

Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom
Programmateam IZA



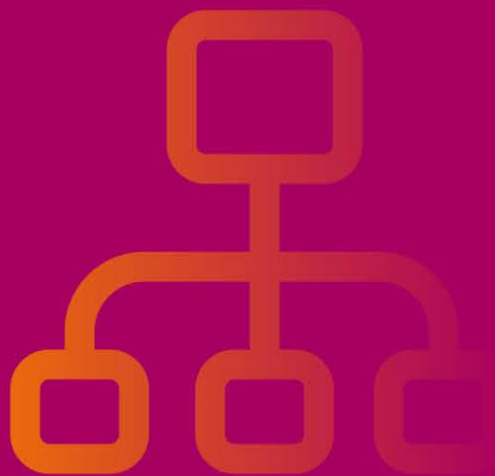
Overzicht plannen die bijdragen
aan 'de transformatie' in
zorg en welzijn

De kracht van samen

Lokale en regionale verbinding
Lekstroom in zorg en sociaal
domein

Versie: september 2026. Dit document wordt zo nodig, regelmatig aangepast.
De meest actuele versie is te vinden op:
<https://www.regiolekstroom.nl/programmas/iza-en-gala-regio-lekstroom>





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

>> Ketenaanpakken

>> Palliatieve zorg

>> MTVP: Meer Tijd Voor de Patiënt

>> De Utrechtse Fabriek voor Zorgtransformatie

>> Netwerk Mentale Gezondheid

>> Reablement

>> Steunsystemen en gemeenschapskracht

>> Zorginnovatie in de thuiszorg

>> Wonen Plus

>> Coördinatiepunt wijkverpleging

>> Geclusterde wijkverpleging

>> Kortdurend verblijf/GRZ

>> Digitalisering – fundament onder de gehele beweging

>> Hoe nu verder?

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.

Eerstelijns

Daar waar we spreken over de eerstelijns 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 eerstelijns 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, publieke 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).

Definitie





Introductie

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

Deze gezamenlijke opgave verbindt ons al jaren: zorg- en hulpverleners uit de zorgsector en het sociaal domein. In een tijd waarin de zorgvraag groeit, terwijl personeelstekorten stijgen, is samenwerking belangrijker dan ooit. Deze opgave 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.

Om het doel te bereiken, moeten professionals – die elkaar overigens al steeds beter weten te vinden - vanuit de verschillende domeinen samenwerken: van eerste- en tweedelijnszorg tot hulp en ondersteuning. Naast een transformatie in de formele zorg en ondersteuning is het ook nodig om de sociale basis te versterken.

Een sterke sociale basis is onmisbaar voor de ingezette beweging die we in de regio maken; naar meer inzetten op voorkomen dan genezen en kijken welke vragen niet per se door zorgprofessionals hoeven te worden opgepakt. De kracht van (bestaande) bewonersinitiatieven, vrijwilligers, mantelzorgers en andere vormen van informele zorg, is onmisbaar. Omdat ze bijdragen aan veerkrachtige gemeenschappen, waarin inwoners elkaar ondersteunen. Om 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.



Programmateam IZA Lekstroom: Juan Al-Sahi (programma ondersteuner), Esmée Doets (coördinator Ketenaanpakken), Elske Faber (programmatrekker Sociaal Domein en Eerstelijns), Ilse Zuurhout (programmatrekker Gezond ouder worden), Arthur Kocken (programmamanager), Kitty van Elst en Saskia Marree (netwerkleiders Mentale Gezondheid), Penny Nugteren (programmasecretaris), Frederike Bakker (gemeentelijk coördinator Gezond ouder worden), Eva Janssen - van Bennekom (gemeentelijk coördinator Sociaal Domein en Eerstelijns & Mentale Gezondheid).



Regionale plannen, lokale uitvoering

In de afgelopen jaren is al op verschillende manieren gewerkt aan deze opgave, lokaal en regionaal. Vanuit IZA, GALA (tot eind 2026) en AZWA zijn aanvullende middelen beschikbaar om deze beweging te versnellen via regionale plannen. Deze regionale plannen sluiten aan op dat wat op veel plekken al is opgestart.

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 voldoende draagvlak, samenhang en uitvoeringskracht. Dit vraagt om heldere keuzes, goede afstemming en gezamenlijke regie: wie doet wat, wanneer, en hoe bouwen we voort op dat wat de afgelopen jaren al is neergezet.



Inspiratiebron

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.

Tot slot wijzen we erop dat samenwerken met veel verschillende sectoren, ook betekent dat we leren elkaars taal te spreken. We hebben ons best gedaan om in dit document al zoveel mogelijk uit te gaan van gezamenlijke taal, maar mogelijk is dat nog niet overal gelukt. Schroom niet om vragen te stellen als je iets niet begrijpt, dat kan in de sessies maar vooral ook in gesprek met je lokale partners!

Voor wie is dit document?

Dit document is voor iedereen die lokaal betrokken is bij de gezamenlijke transformatie in het sociaal domein (incl. welzijn) en de zorg. Denk hierbij aan huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers, GGZ-medewerkers, medewerkers vanuit het sociaal domein, GGD, en ook aan peersupportorganisaties, vrijwilligers en bewonersinitiatieven.

In een aantal gemeenten in de regio Lekstroom werken veel van deze betrokkenen al samen in een multidisciplinair Lokaal Samenwerkingsverband (LSV).

Wat biedt dit document?

Dit document biedt een overzicht van de verschillende plannen die bijdragen aan de beweging naar meer eigen regie en passende ondersteuning & zorg in de regio Lekstroom. De status van deze plannen verschilt, dit document is dan ook een “levend” document. Het document wordt elk jaar bijgewerkt wanneer er nieuwe ontwikkelingen zijn, de datum van de laatste actualisatie is steeds zichtbaar.

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 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

Vanuit de regio Lekstroom is met vier andere regio's een plan opgesteld voor de gezamenlijke regio Midden-Nederland. Daarin is een uitwerking gegeven van de landelijke akkoorden. Centraal in dit regioplan staat de beweging die we samen willen versterken:



In de regio Lekstroom zijn al veel inspirerende voorbeelden van deze beweging zichtbaar. Door deze voorbeelden met elkaar te delen en aan te vullen met de regionale plannen, kunnen we écht verschil maken. Dat doen we door samen te werken, over domeinen heen te kijken én elkaar te 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)



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?

Samenhang tussen de plannen

De plannen in dit document hebben eigen doelstellingen, doelgroepen en acties. Tegelijkertijd zijn er onderwerpen die in meerdere plannen terugkomen. Deze onderwerpen zullen in samenhang worden opgepakt en uitgevoerd, zodat de verschillende plannen elkaar versterken. Dit vraagt om goede afstemming tussen de betreffende plannen en betrokken partijen. De bestuurders in de Werkplaats Lekstroom sturen daarom op de volgende vier gewenste veranderingen:

1. Versterken van zorgzame gemeenschappen

Het ondersteunen van initiatieven die bijdragen aan onderlinge betrokkenheid, informele netwerken en samenwerking tussen inwoners, vrijwilligers, welzijn en zorg.

2. Betere (digitale) vindbaarheid van ondersteuning & zorg

Het verbeteren van de vindbaarheid van informatie en ondersteuning & zorg voor inwoners en professionals, zodat sneller passende hulp kan worden gevonden.

3. Bewuste spreiding van voorzieningen

Het versterken en beter benutten van voorzieningen en ontmoetingsplekken in wijken en dorpen, zodat informatie, ondersteuning & zorg dichtbij inwoners beschikbaar zijn.

4. Vergroten van zelfredzaamheid en eigen regie

Het ondersteunen van inwoners om zo lang mogelijk zelfstandig regie te houden over hun leven, met passende ondersteuning wanneer dat nodig is.



Versterken eerstelijns

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Versterken eerstelijns	UNICUM	Eerstelijnszorg, sociaal domein waaronder welzijn	Uitvoering loopt	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 Lekstroom 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 binnen het regionale samenwerkingsverband Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom.

Wat vraagt dit van wie?

In (vrijwel) alle gemeenten bestaat al enige tijd een LSV: een multidisciplinair 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 de [Bestuurlijke werkplaats Lekstroom](#) wordt aanvullend een Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV) gevormd. 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 het beter begrijpen van de behoefte van de inwoner. Voorbeelden van initiatieven zijn het opzetten en implementeren van een integrale wijkscan en inrichten en implementeren van een regionaal coördinatie punt wijkverpleging.



Ketenaanpakken

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
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.

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.



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

Waar gaat dit plan over?

Kansrijke Start richt zich op het verkleinen van gezondheidsachterstanden 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 Lekstroom werken met de methodiek en voeren zelf kinderwensgesprekken. Verdere organisatiebrede borging is in ontwikkeling, maar de regionale infrastructuur staat stevig.



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Integrale Gezinspoli - Kansrijke start	Gemeenten	Gemeente, jeugdteams, JGZ, verloskundigen, huisarts	Verkenning kansen op Lekstroom-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 Lekstroom 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 werkloosheid 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 Lekstroom 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.



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?

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.



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Welzijn op Recept	Sociaal domein, waaronder welzijn	Gemeente, welzijn, huisarts, overige 1 ^e 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 Zuidoost 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.

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 **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.

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, 1 ^e lijn en sociaal domein waaronder welzijn	Loopt, sinds 2023	S1 (huisartsen-zorg)

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.

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	Loopt	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 Diaconessenhuis, 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 is in het najaar van 2025 gestart.

Meer informatie vind je [hier](#)



Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Netwerk Mentale Gezondheid	Altrecht	Huisartsenzorg, sociaal domein, GGZ en verslavingshulp, steunpunten, peer support en ervaringsdeskundigheid	Loopt	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 gaat over 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 past. 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 Netwerk Mentale Gezondheid is inmiddels gestart in Lekstroom 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](#).



Reablement

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Reablement	VVT	Burgerinitiatieven, sociaal domein, waaronder, wijkverpleging, huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen	Wordt uitgewerkt	Wordt uitgewerkt

Waar gaat dit plan over?

Reablement gaat over het helpen van inwoners om hun zelfstandigheid en dagelijkse vaardigheden zoveel als mogelijk te behouden of te herwinnen. 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 onafhankelijk van waar ze wonen of verblijven. Om dit te realiseren is het van belang dat alle betrokkenen, inwoners en professionals, weten wat dit betekent.

De denkwijze is niet nieuw, maar wordt versterkt wanneer de hele keten hierin gelijk communiceert en handelt.

Wat is het beoogde resultaat?

Het doel is om inwoners te ondersteunen bij het zo lang mogelijk de eigen regie te houden, en het zelfstandig kunnen blijven functioneren, thuis of in hun eigen omgeving. Dat kan zelf, met hulp van anderen of met inzet van zorgtechnologie. Indien volledig zelfstandig thuis wonen niet meer mogelijk is, bieden we passende ondersteuning.

Wat vraagt dit van wie?

Kern is dat alle betrokkenen, zowel cliënt en netwerk, als zorg en ondersteuning, samen kijken naar de best passende zorg en/of ondersteuning voor cliënt. Dit wordt vervolgens zo dichtbij als mogelijk ingezet: zelf waar dat kan, hulp waar nodig en zorg waar noodzakelijk.

Wat is de actuele status?

In Lekstroom werken verschillende partijen al aan de beweging naar Reablement. Zo biedt Unicum scholing aan de huisartsen aan en zijn VVT-organisaties binnen hun eigen organisatie en in de praktijk bezig met de verdere ontwikkeling en toepassing ervan.

We bieden Lokale Samenwerkingsverbanden (LSV's) en andere samenwerkingsverbanden de mogelijkheid om, naar behoefte, een begeleide werksessie te organiseren. Het doel is partijen uit eerstelijnszorg, sociaal domein, welzijn en vrijwilligers samen verkennen hoe het werken vanuit de principes van Reablement lokaal verder kan worden vormgegeven.

Daarnaast zetten we regionaal in op concrete ondersteuning van deze beweging, onder andere door de inzet van bewezen zorgtechnologie en gezamenlijk ontwikkelde klantreizen, zoals rond steunkousen, de oogdruppelbril en ADL. Deze aanpak wordt op de volgende pagina verder toegelicht.

Partijen en professionals die actief willen bijdragen aan de verdere ontwikkeling van Reablement in Lekstroom kunnen zich hiervoor melden.



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 terecht kunnen.

Wat vraagt dit van wie

Inwoners, ouderenzorgorganisaties, 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 projecten in de regio Utrecht die hierin aan bijdragen. In Lekstroom is dit:

- Huis van de buurt in de wijk;
- Fokkesteeg in Nieuwegein.

Het project richt zich op het ontwikkelen van de zorglocatie naar een open ontmoetingsplek waar zorg, welzijn, inwoners en vrijwilligers samenkomen en waar vanuit de behoeften van de wijk activiteiten en onderlinge ondersteuning ontstaan.



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 is 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. Hierbij wordt het verpleegkundig adviesgesprek gehanteerd als startpunt van de klantreis en reablement als leidend uitgangspunt genomen bij ADL-zorg. Het doel is het behouden en herstellen van zelfredzaamheid, autonomie en kwaliteit van leven, zodat mensen zo lang mogelijk kunnen blijven doen wat voor hen belangrijk is. De klantreis biedt hiervoor concrete handvatten, uitgesplitst naar somatiek, dementie, psychiatrie en terminale 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
Wonen plus	Gemeenten	Gemeenten, Woning coöperaties, zorg en welzijn	Plan is uitgewerkt voor Nieuwegein en Houten. In de overige gemeenten wordt gewerkt aan een plan	Nog nader te bepalen

Waar gaat dit plan over?

Het plan voor WonenPlus richt zich op het versterken van de gemeenschap in WonenPlus-complexen, zodat bewoners langer zelfstandig en met kwaliteit van leven thuis kunnen blijven wonen. Centraal staat de introductie van de WonenPlus-coach: één vast aanspreekpunt per complex. Deze verbindt bewoners, professionals en netwerken, stimuleert omkijken naar elkaar en draagt bij aan gemeenschapszorg.

De aanpak bestaat uit twee pijlers: 1) het versterken van de community door fysieke aanwezigheid van de WonenPlus-coach, en 2) het opbouwen van samenwerkingen met partners in de complexen en buurten. Daarnaast zet wonen plus in op het organiseren van herkenbare wijkverpleging in de WonenPlus locatie, zodat er ook voor de zorg en vast aanspreekpunt per complex is.

Wat is het beoogde resultaat?

Door vroegtijdige signalering kan de WonenPlus-coach sneller inspelen op zorg- en welzijnsvragen, wat de zelf- en samenredzaamheid van bewoners vergroot. Daarnaast wordt de samenwerking versterkt tussen zorg, welzijn, wonen en gemeente, waardoor een meer geïntegreerde ondersteuningsstructuur ontstaat. Voor duurzame verandering is een structurele inzet van de WonenPlus-coach nodig.

Wat vraagt dit van wie?

De WonenPlus-coach en wijkverpleegkundige werken samen en nemen deel aan relevante overleggen. Zo ontstaan korte lijnen en wordt vroegtijdig sociale behoefte herkend. Dit maakt doorverwijzing naar het juiste domein mogelijk – zorg of welzijn – en draagt bij aan het voorkomen van de zorgvraag of afschalen van zorg.

Wat is de actuele status?

Het plan voor Nieuwegein is in de inhoudelijke uitwerking gereed; de vervolgstap betreft het zorgvuldig afronden van de financiële borging. De overige gemeenten werken aan een plan, met de opbrengsten vanuit Nieuwegein als basis.

Coördinatiepunt wijkverpleging

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Coördinatiepunt 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 terecht kan bij de voorkeursaanbieder. Iedere aanvraag start bij de aanbieder van eerste voorkeur, zodat de lokale samenwerking en bestaande relaties zoveel mogelijk in stand blijven. Wanneer deze aanbieder de zorg niet kan oppakken, kan de verwijzer de aanvraag uitzetten via het Coördinatiepunt Wijkverpleging. Het coördinatiepunt deelt de aanvraag vervolgens met meerdere wijkverplegingsorganisaties in de regio, zodat de verwijzer deze niet afzonderlijk hoeft te benaderen. In eerste instantie richt het coördinatiepunt zich op aanvragen vanuit de huisartsenzorg. Op termijn kan de toegang worden uitgebreid naar andere verwijzers en mogelijk ook naar inwoners zelf. Daarnaast wordt voorzien dat ook gespecialiseerde wijkverpleging onderdeel gaat uitmaken van het coördinatiepunt.

Wat is het beoogde resultaat?

Het beoogde resultaat is dat inwoners sneller toegang krijgen tot passende wijkverpleging en dat beschikbare capaciteit binnen de regio beter wordt benut. Tegelijkertijd worden de administratieve lasten voor verwijzers verlaagd, doordat zij bij een vastgelopen zorgvraag niet langer meerdere organisaties afzonderlijk hoeven te benaderen. De lokale samenwerking blijft daarbij het uitgangspunt: pas wanneer de voorkeursaanbieder de zorg niet kan leveren, wordt regionaal gezocht naar een passend alternatief.

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?

Coördinatiepunt Wijkverpleging in de regio Lekstroom is augustus 2026 gestart. Daarnaast wordt verkend hoe de dienstverlening in de toekomst verder kan worden uitgebreid, bijvoorbeeld dat inwoners zelf een ondersteuningsverzoek kunnen indienen.



Geclusterde wijkverpleging

Project/plan	Trekker	Betrokken	Status	Financiering
Geclusterde wijkverpleging	Santé Partners, Zorgspectrum, Antonius Ziekenhuis	Wijkverpleegkundige organisaties, Antonius ziekenhuis	Loopt in Houten	Verkenning

Waar gaat dit plan over?

Geclusterde wijkverpleging is een vernieuwende manier van zorg verlenen waarbij cliënten voor bepaalde gedefinieerde verpleegkundige handelingen naar een centrale plek in de wijk komen. Denk hierbij aan wondzorg, zwachtelen, injecties, katheterwissel en drainzorg.

Wat is het beoogde resultaat?

In deze nieuwe manier van werken staat het welzijn van cliënten centraal.

- Meer zelfstandigheid: Cliënten voelen zich minder afhankelijk doordat zij (eventueel samen met een mantelzorger) naar de locatie komen.
- Sociale ontmoeting: De locatie wordt een plek waar mensen elkaar ontmoeten, samen koffie drinken en een praatje maken. Dat doorbreekt eenzaamheid en versterkt de verbinding met de wijk.
- Toegankelijke zorg: Door minder reistijd voor zorgverleners blijft er meer tijd over voor directe zorgverlening. Zo kunnen meer mensen geholpen worden.

Uitgangspunt is 'zorg op locatie, tenzij het niet anders kan'. Dat betekent dat de zorg aan huis blijft bestaan waar dat nodig is. Dat maakt de zorg efficiënter, toekomstbestendiger en beter afgestemd op de behoeften van zowel cliënten als zorgverleners.

Wat vraagt dit van wie?

Wijkverpleegkundige organisaties, ziekenhuizen en huisartsen gaan werken conform deze nieuwe werkwijze.

Wat is de actuele status?

In Houten is geclusterde wijkverpleging ingevoerd. Er vindt een verkenning plaats naar andere locaties in de regio Lekstroom.



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 revalidatiezorg (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, 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 (bijvoorbeeld OK-Planning per ziekenhuis), gezamenlijke monitoring, afgestemde zorgpaden zoals 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 basisinfrastructuur waarmee samenwerking verbeterd wordt. Ook betere communicatie naar inwoners en professionals uit zorg, en sociaal domein inclusief welzijn, vallen binnen dit project. In het sociaal domein wordt met dit plan een inhaalslag gedaan om de behoefte aan digitalisering op te halen, wat in de zorg al eerder is gedaan.

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 user-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.



Overzicht plannen

	Wat gaan we doen?	Plan of programma
 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 • Versterken eerstelijns en sociale basis • Kind naar gezond gewicht (laag / matig gewicht) • Welzijn op recept • Steunsystemen • Palliatieve zorg • Preventie mentale gezondheid • Integrale gezinspoli
 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	• NMG (E-health) • NMG (peer support) • Steunsystemen en gemeenschapskracht
 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	• Consultatie aan andere professionals	• NMG • Coördinatiepunt wijkverpleging • Utrechtse Zorgfabriek • Convenant medisch specialistische zorg • Kortdurend verblijf (GRZ)



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 de Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom.

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

Succes!

Meer informatie?

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

of naar:

ondersteuningizalekstroom@nieuwegein.nl

Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom
Programmteam IZA