

**Zuidoost Utrecht
Verbonden**



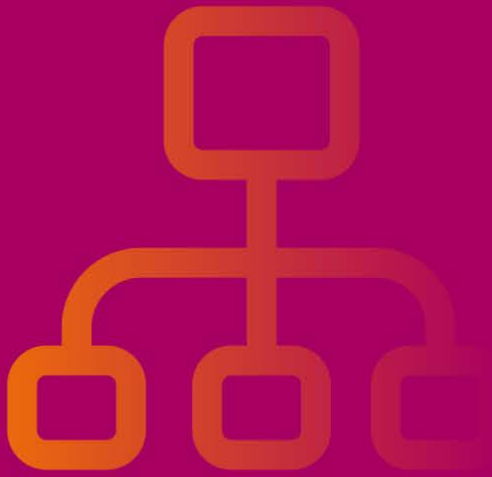
Overzicht plannen die bijdragen
aan 'de transformatie' in
zorg en welzijn

De kracht van samen

Lokale en regionale verbinding
Zuidoost-Utrecht in zorg en sociaal
domein

Dit document wordt zo nodig, regelmatig aangepast.
De meest actuele versie is te vinden op:
<https://zuidoostutrechtverbonden.nl/integraal-zorgakkoord/>





Dit document is interactief.

Onderaan de pagina staan pijltjes waarmee je eenvoudig een pagina vooruit of achteruitgaat. Met het huisje kom je altijd terug op deze pagina.

>> Definities

>> Introductie

>> Plannen gelinkt aan de transformatie in zorg en welzijn

>> Versterken eerstelijns

>> GALA Ketenaanpakken

>> Versterken sociale basis: van Zorgen voor naar Samen doen

>> Palliatieve zorg

>> MTVP: Meer Tijd Voor de Patiënt

>> De Utrechtse Fabriek voor Zorgtransformatie

>> Netwerk Mentale Gezondheid

>> Gezond ouder worden

>> Buurt als Ecosysteem

>> Kortdurend verblijf/ GRZ

>> Digitalisering – fundament onder de gehele beweging

>> Hoe nu verder?

>> Overzicht plannen

Inhoudsopgave



**Eerstelijnszorg:**

Daar waar we spreken over eerstelijnszorg bedoelen we doorgaans de groep bestaande uit huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapie, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

Eerstelijn:

Daar waar we spreken over de (brede) eerstelijn bedoelen we naast de eerstelijnszorg ook sociaal domein professionals waaronder sociaal werk, omdat zij essentieel zijn in het ondersteunen van burgers met een hulpvraag die buiten de eerstelijnszorg ligt en daarmee met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg (bron: visie eerstelijn 2030).

Sociaal domein:

Een verzamelnaam voor alle organisaties, diensten en voorzieningen die mensen ondersteunen en de leefbaarheid voor de mensen vergroten. Het sociaal domein omvat onder andere zorg, welzijn, onderwijs, gezondheidszorg en opvoeding. De gemeente verricht inspanningen rond werk, participatie en zelfredzaamheid, zorg en jeugd onder de noemer 'sociaal domein'. Dit gebeurt op basis van wetten zoals de Wmo 2015, Participatiewet, Jeugdwet, Wet gemeentelijke schuldhulpverlening en Nieuwe Wet inburgering (bron: Regioplan Midden-Nederland).

Sociale basis:

De sociale basis is het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen) van mensen, aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen. Zij maken het mogelijk dat inwoners de mogelijkheden hebben om te participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert. In de sociale basis gaat het om het versterken van eigenaarschap, zeggenschap en eigen regie van inwoners (bron: Gezond en Actief Leven Akkoord).

Definities





Introductie

Hoe zorgen we er samen voor dat inwoners in de regio Zuidoost-Utrecht – nu én in de toekomst – kunnen rekenen op zorg en ondersteuning waar nodig en hoe houden we dit tegelijk toegankelijk en betaalbaar?

Deze gezamenlijke opgave verbindt ons al jaren: zorg- en hulpverleners uit de brede eerstelijn en de sociale basis. In een tijd waarin de druk op systemen en personeel groeit, is samenwerking belangrijker dan ooit. Dat vraagt om creativiteit, durf en een sterke gezamenlijke inzet.

Samen bouwen aan de toekomst van zorg en welzijn binnen jouw gemeente

Samen met vele partners zetten we ons in voor de gezondheid, zelfredzaamheid en veerkracht van onze inwoners. We streven naar toegankelijke en betaalbare ondersteuning en zorg. Dit is geen gemakkelijke opgave, zeker niet nu de druk op professionals groot is. Tegelijk zien we dat er al belangrijke stappen worden gezet en dat de professionals elkaar steeds beter weten te vinden op hun eigen expertise.

Regionale plannen, lokale uitvoering

Regionaal en lokaal zijn diverse plannen ontwikkeld die aansluiten bij de landelijke beweging zoals benoemd in het IZA, GALA en nu AZWA. Deze landelijke programma's bieden ruimte voor versnelling van deze beweging door aanvullende financiering.

Dit document geeft meer informatie over de plannen die in onze regio zijn opgesteld om deze beweging een boost te geven. Elk plan richt zich op een belangrijk thema en is tot stand gekomen met input van meerdere vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Het zijn plannen die laten zien hoe we gezamenlijk het verschil kunnen maken – voor én met onze inwoners.

Om écht verschil te maken, is het belangrijk dat deze plannen lokaal goed landen met draagvlak, samenhang en uitvoeringskracht. Dit vraagt om heldere keuzes, goede afstemming en gezamenlijke regie: wie doet wat, wanneer, en hoe bouwen we voort op bestaande lokale initiatieven?

Zie dit document als naslagwerk én inspiratiebron. Het geeft inzicht in waar we samen naartoe werken en welke stappen daarvoor nodig zijn. De toekomst vraagt dat wij blijven vernieuwen en samenwerken, dat we blijven werken aan de uitvoering van deze mooie plannen zodat we samen de inwoners zorg en ondersteuning kunnen blijven bieden.

Kernteam IZA Zuidoost-Utrecht: Josje Doorenbosch (preventie), Elske Faber (Versterken eerstelijns en sociale basis), Ilse Zuurhout (Gezond ouder worden), Saskia Marrée (Mentale weerbaarheid en gezondheid), Michiel van Hees (IZA regiocoördinator), Corrine Brinkman (regiocoördinator gemeenten), Annet Bolsenbroek (Zilveren Kruis), Naomi van Selm (Ondersteuner IZA regiocoördinator), Babs Matthieu (Raedelijk).

Voor wie is dit document?

Dit document is voor iedereen die lokaal betrokken is bij de gezamenlijke transformatiebeweging in het sociaal domein (incl. welzijn) en de zorg, zoals in de multidisciplinaire Lokale Samenwerkingsverbanden (LSV's) in de regio Zuidoost-Utrecht. Denk hierbij aan het Bestuur van de LSV's, de wijkmanager en de Deelnemersraad, maar ook aan medewerkers vanuit het sociaal domein (sociaal teammanager, welzijnsdirecteur of beleidsadviseur van de gemeente), de wijkverpleging, huisartsen, GGZ en medewerkers van GGD, peersupportorganisaties of laagdrempelige steunpunten, vrijwilligers en/of bewonersinitiatieven.

Wat biedt dit document?

Dit document biedt een overzicht van de verschillende plannen die bijdragen aan de beweging naar meer eigen regie en passende zorg in de regio Zuidoost-Utrecht.

Per plan geven we een beknopte beschrijving van wat het plan inhoudt en of het nieuw is of al loopt.



Even terug... Waarom al deze akkoorden?

De zorg in Nederland staat onder druk. We worden allemaal ouder en blijven langer thuis wonen. Tegelijkertijd is er minder personeel beschikbaar. Daardoor loopt de zorg zoals we die nu kennen tegen de grenzen aan. Samen moeten we bekijken hoe we de zorg en ondersteuning zo kunnen organiseren dat deze ook in de toekomst goed blijft werken.

Partijen hebben hier samen afspraken over gemaakt, met elkaar en met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het Integraal Zorgakkoord (IZA) richt zich primair op het toegankelijk houden van de zorg in Nederland. Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) richt zich op preventie, gezondheid en sociale basis. Op dit moment worden deze beide akkoorden versterkt en aangevuld met het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA), dat een looptijd kent tot en met 2028. Deze akkoorden zijn door de landelijke koepelorganisaties van zorgpartijen, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en koepels vanuit sociaal domein en welzijn onderschreven.



Het IZA gaat vooral over goede en betaalbare zorg en samenwerking tussen zorgpartijen en het sociaal domein, ook als er straks minder personeel beschikbaar is in een vergrijzende samenleving. Het AZWA zoomt daarnaast extra in op een sterkere verbinding met het sociale domein (zoals welzijnswerk en ondersteuning in de buurt) en het verkleinen van het personeelstekort door bijvoorbeeld het verlagen van administratieve belasting.



De regionale beweging

De regionale vertegenwoordigers van deze landelijke partijen hebben samen een plan opgesteld voor de regio Midden-Nederland. Centraal in dit regioplan staat de beweging die we samen willen versterken:



Bij alle plannen kijken we of ze bijdragen aan de onderstaande beweging:

- **Voorkomen waar mogelijk** (preventie)
- **Zelf waar kan** (eigen regie, zelfredzaamheid, netwerk, etc.)
- **Hulp waar nodig** (zorg en ondersteuning dichtbij huis)
- **Passende zorg waar noodzakelijk** (als er echt zorg nodig is, is deze ook beschikbaar)

Om deze beweging te bereiken, moeten professionals vanuit de verschillende domeinen samenwerken: van eerste- en tweedelijnszorg tot informele hulp en ondersteuning. Dat betekent dat we naast een transformatie in de formele zorg en ondersteuning, ook nadenken over het versterken van de sociale basis.

Een sterke sociale basis is onmisbaar voor de ingezette beweging die we in de regio maken. Naar meer inzetten op voorkomen dan genezen. Daarnaast kijken we welke vragen niet per se door zorgprofessionals hoeven te worden opgepakt. Deze opgave kan niet alleen worden gedragen door de formele zorg- en welzijnsorganisaties. De kracht van (bestaande) bewonersinitiatieven, vrijwilligers, mantelzorgers en andere vormen van informele zorg, is hierbij onmisbaar. Om samen te bouwen aan een duurzaam zorg- en welzijnsstelsel, zetten we in op drie belangrijke richtingen: meer ruimte voor de leefwereld, betere samenwerking tussen formele en informele netwerken, en een cultuurverandering bij alle betrokkenen en in de samenwerking.

In de regio ZOU zijn al veel inspirerende voorbeelden zichtbaar van deze beweging. Hoe dit precies vorm krijgt, verschilt per gemeente, wijk of buurt.

Door samen te werken, over domeinen heen te kijken én elkaar te versterken, kunnen we écht verschil maken.



Plannen gelinkt aan de transformatie in zorg en welzijn

Op de volgende pagina's wordt elk plan/thema kort uitgewerkt. Dit is een samenvatting van de opgestelde plannen aan de hand van vier vragen:

- Waar gaat dit plan over?
- Wat is het beoogde resultaat?
- Welke activiteiten gaan er gebeuren?
- Wat vraagt dit van wie?

Gelijktijdig met, en passend bij de in dit document genoemde plannen bouwen de vijf gemeenten in de regio Zuidoost-Utrecht aan een zorglandschap dat zich richt op het gewone leven. Voor- en tegenspoed hoort erbij; niet elke vraag is een zorgvraag. Niet overnemen wat mensen zelf kunnen, help mensen te herwinnen wat ze niet meer kunnen en samen zorgen voor oplossingen voor dat wat overblijft. Laagdrempelige hulp en ondersteuning, dichtbij huis en vrij toegankelijk. En daar waar nodig aanvullende (collectieve) hulp en ondersteuning. De sociale context van de inwoner speelt een belangrijke rol in het voorkomen, signaleren en oplossen van hulpvragen. Gemeenschapskracht is belangrijk om de ingezette beweging te laten slagen en wordt door gemeenten gestimuleerd en gefaciliteerd.

Versterken eerstelijns

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Versterken eerstelijns	UNICUM	Eerstelijnszorg, sociaal domein waaronder welzijn	Uitvoeringssubsidie is toegekend - Opstartfase	ZonMW subsidie + O&I

Waar gaat dit plan over?

Het project Versterken eerstelijns geeft invulling aan de Visie Eerstelijns 2030 en gaat over het beter samenwerken in de eerstelijns en sociaal domein. In onze regio doen we dat in de Lokale Samenwerkingsverbanden (LSV's) waarin de eerstelijnszorgprofessionals samenwerken met het sociaal team en welzijn. Door de eerstelijns te versterken, kan zorg en ondersteuning ook in de toekomst dichtbij huis worden geboden.

Wat is het beoogde resultaat?

In de regio ZOU gaan we aan de slag met 3 pijlers:

- Versterken van de lokale samenwerking in de Lokale Samenwerkingsverbanden (LSV's).
- Het versterken van de betrokkenheid van de inwoners.
- Het verstevigen van regionale samenwerking vanuit het bestaande regionale samenwerkingsverband ZOU Verbonden.

Wat vraagt dit van wie?

In alle gemeenten bestaat al enige tijd een LSV: een multidisciplinair lokaal samenwerkingsverband. Deze lokale samenwerking wordt ondersteund door een wijkmanager. Met elk LSV wordt bekeken waar kansen liggen om de samenwerking te versterken of de inwonerinbreng beter te borgen. Hiervoor is projectleiding beschikbaar.

Binnen het [Breed Bestuurlijk Overleg](#) van ZOU Verbonden werken organisaties en gemeenten vanuit zorg- en sociaal domein (incl. welzijn) samen. Er wordt bekeken of de vertegenwoordiging van de verschillende partijen goed geborgd is, ter versterking van de regionale eerstelijns samenwerking.

Dit alles sluit aan op de Visie eerstelijnszorg 2030.

Wat is de actuele status?

Voor dit programma is inmiddels een uitvoeringssubsidie toegekend. Lokale Samenwerkingsverbanden kunnen hiermee van start en krijgen daarbij ondersteuning van een projectleider.



GALA Ketenaanpakken

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
GALA Ketenaanpak	Gemeenten, GGD	Sociaal domein, waaronder welzijn, eerstelijns	Divers door onderliggende plannen	IZA - GALA

Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) richt zich op preventie, gezondheid en een sterke sociale basis, met als doel een gezonde leefomgeving en het voorkomen van gezondheidsproblemen van inwoners.

Er zijn meerdere GALA ketenaanpakken die lokaal reeds zijn of nog worden opgepakt:

- Kansrijke Start,
- Aanpak overgewicht en obesitas kinderen 'Kind naar Gezonder Gewicht',
- Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)-volwassenen,
- Welzijn op Recept,
- Valpreventie,
- Middelenpreventie Jongeren

Deze aanpakken worden hierna separaat behandeld.



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Kansrijke start	Gemeenten	Gemeente, jeugdteams, JGZ, verloskundigen, huisarts	Loopt lokaal, verkenning kansen op ZOU-niveau	SPUK - GALA

Waar gaat dit plan over?

De aanpak Kansrijke Start richt zich op een gezonde en veilige start voor (aanstaande) gezinnen door vroegtijdig inzetten van passende ondersteuning waar nodig. Binnen deze netwerkaanpak worden diverse interventies en deelprojecten opgezet.

Wat is de actuele status?

Kansrijke start is een project dat in 2018 als actieprogramma is gestart. Dit actieprogramma wordt verder uitgewerkt, geïmplementeerd en geborgd in elke gemeente. Ketenpartners worden hierbij betrokken.

Wat is het beoogde resultaat?

Elke gemeente heeft een lokale ketenaanpak kansrijke start, inclusief interventies, en maakt samenwerkingsafspraken met partners rondom de eerste duizend dagen van een kind.

Wat vraagt dit van wie?

Binnen deze netwerkaanpak werken ketenpartners samen rondom een (nieuw) gezin. Van gemeente tot verloskundige, van huisarts tot jeugdhulpverlener, van sociaal wijkteam tot zorgverzekeraar en van kraamzorg tot jeugdverpleegkundige.

Nieuw in deze aanpak is de sterke verbinding tussen medische hulp (en sociale hulp (netwerk, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers), met als doel gezinnen echt te ondersteunen op wat zij nodig hebben. Zie voor meer toelichting de website: [Kansrijke Start](#).



Aanpak overgewicht en obesitas kinderen

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Kind naar Gezond Gewicht	GGDrU namens Gemeenten	Gemeente, jeugdteams, JGZ, buurtsport, fysio, diëtist, huisarts	Opstart/ implementatiefase	SPUK – GALA +SPUK-IZA + ZVW

Waar gaat dit plan over?

Kind naar Gezond Gewicht (KNGG) is een bestaande aanpak die gemeenten helpt om overgewicht en obesitas bij kinderen structureel aan te pakken. Dit is bedoeld voor kinderen met licht t/m zwaar overgewicht én gezondheidsrisico's. Deze netwerkaanpak kijkt verder dan alleen leefstijl en bespreekt ook andere factoren zoals psychische problemen, armoede (bijvoorbeeld door werkloosheid of schulden) of opvoedstress binnen het gezin.

Wat is het beoogde resultaat?

Het huidige doel van deze bestaande aanpak is het opzetten van een samenwerking waardoor een duurzame, samenhangende ondersteuning voor kinderen met (ernstig) overgewicht en het gezin waaruit zij komen, ontstaat.

Wat vraagt dit van wie?

In deze aanpak staan het kind en zijn of haar gezin centraal. De samenwerking tussen zorg en het sociaal domein (incl. welzijn) is hierbij heel belangrijk. Samen wordt gekeken naar de achterliggende oorzaken, de huidige situatie en welke ondersteuning nodig is.

Wat is de actuele status?

Deze aanpak is nog in de opstartfase, verdere concretisering volgt. Kijk [hier](#) voor meer informatie.



Gecombineerde Leefstijlinterventie Volwassenen (GLI)

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
GLI Volwassenen	UNICUM	Sporttherapeut, buurtsport, fysio, diëtist, huisarts	Loopt	SPUK – GALA + ZVW

Waar gaat dit plan over?

Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) is een aanpak gericht op volwassenen met overgewicht en een matig verhoogd gezondheidsrisico.

Wat is de actuele status?

Dit programma loopt. Welzijn en Sporttherapeuten hebben een signaleringsfunctie en kunnen de volwassenen verwijzen naar de huisarts voor een gesprek.

Wat is het beoogde resultaat?

Een huisarts kan een patiënt met overgewicht of een hoog risico op gezondheidsproblemen door overgewicht verwijzen naar de **Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)**. Gedurende 2 jaar wordt de patiënt begeleid op het gebied van voeding, beweging en gedragsverandering. Na deze periode kunnen zij verder met het reguliere sport- en beweegaanbod binnen de gemeente.

Wat vraagt dit van wie?

In de regio's ZOU en Lekstroom wordt al gewerkt met meerdere leefstijlteams. Deze bestaan in de regel uit een leefstijlcoach, een fysio- of oefentherapeut, een diëtist en een buurtsportcoach. In de toekomst en vanuit het AZWA wordt er meer domeinoverstijgend samengewerkt in de keten. Kijk [hier](#) voor meer informatie.



Welzijn op Recept/ Sociaal verwijzen

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Welzijn op Recept	Sociaal domein, waaronder welzijn	Gemeente, welzijn, huisarts, overige 1 ^e lijn	Loopt, Goedgekeurde Snelle toets tbv opschaling	SPUK GALA + GF + BW

Waar gaat dit plan over?

Welzijn op Recept (WoR) is een aanpak waarbij professionals in de eerstelijnszorg mensen met psychosociale klachten of eenzaamheidsproblemen doorverwijzen naar een welzijnsorganisatie.

Wat is de actuele status?

De aanpak draait al, maar om het effectiever te maken is uitbreiding nodig, onder andere in capaciteit, procesafspraken en bewustwording bij verwijzers dat niet elke hulpvraag een zorgvraag hoeft te zijn.

Wat is het beoogde resultaat?

De welzijnscoach bekijkt met de inwoner op welke wijze deze inwoner aansluiting kan vinden bij bestaande activiteiten of ondersteund kan worden. Doel is dat inwoners weer plezier en betekenis vinden in hun leven en dat hun sociale netwerk wordt vergroot. Daarnaast moeten acties opgestart worden om de bekendheid van WoR in de brede zin te vergroten bij ketenpartners en inwoners. En er moet voldoende passend aanbod komen vanuit de sociale basis. Dit vraagt inzet van zowel zorgprofessionals als formele en informele partijen in het sociale domein en welzijn.

Wat vraagt dit van wie?

In plaats van medicijnen, komt de patiënt via de huisarts in contact met een welzijnscoach, die samen met hen zoekt naar activiteiten die energie geven, nieuwe contacten opleveren en het dagelijks leven leuker maken.



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Valpreventie	Gemeenten en UNICUM	1 ^e lijn, sociaal domein, waaronder welzijn	Loopt	SPUK-IZA + ZWV

Waar gaat dit plan over?

De **ketenaanpak valpreventie** is er op gericht om vallen bij ouderen zoveel mogelijk te voorkomen. Het begint met het opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico. Vervolgens wordt bekeken hoe groot het risico is en welke ondersteuning daarbij past.

Wat is de actuele status?

De formele (zorg)keten loopt, nu is het van belang om te zorgen dat de bewustwording wordt vergroot en dat er voldoende beweegaanbod is voor mensen met een laag of matig valrisico. Kijk [hier](#) voor meer informatie.

Wat is het beoogde resultaat?

Deze aanpak loopt sinds 2025 en richt zich nu vooral op het verbeteren van de communicatie en bekendheid ervan onder inwoners én professionals. Er wordt ingezet op opsporing, voorlichting, lokale beweegactiviteiten en laagdrempelige screening.

Wat vraagt dit van wie?

Inwoners met een verhoogd valrisico worden vanuit een valrisicoanalyse doorverwezen naar de huisarts voor verdere risicobeoordeling en passende verwijzing. Succesvolle valpreventie vraagt om samenwerking tussen zorgprofessionals (huisartsen, SO/POH-O, Fysio- en/of ergotherapeuten), het sociaal domein (incl. welzijn) en de sociale basis om de patiënt heen. Het vraagt vooral om bewustwording dat vallen deels te voorkomen is met de juiste ondersteuning en beweging. Communicatie speelt hierbij een grote rol.



Middelenpreventie jongeren

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Middelen preventie jongeren	GGDrU + Jellinek namens gemeenten	Sociaal domein, waaronder welzijn, scholen, sportclubs, horeca, etc.	Loopt	SPUK-IZA

Waar gaat dit plan over?

De aanpak Middelenpreventie jongeren in Zuidoost-Utrecht richt zich op het ontmoedigen van middelengebruik (alcohol, roken/vapen, drugs en gamen) onder jongeren. De aanpak richt zich met name op voortgezet onderwijsscholen, (sport)verenigingen, welzijnsinstellingen, horecaondernemingen en veiligheidsdiensten. Maar ook op de kennisvergroting bij ouders en professionals rond het herkennen van problematisch middelengebruik.

Wat is het beoogde resultaat?

De focus ligt op het voorkomen van gezondheidsrisico's op de lange termijn.

Wat vraagt dit van wie?

GGD regio Utrecht, Jellinek Preventie en de gemeenten in Zuidoost-Utrecht werken samen aan voorlichting, deskundigheidsbevordering en ondersteuning van onder andere scholen, sportclubs, horeca en ouders.

Wat is de actuele status?

De aanpak blijft doorgaan, met als aandachtspunt het borgen van structurele financiering. Succes op dit gebied vraagt inzet van onderwijs, jongerenwerk, sport en andere partners in het sociaal domein.

Meer informatie vind je [hier](#).



Versterken sociale basis: van Zorgen Voor naar Samen Doen

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Verschillende projecten in sociaal domein	Gemeenten	Gemeenten, sociaal domein waaronder welzijn, inwoners	Snelle toets is goedgekeurd	Wordt uitgewerkt

Waar gaat dit plan over?

In dit plan wordt onderzocht op welke wijze de sociale basis kan worden versterkt, met als doel het verbeteren van de ervaren gezondheid van inwoners en voorkomen van (ongewenste) druk op de zorg. Dit richt zich vooral op het sociaal domein inclusief welzijn en inwonersinitiatieven.

Daarnaast wordt vanuit de 5 gemeenten ook ingezet op het versterken van de sociale basis via de opgave 'Van Voorveld naar Hoofdveld'.

Wat is het beoogde resultaat?

Het doel is meer inzet op normaliseren door:

- Het versterken en vergroten van de zelfredzaamheid, eigen regie en gemeenschapskracht van inwoners.
- Het versterken en vergroten van het digitale en fysieke aanbod en het bereiken van inwoners.
- Het versterken van ketensamenwerking tussen eerstelijnsparthijen in zorg, sociaal domein en sociale basis.

Wat vraagt dit van wie?

Het versterken van de sociale basis vraagt om nauwe samenwerking tussen gemeenten, regionale huisartsenorganisaties, GGDrU en lokale welzijns-, sport- en informele zorgorganisaties.

Wat is de actuele status?

De snelle toets wordt op dit moment uitgewerkt naar een transformatieplan gericht op de verdere implementatie en uitbreiding van de capaciteit ten behoeve van de ketenaanpak Welzijn op Recept / Sociaal verwijzen.



Palliatieve zorg

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Palliatieve Zorg	UNICUM	Huisartsen, wijkverpleegkundigen, hospices, verpleeg- en verzorgingstehuizen en ziekenhuizen	Snelle toets is goedgekeurd, Transformatieplan ingediend	IZA - TP

Waar gaat dit plan over?

Het plan Palliatieve zorg versterkt de beweging die al is ingezet. Het streven is dat goede palliatieve zorg voor iedereen beschikbaar is, door in te zetten op proactieve zorgplanning, betere afspraken tussen (zorg) professionals, het opzetten van netwerken palliatieve zorg en meer bewustwording bij inwoners.

Wat is het beoogde resultaat?

Proactieve zorgplanning wordt actief ingezet, onderdeel hiervan is markeren van het (potentieel) laatste levensjaar. Er zijn goede werkafspraken over transmurale coördinatie en continuïteit van de zorg, en bij complexe casuïstiek wordt aanvullend ondersteuning geboden, in relatie tot de bestaande consultatiefuncties.

Doel van dit plan is om te zorgen voor beter passende zorg zo mogelijk dichtbij huis en voorkomen dat mensen onnodig worden opgenomen in de laatste fase van hun leven.

Wat vraagt dit van wie?

In de lokale samenwerking hebben huisartsen en wijkverpleegkundigen een belangrijke rol in het signaleren van de palliatieve fase.

Wat is de actuele status?

Na goedkeuring start het regionaal projectteam met bovenstaande versterking van de palliatieve zorg in het najaar van 2025 start.



MTVP: Meer Tijd Voor de Patiënt

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
MTVP	UNICUM	Huisartsen, 1 ^e lijn en sociaal domein waaronder welzijn	Loopt, sinds 2023	S1 (huisartsenzorg)

Waar gaat dit plan over?

Het doel is het anders organiseren van de huisartsenzorg, zodat er meer tijd is voor patiënten met complexere zorgvragen. MTVP loopt sinds 2023. Onderdeel van MTVP is samenwerken met het netwerk, waaronder de lokale samenwerking.

Binnen MTVP zijn 4 kernelementen benoemd,

- Anders werken in de praktijk;
- Uitbreiden personele capaciteit (facultatief);
- Het goede gesprek (positieve gezondheid);
- Samenwerken met het netwerk.

Wat is het beoogde resultaat?

Door het anders organiseren komt er meer tijd beschikbaar voor patiëntenzorg. Voor patiënten met een complexere zorgvraag, ontstaat ruimte voor een langer consult zodat de daadwerkelijke zorgvraag van deze patiënt beter aan bod komt.

Wat vraagt dit van wie?

De meeste interventies richten zich op de huisartsenzorg. De interventies gericht op samenwerken met het netwerk worden bij voorkeur in LSV-verband opgepakt. De RHO UNICUM Huisartsenzorg ondersteunt de huisartsen en lokale projectgroepen hierbij.

Wat is de actuele status?

Dit programma loopt sinds 2023, de interventies zijn bezig en de meeste praktijken werken inmiddels met MTVP. Voor 2025 en 2026 wordt dit uitgebreid met een verdere samenwerking van VIPLive Samenwerken ter ondersteuning van samenwerken met het lokale netwerk.



De Utrechtse Fabriek voor Zorgtransformatie

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
De Utrechtse Fabriek voor Zorgtransformaties	UNICUM, HUS en RegiozorgNU, Antonius Ziekenhuis, Diaconessenhuis, UMCU	Huisartsen, medisch specialisten en eerstelijnszorgverleners	Snelle toets is goedgekeurd, TP ingediend	IZA – TP ingediend

Waar gaat dit plan over?

De Utrechtse Fabriek voor Zorgtransformaties (kortweg Utrechtse Zorgfabriek) is een samenwerkingsverband van de huisartsenorganisaties en ziekenhuizen in de regio Utrecht. Dit plan gaat lopen in ZOU, Lekstroom, Stad en Utrecht West. Door betere afspraken in een aantal transmurale zorgpaden, wordt beter passende zorg gerealiseerd: in de eerstelijns waar dat kan, medisch specialistisch waar dat nodig is.

In 10 transmurale zorgpaden (TZP), uitgewerkt in concrete projecten, worden werkafspraken gemaakt over het anders organiseren van deze zorg. De eerste 6 hiervan zijn geselecteerd.

Elk transmuraal zorgpad wordt door huisartsen en medisch specialisten uitgewerkt een aantal concrete use cases (projecten). Waar relevant worden andere eerstelijnsprofessionals betrokken bij deze uitwerking.

De 6 geselecteerde Transmurale zorgpaden:

- 50+ers met beweegzorg – start najaar 2025
- Mensen die lekker willen slapen - start najaar 2025
- Mensen met chronische hartproblematiek
- Goed leven met diabetes
- Vrouw met gynaecologische klachten
- Leven met kanker thuis

Wat is het beoogde resultaat?

Door betere samenwerking voorkomen van onnodige verwijzing naar Medisch Specialistische Zorg (MSZ) door behandeling op te pakken in de eerstelijns. En het verkorten van behandeling in MSZ, waardoor daar ruimte ontstaat voor meer complexe zorgvragen.

Wat vraagt dit van wie?

Elke use case leidt tot nieuwe werkafspraken die geïmplementeerd zullen worden in de huisartsen- en medisch specialistische zorg. Daar waar dat bredere inzet binnen de eerstelijnszorg vraagt, leidt dit tot implementatie per LSV/gemeente. Denk aan concrete afspraken met fysiotherapeuten, apotheken, consultatiebureaus etc.

Wat is de actuele status?

Na goedkeuring wordt dit plan in het najaar van 2025 gestart.



Netwerk Mentale Gezondheid

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Netwerk Mentale Gezondheid	Altrecht	Huisartsenzorg, Sociaal domein, GGZ en verslavingshulp, Steunpunten, peersupport en ervaringsdeskundigheid	Snelle toets goedgekeurd, TP ingediend en onder voorbehoud goedgekeurd	IZA – TP

Waar gaat dit plan over?

Dit plan richt zich op het versterken van de mentale weerbaarheid en zelfredzaamheid van inwoners. Daarnaast stuurt het plan aan op de borging van de toegankelijkheid van de GGZ-zorg door het verlagen van de instroom en verhogen van de uitstroom.

Wat is het beoogde resultaat?

Een sterkere mentale weerbaarheid van de inwoners, waarbij inwoners ook zelf laagdrempelig informatie en (online) hulp kunnen vinden.

Borgen van de toegankelijkheid door verlagen van de instroom . Het netwerk mentale gezondheid zorgt dat professionals elkaar beter weten te vinden. Met de inzet van ‘Het verkennende gesprek’ kan met inwoners met meerdere samenhangende vragen, worden bekeken welke stappen het meest passend zijn. Dit alles leidt tot betere samenwerking en afstemming tussen professionals van zorg en sociaal domein (incl. welzijn).

Wat vraagt dit van wie?

Dit vraagt hulp vanuit de domeinen zorg en ondersteuning zoals:

- Huisartsenzorg
- Sociaal domein
- GGZ en verslavingshulp
- Steunpunten, peer support en ervaringsdeskundigheid

Wat is de actuele status?

Na goedkeuring wordt dit plan in het najaar van 2025 gestart.



Dit thema kent meerdere, samenhangende, thema's en plannen. Elk van deze plannen draagt bij aan gezond ouder worden, eigen regie van de inwoner en versterken van het netwerk rondom de inwoner.

Kern van al deze plannen is reablement en versterken van het netwerk rond de ouder wordende inwoner.

Reablement

Reablement gaat over het helpen van inwoners om hun zelfstandigheid en dagelijkse vaardigheden te herwinnen of te behouden. Dit sluit aan bij het gedachtegoed achter positieve gezondheid. Het doel is om inwoners te ondersteunen bij het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren, thuis of in hun eigen omgeving.

Om dit te realiseren is het van belang dat alle betrokken professionals weten wat reablement betekent. De denkwijze is niet nieuw, maar wordt versterkt wanneer de hele keten hierin gelijk communiceert.

Naast transformatieplannen waar meerdere organisaties bij betrokken zijn, zijn er een aantal andere plannen die in onze regio reeds zijn of nog worden opgepakt:

- Steunsystemen
- Zorginnovaties in de thuiszorg
- Coördinatiepunt wijkverpleging

Deze plannen worden hierna separaat behandeld.



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Steunsystemen	Regio: IVVU Per gemeente een lokale trekker	Inwoners, VVT-organisaties, welzijn, gemeente	Wordt uitgewerkt	Wordt uitgewerkt

Waar gaat dit plan over?

Dorps- en wijkgerichte steunsystemen zijn lokale netwerken waarin formele ouderenzorgorganisaties, welzijnsinstellingen, vrijwilligers én inwoners samenwerken om mensen in hun eigen buurt of dorp te ondersteunen.

Steunsystemen passen binnen Versterken eerstelijns en het Versterken sociale basis.

Wat is het beoogde resultaat?

Steunsystemen zijn vaak gericht op de oudere inwoner. Een steunsysteem verbindt aanwezig potentieel van burgers, informeel en formeel netwerk. Door deze samenwerking op te zetten en vroegtijdig in gesprek te gaan met ouderen worden hulp- en ondersteuningsvragen vroegtijdig gesignaleerd en waar mogelijk opgelost, mensen beter voorbereid op het ouder worden en wordt gemeenschapskracht gestimuleerd.

Het beoogde resultaat is een duurzame, toekomstbestendige zorgstructuur waarin ouderen langer zelfstandig en prettig thuis kunnen wonen, meer regie en zeggenschap ervaren over hun leven en de ondersteuning die zij nodig hebben, ondersteund worden door een 'samenredzame' gemeenschap, waarin informele zorg (zoals burenhulp en vrijwilligers) een grotere rol speelt en toegang hebben tot passende ondersteuning dichtbij huis, met een betere samenwerking tussen formele en informele zorgpartijen.

Wat vraagt dit van wie?

Inwoners, ouderenorganisaties, welzijnsorganisaties, gemeenten en huisartsen/POH's spelen een belangrijke rol in dit plan.

Dorps- en wijkgerichte steunsystemen zijn lokale netwerken waarin formele zorgorganisaties, welzijnsinstellingen, vrijwilligers én inwoners samenwerken om mensen in hun eigen buurt of dorp te ondersteunen. Steunsystemen zijn vaak gericht op de oudere inwoner. Een steunsysteem verbindt aanwezig potentieel van burgers, informeel en formeel netwerk. Door deze samenwerking op te zetten en het vroegtijdig in gesprek te gaan met ouderen worden hulp- en ondersteuningsvragen vroegtijdig gesignaleerd en opgelost, mensen beter voorbereid op het ouder worden en wordt gemeenschapskracht gestimuleerd.

Wat is de actuele status?

Op dit moment wordt dit verder uitgewerkt.



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Domeinoverstijgend innoveren	IVVU	wijkverpleging, huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals	Implementatiefase	overig

Waar gaat dit plan over?

De focus van dit plan ligt op het bevorderen van zelfredzaamheid en het optimaal benutten van hulpmiddelen en zorgpersoneel door essentiële zorgpaden rondom ouderen te herontwerpen. Sinds 2024 werken zorgorganisaties in de regio Utrecht intensief samen om dit te bereiken.

Wat is het beoogde resultaat?

Met de groeiende vergrijzing neemt ook de vraag naar thuiszorg toe, terwijl het aantal zorgverleners beperkt blijft. Dit project gaat ervoor zorgen dat ouderen zo veel mogelijk zelfredzaam worden en zorgmedewerkers worden ingezet daar waar zij het hardst nodig zijn.

Wat vraagt dit van wie?

Alle betrokkenen gaan werken conform deze nieuwe werkwijze. Per zorgpad kunnen dit andere betrokkenen zijn.

Wat is de actuele status?

Inmiddels zijn er twee werkafspraken succesvol ontworpen en al deels geïmplementeerd:

- Oogdruppelen: Een efficiëntere aanpak die ouderen helpt met behulp van een druppelbril hun ogen zelfstandig te druppelen.
- Steunkousen aan- en uittrekken: Er zijn nieuwe regionale werkafspraken ontwikkeld voor het aan- en uittrekken van steunkousen met hulpmiddelen welke binnenkort zal worden geïmplementeerd.

In 2025 wordt de focus verbreed naar nieuwe thema's, waaronder:

- ADL-zorg (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen): We gaan samen kijken welke afspraken we kunnen maken rondom de inzet van ADL zorg.
- Verwachtingsmanagement in de zorg: Het beter afstemmen van zorgverwachtingen tussen cliënten en zorgverleners om efficiëntie en kwaliteit te verhogen.

Met deze ontwikkelingen zetten we een belangrijke stap naar een toekomstbestendige zorgsector waarin ouderen langer zelfstandig kunnen blijven en zorgprofessionals optimaal worden ingezet.



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Coördinatie Wijkverpleging	Santé	Wijkverpleging, huisartsen, op termijn ook ziekenhuizen	Implementatiefase	SPUK-IZA, ZonMW, ZvW

Waar gaat dit plan over?

In dit plan wordt een Coördinatiepunt Wijkverpleging opgezet. Huisartsen in de regio ZOU kunnen bij aanvragen voor wijkverpleging, die zij niet rechtstreeks kunnen plaatsen, het wijkverpleegkundig coördinatiepunt inzetten. De aanvraag wordt dan gedeeld met meerdere organisaties in de regio, zodat de huisartsenzorg niet alle organisaties zelf hoeft te benaderen.

Wat is het beoogde resultaat?

Doel is dat dit plan, bij positief resultaat, wordt uitgebreid naar de regio Lekstroom en ook beschikbaar wordt voor andere verwijzers en inwoners zelf. Elke aanvraag start bij de aanbieder van voorkeur, daarmee blijft de lokale samenwerking in stand. Alleen wanneer daar geen ruimte is, wordt het Wijkverpleegkundig coördinatiepunt ingezet.

Wat vraagt dit van wie?

Huisartspraktijken en wijkverpleegkundige organisaties gaan werken conform deze nieuwe werkwijze.

Wat is de actuele status?

Het plan is in de implementatiefase.



Buurt als Ecosysteem

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Buurt als Ecosysteem	Santé namens wijk-alliantie	Alle partners in Wijk bij Duurstede	Snelle toets goedgekeurd, TP goedgekeurd	IZA - TP

Waar gaat dit plan over?

Dit plan omvat meerdere onderdelen van de voorgaande plannen, met als doel een zorgzame buurt waar mensen elkaar kennen, en waar voorzieningen en diensten toegankelijk zijn voor iedereen. In onze regio wordt dit plan opgepakt in Wijk bij Duurstede. Santé is de kartrekker en werkt samen met het Lokale Samenwerkingsverband (eerstelij, sociaal domein incl. welzijn).

Wat is het beoogde resultaat?

Het plan draagt bij aan “voorkomen waar mogelijk”, door betere verbinding tussen inwoners. Aan “zelf waar kan”, door inzet van welzijn en burens en aan “hulp waar nodig” door het verder versterken van de samenwerking binnen het LSV. Kijk voor meer informatie [hier](#).

Wat vraagt dit van wie?

Dit vraagt een duidelijke en gestructureerde samenwerking van de eerstelij, sociaal domein incl. welzijn, samen met de inwoners.

In de buurten de Engk, Frankenhof en de Heul in Wijk bij Duurstede wordt momenteel samengewerkt met het sociaal domein (inclusief welzijn) aan een Zorgzame Buurt, waarin de focus ligt op het versterken van verbanden in de wijk, regie bij inwoners, focus op gezondheid en preventie, goede samenwerking binnen de 1e lijn en behandeling dichtbij.

Wat is de actuele status?

In Wijk bij Duurstede zijn de lokale plannen gereed en wordt na de zomer van 2025 gestart met implementatie hiervan. Voorlopig wordt dit in onze regio nog niet in andere gemeenten opgestart. Wel kunnen de LSV's gebruikmaken van de kennis uit Wijk bij Duurstede.



Kortdurend verblijf/ GRZ

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Kortdurend verblijf/ GRZ	Midden-NL	VVT-partijen die GRZ-zorg leveren, huisartsen, ziekenhuizen	Snelle toets goedgekeurd, TP ingediend	IZA - TP

Waar gaat dit plan over?

Dit plan gaat over het verbeteren van de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ). Voor de lokale samenwerking is van belang dat wordt ingezet op kortere intramurale GRZ (in een VVT-instelling) door inzet van ambulante GRZ (behandeling thuis). Op deze wijze wordt de wachttijd tot intramurale GRZ verkort.

Wat is het beoogde resultaat?

Het Transformatieplan heeft als doel om de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) in de regio Utrecht toekomstbestendig te maken. Het beoogde resultaat is:

- Meer herstel in de thuissituatie: patiënten revalideren waar mogelijk ambulant (thuis of poliklinisch), wat bijdraagt aan zelfstandigheid en sociale participatie.
- Snellere en betere triage en doorstroming: minder 'verkeerde beddagen' in ziekenhuizen, en snellere plaatsing op de juiste plek.
- Doelmatige inzet van specialistische expertise: specialisatie per doelgroep, met behoud van basiszorg in alle subregio's.
- Versterkte regionale samenwerking: betere informatiedeling (vb OK-Planning per ziekenhuis), gezamenlijke monitoring, afgestemde zorgpaden vb verbeteren van triage met ziekenhuizen, centrale coördinatie doorstroming).

Wat vraagt dit van wie?

Dit plan heeft veel impact op ziekenhuizen en VVT. De ambulante GRZ-zorg wordt geleverd vanuit de VVT, de algemene medische zorg wordt in deze periode weer door de huisarts geleverd. Dit vraagt goede afspraken en informatie-uitwisseling.

Wat is de actuele status?

De actuele status is dat het Transformatieplan over dit onderwerp is ingediend.



Digitalisering – fundament onder de gehele beweging

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Digitalisering	RSO Trijn	Alle partijen binnen zorg en sociaal domein in de regio Midden-Nederland	Snelle toets goedgekeurd, TP ingediend	IZA - TP

Waar gaat dit plan over?

Digitalisering is het Transformatieplan dat voor Midden-Nederland is opgesteld door RSO Trijn, met als opdracht een digitale slag te maken in de hele sector. Dit vraagt om doorontwikkeling van diverse systemen, in eerste instantie op regionaal niveau.

Wat is het beoogde resultaat?

Het doel is betere netwerksamenwerkingen tussen alle betrokken partijen en betere (en daarmee veilige) dossierinzage en gegevensuitwisseling van de patiënt. Daarnaast zal er gewerkt worden aan het realiseren van een basis-infrastructuur waarmee samenwerking verbeterd wordt. Ook betere communicatie naar inwoners en professionals uit zorg, en sociaal domein inclusief welzijn, vallen binnen dit project.

Wat vraagt dit van wie?

Regionaal vraagt dit de juiste samenwerking en inzet van alle sectoren, van het sociaal domein tot en met de 3^e-lijns zorg. Denk aan het ontwikkelen van relevante use cases, het opzetten van een architectuurraad en diverse werkgroepen. Ook de inwoners worden betrokken, aangezien zij geïnformeerd moeten worden over de veranderingen op digitaal gebied vanuit de zorg, sociaal domein inclusief welzijn, waaronder het veilig delen van (hun) gegevens.

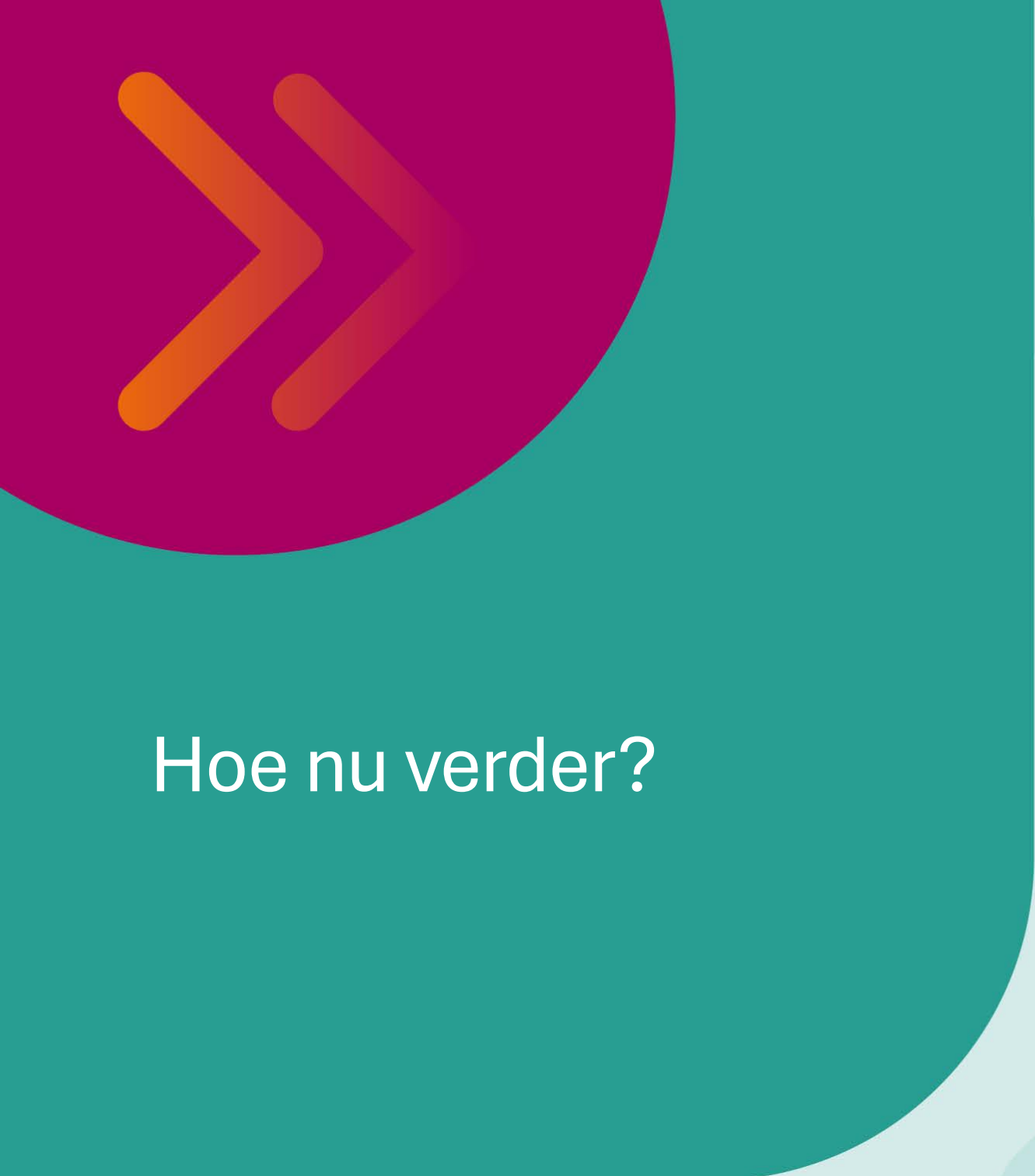
Lokaal worden samenwerkingspartners op kort termijn ondersteund op het beter inzetten van VIPLive Samenwerken om zo makkelijker te verwijzen en met elkaar digitaal te kunnen afstemmen en samenwerken.

Wat is de actuele status?

Dit wordt eerst regionaal opgepakt, het effect zal uiteindelijk merkbaar zijn in de eigen informatiesystemen.

Lokale versnelling door implementatie van en samenwerking vanuit VIPLive Samenwerken te verbeteren. UNICUM zal dit ondersteunen.





Hoe nu verder?

Met dit document ligt er een gezamenlijk beeld van de opgaven waar we als regio voor staan. Het vormt een stevige basis voor de vervolgstappen.

Om dit te realiseren zijn er (tot eind 2028) middelen en menskracht beschikbaar voor de implementatie van deze plannen. Daarmee kunnen we de beweging die lokaal al in gang is gezet versnellen. Ook kunnen we daarmee van elkaar leren: per onderwerp zijn er voorlopers die de inspiratie zijn voor de andere samenwerkingsverbanden.

Deze plannen zijn niet vrijblijvend, de bestuurders van alle betrokken organisaties hebben zich hieraan gecommitteerd. Aan elk plan zijn doelen gekoppeld die ook gemonitord zullen worden, de bestuurlijke verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de partijen verenigd in ZOU Verbonden.

Met zijn allen houden we zo de beweging vast en werken we samen aan toegankelijke, passende zorg en ondersteuning voor al onze inwoners.

Succes!



Overzicht plannen



Overzicht plannen

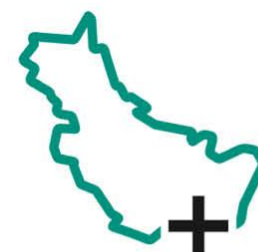
	Wat gaan we doen?	In uitvoering/opstartfase		Planvorming
	Activiteiten	Nieuw	(Door)ontwikkeling	* snelle toets ** transformatieplan ingediend *** overig
 Voorkomen waar mogelijk	- Voorlichting/scholing/campagne rond diverse gezondheid -en leefstijlthema's - Communicatie vanuit U16 - Collectieve preventie (leefstijl interventies) - Samenwerkingsafspraken sociaal domein/eerstelijns - Versterken eigen regie - Versterken sociale basis - Anders kijken naar zorg - Anders omgaan met palliatieve zorg	- Middelenpreventie jongeren - Buurt als ecosysteem	- Kansrijke Start - Valpreventie (laag/matig risico) - MTVP – positieve gezondheid - Versterken eerstelijns en sociale basis - Kind naar gezond gewicht (laag/matig overgewicht) - Welzijn op recept	- Steunsystemen* - Palliatieve zorg** - Preventie mentale gezondheid***
 Zelf waar kan	- Campagne gericht op naar elkaar omkijken - Versterken eigen regie (positieve gezondheid, reablement, etc) - Ondersteuning mantelzorgers - Inzetten van innovaties - Faciliteren en versterken bewonersinitiatieven - Versterken sociale basis	Buurt als ecosysteem	- NMG (E-Health) - NMG (peer-support)	- Van zorgen voor, naar samen doen* - Steunsystemen*
 Hulp waar nodig	- Verbeteren vindbaarheid en aanwezigheid van passende hulp en ondersteuning in de wijk - Sociaal verwijzen/ verkennend gesprek/ gesprek palliatieve zorg - Geïndiceerde preventie (screening + interventies vanuit zvw) - Wijkverpleegkundig spreekuur Gezond ouder worden (ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleging) - Versterken lokale samenwerking LSV (zorg-sociaal team- welzijn) - Logische combinatie van informatie, ruimtes voor zorg en ondersteuning en ontmoeting en duurzaamheid (ook na de TP-periode)	- NMG (verkennend gesprek) - MTVP	- Welzijn op recept - Valpreventie (hoog risico) - GLI-volwassenen (overgewicht/obesitas) - Versterken eerstelijns en sociale basis	- Kinder-GLI (onderdeel KnGG) - Digitalisering (TRIJN)** - Convenant medisch specialistische zorg
 Passende zorg waar noodzakelijk	Consulatie aan andere professionals	- NMG - Coördinatiepunt wijkverpleging - Utrechtse Zorgfabriek	Coördinatiepunt wijkverpleging	Convenant medische generalistische zorg

Meer informatie?

Voor meer informatie kan je mailen
naar je eigen contactpersoon
(zie kernteam IZA)

of naar:

info@zuidoostutrechtverbonden.nl



**Zuidoost Utrecht
Verbonden**