

Beter Thuis 2 2026 - 2030

PROGRAMMAVOORSTEL

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1. Opdracht.....	7
1.2. ZonMw als programma-organisatie.....	8
1.3. Leeswijzer	8
2. Aanleiding en context	9
2.1. Totstandkoming van het programmavoorstel	9
2.2. Achtergrond	10
2.3. Context	12
2.4. Bestaande kennis uit Beter Thuis 1	20
2.5. De veldpartijen	21
2.6. Analyse.....	23
2.7. Scope	26
2.8. Het ZonMw-programmaportfolio	27
3. Impact, doelen en resultaten	29
3.1. Beoogde impact en hoofddoel programma	29
3.2. Programmalijnen	29
3.3. Subsidierondes, opdrachten en resultaten.....	30
3.4. (Eind)gebruikers, doelgroepen, stakeholders	36
3.5. Aannames en voorwaarden	37
4. Programmaopbouw en planning	39
4.1. Programmalijnen	39
4.2. Programmaprojecten: communicatie, implementatie en overig	39
4.3. Programmaplaning en -opzet.....	40
5. Governance	41
5.1. Opdrachtgever.....	41
5.2. Bestuur van het programma.....	41
5.3. Verantwoording programma	42
6. Begroting en financiële planning	44
6.1. Begroting	44
6.2. Financiële planning	44
7. Risico's en beheersmaatregelen	46

Samenvatting

Het programma Beter Thuis 2 is een vervolg op het eerdere programma Beter Thuis (2019–2023). Het richt zich op de verdere ontwikkeling van de kortdurende herstelgerichte zorg in Nederland. Dit betreft zorgvormen die mensen ondersteunen bij herstel of stabilisatie na een acute gebeurtenis of bij complexe aandoeningen. Het doel daarvan is dat zij (weer) thuis kunnen functioneren. ZonMw voert dit programma uit in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het programma loopt van 2026 tot en met 2030.

Aanleiding en context

De aanleiding voor het programma ligt in de bredere maatschappelijke en beleidsmatige opgave om de zorg toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig te houden. Ontwikkelingen als vergrijzing, toenemende complexiteit van zorgvragen en arbeidsmarktkrapte vragen om een andere organisatie van zorg en ondersteuning. Gericht op langer zelfstandig thuis wonen.

De kortdurende herstelgerichte zorg bestaat uit 3 samenhangende zorgvormen:

- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)
- Eerstelijnsverblijf (ELV)
- Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

Deze zorg is bedoeld voor mensen met tijdelijke, vaak complexe zorgvragen. Zoals kwetsbare ouderen na een ziekenhuisopname, mensen met chronische aandoeningen of mensen met een verstandelijke beperking. De kortdurende zorg vervult een belangrijke schakelfunctie tussen ziekenhuiszorg, thuiszorg en langdurige zorg. Daarmee speelt deze zorg een cruciale rol in het mogelijk maken van langer thuis wonen.

Uitdagingen in de kortdurende herstelgerichte zorg

Een analyse van de huidige praktijk laat zien dat de kortdurende herstelgerichte zorg voor verschillende uitdagingen staat. Voor veel cliënten is niet altijd duidelijk welke vorm van zorg op welk moment het meest passend is. Keuzes worden daarbij nog regelmatig gebaseerd op ervaring, lokale werkwijzen of beschikbare capaciteit. En kennis over effectieve zorg en ondersteuning wordt niet altijd optimaal benut of is nog niet beschikbaar. Daarnaast vraagt de vaak complexe zorgvraag om goede samenwerking tussen zorgprofessionals, cliënten, naasten en partijen in het sociaal domein. Terwijl deze samenwerking in de praktijk nog niet altijd vanzelfsprekend is. Ook bestaan er uitdagingen rondom de doorstroom en de aansluiting tussen verschillende zorgvormen. Deze knelpunten worden versterkt door bredere ontwikkelingen, zoals de toenemende zorgvraag, personeelstekorten en capaciteitsdruk. De in dit programmavoorstel opgenomen cliëntreizen illustreren hoe deze uitdagingen zich in de praktijk manifesteren voor cliënten en naasten.

Doel programma

Het hoofddoel van Beter Thuis 2 is om met behulp van kennisontwikkeling en toepassing bij te dragen aan passende kortdurende herstelgerichte zorg voor kwetsbare groepen. Dit betekent dat cliënten tijdig zorg

ontvangen die aansluit bij hun behoeften. Het herstel en de zelfredzaamheid worden bevorderd en de overgangen tussen zorgvormen en de thuissituatie verlopen zo soepel mogelijk.

Om dit doel te bereiken, werkt het programma langs 3 samenhangende programmalijnen:

- **Kwaliteit:** het ontwikkelen van kennis, producten en praktische handvatten die bijdragen aan passende zorg. Hierbij wordt onder andere gewerkt aan het verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van zorg- en organisatietrajecten, het verbeteren of herzien van triage-instrumenten en het verder ontwikkelen en opschalen van bestaande kennis en praktijkvoorbeelden.
- **Samenwerking:** het verbeteren van de samenwerking tussen zorgprofessionals, cliënten, naasten en het sociaal domein. Hierbij is er specifiek aandacht voor de positie van het cliëntsysteem en voor de samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein.
- **Leren:** het stimuleren van programmabreed leren en kennis uitwisselen. Hierdoor worden kennis en ervaringen beter benut, gedeeld en doorontwikkeld.

ZonMw werkt de programmalijnen uit in concrete subsidieoproepen, opdrachten en andere activiteiten. De uitvoering wordt gedurende de looptijd verder ingevuld in afstemming met het veld. Ook passen we de uitvoering aan waar nodig op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen.

Programmaopbouw en planning

De opbouw van het programma sluit aan bij de 3 programmalijnen en kent een gefaseerde uitvoering. Middelen worden verdeeld over de verschillende programmalijnen en activiteiten. Hieronder volgt een overzicht van de beschikbare middelen per programmalijn en activiteit.

	Budget (€)
Programmalijn 1 – Kwaliteit	€ 3.360.500, -
A. Goed onderbouwde zorg door inzicht te creëren in de effectiviteit van zorg- en organisatietrajecten binnen de kortdurende herstelgerichte zorg. B. (Door)ontwikkeling van triage-instrumenten in de kortdurende herstelgerichte zorg. C. Doorontwikkeling, implementatie en opschaling van - binnen Beter Thuis 1 - ontwikkelde kennis, producten en praktijkvoorbeelden.	
Programmalijn 2 – Samenwerking	€ 2.721.000, -
D. Gelijkwaardige samenwerking tussen zorgprofessionals en het cliëntsysteem. E. Versterking van de samenwerking tussen zorgprofessionals in de GZSP en het sociaal domein.	
Programmalijn 3 – Leren	€ 260.000, -
F. Versterking van gezamenlijke kennisontwikkeling en kennisuitwisseling binnen de kortdurende herstellzorg door inrichting van een leernetwerk.	

Beschikbare middelen per programmalijn

De planning voorziet in verschillende fasen waarin subsidieoproepen worden uitgezet, projecten worden uitgevoerd en resultaten worden samengebracht en gedeeld. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste activiteiten gedurende de looptijd van het programma.

	Jaar 1 - 2026				Jaar 2 - 2027				Jaar 3 - 2028				Jaar 4 - 2029				Jaar 5 - 2030			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Programmalijn 1 - Kwaliteit																				
Subsidieronde of opdracht A - Effectiviteit																				
Subsidieronde of opdracht B - Triage																				
Subsidieronde of opdracht C - Implementatie en opschaling																				
Programmalijn 2 - Samenwerking																				
Subsidieronde of opdracht D - Cliëntsysteem																				
Subsidieronde of opdracht E - Sociaal domein																				
Programmalijn 3 - Leren																				
Subsidieronde of opdracht F - Leernetwerk																				

Openstelling t/m beoordeling
 Projecten lopen

Globaal overzicht van de verschillende activiteiten vanuit Beter Thuis 2.

1. Inleiding

1.1. Opdracht

De afgelopen jaren heeft ZonMw het programma Beter Thuis¹ uitgevoerd (2019-2023). Gezien het inhoudelijke belang van het programma, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ZonMw in 2023 gevraagd een voorstel uit te werken voor een vervolgprogramma. In de opdrachtbrief van 4 mei 2023 (zie bijlage 1) heeft het ministerie van VWS de kaders meegegeven voor dit nieuwe programma 'Beter Thuis 2'. Daarin vraagt het ministerie om voort te bouwen op het eerste programma, rekening houdend met een aantal nieuwe ontwikkelingen en onderstaande voorwaarden:

- De inhoud van Beter Thuis 2 sluit zoveel mogelijk aan bij de landelijke beleidsdoelstellingen voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in de toekomst, zoals vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), het programma Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen (WOZO) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO, 2025-2028);
- ZonMw ontwikkelt het programma in afstemming met de sector;
- Het programma heeft aandacht voor de verschillende cliëntgroepen die vallen onder de kortdurende herstelgerichte zorgvormen; geriatrie revalidatiezorg (GRZ), eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP);
- Het programma neemt innovatie als uitgangspunt;
- Het programma richt zich op het versterken van de samenhang tussen:
 - GRZ, ELV en GZSP;
 - En de volgende vormen van zorg en ondersteuning:
 - Ondersteuning vanuit de Wmo, zoals ondersteuning thuis, respijtzorg en logeerszorg;
 - Zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
 - En andere zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) die raakt aan kortdurende herstelgerichte zorg.
- Het programma zoekt verbinding met andere ZonMw-programma's.

Herstart 2026

In 2024 is Beter Thuis 2 van start gegaan op basis van het goedgekeurde programmavoorstel van 28 november 2023. Tijdens de uitvoering van Beter Thuis 2 is gebleken dat de eerste periode van het programma nog niet heeft geleid tot het gewenste resultaat. In overleg met het Ministerie van VWS is eind 2025 besloten om het programmavoorstel te herzien en het totaalbudget te verminderen. Deze herstart vraagt om een concretisering van het programmavoorstel. Voorliggend programmavoorstel is een uitwerking van die opdracht tot herziening. Het aangepaste programma heeft een looptijd van 5 jaar (2026-2030) met een totaalbudget van € 8.931.876.²

¹ Voor de leesbaarheid in de resterende tekst aangeduid als Beter Thuis 1.

² In de opdrachtbrief 3566561-1045992-CZ (2023) is sprake van een looptijd t/m 2027, op basis van gesprekken met de opdrachtgever eind 2025 over de herziening van het programma is een looptijd t/m 2030 uitgewerkt.

1.2. ZonMw als programma-organisatie

ZonMw programmeert en financiert projecten, experimenten, onderzoek en ontwikkeling op het terrein van gezondheid, preventie en zorg sinds 1998. ZonMw brengt kennis, kwaliteit en samenwerking samen om te werken aan een goede gezondheid voor iedereen. Vanuit een onafhankelijke positie verbindt ZonMw partijen uit onderzoek, praktijk, beleid en samenleving.

Door programma's zorgvuldig te programmeren samen met het veld, voorkomt ZonMw overlap en versnippering en zorgt ZonMw dat beschikbare middelen terechtkomen bij de meest relevante en kansrijke initiatieven. ZonMw ondersteunt de opdrachtgevers bij het houden van overzicht en bij het realiseren van impact: projecten worden niet alleen gefinancierd, maar ook in samenhang gevolgd, gemonitord en waar nodig bijgestuurd. Zo draagt ZonMw bij aan een stevig en toekomstgericht kennisfundament, dat aansluit bij maatschappelijke en beleidsmatige opgaven.

Daarbij beschikt ZonMw over ruime ervaring en een breed scala aan subsidie-instrumenten, waarmee het programma's flexibel en doelgericht kan inrichten. Onafhankelijke commissies met relevante expertise bewaken de kwaliteit en objectiviteit van de selectie en uitvoering van projecten. ZonMw stimuleert samenwerking, kennisdeling en implementatie, onder meer via projectleidersbijeenkomsten, 'site visits' en kennissynthesen. Door projecten en programma's met elkaar te verbinden en actief in te zetten op kennisbenutting, versterkt ZonMw zowel de inhoudelijke opbrengsten als de maatschappelijke waarde. Op deze manier levert ZonMw niet alleen hoogwaardige onderzoeks- en implementatieprojecten op, maar ook duurzame verbeteringen in zorg, welzijn en gezondheid.

Bij de uitvoering van het programma en de daaruit voortvloeiende subsidieoproepen en opdrachten volgen we de interne procedures, formats en afwegings- en beoordelingskaders van ZonMw. Daarbij moet ZonMw zich houden aan de Algemene Subsidiebepalingen ZonMw en de Code omgang met persoonlijke belangen. ZonMw handelt daarbij steeds binnen de geldende wet- en regeling. Bijlage 3, 'Voorwaarden voor impact' beschrijft de belangrijke uitgangspunten die ZonMw hanteert in het programma en bij de oproepen. Het gaat hier om: vindbare en herbruikbare kennis, diversiteit en gelijkwaardige participatie, gebruikersgerichte kennisbenutting, duurzaamheid en proefdierwijs beleid.

1.3. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de aanleiding en achtergrond van het programma binnen de context van de kortdurende herstellzorg. Ook leest u hoe het programma Beter Thuis 2 aanvankelijk tot stand kwam en hoe dat verschilt met het huidige programmavoorstel. Daarna gaat het hoofdstuk in op de verschillende zorgvormen binnen de kortdurende herstelgerichte zorg en de functie en uitdagingen van deze zorg. Ook komen cliëntreizen, de beleidscontext en de organisatie van de kortdurende herstelgerichte zorg aan bod.

Hoofdstuk 3 beschrijft wat het programma wil bereiken. Ook staan hier de activiteiten en resultaten van het programma. **Hoofdstuk 4** geeft een overzicht van de opbouw van het programma aan de hand van de programmaliijnen, programmabrede activiteiten en de planning. **Hoofdstuk 5** laat zien hoe de governance van het programma is vormgegeven. Hoe ziet de samenwerking met de opdrachtgever, het programmabestuur en de programmacommissie eruit? **Hoofdstuk 6** bevat de begroting en financiële planning. **Hoofdstuk 7** beschrijft de belangrijkste risico's en beheersmaatregelen.

2. Aanleiding en context

2.1. Totstandkoming van het programmavoorstel

Beter Thuis 1

Het ZonMw-programma Beter Thuis 1 richtte zich sinds 2019 op kwaliteitsontwikkeling in de kortdurende (herstelgerichte) zorg: de Zvw-verzekerde zorgvormen GRZ, ELV en GZSP. De focus van Beter Thuis 1 lag op het stimuleren van kwaliteits- en kennisontwikkeling en het in kaart brengen van praktijkvoorbeelden van de GRZ, ELV en GZSP.³ In essentie richtte het programma zich op het vertalen van ervaringskennis, wetenschappelijke kennis en professionele inzichten in handreikingen. Deze handreikingen ondersteunen zorgprofessionals bij het verbeteren van hun handelen bij specifieke zorgvragen in de praktijk. Daarnaast werden goede voorbeelden uit de praktijk geïnventariseerd en verspreid. Kennisontwikkeling vond plaats door kennislacunes in kaart te brengen en bijbehorende onderzoeksvragen te inventariseren. Zie ook paragraaf 2.4 voor een korte beschrijving van de resultaten vanuit Beter Thuis 1.

Herstart 2026

De vervolgoopdracht voor Beter Thuis 2 bouwt deels voort op de doelen, lessen en ervaringen uit Beter Thuis 1, maar kent ook nieuwe accenten. Bij de uitwerking van deze herziene versie van het programmavoorstel voor Beter Thuis 2 heeft ZonMw het eerste programmavoorstel uit 2023 als basis gebruikt. De huidige concretisering is gebaseerd op een documentenanalyse en op gesprekken met verschillende interne en externe stakeholders.

Tijdens de documentenanalyse is er achtergrondinformatie over de kortdurende herstelgerichte zorg verzameld en zijn knelpunten in de praktijk van GRZ, ELV en GZSP opgehaald. Daarbij is onder andere gebruik gemaakt van de rapportages vanuit Beter Thuis 1 en de zelfevaluatie van het programma.⁴

Aanvullend op de documentenanalyse heeft ZonMw met een breed scala aan stakeholders en experts vanuit het veld gesproken over ontwikkelingen en knelpunten in de kortdurende herstelzorg.⁵ Denk aan beroepsorganisaties, systeempartijen, brancheverenigingen, patiëntenorganisaties, onderzoekers en medewerkers van andere ZonMw-programma's. Ook heeft ZonMw input opgehaald over vraagstukken die leven in de praktijk. Dat gebeurde aan de hand van verschillende kennis- en wetenschapsagenda's en

³ ZonMw, *Programmavoorstel Beter Thuis 2 'Kwaliteit en organisatie van herstelgerichte zorg voor kwetsbare mensen (2023)*, via www.zonmw.nl, geraadpleegd mei 2026.

⁴ Vanuit Beter Thuis 1 zijn er 3 opdrachten uitgezet die hebben geleid tot rapportages: Quickscan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige zorg (2019), Varen op ervaringen (2021) en Evaluatie naar proeftuinen en experimenten in de GRZ, ELV en GZSP (2022).

⁵ Extern: ActiZ, LHV, MantelzorgNL, NAPA, NIP, NVAVG, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, RIVM, Verenso, Vilans, VGN, VWS, V&VN, Zorginstituut Nederland, ZN.

Intern: Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen, Gewoon Bijzonder, Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Kaderprogramma Passende Zorg 2024-2028, Kennisinfrastructuur Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, Kennisnetwerken Specifieke Doelgroepen, Langdurige zorg en ondersteuning 2023-2027, Paramedische zorg, Passende zorg binnen de Wet langdurige zorg, Reablement, Verpleging en verzorging, Versterking organisatie eerstelijnszorg, Zorg voor innoveren

tijdens de werkconferentie 'Beter Thuis: op weg naar passende, samenhangende (geneeskundige)zorg voor thuiswonende ouderen' van 26 maart 2026.

De opbrengsten uit de analyse heeft ZonMw getoetst in een aantal verdiepende gesprekken met verschillende partijen en experts. Daarbij ging het over een aantal thema's, zoals triage, samenwerking met informele zorg, effectiviteit, samenwerking met sociaal domein, (direct) ambulante GRZ en de ontwikkeling rondom de modulaire bekostiging. Tot slot heeft ZonMw op verschillende momenten afgestemd met de programmacommissie en het ministerie van VWS als opdrachtgever.

2.2. Achtergrond

De GRZ, het ELV en de GZSP vormen samen de kern van de kortdurende herstelgerichte zorg in Nederland.⁶ Deze zorgvormen richten zich op cliënten met tijdelijke, vaak complexe zorgvragen. Het doel is herstel, stabilisatie of het voorkomen van verdere achteruitgang.

GRZ richt zich specifiek op revalidatie van kwetsbare ouderen na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname. Het ELV biedt tijdelijk verblijf wanneer zorg thuis (tijdelijk) niet mogelijk is. Waar de GRZ en ELV zich in de praktijk vaak richten op (kwetsbare) ouderen, is GZSP breder inzetbaar. Deze zorg is bedoeld voor mensen met complexe, vaak chronische aandoeningen. Zij hebben specialistische, multidisciplinaire behandeling nodig, meestal in de thuissituatie. Zij maken (nog) geen aanspraak op langdurige zorg vanuit de Wlz. Het betreft onder andere mensen met een verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel, chronische neurologische aandoeningen (zoals Parkinson), ernstige psychiatrische problematiek en/of kwetsbare ouderen.

Schakelfunctie kortdurende herstelgerichte zorg

De GRZ, ELV en GZSP vormen samen de kortdurende herstelgerichte zorg in Nederland. De afgelopen jaren zijn deze zorgvormen vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Ze worden hierdoor niet langer geleverd als tijdelijke verpleeghuisopname of extramurale zorg binnen de systematiek van de langdurige zorg, maar vormen nu aanspraken in de Zvw. Met alle regulering die daarbij hoort.³ Deze overheveling was bedoeld om de herstelgerichte zorg dicht bij de curatieve zorg te positioneren. Om zo een zorgcontinuüm te realiseren in de eerstelijnszorg voor specifieke (vaak kwetsbare) cliëntgroepen.⁷ Daarbij lag de nadruk op doelmatigheid, tijdelijke inzet en het voorkomen van instroom in langdurige zorg.⁸

De GRZ, ELV en GZSP vormen een cruciaal zorgaanbod voor (kwetsbare) mensen die thuis wonen en regelmatig of in toenemende mate continu medische zorg nodig hebben. Vanuit de kortdurende herstelgerichte zorg (GRZ en ELV) gaan cliënten meestal terug naar huis met zo nodig zorg vanuit de eerstelijnszorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Of ze ontvangen de herstellzorg in de thuissituatie (GZSP

⁶ Het programma Beter Thuis 2 beschouwt de GZSP als zorgvorm binnen de kortdurende herstelgerichte zorg. Tegelijkertijd omvat de GZSP ook trajecten die langduriger van aard kunnen zijn en niet altijd gericht zijn op volledig herstel.

⁷ In dit document wordt uit oogpunt van leesbaarheid uitsluitend de term 'cliënt' gebruikt. Waar van toepassing kan hier ook 'patiënt' worden gelezen.

⁸ VGN, *Overheveling behandeling naar de Zvw: waar staan we nu?* www.vgn.nl, geraadpleegd mei 2026.

en ambulante GRZ).³ Deze zorgvormen spelen daarmee een belangrijke rol bij het mogelijk maken van het langer thuis wonen van ouderen.⁹ Ook voor andere doelgroepen zijn deze zorgvormen van belang. Voor mensen met een verstandelijke beperking speelt GZSP bijvoorbeeld een belangrijke rol in het behouden of verbeteren van het functioneren, het voorkomen van ontregeling en het ondersteunen van participatie in de samenleving. Daarmee draagt GZSP bij aan het voorkomen van zwaardere zorg, zoals opname vanuit de Wlz. Ook ondersteunt het de beweging naar meer inclusieve en ambulante zorg. Doorontwikkeling van deze zorgvormen is dan ook essentieel. Niet alleen om de kwaliteit van de uitkomsten van zorg voor cliënten verder te verbeteren, maar ook als pijler onder de houdbaarheid van het zorgstelsel, in het licht van de vraagstukken rond schaarste in alle sectoren.³

Uitdagingen in de kortdurende herstelgerichte zorg

De zorgsector staat onder druk door een combinatie van ontwikkelingen. In de ouderenzorg, en daarmee ook in de kortdurende herstelgerichte zorg, neemt de vraag toe als gevolg van dubbele vergrijzing en het beleid om mensen langer thuis te laten wonen. Tegelijkertijd wordt de doelgroep complexer, met vaker een combinatie van lichamelijke aandoeningen, cognitieve problematiek en sociale kwetsbaarheid. Dit stelt hogere eisen aan de benodigde expertise en aan de samenwerking tussen zorgprofessionals.

Binnen de kortdurende herstelgerichte zorg uiten deze ontwikkelingen zich op verschillende manieren. In de GRZ leidt de toenemende complexiteit van revalidanten tot intensievere en minder voorspelbare hersteltrajecten. Tegelijkertijd staat de uitstroom onder druk, omdat vervolgzorg of ondersteuning in de thuissituatie niet altijd tijdig en/of passend beschikbaar is.

Ook in het ELV is de doorstroom een knelpunt. Bedden worden regelmatig bezet gehouden door cliënten die wachten op vervolgzorg. Daardoor neemt de beschikbaarheid voor acute opnames af en komt de functie als tijdelijke opvang onder druk te staan.

Voor de GZSP liggen de belangrijkste uitdagingen in de positionering en benutting binnen de zorgketen. Hoewel deze zorg zwaardere zorg en instroom in de Wlz en ELV kan voorkomen, blijkt de inzet in de praktijk nog niet altijd tijdig en eenduidig. Dit hangt samen met: beperkte bekendheid, onduidelijkheid over indicatiestelling en de complexiteit van het organiseren van multidisciplinaire behandeling in de thuissituatie.

Daarnaast vraagt de afstemming tussen het medisch domein en het sociaal domein extra aandacht, omdat deze cruciaal is voor duurzaam herstel en functioneren thuis.

Boven op deze specifieke knelpunten spelen ook sectorbrede knelpunten een rol, zoals het toenemende personeelstekort en capaciteitsdruk in de vervolgzorg zoals wijkverpleging, Wlz-zorg en Wmo-voorzieningen. Deze knelpunten versterken de doorstroomproblemen binnen de hele keten en zetten de toegankelijkheid en kwaliteit van de kortdurende herstelgerichte zorg verder onder druk.

⁹ NZa, *Stand van de zorg 2025 – Kortdurende zorg*, www.nza.nl, geraadpleegd mei 2026.



Al deze ontwikkelingen maken doorontwikkeling van de kortdurende herstelgerichte zorg noodzakelijk. Onder andere door het versterken van zorg in de thuissituatie (waaronder GZSP), betere ketensamenwerking en het toepassen van innovatieve oplossingen zoals digitale ondersteuning en nieuwe organisatievormen.

2.3. Context

Om de context van de 3 zorgvormen uit dit programma te verduidelijken zijn in deze paragraaf een aantal cliëntreizen vanuit het perspectief van de zorgontvanger en de naaste/mantelzorger beschreven. Daarna volgt een korte schets van de beleidscontext en recente ontwikkelingen in de organisatie van kortdurende herstelgerichte zorg. In de beschrijving van de beleidscontext is uiteengezet in welk veranderend beleidslandschap de kortdurende herstelgerichte zorg zich bevindt en welke beleidskaders van invloed zijn op de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP. De veranderingen in de organisatie van de zorg illustreren de ontwikkelingen die momenteel plaatsvinden binnen de kortdurende herstelgerichte zorg.

2.3.1. Cliëntreizen

Bij de herstart van Beter Thuis 2 is ervoor gekozen om de cliënten als uitgangspunt te nemen. Daarvoor is het belangrijk om te weten welke knelpunten cliënten ervaren. Cliënten en situaties verschillen echter sterk van elkaar, bijvoorbeeld door regionale verschillen en diversiteit in cliënten. Daarom is ervoor gekozen om verschillende cliëntreizen uit te werken. Dit is uiteraard geen volledig overzicht van alle cliënten en hun ervaringen met de kortdurende herstelgerichte zorg. Onderstaande cliëntreizen geven echter wel een beeld van de knelpunten waarmee cliënten te maken krijgen bij het ontvangen van kortdurende herstelgerichte zorg.

Mevrouw van Leeuwen

Mevrouw van Leeuwen is 82 jaar en woont zelfstandig. Ze kent haar buurt goed en doet haar eigen boodschappen. Haar dochter komt een paar keer per week langs voor wat nodige ondersteuning en daarmee redt ze zich prima. Haar dochter merkt wel dat haar moeder soms afspraken vergeet of verhalen dubbel vertelt. Het lijkt op dit moment echter nog mee te vallen en 'erbij te horen'. Totdat het misgaat. Op een ochtend struikelt mevrouw in de woonkamer over een kleed en valt hard. Ze kan niet meer zelf overeind komen. Gelukkig vindt een buurvrouw, die op de koffie zou komen, haar snel. In het ziekenhuis blijkt dat ze haar heup heeft gebroken. De operatie verloopt goed. Alleen tijdens de korte opname valt op dat ze snel de draad kwijt is. Ze begrijpt niet altijd waar ze is en raakt soms in de war van alle informatie.

Na een paar dagen komt het moment dat er wordt besloten wat er hierna gaat gebeuren. Voor mevrouw voelt het alsof anderen over haar praten, terwijl zij probeert te volgen wat er gezegd wordt. ELV of ELV gesloten herstel? Revalidatie? Of zou ze misschien ook thuis kunnen revalideren? Niemand weet precies hoe dat bij iemand als mevrouw van Leeuwen zou werken. Er wordt contact opgenomen met de huisarts over het functioneren thuis en eerdere signalen van vergeetachtigheid, maar het beeld blijft onduidelijk. De klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde, transferverpleegkundige en haar dochter proberen

samen een beslissing te nemen, maar er is geen eenduidig beeld. Ook ontbreekt duidelijke informatie voor mevrouw van Leeuwen zelf. Hoeveel kan mevrouw fysiek weer leren? Hoe ernstig is de vergeetachtigheid? En wat kan ze thuis straks zelfstandig aan?

Uiteindelijk wordt gekozen voor opname in een GRZ-instelling, omdat dat 'veiliger voelt'. Ze krijgt fysiotherapie, oefent met lopen en probeert haar dagelijkse handelingen weer op te pakken. Het doel is helder: terug naar huis. Al snel blijkt echter dat het herstel niet alleen een fysieke component kent. Soms vergeet ze oefeningen of raakt ze gefrustreerd, omdat dingen niet lukken zoals vroeger. Wat haar dochter opvalt, is dat het tempo soms hoog ligt. *"Ze moet zoveel oefenen,"* zegt ze, *"Is dit niet te zwaar voor haar?"* Tegelijkertijd vraagt ze zich af of haar moeder thuis in haar vertrouwde omgeving misschien sneller weer in haar eigen ritme zou zijn gekomen.

Voor de behandelaren is het ook zoeken. Er is geen duidelijk profiel dat precies bij mevrouw van Leeuwen past. Ze heeft niet alleen een heupfractuur, maar kent ook wat cognitieve problemen al is het nog geen dementie. Hoe intensief moet de behandeling zijn? En hoe lang heeft ze revalidatie nodig en welke cognitieve begeleiding is er nodig? Het blijft deels inschatten. Had ambulante revalidatie haar misschien juist meer gestimuleerd om zelfstandig te functioneren? Had de vertrouwde omgeving voor meer rust gezorgd? Of had dit juist geleid tot overbelasting en terugval?

Haar dochter is bezorgd en wil graag helpen en meedenken over de best mogelijke oplossing voor haar moeder. Alleen tijdens het traject merkt ze dat ze niet altijd weet wie waarover gaat en wat er wordt besproken. Er wordt bijvoorbeeld gesproken over "naar huis gaan", maar weinig over wat dat betekent voor de thuissituatie en wat dat van haar als mantelzorger vraagt. Soms hoort ze pas achteraf dat er iets is besloten en informatie over alternatieven ontbreekt.

Naarmate het ontslag uit de GRZ-instelling dichterbij komt, verschuiven de vragen. Niet alleen: kan mevrouw weer lopen? Maar ook: kan ze weer zelfstandig thuis wonen? Is er voldoende ondersteuning vanuit de omgeving? Haar dochter is er niet gerust op dat ze straks weer zelfstandig thuis kan wonen. *"Kan ze dit echt alleen? Of moet ik er straks elke dag zijn?"*

In de gesprekken over het ontslag wordt wel gekeken naar wat er nodig is. Daarin denkt ook een wijkverpleegkundige mee over de benodigde zorg thuis. Vanwege de twijfel over de cognitieve achteruitgang wordt ook een casemanager dementie betrokken. In de gesprekken komen verschillende mogelijkheden langs: thuiszorg, hulpmiddelen, woningaanpassing, ondersteuning vanuit de gemeente, ondersteuning vanuit de buurt en familie. Alleen het overzicht ontbreekt. Welke voorzieningen zijn er eigenlijk in de gemeente van mevrouw van Leeuwen? En hoe sluiten zorg en welzijn eigenlijk op elkaar aan? De ene zorgverlener noemt iets anders dan de ander. Ook is het niet altijd duidelijk hoe dat samenhangt. Haar dochter probeert het overzicht te krijgen en vanuit haar betrokkenheid een volwaardige rol te krijgen bij de besluitvorming. Gezien de tijdsdruk lukt dat niet goed.

Uiteindelijk gaat mevrouw terug naar huis. Ze is blij om weer thuis te zijn. Ze loopt weer kleine stukjes, maar is sneller moe en vergeetachtig. Een wijkverpleegkundige komt langs voor ondersteuning en om het herstel te volgen en zo nodig wordt de inzet van zorg aangepast. Ook blijft de casemanager dementie



betrokken om haar en haar dochter te ondersteunen bij het omgaan met de veranderingen. Ondanks deze ondersteuning blijft het dagelijks functioneren een uitdaging. Zo is het boodschappen doen een uitdaging. En het kost mevrouw meer moeite om contact te houden met de mensen om haar heen. Haar dochter heeft hierdoor meer zorg en ondersteuningstaken dan daarvoor en maakt zich zorgen over hoe eenzaam haar moeder is. Daarnaast heeft ze zelf moeite om de zorg te combineren met haar eigen gezin en werk. Ze heeft ook nog geen duidelijk overzicht van de beschikbare hulp vanuit het sociaal domein of thuiszorg en het eventueel aanvragen van ondersteuning is een ingewikkeld en langdurend traject. Of het op deze manier op langere termijn goed zal blijven gaan, moet de komende weken en maanden blijken.

Meneer en mevrouw Ahmed

Meneer en mevrouw Ahmed (85 en 80 jaar) zijn al meer dan 50 jaar samen. Ze zorgen voor elkaar, al neemt mevrouw de laatste jaren steeds meer taken op zich. Haar man is minder mobiel en sneller moe. Een buurvrouw loopt af en toe even bij hen binnen en helpt met kleine dingen.

Als meneer ernstig ziek wordt van een zware griep en in het ziekenhuis belandt, staat haar wereld even stil. Ze schrikt van hoe kwetsbaar hij ineens lijkt. Hoewel meneer na een paar dagen minder ziek is, kan hij vanwege zijn benauwdheid nog niet uit bed en zeker nog niet naar huis. Ook mevrouw merkt nu pas op dat ze behoorlijk uitgeput is. Daarmee lijkt het voor de hand te liggen dat meneer tijdelijk een plek nodig heeft om verder te herstellen. Het ziekenhuis regelt via de regionale coördinatiefunctie voor het ELV snel een plekje in de buurt. Meneer Ahmed kan daar de volgende dag al terecht.

Tijdens zijn opname in het ELV is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg van meneer Ahmed. De ELV-instelling is echter niet in de eigen woonplaats. Daardoor is het noodzakelijk om een waarnemende huisarts in te schakelen. Deze neemt de zorg tijdelijk over. Dat betekent weer een nieuw gezicht voor meneer en mevrouw en een noodzakelijke overdracht van ziekenhuis naar de waarnemer en de eigen huisarts. In het ELV knapt hij langzaam op. Er is rust en regelmaat en het is minder hectisch dan in het ziekenhuis. Toch blijven er twijfels. Soms lijkt hij sterk genoeg om naar huis te gaan, soms weer helemaal niet. Wanneer is iemand klaar om naar huis te gaan? Tegelijkertijd wordt al snel duidelijk dat het verblijf in het ELV tijdelijk is en dat er een maximale duur aan verbonden zit. Voor mevrouw en meneer voelt dit als een constante druk: er komt een moment waarop hij naar huis moet, ook als zij daar nog niet volledig gerust op zijn. Voor mevrouw voelt het als een belangrijke vraag: gaat het thuis wel lukken?

De waarnemend huisarts denkt mee over de vraag wanneer terugkeer naar huis verantwoord is. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar het herstel van meneer Ahmed, maar ook naar de belastbaarheid van mevrouw Ahmed en de beschikbare ondersteuning thuis. Maar voor mevrouw voelt de vraag steeds groter. Zij is degene die hem straks weer moet opvangen. Tijdens gesprekken hoort ze dat er ondersteuning mogelijk is, maar wat dat precies inhoudt en waar ze dan moet zijn blijft onduidelijk. En de informatie die ze krijgt verschilt per persoon die ze spreekt. De ene keer gaat het over thuiszorg, de andere keer over hulpmiddelen of ondersteuning via de gemeente. Ze merkt dat er veel op haar afkomt. Ook wordt gesproken over inzet van wijkverpleging na thuiskomst, maar hoe vaak iemand komt en wat zij precies doen, blijft voor haar nog vaag. Het moet allemaal nog geregeld worden en thuis gaat het huishouden gewoon door en ook zij wordt een dagje ouder. Mevrouw heeft het gevoel dat ze het overzicht mist.

Tegelijkertijd wil ze het goed doen, voor hem. Ze probeert ook met de buurvrouw te bespreken wat zij eventueel kan betekenen, maar vindt het lastig om hulp te blijven vragen.

Voor het ontslag vindt een overdracht plaats tussen de waarnemend huisarts, het ELV-team en de eigen huisarts. Daarbij worden niet alleen de medische situatie en medicatie besproken, maar ook aandachtspunten rondom de thuissituatie en de belasting van mevrouw Ahmed. Toch voelt mevrouw Ahmed zich tegen de tijd dat haar man naar huis moet, nog niet helemaal voorbereid. Het gevoel dat er een grens zit aan de verblijfsduur maakt dat het ontslag als onvermijdelijk voelt, in plaats van een moment waarop zij er echt klaar voor zijn. Toch gaan ze ervoor. Wanneer haar man weer thuiskomt, is dat fijn. Het huis is weer compleet.

Het is alleen ook zwaar. De zorg ligt grotendeels weer bij haar. De wijkverpleging komt langs om ondersteuning te bieden, de eigen huisarts is weer betrokken en gezamenlijk zorgen die ervoor dat de situatie thuis in de gaten wordt gehouden. Toch ligt het grootste deel van de dagelijkse zorg en organisatie bij mevrouw. Ze merkt dat ze minder energie heeft dan voorheen. Wat ze vooral voelt, is hoe kwetsbaar de situatie is. Het gaat niet alleen om hoe haar man herstelt, maar ook om wat zij aankan. En wat zij samen aankunnen. Tijdens een huisbezoek merkt ook de huisarts dat niet alleen het herstel van meneer Ahmed aandacht vraagt, maar ook de vermoeidheid en onzekerheid van mevrouw Ahmed. Samen met de wijkverpleegkundige bespreekt de huisarts welke aanvullende ondersteuning nodig is om de situatie thuis vol te houden. Ook de buurvrouw blijft af en toe helpen, maar mevrouw twijfelt hoelang dat houdbaar is. Het blijft daarmee spannend hoe ze toekomstige problemen kunnen opvangen.

Mevrouw Bosman

Mevrouw Bosman is 52 jaar en heeft een verstandelijke beperking. Ze woont zelfstandig, met ambulante begeleiding die haar ondersteunt bij het dagelijks functioneren en structuur in de dag. Haar leven is overzichtelijk: vaste begeleiders, een vertrouwde dagbesteding en duidelijke routines. Haar broer is nauw betrokken en kent haar als geen ander.

Het gaat lange tijd goed, totdat kleine veranderingen optreden. Mevrouw slaapt slechter, wordt sneller boos en trekt zich steeds vaker terug. De ambulante begeleiders signaleren dat het minder goed gaat en bespreken dit met de huisarts. Haar broer ziet hetzelfde: *“Ze zit niet lekker in haar vel, maar wat er precies speelt... weet ik echt niet.”* In eerste instantie proberen de begeleiders het zelf op te vangen. Ze passen de structuur aan en kijken wat er gebeurt. Wanneer blijkt dat dit onvoldoende effect heeft, besluit de huisarts om haar door te verwijzen voor een GZSP-traject, zodat breder gekeken kan worden naar wat er speelt. Voor haar broer is dat een opluchting: er komt extra expertise bij.

Binnen het GZSP-traject wordt een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) aangewezen als regiebehandelaar. Deze regiebehandelaar werkt samen met een multidisciplinair team en kijkt naar de situatie van mevrouw als geheel. De behandeling richt zich niet op 1 gebied, maar op het functioneren van mevrouw in het dagelijks leven. Er wordt gekeken naar mogelijke lichamelijke oorzaken, zoals pijn of ziekte. Een medische oorzaak wordt al snel uitgesloten. Daarom wordt ook een gedragsdeskundige betrokken, die samen met de regiebehandelaar kijkt naar gedrag, prikkelverwerking en de structuur van de dag. En naar hoe de begeleiding aansluit bij wat zij nodig heeft. Aan de begeleiding wordt advies gegeven over hoe om

te gaan met spanningsmomenten. Kleine veranderingen worden ingezet: meer rustmomenten, andere manieren van contact en aanpassingen in haar dagprogramma.

Voor mevrouw zelf betekent het dat er ineens meer mensen meekijken. Mensen die zij niet kent. Er volgen meerdere gesprekken en observaties. Haar broer merkt dat het soms verwarrend is voor haar, maar ziet ook dat er serieus naar haar geluisterd wordt. Omdat haar leven zich afspeelt in meerdere werelden - wonen, begeleiding en op de dagbesteding - zijn er ook veel betrokkenen. Op papier sluit dat goed op elkaar aan. In de praktijk blijkt het een uitdaging om al deze perspectieven goed bij elkaar te brengen. De regiebehandelaar probeert hierin overzicht te houden en samenhang aan te brengen tussen de verschillende invalshoeken. De ene professional zit meer op gedrag, de ander op zorg, weer een ander op daginvulling. Haar broer is betrokken en denkt mee, maar merkt dat het lastig is om overzicht te houden en te begrijpen wie waar verantwoordelijk voor is. Hij vertelt wat hij ziet, herhaalt informatie en probeert het overzicht te houden. *“Iedereen wil het goede,”* zegt hij, *“maar het moet wel bij elkaar komen, anders wordt het voor haar te veel.”*

In de behandeling wordt stap voor stap gezocht naar wat werkt. Soms lijkt een aanpassing goed uit te pakken en wordt mevrouw Bosman rustiger. Op andere momenten verandert er weinig, of komt er juist extra onrust. Voor haar broer blijft het moeilijk om te begrijpen waarom iets wel of niet helpt. Hij ziet dat er zorgvuldig wordt gewerkt, maar mist soms houvast en overzicht. Wat maakt nu echt het verschil voor iemand zoals zijn zus? En wat kan hij zelf nog doen? Langzaam ontstaat er wel meer stabiliteit. Mevrouw pakt haar dagritme weer op, heeft minder spanningsmomenten en lijkt zich weer prettiger te voelen. Ook de begeleiding ziet positieve veranderingen. De regiebehandelaar bespreekt met mevrouw, haar broer en de betrokken professionals hoe de ondersteuning verder wordt voortgezet en het GZSP-traject wordt afgerond.

Meneer en mevrouw Bakker

Meneer Bakker is 67 jaar heeft samen met zijn vrouw 2 kinderen, die allebei niet in de buurt wonen. Een paar jaar geleden kreeg meneer de diagnose Parkinson. In het begin ging het nog goed. Met medicatie en wat aanpassingen kon hij zijn dagelijks leven grotendeels voortzetten. Langzaam verandert dat. Zijn bewegingen worden trager, hij raakt sneller moe en het kost hem steeds meer moeite om overzicht te houden. Hij moest dan ook, vlak voordat hij de pensioengerechtigde leeftijd bereikte, stoppen met werken. Thuis moet meneer bij dingen die eerder vanzelf gingen, nu om hulp vragen. Ook zijn spraak gaat achteruit. Zijn vrouw neemt steeds meer taken over.

Na verloop van tijd merkt mevrouw Bakker dat haar man veranderd is. Niet alleen lichamelijk, maar ook in hoe hij reageert. Hij is slechter te verstaan, raakt sneller gefrustreerd en trekt zich vaker terug. Voor haar voelt het niet alleen alsof de zorg zwaarder en ingewikkelder wordt, ze is ook haar maatje kwijt. De kinderen proberen wel wat vaker langs te komen, maar kunnen op dagelijkse basis weinig voor hun ouders betekenen. Wel proberen ze wat vaker met hun moeder te bellen, maar die vindt het lastig om haar problemen met haar kinderen te delen.

In eerste instantie zoeken meneer en mevrouw hulp via de huisarts en de neuroloog. De medicatie wordt aangepast en er wordt gekeken naar fysiotherapie. Dat helpt deels, maar het blijft zoeken naar passende oplossingen. Zowel meneer als mevrouw hebben ideeën over wat zou kunnen helpen en verkennen

verschillende mogelijkheden, maar merken dat het lastig is om te bepalen wat in hun situatie nu echt de meest passende zorg is. De klachten passen niet meer binnen 1 medische specialisatie. Op een gegeven moment wordt voorgesteld om GZSP in te zetten. Voor meneer en mevrouw is dat nieuw. Het wordt uitgelegd als een bredere behandeling en ondersteuning, gericht op het dagelijks functioneren. Niet alleen medisch, maar juist ook gericht op het dagelijks leven thuis. Vanaf dat moment komt er een behandelteam bij hen thuis dat meekijkt naar het geheel. Een specialist ouderengeneeskunde, een fysiotherapeut, logopedist en een ergotherapeut worden betrokken. En ook een psycholoog. Ze kijken samen met meneer en mevrouw Bakker naar hun dagelijks leven. Hoe beweegt meneer zich in huis? Waar loopt hij vast? Wat vraagt dit van zijn vrouw? Hoe ziet een dag eruit en waar gaat het mis? Er worden dingen aangepast. De indeling van de dag verandert, er komen hulpmiddelen in huis, meneer krijgt ondersteuning bij het praten en eten en er wordt geoefend met energie verdelen.

Ook voor zijn vrouw is er aandacht, zo wordt er gekeken naar hoe zij de zorg vol kan houden. Voor meneer Bakker zelf is het confronterend. Hij merkt dat zijn wereld kleiner wordt. Hij moest eerder stoppen met werken dan gepland en zijn sociale activiteiten nemen steeds verder af. Tegelijk helpt het dat er gekeken wordt naar wat nog wel kan en hoe hij dat zo lang mogelijk kan blijven doen. Zijn vrouw ervaart steun, maar ook onzekerheid. Elk advies voelt logisch, maar het effect is niet altijd meteen duidelijk. Ze vindt het lastig om het emotionele aspect te delen. Soms lijkt iets goed te werken, maar werkt het na een paar weken toch minder.

In de thuissituatie ontstaan daarnaast momenten waarop het ineens mis dreigt te gaan. Wanneer meneer bijvoorbeeld valt of plotseling achteruitgaat, ontstaat er paniek. Op zo'n moment belt mevrouw in onzekerheid soms 112. Niet omdat er altijd sprake is van een medische noodsituatie die opname vereist, maar omdat er op dat moment geen duidelijk alternatief beschikbaar is. Achteraf wordt besproken dat inzet van (acute) wijkverpleging mogelijk passender was geweest, maar die route is voor haar niet altijd duidelijk of direct beschikbaar.

Wat ze merken, is dat hun situatie niet los te zien is van wat er thuis speelt. Niet alleen de zorg, maar ook kwaliteit van leven en zingeving vragen om aandacht. Zaken zoals zinvolle daginvulling en sociaal contact worden belangrijker. Daarbij horen vragen als: wat is er mogelijk vanuit de gemeente, bijvoorbeeld op het gebied van ondersteuning, daginvulling of welzijn? Een maatschappelijk werker denkt hierin mee en verkent samen met hen wat er mogelijk is binnen het sociaal domein. Toch blijkt het in de praktijk lastig om de zorg en ondersteuning goed op elkaar te laten aansluiten. In gesprekken met professionals wordt wel benoemd wat helpend kan zijn, maar het is niet altijd duidelijk wat er concreet geregeld kan worden en via wie. Soms moeten ze zelf uitzoeken waar ze moeten zijn of ze krijgen wisselende signalen vanuit verschillende partijen. Voor mevrouw voelt dat als een extra belasting. Ze probeert overzicht te houden, maar vraagt zich regelmatig af of ze niets mist. Ze kan haar zorgen steeds lastiger met haar man delen. De kinderen proberen op afstand te helpen, maar zijn beide ook niet goed thuis in deze wereld van zorg en ondersteuning.

In de behandeling blijft het zoeken naar balans. Wat helpt meneer Bakker om zo zelfstandig mogelijk te blijven? En wat is haalbaar, ook voor zijn vrouw? Tegelijkertijd blijft op de achtergrond de vraag spelen waar meneer het beste op zijn plek is: thuis met ondersteuning, of op termijn misschien in een andere vorm van

zorg – een keuze die moeilijk te maken is en waarvoor geen eenvoudig antwoord bestaat. Langzaam vinden ze een nieuw ritme, met meer ondersteuning. Het gaat niet meer zoals vroeger, maar het wordt wel weer iets stabiel. Ze beginnen de veranderingen te accepteren en leren hun weg steeds iets beter te vinden.

2.3.2. Beleidscontext

De beleidscontext van de kortdurende herstelgerichte zorg is de afgelopen jaren aan sterke verandering onderhevig. Bij de start van Beter Thuis 2 in 2024 werden de beleidskaders met name gevormd door het IZA en het WOZO. Inmiddels is het beleidsveld de afgelopen 2 jaar aangevuld en verdiept met het AZWA en het HLO 2025–2028. Deze akkoorden bouwen voort op het IZA en het WOZO en geven verder invulling aan de transformatieopgave in de zorg. In onderstaande alinea's is de invloed van de verschillende beleidskaders op de kortdurende herstelgerichte zorg kort uiteengezet.

Het **IZA** vormt de basis van de beweging naar 'passende zorg': zorg die gericht is op gezondheid, zelfredzaamheid en de juiste zorg op de juiste plek. Voor de kortdurende herstelgerichte zorg betekent dit:

- Verschuiving van intramurale naar ambulante en thuis aangeboden zorg (bijv. GRZ thuis);
- Nadruk op herstel, zelfredzaamheid en snelle terugkeer naar huis;
- Versterking van regionale samenwerking en ketenzorg.¹⁰

Het **WOZO-programma** heeft deze beweging verder versterkt met het uitgangspunt "zelf als het kan, thuis als het kan". Dit werkt direct door in de positionering van GRZ, ELV en GZSP als schakels tussen ziekenhuis, thuis en de langdurige zorg.¹¹

Het **AZWA** vormt een belangrijke aanvulling op het IZA en richt zich op het versnellen en verdiepen van de transformatieopgaven in zorg en welzijn. Het AZWA maakt expliciet de koppeling tussen medisch en sociaal domein en zet in op substitutie naar lichtere en preventieve vormen van zorg.¹² De centrale doelen, ook relevant voor de kortdurende herstelgerichte zorg, zijn:

- Het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort;
- Het realiseren van gelijkwaardige toegang tot passende zorg;
- Beweging naar 'de voorkant' om zorgvragers eerder en beter te helpen, zodat ze minder snel een medische zorgvraag krijgen. Hierbij is domeinoverstijgende samenwerking met het sociaal domein van belang;
- Passende zorg, zodat wordt ingezet op de meest effectieve zorg voor de meest urgente cliënten.

Het **HLO** bouwt expliciet voort op WOZO en verbindt deze beweging met structurele afspraken over organisatie, toegang en bekostiging van ouderenzorg. Het vormt een belangrijke actualisering van het

¹⁰ VWS, *Integraal Zorg Akkoord – samenwerken aan gezonde zorg*, www.rijksoverheid.nl, geraadpleegd mei 2026.

¹¹ VWS, *Kamerbrief over programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*, www.rijksoverheid.nl, geraadpleegd mei 2026.

¹² VWS, *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord*, via www.zorgakkoorden.nl, geraadpleegd mei 2026.

beleid en heeft als doel de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te waarborgen in het licht van dubbele vergrijzing en de huidige personeelstekorten. Relevante lijnen binnen het HLO voor de kortdurende herstelgerichte zorg zijn:

- Thuis als uitgangspunt, ook bij zwaardere zorgvragen: meer inzet op zorg thuis en opschaalbare zorgvormen, wat de vraag naar GRZ thuis, ELV en GZSP vergroot;
- Reablement en zelfredzaamheid: nadruk op herstel van functioneren. Dit sluit aan bij de doelstellingen van GRZ, ELV en GZSP;
- Versterking van mantelzorg en sociale netwerken: meer ondersteuning vanuit eigen netwerken, wat ook effect heeft op de in- en uitstroom in de kortdurende herstelgerichte zorg;
- Betere afbakening van verpleeghuiszorg: inzet van intramurale capaciteit alleen als het noodzakelijk is. Dit verhoogt de druk op alternatieve zorgvormen zoals ELV, GRZ en GZSP.

2.3.3. De organisatie van kortdurende herstelgerichte zorg

Naast de inhoudelijke akkoorden zijn er ook belangrijke ontwikkelingen binnen de organisatie en inrichting van de kortdurende herstelgerichte zorg. Deze veranderingen zijn gericht op het verminderen van complexiteit, het stimuleren van passende zorg en het beter benutten van de capaciteit van GRZ, ELV en GZSP. De ontwikkelingen spelen een rol bij de bekostiging en het ontwikkelen van nieuwe zorgconcepten.

Hervorming van bekostiging

Voor GRZ, ELV en GZSP gelden nu verschillende vormen van bekostiging. Dat wordt als onnodig complex ervaren. Daarnaast zorgt het voor drempels in het op- en afschalen van zorg. Daarom start in 2027 een experiment met modulaire bekostiging. Dit zal 5 jaar lopen naast de huidige vormen van bekostiging. Het doel is om het systeem te vereenvoudigen door 1 modulair systeem in te voeren voor ELV, GRZ en de regionale ouderenklinieken. Er wordt daarbij gewerkt met modules, die - afhankelijk van de situatie van de cliënt - flexibel ingezet kunnen worden. Zo kan ervoor gekozen worden om meer zorg te bieden bij de start van het hersteltraject, zodat iemand eerder naar huis kan. De nieuwe bekostiging is ook ontwikkeld om beter aan te sluiten bij de praktijk en meer ruimte te kunnen bieden om zorg af te stemmen op de individuele cliënt.¹³

Parallel aan dit grote experiment wordt de bekostiging van de kortdurende herstelgerichte zorg ook op andere manieren steeds meer ingericht rondom zorgtrajecten, in plaats van alleen vanuit het declareren van losse verrichtingen. Zo is binnen de GZSP per 2025 bijvoorbeeld de trajectbekostiging geïntroduceerd door de NZa. Hierbij wordt de mogelijkheid geboden om per fase van de zorg te declareren, bijvoorbeeld voor een periode van 3 maanden. Deze zorgactiviteiten die nu in rekening gebracht mogen worden, zijn gebaseerd op eerdere experimenten met multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg (zoals MESO). Hierin trekken huisarts en specialist ouderengeneeskunde samen op.⁹

De ontwikkelingen binnen de bekostigingssystematiek ondersteunen de verschuiving naar continuïteit van zorg rondom de cliënt, waarbij diagnostiek, behandeling en begeleiding integraal kunnen worden

¹³ NZa, *Experiment nieuwe bekostiging revalidatie- en herstelzorg*, www.nza.nl, geraadpleegd juni 2026.

georganiseerd. Voor de kortdurende herstelgerichte zorg betekent dit dat GRZ, ELV en GZSP steeds meer onderdeel worden van bredere ketens en trajecten in plaats van op zichzelf staande losse zorgvormen.

Nieuwe zorgconcepten

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat zorg die traditioneel intramuraal plaatsvindt, steeds vaker ambulant of thuis plaatsvindt. Zo is het sinds 2025 mogelijk om GRZ ook direct ambulant in te zetten, zonder voorafgaande opname.⁹ Daarnaast groeit de inzet van GZSP en eerstelijnssteams in de thuissituatie, onder andere voor medische behandeling, monitoring en begeleiding van kwetsbare ouderen. Dit past binnen de bredere beleidslijn om ziekenhuisopnames te voorkomen en de ligduur te verkorten. Tegelijkertijd neemt de complexiteit van de cliëntenpopulatie in ELV en GRZ toe, omdat zorgvragen vaker en langer thuis worden opgevangen. De organisatorische scheidslijnen tussen ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg en langdurige zorg vervagen ook steeds verder. Er ontstaan nieuwe zorgconcepten die elementen van verschillende domeinen combineren, zoals:

- Regionale ouderenzorgkliniek (ook bekend als wijkkliniek), waarin acute ziekenhuiszorg en kortdurende herstelgerichte opname worden geïntegreerd;
- Herstelbedden dicht bij huis, met zowel medisch-specialistische als eerstelijns expertise;
- Multidisciplinaire zorgnetwerken, waarin ziekenhuis, VVT, huisartsenzorg en sociaal domein gezamenlijk zorg organiseren.

Deze vormen worden ook expliciet gestimuleerd vanuit beleid en bekostiging, omdat ze bijdragen aan het verplaatsen van zorg naar de juiste plek en het ontlasten van duurdere en schaarse ziekenhuiscapaciteit.

2.4. Bestaande kennis uit Beter Thuis 1

In aanvulling op de hiervoor geschetste context bieden we hier een overzicht van de in Beter Thuis 1 opgedane kennis. In opdracht van Beter Thuis 1 zijn er 3 rapportages opgeleverd die gezamenlijk een beeld geven over de stand van zaken in de kortdurende herstelgerichte zorg (GRZ, ELV en GZSP):

- [QuickScan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige zorg](#) (2019)
- [Varen op ervaringen](#) (2021)
- [Evaluatie naar de proeftuinen en experimenten in de GRZ, ELV en GZSP](#) (2022).

Deze rapportages geven inzicht in doelgroepen en gebruik van zorg, bestaande kwaliteitsontwikkeling, ervaringen uit de praktijk en opbrengsten van experimenten en proeftuinen binnen de kortdurende herstelgerichte zorg.

Naast de rapportages zijn er 4 subsidieoproepen gedaan. Daaruit zijn verschillende projecten gestart. Deze hadden als doel het stimuleren van de kwaliteitsontwikkeling en het borgen en opschalen van goede voorbeelden van kortdurende herstelgerichte zorg.

Het gaat om:

- [Beschrijvingen van goede zorg GRZ en ELV](#)
Vanuit deze subsidieronde is 1 project gestart. Dit project richtte zich op het ontwikkelen van een breed gedragen agenda voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de GRZ en het ELV. Onderzoek en consultaties laten zien dat er veel variatie bestaat in de praktijk. Er is behoefte aan meer eenduidigheid. Het project leidde tot een ontwikkelagenda met zowel korte termijn stappen (voorlopige beschrijvingen van goede zorg) als langere termijn ontwikkelthema's.
- [Ontwikkeling van 3 handreikingen voor de kortdurende herstelgerichte zorg](#)
Vanuit deze subsidieronde is 1 project gestart. In dit project zijn 3 handreikingen ontwikkeld die beschrijven wat goede zorg is binnen de kortdurende herstelgerichte zorg. Dit betreft zorgpaden voor specifieke patiëntgroepen (zoals CVA en heupfractuur) en een generieke handreiking. De handreikingen zijn samen met zorgprofessionals en patiëntenorganisaties ontwikkeld. Ze zijn bedoeld om richting te geven aan de inrichting en uitvoering van zorg.
- [Praktijkvoorbeelden van kortdurende herstelgerichte zorg in de ouderenzorg](#)
Vanuit deze subsidieronde zijn 4 projecten gestart. Binnen deze projecten zijn verschillende praktijkvoorbeelden (door)ontwikkeld. De projecten richten zich onder meer op [de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde](#), [ambulante geriatrische revalidatie](#), [toekomstbestendig eerstelijnsverblijf](#) en [zorg specifiek voor mensen met Parkinson](#). De projecten hebben diverse resultaten opgeleverd, waaronder een samenwerkingsscan, een implementatiewerkboek, een handleiding en een conceptversie voor een zorgstandaard. De inzichten en opgeleverde resultaten bieden concrete handvatten voor verdere doorontwikkeling en opschaling van de kortdurende herstelgerichte zorg.
- [Borging eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde](#)
Vanuit deze subsidieronde is 1 project gestart. In dit project is gekeken naar de meerwaarde van multidisciplinaire zorg samen met een specialist ouderengeneeskunde bij mensen thuis (*link naar projectinformatie en resultaten volgt nog*).
- 5 projecten vanuit het Beter Thuis 1-programma organiseerden op 26 maart 2026 een gemeenschappelijke werkconferentie: 'Beter Thuis: op weg naar passende, samenhangende (geneeskundige)zorg voor thuiswonende ouderen'. Dit leverde inzichten op voor de verdere ontwikkeling van de kortdurende herstelgerichte zorg en concrete aandachtspunten voor vervolgonderzoek.

Het programmavoorstel van Beter Thuis 2 bouwt voort op de ontwikkelde kennis en inzichten vanuit de hierboven geschetste activiteiten binnen Beter Thuis 1.

2.5. De veldpartijen

Binnen de kortdurende herstelgerichte zorg spelen diverse stakeholders een rol bij het ontvangen en leveren van zorg en in het (door)ontwikkelen van de sector. Goede samenwerking tussen deze partijen is noodzakelijk om passende kortdurende herstelgerichte zorg te realiseren voor kwetsbare groepen. Hieronder volgt een globaal overzicht van betrokken spelers binnen de kortdurende herstelgerichte zorg.



Dit overzicht is meer richtinggevend en niet uitputtend. Afhankelijk van de individuele cliënt, regionale context en/of specifieke ontwikkelingen kunnen aanvullende stakeholders relevant zijn.

- **Cliënten en naasten** vormen de centrale stakeholdergroep. Hun behoefte aan herstel, zelfredzaamheid en continuïteit van zorg staat centraal binnen de GRZ, ELV en GZSP. De betrokkenheid van mantelzorgers draagt daarnaast bij aan een succesvolle terugkeer naar de thuissituatie.
- **Zorgaanbieders** zoals VVT-organisaties, ziekenhuizen, revalidatiecentra en eerstelijnsorganisaties zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg en afstemming rondom de cliënt. Binnen deze organisaties spelen bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde, gerieters, revalidatieartsen, artsen voor verstandelijk gehandicapten, verpleegkundigen, physician assistants, paramedici – zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten - en andere behandelaren een belangrijke rol in het multidisciplinaire herstelproces.
- **Verwijzers en ketenpartners** zijn bepalend voor tijdige instroom, doorstroom en goede overdrachten binnen de zorgketen. Denk aan huisartsen, medisch specialisten, transferverpleegkundigen, wijkverpleging en apothekers.
- **Zorgverzekeraars** sturen vanuit financiering, contractering en doelmatigheid op toegankelijkheid, passende zorg en regionale samenwerking.
- **Gemeenten en het sociaal domein** zijn betrokken bij ondersteuning na ontslag. Bijvoorbeeld via Wmo-voorzieningen (o.a. huisaanpassingen), welzijn en preventieve ondersteuning gericht op behoud van zelfredzaamheid.
- **Patiënten- en mantelzorgorganisaties** zoals Patiëntenfederatie Nederland, ouderenbonden en MantelzorgNL, vertegenwoordigen de belangen en ervaringen van patiënten, cliënten en mantelzorgers. Zij leveren input op thema's als patiëntgerichtheid, toegankelijkheid, kwaliteit van zorg en ondersteuning van mantelzorgers. Ook dragen zij bij aan beleidsontwikkeling en verbeterinitiatieven binnen de kortdurende herstelgerichte zorg.
- **Beroeps- en brancheverenigingen** ondersteunen de sector met richtlijnen, kwaliteitsstandaarden, belangenbehartiging en kennisdeling. Zij spelen tevens een belangrijke rol bij beleidsontwikkeling en arbeidsmarkt vraagstukken. Beroeps- en brancheverenigingen in de sector zijn onder andere Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Instituut voor Psychologen (NIP), Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).
- **Kennisinstituten, onderzoeksorganisaties en landelijke expertisepartijen** dragen bij aan innovatie, monitoring, kennisontwikkeling en verdere onderbouwing van de kortdurende herstelgerichte zorg. Partijen zoals Vilans, het RIVM, universiteiten en hogescholen ontwikkelen kennis over passende zorg, multidisciplinaire samenwerking en effectieve herstelinterventies.
- **Landelijke beleidsorganisaties**, waaronder NZa, Zorginstituut Nederland, IGJ en VWS, bewaken kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Ook dragen zij bij aan beleidsontwikkeling, het stimuleren passende zorg, het onderzoeken van bekostigingsvraagstukken en het ontwikkelen van innovatieve organisatievormen en regionale samenwerking.

De belangen van alle stakeholders komen grotendeels overeen. Zij streven naar kwalitatief goede, toegankelijke en doelmatige herstelgerichte zorg (passende zorg). Tegelijkertijd bestaan er verschillen in

belangen rondom capaciteit, financiering, personeelsinzet en verantwoordelijkheden. Daarom zijn structurele samenwerking, gezamenlijke visieontwikkeling en kennisdeling essentieel voor een toekomstbestendige inrichting van de kortdurende herstelgerichte zorg.

2.6. Analyse

Op basis van de informatie uit de voorgaande paragrafen is er een analyse uitgevoerd van de ontwikkelingen en vraagstukken in de kortdurende herstelgerichte zorg. Deze analyse leidde tot 3 oplossingsrichtingen, die zijn meegenomen in het herziene programmavoorstel voor Beter Thuis 2:

1. Het kunnen leveren van onderbouwde en passende kortdurende herstelgerichte zorg;
2. Het belang van goede samenwerking met cliënten, naasten en het sociaal domein;
3. Lerende netwerken die het bijdragen aan het verder ontwikkelen en versterken van de kortdurende herstelgerichte zorg.

Hieronder beschrijven we deze oplossingsrichtingen waarmee de kortdurende herstelgerichte zorg verder ontwikkeld zou kunnen worden.

Passende zorg

De geschetste beleidsontwikkelingen laten zien dat de kortdurende herstelgerichte zorg zich in een fase van versnelde transitie bevindt. Vanuit IZA, WOZO, AZWA en HLO wordt in toenemende mate gestuurd op passende zorg. Passende zorg is waardegedreven zorg, die in samenwerking met de cliënt tot stand komt, op de juiste plek en waar mogelijk dicht bij de cliënt en gericht op gezondheid in plaats van ziekte.¹⁴

Tegelijkertijd moet deze zorg geleverd worden met minder personele inzet en binnen een systeem waarin de capaciteit van intramurale voorzieningen beperkter is. Hierdoor ontstaat onzekerheid in de praktijk over wat 'passende zorg' concreet inhoudt voor verschillende cliënten. Dat geldt met name voor complexe, heterogene cliëntgroepen, zoals kwetsbare ouderen met multimorbiditeit, mensen met een verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek of ouderen met beginnende cognitieve problematiek. Dit blijkt ook uit de geschetste cliëntreizen. Beslissingen over welke zorgvorm en locatie het best passend zijn, worden nog vaak genomen op basis van ervaring van de betrokken professionals, lokale beschikbaarheid of 'veiligheidsgevoel'. Daarbij wordt minder gebruikgemaakt van onderbouwde inzichten in wat daadwerkelijk werkt en voor wie en de capaciteit en expertise in de regio.

¹⁴ ZonMw. *Passende zorg*. www.zonmw.nl, geraadpleegd juni 2026

Tegelijkertijd nemen de systeemdruk en complexiteit van de benodigde zorg toe. Door het langer thuis wonen en een toename van complexe multiproblematiek worden cliënten die wél in GRZ of ELV terechtkomen gemiddeld kwetsbaarder en complexer. Dit vergroot de noodzaak om beschikbare interventies zorgvuldig af te stemmen op de individuele situatie en het verwachte herstelpotentieel. De kennis om deze keuzes goed te onderbouwen blijft echter achter. Om de kortdurende herstelgerichte zorg echt waardegedreven en toekomstbestendig te maken, is onderzoek naar de effectiviteit van interventies nodig. Dit stelt het veld beter in staat passende zorg te leveren.

*In de cliëntreizen komt het thema **passende zorg** vooral naar voren rond de momenten van besluitvorming en overgangen in de zorgketen. Denk aan opname, behandelintensiteit, het vaststellen van een behandelplan en ontslag.*

In de reis van mevrouw van Leeuwen valt op dat de keuze voor intramurale revalidatie wordt gemaakt vanuit een 'veiligheidsgevoel', beperkt zicht op alternatieven en gebruik aan onderbouwing voor deze specifieke situatie. Dat raakt direct aan de vraag wat passende zorg is voor verschillende cliënten in deze heterogene groep van ouderen die moeten revalideren.

In de reis van het echtpaar Ahmed speelt dit vraagstuk vooral rond het moment van ontslag uit de ELV. De vraag is dan wat het ontslag concreet betekent voor het functioneren thuis en de draagkracht van de partner. Hier ligt een kans om als veld te sturen op betere criteria, onderbouwing voor het maken van keuzes en verbetering van de ondersteuning in de thuissituatie.

Samenwerking informele zorg

Samenwerking met cliënten en hun naasten is steeds belangrijker. Zij nemen steeds vaker een actieve en gelijkwaardige rol in de zorg. De verschuiving van zorg naar huis, zelfredzaamheid en inzet op reablement betekent dat herstel niet langer uitsluitend plaatsvindt binnen instellingen. Het wordt voor een belangrijk deel afhankelijk van de inzet en mogelijkheden van cliënten zelf en hun directe omgeving. Met name het HLO benadrukt dat toekomstige zorg deels gedragen moet worden door sociale netwerken, als antwoord op de groeiende zorgvraag en het nijpende personeelstekort. Ook in het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars voor 2027 en verder vragen meerdere verzekeraars expliciet aandacht voor samenwerking met het netwerk van de cliënt.

Ondanks deze centrale rol blijft de samenwerking tussen formele en informele zorg in de praktijk vaak beperkt tot het uitwisselen van informatie. Van een structurele, gelijkwaardige samenwerking of warme overdracht is vaak geen sprake. Professionals geven aan niet te weten hoe zij mantelzorgers en naasten op een passende en gelijkwaardige manier kunnen betrekken en hoe ze het beste met hen kunnen samenwerken. Uit gesprekken met stakeholders blijkt dat mantelzorgers zich regelmatig onvoldoende ondersteund voelen. Ook worden zij niet altijd voldoende meegenomen in de besluitvorming over wat nodig is en wat zij daarin zelf kunnen of willen bijdragen. Om samen beslissen in passende zorg te stimuleren binnen de kortdurende herstelgerichte zorg, is meer onderzoek nodig naar gelijkwaardige samenwerking tussen zorgprofessionals, de cliënt en naasten.



*In de cliëntreizen komt **samenwerking met informele zorg** nadrukkelijk naar voren op die momenten waar formele zorg overgaat in het dagelijks leven van de cliënt. Dat gebeurt vooral bij besluitvorming en rond ontslag.*

In de reis van mevrouw van Leeuwen is haar dochter wel betrokken, maar zij wordt niet structureel meegenomen in keuzes en verwachtingen in de GRZ. Pas gaandeweg ontdekt zij wat er straks van haar gevraagd wordt. Ook de broer van mevrouw Bosman is zoekend in de situatie en vraagt zich af wat zijn rol is en welke opties er zijn.

Dit laat zien dat naasten vaak impliciet als belangrijke schakel worden gezien, maar onvoldoende expliciet worden gepositioneerd als partner in het zorgproces. Hier ontstaat een duidelijk aangrijpingspunt om informele zorg eerder en gelijkwaardiger te betrekken, juist in de fase waarin verwachtingen en draagkracht bepaald worden.

Samenwerking sociaal domein

Daarnaast wordt de kortdurende herstelgerichte zorg steeds nadrukkelijker gepositioneerd als onderdeel van een breder, domeinoverstijgend systeem. Zowel het IZA als het AZWA en het HLO zetten via passende zorg in op een verschuiving van ziekte naar gezondheid, preventie en functioneren in het dagelijks leven. Daarbij moeten ondersteuning en zorg in samenhang worden georganiseerd. Voor GRZ, ELV en GZSP betekent dit dat deze zorg niet langer als op zichzelf staande zorgvormen kunnen functioneren, maar domeinoverstijgend dienen samen te werken.

Deze noodzaak wordt versterkt door de beweging naar 'thuis als het kan'. Herstel vindt in toenemende mate plaats in de eigen leefomgeving van de cliënt. Daarbij zijn aspecten als wonen en woningaanpassingen, welzijn, daginvulling, sociale participatie en ondersteuning van het netwerk bepalend voor een duurzaam herstel en een succesvolle terugkeer naar de thuissituatie. Veel van deze factoren vallen echter buiten het medische domein en worden georganiseerd via gemeenten (Wmo), welzijnsorganisaties en informele netwerken. Goede aansluiting op het sociaal domein draagt niet alleen bij aan herstel en zelfredzaamheid, maar ook aan het voorkomen van heropnames en onnodige verlenging van zorgtrajecten. Daarmee draagt het bij aan de doelmatigheid en toekomstbestendigheid van deze zorgvormen. Het IZA en andere landelijke handreikingen zoals voor kwetsbare ouderen thuis benadrukken ook dat effectieve zorg en ondersteuning alleen mogelijk is via nauwe samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein, waaronder sociaal werkers, wijkteams en gemeenten.

De praktijk blijkt echter weerbarstig. De samenwerking tussen zorgprofessionals in de kortdurende herstelgerichte zorg en professionals in het sociaal domein is in de praktijk veelal beperkt en niet structureel ingebed. Zorgprofessionals geven aan onvoldoende zicht te hebben op de sociale kaart en beschikbare welzijnsvoorzieningen. Ook wordt samenwerking bemoeilijkt doordat de zorg en het sociaal domein verschillende talen spreken, andere doelen hanteren en werken vanuit uiteenlopende financierings- en verantwoordingskaders. Hierdoor ervaart men in de praktijk weinig gezamenlijk eigenaarschap, terwijl goede afstemming en samenwerking cruciaal is. Vooral in overgangsfases, zoals na ontslag vanuit het ELV of de GRZ, of tijdens en na afronding van een GZSP-traject.

*In de cliëntreizen komt **samenwerking met het sociaal domein** met name naar voren in de latere fases van de kortdurende zorg en bij overgangsmomenten, waar het dagelijks functioneren centraal komt te staan.*

In de reis van de heer Ahmed speelt dit nadrukkelijk bij ontslag uit het ELV. De partner wordt hier geconfronteerd met een veelheid aan regelzaken en onduidelijkheid over beschikbare ondersteuning en hulpmiddelen vanuit de gemeente. Hier ligt een duidelijk aangrijpingspunt voor het veld om samenwerking structureler te organiseren, samenwerking te optimaliseren en de overgang naar de thuissituatie te verbeteren.

In de cliëntreizen in de GZSP is de verwevenheid met het sociaal domein nog sterker, omdat behandeling direct plaatsvindt in de leefomgeving. Echter blijft ook daar de samenwerking in de praktijk via de naasten lopen.

Lerende netwerken

De ervaringen binnen Beter Thuis 1 en de uitkomsten van de werkconferentie op 26 maart 2026 laten zien dat lerende netwerken een belangrijke bijdrage leveren aan het verder ontwikkelen en versterken van de kortdurende herstelgerichte zorg. Naast het uitwisselen van de opbrengsten uit rapportages en subsidieprojecten, maken lerende netwerken het ook mogelijk om praktijkervaringen uit te wisselen tussen professionals, onderzoekers en andere betrokkenen. Hier wordt niet alleen kennis gedeeld, maar ook gezamenlijk gereflecteerd op vraagstukken rondom organisatie, samenwerking en uitvoering van de kortdurende herstelgerichte zorg. Zo helpen lerende netwerken om versnipperde kennis en initiatieven te verbinden, implementatie van nieuwe kennis te bevorderen en te komen tot een meer samenhangende, lerende praktijk binnen de kortdurende herstelgerichte zorg.

2.7. Scope

Het programma Beter Thuis 2 richt zich primair op de zorgvormen GRZ, ELV (hoog complex en laag complex) en GZSP en de samenhang tussen deze zorgvormen en met overige zorgvormen als huisartsenzorg, wijkverpleging en ziekenhuiszorg. Er is ook overlap met andere vormen van zorg en ondersteuning, zowel binnen als buiten de Zvw, zoals Wlz crisiszorg, Wmo, Spoedzorg, Respijtzorg, Medisch Specialistische Revalidatiezorg, paramedische zorg en Wmo dagbesteding.³ Binnen het programma is er aandacht voor deze aanpalende vormen van zorg en ondersteuning, waar relevant voor de doorontwikkeling van de kortdurende herstelgerichte zorg.

De kortdurende herstelgerichte zorg wordt vooral geleverd door aanbieders in de ouderenzorg (vvt-sector) en de gehandicaptenzorg. Tegelijkertijd ontstaan er steeds meer domeinoverstijgende samenwerkingen rond het GRZ-, ELV- en GZSP-aanbod en de coördinatie daarvan. Hierin werken eerstelijnsparitijen, ziekenhuizen en vvt-aanbieders samen. Deze ontwikkeling is sinds 2022 extra gestimuleerd door de ambities en afspraken in het IZA.³ In het programma houdt ZonMw daarom rekening met de diversiteit aan betrokken zorg- en ondersteuningsaanbieders en de regionale ontwikkelingen.



Binnen de scope van ons programma vallen de cliëntgroepen die (frequent) gebruikmaken van GRZ, ELV en GZSP:

- Mensen met een verstandelijke beperking (18+, diagnostiek voor 18-);
- Mensen met een progressieve neurodegeneratieve aandoening;
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- Kwetsbare ouderen thuis met een geleidelijk of acuut toenemende zorgvraag, zowel rechtstreeks als na bezoek HAP / SEH of na ziekenhuisopname;
- Ouderen/kwetsbaren die na een acuut event (bijv. CVA, heupfractuur) niet direct naar huis kunnen met basiszorg en voor wie medische revalidatie niet geschikt is.³

Buiten de scope valt zorg aan cliëntgroepen die gebruikmaken van langdurige zorg uit de Wlz en ELV inzet bij een palliatief traject.

De kwaliteitsontwikkeling waarop het programma zich richt, is essentieel voor het realiseren van passende bekostiging en inkoop. Het vaststellen van passende wet- en regelgeving ligt echter bij de NZa. Vervolgens maken zorgverzekeraars en aanbieders afspraken over contractering. In lijn met de opdrachtbrief van het ministerie van VWS uit 2023 valt directe inzet op bekostiging en contractering daarmee buiten de scope van dit programma.

2.8. Het ZonMw-programmaportfolio

In de opdrachtbrief uit 2023 vraagt VWS expliciet aan ZonMw om naar aansluiting te zoeken tussen Beter Thuis 2 en andere ZonMw-programma's. Om zo goed mogelijk op elkaars ervaring aan te sluiten en dubbelingen te voorkomen. VWS noemde daarbij de volgende programma's: [Verpleging en Verzorging](#), [Paramedische Zorg 2023-2026](#), [Reablement](#) en [Lokale Netwerken Samenhangende Ouderenzorg](#).³

Samenwerking en afbakening met betrekking tot programmering met andere ZonMw-programma's voorkomt overlap, levert bundeling van kennis op en kan de doorgeleiding van kennis versnellen. Binnen ZonMw lopen meerdere programma's gericht op passende zorg zoals het [Kaderprogramma Passende Zorg 2024-2028](#) en [Passende Zorg in de Wet langdurige zorg](#). Daarnaast zijn er meerdere programma's die zich richten op professionals die ook betrokken zijn bij de GRZ, ELV en/of GZSP zoals het [Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde](#), [Paramedische Zorg 2023-2026](#), [Versterking organisatie eerstelijnszorg](#) en [Verpleging en Verzorging](#).³

Het programma Beter Thuis 2 raakt daarnaast aan het kennisprogramma [Langdurige Zorg en Ondersteuning 2023-2027](#). Dit programma bouwt aan een innovatieve en duurzame kennisbasis voor de langdurige zorg en ondersteuningssector vanuit het perspectief van de zorgvrager en samen met maatschappelijke stakeholders. Verder ligt er - vanwege de doelgroep en betrokken stakeholders - ook een directe verbinding met de programma's; [Kenniscentra Specifieke Doelgroepen 2027-2036](#), [Gewoon Bijzonder 2024-2027](#) en verschillende Academische Werkplaatsen ([Ouderen](#), [Verstandelijke Beperkingen](#), [Wijkverpleging](#) en [Huisartsenzorg](#)). Al deze programma's werken vanuit de behoeften van kwetsbare



burgers aan het verbeteren van de zorg en ondersteuning. Tot slot is er ook gesproken met het programma [Zorg voor innoveren](#) vanuit de wederzijdse focus op innovatie, implementatie en/of opschaling.³

Voor het herzien van het programmavoorstel van Beter Thuis 2 heeft afstemming plaatsgevonden met de bovenstaande programma's binnen ZonMw. Wij sluiten waar dit kan aan bij deze programma's om in onderlinge afstemming te streven naar het versterken en complementeren van activiteiten die binnen de verschillende programma's plaatsvinden.³

Tot slot sluit het herziene programma ook aan bij de maatschappelijke opgave 'Toekomstbestendig stelsel van preventie, zorg en welzijn' uit het Strategisch beleidsplan 2025 – 2029 van ZonMw.¹⁵ Met kennis opgedaan binnen het programma Beter Thuis 2 levert ZonMw een bijdrage aan het verbeteren van de toekomstbestendigheid van de kortdurende herstelzorg.

¹⁵ ZonMw, *Strategisch beleidsplan ZonMw 2025-2029 'Verbinden met kennis'*, geraadpleegd juni 2026.

3. Impact, doelen en resultaten

In dit hoofdstuk zijn de beoogde impact, het hoofddoel en de uitwerking in programmalijnen en bijhorende resultaten beschreven. Hierbij is gebruik gemaakt van een verandertheorie. De beoogde impact en het hoofddoel vormen het startpunt. Daarna volgt de uitwerking in 3 programmalijnen, waaruit subsidierondes en/of opdrachten worden uitgezet. Met als resultaat projecten die bijdragen aan de beoogde impact.

3.1. Beoogde impact en hoofddoel programma

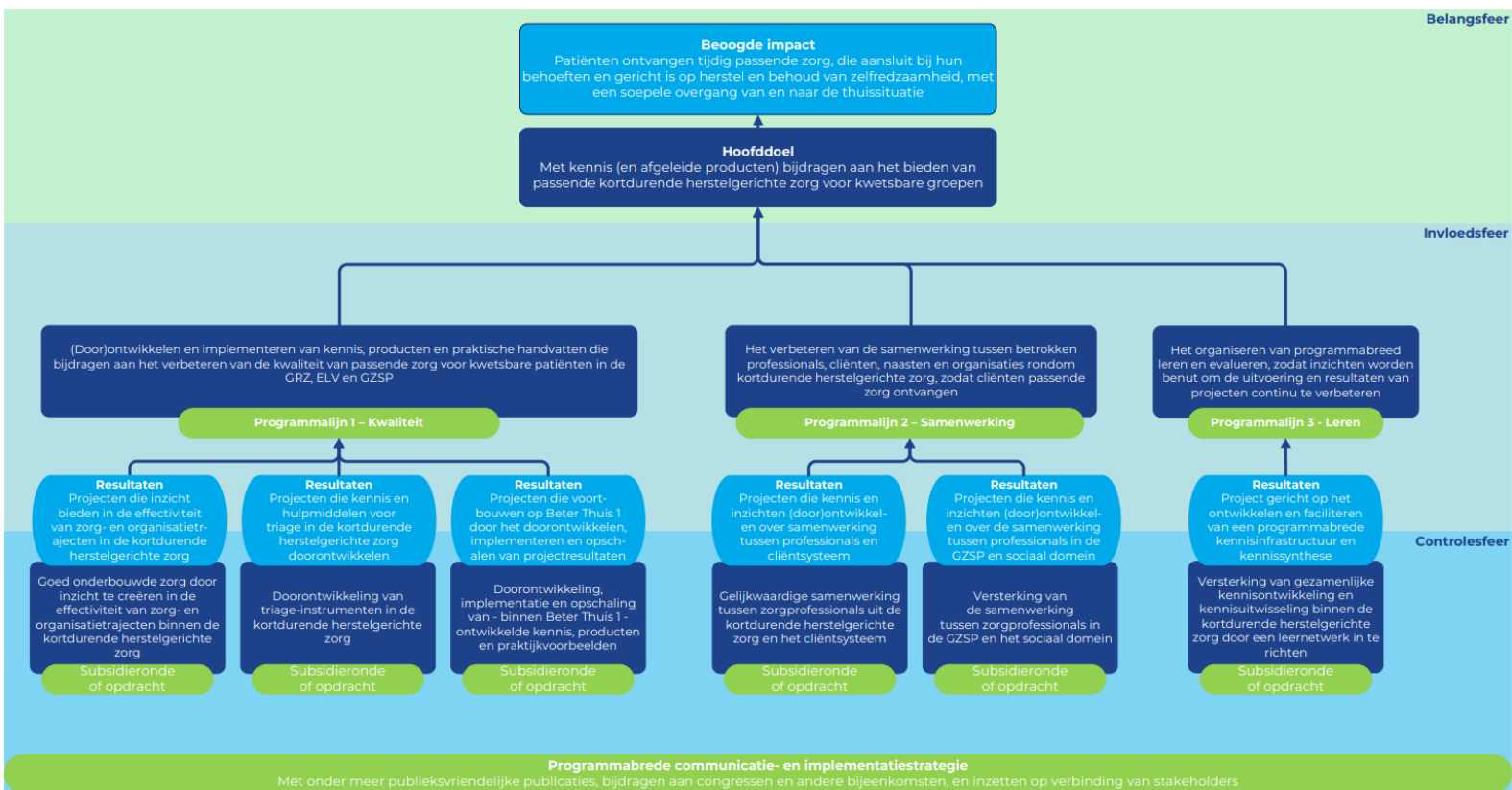
Het programma beoogt bij te dragen aan een duurzame verbetering van de kwaliteit van de kortdurende herstelgerichte zorg (GRZ, ELV en GZSP) voor kwetsbare groepen. Cliënten ontvangen tijdig passende zorg, die aansluit bij hun behoeften en gericht is op herstel en behoud van zelfredzaamheid, met een soepele overgang van en naar de thuissituatie. Het hoofddoel van het programma Beter Thuis 2 is met kennis (en afgeleide producten) bijdragen aan het bieden van passende kortdurende herstelgerichte zorg voor kwetsbare groepen.

3.2. Programmalijnen

Deze paragraaf beschrijft de 3 programmalijnen, waaruit subsidierondes en/of opdrachten zullen worden uitgezet met als resultaat projecten (of opdrachten) die een bijdrage leveren aan de beoogde impact.

De programmalijnen zijn:

- **Programmalijn 1 - Kwaliteit**
(Door)ontwikkelen en implementeren van kennis, producten en praktische handvatten die bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van passende zorg voor kwetsbare cliënten in de GRZ, ELV en GZSP.
- **Programmalijn 2 - Samenwerking**
Het verbeteren van de samenwerking tussen betrokken professionals, cliënten, naasten en organisaties rondom kortdurende herstelgerichte zorg, zodat cliënten passende zorg ontvangen.
- **Programmalijn 3 - Leren**
Het organiseren van programmabreed leren en evalueren, zodat inzichten worden benut om de uitvoering en resultaten van projecten continu te verbeteren.



Figuur 1: Overzicht van de programmaonderdelen en de samenhang ertussen in de vorm van een verandertheorie.

3.3. Subsidierondes, opdrachten en resultaten

Deze paragraaf legt uit welke subsidierondes of opdrachten ZonMw start om de doelen van de 3 programmalijnen te bereiken. Hieronder is eerst kort per programmalijn weergegeven welke activiteiten worden beoogd. In de paragrafen 3.3.1 t/m 3.3.6 volgt per activiteit een verdere beschrijving. Gedurende de looptijd van het programma worden de beoogde activiteiten verder uitgedacht in samenwerking met relevante stakeholders.

Programmalijn 1: Kwaliteit

Voor het (door)ontwikkelen en implementeren van kennis, producten en praktische handvatten die bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de kortdurende herstelgerichte zorg, wordt ingezet op 3 subsidierondes of opdrachten gericht op:

- Goed onderbouwde zorg door inzicht te creëren in de effectiviteit van zorg- en organisatieprojecten binnen de kortdurende herstelgerichte zorg.
- (Door)ontwikkeling van triage-instrumenten in de kortdurende en herstelgerichte zorg.
- Doorontwikkeling, implementatie en opschaling van - binnen Beter Thuis 1 - ontwikkelde kennis, producten en praktijkvoorbeelden.

Programmalijn 2: Samenwerking

Voor het verbeteren van de samenwerking tussen betrokkenen binnen de kortdurende herstelgerichte zorg, wordt ingezet op 2 subsidierondes of opdrachten gericht op:

- D. Gelijkwaardige samenwerking tussen zorgprofessionals uit de kortdurende herstelgerichte zorg en het cliëntsysteem.
- E. Versterking van de samenwerking tussen zorgprofessionals in de GZSP en het sociaal domein.

Programmalijn 3: Leren

Voor het organiseren van programmabreed leren en evalueren, wordt ingezet op 1 subsidieronde of opdracht gericht op:

- F. Versterking van gezamenlijke kennisontwikkeling en kennisuitwisseling binnen de kortdurende herstelgerichte zorg door een leernetwerk in te richten.

3.3.1. Goed onderbouwde zorg door inzicht te creëren in de effectiviteit van zorg- en organisatietrajecten binnen de kortdurende herstelgerichte zorg

Binnen de kortdurende herstelgerichte zorg bestaat een brede behoefte aan beter inzicht in wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden. Hoewel er in de praktijk veel ervaring is met kortdurende herstelgerichte zorg, is de wetenschappelijke onderbouwing van specifieke zorg- en organisatietrajecten en behandelmethoden nog beperkt. Vaak is onduidelijk wanneer zorg als 'effectief' kan worden beschouwd, welke uitkomsten daarbij leidend zijn en wat er gemeten moet worden om dit vast te stellen.

Daarnaast is er beperkt zicht op de diversiteit aan cliëntpopulaties binnen GRZ, ELV en GZSP. Ook ontbreekt kennis over welke kenmerken samenhangen met welke zorgbehoefte en hoe deze kenmerken het verloop van het herstel kunnen voorspellen. Het ontbreekt ook aan een samenhangend overzicht van bestaande en potentiële zorgtrajecten. Verder bestaan er aanzienlijke regionale verschillen in de inrichting van zorg. Bovendien worden cliëntgerichte uitkomsten, zoals kwaliteit van leven, participatie en zelfredzaamheid, nog onvoldoende uniform gemeten en ook niet altijd meegenomen in organisatietrajecten. Hierdoor is vergelijken lastig en wordt leren bemoeilijkt. Door gericht te investeren in onderzoek naar deze knelpunten draagt ZonMw bij aan een stevige kennisbasis voor de kortdurende herstelgerichte zorg. Zo kan de praktijk beter passende en effectieve zorg bieden.

Het beoogde resultaat van deze subsidieronde of opdracht is de uitvoering van projecten die inzicht bieden in de effectiviteit van' zorg- en/of organisatietrajecten binnen de kortdurende herstelgerichte zorg. Deze inzichten dragen bij aan beter onderbouwde keuzes in de praktijk en ondersteunen de verdere ontwikkeling van de kortdurende herstelgerichte zorg. De precieze invulling wordt tijdens de programmaperiode uitgewerkt, in afstemming met het veld en op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen op dit vlak. Hiervoor vinden doorlopend gesprekken plaats met stakeholders.

3.3.2. Doorontwikkeling van triage-instrumenten in de kortdurende herstelgerichte zorg

In de huidige praktijk van verwijzing, triage en besluitvorming over instroom, doorstroom en uitstroom in de kortdurende herstelgerichte zorg bestaat veel variatie. Deze verschilt tussen verwijzers, regio's en instellingen. Het Verenso-afwegingsinstrument voor triage in de GRZ en ELV ondersteunt zorgprofessionals bij het systematisch beoordelen van de zorgvraag, complexiteit en revalidatiepotentie van kwetsbare ouderen. Hiermee kunnen zij bepalen welke zorg het meest passend is. Toch worden beslissingen over welke zorgvorm en zorglocatie het meest passend zijn vaak nog practice-based genomen. Persoonlijke ervaring, klinisch oordeel en regionale/lokale beschikbaarheid spelen daarbij een grote rol. Dit maakt dat vergelijkbare cliënten niet altijd dezelfde zorg krijgen. Ook kunnen verschillen ontstaan in toegankelijkheid, doorlooptijden en de mate van passende zorg.

De bestaande afwegingsinstrumenten bieden hierbij wel enige ondersteuning, maar worden niet uniform toegepast. Ook zijn ze vaak beperkt onderbouwd en sluiten ze niet altijd aan op de huidige zorgpraktijk. Zo blijkt het bijvoorbeeld lastig om goed te bepalen welke cliënten in aanmerking komen voor ambulante GRZ. Dat komt mede doordat deze zorgvorm relatief nieuw is en nog niet overal verankerd is in de triagepraktijk. Daardoor wordt deze zorgvorm soms te weinig benut, terwijl ze voor een deel van de cliënten juist passend en doelmatig kan zijn. Er is daarom behoefte aan actualisatie, verdere onderbouwing en doorontwikkeling van triage- en afwegingsinstrumenten, met behoud van ruimte voor het professionele oordeel.

Binnen triage en besluitvorming is nog relatief weinig structurele aandacht voor cognitieve problematiek. Het gaat bijvoorbeeld om beginnende dementie, deliergevoeligheid en degeneratieve neurologische aandoeningen, maar ook om beperkingen in informatieverwerking, aandacht en oordeelsvorming. Juist deze factoren worden steeds belangrijker, omdat de cliëntpopulatie complexer wordt. Ze spelen een grote rol bij het bepalen van de haalbaarheid van behandeltrajecten en de effectiviteit van zorg. Door een gebrek aan expliciete aandacht hiervoor neemt het risico toe op suboptimale plaatsing en minder passende zorg. Tegelijkertijd is er in de praktijk veel waardevolle ervaring met dit vraagstuk. Deze kennis is echter nog onvoldoende systematisch verzameld en vertaald naar hulpmiddelen voor professionals.

Het beoogde resultaat van deze subsidieronde of opdracht is de uitvoering van projecten die de kennis en hulpmiddelen voor triage binnen kortdurende herstelgerichte zorg (door)ontwikkelen. Zo worden triage- en herbeoordelingsbeslissingen beter onderbouwd en worden zij meer passend - ook voor een steeds complexer wordende doelgroep. Dit draagt bij aan beter onderbouwde, meer eenduidige en passende triagebeslissingen in de praktijk. De precieze invulling wordt in de programmaperiode nader vastgesteld, in afstemming met het veld en op basis van voortschrijdend inzicht vanuit relevante ontwikkelingen op dit vlak. Hiervoor vinden voortdurend gesprekken plaats met stakeholders.

3.3.3. Doorontwikkeling, implementatie en opschaling van - binnen Beter Thuis 1 - ontwikkelde kennis, producten en praktijkvoorbeelden

Binnen Beter Thuis 1 stond het ontwikkelen en verkennen van kennis, producten en goede voorbeelden centraal. De opbrengsten uit Beter Thuis 1 laten zien dat op een aantal onderwerpen in de praktijk al veel ervaring is opgedaan met nieuwe werkwijzen. Denk aan de ambulante geriatrische revalidatie, de verstevigde samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde en zorgconcepten voor specifieke doelgroepen zoals mensen met Parkinson. Dit heeft geleid tot een waardevolle basis van kennis en concrete opbrengsten op deze specifieke onderwerpen. Bijvoorbeeld rapportages over de stand van zaken in de sector, handreikingen voor goede zorg, en praktijkvoorbeelden van vernieuwende zorgconcepten. Deze producten bieden richting aan de verdere ontwikkeling, implementatie en opschaling van de GRZ, het ELV en de GZSP. Wel vragen ze op onderdelen om verdere doorontwikkeling, implementatie en/of opschaling.

Het beoogde resultaat van deze subsidieronde of opdracht is de uitvoering van projecten die voortbouwen op de resultaten van Beter Thuis 1 door deze verder te ontwikkelen, implementeren en opschalen. Hierdoor worden de beschikbare kennis, producten en praktijkvoorbeelden versterkt en breder benut. De precieze invulling wordt in de programmaperiode nader vastgesteld, in afstemming met het veld en op basis van de resultaten uit Beter Thuis 1. Hiervoor vinden voortdurend gesprekken plaats met stakeholders.

3.3.4. Gelijkwaardige samenwerking tussen de zorgprofessionals en het cliëntsysteem

Binnen de kortdurende herstelgerichte zorg spelen mantelzorgers, naasten en vrijwilligers een essentiële rol. Zij zijn vaak al intensief betrokken vóór opname, blijven betrokken tijdens het herstel en zijn onmisbaar bij terugkeer naar of verblijf in de thuissituatie. Ondanks deze centrale rol blijkt uit gesprekken met stakeholders dat er in de praktijk van de kortdurende herstelgerichte zorg nog onvoldoende sprake is van effectieve en gelijkwaardige samenwerking tussen zorgprofessionals en het cliëntsysteem.

Vanuit het perspectief van het cliëntsysteem blijkt dat mantelzorgers zich niet altijd voldoende gehoord of ondersteund voelen. Zij worden niet structureel betrokken bij besluitvorming, terwijl er wel verwachtingen zijn ten aanzien van hun rol. Deze verwachtingen blijven vaak impliciet. Dit vergroot het risico op overbelasting, met name rond de overgangsmomenten. Specifiek bij de kortdurende herstelgerichte zorg leven er vragen als: hoe zorg je dat naasten tijdelijk op adem kunnen komen tijdens een GRZ- of ELV-opname, en hoe bereid je het netwerk weer goed voor op de thuissituatie na ontslag?

Vanuit het perspectief van professionals is er behoefte aan meer kennis, vaardigheden en concrete handvatten om deze samenwerking vorm te geven. Professionals ervaren uitdagingen in het aansluiten bij de leefwereld van cliënten en hun netwerk en in het omgaan met dilemma's rondom rollen, verantwoordelijkheden en besluitvorming. Deze vraagstukken krijgen nog beperkt structureel aandacht in opleidingen en nascholing. Daarnaast zijn er op het niveau van organisatie en onderzoek belangrijke ontwikkelpunten. Er zijn voorlopers die werken aan intensievere samenwerking met het cliëntsysteem. Ook



is kwalitatief aangetoond wat de meerwaarde is. Toch ontbreekt een systematisch overzicht van wat werkt, waarom en onder welke omstandigheden. Daarnaast ontbreekt kwantitatief inzicht in wat deze samenwerking daadwerkelijk oplevert. Er is nog weinig bekend over de effecten op bijvoorbeeld herstel, zorggebruik, werkplezier en belasting van mantelzorgers. Bestaande kennisagenda's benadrukken de noodzaak tot verdere kennisontwikkeling op dit thema. Zo heeft het Lectorenplatform Informele Zorg in november 2025 een kennisagenda ontwikkeld om richting te geven aan toekomstig praktijkgericht onderzoek naar informele zorg – met mantelzorg als focus.¹⁶ Deze kennisagenda laat zien op welke thema's en onderwerpen meer kennis en praktijkgericht onderzoek nodig is.

Het beoogde resultaat van deze subsidieronde of opdracht is gericht op is de uitvoering van projecten die kennis en inzichten (door)ontwikkelen over gelijkwaardige samenwerking tussen zorgprofessionals en het cliëntsysteem. De projecten kunnen zich richten op het (door)ontwikkelen van concepten en werkwijzen, het verkrijgen van inzicht in werkzame elementen en de effecten van samenwerking of het inventariseren en analyseren van goede voorbeelden. Het moet in ieder geval bijdragen aan een betere positionering van het cliëntsysteem in de zorg. Daarnaast ondersteunen de projecten professionals, cliënten en naasten in het vormgeven van passende en gelijkwaardige samenwerking. De precieze invulling wordt in de programmaperiode nader uitgewerkt, in afstemming met het veld en op basis van voortschrijdend inzicht vanuit relevante ontwikkelingen op dit vlak. Hiervoor vinden voortdurend gesprekken plaats met stakeholders.

3.3.5. Versterking van de samenwerking tussen zorgprofessionals in de GZSP en het sociaal domein

Binnen de kortdurende herstelgerichte zorg speelt het sociaal domein een belangrijke, maar nog onvoldoende benutte rol. Aspecten zoals wonen, woningaanpassingen, welzijn, daginvulling, sociale participatie en ondersteuning van het netwerk zijn vaak bepalend voor de mate van duurzaam herstel en een succesvolle terugkeer naar de thuissituatie. Desondanks is de samenwerking tussen zorgprofessionals in de herstellzorg en professionals in het sociaal domein in de praktijk vaak beperkt, ad-hoc en niet structureel ingebed.

Zorgprofessionals geven aan onvoldoende zicht te hebben op de sociale kaart en beschikbare voorzieningen in het sociaal domein. Tegelijkertijd wordt samenwerking bemoeilijkt doordat beide domeinen verschillende talen spreken, andere doelen hanteren en werken vanuit uiteenlopende financierings- en verantwoordingskaders. Hierdoor ontbreekt het in de praktijk vaak aan gezamenlijk eigenaarschap, terwijl juist in de overgangsfases – zoals tijdens een GZSP-traject – goede afstemming cruciaal is.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen de GZSP en het sociaal domein. Bredere literatuur laat wel zien dat domeinoverstijgende samenwerking structureel wordt belemmerd door verschillen in financiering, gebrek aan een gedeelde visie, beperkte tijd en gebrekkige informatie-uitwisseling. Deze knelpunten zijn generiek, maar werken binnen de GZSP extra sterk door. Juist omdat

¹⁶ Lectorenplatform Informele Zorg, *Kennisagenda informele zorg focus op mantelzorg (2025)*, via www.hanze.nl geraadpleegd mei 2026.



deze zorgvorm zich richt op (herstel van) functioneren in de thuissituatie, zijn sociale factoren geen randvoorwaarde, maar een integraal onderdeel van het behandelresultaat. Daarom zet Beter Thuis 2 specifiek in op het versterken van de samenwerking tussen professionals binnen de GZSP en het sociaal domein.

Het beoogde resultaat van deze subsidieronde of opdracht is de uitvoering van projecten die kennis en inzichten (door)ontwikkelen over de samenwerking tussen zorgprofessionals in de GZSP en het sociaal domein. Het kan gaan om het verkrijgen van inzicht in de werkzame elementen, randvoorwaarden en belemmeringen in de samenwerking. Deze inzichten bieden handelingsperspectief voor het verbeteren van samenwerking in de praktijk. De precieze invulling wordt in de programmaperiode nader vastgesteld, in afstemming met het veld en op basis van voortschrijdend inzicht vanuit relevante ontwikkelingen op dit vlak. Hiervoor vinden voortdurend gesprekken plaats met stakeholders.

3.3.6. Versterking van gezamenlijke kennisontwikkeling en kennisuitwisseling binnen de kortdurende herstelgerichte zorg

Binnen Beter Thuis 1 zijn verschillende leernetwerken ontstaan rond innovaties in de kortdurende herstelgerichte zorg, onder andere binnen de Parkinsonzorg, het ELV en de ambulante GRZ. Deze leernetwerken vervulden een belangrijke rol in het uitwisselen van ervaringen, het volgen van voortgang en het reflecteren op resultaten. Daarnaast hebben projectleiders zich verbonden in bredere netwerken, zoals het leernetwerk acute ouderenzorg, waarin vraagstukken in samenhang werden benaderd. Uit de evaluatie van Beter Thuis 1 blijkt dat deze uitwisseling en onderlinge verbinding een belangrijke succesfactor vormden.

In Beter Thuis 2 wordt hierop voortgebouwd door in te zetten op het versterken van kennisuitwisseling en het verbinden van bestaande en nieuwe initiatieven. Hierdoor draagt ZonMw bij aan het versterken van de kennisbasis en het lerend vermogen binnen het programma en het bredere veld. Zo wordt ontwikkelde kennis beter benut en doorontwikkeld.

Het beoogde resultaat van deze subsidieronde of opdracht is de uitvoering van een project gericht op het ontwikkelen en faciliteren van een programmabrede kennisinfrastructuur. Hierbinnen kunnen professionals actief kennis en ervaringen uitwisselen, van elkaar leren en vernieuwde kennis toepassen. Zo wordt er gezamenlijk bijgedragen aan verdere kennisontwikkeling. Dit leidt tot een meer samenhangende en toegankelijke kennisbasis voor de kortdurende herstelgerichte zorg. Ook ontstaat een concrete overkoepelende kennissynthese waarin inzichten uit de verschillende projecten en de kennisinfrastructuur worden gebundeld. De precieze invulling wordt in de programmaperiode nader vastgesteld, in afstemming met het veld. Hiervoor vinden voortdurend gesprekken plaats met stakeholders.

3.4. (Eind)gebruikers, doelgroepen, stakeholders

Er hebben de afgelopen jaren veel ontwikkelingen plaatsgevonden in het veld van de kortdurende herstelgerichte zorg. Dit programma streeft naar complementariteit met bestaande en toekomstige ontwikkelingen. Dit geldt bijvoorbeeld voor aanknopingspunten die naar voren komen uit het onderzoek van het RIVM dat werkt aan een beschrijving van de paramedische en kortdurende zorg en onderzoek doet naar de betekenis van deze zorgvormen voor de volksgezondheid.

Bij het uitwerken van dit herziene programmavoorstel is daarom afstemming geweest met verschillende partijen om te zorgen voor complementariteit en samenhang tussen verschillende ontwikkelingen. Hiervoor is eerst een analyse gemaakt van bestaande kennis en actuele ontwikkelingen. Dit heeft geleid tot een gespreksleidraad. Met deze leidraad zijn gesprekken gevoerd met een aantal relevante betrokken partijen in het veld. Het doel was om opgehaalde knelpunten te toetsen en prioriteit en hiaten in beeld te krijgen. Deze inzichten vormden de basis voor het schrijven van het herziene programmavoorstel.

Partijen waarmee in deze fase gesprekken gevoerd zijn:

Beroepsverenigingen	Verenso, LHV, V&VN, NIP, NAPA en NVAVG
Brancheverenigingen	ActiZ, VGN en ZN
Patiëntenorganisaties	Patiëntenfederatie Nederland en MantelzorgNL
Kennisinstituten, onderzoeksorganisaties en expertise partijen	Vilans, RIVM en verschillende onderzoekers
Landelijke beleidsorganisaties	VWS, NZa en Zorginstituut Nederland

Tabel 1 overzicht gesprekspartners.

Gedurende de uitvoering van het programma blijft ZonMw continu in gesprek met betrokkenen en andere relevante stakeholders die passen bij de verschillende programmadoelstellingen. Zo wordt er gestreefd naar passende afstemming bij de uitwerking van subsidieoproepen.

Daarnaast wordt ingezet op structurele afstemming met in ieder geval het RIVM, de NZa en het Zorginstituut Nederland. Met deze partijen is er reeds een bestaande overlegstructuur (het kernoverleg bestaande uit: VWS (initiatiefnemer), NZa, Zorginstituut Nederland en ZonMw). Het RIVM sluit daar naar verwachting bij aan. Daarnaast wordt met deze partijen verkend hoe de samenwerking verder kan worden versterkt en geconcretiseerd. Dit krijgt onder meer vorm door structurele periodieke afstemming en inhoudelijke betrokkenheid. Met het Zorginstituut Nederland en de NZa wordt elk kwartaal afgestemd, waarbij zij signalen uit het veld kunnen agenderen. Daarnaast wordt met beide partijen bij de uitwerking van subsidierondes afstemming gezocht om aansluiting bij praktijk, beleid en wet- en regelgeving te borgen.

Naast de belangrijke gesprekspartners en inhoudelijk betrokken partijen zijn er nog 3 belangrijke doelgroepen van dit programma:

1. De uiteindelijke doelgroep die baat heeft bij de beoogde impact. De cliëntgroepen die (frequent) gebruikmaken van GRZ, ELV en/of GZSP:
 - Mensen met een verstandelijke beperking (18+, diagnostiek voor 18-);
 - Mensen met een progressieve (neurodegeneratieve) aandoening;
 - Mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
 - Kwetsbare ouderen thuis met een geleidelijk of acuut toenemende zorgvraag, zowel rechtstreeks als na bezoek HAP/ SEH of na ziekenhuisopname;
 - Ouderen/kwetsbaren die na een acuut event (bijv. CVA, heupfractuur) niet direct naar huis kunnen met basishulp en voor wie medische revalidatie niet geschikt is.³
2. De eindgebruikers van het programma die een rol spelen bij de beoogde effecten (outcome), omdat zij uiteindelijk gebruik gaan maken van de resultaten van de projecten. Dat zijn in eerste instantie de zorgprofessionals en zorgorganisaties die de opgeleverde kennis, producten en praktische handvatten kunnen inzetten bij het bieden van passende zorg. Ook cliënten en naasten hebben belang bij de resultaten, die bijdragen aan passende zorg voor hen. Daarnaast zijn er intermediaire doelgroepen van belang. Dat zijn partijen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de doelgroepen de kennis gaan gebruiken. Denk aan de beroepsverenigingen, brancheverenigingen, kennisinstellingen en landelijke beleidsorganisaties.
3. De doelgroepen die subsidie kunnen aanvragen. Dat zijn onder andere onderzoeksorganisaties, organisaties in praktijk, beleid en opleidingen die kennis gebruiken, en organisaties die de einddoelgroep vertegenwoordigen. De samenstelling van de consortia die subsidie kunnen aanvragen volgt uit de nadere uitwerking van de subsidierondes.

3.5. Aannames en voorwaarden

Deze paragraaf beschrijft de aannames en voorwaarden die een rol spelen bij het behalen van het hoofddoel en de beschreven resultaten.

Voor het behalen van de beoogde resultaten in Beter Thuis 2 wordt uitgegaan van een aantal samenhangende aannames. Zo veronderstelt het programma dat het versterken van de kennisbasis – onder meer door beter inzicht in effectiviteit en cliëntkenmerken – leidt tot beter onderbouwde besluitvorming en daarmee tot meer passende zorg. Ook wordt aangenomen dat beter onderbouwde triage en meer eenduidige werkwijzen bijdragen aan tijdige en passende plaatsing van cliënten en efficiënter gebruik van capaciteit. Daarnaast wordt verwacht dat intensievere samenwerking tussen zorgprofessionals, het cliëntsysteem en het sociaal domein bijdraagt aan een duurzaam herstel, grotere zelfredzaamheid en soepelere overgangen naar de thuissituatie. Tot slot, wordt verwacht dat actieve kennisuitwisseling en programmabreed leren samen zorgen voor bredere toepassing en opschaling van ontwikkelde inzichten en producten.



Het programma Beter Thuis 2 levert zelf geen zorg, maar ondersteunt de praktijk via kennisontwikkeling en -toepassing. Dit betekent dat de beoogde impact alleen wordt bereikt als inzichten daadwerkelijk hun weg vinden naar het handelen van professionals en de inrichting van de kortdurende herstelgerichte zorg. Daarom is het belangrijk dat de noodzaak tot verbetering breed wordt gedeeld en dat beleid en bekostiging deze richting blijven ondersteunen. Tegelijkertijd vraagt de implementatie van nieuwe werkwijzen om voldoende capaciteit en verandervermogen in een sector die onder druk staat.

Daarnaast zijn de volgende randvoorwaarden essentieel voor het behalen van de beoogde resultaten van het programma:

- Actieve betrokkenheid en draagvlak bij zorgprofessionals, cliënten, naasten en andere stakeholders;
- Bestuurlijk commitment en voldoende tijd, capaciteit en verandervermogen binnen zorgorganisaties;
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van relevante data en een goed functionerende kennisinfrastructuur;
- Een ondersteunende beleids- en financieringscontext, met name voor domeinoverstijgende samenwerking;
- Praktische inbedding van ontwikkelde kennis en instrumenten in werkprocessen.

Deze aannames en randvoorwaarden vormen tegelijkertijd ook risico's die het realiseren van de doelstellingen kunnen beïnvloeden. In hoofdstuk 7 zijn de risico's en mitigerende maatregelen verder toegelicht.

4. Programmaopbouw en planning

4.1. Programmalijnen

Zoals inhoudelijk beschreven in hoofdstuk 3.3 kent het programma 3 programmalijnen met bijbehorende activiteiten. Verdere concretisering van de activiteiten volgt gaandeweg het programma in afstemming met relevante betrokkenen. Hieronder volgt een overzicht van de beschikbare middelen per programmalijn en activiteit.

	Budget (€)
Programmalijn 1 – Kwaliteit	€ 3.360.500
A. Goed onderbouwde zorg door inzicht te creëren in de effectiviteit van zorg- en organisatietrajecten binnen de kortdurende herstelgerichte zorg.	
B. (Door)ontwikkeling van triage-instrumenten in de kortdurende herstelgerichte zorg.	
C. Doorontwikkeling, implementatie en opschaling van - binnen Beter Thuis 1 - ontwikkelde kennis, producten en praktijkvoorbeelden.	
Programmalijn 2 – Samenwerking	€ 2.721.000
D. Gelijkwaardige samenwerking tussen zorgprofessionals en het cliëntsysteem.	
E. Versterking van de samenwerking tussen zorgprofessionals in de GZSP en het sociaal domein.	
Programmalijn 3 – Leren	€ 260.000
F. Versterking van gezamenlijke kennisontwikkeling en kennisuitwisseling binnen de kortdurende herstelzorg door inrichting van een leernetwerk.	

Tabel 2 Beschikbare middelen per programmalijn.

De genoemde bedragen zijn het uitgangspunt voor de uitvoering van het programma. Indien nodig wordt tijdens de looptijd van het programma in afstemming met de opdrachtgever, het ministerie van VWS, een verschuiving van middelen besproken.

4.2. Programmabrede activiteiten: communicatie, implementatie en overig

Met de kennis uit dit programma ondersteunt ZonMw verschillende groepen in het bieden van passende kortdurende herstelgerichte zorg voor kwetsbare cliënten. Denk aan (aankomend) professionals, organisaties, onderzoekers, beleidsmakers, maar ook cliënten en naasten.

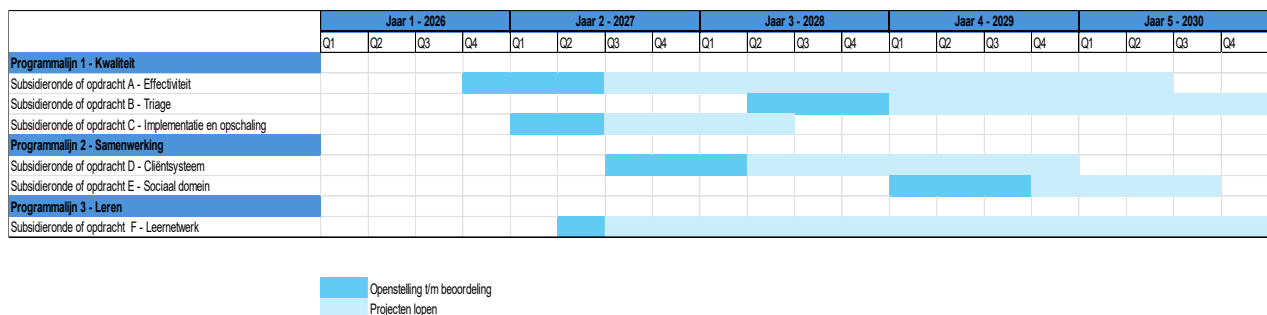
Om ervoor te zorgen dat deze kennis bij de juiste groepen landt en in de praktijk gebruikt wordt, wordt een communicatie- en implementatiestrategie opgezet. Hieronder staan de grote lijnen van deze strategie. De exacte inzet en de details wordt na de definitieve opdrachtverstrekking verder uitgewerkt. De strategie omvat in elk geval:

- **Publieksvriendelijke publicaties.** Tijdens het programma wordt op een toegankelijke manier uitgebreid gepubliceerd en gecommuniceerd over (voorlopige) resultaten uit de projecten. Denk aan richtlijnen, handreikingen, scholingsmateriaal en/of praktijkvoorbeelden. Deze resultaten worden bijvoorbeeld via publieksamenvattingen, projectresultaten, social media posts, interviews en thema specifieke publicaties gedeeld. Dit vindt plaats via de ZonMw-website, de nieuwsbrief Ouderen en LinkedIn.
- **Bijdragen aan congressen en andere bijeenkomsten.** Wanneer relevant, draagt het programma bij aan landelijke congressen en andere bijeenkomsten. Samen met projectleiders, onderzoekers en andere betrokkenen organiseert ZonMw workshops en andere werkvormen om kennis te delen en kennisbenutting te stimuleren.
- **Inzetten op verbinding stakeholders.** Tijdens de uitvoering van het programma en de concrete programma-activiteiten relevante stakeholders actief betrokken. Door hen te informeren, te betrekken, mee te laten ontwikkelen en gezamenlijk te onderzoeken welke mogelijkheden er liggen voor co-creatie. Tot slot legt het programma verbindingen met andere ZonMw-programma's, die zich richten op verbetering van zorg en ondersteuning van kwetsbare mensen.

De verdere invulling van de programmabrede activiteiten worden gedurende de uitvoering van het programma verder vormgegeven.

4.3. Programmaplanning en -opzet

Hieronder is de programmaplanning en opzet van Beter Thuis 2 weergegeven. De planning biedt inzicht in de fasering van de programmalijnen en vormt daarmee de basis voor de uitvoering, monitoring en financiële prognose. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste activiteiten gedurende de looptijd van het programma.



Figuur 2: Globaal overzicht van de verschillende activiteiten vanuit Beter Thuis 2.



5. Governance

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop ZonMw het programma bestuurt en waarop zij verantwoording aflegt.

5.1. Opdrachtgever

Het ministerie van VWS is de opdrachtgever van het programma Beter Thuis 2. Het ministerie heeft in de opdrachtbrief (2024) en de brief over het stopzetten van de bevoorschotting (2025) (bijlages 1 en 2) de inhoudelijke en financiële kaders gesteld voor het programma. Daarnaast zijn er mondelinge afspraken gemaakt over de verlenging van de looptijd. Deze worden in voorliggend programmavoorstel en het daaropvolgende akkoord vastgelegd en bekrachtigd. Het ministerie is gedurende de uitvoering nauw betrokken bij het programma. Er vindt regulier overleg plaats tussen de opdrachtgever en ZonMw op bureau niveau. In dit overleg wordt de inhoudelijke en financiële voortgang van het programma besproken. Ook is het ministerie waarnemer in de programmacommissie en zo betrokken bij de vormgeving en uitvoering van de subsidierondes.

5.2. Bestuur van het programma

5.2.1. ZonMw-bestuur

Het ZonMw-bestuur is het hoogste orgaan binnen ZonMw. Het draagt de bestuurlijke eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering en coördinatie van het programma Beter Thuis 2. Het ZonMw-bestuur legt periodiek verantwoording af aan de opdrachtgever.

5.2.2. Commissie

Voor dit programma heeft het ZonMw-bestuur een programmacommissie ingesteld. De programmacommissie bestaat uit een voorzitter, vicevoorzitter en 4 leden. De programmacommissie is, in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van ZonMw, verantwoordelijk voor de taken zoals benoemd in het Bestuursreglement ZonMw onder 4.2. De programmacommissie geeft sturing aan de strategische koers en positionering van het programma, waaronder verbeteringen in de uitvoering van het programma, om de programmadoelstellingen te realiseren. De programmacommissie adviseert ZonMw over de nadere uitwerking van het programma, de inhoud van de subsidieoproepen, de beoordeling van subsidieaanvragen en de monitoring van de projectvoortgang.

De volgende expertise is op dit moment vertegenwoordigd in de programmacommissie: inhoudelijke beroepservaring in de kortdurende herstelgerichte zorg vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgden, specialisten ouderengeneeskunde, orthopedagogen, psychologen en vanuit het perspectief



van het besturen van zorgorganisaties. Tevens is er expertise aanwezig over de acute zorg, ervaring met persoonsgerichte zorg bij kwetsbare ouderen en expertise in de verstandelijke gehandicaptenzorg.

Alle commissieleden participeren op persoonlijke titel, zonder last of ruggespraak en zijn bij de beoordeling van subsidieaanvragen gehouden aan de '[Code omgang met persoonlijke belangen](#)'.

Aan een programmacommissie kunnen door het ZonMw-bestuur adviseurs of waarnemers worden toegevoegd. Zij zijn geen lid van de commissie en hebben derhalve geen stemrecht. De vertegenwoordiger(s) van het ministerie van VWS neemt als waarnemer deel aan de vergaderingen van de programmacommissie en heeft derhalve ook geen stemrecht.

5.2.3. ZonMw-Programmabureau

Het ZonMw programmabureau ondersteunt de programmacommissie bij de dagelijkse uitvoering van het programma. Het programmabureau bestaat uit een directeur programma's, een clusterhoofd, (senior) programmamanagers, programmasecretaris, communicatiemedewerkers en een cluster assistent.

Het programmabureau monitort het programma en verzorgt de dagelijkse uitvoering. Dit betreft zowel de voortgang van het programma als geheel, als de voortgang van de programmalijnen, projecten en overige programma-activiteiten. De voortgang betreft zowel de inhoud als de financiën. Mocht de monitoring daar aanleiding toe geven, worden de verdere subsidierondes of programma-activiteiten aangevuld of aangepast in overleg met de programmacommissie en het ministerie van VWS.

Over het verloop van het programma vindt afstemming plaats tussen het programmabureau en een vast contactpersoon, of contactpersonen, van het ministerie van VWS als opdrachtgever. Onderwerpen zijn de inhoudelijke en financiële voortgang van het programma, inclusief de planning, ontwikkelingen en resultaten.

5.3. Verantwoording programma

5.3.1. Rapportages aan opdrachtgever

ZonMw legt verantwoording af over de programma's aan het ministerie van VWS, opdrachtgever van het programma. Dit is conform de werkafspraken tussen VWS, NWO en ZonMw. Verslaglegging door ZonMw gebeurt als volgt:

- In het jaarplan beschrijft ZonMw op hoofdlijnen de voorgenomen activiteiten voor het opvolgende jaar.
- In de voortgangsrapportage beschrijft ZonMw op hoofdlijnen de ontwikkelingen gedurende de eerste maanden van het kalenderjaar. De nadruk is op afwijkingen van voornemens, knelpunten en (voorgenomen) acties om deze op te lossen en belangrijke concrete gerealiseerde resultaten.
- In het jaarverslag beschrijft ZonMw op hoofdlijnen de uitgevoerde activiteiten en gerealiseerde resultaten van het afgelopen kalenderjaar.



- In de jaarrekening rapporteert ZonMw per programma over de realisatie ten opzichte van de begroting in het afgelopen jaar.

5.3.2. Evaluatie van het programma

ZonMw zorgt voor de evaluatie van het programma. Deze evaluatie vindt plaats tegen het eind van de looptijd van het programma.

ZonMw overlegt met het ministerie van VWS, opdrachtgever van het programma, over het kader (de Terms of Reference) van de evaluatie. Bovendien deelt ZonMw de resultaten van de evaluatie met het ministerie van VWS.

Daarnaast zorgt ZonMw voor een tussentijdse evaluatie. Deze vindt plaats in 2028. ZonMw gebruikt de resultaten van de tussentijdse evaluatie, indien nodig, om het programma in de resterende looptijd bij te sturen.

6. Begroting en financiële planning

Na de herstart van het programma Beter Thuis 2 is er een budget van € 8.931.876 beschikbaar voor de uitvoering van het programma. In overleg met de opdrachtgever, het ministerie van VWS, directie CZ, is overeengekomen dat er een verlenging van het programma wordt toegekend t/m 2030.

De uitgaven (liquiditeiten) zijn door VWS conform de opdrachtbrief beschikbaar gesteld in:

Jaar	2024	2025	Beter Thuis 1
Beschikbare liquiditeiten VWS, directie CZ (€)	3.484.854	5.324.710	122.312

Tabel 3 Middelen beschikbaar gesteld door opdrachtgever.

6.1. Begroting

De begroting is gebaseerd op de inhoud van het programma zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken.

Het beschikbare budget is als volgt verdeeld over de programmaonderdelen:

Hoofdstuk	Programmaonderdelen	Budget (€)
H 4.1	Programmalijn 1 – Kwaliteit	3.360.500
H 4.1	Programmalijn 2 - Samenwerking	2.721.000
H 4.1	Programmalijn 3 - Leren	260.000
H 4.2	Communicatie en implementatie	110.000
H 5.3	Evaluatie	55.000
	Uitvoeringskosten programma	
H 5.2	Programmabureau	2.323.909
H 5.2	Bureaunkosten	49.855
H 5.2	Commissiekosten	51.612
	Totaal	8.931.876

Tabel 4 Beschikbare middelen per programmaonderdeel

De personele uitvoeringskosten zijn berekend op basis van een uren-begroting en conform de vastgestelde integrale tarieven.

6.2. Financiële planning

De planning houdt rekening met de praktische uitvoerbaarheid van het programma, de belasting voor het veld en de programmacommissie, doorlooptijd van de procedures en de duur van de gehonoreerde projecten.

In onderstaande tabel staat de financiële planning van het programma schematisch weergegeven.

Jaartal	Beschikbare liquiditeiten opdrachtgever (€)	Uitgavenprognose ZonMw (€)
2026 en voorgaande jaren	8.931.876	370.465
2027	-	1.562.948
2028	-	2.267.488
2029	-	2.805.120
2030	-	1.925.855
Totaal	8.931.876	8.931.876

Tabel 5 Uitgavenprognose per jaar.

Een gedetailleerde begroting met verplichtingen, liquiditeiten en bevoorschotting is beschikbaar voor de opdrachtgever. Bij vertraging in de planning die van substantiële invloed is op de uitgavenprognose van ZonMw, zal in afstemming met de opdrachtgever een herziene begroting worden afgesproken.

7. Risico's en beheersmaatregelen

Elk programma kent risico's en afhankelijkheden voor het slagen van het programma. ZonMw identificeert op dit moment voor dit programma de volgende risico's:

Nr.	Omschrijving	Beheersmaatregel
Planning en opzet programma		
1	De ontwikkeling van subsidierondes kan door benodigde afstemming met stakeholders meer tijd vergen dan gepland.	• Subsidierondes worden tijdig voorbereid, inclusief een realistische planning met voldoende ruimte voor consultatie en afstemming. • Belangrijke stakeholders worden vroegtijdig betrokken, zodat knelpunten en aandachtspunten in een vroeg stadium kunnen worden geadresseerd. • Met VWS en andere sleutelpartijen vindt periodieke afstemming plaats om voortgang te monitoren en tijdig besluiten te kunnen nemen.
Aanvragers		
2	Voor specifieke subsidierondes bestaat het risico dat onvoldoende geschikte of voldoende sterke consortia een aanvraag indienen, waardoor de beoogde kennisontwikkeling en impact achterblijven.	• Vroegtijdige verkenning van het veld en actieve communicatie over aankomende subsidierondes. • Organiseren van informatie- en netwerkbijeenkomsten om consortiumvorming te stimuleren. • Betrekken van relevante beroepsgroepen, kennisinstellingen en praktijkpartijen bij de voorbereiding van de ronde.
3	De administratieve en verantwoordingsvereisten kunnen als belastend worden ervaren, waardoor deelname aan subsidierondes voor met name kleinere organisaties minder aantrekkelijk wordt.	• Het subsidiekader is aangepast, zodat de omvang van het budget en de verantwoordingsvereisten beter met elkaar in verhouding zijn gebracht. Hierbij geldt dat een hogere subsidieomvang gepaard gaat met zwaardere verantwoordingsvereisten. • Per subsidieronde worden waar nodig informatie- en ondersteuningsbijeenkomsten georganiseerd om potentiële aanvragers te informeren over de voorwaarden.

Impact		
4	Vanwege de meerjarige aard van projecten is de uiteindelijke impact van het programma naar verwachting pas richting het einde van de programmaperiode aantoonbaar.	• Om de voortgang en opbrengsten van het programma tijdig inzichtelijk te maken, wordt een tussentijdse evaluatie uitgevoerd. • De gebruikte 'Theory of Change' biedt houvast voor het monitoren van voortgang en de bijdrage aan de beoogde impact. • Daarnaast wordt een leernetwerk ingezet om tussentijdse resultaten, geleerde lessen en ervaringen zichtbaar te maken en te benutten.
5	Het betrekken van cliënten en naasten bij de uitvoering van het programma en binnen de gesubsidieerde projecten blijkt complexer dan beoogd. Hierdoor komt de gewenste participatie mogelijk onvoldoende tot stand.	• In afstemming met de programmacommissie en relevante stakeholders wordt een passende aanpak voor de betrokkenheid van cliënten en naasten uitgewerkt. Daarbij worden ervaringen en goede voorbeelden uit andere ZonMw-programma's benut. • Participatie van cliënten en naasten wordt als expliciet aandachtspunt meegenomen bij de ontwikkeling van subsidierondes.
Veld		
6	Het zorgveld is continu in ontwikkeling. Veranderingen in beleid, bekostiging, organisatie en prioriteiten kunnen ertoe leiden dat programmalijnen of subsidieoproepen minder goed aansluiten op de actualiteit.	• Het programma onderhoudt structureel contact met relevante veldpartijen, beroeps- en brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en VWS. • Programmalijnen en subsidieoproepen worden periodiek herijkt op basis van actuele ontwikkelingen.

Tabel 6 Overzicht van risico's en beheersmaatregelen.