

Transformatieplan Eerstelijnszorg Amstelland 2030

TERA30

Inhoud

Managementsamenvatting

1. Inleiding
2. Het programma TERA030
3. Impact
4. Plan van aanpak
5. Randvoorwaarden
6. Beoordeling snelle toets
7. Handtekening

Managementsamenvatting

Er ligt druk op de eerstelijnszorg in Amstelland. Huisartsen, praktijkmedewerkers en andere eerstelijns zorgverleners ervaren dagelijks hoe de zorgvraag toeneemt, complexer wordt en zich niet laat vangen binnen bestaande structuren of capaciteit. TERA30 is het gezamenlijke antwoord op deze uitdaging: een programmatische aanpak van de eerstelijnszorg waarin we inzetten op digitale toegankelijkheid, zelfredzaamheid van patiënten en intensieve samenwerking in de regio.

Wat is TERA30?

TERA30 staat voor Transformatieplan Eerstelijnszorg Regio Amstelland – met het doel om de eerstelijnszorg toekomstbestendig te maken. In lijn met het Integraal Zorgakkoord (IZA) realiseren we een regionale omslag via drie inhoudelijke transformatielijnen:

- Slim en passend contact met de patiënt: we verbeteren de toegang tot zorg, via digitale triage, hybride consultvoering en zelfmanagement. Met o.a. een multidisciplinaire digitale voordeur voor de eerste lijn, waarmee we zorgvragen beter en sneller toeleiden naar de best passende zorgverlener in de eerste lijn of het sociaal domein.
- Continuïteit van huisartsenzorg: we borgen bereikbaarheid en inzetbaarheid via gedeelde telefonie, waarneming en regionale planning;
- Multidisciplinair werken: we het versterken van samenwerking tussen disciplines via gedeelde infrastructuur, protocollen en overlegstructuren. Zo bouwen we een (lerend) netwerk waarin werkplezier en werkbaarheid centraal staan.

Wat levert het op?

TERA30 is ambitieus én uitvoerbaar. Het programma leidt tot:

- Een toename van digitale toegang voor patiënten;
- Minimaal 13 FTE per jaar aan vermeden werkdruk in praktijken;
- Vermindering van fysieke consulten bij chronische zorg met 15–25%;
- Meer gelijkgerichtheid bij de zorgprofessionals van de eerstelijnszorg en minder versnippering in de regio;
- Verbeterde triage, betere bereikbaarheid en meer rust in de praktijk.

Samenwerking en multidisciplinariteit

De kracht van TERA30 zit niet alleen in de inhoud, maar ook in de samenwerking. Het programma is ontwikkeld in nauwe afstemming met een breed palet aan eerstelijns zorgverleners: huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, diëtisten en apothekers. Deze partijen zijn vanaf het begin betrokken bij het ontwerp van de interventies, nemen actief deel in teams, en onderschrijven gezamenlijk de doelen en aanpak.

Binnen met name transformatielijn 1 – Slim en passend contact met de patiënt – komt deze multidisciplinaire samenwerking sterk tot uiting. De triagefunctie stuurt niet standaard naar de huisartsenzorg, maar wijst zorgvragen toe aan de best passende zorgverlener in de eerste lijn. Daarmee benutten we het volledige potentieel van het regionale netwerk en maken we werk van passende zorg, werkdrukverlichting en samenwerking op inhoud.

Hoe voeren we het uit?

Alleen wat werkt, wordt opgeschaald. De praktijk is leidend: zorgprofessionals ontwerpen en testen samen. Monitoring en Go/No-Go-momenten zijn onderdeel van het proces.

De stuurgroep (met vertegenwoordiging van zorgaanbieders, Amstelland Zorg en de zorgverzekeraar) stuurt op samenhang en verantwoording. Alle partners zijn gelijkgericht betrokken: in uitvoering, financiering en besluitvorming.

Wat vragen we?

Voor deze beweging is een tijdelijke impuls nodig. We vragen circa €5 miljoen aan IZA-transformatiegelden (2025–2027) voor onder andere programmasturing, ICT-aanpassingen, scholing en dubbele lasten tijdens implementatie. De kosten zijn tijdelijk; de opbrengsten zijn structureel.

De baten ontstaan door werkdrukreductie, substitutie van zorg, kortere wachttijden en betere benutting van bestaande capaciteit. De terugverdientijd is naar verwachting drie jaar.

Hoe borgen we dit?

Na 2027 worden werkstructuren, digitale toepassingen en zorgpaden structureel ingebed in de regio. Dit gebeurt via segment 2-contracten, regionale besluitvorming en het werkprogramma van Amstelland Zorg. Monitoring loopt door tot minimaal één jaar na afloop.

“Het doel is helder: zorgverleners ontlasten, patiënten beter helpen en de zorg in Amstelland wendbaar maken voor de toekomst. Dat lukt alleen als we dat samen doen; over praktijkmuren en sectoren heen.

TERA30 is geen doel op zich, maar streven we naar een nieuwe manier van samenwerken in de eerste lijn met kansen voor de nuldlijn en tweedelij. We doen dit samen – met én voor de zorgverleners in Amstelland. Dat maakt deze transformatie niet alleen noodzakelijk, maar ook kansrijk.”



Zorggroep
Apothekers
Amstelland

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Introductie

Samen klaarstaan voor de zorg van morgen

De eerstelijnszorg in de regio Amstelland staat onder toenemende druk. De bevolking vergrijst, het aantal mensen met chronische aandoeningen en psychische klachten stijgt en de instroom van migranten en expats brengt nieuwe zorgbehoeften met zich mee.

Tegelijkertijd kampen zorgverleners met personeelstekorten, hoge werkdruk en een tekort aan praktijkruimte en ondersteunend personeel. Veel huisartsenpraktijken zitten aan hun maximumcapaciteit en besteden veel tijd aan administratieve taken in plaats van directe patiëntenzorg.

Deze ontwikkelingen bedreigen de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg in Amstelland. Patiënten ervaren wachttijden, patiëntenstops en beperkte toegang tot passende zorg. Zorgverleners dreigen overbelast te raken of zelfs uit te vallen. Zonder interventie dreigt het systeem vast te lopen.

Een fundamentele herinrichting van de eerstelijnszorg is nodig, gericht op:

- Substitutie van fysieke zorg door digitale of hybride (contact) vormen;
- Ontlasting van professionals door taakverschuiving en regionale samenwerking;
- Versterking van zelfzorg en eigen regie;
- ICT-ondersteuning die samenwerking en data-uitwisseling mogelijk maakt;
- Opschaalbaarheid van bewezen oplossingen, binnen één gedeeld regionaal model.

TERA30 als fundament voor verandering

De genoemde problemen zijn structureel van aard en niet op te lossen met incrementele aanpassingen of losse projecten. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) biedt een kader voor de noodzakelijke transformatie. Passende zorg, digitalisering, preventie en domeinoverstijgende samenwerking zijn daarin centrale thema's. Met het programma TERA30 geeft de regio Amstelland concreet invulling aan deze opgaven, met multidisciplinaire samenwerking als vertrekpunt. TERA30 heeft als doel de eerstelijnszorg in Amstelland structureel toegankelijk, toekomstbestendig en passend te organiseren voor alle inwoners.

Het programma TERA30 is een integrale en uitvoeringsgerichte transformatie van de eerstelijnszorg, opgebouwd rond drie inhoudelijke transformaties met meetbare impact. Dit document beschrijft de uitgangspunten, doelen, thema's, aanpak, governance, financiering en businesscase van de regionale transformatie. In de bijlagen zijn nadere toelichtingen opgenomen.

1.2 Knelpunten in de eerstelijnszorg in de regio Amstelland

Een regio onder druk

De regio Amstelland staat, net als de rest van Nederland, voor forse maatschappelijke uitdagingen die het huidige zorgsysteem onder druk zetten. Zonder ingrijpende transformatie dreigt de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg in gevaar te komen. Deze urgentie is duidelijk zichtbaar in de regionale trends, zoals beschreven in het Regiobeeld Amstelland-Meerlanden (2023), het Regioplan Amstelland 2023 en de landelijke Visie Eerstelijnszorg 2030.

Demografische druk en groei in zorgvraag

De regio kent een relatief jonge bevolkingsopbouw, maar ook hier is de vergrijzing nadrukkelijk zichtbaar. Het aandeel 65-plussers stijgt van 18,8% in 2023 naar 22,4% in 2040 en het aandeel 80-plussers groeit zelfs van 4,8% naar 7,2%. Deze demografische ontwikkeling gaat gepaard met een toenemende prevalentie van ouderdomsgerelateerde aandoeningen, multimorbiditeit en een groeiende vraag naar wijkverpleging en verpleeghuiszorg.

Arbeidsmarkttekorten en capaciteitsproblematiek

Eén van de meest prangende knelpunten is de arbeidsmarktkrapte. Alle sectoren binnen zorg en welzijn ervaren nu al grote druk en deze druk zal volgens prognoses alleen maar toenemen. Er is sprake van een nijpend tekort aan huisartsen (28 FTE in 2040), paramedici, apothekers en ondersteunend personeel. Bovendien neemt het potentieel aan mantelzorgers af: de verhouding tussen 50-64-jarigen en 85-plussers verschuift van 9,4 naar 5,5.

Verschuiving in zorgvraag en complexe doelgroepen

De zorgvraag verandert niet alleen in omvang, maar ook in karakter. Er is een toename van psychische klachten onder alle leeftijdsgroepen en in 2023 had 51,9% van de inwoners ten minste één chronische aandoening. Daarbij neemt het aantal complexe doelgroepen toe: meer kwetsbare ouderen die langer thuis of in de wijk wonen, mensen met GGZ-problematiek, arbeidsmigranten en expats. Dit vraagt om een integrale, domeinoverstijgende aanpak.

De huisartsenzorg staat centraal in het zorgsysteem tussen het sociaal domein, de medisch specialistische zorg en de paramedische zorg. De verwachting is dat de druk op de eerstelijns toeneemt als passende zorg in de MSZ wordt toegepast. Alle transformatieprogramma's rondom MSZ, acute en chronische zorg gaan de huisartsenzorg (ook) raken. Die zijn in omvang en impact fors.

Onvoldoende samenhang en versnippering in het zorglandschap

De versnippering in digitale systemen (diverse HIS/NIS-structuren), werkprocessen en onvoldoende afgestemde samenwerking tussen eerstelijnszorg, sociaal domein en VVT-partijen zorgen voor inefficiënties en hoge administratieve lasten. Dit belemmert de noodzakelijke integrale zorgverlening dicht bij de patiënt, een knelpunt dat ook binnen het ROAZ-plan en het transformatieplan NORA wordt onderstreept. Met name de versnippering en achterstand in digitalisering in de eerstelijns vormt een bedreiging voor de bredere transformatie in de regio en de haalbaarheid van de andere IZA-transformatieplannen.

1.3 De kracht van Amstelland

Ondanks de knelpunten in de regio Amstelland is er ook veel potentie. De regio beschikt over een actieve, goed georganiseerde eerstelijnszorg, een breed netwerk van samenwerkende zorgverleners en een centrale regio-organisatie (Amstelland Zorg) met programmatische slagkracht. In 2024 is de governance van Amstelland Zorg vernieuwd, met meer zeggenschap voor leden en meer ruimte voor multidisciplinaire samenwerking.

Er is een breed gedragen wens om samen op te trekken – tussen disciplines, met gemeenten, met de zorgverzekeraar – en samen te bouwen aan een duurzaam toekomstperspectief.

De missie van Amstelland Zorg

We zijn er om de eerstelijnszorg – in de regio Amstelland – toegankelijk te houden, zodat de zorgverleners de zorg kunnen bieden zoals zij die willen geven en de patiënt de zorg kan ontvangen die nodig is.

Persoonsgerichte integrale zorg, gebaseerd op het gedachtegoed van Positieve Gezondheid, vormt de kern van deze missie. We werken proactief en samen met het netwerk rondom de patiënt. Zelfmanagement, thuismetingen en persoonlijke zorgplannen spelen hierbij een centrale rol. Ketenzorg maakt steeds meer plaats voor maatwerk, afgestemd op de individuele situatie en wensen.

Amstelland Zorg neemt het voortouw in het organiseren van deze zorg op wijk- en regioniveau. We investeren in het versterken van de huisartsenzorg, digitale transformatie, regionale samenwerking en het terugdringen van werkdruk bij zorgverleners.

“Klein aan de voorkant, groot aan de achterkant.”

1.4 Het ontstaan van TERA30

Een plan van, voor en door de regio: samen maken we het verschil

TERA30 is een breed gedragen multidisciplinair transformatieprogramma dat zich specifiek richt op de eerstelijns disciplines in de regio Amstelland. De aanvraag wordt gedaan door Amstelland Zorg, waarin de vier monodisciplinaire organisaties zijn verenigd via de Algemene Ledenvergadering.

- **Amstelland Zorg (AZ)** – de multidisciplinaire regio-organisatie die de samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders coördineert en versterkt;
- **Huisartsen Coöperatie Amstelland (HCA)** – vertegenwoordiger van de huisartsenpraktijken in de regio;
- **FysioZorg Amstelland (FZA)** – coöperatie van fysiotherapeuten en andere paramedici (waaronder ergotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten), gericht op versterking van beweegzorg in de wijk en regio;
- **Zorggroep Apothekers Amstelland (ZAA)** – netwerk van eerstelijnsapothekers, onder meer verantwoordelijk voor farmaceutische zorg en medicatieveiligheid;
- **Diëtisten Netwerk Amstelland (DNA)** – regionaal samenwerkingsverband van eerstelijns diëtisten met focus op leefstijlzorg en voeding.

Samen vertegenwoordigen deze partijen de volledige populatie huisartsen, apothekers en diëtisten in Amstelland, en circa 70% van de fysiotherapeuten. Daarnaast zijn er nog enkele zelfstandige praktijken, waaronder oefentherapeuten en andere paramedici, die nog niet formeel zijn aangesloten. Amstelland Zorg zal zich inspannen om ook deze praktijken te binden aan het programma indien nodig, zodat het transformatieplan de volle breedte van de eerstelijnszorg in de regio dekt.

Amstelland Zorg, de multidisciplinaire regio-organisatie, vervult hierbij de regierol. In 2024 is Amstelland Zorg getransformeerd tot coöperatie met zeggenschap voor alle leden via wijkvertegenwoordiging en overlegstructuren. Amstelland Zorg ondersteunt de leden op het gebied van ICT, praktijkvoering, HR en

programmamanagement.

Inbedding in regionale en landelijke opgaven

TERA30 sluit aan op het regioplan "Samen sterk voor een vitaal Amstelland" (2023) en het regiobeeld Amstelland-Meerlanden (2023), waarin onder andere preventie, ouderenzorg en digitalisering als strategische opgaven zijn benoemd.

Ook sluit TERA30 aan op andere regionale en bovenregionale plannen, zoals Fit for the Future (ziekenhuiszorg), NORA (ouderenzorg), en het GGZ Mentaal Gezondheidsnetwerk. De eerstelijnszorg moet mee kunnen bewegen om deze transformatieplannen te realiseren. TERA30 is een essentiële schakel, die bijdraagt aan één samenhangende regiobrede aanpak. De implementatie van TERA30 is randvoorwaardelijk om de beoogde doelstellingen vanuit het IZA programmaonderdeel 'Toekomstbestendige huisartsenzorg' te kunnen realiseren.

Positionering binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA)

TERA30 sluit inhoudelijk aan bij de doelen en uitgangspunten van het Integraal Zorgakkoord (IZA).

- Het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet;
- Regionale en/of landelijke herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes);
- De inzet van personeel;
- Vastgoed (virtueel organiseren).

De programma-aanpak van TERA30 volgt daarbij de systematiek van het IZA-transformatiekader: met duidelijke resultaatsdoelen, maatschappelijk onderbouwde impact, fasering, monitoring en contractuele borging.

1.5 Waarom TERA30 nú nodig is

We weten wat er nodig is om de eerstelijnszorg werkbaar en toekomstbestendig te houden. De druk op huisartsen neemt toe en tegelijk weten we dat het ook anders kan – slimmer, digitaal en beter afgestemd. TERA30 brengt die beweging op gang. Vanuit de praktijk, samen met de regio.

Wat TERA30 bijzonder maakt, is dat we niet inzetten op losse oplossingen, maar op drie samenhangende lijnen:

- We verbeteren het contact tussen patiënt en zorgverlener met multidisciplinaire triage in plaats van huisarts als enige ingang (T1)
- we richten de praktijkprocessen binnen de praktijk slimmer in (T2)
- en we versterken de samenwerking over domeinen heen (T3).

Digitaal contact tussen patiënt en zorgverlener

Veel praktijken zetten al stappen richting digitaal en hybride werken. De cijfers laten zien dat het werkt. Waar patiënten zelf afspraken kunnen plannen, uitslagen kunnen inzien of herhaalrecepten aanvragen, neemt de telefoondruk aantoonbaar af. In onze regio zien we een sterke samenhang: hoe meer online mogelijkheden, hoe lager de telefonische belasting. Praktijken winnen daarmee tijd en overzicht. Die ruimte komt ten goede aan de patiënt.

We zien ook dat digitale zelftriage helpt. Uit een eerder onderzoek naar Moet Ik Naar de Dokter blijkt dat dit gemiddeld leidt tot 11% minder contacten met de huisartsenpost én kortere gesprekken aan de telefoon. Ook in de dagpraktijk zijn die voordelen mogelijk. En met een uniforme communicatieoplossing voor de hele regio – ondersteund met IZA-middelen – maken we die overstap haalbaar voor iedereen.

Continuïteit van de huisartsenzorg door slimmer werken

De inrichting van de praktijk verdient aandacht. Veel zorgvragen kunnen anders afgehandeld worden. Maar dat vraagt iets van de teams, waar niet in elke praktijk

capaciteit voor is. Door te investeren in slimme taakverdeling en ondersteuning ontstaat ruimte. Dat betekent: meer rust in het rooster, meer consulttijd waar het nodig is en minder druk op de spreekkamer.

Landelijk zijn er al veel goede voorbeelden beschikbaar. TERA30 bouwt op die ervaringen – we gebruiken wat elders werkt, maar passen het aan op onze eigen schaal en praktijkrealiteit.

Samenwerken over domeinen heen

Geen enkele praktijk werkt op zichzelf. Goede zorg begint bij een sterke eerstelijns, maar vraagt ook om samenwerking met apothekers, wijkverpleging, GGZ, het ziekenhuis en het sociaal domein. Die samenwerking lukt alleen als we dezelfde taal spreken – en dezelfde systemen gebruiken.

Daarom investeren we met TERA30 in een gedeelde ICT-basis, gekoppelde werkprocessen en een gedeeld overzicht. Geen versnippering, maar afstemming. Geen eilandjes, maar netwerken. Landelijk groeit het inzicht dat regionale zorgnetwerken pas echt goed functioneren als informatie vlot uitgewisseld kan worden. Ook dat nemen we mee in onze infrastructuurkeuzes.

Waarom het werkt

De kracht van TERA30 zit in het geheel. We werken aan digitale toegankelijkheid, een werkbaar praktijkorganisatie én een verbonden regio. Niet los van elkaar, maar als één beweging. We laten ons inspireren door voorlopers waar digitale zorg de norm is en praktijkteams méér ruimte ervaren.

Tegelijk houden we het realistisch. We doen dit in het tempo van de regio, met oog voor verschillen tussen praktijken. En altijd met de patiënt en zorgverlener als vertrekpunt.

1.6 Waarom IZA-middelen

Voor de uitvoering van deze transformatie is inzet van IZA-middelen essentieel. De regio Amstelland bevindt zich in een brede, regionale beweging waarin meerdere domeinen gelijktijdig transformeren. Om effectief en gelijkwaardig mee te bewegen met dit collectieve transformatietempo is versnelling noodzakelijk. De opgaven vereisen in korte tijd stevige inzet op programmatische coördinatie, verandermanagement en implementatiekracht in de werkpraktijk. Zonder aanvullende ondersteuning zijn praktijken en partners onvoldoende in staat om deze transformatie binnen de gestelde tijdslijnen te realiseren. De inzet van IZA-middelen maakt het mogelijk om uniformiteit te realiseren en gezamenlijk de stap te zetten naar toekomstbestendige eerstelijnszorg in de hele regio.

Hoofdstuk 2

Het programma TERA30

2.1 Doelstelling van TERA30

Samen werken aan een toekomstbestendige eerste lijn

De urgentie om de eerstelijnszorg in Amstelland te transformeren is groot. Maar minstens zo groot is de gezamenlijke wil om zorg anders te organiseren. Zorgverleners, regiopartners en Amstelland Zorg delen de overtuiging dat fundamentele verandering noodzakelijk én mogelijk is. TERA30 brengt deze beweging bij elkaar in een integraal transformatieprogramma voor de eerstelijnszorg.

Het programma is ontworpen voor, door en met de regio. Multidisciplinaire samenwerking vormt het hart van de aanpak. Daarbij wordt niet gewerkt met tijdelijke projecten of vrijblijvende intenties, maar met een meerjarig uitvoeringsprogramma met duidelijke doelen, stappen en impact.

Hoofddoelstelling van TERA30

TERA30 beoogt de eerstelijnszorg in Amstelland structureel toegankelijk, toekomstbestendig en passend te organiseren – voor alle inwoners.

Het programma realiseert dit doel via vier concrete pijlers:

- **Ontlasting van zorgverleners en bijdragen aan werkgeluk** door taakherschikking, digitale ondersteuning en samenwerking;
- **Versterking van eigen regie bij patiënten** via zelfzorgtools, portalen en thuismonitoring;
- **Beschikbaar houden van passende zorg** door vervanging van fysieke consulten door hybride en digitale alternatieven;
- **Verbetering van netwerkzorg en samenwerking** door gedeelde ICT-infrastructuur.

De kern van TERA30 ligt in het realiseren van “waardevolle zorg op de juiste plek”, met oog voor kwaliteit, werkdruk, bereikbaarheid en maatschappelijke meerwaarde.

Drie transformatielijnen

De strategie van TERA30 is vertaald naar drie inhoudelijke transformatielijnen, elk gericht op een specifiek structureel knelpunt in de eerstelijnszorg:

- **Transformatie 1 – Slim en passend contact met de patiënt:** verbetering van de toegang tot zorg, via digitale triage, hybride consultvoering en zelfmanagement;
- **Transformatie 2 – Continuïteit van huisartsenzorg:** het borgen van bereikbaarheid en inzetbaarheid via gedeelde telefonie, waarneming en regionale planning;
- **Transformatie 3 – Multidisciplinair werken:** het versterken van samenwerking tussen disciplines via gedeelde infrastructuur, protocollen en overlegstructuren.

Alle drie de transformaties leunen op **één gedeelde digitale infrastructuur als ruggengraat**.

Elke lijn is gekoppeld aan concrete beloftes richting patiënten, professionals en partners. Samen vormen ze een samenhangend programma dat gericht is op de toekomst, maar met de voeten in de praktijk van vandaag.

2.2 Wat we gaan doen – de drie transformatielijnen binnen TERA30

Drie lijnen, één beweging

De transformatiestrategie van TERA30 bestaat uit drie inhoudelijke lijnen, elk gericht op een specifiek knelpunt in de eerstelijnszorg. Ze versterken elkaar via een gedeelde visie, een uniforme ICT-infrastructuur en een gezamenlijke leer- en uitvoeringsstructuur. Deze samenhang maakt integrale, toekomstbestendige zorg mogelijk; met meer regie en beter inzicht voor patiënten en werkbare oplossingen voor zorgverleners.

Transformatie 1 – Slim en passend contact met de patiënt

Deze eerste transformatielijn richt zich op het verbeteren van het eerste contactmoment tussen patiënt en praktijk. Juist op dit punt wordt bepaald of, en hoe/door wie, zorg geleverd wordt. Nu verloopt dat contact veelal telefonisch, wat zorgt voor piekdrukke bij assistenten en onnodige consulten in de spreekkamer. Tegelijkertijd komen chronisch stabiele patiënten, van wie de toestand goed onder controle is en die geen frequente of acute zorg nodig hebben, regelmatig langs, ook zonder medische aanleiding.

Om dit te verbeteren, kent deze lijn twee samenhangende onderdelen:

- De digitale voordeur (1A): een digitaal ondersteund toegangspunt voor patiënten, waarin zelftriage en advies beschikbaar zijn voordat contact met de praktijk nodig is. Triage vindt niet alleen plaats naar de huisartsenzorg, maar ook naar andere eerstelijns zorgverleners, sociaal domein of zelfzorg (bijvoorbeeld thuisarts.nl). Spraakgericht rapporteren wordt ingezet om de tijd van de huisarts zo efficiënt mogelijk te benutten.
- Digitale zorg voor chronisch zieken (1B): hybride consultvoering en thuismonitoring, waardoor fysiek contact alleen plaatsvindt als dat nodig is.

Beide onderdelen zorgen voor efficiëntere inzet van tijd, meer regie voor de patiënt en passende zorg. Ze worden ondersteund door aanpassingen in portalen, triagetools en het werkproces van de huisartsenzorg.

Transformatielijn 2 – Continuïteit van huisartsenzorg

Deze lijn versterkt de continuïteit van huisartsenzorg, juist in een regio waar personele capaciteit onder druk staat. Praktijken werken nu grotendeels autonoom, waardoor onder- en overcapaciteit niet gedeeld kunnen worden. Ziekte of verlof leidt zo tot knelpunten in bereikbaarheid of toegankelijkheid.

De aanpak richt zich op het organiseren van regionale samenwerking, ondersteund door digitale hulpmiddelen:

- Centrale telefonie en uniforme werkprocessen zorgen voor gedeelde bereikbaarheid.
- Business intelligence wordt ingezet voor capaciteitsplanning en voorspelling van waarnemingsvraag.
- Heldere afspraken over vervanging en piekbelasting maken het mogelijk om beter in te spelen op onvoorziene omstandigheden.

Zo kunnen praktijken onderling opvangen waar nodig, wordt waarneming structureel ondersteund en blijft zorg toegankelijk – ook als het even tegenzit.

Transformatielijn 3 – Multidisciplinair werken

De derde transformatielijn richt zich op het doorbreken van de huidige versnippering tussen zorgverleners. In Amstelland werken veel eerstelijns disciplines nog met eigen systemen, protocollen en structuren. Daardoor ontstaat onnodig dubbel werk, miscommunicatie en frustratie. Tegelijk wordt netwerkworg steeds belangrijker, zeker bij patiënten met complexe of meervoudige zorgvragen.

Deze lijn bouwt aan een gedeeld fundament voor samenwerking:

- Een centrale digitale werkomgeving (MS365, NIS/HIS, intranet) ondersteunt veilige communicatie en toegankelijke informatie.
- Protocolbeheer en standaardafspraken worden centraal geborgd.
- Teams krijgen scholing en begeleiding om digitaal en domeinoverstijgend te kunnen samenwerken.

Doel is dat zorgverleners daadwerkelijk als één team kunnen functioneren – ook als ze fysiek verspreid werken of uit verschillende organisaties komen.

Digitale ondersteuning als ruggengraat

Alle drie de transformaties leunen op één gedeelde, modulaire digitale infrastructuur:

- Uniform HIS/NIS-systeem voor datadeling;
- Portalen en dashboards voor patiëntcommunicatie;
- Regionaal platform (MS365) voor samenwerking;
- Dashboard voor monitoring, sturing en planning.

De ICT-infrastructuur wordt gefaseerd geïmplementeerd, met ondersteuning vanuit Amstelland Zorg en leveranciers. Deze digitale ruggengraat maakt schaalbaarheid, veiligheid en interoperabiliteit mogelijk.

Transformatie	Patiëntgroep	Interventie	Digitale ondersteuning
1. Slim en passend contact met de patiënt (multidisciplinair)	Patiënten met eenvoudige klachten of chronisch stabiele aandoeningen	Zelftriage, digitaal advies, hybride zorg, thuismeting	Digitaal portaal, triagetool, HIS-integratie, apps
2. Continuïteit van de huisartsenzorg	Alle ingeschreven patiënten, met name bij piekbelasting of uitval	Flexibele waarneming, centrale telefonie, regionale capaciteitsplanning	Centraal telefoonsysteem, BI-dashboard, MS365, regionaal HIS/NIS
3. Multidisciplinair werken	Patiënten met complexe of domeinoverstijgende zorgvragen	Geïntegreerde netwerkzorg, uniforme afspraken en protocollen	MS365, NIS, toekomstbestendige HIS, sociaal intranet, rapportagetools

Ruggengraat

Dashboards

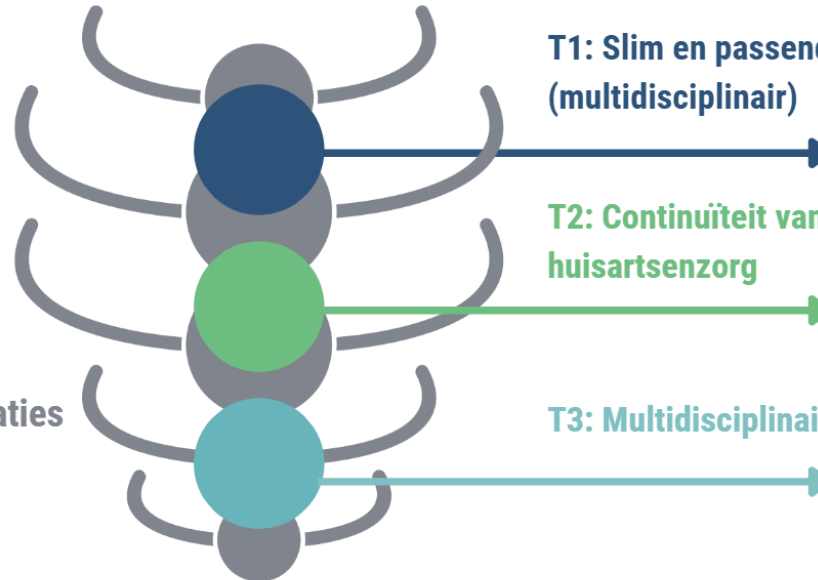
- XIS (bv HIS of NIS)



Digitale werkplek

MS 365

Single sign on applicaties



**T1: Slim en passend contact met de patiënt
(multidisciplinair)**



**T2: Continuïteit van de
huisartsenzorg**



T3: Multidisciplinair werken



2.3 Transformatie 1 | Slim en passend contact met de patiënt (multidisciplinair)

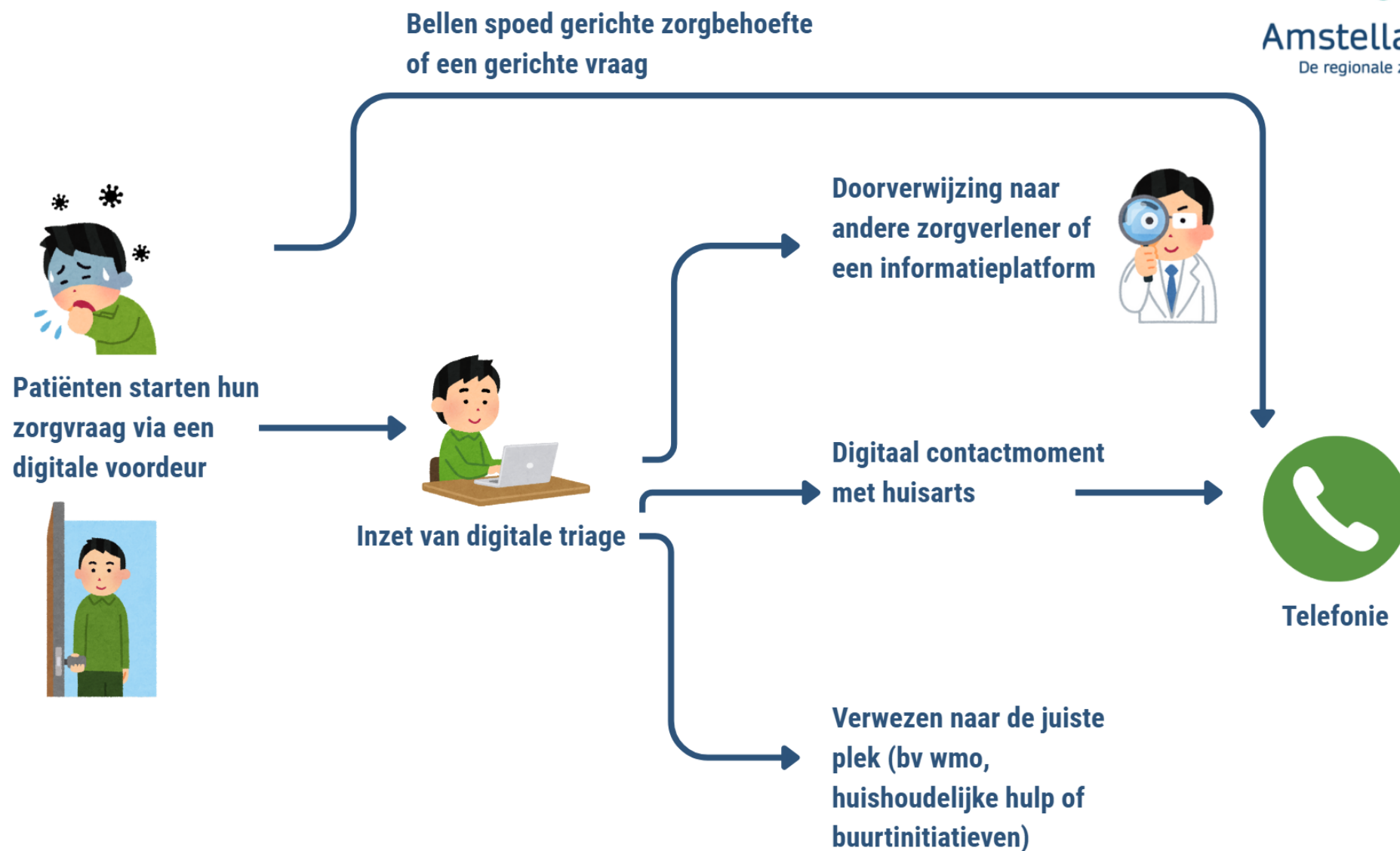
Element	Inhoud
Doel	Realiseren van efficiënter en passender eerste contact tussen patiënt en zorgverlener door inzet van digitale triage (1A) en hybride zorgmodellen (1B). Deze digitale voordeur is nadrukkelijk multidisciplinair van opzet. Het doel is niet alleen een betere toeleiding naar de huisartsenzorg, maar ook een slimmere verdeling van de zorgvraag over de hele eerste lijn. De triage kan dus ook leiden tot directe verwijzing naar bijvoorbeeld de apotheker, fysiotherapeut, diëtist of wijkverpleging – afhankelijk van de aard van de zorgvraag.
Interventies (projecten)	1. Aanpassing digitale toegang (portaal, praktijkwebsites, triagetools zoals Praat met de dokter). 2. Praktijken richten werkproces zo in dat patiënten eerst digitaal worden verwezen (bijv. via telefoonmenu's, webverwijzingen). 3. Identificatie patiëntgroepen voor zelfmanagement. 4. Inrichting van digitale communicatie (portaal-HIS-integratie). 5. Aanpassing werkprocessen van huisartsenzorg t.b.v. hybride zorg.
Huidige situatie	• Patiënten bellen vaak direct met de praktijkassistent. • Ook stabiele chronisch zieke patiënten komen routinematig fysiek op consult. • Sommige consulten zijn onnodig of inefficiënt. • Digitale alternatieven worden niet of beperkt benut.
Gewenste situatie	• Patiënten starten hun zorgvraag via een digitale voordeur (triage, advies, portaal). • Alleen bij een reële zorgbehoefte volgt een contactmoment. • Chronisch stabiele patiënten meten zelf thuis en communiceren digitaal; telefonisch of fysieke consulten zijn op maat.
Benodigde ICT	Portaal, triagetool, koppeling met HIS (UZO, MGN of alternatieven), dashboards voor monitoring, apps voor zelfmetingen, communicatieplatform voor huisartsenzorg.
Impact	• Minder onnodige consulten en telefoontjes. • Betere bereikbaarheid van de praktijk. • Meer regie voor patiënt. • Besparing op huisartsenzorg, diëtisten, fysio en apothekers capaciteit. • Verbetering van patiënttevredenheid en therapietrouw. • Effectievere inzet van andere preventieve zorg of welzijnszorg inzetten.
IZA-impactcriteria	Het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet; profielkeuzes; de inzet van personeel
Beoogde IZA-uitkomsten	• 7,7 FTE besparing in huisartsenpraktijken door digitale triage (1A). • 2,8 FTE besparing in huisartsenpraktijken door hybride zorg (1B). • Versterking van zelfzorg en inzet van digitale middelen. • Verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Transformatie 1A - Digitale triage



Amstelland Zorg

De regionale zorgverbinder

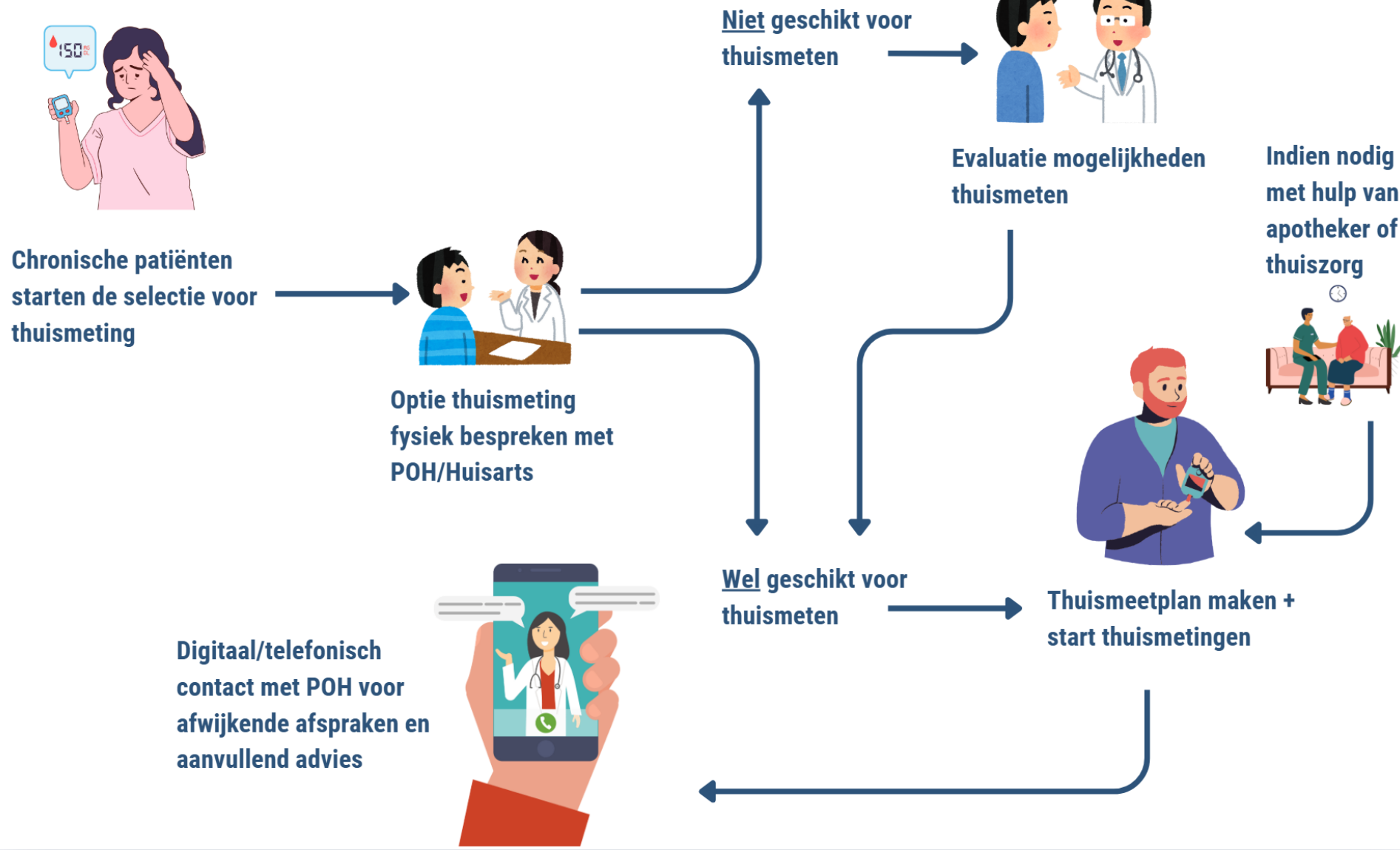


Transformatie 1B - Thuismeting



AmstellandZorg

De regionale zorgverbinder



2.4 Transformatie 2 | Continuïteit van de huisartsenzorg

Element	Inhoud
Doel	Waarborgen van continuïteit van huisartsenzorg door regionale waarneming, centrale telefonie en betere inzet van bestaande capaciteit via digitale samenwerking.
Interventies (projecten)	1. Businesscase opstellen voor centrale telefonie. 2. Analyse en herontwerp van werkprocessen die nodig zijn voor regionale samenwerking. 3. Implementatie van gekozen telefonie-oplossing en werkprocesaangepassing. 4. Inzet van BI-tools om waarnemingsvraag te voorspellen en capaciteitsplanning te optimaliseren.
Huidige situatie	• Huisartsen werken veelal autonoom en praktijkgebonden. • Overcapaciteit blijft onbenut, ondercapaciteit leidt tot druk op de zorg en uitval. • Geen centrale telefonie of uniforme werkwijze voor waarneming.
Gewenste situatie	• Praktijken werken regionaal samen bij ziekte, verlof en piekbelasting. • Er is één centrale telefoonstructuur met uniforme werkwijze. • BI-tooling maakt inzichtelijk waar waarneming nodig is.
Benodigde ICT	MS365, centraal telefoniesysteem, regionaal NIS/HIS, sociaal intranet, BI-dashboarding (capaciteitsanalyse & planning).
Impact	• Verbeterde bereikbaarheid en flexibiliteit. • Continuïteit van zorg ook bij ziekte of verlof. • Minder stress en werkdruk voor individuele praktijken.
IZA-impactcriteria	Het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet; profielkeuzes; de inzet van personeel; vastgoed (virtueel organiseren).
Beoogde IZA-uitkomsten	• 1,6 FTE besparing in huisartsenpraktijken door efficiëntere inzet en gedeelde capaciteit. • Arbeidsbesparing en behoud huisartsenzorgcapaciteit. • Versterking van regionale samenwerking en onderlinge vervanging. • Slimmer georganiseerde zorginfrastructuur.

Transformatie 2

Ondercapaciteit



Geen centrale telefonie



Overcapaciteit



Wat is er nodig?

Continuïteit van de
huisartsenzorg



Regionaal
samenwerken bij
verlof, ziek en piek



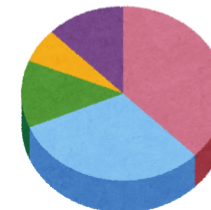
Centrale telefoonstructuur

Minder werkdruk bij
individuele praktijken



Verbeterde bereikbaarheid en
flexibiliteit van de
huisartsenzorg

BI-tooling voor
inzichtelijke
waarneming



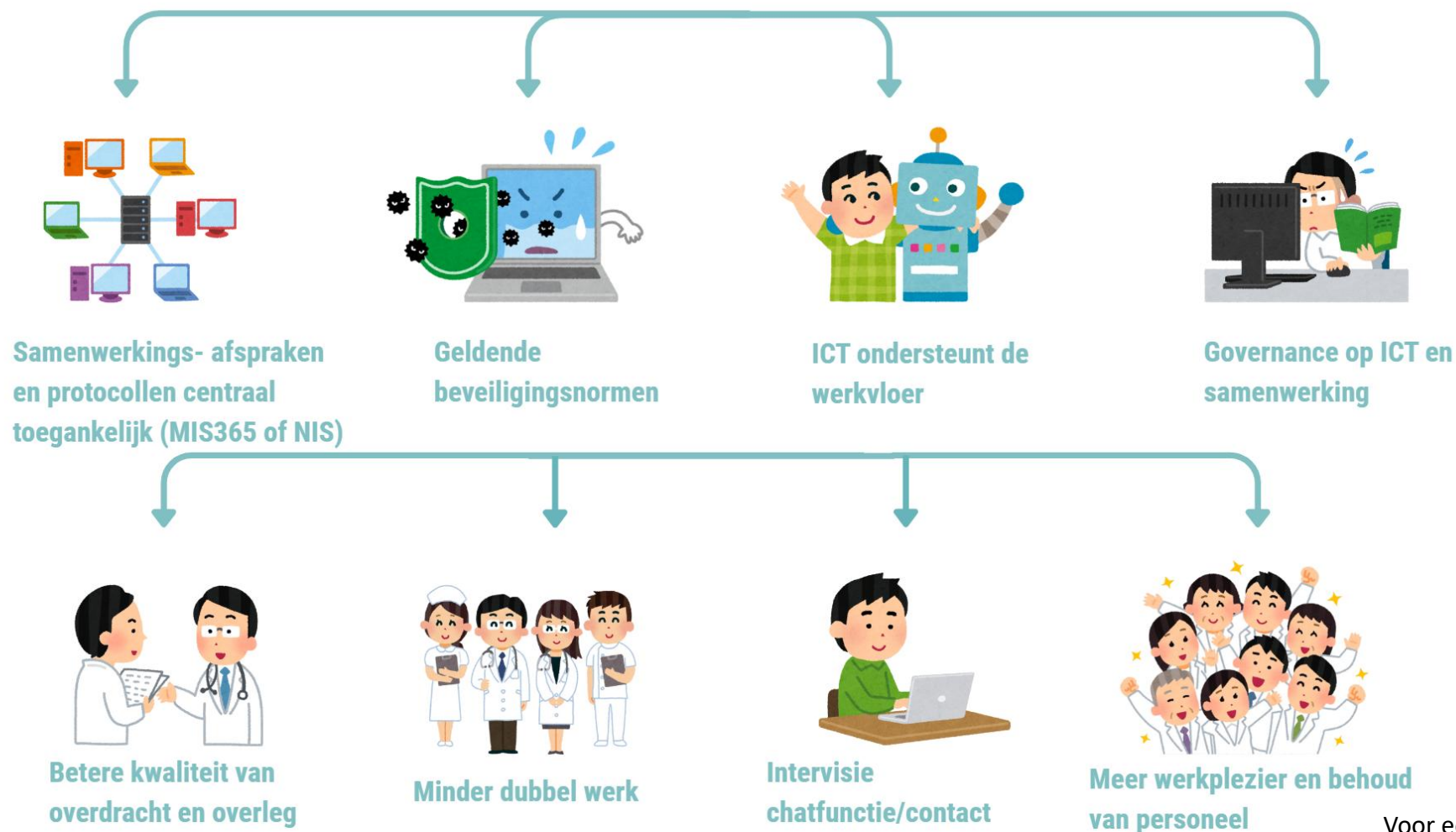
AmstellandZorg
De regionale zorgverbinder

2.5 Transformatie 3 | Multidisciplinair werken

Element	Inhoud
Doel	Structureel mogelijk maken van effectieve multidisciplinaire samenwerking door gedeelde ICT, heldere afspraken en ondersteunde werkprocessen.
Projecten	1. Implementatie MS365, sociaal intranet voor veilige en actuele communicatie. 2. Implementatie centrale dataopslag. 3. Scholing en begeleiding van teams om digitaal en multidisciplinair te werken. 4. Centrale inrichting van samenwerkingsafspraken (toegankelijk, up-to-date). 5. Ondersteuning bij naleving NEN7510/NIS2-normen. 6. HIS-implementatie en doorontwikkeling voor samenwerking en integrale zorg. 7. Doorontwikkeling van regionaal NIS, afgestemd op werkproces en informatiebehoefte. 8. Implementatie van regionaal NIS. 9. Monitoring en rapportage via HIS/NIS/BI-tools afgestemd op zorgverleners. 10. Governance en beheerstructuur voor alle ICT-oplossingen. 11. (Gezamenlijke) inkoop/beheer ICT op praktijkschaal waar wenselijk.
Huidige situatie	• Praktijken en disciplines werken met verschillende ICT-systemen (geen interoperabiliteit). • Samenwerkingsafspraken zijn versnipperd of ontbreken. • Er is geen centrale informatievoorziening of gedeeld platform.
Gewenste situatie	• Disciplines werken via een gedeeld MS365-/NIS-platform. • Afspraken zijn centraal toegankelijk. • Praktijken voldoen aan geldende beveiligingsnormen. • Er is governance op ICT en samenwerking. • ICT ondersteunt de werkvloer i.p.v. andersom.
Benodigde ICT	MS365, sociaal intranet, regionaal NIS, toekomstbestendig HIS, centrale documentenbibliotheek, rapportageplatforms, tooling voor zorgprocessen en samenwerking.
Impact	• Meer grip en overzicht in samenwerking. • Betere kwaliteit van overdracht en overleg. • Efficiëntere inzet van capaciteit binnen netwerken. • Minder dubbel werk, meer werkplezier.
IZA-impactcriteria	Het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet; profielkeuzes; de inzet van personeel; vastgoed (virtueel organiseren).
Beoogde IZA-uitkomsten	• 3,5 FTE besparing in praktijken door efficiëntere inzet en gedeelde capaciteit. • Structurele verbetering van samenwerking tussen zorgverleners. • Betere integrale ondersteuning van patiënten. • Stijging van kwaliteit en continuïteit van zorg. • Versterking van regionale zorgnetwerken.

Transformatie 3

Patiënt met complexe zorgvragen



Voor een nadere uitwerking, zie bijlage B

Inbedding in andere regionale transformatieplannen

Verhouding tot andere transformatieplannen	Onderlinge samenwerking	Onderling te maken afspraken (in proces)
Ouderengeneeskunde (NORA)	Samenwerking op de digitale component.	Regelmatig afstemmingsoverleg
Fit For the Future	Ziekenhuis Amstelland onderzoekt aansluiting bij het Medisch Service Center van de Amsterdamse ziekenhuizen voor thuismonitoring. Dit kan in de toekomst kansen bieden voor huisartsen om aan te sluiten.	Regelmatig afstemmingsoverleg
GGZ Mentaal gezondheidsnetwerk	Samenwerking op het gebied van digitale toepassingen en zelfhulpinstrumenten voor bewoners.	Regelmatig afstemmingsoverleg
Welzijn op recept	Afstemming nodig over de digitale voordeur: mogelijkheden voor versterking en verwijzingen naar o.a. welzijnscoach, ouderenadviseur en maatschappelijk werk. Digitale tools zoals het leefstijlroer/spinnenweb kunnen gedeeld worden via zelfmeetinstrumenten.	Regelmatig afstemmingsoverleg
Palliatieve zorg	Implementatie van het kwaliteitskader Palliatieve Zorg heeft impact op het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet en de inzet van personeel. Hiervoor is het realiseren van het veilig delen van informatie tussen zorgpartijen een belangrijke randvoorwaarde. Hiervoor is afstemming noodzakelijk.	Regelmatig afstemmingsoverleg

Hoofdstuk 3

Impact

3.1 De maatschappelijke businesscase: wat TERA30 oplevert

De transformaties van TERA30 brengen verandering op vele fronten. Niet alleen in systemen en processen, maar juist in wat mensen merken, voelen en ervaren: als patiënt, als professional en als organisatie die samenwerkt in de regio.

Dat is de kern van de maatschappelijke businesscase. Niet primair gestuurd op cijfers, maar op waarde die zich laat voelen in de praktijk. Een huisarts die weer tijd heeft voor de patiënten die het echt nodig hebben. Een patiënt die regie ervaart over zijn eigen gezondheid. Een praktijkteam dat het samen redt – ook in drukke tijden. Een regio die leert samenwerken in plaats van ieder voor zich.

3.1.1 Impact op burgers en patiënten – passende zorg, beter afgestemd

Patiënten ervaren als eersten de gevolgen van een zorgsysteem dat kraakt: wachttijden, herhaalde uitleg, moeite om contact te krijgen of telkens opnieuw hun verhaal te moeten doen. TERA30 pakt dit aan door de zorg dichterbij, toegankelijker en beter georganiseerd te maken.

Sneller en eenvoudiger toegang tot zorg

Dankzij digitale mogelijkheden kunnen patiënten met eenvoudige vragen snel en laagdrempelig contact zoeken met hun praktijk. Ze hoeven niet meer eindeloos te bellen of te wachten aan de lijn. Veel zorgvragen kunnen zij voortaan zelfstandig regelen – met behoud van keuzevrijheid voor fysieke contactmomenten wanneer dat wenselijk is.

Meer regie over het eigen zorgproces

Chronisch stabiele patiënten krijgen meer grip op hun gezondheid via zelfmonitoring, patiëntportalen en digitale communicatie. Patiënten worden actief betrokken in het beslissen over het hoe, waar en wanneer van hun zorg. Het gaat om zorg op maat, afgestemd op hun wensen en situatie.

Naadloze samenwerking rondom de patiënt

Zorg wordt geïntegreerd aangeboden. Tussen huisarts, paramedicus, wijkverpleging, GGZ, apotheek en ziekenhuis. Dankzij gedeelde informatie en gezamenlijke afspraken ontstaat er één verhaal – geen versnippering. De patiënt merkt dat zijn of haar zorgverleners met elkaar communiceren, samen plannen en afstemmen. Dat geeft vertrouwen.

Ruimte voor eigen keuzes

Hybride zorg zorgt voor meer keuzemogelijkheden. Wie digitaal geholpen wil worden, kan dat. Wie liever langskomt, blijft welkom. Deze flexibiliteit draagt bij aan een inclusieve en mensgerichte zorg. Minder onnodige reistijd, minder belasting voor mantelzorgers, minder regelwerk – en meer ruimte om als patiënt regisseur te zijn over je eigen zorgpad.

Aandacht voor wat echt telt

Ook in een efficiënter systeem blijft de mens centraal. De relatie met de zorgverlener verandert, maar verdwijnt niet. Praktijken nemen de tijd om patiënten goed te informeren over nieuwe vormen van zorg. Zo wordt verandering niet iets wat overkomt, maar iets wat samen gedragen wordt.

3.1.2 Impact op zorgverleners – meer ruimte, meer voldoening

De werkdruk in de eerstelijnszorg is hoog. Het personeelstekort neemt toe, de werkdag wordt steeds voller en de regeldruk blijft. TERA30 laat zien dat het anders kan. Door ruimte te maken voor vakmanschap, samenwerking en werkplezier.

Minder overbodig werk, meer tijd voor zorg

Repetitieve taken, herhaalde uitleg en administratieve verplichtingen kosten tijd en energie. Dankzij digitale triage, zelfservice en taakverschuiving ontstaat ruimte in het spreekuur. Die tijd kunnen zorgverleners besteden aan complexe vragen, coaching en het echte gesprek.

Meer grip op de werkdag

Door anders te plannen, beter te verdelen en samen te werken over praktijken heen, ontstaat rust. Teams kunnen elkaar ondersteunen bij uitval of piekbelasting. Waarneming wordt beter georganiseerd. Niet als lapmiddel, maar als onderdeel van het dagelijkse werkproces.

Zeggenschap en vertrouwen

Zorgverleners worden actief betrokken bij het ontwikkelen van nieuwe zorgpaden. Ze hebben invloed op hoe veranderingen vorm krijgen. Dat versterkt het gevoel van eigenaarschap en professionele ruimte. Niet werken volgens een centraal script, maar doen wat werkt in de eigen praktijk.

Samenwerken wordt eenvoudiger

Zorgverleners hoeven het niet alleen te doen. Dankzij betere ICT, duidelijke rollen en gezamenlijke afspraken is het makkelijker om samen te werken met andere disciplines. De onderlinge afstemming verloopt soepeler, het vertrouwen groeit en

er ontstaat ruimte voor echte interdisciplinaire samenwerking.

Leren en ontwikkelen met steun

Nieuwe manieren van werken vragen om nieuwe vaardigheden. Daarin staan professionals er niet alleen voor. Scholing, begeleiding en een leerklimaat maken deel uit van het programma. Veranderen wordt geen extra taak, maar onderdeel van het vak.

Werkgeluk als leidend uitgangspunt

Uiteindelijk draait het om voldoening: kunnen doen waarvoor je bent opgeleid. Zorg verlenen met aandacht, in balans met je privéleven, in een team waarin je ertoe doet. Dat is wat TERA30 wil herstellen – en toekomstbestendig maken.

3.1.3 Impact op organisatie en de rest van de zorgketen – samen sterker vooruit

De kracht van TERA30 zit ook in het systeem: de manier waarop praktijken samenwerken, middelen worden benut en processen zijn ingericht. De impact van het programma is structureel en raakt het hart van de regionale organisatie van de zorg.

Een gedeelde visie in plaats van versnippering

In de eerstelijns in de regio Amstelland zijn veel initiatieven en goede bedoelingen. TERA30 brengt ze samen onder één vlag. Met gedeelde doelen, gezamenlijke werkwijzen en een helder kader voor besluitvorming. Dat schept duidelijkheid en voorkomt dat ieder voor zich werkt aan dezelfde opgaven.

Slimmer organiseren zonder schaalvergroting

Het programma kiest niet voor centralisatie, maar voor afstemming. Praktijken behouden hun eigenheid, maar werken met gedeelde infrastructuur. Dat maakt samenwerken mogelijk zonder de voordelen van kleinschaligheid te verliezen. Standaarden worden gedeeld, maar toepassing blijft lokaal.

Meer veerkracht in de regio

De regio wordt beter bestand tegen toekomstige druk. Door samenwerking, uitwisseling en flexibele inzet wordt de eerstelijnszorg minder kwetsbaar. We bouwen aan een netwerk dat snel kan schakelen, samen kan leren en gericht kan verbeteren.

Toekomstbestendig zonder afbraak

TERA30 investeert in wat werkt. De beweging is gericht op versterken, verbinden en verbeteren. Dat geeft vertrouwen bij zorgverleners, bestuurders en patiënten. Samen bouwen we aan een regio waar de huisartsenzorg overeind blijft – en groeit

in betekenis.

Toekomstige rol van wijkverpleging

De wijkverpleging kan in de toekomst verbonden worden aan digitale triage en pijler multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast kan wijkverpleging mensen ondersteunen bij thuismetingen en het monitoren van de waarden. Ook zouden digitale hulpmiddelen, zoals de Compaan-tablet ingebed kunnen worden in een digitaal systeem.

Toekomstige rol van apothekers

De apothekers in Amstelland hebben de duidelijke ambitie om een bredere zorgrol te vervullen binnen TERA30. Zo kunnen zij bijvoorbeeld ondersteuning bieden bij thuismetingen voor patiënten die hier zelf niet toe in staat zijn. De apotheek is laagdrempelig toegankelijk, vaak zonder dat een afspraak nodig is. Dit maakt het mogelijk om snel en efficiënt vragen te beantwoorden over bijwerkingen of voorkeuren voor bepaalde merken.

Daarnaast denken apothekers actief mee over de ontwikkeling van protocollen, ook in samenwerking met de tweede lijn, en spelen zij een belangrijke rol in het signaleren van problemen richting het sociaal domein. Ook dragen zij bij aan oplossingen voor medicatietekorten, bijvoorbeeld via het APO-platform.

Tweedelijnszorg

Door verschuiving van chronische patiënten vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn is een fundamentele transformatie in de eerstelijnszorg noodzakelijk. Daarbij worden duidelijke regionale afspraken gemaakt over de inrichting en afstemming van de zorgprocessen, om continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen.

3.2 Financiële businesscase: investeren in transformatie, besparen op termijn

Het transformatieprogramma TERA30 richt zich op het toekomstbestendig organiseren van de eerstelijnszorg in regio Amstelland. In deze financiële paragraaf onderbouwen we waarom een tijdelijke investering nodig en gerechtvaardigd is, hoe deze zich verhoudt tot structurele baten in de regio en hoe de bekostiging na afloop van de transformatiefase geborgd wordt.

Urgentie en context

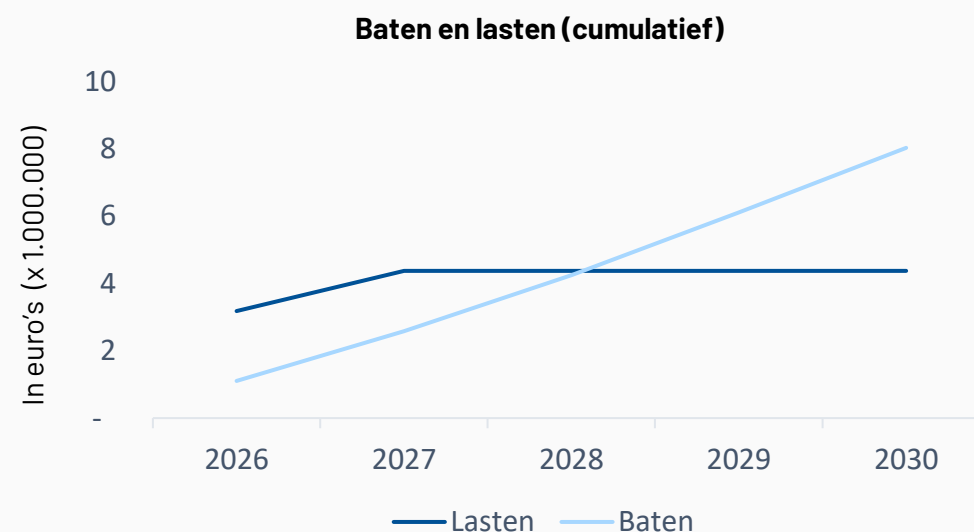
De druk op de huisartsenzorg in Amstelland neemt toe, onder andere door bevolkingsgroei, vergrijzing, complexe zorgvragen en een schaarste aan zorgprofessionals. Zonder interventie neemt de mismatch tussen vraag en aanbod in de komende jaren verder toe. De regio kan dit niet opvangen binnen de bestaande infrastructuur, werkwijzen en bekostiging. Een transformatie naar hybride zorgcontact, versterkte zelfzorg en betere samenwerking in de eerstelijns, is essentieel om de zorg toegankelijk, uitvoerbaar en betaalbaar te houden.

De businesscase toont aan dat TERA30 deze beweging mogelijk maakt: door gerichte investeringen in digitale infrastructuur, taakherschikking, regionale samenwerking en zelfmanagement realiseren we een omslag in de manier van werken. De effecten hiervan zijn duurzaam en overstijgen het programma.

Programmabegroting

Voor het realiseren van de transformatie is in totaal een investering van circa €5 miljoen over drie jaar (2025–2027) nodig. Deze middelen worden tijdelijk en uitsluitend ingezet voor de uitvoering van het transformatieprogramma.

De kosten zijn per transformatielijn (bijv. 1A, 1B, 2, 3) en per jaar uitgewerkt in het bijgevoegde Excelbestand.



Structurele baten en terugverdieneffecten

De baten van TERA30 liggen op meerdere niveaus: patiënt, professional, organisatie en maatschappij. De verwachte opbrengsten zijn op hoofdlijnen als volgt:

- Capaciteitswinst van minimaal 11 FTE per jaar in huisartspraktijken door inzet op digitale triage, e-health, hybride consultatie en betere organisatie. SeederDeBoer en Q-Consult hebben het huidige tekort aan huisartsen in de regio Amstelland geraamd op 13 FTE. Ook het tekort aan doktersassistenten en POH's ligt in dezelfde orde van grootte. Door de voorgestelde transformatie kan daarmee bijna een derde van het totale capaciteitsprobleem worden opgevangen.
- Afname van 15–25% in fysieke consulten bij stabiele chronische patiënten door inzet van zelfmanagement en monitoring.
- Efficiënter gebruik van praktijkruimte door substitutie naar thuis en digitaal, en door betere spreiding van de zorgvraag over de dag/week.
- Snellere toegang tot zorg en hogere patiënttevredenheid, wat leidt tot minder onnodige consultatie, herhaalbezoeken en klachten.

Op basis van berekeningen in de businesscase bedraagt de terugverdientijd van het programma 3 jaar, afhankelijk van het tempo van implementatie en adoptie (zie business case).

Geen sprake van dubbele bekostiging

De inzet van de IZA-transformatiegelden is tijdelijk, proportioneel en doelmatig. Er wordt een strikt onderscheid gemaakt tussen reguliere bekostiging en transformatiebudget. Alleen tijdelijke inzet voor programmamanagement, ICT-

ontwikkeling, adoptiebegeleiding, scholing en dubbele lasten wordt gefinancierd. De inzet van intern personeel voor deze transformatie wordt afzonderlijk geregistreerd en gemonitord. Structurele kosten vallen onder reguliere zorgcontractering. Iedere interventie wordt getoetst op effect, schaalbaarheid en proportionaliteit van middelen. Op deze manier waarborgen we doelmatige inzet van publieke middelen en creëren we structurele waarde voor de regio.

Borging na 2027

Na afloop van de transformatiefase (per 2028) worden de gerealiseerde werkwijzen en structuren overgenomen binnen de reguliere jaarcyclus van Amstelland Zorg en haar leden. Zie hiervoor hoofdstuk 5.4.

Hoofdstuk 4

Plan van aanpak

4.1 Hoe we dit aanpakken – principes van verandering

De aanpak van TERA30 kenmerkt zich door integraliteit, wendbaarheid en een sterke verbinding met de praktijk. We kiezen bewust voor een programmatische aanpak waarin alle transformatielijnen (digitale toegankelijkheid, zorg voor chronisch zieken, en samenwerking en capaciteit) in onderlinge samenhang worden ontwikkeld en geïmplementeerd. De kernprincipes van onze aanpak zijn hieronder toegelicht.

Alle thema's in samenhang

De uitdagingen in de eerstelijnszorg laten zich niet in afzonderlijke projecten oplossen. Digitale triage heeft alleen zin als de infrastructuur klopt en aangesloten zorgverleners er werkprocessen op kunnen aanpassen. Zelfmanagement versterkt pas echt als de zorgverleners goed zijn toegerust en de samenwerking in de keten is geborgd. Daarom worden de drie transformatielijnen gelijktijdig en in onderlinge samenhang ontwikkeld. De programma-aanpak zorgt voor samenhang, onderlinge versterking én bestuurbaarheid van het geheel.

Lerend en opschaalbaar

We werken volgens agile principes, waarbij we flexibel inspelen op veranderingen en continu leren van wat we doen. We implementeren gefaseerd, om het haalbaar te houden en goede begeleiding te kunnen bieden bij implementatie. Implementatie en evaluatie verlopen parallel, waarbij onderzoek en uitvoering bewust gescheiden zijn om focus en snelheid te behouden.

Monitoring als integraal onderdeel

De route is niet volledig in beton gegoten; het einddoel is helder, maar de weg ernaartoe vraagt om bijsturing. Daarom maken we monitoring en effectmeting

vanaf de start onderdeel van de aanpak. We meten niet alleen voortgang op KPI's, maar ook ervaringen van patiënten en zorgverleners en de samenwerking tussen partijen. Hiermee zorgen we dat we tijdig kunnen schakelen en de aanpak voortdurend kunnen aanscherpen.

Zorgprofessional in de lead

De grootste veranderingen vinden plaats op het niveau van de dagelijkse praktijk. Daarom zetten we de zorgprofessional centraal in het ontwerp en de uitvoering van de transformatie. De interventies worden ontwikkeld in co-creatie met apothekers, wijkcoördinatoren, huisartsen, assistenten, praktijkmanagers, praktijkondersteuners en paramedici die input geven op project. Er wordt gewerkt met heldere doelen, intensieve ondersteuning en voldoende mandaat om stappen te zetten. Zo ontstaat eigenaarschap en duurzame adoptie. Er zijn digicoaches die de digitale implementatie begeleiden.

Netwerkgerichte uitvoering

De transformatie van de eerstelijnszorg vraagt om samenwerking over domeinen heen. We hanteren het principe 'proudly copied from': we maken gebruik van goede voorbeelden uit de regio en elders, zonder het wiel opnieuw uit te vinden.

Binnen transformatielijn 1 betekent dit onder andere dat we triagekeuzes en digitale routes niet alleen ontwerpen vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk, maar juist ook in samenspraak met paramedici, wijkverpleging en andere betrokken disciplines. Zo bouwen we aan een regionaal zorgmodel waarin de juiste zorg op de juiste plek ook écht praktisch uitvoerbaar wordt.

Patiëntgeoriënteerde ontwikkeling

Passende zorg vraagt om het betrekken van de patiënt, niet pas bij evaluatie, maar vanaf het begin. Daarom wordt de patiënt via verschillende kanalen betrokken: via bestaande cliëntenraden, digitale panels, consultaties of samenwerking met ervaringsdeskundigen. We ontwerpen toepassingen en interventies vanuit het perspectief van de patiënt, en toetsen deze bij specifieke doelgroepen (zoals chronisch zieken of kwetsbare ouderen).

Partnerschap met zorgverzekeraars

De transformatie raakt aan inhoud én bekostiging. Samen met onze preferente zorgverzekeraar(s) werken we aan nieuwe vormen van contractering, monitoring en opschaling. Ook maken we afspraken over het borgen van structurele financiering na afloop van het programma. Dit vraagt een stevig partnerschap gebaseerd op vertrouwen, transparantie en gezamenlijke doelen.

Duurzame samenwerking als uitgangspunt

TERA30 is méér dan een optelsom van projecten. Het is een groeimodel naar duurzame samenwerking in de regio. We investeren daarom niet alleen in inhoud, maar ook in het verbeteren van de samenwerking zelf. Binnen elke werkgroep en op programmaniveau wordt de kwaliteit van samenwerking geëvalueerd. We monitoren medewerkersbetrokkenheid, tevredenheid over samenwerking en de werkbaarheid van nieuwe zorgpaden. Op basis daarvan sturen we actief bij.

Daarnaast vinden wij het belangrijk dat de keuze voor de gemaakte applicatie past in de regionale architectuur. Wij zullen daarom actief samenwerken met het netwerk bij het maken van keuzes.

Zorgprocessen

De succesvolle realisatie van TERA vraagt om gerichte sturing op de inhoudelijke vernieuwingsopgaven binnen de eerstelijnszorg, met specifieke aandacht voor de domeinen preventie, integrale zorg, ouderenzorg, ketenzorg en GGZ. Deze domeinen worden aangestuurd door een inhoudelijke programmamanager. De projectleiders zorgen voor inhoud afstemming met de programmamanagers. Deze rol is strategisch van aard en gericht op het borgen van inhoudelijke kaders, afstemming met ketenpartners, bewoners en vertaling van landelijke richtlijnen (zoals de Visie Eerstelijnszorg 2030) naar de regionale praktijk. Zorgprocessen zullen worden aangepast in deze werkgroep en vastgesteld door de stuurgroep. Elke twee weken zitten zij bij elkaar om te zorgen dat er aansluiting is. Daarnaast stemmen projectleiders af met de coördinatoren van de wijksamenwerkingsverbanden en regionale samenwerkingsverbanden voor draagvlak en input.

Verandermanagement

Voor de uitvoering van het verandermanagement worden projectleiders ingezet, waaronder specifiek een projectleider RESV (Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden) voor de integratie en opschaling van wijkgerichte samenwerking. Daarnaast worden wijkcoördinatoren, digicoaches en praktijkmanagers extra ingezet om professionals op de werkvloer te begeleiden bij nieuwe werkwijzen, digitale toepassingen en hybride zorgprocessen. De inzet van deze functionarissen is cruciaal om de zorg dichtbij, geïntegreerd en digitaal ondersteund te organiseren.

Communicatie

Transparante en consistente communicatie is van groot belang om het veranderproces breed gedragen te krijgen, zowel bij professionals als bij inwoners. Hiervoor is een interne projectleider communicatie verantwoordelijk, ondersteund door een projectmedewerker. Zij verzorgen de interne en externe informatievoorziening, waaronder nieuwsbrieven, informatiemateriaal, regiobrede updates en de inrichting van een toegankelijke website. Doel is het versterken van de betrokkenheid van zorgverleners en het creëren van vertrouwen en bekendheid bij inwoners over de veranderingen in de eerstelijnszorg.

Jurist en Functionaris Gegevensbescherming

Gezien het integrale karakter van het programma en het werken met gevoelige (patiënt)gegevens, is juridische expertise noodzakelijk. Een extern jurist wordt ingezet voor het opstellen en toetsen van contracten, samenwerkings- en gegevensverwerkersovereenkomsten. Daarnaast wordt een externe Functionaris Gegevensbescherming ingeschakeld om toezicht te houden op de naleving van de AVG en andere relevante privacywetgeving. Deze borging is cruciaal bij de implementatie van één regionaal HIS/NIS en bij de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners.

4.2 Fasering en werkwijze

Het transformatieprogramma TERA30 hanteert een gefaseerde aanpak, gebaseerd op agile principes, waarin voortschrijdend inzicht, opschaling en borging hand in hand gaan. Elke transformatielijn kent eigen interventies die worden ontwikkeld in kortcyclische sprints van circa één maand. Binnen elke fase wordt gewerkt aan een afgebakend pakket van activiteiten. De doorstroom naar de volgende fase vindt alleen plaats als aan vooraf gedefinieerde criteria is voldaan. Hiermee borgen we uitvoerbaarheid, resultaatgerichtheid én duurzaamheid.

Binnen TERA30 wordt actief geëxperimenteerd met vormen van lerend samenwerken. Via intervisie over leermomenten en bijeenkomsten met voorlopers (early adopters) creëren we een feedbackloop waarin het programma zichzelf voortdurend verbetert.

Het programma is opgebouwd uit drie hoofdfasen:

Fase 1: Initiatie en voorbereiding (Q3 2025)

- Start inrichting programmateam, projectstructuur en ondersteunende processen.
- Afstemming en commitment van partners, inclusief samenwerkingsovereenkomsten.
- Koppeling met andere regio-initiatieven (o.a. ROAZ, GGZ, sociaal domein).
- Inrichten monitoring en start nulmetingen per transformatielijn.

Fase 2: Implementatie (Q4 2025 – Q4 2026)

- Stapsgewijze implementatie per transformatielijn op basis van lokale projectplannen.
- Uitrol digitale infrastructuur, scholingslijnen en werkinstructies.
- Pilotprojecten, lerende evaluaties en terugkoppeling naar programmastructuur.
- Monitoring van KPI's, voortgang op deliverables en tussentijdse rapportages.

Fase 3: Verankering en opschaling (2027)

- Structurele inbedding van werkwijzen in reguliere bekostiging en werkprocessen.
- Borging in samenwerkingsafspraken, jaarplannen en contractcyclus met zorgverzekeraar.
- Doorontwikkeling en opschaling van succesvolle interventies.
- Aantonen van behaalde resultaten via maatschappelijke en financiële effecten.

Elke deelproject heeft een eigen implementatielijn met een projectleider, eigen deliverables en go/no-go momenten. Projectleiders rapporteren aan het centrale programmateam.

Transformatie 1 – Contact tussen patiënt en zorgverlener

- Fase 1 (jaar 1): selectie en inrichting van digitale triageoplossingen; aanpassing van telefoonmenu's en websites; instructie patiënten.
- Fase 2 (jaar 2): implementatie bij overige praktijken; evaluatie gebruik en tevredenheid; opschaling thuismeting en hybride consultvoering.
- Leerstrategie: via gebruikersfeedback, monitoring van telefoondruk, consultvolume en patient journey analyses.

Transformatie 2 – Continuïteit van de huisartsenzorg

- Fase 1: opstellen businesscase centrale telefonie; inventarisatie werkprocessen en draagvlak; verkenning gedeelde planningstools; pilots met waarnemingsstructuren.
- Fase 2: implementatie gekozen telefonieoplossing; inrichting BI-dashboard voor waarnemingsvraag; regionalisering waarnemingsafspraken.
- Leerstrategie: door monitoring van bereikbaarheid, uitvalreductie, en feedback op inzet en werkdruk.

Transformatie 3 – Multidisciplinair werken

- Fase 1: inrichting van sociaal intranet, gezamenlijke opslag en protocolbeheer via MS365; selectie HIS/NIS-combinaties voor samenwerking; vormgeving samenwerkingsafspraken.
- Fase 2: training van teams; implementatie in de praktijken; doorontwikkeling NIS op basis van praktijkervaringen.
- Leerstrategie: via evaluaties in MDO's, navraag bij gebruikers over werkbaarheid en digitale samenwerking.

4.3 Programmastructuur

Programmamanagement

Om de transformatie naar een toekomstbestendige, multidisciplinaire eerstelijnszorg in de regio Amstelland effectief te realiseren, is een sterke en professionele programmatische sturing noodzakelijk. Hiervoor wordt een centrale programmastructuur ingericht die zorgdraagt voor verbinding, coördinatie, governance en kwaliteit binnen de uitvoering van het transformatieprogramma TERA.

Daarom wordt er in 2025 een robuuste en gedragen programmaorganisatie ingericht. Deze organisatie is bedoeld om de uitvoering van het programma inhoudelijk, procesmatig en bestuurlijk te borgen, met duidelijke rollen, verantwoordelijkheden en besluitvormingslijnen. De programmaorganisatie, inclusief stuurgroep, programmateam en werkgroepen wordt verder uitgewerkt door het beoogde programmateam. Het definitieve voorstel wordt voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering (ALV) van de betrokken coöperaties. Formele goedkeuring door de stuurgroep uiterlijk 31 november 2025.

Daarnaast wordt er een implementatieplan vastgesteld door het programmateam, waarin concrete acties, planning, verantwoordelijkheden en middelen staan beschreven. Deze wordt goedgekeurd door de stuurgroep uiterlijk 31 december 2025.

Verbinding met de lijn en contractering

De programma-aanpak wordt bewust uitgevoerd buiten de reguliere lijnstructuur, maar in nauwe samenwerking ermee. De resultaten van het programma worden na implementatie overgedragen aan de reguliere werkstructuren van Amstelland Zorg en aangesloten organisaties. Bekostiging en contractering worden parallel ontwikkeld, zodat er geen afhankelijkheid ontstaat van incidentele inzet. Dit zorgt voor een stabiele borging van resultaten.

Escalatie en besluitvorming

Elke interventie kent heldere escalatielijnen. Indien een team of thematrekker knelpunten ervaart, wordt opgeschaald naar het programmateam. Bij strategische keuzes, besluitvormingsvragen of budgettaire impact wordt de stuurgroep betrokken. Op die manier blijft het eigenaarschap op de juiste plek én kan snel worden gehandeld als dat nodig is.

Het programmateam

De programmamanager is eindverantwoordelijk voor de algehele aansturing van het transformatieproces. Zij bewaakt de voortgang, borgt de aansluiting bij de IZA-doelstellingen, stuurt op samenhang tussen de projectlijnen en onderhoudt het bestuurlijke netwerk met ketenpartners, inclusief de coördinerend zorgverzekeraar.

Daarnaast vervult de programmamanager de rol van informatiearchitect binnen het programma. In deze rol is zij verantwoordelijk voor de regie op de informatiekundige samenhang van de transformatie, waaronder de inrichting van een gedeelde digitale infrastructuur, gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en de aansluiting op landelijke standaarden (zoals MedMij en VIP-programma's). Dit betekent dat zij sturend is in het realiseren van een geïntegreerd HIS/NIS-systeem, de interoperabiliteit tussen systemen bewaakt en de kaders formuleert voor gegevensbeheer, governance en dataveiligheid. Als informatiearchitect zorgt zij ervoor dat digitale en informatiestromen ondersteunend zijn aan de gewenste nieuwe werkwijzen in de eerstelijns en dat deze aansluiten bij de regionale digitaliseringsagenda en landelijke doelstellingen voor digitale zorg.

Deze gecombineerde rol versterkt de integraliteit van de aanpak en voorkomt versnippering in de uitvoering van de digitale en inhoudelijke transformatielijnen.

De projectleider en testcoördinator is verantwoordelijk voor de operationele uitvoering van deelprojecten binnen het programma, onder meer op het gebied van hybride zorgpaden, implementatie van digitale middelen (zoals een geïntegreerd HIS/NIS) en het vormgeven van samenwerking over de disciplines heen.

De CMIO waarborgt de medisch-inhoudelijke kwaliteit en veiligheid van de digitale componenten. De CMIO vervult tevens een verbindende rol tussen zorgverleners en ICT-leveranciers en draagt bij aan de acceptatie van digitale toepassingen door zorgprofessionals.

Portfolio-overleg en go/no-go momenten

De voortgang wordt gestuurd via een cyclisch portfolio-overleg, waarin per kwartaal wordt beoordeeld:

- of mijlpalen zijn bereikt;
- of KPI's voldoende voortgang tonen;
- of bijstelling of pauzering nodig is.

Per transformatielijn zijn expliciete go/no-go-momenten opgenomen op basis van criteria zoals implementatiegraad, gebruikerstevredenheid en ICT-gereedheid.

Belangrijke risico's worden gemitigeerd via scholing, communicatie, contractmanagement en fallback-opties bij ICT-problemen.

Orgaan	Rol
Stuurgroep	Bestuurlijke regie, besluitvorming, escalatie
Programmateam	Inhoudelijke afstemming transformatielijnen, ICT, communicatie, data, coördinatie
Werkgroepen T1-T3	Ontwerp, uitvoering, monitoring, bijsturing
ALV Amstelland Zorg	Strategische toetsing, vaststelling jaarplannen

4.4 Monitoring, KPI's en mijlpalen

Monitoring is een integraal onderdeel van het programma TERA30. Het maakt zichtbaar of we daadwerkelijk de transformatie realiseren die we beogen en biedt handvatten voor bijsturing, opschaling of heroverweging. We meten voortgang en impact op drie niveaus: interventie, transformatielijn en programma als geheel. Daarbij staat het principe van de quadruple aim centraal: wat is de impact op de patiënt, professional, organisatie en regio?

Meetdoelen en uitgangspunten

De monitoring is gericht op het beantwoorden van drie hoofdvragen:

- Doen we wat we hebben afgesproken?
 - (realisatie van KPI's en implementatie-acties)
- Bereiken we de beoogde effecten?
 - (op werkdruk, zorggebruik, zelfredzaamheid, samenwerking, etc.)
- Is de werkwijze bruikbaar en schaalbaar?
 - (gebruikservaringen, belemmeringen, overdraagbaarheid)

We combineren daarbij kwantitatieve data (KPI's) met kwalitatieve inzichten (verhalen, ervaringen). Monitoring vindt plaats in elke fase: van nulmeting tot en met evaluatie na opschaling.

Monitoring per interventie

Iedere interventie kent een eigen monitoringsplan met:

- KPI's op resultaat (bijv. afname fysieke consulten, toename digitaal gebruik)
- KPI's op proces (gebruik, bereik, tevredenheid)
- Basismetings (nulmeting), voortgangsmeting en eindmeting
- Verantwoordelijke rol (team + dataspecialist)

Bij doorgroei van fase naar fase (zoals van pilot naar opschaling) is een toetsmoment ingebouwd op basis van deze data.

Monitoring op programmaniveau

Op programmaniveau worden resultaten geaggregeerd tot impactrapportages. Hierbij meten we onder andere:

- Zorggebruik: reductie in fysieke zorg, voorkomen van verwijzingen, substitutie
- Personeel: verminderde werkdruk, toename inzet POH's, taakherschikking
- Profiel en samenwerking: versterking ketensamenwerking, benutting netwerkcapaciteit
- Data worden verzameld via praktijkinformatiesystemen (HIS/NIS), portalen, dashboards, evaluaties, gesprekken en sessies.

De programmamanager coördineert de monitoring, in samenwerking met dataspecialisten van Amstelland Zorg en deelnemende organisaties.

Lerende cyclus en transparantie

Monitoring is geen vinklijst, maar een lerend proces. Bevindingen uit de monitoring worden gedeeld in:

- Tweemaandelijks voortgangsrapportages
- Lerende sessies met teams, thematrekkers en betrokken professionals
- Portfolio-overleg en bestuurlijke besluitvorming
- Jaarlijkse impactrapportage per lijn

Hierdoor ontstaat een continue verbetercyclus waarin inzichten direct worden toegepast op de praktijk.

Verbinding met governance

Monitoring is nauw verweven met de programmastructuur: voortgangdata vormen de input voor Go/No-Go-besluiten in de stuurgroep, bijstelling van interventies in teams en het bespreken van trends in het portfolio-overleg. De resultaten dragen ook bij aan verantwoording richting zorgverzekeraars, VWS en andere betrokken financiers.

Hoe we succes definiëren: onze KPI-systematiek

TERA30 heeft als doel om zorg structureel anders te organiseren. Om te kunnen sturen, leren en verantwoorden, is een heldere set indicatoren nodig. De KPI-systematiek binnen TERA30 is opgebouwd rond drie functies:

- Inzicht geven in voortgang van implementatie en samenwerking;
- Beoordelen van effect op zorggebruik, personeel en infrastructuur;
- Stimuleren van leren en verbeteren in de uitvoering.

In de huidige fase ligt de nadruk op inspanningsgerichte KPI's: zijn de randvoorwaarden op orde, zijn werkstructuren ingericht, worden processen aangepast, en is de infrastructuur functioneel?

De gekozen KPI's zijn afgestemd op de drie transformatielijnen en sluiten aan op de doelen van het Integraal Zorgakkoord.

Wat we meten: indicatoren per transformatielijn en per IZA-doel

De KPI's binnen TERA30 zijn gecategoriseerd naar inhoudelijke lijn en programmatische randvoorwaarde. De KPI's zijn te vinden in de bijlage.

De monitoring vindt plaats op basis van vier bronnen:

1. **KPI-rapportages per lijn** (tweejaarlijks)
2. **Narratieve feedback** via interviews, sessies en praktijkobservaties
3. **Data uit digitale infrastructuur** (gebruik, doorlooptijd, bereik)
4. **Evaluatierapporten per projectfase**

4.5 Gelijkgerichtheid en bestuurlijk commitment: we doen dit samen – op alle niveaus

Een succesvolle transformatie vergt niet alleen een inhoudelijk doordacht programma, maar ook bestuurlijke rugdekking en uitvoerende afstemming bij alle betrokken partijen. In TERA30 is vanaf de start ingezet op gelijkgerichtheid: het gezamenlijk vaststellen van doelen, het maken van bindende afspraken over inzet en uitvoering, en het delen van risico's en opbrengsten. Deze samenwerking is geborgd door de multidisciplinaire opzet van Amstelland Zorg, met vertegenwoordiging van alle disciplines. Tevens is er een nauwe relatie met de zorgverzekeraar. Door deze lijn consequent door te trekken, voldoen we aan de eisen van het IZA-beoordelingskader.

Gelijkgerichtheid in strategie en uitvoering

De inhoudelijke doelstellingen van TERA30 (toegankelijkheid, samenwerking, passende zorg) zijn gezamenlijk vastgesteld door huisartsen, eerstelijnsorganisaties, Amstelland Zorg en de preferente zorgverzekeraar en dankzij het volgebeleid ook de overige zorgverzekeraars. Alle betrokken partijen herkennen de urgentie en onderschrijven de aanpak.

Gedeelde monitoring en gezamenlijke verantwoording

De monitoring en rapportage zijn zodanig ingericht dat alle partijen zicht houden op voortgang, knelpunten en impact. De uitkomsten worden gedeeld en besproken in de stuurgroep en het portfolio-overleg. Twee keer per jaar sluit de zorgverzekeraar aan bij dit overleg. Dit versterkt het vertrouwen en maakt bijsturing mogelijk vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

4.6 Communicatie en adoptie: iedereen mee in de beweging

De beweging die TERA30 beoogt, raakt aan de kern van hoe zorg georganiseerd, geleverd en beleefd wordt in de regio Amstelland. Om van transformatie naar transitie te komen, is een doordachte aanpak nodig op het gebied van communicatie, adoptie en gedragsverandering. Deze paragraaf beschrijft hoe we zorgprofessionals, organisaties, bestuurders en inwoners betrekken bij het programma en hoe we zorgen voor draagvlak, herkenbaarheid en eigenaarschap in alle fasen van de uitvoering.

Veranderkundige uitgangspunten

De aanpak van TERA30 is gebaseerd op drie principes uit verandermanagement:

- Betrokkenheid vanaf de start

Geen interventie wordt 'opgelegd' vanuit het programma: zorgprofessionals zijn actief betrokken in het ontwerp, de pilot en de evaluatie. Verandering ontstaat alleen als mensen het snappen, willen én kunnen doen.

- Eén beweging, verschillende tempo's

Iedere organisatie en professional kent zijn eigen tempo. Daarom werken we met een lerende aanpak, waarin voorhoedepraktijken ruimte krijgen om te experimenteren en anderen kunnen aansluiten zodra het past.

- Verbinding van hoofd én hart

We onderbouwen onze keuzes met data en maatschappelijke baten, maar zetten net zo sterk in op beleving, praktijkervaringen en concrete verhalen. Mensen raken niet geïnspireerd door cijfers, maar door collega's die het al doen.

Doelen van communicatie en adoptie

De communicatie- en adoptiestrategie is gericht op:

- Het creëren van herkenbaarheid en urgentiebesef rond de doelstellingen van TERA30;
- Het ondersteunen van organisatie- en gedragsverandering bij zorgprofessionals;
- Het opbouwen van vertrouwen in het programma en de resultaten;
- Het versterken van regionale samenwerking en kennisdeling;
- Het zichtbaar maken van impact richting financiers, patiënten en inwoners.

Interne communicatie – in de regio

We richten ons in de interne communicatie op zorgverleners, praktijkteams, management, samenwerkingsverbanden en ketenpartners. Belangrijke kanalen en middelen:

- Nieuwsbrief TERA30 (maandelijks): updates per lijn, interviews, cijfers.
- Startbijeenkomst en roadshows in praktijken: inspiratie en toelichting.
- Toolkits per interventie: werkprotocollen, uitleg, FAQ's, instructies.
- Leernetwerken en themasessies: kennisdeling en gezamenlijke reflectie.
- Praktijkambassadeurs: voorlopers die ervaringen delen met collega's.

Externe communicatie – naar inwoners en stakeholders

Extern richten we ons op andere zorgverleners, patiënten(vertegenwoordigers), inwoners, zorgverzekeraars, gemeenten. Doel is om transparant te communiceren over de beweging, resultaten en waarde van TERA30. Middelen:

- Publieke landingspagina op de website van Amstelland Zorg.
- Visuele samenvatting van voortgangresultaten.
- Participatie van inwoners via cliëntenraden, panels of ervaringsdeskundigen.
- Position papers of voortgangsbrieven richting beleidsmakers en financiers.

Externe communicatie – regionale samenwerkingen

We zijn aangesloten bij Siga. De programmamanagers zijn betrokken bij de regionale thematafels. Daarnaast brengt de bestuurder van Amstelland Zorg het plan in bij de bestuurlijke thematafel.

Verantwoordelijkheid en uitvoering

De uitvoering van de communicatiestrategie ligt bij de projectleider communicatie. Elke werkgroep heeft een vaste linking pin naar de projectleider. Daarnaast wordt gewerkt met 'change agents' in de regio: zorgprofessionals die collega's meenemen in de verandering.

De communicatiestrategie wordt tweemaal per jaar geëvalueerd en – waar nodig – aangepast op basis van input uit de praktijk en voortgang van het programma.

Hoofdstuk 5

Randvoorwaarden

5.1 Risico's en beheersmaatregelen

De uitvoering van TERA30 brengt, zoals elk verandertraject, risico's met zich mee op het gebied van capaciteit, ICT, adoptie en samenwerking. Deze risico's zijn in kaart gebracht en worden actief gemonitord.

Deze risico's zijn onderdeel van het portfolio-overleg en worden vastgelegd in een dynamische risicolog.

Risico	Maatregel
Vertraging in ICT-implementatie	Gefaseerde uitrol, fallback-opties, leverancierscontracten
Weerstand in de werkpraktijk	Co-creatie, train-de-trainer, betrokkenheid WSV's en POH's
Onvoldoende participatie van praktijken	Heldere incentives, extra ondersteuning, peer-support
Tekort aan projectcapaciteit	Inzet ervaren projectleiders, afbakening taken, inzet externe experts
Juridische of bekostigingstechnische knelpunten	Afspraken in convenant, borging via Amstelland Zorg en zorgverzekeraar

5.2 Financiële uitgangspunten

De transformatiegelden worden uitsluitend ingezet voor tijdelijke kosten die noodzakelijk zijn voor de verandering. Er is een strikt onderscheid gemaakt tussen reguliere bekostiging en transformatiekosten.

Gedekt uit IZA-transformatiegelden:

- Programmamanagement en ondersteuning
- Inrichting en uitrol digitale infrastructuur
- Scholing en communicatie
- Dubbele inzet in overgangsfasen

Gedekt uit reguliere bekostiging:

- Structurele personeelsinzet voor reguliere zorg
- Gebruikskosten bestaande infrastructuur
- Standaardprestaties in segment 1

Deze uitgangspunten zijn geborgd in de begroting (bijlage) en zijn getoetst op doelmatigheid en proportionaliteit.

Er vindt geen dubbele bekostiging plaats.

5.3 Contractering en cofinanciering

De uitvoering van TERA30 wordt gefinancierd via IZA-transformatiegelden in combinatie met inzet en middelen van regionale partijen. Dit is met de preferente zorgverzekeraar afgestemd.

Afgesproken is:

- Segment 2-afspraken vormen de basis voor implementatie en opschaling, aangevuld met middelen uit het IZA transformatiefonds (tot en met 2027)
- Contractering wordt jaarlijks afgestemd met Amstelland Zorg en haar leden
- Cofinanciering vindt deels plaats in natura (uren, inzet, infrastructuur)
- Realisatieovereenkomsten of intentieverklaringen per partij worden vastgelegd

5.4 Duurzame borging na 2027

De interventies die in TERA30 worden gerealiseerd, worden na afloop van het programma structureel ingebed in de lijnorganisatie en reguliere financieringsstructuren. Concreet betekent dit:

- Overdracht naar praktijkstructuren via Amstelland Zorg en partners
- ICT-systemen worden centraal beheerd en onderhouden
- Prestatiemodellen worden afgestemd met zorgverzekeraar
- Scholing, datadeling en werkprotocollen worden opgenomen in de jaarcyclus

De evaluaties van implementaties bepalen welke elementen als standaard worden voortgezet. Deze borging wordt gemonitord tot minimaal één jaar na de looptijd.

Financiering vindt plaats vanuit de reguliere contractering.

Hoofdstuk 6

Beoordeling snelle toets

Beoordeling snelle toets

Wij hebben de ontvangen feedback zorgvuldig meegenomen en deze benut om het plan inhoudelijk te versterken en de haalbaarheid te vergroten. Met dit herziene plan hopen wij alle eerder gestelde vragen en opmerkingen te hebben beantwoord.

Aanpassing van de begroting

Op basis van de terugkoppeling van de zorgverzekeraar zijn de kosten herzien. De oorspronkelijke inschatting bleek, zoals terecht is opgemerkt, niet volledig. In de feedback werd benoemd dat de kosten/baten nader uitgewerkt moesten worden en dat, gezien de aard en omvang van de transformatie, een investering van €2 miljoen aan de lage kant zou zijn – met name voor de implementatie in de praktijk. Wij hebben deze signalering ter harte genomen en kunnen de aangepaste begroting en onderbouwing nu goed toelichten.

Herstructurering in transformatielijnen

Hoewel de inhoudelijke visie en doelstelling ongewijzigd zijn gebleven, is de opbouw van het plan aangepast. Om de uitvoerbaarheid te vergroten en de samenhang te versterken, is het plan nu gestructureerd in meerdere transformatielijnen. Dit biedt meer grip op de implementatie en sluit beter aan bij de werkwijze van de betrokken partners.

Hoofdstuk 7

Handtekening

Ondertekening

Transformatieplan “Transformatie Eerstelijnszorg Regio Amstelland 2030” is opgesteld in nauwe samenwerking tussen de betrokken eerstelijnspartijen en de regio-organisatie Amstelland Zorg. De ondertekenaars verklaren zich met de inhoud van dit plan te verenigen en onderschrijven gezamenlijk de hierin beschreven visie, doelstellingen en aanpak.

Voor akkoord,

Namens Amstelland Zorg U.A.,

Jacomien de Jong

Namens Huisartsencoöperatie Amstelland,

Judith Tjin-A-Ton

Namens Coöperatieve FysioZorg Amstelland,

Caroline Smeets

Namens Coöperatie Zorggroep Apothekers Amstelland U.A,

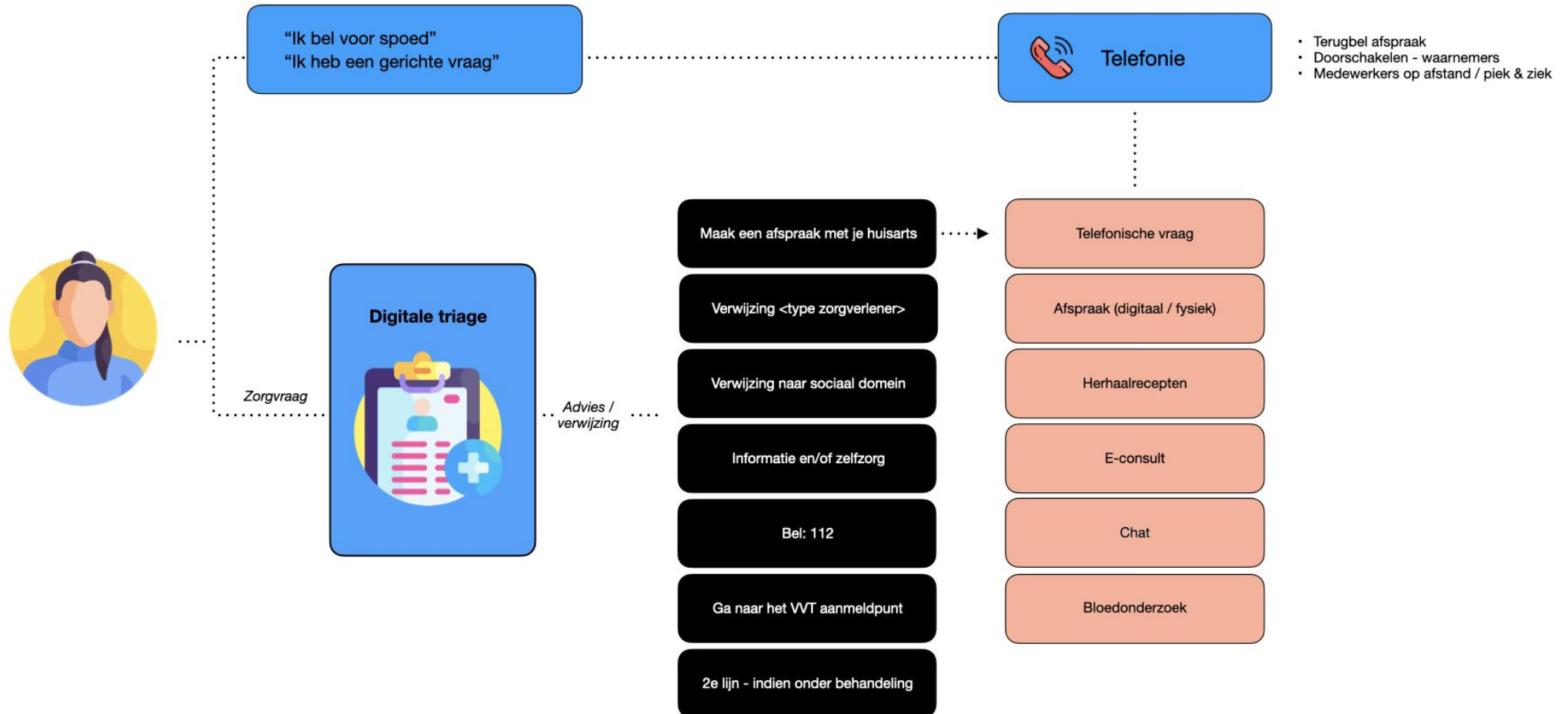
Jack Schmitz

Namens Diëtisten Netwerk Amstelland,

Lonneke de Bruijne

Bijlage A

Onze voordeur



Bijlage B

Samenwerken / infrastructuur

Zorgverleners worden met veilige technologie en het bundelen van informatie, kennis en kunde ondersteund om zorg capaciteit op een zo effectief mogelijke manier in te zetten.

Binnen wettelijke kaders

