

De nieuwe akkoorden HLO & AZWA

Een strategische analyse van
de impact op de regionale
samenwerking voor de ouderenzorg



Vilans

Inleiding

De onvermijdelijke paradigma-verschuiving in de ouderenzorg

De Nederlandse ouderenzorg bevindt zich in het oog van een perfect storm. Een combinatie van dubbele vergrijzing, een exponentieel groeiende en complexere zorgvraag, stagnerende publieke budgetten en een alarmerende personeelskrapte op de arbeidsmarkt (100.000 mensen) creëert een situatie die op de lange termijn onhoudbaar is.

In deze context moeten de dit jaar afgesloten akkoorden als het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) met een looptijd tot 2030 niet worden gezien als een incrementele aanpassing van het bestaande systeem, maar als een noodzakelijke en fundamentele herijking van de basisprincipes van zorgorganisatie. Het AZWA is gekoppeld aan het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het HLO. De inzet van het HLO is om de beweging naar de voorkant te maken, zodat de toeloop op intensieve en zware zorg uitgesteld dan wel voorkomen

kan worden. Het HLO en het AZWA werken daarmee in elkaars verlengde. Beide bewegingen markeren het begin van een diepgaande en onomkeerbare transitie die gekoppeld is aan twee heldere doelen:

Transitiedoel 1: Het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort

De grootste bedreiging van gelijkwaardige toegang is het groeiende personeelstekort. **Het streefdoel is om tot en met 2028 het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen, dan**

anders het geval zou zijn geweest. Daarnaast blijven we inzetten op opleiden, instroom en behoud van personeel. Daarmee voorkomen we het onbeheersbare arbeidsmarkttekort en houden we de zorg toegankelijk.

Transitiedoel 2: gelijkwaardigere toegang

Mensen in Nederland moeten merken dat de **toegang tot passende zorg gelijkwaardiger wordt**, in het bijzonder voor mensen die nu een te hoge drempel ervaren. De inzet van partijen is om de wachttijden voor de toegang tot zorg voor iedereen binnen de daarvoor geschikte normen te brengen. Het AZWA en het HLO zijn daarmee een verbreding, intensivering en concretisering van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en dragen bij aan het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Over dit rapport

Dit rapport analyseert de impact van het AZWA en HLO op de regionale organisatie van de ouderenzorg. De centrale these is dat het AZWA de overgang forceert van een systeem dat decennialang gekenmerkt werd door vrijblijvende regionale samenwerking en aanbodgestuurde zorg, naar een afdwingbaar, regionaal governance-model. Binnen dit nieuwe model is ‘passende zorg’ het leidende principe en wordt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering dwingend bij regionale coalities neergelegd. De ware kracht van het akkoord schuilt niet zozeer in de inhoud van de afzonderlijke maatregelen, maar in het mechanisme dat de naleving ervan afdwingt: het bindende, gezamenlijk opgestelde regioplan.

In vier delen wordt dit verder uitgewerkt. Het eerste deel analyseert de kernambities van de akkoorden en hun gevolgen voor de regionale structuur. Het tweede deel richt zich op het regioplan als centraal instrument voor regionale transformatie. In het derde deel komen de specifieke maatregelen uit de akkoorden aan bod en wordt hun operationele impact op de regio beschreven. Daarbij geeft een tabel inzicht in het beoogde effect van de verschillende ambities en worden de belangrijkste betrokken actoren benoemd. Het vierde deel bespreekt de strategische implicaties en bevat aanbevelingen voor de regionale actoren. In de bijlage is tenslotte per blok in het AZWA en per thema in het HLO geïnventariseerd waar de acties het best kunnen worden belegd.

Inhoud

De onvermijdelijke paradigmaverschuiving in de ouderenzorg

- Transitiedoel 1: Het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort
- Transitiedoel 2: gelijkwaardigere toegang

Analyse van de kernambities en de gevolgen voor de regionale zorgstructuur

- 1.1 Van aanbod gestuurd naar passend: De consequenties van ‘zelf, thuis, digitaal’
- 1.2 De integrale aanpak: Het slechten van de barrières tussen zorg, welzijn en wonen

Het regioplan als centraal instrument voor regionale transformatie

- 2.1 Van analyse naar actie: De dwingende rol van het regiobeeld en het regioplan
- 2.2 De rol van data, monitoring en ‘doorzettingsmacht’

Specifieke maatregelen uit de akkoorden en hun operationele impact op de regio

- 3.1 Herschikking van zorgpaden: Van ziekenhuis naar huis
- 3.2 De digitale transformatie als voorwaarde, niet als optie
- 3.3 De regionale arbeidsmarkt: Een gezamenlijke verantwoordelijkheid

Strategische implicaties en aanbevelingen voor regionale actoren

- 4.1 Voor VVT-aanbieders:
 - Van zorgleverancier naar welzijnsregisseur
- 4.2 Voor gemeenten: Van uitvoerder naar proactieve regisseur van het voorveld
- 4.3 Voor zorgkantoren/zorgverzekeraars:
 - Van inkoper naar manager regionale transitie

Naar een duurzaam regionaal ecosysteem voor ouderenzorg

- Implicaties voor de horizontale regionale overlegtafels
- Acties vanuit de akkoorden en hun impact voor de VVT-regiotafels

Bijlage 1:

Toedeling van acties van AZWA en HLO: landelijk, organisatie, regionaal en welke regionale tafel

Begrippenlijst Colofon

Deel I

Analyse van de kernambities en de gevolgen voor de regionale zorgstructuur

De akkoorden introduceren een aantal fundamentele filosofische verschuivingen die de inrichting van het regionale zorglandschap voor ouderen direct en ingrijpend zullen veranderen. Deze ambities zijn geen vrijblijvende vergezichten, maar de pijlers onder een nieuw te construeren landschap.

1.1 Van aanbod gestuurd naar passend: De consequenties van ‘zelf, thuis, digitaal’

De kern van de akkoorden wordt gevormd door de introductie van ‘passende zorg’ als het leidende principe voor de organisatie en de financiering van zorg. Dit principe wordt geconcretiseerd in de sturingsfilosofie: ‘Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan’. Dit is geen advies, maar een dwingende opdracht, die een actieve afbouw van de traditionele,

‘zware’ intramurale zorg in verpleeghuizen impliceert. De focus verschuift naar het creëren van een robuuste en schaalbare infrastructuur voor zorg, ondersteuning en welzijn in de eigen leefomgeving van de oudere. De landelijke ambitie is helder: de uitgavengroei in de Wet langdurige zorg (Wlz) significant afremmen door de nadruk te leggen op preventie, het versterken van de eigen regie en het mobiliseren van het sociale netwerk.

Deze verschuiving heeft verstrekkende gevolgen, met name voor de VVT-aanbieders. De transitie van ‘stenen’ (intramurale capaciteit) naar ‘diensten’ (thuiszorg, technologie, welzijn) is geen eenvoudige portfolioaanpassing, maar een fundamentele transformatie van het businessmodel. Het raakt de kern van de organisatie: de kapitaalstructuur (vastgoed), de personeelssamenstelling (van verzorgenden in een organisatie naar technologisch onderlegde wijkteams met coachende vaardigheden) en de operationele processen (van planbare zorg binnen vier muren naar complexe logistiek in de wijk). De logica is onontkoombaar: de AZWA-doelstelling van passende zorg en de HLO-doelstelling van een ‘beweging naar de voorkant’ leiden tot een structureel beperktere vraag naar traditionele verpleeghuisplekken.

Dit ondermijnt de toekomstige bezettingsgraden en daarmee de waarde van het vastgoed dat op de balansen van veel VVT-aanbieders staat. Tegelijkertijd vereist de groeiende vraag naar complexe thuiszorg en digitale monitoring forse investeringen in technologie, logistiek en omscholing van personeel. Organisaties moeten dus desinvesteren in hun traditionele kernactiviteit en tegelijkertijd investeren in een nieuwe, nog onzekere toekomst. Dit creëert een ‘transformatievallei’ waarin de kosten ver voor de baten uitgaan, wat een aanzienlijk financieel en strategisch risico met zich meebrengt. Regionaal zal dit leiden tot een landschap waarin sommige aanbieders de transformatie succesvol doormaken en hun positie versterken, terwijl organisaties die te lang vasthouden aan het oude model in zwaar weer kunnen komen of tot fusies worden gedwongen.

1.2 De integrale aanpak: Het slechten van de barrières tussen zorg, welzijn en wonen

Een tweede kernelement van het AZWA is de erkenning dat de complexe problematiek van ouderen niet binnen de grenzen van één domein kan worden opgelost. Het

akkoord dwingt daarom tot een integrale benadering. De regioplannen moeten een gezamenlijke analyse en aanpak bevatten van zorgverzekeraars (verantwoordelijk voor de Zorgverzekeringswet - Zvw), zorgkantoren (Wlz) en gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning - Wmo en wonen). Deze verplichting gaat verder dan het delen van intenties; het vereist concrete, bindende afspraken over zaken als valpreventieprogramma's, de realisatie van geschikte woonvormen voor ouderen, en een gezamenlijke aanpak van eenzaamheid om zwaardere en duurdere zorg te voorkomen.

De verplichte integraliteit in het regioplan kan worden gezien als een ‘gedwongen huwelijk’ tussen partijen met fundamenteel verschillende culturen, financieringsstromen, tijdshorizonnen en politieke verantwoordingslijnen. Een klassiek dilemma is de wrong pocket-problematiek: een gemeente die vanuit de Wmo investeert in preventieve maatregelen, zoals een ontmoetingscentrum om sociaal isolement tegen te gaan, ziet de financiële baten daarvan (minder zorggebruik en uitstel van Wlz-opnames) pas jaren later neerslaan bij

het zorgkantoor. Voorheen was een dergelijke investering voor een gemeente, die werkt met een jaarlijkse begrotingscyclus en onder politieke druk staat, moeilijk te rechtvaardigen. De zorgakkoorden doorbreken deze impasse. Het dwingt deze partijen om aan de regionale tafel te gaan zitten en in het regioplan bindende afspraken te maken over het gezamenlijk financieren van dergelijke initiatieven, bijvoorbeeld via de inzet van transformatiegelden. Het regioplan wordt hierdoor een complexe onderhandelingstafel waaraan de traditionele financiële barrières geslecht moeten worden. De strategische competentie van bestuurders bij gemeenten en zorgkantoren verschuift hierdoor van het optimaliseren van het eigen domein naar het vermogen om succesvol te onderhandelen en renderende, domeinoverstijgende businesscases te ontwikkelen.

Deel II

Het regioplan als centraal instrument voor regionale transformatie

Het governance-model van het AZWA is verbonden met dat van het IZA en wordt gevormd door het regiobeeld en het daaruit volgende regioplan. Met dit primaire mechanisme worden de landelijke ambities vertaald naar regionale actie, sturing en verantwoording. De uitvoering van het HLO is vooral een zaak van aanbieders zelf. Naar verwachting zullen aanbieders en zorgkantoor een aantal vraagstukken om de ‘beweging naar de voorkant’ te faciliteren op de regionale VVT-tafels neerleggen.

2.1 Van analyse naar actie: De dwingende rol van het regiobeeld en het regioplan

Het proces dat het AZWA voorschrijft is strikt en sequentieel. De eerste stap is het opstellen van een gezamenlijk, data-gedreven regiobeeld dat de specifieke opgaven en knelpunten van de regio in kaart brengt. Dit regiobeeld vormt de basis voor de tweede stap: het formuleren van

een concreet en bindend regioplan met meetbare doelstellingen en een tijdpad. Alle relevante partijen in de regio – zorg-aanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren, gemeenten en vertegenwoordigers van patiënten en cliënten – moeten zich aan dit plan committeren. Om dit proces te stroomlijnen, wijst het AZWA duidelijke coördinatoren aan: het zorgkantoor, de grootste zorgverzekeraar en de grootste

gemeente in de regio krijgen een leidende rol in de totstandkoming en uitvoering van het plan.

Deze structuur maakt een einde aan de vrijblijvendheid die de regionale samenwerking voorheen kenmerkte en formaliseert de regionale machtsverhoudingen. De aanwijzing van specifieke partijen als ‘penvoerders’ geeft hun een aanzienlijke sturings- en agendazettende macht. Zij organiseren de bijeenkomsten, stellen de conceptteksten op, bewaken de voortgang en fungeren als primair aanspreekpunt. De regionale impact is een verschuiving van een fluïde netwerkmodel dat is gebaseerd op een coalition of the willing, naar een meer hiërarchisch, gecoördineerd model. De strategische positie van een organisatie wordt niet langer alleen bepaald door haar eigen prestaties, maar in toenemende

mate door haar invloed en positionering binnen het formele proces van de regio-planvorming.

De VVT-tafels zullen in het kader van de ‘beweging naar de voorkant’ steeds vaker de verbinding moeten zoeken met de AZWA/IZA-tafel voor een efficiënte en goede invlechting van de activiteiten die zij willen ondernemen.

2.2 De rol van data, monitoring en ‘doorzettingsmacht’

Het IZA, en daarmee het AZWA, stelt hoge eisen aan de dataonderbouwing van de regioplannen en aan de monitoring van de voortgang op de gestelde doelen. Het meest cruciale nieuwe element is echter de introductie van ‘doorzettingsmacht’, oftewel wie de macht heeft om beslissingen te nemen. Dit is de stok achter de deur die het systeem afdwingbaar maakt. Wanneer partijen er op regionaal niveau niet in slagen om tot een adequaat plan te komen of wanneer de uitvoering stagneert, kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ingrijpen. De NZa kan partijen aan tafel dwingen en uiteindelijk een bindende aanwijzing geven over de inhoud of uitvoering

van het plan. Dit wordt gecombineerd met een financiële prikkel: de voor de transitie essentiële transformatiegelden worden alleen toegekend op basis van een goedgekeurd en ambitieus regioplan.

Dit creëert een paradox van gedecentraliseerde verantwoordelijkheid en gecentraliseerde controle. Het AZWA, en ook het HLO, legt een deel van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de transformatie (de ‘hoe’-vraag) decentraal in de regio. De doelstellingen van de transformatie (de ‘wat’-vraag, zoals passende zorg en kostenbeheersing) blijven echter vaak centraal bepaald en worden bewaakt door de landelijke overheid en de NZa. Als een regionaal plan onvoldoende bijdraagt aan deze landelijke doelen, treedt het mechanisme van doorzettingsmacht in werking. Dit betekent dat de NZa de facto de inhoud van het regioplan kan dicteren. Dit mechanisme verandert de dynamiek van de regionale onderhandelingen. Partijen worden gedwongen om een plan op te stellen dat ambitieus genoeg is om de landelijke toezichthouder tevreden te stellen, maar tegelijkertijd ook realistisch genoeg om het zelf te kunnen uitvoeren.

De dreiging van extern ingrijpen dwingt partijen om sneller consensus te bereiken, zelfs wanneer dat pijnlijke keuzes vereist. De onderhandelingsruimte in de regio wordt daarmee effectief begrensd door de (gepercipieerde) eisen van de landelijke autoriteiten.

Deel III

Specifieke maatregelen uit de akkoorden en hun operationele impact op de regio

De overkoepelende principes van het AZWA en het HLO worden vertaald naar concrete maatregelen die een directe operationele impact hebben op de organisatie van de regionale ouderenzorg.

3.1 Herschikking van zorgpaden: Van ziekenhuis naar huis

Een concrete uitwerking van passende zorg is het verleggen van zorg van de duurdere tweede lijn (het ziekenhuis) naar de eerste lijn en de thuissituatie. Dit heeft directe gevolgen voor de keten van zorg voor kwetsbare ouderen, met name de cruciale doorstroom vanuit het ziekenhuis na een opname. Het AZWA stimuleert de afbouw van onnodige ziekenhuiszorg en de gelijktijdige opbouw van alternatieven, zoals het Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatri-

sche Revalidatiezorg (GRZ) en de inzet van wijkverpleging om ziekenhuisopnames te voorkomen of te verkorten. Deze complexe verschuiving van capaciteit moet in de regioplannen concreet worden uitgewerkt en belegd.

De gehele strategie van zorgverplaatsing leunt op een cruciale spil: de capaciteit en de kwaliteit van de thuiszorg en de wijkverpleging. Zij kampen al jaren met personeelstekorten en een hoge werkdruk. De regionale uitdaging is daardoor tweeledig.

Het gaat niet alleen om het plannen van de afbouw van ziekenhuisbedden, maar vooral om het simultaan plannen en realiseren van de opbouw en versterking van de wijkverpleegkundige teams. Dit vereist in het regioplan concrete, gezamenlijke afspraken over het verhogen van de opleidingscapaciteit, het verbeteren van de regionale arbeidsvoorwaarden en de grootschalige inzet van technologie om de productiviteit van de beschikbare professionals te verhogen.

Zonder een sluitend en gedragen plan voor de VVT, wijkverpleging en de welzijnsorganisaties, zal de doorstroomketen in de ouderenzorg vastlopen, met als gevolg dat ouderen onnodig lang in het dure ziekenhuis verblijven of geen passende zorg

ontvangen. Of ouderen komen eerder in een intramurale verblijfssetting binnen de Wlz terecht.

3.2 De digitale transformatie als voorwaarde, niet als optie

De akkoorden zetten zwaar in op digitale transformatie en e-health als een van de belangrijkste oplossingsrichtingen voor de houdbaarheid van de zorg. De ambitie is dat in 2030 hybride zorg – een slimme mix van fysiek en digitaal contact – de standaard werkwijze is. Dit omvat de groot-schalige toepassing van telemonitoring, beeldcommunicatie, digitale zelfmanagementondersteuning en slimme sensoren. Niet alleen binnen de muren van zorgorganisaties maar tijd- en plaatsonafhankelijk in te zetten door zorgverleners, patiënten en cliënten. De regioplannen moeten concrete, kwantitatieve doelstellingen en afspraken bevatten over de implementatie en opschaling van deze technologieën.

Dit dwingt de regio tot een fundamentele verandering in de benadering van de digitale transformatie. Tot op heden was e-health vaak een verzameling van losse, kleinschalige en gefragmenteerde pilots

en puntoplossingen, geïnitieerd door individuele zorgaanbieders. Het AZWA en vooral het IZA forceren een opschaling naar een gezamenlijke, regionale aanpak en (digitale) infrastructuur. Dit roept direct nieuwe en complexe governance-vragen op die op regionaal niveau moeten worden beantwoord. Wie beheert de regionale data-infrastructuur? Hoe worden standaarden voor interoperabiliteit tussen de systemen van verschillende aanbieders afgedwongen? En hoe worden de kosten en baten van deze gezamenlijke investeringen verdeeld over de deelnemende partijen? Het gevolg is dat zorgaanbieders gedwongen worden om hun individuele IT-strategieën en -investeringen af te stemmen op een collectieve regionale strategie en een gezamenlijke uitvoeringsagenda. Dit betekent een potentieel verlies van autonomie, maar biedt tegelijkertijd kansen voor aanzienlijke winst in kennis, efficiëntie, kwaliteit en schaalbaarheid.

3.3 De regionale arbeidsmarkt: Een gezamenlijke verantwoordelijkheid

De akkoorden erkennen expliciet dat de krapte op de arbeidsmarkt de grootste bedreiging vormt voor de toegankelijk-

heid en betaalbaarheid van de zorg. Het akkoord doorbreekt het idee dat dit primair een probleem is van individuele werkgevers en legt de verantwoordelijkheid voor het aanpakken ervan expliciet bij de regio als geheel. De regioplannen moeten verplicht een paragraaf bevatten over de gezamenlijke strategische personeelsplanning, de benodigde opleidingscapaciteit en het anders organiseren van werk om de productiviteit te verhogen en het werkplezier van de bestaande professionals te vergroten.

Dit betekent een cultuuromslag op de regionale arbeidsmarkt. In het verleden concurreerden zorgaanbieders in de regio hevig met elkaar om het schaarse personeel, soms met nadelige effecten als het opdrijven van de lonen voor flexwerkers. De akkoorden zetten de zorgaanbieders aan tot samenwerking. Dit neemt concrete vormen aan, zoals het opzetten van een regionale flexpool van medewerkers die over de grenzen van organisaties heen inzetbaar zijn, het sluiten van gezamenlijke convenanten met roc- en hbo-instellingen over stageplaatsen en opleidingsroutes, en het maken van afspraken om niet tegen

elkaar op te bieden met arbeidsvoorwaarden. De impact is dat hr-beleid niet langer een puur interne aangelegenheid van de individuele organisatie is, maar een strategisch thema wordt op de regionale bestuursstafels, waar gezamenlijke oplossingen moeten worden gevonden voor een gedeeld probleem.

De akkoorden benadrukken als één van de oplossingen ook de noodzaak om ondersteuning te bieden aan het toenemende beroep op het netwerk van de cliënt en vrijwilligers. Ook dit vraagt samenwerking, om onderlinge concurrentie te voorkomen. Daarnaast vraagt het van zorgorganisaties om hun zorgpersoneel te begeleiden – en eventueel te scholen – om goed met deze netwerken samen te werken, zodat ook zij zich voldoende bekwaam en gewaardeerd voelen en zich blijvend zullen inzetten.

Tabel 1 geeft een overzicht van de ambities zoals die in het AZWA zijn geformuleerd, de beoogde effecten daarvan en de betrokken stakeholders.

Tabel 1: Overzicht van de mapping van ambities in de akkoorden naar concrete maatregelen en regionale impact

AZWA-ambitie	Specifieke AZWA-maatregel	Primair beoogd effect op regionale organisatie	Belangrijkste betrokken actoren
Passende zorg	Principe van ‘Zelf, Thuis, Digitaal’; Focus op preventie & eigen regie	Verschuiving van intramurale naar extramurale capaciteit; Transformatie van VVT-business-modellen	VVT-aanbieders, zorgkantoor, huisartsen, patiëntenorganisaties
Integrale aanpak	Verplichting tot integraal regioplan; Focus op wonen, welzijn & zorg	Gedwongen samenwerking en gezamenlijke financiering tussen Zvw/Wlz/Wmo-domeinen	Gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor, woningcorporaties, welzijnsorganisaties
Dwingende governance	Bindend regioplan; ‘Doorzettingsmacht’ van NZa; Koppeling aan transformatiegelden	Formalisering van regionale machtsstructuren; Einde aan vrijblijvende samenwerking	NZa, zorgkantoor, grootste zorgverzekeraar, grootste gemeente
Digitale transitie	Ambitie voor hybride zorg als standaard	Opschaling van pilots naar regionale digitale infrastructuur en standaarden	Alle zorgaanbieders, zorgverzekeraars, technologieleveranciers
Duurzame arbeidsmarkt	Verplichte regionale arbeidsmarktagenda in regioplan	Verschuiving van concurrentie naar samenwerking op het gebied van personeel, opleiding en behoud	Zorgaanbieders, onderwijsinstellingen, vakbonden, gemeenten

Deel IV

Strategische implicaties en aanbevelingen voor regionale actoren

De transformatie die de akkoorden in gang zetten, vereist van alle betrokken partijen een herbezinning op hun rol, strategie en werkwijze. De analyse van de ambities en maatregelen leidt tot de volgende strategische implicaties en aanbevelingen voor de belangrijkste regionale actoren in de ouderenzorg.

4.1 Voor VVT-aanbieders: Van zorg-leverancier naar welzijnsregisseur

VVT-aanbieders worden het hardste geraakt door de verschuivingen en moeten de meest fundamentele transformatie doormaken. Hun traditionele, op intramurale zorg en vastgoed gebaseerde verdienmodel staat onder grote druk. Overleven en floreren in het nieuwe landschap vereist een radicale strategische heroriëntatie.

Strategische keuzes en acties:

Portfolioanalyse: Voer een harde, datagedreven analyse uit van het huidige

portfolio. Welke intramurale locaties zijn toekomstbestendig en kunnen worden omgevormd tot gespecialiseerde centra of wijkgerichte voorzieningen? Waar moet worden gedesinvesteerd om kapitaal vrij te maken voor innovatie?

Investeren in nieuwe waarde proposities:

Richt de strategie en investeringen op het ontwikkelen van een coherent dienstenpakket rondom 'langer en gezond thuis'. Dit omvat geavanceerde wijkverpleging, technologische ondersteuning op afstand, en het aanbieden van diensten op het

gebied van welzijn, preventie en wonen, eventueel in samenwerking met woningcorporaties en gemeenten.

Strategische allianties: Ga proactief op zoek naar partnerschappen. Dit betreft niet alleen samenwerking met andere zorgaanbieders om de keten te versterken, maar juist ook met gemeenten, welzijnsorganisaties, patiëntenorganisaties, lokale zorgzame gemeenschappen en technologiebedrijven. Een sterke verankering in het regionale netwerk versterkt de positie in de onderhandelingen over het regioplan.

4.2 Voor gemeenten: Van uitvoerder naar proactieve regisseur van het voorveld

De rol van de gemeente verschuift van die van een reactieve uitvoerder van de Wmo naar die van een proactieve regisseur van het 'voorveld': de cruciale domeinen van

preventie, welzijn en wonen. Het succes van de integrale aanpak van het AZWA hangt in grote mate af van de mate waarin gemeenten deze nieuwe, strategische rol weten in te vullen.

Strategische keuzes en acties:

Regie op de integrale agenda: Gebruik de formele ‘penvoerdersrol’, indien van toepassing, om de agenda van het regioplan te beïnvloeden. Zorg ervoor dat de verbinding tussen het sociale domein (Wmo) en het medische domein (Zvw/Wlz) centraal staat in de analyse en de te maken afspraken.

Ontwikkel domeinoverstijgende businesscases: Neem het initiatief om samen met zorgkantoren en zorgverzekeraars concrete plannen te ontwikkelen waarin investeringen in preventie en welzijn (Wmo) worden gekoppeld aan aantoonbare besparingen in de zorg (Zvw/Wlz). Zorg voor een heldere verdeelsleutel voor de kosten en baten, gefaciliteerd door de beschikbare transformatiegelden.

Woonvisie als zorgvisie: Integreer de opgave voor ouderenhuisvesting, inclusief de realisatie van geclusterde en levensloopbestendige woonvormen, expliciet in de gemeentelijke woonvisie. Koppel deze visie direct aan de afspraken die in het regioplan worden gemaakt over de afbouw van intramurale capaciteit.

4.3 Voor zorgkantoren/ zorgverzekeraars: Van inkoper naar manager regionale transitie

De rol van de zorginkoper verandert fundamenteel. Het traditionele model, gericht op het contracteren van zorgvolume tegen een zo laag mogelijke prijs, is niet langer toereikend. De nieuwe rol is die van een actieve, sturende en faciliterende manager van de regionale transitie, die de verantwoordelijkheid van de transitie en de uitvoering daarvan op de juiste manier bij de penvoerders en alle deelnemende organisaties kan leggen.

Strategische keuzes en acties:

Proactieve regioplanvorming: Neem de leidende rol in het regioproces serieus en stuur op een ambitieus, datagedreven

en coherent regioplan dat daadwerkelijk bijdraagt aan de landelijke doelen. Wees de katalysator van de samenwerking en niet slechts een van de partijen aan tafel.

Transformatiegerichte inkoop: Richt het zorginkoopbeleid zo in dat het de doelen van het regioplan direct ondersteunt en versnelt. Beloon aanbieders die aantoonbaar innoveren en transformeren richting passende zorg, en bouw zorg af bij aanbieders die achterblijven. Gebruik de transformatiegelden als een strategisch instrument om de gewenste verandering te financieren en te stimuleren.

Datagedreven regisseur: Investeer in de eigen data-analysecapaciteit om de voortgang van het regioplan nauwgezet te monitoren. Functioneer als de linking pin die data uit de verschillende domeinen (Zvw, Wlz, Wmo) combineert tot integrale stuurinformatie voor de hele regio.

De hiervoor beschreven veranderende rollen en acties van de diverse stakeholders zijn samengevat in tabel 2

Tabel 2: Stakeholderanalyse: Veranderende rollen en verantwoordelijkheden onder het AZWA

Actor	Traditionele rol	Nieuwe rol/ Verantwoordelijkheid onder AZWA	Kritieke actiepunten voor succes
VVT-aanbieder	Leverancier van (intramurale) zorg	Regisseur van zorg, welzijn en technologie thuis	Herdefiniëren businessmodel; Investeren in digitale en thuiszorgdiensten; Bouwen van strategische allianties
Gemeente	Wmo-loket; Uitvoerder sociaal domein	Proactieve regisseur van preventie, welzijn & wonen	Ontwikkelen integrale businesscases; Regie nemen op de integrale agenda; Woonvisie en zorgvisie koppelen
Zorgkantoor/ Zorgverzekeraar	Inkoper van zorgvolume; Controleur van rechtmatigheid	Manager van regionale transitie; Katalysator van samenwerking	Inzetten inkoop als transitie-instrument; Actief sturen op regioplan; Investeren in regionale data-analyse
Huisarts	Poortwachter; Behandelaar in de eerste lijn	Coördinator in het netwerk rond de oudere; Partner in preventie	Samenwerken in wijkteams; Gebruikmaken van digitale consultatie; Deelnemen aan integrale zorgplanning
Patiënten-organisatie	Belangenbehartiger; Aanbieder van informatie	Gelijkwaardige partner in regioplanvorming; Bewaker van het cliëntperspectief	Actief participeren aan de regietafels; Data over patiëntervaringen inbrengen; Toetsen van plannen op ‘passendheid’

Synthese

Naar een duurzaam regionaal ecosysteem voor ouderenzorg

De conclusie van deze analyse is eenduidig: de akkoorden zijn geen project met een begin- en einddatum, maar de start van een permanent proces van regionale cocreatie, sturing en adaptatie. Het dwingt een fundamentele verschuiving af: van een focus op institutionele belangen en domeingrenzen naar een gedeelde, regionale verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welzijn van de oudere populatie als geheel.

De succesvolle implementatie van de akkoorden op regionaal niveau hangt af van een aantal kritieke succesfactoren:

1. Leiderschap en vertrouwen: Het succes staat of valt met de bereidheid van de aangewezen leidende partijen (grootste gemeente, grootste zorgkantoor/zorgverzekeraar) om een dienende, verbindende en faciliterende rol te spelen, in plaats van een dominante. Het werken aan vertrouwen tussen partijen met historisch verschillende belangen is essentieel.

2. Adaptief vermogen: Het vermogen van alle betrokken organisaties om hun eigen strategieën, budgetten en werkwijzen continu aan te passen op basis van de gezamenlijke data uit het regiobeeld en de gemonitorde voortgang van het regioplan. Dit vereist een cultuur van leren en flexibiliteit.

3. Echte integraliteit: Het daadwerkelijk doorbreken van de financiële en culturele schotten tussen zorg (Zvw/Wlz), welzijn (Wmo) en wonen. Dit moet verder gaan

dan mooie woorden in een plan; het moet verankerd worden in de dagelijkse uitvoering, gezamenlijke budgetten en gedeelde verantwoordelijkheden.

Vooruitkijkend kan gesteld worden dat de akkoorden de contouren schetsten van een nieuw, dynamisch ‘ecosysteem’ voor de ouderenzorg. In dit ecosysteem zijn flexibiliteit, datagedreven sturing en intensieve netwerksamenwerking de norm. Het AZWA en HLO fungeren hierbij als de onmisbare katalysator, maar het zijn de regionale actoren zelf die, door hun keuzes en acties, het uiteindelijke succes van deze noodzakelijke transformatie zullen bepalen.

Implicaties voor de horizontale regionale overlegtafels

Elke regio kent verschillende overlegstructuren. In elke regio zijn er zogenaamde IZA-tafels waar op basis van een regioanalyse en een regioplan gemeenten, zorgverzekeraar/zorgkantoor, ziekenhuizen, ggz, huisartsen, welzijnspartijen en VVT-aanbieders bijeenkomen. Zij coördineren de uitvoering van een deel van de IZA-plannen en ook de plannen die in het kader van AZWA worden opgesteld.

Daarnaast zijn er zogenaamde horizontale tafels waaraan partijen met eenzelfde zorgsoort zich verzamelen met als doel op regionaal niveau sectorale vraagstukken op te lossen. Hiervoor hebben we een [praatplaat](#) ontwikkeld. Voorbeelden zijn de VVT-tafels, de regionale overleggen wijkverpleging, huisartsencoöperaties en de regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's). Deze tafels behandelen voor het grootste deel dezelfde thematiek als aan de IZA/AZWA-tafel, maar dan vanuit een sectorspecifiek perspectief. Voor de VVT in het bijzonder zijn dit de in het HLO beschreven activiteiten die zijn gekoppeld aan de 'beweging naar de voorkant'.

Een belangrijke implicatie is dat de horizontale tafels die zijn georganiseerd voor de regionale samenwerking in de langdurige zorg, nog beter dan nu, moeten zorgen voor een stevige vertegenwoordiging aan de IZA/AZWA-tafel. Het sectorale perspectief binnen de domeinoverstijgende dynamiek van deze tafels wordt daardoor goed geagendeerd en geborgd.

- In de *governance* van de regionale VVT-tafels moet, indien nodig, scherper worden bepaald hoe de verbinding tussen de IZA- en VVT-tafel is geregeld. Dit betekent bijvoorbeeld dat de inbreng aan de AZWA/IZA-tafel en de terugkoppeling over wat daar wordt afgesproken een vast agendapunt van de tafel is.
- Tafels hebben de opdracht om, waar nodig, een stevigere verbinding te maken met het vigerende regioplan dat is opgesteld voor het IZA. Dit zonder de kracht te verliezen op al gekozen aanpakken die de eigen sector verder helpen.
- De regionale VVT-tafels, die vaak zijn samengesteld uit intramurale partijen, zouden de banden met de wijkverpleging in de regio nog meer moeten aanhalen.
- De recent ontstane regiotafels voor de

gehandicaptenzorg zijn nog nauwelijks betrokken bij de regionale IZA/AZWA-tafels. Het is goed om te onderzoeken of dit meerwaarde heeft.

Acties vanuit de akkoorden en hun impact voor de VVT-regiotafels

In het AZWA is dit onderverdeeld in verschillende blokken, A tot en met E, waarin per blok een beschrijving met afspraken staat voor inwoners en patiënten (Bron: [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#))

Blok A/B

Steeds meer mensen hebben zorg nodig. Maar er werken niet steeds meer mensen in de zorg, dus moeten afspraken het tekort verminderen, om zo patiënten die zorg nodig hebben toch tijdig en goed te kunnen helpen.

Blok C

Iedereen heeft recht op goede zorg. Het mag niet uitmaken waar je woont, hoeveel geld je hebt en of je de weg weet in de zorg. Wat wel uitmaakt, is hoe urgent je situatie is. Je moet de zorg krijgen die je nodig hebt. Iedere inwoner en patiënt krijgt gelijke toegang tot zorg.

Blok D

Mensen die hulp nodig hebben, moeten eerder hulp krijgen. En betere hulp. Zodat je als inwoner en patiënt beter en eerder terechtkomt op de juiste plek, met de juiste hulp. Om gezond te blijven en minder snel (complexere) medische zorg nodig te hebben.

Blok E

Je krijgt als patiënt toegang tot beter passende zorg. Zorgorganisaties zijn daarom transparant over kwaliteitsverschillen, professionals dragen zorg voor richtlijnen die passende zorg ondersteunen, en goede, passende zorginitiatieven schalen op. Medicijntekorten en fraude in de zorg worden bestreden.

In het HLO zijn negen concrete thema's beschreven ten behoeve van de 'beweging naar de voorkant' (Bron: [Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg](#)).

Acties HLO

- 1 Gelijkerichtheid mantelzorg-aanbod
- 2 Respijtzorg
- 3 Reablement
- 4 Maatschappelijke dialoog
- 5 Nationale Dementie-strategie
- 6 Richtlijnontwikkeling
- 7 Ondersteuning zorgaanbieders bij implementatie technologie
- 8 Kennisverspreiding en ontwikkeling burgerinitiatieven
- 9 Professionalisering sociaal werk

In bijlage 1 is voor ieder blok in het AZWA en per thema in het HLO per actie geïnventariseerd waar de actie het best belegd kan worden: landelijk, in de individuele organisatie of aan de regionale VVT-tafel. Daarnaast is voor alle acties waarbij de regionale VVT-tafel betrokken kan of moet zijn, in één zin aangegeven wat dan de focus kan zijn.

Bijlage 1: Toedeling van acties van AZWA en HLO: landelijk, organisatie, regionaal en welke regionale tafel

Tabel 1A: Personeelstekort met implicaties voor de VVT-tafel

Personeelstekort	Landelijk	Organisatie	Regionaal	Tafel	Toelichting
[A1] We ontlasten medewerkers door opschaling van doorbraakprojecten die de regeldruk verminderen	nee	nee	ja	VVT	Gesprek en uitwisselen
[A2] We verminderen regeldruk als gevolg van machtigingen en aanvullende verklaringen	ja	nee	nee	nee	geen
[A3] We verminderen regeldruk als gevolg van (verschillen tussen) inkoop- en verantwoordingseisen	nee	nee	ja	VVT	Gesprek met zorgkantoor en aanbieders
[A4] We verminderen de tijd die wordt besteed aan administratie en diagnostiek door te versnelde en verantwoorde inzet van generatieve en diagnostische AI	nee	ja	nee	nee	geen
[A5] We versnellen de implementatie van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg	nee	nee	ja	IZA	In lijn met de gesprekken met ziekenhuizen
[B1] Domeinoverstijgend indiceren, waarbij de minste arbeidsinzet het uitgangspunt is	(ja)	nee	ja	IZA	Gesprek met gemeenten en zorgverzekeraar
[B2] We bevorderen de inzet van arbeidsbesparende medische technologie	nee	ja	nee	nee	geen
[B3] Versterken van de lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid	nee	ja	nee	nee	geen
[B4] We ondersteunen medische preventie, zoals vaccinaties, als hiermee zorgvraag wordt voorkomen	ja	nee	nee	nee	geen

Tabel 1B: Toegankelijkheid met implicaties voor de VVT-tafel

Toegankelijkheid	Landelijk	Organisatie	Regionaal	Tafel	Toelichting
[C1] We zorgen dat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen	nee	nee	ja	VVT	Spoed en crisisregelingen uitlijnen
[C2] Naar één landelijke voorziening voor alle vragen rondom toegang en gebruik van digitale zorg	ja	nee	nee	nee	geen
[C3] Transparantie: actieve zorgbemiddeling mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten verbeteren	(ja)	nee	ja	IZA	Regionale uitwerking
[C4] Normeren/differentiëren: normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden verbeteren	ja	nee	nee	nee	geen
[C5] Thuisarts wordt structureel geborgd	ja	nee	(ja)	RESV	Operationalisering (gemeenschappelijke communicatie)
[C6] Verbeteren toegankelijkheid tot de GGZ	ja	nee	nee	nee	geen
[C7] Terminale palliatieve zorg en stervensbegeleiding kunnen ongehinderd worden geleverd	ja	nee	(ja)	VVT	Goed organiseren capaciteitsvragen
[C8] Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met patiënten over de laatste fase van het leven	nee	ja	nee	nee	geen

Tabel 1C: Juiste zorg op juiste plek / Preventie met implicaties voor de VVT-tafel

Juiste zorg op juiste plek / Preventie	Landelijk	Organisatie	Regionaal	Tafel	Toelichting
[D1] Medisch specialistische zorgorganisaties werken samen in netwerken en zij verbinden hun aanbod via de regioplannen aan de zorgvraag	nee	nee	ja	IZA	Organiseren van verwijsbeleid
[D2] De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd	nee	nee	ja	RESV	Samen kijken naar hechte wijkverbanden
[D3] Huisartsen gaan standaard met een vaste patiëntenpopulatie werken	ja	nee	nee	nee	geen
[D4] Met (financieel) maatwerk in elke regio borgen we de duurzame continuïteit van de huisartsenzorg	nee	nee	ja	RESV	geen
[D5] We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak van (eerstelijns) zorgdomein en sociaal domein	nee	nee	ja	VVT / IZA	Vooraf rond de populatie kwetsbare ouderen
[D6] In het sociale domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten	ja	nee	nee	nee	geen
[D7] We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten	nee	nee	ja	VVT	Inrichten van regionale ANW coördinatie

Tabel 1D: Informatie en transparantie met implicaties voor de VVT-tafel

Informatie en transparantie	Landelijk	Organisatie	Regionaal	Tafel	Toelichting
[E1] We maken kwaliteitsinformatie transparant	ja	(ja)	nee	nee	geen
[E2] We realiseren impactvolle passende zorg door opschaling en contractering	nee	nee	ja	IZA/VVT	Succesvolle projecten van de regiotafel VVT opschalen
[E3] We dragen met professionele richtlijnen bij aan passende zorg en de transitiedoelen	ja	nee	nee	nee	geen
[E4] We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert	ja	ja	ja	nee	Ontwikkelingen vanuit beroepsverenigingen bespreken en volgen
[E5] We verbeteren toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten	ja	nee	nee	nee	geen
[E6] We maken afspraken om fraude in de zorg te voorkomen, op te sporen, te stoppen en te bestraffen	ja	nee	ja	VVT	Casuïstiek bespreken op de regionale tafel en lessen leren

Tabel 1E: Acties HLO met implicaties voor de VVT-tafel

Acties HLO	Landelijk	Organisatie	Regionaal	Tafel	Toelichting
[7.1] Gelijkgerichtheid mantelzorgaanbod	ja	nee	ja	VVT	Kruisbestuiven op ontwikkeld aanbod bijvoorbeeld mantelzorgacademies
[7.2] Respijtzorg	nee	nee	ja	VVT	Regionale analyse en inrichting
[7.3] Reablement	ja	ja	ja	VTT	Versterken implementatie door gezamenlijke programma's i.c.m. Stichting reablement
[7.4] Maatschappelijke dialoog	ja	nee	ja	VVT	Regionaal aansluiten op landelijke campagnes
[7.5] Nationale Dementie-strategie	ja	ja	nee	nee	geen
[7.6] Richtlijnontwikkeling	ja	nee	nee	nee	geen
[7.7] Ondersteuning zorgaanbieders bij implementatie technologie	nee	ja	ja	VVT	Verder versterken programma's digivaardigheden en digicoaching
[7.8] Kennisverspreiding en ontwikkeling burgerinitiatieven	ja	nee	nee	nee	geen
[7.9] Professionalisering sociaal werk	nee	nee	ja	IZA	Koppeling maken met de regionaal belegde acticiteiten in AZWA/ IZA en GALA

Begrippenlijst

Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)

Het AZWA is een nationaal samenwerkingsakkoord tussen het ministerie van VWS, gemeenten, zorgaanbieders en andere partijen in het sociaal domein om de zorg en ondersteuning in Nederland toekomstbestendig te maken.

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)

Het GALA is een akkoord dat in 2023 is opgesteld tussen de rijksoverheden, gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars. Doel van het akkoord is om in 2040 de volksgezondheid te hebben verbeterd en de sociale basis te hebben versterkt.

Governance

Governance is een bestuursmodel. Afhankelijk van de context kan het meerdere dingen betekenen, maar in het algemeen duidt het op de wijze van besturen, het uitoefenen van gezag, of het proces van regelgeving en verantwoordingsplicht binnen een regio.

Hoofdpijnen Akkoord Ouderenzorg (HLO)

In het HLO staan afspraken hoe het arbeidsmarkttekort kan worden teruggedrongen en hoe de ouderenzorg en ondersteuning toegankelijk blijft. Verschillende regio's hebben deelgenomen aan het opstellen van het akkoord.

Integraal Zorgakkoord (IZA)

Het IZA is een landelijk akkoord uit 2022 tussen het ministerie van VWS en vele zorgpartijen. Doel van het akkoord is om de zorg in Nederland betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Focus ligt op passende zorg, met een verschuiving van ziekte naar gezondheid, welzijn en preventie.

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo is een Nederlandse wet die gemeenten verantwoordelijk maakt voor het ondersteunen van inwoners om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen en actief deel te blijven nemen aan de samenleving.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw is de basisverzekering die door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd. Zorgaanbieders worden voor zorg uit het basispakket (Zvw) betaald voor zorgverzekeraars.

Colofon

Jaar van publicatie: 2025

Deze analyse is geschreven door René van het Erve, strategisch ondersteuner bij het programma RegioKracht, tot stand gekomen in interactie met de regionale praktijk, verrijkt met behulp van AI en bedoeld voor bestuurders, beleidsmakers en andere betrokkenen bij de VVT tafels.

RegioKracht

We staan voor de enorme opgave om de zorg en ondersteuning aan ouderen en mensen met een beperking toegankelijk te houden. Het programma 'RegioKracht in de zorg' is gericht op het versnellen van de transities die hiervoor hard nodig zijn. Door regionale samenwerking bereik je schaalgrootte én slagkracht. RegioKracht stimuleert die samenwerking waar dat nodig is. Het programma ondersteunt zorginkopers, bestuurders en programmamanagers bij het ontwikkelen van een stevige en duurzame samenwerking. De kennis van RegioKracht

wordt breed gedeeld met beleidsmakers en beleidsuitvoerders van zorgorganisaties, zorgkantoren en domeinoverstijgende partners. Door dit sectorbreed te doen, leggen we bij alle betrokken organisaties een stevige basis voor samenwerking in de regio en versnellen we de noodzakelijke transities.

Vilans

Vilans is de landelijke kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning. Wij vinden het belangrijk dat mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning het leven kunnen leiden dat ze willen. Wij dragen daar proactief met kennis aan bij. We benoemen vraagstukken en agenderen onderwerpen. Samen met anderen verzamelen, ontwikkelen en delen we kennis. Vilans brengt mensen en organisaties bij elkaar vanuit onderzoek, praktijk, beleid en onderwijs. Zo versnellen we kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en de toepassing van kennis. www.vilans.nl.

Auteurs

René van het Erve met medewerking van de strategisch ondersteuners van RegioKracht, Tanja van Dun en Maud Hoogeveen

Tekstredactie

Hilde Bout, het redactieadres

Ontwerp

Martine Eyzenga en Jaap van der Sman, 7zes7vijf.nl

Toegankelijkheid

Carmen Burghardt, 7zes7vijf.nl

Contact

regiokracht@vilans.nl



Disclaimer

Vilans streeft er samen met betrokkenen naar om gebruik te maken van juiste, actuele en beschikbare gegevens in publicaties. Ondanks onze zorgvuldigheid aanvaarden we daar geen aansprakelijkheid voor. Op onze publicaties is de Creative Commons 4.0 licentie van toepassing. Dit betekent dat je onze publicaties mag downloaden, verveelvoudigen en mag verwijzen wanneer de volgende voorwaarden gelden:

- Er sprake is van niet-commerciële doeleinden.
- Je beschrijft dat de publicatie van Vilans is, eventuele auteurs noemt en een URL of hyperlink naar de publicatie plaatst.
- Je de Creative Commons 4.0 licentie vermeldt, inclusief link.

Wil je een onderdeel gebruiken voor een eigen publicatie? Ook dat mag alleen voor niet-commerciële doeleinden en op voorwaarde dat je linkt naar de originele bron en je werk vervolgens onder dezelfde Creative Commons 4.0 licentie deelt. De Creative Commons 4.0 licentie is niet van toepassing op beeldmateriaal, content van derden en op onderdelen waar dit specifiek bij benoemd staat.

A graphic consisting of two concentric circles in shades of purple, centered in the upper right quadrant of the page.

regio
kracht
samen sterker, samen sneller



Vilans