de aanpak tot nu toe: de executiekracht en het gemeenschappelijk geloof zijn de kracht van dit plan.

Tot nu toe was het niet nodig om externe middelen aan te spreken omdat alle partners bereid waren een extra duit in de zak te doen. De IZA-middelen maken echter een beduidende versnelling mogelijk en kijkend naar het maatschappelijke vraagstuk, is dat ook hard nodig.

Het deltaplan past binnen de huidige wettelijke kaders en de regelruimte van de deelnemende partners. Aanpassingen van wet- en regelgeving zijn niet noodzakelijk om het transformatieplan succesvol uit te kunnen voeren. Een deltaplan gaat uit van een meerdimensionale aanpak, die tot nieuwe, duurzame oplossingen voor de ouderenzorg moet leiden. Dit vraagt wel om de bereidheid van financiers om bestaande financieringsstromen (Wmo / Zvw / Wlz) deels te ontschotten en geïntegreerd in te kunnen zetten.

### 8.2 EEN MEERWAARDE VOOR GEZONDHEID, KWALITEIT, KOSTEN EN MEDEWERKERS (QUADRUPLE AIM)

Voor de impact van het deltaplan kijken we in samenhang naar de vier aspecten uit de *quadruple aim*, waarbij gezondheid, kwaliteit (van zorg), kosten en het werkplezier van medewerkers hand in hand gaan. In bijlage 3 is weergegeven hoe deze meerwaarde per deelopgave én per (groep van) stakeholder(s) uit ziet.

### 8.3 MAATSCHAPPELIJKE BUSINESSCASE

In de maatschappelijke businesscase zijn de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van het deltaplan in beeld gebracht, zowel in totaliteit als per kerninterventie. Voor de kwantitatieve duiding is vooral gekeken naar de bijdrage aan de doelen op het verkleinen van de zorgkloof en het verminderen van zorggebruik (*qua-*

*druple aim* doel: beheersen zorgkosten). Voor het in kaart brengen van de effecten en de maatschappelijke businesscase zijn de zeven kerninterventies uitgewerkt volgens de structuur van de *theory of change*.

De maatschappelijke businesscase is gebaseerd op het deltaplan en het op basis daarvan opgestelde transformatieplan. De maatschappelijke businesscase is samen met coalitiepartners opgesteld en waar mogelijk onderbouwd met bronnen en (steekproeven in) data van coalitiepartners. De gedane aannames zijn voorzichtig en getoetst bij de coalitiepartners en het DOT-team.

De samenhang van kerninterventies in het transformatieplan telt op naar een positieve maatschappelijke businesscase voor de regio Maastricht-Heuvelland:

- De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt 41,5 mio;
- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 86,9 mio op basis van economisch gewaardeerde effecten, daarnaast wordt

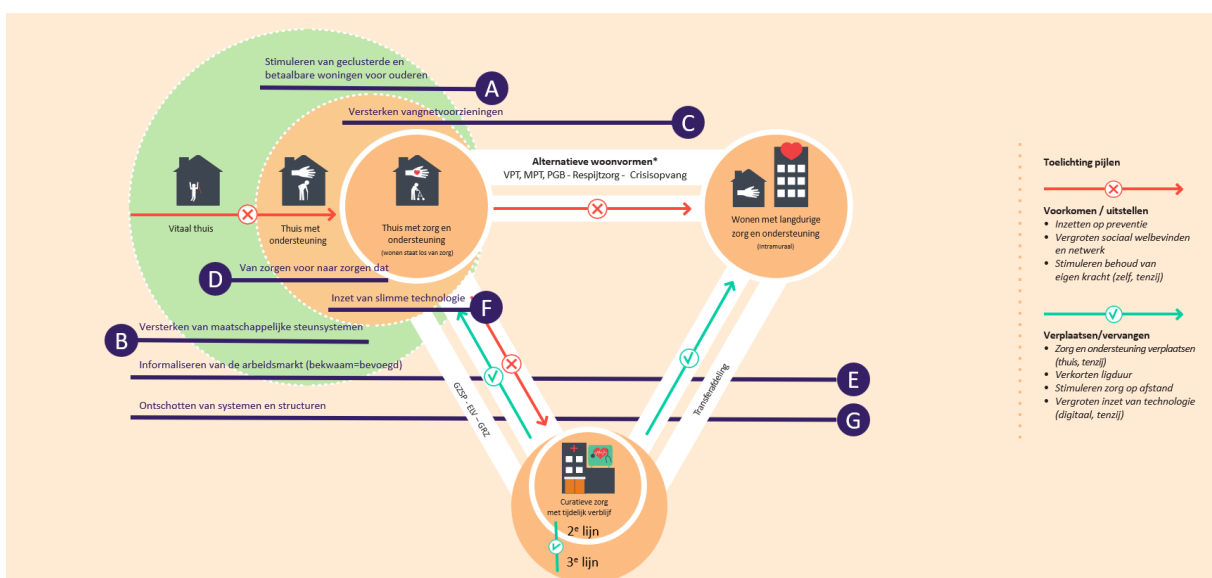
er additioneel 43 fte aan arbeidscapaciteit gerealiseerd;

- De opbrengst van de economisch gewaardeerde effecten is het grootst in de Wlz met 63,1 mio als gevolg van het verplaatsen en voorkomen van langdurige zorg. De opbrengst in de Zvw bedraagt 16,9 mio, in de Wmo 3,5 mio en 3,6 mio aan overige maatschappelijke opbrengsten.

De volledige businesscase is als bijlage bijgevoegd.

Belangrijk om op te merken is dat veel kwalitatieve effecten niet economisch zijn gewaardeerd. Deze effecten zijn desondanks van grote waarde voor de inwoners van Maastricht-Heuvelland en dragen bij aan de *quadruple aim* doelen en de opgaves uit het regioplan (waaronder het verkleinen van de zorgkloof). De impact op de deelopgaves uit het regioplan en de impact op stakeholders zijn beschreven in bijlage 3.

Figuur 4: samenhang kerninterventies



## 9. BEGROTING

De betrokken partijen investeren zelf fors om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Zo wordt bij nieuwbouw van woningen direct rekening gehouden met zorggeschiktheid en werken organisaties (in de zorg) steeds beter samen om met de beschikbare middelen en menskracht er voor zoveel mogelijk cliënten te zijn.

Voor de incidentele (implementatie)kosten van dit concrete maar ook uitdagende plan, doen de gezamenlijke partijen in de jaren 2024, 2025 en 2026 een beroep op de financiële middelen behorend bij het Integraal Zorgakkoord. Deze middelen bieden enerzijds de mogelijkheid om daadwerkelijk de basis te kunnen creëren voor een nieuw ecosysteem én biedt daarnaast ruimte om op basis van leerpunten te bouwen aan een duurzame toekomst en een duurzame bekostiging over de domeinen heen.

Er is toegewerkt naar een begroting die niet alleen een effectieve uitvoering van het delta-plan mogelijk maakt, maar ook substantieel bijdraagt aan een bestendiging na 2026 én opschaalbaarheid faciliteert. De begroting geeft inzicht in de additionele – incidentele - middelen die tot en met 2026 nodig zijn en is per kerninterventie opgebouwd. Een belangrijk deel van de kosten draagt bij aan een efficiënte coördinatie, een gedragen implementatie binnen de regio Maastricht-Heuvelland als geheel én vormt de basis voor opschaalbaarheid. De gebiedsgerichte kosten doen recht aan lokale

behoefte en prioriteiten op basis van (specifieke) behoeften en uitdagingen per gebied.

| BEGROTING                             |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| <u>Kerninterventie A</u>              |                        |
| Betaalbare woningen                   | € 28.348.700,00        |
| <u>Kerninterventie B</u>              |                        |
| Maatschappelijke steunsyste-<br>men   | € 1.958.350,00         |
| <u>Kerninterventie C</u>              |                        |
| Vangnetvoorzieningen                  | € 3.650.000,00         |
| <u>Kerninterventie D</u>              |                        |
| Van zorgen voor naar zorgen<br>dat    | € 738.270,00           |
| <u>Kerninterventie E</u>              |                        |
| Informaliseren arbeidsmarkt           | € 3.090.000,00         |
| <u>Kerninterventie F</u>              |                        |
| Inzet slimme technologie              | € 772.146,00           |
| <u>Kerninterventie G</u>              |                        |
| Ontschotten systemen en<br>structuren | € 368.295,00           |
| <b>Subtotaal kerninterventies</b>     | <b>€ 38.925.761,00</b> |
| Randvoorwaarden                       | € 1.245.000,00         |
| Onderzoek                             | € 300.000,00           |
| Initiële kosten opstellen plan        | € 100.000,00           |
| Overhead                              | € 950.000,00           |
| <b>Totaal begroting</b>               | <b>€ 41.520.761,00</b> |

De totaalbedragen zijn ook weergegeven als kosten in de maatschappelijke businesscase zoals in het vorige hoofdstuk beschreven. Een gedetailleerde begroting is weergegeven in bij-

lage 5. Een planning per jaar inclusief de bijbehorende cashflow biedt meer in detail inzicht. [Klik hier](#) voor deze planning.

Partijen zijn zich ervan bewust dat zij de resultaten ná 2026 moeten kunnen borgen vanuit reguliere financiering. Dit vraagt ook om de bereidheid van financiers om bestaande financieringsstromen (Wmo / Zvw / Wlz) gedeeltelijk te ontschotten en geïntegreerd in te kunnen zetten. Hiertoe worden gedurende de looptijd van dit plan vanuit de coalitiepartners gesprekken met financiers gevoerd.

## 10. MONITORING EN ONDERZOEK

De ambitie is om eind 2026 een maatschappelijke businesscase met resultaten en *'lessons learned'* van dit deltaplan te hebben. Om tot goed onderbouwde resultaten en *lessons learned* te komen, is het structureel monitoren en evalueren van het deltaplan essentieel. Monitoring en evaluatie (onderzoek) zal plaatsvinden in samenwerking met het Data Ondersteunings Team (DOT) en onderzoekers van zowel Maastricht University als Zuyd Hogeschool en vanuit de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L).

Monitoring en evaluatie van het plan heeft enerzijds tot doel om het proces van uitvoering van het plan te volgen: in welke mate komen de doelstellingen van het plan tot uiting, welke bevorderende en belemmerende factoren kunnen worden geïdentificeerd bij uitvoering van het plan en welke contextuele factoren zijn hierop van invloed? Anderzijds wordt geëvalueerd op effecten. Monitoring en evaluatie is gedurende de looptijd van het transformatieplan (2024-2026) integraal onderdeel van het plan. Dit geeft de mogelijkheid om alle ins en outs goed in kaart te brengen en de betrokken partijen een actieve te rol te geven bij de monitoring en evaluatie binnen hun reguliere werk. Dit past ook uitstekend bij de filosofie van 'zorgevaluatie en gepast gebruik.'

Binnen de AWO-L (en aanverwante werkplaatsen zoals de werkplaats over duurzame zorg) is expertise beschikbaar gericht op de zeven

kerninterventies uit het Deltaplan. Zo bekleden twee hoogleraren binnen de AWO-L leerstoelen gericht op overkoepelende thema's uit het plan, te weten geriatrische zorg thuis en zorgomgevingen voor kwetsbare ouderen. Daarnaast zijn verschillende senior onderzoekers actief op onderzoeklijnen gericht op o.a. vitale gemeenschappen (connectie het versterken van maatschappelijke steunsystemen), vitaliteit en duurzame inzetbaarheid van zorgmedewerkers (kerninterventie E – informaliseren van de arbeidsmarkt), zorgtechnologie (kerninterventie F – gebruik maken van slimme technologie om thuis wonen veiliger te maken) en tijdelijk verblijf (kerninterventie C – versterken vangnetvoorzieningen).

Er worden relevante monitoring- en evaluatievragen gericht op de zeven kerninterventies, en/of de overkoepelende doelstelling van het plan opgesteld, samen met bijbehorende designs en onderzoeksmethodieken. Hierbij is het belangrijk dat deze designs en methoden ruimte bieden voor de mogelijkheid om tussentijds bij te sturen. De contouren van het onderzoeksplan worden – op basis van het ingediende transformatieplan – in de zomer van 2024 in werksessies met onderzoekers en stakeholders geschetst en vervolgens in detail uitgewerkt.

# BIJLAGE 1: AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

## AFKORTINGEN

|       |   |
|-------|---|
| AVG   | Algemene Verordening Gegevensbescherming                            |
| AWO-L | Academische Werkplaats Ouderen zorg-Limburg                         |
| BIG   | Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg                          |
| DOT   | Data Ondersteunings Team  |
| EPD   | Elektronisch Patiënten Dossier                                      |
| FTE   | Full Time Equivalent  |
| GALA  | <a href="#">Gezond en Actief Leven Akkoord</a>                      |
| HAP   | Huisartsenpost  |
| HIS   | Huisartsen Informatie Systeem                                       |
| IFOZ  | Innovatie Fonds Ouderen Zorg  |
| IZA   | <a href="#">Integraal Zorgakkoord</a>                               |
| SEH   | Spoedeisende hulp   |
| SO    | Specialist ouderengeneeskunde                                       |
| TGL   | Thuiszorg Groot Limburg   |
| VOG   | Verklaring Omtrent Gedrag   |
| VS    | Verpleegkundig specialist   |
| VVT   | Verpleging, verzorging en thuiszorg                                 |
| WLZ   | Wet langdurige zorg   |
| WMO   | Wet Maatschappelijke Ondersteuning                                  |
| WOZO  | <a href="#">Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen</a> |
| ZIO   | Zorg In Ontwikkeling (huisartsen)                                   |
| ZVW   | Zorgverzekeringswet   |

## BEGRIPPEN

AVG: Afkorting voor de Algemene Verordening Gegevensbescherming, een Europese verordening die de regels voor de verwerking van persoonsgegevens door particuliere bedrijven en overheidsinstanties in de hele Europese Unie standaardiseert.

Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg: Een samenwerkingsverband tussen zorginstellingen en onderwijs- en onderzoeksinstituten gericht op het verbeteren van de ouderenzorg door middel van onderzoek en praktijkgerichte projecten.

Deltaplan: Dit document (staat synoniem voor transformatieplan)

Domein overstijgende aanpak: Een aanpak die zich niet beperkt tot één specifiek gebied of sector (ouderenzorg), maar verschillende domeinen of disciplines omvat om een probleem aan te pakken. Zoals het betrekken van woningbouw in combinatie met zorg breed.

Ecosysteem voor de langdurige zorg: Een geïntegreerd systeem van zorg en ondersteuning, waarbij verschillende partijen samenwerken om langdurige zorg te bieden aan degenen die het nodig hebben.

Formele en informele zorg: Officieel georganiseerde zorgdiensten (formeel) versus zorg die wordt verleend door familieleden, vrienden of vrijwilligers (informeel).

Geclusterde en betaalbare woningen: Woningen die zich in de nabijheid bevinden van voorzieningen en die geschikt zijn voor ouderen, (vaak) met gemeenschappelijke ruimten en ondersteunende diensten.

IFOZ (InnovatieFonds OuderenZorg): Een fonds dat innovatie in de ouderenzorg stimuleert en financiert, met als doel het verbeteren van de kwaliteit van leven en het bevorderen van zelfstandigheid onder ouderen.

Impactvolle transformaties: Significante veranderingen of vernieuwingen die aanzienlijke effecten hebben op het verbeteren van de zorg en/of de maatschappij zoals beschreven in het Integraal Zorgakkoord.

Informaliseren van de arbeidsmarkt: Het verschuiven van zorgtaken van formele zorgverleners naar informele, onbetaalde zorgverleners of andere niet-traditionele bronnen van zorg, zoals gepensioneerden, studenten of buurtgenoten.

Informele zorgverleners: Personen die zorg verlenen aan familieleden, vrienden of burens zonder dat ze daarvoor betaald worden, in tegenstelling tot formele zorgverleners zoals professionals in de gezondheidszorg.

*“It takes a village to complete your life”*: Een uitdrukking die benadrukt dat een gemeenschap of een breed netwerk van mensen en voorzieningen nodig is om een vervuld en compleet leven te leiden, vooral relevant in de context van zorg en ondersteuning voor ouderen.

Ledenservice: Verwijst naar een serviceplatform waarop mensen zich kunnen abonneren, waarbij voordelen, diensten en informatie worden geboden aan de leden op het gebied van gezondheid, zorg en vitaliteit. Gericht op de doelgroep ouderen

Maastricht-Heuvelland: De gemeenten Maastricht, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Vaals, Meerssen en Valkenburg aan de Geul

Mantelzorgers: Personen die onbetaalde zorg verlenen aan een familielid, vriend of andere naaste die hulpbehoevend is, bijvoorbeeld vanwege ouderdom of ziekte.

Mijnstreek: Bestaande uit de Oostelijke Mijnstreek, de gemeenten Beekdaelen, Brunssum, Heerlen, Landgraaf, Voerendaal, Kerkrade en Simpelveld en Westelijke Mijnstreek, de gemeenten Beek, Sittard-Geleen en Stein

Multidisciplinaire kernteams: Teams bestaande uit professionals uit verschillende disciplines die samenwerken om zorg te verlenen, zoals huisartsen, verpleegkundigen, casemanagers, etc.

Nutsvoorzieningen: Diensten en faciliteiten die essentieel zijn voor het dagelijks leven, zorg en welzijn van (in dit plan oudere) mensen.

Regiobeeld: IZA [Regiobeeld Zuid Limburg](#)

Regioplan: Het IZA regioplan van Zuid-Limburg

Respijtzorg: Tijdelijke zorg en ondersteuning die wordt geboden aan mantelzorgers, zodat zij een pauze kunnen nemen.

RIGO-cirkels: Een methode om wijken gestandaardiseerd in kaart te brengen en multidimensionale vraagstukken op te lossen.

Systeemschotten: Barrières of grenzen tussen verschillende sectoren, instellingen of systemen die de



samenwerking en integratie van zorg en ondersteuning belemmeren.

Team Zuid-Limburg: Het geheel van betrokken partijen in het IZA regioplan

Transformatiegelden: Financiële middelen die specifiek zijn toegewezen voor het stimuleren van veranderingen en innovaties binnen de zorg, verwijzende naar de gelden uit het Integraal Zorgakkoord.

Vermaatschappelijken van de zorg: Het betrekken van de samenleving bij het bieden van zorg, waarbij de nadruk ligt op het creëren van een ondersteunende sociale omgeving en het activeren van burgers om voor elkaar te zorgen.

Wijk/buurt: Wijk is een onderdeel van een gemeente, bestaande uit één of meerdere buurten. Vaak komt een wijk overeen met een woonplaats of een deel van een grotere woonplaats.

Buurt: Onderdeel van een wijk, vanuit bebouwingsoogpunt of sociaaleconomische structuur homogeen afgebakend (CBS).

Woondeal: Een overeenkomst tussen partijen om de woningmarkt te stimuleren en voldoende betaalbare huisvesting te bieden.

Woonzorgzone: Een afgebakend woongebied (wijk, kern, gemeenschap) die geschikt is (gemaakt) voor ouderen die extra ondersteuning en zorg nodig hebben, die een prettige basis vormt om te wonen en te leven en die ouderen de mogelijkheid biedt langer zelfstandig te blijven wonen.

ZonMw: Een Nederlandse organisatie die financiert en stimuleert in de gezondheidszorg en gezondheidsonderzoek.

*Zie bijlage 2 voor begrippen en definities die gerelateerd zijn aan wonen en zorggeschikte woningen.*

## BIJLAGE 2: DEFINITIES HUISVESTING VOOR OUDEREN

In de woondeal ([Woondeal Limburg - Provincie Limburg](#)) hebben partijen specifiek aandacht voor de huisvesting van aandachtsgroepen waaronder ouderen. Het aantal ouderen groeit de komende jaren fors. Om ervoor te zorgen dat ouderen zo lang mogelijk prettig en gezond thuis kunnen wonen, zijn voldoende woningen geschikt voor ouderen nodig. De minister voor volkshuisvesting en ruimtelijke ordening heeft in het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen bepaald dat van de totale landelijke nieuwbouwoopgave van 900.000 woningen tot en met 2030, 290.000 woningen geschikt voor ouderen moeten worden gebouwd. Daarvan zijn 170.000 woningen nultredenwoningen, 80.000 geclusterde woningen en 40.000 verpleegzorgplekken.

**Nultredenwoningen** zijn geschikt voor ouderen, omdat zij de woning kunnen betreden zonder trappen te hoeven lopen en de belangrijkste vertrekken zonder traplopen kunnen bereiken. Dit stelt ouderen in staat langer thuis te kunnen wonen. Een deel van de ouderen zoekt een woning in een **geclusterde woonvorm**. Deze woonvorm is ingericht op het bevorderen van sociaal contact en het ondernemen van activiteiten, bijvoorbeeld doordat er een gemeenschappelijke ruimte aanwezig is. De woningen in een geclusterde woonvorm zijn tenminste nultredenwoningen.

Om mensen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen, ook wanneer zij zware zorg nodig hebben,

zet het kabinet in op de bouw van 40.000 **verpleegzorgplekken**. Dit zijn géén plekken in een verpleeghuis, maar zelfstandige wooneenheden, doorgaans in clustering. De woning is ingericht op het ontvangen en verlenen van zware zorg, bijvoorbeeld door een badkamer met voldoende ruimte voor een hulpverlener. Meer dan de helft van deze geclusterde woonvormen is gericht zijn op mensen met dementie. De bouw van woningen voor mensen met dementie vraagt extra aandacht bij bijvoorbeeld het gebruik van (contrasterende) kleuren, herkenbaarheid van voordeur en ruimten, voldoende daglicht en verduisterende gordijnen voor het dag-nachtritme, ruimten voor ontmoeting en ook een veilige, activerende omgeving van het wooncomplex.

## BIJLAGE 3: IMPACT OP DEELOPGAVEN EN STAKEHOLDERS

Dit transformatieplan draagt bij aan de realisatie van de deelopgaven zoals verwoord in het regioplan Zuid-Limburg. Hieronder wordt de belangrijkste impact kort gedeut.

### Dit transformatieplan heeft een zeer grote impact op verminderen zorggebruik / zorgkosten

Het plan heeft aantoonbaar effect op het verminderen van het zorggebruik, zowel in de Wmo, de Zvw als de Wlz. De concrete effecten zijn weergegeven in de businesscase. De belangrijkste elementen worden hieronder weergegeven.

1. Uitstel verhuizing naar een intramurale setting (kerninterventie A, C); door het creëren van woonzorgzones met een zorg- en welzijnsinfrastructuur in de eigen buurt kan de verhuizing naar een intramurale setting worden uitgesteld. Het is (beter) mogelijk om met een (intensieve) zorgvraag thuis te blijven wonen.
2. Vermijden ziekenhuisopnames (kerninterventie A, B, C); wonen in een voor zorg geschikte woning, goede maatschappelijke steunsystemen en bijpassende vangnetvoorzieningen maken dat opnames in het ziekenhuis minder vaak nodig zijn.
3. Uitstel zorgvraag / kleinere zorgvraag door verhoogde zelfredzaamheid (kerninterventie A, B, C, D, E, F); door mensen te ondersteunen in hun zelfredzaamheid, zoveel mogelijk in hun eigen thuis situatie (van zorgen voor naar zorgen dat),

kan de zorgvraag worden uitgesteld, danwel kan de zorgvraag kleiner zijn.

4. Vermijden en/of uitstel zorgvraag door versterkte bewustwording en voorbereiding op laatste levensfasen (kerninterventie B); in het transformatieplan is volop aandacht voor bewustwording en preventie en is voorzien in een wegwijzerfunctie die mensen helpt om op tijd na te denken over en te anticiperen op het ouder worden.

### Dit transformatieplan heeft een zeer grote impact op het verkleinen van de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod

Het transformatieplan heeft elementen die bijdragen aan het dempen van de zorgvraag en richt zich tevens op het behouden van goede zorg en een passend zorgaanbod.

1. Meer arbeidscapaciteit door aanspreken onbenut potentieel (kerninterventie A en E); door vraag en aanbod op een eigentijdse manier bij elkaar te laten komen, kan gebruik gemaakt worden van onbenut potentieel.
2. Gebruik van digitale oplossingen (kerninterventie F); digitale oplossingen zijn een belangrijk onderdeel van dit transformatieplan. Deze oplossingen zijn arbeidsbesparend en dragen tevens bij aan zelfredzaamheid.
3. Uitstel zorgvraag / kleinere zorgvraag door verhoogde zelfredzaamheid (kerninterventie A, B, C, D, E, F); door mensen te ondersteunen in hun zelfredzaamheid, zoveel mogelijk in hun eigen thuis situatie (van zorgen voor naar zorgen dat), kan de zorgvraag worden uitgesteld, danwel kan de zorgvraag kleiner zijn.
4. Versterking mantelzorgondersteuning (kerninterventie D); het transformatieplan voorziet in

extra aandacht voor dreigend overbelaste mantelzorgers. Met het vermijden van overbelasting, wordt de professionele zorgvraag gedempt, doordat mantelzorgers met goede ondersteuning de zorg voor hun naaste beter vol kunnen houden.

5. Efficiëntere organisatie van zorg (A, C, E, F); met het clusteren van zorg en zorgvragen én met hulp van digitale oplossingen is het mogelijk de zorg efficiënter te organiseren.

## Dit transformatieplan heeft een zeer grote impact op het meer domein overstijgend samenwerken

Domein overstijgend werken is het uitgangspunt van dit transformatieplan en past bij gebiedsgericht werken: *'it takes a village to complete your life'*.

1. Wonen, welzijn en zorg als drie eenheid (kerninterventie A, B, C, D, E, F, G); dit transformatieplan is integraal opgesteld vanuit de domeinen wonen, welzijn en zorg en vraagt om een integrale, domein overstijgende en afgestemde samenwerking.
2. Wonen is rechtstreeks van invloed op zorgvraag (kerninterventie A); in het transformatieplan is aangetoond dat er een directe relatie is tussen woonomgeving en zorgvraag.
3. Een zorgvraag is vaak geen echte zorgvraag (kerninterventie (A, B, D)); vragen die als zorgvraag binnenkomen, hoeven lang niet altijd opgelost te worden in de zorg. Door gerichte aandacht voor onderliggende vraagstukken kan de vraag in veel gevallen buiten het zorgdomein worden ingevuld c.q. opgelost.

## Dit transformatieplan heeft een middelgrote impact op het verkleinen van gezondheidsverschillen

Gezondheidsverschillen hebben volop de aandacht in het transformatieplan, maar vanwege de focus op senioren is de impact minder groot dan bij de andere deelopgaven.

1. Laagdrempelige individuele aandacht als aanvulling op collectieve aanpak t.b.v. versterken gezondheidsvaardigheden (kerninterventie B, D); in het transformatieplan is voorzien in laagdrempelig individueel contact, zowel op het moment dat er al een zorgvraag is als in de perioden daaraan voorafgaand.
2. Focus op mensen met een kleine beurs (kerninterventie A, B); dit transformatieplan richt zich in de gebiedsgerichte aanpak in belangrijke mate op mensen in huurwoningen (corporatiebezit) en daarmee op mensen met relatief lage inkomens.
3. Fijnmazig netwerk in de wijk (kerninterventie A, B); community care heeft een belangrijke plek in het transformatieplan. In deze laagdrempelige, fijnmazige en lokale aanpak vallen mensen minder gemakkelijk u'it de boot; en zijn verschillen makkelijker te verkleinen door gerichte interventies.

## Dit transformatieplan heeft een middelgrote impact op het verminderen van gezondheidsachterstanden

Dit thema krijgt volop aandacht in het transformatieplan, maar vanwege de focus op senioren is de impact minder groot dan bij de andere deelopgaven.

1. Focus op gezondheid en vitaliteit (kerninterventie A, B, D): met een focus op gezondheid, juist ook gericht op mensen met een kleine beurs en/of lagere SES, wordt bijgedragen aan meer gezonde levensjaren.
2. Aandacht voor mantelzorgers met een migratie achtergrond (kerninterventie B, D): mensen met een migratieachtergrond worden momenteel minder goed bereikt. Hiervoor is in het plan extra aandacht met focus op mantelzorgers met een migratie achtergrond.
3. Focus op mensen met een kleine beurs (kerninterventie A, B): dit transformatieplan richt zich in belangrijke mate op mensen in huurwoningen (corporatiebezit) en daarmee op mensen met relatief lage inkomens.
4. Omgevingsfactoren hebben een belangrijke invloed op de (ervaren) gezondheid (kerninterventie A, B, D). In dit plan is expliciete aandacht voor deze omgevingsfactoren zoals wonen, een veilige en sociale woonomgeving die tevens uitnodigt tot bewegen.

# IMPACT OP DE STAKEHOLDERS VAN HET TRANSFORMATIEPLAN

## De impact op inwoners (met en zonder zorgvraag) is positief

### Duurzaamheid

---

Van groot belang is de toegankelijkheid van zorg en welzijn. Met dit transformatieplan wordt een forse bijdrage geleverd aan het behoud van deze toegankelijkheid voor burgers die een beroep moeten doen op de diverse voorzieningen. Het plan draagt derhalve bij aan de duurzaamheid en toegankelijkheid van deze voorzieningen.

### Ervaren gezondheid

---

Er is een positief effect op de ervaren gezondheid als gevolg van een versterkte zelf- en samenredzaamheid.

Ook het feit dat mensen in hun eigen (vertrouwde) omgeving blijven wonen heeft een positief effect op de ervaren gezondheid.

De woonzorgzones dragen bij aan een gevoel van veiligheid en comfort met een positief effect op ervaren gezondheid.

Verbeterde gezondheidsvaardigheden hebben een positief effect op het behoud van eigen regie en zelfredzaamheid.

### Kosten

---

Voor inwoners is de impact op kosten nihil.

### Kwaliteit van zorg

---

De interventies van het transformatieplan beogen een effect van gelijkblijvende kwaliteit van zorg

ondanks een toenemende vergrijzing en personele schaarste.

De beweging naar zelf- en samenredzaamheid, de inzet van technologie, het beter benutten van arbeidspotentieel en de focus op preventie en voorzorg moeten bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg van een goede kwaliteit.

Uiteraard zullen er ook kritische geluiden zijn vanwege de focus op meer zelf- en samenredzaamheid. Datzelfde geldt voor het toenemend beroep dat gedaan zal worden op het informele netwerk.

### (zorg)medewerkers tevredenheid

---

De tevredenheid van medewerkers wordt positief beïnvloed. Als gevolg van de samenwerking kunnen zij beter anticiperen op (bewoners)vraagstukken.

Door inzet op het informaliseren van de arbeidsmarkt wordt bijgedragen aan het verkleinen van het arbeidsmarkt tekort en daarmee indirect op het verkleinen van de werkdruk

## De impact op de stakeholders in het woondomein is positief

### Duurzaamheid

---

De duurzaamheid van de woningen wordt positief beïnvloed. Door woningen levensloopbestendig te maken, zijn deze voor meerdere doelgroepen geschikt.

### Ervaren gezondheid

---

Vanuit perspectief van de corporaties is er een positief effect op ervaren gezondheid. Een goede woning draagt bij aan betere (ervaren) gezondheid en welzijn. De woonzorgzones dragen

### Kosten

---

Behoudens eenmalige kosten, is de impact neutraal. Er zijn voor corporaties nauwelijks extra kosten.

#### Kwaliteit van zorg

n.v.t.

#### (zorg)medewerkers tevredenheid

De tevredenheid van medewerkers wordt positief beïnvloed. Als gevolg van verbeterde samenwerking en afstemming kan beter worden geanticipeerd op (bewoners)vraagstukken

### De impact op de stakeholders in het welzijnsdomein is positief

#### Duurzaamheid

n.v.t.

#### Ervaren gezondheid

Vanuit perspectief van de welzijnsorganisatie is er een positief effect op ervaren gezondheid. Een goede (sociale) infrastructuur alsmede een goede woonomgeving draagt bij aan betere (ervaren) gezondheid en welzijn. De woonzorgzones dragen bij aan de leefbaarheid in wijken en buurten.

#### Kosten

Er is voor de welzijnsorganisatie nauwelijks impact op de kosten.

#### Kwaliteit van zorg

n.v.t.

#### (zorg)medewerkers tevredenheid

De tevredenheid van medewerkers wordt positief beïnvloed. Als gevolg van verbeterde samenwerking en afstemming kan beter worden geanticipeerd op welzijnsvraagstukken en vraagstukken in het kader van opbouwwerk.

### De impact op de stakeholders in het gemeentelijk domein (publieke gezondheid / Wmo is positief)

#### Duurzaamheid

Van groot belang is de toegankelijkheid van zorg en welzijn. Met dit transformatieplan wordt een forse bijdrage geleverd aan het behoud van deze toegankelijkheid voor burgers die een beroep moeten doen op de diverse voorzieningen. Het plan draagt derhalve bij aan de duurzaamheid en toegankelijkheid van deze voorzieningen.

#### Ervaren gezondheid

Vanuit perspectief van gemeenten is er een positief effect op ervaren gezondheid van haar burgers. De interventies van het plan dragen bij aan verbetering van de (ervaren) gezondheid en welzijn.

#### Kosten

De beweging van zorg naar voorzorg en preventie kan een kostenverhogend effect op het gemeentelijk domein hebben.

In de impactanalyse wordt uiteengezet dat inzet op reablement en mantelzorgondersteuning een substantieel positieve financiële en maatschappelijke opbrengst kent.

#### Kwaliteit van zorg

De interventies van het transformatieplan beogen een effect van gelijkblijvende kwaliteit van zorg en ondersteuning ondanks een toenemende vergrijzing en personele schaarste.

De beweging naar zelf- en samenredzaamheid, de inzet van technologie, het beter benutten van arbeidspotentieel en de focus op preventie en voorzorg moeten bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning van een goede kwaliteit.

#### (zorg)medewerkers tevredenheid

De tevredenheid van medewerkers wordt positief beïnvloed. Als gevolg van de verbeterde samenwerking en afstemming kan beter geanticipeerd worden op vraagstukken van burgers.

Door inzet op het informaliseren van de arbeidsmarkt wordt een bijdrage geleverd aan het verkleinen van het arbeidsmarkttekort en daarmee indirect op het verminderen van de werkdruk

## De impact op de VVT organisaties is positief

#### Duurzaamheid

Van groot belang is de toegankelijkheid van zorg en welzijn. Met dit transformatieplan wordt een forse bijdrage geleverd aan het behoud van deze toegankelijkheid voor burgers die een beroep moeten doen op zorg en ondersteuning. Het plan draagt derhalve bij aan de duurzaamheid en toegankelijkheid van deze zorg en ondersteuning.

Het gebruik van slimme technologie alsmede het efficiënter organiseren van de zorg draagt bij aan het verminderen van reisbeweging door zorgverleners.

Door efficiënter gebruik van middelen, mensen en expertise, kunnen processen worden vereenvoudigd. Dit kan leiden tot een vermindering van verspilling alsmede een meer duurzame inzet van middelen.

#### Ervaren gezondheid

Vanuit het perspectief van de zorgorganisaties is er een positief effect op de (ervaren) gezondheid van haar cliënten. De interventies van het plan dragen bij aan verbetering van de (ervaren) gezondheid.

#### Kosten

Behoudens eenmalige kosten, is de impact neutraal. Er zijn voor de VVT-organisaties nauwelijks extra kosten.

#### Kwaliteit van zorg

De interventies van het transformatieplan beogen een effect van gelijkblijvende kwaliteit van zorg ondanks een toenemende vergrijzing en personele schaarste.

De beweging naar zelf- en samenredzaamheid, de inzet van technologie, het beter benutten van arbeidspotentieel en de focus op preventie en voorzorg moeten bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg van een goede kwaliteit.

#### (zorg)medewerkers tevredenheid

Efficiënte (geclusterde) en goed georganiseerde zorg (in woonzorgzones) draagt bij aan de verbetering van (veilige) werkomstandigheden voor zorgmedewerkers.

Een goede samenwerking tussen formele en informele zorgverleners draagt bij aan werkplezier en een gebalanceerde werkbalans.

Inzet op preventie, voorzorg en zelf- en samenredzaamheid verlagen de druk op de professionele zorgmedewerkers.

Door inzet van een zorgplatform is sprake van een toename van eigen regie op de werkplanning en daarmee een verbeterde balans werk-privé.

Het gebruik van slimme technologie kan de tevredenheid van zorgmedewerkers vergroten door het verminderen van administratieve lasten, afwisseling in het werk en het verbeteren van de efficiëntie van de zorgverlening. Daartegenover staat dat dit ook tot enige weerstand kan leiden vanwege veranderingen (van werkprocessen) en het aanleren van nieuwe vaardigheden.



Betere samenwerking tussen verschillende disciplines in een afgebakend gebied draagt bij aan het beter kunnen voldoen aan de vragen van cliënten en burgers. Zorgmedewerkers ervaren hierdoor meer voldoening.

Door inzet op het informaliseren van de arbeidsmarkt wordt een bijdrage geleverd aan het verkleinen van het arbeidsmarkttekort en daarmee indirect op het verminderen van de werkdruk.

## De impact op huisartsen is positief

### Duurzaamheid

Van groot belang is de toegankelijkheid van zorg en welzijn. Met dit transformatieplan wordt een forse bijdrage geleverd aan het behoud van deze toegankelijkheid voor burgers die een beroep moeten doen op zorg en ondersteuning. Het plan draagt derhalve bij aan de duurzaamheid en toegankelijkheid van deze zorg en ondersteuning.

Door efficiënter gebruik van middelen, mensen en expertise, kunnen processen worden vereenvoudigd. Dit kan leiden tot een vermindering van verspilling alsmede een meer duurzame inzet van middelen.

### Ervaren gezondheid

Vanuit het perspectief van de huisartsen is er een positief effect op de (ervaren) gezondheid van haar cliënten. De interventies van het plan dragen bij aan verbetering van de (ervaren) gezondheid

### Kosten

Behoudens eenmalige kosten, is de impact neutraal. Er zijn voor de huisartsen nauwelijks extra kosten.

### Kwaliteit van zorg

De interventies van het transformatieplan beogen een effect van gelijkblijvende kwaliteit van zorg

ondanks een toenemende vergrijzing en personele schaarste.

De beweging naar zelf- en samenredzaamheid, de inzet van technologie, het beter benutten van arbeidspotentieel en de focus op preventie en voorzorg moeten bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg van een goede kwaliteit.

Een verbetering van multidisciplinaire samenwerking en meer inzet van specialistische expertise in de wijk alsmede het vergroten van de vangnetvoorzieningen zijn van belang om kwaliteit van en toegang tot (huisartsen)zorg te waarborgen nu steeds meer mensen langer thuis blijven wonen.

### (zorg)medewerkers tevredenheid

Betere samenwerking tussen verschillende disciplines in een afgebakend gebied draagt bij aan het beter kunnen voldoen aan de vragen van cliënten en burgers. Zorgmedewerkers ervaren hierdoor meer voldoening.

## De impact op stakeholders in de tweede lijns zorg is positief

### Duurzaamheid

Van groot belang is de toegankelijkheid van zorg en welzijn. Met dit transformatieplan wordt een forse bijdrage geleverd aan het behoud van deze toegankelijkheid voor burgers die een beroep moeten doen op zorg en ondersteuning. Het plan draagt derhalve bij aan de duurzaamheid en toegankelijkheid van deze zorg en ondersteuning.

### Ervaren gezondheid

Vanuit het perspectief van het ziekenhuis is er een indirect positief effect op de (ervaren) gezondheid. De interventies van het plan dragen bij aan verbetering van de (ervaren) gezondheid van burgers in het algemeen.

Ziekenhuisopname werkt ontwrichtend voor ouderen en draagt in veel gevallen niet bij aan ervaren gezondheid. Het plan wil deze ziekenhuisopnames (acute opnames, SEH bezoeken en GRZ) van ouderen zoveel als mogelijk voorkomen (o.a. middels alternatieve vangnetvoorzieningen).

#### Kosten

Behoudens enige eenmalige kosten is de impact neutraal.

#### Kwaliteit van zorg

De interventies van het transformatieplan beogen een effect van gelijkblijvende kwaliteit van zorg ondanks een toenemende vergrijzing en personele schaarste.

De beweging naar zelf- en samenredzaamheid, de inzet van technologie, het beter benutten van

arbeidspotentieel en de focus op preventie en voorzorg moeten bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg van een goede kwaliteit.

Een verbetering van multidisciplinaire samenwerking en meer inzet van specialistische expertise op de ouderenzorg alsmede het vergroten van de vangnetvoorzieningen zijn van belang om kwaliteit van zorg te waarborgen nu steeds meer mensen langer thuis blijven wonen.

#### (zorg)medewerkers tevredenheid

Betere samenwerking tussen verschillende disciplines draagt bij aan het beter kunnen voldoen aan de vragen van cliënten en burgers. Zorgmedewerkers ervaren hierdoor meer voldoening.

## BIJLAGE 4: LITERATUUR

- Arets, J. (2023). *De toekomstbestendige "mantelzorgacademie" voor de VVT*.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., Due, P., Sakari-Rantala, R., & Heikkinen, R.-L. (2004). *The Impact of Structural and Functional Characteristics of Social Relations as Determinants of Functional Decline*. <https://academic.oup.com/psychogerontology/article/59/1/S44/645396>
- Bajraktari, S., Sandlund, M., & Zingmark, M. (2020). Health-promoting and preventive interventions for community-dwelling older people published from inception to 2019: a scoping review to guide decision making in a Swedish municipality context. In *Archives of Public Health* (Vol. 78, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00480-5>
- Behm, L., Dahlin Ivanoff, S., & Zidén, L. (2013). *Preventive home visits and health-experiences among very old people*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/378>
- Berger, L. (2013, May 12). Waarom zorgen we zo slecht voor de zorg? *De Correspondent*.
- Berger, L. (2022, June 28). Zonder zorg zijn we nergens. *De Correspondent*.
- Bosveld, M. H., van Bokhoven, M. A., Smits, A. G. M., Mertens, H. J. M. M., Klein, D. O., van Zandvoort, M., & van Mook, W. N. K. A. (2023). De Academie voor Patiënt en Mantelzorger: een palet aan activiteiten ter ondersteuning van de eigen regie van patiënten en hun mantelzorgers. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 101(3), 131–136. <https://doi.org/10.1007/s12508-023-00403-z>
- Bouman, A., Van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G., & Knipschild, P. (2008). Effects of a home visiting program for older people with poor health status: A randomized, clinical trial in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3), 397–404. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01565.x>
- Canoy, M. (2023). Eenzaamheid: collectief probleem dat gebaat is bij preventie. In *Sociale Vraagstukken*.
- Canoy, M., Smelik, J., & Ham, M. (2023). *Zorgzame buurten: Inspirerende initiatieven die het systeem trotseren*.
- Corneliusson, L., Sköldunger, A., Sjögren, K., Lövhelm, H., Wimo, A., Winblad, B., Sandman, P. O., & Edvardsson, D. (2019). Residing in sheltered housing versus ageing in place – Population characteristics, health status and social participation. *Health and Social Care in the Community*, 27(4), e313–e322. <https://doi.org/10.1111/hsc.12734>

- Daalhuizen, F., & de Groot, C. (2019). *Langer zelfstandig wonen in een geschikte woonomgeving*.
- De Berk, V. (2021). *Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk eindrapportage monitoring & evaluatie*.
- De Haas, B. (2020, May). We zijn niet gemaakt om ALLEEN te zijn. *Plus Magazine*. [www.plusonline.nl](http://www.plusonline.nl)
- De Kam, G., & Leidelmeijer, K. (n.d.). *Leren van 20 jaar ervaring met woonservicegebieden Hoe langer? Hoe beter!* [www.platform31.nl](http://www.platform31.nl)
- Den Broeder, L., Couwenbergh, C., Hilderink, H., & Polder, J. (2024). *Opgaven voor volksgezondheid en zorg op weg naar 2050*. [https://doi.org/DOI\\_10.21945](https://doi.org/DOI_10.21945)
- Deuten, J., & Kwakernaak, M. (2023). *Cijfers en de sociale basis*.
- Envida. (2023). *Envida/Zeker thuis, woonzorgzones - een gebiedsgerichte benadering. Unpublished*.
- GGD Zuid-Limburg. (2023). *Regioplan Zuid-Limburg*.
- Hong, A., Welch-Stockton, J., Kim, J. Y., Canham, S. L., Greer, V., & Sorweid, M. (2023). Age-Friendly Community Interventions for Health and Social Outcomes: A Scoping Review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 20, Issue 3). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032554>
- Maffioletti, V. L. R., Baptista, M. A. T., Santos, R. L., Rodrigues, V. M., & Dourado, M. C. N. (2019). Effectiveness of day care in supporting family caregivers of people with dementia: A systematic review. *Dementia e Neuropsychologia*, 13(3), 268–283. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-030003>
- Mastenbroek, C., van der Meer, F., Vreugdenhil, T., & Kahlman, J. (2023). *Preventie in de Zvw opnieuw ontleed*.
- Meisters, R., Westra, D., Putrik, P., Bosma, H., Ruwaard, D., & Jansen, M. (2021). Does Loneliness Have a Cost? A Population-Wide Study of the Association Between Loneliness and Healthcare Expenditure. *International Journal of Public Health*, 66, 581286. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.581286>
- Meisters, R., Westra, D., Putrik, P., Bosma, H., Ruwaard, D., & Jansen, M. (2022). Regionale verschillen in zorgkosten nader verklaard. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 100(S1), 13–20. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00321-y>
- Menal Ahmad, M. (2023). Het belang van individuele aandacht. *Sociaal Werk*, 6.
- Metzelthin, S. F., Van Rossum, E., De Witte, L. P., Ambergen, A. W., Hobma, S. O., Sipers, W., & Kempen, G. I. J. M. (2013). Effectiveness of interdisciplinary primary care approach

- to reduce disability in community dwelling frail older people: Cluster randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 347(7926).  
<https://doi.org/10.1136/bmj.f5264>
- Movisie. (2024, March). *Hoe kunnen gemeenten beter gebruik maken van lotgenotencontact?* 03/05/2024 <https://www.movisie.nl/artikel/hoe-kunnen-gemeenten-beter-gebruik-maken-lotgenotencontact>
- Peeters, R., Westra, D., Gifford, R., & Ruwaard, D. (2024). Wie, wat, waar? De invloed van het Integraal ZorgAkkoord op bestaande regionale netwerken in de zorg. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*. <https://doi.org/10.1007/s12508-024-00432-2>
- Provincie Limburg. (2023). *Wonen in Limburg, bereikbaar voor iedereen!*
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Anders leven en zorgen*.
- Regiobeeld Zuid-Limburg. (2023). [www.regiobeeld.nl](http://www.regiobeeld.nl)
- RIVM. (n.d.). *Informatie over gezondheid en zorg*. Retrieved March 13, 2024, from <https://www.vzinfo.nl>
- RIVM. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 Een gezond vooruitzicht Synthese*. [www.vtv2018.nl](http://www.vtv2018.nl)
- Rudnick, A. (2024). *Werkplaats Ondersteuning Thuiswonende Ouderen (WOTO) Goed ouder worden: wat houdt dit in? Ervaringen van ouderen in de gemeente Meerssen*.
- SCP. (2024). *Investeren in vitale ouderen*.
- Sevagram. (2024). *Community Care*. <https://strategie.sevagram.nl/community-care>
- Van Bockxmeer, J., & Berger, L. (2023). Wie ouder wordt heeft niet alleen een geschikt huis nodig, maar ook een gemeenschap. *De Correspondent*.
- Van den Berg, P., Kemperman, A., de Kleijn, B., & Borgers, A. (2015). Locations that support social activity participation of the aging population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 10432–10449.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph120910432>
- Van de Poel, P. (2023, September 19). *Marcel Canoy: 'Zorgzame buurt is enige remedie voor vergrijzing.'* <https://www.dutchhealthhub.nl/artikel/marcel-canoy-zorgzame-buurt-is-enige-remedie-voor-vergrijzing/>
- Van Dijk, H. (2015). *Neighbourhoods for ageing in place*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Elswijk, S., Opheij, W., & Uittenbogaard, J. (2023). *Netwerkregie Omarm de eenvoud*.
- Van 't Land, K., Mierau, J., & Wouterse, B. (2022, July 7). Preventie levert veel meer op dan gedacht. *Medisch Contact*.

Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Verdonck, C., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. In *International Journal of Geriatric Psychiatry* (Vol. 31, Issue 12, pp. 1277–1288). John Wiley and Sons Ltd.  
<https://doi.org/10.1002/gps.4504>

## BIJLAGE 5

### BEGROTING TRANSFORMATIEPLAN WONEN, WELZIJN EN (MINDER) ZORG IN DE BUURT

| <u>A: Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen</u>          | <u>Activiteit</u>  | <u>Aantal</u> | <u>fte's</u> | <u>Jaren</u> | <u>Bedrag</u>    | <u>Totaalbedrag</u> |
|---|--|---------------|--------------|--------------|------------------|---------------------|
| Realiseren 700 zorggeschikte woningen   |  |               |              |              |                  |                     |
| Zorggeschikte (geclusterde) woningen  | Zorggeschikt maken bestaande woningen  | 200           |              |              | € 70.000,00      | € 14.000.000,00     |
|   | Brandmeldinstallatie geclusterde zorgwoningen  | 200           |              |              | € 2.500,00       | € 500.000,00        |
|   | Vergroten toegankelijkheid gebouwen (aanpassingen in openbare ruimte / buitenruimte) | 19            |              |              | € 500.000,00     | € 9.500.000,00      |
| Toegang tot woningen verbeteren   | Generiek systeem woningtoegang voor zowel formele als informele zorg                 |               |              |              |                  | € 222.200,00        |
|   | Aanschaf centrale toegangssystemen   |               |              |              |                  | € 311.500,00        |
|   | Inrichting autorisatie regio breed incl. informele zorg                              |               |              |              |                  | € 50.000,00         |
| Professionaliseren toewijzing zorggeschikte woningen (Funda voor de zorgwoningen) |  |               |              |              |                  | € 50.000,00         |
| Inzet seniorenwoningmakelaar (bevorderen doorstroom)                              |  |               |              |              |                  | € 250.000,00        |
| Scholing (verhuur)medewerkers corporaties over ouderenzorg                        |  |               |              |              |                  | € 110.000,00        |
| Laagdrempelige ontmoetingsplekken   | Ontmoetingsruimte - kleine aanpassing  | 9             |              |              | € 25.000,00      | € 225.000,00        |
|   | Ontmoetingsruimte - middelgrote aanpassing   | 7             |              |              | € 40.000,00      | € 280.000,00        |
|   | Ontmoetingsruimte als onderdeel woonzorgzone   | 19            |              |              | € 150.000,00     | € 2.850.000,00      |
|   |  |               |              |              | <u>Subtotaal</u> | € 28.348.700,00     |

| <b>B: Versterken van maatschappelijke steunsyste-<br/>men</b> | <b>Activiteit</b>                       | <b>Aantal</b> | <b>fte's</b> | <b>Jaren</b> | <b>Bedrag</b>    | <b>Totaalbedrag</b> |
|---|---|---------------|--------------|--------------|------------------|---------------------|
| (White label) Ledenservice:                                   |   |               |              |              |                  |                     |
|   | Thema bijeenkomsten vitaal ouder worden |               |              |              | €                | 285.900,00          |
|   | Zorgmarkt en symposium                  |               |              |              | €                | 327.500,00          |
|   | Bewustwordingscampagne                  |               |              |              | €                | 402.500,00          |
|   | Wegwijzerfunctie                        |               |              |              | €                | 219.450,00          |
| Laagdrempelig individueel contact met inwoners (>75 jaar)     |   |               |              |              |                  |                     |
|   | Inzet personeel (van alle partners)     |               |              |              | €                | 623.000,00          |
|   | Coördinatie, uitwisselen en opvolging   |               |              |              | €                | 100.000,00          |
|   |   |               |              |              | <i>Subtotaal</i> | € 1.958.350,00      |

| <b>C: Versterken vangnetvoorzieningen</b>                    | <b>Activiteit</b>   | <b>Aantal</b> | <b>fte's</b> | <b>Jaren</b> | <b>Bedrag</b> | <b>Totaalbedrag</b> |
|--|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| Versterken vangnetvoorzieningen van tijdelijke ondersteuning |   |               |              |              |               |                     |
|  | Vergroten van aantal logeer- en nachtopvang-faciliteiten (herstel, respijtzorg bed, logeerbed)                    | 6             |              |              | € 230.000,00  | € 1.380.000,00      |
|  | Uitbreiding dagbehandeling (voor thuiswonenden die 1 a 2 dagen per week dagbehandeling krijgen: 2 extra locaties) |               |              |              | €             | 250.000,00          |



| Toegang van zorg in de wijk (versterken afstemming en expertise) |  |    |  |                  |                |
|--|--|----|--|------------------|----------------|
|  | Versterken en verrijken bestaande multidisciplinaire kernteams (mankracht, scholing & coördinatie)                                     |    |  | €                | 300.000,00     |
|  | Versterken geriatrische expertise in de regio, waar kernteam beroep op kan doen (GITT-Team, Palliatie-team, Expertise Parkinson, etc.) |    |  | €                | 120.000,00     |
|  | Inrichten regionale wijkpoli's (wijkverpleging)  | 12 |  | €                | 100.000,00     |
|  | Aantrekken en opleiden van verpleegkundig specialisten voor verpleeghuiswaardige zorg in de thuisomgeving                              | 4  |  | €                | 100.000,00     |
|  |  |    |  | €                | 1.200.000,00   |
|  |  |    |  | €                | 400.000,00     |
|  |  |    |  | <i>Subtotaal</i> | € 3.650.000,00 |

| <u>D: Van zorgen voor naar zorgen dat</u>                     | <u>Activiteit</u>  | <u>Aantal</u> | <u>fte's</u> | <u>Jaren</u> | <u>Bedrag</u>    | <u>Totaalbedrag</u> |
|---|--|---------------|--------------|--------------|------------------|---------------------|
| Opbouwen zelfstandigheid dagelijkse activiteiten (reablement) | Inzet medewerkers bij alle nieuwe cliënten                       | 831           |              |              | €                | 249.300,00          |
|   | Training alle medewerkers  |               |              |              | €                | 88.970,00           |
| Mantelzorgondersteuning                                       | Preventief opsporen (dreigende) overbelasting mantelzorgers      |               |              |              |                  |                     |
|   | Versterking aandacht voor mantelzorgers met migratie achtergrond | 4             | 2            |              | €                | 50.000,00           |
|   | Opzetten zelfregiegroepen  |               |              |              | €                | 400.000,00          |
|   |  |               |              |              | <i>Subtotaal</i> | € 738.270,00        |

| <b>E: Informaliseren van de arbeidsmarkt</b>  | <b>Activiteit</b>   | <b>Aantal</b> | <b>fte's</b> | <b>Jaren</b> | <b>Bedrag</b> | <b>Totaalbedrag</b> |
|---|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| Digitaal platform voor het matchen van vraag en aanbod voor ondersteuningstaken en zorg (Zorg-Spot) |   |               |              |              |               |                     |
|   | Inzet personeel   |               |              |              | €             | 50.000,00           |
|   | Zorgspot: modules ontwikkelkosten                               |               |              |              | €             | 2.745.000,00        |
|   | Second opinion op ontwikkelkosten                               |               |              |              | €             | 25.000,00           |
|   | Marketing- en reclamekosten voor gebruikersacquisitie           |               |              |              | €             | 50.000,00           |
|   | Juridische en organisatorische kosten                           |               |              |              | €             | 20.000,00           |
| Buurtplatformen en buurtnetwerken   |   |               |              |              |               |                     |
|   | Coördinatie en versterken van buurtplatformen en buurtnetwerken |               | 2            | 2            | €             | 50.000,00           |
|   |   |               |              |              | €             | 200.000,00          |
| <b>Subtotaal</b>  |   |               |              |              |               | € 3.090.000,00      |

| <b>F: Inzet van slimme technologie</b>                           | <b>Activiteit</b>   | <b>Aantal</b> | <b>fte's</b> | <b>Jaren</b> | <b>Bedrag</b> | <b>Totaalbedrag</b> |
|--|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| Creëren oefenruimte voor medewerkers t.a.v. digitale oplossingen |   |               |              |              |               |                     |
|  | Bouwkundige aanpassingen / inrichting / aanschaf middelen | 270           |              |              | €             | 1.000,00            |
|  |   |               |              |              | €             | 270.000,00          |
| Digitale infrastructuur  |   |               |              |              |               |                     |
|  | Zorgalarmeringscentrale                                   |               |              |              |               |                     |
|  |   |               |              |              | €             | 114.946,00          |
|  |   |               |              |              | €             | 387.200,00          |
| <b>Subtotaal</b>   |   |               |              |              |               | € 772.146,00        |

| <b>G: Ontschotten van systemen en structuren</b>            | <b>Activiteit</b>  | <b>Aantal</b> | <b>fte's</b> | <b>Jaren</b> | <b>Bedrag</b> | <b>Totaalbedrag</b> |
|---|--------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| Cliëntgegevens beschikbaar maken (t.b.v. drempel-loze zorg) |                    |               |              |              |               |                     |
|   | Verkennd onderzoek |               |              |              | €             | 18.295,00           |
|   | Vervolg onderzoek  |               |              |              | €             | 150.000,00          |
| Projectmanagement   |                    | 1             | 2            | €            | 100.000,00    | € 200.000,00        |
| <i>Subtotaal</i>  |                    |               |              |              |               | € 368.295,00        |

**Subtotaal kerninterventies € 38.925.761,00**

| <b>Randvoorwaarden</b>  | <b>Activiteit</b>                                 | <b>Aantal</b> | <b>fte's</b> | <b>Jaren</b> | <b>Bedrag</b> | <b>Totaalbedrag</b>    |
|---|---|---------------|--------------|--------------|---------------|------------------------|
| Gebiedsgericht werken   |   |               |              |              |               |                        |
| Projectleider per gebied (gebiedsregisseur)                         | Kleine inzet nodig (in gebied al veel aanwezig)   | 9             | 0,1          | 1            | €             | 50.000,00 € 45.000,00  |
|   | Beperkte inzet nodig (in gebied al veel aanwezig) | 7             | 0,2          | 1            | €             | 50.000,00 € 70.000,00  |
|   | t.b.v. realisatie woonzorgzone                    | 19            | 0,4          | 1            | €             | 50.000,00 € 380.000,00 |
| Meerdimensionale analyse  | Wijkanalyse                                       | 35            |              |              | €             | 5.000,00 € 175.000,00  |
|   | Behoeftetepeiling                                 | 35            |              |              | €             | 5.000,00 € 175.000,00  |
| Gezamenlijk beschikbaar stellen van data                            |   |               |              |              |               | € 50.000,00            |
| Regionaal platform met funnel (tbv domein overstijgend samenwerken) |   |               |              |              |               | € 350.000,00           |
| <i>Subtotaal</i>  |   |               |              |              |               | € 1.245.000,00         |

| <b>Onderzoek</b>   | <b>Activiteit</b> | <b>Aantal</b> | <b>fte's</b> | <b>Jaren</b> | <b>Bedrag</b> | <b>Totaalbedrag</b> |
|--|-------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| Monitoring & onderzoek (t.b.v. resultaten en effecten deltaplan) |                   |               |              |              |               | € 300.000,00        |
| <i>Subtotaal</i>   |                   |               |              |              |               | € 300.000,00        |

| <u>Initiële kosten opstellen plan</u>                         | <u>Activiteit</u> | <u>Aantal</u> | <u>fte's</u> | <u>Jaren</u> | <u>Bedrag</u> | <u>Totaalbedrag</u> |
|---|-------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| Inhuur externe expertise t.b.v. maatschappelijke businesscase |                   |               |              |              | €             | 40.000,00           |
| Ondersteuningsteam, communicatie, huur locaties               |                   |               |              |              | €             | 60.000,00           |
| <u>Subtotaal</u>  |                   |               |              |              |               | € 100.000,00        |

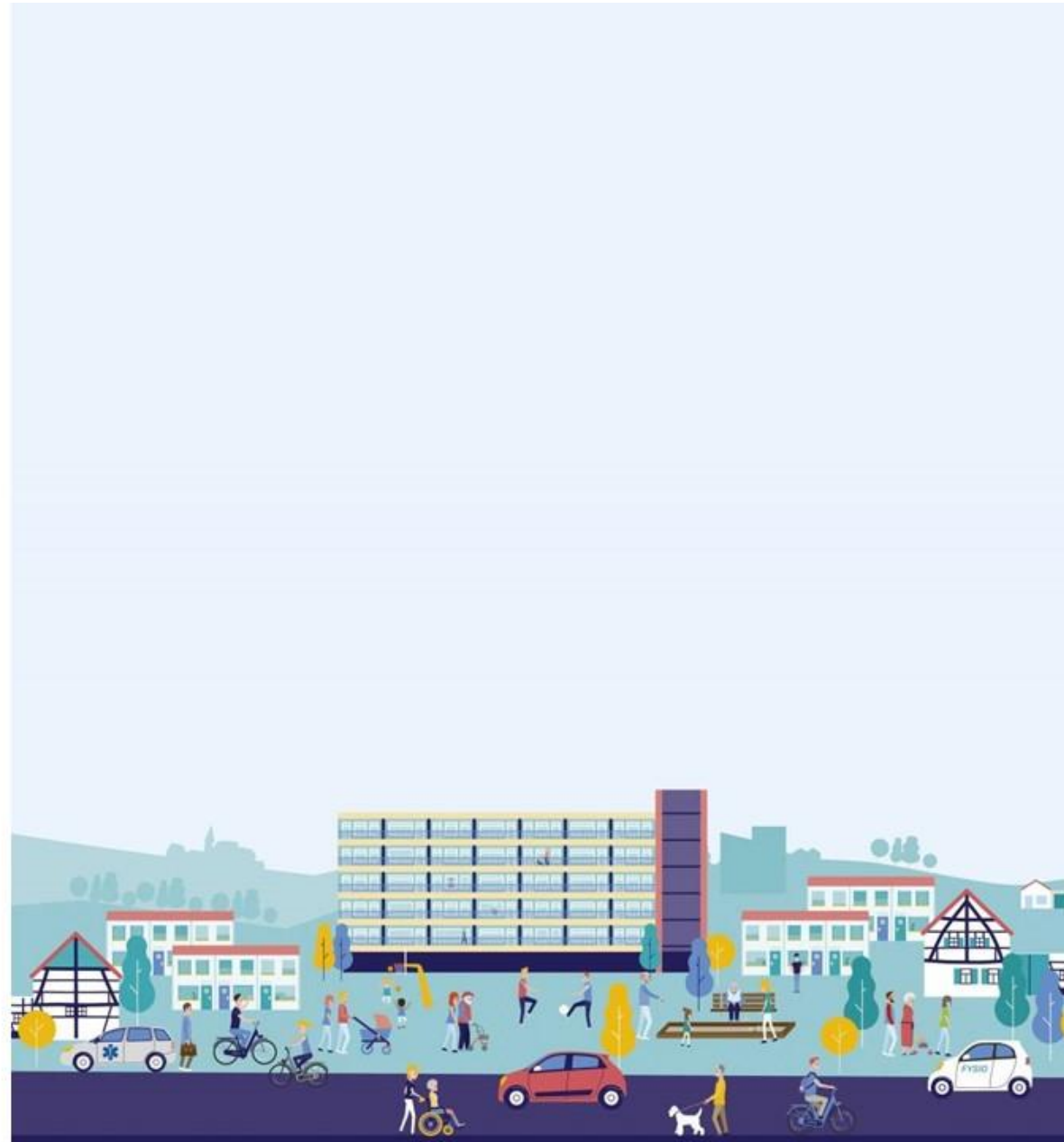
| <u>Overhead</u>  | <u>Activiteit</u> | <u>Aantal</u> | <u>fte's</u> | <u>Jaren</u> | <u>Bedrag</u> | <u>Totaalbedrag</u> |
|--|-------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| Programmamanagement, kassiersfunctie, administratie, huur ruimte |                   |               |              |              | €             | 600.000,00          |
| Governance   |                   |               |              |              | €             | -                   |
| Marketing en communicatie  |                   |               |              |              | €             | 75.000,00           |
| Juridische en regelgevings kosten                                |                   |               |              |              | €             | 75.000,00           |
| Inhuur externe validatie / monitoring                            |                   |               |              |              | €             | 100.000,00          |
| Onvoorziene kosten   |                   |               |              |              | €             | 100.000,00          |
| <u>Subtotaal</u>   |                   |               |              |              |               | € 950.000,00        |

|                         |  |  |  |  |  |                        |
|-------------------------|--|--|--|--|--|------------------------|
| <b>Totaal begroting</b> |  |  |  |  |  | <b>€ 41.520.761,00</b> |
|-------------------------|--|--|--|--|--|------------------------|

## MBC Maastricht-Heuvelland

### Rapportage

27/5/24



## Inhoudsopgave

|  |    |
|--|----|
| Aanleiding                                   | 3  |
| Context – regiobeeld, regioplan en deltaplan | 4  |
| Methode                                      | 7  |
| Samenhang kerninterventies                   | 8  |
| Effectenoverzicht                            | 9  |
| Samenvatting en conclusie MBC                | 10 |
| Bijlage – MBC uitwerking per kerninterventie | 12 |



## AANLEIDING | De maatschappelijke businesscase is in samenwerking met de coalitiepartners uit Maastricht-Heuvelland en het DOT-team opgesteld

- De coalitiepartners in Maastricht-Heuvelland hebben gezamenlijk een deltaplan opgesteld gericht op het vermaatschappelijken van de zorg voor ouderen. Dit deltaplan wordt ingestoken op een meerdimensionale en gebiedsgerichte aanpak en sluit aan bij het regiobeeld, regioplan, actueel landelijk beleid en het kompas dat de organisaties hebben vastgesteld. De gezamenlijke partijen hebben zich geëngaat om eind 2026 een aantal concrete resultaten op te leveren.
- Om de activiteiten en beoogde resultaten uit het Deltaplan mogelijk te maken doen de samenwerkende organisaties in Maastricht-Heuvelland een aanvraag voor IZA transformatiemiddelen. De snelle toets is reeds positief beoordeeld. De volgende stap is het opstellen van het transformatieplan, onderdeel daarvan is een (maatschappelijke) businesscase en impactanalyse. Dit document dient als bijlage bij het opgestelde transformatieplan en bevat de maatschappelijke businesscase en impactanalyse.
- Deze maatschappelijke businesscase is in samenwerking met de coalitiepartners opgesteld. Daarnaast is de methodiek besproken met verzekeraar CZ, VGZ en het zorgkantoor. De maatschappelijke businesscase is daarnaast afgestemd met het DOT-team aangevuld met Hilde Verbeek en Irma Everink van de Maastricht University.



*De voorwaarden voor de businesscase en de impactanalyse zijn als volgt omschreven in het beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen:*

- *Er is sprake van een positieve (maatschappelijke) businesscase waaruit blijkt op welke wijze de transformatie gaat bijdragen aan passende zorg en/of andere IZA-doelen (waaronder kwaliteit van zorg) en aan de in het IZA genoemde doelgroepen en resultaten.*
- *Er is met de betrokken partijen een zorgvuldige impactanalyse gedaan voor de voorzienbare effecten van het transformatieplan op (waar van toepassing):*
  - a. *Patiënten en burgers (kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van zorg).*
  - b. *De betrokken zorgaanbieders (o.a. bedrijfsvoering, personeel, ICT- en andere en infrastructuur en vastgoed);*
  - c. *De rest van de zorgketen.*
- *Daarbij wordt het plan gezien in een bredere context, waaronder bijvoorbeeld regionale en landelijke afspraken met als doel om de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid van zorg inclusief behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen.*

## CONTEXT | Het regiobeeld voor Zuid-Limburg laat zien dat de kloof tussen zorgvraag en –aanbod steeds groter wordt

### Demografische ontwikkeling in de periode 2023 – 2040

- De grijze druk neemt in de periode 2023-2040 toe van 45,7% naar 64,0% (hoger dan gemiddeld in Nederland)
  - Het aandeel inwoners van 80 jaar en ouder toe van 6,7% naar 11,8% (NL: 4,8% -> 8,0%)
  - Het aandeel inwoners van 65-79 jaar neemt toe van 19,4% naar 20,5% (NL: 17,6% -> 20,0%)
  - Het aandeel inwoners van 20-64 jaar af van 57,0% naar 50,4% (NL: 57,1% → 51,6%)
- Absoluut stijgt het aantal ouderen van 154.070 in 2023 naar 173.940 in 2040; een toename van 19.870 personen
- Het aantal cliënten in de wijkverpleging in de regio Zuid-Limburg stijgt van 8.180 in 2023 naar 12.510 in 2040; een stijging van 52,9%

### Arbeidsmarkttekort

- Het personeelstekort binnen de sector zorg en welzijn\* in de regio Zuid-Limburg loopt op van 5,2% in 2021 naar 11% in 2030
- Arbeidsvraag is het verwachte aantal benodigde werknemers. De arbeidsvraag groeit met 13,0% in 2032 t.o.v. 2022
- De arbeidsvraag groeit harder dan het personeelsaanbod en de vervulde vraag. Dit resulteert in toenemende tekorten in de regio
- De totale tekorten in Zuid-Limburg in 2032 worden geraamd op 6.100 medewerkers binnen zorg en welzijn\*

\* Ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen en gezondheidscentra, overige zorg en welzijn, verpleging en verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg, sociaal werk, kinderopvang



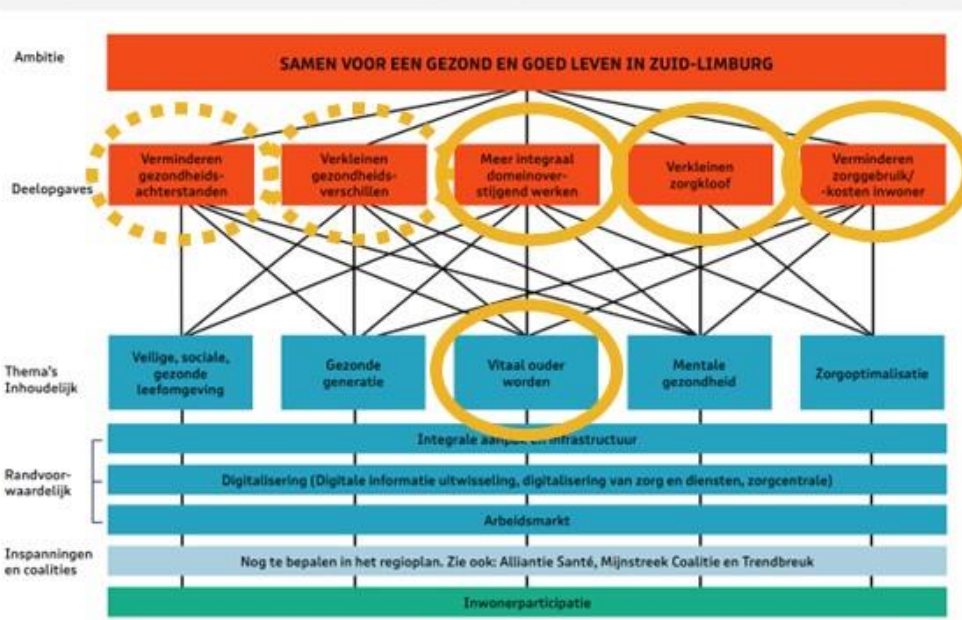
### Vijf belangrijkste uitdagingen

- Groter wordende kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod
- Flinke gezondheidsachterstanden t.o.v. Nederland
- Door laag opleidingsniveau, armoede, eenzaamheid, en verminderde zelfregie grote verschillen tussen wijken en gemeenten
- Hoog zorggebruik in vergelijking met rest van Nederland
- Een (regionale) integrale domein overstijgende aanpak is noodzaak





## CONTEXT | Het deltaplan ‘wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt’ van de samenwerkende organisaties in Maastricht-Heuvelland geeft invulling aan het thema ‘vitaal ouder worden’ en deelopgaves uit het regioplan Zuid-Limburg



### Regioplan Zuid-Limburg

Het regioplan van Zuid-Limburg sluit aan op de vijf belangrijkste uitdagingen met de overkoepelende ambitie ‘Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg’.

De vijf deelopgaves voor de regio’s zijn vertaald naar acht thema’s: vijf inhoudelijke en drie randvoorwaardelijke thema’s

- Veilige, sociale, gezonde leefomgeving
- Gezonde generatie
- **Vitaal ouder worden**
- Mentale gezondheid
- Zorgoptimalisatie

### Deltaplan Maastricht-Heuvelland ‘It takes a village to complete your life’

De partners in de regio werken samen aan het deltaplan ‘Wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt’, met als doel bij te dragen aan het bevorderen van vitaal ouder worden in de regio. Het deltaplan sluit daarmee aan bij het thema ‘Vitaal ouder worden’ van het regioplan.

De partijen steken samen in op een meerdimensionale, gebiedsgerichte aanpak, waarbij er wordt gestart in Maastricht-Heuvelland om vanaf daar uit te breiden

Het deltaplan is opgebouwd uit zeven kerninterventies

- A. Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen
- B. Versterken van maatschappelijke steunsystemen
- C. Versterken vangnetvoorzieningen
- D. Van zorgen voor naar zorgen dat
- E. Informaliseren van de arbeidsmarkt (bekwaam=bevoegd)
- F. Inzet van slimme technologie
- G. Ontschotten van systemen en structuren

## CONTEXT | Het Deltaplan geeft invulling aan het thema 'Vitaal ouder worden'

- De kerninterventies uit het Deltaplan dragen bij aan de regionale opgaves uit het regioplan en de Quadruple aim doelen
- In de maatschappelijke businesscase kijken we naar de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van het Deltaplan en de kerninterventies
- Voor kwantitatieve duiding voor de businesscase kijken we voornamelijk naar de bijdrage aan de doelen op het verkleinen van de zorgkloof en het verminderen van zorggebruik (Quadruple aim doel: beheersen zorgkosten)
- De effecten die optreden duiden we vanuit het voorkomen, verplaatsen, vervangen en samen beter en efficiënter organiseren van zorg en ondersteuning



Regionale ambities en opgaves



Regionale thema's en randvoorwaarden



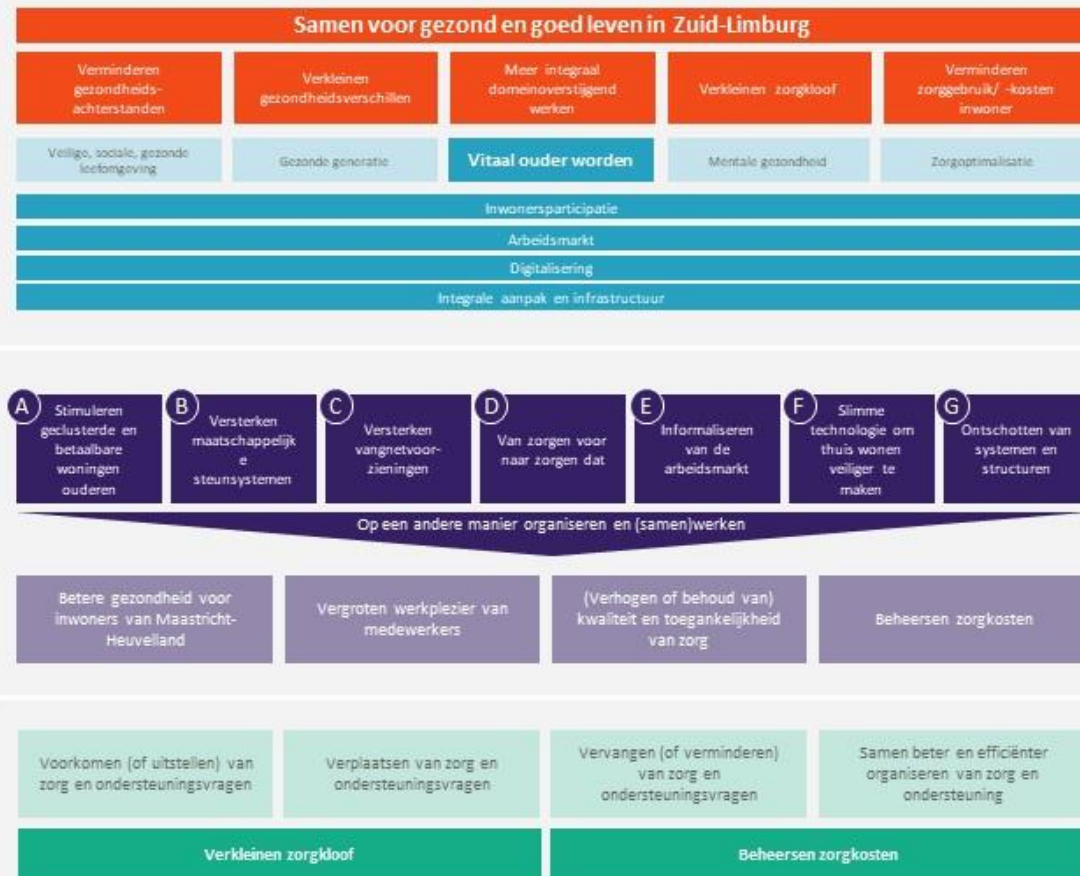
Deltaplan met kerninterventies



Bijdrage aan de Quadruple aim



Positieve maatschappelijke businesscase

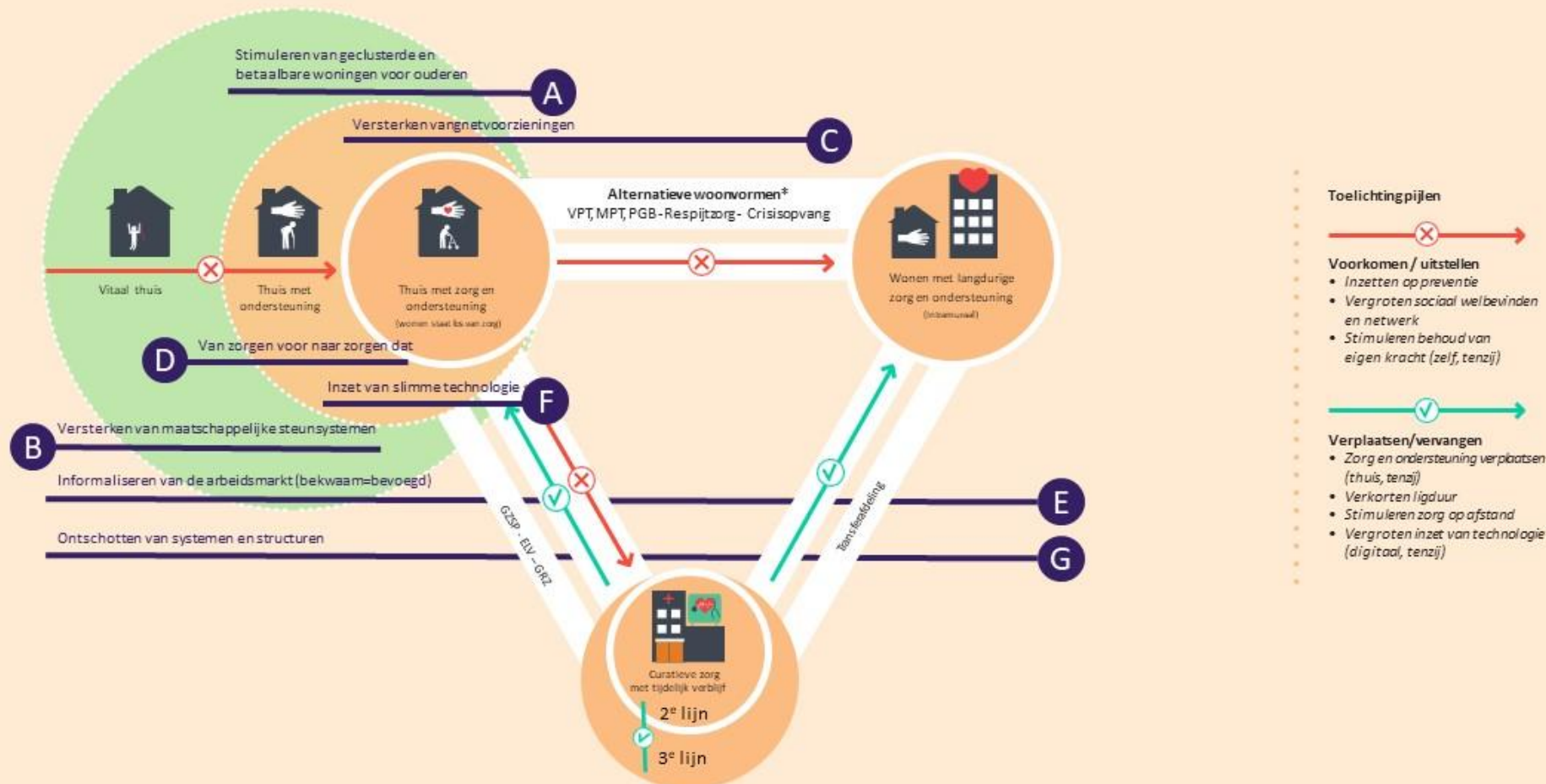


## METHODE | De maatschappelijke businesscase is opgebouwd vanuit de *theory of change* en vertaald naar een effectkader



- Voor het in kaart brengen van de effecten en maatschappelijke businesscase zijn de zeven kerninterventies uitgewerkt volgens de structuur van de *theory of change*. De hiernaast getoonde afbeelding (links) geeft de doorlopen stappen weer. De uitwerking van de zeven kerninterventies is te vinden in de bijlage.
- Op basis van de *theory of change* is er een impactflow uitgewerkt en verwerkt in een effectentabel per kerninterventie. Een selectie van effecten is kwantitatief doorgerekend om aan te tonen dat de transformatie bijdraagt aan de IZA-doelen en resulteert in een positieve (maatschappelijke) businesscase.
- In de effectentabel worden de bronnen en aannames toegelicht. Deze aannames zijn getoetst met de coalitiepartners in de regio.
- In sommige gevallen wordt bij de effecten een *impactclaim* toegepast. In dat geval wordt het effect gerelateerd aan de output (resultaten) niet volledig toegerekend aan de activiteiten uit de kerninterventie.

## SAMENHANG KERNINTERVENTIES | De kerninterventies dragen bij aan de gewenste beweging in de transformatie van wonen, zorg en welzijn



## EFFECTEN OVERZICHT | Aan welke effecten dragen de kerninterventies bij?



Voorkomen/uitstellen

| Effect   | Kerninterventie |
|--|-----------------|
| Voorkomen of uitstel WLZ-zorg met verblijf (intramuraal) | A, C            |
| Voorkomen of uitstel WLZ-zorg zonder verblijf            | A, B, C, D      |
| Voorkomen uitbreiding Zvw-zorg                           | A, B, C         |
| Voorkomen uitstel Zvw-zorg                               | D               |
| Voorkomen SEH bezoeken                                   | A, B, C         |
| Voorkomen (acute) ziekenhuisopnames                      | A, B, C         |
| Voorkomen GRZ zorg                                       | A               |
| Voorkomen of uitstel WMO-ondersteuning                   | B, D            |
| Voorkomen uitval of overbelasting mantelzorgers          | C, D            |
| Verminderen van zorgkosten                               | E               |
| Verminderen eenzaamheid                                  | A, B, D         |



Verplaatsen/vervangen

| Effect   | Kerninterventie  |
|--|------------------|
| (Ziekenhuis)verplaatste zorg   | C, E             |
| Arbeidstijdbesparing   | A, E, F          |
| Verkleinen arbeidsmarkttekort  | A, E             |
| Verbeteren inzetbaarheid medewerkers                                     | C                |
| Vergroten zelfredzaamheid en eigen regie van ouderen                     | A, B, C, D, E, F |
| Versterken van sociaal netwerk van ouderen                               | A, B, D          |
| Zorg sneller ter plaatse   | A                |
| Behouden of verbeteren van kwaliteit en toegankelijkheid zorg            | A, B, C, D, E    |
| Versterken sociale infrastructuur (community care en vitale gemeenschap) | A, B, C          |
| Verbeteren kwaliteit van leven   | A, B, C, D       |
| Doorstroom in huizen verbeteren en scheefwonen verminderen               | A, B             |
| Verbeteren kennis en vaardigheden inwoners                               | B                |
| Toegenomen maatschappelijke betrokkenheid                                | B                |
| Verbeteren coördinatie en continuïteit van zorg                          | C, G             |
| Vergroten flexibiliteit en autonomie van medewerkers                     | E                |
| Vergroten werkplezier medewerkers  | E, G             |
| Verbeteren algehele gezondheid   | B                |

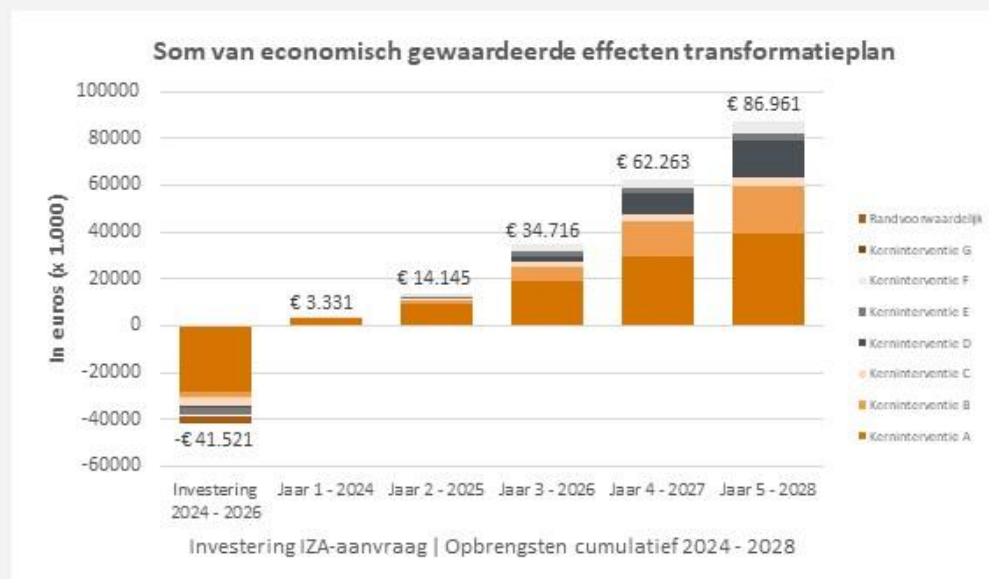
## SAMENVATTING EN CONCLUSIE MBC | Het transformatieplan leidt tot een positieve maatschappelijke businesscase voor Maastricht-Heuvelland

→ **Conclusie:** De samenhang van kerninterventies in het transformatieplan ‘Wonen, welzijn en (minder) zorg in de buurt’ telt op naar een positieve maatschappelijke businesscase voor de regio Maastricht-Heuvelland.

- o De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt 41,5 mio
- o De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 86,9 mio op basis van economisch gewaardeerde effecten, daarnaast wordt er additioneel 43 FTE aan arbeidscapaciteit gerealiseerd
- o De opbrengst van de economisch gewaardeerde effecten is het grootst in de WLZ met 63,1 mio als gevolg van het verplaatsen en voorkomen van langdurige zorg. De opbrengst in de Zvw bedraagt 16,9 mio, in de WMO 3,5 mio en 3,6 mio aan overige maatschappelijke opbrengsten.

→ Belangrijk om op te merken is dat veel kwalitatieve effecten niet economisch zijn gewaardeerd. Deze effecten zijn desondanks van grote waarde voor de inwoners van Maastricht-Heuvelland en dragen bij aan de *quadruple aim* doelen en de opgaves uit het regioplan (waaronder het verkleinen van de zorgkloof). De impact op de deelopgaves uit het regioplan en de impact op stakeholders wordt beschreven in het transformatieplan.

→ De maatschappelijke businesscase is gebaseerd op het Deltaplan en het op basis daarvan opgestelde transformatieplan. De maatschappelijke businesscase is samen met coalitiepartners opgesteld en waar mogelijk onderbouwd met bronnen en (steekproeven in) data van coalitiepartners. De gedane aannames zijn voorzichtig en getoetst bij de coalitiepartners en het DOT-team. In de bijlage is per kerninterventie de uitwerking te vinden.

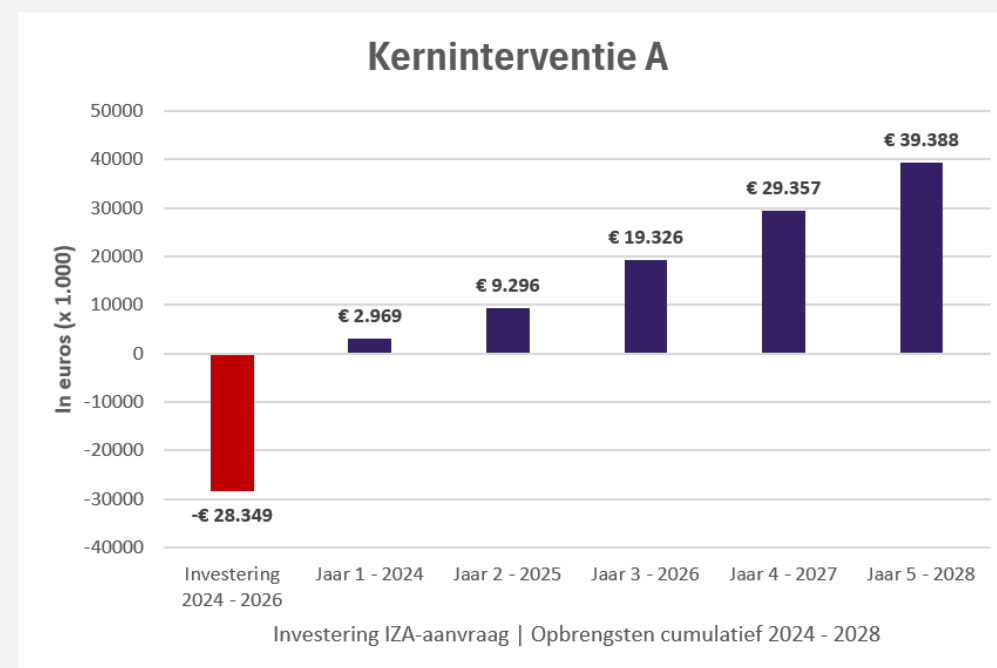


# Bijlage

## MBC per kerninterventie

## CONCLUSIE | A: Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen

- **Conclusie:** Het investeren in geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen in woonzorgzones loont. De economische waarde van de veronderstelde effecten is hoger dan de gevraagde investering in het transformatieplan. De gerealiseerde zorggeschikte woningen en woonzorgzones creëren voor de lange termijn waarde waarvan de komende 5 jaar in deze maatschappelijke businesscase zijn geduid
- De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt 28,3 mio
  - De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 39,4 mio
    - De grootste opbrengsten treden met 33,4 mio op binnen de WLZ als gevolg van het scheiden van wonen en zorg door het leveren van WLZ-zorg in zorggeschikte (geclusterde) woningen
    - Daarnaast zijn er 5,1 mio opbrengsten binnen de Zvw als gevolg van voornamelijk het voorkomen van valincidenten en de daaraan gerelateerde zorg
    - Uitbreiding van WLZ-zorg thuis (VPT/MPT/PGB) heeft impact op de gedeclareerde zorgkosten, maar bieden een goed alternatief voor duurdere WLZ-zorg met verblijf. De activiteiten in de kerninterventie dragen bij aan het beheersen van zorgkosten voor een groeiende groep ouderen met behoefte aan langdurige zorg en ondersteuning. De kerninterventie levert daarmee een belangrijke bijdrage aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning in de regio Maastricht-Heuvelland
    - Door woon-werkarrangementen aan te bieden in de woonzorgzones wordt verwacht over de periode van 5 jaar cumulatief 77,5 fte aan arbeidskracht te realiseren waarmee arbeidsmarkttekort wordt verkleind (en o.a. uitstroom wordt opgevangen). Deze fte's zijn niet economisch gewaardeerd in de grafiek rechts
- Effecten meegenomen in de economische waardering voor de maatschappelijke businesscase zijn:
- Voorkomen of uitstel van een verhuizing naar intramurale locatie door aanpassing of nieuwbouw van zorggeschikte woning
  - Minder inzet wijkteams door efficiëntere extramurale zorg in woonzorgzone
  - Voorkomen SEH bezoeken, acute opnames, uitbreiding Zvw-zorg, doorstroom naar WLZ-zorg en voorkomen GRZ door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning



NB. Naast de bovengenoemde effecten zijn er diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn (in grijs weergegeven op pagina 13). Het verwachte effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze maatschappelijke businesscase. Gedane aannames zijn gedaan en getoetst met de coalitiepartners in Maastricht-Heuvelland waarbij getracht is voorzichtige aannames te doen.



## EFFECTKADER | A: Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen

| Problemanalyse en situatieschets  | Interventie / activiteiten   | Resultaat (output)   | Effect – direct (proximaal)   |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergrijzing leidt tot groeiende vraag naar zorg en ondersteuning</li> <li>In 2027 is er een tekort aan capaciteit voor 234 plekken voor intramuraal en geclusterde VPT t.o.v. de uitbreidingsopgave in Zuid-Limburg<sup>1</sup>. Afgaande op de demografische ontwikkelingen tot en met 2040 groeit dit aantal de komende jaren verder</li> <li>Er is sprake van een beperkte uitbreiding van verpleeghuisplaatsen in de regio Maastricht-Heuvelland (kleine uitbreiding door zorgkantoor toegestaan)</li> <li>Steeds meer mensen met een WLZ indicatie wonen thuis. Woonzorgvraagstuk als gevolg hiervan groot. Op basis van woondeal 2022-2030 ligt er een opgave van 140 (geclusterd) tot 210 (geclusterd en verpleging) geclusterde woningen per jaar (totaal van 1.890 in 2030)<sup>2</sup></li> <li>Een ideale mix voor een woonzorgzone omvat ongeveer 20 tot 25% WLZ-cliënten, met de overige woningen bezet door mensen met geen of een lichte zorgvraag<sup>3</sup></li> <li>Om groei WLZ thuis in gezonde mix (en efficiënt georganiseerd) mogelijk te maken zijn extra zorggeschikte woningen nodig</li> <li>870 mensen staan op de wachtlijst voor zorggeschikte woning, waarvan 420 actief wachten. De wachtlijst voor deze woningen groeit snel (12,5% in een half jaar)<sup>3</sup></li> <li>Mensen willen in hun eigen omgeving (in de wijk) oud worden, en daar dus blijven wonen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Opzetten van 19 woonzorgzones <ul style="list-style-type: none"> <li>Creëren van ecosysteem, met woningen, ruimte voor ontmoeting, steunsystemen, vangnet</li> <li>24/7 zorg in de nabijheid (uitvalsbasis medewerkers in nabijheid, 10-minuten zorg)</li> </ul> </li> <li>Investeren in zorg- en welzijnsstructuur <ul style="list-style-type: none"> <li>Welzijn → ontmoeting, dagbesteding e.d., mobiliteit</li> <li>Realiseren ontmoetingsruimten in elke wijk en versterken ontmoeting</li> <li>Stimuleren en gebruikmaken van (welzijnsactiviteiten in) de locaties van Trajekt, TGL, Sevagram en Envida</li> </ul> </li> <li>Intergenerationele samenwerking <ul style="list-style-type: none"> <li>Als onderdeel van ecosysteem / versterking vitale gemeenschap, combineren van doelgroepen, bijv. studenten en mensen met een beperking</li> </ul> </li> <li>Ontwikkeling locaties voor geclusterd zelfstandig wonen</li> <li>Creëren van 700 zorggeschikte woningen <ul style="list-style-type: none"> <li>Deels nieuwbouw (= zorggeschikte) en deels zorggeschikt maken van woningen in 19 geprioriteerde gebieden (woonzorgzones) en creëren van laagdrempelige ontmoetingsmogelijkheden.</li> <li>Toegang tot woningen regelen</li> </ul> </li> <li>Professionaliseren toewijzing zorggeschikte woningen (Funda voor zorgwoningen)</li> <li>Verleiden van ouderen om te gaan verhuizen, door onder andere vanuit de woningcorporaties actief makelaars inzetten die het gesprek aangaan met ouderen</li> </ul> <p><b>Activiteiten in transitieplan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meerdimensionale analyse van de regio om te bepalen wat de meest geschikte gebieden zijn voor woonzorgzones</li> <li>Woonconcepten realiseren</li> <li>Woon-werkarrangement (intergenerationeel wonen) waarbij je een woning in een complex kunt hebben tegen een gereduceerde prijs, mits je een bijdrage levert</li> </ul> | <p>Eind 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10 woonzorgzones operationeel</li> <li>9 woonzorgzones in ontwikkeling (in 2028 19 woonzorgzones actief)</li> <li>700 nieuwe geclusterde zorgwoningen beschikbaar voor toewijzing aan kwetsbare ouderen (nieuwbouw of aangepast)</li> <li>500 ouderen met een WLZ-indicatie in een zelfstandige woning (=VPT/MPT), waarvan 375 nieuw</li> <li>450 ouderen met een WLZ-indicatie (VPT/MPT) wonen (geclusterd) in een woonzorgzone</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Voorkomen of uitstel van een verhuizing</b> naar intramurale locatie door aanpassing of nieuwbouw van zorggeschikte woning</li> <li><b>Voorkomen SEH bezoeken</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning</li> <li><b>Voorkomen acute opnames</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning</li> <li><b>Voorkomen uitbreiding Zvw-zorg</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning</li> <li><b>Voorkomen doorstroom naar WLZ-zorg</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning</li> <li><b>Voorkomen GRZ</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning</li> <li>Minder inzet wijkteams door <b>efficiëntere extramuraal zorg</b> in woonzorgzone</li> <li><b>Verkleinen van arbeidsmarkttekort</b> door het aantrekken van studenten en starters via woon-werkarrangementen</li> <li><i>Zorg sneller ter plaatse bij acute situaties</i></li> </ul> <p><b>Effect – indirect (distaal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Vergroten zelfredzaamheid ouderen</i></li> <li><i>Behouden van toegankelijkheid en kwaliteit van WLZ-zorg</i></li> <li><i>Ondersteunen community care en vitale gemeenschap</i></li> <li><i>Verbeteren kwaliteit van leven</i></li> <li><i>Doorstrooming in huizen verbeteren door ouderen te motiveren om naar een geschikte woning te verhuizen</i></li> <li><i>Verminderen scheefwonen</i></li> </ul> |

Voetnoten  
<sup>1</sup> Regiobeeld Zuid-Limburg 2023

<sup>2</sup> Woondeal Limburg 2023  
<sup>3</sup> Cijfers aangeleverd door Envida; wachtlijst peildatum februari 2024

## EFFECTEN | A: Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen (1/2)

| Output  | Waarde (resultaat eind 2026)   | Effect  | Indicator  | Waarde   | Onderbouwing  |
|---|--|---|--|--|---|
| Toename aantal cliënten met WLZ-indicatie (VPT) in een geclusterde zorggeschikte woning | 175 cliënten in geclusterde zorggeschikte woning <sup>1</sup><br>2024: 50<br>2025: 100<br>2026: 175  | <b>Voorkomen of uitstel van een verhuizing naar intramurale locatie</b> door aanpassing of nieuwbouw van zorggeschikte woning | Aantal cliënten dat alternatieve woonvorm geboden wordt t.o.v. woning in verpleeghuis<br><br><i>Verschil kosten VPT ten opzichte van kosten WLZ intramuraal (zorgkosten)</i> | 2024: € 730.000<br>2025: € 1.460.000<br>2026: € 2.555.000<br>2027: € 2.555.000<br>2028: € 2.555.000  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verschil kosten VPT en WLZ intramuraal: €40,- per dag/cliënt; € 14.600,- per jaar/cliënt<sup>2</sup></li> <li>Uitgangspunt: 1 cliënt per woning</li> <li>Deze zorggeschikte woningen komen beschikbaar, indien cliënt verhuist naar intramurale setting komt de woning weer vrij voor andere mensen op de wachtlijst</li> </ul>  |
| Toename aantal cliënten met een WLZ-indicatie (VPT) in een woonzorgzone                 | 375 cliënten in zelfstandige woning<br>2024: 100<br>2025: 225<br>2026: 375<br>450 cliënten wonend in woonzorgzone<br>2024: 150<br>2025: 300<br>2026: 450 | <b>Voorkomen of uitstel van een verhuizing naar intramurale locatie</b> door aanpassing of nieuwbouw van zorggeschikte woning | Aantal cliënten dat verpleeghuiscare thuis ontvangt (VPT)<br><br><i>Verschil kosten VPT ten opzichte van kosten WLZ intramuraal (zorgkosten)</i>                             | Impactclaim: 50% omdat een deel van de mensen met deze indicaties in de effectperiode verhuizen naar intramurale setting of overlijden <sup>3</sup><br>2024: € 1.825.000<br>2025: € 3.832.500<br>2026: € 6.022.500<br>2027: € 6.022.500<br>2028: € 6.022.500 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verschil kosten VPT en WLZ intramuraal: €40,- per dag/cliënt; € 14.600,- per jaar/cliënt<sup>2</sup></li> <li>Uitgangspunt: 1 cliënt per woning</li> <li>Steekproef VPT wijst uit dat na 2 jaar 52% van de cliënten met VPT nog thuis woont, 26% verhuist is naar verpleeghuis en 22% is komen te overlijden<sup>3</sup></li> </ul>  |
| Aantal fte wijkteams voor woonzorgzones   | 2024: 56 fte<br>2025: 169 fte<br>2026: 225 fte<br>2027: 225 fte<br>2028: 225 fte   | Minder inzet wijkteam door <b>efficiëntere extramurale zorg</b> in woonzorgzone   | Reductie van inzet zorgmedewerkers in fte<br><br><i>Kosten reductie fte zorgmedewerkers</i>  | Aanname: 5% efficiëntiewinst<br><br>2024: 2,8 fte   € 306.029<br>2025: 8,45 fte   € 923.551<br>2026: 11,25 fte   € 1.229.580<br>2027: 11,25 fte   € 1.229.580<br>2028: 11,25 fte   € 1.229.580   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddeld tarief zorgmedewerker: €66,- per uur<sup>4</sup>; €109.296,- per jaar (o.b.v. 36 uur en 46 weken)</li> <li><b>Aanname*</b>: Totaal 2000 fte werkzaam binnen Envida, 10% uitwisselbaar in een woonzorgzone. Van deze 10% wordt er 5% winst aan efficiëntie verwacht op basis van het beter kunnen organiseren van onplanbare zorg, betere toeleiding naar woningen, efficiëntere planning en het voorkomen van onnodige reistijd. Het aantal fte is aangepast naar regio<sup>5</sup></li> </ul> |
| Aantal studenten en starters deelnemen in woon-werkarrangement                          | 2024: 20<br>2025: 75<br>2026: 100<br>2027: 120<br>2028: 150  | <b>Verkleinen van arbeidsmarkttekort</b> door het aantrekken van studenten en starters via woon-werkarrangementen             | Uitbreiding aantal uur ondersteunings- en zorgtaken door studenten en starters<br><br><i>Waarde van een gerealiseerde fte zorgmedewerker</i>                                 | 2024: 3,3 fte<br>2025: 12,5 fte<br>2026: 16,7 fte<br>2027: 20 fte<br>2028: 25 fte  | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Aanname*</b>: de helft van de studenten en starters is nog niet werkzaam in zorg</li> <li>Voorwaarde woon-werkarrangement: 12 uur per week</li> <li>Gecreëerde fte verkleint arbeidsmarkttekort, leidt tot meer maatschappelijke kosten (schadelast) waar met verhoogde productiviteit verbeterde toegankelijkheid van zorg tegenover staat</li> </ul>  |

### Voetnoten

\* Aannames gedaan en getoetst met coalitiepartners

<sup>1</sup> 25% van de geclusterde zorggeschikte woningen bewoond door cliënten met WLZ-indicatie (VPT)

<sup>2</sup> Vergoedingen contractering door zorgkantoor; de vergoedingen voor contractering door het zorgkantoor verschillen per zorgwaarde, waarbij het verschil vergelijkbaar is tussen VPT 5 en ZP-5, VPT 6 en ZP-6, enzovoort

<sup>3</sup> Op basis van steekproef VPT cliënten Envida

<sup>4</sup> Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S., Kanters, T. (2024) *Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie*

en Referentieprijzen. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

<sup>5</sup> Cijfers Envida aangepast naar regio op basis van verhouding wijkzorg Envida, TGL en Sevagram (Envida 89%, TGL 8%, Sevagram 3%)

<sup>6</sup> Veiligheid NL - Kenniscentrum Letselpreventie (2022). *Letsels in 2022: kerncijfers LIS*. [https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2023-11/lis\\_kerncijfers\\_letsels\\_2022.pdf](https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2023-11/lis_kerncijfers_letsels_2022.pdf)

<sup>7</sup> VeiligheidNL - Kenniscentrum Letselpreventie (2022). *Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2022*. <https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2024-01/Infographic%20Feiten%20en%20cijfers%20valongevallen%2065%2B%202022.pdf>

<sup>8</sup> Maastricht UMC (2023). *Passantenprijslijst DBC & OZP 2023*. <https://www.mumc.nl/sites/default/files/2023-07/Passantenprijslijst%20MSZ%202023%20DEF%20v10072023.pdf>

<sup>9</sup> Op basis van steekproef 15 cliënten met valincidenten Envida

<sup>10</sup> Gemiddelde van afgesproken tarieven ZP VV4, ZP VV5, ZP VV6

<sup>11</sup> Vektis, (2021). *Factsheet Geriatrische Revalidatiezorg*. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-geriatrische-revalidatiezorg>

## EFFECTEN | A: Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen (2/2)

| Output  | Waarde (resultaat eind 2026)   | Effect   | Indicator   | Waarde  | Onderbouwing   |
|---|--|--|---|---|--|
| Toename aantal cliënten wonend in zorggeschikte woning (VPT & Zw) | 700 cliënten in zorggeschikte woning, waarvan 25% met WLZ-zorg (175) en 75% met Zwz-zorg (325)<br><br>2024: 200 (Zvw: 150)<br>2025: 400 (Zvw: 300)<br>2026: 700 (Zvw: 525) | <b>Voorkomen SEH bezoeken</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning                                | Aantal voorkomen valincidenten (met minimale ernst SEH-bezoek)<br><br><i>Gemiddelde kosten SEH-bezoek</i>   | 2024: 2   € 516<br>2025: 4   € 1.032<br>2026: 8   € 1.806<br>2027: 8   € 1.806<br>2028: 8   € 1.806           | <ul style="list-style-type: none"> <li>In 2022 werden landelijk 117.000 65-plussers op de Spoedeisende Hulp (SEH) behandeld na een valincident, waarvan 43% plaatsvond in en rondom huis<sup>6</sup></li> <li>33% van 65-plussers komt jaarlijks ten val, 50% van 75-plussers, 60% van 85-plussers<sup>7</sup></li> <li>10% van alle 65-plussers en 75-plussers die jaarlijks ten val komen belanden op de SEH<sup>7</sup></li> <li>Uitgaande van gemiddelde leeftijd zorggeschikte woningen: 75 jaar</li> <li>Aantal valincidenten als volgt bepaald: 50% komt jaarlijks ten val, 10% hiervan beland op de SEH, 43% van de SEH aanmeldingen vond plaats in en om het huis<sup>6,7</sup></li> <li><i>Aanname</i> *: 50% van de valincidenten die in huis gebeuren kunnen worden voorkomen door zorggeschikte woning</li> <li>Gemiddelde kosten SEH bezoek: € 258,- per bezoek<sup>4</sup></li> </ul> |
|   |  | <b>Voorkomen acute opnames</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning                               | Aantal voorkomen valincidenten (met minimale ernst acute opname)<br><br><i>Minimale kosten acute opname</i>   | 2024: 1   € 1.500<br>2025: 1   € 1.500<br>2026: 3   € 4.500<br>2027: 3   € 4.500<br>2028: 3   € 4.500         | <ul style="list-style-type: none"> <li>32,5% van de valincidenten die op SEH komen worden een ziekenhuisopname<sup>7</sup></li> <li>Minimaal kosten acute opname (trauma opvang met onderzoek en stabilisatie): € 1.500,- per dag<sup>8</sup></li> <li>Aanvullende zorgkosten bij en na opname (bijv. operatie, aanvullend onderzoek, aanvullende verpleegdagen) niet meegenomen</li> </ul>  |
|   |  | <b>Voorkomen uitbreiding Zwz-zorg</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning voor Zwz- cliënten     | Aantal voorkomen valincidenten (met minimale ernst SEH-bezoek)<br><br><i>Voorkomen gemiddelde verhoging uren wijkverpleging na (val)incident</i>                                  | 2024: 2   € 5.940<br>2025: 3   € 8.910<br>2026: 6   € 17.820<br>2027: 6   € 17.820<br>2028: 6   € 17.820      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddelde opschaling wijkverpleging na valincident: 0,5 uur/per dag<sup>9</sup> voor 3 maanden (aanname)</li> <li>Gemiddelde tarief zorgmedewerker: €66,- per uur<sup>4</sup></li> <li>25% van de cliënten met valincidenten waarbij alarmering wordt gebruikt, blijft in Zwz-zorg<sup>9</sup></li> </ul>  |
|   |  | <b>Voorkomen doorstroom naar WLZ-zorg</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning voor Zwz-clieënten | Aantal voorkomen valincidenten (met minimale ernst acute opname)<br><br><i>Verskil in gemiddelde kosten Zwz-zorg en WLZ-zorg zonder verblijf (gemiddelde kosten VPT ZP 4/5/6)</i> | 2024: 1   € 86.501<br>2025: 1   € 86.501<br>2026: 2   € 173.002<br>2027: 2   € 173.002<br>2028: 2   € 173.002 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddelde kosten ZP-4 / ZP-5 / ZP-6: €262,50 per dag/cliënt; €95.812,50 per jaar/cliënt<sup>10</sup></li> <li>Gemiddelde kosten Zwz-zorg (wijkverpleging): €666,60 (o.b.v. 10,1 productie uren per maand en gemiddeld uurtarief van €66,-<sup>4</sup>)</li> <li>75% van de cliënten met valincidenten waarbij alarmering wordt gebruikt, gaat van WMO-ondersteuning en/of Zwz-zorg naar WLZ-zorg (VPT of intramuraal)<sup>9</sup></li> </ul>   |
|   |  | <b>Voorkomen GRZ</b> door voorkomen (val)incidenten als gevolg van wonen in zorggeschikte woning   | Aantal voorkomen valincidenten (met minimale ernst acute opname)<br><br><i>Kosten verschil wijkverpleging en GRZ na een val</i><br><br><i>Gemiddeld aantal dagen na val</i>       | 2024: 1   € 13.112<br>2025: 1   € 13.112<br>2026: 2   € 26.224<br>2027: 2   € 26.224<br>2028: 2   € 26.224    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Geriatrische revalidatiezorg na trauma: €331,- per dag<sup>4</sup></li> <li>Gemiddeld verblijf GRZ na trauma: 44 dagen<sup>11</sup></li> <li>Gemiddelde kosten wijkverpleging: €33,- per dag (o.b.v. 0,5 uur wijkverpleging per dag/cliënt en gemiddeld uurtarief van €66,-<sup>4</sup>)</li> </ul>   |

## CONCLUSIE | B: Versterken maatschappelijke steunsystemen

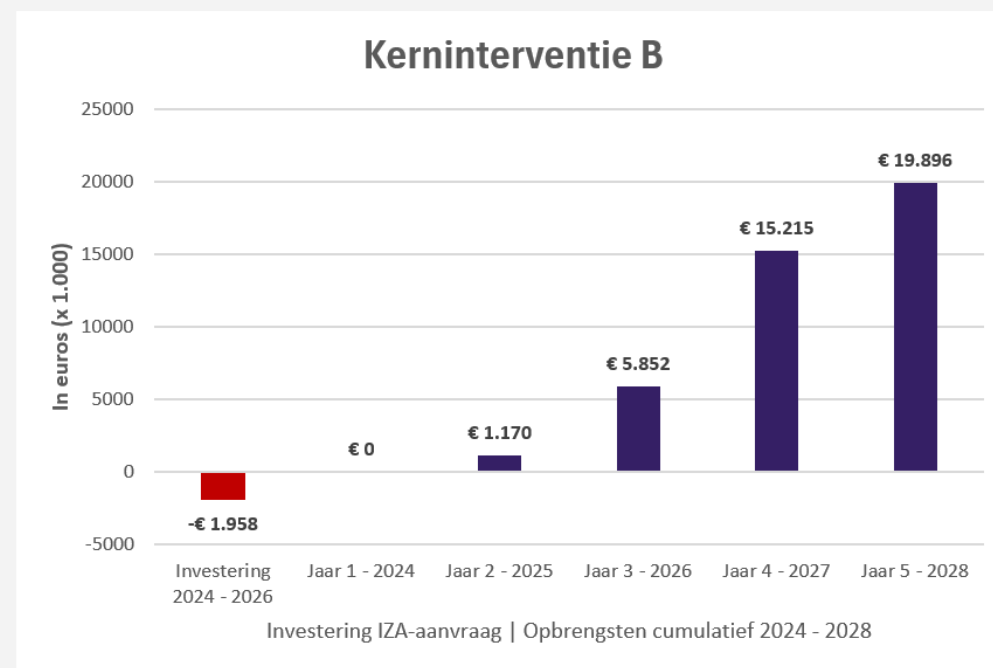
→ **Conclusie:** Kerninterventie B draait om bewustwording, ontmoeting en passend aanbod om langer gezond en vitaal te blijven (preventie) en community care te versterken (o.a. in woonzorgzones), met extra aandacht voor kwetsbare ouderen (75-plus). De economische waarde van de veronderstelde effecten is aanzienlijk hoger dan de gevraagde investering in het transformatieplan.

- De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt iets minder 2,0 mio
- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 19,9 mio
  - De opbrengst is het grootst voor de kosten in WLZ met 18,5 mio, wanneer langdurige zorg wordt uitgesteld als gevolg van preventie, actief voorbereiden op ouder worden en community care. Deze schatting is gebaseerd op de voorzichtige aanname dat slechts 2,5% (50% van 65-plussers bereikt, waarvan 5% zich actief voorbereid) van de ouderen er in slaagt om WLZ-zorg uit te stellen. Daarnaast een impactclaim van 30% op het effect vanwege andere factoren die bijdragen aan het effect
  - De opbrengst in WMO en Zvw is daarnaast ook aannemelijk als gevolg van de activiteiten in de kerninterventie. De opbrengst in WMO is 0,5 mio en in Zvw 0,9 mio als we enkel uitgaan van een kleine reductie in 'contactmomenten', waarbij dezelfde groep ondersteuning of zorg ontvangt als gevolg van de activiteiten. De veronderstelde opbrengst is vele malen hoger, echter om overlap met andere kerninterventies te voorkomen hier niet nader in economische waarde uitgedrukt
  - De kerninterventie heeft hiermee een positief effect op de gedeclareerde zorgkosten door in te zetten op preventie en community care. Uitstel van vormen van zorg kan langer gebruik van andere goedkopere vormen van ondersteuning tot gevolg hebben. Naast beheersen van zorgkosten draagt inzet op vitaliteit en gezondheid bij aan o.a. kwaliteit van leven van inwoners van Maastricht-Heuvelland.

→ Effecten meegenomen in de economische waardering voor de maatschappelijke businesscase zijn

- Voorkomen of uitstel van WLZ-zorg
- Voorkomen of uitstellen van WMO-ondersteuning
- Voorkomen, verminderen of uitstellen Zvw-zorg
- Voorkomen HAP/ SEH bezoeken en acute opnames (meegenomen in kerninterventie C)

*NB. Naast de bovengenoemde effecten zijn er diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn (in grijs weergegeven op pagina 17). Het verwachte effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze maatschappelijke businesscase. Gedane aannames zijn gedaan en getoetst met de coalitiepartners in Maastricht-Heuvelland waarbij getracht is voorzichtige aannames te doen.*



## EFFECTKADER | B: Versterken maatschappelijke steunsystemen

| Probleemanalyse en situatieschets   | Interventie / activiteiten   | Resultaat (output)  | Effect – direct (proximaal)  |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergrijzing leidt tot groeiende vraag naar zorg en ondersteuning</li> <li>Het aantal zorgmedewerkers groeit niet mee met de vraag naar zorg en ondersteuning, waardoor een zorgkloof ontstaat</li> <li>In 2032 wordt er in de regio Zuid-Limburg een tekort van 6.100 medewerkers in de zorg en welzijn verwacht, voornamelijk in de groepen ‘verzorgende niveau 3’ en ‘verpleegkundige niveau 4’<sup>1</sup></li> <li>Groeiende groep ouderen moet én wil op een goede manier in de eigen omgeving blijven wonen</li> <li>Er komen steeds meer ouderen (met dementie) die langer thuis blijven wonen. Echter wordt er nog onvoldoende nagedacht over en/of actie ondernomen op de invulling van de oude dag. Dit omvat bijvoorbeeld het (vroeg)tijdig verhuizen naar een geschikte woning, maar ook over de sociale context die belangrijker wordt als de actieradius van de oudere burger minder wordt</li> <li>(Een deel van de) zorgvragen wordt voorkomen of uitgesteld als mensen zich eerder voorbereiden op hun laatste levensfase</li> <li>Aandacht voor voorzorg en preventie is van belang. Het inzetten van eenvoudige interventies draagt bij aan het voorkomen of uitstellen van toekomstige (zwaardere) zorgvragen</li> <li>Bekend is dat eenzaamheid en beweegarmoede tot forse psychische en fysieke problemen leiden en daarmee een belangrijke voorspeller is van zorgconsumptie<sup>2</sup></li> <li>Er is bij ouderen veel onbekendheid over wat er in wijken en buurten voorhanden is; welke hulpmiddelen beschikbaar zijn enzovoort. Ouderen hebben behoefte aan 1 loket (ervaren nu "van kastje naar muur")</li> <li>De sociale basis in buurten en wijken (het vermogen dat burgers samen opbrengen om iets voor elkaar te betekenen) is essentieel om de leefbaarheid (voor ouderen) te vergroten</li> <li>Envida beschikt over een ledenservice met 54.000 leden bestaande uit ouderen uit de regio, mensen die zorg van Envida ontvangen en hebben ontvangen, gezinsleden en (oud-) medewerkers. De leden ontvangen 3 keer per jaar een magazine (120.000 magazines in totaal) en er worden verschillende diensten aangeboden. Envida wil deze ledenservice beschikbaar stellen voor de regionale samenwerking, welke verder gaat dan regio Maastricht-Heuvelland</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>White label</b> ledenservice: <ul style="list-style-type: none"> <li>Thema bijeenkomsten over vitaal ouder worden, zoals voorkomen van eenzaamheid, gezonde voeding, bewegen en valpreventie <ul style="list-style-type: none"> <li>Gebruik van bestaande contactmomenten (zoals magazines, informatie en advies en mogelijk een digitaal platform) om bewustwording te creëren rondom deze gerelateerde thema's</li> <li>Organiseren van "zorgmarkten"</li> </ul> </li> <li>Bewustwordingscampagnes omtrent vitaal ouder worden voor burgers en medewerkers</li> <li>Opzetten van wegwijzerfunctie voor ouderen met name op het terrein van voorzorg en preventie</li> </ul> </li> <li>Laagdrempelig persoonlijk contact met inwoners van 75+ die nog geen zorg- en/of ondersteuningsvraag hebben, waarbij we in gesprek gaan over wonen, welzijn en zorg</li> <li>Versterken sociale infrastructuur: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ondersteunen en stutten van wijknetwerken, buurtplatforms e.d.</li> <li>Vinden, binden en boeien van (meer) vrijwilligers in buurten en wijken</li> <li>Laagdrempelige activiteiten in de wijk organiseren</li> <li>Voorzieningen in nabijheid van ouderen realiseren</li> <li>Creëren van werkplekken voor cliënten van Radar en Levanto ten behoeve van versterking sociale basis</li> </ul> </li> </ul> | <p>Eind 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bewustwordingscampagnes uitgevoerd</li> <li>2.000 bezoekers zorgmarkten (t.o.v. van kleinschalig nu)</li> <li>250 thema bijeenkomsten (voor totaal 35 wijken), waarin 8 thema's worden behandeld</li> <li>Inhaalslag persoonlijke bezoeken (één-op-één contact) 75-plussers, een totaal van circa 14.000 bezoeken (<i>Aantal 75-plussers in Maastricht Heuvelland: 24.622 minus het aantal 75-plussers bij zorg partners bekend: 10.797</i>)</li> <li>Toename van aantal actieve wijknetwerken en buurtplatforms</li> <li>Toename van het aantal betrokken vrijwilligers in buurten en wijken</li> <li>Verhoogde participatie aan activiteiten in de wijk</li> <li>Verbeterde toegang tot voorzieningen voor ouderen</li> <li>Toename van participatie cliënten van Radar en Levanto (op de arbeidsmarkt)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Voorkomen of uitstel WLZ-zorg</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden, hun zelfredzaamheid vergroten samen met hun omgeving én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen</li> <li><b>Verminderen WMO-ondersteuning</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen</li> <li><b>Verminderen Zvw-zorg</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen</li> <li><b>Voorkomen HAP/ SEH bezoeken</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen</li> <li><b>Voorkomen acute opnames</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen</li> <li><i>Verbeteren kennis en vaardigheden door het volgen van thema bijeenkomsten, de gesprekken en bewustwordingscampagnes<sup>3</sup></i></li> </ul> <p><b>Effect – indirect (distaal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Versterken gevoel van eigenwaarde door ouderen o.a. actief te betrekken bij beslissingen over hun gezondheid<sup>3</sup></i></li> <li><i>Verbeteren algehele gezondheid ouderen<sup>4</sup></i></li> <li><i>Verminderen van eenzaamheid<sup>5</sup></i></li> <li><i>Toegenomen maatschappelijke betrokkenheid door het betrekken van vrijwilligers</i></li> <li><i>Versterken sociale infrastructuur</i></li> <li><i>Verbeteren kwaliteit van leven</i></li> <li><i>Verminderen scheefwonen</i></li> </ul> |

### Voetnoten

<sup>1</sup> Regiobeeld Zuid-Limburg 2023

<sup>2</sup> Meisters, R., Westra, D., Putrik, P., Bosma, H., Ruwaard, D., & Jansen, M. (2021). Does loneliness have a cost? A Population-Wide study of the association between loneliness and healthcare expenditure. *International Journal of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.581286>

<sup>3</sup> Behm, L., Ivanoff, S. D., & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-378>

<sup>4</sup> Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K., Eklund, K., Zidén, L., & Dahlin-Ivanoff, S. (2014). Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.12.010>

<sup>5</sup> Van Der Zwet, R., De Vries, S., & Van De Maat, J. W. (2020). Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid [Report]. *Movisie*. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-02/wat-werkt-eezaamheid-dossier-2020.pdf>

## EFFECTEN | B: Versterken maatschappelijke steunsystemen

| Output   | Waarde  | Effect   | Indicator  | Waarde  | Onderbouwing  |
|--|---|--|--|---|---|
| Aantal 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden en ondersteund worden door het maatschappelijke steunsysteem | 54.803 65-plussers <sup>1</sup> , circa 3.500 daarvan ontvangen al WLZ-zorg <sup>2</sup> en worden in deze berekening niet meegenomen<br><br><i>Aanname*</i> : 50% van de 65-plussers wordt bereikt via meerdere activiteiten in de periode 2024 – 2026 | <b>Voorkomen of uitstel WLZ-zorg</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden, hun zelfredzaamheid vergroten samen met hun omgeving én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen | Aantal 65-plussers waarbij WLZ-zorg wordt uitgesteld<br><br><i>Gemiddelde aantal maanden uitstel</i><br><br><i>Vershil gemiddelde kosten Zvw-zorg en WLZ-zorg</i>      | Impactclaim: 30% op het totale effect omdat deel van community care activiteiten ook door anderen wordt gerealiseerd<br>2024: € 0<br>2025: € 1.089.478<br>2026: € 4.357.910<br>2027: € 8.715.821<br>2028: € 4.357.910 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddelde uitstel van WLZ-zorg: 8 maanden<sup>3</sup></li> <li>Effect treedt jaar later op na activeren van ouderen</li> <li>Gemiddelde kosten ZVP-4 / ZVP-5 / ZVP-6: €262,50 per dag/cliënt<sup>4</sup></li> <li>Gecorrigeerd voor mogelijk negatief effect op Zvw-zorg door gemiddelde kosten Zvw-zorg mee te nemen</li> <li>Gemiddelde kosten Zvw-zorg (wijkverpleging): €666,60 per maand/cliënt (o.b.v. 10,1 productie uren per maand en gemiddeld uurtarief zorgmedewerker van €66,-<sup>5</sup>)</li> </ul>  |
|  | <i>Aanname*</i> : 5% van de 65-plussers die bereikt wordt, bereidt zich voor op het ouder worden. Te samen met de andere activiteiten rond preventie en community care  | <b>Verminderen WMO-ondersteuning</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen   | Aantal 65-plussers waarbij WMO-ondersteuning afneemt<br><br><i>Gemiddeld aantal uur afname van WMO-ondersteuning</i><br><br><i>Gemiddelde kosten WMO-ondersteuning</i> | 2024: € 0<br>2025: € 30.520<br>2026: € 122.081<br>2027: € 244.162<br>2028: € 122.081  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddeld aantal uur WMO ondersteuning: 2,5 uur per week/cliënt<sup>6</sup></li> <li>Gemiddelde kosten WMO ondersteuning: €37,28 per uur<sup>7</sup>; €4.846,40 per maand/cliënt</li> <li><i>Aanname*</i>: verbeteren van steunsystemen kan leiden tot 10% besparing op individuele WMO-ondersteuning door het verminderen van de behoefte aan contactmomenten met een 'presentie' doel</li> </ul>   |
|  | Aantal 65-plussers dat actief werkt aan zelfredzaamheid en samen met hun omgeving voorbereidingen treft:<br><br>2024: 63<br>2025: 252<br>2026: 504<br>2027: 252<br>2028: 189  | <b>Verminderen Zvw-zorg</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen  | Aantal 65-plussers waarbij Zvw-zorg afneemt<br><br><i>Gemiddeld aantal uur afname in wijkverpleging</i><br><br><i>Gemiddelde kosten Zvw-zorg</i>                       | 2024: € 0<br>2025: € 50.375<br>2026: € 201.500<br>2027: € 403.000<br>2028: € 201.500  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddelde kosten Zvw-zorg (wijkverpleging): €666,60 per maand/cliënt (o.b.v. 10,1 productie uren per maand en gemiddeld uurtarief zorgmedewerker van €66,-<sup>5</sup>)</li> <li><i>Aanname*</i>: verbeteren van steunsystemen kan leiden tot 10% besparing op individuele wijkverpleging door het verminderen van de behoefte aan contactmomenten met een 'presentie' doel</li> </ul>  |
|  |   | <b>Voorkomen HAP/ SEH bezoeken</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen   | <i>Gemiddelde kosten HAP-bezoek en SEH-bezoek</i>  | <i>Niet berekend (effect deels berekend in kerninterventie A en C)</i>  | <b>Voetnoten</b><br>* Aannames gedaan en getoetst met coalitiepartners<br><sup>1</sup> Aantal inwoners regio Maastricht-Heuvelland in 2026 op basis van dataset prognose CBS 2020<br><sup>2</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2019). <i>Monitor Ouderenzorg – regionale verschillen (deel 1)</i> . <a href="https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_636235_22/1/#:::text=Op%20peildatum%201%20november%202019,de%20v%26v%2Dsector%20een%20indicatie">https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_636235_22/1/#:::text=Op%20peildatum%201%20november%202019,de%20v%26v%2Dsector%20een%20indicatie</a><br><sup>3</sup> de Blerk, V., van de Camp, L., Jongebreur, W., Reiff, E., Jongerius, M. (2021). <i>Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk – Eindrapportage monitoring en evaluatie</i> . <a href="https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/01/31/domeinoverstijgend-samenwerken-in-de-praktijk">https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/01/31/domeinoverstijgend-samenwerken-in-de-praktijk</a><br><sup>4</sup> Gemiddelde van afgesproken tarieven ZVP VV4, ZVP VV5, ZVP VV6<br><sup>5</sup> Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S., Kanters, T. (2024) <i>Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen</i> . <a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg">https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg</a><br><sup>6</sup> Gebaseerd op data Envida<br><sup>7</sup> Gemiddelde van de overeengekomen tarieven met gemeenten in Maastricht-Heuvelland |
|  |   | <b>Voorkomen acute opnames</b> door 65-plussers die zich actief voorbereiden op ouder worden én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen   | <i>Gemiddelde kosten acute opname</i>  | <i>Niet berekend (effect deels berekend in kerninterventie A en C)</i>  |   |
| Aantal 75-plussers niet in zorg dat proactief wordt benaderd en begeleid   | 14.000 verdeeld over 2024, 2025 en 2026   | <b>Voorkomen zorg en ondersteuning (WMO, Zvw, WLZ)</b> door voorbereiding kwetsbare ouderen én door het versterken van maatschappelijke steunsystemen  | <i>Draagt bij aan bovengenoemde effecten</i>   | <i>Niet berekend, draagt bij aan bovengenoemde effect om zorg en ondersteuning uit te stellen door focus op preventie, bewustwording en ontmoeting</i>  |   |

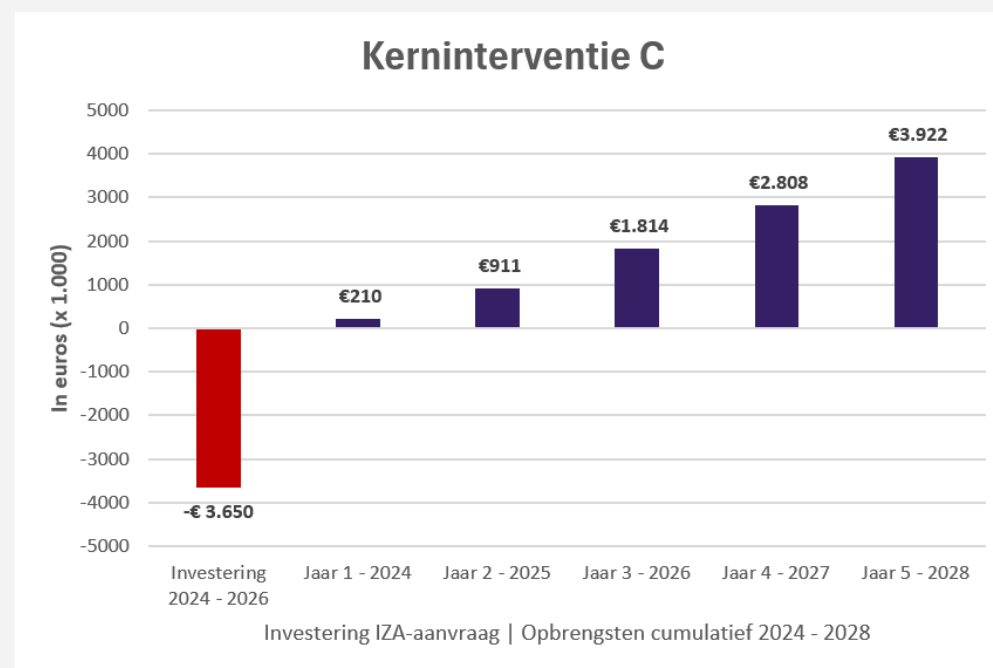
## CONCLUSIE | C: Versterken vangnetvoorzieningen

→ **Conclusie:** Wanneer (steeds meer) kwetsbare ouderen thuis blijven wonen is een sterke vangnetvoorziening essentieel. Deze kerninterventie hangt nauw samen met kerninterventies A en B om langer thuis wonen mogelijk te maken. De economische waarde van de veronderstelde effecten gewaardeerd in deze kerninterventie komen net boven de gevraagde investering in het transformatieplan uit. Echter essentieel in de samenhang met de andere kerninterventies.

- De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt 3,65 mio
- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 3,9 mio
  - De grootste opbrengst treedt op voor de WLZ met 2,4 mio door het uitstellen van WLZ-zorg met verblijf door expertise in de wijk en mogelijkheden voor tijdelijke opvang
  - Met 1,5 mio zijn er ook opbrengsten in de Zvw door het bieden van een goede vangnetvoorziening waarmee o.a. SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames worden voorkomen
  - De kerninterventie levert additioneel gedeclareerde zorgkosten op om de expertise in de wijk te bieden. Hier wordt in de economische duiding van de effecten voor gecorrigeerd. Desondanks draagt het bieden van een vangnetvoorziening bij aan het op een goede manier thuis laten wonen van kwetsbare ouderen en daarmee beheersen van zorgkosten en behoud van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

- Effecten meegenomen in de economische waardering voor de maatschappelijke businesscase zijn
- Voorkomen of uitstel van WLZ-zorg met verblijf (intramuraal)
  - Voorkomen uitbreiding van Zvw-zorg
  - Voorkomen van HAP en SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames
  - Verbeteren inzetbaarheid van zieke/overbelaste medewerkers
  - *Voorkomen uitval mantelzorgers (bij deze kerninterventie niet economisch gewaardeerd)*

*NB. Naast de bovengenoemde effecten zijn er diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn (in grijs weergegeven op pagina 20). Het verwachte effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze maatschappelijke businesscase. Gedane aannames zijn gedaan en getoetst met de coalitiepartners in Maastricht-Heuvelland waarbij getracht is voorzichtige aannames te doen.*



## EFFECTKADER | C: Versterken vangnetvoorzieningen

| Probleemanalyse en situatieschets  | Interventie / activiteiten  | Resultaat (output)   | Effect – direct (proximaal)   |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ouderen wonen langer zelfstandig thuis. Om ervoor te zorgen dat dit veilig en verantwoord blijft, is er noodzaak aan zogenaamde vangnetvoorzieningen voor als dat even niet meer lukt. Deze vangnetvoorzieningen moeten ervoor zorgen dat acute crises zo veel mogelijk worden voorkomen en langer thuis ook beter mogelijk is</li> <li>Een ziekenhuisopname werkt ontwrichtend voor ouderen. Een aanzienlijk aantal ouderen ervaart functieverlies na een ziekenhuisopname<sup>1</sup></li> <li>Er zijn momenteel 8 bedden in de regio Maastricht-Heuvelland beschikbaar voor tijdelijk verblijf, logeer- en nachtopvang</li> <li>In de regio Maastricht-Heuvelland zijn er momenteel 2 wijkpoli's in opstartfase. De poli's zijn gekoppeld aan 2 regiokantoren van Envida</li> <li>In elke huisartsenpraktijk is een kernteam voor ouderenzorg samengesteld, bestaande uit de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige en casemanager dementie (keten ouderenzorg). Dit kernteam includeert kwetsbare ouderen en stemt af over interventies en regie. Intensivering van samenwerking, afstemming en goede regievoering is noodzakelijk om acute crises te voorkomen. Dit vraagt om meer tijdsinvestering van de kernleden van het kernteam</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Versterken van gebiedsgerichte vangnetvoorzieningen voor tijdelijke ondersteuning als het thuis even niet meer gaat <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergroten van het aantal logeer- en nachtopvangfaciliteiten (herstellen, logeren, respijt)</li> <li>Uitbreiding van "schakel" bedden voor bestaande schakel afdeling</li> </ul> </li> <li>Investing in regionaal georganiseerde dagbehandeling voor ouderen, met name gericht op mensen met dementie en Parkinson, waarbij thuiswonenden 1 tot 2 dagen per week dagbehandeling ontvangen</li> <li>Versterken zorg(infrastructuur) in de wijk (om verhuizing naar woonzorgcentrum en WLZ-zorg te voorkomen of uit te stellen) <ul style="list-style-type: none"> <li>Versterken en verrijken van bestaande multidisciplinaire kernteams door te investeren in mankracht, scholing, coördinatie en aantal uren</li> <li>Optimaliseren geriatrische expertise in de regio, waar kernteam beroep op kan doen (GIT-Team, palliatie-team, experts Parkinson, etc.)</li> <li>Aantrekken en opleiden van verpleegkundig specialisten ten behoeve van specialistische ouderenzorg in de wijk</li> <li>Inrichten van 12 regionale wijkpoli's, waar mensen in de buurt terecht kunnen voor zorg</li> </ul> </li> </ul> | <p>Eind 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitbreiding van 4 bedden voor logeer- en nachtopvangfaciliteiten</li> <li>Uitbreiding van 2 bedden voor "schakel" afdeling</li> <li>Realisatie van 12 wijkpoli's in de regio</li> <li>Uitbreiding van verpleegkundig specialisten van 4 naar 8</li> <li>Uitbreiding van dagbehandeling locaties van 2 naar 4</li> <li>Jaarlijks 350 acute opnames per jaar voorkomen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Voorkomen of uitstel WLZ zorg (intramuraal)</b> door tijdelijke of nachtopvang, door het bieden van verpleeghuiswaardige behandeling (dagbehandeling) in de wijk en door uitbreiding van het aantal bedden voor activering en revalidatie</li> <li><b>Voorkomen ziekenhuisopnames</b> door uitbreiding van het aantal bedden voor activering en revalidatie</li> <li><b>Voorkomen of uitstel van WLZ zorg (intramuraal)</b> door uitbreiding van het aantal bedden voor activering en revalidatie</li> <li><b>Voorkomen uitbreiding Zvw-zorg</b> door tijdelijke opvang</li> <li><b>Verbeteren inzetbaarheid van (zieke/overbelaste) medewerkers</b> in de wijkpoli, wat fysiek minder belastend is dan in de wijkverpleging bij mensen thuis</li> <li><i>Verbeteren coördinatie en continuïteit van zorg</i></li> <li><i>Toegankelijkheid huisartsenzorg behouden</i></li> </ul> <p><b>Effect – indirect (distaal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Voorkomen HAP/ SEH bezoeken</b> door versterken kernteams en vergroten zicht op kwetsbare ouderen</li> <li><b>Voorkomen acute opnames</b> door juiste triage op HAP of SEH</li> <li><b>Voorkomen uitval mantelzorg</b> door tijdelijke opvang te bieden</li> <li><i>Vergroten zelfredzaamheid ouderen door de inzet op activering en revalidatie</i></li> </ul> |

### Voetnoten

<sup>1</sup> Bogler, O., Kirkwood, D., Austin, P. C., Jones, A., Sinn, C. J., Ukraine, K., Costa, A., & Lapointe-Shaw, L. (2023). Recent functional decline and outpatient follow-up after hospital discharge: a cohort study. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04192-7>



## EFFECTEN | C: Versterken vangnetvoorzieningen

| Output  | Waarde   | Effect   | Indicator  | Waarde   | Onderbouwing  |
|---|--|--|--|--|---|
| Aantal cliënten opgevangen in tijdelijke opvang en respijtzorg (uitbreiding met 4 bedden) | 2024: 0<br>2025: 166<br>2026: 166<br>2027: 166<br>2028: 166  | <b>Uitstel WLZ-zorg (intramuraal)</b> door tijdelijke of nachtopvang   | Gemiddelde aantal maanden uitstel van WLZ-zorg<br><br><i>Kosten verschil intramuraal - VPT per maand minus kosten tijdelijk verblijf</i>   | 2024: € 0<br>2025: € 194.411<br>2026: € 194.411<br>2027: € 194.411<br>2028: € 194.411  | <ul style="list-style-type: none"> <li>166 cliënten op basis van een totaal van 1460 ligdagen per jaar, waarbij een cliënt gemiddeld 1 week verblijft<sup>1</sup> (208 cliënten) en de bezettingsgraad ambitie 80% is<sup>2</sup> (166 cliënten)</li> <li>Uitbreiding bedden gerealiseerd eind 2024</li> <li>Verschil kosten VPT en WLZ intramuraal: €40 per dag/cliënt; € 14.600,- per jaar/cliënt<sup>3</sup></li> <li>Kosten ELV-bed laag complex: € 175,55 per dag/client<sup>4</sup></li> <li><i>Aanname*</i>: na tijdelijke opvang kan cliënt minimaal 2 maanden in huidige situatie blijven wonen zonder dat verhuizing naar intramurale setting nodig is</li> </ul>   |
|   |  | <b>Voorkomen uitbreiding van wijkverpleging (Zvw-zorg)</b> door tijdelijke opvang  | <i>Gemiddeld aantal uur uitbreiding van Zvw-zorg voorkomen</i>   | <i>Niet berekend</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tijdelijke en respijtzorg heeft ook een te verwachten effect op het voorkomen van uitbreiding van Zvw-zorg. Hier niet in economische waarde uitgedrukt</li> </ul>  |
|   |  | <b>Voorkomen uitval mantelzorgers</b> door respijtzorg   | Aantal uitgevallen mantelzorgers voorkomen   | <i>Niet berekend</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Een positief te verwachten effect op voorkomen uitval van mantelzorgers. Hier niet in economische waarde uitgedrukt</li> </ul>   |
| Toename aantal cliënten naar dagbehandeling (VPT & Zvw)                                   | <b>2024:</b><br>GZSP: 17<br>VPT: 60<br><b>2025:</b><br>GZSP: 22<br>VPT: 78<br><b>2026:</b><br>GZSP: 29<br>VPT: 101<br><b>2027:</b><br>GZSP: 37<br>VPT: 132<br><b>2028:</b><br>GZSP: 49<br>VPT: 171 | <b>Voorkomen of uitstel WLZ-zorg met verblijf (intramuraal)</b> door het bieden van verpleeghuiswaardige behandeling (dagbehandeling) in de wijk           | Aantal cliënten dat dagbehandeling krijgt en daardoor thuis kan blijven wonen<br><br><b>1) Voor cliënten met Zvw-zorg:</b><br>Verschil kosten dagbehandeling en wijkverpleging t.o.v. kosten WLZ-zorg intramuraal<br><br><b>2) Voor cliënten met VPT:</b><br>Verschil kosten VPT – intramuraal | Impactclaim: 10% van effect gerealiseerd door dagbehandeling (vele andere factoren dragen bij aan dit effect)<br><br>2024: € 180.634<br>2025: € 234.824<br>2026: € 305.721<br>2027: € 396.853<br>2028: € 515.909 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verschil kosten VPT en WLZ intramuraal: €40 per dag/cliënt; € 14.600,- per jaar/cliënt<sup>3</sup></li> <li>Unieke cliënten GZSP (Zvw) naar dagbehandeling uit de gehele regio: 13 over heel 2023<sup>5</sup></li> <li>Unieke cliënten VPT naar dagbehandeling uit de gehele regio: 46 over heel 2023<sup>5</sup></li> <li>Prognose groei cliënten dagbehandeling: 30% per jaar<sup>5</sup></li> <li>Kosten dagbehandeling (groep) som en PG: €80,77 per dagdeel<sup>6</sup></li> <li>Gemiddelde kosten ZVP-4 / ZVP-5 / ZVP-6: €262,50 per dag/cliënt<sup>7</sup></li> <li>Gemiddeld aantal dagdelen dagbehandeling: 4 dagdelen per week/cliënt</li> <li>Gemiddeld tarief zorgmedewerker: €66,- per uur</li> <li>Gemiddeld aantal uur wijkverpleging (naast dagbehandeling): 2x dd 0,5 uur per cliënt</li> </ul> |
| Aantal fte zieke/overbelaste medewerkers inzetbaar op wijkpoli's                          | 2024: 0 fte<br>2025: 1 fte<br>2026: 2 fte<br>2027: 2 fte<br>2028: 2 fte  | <b>Verbeteren inzetbaarheid van zieke/overbelaste medewerkers</b> in de wijkpoli, wat fysiek minder belastend is dan in de wijkverpleging bij mensen thuis | Aantal fte zieke/overbelaste medewerkers inzetbaar<br><br><i>Besparing kosten fte zorgmedewerker</i>   | 2024: 0 fte   € 0<br>2025: 1 fte   € 60.000<br>2026: 2 fte   € 120.000<br>2027: 2 fte   € 120.000<br>2028: 2 fte   € 120.000   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tarief fte zorgmedewerker: €60.000,-<sup>8</sup></li> </ul>  |

## EFFECTEN | C: Versterken vangnetvoorzieningen

| Output  | Waarde  | Effect   | Indicator  | Waarde  | Onderbouwing  |
|---|---|--|--|---|---|
| Aantal (kwetsbare) ouderen in beeld (75-plussers)                                   | 24.622  | <b>Voorkomen SEH bezoeken</b> door versterken kernteams en vergroten zicht op kwetsbare ouderen                          | Aantal SEH bezoeken voorkomen  | 2024: 50   € 12.900<br>2025: 100   € 25.800<br>2026: 250   € 64.500<br>2027: 250   € 64.500<br>2028: 250   € 64.500 | <ul style="list-style-type: none"> <li>In 2022 bezocht 21% van de 75 tot 80 jarigen de SEH<sup>9</sup></li> <li>Aanname*: bij 5% wordt 1 SEH bezoek per jaar voorkomen door het tijdig kunnen ingrijpen</li> <li>Gemiddelde kosten SEH bezoek: € 258,- per bezoek<sup>10</sup></li> </ul>   |
| Doelstelling acute opnames extra voorkomen  | 2024: 25<br>2025: 50<br>2026: 100<br>2027: 100<br>2028: 100 | <b>Voorkomen acute opnames</b> door juiste triage op HAP of SEH  | Aantal acute opnames voorkomen   | 2024: € 16.100<br>2025: € 32.300<br>2026: € 64.400<br>2027: € 64.400<br>2028: € 64.400                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kosten ziekenhuisopname inclusief personele kosten: €644,- per verpleegdag<sup>10</sup></li> </ul>   |
| Aantal dagen dat cliënten gebruik maken van ELV (triage) (uitbreiding met 2 bedden) | 2024: 0<br>2025: 584<br>2026: 584<br>2027: 584<br>2028: 584 | <b>Voorkomen van ziekenhuisopnames</b> door uitbreiding van het aantal bedden voor activering en revalidatie             | Aantal cliënten dat in een ELV (triage) bed ligt in plaats van in een ziekenhuisbed<br><br>Kosten ziekenhuisopname – kosten ELV (triage) | 2024: € 0<br>2025: € 154.176<br>2026: € 154.176<br>2027: € 154.176<br>2028: € 154.176                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>584 ligdagen op basis van een totaal van 730 ligdagen per jaar, en de bezettingsgraad ambitie van 80%<sup>2</sup></li> <li>117 cliënten op basis van het gemiddeld aantal ligdagen ELV (triage), welke 5 dagen is</li> <li>Kosten ziekenhuisopname inclusief personele kosten: €644,- per verpleegdag<sup>10</sup></li> <li>Tarief ELV triage (schakel bedden): €380,- per verpleegdag<sup>11</sup></li> </ul> |
|   |   | <b>Voorkomen of uitstel WLZ-zorg (intramuraal)</b> door uitbreiding van het aantal bedden voor activering en revalidatie | Aantal cliënten naar huis kan na ELV t.o.v. situatie zonder inzet ELV triage<br><br>Kosten intramuraal – kosten wijkverpleging           | Niet berekend   | <ul style="list-style-type: none"> <li>72% van de ouderen opgenomen in een ELV (triage) bed gaat weer naar huis<sup>11</sup></li> <li>Wegens beperkte houvast in verschil met andere situaties (nulalternatief) niet economisch gewaardeerd</li> </ul>  |

### Voetnoten

\* Aannames gedaan en getoetst met coalitiepartners

<sup>1</sup> Op basis van data Envida

<sup>2</sup> Het Buitenhuis (2023). *Inhoudelijk verslag 2023 – evaluatie en verantwoording*. Het verslag is niet openbaar beschikbaar. In het verslag laten zij zien dat zij in 2023 een gemiddelde bedbezetting van hun logeervoorzieningen hebben van 86%

<sup>3</sup> Vergoedingen contractering door zorgkantoor; de vergoedingen voor contractering door het zorgkantoor verschillen per zorgwaarde, waarbij het verschil vergelijkbaar is tussen VPT 5 en ZPP-5, VPT 6 en ZPP-6, enzovoort

<sup>4</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2022). *Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf -*

*TB/REG-22615-01*. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_643436\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_643436_22/1/)

<sup>5</sup> Op basis van data Dagbehandeling Envida

<sup>6</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2024). *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieve modulaire zorg 2024*. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0048786/2024-01-01#Artikel7>

<sup>7</sup> Gemiddelde van afgesproken tarieven ZPP VV4, ZPP VV5, ZPP VV6

<sup>8</sup> Zeeuwse Zorg Coalitie (2023). *Samen houden we Zeeland én de Zeeuwse Zorg gezond!* <https://www.zeeuwsezorgcoalitie.nl/app/uploads/2024/01/2024.01-DEF-Samenvatting-landelijke-IZA-aanvraag-Zeeuwse-Zorg-Coalitie-2023-2027-gecomprimeerd.pdf>

<sup>9</sup> VZinfo (2024). *Acute zorg | Gebruik | SEH*. <https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/seh#seh-bezoeken-leeftijd>

<sup>10</sup> Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S., Kanters, T. (2024) *Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

<sup>11</sup> Op basis van huidige tarieven ELV (triage) bed

<sup>12</sup> Huidige data ELV (triage) bedden)

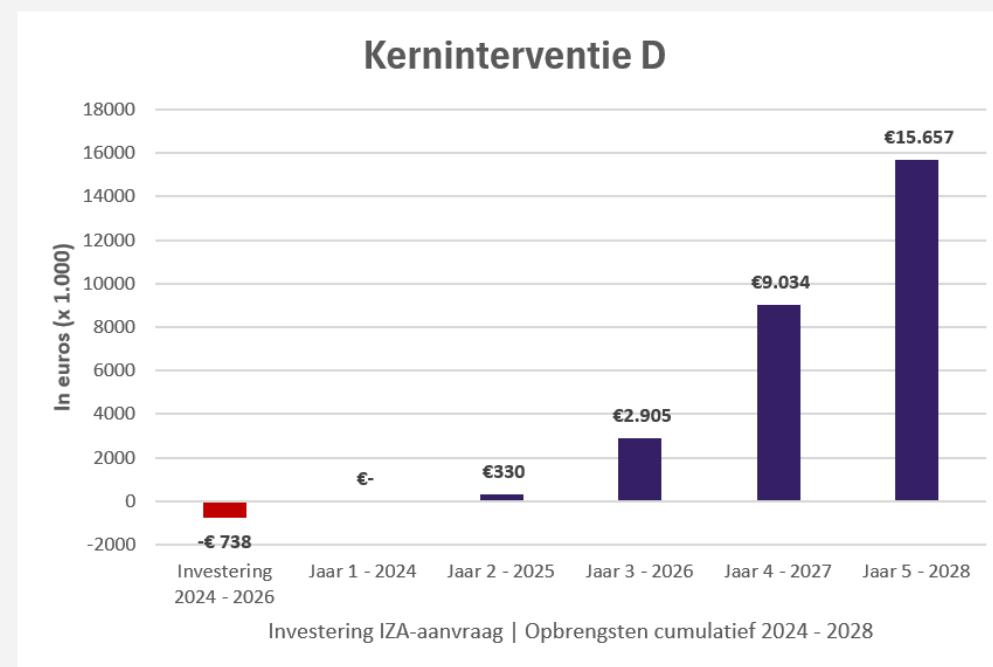
## CONCLUSIE | D: Van zorgen voor naar zorgen dat

→ **Conclusie:** Deze kerninterventie zet in op het versterken van de vaardigheden van ouderen om langer zelfstandig te zijn en in de leerversterking van het sociale netwerk (de informele zorgverleners). De economische waarde van de veronderstelde effecten is vele malen hoger dan de gevraagde investering in het transformatieplan. Ervaringen in binnen- en buitenland wijzen uit dat werken met Reablement en het ondersteunen van mantelzorgers bijdraagt aan kwaliteit van leven en het beheersen van zorgkosten.

- De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt 0,7 mio
- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 15,6 mio
  - De opbrengst in de WMO bedraagt 3,0 mio in de komende jaren door in te zetten op Reablement bij nieuwe aanmeldingen voor WMO-ondersteuning
  - Als gevolg van het versterken van de zelfredzaamheid van ouderen wordt Zvw-zorg uitgesteld of voorkomen met een opbrengst van 2,2 mio. Naar verwachting wordt ook WLZ-zorg hierdoor uitgesteld met een opbrengst van 8,8 mio
  - Het voorkomen van uitval van mantelzorgers heeft een maatschappelijke opbrengst van 2,7 mio
  - De kerninterventie heeft een positief effect op de gedeclareerde zorgkosten door in te zetten op Reablement en het investeren in mantelzorgers en daarmee zorg- en ondersteuningsvragen uit te stellen. Uitstel van vormen van zorg kan langer gebruik van andere goedkopere vormen van ondersteuning tot gevolg hebben, hier wordt in het effect van WLZ-zorg voor gecorrigeerd t.o.v. wijkverpleging (Zvw). Naast beheersen van zorgkosten draagt inzet op versterken van vaardigheden bij aan o.a. kwaliteit van leven van inwoners van Maastricht-Heuvelland.

- Effecten meegenomen in de economische waardering voor de maatschappelijke businesscase zijn
- Voorkomen of uitstellen van WMO-ondersteuning
  - Voorkomen of uitstel van Zvw-zorg
  - Voorkomen of uitstel WLZ-zorg
  - Voorkomen uitval van mantelzorgers

*NB. Naast de bovengenoemde effecten zijn er diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn (in grijs weergegeven op pagina 24). Het verwachte effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze maatschappelijke businesscase. Gedane aannames zijn gedaan en getoetst met de coalitiepartners in Maastricht-Heuvelland waarbij getracht is voorzichtige aannames te doen.*



## EFFECTKADER | D: Van zorgen voor naar zorgen dat

| Probleemanalyse en situatieschets   | Interventie / activiteiten  | Resultaat (output)  | Effect – direct (proximaal)  |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Op dit moment staan er in de regio Maastricht-Heuvelland ruim 700 cliënten op de wachtlijst voor WMO-ondersteuning</li> <li>Jaarlijks melden zich ongeveer 150 nieuwe WMO-cliënten</li> <li>Envida biedt momenteel WMO-ondersteuning aan 4.000 cliënten. Envida vertegenwoordigt ongeveer 80% van het marktaandeel in de regio</li> <li>De arbeidsmarkt is van dien aard dat het werven van medewerkers huishoudelijke hulp niet leidt tot een dusdanige aanwas dat de wachtlijst kan worden weggewerkt</li> <li>De kosten WMO-ondersteuning zijn hoog en gemeenten zoeken naar wegen om de kosten te verlagen</li> <li>Er zijn landelijk diverse lopende Reablement trajecten die gefinancierd worden (door o.a. ZonMw). Uitkomsten van deze onderzoeken laten nog op zich wachten, echter zijn de ervaringen met Reablement trajecten in Denemarken bemoedigend</li> <li>Het potentieel voor mantelzorg in de regio Zuid-Limburg daalt naar 2,8 personen per 85-plusser in 2040, vergeleken met 7,4 personen per 85-plusser in 2023<sup>1</sup></li> <li>55.894 mantelzorgers die langdurig zorgen, 10.664 langdurig en intensief zorgen, 5.923 zijn zwaarbelast in de regio Maastricht-Heuvelland<sup>2</sup></li> <li>Steunpunt Mantelzorg Zuid heeft momenteel ruim 3.000 mantelzorgers in beeld die zij ondersteunt om overbelasting te voorkomen. Bekend is dat veel mantelzorgers zich niet herkennen in de term mantelzorg en pas aan de bel trekken als "het water aan de lippen staat"</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementeren van een Reablement traject om vraag naar huishoudelijke hulp te voorkomen dan wel te verminderen <ul style="list-style-type: none"> <li>Gericht op met name cliënten die een aanvraag voor WMO huishoudelijke hulp doen/op de wachtlijst staan</li> <li>We richten ons op het actief aanleren van vaardigheden en kennis, zoals handige en ergonomisch verantwoorde aanpak van taken, en het trainen van zelfzorg, huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en ontspanning.</li> <li>Alle medewerkers huishoudelijke hulp worden hiertoe getraind</li> </ul> </li> <li>Versterking van mantelzorgondersteuning <ul style="list-style-type: none"> <li>Preventief opsporen van dreiging van overbelasting mantelzorgers</li> <li>Extra aandacht voor mantelzorgers met migratie achtergrond (deze groep is momenteel onvoldoende in beeld)</li> <li>Opzet van zelfregiegroepen voor mantelzorgers (naar Duits model)</li> </ul> </li> <li><i>Trainingen voor cliënten en mantelzorgers verloopt via de Academie voor Patiënt en Mantelzorg</i></li> <li><i>Deze Academie voor Patiënt en Mantelzorg dient een separaat transformatieplan in</i></li> </ul> | <p>Eind 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.200 extra mantelzorgers in beeld bij Steunpunt Mantelzorg Zuid</li> <li>Voor alle WMO cliënten op de wachtlijst hebben we het Reablement traject uitgevoerd en voor elke nieuwe aanmelding voeren we het Reablement traject uit</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Voorkomen</b> of uitstellen <b>WMO-ondersteuning</b> door Reablement training bij iedere nieuwe aanvraag</li> <li><b>Voorkomen, verminderen of uitstellen Zwv-zorg</b> door Reablement training bij iedere nieuwe aanvraag voor WMO-ondersteuning</li> <li><b>Voorkomen, verminderen of uitstellen WLZ-zorg</b> door Reablement traject bij iedere nieuwe aanvraag voor WMO-ondersteuning</li> <li><b>Voorkomen uitval mantelzorgers</b> door inzet op opsporing en opzetten van zelfhulpgroepen</li> <li><i>Vergroten zelfredzaamheid en eigen regie cliënten en mantelzorgers</i></li> <li><i>Verbeteren toegankelijkheid van WMO-ondersteuning (wachtlijst verkleinen)</i></li> </ul> <p><b>Effect – indirect (distaal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Verbeteren kwaliteit van leven</i></li> </ul> |

### Voetnoten

<sup>1</sup> Regiobeeld Zuid-Limburg 2023

<sup>2</sup> MantelzorgNL (2020). *Indicatie aantallen mantelzorgers per gemeente*. <https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/sites/3/2021/04/2102-MantelzorgNL-mantelzorgers-per-gemeente-V04-002.pdf>

## EFFECTEN | D: Van zorgen voor naar zorgen dat

| Output   | Waarde  | Effect   | Indicator  | Waarde  | Onderbouwing  |
|--|---|--|--|---|---|
| Aantal nieuwe aanvragen WMO-ondersteuning                    | 762 cliënten op huidige wachtlijst in de regio Maastricht-Heuvelland, plus nieuwe instroom van 160 WMO-clieënten per jaar | <b>Voorkomen en uitstellen van WMO-ondersteuning</b> door Reablement traject bij iedere nieuwe aanvraag                        | Aantal cliënten waarbij WMO-ondersteuning niet nodig is<br><br><i>Gemiddeld aantal maanden uitstel van WMO-ondersteuning</i><br><br><i>Gemiddelde kosten WMO-ondersteuning</i>   | 2024: € 0<br>2025: € 242.320<br>2026: € 993.512<br>2027: € 1.386.070<br>2028: € 387.713 | <ul style="list-style-type: none"> <li>50% van mensen weer volledig zelfstandig na Reablement traject<sup>1</sup></li> <li>25% beduidend minder wijkverpleging nodig na Reablement traject<sup>1</sup></li> <li><i>Aaname*</i>: vergelijkbaar effect voor WMO-ondersteuning bij inzet Reablement als landelijke ervaring rond Zvw-zorg<sup>1</sup></li> <li><i>Aaname*</i>: Voor 50% van de cliënten wordt de WMO-ondersteuning met minimaal 1 jaar uitgesteld</li> <li>Gemiddeld aantal uur WMO-ondersteuning: 2,5 uur per week/cliënt<sup>2</sup></li> <li>Gemiddelde kosten WMO-ondersteuning: €37,28 per uur/cliënt<sup>3</sup>; €4.846,40 per jaar/cliënt</li> </ul> |
|  | 2024: 100 ( <i>gestart met Reablement traject</i> )<br>2025: 250 + 160<br>2026: 412 + 160<br>2027: 160<br>2028: 160       | <b>Voorkomen, verminderen of uitstellen Zvw-zorg</b> door Reablement traject bij iedere nieuwe aanvraag voor WMO-ondersteuning | Aantal cliënten die door verhoogde zelfredzaamheid na het Reablement traject later Zvw-zorg nodig hebben<br><br><i>Gemiddeld aantal maanden uitstel van Zvw-zorg</i><br><br><i>Kosten gemiddelde Zvw-zorg per maand</i>  | 2024: € 0<br>2025: € 0<br>2026: € 199.980<br>2027: € 819.918<br>2028: € 1.143.886       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddelde kosten Zvw-zorg (wijkverpleging): €666,60 per maand/cliënt (o.b.v. 10,1 productie uren per maand en gemiddeld uurtarief zorgmedewerker van €66,-<sup>4</sup>)</li> <li><i>Aaname*</i>: voor 50% van de cliënten een gemiddelde uitstel van 6 maanden o.b.v. landelijke resultaten met Reablement-trajecten</li> <li><i>Aaname*</i>: effect treedt gemiddeld een jaar later op na afronden Reablement traject</li> </ul>   |
|  |   | <b>Voorkomen, verminderen of uitstellen WLZ-zorg</b> door Reablement traject bij iedere nieuwe aanvraag voor WMO-ondersteuning | Aantal cliënten die door verhoogde zelfredzaamheid na het Reablement traject later WLZ-zorg nodig hebben<br><br><i>Gemiddeld aantal maanden uitstel van WLZ-zorg</i><br><br><i>Kosten gemiddelde WLZ-zorg per maand – gemiddelde kosten Zvw zorg per maand</i> | 2024: € 0<br>2025: € 0<br>2026: € 720.840<br>2027: € 2.955.444<br>2028: € 4.123.205     | <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Aaname*</i>: voor 50% van de cliënten een gemiddelde uitstel van 2 maanden WLZ-zorg</li> <li><i>Aaname*</i>: effect treedt gemiddeld een jaar later op na afronden Reablement traject</li> <li>Gemiddelde kosten ZP-4 / ZP-5 / ZP-6: €262,50 per dag/cliënt; €7.875,- per maand/cliënt<sup>5</sup></li> <li>Gemiddelde kosten Zvw-zorg (wijkverpleging): €666,60 per maand/cliënt (o.b.v. 10,1 productie uren per maand en gemiddeld uurtarief zorgmedewerker van €66,-<sup>4</sup>)</li> </ul>   |
| Aantal (overbelaste) mantelzorgers opgespoord en ondersteund | 2024: 200<br>2025: 1500<br>2026: 2200   | <b>Voorkomen uitval mantelzorgers</b> door inzet op opsporing en opzetten van zelfhulpgroepen                                  | Aantal mantelzorgers waarbij je uitval voorkomt<br><br><i>Maatschappelijke kosten mantelzorg</i><br><br><i>Aantal dat niet overbelast raakt</i>  | 2024: € 0<br>2025: € 88.000<br>2026: € 660.000<br>2027: € 986.000<br>2028: € 986.000    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Maatschappelijke kosten inzet mantelzorgers: € 4.400,- per jaar<sup>5</sup></li> <li>Effect treedt jaar later op na inzetten mantelzorgondersteuning. Effect zet door in 2028 als gevolg van supportgroepen</li> <li><i>Aaname*</i>: uitval van 10% van de opgespoorde (overbelaste) mantelzorgers voorkomen, kwalitatief onderzoek positief over de effecten van mantelzorgondersteuning</li> </ul>   |

### Voetnoten

\* Aannames gedaan en getoetst met coalitiepartners

<sup>1</sup> Waardigheid en trots (2024). *Mijzo transformeert de ouderenzorg drastisch*. <https://www.waardigheidentrots.nl/uit-de-praktijk/mijzo-transformeert-ouderenzorg>

<sup>2</sup> Gebaseerd op data Envida

<sup>3</sup> Gemiddelde van de overeengekomen tarieven met gemeenten in Maastricht-Heuvelland

<sup>4</sup> Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S., Kanters, T. (2024) *Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

<sup>5</sup> Gemiddelde van afgesproken tarieven ZP VV4, ZP VV5, ZP VV6

<sup>6</sup> MantelzorgNL (2021). *De waarde van mantelzorg in cijfers*. [https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/2021/03/MantelzorgNL-factsheet-2021\\_DEF-](https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/2021/03/MantelzorgNL-factsheet-2021_DEF-)

## CONCLUSIE | E: Informaliseren van de arbeidsmarkt

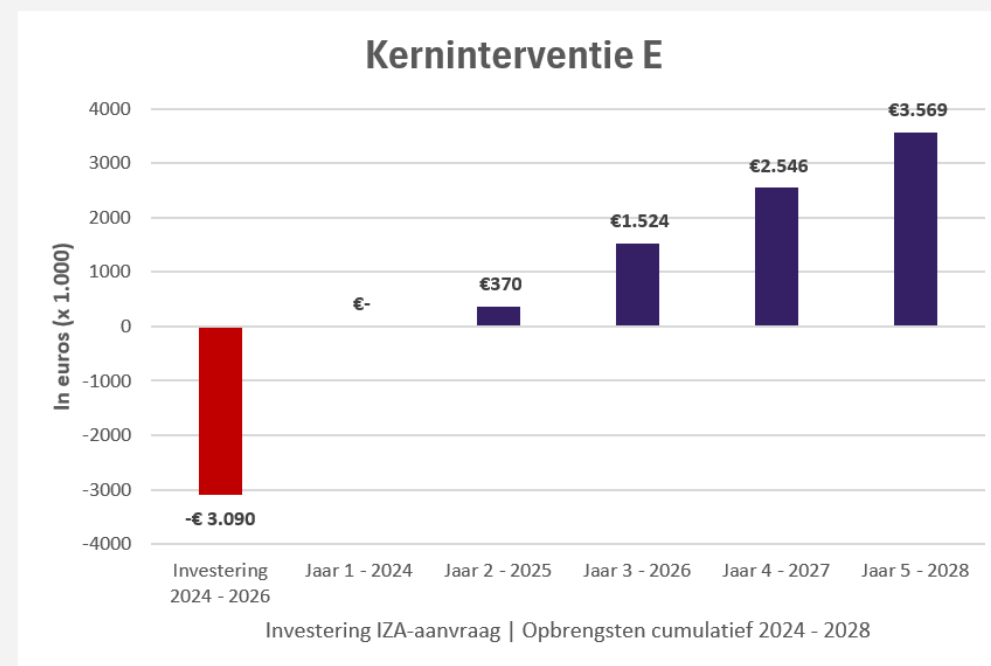
→ **Conclusie:** Deze kerninterventie zet in op het knellende arbeidsmarkt vraagstuk door op zoek te gaan naar verborgen reserves met een zorghart met het adagium ‘bevoegd = bekwaam’. Er wordt ingezet op het verkleinen van het vraagstuk door het informaliseren van de arbeidsmarkt en het eenvoudiger te maken om een bijdrage leveren door vrijwilligers, gepensioneerden, leerlingen / studenten en buurtgenoten, maar ook door zorgmedewerkers met een klein contract onder de juiste voorwaarden de kans te bieden meer te werken. De economische waarde van de veronderstelde effecten komt net hoger uit dan de gevraagde investering in het transformatieplan, maar de activiteiten zijn echter ook van groot belang in het blijven ondersteunen van kwetsbare ouderen.

- De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt 3,1 mio
- De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 3,6 mio
  - Het inzetten van informele zorg, studenten / flexwerkers en leerlingen levert een opbrengst van 2,7 mio op die voornamelijk in de Zvw optreedt (maar ook deels in WLZ en WMO)
  - Door de inzet van een digitaal platform kan 0,9 mio worden bespaard door vermindering van bemiddelingskosten voor de inzet van ZZP'ers en minder inzet van planners
  - Door in te zetten op potentieel benutten bij medewerkers met een klein contract wordt over de periode van 5 jaar 31 fte aan arbeidsformatie gerealiseerd, bij gepensioneerden nog eens 27 fte (gemiddeld 11,5 fte per jaar). Deze fte's zijn niet economisch gewaardeerd in de grafiek rechts. Tegenover deze uitbreiding van formatie (of vervanging van uitstroom) staat mogelijk additionele productie van organisaties met impact op gedeclareerde zorgkosten voor financiers. Daartegenover staat het verkleinen van het arbeidsmarkttekort en behoud van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

→ Effecten meegenomen in de economische waardering voor de maatschappelijke businesscase zijn

- Verplaatsen van zorg
- Beheersen zorgkosten
- *Verkleinen van arbeidsmarkttekort*

*NB. Naast de bovengenoemde effecten zijn er diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn (in grijs weergegeven op pagina 27). Het verwachte effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze maatschappelijke businesscase. Gedane aannames zijn gedaan en getoetst met de coalitiepartners in Maastricht-Heuvelland waarbij getracht is voorzichtige aannames te doen.*



## EFFECTKADER | E: Informaliseren van de arbeidsmarkt

| Probleemanalyse en situatieschets  | Interventie / activiteiten   | Resultaat (output)  | Effect – direct (proximaal)   |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergrijzing leidt tot groeiende vraag naar zorg en ondersteuning</li> <li>Het aantal zorgmedewerkers groeit niet mee met de vraag naar zorg en ondersteuning, waardoor een zorgkloof ontstaat</li> <li>In 2032 wordt er in de regio Zuid-Limburg een tekort van 6.100 medewerkers in de zorg en welzijn verwacht, voornamelijk in de groepen 'verzorgende niveau 3' en 'verpleegkundige niveau 4'<sup>1</sup></li> <li>Er komt een grote groep gepensioneerde zorgmedewerkers, die bereid zijn om een aantal dagdelen te werken in de zorg</li> <li>Het gros van de zorg van ouderen gaat over laagcomplexere zorg</li> <li>In de afgelopen jaren is het aantal ZZP'ers toegenomen. De belangrijkste motivatie voor ZZP'ers is flexibel werken en zelf de regie hebben over hun eigen tijd (ongeveer 44 procent)<sup>2</sup></li> <li>Op dit moment wordt de beoordeling van de bevoegdheid en bekwaamheid van ZZP'ers extern uitgevoerd</li> <li>Een andere groep die ingezet wordt voor het leveren van laagcomplexere zorg zijn studenten. Deze studenten hebben een sterke behoefte aan zelfregie</li> <li>Om de flexibele arbeidskrachten in de zorg, waaronder ZZP'ers en studenten, effectief in te plannen, is een team van aan planners nodig</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Digitaal platform voor het matchen van vraag en aanbod voor ondersteuningstaken en zorg (ZorgSpot). Hiermee wordt er aanspraak gedaan op het onbenut potentieel extern (studenten, gepensioneerden), het onbenut van het eigen personeel, de (potentiële) vrijwilliger, de interne oproeppool, de ZZP'ers in de regio             <ul style="list-style-type: none"> <li>ZZP'ers en studenten hebben de regie over hun werkzaamheden doordat ze zelf hun planning kunnen beheren en kunnen inspelen op de vraag van cliënten [onbenut potentieel extern]</li> <li>Gepensioneerde zorgmedewerkers kunnen op een laagdrempelige manier nog een paar dagdelen aan de slag [onbenut potentieel extern]</li> <li>Vrijwilligers kunnen ondersteuningstaken uitvoeren en/of laagcomplexere zorg verlenen [bevoegd = bekwaam]</li> <li>Medewerkers in loondienst kunnen buiten werktijd zorg verlenen aan buurtbewoners, waardoor ze op een gemakkelijke manier iets extra's kunnen betekenen voor hun directe omgeving [onbenut potentieel eigen personeel]</li> <li>ZorgSpot zorgt voor juiste contractering en controle op aanlevering van VOG, BIG en handelingen</li> <li>Ouderen kunnen zelfstandig of met hulp van wijkverpleging hun ondersteuningstaken en/of zorgtaken op het platform zetten</li> </ul> </li> <li>Leren en opleiden             <ul style="list-style-type: none"> <li>Leren van specifieke zorgtaken aan medewerkers gericht op ondersteuning (certificeren)</li> <li>Opleiden en trainen van vrijwilligers/studenten om bekwaam te worden voor (laagcomplexere) zorg (via Academie Patiënt en Mantelzorg)</li> </ul> </li> <li>Buurtplatformen             <ul style="list-style-type: none"> <li>Coördinatie en versterken van buurtplatformen om actieve buurtbewoner(s) te betrekken voor informele zorg</li> </ul> </li> </ul> | <p>Eind 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>184.300 uur inzet van ZZP'ers gepland via ZorgSpot</li> <li>Uitbreiding van 196 vrijwilligers</li> <li>Toename inzet flexwerkers met 28.600 uur</li> <li>Inzet planners gereduceerd met 3,9 fte</li> <li>Inzet van 20% van de gepensioneerde medewerkers voor 2 jaar</li> <li>Uitbreiding medewerkers dat bereid is om meer te werken met 2.940</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Verplaatsen van zorg</b> door het eenvoudig mogelijk maken van inzet vrijwilligers via Zorgspot (<i>en reductie inzet formele zorgmedewerkers</i>)</li> <li><b>Verkleinen arbeidsmarktekort</b> door onbenut potentieel onder gepensioneerde zorgmedewerkers te verzilveren</li> <li><b>Verplaatsen van zorg</b> door het eenvoudig mogelijk maken van inzet flexwerkers via Zorgspot (<i>en reductie inzet formele zorgmedewerkers</i>)</li> <li><b>Verkleinen arbeidsmarktekort</b> door onbenut potentieel onder zorgmedewerkers te verzilveren</li> <li><b>Verminderen van zorgkosten</b> door verminderen van bemiddelingskosten</li> <li><b>Beheersen kosten</b> door werkzaamheden planners te vervangen door digitale oplossing             <ul style="list-style-type: none"> <li>Vergroten flexibiliteit en autonomie van (nieuwe) medewerkers/flexpool/ZZP'ers door meer regie op eigen werk en werktijden</li> <li>Vergroten eigen regie van cliënten door het zelf kunnen in plannen van zorg</li> <li>Extra inkomsten medewerkers</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Effect – indirect (distaal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbeteren toegankelijkheid van de zorg</li> <li>Vergroten werkplezier medewerkers</li> <li>Verbeteren verzuimpercentage</li> </ul> |

### Voetnoten

<sup>1</sup> Regiobeeld Zuid-Limburg 2023

<sup>2</sup> CBS (2023). ZZP-er in zorg en welzijn kiest vooral voor onafhankelijkheid. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/47/zzp-er-in-zorg-en-welzijn-kiest-vooral-voor-onafhankelijkheid>

## EFFECTEN | E: Informaliseren van de arbeidsmarkt (1/2)

| Output   | Waarde   | Effect   | Indicator   | Waarde  | Onderbouwing  |
|--|--|--|---|---|---|
| Toename aantal vrijwilligers <sup>1</sup>  | 2024: 0<br>2025: 40<br>2026: 112<br>2027: 112<br>2028: 112             | <b>Verplaatsen van zorg</b> door het eenvoudig mogelijk maken van inzet vrijwilligers via Zorgspot (en reductie inzet formele zorgmedewerkers) | Aantal vrijwilligers dat uren oppakt in plaats van zorgmedewerker<br><br>Uren per vrijwilliger per week<br><br>Kostenverschil uurtarief zorgmedewerker                              | 2024: € 0<br>2025: € 137.280<br>2026: € 384.384<br>2027: € 384.384<br>2028: € 384.384 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nulalternatief is dat de zorgtaken bij de formele zorgmedewerker liggen</li> <li>Aanname*: gemiddeld 1 uur per week aan zorgtaken opgepakt door vrijwilliger</li> <li>Gemiddeld tarief zorgmedewerker: €66,- per uur<sup>2</sup></li> </ul>  |
| Toename aantal gepensioneerde zorgmedewerkers die bereid zijn te werken <sup>1</sup> (20% van het totaal aantal gepensioneerden) | 2024: 0<br>2025: 20<br>2026: 60<br>2027: 80<br>2028: 80                | <b>Verkleinen arbeidsmarkttekort</b> door onbenut potentieel onder gepensioneerde zorgmedewerkers te verzilveren                               | Aantal gepensioneerde zorgmedewerkers dat uren oppakt in plaats van zorgmedewerker<br><br>Uren per week inzetbaar<br><br>Waarde van een gerealiseerde fte zorgmedewerker            | 2024: 0 fte<br>2025: 2 fte<br>2026: 7 fte<br>2027: 9 fte<br>2028: 9 fte               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanname*: Ongeveer 20% van de gepensioneerde zorgmedewerkers is bereid om na het pensioen nog te werken. Het wordt verondersteld dat zij gedurende 2 jaar na pensionering nog 4 uur per week willen werken</li> <li>Tarief fte zorgmedewerker: €60.000,-<sup>3</sup></li> <li>Gecreëerde fte verkleint arbeidsmarkttekort, leidt tot meer maatschappelijke kosten (schadelast) waar met verhoogde productiviteit verbeterde toegankelijkheid van zorg tegenover staat</li> </ul> |
| Toename aantal uur zorg en ondersteuningstaken opgepakt door flexwerkers <sup>1</sup>  | 2024: 0<br>2025: 5.000<br>2026: 16.404<br>2027: 16.404<br>2028: 16.404 | <b>Verplaatsen van zorg</b> door het eenvoudig mogelijk maken van inzet flexwerkers via Zorgspot (en reductie inzet formele zorgmedewerkers)   | Aantal flexwerkers dat uren oppakt in plaats van zorgmedewerker<br><br>Uitbreiding uren per flexwerker<br><br>Verschil kosten zorgmedewerker – kosten inzet studenten / flexwerkers | 2024: € 0<br>2025: € 130.000<br>2026: € 426.504<br>2027: € 426.504<br>2028: € 426.504 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nulalternatief is dat de zorgtaken bij de formele zorgmedewerker liggen</li> <li>Gemiddeld tarief zorgmedewerker: €66,- per uur<sup>2</sup></li> <li>Gemiddeld uurtarief flexwerker / student: €40,- per uur<sup>4</sup></li> </ul>  |



## EFFECTEN | E: Informaliseren van de arbeidsmarkt (2/2)

| Output  | Waarde   | Effect  | Indicator  | Waarde   | Onderbouwing   |
|---|--|---|--|--|--|
| Aantal zorgmedewerkers met contract kleiner dan 24 uur per week dat bereid is meer uur te werken (25% van het totaal aantal zorgmedewerkers met een contact kleiner dan 24 per week) <sup>1</sup> | 2024: 0<br>2025: 500<br>2026: 1.685<br>2027: 1.685<br>2028: 1.685          | <b>Verkleinen arbeidsmarkttekort</b> door onbenut potentieel onder zorgmedewerkers te verzilveren | Uitbreiding aantal uur van zorgmedewerkers in dienst<br><br><i>Extra uren per week inzetbaar</i><br><br><i>Waarde van een gerealiseerde fte zorgmedewerker</i> | 2024: 0 fte<br>2025: 3 fte<br>2026: 9 fte<br>2027: 9 fte<br>2028: 9 fte              | <ul style="list-style-type: none"> <li>25% van alle medewerkers in de zorg is bereid extra te werken onder de juiste voorwaarden<sup>5</sup></li> <li><b>Aanname:</b> 5% van de 25% die bereid is onder de juiste voorwaarden meer te werken doet dat ook daadwerkelijk met de inzet van Zorgspot. Bij uitbreiding van uren wordt gemiddeld verwacht dat er 4 uur per week extra gewerkt wordt</li> <li>Tarief fte zorgmedewerker: €60.000,-<sup>3</sup></li> <li>Gecreëerde fte verkleint arbeidsmarkttekort, leidt tot meer maatschappelijke kosten (schadelast) waar met verhoogde productiviteit verbeterde toegankelijkheid van zorg tegenover staat</li> </ul> |
| Aantal uur ZZP'ers ingezet via Zorgspot <sup>1</sup>  | 2024: 0<br>2025: 31.685<br>2026: 105.618<br>2027: 105.618<br>2028: 105.618 | <b>Verminderen van zorgkosten</b> door verminderen van bemiddelingskosten                         | Aantal ZZP'ers die worden ingezet via ZorgSpot<br><br><i>Besparing bemiddelingskosten</i>  | 2024: € 0<br>2025: € 63.371<br>2026: € 211.236<br>2027: € 211.236<br>2028: € 211.236 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Huidige bemiddelingskosten extern uitbesteed: €6,- per uur/ZZP'er</li> <li>Bemiddelingskosten Zorgspot: €4,- per uur/ ZZP'er</li> </ul>   |
| Aantal fte minder inzet planners <sup>1</sup>   | 2024: 0<br>2025: 0,7 fte<br>2026: 2,2 fte                                  | <b>Beheersen kosten</b> door werkzaamheden planners te vervangen door digitale oplossing          | Reductie in het aantal fte aan planners<br><br><i>Besparing loonkosten</i>   | 2024: € 0<br>2025: € 39.600<br>2026: € 132.000                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddelde kosten planner: €60.000 per fte<sup>6</sup></li> <li>Ervan uitgaande dat de gehele flexpool wordt ingepland via Zorgspot</li> </ul>  |

### Voetnoten

\* Aannames gedaan en getoetst met coalitiepartners

<sup>1</sup> Doelstelling Envida gecorrigeerd naar aantallen regio o.b.v. aandeel cliënten wijkverpleging (Envida 89%, TGL 8%, Sevagram 3%); 100 vrijwilligers, 180 pensionado's per jaar, 14.600 uur flexwerkers, 1.500 medewerkers met contracten < 24h, 94.000 uur ZZP'ers, 2 fte aan planners)

<sup>2</sup> Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S., Kanters, T. (2024) *Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

<sup>3</sup> Zeeuwse Zorg Coalitie (2023). *Samen houden we Zeeland én de Zeeuwse*

*Zorg gezond!* <https://www.zeeuwsezorgcoalitie.nl/app/uploads/2024/01/2024.01-DEF-Samenvatting-landelijke-IZA-aanvraag-Zeeuwse-Zorg-Coalitie-2023-2027-gecomprimeerd.pdf>

<sup>4</sup> Tarief flexwerker Envida

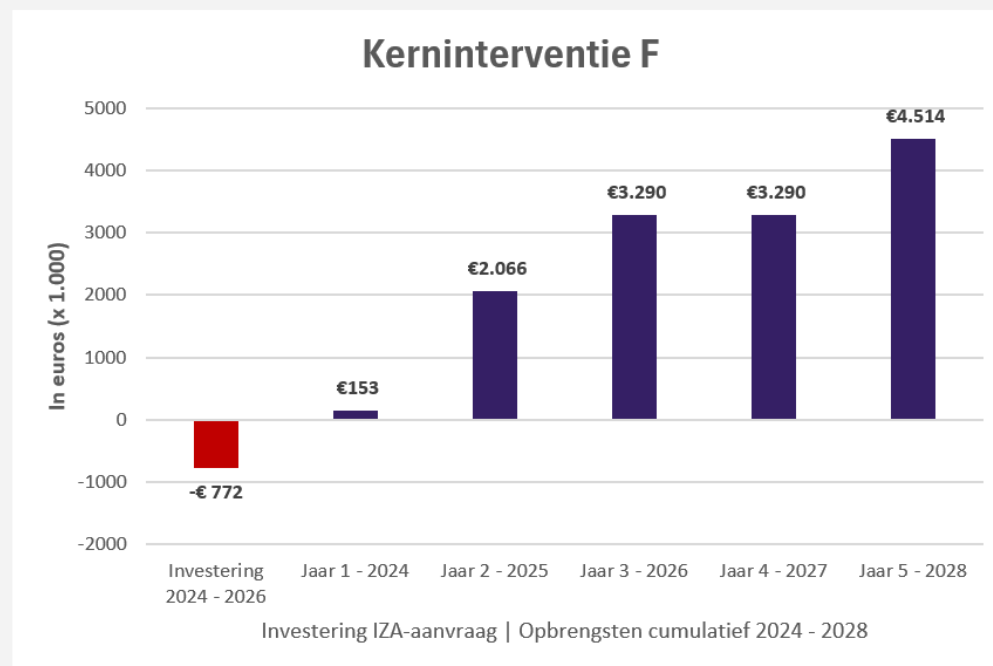
<sup>5</sup> Bijlage Regioplan Zuid-Limburg 2023

<sup>6</sup> Tarief fte planner Envida

## CONCLUSIE | F: Inzet van slimme technologie

- **Conclusie:** Deze kerninterventie gaat over de inzet van digitale zorg en technologie om in een krappe arbeidsmarkt kwetsbare ouderen langer thuis te kunnen laten wonen. De economische waarde van de veronderstelde effecten is hoger dan de gevraagde investering in het transformatieplan.
  - De gevraagde investering in de IZA-aanvraag bedraagt 0,8 mio
  - De cumulatieve opbrengst na 5 jaar bedraagt 4,5 mio
    - De opbrengst als gevolg van arbeidstijdbesparing treedt volledig op in de ZvW
    - De activiteiten in deze kerninterventie hebben geen direct effect op de gedeclareerde zorgkosten. De bespaarde tijd kan ingezet worden om meer kwetsbare ouderen te ondersteunen en daarmee de toegankelijkheid van zorg ten goede komen.
- Effecten meegenomen in de economische waardering voor de maatschappelijke businesscase zijn
  - Arbeidstijdbesparing door inzet van technologie en digitaal zorgteam

*NB. Naast de bovengenoemde effecten zijn er diverse te verwachten effecten die niet kwantitatief geduid en economisch gewaardeerd zijn (in grijs weergegeven op pagina 31). Het verwachte effect ligt als gevolg hiervan hoger dan in deze maatschappelijke businesscase. Gedane aannames zijn gedaan en getoetst met de coalitiepartners in Maastricht-Heuvelland waarbij getracht is voorzichtige aannames te doen.*



## EFFECTKADER | F: Inzet van slimme technologie

| Probleemanalyse en situatieschets  | Interventie / activiteiten  | Resultaat (output)   | Effect – direct (proximaal)   |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toekomstige zorg kan niet zonder digitalisering</li> <li>• Digitalisering biedt ouderen de mogelijkheid om hun zelfredzaamheid, bewegingsvrijheid en sociale netwerk te behouden en te vergroten</li> <li>• Digitalisering biedt de mogelijkheid om het werk voor zorgverleners makkelijker en aantrekkelijker te maken en is in kader van krappe arbeidsmarkt een must</li> <li>• Voor een succesvolle transformatie onderscheiden we de technische implementatie van het “systeem”, de adaptatie door de medewerkers en klanten en de optimalisatie van de processen</li> <li>• Constatering is dat de technische implementatie van individuele digitale (punt-) oplossingen moeilijk is en veel tijd kost. Denk aan een veelvoud van contracten, SLA’s, bestelprocessen, afspraken over installatie, storingen, support en onderhoud, afspraken maken over certificering en gegevensbescherming, inrichten veilige koppelingen met onze systemen en verschillende trainingen voor medewerkers</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén partij voor de implementatie (bestelproces, installatie, uitleg, support) van eHealth oplossingen (zoals bij TGL)</li> <li>• De zorg bij iedere cliënt wordt opnieuw getrieerd, volgens het principe ‘digitaal tenzij’</li> <li>• Opzetten van "digitaal" zorgteam – voor planbare en onplanbare virtuele zorg</li> <li>• Vergroten acceptatie technologie onder medewerkers:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actief "promoten" van technologie onder medewerkers door inzet van effectieve communicatiekanalen</li> <li>• Opleiden, trainen en informeren van medewerkers m.b.t. eHealth- oplossingen door o.a. de opzet van een oefenruimte voor medewerkers</li> </ul> </li> <li>• Pragmatische gegevensuitwisseling ten behoeve van nachtzorg en bij de overgang van thuis naar ziekenhuis of woonzorgcentrum (zorgviewer)</li> </ul> | <p>Eind 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg wordt bij elke nieuwe cliënt getrieerd volgens het principe ‘digitaal tenzij’, wat bij iedere medewerker bekend is en wordt toegepast</li> <li>• Zorgbehoevenden ouderen wonen op een verantwoorde manier zo lang mogelijk thuis met inzet van digitale zorg en hulpmiddelen volgens het 'digitaal tenzij' principe</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arbeidstijdbesparing</b> door inzet technologie</li> <li>• <b>Arbeidstijdbesparing</b> door inzet digitaal team</li> <li>• <i>Verbeteren samenwerking en communicatie door inzet pragmatische gegevensuitwisseling</i></li> <li>• <i>Verbeteren inzet zieke/overbelaste medewerker door lagere belasting digitaal team</i></li> </ul> <hr/> <p><b>Effect – indirect (distaal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verhogen zelfredzaamheid van ouderen</i></li> </ul> |

## EFFECTEN | F: Inzet van slimme technologie

| Output   | Waarde       | Effect   | Indicator   | Waarde          | Onderbouwing  |
|--|--------------|--|---|-----------------|---|
| Aantal cliënten die worden benaderd voor de zorgtechnologie pilot <sup>1</sup> | 2024: 45     | <b>Arbeidstijdbesparing</b> door inzet technologie   | Aantal cliënten waarbij zorgtechnologie wordt ingezet | 2024: € 77.220  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitgaande van een standaardset aan mogelijke inzet van technologie: Beeldzorg, Thuismonitoring, Valdetectie, Leefstijlmonitoring en Dagstructuur</li> <li><i>Aanname*</i>: bij de deelnemende cliënten inzet van minimaal 1 technologie en besparing van 1 bezoek wijkverpleging per we (0,5 uur)</li> <li>Gemiddeld tarief zorgmedewerker: €66,- per uur<sup>2</sup></li> </ul> |
|  | 2025: 225    |  |   | 2025: € 386.100 |   |
|  | 2026: 449    |  |   | 2026: € 770.484 |   |
| Consulten door digitaal team uitgevoerd per jaar <sup>1</sup>                  | 2024: 2.454  | <b>Arbeidstijdbesparing</b> door inzet digitaal team | Aantal consulten overgenomen door digitaal team       | 2024: € 75.583  | <ul style="list-style-type: none"> <li>28 minuten (bezoektijd: 21 minuten, reistijd: 7 minuten) besparing per cliënt door digitaal consult i.p.v. bezoek in de wijk</li> <li>Gemiddeld uurtarief wijkverpleging: € 66,- per uur<sup>2</sup></li> </ul>  |
|  | 2025: 9.846  |  |   | 2025: € 303.257 |   |
|  | 2027: 14.724 |  |   | 2027: € 453.499 |   |
|  | 2028: 14.724 |  |   | 2028: € 453.499 |   |
|  |              |  | <i>Bespaarde uren per client</i>                      | 2027: € 770.484 |   |
|  |              |  | <i>Gemiddelde uurtarief zorgmedewerker</i>            | 2028: € 770.484 |   |
|  |              |  | <i>Bespaarde tijd per consult</i>                     | 2027: € 453.499 |   |
|  |              |  | <i>Gemiddeld uurtarief zorgmedewerker</i>             | 2028: € 453.499 |   |

### Voetnoten

\* Aannames gedaan en getoetst met coalitiepartners

<sup>1</sup> Doelstelling Envida gecorrigeerd naar aantallen regio o.b.v. aandeel cliënten wijkverpleging (Envida 89%, TGL 8%, Sevagram 3%)

<sup>2</sup> Hakkaart-van Roijen, L., Peeters, S., Kanters, T. (2024) *Kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg: Methodologie en Referentieprijzen*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

## G: Ontschotten van systemen en structuren

| Probleemanalyse en situatieschets  | Interventie / activiteiten  | Resultaat (output)   | Effect – direct (proximaal)  |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Op steeds meer plekken gaan ouderen elkaar ontmoeten zonder gesloten deuren; ouderen met en zonder fysieke en/of cognitieve beperkingen. Traditionele grenzen (zoals die tussen intra- en extramuraal of PG en somatiek) vervagen en de huidige systeemschotten zullen daarop moeten gaan volgen om persoonsvolgende zorg te ondersteunen.</li> <li>In de woonzorgzones zullen de divers (systeem) schotten het meest gaan schuren; tussen coalitiepartners en deelnemende partners onderling, maar ook als het gaat om schotten tussen WLZ, ZVW en WMO</li> <li>Digitale gegevensuitwisseling kent een separaat transformatieplan op schaal van Zuid- Limburg.</li> <li>Een belangrijk punt van aandacht is hierbij het uitwisselen van gegevens. Momenteel vindt dit nog (te) vaak handmatig plaats tussen de verschillende organisaties. Dit kost veel tijd en levert verlies van kwaliteit op.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Knelpunten inzichtelijk maken, waarop verbetervoorstellen tussen de diverse deelnemende organisaties worden ontwikkeld</li> <li>Dialogoog aangaan met financiers daar waar de systeemschotten belemmerend zijn voor goede, efficiënte en persoonsvolgende zorg</li> <li>Op regionaal niveau worden kleine verbeteringen opgepakt, zoals de uitwisseling van gegevens voor nachtzorg en het vergemakkelijken van de overgang van huis naar woonzorgcentrum of bij een opname in het ziekenhuis. Daartoe worden de ontwikkelingen rondom Zorgviewer gevolgd</li> </ul> | <p>Op dit moment is het nog niet mogelijk om de resultaten op dit gebied SMART te formuleren. De voortgang en mogelijke vooruitgang zullen gedurende het transformatieplan duidelijker worden.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbeteren integrale zorg</li> <li>Efficiëntere zorgprocessen door minder bureaucratie, minder dubbel werk en efficiënter gebruik van de middelen</li> <li>Verlaging administratielast zorgmedewerkers</li> </ul>   |
|  |   |  | <p><b>Effect – indirect (distaal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verhogen kwaliteit van zorg door hogere kwaliteit van gegevens en verlagen overdrachtsmomenten</li> <li>Verhogen samenwerking en coördinatie</li> <li>Aantrekkelijkheid verhogen beroep zorgmedewerker</li> </ul> |

NB. Kerninterventie G ‘Ontschotten van systemen en structuren’ is randvoorwaardelijk voor de andere kerninterventies. Voor deze kerninterventie zijn geen effecten doorgerekend in de maatschappelijke businesscase. De investering in kerninterventie G is wel meegenomen.

*It takes a village to raise a child,  
it takes a village to complete your life.*

