



Leiden



leiderdorp



Transformatieplan Welzijn op Recept

Doorontwikkeling van de samenwerking tussen
medisch en sociaal domein



Auteur:
Rijn en Duin

Versie:
Definitief

Datum:
28 augustus 2025



Inhoud

1.	Inleiding	4
2.	Aanleiding en urgentie	8
3.	De beoogde transformatie	15
3.1	Ambitie	15
4.	De aanpak	18
4.1	Werkwijze Welzijn op Recept	18
4.3	Werkwijze leerbijeenkomsten en intervisiegroepen	24
4.4	Wie mogen (ook) doorverwijzen:	24
5.	Implementatie: fasering en planning	26
5.1	Aanpak	26
5.2	Mijlpalen & KPI's	29
6.	Impact-analyse	36
7.	Businesscase	38
7.1	Financiële effecten en Maatschappelijke impact	38
7.2	Begroting uitvoeringskosten	39
7.3	Positieve Business Case	40
7.4	Impact ten aanzien van IZA-doelstellingen	41
8.	Transformatie-aanvraag	43
8.1	Eenmalige investeringsmiddelen	43
8.2	Onderbouwing eenmalige investeringsmiddelen	44
8.3	Totale aanvraag	45
8.4	Fasering (koppeling aangevraagde middelen aan Kpi's)	46

8.5 Kassiersfunctie	48
8.6 Structurele borging.....	48
8.7 Verklaring gelijkgerichtheid.....	48
8.8 Verklaring dubbelfinanciering	48
8.9 Verklaring m.b.t. staatssteun	49
9. Programmastructuur en governance.....	50
9.1 Bestuurlijke stuurgroep WoR.....	51
9.2 Regionale thematafels.....	52
9.3 Projectleiding	54
10. Bijlagen	56

1. Inleiding

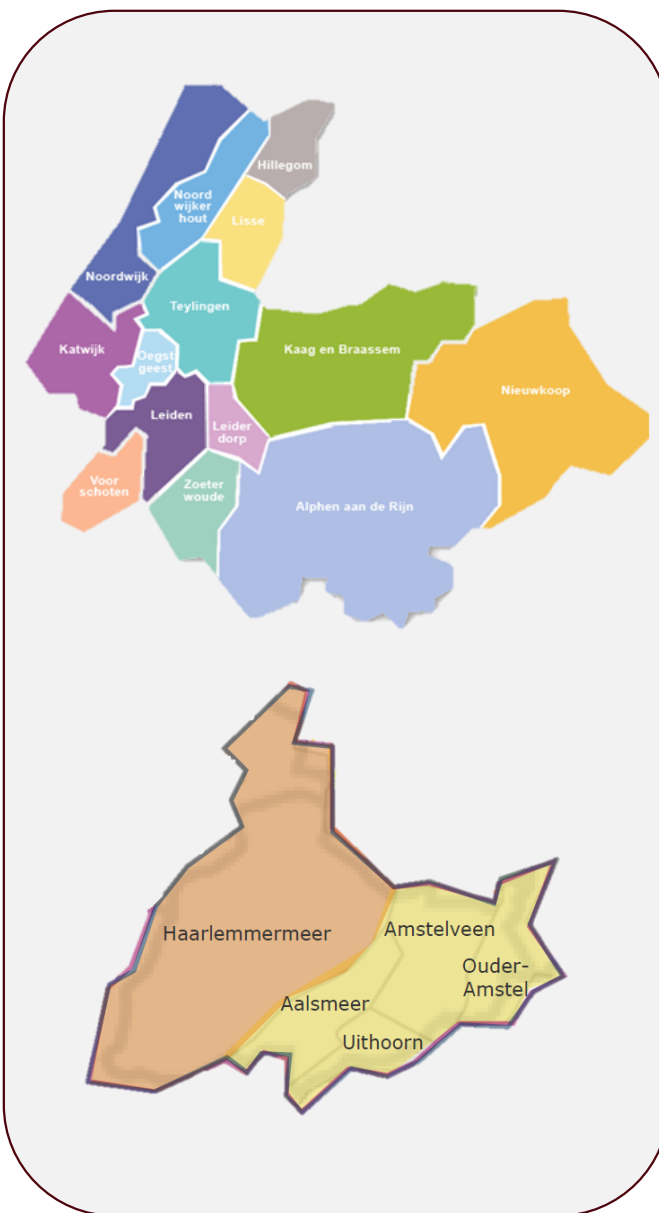
Dit transformatieplan beoogt de samenwerking en verbinding tussen het medisch en sociaal domein te versterken door intensivering, opschaling en verbreding van de methodiek Welzijn op Recept in de regio's Zuid Holland Noord, Haarlemmermeer en Amstelveen. Ongeveer 18% van alle verzekerden van de zorgverzekeraar in de regio (99.000 mensen) kampt met psychosociale klachten waarvoor zij naar de huisarts gaan, wat 20-50% van alle spreekuurplekken bezet houdt. Dit leidt tot grote druk op de huisartsenzorg, terwijl de vraag beter thuis is bij de professionals in het sociaal domein. Door de samenwerking te versterken worden inwoners sneller geholpen door de juiste en passende ondersteuning te vinden en tegelijk de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Het doel is niet enkel de invoering van een methodiek, maar een transformatie door lokale domeinoverstijgende samenwerking gericht op het verbeteren van hulp, zorg en ondersteuning aan de betreffende doelgroep.

Transitie

Het transformatieplan moet bijdragen aan structurele en duurzame verandering van ons zorgsysteem; oude werkwijzen moeten plaatsmaken voor nieuwe aanpakken. In de context van het sociaal en zorgdomein betekent dit een verschuiving van reactieve naar proactieve zorg, waarbij preventie en samenwerking centraal staan. De transitie die nodig is in de zorg draait om het versterken van de sociale basis, het demedicaliseren van lichte problematiek en het efficiënter benutten van zorgcapaciteit. De beoogde transformatie is het beter ondersteunen van inwoners met klachten die niet (alleen) medisch kunnen worden opgelost. Een transformatie die nodig is om in de toekomst goede, toegankelijke en betaalbare zorg te kunnen (blijven) bieden.

Versterken samenwerking sociaal en medisch domein

Het sociaal en medisch domein zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar in de praktijk werken ze vaak nog gescheiden. Een sterke samenwerking tussen deze domeinen zorgt ervoor dat inwoners sneller passende ondersteuning krijgen, waardoor escalatie en onnodige doorverwijzingen naar specialistische zorg worden voorkomen. Door huisartsen, ggz-aanbieders en sociale hulpverleners beter te laten samenwerken, wordt de zorg en ondersteuning slimmer georganiseerd en verminderd de druk op beide domeinen. Daarnaast worden door het versterken en intensiveren van de Welzijn op Recept-werkwijze individuele vragen zo vroeg mogelijk in het proces collectief aangepakt door wensen van inwoners te verbinden. Dit betekent ook een efficiëncyslag door meer collectief i.p.v. individueel te verwijzen.



Gezamenlijk regionaal plan van gemeenten, eerstelijnsorganisaties en welzijnspartijen met lokale uitwerking (Couleur Locale)

Dit transformatieplan is het resultaat van een interactief proces waarbij gemeenten, welzijnsorganisaties en eerstelijnsorganisaties van de drie regio's afgelopen periode hebben samengewerkt aan een gezamenlijk regionaal plan met een lokale uitwerking. Rijn en Duin is penvoerder voor de indiening van dit transformatieplan bij de zorgverzekeraars. De mandaatgemeenten Amstelveen (Amstelland) en Leiden (Zuid-Holland Noord) en Haarlemmermeer vragen na goedkeuring van het Transformatieplan door de zorgverzekeraars de uitvoeringskosten in het sociaal domein aan via de Specifieke uitkering transformatiemiddelen IZA 2024-2027. Er wordt daarmee een bovenregionale aanpak beoogt, waarbij ruimte is om per gemeente, afhankelijk van de lokale situatie en de al opgedane ervaringen, de inrichting verder vorm te geven. Zo hebben verschillende gemeenten al een eigen ICT-infrastructuur ingericht. Of denk bijvoorbeeld aan de WelZo groepen. Dit plan zet erop in dat in ieder Wijksamenwerkingsverband (WSV) op een lerende manier wordt gewerkt, door eens in het kwartaal een bijeenkomst te hebben (evaluatie, elkaar leren kennen, verbeteren van de aanpak). Er staat een vorm beschreven, maar als het in de lokale situatie anders ingericht wordt, omdat er al overleggen zijn wordt daarbij aangesloten. Ook het delen van ervaringen op regionaal niveau is van belang om zo te ontdekken wat het beste werkt in welke situatie. Door te monitoren en bij te stellen wordt ontwikkeld en geleerd. Zo kunnen gemeenten elkaar versterken door best practices te delen. In hoofdstuk 4.4 lichten de couleur locale per gemeente nader toe.

Welzijn op Recept (WoR) is de kern van het transformatieplan, gebaseerd op de standaardprocesstappen uit de landelijk ontwikkelde, en gehanteerde methodiek (zoals intake, verwijzing, en begeleiding naar passende sociale ondersteuning).

De aanpak in dit transformatieplan bestaat uit vier sporen:

1. Nieuw te beginnen huisartsen. Dit zijn praktijken die Welzijn op Recept willen gaan opstarten. Er zijn genoeg huisartsen die nog geen gebruik maken maar dit wel zouden willen, zo blijkt uit een regionale enquête.
2. Huisartsenpraktijken die Welzijn op Recept gaan intensiveren en opschalen. Hier ligt de nadruk op het versterken van de sociale basis en het bevorderen van samenwerking tussen welzijnsorganisaties en eerstelijnszorg. Met de nuance dat binnen de standaardaanpak WoR ook al lokale verschillen zijn tussen gemeenten.
3. Doorontwikkeling bredere aanpak Welzijn op Recept is het derde spoor. Gemeenten die al ervaring hebben met een brede aanpak of dit willen implementeren doen dit als "verrijking" van WoR, waarbij bestaande structuren van WoR worden benut en waar mogelijk een fysieke locatie wordt ingericht bij een huisarts.
4. Ter ondersteuning aan bovenstaande sporen is het oprichten van leer- en intervisiegroepen het vierde spoor. De intervisiegroepen hebben als doel om te zorgen voor een betere bekendheid van de eerste lijn met welzijn en het sociaal domein en vice versa en het bevorderen van de onderlinge samenwerking. De partijen leren van elkaar d.m.v. het bespreken van geanonimiseerde casuïstiek, lokale trends en ontwikkelingen om zodoende beter te kunnen anticiperen, prioriteiten te stellen en preventief beleid in te kunnen zetten. Deze kunnen worden ingericht aan de hand van bestaande overlegstructuren, of er wordt een aparte groep voor ingericht (zoals de WelZo-groepen in regio ZHN).

Het voorstel is om voor deze vier onderdelen waar nodig pilots te starten met als doel deze structureel in te gaan zetten en zorg te verplaatsen naar ondersteuning in het sociaal domein. Dit willen we combineren met actieonderzoek¹. In dit transformatieplan geven we aan welke doelen en impact we gezamenlijk in alle drie de subregio's willen bereiken,

¹ Voor de pilots betekent dit concreet dat je niet eerst jaren onderzoek doet naar de beste manier om zorg naar het sociaal domein / sociale basis te verplaatsen, maar dat er kleine experimenten worden gestart, de resultaten gemonitord, geleerd van wat wel en niet werkt, en vervolgens de aanpak wordt verfijnd. Zo bouwen we stap voor stap bewijs op voor wat effectief is de iedere regiospecifieke context, terwijl we tegelijkertijd al concrete verbeteringen realiseren voor cliënten. Dit wordt actieonderzoek vormt onderdeel van het takenpakket van de projectleider voor dit plan (zie Hg)

wat we hiervoor gaan doen en welke middelen we hiervoor nodig hebben. Van belang is dat hierbij aangesloten wordt bij de al lopende financiering initiatieven en werkwijzen. In dit plan worden alleen aanvullende transformatiemiddelen aangevraagd.

Een intensiverende aanpak voor de komende jaren, met de intentie voor structurele borging

Dit plan wil Welzijn op Recept tot een groter succes maken door meer succesvolle verwijzingen te creëren. Om ook na afloop van de IZA-transformatieperiode Welzijn op Recept door te zetten is structurele financiering nodig vanuit gemeenten. Gemeenten hebben de intentie dit te doen, maar er zijn wel randvoorwaarden nodig die op dit moment nog niet duidelijk zijn, zoals de financiering vanuit het Rijk. Met het ravijnjaar 2026 in zicht is dit nog een gesprek dat gemeenten, Rijk en zorgverzekeraars komende jaren met elkaar moeten voeren. Desondanks is dit een belangrijke transformatie waar alle partijen in de drie regio's de schouders onder willen zetten.

Definities

Binnen de verschillende regio's worden verschillende functietitels gebruikt. Ook binnen dit plan worden wisselende definities gebruikt. Onderstaand overzicht geeft een toelichting wat met welk term bedoeld wordt.

Definitie	Toelichting
Sociaal werker	Dit is een brede term voor maatschappelijk werkers binnen het sociaal domein die Welzijn op Recept inzetten. We hanteren de gangbare globale definitie van social work: 'Sociaal werk is een op de praktijk gebaseerd beroep en een academische discipline die sociale verandering en ontwikkeling, sociale cohesie, empowerment en bevrijding van mensen bevordert'. ² In de regio's worden verschillende titels, met ook verschillende invullingen gebruikt. Denk aan welzijnscoach, wijkcoach, sociaal makelaar, welzijnsmedewerker, maatschappelijk werker of ouderenadviseur.
PO-sociaal	Dit is een term die we gebruiken voor de sociaal werker binnen regio ZHN die met de brede aanpak gaat werken. Het is een term die is gekozen door inwoners zelf in de voorfase van het opzetten van de PO-sociaal functie. Deze titel was voor inwoners duidelijk en gaf vertrouwen bij een doorverwijzing.
Sociaal domein	Onder sociaal domein verstaan wij het veld dat uitvoering geeft aan de Jeugdwet, Participatiewet, Wmo en deels de wet Publieke gezondheid. Hierin werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid. Om samen de brede benadering van gezondheid en ondersteuning te bevorderen en burgers volwaardig te laten participeren (definitie ZonMw). Ook het werken aan de sociale basis van inwoners vormt hier een onderdeel van.

² <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2019/08/Global-Definitie-Social-Work-2014-Dutch-.pdf>

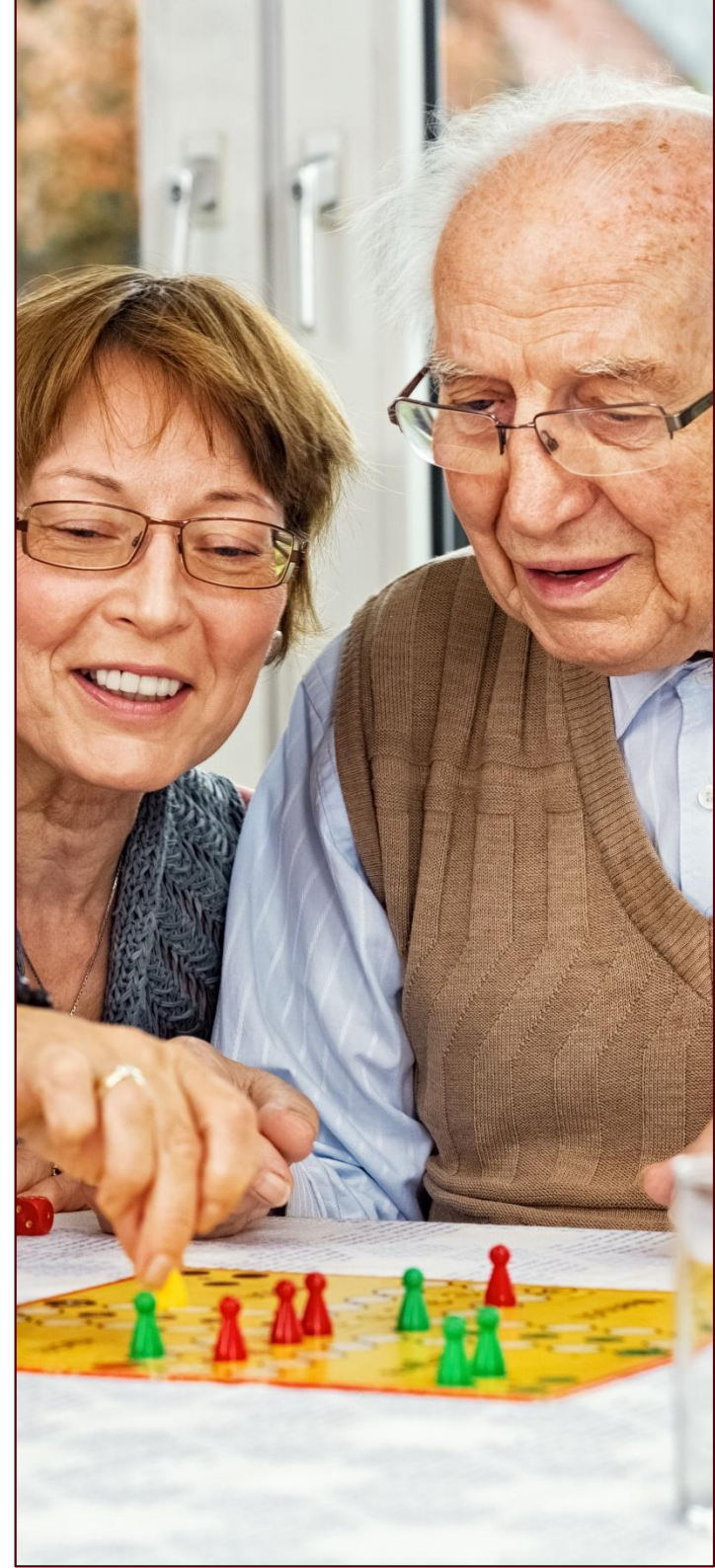
Medisch domein	Met het medisch domein wordt de zorg bedoeld die vanuit de Zvw wordt gefinancierd. In eerste instantie zijn dit met name de huisartsen in dit plan. Verbreding naar paramedici, apothekers, wijkverpleging en ziekenhuis is ook onderdeel, maar afhankelijk van regionale/lokale invulling.
-----------------------	---

Dit plan is in lijn met de visie eerstelijnszorg 2030. Deze is gebaseerd op nauwe samenwerking tussen de kernpartijen huisartsen, paramedici, apothekers, wijkverpleging en sociaal domein: *‘De zorg is gebaseerd op de principes van passende zorg. De beschikbare capaciteit en financiële middelen worden op de meest doelmatige manier ingezet. Dit doen eerstelijns zorgprofessionals, multidisciplinair, in nauwe samenwerking met het sociaal domein, tweedelijnszorg en langdurige zorg’.*

2. Aanleiding en urgentie

Zo'n 18% van alle verzekerden van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid (99.000 mensen) kampen met psychosociale klachten waarvoor ze naar de huisarts gaan. Hiermee bezetten zij tussen de 20 en 50% van alle spreekuurplekken bij de huisarts. We willen deze inwoners betere en passendere ondersteuning bieden door in de regio's de gewenste beweging naar de voorkant (preventie) te maken. Dit doen we in onderlinge samenwerking de zorg te verlichten en te verplaatsen naar ondersteuning aan de sociale basis van inwoners en het versterken van de samenleving. Vanuit de ervaringen die in de regio zijn opgedaan met Welzijn op Recept, een breed uitgezette enquête onder 90 huisartsen en een twintigtal diepte-interviews met lokale stakeholders (gemeenten, eerstelijnsorganisaties en welzijn), zijn de volgende kern-knelpunten en behoeften geconstateerd:

1. Een verwijzing via Welzijn op Recept betekent niet automatisch dat de afspraak binnen welzijn/sociaal domein ook daadwerkelijk tot stand komt (de inwoner komt niet aan).
2. De triage kan verder verbeterd worden, zodat de inwoner sneller op de juiste plek terecht komt.
3. Er ligt een behoefte om primair uit te gaan van wat de patiëntenpopulatie nodig heeft, tot een goede doelgroepbepaling te komen (wanneer wel/niet geschikt), de focus te verbreden, zowel op het niveau van doorverwijzers als type problematiek én te bepalen welke evt. doelgroepen een andere aanpak vragen en hoe dit het beste vorm en inhoud te geven.
4. Een belangrijke basis voor succes zijn het elkaar leren kennen in persoon, functie en ieders rol en onderling vertrouwen.
5. In het verlengde daarvan ligt er een behoefte om meer van en met elkaar te leren. En dit op gemeentelijk niveau, en daarbinnen het niveau van de wijksamenwerkingsverbanden (WSV'en), te ontwikkelen tot reguliere een samenwerkingsvorm.
6. Niet alle huisartsen en eerstelijnszorgverleners zijn bekend met de mogelijkheden van Welzijn op Recept en voeren dit uit.
7. Huisartsen en eerstelijnszorgverleners zijn nog onvoldoende vaardig in het voeren van het andere (bredere) gesprek en het gemotiveerd toeleiden van inwoners naar welzijn/sociaal domein. De manier van werken en de hoge werkdruk zorgen ervoor dat het aantal verwijzingen achterblijft bij het werkelijke potentieel.
8. De organisatorische en financiële randvoorwaarden voor het uitvoeren van Welzijn op Recept zijn vaak suboptimaal, zoals ICT-infrastructuur, monitoring, tijd voor uitvoering, afstemming, samenwerking en evaluatie. Welzijn op Recept is nog niet structureel meerjarig bestuurlijk en financieel geborgd.





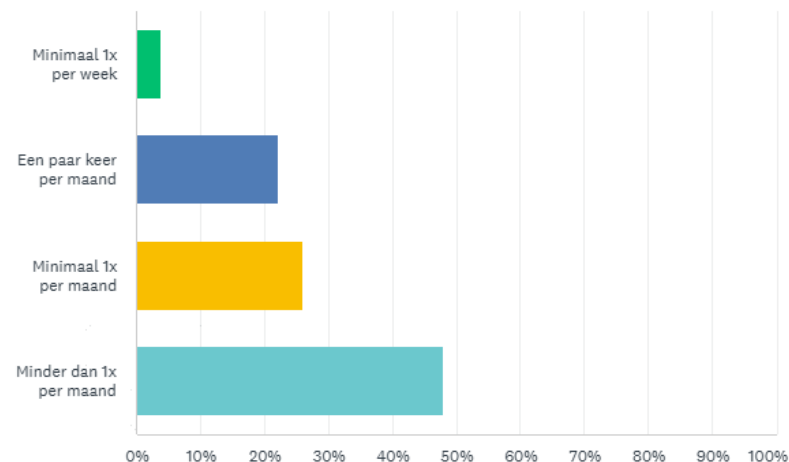
Binnen de drie regio's is al een pilotfase geweest met een aantal zogeheten 'koploperpraktijken'. Deze hebben actief met elkaar ingezet op intensivering en het delen en leren van ervaringen met elkaar in een periode van twee jaar. De leerervaringen worden meegenomen in de verdere opschaling van WoR binnen de drie regio's. De leerpunten zijn onder andere:

- Regionale projectgroep voor randvoorwaarden, parallel aan operationele samenwerking.
- Investeren in relaties en samenwerkingen.
- Kies de aanpak die bij jou past.
- Opschaling via meer tijd voor de patient (Huisartsen en wijknetwerken).

Deze (en andere) leerpunten uit de praktijk zijn mede de basis geweest voor dit transformatieplan. Er is op dit moment nog een beperkte inzet van WoR, maar er is wel een brede behoefte onder huisartsen en sociaal werkers om Welzijn op Recept meer en beter in te zetten. Zo blijkt uit een enquête die we onder 90 huisartsen en 15 sociaal werkers hebben gehouden in de drie regio's. Een groot gedeelte verwijst minder of rond de 1 x per maand door:

Hoe vaak verwijst je door naar het welzijnswerk via Welzijn op Recept?

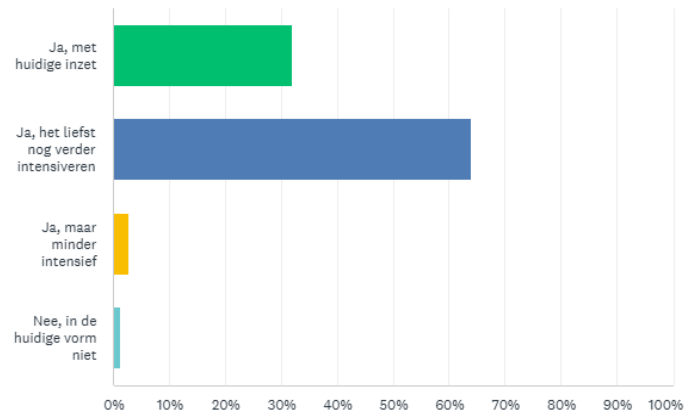
Beantwoord: 77 Overgeslagen: 0



Tegelijkertijd is er veel enthousiasme over de aanpak en willen huisartsen en sociaal werkers deze intensiveren (links huisartsen, rechts sociaal werkers):

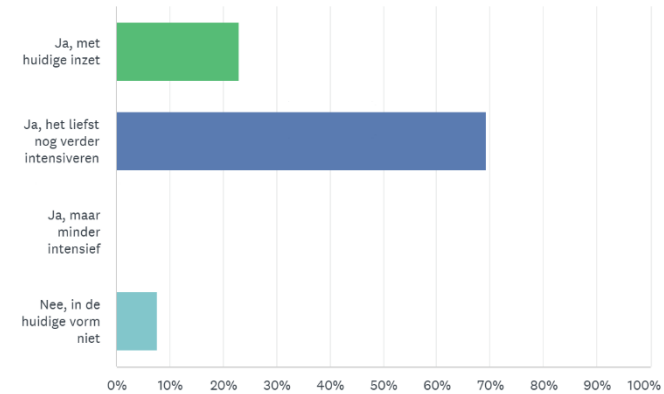
Wil je blijvend gebruik maken van Welzijn op Recept?

Beantwoord: 75 Overgeslagen: 2



Wil je blijvend gebruik maken van Welzijn op Recept?

Beantwoord: 13 Overgeslagen: 2



"De PO Sociaal zorgt voor een veel betere verbinding tussen medisch en sociaal domein."
huisarts Ruud Gebel uit Alphen aan den Rijn

"Dat je creatief mag en moet zijn. Dat is waarom ik dit werk zo leuk vind!"
welzijnscoach Stef Walsma uit Amstelveen

Feiten en cijfers

We zien de volgende aangrijpingspunten uit de regiobeelden en -plannen.

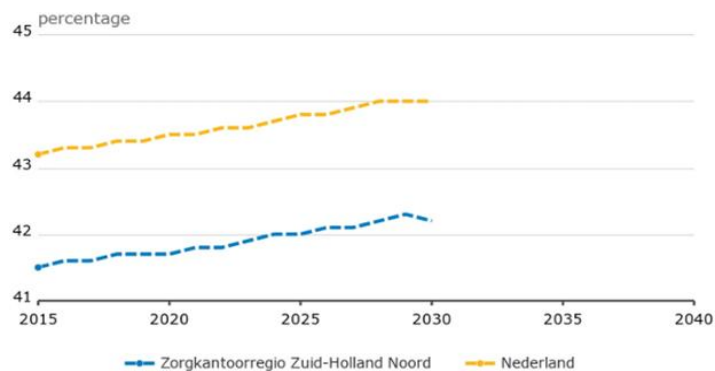
1. **Capaciteitsvraagstuk:** In alle sectoren is nu al grote arbeidsmarktspanning; GGZ en HA-zorg vallen op. Naar verwachting nemen de personeelstekorten de komende jaren steeds verder toe.
2. **Kwetsbare ouderen:** stijging zorggebruik wijkverpleging en verpleegzorg en potentiële stijging zorgkosten in de medische specialistische zorg (MSZ). De komende jaren wordt verdere toename van vergrijzing en ouderdom-gerelateerde aandoeningen verwacht.
3. **Mentale gezondheid:** verwachte toename psychische klachten, eenzaamheid, GGZ & jeugdhulp gebruik.

Eenzaamheid in de drie regio's

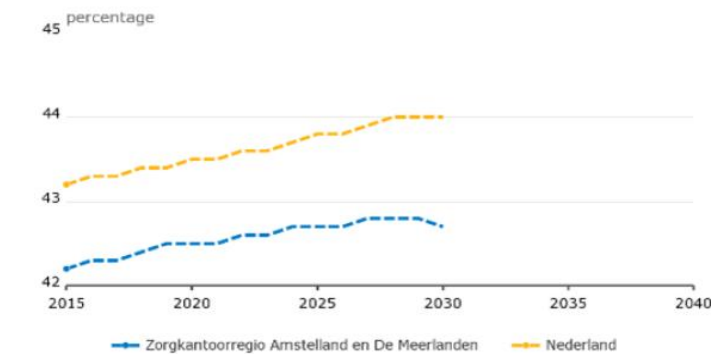
Het percentage van inwoners van 20 jaar en ouder dat eenzaamheid ervaart in ZHN is 41,9% in 2023. De verwachting is dat dit licht stijgt naar 42,2% in 2030.

Het percentage inwoners van 20 jaar en ouder dat eenzaamheid ervaart in Amstelland en de Meerlanden is 42,6% in 2023. De prognose voor 2030 is dat de eenzaamheid 42,7% is.

Eenzaamheid



Eenzaamheid

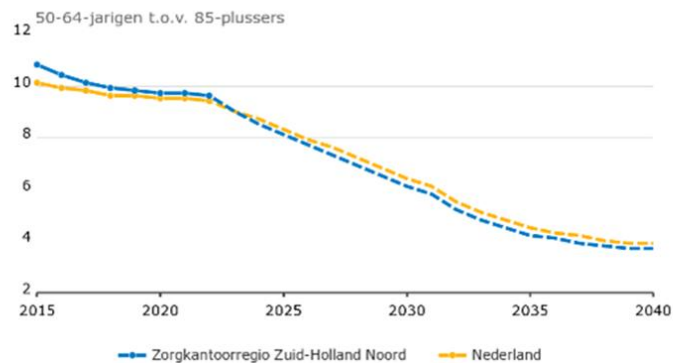


Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

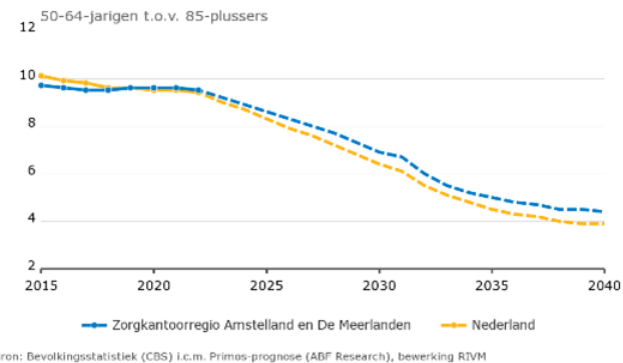
Mantelzorgpotentieel in de drie regio's

Het mantelzorgpotentieel is de verhouding van het aantal 50-64 jarigen t.o.v. een 85-plusser. Het mantelzorgpotentieel daalt naar verwachting in ZHN in de periode 2023 van 9,0 naar 3,7 in 2040. Dit is meer dan een halving van het aantal mantelzorgers. Het mantelzorgpotentieel daalt in Amstelland in dezelfde periode van 9,2 naar 4,4 en in Haarlemmeermeer van 13,3 naar 5,1.

Mantelzorgpotentieel



Mantelzorgpotentieel

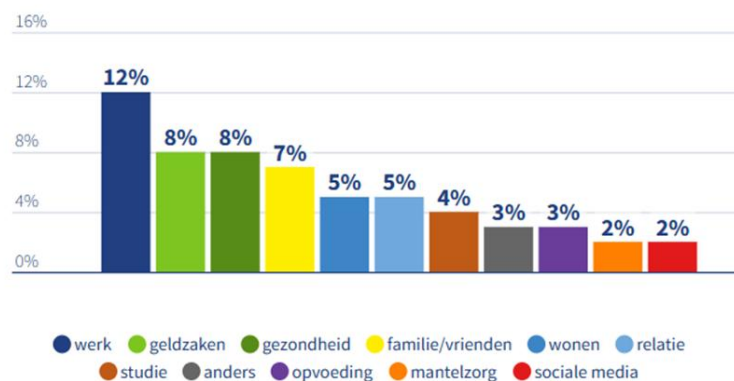


Psychosociale problematiek in de drie regio's

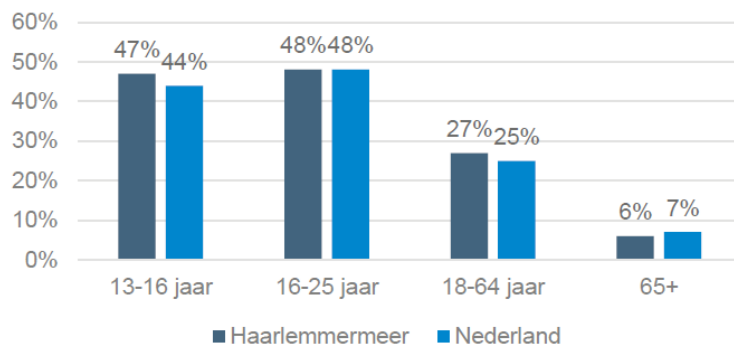
In de regio ZHN heeft 17% van de 18-plussers enige of grote moeite met rondkomen, 7% heeft risicovolle of problematische schulden en 2% geeft aan dat de mantelzorg oorzaak is van stress. Landelijke cijfers spreken over 9,1% overbelaste mantelzorgers en dit zal de komende jaren verder stijgen. In Haarlemmermeer en Amstelland is het aantal personen wat vaak stress ervaart op of boven het landelijk gemiddelde (bron: diverse GGD- en gezondheidsmonitoren).

Oorzaken van veel stress (t.o.v. alle inwoners)

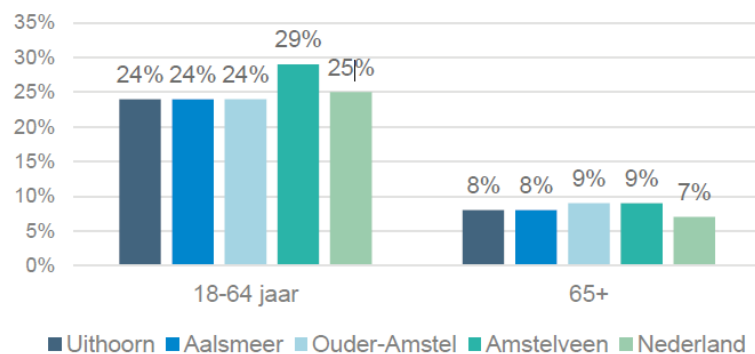
Holland Rijnland



(heel) Vaak gestresst



(heel) Vaak gestresst



Oorzaken stress Haarlemmermeer:

Top 5 bronnen van stress in de regio:

1. Werk (13%)
2. Geldzaken (9%)
3. Familie of vrienden (7%)
4. Gezondheid (7%)
5. Relatie (6%)

Lage gezondheidsvaardigheden in de drie regio's

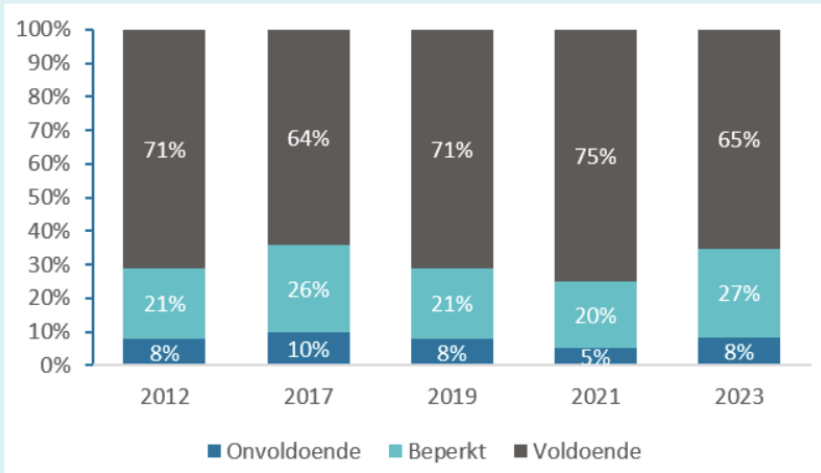
Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden lukt het onvoldoende om informatie over gezondheid te verkrijgen, begrijpen, beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen. In de regio ZHN is 10% van de bevolking laaggeletterd, in Haarlemmermeer is dit 12%, in regio Amstelland is dit 7%. Dit is een van de oorzaken van beperkte gezondheidsvaardigheden. (Bron: laaggeletterdheidinzicht.nl)

Nivel heeft landelijk onderzoek gedaan waaruit blijkt dat ongeveer 1 op 3 Nederlands beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden hebben.

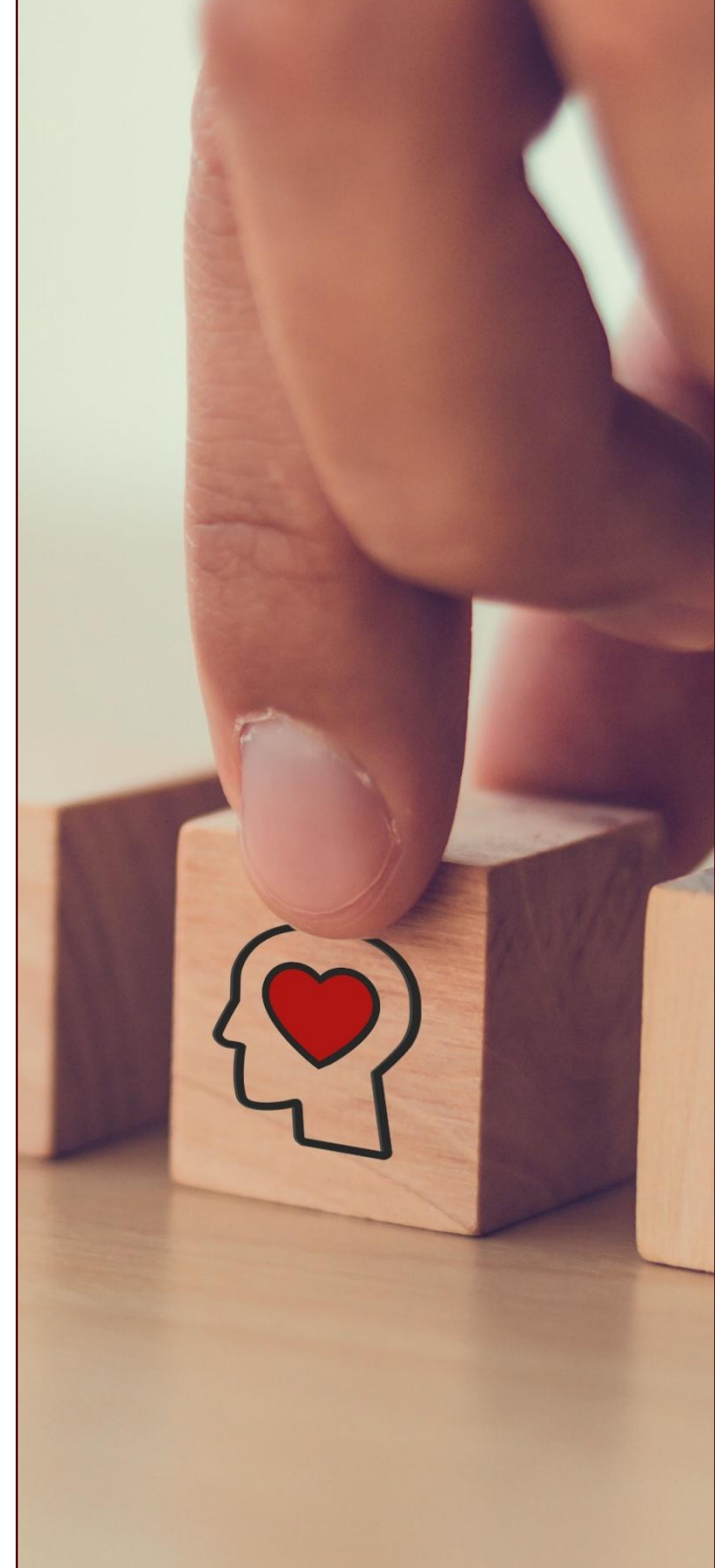
Cijfers gezondheidsvaardigheden 2023

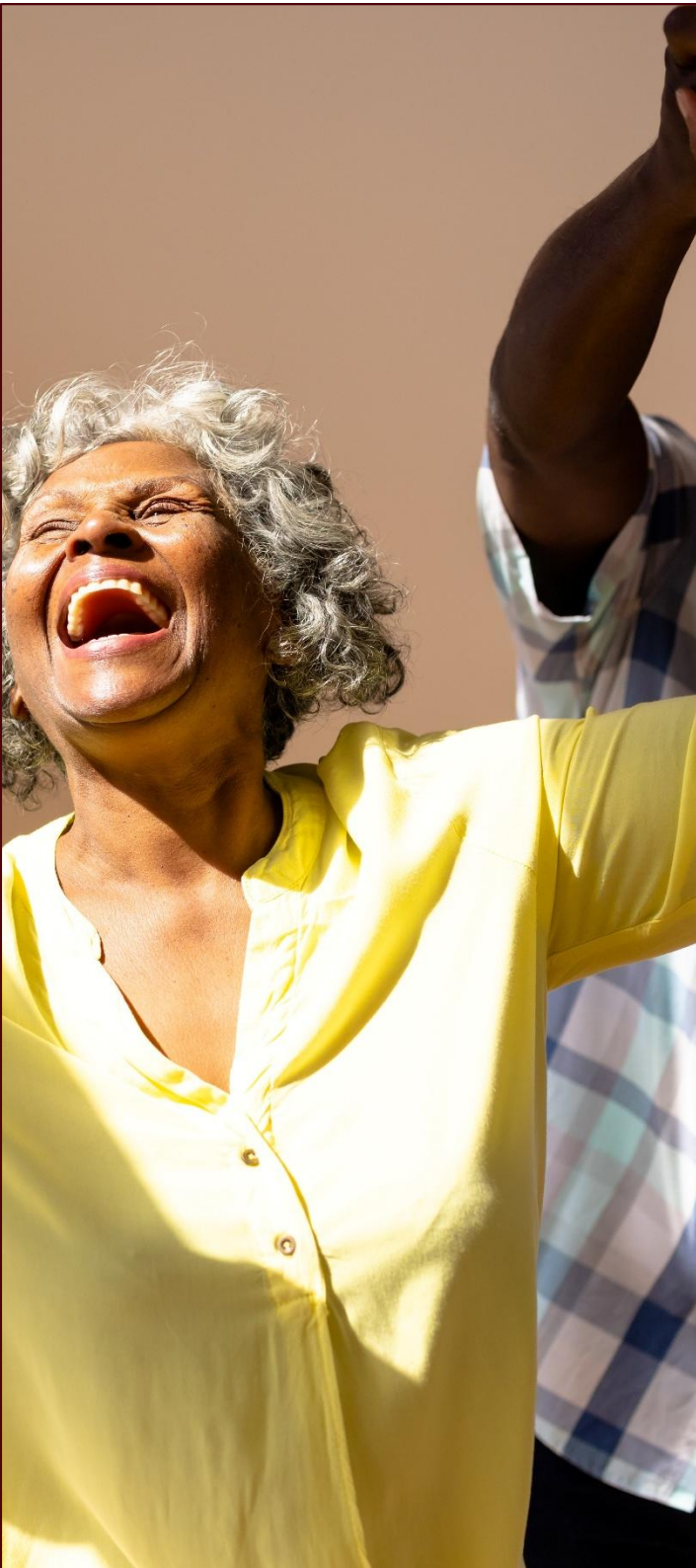
Van de bevolking van 18 jaar en ouder is een derde (35%) niet voldoende gezondheidsvaardig.

- 8% is onvoldoende gezondheidsvaardig
- 27% heeft beperkte gezondheidsvaardigheden
- 65% is voldoende gezondheidsvaardig



Bron: [Cijfers gezondheidsvaardigheden 2023](#)





3. De beoogde transformatie

De beoogde transformatie is het beter ondersteunen van inwoners met klachten die niet (alleen) medisch kunnen worden opgelost. Dit geldt voor alle drie de regio's. Dit plan kent een sterk transformatief karakter, we zetten stevig in op een verandering in werkwijze op lokaal niveau die op dit moment nog niet gerealiseerd is. Dit vraagt een stevige inzet en samenwerking van welzijn, eerstelijnsorganisaties en gemeenten.

Verstevigen verbinding tussen medisch en sociaal domein door intensiveren WoR

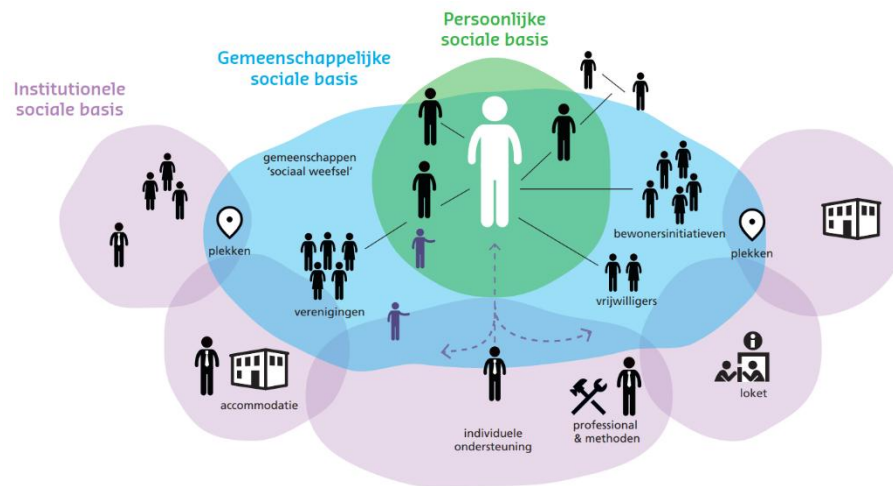
Het sociaal werk speelt een sleutelrol in de transformatie die beschreven wordt in de landelijke initiatieven IZA, GALA en WOZO. Een transformatie die nodig is om in de toekomst goede, toegankelijke en betaalbare zorg te kunnen (blijven) bieden. Centraal staat domeinoverstijgende samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein en een beweging naar de voorkant (preventie) en het versterken van de sociale basis van inwoners. Welzijn op Recept speelt hierin een belangrijke rol. Veel gemeenten zetten hier ook dan op in, ook binnen deze drie regio's. Het sociaal werk acteert aan de voorkant en is sterk in het normaliseren en vergroten van de zelfredzaamheid van mensen. De sociaal werkorganisaties bouwen mee aan een samenleving waarin iedereen meetelt en van betekenis is. Samen met inwoners en partners werken we aan het creëren van zorgzame buurten waar het aangenaam wonen is, waar mensen zich thuis voelen, aandacht hebben voor elkaar en waar ruimte is voor ontmoeting. We geloven in de kracht van mensen en activeren hen om hun talenten in te zetten voor elkaar en voor de buurt. De WoR-aanpak is erop gericht de sociale basis te versterken vanuit de wensen en behoeften van de buurt en in samenwerking met de vrijwilligersorganisaties en buurtinitiatieven die daar al zijn. Individuele vragen worden zoveel mogelijk collectief aangepakt en initiatieven worden aan elkaar verbonden. De professionals in de organisatie werken samen met een groot aantal vrijwilligers en begeleiden hen. De organisaties werken vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid. Het werk vindt dichtbij in de buurt plaats: vanuit buurthuizen, op locaties waar inwoners komen, outreachend op straat of als dat nodig is via huisbezoeken.

3.1 Ambitie

Hoofddoelstelling van de aanpak is:

1. Het verhogen van het welbevinden en het versterken van de sociale basis van inwoners met psychosociale problematiek;
2. Het verlagen van het zorggebruik in de eerste- en tweedelijnszorg.

Dit sluit aan op *De juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek door de juiste professional*. Om deze hoofddoelstelling te bereiken wordt al in meerdere gemeenten Welzijn op Recept ingezet. We willen bijdragen aan een sterke sociale basis voor iedereen, het versterken van de sociale basis is een brede opgave waar gemeenten komende tijd op inzetten (zie afbeelding volgende pagina).



Dit doen we door het versterken en intensiveren van de Welzijn op Recept-werkwijze:

- De verbinding zijn tussen het medische en sociaal domein
- Het sneller vinden van de juiste passende ondersteuning binnen het sociaal domein en mensen te helpen een plek te vinden binnen de persoonlijke en gemeenschappelijke sociale basis.
- De drempel van verwijzing naar een daadwerkelijke afspraak te verlagen.
- De bekendheid over wat sociaal werk/welzijn kan betekenen vergroten.
- Beter aansluiten bij de leefwereld van de inwoner.
- Verminderen van het aantal (huis)artsbezoeken door inzet vanuit het sociaal domein.
- Specifiek voor ZHN: Een PO-Sociaal in huisartsenpraktijken (waar mogelijk).
- Individuele vragen worden zo vroeg mogelijk in het proces collectief aangepakt door wensen van inwoners te verbinden.

Leer- en intervisiegroepen op lokaal (bijv. gemeentelijk of WSV) niveau met als doel:

- Zorgen voor een betere bekendheid van de eerste lijn en sociaal werk/welzijn met elkaar.
- Van elkaar leren (d.m.v. het bespreken van casuïstiek, lokale trends en ontwikkelingen) om zo te kunnen anticiperen, prioriteiten te stellen en preventief beleid in te kunnen zetten.
- Bijdragen aan het verbeteren van de samenwerking, het vergroten van de deskundigheid en het leveren van kwalitatief goede zorg en ondersteuning aan inwoners/cliënten.

Doelgroepen

Doelgroepen van de aanpak zijn inwoners (18+) die niet om medisch redenen de huisarts bezoeken, maar (primair) wegens (psycho)sociale problematiek. Het gaat om de volgende cijfers (op basis van aangeleverde data en CBS):

	Zuid-Holland Noord	Amstelland	Haarlemmermeer
Totaal inwoners	583.947	174.968	164.165
Aantal ingeschreven inwoners van de huisartsen:	532.652	155.066	145.334
Aantal 18-plussers van alle inwoners (ca. 80%):	467.158	139.974	131.332
Het aantal 18-plussers dat per jaar de huisarts bezoekt (60%):	255.673	79.374	71.400

Het aantal inwoners met (psycho)sociale problematiek wordt landelijk geschat op 18%. Hier zijn nog geen regionale cijfers over bekend.

Zorgverleners (verwijzers):

- Huisartsen: zij zijn de primaire doelgroep waar de aanpak zich in eerste instantie op richt.
 - Voor ZHN zijn dit 242 huisartsen en 159 huisartsenpraktijken (aangesloten bij Rijn en Duin) in 20 wijksamenwerkingsverbanden (WSV's).
 - In Haarlemmermeer zijn dit 64 huisartsen bij 38 praktijken (Zorggroep Haarlemmermeer en Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer) en 6 WSV's.
 - In Amstelland zijn dit 77 huisartsen, 43 praktijken (aangesloten bij Amstelland Zorg) en 9 WSV's.
- Andere eerstelijnszorgverleners, zoals POH's, paramedici of apotheken.
- Met ziekenhuis Alrijne wordt in de regio ZHN een pilot gedaan in Alphen aan den Rijn.

Afbakening Welzijn op Recept

In de regio worden, onder meer op basis van het Integraal Zorgakkoord, ook andere plannen gemaakt om bepaalde inwonersgroepen de juiste hulp en ondersteuning te bieden en de domeinoverstijgende samenwerking te verbeteren. Bijvoorbeeld het verkennend gesprek binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN). Welzijn op Recept is onderscheidend in de aanpak, doelgroep en mate waarin al ervaring is opgedaan in de regio met deze aanpak. Wanneer een vraagstuk van een inwoner samenhangt met (vermoedens van) mentale gezondheidsproblemen, en betrokkenheid van de (s-)ggz nodig is, is een verwijzing naar het Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) in de regio passender. Ook hier wordt vanuit positieve gezondheid gewerkt. WoR richt zich primair op sociaal maatschappelijke problemen.

4. De aanpak

In dit hoofdstuk lichten we de aanpak toe die samenwerking tussen het sociaal en medisch domein versterkt. Elke gemeente vult de uitvoering van WoR net anders in. Daarom zoomen we ook in op de couleur locale binnen de drie regio's, naast het toelichten van de algemene Welzijn op Recept-werkwijze.

4.1 Werkwijze Welzijn op Recept

Welzijn op Recept is een alternatief voor mensen met psychosociale klachten. In plaats van het 'traditionele pilletje' voor te schrijven, verwijst de huisarts deze inwoners door naar een sociaal werker. Klachten als vermoeidheid, pijn in de nek, maar ook stress, angst en somberheid hebben lang niet altijd een medische oorzaak. Vaak spelen onderliggende sociaal maatschappelijke problemen een rol, zoals overlijden van een partner, verlies van werk, eenzaamheid etc. Via Welzijn op Recept worden inwoners verwezen naar de sociaal werker. Welzijn op Recept is in hoge mate ook een vorm van integrale zorg. Integrale zorg is een andere manier van organiseren waarbij de inwoner en zijn hele leven centraal staat. Voor Welzijn op Recept betekent dit dat zorg en welzijn nauw met elkaar samenwerken om samen de juiste zorg te kunnen leveren.³

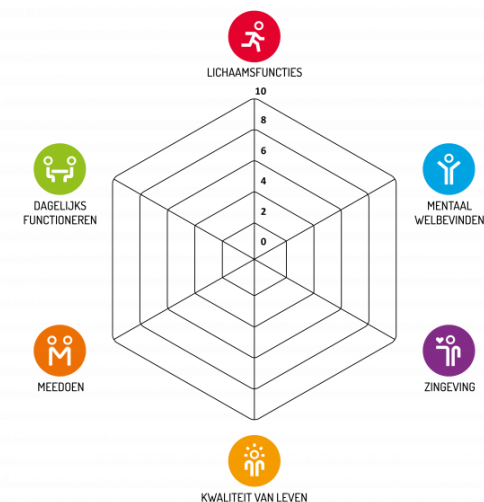


Welzijn op Recept: standaardaanpak

Soms komen mensen bij de huisarts of een andere zorgverlener met klachten die geen (primair) medische behandeling nodig hebben, maar waarbij ze wel hulp kunnen gebruiken. In zulke gevallen kan de zorgverlener een 'welzijnsrecept' uitschrijven. Dit betekent dat de inwoner wordt doorverwezen naar een sociaal werker. Om te bepalen of dit passend is, voert de zorgverlener een gesprek waarin niet de klachten, maar juist oplossingen en mogelijkheden centraal staan. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van methodes zoals het 4D-model, het spinnenweb van Positieve Gezondheid of het Leefstijlroer van Arts & Leefstijl. Als de inwoner instemt met de doorverwijzing, wordt toestemming gevraagd om de contactgegevens door te geven aan de sociaal werker. Sociaal werkers werken eveneens met deze methodieken.

Beoogde interventie: Waarvoor kan de huisarts doorverwijzen?

De huisarts kan inwoners met een zorgvraag waar (psycho)sociale problemen een rol spelen doorverwijzen naar Welzijn op Recept of varianten hiervan (zoals Bewegen op Recept). Vaak gaat het om inwoners die de arts frequent bezoeken met wisselende klachten en chronische ziekten. De huisarts voert een ander gesprek met de inwoner (het 'brede' gesprek op basis van de bekostigingsregel MTvP (Meer tijd voor de Patiënt) om te achterhalen of een verwijzing naar het sociaal domein passend is en om de inwoner daarvan bewust te maken.



³ <https://welzijnoprecept.nl/wat-is-welzijn-op-recept/>

Het gesprek met de sociaal werker

Binnen twee weken neemt de sociaal werker contact op met de inwoner voor een kennismakingsgesprek. Samen bespreken ze wat de inwoner nodig heeft en welke activiteiten hierbij zouden kunnen helpen. Dit is altijd maatwerk, omdat iedereen andere wensen en behoeften heeft. De sociaal werker heeft goed zicht op activiteiten en netwerken in de buurt. Hierdoor kan hij of zij de inwoner doorverwijzen naar iets dat echt past. Soms is er naast het welzijnstraject nog extra hulp nodig, bijvoorbeeld bij geldzaken, veiligheid, huisvesting of bepaalde vaardigheden. De sociaal werker kijkt dan samen met de inwoner welke ondersteuning nodig is.

Een activiteit die echt past

Het vinden van een passende activiteit is maatwerk. Of iemand zich er prettig bij voelt, hangt af van verschillende dingen: voelt de inwoner zich welkom? Is er een klik met de andere deelnemers? Sluiten de locatie, organisatie en het tijdstip aan bij de wensen? Het belangrijkste is dat iemand blijft deelnemen. Door actief bezig te zijn, verschuift de aandacht van de klachten naar iets waar plezier uit gehaald wordt. Dit kan een grote positieve invloed hebben op het zelfvertrouwen, de levensvreugde en het algemene welzijn. Bij de standaardaanpak Welzijn op Recept staat de verwijzing naar een activiteit centraal. In dit transformatieplan kijken we breder. De sociaal werker kijkt naar passende inzet binnen het sociaal domein en de sociale basis, waaronder ook bewonersinitiatieven, maar ook sport, kunst en cultuur. Indien nodig kan daarom de inzet van Welzijn ook worden benut om op buurtniveau bewonersinitiatieven te ontwikkelen, dan wel te ondersteunen. Het gaat hierbij om gemeenschapsopbouw.

Bovenstaande wordt in de regio ZHN georganiseerd onder de noemer 'PO-sociaal'. In Amstelland en Haarlemmermeer wordt Welzijn op Recept niet onder die noemer uitgevoerd. Alle drie de regio's volgen echter hetzelfde basisproces, vanuit een bredere aanpak:





Elke regio kent verschillende aandachtsgebieden. Om een beeld te geven volgt hieronder een opsomming van de ondersteuningsgebieden, met daarbij een overzicht van de voorzieningen waar sociaal werkers inwoners naar doorverwijzen en/of ondersteunen.

Ondersteuningsgebieden

- Eenzaamheid en een beperkt sociaal netwerk
- Somberheid en angst (lichte GGZ-problematiek, inzet naast therapie)
- Slaapproblemen, piekeren
- Burn out met een beperkt netwerk
- Na life-changing event zoals scheiding, verhuizing, rouw
- Ongezonde leefstijl
- Chronische ziekten
- Overbelaste mantelzorgers
- Laaggeletterdheid
- Beperkte gezondheidsvaardigheden
- Schulden en financiële problemen/ armoede
- Vervoer, Wonen en huishouden
- Vrije tijd en dagbesteding
- Opvoeden (ondersteuning ouders)
- (vrijwilligers)Werk en re-integratie:
- Begeleiding aan huis

Voorzieningen voor ondersteuning

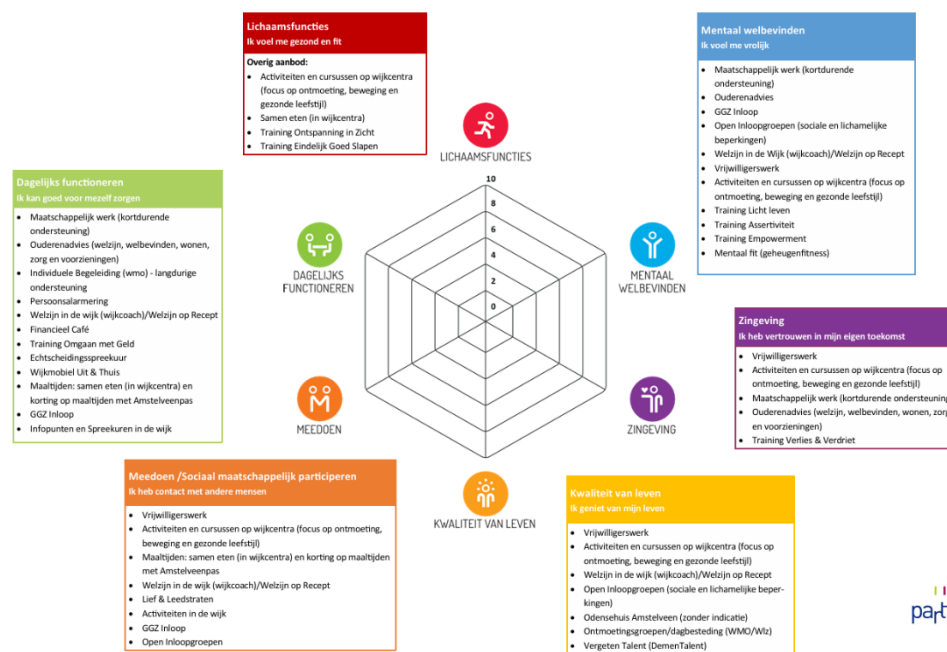
- Gemeentelijke kaders en wetten Welzijn en vrijwilligerswerk, sport en cultuur
- Maatwerkvoorzieningen Wmo (vervoer, wonen, huishouden)
- Wmo, individuele begeleiding en dagbesteding
- Schuldhelp, sociale activering en re-

4.2 Welzijn op recept – aanpak & couleur locale per regio

Zoals gezegd werkt iedere regio net anders. In deze paragraaf geven we een aantal inzichten weer hoe het couleur locale in de regio vormgegeven wordt.

4.2.1 Amstelland

Binnen Amstelland verwijst de huisarts via Zorgdomein door naar vier mogelijkheden van maatschappelijke ondersteuning: Welzijn op recept, bewegen op recept, ouderenadvies en maatschappelijk werk. Alle huisartsen kunnen het gebruiken binnen Amstelveen, Aalsmeer, Ouder-Amstel en Uithoorn. Sinds de koppeling via Zorgdomein neemt het aantal verwijzingen toe. Hieronder staan voorbeelden van mogelijke activiteiten binnen Participe waar een inwoner via WoR naar doorverwezen kan worden. Er wordt ook breder gekeken wat vanuit de sociale basis aansluit bij de persoonlijke behoefte van de inwoner.



4.2.2 Haarlemmermeer

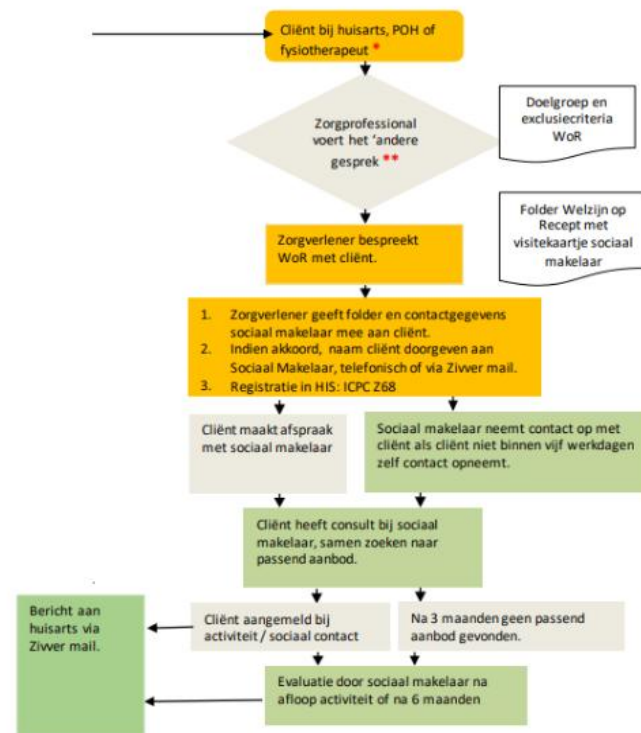
Binnen Haarlemmermeer kunnen huisartsen doorverwijzen naar een sociaal werker. Zij kijken naar welke passende activiteit mogelijk is voor de inwoner. Hiervoor is een processchema ingericht (zie hiernaast). Er wordt nog niet gewerkt in één gezamenlijk systeem zoals Zorgdomein of VIP-live. In de opschaling van WoR richt Haarlemmermeer zich vooral op het starten van één of meerdere nieuwe huisartsenpraktijken in de nieuwbouwwijken en het doorontwikkelen en intensiveren van één huidige huisartsenpraktijk, en het verbreden naar spoor 3 van de twee huidige koploperspraktijken.

4.2.3 Zuid-Holland Noord

Binnen ZHN zijn er verschillende manieren hoe WoR ingezet wordt. Dit komt door het grote aantal gemeenten en welzijnspartijen die in deze regio actief zijn. Zo wordt in Alphen aan de Rijn doorontwikkeld naar PO-sociaal en een samenwerking met het Alrijne ziekenhuis gestart. En kan er binnen Kaag en Braasem naast Welzijn op Recept ook naar Bewegen op Recept worden doorverwezen. Ook in deze regio kunnen huisartsen verwijzen via Zorgdomein/VIP-live naar een sociaal werker. De collectieve ambitie binnen deze regio is wel om Welzijn op Recept door te ontwikkelen naar een brede aanpak, PO-sociaal genoemd. Aangezien dit een vernieuwende manier van werken is en dit één van de drie sporen zijn voor doorontwikkeling lichten we dit in de volgende paragraaf uitgebreider toe.

Welzijn op Recept - Haarlemmermeer

Verwijsprocedure Welzijn op Recept





Werkwijze PO-sociaal (verbrede aanpak ZHN)

Vooraf gesteld: binnen de regio ZHN is niet één specifieke werkwijze rondom 'PO-sociaal'. Er zijn gemeenten (zoals Leiden) die eigen invulling hebben. Ook daarvoor is ruimte binnen dit plan. Toch lichten we het bredere kader van PO-sociaal graag nader toe. In deze aanpak houdt de PO-Sociaal bij voorkeur een spreekuur in de huisartsenpraktijk, waardoor de drempel laag is. De huisartsenpraktijk is voor inwoners een vertrouwde locatie waardoor afspraken daadwerkelijk tot stand komen of direct in de agenda van de PO-Sociaal ingepland worden. Dit zorgt voor een nauwe relatie met de huisarts en andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk. De PO-Sociaal is een vast gezicht, je kent en vertrouwt elkaar. Er vindt een warme overdracht plaats.

De PO-Sociaal werkt vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid en zet zich breed in op de domeinen van het spinnenweb. De PO-Sociaal voert een integraal gesprek en is erop gericht dat mensen mee kunnen doen en kwaliteit van leven ervaren. Uit gesprekken met de PO Sociaal kan blijken dat er meer speelt, bijv. schuldenproblematiek. Vaak is er sprake van multiproblematiek. Dan kan eerst (of parallel lopend) hier hulp bij gezocht worden én daarna/tegelijkertijd gekeken worden naar een beter welzijn/welbevinden. De PO-Sociaal neemt de tijd zodat de inwoner zich echt gehoord voelt. De PO-sociaal luistert, vraagt door naar de vraag achter de vraag, en PO-Sociaal bespreekt wat de inwoner zelf wil en wat hij als eerste wil aanpakken. De PO-Sociaal is een spin in het web. Dat kan inwoners erg helpen, omdat zij vaak de weg niet kunnen vinden in alles wat er is. De PO-Sociaal kan zorgen voor directe inzet als het gaat om algemene voorzieningen waar geen indicatie voor nodig is. De PO-Sociaal maakt zo nodig ook de verbinding naar geïndiceerde Wmo-voorzieningen, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, hulpmiddelen, en begeleiding. De PO-Sociaal zorgt voor een terugkoppeling naar de verwijzer uit de eerste lijn, zodat deze op de hoogte is van de ingezette oplossingen. De PO-Sociaal beantwoordt nooit medische vragen. Mochten die er wel zijn, dan zijn er korte lijnen in de huisartsenpraktijk en verwijst deze terug. Zie voor nadere informatie over de werkwijze en het profiel van de PO-Sociaal de bijlagen.

Positie plaatsen binnen de gemeentelijke grenzen van de regio, maar die een andere eerstelijnsregio kennen.

Binnen gemeente Alphen aan den Rijn is de bijzondere situatie dat er twee eerstelijnszorgregio's zijn binnen de eigen gemeentegrens. Te weten Zuid-Holland Noord en Midden-Holland. Een aantal huisartsen in de plaats Boskoop valt wel in de gemeente Alphen aan den Rijn (als mede-indiener) maar buiten de regio ZHN, waar transformatiemiddelen worden aangevraagd. Dit is een aandachtspunt voor de verdere uitwerking binnen de projectplannen op regionaal niveau. Rijn en Duin zal met gemeente Alphen aan den Rijn specifieke afspraken maken over inwoners van Boskoop en Benthuisen die onder een ander zorggebied vallen (eerstelijnszorgregio Midden-Holland). Naast Boskoop en Benthuisen is er nog een

aantal plaatsen waar de regionale indeling van de zorggroep verschilt binnen de gemeente (Duivendrecht, Spaarndam en Badhoevedorp). We stellen voor deze plaatsen dezelfde aanpak voor.

4.3 Werkwijze leerbijeenkomsten en intervisiegroepen

Om ervoor te zorgen dat er ook overstijgend geleerd wordt van de inzet van WoR op de verbinding tussen het medisch en sociaal domein, worden leerbijeenkomsten en intervisiegroepen ingericht. Specifiek binnen ZHN wordt dit georganiseerd middels WelZo-groepen op het niveau van het wijksamenwerkingsverband. Binnen de andere regio's wordt naar de meeste passende (evt. al bestaande) vorm gezocht. Deelnemers zijn de sociaal werker /PO-sociaal(s), de zorgverleners, en eventueel genodigden uit het sociaal domein. De bijeenkomsten vinden eens in het kwartaal plaats. Onderwerpen van de besprekingen zijn:

- Casuïstiek in grote lijnen: welke vraagstukken worden doorverwezen? Wat valt op?
- Hoe verloopt de samenwerking? Wat gaat goed? Wat kan beter?
- Trends en ontwikkelingen: wat komt veel voor en hoe kunnen we daar gezamenlijk beter op anticiperen en preventief beleid inzetten. Welk (collectief) aanbod mist en kunnen we dat in het sociaal domein opzetten?

Zie de bijlage voor nadere informatie over de WelZo aanpak.

Door de leerbijeenkomsten en intervisiegroepen bereikt het sociaal werk die inwoners die de weg naar het sociaal domein nog niet kunnen vinden en met hun (psycho)sociale problemen naar de huisarts gaan. Ook de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners weten vaak nog niet de weg naar het sociaal domein te vinden. Via Welzijn op Recept verbinden we het medisch en het sociaal domein. De sociaal werker is zelf een medewerker die uit het sociaal domein komt en de buurten en de sociale kaart goed kent. De aanpak bij de individuele inwoner is gebaseerd op de visie en aanpak van het sociaal domein en zal vanuit de vraag achter de vraag gericht zijn op zelfredzaamheid van de inwoner en deze verbinden met de buurt en met medebewoners. In de intervisiegroepen bekijken sociaal domein en eerstelijnszorg samen wat veel voorkomende vragen en problematiek in de buurt zijn, zodat vanuit het sociaal domein nieuw aanbod opgezet kan worden, samen met de inwoners.

4.4 Wie mogen (ook) doorverwijzen:

Wie op dit moment kunnen doorverwijzen is per regio en per gemeente verschillend. De ambitie is dat een bredere groep kan doorverwijzen, maar dit moet in de uitvoering op lokaal niveau vormgegeven worden. Bij een verbreding kan gedacht worden aan:

- GGZ: De sociaal werker neemt deel aan het Verkennend gesprek of stemt af (hier is/wordt een apart transformatieplan voor ingediend).
- Paramedici (fysiotherapie, ergotherapie, logotherapie, diëtisten, oefentherapeuten).
- Apothekers.
- De thuiszorg (breed): staat naast sociaal werker; zij hebben een onderlinge consultfunctie. Als een van beide al een breed gesprek heeft gevoerd, dan kunnen zij sparren over mogelijke oplossingen in het sociaal domein of de zorg.
- Specifiek in ZHN: er volgt een pilot waar Ziekenhuis Alrijne inwoners kan doorverwijzen naar de PO-sociaal. Dit wordt nog verder uitgewerkt hoe dit concreet vorm gaat krijgen. Rijn en Duin, Alrijne, Participe en gemeente Alphen aan den Rijn pakken die gezamenlijk verder op.

Voorwaarden:

- Ander gesprek door de verwijzende zorgverlener: verhogen bewustwording inwoner en zorgverlener.
- We bepalen het regionale kader, maar houden ruimte voor lokale toepassing, afhankelijk van de behoefte van de inwoners in de betreffende wijk.

5. Implementatie: fasering en planning

5.1. Aanpak

Er zijn in de aanpak drie soorten praktijken voor de doorontwikkeling van Welzijn op Recept en/of PO-sociaal te onderscheiden.

1. Nieuw te beginnen huisartsen

- Praktijken die Welzijn op Recept en/of PO-sociaal willen gaan opstarten

2. Verbeteren en intensiveren

- Praktijken die Welzijn op Recept/ PO-sociaal willen verbeteren en de inzet willen uitbreiden

3. Doorontwikkelen (en opschalen) naar bredere aanpak

- Praktijken die WoR inzetten en willen doorontwikkelen naar een bredere aanpak Welzijn op Recept

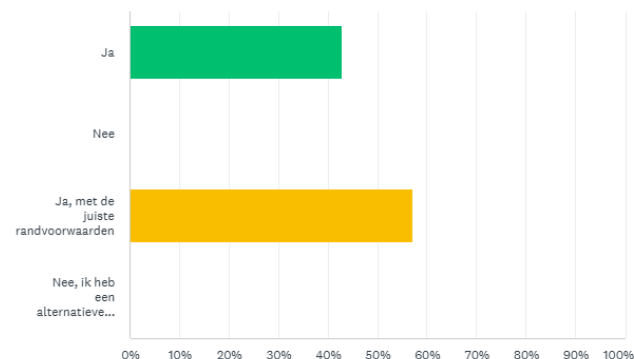
Leren en ontwikkelen in intervisiegroepen

1. Nieuw te beginnen huisartsen

Dit zijn praktijken die Welzijn op recept en/of PO-sociaal willen gaan opstarten. Er zijn genoeg huisartsen die nog geen gebruik maken maar dit wel zouden willen, zo blijkt uit een regionale enquête (zie hiernaast). In de drie regio's zullen in eerste instantie alle huisartsenpraktijken die nog geen Welzijn op Recept uitvoeren worden uitgenodigd voor een informatiebijeenkomst over Welzijn op Recept. Deze bijeenkomsten zullen in principe op basis van de behoefte maximaal 1 x per 6 maanden worden gehouden, waarna er per jaar 6-12 huisartsenpraktijken daadwerkelijk kunnen starten met Welzijn op Recept. Starten is echter mede afhankelijk van de capaciteit van de welzijnsorganisatie en voldoende financiële middelen en de bereidheid van de gemeente om eventueel extra te investeren in Welzijn op Recept. Het streven is dat startende praktijken beginnen met 2-4 verwijzingen per maand.

Zou jij gebruik willen maken van Welzijn op Recept?

Beantwoord: 14 Overgeslagen: 0



2. Verbeteren en intensiveren

Dit zijn praktijken die hun huidige werkwijze van Welzijn op recept/ PO-sociaal willen verbeteren en de inzet willen uitbreiden. Zij worden met name ondersteund in de juiste randvoorwaarden verder te verbeteren en verbinding met het sociaal domein te versterken. Uit de enquête onder huisartsen blijken verschillende zaken nodig om WoR meer te gaan gebruiken. Dit zijn onder andere betere follow-up en terugkoppeling bij verwijzingen, duidelijkheid over wat precies geboden kan worden, betere samenwerking met sociaal werkers en andere zorgverleners, integratie met systemen zoals Zorgdomein of VIP-live en meer kennis over de mogelijkheden en kwaliteit van hulpverleners.

3. Doorontwikkelen (en opschalen) naar bredere aanpak

Dit zijn praktijken die WoR inzetten en willen doorontwikkelen naar een bredere inzet; zoals de PO-sociaal in de regio Zuid-Holland Noord en de verschillende soorten verwijzingen in Amstelland (WoR, Ouderenadvies, maatschappelijk werk en Bewegen op Recept). In ZHN willen de 14 samenwerkende organisaties voor sociaal werk, samen met Rijn en Duin, in vier jaar doorgroeien naar een PO-sociaal in 63 huisartsenpraktijken, verspreid over alle 20 wijksamenwerkingsverbanden van de regio Zuid-Holland Noord. Gezamenlijk gaan zij aan de slag met de praktijken waar huisartsen de aanpak willen omarmen en waar plek is om spreekuren te houden. In eerste instantie richten we ons op de huisartsen en POH's. In tweede instantie (als de aanpak met de huisartsen loopt) richten zij zich ook op de paramedici en apotheken in de betreffende wijk. Vanaf de start beginnen zij met WelZo-groepen in de 20 wijksamenwerkingsverbanden om de verbinding tussen medisch en sociaal domein meteen goed neer te zetten in een lerende aanpak. In Alphen aan den Rijn gaan zij 2 jaar een pilot doen met rechtstreekse verwijzingen vanuit het Alrijne Ziekenhuis, met een focus op de doelgroep laaggeletterden. Op basis van de ervaringen in de pilot wordt bekeken of dit breder in de regio, met alle ziekenhuizen, wordt uitgebreid.

Aandachtspunten in de aanpak

- Opzet en inrichting van digitale systemen voor doorverwijzing en informatie-uitwisseling
- Monitoring en data-analyse
- Communicatie zodat medisch en sociaal domein elkaar beter leren kennen en tot een gezamenlijk netwerk rond de inwoner komen
- Scholing van de professionals
- Afstemming met de gemeenten

Risico	Risico-reducerende maatregel
Vastgoed: huisartsenpraktijken hebben niet altijd plek (voor PO-sociaal)	We starten met de praktijken die wel plek hebben. Op langere termijn maken we desgewenst afspraken met de praktijken die geen plek hebben dat ze mogen doorverwijzen naar een andere praktijk.
ICT-toegankelijkheid voor paramedici, wijkverpleegkundigen e.a.	In vroegtijdig stadium ICT-processen in beeld brengen en zo nodig toegang regelen.

Paramedici en apotheek verwijzen nu via de huisarts wegens AVG.	Bij de projectstart uitzoeken hoe zij binnen de AVG-regelgeving rechtstreeks kunnen doorverwijzen.
Sociaal domein is niet klaar voor de toestroom, bijv. voldoende capaciteit van vrijwilligers	Bespreekpunt in intervisiegroepen. Afstemming met gemeenten over de toename en de consequenties op basis van data. Inwoners activeren om als vrijwilliger aan de slag te gaan.

Monitoring en borging van de aanpak

Na de projectperiode willen we de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein continueren. De intentie is om bij succes van de aanpak de extra sociaal werkers structureel in te zetten en de werkwijze door te zetten. Hiervoor zullen begin 2027 gesprekken worden gevoerd met gemeenten en zorgverzekeraar. De sociaal werkorganisaties in ZHN gaan op basis van de data en de ervaringen met de Hogeschool Leiden een uitgebreide maatschappelijke businesscase maken waarin de effecten kwantitatief en kwaliteit in beeld worden gebracht. In alle regio's zal monitoring plaatsvinden zodat het effect in zowel output (extra verwijzing) als outcome (inwoners die verbetering ervaren) kan worden bijgehouden en aangetoond. Hier zijn investeringen voor opgenomen in het plan, maar de concrete uitwerking wordt door de bovenregionaal projectleider na goedkeuring verder uitgewerkt.

5.2 Mijlpalen & KPI's

Aanpak

De mijlpalen & KPI's zijn in een drietal fasen opgedeeld, met elk verschillende KPI's. We maken gebruik van de geleerde lessen uit het koploperstraject en nemen dit mee in de opstartfase met projectleiders. De KPI's zijn verdeeld in een aantal bovenregionale en een aantal regiospecifieke KPI's. In feite wordt er in 2025 al gestart en met terugwerkende kracht transformatiemiddelen aangevraagd. Onze inschatting is echter dat definitieve goedkeuring en bekostiging niet voor 1 januari 2026 zullen plaatsvinden. Haarlemmermeer heeft aangegeven per 2026 te willen beginnen, dus die zijn vanaf dan opgenomen. Het behalen van de resultaat KPI's is met name afhankelijk van de mate waarin de eerste- en tweedelijnszorg zorgdragen voor deze extra verwijzingen WoR naar de sociaal werkers. Dit vraagt in eerste instantie veel extra inzet vanuit de eerste- en tweedelijnszorg partijen en voor de verdergaande samenwerking tussen hen en de sociaal werkers. De opstartfase is daarom extra van belang.



KPI's bovenregionaal

SMART formulering Key Performance Indicator (KPI)			Bewijsvoering	(Streef) datum	Inspanning / resultaat
1. Opstart-fase	1	Er is een transformatieplan opgesteld, ingediend en goedgekeurd met alle betrokken partijen voor de doorontwikkeling van Welzijn op Recept in de regio's Zuid-Holland Noord, Amstelland en Haarlemmermeer.	Transformatieplan	31-dec-25	Inspanning
1. Opstart-fase	2	Na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS is een plan van aanpak opgesteld (met in ieder geval projectaanpak, financiën en planning) en is de projectorganisatie inclusief stuurgroep ingericht.	Plan van aanpak doorontwikkeling WoR	1-jul-26	Inspanning
1. Opstart-fase	3	Er zijn structurele afspraken tussen de drie eerstelijnszorgorganisaties vastgelegd over het beheer en de verdere ontwikkeling van de bovenregionale Toolbox Welzijn op Recept.	Afspraken document en toegankelijkheid Toolbox voor alle gebruikers	1-jul-26	Inspanning
3. Borgings-fase	4	Er is een evaluatie van de werkwijze gestart (incl. intervisiegroepen) in de gehele regio onder betrokken professionals en inwoners plaatsgevonden en zijn de lessen hieruit vertaald in acties voor verdere doorontwikkeling.	Evaluatierapport	31-dec-27	Inspanning

KPI's regionaal

Amstelland

SMART formulering Key Performance Indicator (KPI)			Bewijsvoering	(Streef datum)	Inspanning / resultaat
1.Opstart-fase	5.1	Bij 12 weken na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de ambities en behoeften van de praktijken geïdentificeerd en zijn de lokale werkgroepen ingericht.	Overzicht van behoeften praktijken geïdentificeerd per regio en een overzicht van de gestarte werkgroepen	1-jul-26	Inspanning
1.Opstart-fase	5.2	Er is na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS een projectplan met randvoorwaarden, acties en werkwijze (zoals ICT ondersteuning, intervisiegroepen en organisatie trainingen) zodat praktijken van start kunnen.	Projectplan	1-jul-26	Inspanning
2. Opschaal-fase	5.3	Uiterlijk 9 maanden na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de eerste sociaal werkers en huisartsen waar nodig getraind in de werkwijze over het voeren van het brede gesprek zoals positieve gezondheid en is er gezamenlijke training over de werkwijze gevolgd. Als professionals al getraind zijn wordt vindt er een laagdrempelige kennismaking en/of herhalingsbijeenkomst plaats.	Overzicht trainingsactiviteiten en overzicht van deelnemers	31-dec-26	Inspanning
2. Opschaal-fase	5.4	In 2026 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 596 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-26	Resultaat
2. Opschaal-fase	5.5	Na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS werkt minimaal 75% van de deelnemende praktijken en/of welzijnspartijen met Zorgdomein of VIP-live.	Overzicht per regio en gebruikte systemen	1-jul-27	Resultaat
2. Opschaal-fase	5.6	In de periode vanaf de goedkeuring van het transformatieplan tot 1 juli 2027 hebben in de regio's ten minste 4 intervisiegroep overleggen plaatsgevonden (binnen lokale invulling).	Rapport met cijfermatig overzicht	1-jul-27	Inspanning

2. Opschaal-fase	5.7	In 2027 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 893 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-27	Resultaat
------------------	-----	--	-----------------------------------	-----------	-----------

Haarlemmermeer

SMART formulering Key Performance Indicator (KPI)			Bewijsvoering	(Streef) datum	Inspanning / resultaat
1.Opstart-fase	6.1	Bij 12 weken na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de ambities en behoeften van de praktijken geïdentificeerd en zijn de lokale werkgroepen ingericht.	Overzicht van behoeften praktijken geïdentificeerd per regio en een overzicht van de gestarte werkgroepen	1-jul-26	Inspanning
1.Opstart-fase	6.2	Er is na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS een projectplan met randvoorwaarden, acties en werkwijze (zoals ICT ondersteuning, intervisiegroepen en organisatie trainingen) zodat praktijken van start kunnen.	Projectplan	1-jul-26	Inspanning
2. Opschaal-fase	6.3	Uiterlijk 9 maanden na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de eerste sociaal werkers en huisartsen waar nodig getraind in de werkwijze over het voeren van het brede gesprek zoals positieve gezondheid en is er gezamenlijke training over de werkwijze gevolgd. Als professionals al getraind zijn wordt vindt er een laagdrempelige kennismaking en/of herhalingsbijeenkomst plaats.	Overzicht trainingsactiviteiten en overzicht van deelnemers	31-dec-26	Inspanning
2.Opschaal-fase	6.4	In 2026 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 479 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-26	Resultaat

2. Opschaal-fase	6.5	Na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS werkt minimaal 75% van de deelnemende praktijken en/of welzijnspartijen met Zorgdomein of VIP-live.	Overzicht per regio en gebruikte systemen	1-jul-27	Resultaat
2. Opschaal-fase	6.6	In de periode vanaf de goedkeuring van het transformatieplan tot 1 juli 2027 hebben in de regio's ten minste 4 intervisiegroep overleggen plaatsgevonden (binnen lokale invulling).	Rapport met cijfermatig overzicht	1-jul-27	Inspanning
2.Opschaal-fase	6.7	In 2027 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 718 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-27	Resultaat

SMART formulering Key Performance Indicator (KPI)			Bewijsvoering	(Streef) datum	Inspanning / resultaat
1.Opstart-fase	7.1	Bij 12 weken na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de ambities en behoeften van de praktijken geïdentificeerd en zijn de lokale werkgroepen ingericht.	Overzicht van behoeften praktijken geïdentificeerd per regio en een overzicht van de gestarte werkgroepen	1-jul-26	Inspanning
1.Opstart-fase	7.2	Er is na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS een projectplan met randvoorwaarden, acties en werkwijze (zoals ICT ondersteuning, intervisiegroepen en organisatie trainingen) zodat praktijken van start kunnen.	Projectplan	1-jul-26	Inspanning
2. Opschaal-fase	7.3	Uiterlijk 9 maanden na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de eerste sociaal werkers en huisartsen waar nodig getraind in de werkwijze over het voeren van het brede gesprek zoals positieve gezondheid en is er gezamenlijke training over de werkwijze gevolgd. Als professionals al getraind zijn wordt vindt er een laagdrempelige kennismaking en/of herhalingsbijeenkomst plaats.	Overzicht trainingsactiviteiten en overzicht van deelnemers	31-dec-26	Inspanning
2.Opschaal-fase	7.4	In 2026 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 1959 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-26	Resultaat
2. Opschaal-fase	7.5	Na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS werkt minimaal 75% van de deelnemende praktijken en/of welzijnsparitien met Zorgdomein of VIP-live.	Overzicht per regio en gebruikte systemen	1-jul-27	Resultaat
2. Opschaal-fase	7.6	In de periode vanaf de goedkeuring van het transformatieplan tot 1 juli 2027 hebben in de regio's ten minste 4 intervisiegroep overleggen plaatsgevonden (binnen lokale invulling).	Rapport met cijfermatig overzicht	1-jul-27	Inspanning

2.Opschaal-fase	7.7	In 2027 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 2939 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-27	Resultaat
-----------------	-----	---	-----------------------------------	-----------	-----------

6. Impact-analyse

Met dit plan beogen we de volgende effecten te bereiken voor de inwoner, de zorgaanbieder en de zorgketen.



Inwoner / patiënt



Zorgaanbieder



Zorgketen

Doel

Verbeteren van toegankelijkheid en kwaliteit van de ondersteuning door een integrale aanpak, gericht op het verhogen van het welbevinden van patiënten met (psycho)sociale problematiek, verankerd binnen de sociale basis

Verminderen van de werkdruk bij zorgverleners, doordat de sociale zorg-/ondersteuningsvraag in een vroeg stadium wordt opgepakt en patiënten minder vaak op het spreekuur komen.

Verbeteren van de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein, zodat het sociaal domein meer inwoners bereikt, nl. die inwoners die naar een arts gaan, en de zorg meer kan doorverwijzen.

Impact plan

Kwaliteit:

- Meer inwoners doen (weer) mee aan de samenleving
- Verbeteren van de zelfredzaamheid
- Ervaren welzijn vanuit patiënt/inwoner neemt toe
- Meer vertrouwen en herkenbaarheid
- Inwoners voelen zich beter gehoord
- Er is verbetering op minimaal één van de dimensies van positieve gezondheid.
- Actiegerichte aanpak: inwoners worden geactiveerd
- Er is nieuw potentieel aan vrijwilligers waardoor zij zich inzetten voor anderen en meer zingeving ervaren

Toegankelijkheid van zorg/ondersteuning:

- Meer doorverwijzingen vanuit medisch domein
- Meer inwoners: juiste ondersteuning/ welzijn (i.p.v. zorg) op de juiste plek
- Meer inwoners komen direct op de juiste plek en weten de rechtstreeks toegang tot het sociaal domein te vinden (dus niet eerst naar de huisarts)

Overig:

- In algemene zin neemt de sociale cohesie toe omdat burgers (weer) betrokken worden bij de samenleving
- Mogelijke impact kan ook zijn weer aan het werk gaan

Personeel:

- Door betere samenwerking meer werkplezier en lagere werkdruk: mogelijkheid tot verwijzen kan druk verlagend werken en is mentaal ontlastend
 - Door betere samenwerking neemt vertrouwen toe
 - Zorgaanbieders worden breder geschoold; bewustwording verrijken (transformatiemiddelen nodig)
 - Meer synergie tussen bijv. POH GGZ en huisarts loont (effectief)
 - Huisarts gaat een ander/breder gesprek voeren
- ICT- en andere infrastructuur:

- We gaan veel meer op een digitale manier doen; benutten hiervan bijv. beeldbellen

Bedrijfsvoering:

- Intervisiegroepen zijn effectief om elkaar te ontmoeten

Effecten op zorggebruik

Met het opschalen en verbreden van de inzet van de Welzijn op Recept in regio's Zuid-Holland Noord, Amstelland en Haarlemmermeer zetten we in op:

- Het verlenen van passende ondersteuning en zorg voor inwoners door een goede samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein
- Hiermee proberen we het zorggebruik in de eerste- en tweede lijn te verminderen, o.a. afname in huisartsbezoeken en zorggebruik in de GGZ.
- Versteving van de sociale basis van de inwoner

Realisatie van dit deelplan resulteert in een jaarlijkse afname van kosten in Zvw van ca. 1000 euro per inwoner. Voor verdere toelichting zie volgend hoofdstuk: business case.

Impact op personeel

Naast de besparingen in zorgkosten, treedt er een verschuiving op van het zorgdomein naar het sociale domein. Zo is er relatief minder inzet nodig van huisartsen en relatief meer van de sociaal werker.

N.B. Gezien de huidige personele tekorten en de toenemende zorgvraag, zal de vrijkomende ruimte in capaciteit worden ingezet om de groeiende zorgvraag op te vangen.

7. Businesscase

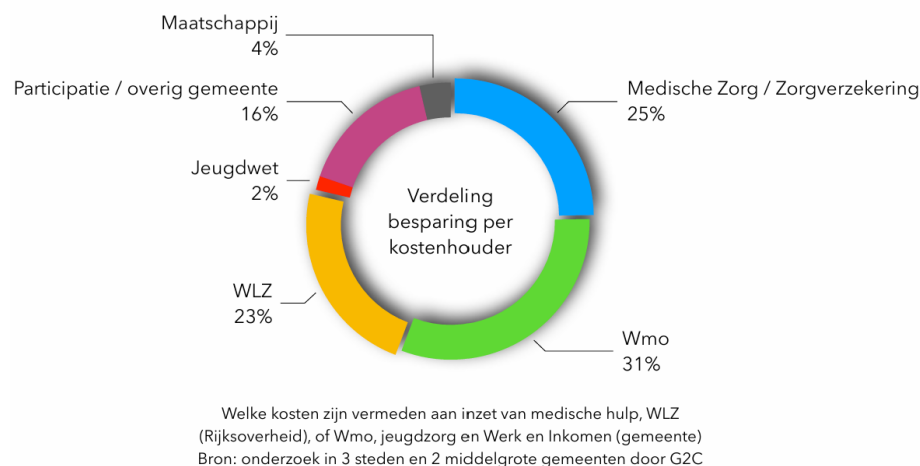
7.1 Financiële effecten en Maatschappelijke impact

Voor de businesscase gaan we uit van onderstaande aannames en financiële effecten. Het startgetal van het aantal verwijzingen is gebaseerd op de huidige beschikbare lokale gegevens en inschattingen van professionals over 2024. Voor Amstelland is dat 397, voor Haarlemmermeer 383 en voor ZHN 1306.

De opschaalambitie uit de KPI's is hieronder doorvertaald: in 2026 50% meer dan het basisjaar 2024 voor ZH-Noord en Amstelland, en voor Haarlemmermeer 25%. In 2027 en 2028 opschaling met steeds 50% voor alle drie de regio's. Vanaf 2029 vindt stabilisatie plaats aangezien we een steeds verdere opschaling niet reëel achten, mede gezien de hiervoor benodigde extra capaciteit in het sociaal domein. De opschalingsambitie is afgestemd met de lokale professionals vanuit welzijn, eerstelijnszorg en gemeenten. De opschaling- en uitbreidingsdoelstellingen voor de drie regio's ten opzichte van het basisniveau 2024 zijn hieronder weergegeven, evenals de verwachte besparingen die dat oplevert in de Zvw:

Opschaling verwijzingen	basisniveau	2026	2027	2028	2029	2030	Totaal	
# verwijzingen in ZH-Noord	1.306	1.959	2.939	4.408	4.408	4.408	19.427	Groei vanaf 2026 in 3 stappen 50% per jaar
# verwijzingen in Amstelland	397	596	893	1.340	1.340	1.340	5.905	Groei vanaf 2026 in 3 stappen 50% per jaar
# verwijzingen in Haarlemmermeer	383	479	718	1077	1.077	1.077	4.811	Groei in 2026 25% in daarna 2 stappen 50% per jaar
Totaal	2.086	3.033	4.550	6.825	6.825	6.825	30.144	
Besparingen Zvw								Afname geïndiceerd zorggebruik € 1.021 per patiënt in Zvw (Good2Consult)
Zuid-Holland Noord		€ 666.713	€ 1.666.783	€ 3.166.887	€ 3.166.887	€ 3.166.887	€ 11.834.156	Besparing is gebaseerd op opschalingsaantallen (aantal - basisniveau)
Amstelland		€ 202.669	€ 506.671	€ 962.675	€ 962.675	€ 962.675	€ 3.597.366	Besparing is gebaseerd op opschalingsaantallen (aantal - basisniveau)
Haarlemmermeer		€ 97.761	€ 342.163	€ 708.765	€ 708.765	€ 708.765	€ 2.566.220	Besparing is gebaseerd op opschalingsaantallen (aantal - basisniveau)
Totale besparing (incl. indexering)	€ -	€ 996.157	€ 2.668.817	€ 5.286.841	€ 5.445.538	€ 5.609.073	€ 20.006.425	

Voor deze onderbouwing is een uitgebreid onderzoek van Good2Consult gebruikt (2023). Ze hebben een gewogen besparing berekend op basis van 250 cases Welzijn in een onderzoek in 3 steden en 2 middelgrote gemeenten. Door inzet van Welzijn op Recept wordt geïndiceerde zorg voorkomen, gemiddeld is dat zo'n 4.083 euro per casus. Wij rekenen alleen de besparing in de Zvw door voor deze business case. Voor nadere onderbouwing verwijzen wij naar deze studie.



Vermeden maatschappelijke kosten Welzijn op Recept (5 gemeenten)			
Vermeden kosten	Periode		Correctie factor
	Eerste jaar	2 jaren daarna	
Enmalig bespaard	736.695		663.026
Jaarlijks herhalend	281.787		253.608
Jaar +1 besparing		281.787	253.608
Jaar +2 besparing		281.787	253.608
Totaal effect per jaar	1.018.482		1.423.850
Jaarlijkse teambudgetten	283.857		283.857
Rendement	359%		502%

Vermeden kosten bij 250 cases Welzijn op Recept. Tabel toont berekening eerste jaar, en indien meerjarig effect nog 2 jaar wordt meegenomen.
Bron: onderzoek in 3 steden en 2 middelgrote gemeenten door G2C

7.2 Begroting uitvoeringskosten

Voor de begroting van de structurele uitvoeringskosten gaan we uit van de benodigde directe ureninzet van de sociaal werkers voor WoR. De vervolgstap in het sociaal domein zijn hieronder weergegeven, op basis van het aantal verwijzingen. We rekenen met een gemiddelde inzet van 8 uur en een tarief van €95,-. Dit is gekozen op basis van de verschillende tarieven die gehanteerd worden. Dit is een gemiddelde, specifieke tarieven zijn per inkooprelatie met de gemeente verschillend. De uitvoeringskosten in de eerstelijnszorg worden voor de huisartsenpraktijken gedekt uit de beleidsregel Meer tijd voor de Patiënt (MTVP).

Structurele kosten WoR	2025	2026	2027	2028	2029		Totaal	
Inzet professionals 1ste lijn voor WoR								Huisartseninzet via beleidsregel MTVP
<i>Zuid-Holland Noord</i>								
<i>Amstelland</i>								
<i>Haarlemmermeer</i>								

Inzet professionals sociaal domein voor WoR								Gebaseerd op aantal verwijzingen minus startniveau
Zuid-Holland Noord		€ 496.280	€ 1.240.700	€ 2.357.330	€ 2.357.330	€ 2.357.330	€ 8.808.970	Gem. 8 uur per verwijzing à € 95 p.u.
Amstelland		€ 150.860	€ 377.150	€ 716.585	€ 716.585	€ 716.585	€ 2.677.765	Gem. 8 uur per verwijzing à € 95 p.u.
Haarlemmermeer		€ 72.770	€ 254.695	€ 527.583	€ 527.583	€ 527.583	€ 1.910.213	Gem. 8 uur per verwijzing à € 95 p.u.
Totale kosten inzet WoR	€ -	€ 719.910	€ 1.872.545	€ 3.601.498	€ 3.601.498	€ 3.601.498	€ 13.396.948	
Totale kosten inclusief jaarlijkse indexering 3%	€ -	€ 741.507	€ 1.986.583	€ 3.935.356	€ 4.053.485	€ 4.175.216	€ 14.892.148	

7.3 Positieve Business Case

Bovenstaande resulteert in de volgende positieve businesscase:

Positieve businesscase	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Totaal
Totale besparingen in Zww	€ -	€ 996.157	€ 2.668.817	€ 5.286.841	€ 5.445.538	€ 5.609.073	€ 14.397.352
Totale uitvoeringskosten personele inzet WoR	€ -	€ 741.507	€ 1.986.583	€ 3.935.356	€ 4.053.485	€ 4.175.216	€ 10.716.932
Substitutie-/vervolgkosten Sociaal Domein* incl. indexatie	€ -	€ 117.080	€ 313.671	€ 621.372	€ 640.024	€ 659.245	€ 1.692.147
Eenmalige investeringsmiddelen	€ 550.935	€ 919.338	€ 899.591	€ -	€ -	€ -	€ 2.369.864
Netto effect	-€ 550.935	-€ 781.768	-€ 531.028	€ 730.112	€ 752.028	€ 774.612	€ 393.022

*60% van verwijzingen WoR leidt tot vervolgkosten in SD à € 200,- per doorverwezen inwoner. Dit bedrag is gebaseerd op het onderzoek naar het rekenmodel van Welzijn op Recept van Marc Pompe. Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer 40% van de WoR-ontvangers gebruik maakt van informele (niet betaalde, ook niet collectief betaalde) activiteiten zoals wandelclubs.

7.4 Impact ten aanzien van IZA-doelstellingen

De in het vorige hoofdstuk genoemde KPI's en bovenstaande business case zal leiden tot de volgende financiële en maatschappelijke impact ten aanzien van de IZA-transformatiedoelstellingen:

IZA-doelstellingen	
Het zorggebruik in de Zvw	Met het uitrollen van de opschaling van WoR zetten we in op: - Het verlenen van passende ondersteuning en zorg voor inwoners door een goede samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein - Hiermee vermindert het zorggebruik in de eerste- en tweede lijn, o.a. afname in huisartsbezoeken en zorggebruik in de GGZ.
Regionale en/of landelijke herverdeling (profielkeuzes)	- Naast de besparingen in zorgkosten, treedt er een verschuiving op van het zorgdomein naar het sociale domein. Zo is er relatief minder inzet nodig van huisartsen en relatief meer van de sociaal werker. - N.B. Gezien de huidige personele tekorten en de toenemende zorgvraag, zal de vrijkomende ruimte in capaciteit worden ingezet om de groeiende zorgvraag op te vangen.
De inzet van personeel	- De verschuiving van het zorggebruik zal leiden tot ontlasting van de werkdruk in de eerste en tweede lijn. - Door verschuiving naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning zal de benodigde personele capaciteit in het sociaal domein in 2028 gegroeid zijn t.o.v. 01-01-2025 - De tevredenheid onder zorgpersoneel zal toenemen door betere samenwerking tussen professionals, de juiste zorgvragen op de juiste plek en een ontlasting voor met name de huisartsenpraktijken (huisarts en poh-ggz).
De omvang van zorgvastgoed	Wij voorzien niet een meetbaar effect op de omvang en het gebruik van zorgvastgoed.

Doorvertaling naar potentiële FTE inzet en besparing.

Onderstaand is een inschatting wat op basis van de businesscase de verwachte inzet van de sociaal werker is, en wat de verwachte besparing in Fte in de Zvw is. Voor de sociaal werker rekenen we met 1.280 productieve uren per jaar (70% van 36-urige werkweek). De 70% is een gewogen gemiddelde op basis van een inschatting van de productieve uren bij de verschillende welzijnsorganisaties. De Fte besparing is berekend door van de totale besparing per verwijzing (€1021,- per verwijzing, onderzoek Good2Consult), 50% toe te rekenen aan consulten bij de huisarts, en 40% toe te rekenen aan de POH-GGZ. Dit zijn schattingen. We weten op basis van het Good2Consult onderzoek dat besparing zit in de huisartsconsulten, POH GGZ consulten en medicatiekosten. De besparing in uren is vertaald naar een totaal aantal Fte bij de eerstelijnszorgorganisaties. Dit geeft wat meer beeld bij de besparing in financiële middelen. Voor exacte besparing volstaat onderstaat voorbeeld niet, hiervoor is meer onderzoek nodig en monitoring in de praktijk nodig.

Structurele kosten WoR	2025	2026	2027	2028	Waarop is deze aanname gebaseerd (good practice/ data/ interview etc)?
Opschaling verwijzingen					
# verwijzingen in ZH-Noord	1306	1959	2939	4408	
# verwijzingen in Amstelland	397	596	893	1340	
# verwijzingen in Haarlemmermeer	383	479	718	1077	
Totaal	2086	3033	4550	6825	Groei in 3 stappen van 50% vanaf 2026
Ureninzet professionals sociaal domein voor WoR					
Zuid-Holland Noord	10448	15672	23508	35262	
Amstelland	3176	4764	7146	10719	
Haarlemmermeer	3064	3830	5745	8618	
Totaal	16688	24266	36399	54599	Gem. 8 uur per verwijzing à € 95 per uur
Fte-berekening WoR - inzet sociaal werker					
Zuid-Holland Noord	8,2	12,2	18,4	27,5	
Amstelland	2,5	3,7	5,6	8,4	
Haarlemmermeer	2,4	3,0	4,5	6,7	
Totaal	13,0	19,0	28,4	42,7	Uitgaande van 1.280 productieve uren per jaar (70% van 36-urige werkweek)
Fte-berekening WoR besparing ZvW					
Zuid-Holland Noord	9,4	14,1	21,1	31,7	
Amstelland	2,9	4,3	6,4	9,6	
Haarlemmermeer	2,8	3,4	5,2	7,7	Uitgaande 50% besparing loonkosten huisarts per ingezette fte (€202.000,-) +
Totaal	15,0	21,8	32,7	49,1	Uitgaande 40% besparing loonkosten POH-GGZ per ingezette fte (€87.400,-)

8. Transformatie-aanvraag

8.1 Eenmalige investeringsmiddelen

Om de in dit transformatieplan genoemde ambities te kunnen realiseren zijn de volgende eenmalige investeringen nodig:

Eenmalige Investeringsmiddelen	2025	2026	2027	Totaal	Toelichting
Personele inzet					
<i>Extern</i>					
Projectleiding ZHN subregio de Leidse Regio	€ 34.316	€ 68.631	€ 68.631	€ 171.578	1/2 van fulltime projectleiding (€ 113.440,-)
Projectleiding ZHN subregio Duin- en Bollenstreek	€ 34.316	€ 68.631	€ 68.631	€ 171.578	
Projectleiding ZHN subregio Rijnstreek	€ 34.316	€ 68.631	€ 68.631	€ 171.578	
Projectleiding Amstelland	€ 34.316	€ 68.631	€ 68.631	€ 171.578	
Projectleiding Haarlemmermeer	€ 34.316	€ 68.631	€ 68.631	€ 171.578	
Projectleiding bovenregionaal	€ 60.403	€ 120.806	€ 120.806	€ 302.016	130 euro per uur (projectleiding extern)
Ontwikkeling transformatieplan	€ 116.402	€ -	€ -	€ 116.402	
<i>Intern</i>					
N.v.t.					Intern uren verrekend in scholing, leerbijeenkomsten en communicatie
Scholings- en intervisiekosten professionals					
<i>Extern</i>					
Scholings- en intervisiekosten professionals ZHN	€ 18.852	€ 28.048	€ 42.302	€ 89.201	20 uur per uitvoerend fte (95 euro per uur), gerelateerd aan het aantal doorverwijzingen en benodigde extra Fte voor Welzijn
Scholings- en intervisiekosten professionals Amstelland	€ 5.748	€ 8.506	€ 12.874	€ 27.128	
Scholings- en intervisiekosten professionals Haarlemmermeer	€ 5.518	€ 6.897	€ 10.346	€ 22.760	
<i>Intern</i>					
N.v.t.					Scholing betreft welzijnspartijen
Leerbijeenkomsten					
<i>Extern</i>					
Leerbijeenkomsten ZHN	€ 8.712	€ 17.424	€ 17.424	€ 43.560	Uren projectleiders eerstelijns en welzijn (2 uur per maand)
Leerbijeenkomsten Amstelland	€ 2.904	€ 5.808	€ 5.808	€ 14.520	Eerstelijns: €36.300, Welzijn: €36.300 (verdeling inzet uren eerstelijns en sociaal domein)
Leerbijeenkomsten Haarlemmermeer	€ 2.904	€ 5.808	€ 5.808	€ 14.520	
<i>Intern</i>					
Leerbijeenkomsten ZHN	€ 4.356	€ 8.712	€ 8.712	€ 21.780	Uren externe projectleiding
Leerbijeenkomsten Amstelland	€ 1.452	€ 2.904	€ 2.904	€ 7.260	
Leerbijeenkomsten Haarlemmermeer	€ 1.452	€ 2.904	€ 2.904	€ 7.260	
ICT-ontwikkelkosten					
<i>Extern</i>					
ICT-ontwikkelkosten ZHN	€ 54.450	€ 108.900	€ 54.450	€ 217.800	Inschatting op basis van implementatie Amstelland
ICT-ontwikkelkosten Amstelland				€ -	Hebben ICT-systeem geïmplementeerd
ICT-ontwikkelkosten Haarlemmermeer	€ 18.150	€ 36.300	€ 18.150	€ 72.600	Inschatting op basis van implementatie Amstelland
<i>Intern</i>					
N.v.t.					Ontwikkelkosten voor inrichting ICT. Interne licentiekosten geen onderdeel BuCa
Communicatie- en voorlichtingskosten					
<i>Extern</i>					
Communicatie- en voorlichtingskosten ZHN	€ 17.182	€ 64.614	€ 64.614	€ 146.410	Voorlichting professionals (o.a. toolkit) en inwoners
Communicatie- en voorlichtingskosten Amstelland	€ 7.744	€ 21.538	€ 21.538	€ 50.820	
Communicatie- en voorlichtingskosten Haarlemmermeer	€ 7.744	€ 21.538	€ 21.538	€ 50.820	
<i>Intern</i>					
Communicatie- en voorlichtingskosten ZHN	€ 13.068	€ 26.136	€ 26.136	€ 65.340	Uren interne communicatie, belegd bij eerstelijns en welzijn (3 uur per maand)
Communicatie- en voorlichtingskosten Amstelland	€ 4.356	€ 8.712	€ 8.712	€ 21.780	Eerstelijns: €54.450, Welzijn: €54.450 (verdeling inzet uren eerstelijns en sociaal domein)
Communicatie- en voorlichtingskosten Haarlemmermeer	€ 4.356	€ 8.712	€ 8.712	€ 21.780	
Monitoringskosten WoR					
<i>Extern</i>					
Effectonderzoek	€ 18.150	€ 36.300	€ 36.300	€ 90.750	Aanvulling op lopende regio-onderzoek HS Leiden via SPUK-gelden
<i>Intern</i>					
N.v.t.					Gezien waarborging onafhankelijkheid wordt onderzoek extern belegd.
Marge onvoorzien 1%	€ 5.455	€ 8.837	€ 8.332	€ 22.624	
totaal excl. indexatie	€ 550.935	€ 892.561	€ 841.526	€ 2.285.021	
<i>inclusief btw en jaarlijkse indexatie 3% vanaf 2025</i>	€ 550.935	€ 919.338	€ 899.591	€ 2.369.864	
Totaal IZA-investeringsmiddelen				€ 2.369.864	

Bedragen zijn inclusief indexatie en btw

8.2 Onderbouwing eenmalige investeringsmiddelen

Onderbouwing personele inzet

Voor de inzet is gerekend met reguliere uurkosten voor een externe projectleider (€ 110,-). De kosten voor een fulltime projectleiding is daarmee €113.440,-. Er is gerekend met een kwart Fte inzet voor 2025, en een half fte inzet in 2026 en 2027. Voor de bovenregionale projectleider rekenen we €130,- per uur, voor 16 uur per week. Voor de transformatieplankosten rekenen wij een adviestarief van €185,- voor gemiddeld 20 uur per week over een periode van een half jaar.

Onderbouwing scholing- en intervisiekosten professionals

Hiervoor rekenen we 20 uur per uitvoerend fte, gerelateerd aan het aantal doorverwijzingen. Het voorstel is om scholing en intervisie op regionaal (en evt. lokaal) niveau in te richten.

Onderbouwing leerbijeenkomsten

Voor de inzet van de leerbijeenkomsten rekenen we gemiddeld 2 uur per maand voor de projectleider, en de projectleiders vanuit Welzijn en eerstelijnszorgorganisaties.

Onderbouwing ICT-ontwikkelkosten

De eenmalige kosten voor het doorvoeren van een doorverwijzingssysteem lagen rond €60.000,- voor regio Amstelland. Dit hebben wij doorvertaald naar de overige regio's. Dit kunnen kosten zijn die eerstelijnszorgorganisaties of welzijnspartijen nodig hebben om de juiste ICT-infrastructuur aan te schaffen.

Onderbouwing communicatie- en voorlichtingskosten

Hier zijn kosten voor opgenomen voor allereerst het onderhouden en doorontwikkelen van de Toolkit. Ook zijn kosten opgenomen voor communicatiematerialen om de intensivering mogelijk te maken. Daarnaast zijn er voorlichtingskosten voor het geven van trainingen voor nieuwe medewerkers vanuit Welzijn of vanuit de huisartsen.

Monitoringskosten WoR

We hebben extra kosten opgenomen voor aanvullend onderzoek om de voortgang te monitoren.

8.3 Totale aanvraag

Op basis van bovenstaande betreft de totale aanvraag IZA-transformatiemiddelen:

Eenmalige investeringsmiddelen	2025	2026	2027	Totaal
Eenmalige investeringsmiddelen ZvW	€ 321.096	€ 919.338	€ 899.591	€ 2.140.025
Eenmalige investeringsmiddelen sociaal domein	€ 229.839			
Totaal	€ 550.935	€ 919.338	€ 899.591	€ 2.369.864
Uitvoeringskosten sociaal domein	2025	2026	2027	Totaal
Uitvoeringskosten door SD-professionals	€ -	€ 741.507	€ 1.986.583	€ 2.728.090
Substitutie-/vervolgkosten in SD	€ -	€ 117.080	€ 313.671	€ 430.751
Totaal				€ 3.158.841
Totale investering				€ 5.528.705

8.4 Fasering (koppeling aangevraagde middelen aan Kpi's)

De uitbetaling van de in paragraaf 8.1 aangevraagde eenmalige investeringsmiddelen en uitvoeringskosten in het sociaal domein vindt gefaseerd plaats aan de hand van het behalen van de inspannings- en resultaat-KPI's uit eerder vermelde overzicht. Aangezien de investeringen (met een aanloop in 2025) vooral in 2026 en 2027 plaatsvinden, vindt naar verhouding een groter deel van het totale investeringsbedrag in de eerste jaren plaats. Op deze manier kunnen partijen de nodige voorinvesteringen doen (denk aan het aannemen van voldoende sociaal werkers). Het totale eenmalige investeringsbudget is voor ten minste 30% gekoppeld aan resultaat-KPI's.

We hanteren de volgende verdelingspercentages op basis van het aantal verwijzingen: Amstelland 19,5%, Haarlemmermeer 16,3% en ZHN 64,2% (periode 2025-2027). Dit komt neer op de volgende verdeling:

Type financiering	Totaal	Rijn en Duin	Amstelland	Haarlemmermeer	ZHN
SPUK bedrag BC 25-27	€ 3.158.841		€ 615.974	€ 514.891	€ 2.027.976
<i>waarvan resultaat KPI (30%)</i>			€ 184.792	€ 154.467	€ 608.393
Eenmalige middelen 25-27	€ 2.369.864	€ 2.140.025	€ 45.278	€ 40.910	€ 143.651
<i>waarvan resultaat KPI (30%)</i>		€ 710.959			
Totaal	€ 5.528.705				

De koppeling van de eenmalige investeringsmiddelen en uitvoerings- en vervolgkosten aan de KPI's is als volgt:

SMART formulering Key Performance Indicator (KPI)			Bewijsvoering	(Streef) datum	Inspanning / resultaat	(totaal)Bedrag	Rijn en Duin	Gemeente Amstelveen 19,5%	Gemeente Haarlemmermeer 16,3%	Gemeente Leiden 64,2%
Bovenregionaal										
1.Opstart-fase	1	Er is een transformatieplan opgesteld, ingediend en goedgekeurd met alle betrokken partijen voor de doorontwikkeling van Welzijn op Recept in de regio's Zuid-Holland Noord, Amstelland en Haarlemmermeer.	Transformatieplan	31-dec-25	Inspanning	€ 400.000	€ 170.161	€ 45.278	€ 40.910	€ 143.651
1.Opstart-fase	2	Na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS is een plan van aanpak opgesteld (met in ieder geval projectaanpak, financiën en planning) en is de projectorganisatie inclusief stuurgroep ingericht.	Plan van aanpak doorontwikkeling WoR	1-jul-26	Inspanning	€ 1.060.000	€ 400.000	€ 130.000	€ 130.000	€ 400.000
1.Opstart-fase	3	Er zijn structurele afspraken tussen de drie eerstelijnszorgorganisaties vastgelegd over het beheer en de verdere ontwikkeling van de bovenregionale Toolbox Welzijn op Recept.	Afspraken document en toegankelijkheid Toolbox voor alle gebruikers	1-jul-26	Inspanning	€ 890.000	€ 300.000	€ 120.000	€ 120.000	€ 350.000
3.Borgings-fase	4	Er is een evaluatie van de werkwijze gestart (incl. intervisiegroepen) in de gehele regio onder betrokken professionals en inwoners plaatsgevonden en zijn de lessen hieruit vertaald in acties voor verdere doorontwikkeling.	Evaluatierapport	31-dec-27	Inspanning	€ 164.864	€ 119.864	€ 10.000	€ 10.000	€ 25.000

Amstelland									
1.Opstart-fase	5.1	Bij 12 weken na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de ambities en behoeften van de praktijken geïdentificeerd en zijn de lokale werkgroepen ingericht.	Overzicht van behoeften praktijken geïdentificeerd per regio en een overzicht van de gestarte werkgroepen	1-jul-26	Inspanning	€ 75.000	€ 20.000	€ 55.000	
1.Opstart-fase	5.2	Er is na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS een projectplan met randvoorwaarden, acties en werkwijze (zoals ICT ondersteuning, intervisiegroepen en organisatie trainingen) zodat praktijken van start kunnen.	Projectplan	1-jul-26	Inspanning	€ 65.000	€ 20.000	€ 45.000	
2. Opschaal-fase	5.3	Uiterlijk 9 maanden na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de eerste sociaal werkers en huisartsen waar nodig getraind in de werkwijze over het voeren van het brede gesprek zoals positieve gezondheid en is er gezamenlijke training over de werkwijze gevolgd. Als professionals al getraind zijn wordt vindt er een laagdrempelige kennismaking en/of herhalingsbijeenkomst plaats.	Overzicht trainingsactiviteiten en overzicht van deelnemers	31-dec-26	Inspanning	€ 55.000	€ 15.000	€ 40.000	
2. Opschaal-fase	5.4	In 2026 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 596 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-26	Resultaat	€ 115.000	€ 45.000	€ 70.000	
2. Opschaal-fase	5.5	Na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS werkt minimaal 75% van de deelnemende praktijken en/of welzijnspartijen met Zorgdomein of VIP-live.	Overzicht per regio en gebruikte systemen	1-jul-27	Resultaat	€ 75.000	€ 15.000	€ 60.000	
2. Opschaal-fase	5.6	In de periode vanaf de goedkeuring van het transformatieplan tot 1 juli 2027 hebben in de regio's ten minste 4 intervisiegroep overleggen plaatsgevonden (binnen lokale invulling).	Rapport met cijfermatig overzicht	1-jul-27	Inspanning	€ 76.182	€ 45.000	€ 31.182	
2. Opschaal-fase	5.7	In 2027 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 893 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-27	Resultaat	€ 99.792	€ 45.000	€ 54.792	

Zuid-Holland Noord									
1.Opstart-fase	7.1	Bij 12 weken na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de ambities en behoeften van de praktijken geïdentificeerd en zijn de lokale werkgroepen ingericht.	Overzicht van behoeften praktijken geïdentificeerd per regio en een overzicht van de gestarte werkgroepen	1-jul-26	Inspanning	€ 240.000	€ 75.000		€ 165.000
1.Opstart-fase	7.2	Er is na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS een projectplan met randvoorwaarden, acties en werkwijze (zoals ICT ondersteuning, intervisiegroepen en organisatie trainingen) zodat praktijken van start kunnen.	Projectplan	1-jul-26	Inspanning	€ 240.000	€ 75.000		€ 165.000
2. Opschaal-fase	7.3	Uiterlijk 9 maanden na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS zijn de eerste sociaal werkers en huisartsen waar nodig getraind in de werkwijze over het voeren van het brede gesprek zoals positieve gezondheid en is er gezamenlijke training over de werkwijze gevolgd. Als professionals al getraind zijn wordt vindt er een laagdrempelige kennismaking en/of herhalingsbijeenkomst plaats.	Overzicht trainingsactiviteiten en overzicht van deelnemers	31-dec-26	Inspanning	€ 235.000	€ 70.000		€ 165.000
2. Opschaal-fase	7.4	In 2026 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 1959 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-26	Resultaat	€ 420.000	€ 170.000		€ 250.000
2. Opschaal-fase	7.5	Na goedkeuring van het transformatieplan door zorgverzekeraars en VWS werkt minimaal 75% van de deelnemende praktijken en/of welzijnspartijen met Zorgdomein of VIP-live.	Overzicht per regio en gebruikte systemen	1-jul-27	Resultaat	€ 370.000	€ 170.000		€ 200.000
2. Opschaal-fase	7.6	In de periode vanaf de goedkeuring van het transformatieplan tot 1 juli 2027 hebben in de regio's ten minste 4 intervisiegroep overleggen plaatsgevonden (binnen lokale invulling).	Rapport met cijfermatig overzicht	1-jul-27	Inspanning	€ 198.624	€ 49.041		€ 149.583
2. Opschaal-fase	7.7	In 2027 hebben de huisartspraktijken en andere verwijzers 2939 casussen succesvol* doorverwezen naar het sociaal domein (*Een verwijzing die is aangekomen en waarbij de verwijzing in behandeling is genomen).	Rapport met cijfermatig overzicht	31-dec-27	Resultaat	€ 289.352	€ 130.959		€ 158.393

						Totaal	Rijn en Duin	Amstelland	Haarlemmermeer	ZHN
					Totaal	€ 5.528.705	€ 2.140.025	€ 661.252	€ 555.801	€ 2.171.627

8.5 Kassiersfunctie

De eenmalige investeringsmiddelen worden uitbetaald aan Rijn en Duin die optreedt als kassier van het transformatieplan. Rijn en Duin keert aan de deelnemende partijen en externe organisaties de betreffende bedragen uit op basis van bijgehouden en afgesproken uren-inzet. Elk deelnemende (zorg)partij houdt zijn eigen projectadministratie (en dus ook kostenregistratie) bij, waarbij minimaal één aparte grootboekregel wordt gebruikt waar de kosten en uitbetalingen van transformatiemiddelen worden geboekt met het oog op transparantie en navolgbaarheid. Achteraf dient inzichtelijk te zijn waaraan de kosten zijn besteed én dat deze navolgbaar zijn, bijvoorbeeld door middel van een factuur of memoriaal (interne doorbelasting).

De structurele uitvoeringskosten en vervolgkosten in het sociaal domein worden – na goedkeuring van het transformatieplan door de zorgverzekeraar - via de subsidieaanvraag bij het ministerie van VWS aan de gemeenten Amstelveen, Haarlemmermeer en Leiden als mandaatgemeenten uitgekeerd, die vervolgens de inzet van de overige gemeenten in de regio en de welzijnsorganisaties bekostigen op basis van doorbelasting en contractering.

8.6 Structurele borging

Gedurende de looptijd van het transformatieplan (t/m eind 2027) worden gemeenten en professionals in het sociaal domein bekostigd vanuit dit plan voor hun inzet. De verdere reguliere bekostiging van de uitvoerende activiteiten in het sociaal domein zijn op dit moment onzeker. Dit is afhankelijk van landelijke afspraken tussen gemeenten en het Rijk (AZWA). Gedurende de periode van het transformatieplan wordt door gemeenten bezien in hoeverre de gewenste capaciteit kan worden geleverd vanuit de dan beschikbare gemeentelijke middelen uit het gemeentefonds c.q. een mogelijk (voortgaande) specifieke uitkering.

8.7 Verklaring gelijkgerichtheid

Gelijkgerichtheid van zorgverzekeraars is er al in de eerste lijn, omdat er volgeleid is. Door het volgeleid van huisartsenzorg en O/I is dit geen actueel vraagstuk. Daarnaast is het voor huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners onwerkbaar om inwoners die een indicatie hebben voor een Welzijn op Recept-verwijzing niet te verwijzen. Dit gaat in tegen hun medische eed om geen schade aan mensen toe te brengen: onterecht medicaliseren.

Gelijkgerichtheid van aanbieders: Met de uitwerking van de plannen per thema zorgen we voor versteviging van regionale samenwerking over de ketens heen. Dit kan enkel gerealiseerd worden vanuit gezamenlijke investeringen en inspanningen. Dit kan niet gerealiseerd worden vanuit verschillende partijen (met verschillende contractpartners) binnen een 'competitie'. De opgaven zijn dusdanig groot dat samenwerking tussen en met alle zorgpartijen noodzakelijk is.

8.8 Verklaring dubbelfinanciering

Dubbelfinanciering vanuit de Zvw is in dit transformatieplan niet aan de orde. De inzet van de huisartsen voor het voeren van het brede gesprek met de inwoner en de doorverwijzing naar het welzijnswerk vindt plaats op basis van de prestatiebekostiging Meer tijd voor de inwoner (MTVP). In dit Transformatieplan worden hier geen aanvullende

middelen aangevraagd. Alleen de benodigde coördinatie en scholingskosten zijn opgenomen als eenmalige investeringsmiddelen om de WoR-aanpak in te voeren en op te schalen.

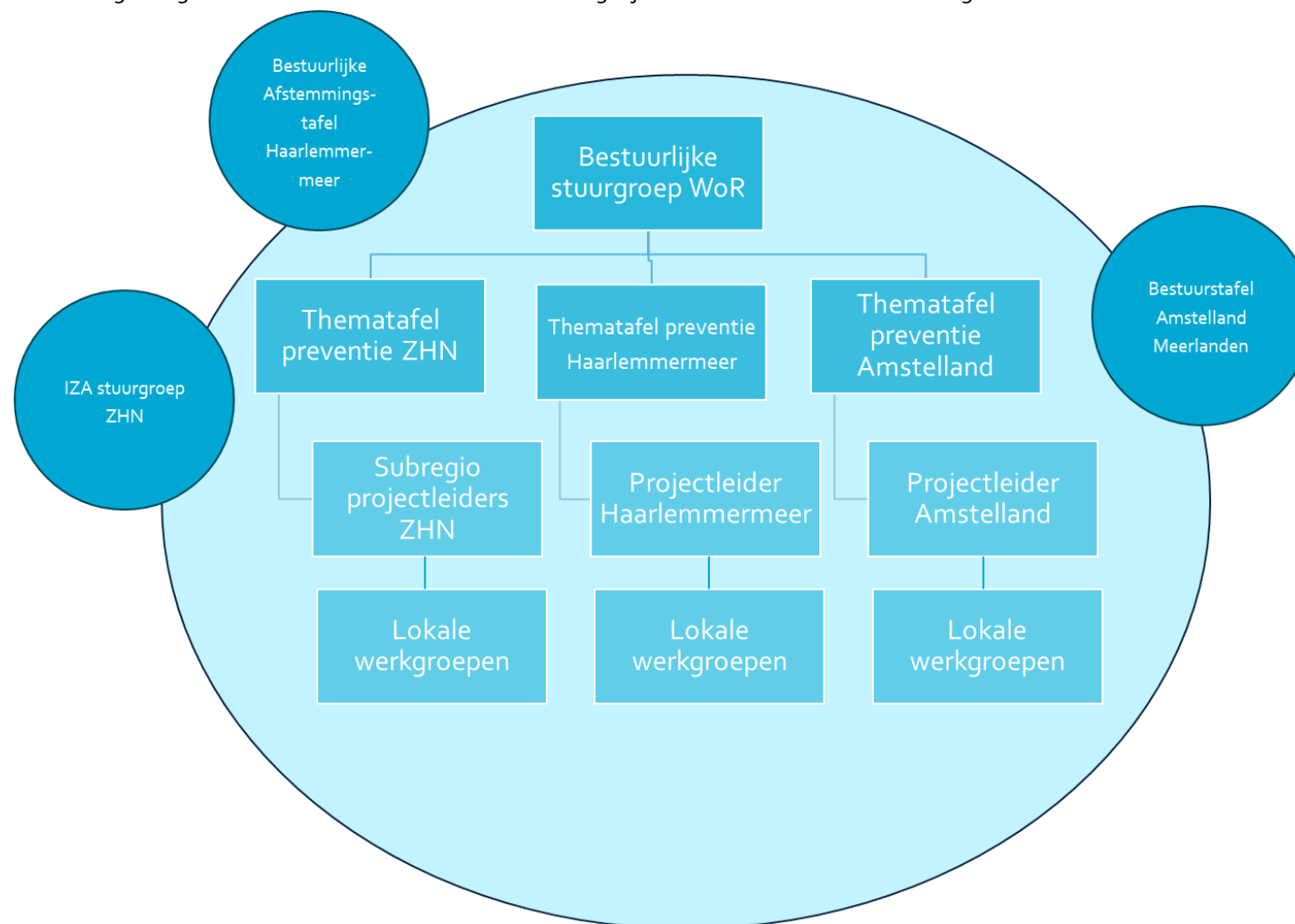
Dubbelfinanciering van gemeenten wordt uitgesloten aangezien voor de uitvoerings- en vervolgkosten voor Welzijn op Recept in het sociaal domein uitsluitend aanvullende middelen worden aangevraagd voor de opschaling en intensivering van de al lopende WoR-activiteiten die onder andere uit de al bestaande Specifieke uitkering IZA of GALA worden bekostigd. Het doorzetten van het basisniveau 2024 is dan ook geen onderdeel van deze aanvraag transformatiemiddelen.

8.9 Verklaring m.b.t. staatssteun

Het tijdelijke rijksbudget SPUK-IZA 24 wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds via gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in dit transformatieplan en SPUK GALA. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatsteun.

9. Programmastructuur en governance

We kiezen voor een programmastructuur per regio. Dit betekent dat er 3 projectstructuren zijn, een overkoepelende bestuurlijke stuurgroep en een overkoepelende regionale stuurgroep. Voor de afstemming met gemeenten en GGD worden zoveel als mogelijk de bestaande IZA thematafels gebruikt.



De volgende deelnemers zijn onderdeel van de stuurgroep en thematafels.

9.1 Bestuurlijke stuurgroep WoR

Organisatie	Naam	Vertegenwoordigt
Rijn en Duin	Hans Brehler	Huisartsen, apotheken, eerstelijns fysiotherapeuten.
Amstelland Zorg	Jacomien de Jong	Huisartsen, apotheken, eerstelijns fysiotherapeuten, psychologen en eerstelijns diëtisten
Haarlemmermeer Zorggroep	Stefan Fiselier	Huisartsen, apotheken, eerstelijns fysiotherapeuten.
Participe	Marcel Bastiaansen	Sociaal werk organisaties in de regio ZHN: Buzz, Includio, Kwadraad (Participe), Radius Welzijn, Sociale wijkteams Leiden, SOL, Tom in de Buurt, Voorschoten voor Elkaar, Welzijn Noordwijk, Welzijn Teylingen, Coherente Welzijnskompas, Welzijnskwartier, MEE Zuid-Holland Noord
MeerWaarde	Martijn Kool	Meerwaarde
Gemeente Leiden	Jan van Rijn	13 gemeenten in regio ZHN
Gemeente Amstelveen	Marijn van Ballegooien	4 gemeenten in Amstelland
Gemeente Haarlemmermeer	Charlotte van der Meij	Haarlemmermeer
Zorg en Zekerheid	Susanne Rutten	Zorgverzekeraars

De stuurgroep komt minimaal twee keer per jaar bij elkaar. Jaarlijks wordt er voor dit project een Go-No Go-moment georganiseerd om vast te stellen of de betrokken gemeenten over de benodigde financiële middelen en intentie beschikken voor het komende jaar (met name vanaf 2028).

Taken en verantwoordelijkheden

De bestuurlijk verantwoordelijke stuurgroep voor dit transformatieplan- conform het beoordelingskader transformatieplannen van de NZa - bestaat uit de (afvaardiging van) bestuurders van de deelnemende organisaties van dit transformatieplan in de drie regio's.

De stuurgroep ziet toe op de uitvoering van het transformatieplan, in het bijzonder het behalen van de afgesproken doelen en kritische prestatie-indicatoren en is verantwoordelijk voor de financiële verantwoording van de toegekende IZA-investeringsmiddelen. In het bijzonder heeft de stuurgroep aandacht voor de risico's ten aanzien van domeinoverstijgende kosten, dubbele bekostiging en ongeoorloofde staatssteun. De stuurgroep komt ten minste jaarlijks bijeen.

Rijn en Duin treedt als hoofdindienaar van dit transformatieplan op en is namens de deelnemende partijen verantwoordelijk voor de inhoudelijke en financiële verantwoording aan de zorgverzekeraars. Elk deelnemende (zorg)partij houdt zijn eigen projectadministratie (en dus ook kostenregistratie) bij, waarbij minimaal één aparte grootboekregel wordt gebruikt waar de kosten en uitbetalingen van transformatiemiddelen worden geboekt met het oog op transparantie en navolgbaarheid. Achteraf dient inzichtelijk te zijn waaraan de kosten zijn besteed én dat deze navolgbaar zijn, bijvoorbeeld door middel van een factuur of memoriaal (interne doorbelasting). Er vinden door de stuurgroepleden afstemmingsoverleg plaats binnen de eigen regio via de bestaande bestuurlijke IZA-tafels.

Om risico's af te dekken en onderlinge aansprakelijkheden te regelen wordt een samenwerkingsconvenant opgesteld.

9.2 Regionale thematafels

De precieze namen kunnen wijzigen gedurende het proces. De organisaties zijn wel vertegenwoordigd aan deze tafels.

Thematafel preventie Amstelland

Organisatie	Naam
Gemeente Amstelveen en Aalsmeer	Femke Hoekstra (procesbegeleider)
Amstelland zorg	Antoinette van der Heijden
Gemeente Uithoorn en Gemeente Ouder-Amstel	Riem Abdel Wahed
Participe Amstelland	Elena Nabatova
SIGRA	Vacature

Zorg en Zekerheid	Joyce Slingerland
MEE & Mantelzorg en Meer	Marjolein Dozeman
GGD Amsterdam	Jara Israels

Thematafel preventie Haarlemmermeer

Organisatie	Naam
Haarlemmermeer Zorggroep	Judith Ruijs
Gemeente Haarlemmermeer	Maaïke Draaijer & Johan van Rixtel
MeerWaarde	Bidi Stam
Zorg en Zekerheid	Erik Kramer en Juliette Neomagus

Thematafel preventie Zuid-Holland Noord

Organisatie	Naam
Rijn en Duin	Hans Brehler
HLT samen	Nicolette Hendriks
Participe	Else Leih en Nancy Baghdadi
Zorg en Zekerheid	Erik Kramer en Juliette Neomagus
Gemeente Alphen aan de Rijn	Mariska Smit en Emilie de Jong
Gemeente Leiden	Marnix Kelfkens
Transmuralis	Manon Hekman

Coöperatie De Limes	Dick Koster (huisarts)
GGD Hollands Midden	Matthijs van der Vorm van Hecht

Taken en verantwoordelijkheden

De thematafel per regio wordt voorgesteld als overlegtafel voor dit transformatieplan. De thematafel heeft de taak om een gedragen transformatieplan en een gezamenlijke agenda op te stellen voor de regio en is de smeerolie in de samenwerking tussen de verschillende partijen op het gebied van de in te zetten acties. Ze zorgt voor regionale en bestuurlijke afstemming en besluitvorming, overzicht over de landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen en stelt de prioriteiten. De thematafel faciliteert projecten op opgaven en houdt zich o.a. bezig met de benodigde inzet en budgetten. Tot slot brengt ze de kennis uit de domeinen van gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders bij elkaar om gezamenlijk de strategie te bepalen. De vertegenwoordigingsstructuur van de thematafel houdt in dat de deelnemers niet alleen hun eigen organisatie representeren, maar ook de vergelijkbare organisaties in hun domein. Om deze vertegenwoordiging waar te maken voeren de deelnemers van de thematafel overleg met deze andere partijen, zodat hun stem wordt meegewogen in het realiseren van de ambities.

De thematafel zal niet het gehele plan zelf uitvoeren. Werkgroepen worden geformeerd voor de daadwerkelijke implementatie in opdracht van de thematafel. Deze werkgroepen bestaan uit verschillende samenstellingen van experts uit het sociaal domein en eerstelijnszorg. Welk domein of welke organisatie kartrekker is, verschilt per werkgroep. Op basis van een opdrachtformulering geven de werkgroepen uitwerking aan de invulling van de doorontwikkeling van WoR.

9.3 Projectleiding

Bovenregionaal projectleider

De bovenregionaal projectleider heeft de strategische leiding over het gehele transformatieplan en zorgt voor samenhang tussen de drie regio's. Deze projectleider is verantwoordelijk voor de overall projectsturing, kennisdeling tussen regio's en rapportage naar opdrachtgevers.

Taken:

- Strategische aansturing van het totale transformatieplan en coördinatie tussen de drie regionale projectleiders
- Overleg met en rapportage naar de opdrachtgevers, stuurgroep en stakeholders op bovenregionaal niveau
- Faciliteren van kennisuitwisseling en best practices tussen de drie regio's voor optimale leereffecten
- Coördinatie van het regionale actieonderzoek en zorgen voor consistente meetmethodieken tussen regio's
- Afstemming met andere (landelijke) initiatieven en programma's rondom welzijn op recept
- Ontwikkelen van overkoepelende communicatiestrategie en materialen voor het gehele programma

- Escalatiepunt voor complexe vraagstukken die regionale projectleiders overstijgen

(Sub-) regionale projectleider

De regionale projectleider stuurt het project en de werkgroepen aan. De projectleider is verantwoordelijk voor het opleveren van de afgesproken producten, van de afgesproken kwaliteit, binnen de afgesproken tijd en voor het afgesproken bedrag. Gezien de omvang van de regio ZHN, worden daar projectleiders op subregionaal niveau aangesteld.

Taken:

- Begeleiding van de lokale pilots bij het opzetten en leren van elkaar, zowel voor de sociaal werker als de intervisiegroepen.
- Heeft overall overleg met de bovenregionaal projectleider over de aanpak, de belemmeringen en kansen.
- Trainingen opzetten voor sociaal werkers voor het aanleren van de nieuwe werkwijze (en eventueel zorgverleners)
- Opzetten van communicatiemiddelen ter ondersteuning van de aanpak en inrichting van digitale systemen
- Monitoring en meten van de voortgang en de resultaten.
- Afstemming met andere deelprojecten, o.a. over het verkennend gesprek
- Het doen van actieonderzoek naar werkwijze van pilots, incl. afstemming met andere regio's hiervoor voor optimale doorontwikkeling en delen van kennis.

Projectleider eerstelijnszorg

De projectleider stemt structureel af met de interne projectleider van de eerstelijnszorgorganisatie, over de werkwijze en aanpak en stimuleert en begeleidt de WSV-en zo nodig bij de implementatie. Deze zorgt voor interne communicatie binnen eerstelijnszorgorganisatie en borging van de werkwijze.

Klankbordgroep

De projectleider werkt samen met inwoners uit het burgerplatform uit hoe we inwoners het beste kunnen betrekken bij het project, bijv. in een regionale of lokale klankbordgroep.

10. Bijlagen

Extra toelichting WelZo-groepen

Om ervoor te zorgen dat er ook overstijgend geleerd wordt van de aanpak met de PO-Sociaal en de verbinding tussen het medisch en sociaal domein, worden WelZo-groepen ingericht. De werkwijze:

- De groepen worden ingericht op niveau van het wijksamenwerkingsverband (of gemeente).
- Deelnemers zijn de PO-sociaal(s), de zorgverleners, en eventueel genodigden uit het sociaal domein.
- De bijeenkomsten vinden eens in het kwartaal plaats.
- Onderwerpen van de WelZo-besprekingen zijn:
 - Casuïstiek in grote lijnen: welke vraagstukken worden doorverwezen? Wat valt op?
 - Hoe verloopt de samenwerking, wat gaat goed? wat kan beter?
 - Trends en ontwikkelingen: wat komt veel voor en hoe kunnen we daar gezamenlijk beter op anticiperen en preventief beleid inzetten.
 - Welk aanbod mist en kunnen we dat opzetten?
 - Terugkoppelen van afgesproken acties van de vorige keer.
- Bij de bijeenkomsten worden ook collega's uit het sociaal domein uitgenodigd om de deskundigheid over een onderwerp of de werkwijze te delen. Bijvoorbeeld een mantelzorgconsulent, sportcoach, een activiteitenbegeleider of iemand met kennis van laaggeletterdheid.

Op deze manier leren de partijen elkaar steeds beter kennen, verbeteren de gezamenlijke deskundigheid en ontwikkelen de werkwijze door.

Met de inzet van voorgestelde gecombineerde aanpak haal je oneigenlijke zorg uit de 1e en de medisch specialistische en basis en specialistische ggz zorg. Hierdoor heb je meer capaciteit om de 2e lijn te organiseren, wat in lijn is met IZA. De juiste zorg op de juiste plek.

Ook de verpleeghuiszorg wordt bij inzet van Welzijn op Recept volgens de experts 3-6 maanden uitgesteld. Dit draagt allemaal bij aan het leveren van passende zorg en effectief en optimaal gebruik van de beschikbare capaciteit in 1e lijn, medisch specialistische zorg, ggz en verpleeghuiszorg. Hierdoor heb je meer capaciteit om de juiste patiënten te bedienen.

Huisartsen die goed bekend zijn met het werken met Welzijn op Recept ervaren een toename van het werkplezier en een afname van de ervaren werkdruk bij bv de ALK/SOLK, veelgebruikers van zorg en heart-sink patiënten. Door gebrek aan financiering is er nog geen wetenschappelijk onderzoek om deze ervaringen met bewijs te onderbouwen.

Overall zal de voorgestelde gecombineerde aanpak de kwaliteit van de samenwerking verbeteren tussen 1e lijn en welzijn en bijdragen aan 'Oneigenlijke Zorg op de Juiste Welzijn Plek'

Extra toelichting PO-sociaal

De PO-sociaal is een professional uit het sociaal domein die spreekuur draait in de huisartsenpraktijk. Door de fysieke aanwezigheid weet de zorgverlener de PO-sociaal makkelijk te vinden en kan de patiënt laagdrempelig naar de PO-sociaal doorverwezen worden. De PO-sociaal is een regisseur en verbinder, die in staat is korte tijd mee te lopen met de inwoner. Hij heeft een brede blik, is goed in doorvragen en activeren van inwoners en bekend met het (aanbod van het) sociaal domein. Wanneer hulpverlening nodig is, verwijst de PO-sociaal door. Zie voor de overige competenties bijlage 2.

De werkwijze van de PO-Sociaal is als volgt:

- De huisarts/zorgverlener constateert samen met de patiënt dat er sprake is van een niet-medisch probleem, waarbij onduidelijk is waar en waarmee de patiënt het beste geholpen zou kunnen zijn.
- De zorgverlener verwijst warm door naar de PO-sociaal. De zorgverlener kan direct een afspraak inplannen op het spreekuur van de PO-sociaal.
- De PO-sociaal gaat in gesprek met de inwoner. In het gesprek met de inwoner zoekt de POH-sociaal samen met de inwoner naar de vraag achter de vraag en naar de samenhang met andere levensgebieden. Er wordt getoetst of de hulpvraag zoals door de zorgverlener is geformuleerd in de verwijzing, daadwerkelijk de vraag is waarmee de inwoner geholpen is. De PO-sociaal laat de inwoner zelf nadenken en geeft inzicht waardoor mensen uit hun eigen gedachtepatronen komen. De PO-sociaal zoekt, zonder dat de inwoner de regie verliest, naar het antwoord op de vraag: 'wat heb je nodig'. Het traject bestaat uit maximaal drie á vier gesprekken.
- De inwoner gaat aan de slag. Als de drempel naar een activiteit of voorziening te hoog is, kan een PO-Sociaal meegaan of een vrijwillige ondersteuning regelen. (Wanneer een indicatie nodig is, kan de PO-Sociaal ondersteunen bij de aanvraag). De PO-Sociaal houdt nog even vinger aan de pols en bespreekt hoe het gaat.
- De PO-Sociaal koppelt aan de zorgverlener terug welke oplossing is gekozen, zodat deze op de hoogte is bij een volgend gesprek.

De aanwezigheid van de PO-Sociaal in de praktijk biedt ook de mogelijkheid voor kort advies en overleg tussen de zorgverlener en sociaal professional. Een vast 'gezicht' biedt vertrouwen en creëert een situatie om elkaars taal en perspectief beter te gaan verstaan.

De drempel voor het contact tussen de medisch en de sociaal professional wordt verkleind. De PO-Sociaal houdt ook goed contact met de collega's uit het sociaal domein. Hij koppelt terug wat de vragen uit de huisartsenpraktijk zijn, waar de patiënten tegenaan lopen en denkt mee over eventueel nieuw aanbod wat beter aansluit op de vraag.

GGZ-problematiek

De organisaties voor sociaal werk merken ook een toename van GGZ-problematiek onder inwoners, o.a. bij de inloop in buurthuizen, bij individuele hulpvragen of problematiek in de wijk. In het regioplan heeft de samenwerking en korte lijnen tussen huisarts, GGZ en sociaal domein hoge prioriteit. Rijn en Duin is trekker van een project om Verkennend gesprekken in te richten, samen met Welzijn. We zetten daarvoor de PO-sociaal in, die een nauwe relatie onderhoudt met de POH GGZ. In de praktijk gaan we uittesten wat het beste werkt: gezamenlijk een verkennend gesprek met de inwoner voeren of naar elkaar doorverwijzen.

Relatie met het ziekenhuis

Ziekenhuis Alrijne heeft aangegeven dat er veel patiënten naar huis gaan met psychosociale problematiek, die niet teruggaan naar de huisarts, maar waar men zich wel zorgen over maakt. Het grootste onderliggende probleem is laaggeletterdheid (1 op de 6 [patiënten]). Laaggeletterden zijn vaak niet in staat om mee te doen aan de maatschappij, hebben een slechtere gezondheid, hebben vaker een ongezonde leefstijl, maken minder gebruik van preventieve zorg en hebben meer moeite met therapietrouw en zelfzorg. Hierdoor maken laaggeletterden vaker gebruik van huisartsen- en ziekenhuiszorg wat de maatschappij jaarlijks ruim 257 miljoen euro kost. Laaggeletterden hebben beperkte gezondheidsvaardigheden en kunnen hierdoor gezondheidsinformatie niet goed verkrijgen, begrijpen, beoordelen en toepassen. Hierdoor hebben laaggeletterden moeite om bijvoorbeeld etiketten op medicijnen of folders te lezen, de weg te vinden om ondersteuning of zorg te vinden en om formulieren te begrijpen of in te vullen. We gaan een pilot te doen met een rechtstreekse doorverwijzingsmogelijkheid vanuit het ziekenhuis naar de PO-sociaal. Daarbij testen we uit hoe de huisarts betrokken wordt: moet deze op de hoogte zijn, zo ja, hoe? of moet de verwijzing toch via de huisarts lopen?