

8 september 2026

Advies herijking coördinatie woonzorginitiatieven

Auteur: Geert Lonterman

Managementsamenvatting

Alle geïnterviewde partijen ervaren te weinig regionale coördinatie van woonzorginitiatieven in Eemland, maar zij missen verschillende dingen. Sommige partijen, zoals Huisartsen Eemland en het Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTiE), missen vooral dat de uitvoering van de afgesproken routekaart voor woonzorginitiatieven wordt opgepakt. Andere partijen, zoals de VVT-organisaties en de woningcorporaties, missen vooral een tafel die de woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben bestuurt. Dat de routekaart uit het Transformatieplan en het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen nog niet in ontwikkeling is, komt doordat de partijen geen gedeeld beeld hebben van het probleem waarvoor de routekaart een oplossing moet bieden. Dit advies herijkt daarom de aanpak, met zes conclusies en aanbevelingen.

De belangrijkste aanbeveling is om op korte termijn te komen tot een bestuurlijke opdracht voor het maken en implementeren van de routekaart, met een regionaal convenant en een escalatieroute (aanbeveling 2, uitgewerkt in bijlage 3). Daarnaast is er draagvlak voor een overzicht van alle regionale Wlz-aanbieders en overige woonzorgvoorzieningen. Huisartsen Eemland en de gemeente Amersfoort zijn hier al mee begonnen; continueer deze inspanningen en leg de afspraken over het aanleveren en actueel houden van informatie bestuurlijk vast (aanbeveling 4, uitgewerkt in bijlage 2).

Het oorspronkelijk afgesproken toetsingskader als onderdeel van het regionaal vastgoedplan kan worden geschrapt: geen enkele partij heeft hier behoefte aan. Wel willen gemeenten onderling laagdrempelig informatie uitwisselen over zorginstellingen die zich willen vestigen (aanbeveling 1). Het benodigde abstractieniveau van de routekaart wordt in de opdracht verkend (aanbeveling 3).

De sturing op beide opdrachten is niet geborgd. Kies daarom een duidelijke sturingslijn: het overzicht van Wlz-locaties met benodigde zorgafspraken en de routekaart via Samen Sterker Eemland, de actuele kaart van alle woonzorglocaties via het Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg (aanbeveling 5). Ten slotte ontbreekt het aan een tafel die de integrale woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben bestuurt. Vrijwel alle partijen waarschuwen voor een nieuw overleg; organiseer daarom een eenmalige 'special' van het Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg over knelpunten in de uitvoering van beide afsprakenkaders (aanbeveling 6).

Dit advies is gebaseerd op interviews met Huisartsen Eemland, het Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTiE), de gemeenten Amersfoort en Soest, de VVT-organisaties Beweging 3.0 en De Haven, GGZ Centraal, de woningcorporaties Portaal en De Alliantie (namens de SWEV) en Zorgkantoor Zilveren Kruis, en op een klankbordsessie met deze partijen op 7 september 2026. Het wordt geagendeerd voor het bestuur van Samen Sterker Eemland op 24 september 2026 en het Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg op 29 oktober 2026.

1. Aanleiding

De coördinatie van woonzorginitiatieven in de regio Amersfoort/Eemland raakt aan twee belangrijke samenwerkingen. In Samen Sterker Eemland werken verschillende organisaties¹ aan een toekomstbestendig zorg- en welzijnslandschap via het Transformatieplan. In het regionale Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg werken verschillende organisaties² aan de huisvesting van ouderen en aandachtsgroepen via het

¹ Meander Medisch Centrum, Huisartsen Eemland, 10 VVT-instellingen, 9 ggz-instellingen, 10 gemeenten, maatschappelijke organisaties en zorgverzekeraar Zilveren Kruis

² Vertegenwoordigde organisaties in het Ambtelijk en Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg zijn de gemeenten Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Eemnes, Leusden, Nijkerk, Soest, Woudenberg, Bureau Regio Amersfoort, Provincie Utrecht, SWEV en SSE.

Afsprakenkader Ouderenhuisvesting en het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen. In zowel het Transformatieplan als het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen is de coördinatie van woonzorginitiatieven via een integrale routekaart opgenomen, maar wel op verschillende manieren.

In het Transformatieplan staat dat Samen Sterker Eemland een handreiking wil ontwikkelen naar het voorbeeld van de integrale routekaart van Dokter Drenthe. “In de handreiking wordt initiatiefnemers gevraagd om voorafgaand aan de opzet van een woonzorginitiatief in overleg te gaan met het zorgkantoor, de gemeente, huisartsenzorg en collega-instellingen. Dit om te zorgen dat de juiste partijen tijdig zijn aangesloten, en om te voorkomen dat er onduidelijkheid ontstaat over wie wat doet en wanneer. Door afspraken te maken tussen alle betrokken partijen, kan de juiste zorg op de juiste plek worden georganiseerd.”

In het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen is de afstemming tussen de initiatiefnemer en het netwerk op dezelfde manier beschreven. Wat afwijkt is dat gemeenten woonzorginitiatieven veel breder wilden bezien (“van specialistische tot verpleegkundige zorg en van opvang tot hospice”). Ook wilden gemeenten dat er meer doelen werden gesteld: het moet bijdragen aan de beoogde spreiding van zorgvoorzieningen, richtinggeven aan initiatiefnemers en voorkomen dat initiatieven tegelijkertijd bij meerdere gemeenten worden aangemeld. Als resultaten zijn benoemd:

1. Een toetsingskader als onderdeel van het regionaal vastgoedplan, zodat gemeenten kunnen afwegen of een initiatief passend is en kunnen sturen op regionale spreiding.
2. Een routekaart voor initiatiefnemers, zodat zij weten met wie afstemming moet plaatsvinden over het plan.
3. Regionale werkafspraken die lokaal kunnen worden toegepast en verfijnd.

In het Afsprakenkader is Samen Sterker Eemland aangewezen als verantwoordelijke. In het najaar van 2025 heeft Samen Sterker Eemland een projectleider geworven om samen met een werkgroep aan deze doelstellingen en resultaten te werken. De projectleider heeft de opdracht in januari 2026 door omstandigheden teruggegeven. Samen Sterker Eemland koos ervoor om niet meteen een nieuwe projectleider aan te stellen, maar om eerst een tussenstap te zetten: komen tot een probleemanalyse van de huidige coördinatie van woonzorginitiatieven en op basis daarvan tot een gedragen vervolgaanpak. Samen Sterker Eemland heeft aan mij de opdracht verstrekt om de probleemanalyse te maken en om advies te geven over het vervolg.

Aanpak

Voor het maken van de probleemanalyse en een conceptadvies heb ik interviews afgenomen met Huisartsen Eemland, het Ouderegeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTIE), de gemeenten Amersfoort en Soest, de VVT-organisaties Beweging 3.0 en De Haven, GGZ Centraal, de woningcorporaties Portaal en De Alliantie (namens de Samenwerkende Woningcorporaties Eemland en Gelderse Vallei, SWEV) en Zorgkantoor Zilveren Kruis. De probleemanalyse en het conceptadvies zijn op 7 september 2026 voorgelegd aan de geïnterviewden in een klankbordsessie. Dit leidde tot veel subtiele aanpassingen en een grotere aanpassing van een van de aanbevelingen (aanbeveling 6). In bijlage 1 is een lijst opgenomen met geïnterviewden en deelnemers aan de klankbordsessie. Dit definitieve advies dat voor je ligt wordt geagendeerd voor het bestuur van Samen Sterker Eemland op 24 september 2026 en het Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg op 29 oktober 2026.

Leeswijzer

In het vervolg van dit document lees je allereerst de hoofdconclusie over het ervaren gebrek aan coördinatie op het gebied van woonzorginitiatieven. Met een woonzorginitiatief wordt in dit advies een initiatief bedoeld met als doel dat mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag zelfstandig of gezamenlijk kunnen wonen in een omgeving die op hun behoeften is afgestemd. Het gaat om een breed palet aan doelgroepen, die verschillen in de aard en duur van de zorgvraag en het financieringskader. Na de hoofdconclusie volgt een

reflectie over hoe het ervaren gebrek aan coördinatie zich verhoudt tot wat hierover was opgenomen in het Transformatieplan van Samen Sterker Eemland en het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen.

Na de reflectie volgen in totaal zes conclusies en aanbevelingen. Drie conclusies en aanbevelingen gaan over de drie beoogde resultaten voor de coördinatie van woonzorginitiatieven zoals opgenomen in het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen. De andere drie conclusies en aanbevelingen waren oorspronkelijk niet in de afspraken opgenomen, maar komen voort uit de interviews. In de bijlage zijn, naast een lijst met geïnterviewden en deelnemers aan de klankbordsessie, twee conceptopdrachten opgenomen voor het maken van een overzicht van woonzorglocaties en voor het maken van een routekaart voor initiatiefnemers van woonzorgvoorzieningen en bijbehorende zorgafspraken.

2. Hoofdconclusie en ervaren problemen per partij

Er is in de beleving van alle geïnterviewde partijen te weinig regionale coördinatie van woonzorginitiatieven. Huisartsen Eemland en SWEV ervaren geen coördinatie. ONTiE, de VVT-organisaties en de gemeenten ervaren beperkte coördinatie. GGZ Centraal mist inzicht in, kennisdeling over en coördinatie van de regionale vraag naar en het aanbod van zorgvastgoed. En het zorgkantoor ziet relatief weinig coördinatie ten opzichte van andere regio's.

In het licht van het ervaren gebrek aan coördinatie lijkt het logisch dat de ontwikkeling van een integrale routekaart voor woonzorginitiatieven als actie is opgenomen in het Transformatieplan en het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen. En toch is de routekaart nog niet in ontwikkeling. Hoe komt dit?

Uit de interviews blijkt dat de partijen samen geen gedeeld beeld hebben van het probleem waar de routekaart een oplossing voor moet bieden. De partijen ervaren verschillende problemen, die elkaar wel raken, maar die niet samenkomen in de huidige beschrijvingen van de beoogde routekaart in het Transformatieplan en het Afsprakenkader. Met het risico om de ervaren problematiek plat te slaan formuleer ik hieronder per partij in een notendop welke problemen worden ervaren.

Huisartsen Eemland

Huisartsen Eemland mist afstemming met (in het bijzonder kleinschalige, particuliere en commerciële) initiatiefnemers over de zorg die nodig is. Het risico dat de benodigde zorgafspraken met huisartsen niet worden gemaakt is groot. Het is voor Huisartsen Eemland moeilijk te begrijpen waarom er tot nu toe geen stappen zijn gezet in de ontwikkeling van de routekaart. De huisartsen hebben (liever vandaag dan morgen) een regionaal overzicht nodig van Wlz-aanbieders en de zorg die zij mogen leveren, en een routekaart die leidt tot het maken van samenwerkingsafspraken bij nieuwe initiatieven.

Het Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTiE)

Het ONTiE mist een integraal regionaal overzicht van bestaande en toekomstige woonzorgvoorzieningen, inzicht in wat dit vraagt qua zorgstructuur en afspraken over hoe de medisch-generalistische zorg wordt georganiseerd. De routekaart is nodig als middel om kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van ouderenzorg duurzaam te waarborgen. De uitdaging is niet alleen om woonzorginitiatieven beter te coördineren, maar vooral om via die coördinatie de medisch-generalistische zorg duurzaam te borgen.

De VVT-organisaties Beweging 3.0 en De Haven

De VVT-organisatie Beweging 3.0 ziet dat er nog geen 'ingebouwd mechanisme' is om huisartsen te betrekken bij de realisatie van woonzorginitiatieven. VVT-organisatie De Haven herkent dit probleem, ook al is de samenwerking in Bunschoten stevig georganiseerd. Voor de VVT-organisaties behoeft het geen betoog dat het een goed idee is om te werken aan een overzicht van Wlz-locaties en een routekaart voor woonzorginitiatieven. De Haven doet daarbij nog de nadrukkelijke oproep om via de routekaart niet alleen formele partijen aan te haken, maar ook de beoogde inwoners.

Een veel urgenter probleem voor de VVT-organisaties dan het ontbreken van de routekaart is dat er geen tafel is die de woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben bestuurt. In de ene gemeente is dit er al meer dan in de andere en op regionaal niveau ontbreekt het volledig. Er is wel inzicht in de aantallen zorggeschikte, nultreden en geclusterde woningen die nodig zijn, maar nergens wordt bekeken of de lokale plannen optellen tot de regionale opgave en wat de rol en verantwoordelijkheid is van de verschillende partijen in dit vraagstuk. Lokaal is het nodig om de opgave scherp te krijgen (hoe ontwikkelt een buurt zich qua demografie, welke (woon)voorzieningen zijn er (nodig) en wat is er nodig voor de beweging van zorg naar welzijn?). Regionaal is coördinatie nodig en een plek om lokale (financiële en organisatorische) knelpunten te adresseren.

De gemeenten Amersfoort en Soest

De gemeenten Amersfoort en Soest missen op dit moment overzicht over de lokale en regionale aanwezigheid en spreiding van zorgvoorzieningen. De gemeenten missen nu soms inzicht in Wlz-initiatieven en afspraken tussen zorginstellingen over *preferred suppliership* in bepaalde wijken. Anders dan in de huidige opzet van de routekaart in het Transformatieplan en het Afsprakenkader is opgenomen, hebben de gemeenten geen behoefte aan een zware loketfunctie voor initiatieven. Hier zijn binnen gemeenten al procedures voor (zoals intaketafels en Omgevingstafels). Wel zouden gemeenten onderling op een laagdrempelige wijze informatie willen uitwisselen over zorginstellingen die zich in een gemeente willen vestigen, voornamelijk om shopgedrag te voorkomen: (particuliere) zorgaanbieders die gemeenten beurtelings benaderen voor de mogelijkheden voor vestiging.

De gemeenten hechten veel belang aan een routekaart om initiatiefnemers te ondersteunen bij de realisatie van woonzorglocaties, omdat deze locaties hard nodig zijn en omdat de routekaart helpt om de benodigde zorg- en welzijnsafspraken te maken. Wel waarschuwen de gemeenten dat zij initiatieven niet kunnen tegenhouden op grond van het ontbreken van zorgafspraken. De regiogemeenten hebben afgesproken dat de realisatie van voldoende woonplekken voor senioren en aandachtsgroepen een lokale verantwoordelijkheid is. De gemeenten constateren wel dat er nog geen geijkte plek is voor het bespreken van knelpunten op regionaal niveau. In theorie is dit georganiseerd in de provinciale taskforce wonen en zorg Utrecht, maar wat daar wordt besproken vindt nog te weinig de weg terug naar de regio en vice versa.

De Samenwerkende Woningcorporaties Eemland en Gelderse Vallei

De woningcorporaties binnen de SWEV hebben al hun eigen afwegingskader voor woonzorginitiatieven, gericht op hun investeringsmodel en strategische overwegingen. De woningcorporaties hebben oorspronkelijk wel deelgenomen aan de gesprekken over de ontwikkeling van de routekaart voor woonzorginitiatieven, maar ze kregen nooit precies duidelijk wat het nut en de noodzaak hiervan is. Door andere partijen worden zij ook niet genoemd als voortrekker voor de ontwikkeling van het overzicht van woonzorglocaties of de ontwikkeling van een routekaart. De woningcorporaties zoeken juist op strategisch niveau afstemming over de ontwikkeling van de vraag naar en het aanbod van zorg. Zij hebben behoefte aan één plek waar ontwikkelingen worden geduid op het gebied van demografie, voorzieningen, afspraken die zorginstellingen met elkaar maken over *preferred suppliership* en de mogelijkheden van corporaties.

Zilveren Kruis Zorgkantoor

Zilveren Kruis Zorgkantoor roept op om bij de coördinatie van woonzorginitiatieven goed aan te sluiten op wat er al bestaat. Zelf houdt het zorgkantoor al zicht op de ontwikkeling van zorgvormen, zoals het aandeel MPT (Modulair Pakket Thuis) en VPT (Volledig Pakket Thuis). Dit gebeurt via de regionale monitor en de Zilveren Kruis routekaart (niet te verwarren met de routekaart voor woonzorginitiatieven). Via het inkoopbeleid stuurt het zorgkantoor op de (toekomstige) regionale zorgvraag. Er geldt een volumeplafond voor verpleeg- en verblijfszorg. Voor intramuraal beschermd wonen geldt geen plafond. Waar nodig denkt het zorgkantoor met aanbieders mee over de realisatie van nieuwe locaties. De kerntaak van het zorgkantoor is de zorg voor de hele regio toegankelijk houden, niet dat de zorgvoorzieningen evenwichtig over de regiogemeenten verspreid zijn. Gemeenten moeten onderling tot een goede verdeling komen. Voor nieuwe woonvoorzieningen stelt het zorgkantoor eisen via het inkoopbeleid, bijvoorbeeld over de vereiste samenwerking met andere zorginstellingen, zoals huisartsen en de Specialist Ouderengeneeskunde. Het Convenant Samenwerking MGZ is een randvoorwaarde voor nieuwe woonlocaties. Naast de borging van zorgsamenwerking via het inkoopbeleid wijst het zorgkantoor op de afstemming die ook al plaatsvindt via ONTIE. Voor het maken van een routekaart kan volgens het zorgkantoor een voorbeeld worden genomen aan andere regio's, zoals Drenthe en Friesland.

GGZ Centraal

GGZ Centraal mist inzicht in, kennisdeling over en coördinatie van de regionale vraag naar en het aanbod van zorgvastgoed, en van vraagstukken die raken aan de extramurale huisvesting van aandachtsgroepen. Het grote knelpunt is volgens GGZ Centraal evident: er is meer behoefte aan dan aanbod van zorgvastgoed. Daarom is

het volgens GGZ Centraal van belang om krachten te bundelen en synergie te creëren. Op dit moment weet GGZ Centraal bijvoorbeeld onvoldoende welke uitdagingen de regio heeft bij de ontwikkeling van woonzorgconcepten. Als grote zorginstelling die actief is in meerdere regio's wil GGZ Centraal graag helpen bij het werken aan oplossingen, maar daarvoor heeft zij wel inzicht nodig. Een routekaart voor de realisatie van nieuwe woonzorglocaties heeft GGZ Centraal zelf tot nu toe niet gemist; als grote zorginstelling weet zij haar weg te vinden. Dat betekent niet dat er geen steun is voor de ontwikkeling ervan: voor GGZ Centraal moet een routekaart vooral helpen om initiatieven te versnellen, kansen te benutten en krachten te bundelen. Als de routekaart helpt om initiatieven van de grond te krijgen, is GGZ Centraal groot voorstander.

3. Ervaren problematiek versus de bestaande afspraken

In het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen staan drie beoogde resultaten voor de coördinatie van woonzorginitiatieven (zie opsomming in hoofdstuk 1). Over alle drie de resultaten trek ik hieronder een conclusie en doe ik een aanbeveling. Bij het tweede resultaat (de routekaart) heb ik hieronder ook rekening gehouden met de formulering in het Transformatieplan. In de interviews kwamen ook drie punten aan bod die oorspronkelijk niet in de afspraken waren opgenomen. Deze behandel ik hieronder onder de punten 4, 5 en 6.

De drie afgesproken resultaten uit het Afsprakenkader

1. **Conclusie:** Geen enkele partij geeft aan behoefte te hebben aan een toetsingskader als onderdeel van het regionaal vastgoedplan, zodat gemeenten kunnen afwegen of een initiatief passend is en kunnen sturen op regionale spreiding.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 hebben de gemeenten al procedures voor ruimtelijke initiatieven, geen behoefte aan een zware loketfunctie en wél de wens om onderling laagdrempelig uit te wisselen over zorginstellingen die zich willen vestigen. In het interview met de ambtelijke vertegenwoordiging van de gemeenten opperden de deelnemers om bijvoorbeeld een gezamenlijke MS Teams-site te maken waar gemeenten kunnen vastleggen welke aanbieder zich heeft gemeld en hoe de gemeente daarop heeft gereageerd. Dit zou meerdere voordelen hebben. De vestiging van malafide aanbieders zou mogelijk kunnen worden tegengegaan als een gemeente ziet dat een andere gemeente de vestiging van een aanbieder om deze reden heeft tegengehouden. Daarnaast zou het ook kostbare capaciteitsinzet kunnen voorkomen, doordat gemeenten elkaars beoordeling kunnen gebruiken om snel een eerste oordeel over een aanvraag te kunnen vormen.

- **Aanbeveling 1:** Schrap dit resultaat uit de gezamenlijke aanpak en overweeg als gemeenten de opzet van een laagdrempelige uitwisseling over zorginstellingen die zich willen vestigen.

2. **Conclusie:** Alle partijen steunen de ontwikkeling van een routekaart voor woonzorginitiatieven, al verschilt de mate waarin partijen deze zelf nodig hebben.

De een legt hierbij de nadruk op het garanderen van afstemming over de zorg die nodig is. De ander op het ondersteunen van initiatiefnemers bij de realisatie van woonzorglocaties die hard nodig zijn. GGZ Centraal heeft als grote zorginstelling zelf tot nu toe geen routekaart gemist, maar is groot voorstander als deze helpt om initiatieven te versnellen, kansen te benutten en krachten te bundelen. Deze redenen sluiten goed op elkaar aan en er zijn al meer goede voorbeelden bekend waarvan de lessen overgenomen kunnen worden. De woningcorporaties zien voor zichzelf geen rol weggelegd in de ontwikkeling van een routekaart en worden door de andere partijen ook niet gezien als voortrekker hiervan. Dit betekent nadrukkelijk niet dat de woningcorporaties geen gebruik willen maken van de routekaart, alleen dat zij zich niet geroepen voelen om een bijdrage te leveren aan de inhoudelijke ontwikkeling ervan.

- **Aanbeveling 2:** Kom tot een bestuurlijke opdracht voor het op korte termijn maken en implementeren van de routekaart, met daarbij een regionaal convenant waarin de verantwoordelijkheden en uitgangspunten

worden vastgelegd, en een escalatieroute voor situaties waarin geen afspraken worden gemaakt of een partij zich niet aan de afspraken houdt. Doe dit in eerste instantie met de partijen die hier logischerwijs een rol in hebben (en dus niet de woningcorporaties). Zie in bijlage 3 een voorstel voor een herijkte opdrachtformulering.

3. **Conclusie:** Het zou kunnen blijken dat de routekaart lokaal op onderdelen kan verschillen, maar dit hangt af van het gekozen abstractieniveau en dit is geen op zichzelf staand beoogd resultaat.

De gemeenten Amersfoort en Soest willen initiatiefnemers via de routekaart vroegtijdig op de hoogte stellen van lokale regels en procedures. De ambtenaren van deze gemeenten deden daarom in het interview de suggestie dat de routekaart voor pakweg 80% generiek voor de hele regio kan gelden, en voor 20% lokaal kan worden verfijnd. Ter vergelijking: de Routekaart voor nieuwe woonzorginitiatieven in Drenthe wijst initiatiefnemers op het maken van een afspraak bij de gemeente waar iemand een woonzorglocatie wil starten. Een dergelijk abstractieniveau als in Drenthe zorgt voor een generieke routekaart die niet verder lokaal hoeft te worden verfijnd.

- **Aanbeveling 3:** Neem het verkennen van welk abstractieniveau de routekaart nodig heeft mee in de opdracht voor het maken en implementeren van de routekaart (zie bijlage 3).

Aanvullende bevindingen uit de interviews

4. **Conclusie:** Er is draagvlak voor het maken van een overzicht van alle regionale Wlz-aanbieders en alle overige woonzorgvoorzieningen.

Huisartsen Eemland en ONTie willen een overzicht van alle regionale Wlz-aanbieders en de zorgafspraken die zij hebben gemaakt. Oorspronkelijk was dit nog niet opgenomen in het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen en in het Transformatieplan, maar deze behoefte is niet nieuw en al meermaals besproken in Samen Sterker Eemland-verband. In de opdracht aan de projectleider die Samen Sterker Eemland in het najaar van 2025 aanstelde om de routekaart op te stellen was dit al als aandachtspunt meegegeven. Gemeenten hebben behoefte aan een overzicht van alle woonzorgvoorzieningen. De woningcorporaties vragen om meer inzicht in welke voorzieningen zich waar bevinden. GGZ Centraal mist inzicht in de regionale vraag naar en het aanbod van zorgvastgoed en in de uitdagingen die de regio heeft bij de ontwikkeling van woonzorgconcepten. De andere partijen tonen begrip en steun voor de wensen van bovenstaande partijen.

De informatiebehoefte van Huisartsen Eemland is wel fijnmaziger dan die van de andere partijen. Huisartsen Eemland wil per Wlz-locatie weten:

- Of er contractafspraken zijn met een huisartsenpraktijk
- Of er contractafspraken zijn met de huisartsenpost (dit is volgens landelijke regels niet langer verplicht, maar wordt door Huisartsen Eemland regionaal wel gewenst)
- Hoe de Wet zorg en dwang wordt geïmplementeerd (ook tijdens ANW) en hoe 24/7 de verpleegkundige achterwacht is georganiseerd.
- Hoe de specialistische ouderengeneeskunde is georganiseerd, ofwel hoe is geborgd dat specialistische ouderengeneeskunde beschikbaar is

De informatiebehoefte van gemeenten is breder dan die van Huisartsen Eemland. Er is een bestuurlijke wens om een plattegrond te maken met alle woonzorgvoorzieningen, aangevuld met de locaties van huisartsenpraktijken en de ruimte die daar nog beschikbaar is. Dit sluit ook aan bij de wens voor een voorzieningenscan van de SWEV, de VVT-organisaties en GGZ Centraal.

Huisartsen Eemland is al begonnen met het maken van een overzicht van Wlz-aanbieders en heeft voor ogen in het najaar een versie gereed te hebben die voor 80% is gevuld. Huisartsen Eemland ziet dit expliciet als startschot en niet als eindproduct. Het is namelijk juist de bedoeling om dit gezamenlijk met de partners te

onderhouden en er samenwerkingsafspraken over te maken. Tegelijkertijd is de gemeente Amersfoort al bezig met het vullen van de database met alle zorglocaties op de website zorgopdekaart.nl. Dat beide partijen hier onafhankelijk van elkaar aan begonnen zijn, onderstreept het belang van dit overzicht. Uiteraard is het logisch om waar mogelijk samen op te trekken en om tot één overzicht en één plattegrond te komen. Anderzijds zijn de gemeente Amersfoort en Huisartsen Eemland al afzonderlijk van elkaar begonnen en wijken de wensen af qua omvang en detail. Een eerste verkenning van Huisartsen Eemland leverde het inzicht op dat de database van zorgopdekaart.nl die de gemeente Amersfoort gebruikt niet de mogelijkheid biedt voor de gewenste inzichten per Wlz-aanbieder.

De waarde van het overzicht van woonzorgvoorzieningen wordt in sterke mate bepaald door hoe actueel de gegevens zijn. Het heeft weinig nut om een grote inspanning te leveren om het overzicht te maken als het vervolgens niet wordt bijgehouden. Er is daarom, naast een afspraak over het delen van informatie door partijen, ook een afspraak nodig over het actueel houden van de informatie.

- **Aanbeveling 4:** Continueer vanuit Huisartsen Eemland en gemeente Amersfoort de huidige inspanningen om te komen tot een overzicht en een plattegrond van woonzorgvoorzieningen. Kies er bewust voor om wel of niet voor een gezamenlijk overzicht te gaan en neem in die overweging mee wat dit betekent voor de doorlooptijd. Formuleer scherp welke informatie er wanneer nodig is van de andere partijen en wat er van de andere partijen nodig is voor het actueel houden van de informatie. Leg de afspraken over het aanleveren en actueel houden van informatie bestuurlijk vast.

5. **Conclusie:** De sturing op de realisatie van de routekaart en het overzicht van woonzorglocaties is niet geborgd.

Bij de opname van de routekaart in het Transformatieplan en het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen werd afgesproken dat Samen Sterker Eemland verantwoordelijk was en dat (tussen)resultaten zouden worden voorgelegd aan het Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg. Samen Sterker Eemland en het AO en BO Wonen en Zorg vormen twee verschillende sturingslijnen. Het BO Wonen en Zorg is vooral een overleg tussen de regiogemeenten. De provincie Utrecht, Samen Sterker Eemland, het zorgkantoor en SWEV zijn genodigde, maar hebben geen formele stem (die ligt via de deelnemende wethouders bij de colleges en gemeenteraden). Er is ook een Ambtelijk Overleg Wonen en Zorg, met vertegenwoordiging van dezelfde organisaties. Dit overleg is verantwoordelijk voor de uitvoeringsagenda, waar de totstandkoming van de routekaart onderdeel van is. De bedoeling was dat de projectleider van de routekaart van Samen Sterker Eemland zou aansluiten bij het Ambtelijk Overleg Wonen en Zorg. Het vertrek van de projectleider is nog niet opgevangen en daarom is er op dit moment geen aansluiting vanuit Samen Sterker Eemland.

Samen Sterker Eemland bestaat uit Meander Medisch Centrum, Huisartsen Eemland, tien VVT-instellingen, negen ggz-instellingen, tien gemeenten, maatschappelijke organisaties en zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Er zijn drie bestuurslagen. De eerste bestuurslaag bestaat uit de themamanagers (er zijn vijf thema's), de tweede uit de programmamanager en de derde uit het bestuur. De routekaart valt niet onder een thema, maar onder de actielijn Wonen en Zorg, samen met het onderwerp Huisvesting Eerstelijnszorg. De rol van trekker van deze actielijn is momenteel vacant.

De opdrachten voor de ontwikkeling van het overzicht van woonzorglocaties en de routekaart hebben baat bij een duidelijke sturingslijn: het bestuur van Samen Sterker Eemland óf het Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg. Een belangrijk verschil tussen beide sturingslijnen is dat in het Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg de gemeenten sterk zijn vertegenwoordigd, maar de andere partijen minder sterk. In Samen Sterker Eemland zijn alle benodigde partijen vertegenwoordigd, maar is de daadwerkelijke aanhaking van gemeenten minder sterk. Een pragmatisch uitgangspunt voor het kiezen van een sturingslijn voor de opdrachten is of het primaat in de uitvoering aan de gemeentekant ligt of aan de zorgkant.

Momenteel vindt er een toekomstverkenning plaats binnen Samen Sterker Eemland. Ook is nog niet zeker hoe het BO Wonen en Zorg wordt gecontinueerd vanaf 2027. Deze ontwikkelingen vormen geen reden om in de huidige situatie geen duidelijke sturingslijn te kiezen. Wel kan het zijn dat de sturingslijn die nu gekozen wordt op termijn moet worden aangepast.

- **Aanbeveling 5:** Kies voor de opdrachten voor de ontwikkeling van het overzicht van woonzorglocaties en de routekaart een duidelijke sturingslijn:
 - Splits de sturingslijn op voor de opdracht Overzicht van woonzorglocaties:
 - Overzicht Wlz-locaties en benodigde zorgafspraken: Samen Sterker Eemland.
 - Een actuele kaart van alle bestaande en toekomstige woonzorglocaties in de regio: BO Wonen en Zorg.
 - Routekaart voor initiatiefnemers van woonzorginitiatieven en bijbehorende zorgafspraken: Samen Sterker Eemland.

6. **Bonusconclusie³:** Het ontbreekt aan een gremium dat de integrale woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben bestuurt.

De woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben is uitdagend. In kwantitatieve én kwalitatieve zin. Volgens het Afsprakenkader Ouderenhuisvesting moeten er tot 2030 1.920 nultredenwoningen, 2.180 geclusterde woningen en 650 zorggeschikte woningen gerealiseerd worden. Volgens de prognoses uit het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen moeten er jaarlijks in totaal 227 urgent woningzoekenden in de regio gehuisvest worden. Niet alleen staat de daadwerkelijke realisatie van deze aantallen onder financiële, ruimtelijke en politieke druk, het is ook de ambitie om te “streven naar een inclusieve samenleving waar iedereen zich thuis voelt en mee mag doen” (zoals benoemd in het Afsprakenkader Ouderenhuisvesting).

Met name bij de VVT-organisaties en de SWEV leven er zorgen over de sturing op deze grote opgave. Er is geen gebrek aan overleg en samenwerking in de regio, maar wel aan één duidelijke tafel waar de woonzorgopgave integraal wordt bestuurd. Hieronder volgt een opsomming van de overleggen die in de interviews zijn benoemd (mogelijk zijn er in werkelijkheid nog meer):

- a) Er zijn in gemeenten lokale gremia voor wonen en zorg met onderling verschillende prioriteit en strategische kracht.
- b) Er zijn de regionale bestuurlijke en ambtelijke overleggen Wonen, Zorg, en Wonen en Zorg. In het Wonen en Zorg overleg wordt wel de woonopgave voor aandachtsgroepen bestuurd, maar die voor ouderen bewust niet omdat dit is bestempeld als lokale opgave. Zoals eerder benoemd zijn de provincie Utrecht, Samen Sterker Eemland, het zorgkantoor en SWEV wel genodigd voor deze overleggen, maar hebben zij geen formele stem.
- c) Er is een bestuurlijk overleg tussen de gemeenten en Huisartsen Eemland.
- d) Er is een provinciale taskforce wonen en zorg, waar de nadruk dan weer meer ligt op ouderenhuisvesting, maar waar de regio nog niet sterk op is aangesloten.
- e) Het zorgkantoor organiseert regionale gesprekken over zorginkoop, maar dit gaat uiteraard alleen over de Wet langdurige zorg.
- f) Er is de samenwerking in Samen Sterker Eemland met daarin onder meer de themagroep Kwetsbare Ouderen. Hier zijn veel verschillende partijen bij aangesloten, maar niet allemaal (bijvoorbeeld SWEV

³ Dit was geen onderdeel van de oorspronkelijke opdracht voor de coördinatie van woonzorginitiatieven, maar komt wel als heel belangrijk punt naar voren uit de interviews. Vandaar dat ik het toch meeneem in mijn conclusies en aanbevelingen.

niet, en gemeenten vertegenwoordigen elkaar). De woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben is niet belegd binnen Samen Sterker Eemland.

- g) ONTiE is een netwerksamenwerking gericht op uitwisseling op het gebied van zorg door professionals.
- h) En dan zijn er nog de sectorale samenwerkingen en overleggen. De woningcorporaties werken samen in SWEV-verband, de VVT-organisaties in IVVU-verband en in het BO VVT Eemland en de huisartsen hebben het Zorgcoördinatiecentrum Eemland.

Zoals te zien aan deze opsomming ontbreekt het dus aan een geijkte plek voor de sturing op de woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben. Er gebeurt van alles op uiteenlopende niveaus (ambtelijk-bestuurlijk, operationeel-tactisch-strategisch, lokaal-regionaal-bovenregionaal), maar alle partijen geven in de interviews aan belangrijke informatie te missen die zonder hen besproken wordt. Voorbeelden hiervan zijn de zorgafspraken over *preferred suppliership*, de duiding van gebiedsontwikkelingen en voorzieningscans en de voortgang van de nieuwbouwoopgave voor ouderen en aandachtsgroepen.

De partijen hebben wel een gedeeld beeld van wat de woonopgave is voor mensen die zorg nodig hebben, maar nergens komen alle benodigde stakeholders samen om ontwikkelingen te duiden, lokale knelpunten naar een hoger niveau te tillen en om afspraken te maken over rollen en verantwoordelijkheden. Meerdere partijen deelden in de interviews een opvallend vergelijkbare visie van een getrapte aanpak: op buurt- en wijkniveau scherp krijgen wat er nodig is, op gemeenteniveau afspraken maken en op regionaal niveau de optelsom van lokale plannen en de overkoepelende thema's en knelpunten bespreken. Precies op dat laatste niveau moet iets georganiseerd worden. Daarbij speelt mee dat veel partijen actief zijn in meerdere gemeenten en willen voorkomen dat zij telkens bij verschillende gemeenten afzonderlijk moeten aansluiten. Dat lost natuurlijk niet alle lokale problemen op. Met name de gemeenten moeten op lokaal niveau ook verder gaan met het aanhalen van de sturing op de woonopgave voor mensen die zorg nodig hebben. De gemeenten Amersfoort en Soest geven aan hier al druk mee bezig te zijn en hier ook meer ruimte voor transparant overleg te zien nu eindelijk de langverwachte aanbesteding van Wmo-begeleiding en Beschermd wonen is afgerond.

Opvallend is dat vrijwel alle partijen in de interviews de oproep deden om vooral geen nieuw overleg in het leven te roepen. De overleggen die er al zijn moeten vooral beter worden benut. Van bovengenoemde gremia komt het regionale bestuurlijke en ambtelijke overleg Wonen en Zorg het dichtst bij de benodigde scope, doordat hier de afspraken zijn vastgelegd voor de woonzorgopgave voor ouderen en aandachtsgroepen. Wethouder Micheline Paffen van de gemeente Amersfoort gaf in de klankbordsessie te kennen dat het bestaande overleg niet zomaar aangepast kan worden. De gemeenten hebben wettelijke verantwoordelijkheden en hebben dit overleg nodig om de voortgang hiervan te bespreken met de provincie. Wel is het mogelijk en gangbaar om een '*special*' overleg te organiseren met een aangepaste agenda waar meer partijen voor worden uitgenodigd.

Aanbeveling 6: Organiseer een eenmalig '*special*' bestuurlijk overleg Wonen en Zorg met gemeenten, (Wlz én Wmo) zorginstellingen, het zorgkantoor en de woningcorporaties over knelpunten in de uitvoering van zowel het Afsprakenkader Ouderenhuisvesting als het Afsprakenkader Huisvesting Aandachtsgroepen. Vraag minimaal twee maanden voor het geplande overleg aan alle genodigden wie een korte presentatie wil geven over de knelpunten in de woon- en/of zorgsector. Beweeg partijen uit dezelfde sector die iets willen presenteren om (waar mogelijk) samen tot één presentatie te komen. Ruim voldoende tijd in voor de bestuurders om over de presentaties in gesprek te gaan. Bespreek aan het einde van het overleg in ieder geval de waarde van deze '*special*' en of en hoe dit navolging verdient. Bereid het bestuurlijke overleg voor in een '*special*' ambtelijk overleg Wonen en Zorg met gemeenten, (Wlz én Wmo) zorginstellingen, het zorgkantoor en de woningcorporaties. Overweeg na de bestuurlijke '*special*' of er aanleiding is om de sturing (aanbeveling 5) te herzien.

Bijlage 1: Lijst met geïnterviewden

* = nam ook deel aan de klankbordsessie op 7 september 2026

** = nam niet deel aan de klankbordsessie na steun te hebben gegeven aan het conceptadvies

- Annemieke de Jong* en Patrick de Mooij* - Huisartsen Eemland
- Rafaëlle van Gijssel* - Het Ouderengeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTiE)
- Wethouder Micheline Paffen*, Els van Kooten*, Pieke de Jong en Judith Bruining - Gemeente Amersfoort
- Petra Dijkstra* - Gemeente Soest
- Gerben Douma* en Gitte van den Boom* - Beweging 3.0
- John Post* - De Haven
- Hans Hoepel** - GGZ Centraal
- Lieselotte Zengerink** - Portaal
- Jolieke Ritzema** - De Alliantie
- Claartje Broeren, Lorene Henkel en Patrick van Meijel* - Zorgkantoor Zilveren Kruis

Bijlage 2: conceptopdracht voor het maken van een overzicht van woonzorglocaties

Aanleiding en urgentie

In de regio ontbreekt een actueel en integraal overzicht van bestaande en toekomstige woonzorglocaties en van de zorgafspraken die per locatie zijn gemaakt. Hierdoor is er onvoldoende zicht op de aanwezigheid en spreiding van voorzieningen en op de vraag of en hoe de benodigde (medisch-generalistische) zorg per Wlz-locatie is geborgd. Daardoor bestaat op dit moment het risico dat de kwaliteit van zorg onvoldoende wordt veiliggesteld.

Doel

De partijen in de regio hebben blijvend actueel inzicht in de aanwezigheid en spreiding van bestaande en toekomstige woonzorglocaties en in de zorgafspraken die per Wlz-locatie zijn gemaakt. Daarmee kunnen zij sturen op een passend en goed gespreid aanbod van voorzieningen, is per Wlz-locatie geborgd dat de benodigde (medisch-generalistische) zorg beschikbaar is en kan tijdig worden bijgestuurd of geëscaleerd wanneer afspraken ontbreken of niet worden nagekomen.

Resultaat

- Een actuele kaart (plattegrond) van alle regionale woonzorglocaties, aangevuld met de locaties van huisartsenpraktijken en de ruimte die daar nog beschikbaar is, al dan niet gecombineerd met;
- Een actueel overzicht dat van alle Wlz-locaties inzichtelijk maakt:
 - Welke contractafspraken er zijn met een huisartsenpraktijk (dagpraktijk)
 - Welke contractafspraken er zijn met de huisartsenpost (landelijk niet langer verplicht, regionaal wel gewenst)
 - Hoe de Wet zorg en dwang geïmplementeerd wordt (ook tijdens ANW)
 - Hoe de beschikbaarheid van specialistische ouderengeneeskunde is geborgd
 - *Indien nodig kunnen er nog andere indicatoren worden toegevoegd*
- Een escalatieroute voor wanneer uit het overzicht blijkt dat er bij een Wlz-locatie geen contractafspraken zijn gemaakt of gemaakte afspraken niet worden nagekomen, de Wet zorg en dwang niet geïmplementeerd wordt en/of de beschikbaarheid van specialistische ouderengeneeskunde niet is geborgd.
- Bestuurlijk vastgelegde afspraken over het aanleveren én het actueel houden van de informatie.

Te maken keuzes

1. Wel of niet samenvoegen van het overzicht van Huisartsen Eemland en de database zorgopdekaart.nl (dat gemeente Amersfoort gebruikt) tot één overzicht en één plattegrond. Dit kan alleen als blijkt dat zorgopdekaart.nl de ruimte biedt om de gewenste inzichten per Wlz-aanbieder toe te voegen. Samenvoegen is alleen wenselijk als dit geen grote belemmering oplevert voor de doorlooptijd.
2. Scherp formuleren welke informatie er wanneer nodig is van de andere partijen en wat er van hen nodig is voor het actueel houden van de informatie. Voor het controleren en aanvullen van het overzicht van Wlz-locaties en de afspraken die daar gemaakt zijn kan gebruik worden gemaakt van het BO VVT Eemland. Voor het controleren en aanvullen van de kaart van alle regionale woonzorglocaties kan gebruik worden gemaakt van het regionale AO Wonen en Zorg.

Projectleider

Beleg het projectleiderschap voor het overzicht van Wlz-locaties en de afspraken die daar gemaakt zijn via Samen Sterker Eemland. Beleg het projectleiderschap voor de kaart van alle regionale woonzorglocaties via het Ambtelijk Overleg Wonen en Zorg onder leiding van Bureau Regio Amersfoort. De projectleiders werken waar mogelijk samen om elkaars resultaten aan te vullen en kiezen samen voor het al dan niet samenvoegen van beide overzichten.

Aansturing

Voor het overzicht van Wlz-locaties en de afspraken die daar gemaakt zijn: Samen Sterker Eemland. Voor de kaart van alle regionale woonzorglocaties: Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg.

Deelnemende partijen

Projectgroep met VVT-vertegenwoordiging, Huisartsen Eemland, het zorgkantoor en gemeente Amersfoort (zorgt voor afstemming met regiogemeenten).

Planning

- Startoverleg projectgroep in november 2026, met op de agenda in ieder geval:
 - De keuze voor één gecombineerd overzicht/kaart of twee afzonderlijke overzichten
 - De wijze waarop aanbieders in de verstandelijke gehandicaptenzorg en Wmo-zorg worden meegenomen (aangezien zij in het voortraject niet zijn meegenomen)
 - De escalatieroute (zie Resultaat)
 - Bestuurlijk voorstel voor het aanleveren én actueel houden van de informatie
- Bestuurlijke besluitvorming in december 2026 over het eventuele samenvoegen van het overzicht van Huisartsen Eemland en de database zorgopdekaart.nl, de escalatieroute en het voorstel voor het aanleveren en actueel houden van de informatie.
- Gemeente Amersfoort en Huisartsen Eemland doen de uitvraag bij zorginstellingen.
- Zorginstellingen krijgen een maand (januari/februari 2027) de tijd om de benodigde informatie aan te leveren. De gemeente Amersfoort en Huisartsen Eemland verwerken de input.
- Projectgroep komt eind februari 2027 bijeen voor het bespreken van één of twee conceptoverzichten en een plattegrond. Huisartsen Eemland en gemeente Amersfoort geven zorginstellingen, SWEV en andere gemeenten de kans om feedback te geven op het concept.
- Overleg projectgroep voor de oplevering van het product in april/mei 2027.
- Bestuurlijke besluitvorming over het product in juni 2027.

Benodigde inzet

De beleidsmedewerker van Huisartsen Eemland en een vertegenwoordiger van gemeente Amersfoort leveren inzet voor het vullen van de informatie en het maken van het overzicht. De overige deelnemers uit de projectgroep (VVT-vertegenwoordiging en het zorgkantoor) doen mee in drie projectgroepoverleggen. Andere zorginstellingen leveren input door het aanleveren en actueel houden van de gevraagde informatie.

Bijlage 3: conceptopdracht voor de ontwikkeling van een routekaart voor initiatiefnemers van woonzorgvoorzieningen en bijbehorende zorgafspraken

Aanleiding en urgentie

Het risico moet worden aangepakt dat woonzorginitiatieven worden ontwikkeld zonder dat voldoende is geborgd hoe de benodigde medisch-generalistische zorg wordt georganiseerd. Tegelijkertijd zijn nieuwe woonzorginitiatieven hard nodig: de realisatie van de regionale woonzorgopgave staat onder financiële, ruimtelijke en politieke druk. De routekaart dient daarom twee doelen: garanderen dat over de benodigde zorg wordt afgestemd én initiatiefnemers ondersteunen, zodat zij weten met wie zij moeten afstemmen en geholpen worden bij de realisatie van hun initiatief.

Doel

- Initiatiefnemers weten met wie zij moeten afstemmen en worden geholpen bij de realisatie van hun initiatief.
- De routekaart helpt om initiatieven te versnellen, kansen te benutten en krachten te bundelen.
- Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en wijkverpleging worden tijdig betrokken bij nieuwe woonzorginitiatieven.
- Nieuwe initiatieven worden vroegtijdig getoetst op de beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg. Daarbij geldt de waarschuwing van de gemeenten dat zij initiatieven niet kunnen tegenhouden als deze zorg niet geborgd is.
- Er zijn regionale afspraken over de beschikbaarheid van huisartsenzorg, specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundige achterwacht.
- Er zijn heldere afspraken tussen woonzorginitiatieven, huisartsenpraktijken, VVT-organisaties en de huisartsenpost.

De maatschappelijke opbrengst: nieuwe woonzorginitiatieven voldoen aan de noodzakelijke zorg- en kwaliteitsvoorwaarden, ouderen kunnen langer verantwoord wonen met passende medische ondersteuning en de toegankelijkheid en continuïteit van de ouderenzorg blijven behouden ondanks de toenemende zorgvraag en arbeidsmarktkrapte.

Resultaat

- Een routekaart voor initiatiefnemers van woonzorgvoorzieningen en bijbehorende zorgafspraken. Het benodigde abstractieniveau wordt in de opdracht eerst verkend en niet vooraf vastgelegd (suggestie van de gemeenten: 80% generiek voor de regio, 20% lokaal te verfijnen). Voorbeelden zijn de routekaarten van Drenthe en Friesland.
- De routekaart is goed vindbaar voor de initiatiefnemers van nieuwe woonzorgconcepten.
- Een regionaal convenant waarin verantwoordelijkheden en uitgangspunten worden vastgelegd. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de Modelovereenkomsten Medisch Generalistische Zorg van ActiZ (branchevereniging voor zorgorganisaties), de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Een afspraak over een escalatieroute voor situaties waarin geen afspraken worden gemaakt of een partij zich niet aan de afspraken houdt.

Projectleider

Samen Sterker Eemland.

Aansturing

Samen Sterker Eemland. Belangrijke (tussen)resultaten worden ook voorgelegd aan het Ambtelijk en Bestuurlijk Overleg Wonen en Zorg.

Deelnemende partijen

Een projectgroep met vertegenwoordiging van de gemeenten, de VVT-organisaties, Huisartsen Eemland, ONTIE en het zorgkantoor. Daarnaast wordt een aantal initiatiefnemers — onder wie kleinschalige en particuliere/commerciële initiatiefnemers — buiten de projectgroep om betrokken voor een toets van de conceptroutekaart.

Planning

- Startoverleg projectgroep in november 2026, waarin in ieder geval een vergelijking wordt gemaakt van de verschillende goede voorbeelden van routekaarten in andere regio's, waarin het benodigde abstractieniveau wordt verkend (suggestie van de gemeenten: 80% generiek voor de regio, 20% lokaal te verfijnen) en waarin de planning wordt vastgesteld.
- Twee projectgroepoverleggen in december 2026 en januari 2027 waarin een concept wordt gemaakt van een routekaart op basis van de voorbeelden.
- Een projectgroepoverleg in februari 2027 waarin een conceptconvenant wordt opgesteld op basis van de Modelovereenkomsten Medisch Generalistische Zorg (zie Resultaat) en waarin conceptafspraken worden gemaakt over een escalatieroute.
- Een projectgroepoverleg in maart 2027 waarin wordt gebrainstormd over de lancering, de implementatie en de communicatie van de routekaart en de bijbehorende afspraken.
- Een toets van de conceptroutekaart en de bijbehorende afspraken in april 2027 bij een aantal initiatiefnemers, onder wie kleinschalige en particuliere/commerciële initiatiefnemers. De feedback wordt verwerkt vóór de bestuurlijke besluitvorming.
- Bestuurlijke besluitvorming in juni 2027 over de routekaart, het convenant, de escalatieroute en het plan voor de lancering, implementatie en communicatie van de routekaart en de bijbehorende afspraken.

Benodigde inzet

De projectleider is de penvoerder van de op te leveren producten en bereidt de projectgroepbijeenkomsten voor. De overige projectgroepleden zijn aanwezig tijdens vijf projectgroepoverleggen.