Zuidoost Utrecht Verbonden

De kracht van samen

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

Overzicht plannen die bijdragen aan ‘de transformatie’ in zorg en welzijn

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.

Inhoudsopgave

>> **Definities**

>> **Introductie**

>> **Plannen gelinkt aan de transformatie in zorg en welzijn**

- >> Versterken eerstelijn
- >> Ketenaanpakken
- >> 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**

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 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 eerstelijn 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), Roos Ritmeester (Ondersteuner IZA regiocoördinator), Babs Matthieu (Raedelijn).

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. Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is een aanvulling op het IZA en vervangt GALA. Het AZWA loopt tot en met 2028 en richt zich op duurzame samenwerking tussen zorg, welzijn en het sociaal domein. Met als doel gezondheid te bevorderen, de druk op de zorg te verminderen en inwoners eerder en beter te ondersteunen.

>>

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. In het verlengde hiervan wordt onder regie van de gemeenten in het najaar een Werkagenda AZWA voor de regio ZOU opgeleverd. De werkagenda is een concretere uitwerking van het AZWA en is in afstemming tussen gemeenten en netwerkpartners tot stand gekomen. De agenda bevat afspraken gericht op gezondheid, welzijn en het verkleinen van gezondheidsverschillen en beschrijft hierbij rollen, taken en verantwoordelijkheden.

Versterken eerstelijn

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Versterken eerstelijn	UNICUM	Eerstelijnszorg, sociaal domein waaronder welzijn	Uitvoering loopt	ZonMW subsidie + O&I

Waar gaat dit plan over?
Het project Versterken eerstelijn geeft invulling aan de Visie Eerstelijn 2030 en gaat over het beter samenwerken in de eerstelijn 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 eerstelijn 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 aanvullend een Regionaal Eerstelijn Samenwerkingsverband (RESV) gevormd binnen ZOU verbonden. De focus tot eind 2026 ligt op het gemandateerd en vertegenwoordigd laten aansluiten van de disciplines; het verstevigen van de verbinding tussen de monodisciplines en de huidige bestaande multidisciplinaire samenwerking lokaal en regionaal.

Wat is de actuele status?
De uitvoersubsidie loopt tot begin 2027. Er zijn inmiddels meerdere inhoudelijke initiatieven opgestart en in de uitvoer. Dit varieert van het verstevigen van de samenwerking op professional, strategisch en bestuurlijk niveau tot meer inzicht krijgen in de behoeftes van inwoners.

Ketenaanpakken

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Ketenaanpak	Gemeenten, GGD	Sociaal domein, waaronder welzijn, eerstelijn	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.

Binnen het GALA zijn meerdere ketenaanpakken waarbij het sociaal domein en de eerstelijnszorg intensief samenwerken om gezondheidsrisico's vroeg te signaleren en mensen op tijd de juiste ondersteuning te bieden:

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

De ketenaanpakken worden in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord doorontwikkeld tot basisfunctionaliteit. Een basisfunctionaliteit is een landelijk afgesproken, minimaal noodzakelijke functie op het snijvlak van het zorg- en sociaal domein en publieke gezondheid. Dat betekent dat deze ketenaanpakken structureel geborgd worden.

Deze aanpakken worden hierna separaat behandeld.

Kansrijke start

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?
Kansrijke Start richt zich op het verkleinen van gezondheids-achterstanden door al vroeg in het leven te investeren in een gezonde en veilige basis voor ieder kind. De leefomstandigheden waarin iemand wordt geboren, opgroeit, woont en werkt hebben grote invloed op de gezondheid. Vooral mensen met een lagere sociaaleconomische status worden vaker geconfronteerd met ongezonde woonomgevingen, stress en financiële zorgen. Door vroegtijdige ondersteuning kunnen achterstanden worden voorkomen.

Professionals uit het sociaal, zorg-, publiek en informeel domein werken steeds nauwer samen, zodat (toekomstige) ouders tijdig passende ondersteuning krijgen en kinderen een kansrijke start.

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.

Wat is de actuele status?
In de regio bestaan afspraken over ondersteuning aan (aanstaande) ouders, maar de mate van organisatie en borging van de samenwerking binnen Kansrijke Start verschilt per gemeente. Sommige gemeenten hebben goed functionerende coalities met structurele afspraken tussen medisch en sociaal domein, terwijl elders de samenwerking vooral op casusniveau plaatsvindt of nog in opbouw is. Het aanbod varieert eveneens, al worden interventies zoals Nu Niet Zwanger en Stevig Ouderschap overal ingezet en is in iedere gemeente een multidisciplinair overleg rond kwetsbare zwangeren aanwezig.

Het Verloskundig Samenwerkingsverband Utrecht heeft zich in 2025 verder ontwikkeld tot een regionaal verband met een vaste coördinator voor kwetsbare zwangeren, wat een belangrijke basis vormt voor verdere regionale samenwerking.

Begin 2026 is een eerste verkenning gedaan om Kansrijke Start ook regionaal te versterken, met als doel lokale initiatieven beter te verbinden, kennis te delen en ervoor te zorgen dat gezinnen overal in de regio tijdige en passende ondersteuning krijgen.

Kijk hier voor meer informatie.

Nu niet zwanger - Kansrijke start

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Nu niet zwanger - Kansrijke start	Gemeenten	Gemeente, jeugdteams, JGZ, verloskundigen, huisarts	Loopt	SPUK - GALA

Waar gaat dit plan over?
Nu Niet Zwanger (NNZ) ondersteunt mensen in de vruchtbare leeftijd bij het bewust omgaan met hun kinderwens. Door kinderwensgesprekken binnen de reguliere zorg te voeren, helpt NNZ om zwangerschappen gewenst, gepland en verantwoord te laten plaatsvinden.

Wat is het beoogde resultaat?
Het doel is dat meer mensen regie kunnen nemen over hun kinderwens en passende ondersteuning krijgen wanneer dat nodig is. Daarmee draagt NNZ bij aan Kansrijke Start, onder andere binnen de leefgebieden Kansrijk Opgroeien, Mentale Gezondheid, Verminderen van Gezondheidsverschillen en Leefstijl.

Wat vraagt dit van wie?
NNZ vraagt om betrokkenheid van professionals in zowel het sociaal als medisch domein. Zij voeren kinderwensgesprekken, herkennen ondersteuningsbehoeften en verwijzen waar nodig door.
Organisaties dienen de methodiek structureel te borgen in beleid, werkprocessen en scholing.

Wat is de actuele status?
Sinds 2023 wordt NNZ regionaal ingekocht bij de GGDrU en is een stevige basis opgebouwd: 479 professionals uit 136 organisaties zijn getraind, en er zijn samenwerkingsafspraken met 60 huisartsen, eerstelijns verloskundigen en vier ziekenhuizen. Steeds meer organisaties binnen ZOU werken met de methodiek en voeren zelf kinderwensgesprekken. Verdere organisatiebrede borging is in ontwikkeling, maar de regionale infrastructuur staat stevig.

Integrale Gezinspoli - Kansrijke start

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Integrale Gezinspoli - Kansrijke start	Gemeenten	Gemeente, jeugdteams, JGZ, verloskundigen, huisarts	Verkenning kansen op ZOU-niveau	SPUK - GALA

Waar gaat dit plan over?
De Integrale Gezinspoli (IGP) is een sociaal-medische samenwerkingsstructuur voor (aanstaande) gezinnen in kwetsbare of complexe omstandigheden. Omdat ondersteuning nu vaak versnipperd is over verschillende domeinen, worden signalen niet altijd tijdig opgepakt en sluit hulp niet goed op elkaar aan. De IGP brengt geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein samen, zodat gezinnen eerder passende ondersteuning krijgen – ook bij complexe situaties of wanneer men er lokaal niet uitkomt.

Wat is het beoogde resultaat?
De IGP moet zorgen voor een samenhangend, integraal en domeinoverstijgend ondersteuningsaanbod. Door expertise laagdrempelig beschikbaar te maken en gezamenlijk te werken, worden problemen sneller gesignaleerd, escalaties voorkomen en ontvangen gezinnen overal in de regio tijdig de juiste zorg, ongeacht waar zij in beeld komen.

Wat vraagt dit van wie?
De IGP vraagt om structurele samenwerking tussen gemeenten, jeugdgezondheidszorg, geboortezorg en het sociaal domein. Professionals stemmen gezamenlijk af, delen expertise en organiseren ondersteuning als één netwerk. Regionale afspraken over schaalniveau, werkwijze en implementatie zijn nodig om de IGP duurzaam te verankeren.

Wat is de actuele status?
In ZOU is nog geen Integrale Gezinspoli ingericht. Er is wel samenwerking tussen zorg, JGZ en het sociaal domein, maar deze is nog niet structureel georganiseerd volgens de uitgangspunten van een IGP. De regio staat aan het begin van de ontwikkeling: de komende jaren wordt stapsgewijs toegewerkt naar een passende inrichting, voortbouwend op bestaande initiatieven en geïnspireerd door regio's die al verder zijn. Samen met gemeenten, JGZ en het VSV Utrecht wordt bepaald op welk schaalniveau de IGP het beste kan worden georganiseerd en welk gefaseerd tijdpad nodig is voor implementatie.

Het doel is een stevig regionaal netwerk dat gezinnen in kwetsbare én complexe situaties tijdig, integraal en passend ondersteunt.

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	Implementatiefase	SPUK – GALA +SPUK-IZA + ZVW

Waar gaat dit plan over?
Kind naar Gezonder 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 werkeloosheid of schulden) of opvoedstress binnen het gezin.

Wat is het beoogde resultaat?
Het doel is dat kinderen en gezinnen tijdig passende ondersteuning krijgen bij overgewicht en obesitas. Door preventie, zorg en ondersteuning beter te verbinden, draagt KnGG bij aan een gezondere leefstijl, een gezonde leefomgeving en het voorkomen van gezondheidsproblemen op latere leeftijd.

Wat vraagt dit van wie?
In deze aanpak staan het kind en zijn of haar gezin centraal. De samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg, medisch domein 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. De Centrale Zorgverlener (CZV) via de JGZ speelt hierbij een coördinerende rol voor gezinnen met complexe problematiek en zorgt voor samenhang tussen zorg en ondersteuning.

Wat is de actuele status?
Sinds 2025 zijn alle gemeenten in regio ZOU gestart met de implementatie van de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG). In iedere gemeente werkt een lokaal kernteam aan de inrichting van de aanpak en aan de samenwerking tussen gemeenten, JGZ, scholen, welzijnsorganisaties, sportaanbieders en zorgprofessionals. De regionale contractering van de Centrale Zorgverlener (CZV) via de JGZ is vergevorderd en de inzet van deze functie start na de zomer. Ook worden verwijsroutes en samenwerkingsafspraken verder uitgewerkt en zijn in enkele gemeenten al lokale beweeg- en ondersteuningsprogramma's beschikbaar.

Tegelijkertijd zijn er nog belangrijke ontwikkelopgaven. Zo is de inkoop van de kinder-GLI nog niet gestart waardoor nog geen volledig dekkend leefstijlaanbod beschikbaar is. Daarnaast vraagt de structurele financiering van de aanpak, de beperkte vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet en de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde aanbieders blijvende aandacht. Positief is dat de aanpak is opgenomen in de ontwikkelagenda van het AZWA waarvoor middelen beschikbaar zijn tot 2030. Daarmee is een belangrijke basis gelegd om de aanpak verder te versterken, met de ambitie deze op termijn door te ontwikkelen tot een duurzame basisfunctionaliteit binnen het zorg- en welzijnslandschap.

Kijk hier voor meer informatie.

Aanpak overgewicht en obesitas volwassenen

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

Waar gaat dit plan over?
De aanpak Overgewicht en Obesitas Volwassenen richt zich op het terugdringen van overgewicht en obesitas door inwoners duurzaam te ondersteunen bij het ontwikkelen en behouden van een gezonde leefstijl. Overgewicht ontstaat vaak door een combinatie van leefstijl, welzijn en leefomgeving en vraagt daarom om een integrale aanpak. Deze aanpak is opgenomen als basisfunctionaliteit in het AZWA, waardoor regio's deze ketenaanpak structureel moeten doorontwikkelen.

Wat is het beoogde resultaat?
Het doel is dat inwoners eerder passende ondersteuning krijgen bij het verbeteren van hun leefstijl, zodat het risico op overgewicht en obesitas afneemt en gezondheidsproblemen zoveel mogelijk worden voorkomen. De GLI wordt daarbij gepositioneerd als verdiepend traject binnen een bredere keten, waarin preventie, zorg en sociaal domein logisch op elkaar aansluiten.

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.

Wat is de actuele status?
In alle gemeenten is GLI-aanbod beschikbaar en wordt lokaal gewerkt aan het stimuleren van sport en bewegen, bijvoorbeeld via wandelgroepen, beweegroutes en programma's voor mensen met een chronische aandoening. De GLI wordt veel gebruikt en in sommige gemeenten zijn wachtlijsten. De ketenaanpak is nog in ontwikkeling: de verbinding tussen sociaal en medisch domein kan verder worden versterkt. De komende jaren wordt gewerkt aan een betere positionering van de GLI, sterkere verbindingen tussen preventie, zorg en sociaal domein en een structureel geborgde ketensamenwerking, passend bij de AZWA-basisfunctionaliteit.

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 1e lijn	Loopt	SPUK GALA + GF + BW

Waar gaat dit plan over?
Sociaal Verwijzen helpt inwoners om, wanneer gezondheids- of welzijnsvragen samenhangen met sociale omstandigheden, passende ondersteuning te vinden buiten het medische domein. De aanpak versterkt de samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeenten, zodat inwoners sneller worden toegeleid naar activiteiten, ondersteuning en voorzieningen die bijdragen aan gezondheid, welzijn, participatie en zelfredzaamheid. In onze regio voeren we dit meestal uit onder de naam Welzijn op Recept.

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?
Sociaal Verwijzen vraagt om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorg- en welzijnspartners. Naast huisartsen en praktijkondersteuners worden ook andere eerstelijnsprofessionals, zoals fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten, ergotherapeuten en wijkverpleegkundigen betrokken bij signalering en verwijzing. Gemeenten en welzijnsorganisaties zorgen voor een passend lokaal aanbod en voldoende capaciteit voor begeleiding en toeleiding. Daarbij speelt de brugfunctionaris een belangrijke verbindende rol tussen inwoners, zorg en het sociaal domein.

Wat is de actuele status?
In 2025 hebben de regio's ZOU Utrecht, Lekstroom en Utrecht West gezamenlijk een regionaal plan voor Sociaal Verwijzen opgesteld. Hiermee is een gedeelde ambitie en een minimale regionale basis voor de aanpak vastgelegd. De komende jaren wordt de bestaande infrastructuur van Welzijn op Recept verder verbreed naar een aanpak die toegankelijk is voor inwoners van alle leeftijden en die een groter netwerk van verwijzers omvat.

De uitgangssituatie verschilt per gemeente. In sommige gemeenten is Sociaal Verwijzen al stevig verankerd en is, mede dankzij tijdelijke middelen, voldoende capaciteit beschikbaar. In andere gemeenten zijn verdere investeringen nodig in bekendheid, verwijsprocessen, capaciteit en aansluiting op het lokale aanbod. Daarom wordt de regionale ambitie lokaal uitgewerkt, passend bij de behoeften en bestaande infrastructuur van iedere gemeente.

Sociaal Verwijzen wordt daarbij niet alleen gezien als een zelfstandige aanpak, maar ook als een belangrijke versterker van andere opgaven binnen het zorg- en welzijnsdomein. De aanpak ondersteunt de signalering, toeleiding en opvolging binnen onder meer valpreventie, de aanpak van overgewicht, mentale gezondheid en het versterken van sociale netwerken. Daarmee vormt Sociaal Verwijzen een verbindende schakel tussen verschillende basisfunctionaliteiten.

De komende periode ligt de focus op het versterken en verduurzamen van de lokale infrastructuur, met als streven een minimale capaciteit van 0,5 fte brugfunctionaris per 20.000 inwoners. Vanuit het AZWA zijn de beschikbare middelen momenteel nog beperkt, maar deze nemen naar verwachting de komende jaren toe. Dit biedt kansen om Sociaal Verwijzen verder door te ontwikkelen tot een duurzame basisfunctie binnen de verbinding tussen zorg, welzijn en het sociaal domein.

Valpreventie

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Valpreventie	Gemeenten en UNICUM	1e 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 **of maatregelen nodig zijn om het risico op vallen te verlagen.**

Wat is het beoogde resultaat?
Het beoogde resultaat is het **verlagen van het aantal valpartijen, in het bijzonder valpartijen met letsel**. De aanpak loopt sinds 2025 en richt zich nu vooral op het verbeteren van de communicatie en bekendheid 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.

De formele zorgketen loopt. Nu is het van belang om:

- de bewustwording over valpreventie verder te vergroten en te zorgen voor voldoende beweegaanbod voor mensen met een laag, matig of hoog valrisico;
- zorgprofessionals en oudere inwoners beter bewust te maken van het belang van valpreventie, het testen van het valrisico en gericht trainen. De gedachte dat vallen nu eenmaal bij ouder worden hoort, is hardnekkig en moet worden doorbroken.

Kijk hier voor meer informatie.

Middelenpreventie jongeren – ZOU er alles aan doen!

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?
‘ZOU er alles aan doen’ is het regionale programma voor middelenpreventie onder jongeren in ZOU Utrecht. De aanpak richt zich op het voorkomen van alcohol-, tabaks-, vape-, drugs- en gokgebruik onder jongeren en jongvolwassenen tot 25 jaar. Het programma is in 2024 gestart vanuit het IZA en GALA en wordt uitgevoerd door gemeenten, GGDrU en Jellinek in samenwerking met scholen, jongerenwerk, sportverenigingen, ouders en andere partners in de leefomgeving van jongeren.

Wat is het beoogde resultaat?
Jongeren ondersteunen om gezond op te groeien en middelengebruik zoveel mogelijk te voorkomen of uit te stellen. De aanpak richt zich op bewustwording, normverandering, vroegsignalering en het versterken van beschermende factoren in de leefomgeving van jongeren. Het programma draagt bij aan een gezonde leefstijl, het voorkomen van verslavingsproblematiek en het versterken van de mentale en fysieke gezondheid van jongeren.

Wat vraagt dit van wie?
De aanpak vraagt om een gezamenlijke inzet van gemeenten, GGDrU, Jellinek, scholen, jongerenwerk, sportverenigingen, ouders, zorg- en welzijnsprofessionals, horeca en veiligheidspartners. Professionals worden geschoold in signalering en vroegtijdige ondersteuning van jongeren met beginnende problematiek. Betrokken organisaties werken aan bewustwording, preventieve activiteiten, passend beleid en een omgeving waarin gezond gedrag wordt gestimuleerd en middelengebruik minder vanzelfsprekend is.

Wat is de actuele status?
In 2024 is het meerjarige programma ‘ZOU er alles aan doen’ gestart. Inmiddels werken gemeenten, GGDrU en Jellinek regionaal samen aan bewustwording, deskundigheidsbevordering, vroegsignalering, preventieve interventies en netwerkontwikkeling. Zorg- en welzijnsprofessionals, sportverenigingen en horecaondernemers worden getraind en het thema wordt steeds vaker ingebed in bestaande structuren zoals de Gezonde School-aanpak en Helder op School.

Middelenpreventie is momenteel geen formele basisfunctionaliteit binnen het AZWA. Tegelijk wordt de aanpak regionaal gezien als een belangrijke investering in een gezonde leefstijl en het voorkomen van zwaardere zorg- en ondersteuningsvragen op latere leeftijd. De ambitie is daarom de aanpak als meerjarig programma voort te zetten en te versterken. Dit is van belang omdat alcoholgebruik, vapen en drugsgebruik in de samenleving steeds meer genormaliseerd lijken, waardoor duurzame gedragsverandering alleen mogelijk is met een langdurige, consistente inzet van alle betrokken partners.

Meer informatie vind je hier.

Palliatieve zorg

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Palliatieve Zorg	UNICUM	Huisartsen, wijkverpleegkundigen, hospices, verpleeg- en verzorgingstehuizen en ziekenhuizen	Loopt	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 afspraken op alle niveaus, deskundigheidsbevordering, digitale ondersteuning, passende financiering en maatschappelijke bewustwording.

Wat is het beoogde resultaat?
Proactieve zorgplanning (PZP) 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 en ongewenst 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 en het uitwisselen van PZP gegevens.

Wat is de actuele status?
Dit plan loopt sinds 2026. Er is een scholingsplan. Ook wordt er gewerkt aan bewustwordingsacties om markeren van de palliatieve fase te bevorderen. In 2026 worden digitale ondersteuningstools afgewogen en getest. Vanaf 2027 zullen er op lokaal niveau afspraken worden gemaakt over het uitwisselen van PZP gegevens.

MTVP: Meer Tijd Voor de Patiënt

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
MTVP	UNICUM	Huisartsen, 1e 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, Diakonessenhuis, UMCU	Huisartsen, medisch specialisten en eerstelijnszorgverleners	Goedgekeurd, plan is in uitvoering	IZA – TP ingediend

Waar gaat dit plan over?
Het programma Utrechtse Fabriek voor Zorgtransformatie werkt aan passende zorg en betere samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen in Midden-Nederland. RegiozorgNU, Sterkz.org, Unicum, het Diakonessenhuis, St. Antonius Ziekenhuis en het UMC Utrecht ontwikkelen tot eind 2027 acht tot tien transmurale zorgpaden. Het doel is zorg slimmer te organiseren, zodat patiënten sneller op de juiste plek terechtkomen en schaarse capaciteit beter wordt benut.

Wat is het beoogde resultaat?

- 10 transmurale zorgpaden.
- Per zorgpad ongeveer 4 deelprojecten en circa € 200.000 aan ruimte voor nieuwe zorg.
- Minder ligdagen, eerste polibezoeken, herhaalconsulten en dagbehandelingen waar dat verantwoord is.
- Ongeveer 40 concrete verbeteringen.
- Implementatie binnen ongeveer 2,5 jaar.
- Dat betekent: niet alleen nieuwe werkwijzen ontwikkelen, maar deze ook daadwerkelijk invoeren en borgen in de regio.

Wat vraagt dit van wie?
Alle huisartsenpraktijken krijgen de komende tijd te maken met nieuwe transmurale werkafspraken. Niet alle veranderingen worden tegelijk ingevoerd; per zorgpad wordt bekeken welke praktijken wanneer betrokken zijn. Afhankelijk van de fase van een zorgpad kan gevraagd worden om:

- Mee te denken over de inrichting van een nieuwe werkwijze;
- Deel te nemen aan een pilot of implementatie;
- Regionale werkafspraken toe te passen;
- Ervaringen en knelpunten terug te koppelen;
- Waar nodig gegevens aan te leveren om de effecten te monitoren.

Praktische uitvoerbaarheid in de huisartsenpraktijk is een belangrijk uitgangspunt. Daarom worden huisartsen en andere eerstelijns-partners betrokken bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de zorgpaden. Unicum informeert praktijken tijdig over veranderingen, organiseert de regionale afstemming en ondersteunt de implementatie van nieuwe werkwijzen.

Wat is de actuele status?
Dit plan in in het najaar van 2025 gestart.

Meer informatie vind je hier

Netwerk Mentale Gezondheid

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Netwerk Mentale Gezondheid	Altrecht	Huisartsenzorg, Sociaal domein, GGZ en verslavingshulp, Steunpunten, peersupport en ervaringsdeskundigheid	Goedgekeurd en implementatiefase gestart	IZA – TP

Waar gaat dit plan over?
Dit plan richt zich op een duurzaam samenwerkingsverband tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de regio Midden-Nederland. Het richt zich op een beweging naar mentale gezondheid en welbevinden, waarbij het eigen vermogen van inwoners om met uitdagingen om te gaan centraal staat. In plaats van direct te focussen op diagnoses, verkennen professionals uit verschillende domeinen samen met de inwoner en hun naasten welke ondersteuning echt passend is. Deze integrale aanpak organiseert zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk in de eigen leefomgeving van de inwoner.

Wat is het beoogde resultaat?

- In 2028 heeft elke inwoner in de regio binnen vier weken toegang tot passende zorg of ondersteuning.
- Er is een sluitend netwerk gerealiseerd waarin formele en informele zorgpartijen gelijkwaardig samenwerken aan herstel.
- De instroom naar de gespecialiseerde GGZ wordt verlaagd door de inzet van verkennende gesprekken en betere toeleiding naar het sociaal domein.
- Door vroege interventie en preventie, zoals bij risicogroepen (KOPP/KOV), wordt verergering van klachten voorkomen.
- Wachttijden worden verkort door een beter inzicht in en optimaal gebruik van de beschikbare regionale capaciteit.
- Inwoners ervaren meer eigen regie over hun leven doordat de focus verschuift van ziekte naar welbevinden en Positieve Gezondheid.
- Er is een dekkend aanbod van laagdrempelige steunpunten en peer support, met in elke subregio minimaal één herstelacademie.
- Digitale zelfhulp en online consultaties zijn volledig geïntegreerd, waardoor ondersteuning makkelijker vindbaar en toegankelijk is.
- De samenwerking tussen professionals is versterkt door structurele consultatiemogelijkheden tussen de GGZ, huisartsen en het sociaal domein.

Wat vraagt dit van wie?
Dit vraagt een nauwe samenwerking, een gezamenlijke verantwoordelijkheid, inzet en vertrouwen van:

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

Wat is de actuele status?
Het NMG is inmiddels gestart in ZOU. Er is een netwerk mentale gezondheid in ZOU met als onderdeel een netwerk van GGZ-instellingen. In vier van de vijf gemeenten zijn we gestart met verkennende gesprekken. Met het domein overstijgende casuïstiek is gestart samen met regio Lekstroom en er is uitbreiding van laagdrempelige steunpunten in de regio. Preventiegroepen worden verder uitgebreid en de uitbreiding van consultatie voor sociaal domein en huisartsen is inmiddels gestart. Meer informatie vind je hier.

Gezond ouder worden

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
Dit 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.

Manifest
Naast de concrete plannen en acties binnen het thema Gezond ouder worden vormt het manifest "ZOU doen we het samen!" een overkoepelend, gezamenlijk gedragen visie- en gedragsfundament voor de regio ZOU Utrecht.

Dit manifest is in december 2025 door de samenwerkende partijen binnen ZOU Utrecht Verbonden officieel bekrachtigd en ondertekend en dient als kompas voor de beweging naar een zorgzame, veerkrachtige en zelfstandige samenleving. Het manifest benadrukt — in aansluiting op het gedachtegoed van positieve gezondheid en reablement — het belang van:

- het bevorderen van sociale samenhang en gemeenschapskracht;
- het versterken van eigen regie en veerkracht van inwoners;
- het ondersteunen van een betekenisvol leven, juist ook vóórdat er sprake is van een zorgvraag;
- het stimuleren van herstelgerichte en veerkrachtversterkende zorg en ondersteuning;
- en het samenwerken over domeinen heen, vanuit de leefwereld van inwoners (in plaats van systemen).

Deze gezamenlijke visie sluit naadloos aan bij om inwoners te helpen zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren en een waardevol leven te leiden, ondersteund door een sterk netwerk van professionals, vrijwilligers en informele contacten. Door het manifest expliciet te benoemen wordt de relatie gelegd tussen de regionale samenwerking en de concrete plannen, waardoor dit thema wordt gekoppeld aan een breed gedeeld en richtinggevend kader.

Bekijk hier het manifest op de website van ZOU Utrecht Verbonden.

Steunsystemen en gemeenschapskracht

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Steunsystemen en gemeenschapskracht	Regio: IVVU Per gemeente een lokale trekker	Inwoners, VVT-organisaties, welzijn, gemeente	In uitvoering	IVVU en gemeenten

Waar gaat dit plan over?
Sinds 2021 werken ouderenzorgorganisaties in de regio aan de ontwikkeling van dorps- en wijkgerichte steunsystemen. Waar deze initiatieven aanvankelijk vooral vanuit individuele VVT-organisaties werden opgezet, is de beweging inmiddels doorontwikkeld naar een gelijkwaardige samenwerking tussen inwoners, welzijnsorganisaties, eerstelijnszorg, gemeenten en VVT-organisaties.

Centraal staat niet langer de vraag hoe professionele organisaties een ondersteuningssysteem kunnen organiseren, maar hoe inwoners samen met lokale partners bouwen aan een sterke en betrokken gemeenschap. In zorgzame buurten kennen mensen elkaar, kijken zij naar elkaar om en weten zij elkaar te vinden wanneer ondersteuning nodig is. De kracht, kennis en initiatieven van inwoners vormen daarbij het vertrekpunt. Zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten en andere partners sluiten hierop aan en ondersteunen waar dat nodig is. De aanpak draagt bij aan het langer zelfstandig en prettig thuis wonen van ouderen, het versterken van sociale verbindingen en het voorkomen of uitstellen van professionele zorg.

Gemeenschapskracht kent geen blauwdruk. Iedere buurt of ieder dorp bouwt voort op wat al aanwezig is: de inwoners, bestaande initiatieven, vrijwilligers, verenigingen en lokale organisaties. Daardoor verschilt de aanpak per wijk, terwijl de gezamenlijke ambitie overal hetzelfde is: sterke, zorgzame buurten waarin mensen langer prettig en zelfstandig kunnen wonen.

Wat is het beoogde resultaat?
Het beoogde resultaat is dat duurzame lokale gemeenschappen ontstaan waarin:

- inwoners meer eigenaarschap nemen en actief bijdragen aan hun buurt;
- ouderen zich voorbereiden op het ouder worden;
- ontmoeting, onderlinge hulp en vrijwilligersinzet worden versterkt;
- sociale eenzaamheid en kwetsbaarheid eerder worden gesignaleerd;
- hulpvragen zo veel mogelijk binnen het eigen netwerk en de buurt worden opgepakt;
- formele zorg en ondersteuning aanvullend worden ingezet wanneer dat nodig is;
- inwoners en organisaties weten waar zij met vragen en initiatieven terechtkunnen.

Wat vraagt dit van wie?
Inwoners, ouderenorganisaties, welzijnsorganisaties, gemeenten en huisartsen/POH's spelen een belangrijke rol in dit plan.

Wat is de actuele status?
Via de IVVU is er financiering beschikbaar gesteld voor vijf projecten in de regio die hierin aan bijdragen. Dit zijn:

- Zorg in de Buurt in Bunnik;
- G'oud Geregeld in Leersum;
- Buurtgericht Steunsysteem De Bilt;
- Buurtgericht Steunsysteem Zeist;
- Naar de Wij in de Wijk in Zeist.

De projecten richten zich onder meer op ontmoetingsplekken, buurtgerichte netwerken, digitale informatievoorziening, gesprekken over krachtig ouder worden, het versterken van informele netwerken en het gezamenlijk ontwikkelen van een lokale aanpak voor 2027 en verder.

Zorginnovaties in de thuiszorg

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Domeinoverstijgend innoveren	IVVU	wijkverpleging, huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals	In uitvoering	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 2026 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.

Coördinatiepunt wijkverpleging

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Coördinatie Wijkverpleging	Santé Partners	Wijkverpleging, huisartsen, op termijn ook ziekenhuizen	In uitvoering	ZonMW, ZvW

Waar gaat dit plan over?
Het Coördinatiepunt Wijkverpleging ondersteunt verwijzers bij het vinden van passende wijkverpleging wanneer een zorgvraag niet direct kan worden geplaatst bij de voorkeursaanbieder. De aanvraag wordt regionaal uitgezet, waardoor niet iedere wijkverplegingsorganisatie afzonderlijk hoeft te worden benaderd. Dit vermindert de administratieve belasting voor verwijzers en draagt bij aan een snellere inzet van passende zorg.

Inmiddels is ook de gespecialiseerde wijkverpleging aangesloten op het coördinatiepunt. Hierdoor kan voor een bredere groep zorgvragen passende ondersteuning worden gevonden.

Wat is het beoogde resultaat?
Het coördinatiepunt zorgt ervoor dat inwoners sneller toegang krijgen tot passende wijkverpleging en dat beschikbare capaciteit binnen de regio beter wordt benut. Daarbij blijft de lokale samenwerking het uitgangspunt: iedere verwijzing start bij de voorkeursaanbieder van de inwoner. Alleen wanneer daar geen ruimte beschikbaar is, wordt het coördinatiepunt ingezet om een alternatief te vinden. Op termijn wordt onderzocht of inwoners ook zelf een aanvraag kunnen indienen via het coördinatiepunt.

Wat vraagt dit van wie?
Wijkverplegingsorganisaties werken samen binnen het regionale coördinatiepunt en zorgen voor een actuele beschikbaarheid van capaciteit.

Huisartsen kunnen het coördinatiepunt inzetten wanneer plaatsing bij de voorkeursaanbieder niet mogelijk is. De deelnemende organisaties maken gezamenlijk afspraken over werkwijze, bereikbaarheid en doorbemiddeling.

Wat is de actuele status?
Het Coördinatiepunt Wijkverpleging ZOU Utrecht is volledig operationeel en wordt dagelijks gebruikt door huisartsen en wijkverplegingsorganisaties. Inmiddels is ook de gespecialiseerde wijkverpleging aangesloten.

Coördinatiepunt Wijkverpleging in de regio Lekstroom is augustus 2026 gestart. Daarnaast wordt verkend hoe de dienstverlening in de toekomst verder kan worden uitgebreid, bijvoorbeeld door inwoners de mogelijkheid te bieden zelf een ondersteuningsverzoek in te dienen.

Buurt als Ecosysteem

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Buurt als Ecosysteem	Santé namens wijk-alliantie	Alle partners in Wijk bij Duurstede	In uitvoering	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 (eerstelijn, 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 buren 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 eerstelijn, 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?
Dit plan is in uitvoer. 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	In uitvoering	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 goedgekeurd en in uitvoering is gegaan.

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	In uitvoering	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 3e-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 regionaal opgepakt, het effect zal uiteindelijk merkbaar zijn in de eigen informatiesystemen.

Lokale versnelling door implementatie van en samenwerking vanuit VIPLive Samenwerken te verbeteren. Dit betreft zowel zorg als sociaal domein. UNICUM zal dit ondersteunen.

De usecases ontwikkelen zich stap voor stap verder. Er is duidelijk voortgang zichtbaar op het behalen van de KPI's. De eerste drie KPI's zijn inmiddels volledig gerealiseerd. De bijbehorende resultaten zijn beoordeeld en officieel goedgekeurd door Zilveren Kruis.

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?	Plan of programma
	• 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 • Versterken eerstelijn en sociale basis • Kind naar gezond gewicht (laag / matig gewicht) • Welzijn op recept • Steunsystemen en gemeenschapskracht • Palliatieve zorg • Preventie mentale gezondheid • Nu niet zwanger • Integrale gezinspoli
	• 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) • Steunsystemen en gemeenschapskracht
	• 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 eerstelijn en sociale basis • Kinder-GLI (onderdeel KnGG) • Digitalisering TRIJN • Convenant medisch specialistische zorg
	• Consultatie aan andere professionals	• NMG • Coördinatiepunt wijkverpleging • Utrechtse Zorgfabriek • Convenant medisch specialistische zorg • Kortdurend verblijf (GRZ)

Meer informatie?

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

of naar:

info@zuidoostutrechtverbonden.nl

Zuidoost Utrecht Verbonden