

Regioplan Midden Nederland

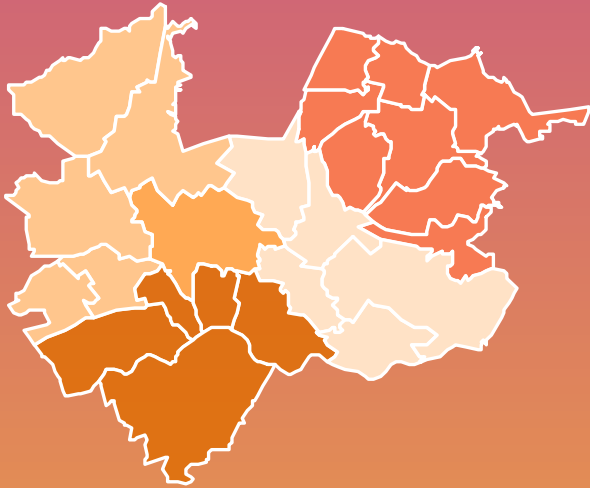
Deel 2 – Totaaldocument

Zorgkantoorregio Utrecht



December 2023

Leeswijzer



Totaaldocument

Dit document omvat verdieping op de verschillende thema's en deelplannen per (sub)regio en is opgesteld op basis van input vanuit verschillende betrokken partijen.

Klik op een van onderstaande thema's om naar de gewenste uitwerking te navigeren in dit document.



Begrippenlijst, aanpak en organisatie regioplan



Regionale uitwerking



Eemland



Zuid-Oost Utrecht



Utrecht West



Lekstroom



Utrecht Stad

Begrippenlijst (1/2)

Bestuurlijke netwerktafel	Compacte bestuurlijke tafel met vertegenwoordiging vanuit alle domeinen en inwoners. Aan deze tafel is de koers van het regioplan bekrachtigd.
Derdelijnszorg	Zorg in academische ziekenhuizen en specialistische verwijscentra. Patiënten met zeldzame aandoeningen worden hier door de huisarts of een tweedelijnspecialist naar verwezen
Eerstelijnszorg	Zorg waar patiënten zonder verwijzing en op eigen initiatief naartoe kunnen. Naast de huisartsenzorg vallen bijvoorbeeld ook de maatschappelijk werker, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige en verloskundigen onder de eerstelijnszorg
Fundament	Drie fundamentele opgaven die nodig zijn om de transformatie in de regio te kunnen uitvoeren. De drie fundamentele opgaven betreffen: digitalisering, arbeidsmarkt en de digitalevaardigheid van inwoners
Inwoner	Alle woonachtigen in onze zorgkantorregio of ander gebied waar het in de tekst om gaat
Klankbord	Brede (bestuurlijke) vertegenwoordiging vanuit de regio uit alle domeinen zoals inwoners, sociaal domein, gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars
Lokaal	Hiermee worden gemeenten, wijken of buurten bedoeld. Het exacte uitvoeringsniveau varieert en wordt per subregio/gemeente bepaald
Nuldelijnszorg	Zorg die geleverd wordt door mantelzorgers, vrijwilligers en familie
Opdrachtgevers	Zilveren Kruis (incl. zorgkantoor) en vijf gemandateerde gemeenten (één gemeente per WMO-regio)
Opgave	We hebben plannen uitgewerkt vanuit vijf opgaven (invalshoeken): Sterk sociaal domein en eerstelijns, Gezond ouder worden, mentale weerbaarheid en gezondheid, passende medische specialistische zorg en acute zorg. Dit zijn ook wel "de taartpunten" uit ons regioplan
Passende ondersteuning en zorg	Stelt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop en gaat daarmee zowel over tijdige zorg, als over ondersteuning. Daarin speelt de eerstelijns, samen met het sociaal domein, welzijn en informele ondersteuning en zorg een belangrijke rol.

Begrippenlijst (2/2)

Reablement	Reablement is een manier van werken waarmee hulpverleners ouderen helpen hun eigen leven te leiden. Zoals ze dat zelf willen. We nemen niet over wat mensen zelf kunnen. We helpen mensen te herwinnen wat ze niet meer kunnen en we zorgen samen voor een oplossing voor dat wat overblijft
Regio Midden Nederland	Dit is de zorgkantoorregio Utrecht
Regionaal	Zorgkantoorniveau waarbij geldt de gemeenten uit de U16 en Eemland tezamen, tenzij anders vermeld
Sociaal domein	Een verzamelnaam voor alle organisaties, diensten en voorzieningen die mensen ondersteunen en de leefbaarheid voor de mensen vergroten. Het 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
Sociale basis	Onderdeel van het sociaal domein. Het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen) aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen, die het mogelijk maakt dat inwoners de mogelijkheden hebben om te participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert (sterke beleidsinterventies, sterke sociale basis)
Subregionaal	WMO-regio niveau. In onze zorgkantoorregio kennen we vijf subregio's: Eemland, Utrecht Stad, Lekstroom, Utrecht Zuidoost en Utrecht West
Transformatie	Acht geprioriteerde transformaties die we met de regio zullen uitvoeren. Bij succesvolle implementatie van deze transformaties geloven wij erin dat we de door ons beschreven beweging realiseren. De acht transformaties zijn uitgewerkt in een aantal onderliggende aanpakken, welke zijn gedestilleerd vanuit alle deelplannen
Tweedelijnszorg	Zorg waarvoor je een verwijzing nodig hebt, bijvoorbeeld de huisarts of tandarts. Betreft onder andere de ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg
U16	Hiermee worden de 16 gemeenten bedoeld die vallen binnen bovenstaande subregio's Utrecht Stad, Lekstroom, Utrecht Zuid-Oost en Utrecht West. Dit betekent dus alle gemeenten excl. regio Eemland
Welbevinden (positieve gezondheid)	Gedachtengoed dat we als uitgangspunt nemen. Het is een manier om breder naar gezondheid te kijken. Het gaat om het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren als het gaat om sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Positieve gezondheid en het sociaal domein hebben een sterke overlap. Beide benaderingen richten zich op het welzijn van mensen en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Met de bril van Positieve Gezondheid op gaat het om de sleutelvraag: wat hebt u nodig? En de mogelijkheid om daar in de hele breedte naar te kijken
4D-model	Het 4D-model geeft gestructureerd en methodisch zicht op wat er speelt in alle levensdomeinen van een patiënt (maatschappelijk, sociaal, geest en lichaam), hoe dat elkaar onderling beïnvloedt en wat de invloed is op de gezondheidsbeleving

Aanpak voor het regioplan Midden Nederland en subregio Eemland

Per opgave en subregio zijn onze belangrijkste prioriteiten bepaald

In samenwerking met regiopartijen hebben we ervoor gekozen om de organisatie voor het schrijven van het regioplan zoveel mogelijk aan te laten sluiten op bestaande structuren. Derhalve is er voor Eemland een andere aanpak dan voor de overige vier subregio's (de U16), met uitzondering van de thema's passende MSZ, arbeidsmarkt en acute zorg:

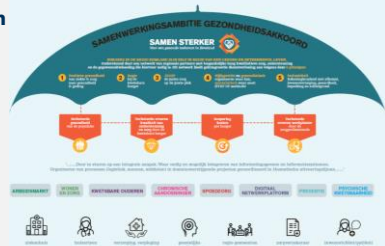
U16 – vijf opgaven en drie fundamenteën:

- Centraal staat focus op **welbevinden (positieve gezondheid)**
- Hierbij geloven wij dat transformaties nodig zijn in **vijf domeinen**, die de afgelopen maanden verder uitgewerkt zijn in deelplannen van het regioplan
- De buitenste ring vormt **'het fundament'**: voor alle regionale transformatie-opgaven zijn dit randvoorwaardelijke elementen in de transformatie
- De bovengenoemde domeinen en fundamenteën zijn soms regionaal en soms subregionaal uitgewerkt, zie volgende pagina



Eemland – leidende principes als basis en realisatie middels vijf zorginhoudelijke thema's en vier overkoepelende lijnen

- Vertrekpunt voor het regioplan is het Samen Sterker gezondheidsakkoord. Doel is geïntegreerde zorg- en ondersteuning bieden volgens **vijf leidende principes**
- Om dit te realiseren wordt gewerkt vanuit **vijf zorginhoudelijke thema's** en **vier overkoepelende actielijnen**



Deel 1: Samenvatting regioplan

Vanuit alle deelplannen en prioritering vanuit bestuurlijke sessies zijn onze belangrijkste transformaties uitgewerkt in een totaalplan. Zie onderstaand voor het proces:



Op basis van alle "60%"versies van deelplannen zijn **40 transformaties gedestilleerd**. Deze transformaties komen veelal terug in diverse opgaven en regio's.

De transformaties zijn (verkenend) geprioriteerd tijdens een brede regionale klankbordsessie en bestuurlijke netwerktafel met afvaardiging uit alle domeinen.

Op basis van de prioritering en de nieuwe "90% versie" van alle deelplannen zijn de **belangrijkste acht transformaties uitgewerkt**¹. Onder deze acht transformaties vallen veel van de eerder opgestelde lijst van 40¹.

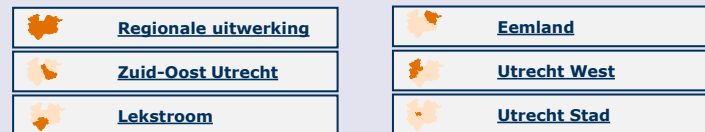
Bevat de **uitwerking** van de acht transformaties, de samenvatting vanuit de fundamenteën en de prioriteiten per opgave en subregio. Ook de **randvoorwaarden** zijn op hoofdlijnen uitgewerkt.

Concretisering en realisatie van de plannen, met als eerste stap het schrijven van **transformatieplannen** (waar nog nodig).

¹Alle 40 transformaties hebben een plek gekregen in het regioplan: onderliggend aan de acht transformaties, als onderdeel van het fundament of als prioriteit binnen één van de opgaven of subregio's

Deel 2: Compleet regioplan per opgave, fundament en subregio

Uitgebreide uitwerking van alle opgaven, fundamenteën (zie afbeelding links) en alle subregio's. Deze plannen vormen de basis voor implementatie



De opgaven en fundamenteën zoals beschreven in de figuur links zijn uitgewerkt op regionaal en/of subregionaal niveau. Zie volgende pagina voor de verdeling hierin en inhoudelijke thema's. In dit document staan voor deze opgaven, fundamenteën en subregio's een uitwerking van de regio-aanpak en regio-afspraken.

De organisatie bij het schrijven van het regioplan voor de U16

Uitwerking op (sub)regionaalniveau, afhankelijk van domein en inhoudelijk thema

Om te komen tot het regioplan zijn per domein en fundamenteel **inhoudelijke (sub)thema's** opgesteld (zie hieronder). Per thema is bepaald welke **organisatie** het meest passend is voor de uitwerking van het regioplan, hierbij sluit de organisatie zoveel mogelijk aan op de bestaande samenwerkingsverbanden en projecten die betrekking hebben op het (sub)thema. Het verschilt per (sub)thema welk **niveau** het meest logisch is om het (sub)thema uit te werken, regionaal of subregionaal niveau.

Legenda

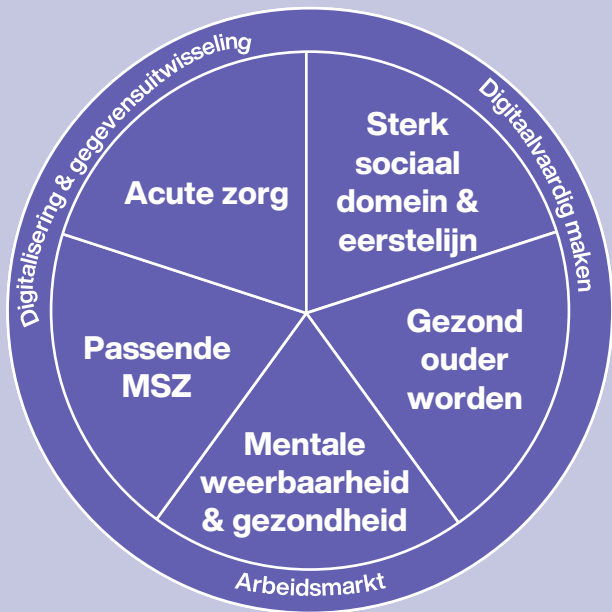
- Penvoering subregionaal
- Penvoering U16/regionaal
- Penvoering sub- en regionaal
- Aansluiting fundamenteel digitalisering
- Aansluiting fundamenteel arbeidsmarkt

Fundament-opgaven		Thema's uit het kader				
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="text-align: center;">↑ ↑ ↑</div> <div style="text-align: center;">↑ ↑ ↑</div> <div style="text-align: center;">↑ ↑ ↑</div> </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: small;">Digitalisering en gegevensuitwisseling</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: small;">Digitaal vaardig</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: small;">Arbeidsmarkt</div> </div> </div>	Sterk sociaal domein & eerstelijns	Starten vanuit leefwereld en positieve gezondheid		Een sterke regionale samenwerking en organisatie		
	Gezond ouder worden	Preventie en verbeteren zelfredzaamheid	Versterken van de samenwerking		Inrichten (sub)acute keten, gericht op zoveel mogelijk thuis of in de eerstelijns	
	Mentale weerbaarheid en gezondheid	Versterken mentale weerbaarheid en zelfredzaamheid	Borgen goede toegankelijkheid door instroom te verlagen	Vergroten door- en uitstroom		Sluitend zorgaanbod
	Passende MSZ	Concentreren en spreiden van passende MSZ		Zorg digitaliseren		Flexibiliteit in beschikbare capaciteit
	Acute zorg	Samen gelijkgericht in de acute zorgketen	Samen acute zorg voorkomen door het vergroten van zelfredzaamheid en gerichte preventieve interventies	Samen triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag		Samen leveren van passende acute ondersteuning en zorg, zo thuis mogelijk

Regionaal



Uitwerking voor:



Betrokken organisaties bij de uitwerking op regionaal niveau

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Handjehelpen, Oudewater, St. Antonius, Zorgspectrum, Zilveren Kruis, Axioncontinu, Sterkzorg/HUS, Diakonessenziekenhuis, GGD, Careyn

Gezond ouder worden

Handjehelpen, Oudewater, St. Antonius, Zorgspectrum, Zilveren Kruis (incl. zorgkantoor), Axioncontinu, Sterkzorg/HUS, Diakonessenziekenhuis, GGD, Careyn

Mentale weerbaarheid en gezondheid

Incluzio, Lister, RegiozorgNU, Youke, Altrecht, Veiligheidshuis, Enik en Zilveren Kruis en gemeenten

Passende MSZ

UMCU, STAZ, Meander, Diak

Acute zorg

Alle organisaties aangesloten bij het (AB) ROAZ

Digitalisering & gegevensuitwisseling

Co-creatie tussen RSO Trijn, gemeenten en Zilveren Kruis

Digitaalvaardig maken

Organisatie door de coalitie digitale transformatie, die valt onder de Health Hub Utrecht (HHU). Penvoering door Raedlijn

Arbeidsmarkt

De vijf transformatietafels IZA, Het netwerk van de Coalitie Aantrekkelijke Arbeidsmarkt van de Health Hub Utrecht (werkgevers, onderwijs & overheid), Het netwerk van Utrechtzorg (werkgevers), Jeugd (via de Gemeente Utrecht), WMO (via de Gemeente Utrecht)

Situatieschets

Als gevolg van vergrijzing en bevolkingsgroei neemt de druk op zorg en welzijn in alle domeinen toe. Impact verschilt per gemeente en wijk

- De regio groeit en vergrijsst. Bevolkingsgroei van 12,5%, ~168 duizend nieuwe inwoners in 2040 t.o.v. 2023. En wat betreft de vergrijzing zijn er 353 duizend 65-plussers (aandeel 23,5%) in 2040
- Dit brengt een aantal uitdagingen met zich mee in zorg en welzijn. Zo wordt er een toename verwacht van kwetsbare groepen en mensen met complexe casuïstiek. Zo neemt het aantal inwoners met één of meer chronische aandoeningen naar verwachting toe van 682 duizend in 2023 naar 725 duizend in 2030; een toename van bijna 43 duizend personen in 7 jaar

Deze uitdagingen zijn verschillend per gemeente of per wijk door grote gezondheidsverschillen en sociaal economische kenmerken

Er zal meer aan de voorkant moeten worden opgevangen door o.a. een groter beroep te doen op de sociaalmaatschappelijke omgeving én eerste lijn. Dit terwijl het gebruik al relatief hoog is

- De demografische verandering resulteert in een beleidsarme prognose tot een toename van vraag naar ondersteuning in alle domeinen
 - Het aantal reguliere huisartsconsulten per jaar in 2040 ten opzichte van 2023 is +447.760; een stijging van 16,9%
 - Het aantal WMO-cliënten per 1.000 inwoners stijgt met 75% tot aan 2040
- Hier is geen rekening gehouden met het anders organiseren van zorg, waarbij verschuiving van zorg mogelijk kan zorgen voor een toenemend beroep op andere sectoren binnen het domein van welzijn en zorg
- Deze beweging richting 0e/1e lijn vraagt om wijkgericht inrichten en om een cultuurverandering zowel bij inwoners als professionals (maatschappelijke discussie over wat we zelf en met elkaar doen en waarvoor professionele hulp nodig is). Gezien het sociaal domein en de eerstelijns vooral lokaal georganiseerd, dient er goed rekening gehouden te worden met het spanningsveld tussen regionale plannen en de lokale/ wijkgerichte organisatie van professionals, vrijwilligers en bewonersinitiatieven
- Daarnaast is digitale service nodig om de eerstelijnszorg toegankelijk te houden. Onder andere door inzet van digitale triage, digitaal contact (tussen arts en patiënt) en inzet op digitale netwerken tussen partijen
- Er wordt op dit moment en komende jaren verder regionaal samengewerkt op het gebied van de vijf preventieketenaanpakken binnen GALA en IZA: Welzijn op recept, Kansrijke start, Valpreventie, GLI Volwassenen en Ketenaanpak overgewicht en obesitas bij kinderen. Hierin zijn GGD-en en VWS een belangrijke partner



Ad. Palliatieve zorg

Doelgroep & doelstelling

Patiënten met levensduur-bekortende ziekte (kanker, orgaanfalen, dementie) vormen een risicogroep voor niet-passende zorg en gebruik dure zorgcapaciteit: SEH bezoek, IC- ziekenhuisopnames, invasieve interventies. In 2021 overleden in Utrecht-Stad&ZO >3000 patiënten met voorafgaande behoefte aan palliatieve zorg; 31% was 18-74 jr (dus niet alleen ouderen); 38% overleed thuis. Tijdig gesprek over behandelwensen/-grenzen leidt tot 1) toename kans op passende zorg, 2) betere kwaliteit van leven en sterven, alsook 3) minder uitval van werk, school, ziekte van naasten & nabestaanden.

Doel: 75% patiënten tijdig identificeren; vroegtijdig gesprek voeren; over-en onderbehandeling voorkomen.

Aanpak

Onderlegger Richtlijn Proactieve Zorgplanning (autorisatie'23 NHG, KNMG, Verenso, V&VN)

1. Bewustwordingscampagne
 - Maatschappelijke bewustwording: inwoners, patiënten/naasten (wachtkamer materialen)
 - Domeinoverstijgende bewustwording vrijwilligers, sociaal domein, 0e lijn en behandelaars 1e en 2e lijn (WV-en)
 - Met partners concretiseren stappenplan, rapportagelijnen en beschikbare middelen
2. Concretiseren meerwaarde op praktijk- en regioniveau en de inspanningsverplichting
 - Nascholingscyclus met randvoorwaarden bepalen
 - Verhelderen moment van starten gesprek als cyclus en doorpakken in crises
 - Vastleggen uitkomsten met inzet aan richtlijn gekoppelde digitale informatiestandaard ACP
3. Inrichten bij- en nascholingscyclus
 - Aan richtlijn gekoppelde materialen voor interprofessionele aanpak en communicatie
 - Betrekken (vertegenwoordigers) patiënten en naasten

[Proactieve Zorgplanning - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#)

[Formulier_Uniform_vastleggen_proactieve_zorgplanning_richtlijn_Proactieve_Zorgplanning_1.pdf \(palliaweb.nl\)](#)

Kerncijfers (as-kerncijfers-prod.azurewebsites.net)

Organisatie & vervolg

- Definitie en scope palliatieve zorg aanscherpen voor de regio Midden Nederland en regionale afstemming hierover t.b.v. draagvlak en inbedding programma in regionale transformatie
- Past in kader Nationaal Programma Palliatieve Zorg II; experimenten alternatieve bekostiging NZa en Kansrijke voorbeelden ZonMw Palliantie.
- Versterken eerste lijn door activeren/hernieuwen samenwerkingsverbanden: RAV, PaTz groepen; netwerken palliatieve zorg
- Aanscherping domeinoverstijgende karakter van programma
- Versterken transmurale samenwerking via concrete inspanningsafspraken transferbureaus ziekenhuizen

Situatieschets

Sterk stijgende zorgvraag, onvoorbereid ouder worden en schotten in het zorglandschap zijn de grootste uitdagingen

Als gevolg van vergrijzing en bevolkingsgroei neemt de druk op ouderenzorg toe. Impact verschilt per gemeente en wijk maar is overal voelbaar

- De regio groeit en vergrijst. Bevolkingsgroei van 12,5%, ~168 duizend nieuwe inwoners in 2040 t.o.v. 2023. En wat betreft de vergrijzing zijn er 353 duizend 65-plussers (aandeel 23,5%) in 2040. Een absolute groei van 114 duizend ouderen
- Dit resulteert bij beleidsarme prognose in een toename van vraag naar alle domeinen en m.n. in ouderenzorg (toename aantal cliënten in de V&V is 78,1% en 55,8% in wijkverpleging).
- Deze uitdagingen zijn verschillend per gemeente of wijk door grote verschillen in gezondheid en sociaal economische kenmerken. Zo varieert het aandeel kwetsbare ouderen ('broze gezondheid') tussen de 20% en de 33% in 2020
- De zorgzwaarte is veranderd tussen 2020 en 2023: het aandeel 4VV (Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging) neemt af, en het aandeel 5VV (dementiezorg) en 6VV (beschermd wonen) neemt toe
- De intramurale capaciteit (nu 8.180 plekken) wordt niet uitgebreid, terwijl de verwachting is dat er in de komende 5 jaar 2.226 nieuwe cliënten met een Wlz-indicatie bijkomen

De grootste uitdagingen waar we in de regio voor staan zijn:

1. Krapte van formeel personeel én informele mankracht, o.a. door de dubbele vergrijzing
2. De hoge toename van 55-plussers, welke nu nog vaak onvoorbereid ouder wordt. Maar ook gebruik maken van de talenten van 55-plussers, hen enthousiasmeren voor informele inzet
3. Schotten in het zorglandschap, zowel wat betreft organisatiestructuren, informatiestromen als financieringsbronnen



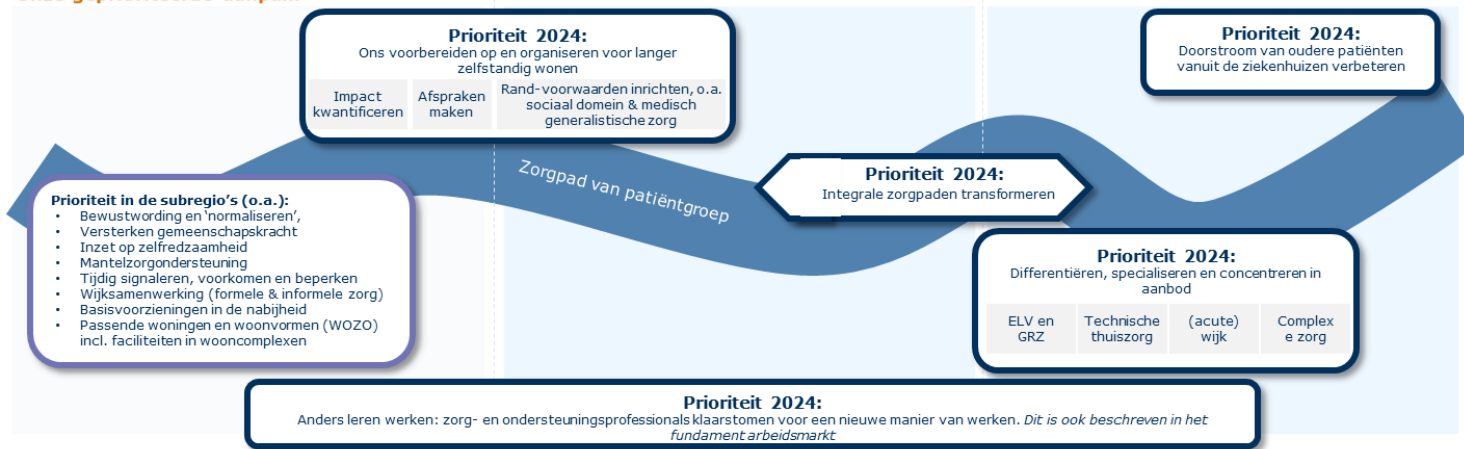
Overzicht

Bij een onveranderde werkwijze is het in de nabije toekomst niet meer haalbaar om de stijgende zorgvraag op te vangen. Daarom zetten we in op een grote transformatie. In de toekomst staat het welbevinden van ouderen centraal en worden maatschappelijke betrokkenheid en kracht van de samenleving benut. Alleen wanneer het echt nodig is, is ondersteuning en zorg zoveel mogelijk dichtbij de oudere georganiseerd. Zelfstandig wonen vormt het uitgangspunt, als er toch zorg of ondersteuning nodig is wordt dit zo passend mogelijk ingezet. Om dit te realiseren, werken we samen vanuit alle betrokken domeinen en streven we naar een optimale benutting van de beschikbare (personele) capaciteit. Als een van de eerste stappen onderzoeken we daarbij wat we nog kunnen doen om de huidige processen verder te optimaliseren (bijv. administratieve druk).

Onze drie transformaties:

- 1** Voorkomen van een zorg- of ondersteuningsvraag door stimuleren van zelf- en samenredzaamheid en inzetten op preventie
Uitgewerkt in de subregionale plannen
- 2** Als zorg- en ondersteuning nodig is dan organiseren we dit zo thuis mogelijk
- 3** De zorg is zo passend en efficiënt mogelijk georganiseerd

Onze geprioriteerde aanpak:



2b Mogelijk maken van zelfstandig wonen

Doelgroep: Zelfstandig wonende¹, kwetsbare oudere (kwetsbaarheid volgens landelijke definitie: "een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren")

Doel:

1. Samen organiseren we de zorg zo thuis mogelijk tenzij dit echt niet anders kan². We kwantificeren de impact van deze transformatie en onderzoeken onder welke voorwaarden (o.a. hoofdbehandelaarschap) we de groei in zorgvraag extramuraal kunnen opvangen. Ook verplaatsen we de medisch specialistische zorg (bijv. medicatie) naar huis wanneer dit kan
2. We zorgen ervoor dat niet-medische hulpvragen op de juiste plek terecht komen en niet onnodig met medische zorg worden beantwoord

Prio

- 1** Ons **voorbereiden op en organiseren voor langer zelfstandig wonen**. Inwoners en professionals hebben een gezamenlijk beeld opgesteld waarbij we:

- De **impact** van deze verschuiving naar 'thuis' kwantificeren
- Afspraken maken over en handelen naar **wat wel en geen passende zorg is** en wanneer ondersteuning wel en niet nodig is (incl. mogelijkheden informele zorg & ondersteuning)³
- **Afspraken** maken over wie welke **rol in de keten** vervult en wat de (on)mogelijkheden van zorg- en ondersteuningsprofessionals zijn
- Hieronder valt expliciet het **onderzoeken en uitwerken om ZZP5 en 6 thuis te kunnen behandelen** en inventariseren welke zorgprofessionals hierbij ondersteuning kunnen bieden. De huisarts kan dit t/m ZZP4 doen, voor ZZP 5 en 6 moet derhalve een alternatieve oplossing georganiseerd worden alvorens deze transitie ingezet kan worden. Bijv. specialist ouderengeneeskunde in de wijk
- **Investeren** in en **organiseren** (o.a. benodigde capaciteit en vaardigheden) van het sociaal domein, informele zorg & ondersteuning, vrijwilligers en VVT om het **langer zelfstandig wonen op te kunnen vangen**
- Inrichting van een **consultatiefunctie** (o.a. voor huisartsen om een specialist ouderengeneeskunde te consulteren)

- 2** De **infrastructuur en essentiële voorzieningen om zorg thuis te ontvangen**⁴ worden versterkt. Zie voor specifieke uitwerking ook de subregionale plannen, regionale visie is dat we inzetten op:

- Inzet van bestaande **integrale wijkteams** waar meerdere disciplines vanuit zowel formele als informele ondersteuning en zorg integraal samenwerken
- Aansluiten bij of ontwikkelen van **steunpunten** in de wijk t.b.v. laagdrempelige informatie, ondersteuning en activiteiten
- **Infrastructuur** voor specifieke, **complexe doelgroepen** kwetsbare ouderen inrichten
- **Eerstelijnsdiagnostiek** aan huis of dichtbij huis mogelijk maken
- Borging van **medicatie- en hulpmiddelenuitgifte** in de wijk en benutten van de **rol van de apotheker** als zorgverlener en voor medicatie-advies
- Ondersteuning van paramedici (bijv. fysiotherapeut) om ervoor te zorgen dat thuiswonende, kwetsbare ouderen langer vitaal blijven
- Evalueren van en voortbouwen op gebruik en beschikbaarheid (in eigen leefomgeving) overige essentiële voorzieningen (o.a. respijtzorg, ELV laag)
- Creëren van voldoende mogelijkheden voor het **opvangen van crisissituaties** thuis (o.a. inzet acute wijkverpleging)

- 3** We **innoveren en zetten (bewezen) zorgtechnologie** in t.b.v. langer zelfstandig wonen:

- **Uniforme gegevensuitwisseling en informatie-uitwisseling** tussen professionals (bijv. 'digitaal schrift'), zie *Regioplan deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
- Kennisuitwisseling en niet-vrijblijvende **regionale afspraken over inzet en bekostiging bewezen zorgtechnologie** t.b.v. zelfstandig wonen (bv. Medido, zorgrobot Tessa, signaleringstechnologie en beeldschermgebruik)
- **Inzet op innovatie**, mits deze innovaties schaalbaar zijn en een aanzienlijke impact wordt voorzien

¹ Dit kan geheel zelfstandig zijn, of ondersteund met bijvoorbeeld domotica. Dit kan in de eigen woning zijn maar ook zelfstandig wonen in bijv. een geclusterde setting

² De verwachte zorgvraag kan onvoldoende binnen de huidige intramurale capaciteit opgevangen worden. O.b.v. de landelijke ontwikkeling lijkt het dat er geen uitbreiding van intramurale capaciteit kan plaatsvinden, maar ingezet wordt om de zorg in de thuissituatie te vergroten

³ Eerste leidraad kan notitie opgesteld 'Zorg in de Wijk' zijn. Reablement normaliseren, community care en een bredere gesprek over leven met behoud van kwaliteit zijn hier onderdeel van. De implementatie is domeinoverstijgend

⁴ Randvoorwaardelijk voor realisatie is voldoende passend woningaanbod (zoals geclusterde woonvormen bijvoorbeeld vanuit WOZZ)



2c Goed georganiseerde, passende zorg

Doelgroep: ouderen met een complexe zorgvraag, zowel thuiswonend als niet-thuiswonend

Doel:

1. We borgen de toegankelijkheid tot professionele ondersteuning voor de meest kwetsbare inwoners van Midden Nederland als dit niet meer thuis kan
2. We zorgen voor een optimale doorstroom vanuit het ziekenhuis naar de juiste vervolgzorg. Hierbij is het uitgangspunt dat patiënten zo snel mogelijk en in één keer op de juiste plek terecht komen

Prio

- 1 Herontwerpen en transformeren van ketenbrede zorgpaden** waarbij het uitgangspunt passende en waardevolle zorg is
- Onderzoeken wat we nog kunnen doen om de **huidige processen verder te optimaliseren** (bijv. verlagen administratieve last)
 - Herontwerp zorgpaden door **multidisciplinair team van professionals** zowel vanuit de Zvw als het sociaal domein
 - **Taken & verantwoordelijkheden herverdelen**
 - Zorgpaden worden regionaal uitgewerkt, bij implementatie wordt waar relevant rekening gehouden met de **lokale dynamiek** (met name rondom het sociaal domein)

- 2 Efficiënte verwijzing:** ouderen direct op de juiste plek ondersteuning en zorg bieden
- Het maken van een goede **inschatting** van de zorg- en ondersteuningsbehoefte **t.b.v. passende zorg- en ondersteuning** (bijv. een professional, een loket of, in de toekomst AI)
 - **Eerstelijnsdiagnostiek** aan huis of dichtbij huis mogelijk maken
 - **Preventieve en proactieve zorg** in de thuissituatie (bijv. consultatie specialist ouderengeneeskunde)
 - **Zorgcoördinatie en inzicht in** tijdelijk verblijf **capaciteit**
 - Versterken, uitbreiden en/of continueren bestaande netwerken (bijv. ONUe, ONZe) voor o.a. **consultatiefunctie**
 - **Geriatrische medehandeling** op de **SEH** beschikbaar

Prio

- 3 Differentiëren, specialiseren en concentreren** in het aanbod in de regio
- Coördinatie & concentratie van **24/7 direct inzetbare wijkverpleging en WLZ-zorg thuis**
 - Minimaliseren **aanbieders wijkverpl. en WLZ-zorg thuis** in één wijk
 - Gezamenlijk organiseren van **technische thuiszorg** t.b.v. medisch specialistische zorg thuis (o.a. medicatie)
 - Concentreren en specialiseren van **complexe ouderen zorg**, incl. uitwisselen van kennis en expertise
 - Concentreren en **24/7 beschikbaarheid¹** van tijdelijke intensieve zorg met **tijdelijk verblijf**. Deze zorg is gericht op herstel en terug naar huis (betreft geriatrische zorg, ELV, Crisis en IBS). Dit betreft ook het goed inrichten van zorg voor specifieke doelgroepen (zie ook ROAZ-plan)

Prio

- 4 Doorstroom van oudere patiënten** vanuit de ziekenhuizen naar de VVT is geoptimaliseerd
- **Centraal en realtime inzicht in vraag en aanbod** verblijfbedden (geriatrische revalidatie, eerstelijnsverblijf) en beschikbare (crisis) WLZ zorg
 - **Regionale werkafspraken over het transferproces** (bijv. indicatiestelling, doorlooptijden, overdracht en specifieke doelgroepen)
 - Begeleiden ontslag en herstelgerichte zorg middels **geriatrische revalidatiezorg**

Prio

- 5 Anders leren werken:** zorg- en ondersteuning-professionals klaarstomen voor een nieuwe manier van werken
- **Implementeren van taakdifferentiatie** en daarbij zorgdragen dat iedereen over de juiste kwaliteiten beschikt
 - Professionals voorbereiden op het **langer zelfstandig wonen**
 - Professionals trainen en begeleiden op het **activeren van ouderen op zelfredzaamheid en welbevinden (positieve gezondheid)**

Dit is ook (deels) beschreven in het fundament arbeidsmarkt

¹ of het tijdelijk verblijf 24/7 opnamemogelijkheid heeft moet nog worden onderzocht op basis van volumes. Alternatief is bijvoorbeeld openingstijden tussen 07:00-22:00uur

Situatieschets

Op basis van het regiobeeld dat medio 2023 is opgeleverd zien we dat de vraag naar zorg harder groeit dan we met aanbod kunnen bijbenen, hoewel er relatief gezien al veel aanbod is. In meer detail is de situatie als volgt:

- Het zorggebruik GGZ ligt gemiddeld hoger dan landelijk in de meeste gemeenten en het aantal zorggebruikers nam tussen 2016 en 2019 in iedere gemeente toe
- Ook het aantal meldingen Meld- en Adviespunt Bezorgd (MAB) voor sociaal kwetsbare inwoners is sinds 2019 sterk toegenomen in alle gemeenten
- De gemiddelde zorgkosten in Midden Nederland voor GGZ zijn hoger dan in de rest van Nederland. Er zijn relatief veel GGZ aanbieders, met name in Utrecht, Amersfoort en Zeist
- Specifiek voor de doelgroep Jeugd zien we dat één op de vier jongeren tussen de 13-17 jaar een matig tot hoog risico heeft op psychosociale stress
- Er komt geen duidelijk onderscheid uit het regiobeeld naar voren tussen zogenaamde levensfaseproblematiek en psychiatrische ziektebeelden

Het vergroten van mentale weerbaarheid zal met name ten goede komen van het omgaan in relaties, wonen, opvoedingsvragen, werkstress, verliessituaties en zingevingsvragen en vice versa.

Een aantal aandachtspunten dienen onderdeel uit te maken van mogelijke oplossingsrichtingen voor toekomstbestendige en toegankelijke ondersteuning en zorg voor iedereen die dat nodig heeft. Dat is immers de algehele doelstelling van het IZA.

- De kerndoelstelling is het bevorderen van **eigen regie** op basis van de kernvragen uit de herstelvisie: wat kun jij zelf, waar heb je ondersteuning bij nodig en wie kan je die het beste bieden? De focus moet liggen op het **vergroten van de mentale weerbaarheid en zelfredzaamheid**. Een zorgvraag hoeft daarbij niet altijd met (professionele) zorg beantwoord te worden. Het spinnenweb uit positieve gezondheid (gedachtegoed) geeft de levensdomeinen aan die de context vormen waarbinnen het herstel plaatsvindt
- Het normaliseren van de vraag van de inwoner vanuit de principes van focus op welbevinden (**positieve gezondheid**) en het creëren van de randvoorwaarden hiervoor is essentieel
- Inwoner hebben in de toekomst **duidelijkheid over waar een vraag over mentale gezondheid gesteld kan worden door betere voorlichting en toeleiding**
- Een verkennend gesprek leidt tot verduidelijking van de vragen die iemand heeft over zijn mentale gezondheid en **kijkt breed over de domeinen heen** waar de persoon zijn onderliggende hulpvraag, mogelijkheden, behoeften en oplossingen (kunnen) liggen
- Inrichten van passende zorg zodat **het aansluit bij de vraag, doelmatig van opzet is en zo intensief als nodig en zo kort als mogelijk** wordt georganiseerd. Inzet van de methodiek "Samen Beslissen" (of soortgelijke methodiek)
- De **doelmatigheid** van GGZ zorg krijgt een positieve impuls met de **inzet van digitale oplossingen**. Deze doelmatigheid wordt ook vergroot door **passende zorg** te vinden die bijdraagt aan het leven van mensen en voor iedereen toegankelijk blijft
- Verstevigen van de **domeinoverstijgende samenwerking en de verbinding tussen de partners** binnen de mentale gezondheid met een focus op preventie, meer eigen regie bij de inwoner en versterking van de mentale weerbaarheid
- **Netwerksamenwerking** rondom degene die een beroep op mentale weerbaarheid en gezondheid doet, eventueel samen met diens naasten, vormt de kern van een toekomstbestendige aanpak. Hier bij is de inzet van peers/ervaringsdeskundigen en laagdrempelige steunpunten van belang. Transparantie over wie doet wat en de beschikbaarheid is essentieel en er wordt gezamenlijk gesproken over het omgaan met schaarste

Overzicht inhoud regioplan

Een toegankelijke, passende oplossing voor elke mentale uitdaging

Thema 1

Versterken mentale weerbaarheid en zelfredzaamheid

1a Preventie

1b Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp

1c Hulpbronnen gericht op de inwoner

Thema 2

Borgen goede toegankelijkheid door instroom te verlagen

2a Netwerken Mentale Gezondheid

2b Verkenkend Gesprek

Thema 3

Vergroten door- en uitstroom

3a Passende zorg

3b Digitalisering

Thema 4

Sluitend zorgaanbod

4a Profielkeuze

4b Cruciale zorg (minimaal regionaal toegankelijk)



2a Netwerken Mentale Gezondheid (NMG)¹

Doelstelling

- Aansluiten bij vragen die mensen stellen over hun mentale gezondheid en daar op basis van een gelijkwaardig gesprek (al dan niet met naasten) samen een eerste ordening in aan te brengen en van daaruit tot een keuze te komen waar het antwoord op de vragen het beste gevonden kunnen worden. Dat kan in het eigen netwerk zijn, in de directe woon- of leefomgeving en als daar aanleiding toe is bij een in het netwerk aangesloten zorgprofessional
- Duidelijkheid voor de inwoner waar een vraag over mentale gezondheid gesteld kan worden door betere voorlichting en toeleiding
- De inwoner en naaste(n), ervaren dat hulp- en ondersteuningsvraag snel en op de juiste plek wordt opgepakt, waardoor escalatie van problemen en onnodige instroom in ggz wordt voorkomen, beschikbare capaciteit (ggz, HA en sociaal team) optimaal benut wordt, en de wachttijd voor ggz voor mensen met complexe problematiek afneemt
- Inwoners ervaren, meer regie over hun eigen leven en daarmee ook over hun mentale gezondheid als alle zorgverleners vanuit dezelfde visie werken
- Inwoners ervaren dat hun mentale weerbaarheid versterkt wordt
- Het gezamenlijk optreden als inwoners niet zelf met een vraag komen, maar er wel een is. Sociale teams, woningcorporaties, sociale dienst, scholen, etc. hebben vaak al wel eerder signalen

Aanpak

- Een NMG is een **duurzaam samenwerkingsverband** tussen bestaande organisaties² binnen het sociaal domein³, huisartsenzorg, ervaringsdeskundigen organisaties, eerstelijnspsychologen, verslavingszorg en ggz. Dit kan in een fysieke en/of andersoortige vorm worden ingericht. Het NMG is onderdeel van lokale gezondheidsnetwerken en niet een losstaand netwerk naast samenwerking tussen andere organisaties in de wijk. Het uitgangspunt dat hierbij geldt: alle betrokkenen werkend vanuit de herstelvisie, focus op welbevinden (Positieve Gezondheid), Krachtige Basiszorg etc.
- **Lokale inrichting:** Het netwerk is in elk geval een digitale samenwerking, bij voorkeur is er wel een fysieke, bestaande plek waar de inwoner laagdrempelig terecht kan. Dat zou in voorziening kunnen als er een buurthuis, bibliotheek, gezondheidscentrum o.i.d. deze functie kan bieden of waar die voorziening naar toe kan uitbreiden. De lokale inrichting kan per dorp/ wijk/ buurt anders zijn
- **Functies:** Het netwerk beschikt over de volgende functies: *Overzicht* van hulpbronnen (zowel formeel als informeel) en van wachttijden en regionale capaciteit. *Informatie* over de mogelijkheden van een *verkenning gesprek*. *Consultatie & MDO* tussen zorgverleners. Het invullen van *taken gericht op preventie, vergroten weerbaarheid en versterken van kennis* bij partners (zie ook thema 1). Deze functies zijn digitaal beschikbaar, waarbij de verschillende functies niet per se in 1 toepassing terecht moeten komen, maar wel in een duidelijke samenhang.

Organisatie & vervolg

De huidige uitwerking geeft de intentie van het NMG en VG weer. We creëren met elkaar **een steviger fundament rond mentale weerbaarheid en gezondheid**, waar de toegang tot de juiste ondersteuning of zorg de bovenliggende doelstelling is. We werken aan een **stevigere verbinding en netwerkontwikkeling (zie ook slide 19: organisatiemodel)**. We stellen ook vast dat op veel aspecten verdere uitwerking nodig is en dat hier ook het gesprek over moet worden gevoerd met de betrokken partijen, hun achterban en de inwoners.

We zien ook dat elke subregio een werkplaats heeft met partners die in de ontwikkeling en uitvoering van het VG en NMG een rol gaan innemen. In de sub regionale aansturing zien we een kernteam die de ontwikkeling ondersteunt en faciliteert en op regionaal niveau een stuurgroep die de samenhang tussen de regio's blijft bewaken. We zien de volgende stappen voor elke subregio voor NMG (zie ook volgende subthema):

1. Per subregio partners uitnodigen en samenbrengen
2. Met een compact sub regionaal team de kaders, afspraken en randvoorwaarden over het NMG en VG nog verder uit te diepen. Dit om te voorkomen dat er verschillende ideeën ontstaan over wat het VG is. Hierbij is verbinding naar het regionale team en de afgesproken kaders.

Het volgende is noodzakelijk om verder uit te werken voor NMG:

- Het aanscherpen/ concretiseren van de **doelstelling** van NMG zodat de gewenste effecten ook ervaren worden en zichtbaar (en meetbaar) zijn.
- Het organiseren van de **informatie-uitwisseling** binnen het NMG
- Het binnen het NMG verbreden/ **versterken van de samenwerking** met ouderenzorgorganisaties, de ziekenhuizen (bv voor inwoners die terug komen uit het ziekenhuis en in de wijk komen wonen) en ook andere organisaties (VG, revalidatie, etc.)
- Veel inwoners met een psychische kwetsbaarheid hebben behoefte om hun **gedragspatronen** te begrijpen, ggz professionals kunnen dit bij uitstek. Hoe kunnen we dit in de herstelgerichte vraag gestuurde klantreis inbouwen?
- **Inrichting, eigenaarschap, financiering / bekostiging** in de subregio's etc.
- De mate waarin de subregio's kunnen **verschillen in uitvoering en doelgroep**.

Parallel betekent deze aanpak dat er onder andere gewerkt moet worden aan:

- Scholing en inzet van herstelondersteunende methodiek en deskundigheidsbevordering voor alle partners in het NMG.

¹ In IZA wordt de term Mentale Gezondheidscentra gebruikt, ² Aanvullend kunnen partners worden ingeroepen bij behoefte aan specifieke expertise, bijv. top ggz, VVT, woningcorporaties, politie en justitie en onderwijs, ³ dit in ieder geval wijkteams, sociaal werk, welzijn, herstelinitiatieven en schuldhulpverlening



2b Verkennend Gesprek (VG)

Doelgroep & doelstelling

- **Doelstelling:** Een verkennend gesprek (VG) leidt tot verduidelijking van de vragen die iemand heeft over zijn mentale gezondheid en kijkt breed over de domeinen heen waar de persoon zijn onderliggende hulpvraag, mogelijkheden, behoeften en oplossingen (kunnen) liggen. Resultaat van een verkennend gesprek is een in gezamenlijkheid opgesteld advies voor om zijn mentale gezondheid te versterken. Naar verwachting zijn er 1 à 2 gesprekken nodig; het belangrijk om te accepteren dat de gewenste duidelijkheid niet altijd haalbaar is.
- **Doelgroep:** Volwassenen (of jongeren die bijna in de ZVW instromen). Er is behoefte om een dergelijke voorziening ook voor jeugd en ouders uit te breiden. Ook belangrijke naasten of mantelzorgers kunnen bij dit gesprek aanwezig zijn.

Aanpak

- **Uitgangspunten:** Veel inwoners hebben voordat ze een VG hebben al gesproken met sociaal domein en/of POH-GGZ en dat voor een verdere verduidelijking van de zorgvraag het VG mogelijk een oplossing biedt. Een VG is geen intake, geen overbruggingszorg en niet bedoeld voor de meest ingewikkelde casuïstiek die beter via een MDO of overlegtafel ingebracht kan worden (maar kan toch bijdragend zijn in voorkomende gevallen). Zo ligt het voor de hand dat in de situatie dat psychisch lijden verweven is met sociale determinanten, coping mechanisme en visie op de wereld is ligt, 1 à 2 gesprekken niet voldoende zijn. De herstelondersteunende visie of focus op welbevinden (positieve gezondheid) is in een eerdere fase al ingezet en heeft nog niet geleid tot stappen die nodig zijn voor de inwoner. De inwoner die psychisch lijdt krijgt de ruimte en support om te gaan ervaren wat werkt bij diens herstel.
- **Toeleiding:** De huisarts kan een inwoner aanmelden. GGZ instelling of eerstelijnspsycholoog/ vrijgevestigde psychiater kan ook inwoner een VG aanbieden vanuit de wachtlijst.
- **Gespreksvoerder:** Een multidisciplinair team¹ is opgeleid om de verkennende gesprekken te voeren. Vanuit de informatie van de verwijzer of poh-GGZ (die al een brede intake gedaan heeft) zal duidelijk worden welke professional het best dit VG zal voeren. Het VG kan ook met 2 leden van het multidisciplinaire team gevoerd worden. Verkenning op digitale tools die dit gesprek kunnen ondersteunen is gewenst. Het gesprek kan in 2 fasen plaatsvinden.
- **Plek van het VG:** Per subregio zullen plaatsen aangewezen worden (misschien ook mogelijkheid bij een inwoner thuis)
- **Na het verkennend gesprek:**
 - Zijn met de inwoner het psychisch lijden en de sociale determinanten besproken evenals de verschillende opties voor herstel. Dit stimuleert de inwoner van klachten vanuit een levensbreed perspectief te zien (focus op welbevinden (positieve gezondheid) en versterking weerbaarheid) en stimuleert het eveneens breed kijken naar herstelmogelijkheid (normaliseren) binnen de formele en informele zorg & ondersteuning of voorzieningen.
 - Weet de inwoner wat te nemen stappen zijn in het herstel en kan gebruik maken van de formele en informele zorg & ondersteuning of voorzieningen. Normalisatie is hierbij belangrijk. De verwijzer krijgt een samenvatting van deze stappen.
 - Kan toeleiding naar andere partners binnen of buiten het NMG plaatsvinden.

Organisatie & vervolg

We zien de volgende stappen voor elke subregio voor VG (zie ook *voorgenomen stappen bij 2a NMG*):

1. Een VG-training waarbij professionals vanuit verschillende disciplines (bijv. vanuit GGZ instelling, eerstelijns, sociaal domein, ervaringsdeskundigen) getraind worden in VG, zodat er per subregio een multidisciplinair team ontstaat.
2. Overbruggingszorg moet aandacht krijgen om te voorkomen dat het VG als geitenpaadje gebruikt gaat worden
3. Monitoring van de instroom van VG en van voorkomen van formele zorg

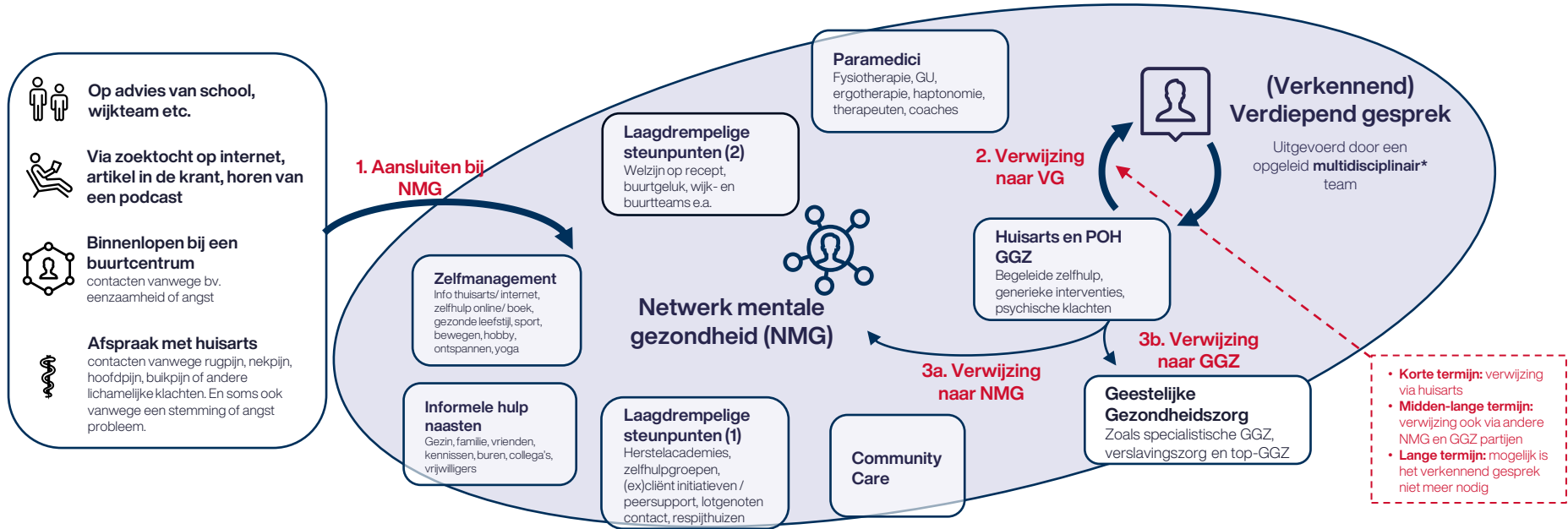
Parallel betekent deze aanpak dat er onder andere gewerkt moet worden aan:

- Oplossingen (zowel binnen domeinen als gezamenlijk) voor overbruggingszorg om de instroom op de goede doelgroep te houden en onnodige verzwarende van de hulpvraag te voorkomen
- Het komen tot redelijke verwijstermijnen voor BGGZ of SGGZ, indien deze instroom wenselijk lijkt na het VG
- Korte lijnen naar voorzieningen in het sociaal domein als dat een passend antwoord op de gestelde vragen
- Door- en uitstroom conform (aangescherpte) richtlijnen passende zorg
- Beschikbare GGZ voor consultatie en mediërende behandeling/begeleiding binnen sociaal domein, gehandicapenzorg, ouderenzorg en medisch specialistische zorg
- Hoe past het VG op wat de gemeente al doet en wat er speelt binnen de bestaande agenda (zoals hervormingsagenda jeugd)

¹ Samenstelling VG gebeurt o.b.v. informatie van de verwijzer en hiervoor wordt ook landelijk beleid ontwikkeld. Naar verwachting 2 leden, 2-3 gesprekken. Verkenning op digitale tool ter ondersteuning van het gesprek



Organisatiemodel binnen mentale weerbaarheid en gezondheid



Alle aanbieders werken herstelgericht en vanuit de focus op welbevinden (positieve gezondheid) en preventie, dat zich uit in een vorm van publieke mentale gezondheid

Informatie(uitwisseling) o.b.v. één bron, één waarheid en eenvoudige, veilige toegang voor iedereen middels het **digitaal platform** mentale weerbaarheid en gezondheid
Zie volgende pagina

*Samenstelling VG gebeurt o.b.v. informatie van de verwijzer en hiervoor wordt ook landelijk beleid ontwikkeld. Naar verwachting 2 leden, 2-3 gesprekken. Verkenning op digitale tool ter ondersteuning van het gesprek.

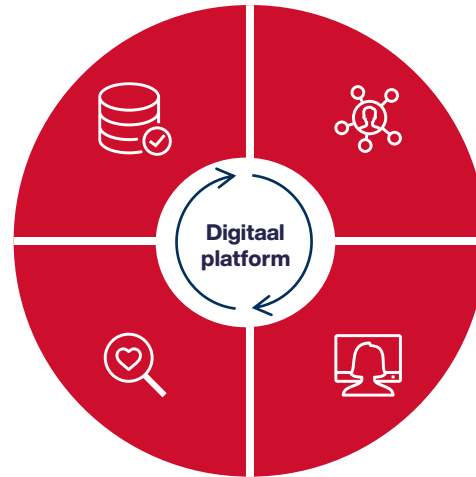
Digitaal platform mentale weerbaarheid en gezondheid

Informatie(uitwisseling) o.b.v. één bron, één waarheid en eenvoudige, veilige toegang voor iedereen

Digitale gegevensuitwisseling op

basis van één taal en definities.
Betreft o.a. communicatie,
onderlinge data-uitwisseling,
koppelingen tussen bestaande
omgevingen en PGO-omgeving

Inzicht in regionale,
zorglogistieke informatie op
gebied van capaciteit,
zorgprofiel, en
toegankelijkheid



Netwerken mentale gezondheid*,

gebaseerd op de focus op welbevinden
(positieve gezondheid) en toegankelijk voor
inwoners. Gericht op o.a. zelfhulp,
community care en peer support

Sociaal domein en eerstelijns werken samen

Aanbod van passende, hybride
zorg. Gericht op e-health, digitale
zorgpaden, gamificatie

*Dit platform is op het totale zorg- en welzijnssysteem van toepassing. We kunnen dus ook spreken van een gezondheidsnetwerk of een (medisch) service centrum i.p.v. enkel het netwerk gericht op de mentale gezondheid. Hier zijn al veel oplossingen voor beschikbaar zoals Psychosenet.



3a Passende zorg

Doelgroep & doelstelling

Vanuit de vraag van iemand met mentale gezondheidsproblemen en met de inzet van de methodiek "Samen Beslissen" (of soortgelijke methodiek), de behandeling en ondersteuning zo in te richten dat deze bij de vraag aansluit, doelmatig van opzet is en zo intensief als nodig en zo kort als mogelijk wordt georganiseerd. Het gaat daarbij dan om:

- Zorg passend maken voor alle inwoners (aandacht voor specifieke doelgroepen, bijv. inwoners met een migratieachtergrond)
- Verdere doorontwikkeling naar vraaggericht werken, van medisch model naar focus op welbevinden (positieve gezondheid)
- Het versterken van de eigen regie en de weerbaarheid van de cliënt én de inzet van het eigen netwerk
- Het komen tot goede samenwerkingsafspraken in de keten en in de regio, waar het gaat om het verhogen van het % gepaste behandelingen (waaronder "tijdig stoppen met behandeling") en het daarmee bevorderen van de doelmatigheid in behandeling t.b.v. de door- en uitstroom (tijdig op- en afschalen)
- Het inrichten van een monitor waarmee gemeten wordt of de zorg door de instellingen passend, doelmatig en toegankelijk is verleend
- Domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken met de eerste lijn, eerstelijnspsychologen, het sociaal domein, VVT-instellingen en ziekenhuizen rondom in- en uitstroom van cliënten die naar de GGZ worden/zijn verwezen, met focus op terugdringing instroom en stimuleren uitstroom
- Inzet op harmonisatie: geen grote praktijk- en behandelvariatie, die niet verklaard kan worden
- We werken, waar mogelijk, altijd samen met de naasten van degene die in zorg komt

Aanpak

- Het komen tot goede domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken in de keten en in de regio met een focus op:
 - Versterken van de GGZ-expertise bij de huisarts en POH-GGZ en in het sociaal domein
 - Consultatieafspraken tussen GGZ en eerste lijn en met het sociaal domein
 - Tijdig kunnen faciliteren (consultatie, mediërende behandeling) door de GGZ van collega's in de gehandicaptenzorg, sociaal domein (bv. beschermd wonen) en 1e lijn
 - Trainen van GGZ-professionals (door bijv. Steunpunt GGZ Utrecht) o.h.g.v. het "leren stoppen met behandelen"
 - Toegankelijkheid borgen – (verantwoorde wachttijden) - waar intensieve zorg nodig is
 - Minder naar elkaar (de ketenpartners) hoeven verwijzen (juiste zorg op juiste plek)
- Hierbij sluiten we aan op het lopende ZonMw traject: bij succesvolle pilot¹ (loopt tot juli 2024) in Utrecht Stad en Eemland, waarna we de resultaten uitrollen naar heel Midden Nederland.
- Het toepassen van de methodiek "samen beslissen" en het vergroten van een transdiagnostische visie en werkwijze in de gespecialiseerde GGZ, waarmee we gezondheidsklachten bezien in de brede context van verschillende levensdomeinen.
- Om eigen regie en weerbaarheid te versterken, wordt bij iedere cliënt het netwerk actief onderdeel van het behandeltraject (in lijn met aanpak "Verkennd gesprek", zie thema 2b).
- Onderzoeken en uitwerken van regionale tijdelijke (logeer)voorziening voor patiënten met GGZ gerelateerde problematiek (zie het ROAZ plan voor de verdere uitwerking).

Organisatie & vervolg

Komen tot goede domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken in de keten (tussenevaluatie dec 2024, eindevaluatie dec 2025):

- 2024 Q1 en Q2:
 - Visie opstellen samenwerking tussen GGZ-instellingen, eerste lijn, eerstelijnspsychologen, sociaal domein, VVT-instellingen en ziekenhuizen met betrekking tot gepaste zorg.
 - Afspraken maken met huisartsenorganisaties, gemeenten/sociaal domein partners, VVT-instellingen, ziekenhuizen, specialistische partners (o.a. gehandicaptenzorg) over het versterken van GGZ-expertise bij deze partijen. Het versterken van eigen regie en weerbaarheid van inwoners nemen we mee bij thema 1.
 - Bestuurlijk convenant (inclusief duidelijke afspraken over regio coördinatie en governance) opstellen, vaststellen en ondertekenen.
- 2024 Q3 en Q4 en 2025 ev.: Start met implementatie van gemaakte afspraken bij alle betrokken partners volgens op te stellen transformatieplan.

Bevorderen doelmatigheid behandelingen (o.a. te lang behandelen voorkomen door instellingen):

- Ombuiging van de instroom nemen we mee bij thema 2.
- Q3 en Q4 2024: Evaluatie van pilot¹ in Utrecht Stad en Eemland. Transformatieplan voor implementatie opstellen.
- Q1 en Q2 2025: Value based health care uitwerken: Inhoudelijke uitgangspunten voor gepaste zorg uitwerken voor alle doelgroepen in zorg en lerend verbeteren van dashboard (zicht op behandelduur en intensiteit). Vaststelling van KPI's rondom in-, door- en uitstroom. Ook focus op ontwikkeling van persoonlijke dashboard voor cliënt (samen beslissen).
- Q3 en Q4 2025 en 2026: Uitrol monitoring en dashboard binnen regio.

Inzet van de methodiek "Samen Beslissen" (of soortgelijke methodiek):

- 2024 Q1 en Q2: Inventarisatie bij welke instellingen in Midden Nederland de methodiek "Samen Beslissen" reeds geïmplementeerd is, en in welke mate het geïmplementeerd is.
- Q3 en Q4 2024 en 2025: Uitbreiden van de methodiek "Samen Beslissen" naar 80% van de behandeltrajecten in de curatieve GGZ bij de deelnemende instellingen in de Zvw.

¹ Pilot 'Een impuls aan de door- en uitstroom in de Midden Nederland: van instellingsaanpak naar netwerkaanpak door middel van visievorming, data analyse en samenwerkingsafspraken'



3b Digitalisering

Doelgroep & doelstelling

- Vrijspelen van behandelcapaciteit binnen de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ t.b.v. meer capaciteit voor de gespecialiseerde GGZ
- Toename effectiviteit van behandeling (d.m.v. datagedreven werken)
- Digitale uitwisseling van gegevens mogelijk en gemakkelijk maken tussen organisaties en met cliënten
- Elke inwoner heeft toegang tot een regionaal digitaal platform, waaronder een eHealthbibliotheek met informatie en bruikbare zelfhulptoepassingen voor mentale weerbaarheid- en gezondheidsvragen
- Focus op preventie en ondersteuning via ontsluiting van digitale middelen met als doel minder instroom in de GGZ
- Activeren van inwoners d.m.v. digitalisering om meer zelf te doen en cliënten actiever te betrekken in behandeltraject

Aanpak

- *Vrijspelen van 6% van de behandelcapaciteit binnen de GGZ ten behoeve van meer capaciteit/ toegankelijkheid:* Uitgangspunten worden opgesteld; o.a. opschalen van online behandeling EMDR tool naar heel de Midden Nederland (start Altrecht, breder uitrollen in heel de regio). Verdere ontwikkeling van hybride en volledig digitale behandeling en innovaties (deels met steun van Trijn)
- *Toename effectiviteit van behandeling:*
 - Opstellen van value based healthcare voor mentale gezondheid nemen we mee onder thema 3a
 - Er dient landelijk en regionaal overeenstemming te komen over welke data we gaan vastleggen. Suggesties zijn o.a. inzicht in de waarde van frequentie en duur behandelingen en de effectiviteit van de behandeling (o.a. de toegevoegde waarde van (de laatste) behandelcontacten)
- *Digitale uitwisseling van gegevens mogelijk maken tussen organisaties:* verder vormgeven van een regionale digitale infrastructuur, zoals het 'digitale keukentafelschrijftje' met Trijn waarin de inwoner gegevens kan delen met behandelaren van o.a. ouderenzorg, GGZ, sociaal domein, huisartsen
- *Het ontwikkelen van een digitaal platform gericht op:*
 - Het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in de regionale vraag en de beschikbare capaciteit
 - Het versterken van de elementen van welbevinden (positieve gezondheid) en de daaraan gerelateerde randvoorwaarden. Het gaat om regiebevordering bij inwoners (Thema 1). Dit is sterk gelinkt aan de Netwerken Mentale Gezondheid (thema 2a). Hierbij moet gedacht worden aan toegang tot de eHealthbibliotheek, eHealth programma's (mogelijkheden die genoemd zijn: Lekker in je vel, Wij zijn mind, Therapieland, Minddistrict), eCommunities (o.a. PsychoseNet). Hier is ondersteuning nodig vanuit Trijn.
 - Betere digitale ondersteuning van het zorgproces: reminders via app, inzet van digitaal materiaal voordat client zorgprofessional ziet ten einde tot een effectievere werkwijze (betere zorg) te komen.

Organisatie & vervolg

Uitgangspunt is een regionale aanpak van de gezamenlijke digitaliseringsopgave (niet elke organisatie voor zich), in Trijn-verband en met de expertise van extern projectmanagement die ervaring heeft met een dergelijke complexe transformatieopgave:

- Q1 en Q2 2024: Afstemmen welke partners betrokken zijn bij de regionale aanpak omtrent digitalisering. Vorming regionale projectgroep. Keuze projectmanagement. Opstellen visie, doelen en transformatieplan infrastructuur en inrichting. In kaart brengen van de bewezen resultaten/ervaringen in de sector.
- Q3 en Q4: Focus op laaghangend fruit (o.a. zelfredzame eHealth modules toegankelijk maken en ontsluiten op juiste plek). Ook andere thema's uitwerken.
- Vanaf 2025: Start subregionale pilots (o.a. digitale platformen en ontsluitingsopgaven, digitaal behandelen, inzet van AI, inzet van een slaaprobot, digitale toeleiding naar verkennende gesprekken, zie verder thema 2)

- 2026: Opschalen heel Midden Nederland.

Vrijspelen van 6% van de behandelcapaciteit:

- 2024: Opstellen transformatieplan (expliciet beoordelen haalbaarheid 6%), versterking digitale zorgverlening. Opschalen van hybride en volledig online behandelingen (o.a. EMDR tool vanuit Altrecht naar heel Midden Nederland en uitbreiden VR)
- 2024 - 2025: Verdere ontwikkeling van digitale behandeling en innovaties (met steun van Trijn)

Implementeren binnen het regionale digitaal platform van de uit te breiden NZa-transparantie-regeling t.b.v. regionaal inzicht in beschikbare vraag en capaciteit:

- 2024: Voorbereiding invoering nieuwe transparantieregeling
- 2025: Implementeren landelijke model



4a Profielkeuze

Doelgroep & doelstelling

- Versterken van de domeinoverstijgende samenwerking en de verbinding tussen de partners binnen de mentale gezondheid met een focus op preventie, meer eigen regie bij de inwoner en versterking van de mentale weerbaarheid.
- Toegankelijk houden (door terugdringen van de wachttijden binnen de Treeknorm) van de GGZ in de zorgverzekeringswet (Zvw) door afbuigen van verwijzingen naar de Zvw naar netwerken mentale gezondheid (incl. verkennde gesprekken), sociaal domein, herstelcentra, respijthuizen, welzijnsorganisaties en informele zorg & ondersteuning. Bevorderen van herstel van het netwerk.
- Samenwerkend netwerk van afgestemd zorgaanbod (incl. cruciale zorg, thema 4b) voor alle complexe aandoeningen; dit vraagt om een transparant portfolio en differentiatie tussen organisaties
- Preventieve en integrale samenwerkingsafspraken die de inwoner weerbaarder en zelfredzamer maken en helpen zijn/haar weg te vinden en toeleiden naar de juiste vormen van gepaste zorg.
- Bevorderen samenhangend aanbod

Aanpak

Versterken van de verbinding tussen partners

- Regionale afstemming tussen (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van mentale gezondheid en daarmee verbonden bekostiging
- Verder vormgeven van de samenwerking op bestuurlijk en operationeel niveau tussen de verschillende partners

Toegankelijk houden (door terugdringen van de wachttijden binnen de Treeknorm) van de GGZ in de zorgverzekeringswet en capaciteit vrijspelen om de zorg ook betaalbaar te houden en de vraag op te vangen

- Focus op het versterken van de elementen van welbevinden (positieve gezondheid) en het creëren/versterken van de randvoorwaarden hiervan (brede maatschappelijke inspanning, gericht op herstel, destigmatisering, meedoen, bevorderen van eigen regie, re-integratie en participatie (IPS))
- Zorgen dat het personeel van het sociaal domein kennis heeft van mentale problemen en over LVB om hiermee zelf om te kunnen gaan en dat de GGZ laagdrempelig beschikbaar is voor consultatie en zorgen dat het personeel van de GGZ-instellingen de mogelijkheden van het sociaal domein kent en leert van hun werkwijzen.
- Zorgen dat de GGZ op de hoogte is van de mogelijkheden in het sociaal domein.
- Uniformeren organisatievorm en financiering NMG en VG voor succesvolle samenwerking en dit uitrollen in de regio (wel mogelijkheden houden voor variatie op inhoudelijke thema's en inbreng per gemeente/wijk)

Samenhangend netwerk op het gebied van mentale gezondheid

- Implementeren van nieuwe NZa-transparantieregeling, instellen regionale governance rondom Regioplan
- Afspraken met 'kleinere' GGZ organisaties over wat ze nodig hebben om zwaardere cliënten op te kunnen pakken
- Regionale coördinatie rondom transferketen continueren (transfermechanisme, doorzettingsmacht)

Organisatie & vervolg

Evaluatie profielkeuze in de regio:

Q1 en Q2 2024:

- Vaststellen met welke partijen de profielkeuze evaluatie plaatsvindt. Analyse huidige profielen. Analyse toekomstige vraag omtrent mentale weerbaarheid en gezondheid.
- Organiseren van vertegenwoordiging m.b.t. de vrijgevestigde ggz-professional. Opstellen ambitie toekomst.
- Afspraken over monitoring van wettelijke en financiële randvoorwaarden (in lijn met IZA-afspraken) om de regionale plannen ook met succes ingevuld te krijgen.

Q3 en Q4 2024:

- Vaststellen gemeenschappelijk belang (o.a. betere toeleiding en leren van elkaar). Kijken of de mentale gezondheid in Midden Nederland nu logisch georganiseerd is of dat er slimmere keuzes te maken zijn.
- Besluit profielkeuze GGZ-instellingen.
- Maken van niet vrijblijvende afspraken tussen de partijen.

2025 - 2028:

- Doorvoeren juiste zorg op de juiste plek in Midden Nederland, realiseren van het toegankelijk houden (door terugdringen van de wachttijden binnen de Treeknorm) van de GGZ en capaciteit vrijspelen om de zorg betaalbaar te houden.
- Heldere afspraken over en implementatie van regiocoördinatie en governance
- Bevorderen samenhangend aanbod



4b

Cruciale zorg

Doelgroep & doelstelling

- De uitwerking van cruciale zorg hangt samen met de uitwerking van het landelijke traject. Hier wordt o.a. de definitie vastgesteld, waarbij ook de term cruciale zorgcapaciteit voor complexe GGZ gehanteerd wordt

Aanpak

- Naast de cruciale zorg binnen de Zorgverzekeringswet zal er landelijk ook gewerkt worden aan de inventarisatie van de cruciale zorg binnen de Wlz, de Jeugdwet en de Wmo.

Organisatie & vervolg

- Q1 2024: Cruciale zorg wordt verder uitgewerkt door kerninstelling en regionale opdrachtgevers

Situatieschets

Toenemende zorgvraag door groei en relatief sterke vergrijzing versterkt opgaven voor medisch-specialistische zorg

- De regio Utrecht kenmerkt zich als **jonge en snel groeiende regio**. Tegelijkertijd heeft onze regio ook te maken met een **sterkere (dubbele) vergrijzing** dan landelijk gemiddeld.
- Hierdoor hebben we in de zorg **specifieke uitdagingen** op zowel de geboortezorg, als ouderdom gerelateerde uitdagingen (artrose, dementie).
- Ondanks een relatief gezonde leefstijl en hoge gemiddelde sociale status, zal ook in de provincie Utrecht **de zorgvraag op COPD, diabetes, coronaire hartzieken en mentaal welzijn toenemen**. De gezondheidsverschillen tussen gemeenten en wijken zijn bovendien aanzienlijk.
- De combinatie van groei en vergrijzing zorgt voor **een relatief hoge demografische druk**, wat het arbeidsmarktvragestuk uitdagender maakt dan elders in Nederland, zeker ook in de zorg.

Regioziekenhuizen

- Het borgen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor alle inwoners van de provincie Utrecht is onze **gezamenlijke uitdaging**.
- Dat kan alleen als we **solidair samenwerken**, als regioziekenhuizen en met alle partners in de keten, transmuraal en over domeinen heen. Met de mens (burger/patiënt) als centrale focus en passende zorg als uitgangspunt.
- Wij voelen ons **verantwoordelijk voor deze maatschappelijke opgave** en geven daarmee onverkort uitvoering aan de doelen en werkwijzen van het Integraal Zorgakkoord.
- Dit doen we vanuit **de overtuiging** dat wij deze regionale opgaven samen op een onderscheidende manier kunnen oplossen, bouwend op het fundament dat er al is en de kansen die dat biedt.
- Onze **regio is daarbij uniek**: een jonge hoogopgeleide, compacte regio met veel innovatief vermogen. We beschikken over **vier sterke regioziekenhuizen**, ieder met onderscheidende en aanvullende kwaliteiten en met een eigen karakteristiek. Het UMC Utrecht als academisch topreferent ziekenhuis, de topklinische ziekenhuizen St. Antonius en het Meander MC en het Diakonessenhuis als algemeen ziekenhuis.
- Dat is een **krachtige uitgangspositie** om ons regionale zorglandschap te vernieuwen.

Regionaal overzicht thema's

Thema 1

Concentreren en spreiden van passende MSZ

We werken vanuit het idee van netwerkzorg toe naar het verder aanscherpen van de complementaire profielen van onze ziekenhuizen: de zorg wordt daar aangeboden waar het meeste waarde wordt geleverd. Een goede innovatie-, opleidings- en onderzoeksinfrastructuur is en blijft daarbij essentieel. Naast de onderwerpen waarvoor in het IZA volumennormen zijn voorzien, werken we ook (met partners) samen aan het passender organiseren van verschillende zorgvormen.

Concentratie van zorg

Netwerkvorming

Verdere samenwerking op Passende MSZ en Preventie

Thema 2

Zorg digitaliseren

We versterken de digitale infrastructuur binnen onze regio verder. Gegevensuitwisseling en het digitaliseren van zorgpaden zijn daarin gezamenlijke opgaven die we de komende jaren regionaal en in samenwerking met partners oppakken.

Medisch service centrum

Digitale regionale ontwikkeling

Thema 3

Flexibiliteit in beschikbare capaciteit

We zoeken de komende jaren naar gezamenlijke oplossingen voor het groeiende personeelstekort dat we elk ervaren. Dat doen we zowel door samen te werken bij het werven, ondersteunen en wendbaar inzetten van personeel als door gezamenlijk opleiden van de meest schaarse beroepen.

Wendbaar inzetten vastgoed en personeel

Thema 1 | Concentreren en spreiden van passende MSZ

Visie op MSZ

Scherp, eigen profiel

Binnen onze regio hebben we 4 ziekenhuizen met ieder een eigen profiel: een algemeen ziekenhuis, 2 topklinische ziekenhuizen en 1 academisch ziekenhuis.

Gelijkwaardige ziekenhuizen - niet gelijk, maar wel gelijkgestemd in onze regionale ambitie. Waarin we bereid zijn om vanuit het belang van de burgers vergaand samen te werken, over bestaande grenzen, praktijken en overtuigingen heen. Zo gaan we in algemene zin aan de slag: we gaan op zoek naar écht nieuwe vormen van zorg, werken en organiseren. Met oog voor de eigenheid van elk huis, maar met de bereidheid voor beweging in de bestaande profielen om daadwerkelijk regionaal te kunnen transformeren.

Alleen op die manier kunnen we komen tot de **innovatieve regionale netwerkzorg**. Een overkoepelend concept dat we zien als dé oplossing voor toekomstbestendige zorg in onze regio. Een model gestoeld op onderlinge gelijkwaardigheid (shared care) waarin we de zorg coherent organiseren, transmuraal rondom de patiënt. Dichtbij en/of digitaal waar kan, centraal wat moet. Met een optimale mix van mensen, uitkomsten, voorkeur van patiënten en kosten, altijd afgewogen vanuit het collectief belang, van de provincie Utrecht te laten profiteren van de innovaties in de gezondheidszorg.

Regioplan en afspraken

Beweging: Concentratie van zorg

NORMERING

Passende zorg en aansluiting op landelijke volumennormen

Voldoen aan landelijke volumennormen voor oncologie en vaatchirurgie

Afspraken

Betrokken medisch specialisten in de regio hebben het initiatief genomen tot het oprichten van **een vaatchirurgisch netwerk**. Daarin worden onder andere afspraken gemaakt over de inrichting van de vaatchirurgische zorg in de regio. In afwachting van de formele publicatie van de landelijke vaatchirurgische volumennormen worden scenario's opgesteld hoe een optimale inrichting eruit kan zien.

Op 25 januari 2024 wordt de definitieve vaststelling van de normen verwacht.

Vanuit **Oncomid** worden afspraken gemaakt over de optimale inrichting van de oncologische zorg in de regio. Ook voor deze zorg geldt dat er in afwachting van de formele publicatie van de normen scenario's zijn opgesteld hoe een optimale inrichting eruit kan zien. Hierin wordt geanticipeerd op de verschillende tranches waar de komende jaren naar verwachting normen voor worden opgesteld en wordt waar nodig ook andere oncologische zorg betrokken.

Tot die tijd worden door de ziekenhuizen scenario's uitgewerkt met aandacht voor beschikbare capaciteit per huis. Waarbij voor zowel OncoMid als het vaatchirurgisch netwerk de regio breder is dan de ROAZ regio.

Thema 1 | Concentreren en spreiden van passende MSZ

Visie van de MSZ

Ons gezamenlijk fundament: **de mens - patiënt en professional - staat centraal**

We kunnen dit concept bouwen vanuit het stevige inhoudelijke fundament dat er is in de vier ziekenhuizen, uitgewerkt via onze strategieën, programma's en beleid. In ons **gezamenlijk fundament** staat de mens centraal: de patiënt en de professional. Dit beleid en onze kennis zetten we via de lijn van passende zorg in om meerwaarde te realiseren in de keten:

Wij gaan voor **waardegedreven, duurzame zorg**, samen met en rondom de patiënt, de juiste zorg op de juiste plek, met de focus op gezondheid in plaats van ziekte. Daarbij vinden we de regie vanuit de patiënt belangrijk. We luisteren naar het geluid van de patiënt, om zorg mensgericht en op maat te registreren in de keten.

We **investeren in onze mensen** omdat we geloven dat de beste mensen, de beste (keten)teams vormen. We zetten in op duurzame inzetbaarheid, minder werkdruk, ontwikkeling en het binden van onze zorgprofessionals in de regio.

We **verbinden werelden** door samenwerking voorop te stellen en bouwen aan sterke netwerken als betrouwbare samenwerkingspartner

Regioplan en afspraken

Beweging: Netwerkvorming

Afspraken

PLANVORMING

Samen realiseren we coherente regionale netwerkzorg, met een sterke opleidings- en onderzoeksinfrastructuur voor een innovatieve en aantrekkelijke regio.

Toewerken naar een verdere **samenwerking rond cardiologische zorg** richting een gezamenlijk regionaal netwerk (vergelijkbaar met OncoMid voor de oncologie).

Voortzetten en verder intensiveren van de reeds ingezette samenwerking tussen UMC Utrecht en St. Antonius rond **complex cardio-thoracale chirurgie**.

De ziekenhuizen St. Antonius, Diaconessenhuis, Meander en het UMC Utrecht werken in een gezamenlijk initiatief toe naar **passende (laboratorium)diagnostiek** in de gehele keten. Het doel is verhogen van de kwaliteit en effectieve inzet van alle beschikbare capaciteit. Met als thema's een duurzaam en integraal priknetwerk, integrale informatievoorziening (incl. een regionaal Laboratorium Informatiesysteem voor de microbiologie), effectief capaciteitsgebruik en aantrekkelijk werkgeverschap voor (nieuwe) medewerkers.

Samen met VVT-organisaties Careyn en Zorgspectrum nemen in ieder geval St. Antonius en Diaconessenhuis initiatief tot het passender vormgeven van een Punt voor Parkinson voor de **Parkinsonzorg**. Het doel is met geïntegreerde zorg een verbeterde patiëntervaring te creëren, en patiënten in een latere fase van de ziekte langer thuis te kunnen laten blijven wonen.

Meander MC, St. Antonius en Diaconessenhuis werken samen met VVT partners en in afstemming met het UMC Utrecht toe naar het verbeteren van **trauma geriatrie zorg** (heupfracturen) met o.a. aandacht voor verdere concentratie van deze zorg, betere logistiek en doorstroming, vermindering van ligdagen en aandacht voor preventie.

Thema 1 | Concentreren en spreiden van passende MSZ

Visie van de MSZ

Samenwerken is mensenwerk. Naast de formele concretisering van de samenwerking in inhoud en structuren, maakt de wijze waarop we dit gaan doen met elkaar het verschil of en hoe we onze regionale ambities en transformatie realiseren.

Als uitwerking daarvan hanteren we de volgende leidende principes bij het vormgeven van de samenwerking, de besluiten die we nemen, en het maken van keuzes in de transformatie:

- Onze keuzes maken we op basis van **het totaal** (niet op onderwerp of norm), ook irt. 'overige zorg'.
- De maatschappelijke business-case is leidend: het gaat om het **belang van de burger/patiënt**, niet om dat van de individuele instellingen.
- Onze keuzes baseren we op **passende, volwaardige en coherente zorg** (toekomstbestendig) in de juiste balans met doelmatigheid.
- **Samen in het netwerk stemmen we af** wat deze passende, volwaardige en coherente zorg is, geen eenzijdige verschuivingen van zorg.
- In de samenwerking borgen we **onderwijs en opleiding** voor zorgprofessionals
- In de samenwerking borgen we een **sterke (regionale) innovatie-, opleidings- en onderzoeksinfrastructuur**

Regioplan en afspraken

Beweging: Verdere samenwerking op Passende MSZ en Preventie

Plan: VERKENNING

Zorg passender organiseren voor waar de zorgvraag stijgt, zoals Parkinson en traumageriatrie

Verder verkennen hoe (regionale) netwerkvorming meerwaarde heeft voor andere zorgvragen in de regio. Dit betreft dan bijvoorbeeld het verkennen van mogelijke concentratie en spreiding van (basis)zorg, opdat de groeiende zorgvraag wordt opgevangen en de regionale capaciteit optimaal wordt benut.

SAMEN WERKEN AAN PASSENDE ZORG

Alle ziekenhuizen werken sinds vele jaren aan het meer passend maken van de (medisch specialistische) zorg met als doel om de stijgende zorgvraag op te kunnen vangen. Dat betreft bijvoorbeeld vele initiatieven die de zorg waar mogelijk verplaatsen naar huis of naar de eerste lijn. Enkele voorbeelden zijn Juiste Zorg Juiste Plek programma's, telemonitoring, het ontwikkelen van hybride zorgpaden, teleconsultatie huisartsen/medisch specialist en Advance Care Planning. Veelal werken de ziekenhuizen met de ketenpartners (huisartsen, VVT, eerstelijns) aan het optimaliseren van ketenbrede zorgpaden om de principes van stepped care in de praktijk te brengen. Deze bewegingen willen de ziekenhuizen de komende jaren voortzetten, waar mogelijk meer samen met partners in regionaal verband.

De komende periode vullen we dit in door samen met betrokken professionals op regionaal niveau zorgpaden te herontwerpen rond aandoeningen waarop een stijgende zorgvraag wordt verwacht, zoals bewegezorg (reumatologie, orthopedie, artrosezorg), electieve orthopedische (heup)operaties, CVRM/diabetes, COPD, zorg rond vroeggeboorte, hartfalen en dermatologie.

Daarnaast wordt in de regio Eemland het project Pro Actieve Zorgplanning uitgerold met als stip op de horizon dat iedereen in de regio met de werkafspraken Proactieve Zorgplanning werkt, zowel in de eerste als tweede lijn. Zodat alle inwoners van Eemland voor wie het nodig is, hebben nagedacht over hun wensen en grenzen voor toekomstige zorg en behandeling.

PREVENTIE

De ziekenhuizen willen de komende periode met het sociaal domein (o.a. via de Healthhub en de regiotafels verder verkennen hoe de ziekenhuizen vanuit de MSZ kunnen aansluiten op het thema preventie. Vanuit het Julius Centrum wordt actief naar verdere aansluiting gezocht als het gaat om een bijdrage vanuit de kennis, innovatie en evaluatie. Concrete initiatieven die verkend worden op het gebied van leefstijlverbetering vanuit het UMC Utrecht, Diakonessenhuis en de HUS is de FitKliniek en schakelpunt Gezond Leven. Daarin worden chronische patiënten geholpen bij het ontwikkelen van een gezondere leefstijl.

Daarnaast is vanuit Samen Sterker het regionale samenwerkingsproject Valpreventie geïnitieerd. Het hoofddoel is om door goede en brede samenwerking zoveel mogelijk valincidenten bij ouderen en dus ziekenhuisopnames te voorkomen.

Thema 2 | Zorg digitaliseren

Visie van de MSZ

Gelijkgerichte uitwisseling patiëntgegevens

- Opzetten regionaal Medisch Service Centrum (MSC) voor de ziekenhuizen en ketenpartners.

Digitalisering

Commitment aan doelen in Trijn verband t.a.v.:

- Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg
- Inwoners van Nederland hebben in 2025 digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens
- Transformatie naar hybride zorg
- Data wordt digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd en beschikbaar gesteld

Regioplan en afspraken

Beweging digitalisering Plan: Medisch service centrum en digitale regionale ontwikkeling

Opzetten regionaal **Medisch Service Centrum** (MSC). STAZ en UMC Utrecht nemen het voortouw op basis van de reeds ontwikkelde monitoring en expertise en brengen dit graag samen met de andere huizen en de daar ontwikkelde monitoring om zo te komen tot een regionaal MSC. In een volgende fase ook voor VVT en huisartsen.

Continuering regionale project **Data Delen Midden Nederland.**

Commitment aan aanpak in verband **Trijn**, t.a.v.:

1a: Overdracht en medicatieoverdracht
1b: Standaarden voor acute- en ambulance zorg

2a: netwerkzorg: inzichtelijk maken netwerken + data van verschillende domeinen.
2b: behandelwensen

3: Transformatie naar hybride zorg

4a: data-architectuur

Afspraken

- Vaststellen visie en scope van het MSC, samen met ziekenhuizen, VVT, huisartsen en Trijn (okt/nov/dec '23).

- Doortontwikkeling en verbreden DDMN naar andere specialismen naast de al bestaande ontwikkeling voor de oncologie en de geboortezorg.

- Harmonisatie van werkprocessen over alle sectoren heen rondom overdracht van informatie.
- Regionale vierer met basisset gegevens voor alle betrokken zorgverleners
- Digitalisering overdracht huisarts – apotheek – specialist. Aansluiting bij landelijk programma vanaf 2025.

- investeren in meekijk-consult specialist-huisarts en digitaal verwijzen.
- Data verschillende zorgdomeinen ontsluiten en inzichtelijk maken. Doelstelling: significante reductie administratieve last.
- Data-ontsluiting beschikbaar maken voor patiënt. Doelstelling: meer regie voor patiënt/inwoner.

- Harmonisatie van werkprocessen telemonitoring + vastlegging in regionale transmurale afspraken.
- Maximale verbinding van alle lopende initiatieven op het gebied van (tele)monitoring en telebehandeling (o.a. STAZ, UMCU en ZCC).
- Doelstelling telemonitoring: minder instroom tweedelij, verplaatsing naar eerstelij.

- Focus op *databeschikbaarheid* i.p.v. *dataoverdracht*.
- Voortborduren op de bestaande basis vanuit OncoMid en Cumuluz.
- Realiseren reeds ontwikkelde data-architectuur binnen Trijn.

Thema 3 | Flexibiliteit in beschikbare capaciteit (deel 1)

Doelstelling

Wendbaar inzetten vastgoed en personeel

Een model waarin onze professionals georganiseerd zijn rondom de patiënt, of het zorgpad. Waarbij de mobiliteit van patiënt en professionals gestroomlijnd is. Met meer flexibiliteit van personeel en nieuwe vormen van (regionaal) werkgeverschap, waarbij er aandacht is voor het thuisgevoel, de verbondenheid van onze mensen: bij het vak, bij de patiënt, of bij de locatie. Dit zorgconcept wordt ondersteund door een sterke regionale opleidings- en onderzoeksinfrastructuur, om zo kennis en innovatie maximaal te kapitaliseren voor onze regio en zo alle professionals en inwoners van de regio Midden Nederland te laten profiteren van de innovaties in de gezondheidszorg. Het streven is een translationele innovatiefunctie, die academisch onderzoek meer regionaal organiseert en krachtig vernieuwingen in de zorg naar de praktijk brengt. Via open innovatie wisselen we actief innovatieve ideeën en practices uit met elkaar en netwerkpartners, en vernieuwen we van onderop met onze professionals en samenwerkingspartners vanuit multi- en interprofessioneel perspectief.

Regioplan en afspraken

Beweging: werven en opleiden van (zorg)professionals

Plan: arbeidsmarkt

	Afspraken	Verdieping
Arbeidsmarktbenadering en recruitment	<ol style="list-style-type: none"> Sollicitanten doorverwijzen: <ul style="list-style-type: none"> 2023L sollicitanten beter doorverwijzen en doorverwijzingen goed opvangen Gezamenlijke ambitie om in Q1 2024 100 sollicitanten door te verwijzen In 2024 de ontwikkeling inzetten om zicht en grip te krijgen op de daadwerkelijke hires op de doorverwezen kandidaten. Gezamenlijke banenmarkt Campus recruitment Regionale wervingscampagne Talentpool (regionaal behoud van eigen medewerkers) 	Bovenregionaal: UMC Utrecht, Diak, St. Antonius, Meander MC, Prinses Maxima Centrum, Tergooi, Rivierenland, ZGV
Terugdringen PNIL	<ol style="list-style-type: none"> Uitwisseling afspraken over voorwaarden en tarieven Uitwisseling best practices over centrale regie binnen je ziekenhuis Ontwikkelen gezamenlijke visie op PNIL/flexibele schil Propositie werkgever loondienst vs zzp'er Regionaal werkgeverschap 	Idem
Loopbaanbaden	<ol style="list-style-type: none"> Regionale kennisdeling: 'kiekdagen organiseren voor teammanagers en HR/academie Inventariseren behoeften verdere ontwikkeling Onderzoeken uniform format Inspiratiesessies plannen met best practices 	Idem

Thema 3 | Flexibiliteit in beschikbare capaciteit (deel 2)

Doelstelling

Wendbaar inzetten vastgoed en personeel

- Arbeidsmarktbenadering en recruitment
- Loopbaanpaden
- Terugdringen PNIL
- Arbeidsvoorwaarden

Regioplan en afspraken

Plan	Afspraken	Verdieping
Arbeidsvoorwaarden:		idem
<ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe CAO uitvoering bereikbaarheids- en consignatiediensten 	Uitvoering verschilt per ziekenhuis en dit is onderling bekend. Uiteindelijk keuze per ziekenhuis, onderwerp van gesprek, ervaring en kennis delen.	
<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliteitsbeleid 	Aantal ziekenhuizen is bezig om een nieuw mobiliteitsbeleid op te stellen. Ervaringen en kennis wordt binnen de werkgroep gedeeld.	
<ul style="list-style-type: none"> • Functiewaardering 	Gezamenlijk wordt onderzocht hoe functiewaardering in de ziekenhuizen is ingericht en waar er mogelijke knelpunten/gevoeligheden liggen.	
<ul style="list-style-type: none"> • Regionaal werkgeverschap 	Verkenning via Utrechtzorg	

Ook binnen individuele ziekenhuizen werken we actief aan het vinden van innovatieve oplossingen om meer zorg te kunnen leveren met minder mensen. Een voorbeeld is het project Mission Impossible van St. Antonius, waar dit najaar een proef is gestart om het samenspel tussen professionals en mantelzorgers te verbeteren door hen actiever bij de niet-medische handelingen van de zorgverlening te betrekken. We zoeken naar manieren om dergelijke initiatieven verder binnen de regio op te schalen. Binnen het UMC Utrecht wordt in het programma Zorg van morgen gekeken naar arbeidsbesparende concepten en innovaties.

Thema 3 | Flexibiliteit in beschikbare capaciteit (deel 3)

Doelstelling

Opleiden

- Regionale samenwerking in aantrekken en opleiden operatie-assistenten

Regioplan en afspraken

Plan

Programma Regionale samenwerking in opleiden operatieassistenten om operatieassistent studenten in de regio aan te trekken, op te leiden en te behouden

Afspraken

Project 1: behoud in de regio

- Inzicht in aantrekkelijkheid opleiden en werven in Midden Nederland
- Behoudplan
- wervingsplan

Project 2: functiedifferentiatie

- Inzicht in mogelijkheden functiedifferentiatie
- Concrete adviezen voor functiedifferentiatie

Project 3: innovatief opleiden

- Verkenning opleidingstechnieken in UMC en ETZ
- Haalbaarheidsonderzoek n.a.v. bovenstaande

Project 4: verhalen vertellen

- Actieplan t.b.v. delen succesverhalen
- Concreet 3 succesverhalen delen

Project 5: CZO monitor

- Operationele CZO opleidingsmonitor

Verdieping

Idem

Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland

Het Regioplan Acute Zorg is een separaat plan, waarmee invulling gegeven wordt aan de opdracht in het Integraal Zorgakkoord (IZA), om uiterlijk op 31 december 2023 een 'ROAZ-plan' te publiceren. Dit plan is te raadplegen op dejuistezorgopdejuisteplek.nl. Het Regioplan Acute Zorg is in opdracht van de grootste zorgverzekeraar in onze regio (Zilveren Kruis) en de ROAZ-voorzitter en met betrokkenheid van het gehele netwerk tot stand gekomen. Vanwege de samenhang en wisselwerking tussen de acute en niet acute ondersteuning en zorg kan dit Regioplan Acute Zorg niet los worden gezien van het Regioplan Zorgkantoor. De inhoud van de plannen sluiten op elkaar aan en versterken elkaar. We hebben hierover afstemming gehad bij het opstellen van beide plannen.

Het Regioplan Acute Zorg Midden-Nederland beschrijft wat wij als Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland (NAMZN) de komende jaren gaan doen om de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg in onze regio nu en in te toekomst te borgen. Het bevat onze visie op de nodige veranderingen en de stappen die wij de komende jaren met elkaar te zetten heeft. Zodat inwoners direct de juiste en kwalitatief goede zorg op de juiste plek krijgen.

Inhoud Regioplan Acute Zorg

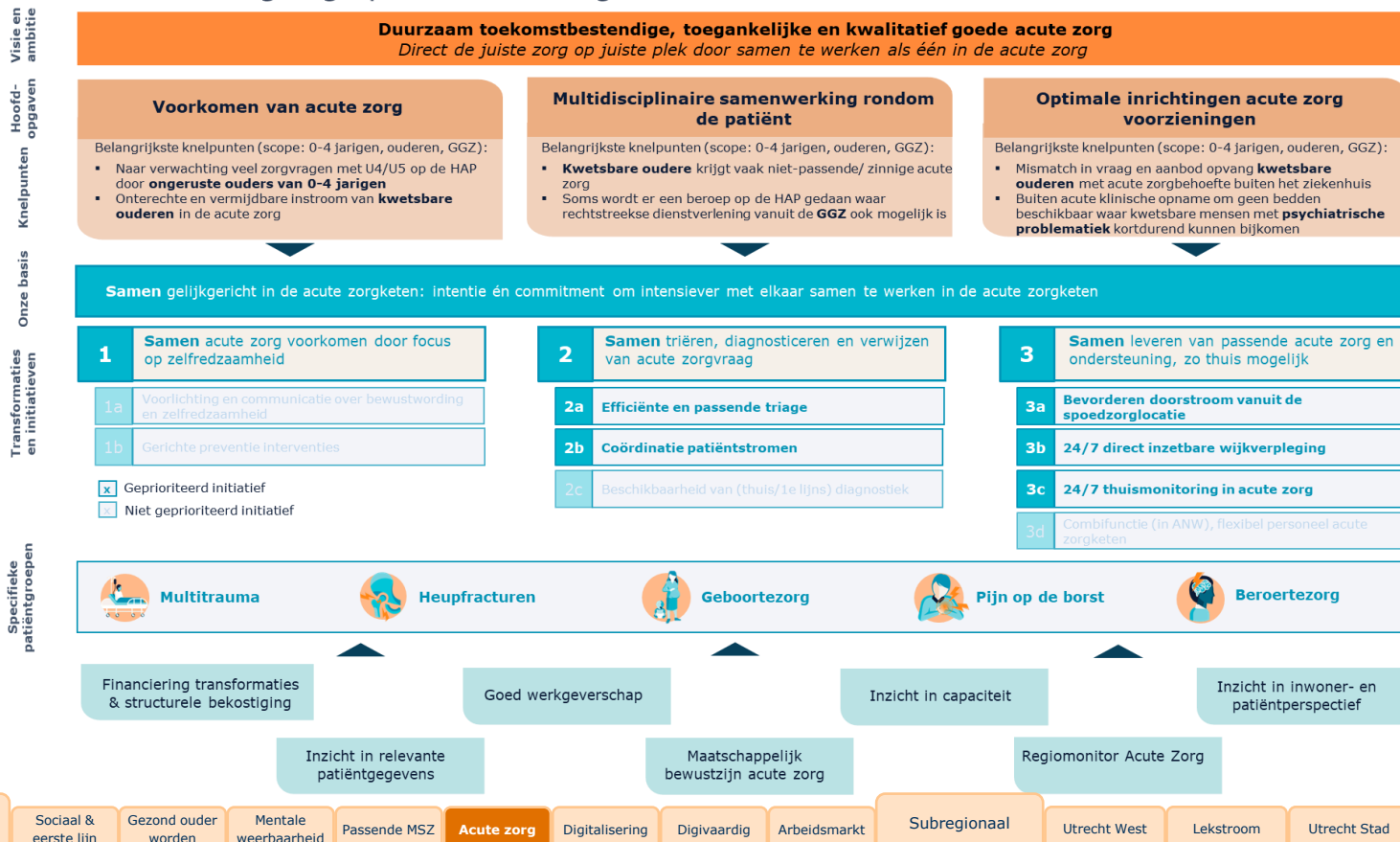
Het Regioplan Acute Zorg bestaat uit verschillende onderdelen. Het begint met de beschrijving van **onze basis**: de intentie om als regio intensiever te gaan samenwerken in de acute zorg en welke afspraken we daar als regio over maken. Deze afspraken lopen door alle andere transformaties heen.

Daarna volgen de drie **transformaties** die nodig zijn in onze regio en waar we ons als NAZMN voor gaan inzetten. Deze transformaties krijgen concrete invulling door de **initiatieven** die we als regio opgesteld hebben. Omdat we niet alles tegelijkertijd kunnen doen, hebben we de initiatieven geprioriteerd. Als een initiatief geprioriteerd is, betekent dit dat we hier als netwerk tussen 2024-2026 mee aan de slag gaan. Deze initiatieven worden in het Regioplan Acute Zorg verder uitgewerkt aan de hand van **activiteiten**. De initiatieven die we niet geprioriteerd hebben, dragen ook bij aan de transformaties, echter worden deze niet verder uitgewerkt in dit Regioplan Acute Zorg. Hiervoor geldt dat ze op een andere plek zijn belegd (bijv. Regioplan Midden Nederland) of dat zorgaanbieders in ons netwerk individueel of onderling de nodige activiteiten kunnen uitwerken en/of doorontwikkelen.

Naast de uitgewerkte initiatieven en activiteiten bevat het Regioplan Acute Zorg een uitwerking voor **patiëntgroepen met een specifieke, afgebakende zorgvraag**. Deze uitwerking is tot stand gekomen door een beperkt aantal ketenpartners uit het netwerk, met specifieke expertise rondom deze zorgvragen. De initiatieven waar deze groepen mee aan de slag gaan, sluiten aan bij de grote transformaties die we als Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland gaan maken.

Voor het realiseren van de initiatieven en activiteiten zijn meerdere regionale en/of landelijke **middelen en randvoorwaarden** nodig, welke ook in het Regioplan Acute Zorg worden beschreven. Tot slot bevat het plan onze **werkagenda**, met daarin een planning op hoofdlijnen.

Samenvatting regioplan Acute Zorg



Samenhang Regioplan Acute Zorg en Regioplan Zorgkantoor Utrecht

De drie transformaties en vijf achterliggende initiatieven in het Regioplan Acute Zorg sluiten aan bij de vier grote bewegingen die in het Regioplan Zorgkantoor worden beschreven en zijn deels ook afhankelijk van en voorwaardelijk voor de transformaties die in de zorgkantoorregio worden ingezet. Het is van belang dat de zorgprofessionals in de acute zorg deze bewegingen en transformaties kennen en hier vanuit de acute zorg op aansluiten. Dit geldt overigens ook voor de drie fundamentele opgaven: Digitalisering & gegevensuitwisseling, Digitaalvaardig maken en Arbeidsmarkt.

Beweging 1, 2 en 3 en achterliggende transformaties uit het Regioplan Zorgkantoor



Voorkomen
waar
mogelijk

- Focus op welbevinden en bewustwording
- Gerichte preventie



Zelf waar kan

- Zelfredzaamheid
- Gemeenschapskracht



Hulp waar
nodig

- Passende ondersteuning en zorg dichtbij in de wijk beschikbaar
- Netwerkorganisatie waarin formele en informele (zorg)partijen samenwerken

De bewegingen voorkomen waar mogelijk en zelf waar kan spelen een belangrijke rol bij het voorkomen van acute zorg. Zorgprofessionals in de acute zorg sluiten aan bij de ontwikkelingen en het gedachtegoed rondom bewustwording en zelfredzaamheid en dragen dit uit tijdens patiëntenzorg. Daarnaast is het belangrijk dat zorgprofessionals in de acute zorg weten welke ondersteuning en zorg in de wijk beschikbaar is en wat zij kunnen betekenen.

Beweging 4 en achterliggende transformaties uit het Regioplan Zorgkantoor



Passende
zorg waar
noodzakelijk

- Inzicht en beschikbaarheid juiste capaciteit
- Passende zorg implementeren

De transformaties **samen triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag** en **samen leveren van passende acute ondersteuning en zorg, zo thuis mogelijk** vallen onder de beweging passende zorg waar noodzakelijk. De transformaties in de acute zorg en de overige ondersteuning en zorg sluiten op elkaar aan en zorgen tezamen voor echte impact in de beweging naar passende zorg.

Fundament digitalisering en gegevensuitwisseling

Verdiepend document

Versie 1.0, 15 december 2023

Bijlage behorend bij:

Regioplan Midden Nederland



De fundamentecoalitie heeft een uitwerking gedaan van de volgende IZA-doelstellingen en -afspraken:

- Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg (basis op orde)
 - Regie op gegevensuitwisseling via een landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en -systemen.
 - Standaardisatie.
 - Generieke functies.
 - Toestemming voor het delen van gegevens en privacy.
- Inwoners van Nederland hebben in 2025 digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens (via een PGO). Zie ook netwerkzorg.
- Om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden is transformatie nodig naar hybride zorg.
 - Bekostiging/financiering van hybride zorg.
 - Hybride zorg en richtlijnen/kwaliteitsstandaarden.
 - Digitale en veranderkundige vaardigheden.
- Data wordt digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd in het zorgproces en beschikbaar gesteld voor diverse secundaire doelen (basis op orde).

Het verdiepende document is separaat te raadplegen op dejuistezorgopdejuisteplek.nl - Regioplan deel 3 – fundament digitalisering en gegevensuitwisseling



Digitaalvaardig maken

Situatieschets

Om de druk op de gezondheidszorg te verlichten, wordt steeds meer gebruik gemaakt van digitale zorg/e-health[1]. Dat vraagt om twee randvoorwaarden: inwoners die overweg kunnen met digitalisering en aanbieders die digitaal makkelijk toegankelijk en inclusief zijn. Dat is de focus van 'digitaalvaardig maken'. Het is de ambitie om inwoners, in het woud van initiatieven voor digitale vaardigheid, de juiste de keuze te laten maken. Dat doen we door het vergroten van de impact van die digitale vaardigheidsinitiatieven gericht op gezondheid. Meer inwoners weten die initiatieven te vinden die aantoonbaar effectief zijn. En om zorgaanbieders meerjarig concrete handvatten te bieden zodat inwoners ook overweg kunnen met hun digitale diensten.

In 2021 kon het grootste gedeelte van de inwoners van Utrecht van 18 jaar en ouder goed uit de voeten met activiteiten op het internet [2]. 85-89% van de Utrechters gaf aan geen moeite te hebben met e-mailen en het opzoeken van informatie. Het doen van online aanvragen of het maken van afspraken bij organisaties kost 3 op de 10 Utrechters wel moeite. Deze getallen liggen hoger onder 65-plussers; mensen in een kwetsbare situatie; Utrechters met een psychische of lichamelijke beperking; Utrechters met basisonderwijs, vmbo-opleiding of havo-, vwo- of mbo-opleiding als hoogst behaalde opleiding. Dit zijn de groepen die over het algemeen al risico lopen op gezondheidsachterstanden[3]. Doordat juist deze groepen ook meer moeite hebben om gebruik te maken van de digitale middelen, dreigt de digitale zorg bestaande gezondheidsverschillen te reproduceren of vergroten in plaats van verkleinen[4]. Het is daarom cruciaal om effectieve middelen/strategieën te implementeren om digitale (gezondheids)vaardigheden te vergroten[5].

1. <https://www.rivm.nl/e-health>
2. <https://utrecht-monitor.nl/sociale-leefomgeving/onderwijs-vaardigheden/digitale-vaardigheden>
3. <https://clutejournals.com/index.php/AJHS/article/view/8007/8061>
4. <https://clutejournals.com/index.php/AJHS/article/view/8007/8061>
5. https://academic.oup.com/eurpub/article/29/Supplement_3/13/5628050

Overzicht inhoud regioplan

De inwoner vindt het beste middel voor het vergroten van digitale gezondheidsvaardigheden

Doelgroep en sector(en):

Inwoners met beperkte digitale (gezondheids)vaardigheden

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Inwoners kunnen hun digitale gezondheidsvaardigheden zo effectief mogelijk vergroten doordat de impact van initiatieven gericht op het verbeteren van digitale (gezondheids)vaardigheden groot is.

Ambitie en beoogde impact van dit thema op doelgroep en sector:

- Er zijn talloze organisaties in de regio Midden Nederland gericht op het verbeteren van digitale (gezondheids)vaardigheden van inwoners. Deze organisaties zijn echter versnipperd en professionals kunnen niet altijd gericht doorverwijzen. En het bereik van elke organisatie is relatief beperkt. Hiermee wordt de mogelijke impact niet volledig gerealiseerd. Het doel is om een methodiek te ontwikkelen die organisaties, die bewezen effectief zijn, in staat stelt om hun impact te maximaliseren zodat inwoners hun digitale gezondheidsvaardigheden zo effectief mogelijk kunnen vergroten.
- Er is nog geen specifieke analyse die inzicht geeft in de mate van digitale gezondheidsvaardigheden van inwoners. Daardoor is het ook nog niet mogelijk om te weten aan welke 'knoppen' gedraaid kan of moet worden om het bereik en de effectiviteit van de lopende initiatieven in de regio Midden Nederland te vergroten. Op basis van de huidige cijfers is een mogelijke indicator de mate van laaggeletterdheid. Hoewel deze onder het landelijk gemiddelde ligt is deze (inschatting van) laaggeletterdheid bij 10 van de 23 gemeenten groter dan 8%. Om deze 'knoppen' te definiëren is een inventarisatieronde aan de orde onder de verschillende initiatieven die zich richten op het vergroten van digitale (gezondheids)vaardigheden van inwoners. Op basis van een eerste analyse lijkt dit te gaan om zo'n 15 (zowel landelijke als lokale) organisaties in Midden Nederland. Deze organisaties zijn betrokken bij zo'n 25 verschillende initiatieven met verschillende doelgroepen en methodes. Hiervan zijn slechts 4 specifiek gericht op het vergroten van digitale gezondheidsvaardigheden.
- Regionaal wordt de koers bepaald voor de opschaling van initiatieven, in subregio's wordt nader ingevuld.

Organisaties in zorg, gezondheid en welzijn hebben digitale diensten die voor inwoners begrijpelijk en toegankelijk zijn

Doelgroep en sector(en):

Zorgaanbieders, gemeenten en andere organisaties rondom zorg, gezondheid en welzijn waarmee inwoners contact hebben.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Inwoners met beperkte digitale (gezondheids)vaardigheden kunnen makkelijk en beter gebruik maken van digitale diensten omdat organisaties hun digitale toegankelijkheid en inclusiviteit jaar op jaar hebben verbeterd.

Ambitie en beoogde impact van dit thema op doelgroep en sector:

Digitale diensten zijn voor inwoners met beperkte digitale (gezondheids)vaardigheden beter toegankelijk en begrijpelijk. Hierin voldoen alle aanbieders in de regio aan een afgesproken basisstandaard (bijv. een keurmerk). Het gaat dan vooral om inwoners die moeite hebben om informatie over zorg en gezondheid te vinden, te begrijpen en toe te passen, inwoners die laaggeletterd zijn, beperkte gezondheidsvaardigheden of digitale vaardigheden hebben. Organisaties zetten zelf stappen om hun digitale toegankelijkheid te verbeteren (bijvoorbeeld door het gebruik van eenvoudig 'B1 taalgebruik') en doen dit aan de hand van de uitkomsten van een jaarlijkse hackathon en bijbehorend verbeterprogramma. Zij toetsen dit met inwoners. De hackathon is in coproductie met inwoners, zorgaanbieders en digitale experts.

Thema 1 | De inwoner vindt het beste middel voor het vergroten van digitale gezondheidsvaardigheden.

Doelstelling

Doelgroep

- Inwoners met beperkte digitale (gezondheids)vaardigheden

Doelstelling

- Organisaties in staat stellen om hun impact op het verbeteren van digitale (gezondheids)vaardigheden van inwoners te maximaliseren.

Regioplan en afspraken

Plan

Het maken van een probleemanalyse zodat de omvang en structuur geobjectiveerd wordt

Het analyseren van de impact van initiatieven gericht op het vergroten van digitale (gezondheids)vaardigheden in de regio Midden Nederland

- Impact individuele initiatieven: allereerst is het belangrijk om de verschillende initiatieven in kaart te brengen. Vervolgens kan er een focus gelegd worden op het bereik/de toegankelijkheid van deze initiatieven en het effect/de effectiviteit van deze initiatieven.
- Impact initiatieven als geheel (netwerk): onderzoeken wat de mogelijkheden en toegevoegde waarde zijn van verbinding tussen de verschillende initiatieven.

Met (een selectie van) organisaties/initiatieven de impact (en het bereik) vergroten aan de hand van de ontwikkelde methodiek. Inwoners (zowel digitaalvaardige inwoners en zij die dat niet zijn) worden betrokken in een toets van de beoogde effectiviteit.

In alle wijken waar dit van waarde is een passende implementatie, aanpassing of opschaling van initiatieven.

Afspraken

Q3 2023, inzet vanuit Raedelijk

Q4 2023, inzet vanuit Raedelijk

Q1 – Q4 2024, Raedelijk in de lead.

2025, nader uit te werken

Verdieping

Regionaal

Regionaal

Regionaal

De inwoner vindt het beste middel voor het vergroten van digitale gezondheidsvaardigheden

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Inwoners met beperkte digitale (gezondheids)vaardigheden

Doelstellingen: inwoners kunnen hun digitale gezondheidsvaardigheden zo effectief mogelijk vergroten doordat de impact van initiatieven gericht op het verbeteren van digitale (gezondheids)vaardigheden groot is.

Dit vraagt (zie aanpak) om een eerste vaststelling van het aantal initiatieven en hun huidige bereik. De methodiek om dit in kaart te brengen is nog in ontwikkeling.

Aanpak

1. Het maken van een **probleemanalyse**
2. Het **analyseren van de impact van initiatieven** gericht op het vergroten van digitale (gezondheids)vaardigheden in regio Midden Nederland
 - a. Impact individuele initiatieven: allereerst is het belangrijk om de verschillende initiatieven in kaart te brengen. Vervolgens kan er een focus gelegd worden op het bereik/de toegankelijkheid van deze initiatieven en het effect/de effectiviteit van deze initiatieven.
 - b. Impact initiatieven als geheel (netwerk): onderzoeken wat de mogelijkheden en toegevoegde waarde zijn van verbinding tussen de verschillende initiatieven.
3. Met (een selectie van) van initiatieven/organisaties de **impact (en het bereik) vergroten** aan de hand van de ontwikkelde methodiek. **Inwoners** (zowel digitaalvaardig en als juist niet) worden **betrokken** in een toets van de beoogde effectiviteit.

Organisatie & vervolg

De beschreven doelstelling vraagt om een getrapte aanpak. In de eerste fase is Raedelijm in de lead. De beoogde tijdsplanning hiervoor is heden t/m Q4 2024.

De beoogde ambitie is dat initiatieven gericht op digitale gezondheidsvaardigheden een groter bereik hebben dan in 2022/2023. Uit de inzichten vanuit de probleemanalyse en de analyse op de impact van de initiatieven resulteert een methodiek. Daarna volgt een plan voor verdere uitrol en implementatie. Met uiteindelijk vervolg dat inwoners hun digitale gezondheidsvaardigheden zo effectief mogelijk kunnen vergroten doordat de impact van initiatieven gericht op het verbeteren van digitale (gezondheids)vaardigheden groot is.

We ambiëren hierbij een testgroep van inwoners (met de Inwonertafel van de HHU) en een coalitie met relevante stakeholders om door de ontwikkelen.

Thema 2 | Organisaties in zorg, gezondheid en welzijn hebben digitale diensten die voor inwoners begrijpelijk en toegankelijk zijn.

Doelstelling

Doelgroep

- Inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden: digitale diensten zijn voor hen beter toegankelijk en begrijpelijk. Het gaat dan vooral om inwoners die moeite hebben om informatie over zorg en gezondheid te vinden, te begrijpen en toe te passen; inwoners die laaggeletterd zijn, beperkte gezondheidsvaardigheden of digitale vaardigheden hebben.

Doelstelling

- Het gaat om een meerjarig programma met als primaire doel dat organisaties hun digitale toegankelijkheid en inclusiviteit jaar op jaar verbeteren. Hierdoor kunnen inwoners makkelijk en beter gebruik maken van hun digitale diensten.
- Verbeteringen worden gemonitord en van inzichten wordt geleerd. Vandaar de aanpak zich niet richt op een eenmalige oefening, maar een driejarig traject waarin de partijen inzicht vergaren in hun digitale toegankelijkheid (awareness vergroten) en handvatten aangeboden krijgen om de prestatie op dit gebied te vergroten (learn and improve). Daarnaast wordt de uitwisseling van best practices tussen de partijen gefaciliteerd en aangejaagd.

Regioplan en afspraken

Plan	Afspraken	Verdieping
Vaststellen van basisstandaard/norm m.b.t. digitale toegankelijkheid en inclusiviteit	Q2 2023	Regionaal
Uitwerken customer journey en hackathon	Q3-Q4 2023, werkgroep digitale inclusiviteit vanuit de HHU Coalitie Digitale Transformatie	Regionaal
Vorbereiding hackathon aan de hand van een plan, do, study, act methode	Q4 2023 – Q1 2024, werkgroep digitale inclusiviteit vanuit de HHU Coalitie Digitale Transformatie	Regionaal
Uitvoering hackathon in een coproductie van inwoners, zorgaanbieders en digitale experts.	Q2 2024	Regionaal
Het ontwikkelen van een verbeterprogramma met en voor de organisaties.	Q3 2024	Regionaal
Organisaties verbeteren concreet aan de hand van de uitkomsten van de hackathon en passend binnen het programma. Zij toetsen dit met inwoners.		
Evaluatie en vervolg t.b.v. aanscherping van het verbeterprogramma en de hackathon in 2025 en 2026	Q3 2024	Regionaal

Organisaties in zorg, gezondheid en welzijn hebben digitale diensten die voor inwoners begrijpelijk en toegankelijk zijn

Doelgroep & doelstelling

Inwoners met beperkte digitale (gezondheids)vaardigheden kunnen makkelijk en beter gebruik maken van digitale diensten omdat organisaties hun digitale toegankelijkheid en inclusiviteit jaar op jaar hebben verbeterd.

Aanpak

- Vaststellen van basisstandaard/norm** m.b.t. digitale toegankelijkheid en inclusiviteit
- Uitwerken customer journey** en hackathon
- Vorbereiding hackathon** aan de hand van een plan, do, study, act methode
- Uitvoering hackathon** in een **coproductie van inwoners**, zorgaanbieders en digitale experts.
- Het ontwikkelen van een verbeterprogramma met en voor de organisaties.
- Organisaties **verbeteren concreet hun digitale toegankelijkheid** aan de hand van de uitkomsten van de hackathon en passend binnen het programma. **Zij toetsen dit met inwoners.**
- Evaluatie en vervolg** t.b.v. aanscherping van het verbeterprogramma en de hackathon in 2025 en 2026

Organisatie & vervolg

De geformuleerde ambitie vraagt om een duurzame aanpak en vervolg. Het betreft geen eenmalige exercitie, maar commitment en betrokkenheid voor een meerjarig programma. Wat van de partijen wordt gevraagd is commitment en betrokkenheid aan het event 'hackathon'.

De voorbereiding vraagt veel van de huidige werkgroep digitale inclusiviteit vanuit de HHU Coalitie Digitale Transformatie. Op dit moment zitten daar met name experts op het gebied van onderzoeker Public Health en informatie- en procesmanagers. Bij de daadwerkelijke uitvoering van de hackathons zijn hier andere en/of aanvullende expertises nodig. Hiervoor wordt te zijner tijd een beroep gedaan op de HHU Partijen, maar wellicht ook breder. In eerste instantie is de coalitie digitale transformatie vanuit de HHU in de lead.



Situatieschets

Samen meer impact op de regionale arbeidsmarkt

Ondanks dat het aantal werknemers in de zorg toeneemt, groeit de vraag naar formele zorg meer. In een scenario waarin rekening is gehouden met o.a. voorgenomen beleidsmaatregelen, stijgt het arbeidstekort in de regio van Utrechtzorg naar 17.700 werknemers. Dit komt o.a. door hoge uitstroom. Niet alleen als gevolg van het bereiken van pensioenleeftijd, maar ook door uitstroom uit de sector. Alle branches in zorg en welzijn hebben in 2032 te maken met een arbeidsmarkttekort. Het arbeidsmarkttekort (zonder kinderopvang meegenomen) is in 2032 het grootst in de Verpleging en Verzorging (V&V) en Thuiszorg en de medische specialistische zorg (MSZ).

Het toegankelijk houden van de zorg maakt anders werken noodzakelijk. Meer ouderen wonen straks langer thuis. Het werk verandert: verschuift van zorg naar welzijn en gebruik van meer zorgtechnologie wordt over de hele linie vanzelfsprekend om het werk uitvoerbaar te houden. Vanuit het regioplan zijn prioriteiten benoemd en die hebben gevolgen voor de arbeidsmarkt.

Om aan de geformuleerde transitie te kunnen voldoen zijn voldoende gemotiveerde medewerkers nodig. Er is veel consensus over de prioriteiten voor de transformatie op de arbeidsmarkt.

Met dit regioplan Arbeidsmarkt maken wij de weg vrij om te komen tot impactvolle regionale transformaties op de arbeidsmarkt:

- Kiezen voor zeven prioriteiten voor de regio
- Investeren in en commitment op gezamenlijke sturing op de regionale arbeidsmarkt

In dit regioplan Arbeidsmarkt wordt beschreven welke prioriteiten partijen zien voor de arbeidsmarkt en wat er nodig is om de regionale sturing transparant en slagvaardig te organiseren. Hiermee bouwen we voort op de reeds aangelegde infrastructuur voor branche overstijgende samenwerking op de arbeidsmarkt.

Kiezen voor zeven transformaties op de regionale arbeidsmarkt

Innovatie en anders werken

Doelgroepen:

- Zorg & Welzijnsprofessionals
- Innovatieprofessionals, directie en management instellingen en onderwijs
- Inwoners die informele ondersteuning en zorg verlenen
- Thuiswonende inwoners met een lichte hulpvraag

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

De zorg- en welzijnsprofessionals zijn goed voorbereid op anders werken. Ze ervaren de ruimte om te komen met oplossingen om meer werk met minder mensen te doen en focussen op welbevinden (gebruiken de principes van positieve gezondheid). Het management faciliteert hen hierin.

De regionale samenwerking maakt- waar nodig – de besluitvorming en samenwerking in de keten mogelijk. Er zijn minimaal twee sociale en/of technologische innovaties ingezet per instelling.

We hebben onderzocht en geëxperimenteerd hoe om te gaan met het vergroten van basisvaardigheden zorg (ADL) bij inwoners zodat iedereen zorg of welzijn kan verlenen aan naasten. Hulpmiddelen zijn beter toegankelijk voor inwoners en worden meer ingezet.

Drie transformaties Innovatie & anders werken voor de regio:

1. De beweging van eigen regie en zelfredzaamheid (**positieve gezondheid /reablement/herstelgericht werken**) van zorgvragers en professionals. Te realiseren door ruimte geven aan de veranderbereidheid en **innovatie- en digitale vaardigheden van zorg- en welzijnsprofessionals**
2. Implementatie **van technologie**
3. **Alle inwoners vaardig en voldoende toegerust om zelf mantelzorg en welzijn te verlenen** (oa ADL, inzet hulpmiddelen)

Behoud medewerkers

Doelgroepen:

- Zorg & Welzijnsprofessionals
- HR professionals, directie en management instellingen en onderwijs

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Behoud van medewerkers voor de individuele organisaties is en blijft de verantwoordelijkheid van werkgevers. We benutten de kansen om hierin meer met elkaar uit te wisselen en van elkaar te leren rond de belangrijkste redenen van vertrek: loopbaanmogelijkheden, uitdaging in het werk en de manier van werken & aansturing. Elke organisatie pakt deze redenen aan door sterk strategisch HRM-beleid.

Het behoud voor de sector is een regionaal vraagstuk. Regionaal werken voor meerdere organisaties tegelijk is mogelijk voor degene die dat willen. Loopbaanmogelijkheden tussen organisaties zijn beter toegankelijk.

Twee transformaties Behoud voor de sector voor de regio:

4. Investeren in aantrekkelijk werkgeverschap met sterk **strategisch HR beleid en leiderschap** door management met oog voor het organiseren van dialoog en zeggenschap.
5. **Regionaal werkgeverschap en optimale inzet van schaarse medewerkers in de keten** door bijvoorbeeld te experimenteren met manieren van inlenen tussen organisaties en combi-banen (bijv. middels een regionale flexpool), door het ontwikkelen van loopbaanpaden en de consequenties van verschuiven van taken in de keten in kaart te brengen en te borgen. Vermindering van PNIL-kosten (in lijn met huidig project Fair).

Leven lang ontwikkelen

Doelgroepen:

- Zorg & Welzijnsprofessionals
- Opleidingsprofessionals, directie en management instellingen en onderwijs

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Er is maatwerk mogelijk in ontwikkeling en begeleiding van professionals. Van stagiairs tot (bijna) gepensioneerden. Modulair, virtueel en online onderwijs (blended) voor individuele professionals en kleinere groepen zijn vanzelfsprekend.

Het onderwijs leidt studenten op tot toekomstbestendige professionals. Door goede begeleiding is uitval bij overgang tussen onderwijs en werk minimaal en zijn er voldoende en goede stageplaatsen. De uitval onder starters is gedaald. Het onderwijs is betrokken bij het initiatief om inwoners basisvaardig te maken voor de zorg.

Twee transformaties Leven Lang Ontwikkelen voor de regio:

6. Beweging om te komen tot **bekwaam = inzetbaar in een lerende regio**. De poule aan beschikbare medewerkers vergroten door bijvoorbeeld ondersteuning bij taakherschikking, valideren vaardigheden, laagdrempelig sector breed modulair opleidingsaanbod.
7. **Verbeteren aansluiting van onderwijs en arbeidsmarkt**
Ontwikkelen en implementeren van actuele kennis en vaardigheden in de hele keten, meer samen opleiden, meer stageplaatsen mogelijk maken en de uitval onder starters te beperken.

Thema 1 | Innovatie en anders werken

Doelstelling

- Iedere organisatie heeft een visie op innovatie & anders werken, een strategie om dit in de praktijk te brengen en manieren om hier regionaal in samen te werken.
- Iedere organisatie heeft minimaal twee regionale interventies lopen die één of meerdere van de genoemde transformaties in gang zetten
- Het regionale netwerk van innovatieprofessionals groeit
- De behoefte aan vaardigheden en hulpmiddelen om in de toekomst informele zorg/mantelzorg te kunnen verlenen bij inwoners zijn bekend en wordt ervaring opgedaan met manieren om hierin te voorzien.

Transformaties op de regionale arbeidsmarkt met prioriteit

- 1 Ontwikkelprogramma voor professionals Zorg & Welzijn** over toekomstbestendig werken in de zorg met focus op welbevinden (Positieve gezondheid) en Technologie als basis. Te ontwikkelen met professionals: gebruik van 1 taal, handelingsperspectief, aanpak voor implementatie en inspiratie met ruimte voor verandering door professionals zelf meenemen. Investeren in veranderbereidheid en innovatievaardigheden van zorg- en welzijnsprofessionals met oog voor effect op werkplezier en afnemende werkdruk.

Projecten en gedeelde ambities

 - Ontwikkelen bovengenoemd programma met en voor professionals in de hele sector
- 2 Implementatie van technologie** – stapsgewijs een aantal handelingen van zorgprofessionals vervangen door alternatieven: naar handelingen die slimmer kunnen worden uitgevoerd met technologie of naar handelingen die inwoners zelf kunnen met behulp van hulpmiddelen/technologie. Dit vraagt een mate van **innovatievolwassenheid voor** iedere organisatie d.w.z. dat de randvoorwaarden per organisatie op orde zijn (bijv. visie, strategie, vaardigheden, processen, IT infrastructuur, cultuur & gedrag)

Projecten en gedeelde ambities

 - Zorgtechnologie – meer impact met Ief. Doel is het gebruik van zorgtechnologie een flinke impuls te geven door regionaal afspraken te maken over de inzet hiervan en professionals in de lead te zetten. Te beginnen met de oogdruppelbril in VVT en 1^e lijn. Dit verlaagt de werkdruk en bevordert eigen regie bij inwoners. Bij succesvolle uitvoering in VVT kan de aanpak worden doorgezet naar meer hulpmiddelen in de VVT en (later) andere branches
 - Aanbieden van een scan voor innovatievolwassenheid om inzicht te geven en bij te dragen aan de innovation readiness van organisaties
- 3 Programma Alle inwoners vaardig en voldoende toegerust om zelf mantelzorg en welzijn te verlenen** (o.a. ADL, inzet hulpmiddelen)

Projecten en gedeelde ambities

 - Opzetten van project Technologie Thuis naar een goed voorbeeld uit Den Haag: hulpmiddelen toegankelijk maken voor inwoners en het gebruik hiervan stimuleren.
 - Onderzoeken en experimenteren met welke vaardigheden inwoners zich vaardiger voelen om zorg te verlenen aan naasten.

De inventarisatie van bestaande initiatieven is gedaan. Dit wordt gebruikt als start van de komende transformatieplannen (o.a. keuze opschalen wel/niet)

Thema 2 | Behoud van medewerkers

Doelstelling

- Iedere organisatie heeft een visie op behoud van medewerkers, heeft deze vertaald naar strategisch HR en manieren om regionaal samen te 'leren en werken in behoud'
- Iedere organisatie heeft minimaal twee regionale interventies lopen die één of beide genoemde transformaties in gang zetten
- Er is een groeiend regionaal netwerk van HR professionals waarin kennisuitwisseling plaatsvindt voor behoud binnen organisaties

Transformaties op de regionale arbeidsmarkt met prioriteit

Investeren in **aantrekkelijk werkgeverschap** met sterk strategisch HR beleid en leiderschap door management met oog voor het organiseren van dialoog en zeggenschap. Dat wil zeggen dat HR-beleid is aangesloten op het organisatiebeleid met een onderling consistente en versterkende aanpak. Dit beleid is in alle lagen van de organisatie onderwerp van gesprek waarbij ruimte is voor inbreng (zeggenschap) van iedereen.

Projecten en ambities

- Lerend Netwerk HR: uitbouwen van het bestaand netwerk van 20 organisaties om samen inzichten en aanpakken te delen voor het behoud van professionals.
- Aanbieden van een scan aantrekkelijk werkgeverschap incl. handelingsperspectief waarmee werkgevers vaardigheden ontwikkelen om inzichten zelf toe te passen in hun organisatie
- We trekken samen op en leren van elkaar bij de ontwikkeling van leiderschapsprogramma's voor bestuur en management in lijn met strategisch HR beleid
- In beeld brengen welke bestaande aanpakken voor zeggenschap & roostering impactvol zijn

Regionaal werkgeverschap en optimale inzet van schaarse medewerkers in de keten door bijvoorbeeld te experimenteren met manieren van inlenen en uitwisselen tussen organisaties, combi-banen, meer uren werken, kijkje in een andere keuken, ontwikkelen van loopbaanpaden en beschikbaar potentieel dat via minder gebruikelijke route een plaats geven. Vermindering van PNIL-kosten.

Projecten en ambities

- Ontwikkelen bovengenoemd programma en voortbouwen op wat er al is ingezet (bijvoorbeeld Ik Zorg Shop / Zorgversterkers / Fair)
- Consequenties van verschuiven van taken in de keten in kaart brengen en borgen bijv. zorgtaken van wijkverpleegkundige naar helpende

De inventarisatie van bestaande initiatieven is gedaan. Dit wordt gebruikt als start van de komende transformatieplannen (o.a. keuze opschalen wel/niet)

Thema 3 | Leven lang ontwikkelen

Doelstelling

- Iedere organisatie heeft een visie op het realiseren van voldoende scholing & ontwikkeling voor alle generaties en heeft dit vertaald naar manieren om hier regionaal in samen te werken.
- Iedere organisatie heeft minimaal twee regionale interventies lopen die één of beide genoemde transformaties in gang zetten
- Er is een groeiend regionaal netwerk van opleidingsprofessionals waarin kennisuitwisseling plaatsvindt voor een leven lang ontwikkelen binnen organisaties

Transformaties op de regionale arbeidsmarkt met prioriteit

Beweging om te komen tot bekwaam = inzetbaar in een lerende regio: poule aan beschikbare medewerkers vergroten door bijvoorbeeld ondersteuning bij taakherschikking, valideren vaardigheden, laagdrempelig sector breed modulair opleidingsaanbod.

Projecten en gedeelde ambities:

- Het organiseren van [ondersteuning bij taakherschikking](#) en [valideren van vaardigheden van medewerkers](#)
- Het ontwikkelen van [branche-overstijgend modulair onderwijs](#): laag algemeen instapmodel voor de basis met leerlijnen voor verdere ontwikkeling
- De kansen voor het [regionaal ontsluiten van het interne opleidingsaanbod](#) van organisaties zijn in kaart gebracht

Verbeteren aansluiting van onderwijs en arbeidsmarkt door het ontwikkelen en implementeren van actuele kennis en vaardigheden in de hele keten, meer samen opleiden, stageplaatsen mogelijk maken en de uitval onder starters te beperken.

Projecten en gedeelde ambities:

- [Onderzoek naar de vaardigheden van de professional Zorg & Welzijn in 2030](#). Op basis van de uitkomsten wordt gekeken naar o.a. de aansluiting onderwijs en de dagelijkse praktijk in organisaties. Gezamenlijke oplossingsrichtingen worden geformuleerd.
- Realisatie van [voldoende kwalitatief goede stageplaatsen](#) met goede begeleiding en kans op oriëntatie op de hele sector voor mbo en hbo studenten.
- Meer vraaggericht en [gezamenlijk opleiden](#)
- Er komt een gezamenlijke aanpak tussen onderwijs en arbeidsmarkt om de [uitval onder starters te verminderen](#).

De inventarisatie van bestaande initiatieven is gedaan. Dit wordt gebruikt als start van de komende transformatieplannen (o.a. keuze opschalen wel/niet)

Proces en organisatie

Eerste voorstel voor wat we nodig hebben om te komen tot realisatie van de genoemde 7 transformaties:

1. Regionale bestuurlijke afstemming op prioriteiten en voortgang arbeidsmarkt

In dit bestuurlijk overleg moeten alle branches vertegenwoordigd zijn en moet ruimte zijn voor afspraken over fasering, prioritering en randvoorwaarden. Bijvoorbeeld via de netwerktafel, mits deze wordt gecontinueerd na 31/12 en/of het bestuurlijk overleg Coalitie Aantrekkelijke Arbeidsmarkt.

2. Bestuurlijk trekker/opdrachtgever per transformatie

De aansluiting tussen de 5 transformatieopgaves en de regionale plannen voor de arbeidsmarkt krijgt vorm door een bestuurlijk opdrachtgever voor elk van de zeven prioriteiten te benoemen

Voor 2 prioriteiten zien we al een logische match:

- Opgave 2: Implementeren technologie > hiervoor heeft de VVT zich reeds gemeld
- Opgave 3: Alle inwoners vaardig en voldoende toegerust om zelf mantelzorg en welzijn te verlenen (oa ADL, inzet hulpmiddelen) > in lijn met opgave Sterk Sociaal domein en 1^e lijn.

In de uitwerking/uitvoering is ruimte voor meerdere branches/partijen om deel te nemen (bijv. ontwikkelprogramma voor professionals op welbevinden (positieve gezondheid) en technologie is relevant voor de hele sector). De (invulling van) de randvoorwaarde voor uitvoering en voldoende capaciteit zijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen en cruciaal om tot concretere transformatieplannen te komen.

3. Een uitvoeringsnetwerk waarin:

A) Wordt samengewerkt met alle branches en de expertise partijen op arbeidsmarkt in de regio.

B) Regionaal afspraken worden gemaakt tussen werkgevers, onderwijs en overheid.

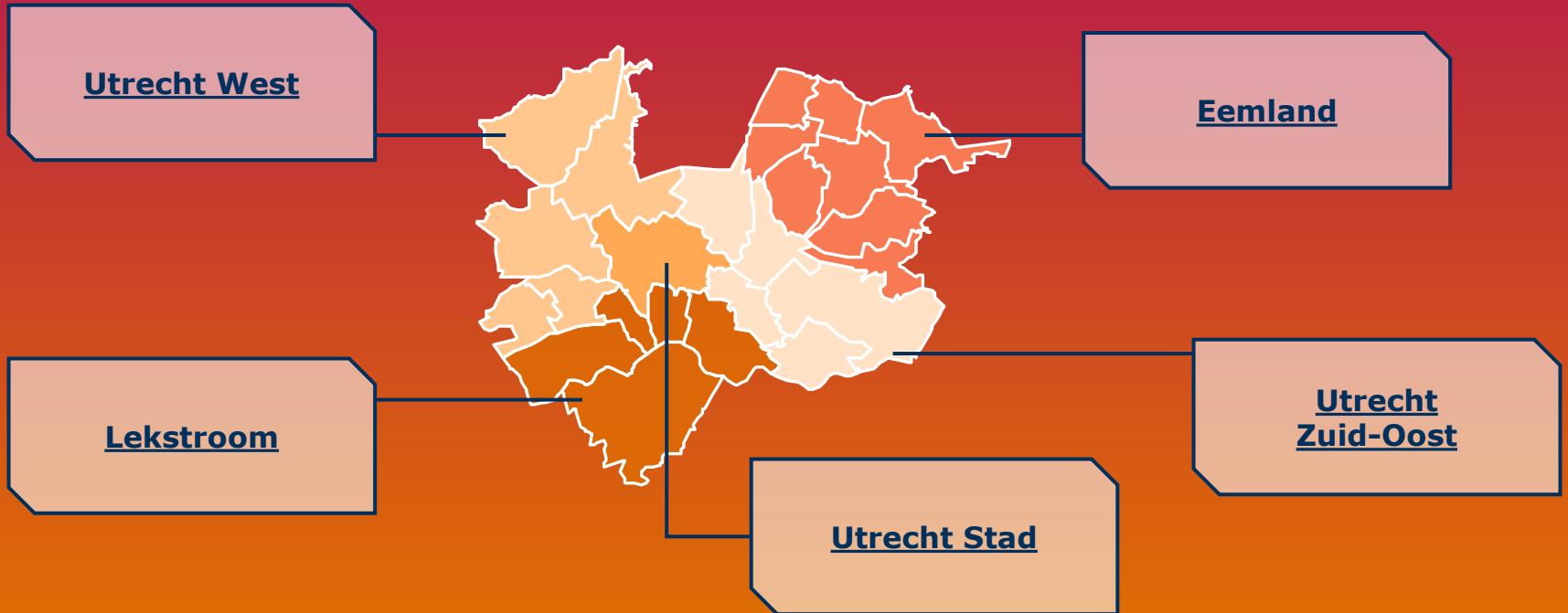
C) Ontsluiten van kennis en expertise (bijv. via kennistafel HHU en Utrecht Talent Alliantie, dit is de Human Capital Agenda van de Provincie Utrecht)[Huidige regionale regievoering op arbeidsmarkt](#)

- Momenteel werken we in de regio samen via de Coalitie Aantrekkelijke Arbeidsmarkt (als onderdeel van de Health Hub Utrecht) met Utrechtzorg en Gemeente Utrecht als kartrekkers/lijstduwers van o.a. dit regioplan arbeidsmarkt). Branches die hierin reeds vertegenwoordigd zijn op zowel bestuurlijk- als supportniveau: ziekenhuizen, VVT, Gehandicaptenzorg, Huisartsen, HBO en MBO onderwijs, gemeenten.
- Branches die overwegen zich aan te sluiten: GGZ, jeugd/wmo. Alle branches kunnen mee doen met de transformaties rondom arbeidsmarkt, ook degenen die niet zijn aangesloten bij de HHU.
- De wens is om de governance vanaf januari 2024 aan te laten sluiten bij deze huidige infrastructuur.

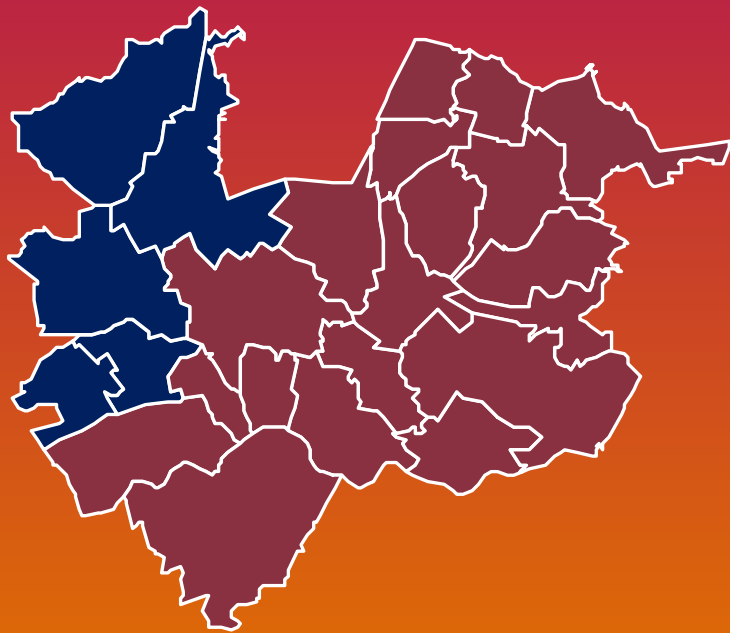
Samenhang Regioplan Arbeidsmarkt versus Arbeidsmarkt agenda per branche

- Utrechtzorg ondersteunt branches (in 2023 ziekenhuizen, vvt en gehandicaptenzorg, in 2024 graag ook met andere branches) om te komen tot een gezamenlijke arbeidsmarktagenda. Met dit regioplan nemen we een voorsprong om branche-overstijgende prioriteiten voor de arbeidsmarkt te agenderen. Het doorleven van de doelstellingen en genoemde prioriteiten in dit regioplan is noodzakelijk in 2024, enerzijds in de aansluiting met de agenda per branche. Anderzijds branche- overstijgend aangezien het werk gaat verschuiven in de keten, dan moet er ook in de keten worden samengewerkt in plaats van geconcentreerd.
- NB: Transformatieopgave Passende MSZ heeft eigen arbeidsmarktprioriteiten opgenomen in regioplan IZA (flexibiliteit in beschikbare capaciteit).

Subregionaal



Utrecht West



Uitwerking voor:

Klik op een van onderstaande opgave om naar de gewenste uitwerking te navigeren

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Gezond ouder worden

Mentale weerbaarheid en gezondheid

Dit is de 1.0 versie van het regioplan voor subregio Utrecht West. Het is een co-creatie van verschillende partijen in de regio.

Betrokken organisaties:

- RegioZorgNU
- Handjehelpen
- Diverse gemeenten
- GGD Utrecht
- SWOM Montfoort
- Zorg en welzijn Oudewater (De Wulverhorst)
- Hart voor Woerden
- Kwadraad
- Abrona
- Careyn
- ParaNu

Penvoering: Karin Schuldink (zzp)

Voor het ontwikkelen van dit regioplan zijn thematische werksessies georganiseerd. Een afvaardiging van bovenstaande organisaties heeft meerdere werksessies bijgewoond waarin eenieder zijn/haar expertise heeft kunnen inbrengen. In de regio Utrecht West staat een structurele regionale samenwerking nog in de kinderschoenen. Mensen en organisaties kenden elkaar nog niet (goed). Het proces om te komen tot dit plan is ook daarom zeer zinvol geweest voor partijen. Ze hebben elkaar leren kennen en gezamenlijke doelen en ambities geformuleerd. Er is energie bij veel partijen om hier vanaf 1 januari 2024 vervolg aan te geven en samenwerkingen te bestendigen.

In andere subregio's is samenwerking al langer vanzelfsprekend en is veel samenhang en overzicht omtrent initiatieven en projecten. Ten opzichte van andere subregio's zal daarom in Utrecht West nog veel gestart worden met inventarisaties van de huidige situatie op bepaalde thema's.

1

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Situatieschets

Omdat dit regioplan is gestoeld op een integraal ZORG-akkoord, ontstaat de neiging om alles te benaderen vanuit vormen van ondersteuning en zorg. **Een sterke sociale basis is echter veel meer dan dat.** Het gaat ook over laagdrempelige en vrije toegang tot o.a. sport, activiteiten, groenvoorzieningen, en voorzieningen waar mensen elkaar ontmoeten. Bij het ontwikkelen van een betere sociale basis, zijn kwetsbare doelgroepen dan ook niet het enige waar ontwikkelplannen zich op moeten richten.

Daarnaast leidt de focus op ondersteuning en zorg vaak tot een aanbodgerichte benadering, versterkt door beleid van gemeenten en overheid. Wat juist nodig is, is bevordering van zelfredzaamheid. Of beter: **SAMENredzaamheid**. De samenleving moet gaan meebewegen, waarbij inwoners verantwoordelijkheden krijgen. Voor veel inwoners is ons zorg- en ondersteuningssysteem te complex. Het is voor hen onduidelijk waar ze (in)formele zorg kunnen vinden en informatie is te ingewikkeld en niet voor iedereen toegankelijk.

Gelukkig zien we ook in de regio Utrecht West al mooie wijkinitiatieven, hoewel **best practices nog niet volledig in kaart zijn gebracht**. Deze initiatieven bieden echter een kans om breder in de regio op een meer structurele basis in de hele regio toe te passen. De vorm van de best practices verschilt per wijk, aangepast aan de lokale context. Een blauwdruk is niet goed haalbaar, maar er zijn wel succesbepalende factoren die op brede schaal kunnen worden toegepast bij nieuwe initiatieven.

Goede voorbeelden zijn onder andere te vinden bij de eerstelijns samenwerkingsverbanden (RegiozorgNU), Vitale Coalitie in Stichtse Vecht, NIO vrijwilligersorganisaties in Woerden en de TOUWteams in Oudewater (De Wulverhorst) die zich inzetten voor vroegsignalering, het voorkomen van zware zorg, het versterken van gemeenschapskracht en bevorderen van regio door samenredzaamheid.

Er is **geen overzicht en samenhang** van samenwerkingen en daardoor is het niet duidelijk of er sprake is van dubbelingen of juist witte vlekken. Er zijn veel verschillende overlegtafels, maar **één taal** wordt gemist om samen te werken aan dezelfde doelen.

Professionele organisaties werken nog niet optimaal samen, al zijn de verschillen per gemeente groot. Organisaties zijn nog te **versnipperd** georganiseerd. Dat is mede ingegeven door de verschillen tussen hoe organisaties zijn ingericht. De verschillende wijzen waarop de sociale teams van de gemeenten zijn georganiseerd zijn hier een goed voorbeeld van. Dat maakt samenwerking op regionaal niveau niet eenduidig en dus niet eenvoudig. Dit is merkbaar bij de initiatieven rondom Kansrijke Start.

Er is ruimte voor verbetering in de domein overstijgende samenwerking tussen de eerstelijns, het sociaal domein en gemeente op wijk- en regionaal niveau. Sociale wijkteams zouden meer kunnen samenwerken met informele zorg, ondersteuning en zorg. Daarnaast is er nog beperkte samenwerking op het gebied van collectieve preventie in de regio Utrecht West. Deze punten bieden kansen voor verbetering.

Overzicht inhoud regioplan

Start vanuit leefwereld en positieve gezondheid

Doelgroep en sector(en):

Alle inwoners van regio Utrecht West en alle organisaties in nulde, eerste en tweede lijn.

Ambitie en omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

De geïndividualiseerde samenleving heeft een wending gekregen: inwoners zijn gericht op samenredzaamheid in de wijk. Het gedachtegoed van positieve gezondheid is een belangrijke waarde bij wijkinitiatieven en wordt dan ook bij alle gesprekken met inwoners in de nulde, eerste en tweede lijn als basis gebruikt. Professionele organisaties stutten de wijkinitiatieven hierbij. Kwetsbaarheden worden genormaliseerd. Soms is het leven nou eenmaal moeilijk en dat accepteren we.

1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

1b Gebieds- of wijkgerichte aanpak

1c Gelijke kansen waaronder voor jeugd

Een sterke regionale samenwerking en organisatie

Doelgroep en sector(en):

Alle inwoners van regio Utrecht West en alle organisaties in nulde, eerste en tweede lijn.

Ambitie en omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Regionaal ontwikkelen we een visie op wijkgericht werken. Zodat we overal in de regio werken vanuit eenduidige leidende principes die in wijken en kernen met couleur lokale toegepast kunnen worden. Er is een netwerk actief van professionals die inwoners kunnen ondersteunen.

Een sterke basis begint in de wijk. Over 3-5 jaar zijn in alle gemeenten van regio Utrecht West in minimaal 3 wijken of kernen wijsamenwerkingsverbanden. Welzijn speelt in deze samenwerkingsverbanden een prominente rol. Hierdoor wordt de instroom naar zorg in de eerste lijn voorkomen of verminderd. Inwoners kunnen laagdrempelig en via een duidelijke route terecht bij de ondersteuning die zij nodig hebben. Deze ondersteuning proberen we zoveel mogelijk informeel te organiseren, waar nodig kan dat formele ondersteuning zijn. Er vindt een goede triage plaats om de juiste ondersteuning op de juiste plek te bieden.

2a Een sterke basis

2b Digitalisering

2c Vertrouwen en samenwerken



1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Alle inwoners van regio Utrecht West en formele en informele ondersteuning en zorg - en welzijnsverleners

Doelstelling: De geïndividualiseerde samenleving heeft een wending gekregen: inwoners zijn gericht op samenredzaamheid in de wijk. Het gedachtegoed van positieve gezondheid is een belangrijke waarde bij wijkinitiatieven en wordt dan ook bij alle gesprekken met inwoners in de nulde, eerste en tweede lijn als basis gebruikt. Professionele organisaties stutten de wijkinitiatieven hierbij. Kwetsbaarheden worden genormaliseerd. Soms is het leven nou eenmaal moeilijk en dat accepteren we.

Aanpak

- Medewerkers van zorg- en welzijnsorganisaties worden geschoold om positieve gezondheid toe te kunnen passen in hun dagelijkse werkprocessen en om wijkinitiatieven te stutten. Ook inwoners en onderwijs worden meegenomen in deze beweging om cultuurverandering te kunnen realiseren.
- Herhaaldelijk wordt het thema positieve gezondheid onder de aandacht gebracht om het te borgen in de bestaande praktijk. We ontwikkelen tools en handelingsperspectieven om professionals en inwoners hierbij te ondersteunen.
- Gemeenten worden toegerust om wijkinitiatieven gemakkelijk en administratief-arm kunnen faciliteren.
- Ontmoetingsplaatsen worden zo ingericht dat 'de gemiddelde mens' het ook fijn vindt om daar te komen. Bijvoorbeeld door werkplekken, activiteiten en ontmoetingen, gefaciliteerd door de gemeente. Maatschappelijk vastgoed van groot belang.
- Gebiedsbenadering: zoeken naar krachten en die verbinden. Sociale verbindingen versterken en bestendigen. Dit kunnen ook sport- en cultuurverenigingen zijn.
- De bibliotheek heeft een educatieve en wegwijzer-functie.

Organisatie & vervolg

- In 2024 starten we met een programma over positieve gezondheid, waarbij sommige onderdelen (boven)regionaal moeten worden uitgevoerd en andere thema's juist thuis horen bij lokale initiatieven:
 - Het thema positieve gezondheid kan op verschillende niveaus worden toegepast. Communicatie hieromtrent past in een bovenregionale aanpak. Een regionale campagne vanaf Q2 2024, aansluiten bij landelijke campagne van het ministerie van VWS.
 - Minimaal 50% van professionals zijn eind 2025 geschoold en passen positieve gezondheid toe in hun dagelijkse werkprocessen.
 - Eind Q2 2024 hebben we na onderzoek bepaald hoe we inwoners kunnen stimuleren in de beweging van positieve gezondheid om zichtbaar verandering in de samenleving teweeg te kunnen brengen.



1b Gebieds- of wijkgerichte aanpak

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Alle inwoners van regio Utrecht West en formele en informele ondersteuning en zorg - en welzijnsverleners

Doelstelling: Over 3 jaar zijn in alle gemeenten van Utrecht West minimaal in 3 wijken/kernen wijkinitiatieven ontplooid. Kwetsbaarheden en krachten van alle wijken zijn inzichtelijk gemaakt en vormen de basis voor wijsamenwerkingsverbanden die passend zijn bij de couleur locale.

Aanpak

- Van iedere wijk wordt een wijkscan gemaakt waarbij bottom up (met input van inwoners, wijkinitiatieven en organisaties) een goed beeld wordt gemaakt van de krachten en kwetsbaarheden van de wijk. Hierin worden gecombineerde data meegenomen worden over bv. zorg, welzijn, ervaren gezondheid, leefstijl en demografie. Bestaande voorbeelden: wijkfoto's in Stichtse, WijkDataWijkDoen.
- Best practices van wijsamenwerkingen en inwonersinitiatieven worden in beeld gebracht. Succesvolle bestanddelen van deze samenwerkingen en initiatieven (en uit ervaringen/literatuur buiten de regio) worden in beeld gebracht.
- Wijsamenwerkingsverbanden krijgen de tijd om zich te ontplooiën. Informele verbinders in de wijk worden gefaciliteerd. Het duurt zeker 2 à 3 jaar om elkaar goed te leren kennen, vertrouwen en nieuwe processen van werkwijzen in te laten slijten.
- Er wordt geïnvesteerd in een gezonde leefomgeving met ontmoetingsplekken, groen, cultuur en sport, voorzieningen voor jong en oud. Keuzes worden gemaakt op basis van behoeften van inwoners. Ontmoetingsplaatsen worden zodanig ingericht dat 'de gemiddelde mens' ook wil komen, door bijvoorbeeld werkplekken, ontmoetingen, activiteiten. De gemeente faciliteert deze ontmoetingsplaatsen. Dit kunnen ook bestaande natuurlijke ontmoetingsplaatsen of locaties zijn, zoals bijvoorbeeld een bibliotheek of een buurtcafé.
- Netwerksamenwerking per kern, richtlijn ca. maximaal 10.000 – 15.000 inwoners.

Organisatie & vervolg

Inwonersinitiatieven en wijknetwerken kunnen elkaars samenwerking versterken. Daarom starten we met projecten waarin we inwonersinitiatieven en professionele netwerksamenwerking koppelen en organiseren op wijk-/kernniveau. Dit wordt een breder programma, die ook gaat over de andere transformatieopgaven van het regioplan: 'mentale weerbaarheid en gezondheid' en 'gezond ouder worden'.

- In Q1 2024 starten we met een inventarisatie van bestaande wijkgerichte initiatieven en netwerksamenwerkingsverbanden in Regio Utrecht West. In Q1 2024 wordt door gemeenten voor de wijken waarvan nog geen wijkscans zijn gemaakt een plan gemaakt.
- In 2024 wordt op basis van de wijkscans in iedere gemeente de strategische keuze gemaakt voor minimaal 3 wijken/kernen om wijsamenwerking op te zetten, rekening houdend met succesvolle elementen uit andere wijken.
- In iedere wijk werken we aan één wijsamenwerkingsverband. Indien sprake is van meerdere bestaande initiatieven, worden ze samengevoegd.
- Vanaf Q3 2024 starten initiatieven in de geselecteerde wijken. Klein beginnen volgens succesvolle elementen, geleidelijk uitbreiden. Inwoners worden actief betrokken bij deze ontwikkelingen.
- Netwerksamenwerkingen integraal en generalistisch organiseren voor ALLE inwoners, niet specifiek voor bepaalde doelgroepen. Iedereen kan met een vraag voor ondersteuning of zorg te maken krijgen. Veel kan generalistisch opgelost worden. Specialistische ondersteuning of zorg moet gekoppeld zijn aan samenwerkingsverband in een kleine specialistische schil.
- In iedere wijk wordt een fysieke ontmoetingsplaats gerealiseerd, waarbij we aansluiten bij wat er al aanwezig is in de wijk.
- We monitoren en evalueren en maken deze kennis beschikbaar voor andere wijken/gemeenten
- Afhankelijk van de successen in bovenstaande wijken wordt vanaf 2025 uitbreiding (olievlek) naar andere wijken overwogen.
- Sturing vindt plaats op gemeentelijk niveau.



1c Gelijke kansen waaronder voor jeugd

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Alle inwoners, en specifiek aandacht voor jeugdigen, hun sociale systeem en onderwijs

Doelstelling: De gezondheidsverschillen zijn verkleind. Er wordt ongelijk geïnvesteerd om inwoners gelijke kansen te geven. De leefomgeving is verbeterd voor en door inwoners. Ketenaanpakken kansrijke start leiden tot samenwerkingsafspraken en een eenduidig aanbod van interventies. Gezondheidsbevordering is vroegtijdig onderdeel van het onderwijs.

Aanpak

Verkleinen van gezondheidsverschillen

- We identificeren kwetsbare doelgroepen / wijken die risico zijn voor grote gezondheidsverschillen. Voorbeelden zijn mensen met een lage SES, armoedeproblematiek.
- We maken een passende steunstructuur in de wijk en ondersteuningsaanbod voor kwetsbare doelgroepen.
- Er wordt ruimte gegeven aan inwoners in de wijk om bij te dragen aan het verbeteren van de leefomgeving met als doel de positieve gezondheid te verbeteren.

Verkleinen kansenongelijkheid jeugd

- Ketenaanpakken 'kansrijke start' en 'overgewicht en obesitas bij kinderen' worden breed ingezet om kansenongelijkheid en gezondheidsverschillen voor jeugd te verminderen. We werken aan een eenduidig aanbod van interventies en samenwerkingsafspraken in de regio.
- We verbeteren de samenwerking tussen JGZ en sociaal team/stadsteam. De verschillende werkwijzen van de sociale teams maken doelmatige samenwerking complex. Meer uniforme werkwijzen zijn wenselijk. Daarom maken we goede afspraken over verwijzen en samenwerken. JGZ dient als centrale basisvoorziening voor jeugdigen en ouders met laagdrempelige toegang voor opvoedvragen/zorgen.
- Alle jeugdigen gaan 5 dagen in de week naar school. School is een goede vindplaats om te werken aan gelijke kansen en gezonde jeugd. Het landelijke programma Gezonde School draagt bij aan een gezonde leer- en leefomgeving voor jeugdigen. Scholen gaan met hulp van een adviseur uit het programma op een structurele en integrale manier aan de slag met gezondheidsthema's.

Organisatie & vervolg

Het verkleinen van gezondheidsverschillen

De doelen worden behaald door realisatie van het wijkgerichte programma zoals is beschreven onder 1b. Namelijk:

- De kwetsbare doelgroepen worden geïdentificeerd door de wijkscans in 2024
- De combinatie van wijksamenwerkingen en inwonersinitiatieven leiden tot een passende steunstructuur in de wijk en passend ondersteuningsaanbod in 3 wijken per gemeente in 2024-2025.

Jeugd

We organiseren het plan rondom Kansrijke start binnen het bestaand netwerk rondom geboortezorg. De ketenaanpak Kansrijke start is een vehikel om dit bij elkaar te brengen.

Ketenaanpakken worden conform de programma's van GALA en IZA binnen 2 jaar gerealiseerd.

Specifiek aandachtspunt:

De ketenaanpak 'Overgewicht en obesitas bij kinderen' vraagt strakke regie en sturing van gemeenten. Er zijn veel stakeholders bij betrokken.

Onderwijs is als prominent onderdeel van de leefomgeving van de jeugd een goede plek om gezondheid en kansengelijkheid te bevorderen. Dit kan middels een integrale aanpak zoals de aanpak 'Gezonde School' geborgd worden.



2a Een sterke basis

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Alle inwoners van regio Utrecht West

Doelstelling: Iedere wijk heeft over 3-5 jaar zichtbaar een sterkere basis gekregen. Dit is niet alleen zichtbaar in de beschikbare zorg- en ondersteuning, maar uit zich ook in laagdrempelige en vrije toegang tot diverse voorzieningen in de wijk, voor ontmoetingen, sporten en andere activiteiten. Kansenongelijkheid onder inwoners is verminderd. Inwoners kijken om naar elkaar en zoeken samen oplossingen voor ondersteuningsvragen. Er zijn professionele ondersteuning en zorg beschikbaar wanneer nodig. De weg naar de huisarts is niet meer alleen het gebaande pad bij het ontstaan van een (al dan niet medische) hulpvraag. De route naar welzijn en informele zorg & ondersteuning is óók een logisch pad geworden bij het ontstaan van een hulpvraag.

Aanpak

We brengen deze doelstelling onder bij de gebieds- en wijkgerichte aanpak (zie 1b).

Organisatie & vervolg

We brengen deze doelstelling onder bij de gebieds- en wijkgerichte aanpak (zie 1b).



2b Digitalisering

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Alle inwoners van regio Utrecht West

Doelstelling: In 2026 is informatieoverdracht voor zowel inwoners als zorg- en welzijnsverleners gedigitaliseerd. Systemen zijn compatible met elkaar zodat relevante informatie tijdig beschikbaar is, administratieve lasten worden teruggedrongen, en de inwoner zelf de regie houdt over informatiedeling.

Waar mogelijk worden hybride vormen van ondersteuning en zorg aangeboden. Tot slot worden wijksamenwerkingsverbanden en inwonersinitiatieven goed ondersteund door digitale hulpmiddelen.

Aanpak

- Vanuit visie op inwonersperspectief moet er gewerkt worden aan betere/meer:
 - Toegang tot sociale en medische gegevens, waarbij inwoner de regie voert over informatiedeling.
 - Digitale vaardigheden en een 'vangnet' waar niet digitaal vaardige mensen terecht kunnen voor hulp.
 - Hybride zorg met zorgtechnologie in huis en op afstand
- Vanuit visie op perspectief van zorg- en welzijnsverleners moet gewerkt worden aan betere/meer:
 - Uitwisseling gegevens onderling, zowel binnen eerstelijns als in netwerksamenwerking met welzijn, sociaal domein en tweede lijn
 - Digitale vaardigheden van zorgverleners
 - Technologie voor zorg/ondersteuning/behandeling op afstand
- Vanuit visie op wijkontwikkelingen:
 - Digitale ondersteuning van wijkinitiatieven, bijvoorbeeld een sociale kaart en activiteitenkalender

Organisatie & vervolg

Voor digitale ontwikkelingen in relatie tot inwonersperspectief en perspectief van zorg- en welzijnsverleners, sluiten we aan bij de ontwikkelingen van de fundamentele digitalisering en digitaal vaardig.

Digitale ondersteuning van wijkinitiatieven moet georganiseerd worden wanneer de wijkontwikkelingen meer concrete vorm krijgen. Er zijn bestaande openbare apps die hier mogelijk geschikt voor zijn.



2c Vertrouwen en samenwerken

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Alle inwoners en professionals van regio Utrecht West

Doelstelling: In Utrecht West is samenwerking tussen partijen uit verschillende domeinen vanzelfsprekend geworden. Op bestuurlijk niveau wordt regie gevoerd over strategische samenwerkingen. Op subregio en wijkniveau weten partijen elkaar te vinden om samen bij te dragen aan de doelen van dit regioplan. Het wordt vanzelfsprekend dat inwoners ook structureel een actieve rol in deze samenwerkingen krijgen.

Aanpak

- Sociale basis starten in de wijk met inwonersinitiatieven. Leren van best practices.
- Samen onderzoeken welke meerwaarde regionale samenwerking heeft. Bv. Suïcide preventie en dementie vriendelijke samenleving regionaal.
- Sociale basis stutten met professionele organisaties. In de basis generalistisch, maar met een mix van organisaties met kleine specialistische schil. Succesvolle aspecten aanreiken, zo min mogelijk besturen, maar juist initiatieven laten ontplooiën. Op wijk-/kernniveau weet men wat nodig is.
- Collectieve primaire preventie als aanknopingspunt om samen te werken.
- Ketenaanpakken organiseren op sub-regio niveau omdat professionals graag in meerdere gemeenten werken, je voor alle inwoners hetzelfde aanbod wilt creëren en het efficiënter en effectiever is om samen te organiseren.
- Uitzoeken thema's: wat doe je lokaal, wat doe je regionaal? Regionaal samen inkopen waar mogelijk.
- Adviesraad op gemeentelijk niveau. Uitwisseling tussen gemeenten.

Organisatie & vervolg

Op dit moment zijn er op niveau van regio Utrecht West (in tegenstelling tot de andere Wmo-regio's van de U16) nog geen structurele bestuurlijke samenwerkingsverbanden/coalities. Deze worden samengesteld om doelen van het regioplan te kunnen behalen en monitoren. Hiermee is Q3 2023 reeds een start gemaakt.

Thematisch zullen situationeel regionale overleggen met meerdere disciplines worden georganiseerd.

Op wijkniveau ontwikkelen we intensieve samenwerkingen. Dat doen we conform het programma zoals beschreven onder 1b.

Situatieschets

Ook in de regio Utrecht West wordt in de komende jaren een sterk toenemende **vergrijzing** verwacht. Mensen worden ouder, maar medisch gezien **niet vanzelfsprekend gezond ouder**. Het aantal ouderdom gerelateerde aandoeningen neemt toe. Veel ouderen blijven langer thuis wonen. Niet alleen omdat zij het zelf willen, maar ook omdat er onvoldoende passende woonvormen zijn in de regio Utrecht West. Dat brengt de nodige uitdagingen met zich mee, want vroeg of laat loopt iedereen tegen beperkingen aan. Het gaat dan vooral om **waardig** ouder worden.

Toch komen er ook steeds meer gezonde ouderen, die graag een bijdrage leveren in de ondersteuning van kwetsbare inwoners. Organisaties in deze regio merken echter juist een terugloop van het aantal vrijwilligers en nieuwe vrijwilligers zijn moeilijk te vinden. Uit het regiobeeld is ook gebleken dat het **mantelzorgpotentieel** in een aantal gemeenten van de regio Utrecht West (Stichtse Vecht, Oudewater, Montfoort) lager is dan in de andere gemeenten van Midden Nederland.

Dat is spijtig, want we hebben we te maken met een **krimpende beroepsbevolking** en een **geïndividualiseerde samenleving**.

De arbeidspopulatie in de ouderenzorg is relatief oud, waardoor in de komende jaren een **hoge uitstroom van medewerkers** verwacht kan worden. Dit totaalplaatje zorgt ervoor dat de zorg voor ouderen in de regio Utrecht West onder druk komt te staan. Tegelijkertijd zijn de verwachtingen in de samenleving torenhoog. Het was altijd vanzelfsprekend dat iemand met een ondersteuningsvraag daadwerkelijk ondersteuning of zorg kon krijgen. Maar dat is niet meer zo. Daarom moeten reële verwachtingen gestimuleerd worden.

We zullen als samenleving **anders naar gezondheid en zorg moeten gaan kijken**. Begrippen als '**positieve gezondheid**' en '**reablement**' worden gezien als aangrijpingspunten om de groei van de zorgvraag te beheersen of terug te dringen. Dit is nog vooralsnog voornamelijk beleidstaal. Zolang deze termen niet zijn geladen, spreken organisaties nog onvoldoende één taal om te werken aan **intensieve samenwerkingen** tussen zorg-/welzijnsorganisaties. Op gebied van preventie zou veel meer gedaan kunnen worden. Vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid en reablement kan een zorgvraag voorkomen, verminderd of uitgesteld worden. Dat is nog onvoldoende ingebed in de samenleving en in de basis van zorg en welzijn.

De **sociale cohesie** in wijken is nog niet overal zo ontwikkeld dat verwacht kan worden dat de bevolking voor elkaar zorgt. Bovendien is in sommige gemeenten in de regio Utrecht West sprake van wijken met een lagere SES (Oudewater, Woerden, Stichtse Vecht). Over het algemeen gaat dit gepaard met een gemiddeld slechtere gezondheid.

Er wordt van ouderen meer verwacht dat zij **zelf** oplossingen zoeken voor de beperkingen waar zij tegenaan lopen, of dat zij dit **samen** doen met hun systeem. Voor situaties waarin dit niet lukt, moeten zij wegwijst gemaakt worden om passende vormen van (informele en formele) ondersteuning te kunnen vinden. Op dit moment is voor veel inwoners in Regio Utrecht West nog niet duidelijk waar ze relevante informatie kunnen halen, waar ze terecht kunnen, hoe ze ondersteuning om zich heen kunnen organiseren. Deze ondersteuning zal door intensievere samenwerkingen georganiseerd moeten worden.

In de regio Utrecht West zijn er lokaal op verschillende plekken vormen van samenwerking, maar dat is niet overal vanzelfsprekend of structureel geborgd. Er zijn op niveau van regio Utrecht West (in tegenstelling tot de andere Wmo-regio's van de U16) nog geen structurele (bestuurlijke) samenwerkingsverbanden/coalities.



Overzicht inhoud regioplan

Preventie en verbeteren zelfredzaamheid

Doelgroep en sector(en): De thuiswonende (jonge) oudere

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar: Over 3-5 jaar zijn inwoners die wonen in regio Utrecht West aantoonbaar beter voorbereid op ouder worden. Mensen wonen langer en veiliger thuis en lossen zoveel mogelijk met elkaar op. Positieve gezondheid is meer ingebed in de samenleving en in de basis van zorg en welzijn. Ouderen nemen zelf de regie en verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en welbevinden. Als men dat niet kan, is er laagdrempelige ondersteuning. De wijk en het persoonlijke netwerk van ouderen zijn erop toegerust om ouderen daarin te ondersteunen. Kwetsbare ouderen zijn tijdig in beeld voor passend aanbod van ondersteuning, zorg en welzijn. We zijn bereid om ongelijk te investeren voor gelijke kansen voor alle inwoners.

Ambitie: We zien ouderen niet meer als 'probleemgroep', maar benutten ook de talenten en kansen van deze groep. Het gedachtegoed van positieve gezondheid en reablement hebben meer handelingsperspectieven en één taal gekregen, waardoor ze meer ingebed zijn in de samenleving en in de basis van zorg en welzijn. Ouderen zijn zich bewust van hun eigen verantwoordelijkheid en anticiperen al vroegtijdig op de gevolgen van ouder worden. Door community vorming in wijken te faciliteren en netwerksamenwerkingen op te zetten in alle wijken en buurten van de regio Utrecht West. Preventie richt zich niet alleen op wat slecht voor je gezondheid is, maar is juist gericht op het stimuleren van dingen die goed voor de mens zijn. Preventie levert soms pas over een langere periode aanzienlijk gezondheidswinst op. Daarom richten we preventie ook al op de 'jonge ouderen'; de zestigers van deze tijd.

1a Positieve gezondheid en communicatie

1b Reablement en verantwoord langer thuis wonen

1c Nabijheid en netwerk

Versterken van samenwerking

Doelgroep en sector(en): De thuiswonende oudere

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar: Van iedere wijk zijn de krachten en kwetsbaarheden in beeld gebracht. Daarop volgend is in iedere wijk een netwerksamenwerking aanwezig die inwoners faciliteert om hun 'eigen verantwoordelijkheid' te kunnen nemen. De samenstelling van deze netwerken kan per wijk verschillen, afhankelijk van de krachten en kwetsbaarheden in de wijk, maar bestaat in ieder geval uit een combinatie van inwoners en partijen uit de nulde en eerste lijn. Organisaties werken aan een gezamenlijk doel en gaan van concurreren naar samenwerken om (een logische route naar) passende vormen van ondersteuning en zorg dichtbij ouderen te kunnen organiseren. Inwoners en mantelzorgers zijn een vanzelfsprekende samenwerkingspartner.

Ambitie: Elke vorm van ondersteuning en zorg is makkelijk vindbaar en in te schakelen. We voeren een overstijgende sturing op zinnige zorg/ondersteuning, zodat deze zoveel mogelijk beschikbaar blijft voor alle inwoners. We starten in iedere gemeente met minimaal één wijk om een wijkgerichte aanpak te ontwikkelen. Daarbij wordt eerst de wijk in beeld gebracht en daarna een passende netwerksamenwerking georganiseerd. Inwoners zijn hierbij een belangrijke partij aan tafel en aan het stuur. We maken hierbij gebruik van de ervaring van andere gemeenten.

2a Gebieds- en/of wijkgerichte aanpak

2b Passende zorg en digitalisering

2c Concentratie en spreiding ouderenzorg

Inrichten (sub)acute keten in regionale stuk



1a Positieve gezondheid en communicatie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Niet alleen de thuiswonende (jonge) oudere, maar de hele samenleving, al vanaf jonge leeftijd.

Doelstelling: Het gedachtegoed van 'eigen regie', 'positieve gezondheid' en 'reablement' hebben meer handelingsperspectieven en één taal gekregen, waardoor ze meer ingebed zijn in de samenleving en in de basis van zorg en welzijn. Dit zijn middelen die de volgende doelstellingen ondersteunen: 'zelf als het kan, thuis als het kan, met hulpmiddelen als het kan, en ondersteuning en zorg als het nodig is.

Aanpak

1. Een nieuwe regionale programmagroep maakt een vertaling van de principes van **eigen regie voeren, positieve gezondheid en reablement** naar handelingsperspectieven en één taal. Het is er op gericht dat het bij iedereen in Utrecht West bekend is en toegepast kan worden wanneer dat zinnig is. Onder 'iedereen' verstaan we niet alleen alle inwoners, professionals of zorg- en welzijnsorganisaties, maar ook andere partijen zoals bijvoorbeeld het onderwijs en bedrijfsleven. Bestaande succesvolle initiatieven die hierop aansluiten worden breder geïmplementeerd. Nieuwe initiatieven worden ontplooid en in de gehele regio toegepast.
2. Communiceren met inwoners over zich voorbereiden op ouder worden, al op jonge leeftijd. Dit kan bovenregionaal (campagne) of op wijkniveau. Er zijn voorspelbare life changing events waarop mensen al vooraf kunnen anticiperen.
3. Niet alleen alle pijlers van positieve gezondheid en reablement zijn onderwerp van gesprek met ouderen, maar ook verlies, pijn, rouw en het thema levensende zijn vanzelfsprekende onderwerpen. We voeren het echte gesprek en schuwen ook ingewikkelde thema's niet.
Quote: "we moeten niet doen alsof alles maakbaar is: wanneer mag een mens ook doodgaan?"

Organisatie & vervolg

- Op dit moment zijn er op niveau van regio Utrecht West (in tegenstelling tot de andere Wmo-regio's van de U16) nog geen structurele (bestuurlijke) samenwerkingsverbanden/coalities. Deze wordt/worden samengesteld om doelen te kunnen behalen (start Q1 2023)
- In 2024 starten met een programma over positieve gezondheid en reablement, waarbij sommige onderdelen bovenregionaal moeten worden gedaan en andere thema's juist thuis horen bij lokale initiatieven.
 - Het thema positieve gezondheid kan op verschillende niveaus worden toegepast. Communicatie hieromtrent past in een bovenregionale aanpak. Een regionale campagne vanaf Q2 2024, aansluiten bij landelijke campagne van het ministerie van VWS.
 - Programma opzetten op basis van clientreis, met leeftijd vanaf 55+ als doelgroep.
 - De gezonde oudere bereiken en hun krachten en talenten benutten. Dat is een grote populatie waarvan veel mensen voor zingeving iets bij willen dragen. Daarom biedt deze groep nog veel potentieel van ondersteuning. Zij moeten worden geholpen en uitgedaagd om bij te kunnen dragen.
 - Formele en informele zorg & ondersteuning - en welzijnsverleners scholen op het gebied van positieve gezondheid, reablement en hieraan gekoppeld 'passende zorg'.
- Gekoppeld aan wijk Samenwerkingen (zie 2c) maken we omtrent dit thema in de keten afspraken over wat reablement en positieve gezondheid kunnen betekenen en welke organisatie wat doet.



1b Reablement en verantwoord langer thuis wonen

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep:

De thuis wonende oudere en het informele en formele netwerk daar omheen

Doelstelling:

De essentie van reablement wordt, in samenhang met positieve gezondheid, toegepast bij alle inwoners. Hierdoor krijgen zij de mogelijkheid om zoveel mogelijk eigen regie te voeren en streven we naar een zo groot mogelijke onafhankelijkheid van professionele hulpverlening. Voorzieningen in de wijk zijn erop gericht om de zelfredzaamheid van inwoners zoveel mogelijk te faciliteren.

Aanpak

1. Maatschappelijk debat: er wordt meer van inwoners zelf verwacht. Hierbij moeten uitgangspunten bepaald worden over wat we van inwoners mogen verwachten en hoe we ze kunnen helpen om dit waar te maken. Wat is reëel?
2. Alle professionele hulpverleners worden getraind in reablement. Daarbij leren zij te handelen vanuit het leidende principe dat alles begint bij de eigen regie van de inwoner en zijn naaste. Door hulpmiddelengebruik en het stroomlijnen van processen worden mensen in staat gesteld om dingen (weer) zelf te kunnen doen.
3. Een 'vangnet' organiseren waarop teruggevallen kan worden als zorg is afgebouwd. Proberen te organiseren dat echtparen bij elkaar kunnen blijven wonen, ook wanneer sprake is van een complexe zorgvraag.
4. Ketenaanpak valpreventie, vormgegeven door samenwerking van nuldelijn, eerstelijns en tweedelijns.
5. We ondersteunen ouderen en hun mantelzorgers door:
 1. Goede en tijdige informatievoorziening
 2. Duidelijk vindbare route naar vormen van (informele of formele) ondersteuning en zorg
 3. Respijtzorg

Organisatie & vervolg

- In 2024 starten met een programma over positieve gezondheid en reablement, waarbij sommige onderdelen bovenregionaal moeten worden gedaan en andere thema's juist thuis horen bij lokale initiatieven.
- Gekoppeld aan wijksamenwerkingen (zie 2c) maken we omtrent dit thema in de keten afspraken over wat reablement en positieve gezondheid kunnen betekenen en welke organisatie wat doet.
 - Hierbij zoveel mogelijk aansluiten bij initiatieven van Reable Nederland
- 2024 inspiratiesessies voor inwoners en professionals over reablement.
- Voorbeeld: project RegiozorgNU "Toekomstbestendige zorg voor ouderen thuis"



2a

Gebieds- en/of wijkgerichte aanpak

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: De thuis wonende oudere. Met specifieke aanpak voor sommige doelgroepen, zoals migranten.

Doelstelling: Zie voorgaande beschrijving van doelstelling.

Aanpak

- In iedere wijk of buurt gaan inwoners en organisaties zich (niet vrijblijvend) aan elkaar verbinden en werken samen aan een passende netwerkaanpak. Dat doen we niet in alle wijken tegelijk, maar we starten met minimaal één wijk per gemeente. Van deze wijken worden eerst de krachten en kwetsbaarheden in beeld gebracht (bottom-up). Daarop aansluitend wordt een netwerksamenwerking opgericht die inwoners faciliteert om hun 'eigen verantwoordelijkheid' te kunnen nemen. De samenstelling van deze netwerken kan per wijk verschillen, afhankelijk van de krachten en kwetsbaarheden in de wijk, maar bestaat in ieder geval uit een combinatie van inwoners en partijen uit de nulde en eerste lijn.
We leren van, of sluiten aan bij, bestaande initiatieven in regio Utrecht West
- Over wijken heen wordt samengewerkt door organisaties voor toegankelijke en passende vormen van zorg voor specifieke zorgvragen. We leren van, of sluiten aan bij, bestaande initiatieven in regio Utrecht West:
 - SPOT (specialistische praktijk ouderen thuis) in Woerden, opgezet vanuit doelstellingen van Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerstelijns (ONUe).
 - Ketenaanpakken vanuit programma GALA samen opzetten (waaronder valpreventie)
 - Project "Toekomstbestendige zorg voor ouderen thuis", met o.a. stroomlijning van toegang tot de wijkverpleging
- De leefomgeving in wijken is hier een belangrijk thema. Deze moet bijvoorbeeld beweging en 'naar buiten gaan' stimuleren.

Organisatie & vervolg

Zie beschrijving 1c.

2b Passende zorg en digitalisering

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: De thuis wonende oudere. Met specifieke aanpak voor sommige doelgroepen, zoals migranten.

Doelstelling: ondersteuning en zorg worden terughoudend en trapsgewijs ingericht: Wat kan de inwoner zelf? Wat kan de inwoner samen met anderen? Wat kan digitaal? Daarna pas inzet van een professional.

Aanpak

1. Passende zorg is een heel breed te interpreteren begrip. Verschillende personen kunnen in eenzelfde situatie anders beoordelen wat passende zorg is. Passende zorg is ook de kritische vraag stellen: Is het nodig, of kan het ook anders? En: wat gaan we NIET meer doen?
Gerelateerd aan 1a en 1b trainen we medewerkers en voeren we een maatschappelijke dialoog over wat inwoners kunnen verwachten en wat van hen zelf wordt verwacht. Deels door communicatie bovenregionaal, deels in de wijken via individuele gesprekken met inwoners.
2. De kloof tussen ziekenhuiszorg een eerstelijnszorg vormt een uitdaging. Er is behoefte aan een transmurale zorgbrug die ervoor zorgt dat de patiënt op de juiste manier, met de juiste informatie, op het juiste moment wordt overgedragen tussen disciplines en verblijfsomgevingen.
3. Digitalisering zoveel mogelijk samen
 1. Digitaal waar het kan, bijvoorbeeld voor communicatie tussen cliënten/patiënten en professionals. Maar ook de mogelijkheid blijven bieden voor persoonlijk contact.
 2. Voorwaarde: mensen trainen in digitale vaardigheden

Organisatie & vervolg

Passende zorg:

- Aansluiten bij programma onder 1a en 1b.
- Formele en informele zorg & ondersteuning - en welzijnsverleners scholen op het gebied van positieve gezondheid, reablement en hieraan gekoppeld afwegingen voor 'passende zorg'.

Digitalisering:

- In Q1 en Q2 2024 doen we een inventarisatie van met welke systemen wordt gewerkt en of er al mogelijkheden zijn om deze te koppelen.
- We streven er zoveel mogelijk naar om monodisciplinaire of monosectorale systemen te integreren met een digitaal netwerkplatform.
- Voor de verdere ontwikkelingen omtrent informatieuitwisseling, hybride zorg en digitaal vaardig maken van de samenleving, sluiten we aan bij de aanpak vanuit de fundamentele digitalisering en digitaal vaardig.



1c Nabijheid en netwerk

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: alle inwoners van de wijk

Doelstelling: In alle wijken van de Regio Utrecht West zijn netwerken opgebouwd waarin inwoners, vrijwilligers en professionals met elkaar samenwerken. Wijkvoorzieningen zijn erop gericht om jong en oud aan elkaar te verbinden (ontmoeten!). Iedere inwoner voelt zichzelf verantwoordelijk voor het opbouwen/onderhouden van zijn/haar netwerk, maar heeft ook altijd terugvalmogelijkheden in zijn/haar eigen wijk.

Aanpak

1. Wijken/buurtten kwalitatief goed in beeld krijgen. Goed voorbeeld: Kernenfoto's Stichtse Vecht waarin samen met inwoners, partners en gemeente bottom up een 'foto' wordt uitgewerkt van de belangrijkste krachten en vragen van de wijk. Met als doel om een gezamenlijk en integraal beeld te krijgen wat er speelt in de verschillende kernen van Stichtse Vecht.
2. Bestaande inwonersinitiatieven en buurtprojecten in kaart brengen en stimuleren. Succesvolle buurtconcepten verbreden naar andere buurten.
3. In iedere wijk is een netwerksamenwerking aanwezig die inwoners faciliteert om hun 'eigen verantwoordelijkheid' te kunnen nemen. De samenstelling van deze netwerken kan per wijk verschillen, afhankelijk van de krachten en kwetsbaarheden in de wijk, maar bestaat in ieder geval uit een combinatie van inwoners en partijen uit de nulde en eerste lijn.

Organisatie & vervolg: samenvoeging van 1c en 2a

Initiatieven van inwoners kunnen samenwerkingen van organisaties versterken en vice versa. Daarom kiezen we ervoor om te starten met projecten waarin we inwonersinitiatieven en professionele netwerksamenwerking koppelen en organiseren op wijk-/kernniveau. Dit wordt een breder programma, die ook gaat over de andere transformatieopgaven van het regioplan: 'mentale weerbaarheid en gezondheid' en 'sterke sociale basis en eerstelijns'.

- In Q1 2024 starten met inventarisatie van bestaande wijkgerichte initiatieven in Regio Utrecht West.
In Q1 2024 wordt voor de wijken waarvan nog geen wijkscans zijn gemaakt een plan gemaakt.
- In 2024 wordt op basis van de wijkscans in iedere gemeente de strategische keuze gemaakt voor minimaal 3 wijken/kernen om wijsamenwerking op te zetten, rekening houdend met succesvolle elementen uit andere wijken.
- In iedere wijk werken we aan één wijsamenwerkingsverband. Indien sprake is van meerdere bestaande initiatieven, worden ze samengevoegd.
- Vanaf Q3 2024 starten initiatieven in de geselecteerde wijken. Klein beginnen volgens succesvolle elementen, geleidelijk uitbreiden.
Inwoners worden actief betrokken bij deze ontwikkelingen.
- Netwerksamenwerkingen integraal en generalistisch organiseren voor ALLE inwoners, niet specifiek voor bepaalde doelgroepen. Iedereen kan met een vraag voor ondersteuning of zorg te maken krijgen. Veel kan generalistisch opgelost worden. Specialistische ondersteuning of zorg moet gekoppeld zijn aan samenwerkingsverband in een kleine specialistische schil.
- In iedere wijk wordt een fysieke ontmoetingsplaats gerealiseerd.
- Afhankelijk van de successen in bovenstaande wijken vanaf 2025 uitbreiding (olievlek) naar andere wijken.

3

Mentale weerbaarheid & gezondheid

Situatieschets

Van versnippering naar cohesie

Onze maatschappij heeft in de afgelopen jaren een verandering ondergaan die druk legt op onze samenleving en op inwoners als individu. Iedereen moet passen in een perfect plaatje met prestatiedruk op school, werk, sport, sociale media, et cetera. Situaties die nu worden gezien als een 'probleem', waren vroeger helemaal geen probleem. **De samenleving is hierdoor voor een grote groep te complex geworden.** Het lijkt erop dat we het niet meer normaal vinden en waarderen dat mensen verschillend zijn. Maar niet alles is maakbaar. En niet alles hoeft maakbaar te zijn.

Over het algemeen is er **nog te weinig aandacht voor de mentale weerbaarheid en gezondheid** van de inwoners in de regio Utrecht West. Er zijn lokaal grote verschillen zichtbaar. Het is geografisch een relatief groot en divers gebied.

Hoewel er best veel lokale initiatieven zijn die zich richten op mentale weerbaarheid en gezondheid, zijn **samenwerkingen tussen partijen nog niet structureel en ook nog niet overal vanzelfsprekend.** Verschillende financieringsstromen hebben een goede netwerksamenwerking in de weg gestaan. Er is geen samenhangend plan, waardoor de vormen van ondersteuning en zorg in de regio erg **versnipperd zijn georganiseerd.** Het is belangrijk om hier in de komende jaren aan te werken om inwoners te versterken in hun mentale weerbaarheid en gezondheid. Hoewel de komst van sociale teams een belangrijke bijdrage heeft geleverd, worden goede ondersteuning en zorg nu nog teveel reactief ingezet. **Preventie is nog maar dun ingericht.** Risicogroepen worden nog over het hoofd gezien. Groepen vallen hierdoor buiten de boot en worden daardoor niet weerbaar gemaakt voor de samenleving.

Op wijk- / en buurtniveau is er over het algemeen nog weinig cohesie. Het **'omzien naar elkaar' is nog niet (overal) de realiteit.** Er zijn buurtproblemen, mensen vereenzamen, er is sprake van armoedeproblematiek en kwetsbaren krijgen te weinig begeleiding naar bijvoorbeeld het sociaal domein. **De keerzijde van de vindbaarheid van sociale teams is dat via deze route veel oplossingen voor problemen worden gezocht in de professionele hulpverlening.** Passende hulp dichtbij de cliënt kan vraag naar professionele hulpverlening voorkomen.

Tegelijkertijd is er ook een grote groep kwetsbare inwoners die reeds in beeld is, maar waarvoor is **moelijk tijdig een passende plek of vorm van ondersteuning te krijgen.** Hierdoor wordt de druk verhoogd op het voorveld. Zij krijgen te maken met steeds hogere complexiteit van casuïstiek. Daarnaast is er (professioneel) aanbod waarvan het twijfelachtig is of deze aansluit bij de behoeften van doelgroepen.

Systemen zijn er nu op ingericht dat mensen eerst een 'stickertje' moeten krijgen om toegang te krijgen tot vormen van ondersteuning. Er moet een **balans komen tussen mensen in beeld krijgen, maar tegelijkertijd niet willen medicaliseren. Juist normaliseren moet de norm opnieuw worden.**



Overzicht inhoud regioplan

Versterken mentale weerbaarheid en zelfredzaamheid

Ambitie:

We vinden het weer normaal dat mensen verschillend zijn in onze maatschappij. Afwijkend gedrag is niet altijd problematisch en talenten van mensen worden ook gezien. Niet alles is maakbaar, en dat accepteren we. We gebruiken de term 'normaliseren'. Kwetsbare inwoners worden tijdig gezien en kunnen passende ondersteuning krijgen. Die oplossing wordt niet vanzelfsprekend gezocht in de professionele hulpverlening of voorzieningen. Ons systeem is er niet meer op ingericht dat mensen eerst een 'stickertje' moeten krijgen voor toegang tot ondersteuning. Mensen weten de juiste route te vinden. Onze netwerksamenwerking is zodanig ingericht dat ondersteuning eerst wordt gezocht in de maatschappij of de nulde lijn. Pas wanneer het écht noodzakelijk is, komt professionele ondersteuning in beeld.

Hierin kunnen inwoners een rol spelen door te luisteren naar elkaar, in te gesprek zijn met elkaar, er zijn voor elkaar. Dat willen we doen door een netwerkaanpak in wijken te organiseren met meer sociale cohesie in wijken en buurten. Professionele organisaties hebben een samenwerkingsstructuur in de wijk opgezet die deze netwerkaanpak stut.

1a Preventie

1b Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp

1c Hulpbronnen gericht op de burger

Borgen goede toegankelijkheid door instroom te verlagen

2a (Netwerken) Mentale Gezondheid(sentra)

2b Verkennend Gesprek

Vergroten door- en uitstroom

3a Passende zorg

3b Digitalisering

Sluitend zorgaanbod

4a Profielkeuze

4b Cruciale zorg (minimaal regionaal toegankelijk)



1a Preventie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Mensen met psychische klachten / mentaal kwetsbaren (in het algemeen).

Doelstelling: Mentale gezondheid is een thema dat voor iedereen zonder taboe bespreekbaar is doordat we psychische klachten normaliseren. Voor iedere inwoner van regio Utrecht West met mentale kwetsbaarheden is laagdrempelige hulp en ondersteuning beschikbaar indien nodig. Er is een 'loket' beschikbaar waar inwoners met alle levensvragen terecht kunnen. Daar vindt triage plaats voor de juiste ondersteuning. Door intensieve samenwerking tussen de poortwachters van financieringsstromen wordt de toegang laagdrempelig en met weinig administratieve lasten georganiseerd, ongeacht uit welke wet/kader de ondersteuning en zorg bekostigd moet worden. Er is niet alleen ondersteuning beschikbaar voor de inwoners met mentale klachten, maar ook voor diens naasten.

Aanpak

- We organiseren op wijkniveau samenwerkingsverbanden die ervoor zorgen dat ondersteuning laagdrempelig en nabij toegankelijk is. Deze wijkgerichte aanpakken bestaan uit een combinatie van professionele samenwerkingsverbanden en inwonersinitiatieven.
- We bevorderen de inzet van positieve gezondheid in de regio. We kijken daardoor anders naar ziekte en gezondheid en accepteren dat het leven soms moeilijk is. Niet alle tegenslagen hoeven direct te leiden tot een zorg- of ondersteuningsvraag
- Daarnaast is er een aantal doelgroepen die naast de ondersteuningsstructuur in de wijk soms specialistische ondersteuning of behandeling nodig hebben.
Om een passende steunstructuur en (preventief) ondersteuningsaanbod te ontwikkelen, gaan we middels klantreizen de (factoren die leiden tot een) ondersteuningsvraag in beeld brengen. Dat doen we voor de volgende doelgroepen:
 1. Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)
 2. Jeugd en Jongvolwassenen
 3. Ouderen
- We betrekken onderwijs bij preventie. Al vanaf jonge leeftijd leren we kinderen praten over hun mentale gezondheid en hoe positieve gezondheid bij kan dragen aan hun mentale weerbaarheid. Daarbij benadrukken we dat het normaal is (normaliseren) om soms mentaal minder weerbaar te zijn. Dat niet direct (professionele) hulp ingeschakeld hoeft te worden, en waar ze terecht kunnen als deze hulp toch nodig is.

Organisatie & vervolg

1. We sluiten aan bij de Aanpak "Mentale gezondheid, van ons allemaal".
2. Initiatieven van inwoners kunnen samenwerkingen van organisaties versterken en vice versa. Daarom kiezen we ervoor om te starten met projecten waarin we inwonersinitiatieven en professionele netwerksamenwerking koppelen en organiseren op wijk-/kernniveau. Dit wordt een breder programma, die ook gaat over de andere transformatieopgaven van het regioplan: 'sterke sociale basis en eerste lijn' en 'gezond ouder worden'.
3. Daarnaast passen we het programma van positieve gezondheid toe (zie 1a in opgave sterke sociale basis en eerstelijns)
4. In Q1 2024 zijn klantreizen uitgewerkt in bijeenkomsten met professionals.
5. Bij bovenstaande acties worden onderwijspartijen actief betrokken.



1b Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Mensen met psychische klachten / mentaal kwetsbaren (in het algemeen).

Doelstelling: Kwetsbare inwoners worden tijdig gezien en kunnen passende ondersteuning krijgen. Die oplossing wordt niet vanzelfsprekend gezocht in de professionele hulpverlening of voorzieningen. Ons systeem is er niet meer op ingericht dat mensen eerst een 'stickertje' moeten krijgen voor toegang tot ondersteuning. Mensen weten de juiste route te vinden. Onze netwerksamenwerking is zodanig ingericht dat ondersteuning eerst wordt gezocht in de samenleving of de nulde lijn. Pas wanneer het écht noodzakelijk is, komt professionele zorg of ondersteuning in beeld. Hierin kunnen inwoners een rol spelen door te luisteren naar elkaar, in te gesprek zijn met elkaar, er zijn voor elkaar. Dat willen we doen door een netwerkaanpak in wijken te organiseren met meer sociale cohesie in wijken en buurten. Professionele organisaties hebben een samenwerkingsstructuur in de wijk opgezet die deze netwerkaanpak stut.

Aanpak

- Informatievoorziening voor inwoners is beschikbaar in begrijpelijke taal en beeld.
- Laagdrempelige ondersteuning en aanbod in voorliggend veld is beschikbaar en bekend bij huisartsen. Vertrouwen in huisartsen en hen de kans geven om Wmo-beschikkingen zelf te kunnen afgeven. Hierover moeten duidelijke samenwerkingsafspraken en kaders opgesteld worden.
- Deskundigheidsbevordering aan zorg- en welzijnsverleners, specifiek op:
 - Normaliseren
 - Verwijzen (voor huisartsen): wanneer verwijs je wel en niet door, welke verwijsopties bestaan er ook.
- Netwerkvorming van voorliggend veld, jeugdgezondheidszorg, eerstelijns zorgprofessionals, scholen. Gericht op: kennis delen, elkaar kennen en weten te vinden wanneer nodig. De inwoner benaderen vanuit dezelfde visie en benadering.

Organisatie & vervolg

Initiatieven van inwoners kunnen samenwerkingen van organisaties versterken en vice versa. Daarom kiezen we ervoor om te starten met projecten waarin we inwonersinitiatieven en professionele netwerksamenwerking koppelen en organiseren op wijk-/kernniveau. Dit wordt een breder programma, die ook gaat over de andere transformatieopgaven van het regioplan: 'sterke sociale basis en eerstelijns' en 'gezond ouder worden'.

- In Q1 2024 starten met inventarisatie van bestaande wijkgerichte initiatieven in Regio Utrecht West.
In Q1 2024 wordt voor de wijken waarvan nog geen wijkscans zijn gemaakt een plan gemaakt
- In 2024 wordt op basis van de wijkscans in iedere gemeente de strategische keuze gemaakt voor minimaal 3 wijken/kernen om wijsamenwerking op te zetten, rekening houdend met succesvolle elementen uit andere wijken.
- In iedere wijk werken we aan één wijsamenwerkingsverband. Indien sprake is van meerdere bestaande initiatieven, worden ze samengevoegd.
- Vanaf Q3 2024 starten initiatieven in de geselecteerde wijken. Klein beginnen volgens succesvolle elementen, geleidelijk uitbreiden. Inwoners worden actief betrokken bij deze ontwikkelingen.
- Netwerksamenwerkingen integraal en generalistisch organiseren voor ALLE inwoners, niet specifiek voor bepaalde doelgroepen. Iedereen kan met een vraag voor ondersteuning of zorg te maken krijgen. Veel kan generalistisch opgelost worden. Specialistische ondersteuning of zorg moet gekoppeld zijn aan samenwerkingsverband in een kleine specialistische schil.
- In iedere wijk wordt een fysieke ontmoetingsplaats gerealiseerd
- Afhankelijk van de successen in bovenstaande wijken vanaf 2025 uitbreiding (olievlek) naar andere wijken.



1c Hulpbronnen gericht op de inwoner

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Mensen met psychische klachten / mentaal kwetsbaren (in het algemeen).

Doelstelling: Over 3-5 jaar is de samenleving zodanig veranderd dat inwoners gericht zijn op samenredzaamheid in de wijk. Het gedachtegoed van positieve gezondheid is een belangrijke waarde, waardoor anders wordt gekeken naar ziekte en gezondheid. Iedereen kan te maken krijgen met mentale kwetsbaarheden. Kwetsbaarheden worden genormaliseerd. Soms is het leven nou eenmaal lastig. Dat accepteren we en we helpen elkaar. Het uitgangspunt is dat de inwoner eerst probeert om zelf of samen met een ander zijn problemen aan te pakken. Indien nodig met peersupport of een ervaringsdeskundige. Deze stevige sociale basis zorgt voor weerbare inwoners die via het laagdrempelig steunpunt in de wijk de eerste stappen naar (in)formele hulp kunnen zetten.

Aanpak

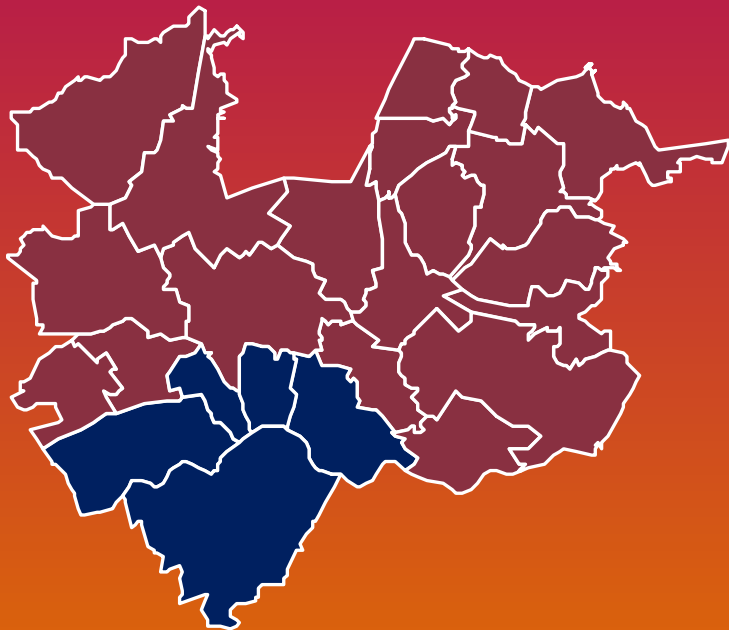
- Wens: Herstelacademies / peer to peer beschikbaar stellen voor inwoners in elke gemeente
- Meer inzet van ervaringsdeskundigen op gebied van mentale kwetsbaarheden. Een goed voorbeeld is een project in De Ronde Venen waar herstelgroepen na GGZ-behandeling worden ingezet als ervaringsdeskundigen of de wachtlijst overbrugging waarbij holding wordt geboden op kwetsbare momenten.
- In de wijk zijn wijksamenwerkingsverbanden ontwikkeld met fysieke basisvoorzieningen waar mensen elkaar laagdrempelig kunnen ontmoeten en ondersteunen. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan buurthuizen en inloopcentra.

Organisatie & vervolg

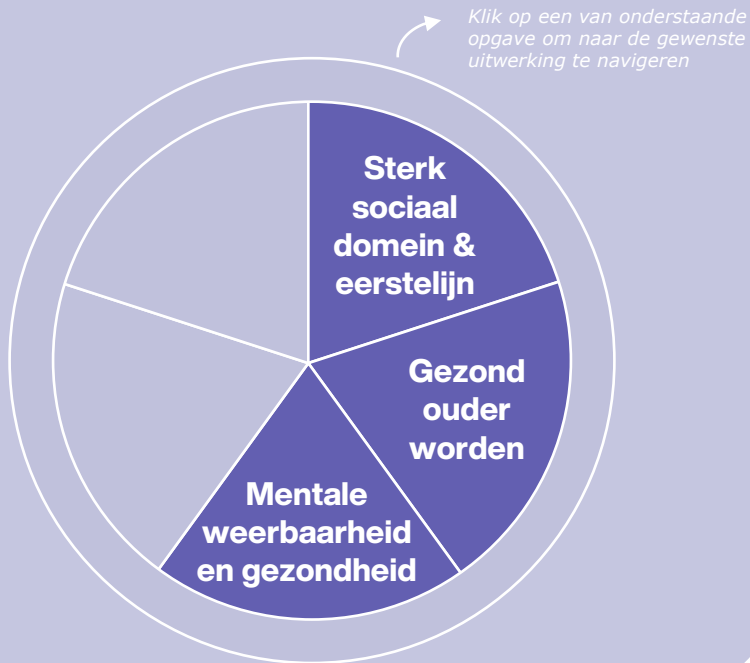
Wanneer we stellen dat het leven lastig kan zijn, dit uitstralen en inwoners informeren wat mentale kwetsbaarheid is. En wanneer men in een 'lastige' periode zit informeren over mogelijkheden:

- Q3 2024: Opzetten van 'ervaringscascades': een ontmoetingsplek waar laagdrempelig over mentale issues/weerbaarheid gepraat kan worden en je mede-inwoners ontmoet.
- Q3 2024: Informatie toegankelijk maken. Het leven kan soms lastig zijn. Dat moeten we meer accepteren, én we kunnen mensen in deze situatie ook ondersteunen zonder professionele hulp in te zetten. We zorgen voor een goede informatievoorziening voor mensen over wat zij zelf kunnen doen. Dit kan door informatie op papier, maar eventueel een lezing of informatieavond.
- Concreet kan zich dit uiten in wijken/wijkcentra/scholen waar hulpbronnen of laagdrempelige ondersteuning wordt geboden of eenvoudig toegang is georganiseerd tot (verwijs)informatie.

Lekstroom



Uitwerking voor:



Betrokken organisaties

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Zorgorganisaties binnen de eerstelijns, welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, de adviesraden sociaal domein Lekstroom, de Lekstroomgemeentes en Zilveren Kruis.

Gezond ouder worden

Alle organisaties binnen de nulde, eerste en tweede lijn. Daarnaast de Lekstroomgemeentes, Zilveren Kruis (incl. zorgkantoor), welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties en de adviesraden sociaal domein Lekstroom.

Mentale weerbaarheid en gezondheid

Alle organisaties binnen de nulde, eerste en tweede lijn. Daarnaast de Lekstroomgemeentes, Zilveren Kruis, welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties en de adviesraden sociaal domein Lekstroom.



Noodzaak tot heldere taal

Om vanuit de verschillende domeinen goed samen te werken is het nodig dat we elkaar goed verstaan. Daarom lichten we termen uit de verschillende domeinen toe.

Eerstelijnszorg is zorg waar patiënten zonder verwijzing en op eigen initiatief naartoe kunnen. Naast de huisartsenzorg vallen bijvoorbeeld ook fysiotherapie en wijkverpleegkundige en verloskundigen onder de eerstelijnszorg.

Tweedelijnszorg is alleen toegankelijk na een verwijzing van de huisarts. De ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg vallen hieronder.

Derdelijnszorg is zorg in academische ziekenhuizen en specialistische verwijscentra. Patiënten met zeldzame aandoeningen worden hier door de huisarts of een tweedelijnspecialist naar verwezen.

Het sociaal domein is een verzamelnaam voor alle organisaties, diensten en voorzieningen die mensen ondersteunen en de leefbaarheid voor de mensen vergroten. Het 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.

Sociale basis

Het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen) aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen, die het mogelijk maakt dat inwoners de mogelijkheden hebben om te participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert (sterke beleidsinterventies, sterke sociale basis).

Integrale benadering

Met een integrale benadering bedoelen we een brede kijk op de situatie van de persoon. Hierbij wordt niet alleen naar de zorgvraag gekeken maar ook naar andere factoren die van invloed kunnen zijn op het welzijn van de persoon. Factoren zoals: werk, armoede, schulden, huisvesting, onderwijs en sociale contacten. Een integrale benadering kan bijdragen aan een betere afstemming tussen verschillende hulpverleners en organisaties. Hierdoor kan de ondersteuning en zorg beter op elkaar aansluiten en is er meer maatwerk mogelijk.

Mentale gezondheidsnetwerken zijn regionale samenwerkingsverbanden waarin wordt onderzocht welke hulp en ondersteuning het beste past bij de hulpvraag van de patiënt. Op basis van de vraag van de client wordt al bij de start beoordeeld of delen van de vraag ook door een aanbod uit het sociaal domein gecombineerd met ggz-hulp kan worden ingezet. Het doel van mentale gezondheidsnetwerken is om de zorg beter te coördineren en de ondersteuning en zorg lokaal beter op elkaar aan te laten sluiten. Dit maakt maatwerk mogelijk.

Positieve gezondheid is het gedachtengoed dat wel als uitgangspunt nemen. Het is een manier om breder naar gezondheid te kijken. Het gaat om het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren als het gaat om sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Positieve gezondheid en het sociaal domein hebben een sterke overlap. Beide benaderingen richten zich op het welzijn van mensen en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Met de bril van Positieve Gezondheid op gaat het om de sleutelvraag: wat hebt u nodig? En de mogelijkheid om daar in de hele breedte naar te kijken.

Peer support

Het voornaamste doel van peer support is het samenbrengen van inwoners met gelijksoortige ervaringen waarbij het werken aan herstel centraal staat, op welke manier dan ook. Gelijkwaardigheid, laagdrempeligheid en veiligheid zijn hierin onmisbaar. Dit kan in de vorm van (fysieke) groepen, maar online zijn ook diverse mogelijkheden te bedenken. Peer support versterkt de veerkracht van mensen en vermindert het gevoel er alleen voor te staan. Een voorbeeld is het inzetten van ervaringsdeskundigheid bij mensen op de wachtlijst.

Reablement (Reablement Nederland)

Reablement is een manier van werken waarmee hulpverleners ouderen helpen hun eigen leven te leiden. Zoals ze dat zelf willen. Dit vraagt een andere houding van iedereen rondom de oudere: thuis, in de wijk en in het ziekenhuis. Het vraagt om heel goed te luisteren, waarbij je de vraag ziet door de ogen van de oudere. En dat je iemand 're-ablet': iemand helpt zijn eigen leven te leiden.

- We nemen niet over wat mensen zelf kunnen
- We helpen mensen te herwinnen wat ze niet meer kunnen
- En we zorgen samen voor een oplossing voor dat wat overblijft

Steunsysteem ouderen

Ouderen en mensen met chronische zorg- en/of begeleidingsvraag met (zorg)vraag kunnen terecht bij een lokaal centraal ondersteuningspunt (bijv. 'Ik ben eenzaam', 'Ik kan geen boodschappen doen', 'Ik heb dementie'). Vanuit dit centrale ondersteuningspunt wordt gekeken welke oplossingen er zijn om hem/haar zelfstandig te laten wonen zijn (bijv. een leuk contact met iemand anders in de gemeenschap, domotica, informatie, thuiszorg).

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Situatieschets

Regiobeeld

- In het regiobeeld wordt benadrukt dat de zorgvraag niet in verhouding staat tot het aanbod. Dit zorgt voor toenemende druk op de zorg. Enerzijds nemen tekorten toe in alle domeinen, anderzijds neemt ook het mantelzorgpotentieel af. De kern van het IZA is Passende Zorg. Daarbij past de aantekening dat het begrip 'zorg' in dit verband zeker niet beperkt blijft tot medische zorg, maar het geheel van ondersteuning, hulp en uiteindelijk medische zorg omvat.
- Professionals en inwoners ervaren de organisatie van zorg en welzijn als versnipperd en hebben gebrek aan overzicht van het aanbod.
- In Lekstroom ligt de ervaren gezondheid over het algemeen rondom of hoger dan het Nederlands gemiddelde, met uitzondering van een aantal wijken in Nieuwegein. Dat wordt bevestigd door de kosten. Voor ZVW (met uitzondering van Nieuwegein) en WLZ (met uitzondering van Vijfheerenlanden) liggen deze lager dan het landelijk gemiddelde. Ook het aantal Wmo-klanten en de Wmo-kosten liggen in de regio lager dan het landelijk gemiddelde.
- In het regiobeeld komen voor de Lekstroom de volgende IZA-doelgroepen naar voren: Ouders met ggz-problematiek, psychisch kwetsbare doelgroepen (verward gedrag, dak- en thuislozen, statushouders), mensen met een licht verstandelijke beperking, zeer kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers, mensen met multi-problematiek, kwetsbare jongeren en jongvolwassenen, laaggeletterden of mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in relatie tot juist gebruik van medicatie.

Aanvulling op het regiobeeld vanuit de praktijk

- Het is gewenst om leefstijlthema's specifiek te belichten, inclusief cijfers over trends en ontwikkelingen. Aangezien er sprake is van lokale verschillen, is het goed om inzicht te krijgen in hoe leefstijl verschilt per wijk en buurt. Op basis van dergelijke inzichten kunnen de juiste interventies gestart worden op lokaal niveau. Hierbij wordt ook gericht op de ongelijke kansen voor een gezonde leefstijl. Een mooi voorbeeld waarin lokale inzichten over leefstijl worden gepresenteerd is de GGD buurtmonitor.
- Er is gebrek aan inzicht in de huidige sociale structuren, wat ervoor zorgt dat inwoners moeilijk weten waar ze terecht kunnen voor de sociale basis. Er is behoefte aan toegankelijke informatie en de vertaling naar de verschillende doelgroepen.
- Randvoorwaarden voor een gezond leven hebben een grote rol in de opgave, zoals huisvesting, werk en inkomen. Uiteindelijk hangen dergelijke factoren samen met gezondheid.
- Randvoorwaarde is dat welzijnswerk, vrijwilligers, inwonersinitiatieven, mantelzorg deze transformatie aankunnen. Daar zal de komende jaren door de IZA partijen in moeten worden geïnvesteerd.
- Er is nauwere samenwerking nodig tussen partijen in het sociaal domein en eerstelijns. We willen werkafspraken maken die ons in staat stellen om vanuit een integrale blik naar de inwoner te kijken. Het gaat om de bereidheid om binnen de eigen werkkaders het 'overstijgende juiste' te kunnen doen.
- Tot slot, het is nodig om zicht te krijgen op de huidige financieringsstromen en belemmeringen die daardoor ontstaan. Dit is relevant binnen de opgave voor een sterke sociale basis en eerstelijns.

Globale planning sterk sociaal domein en eerstelijns

Onderstaande thema's en subthema's kunnen niet los van elkaar worden gezien, maar hangen nauw met elkaar samen. Elke gemeente binnen Lekstroom kent een zogenaamde gemeentehub: een vanuit de eerstelijns opgestart samenwerkingsnetwerk van professionals uit de eerstelijnszorg (tot 7x24-uurs). Om de bestaande overleggen te benutten en te versterken worden deze, waar dat nodig is, uitgebreid met partners uit het sociaal domein zoals de welzijnsorganisaties en de sociale teams. In de verschillende gemeentehubs is de afgelopen jaren al ingezet op de thema's zoals benoemd in dit regioplan. Met dit regioplan willen we deze beweging versterken, verbreden en borgen. In het kader van het versterken eerstelijns en sociaal domein wordt de samenwerking binnen de gemeentehubs uitgebreid naar een samenwerkingsnetwerk waar ook andere betrokken partners in de betreffende gemeente bij zijn aangesloten, zoals bijvoorbeeld inwonersinitiatieven.

Afgesproken is om op basis van de thema's en subthema's, aangevuld met goede voorbeelden uit de regio, te komen tot een praktisch overzicht van actielijnen. Waar mogelijk koppelen dit overzicht aan concrete actieplannen in een 'menukaart'. Begin 2024 wordt aan de hand van deze 'menukaart' door elk samenwerkingsnetwerk bekeken waar zij staan, welke vraagstukken er lokaal leven en welke planning zij maken voor de komende jaren. Op deze wijze kan men gebruik maken van de ervaring van buurgemeenten en worden in elke gemeente transformatieplannen opgesteld die passen bij de lokale situatie.

2024 Q1-Q2: Per gemeente de lokale situatie toetsen aan het regioplan. Vervolgens op basis van beschikbare data prioriteren in thema's die opgepakt worden en daarmee een lokaal transformatieplan opstellen.

2024-2026: Elke gemeente kent eigen plannen. Binnen het lokale transformatieplan worden onderdelen vanuit sociaal domein of eerstelijnszorg tot uitvoering gebracht op basis van de afspraken die de betrokken organisaties daarover in het plan hebben gemaakt. Andere plannen worden in gezamenlijkheid opgepakt. Regionaal worden de geleerde lessen uitgewisseld en benut. Waar nodig wordt ondersteuning ingezet, zodat de professionals het merendeel van hun tijd aan ondersteuning en zorg kunnen blijven besteden. Kern is dat de professionals eigenaar zijn van de verandering, bijvoorbeeld een projectleider ondersteunt dit proces. Op deze wijze wordt geborgd dat de verandering ook na de projectfase blijft bestaan.

Rollen en verantwoordelijkheden

Het regioplan beschrijft de samenwerking op het niveau van Lekstroom. Bij de uitwerking wordt per gemeente een plan opgesteld, rollen en verantwoordelijkheden worden daarbinnen toegekend. Lokaal zullen altijd de gemeentehubs en sociaal domein hier een belangrijke rol in hebben. Dit zijn de bestaande samenwerkingsverbanden. Plannen op regio Lekstroom-niveau worden met de betreffende organisaties opgepakt. Transformatieplannen en –projecten worden gedeeld binnen Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom waar alle partners een stem hebben. De monitoring hangt af van de concrete transformatieplannen.

Voorwaarde voor de transformatie is dat het welzijnswerk, vrijwilligers en mantelzorgers de beschreven rollen aan kunnen.

Landelijke voorwaarde: voldoende structurele financiering voor preventie, sociaal domein en welzijn.

Monitoring van de voortgang: vindt plaats in de Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom waarbij zij gebruik maken van informatie van de kennisinstellingen in Midden Nederland.

Ambitie sterk sociaal domein en eerstelijns

Voorkomen waar mogelijk

- Binnen de visie voor de regio Lekstroom is er een fysieke leefomgeving die **inwoners aanzet tot bewegen, ontmoeten en een gezonde leefstijl**.

Zelf waar het kan

- Door een **sterke sociale basis** is de eerste stap in het eigen netwerk, welzijn en sociaal domein, laagdrempeliger. Een sterke sociale basis zorgt voor meer omzien naar elkaar en daardoor meer eigen regie bij de inwoners.
- Uitgangspunt is dat iedereen werkt vanuit hetzelfde **gedachtegoed: positieve gezondheid (of een lokale variant)**. Bij dit gedachtegoed ligt het accent niet op de ziekte, maar op de mens zelf en hoe hij zelf met zijn situatie kan omgaan. De inwoner wordt versterkt door hem of haar aan te spreken op wat de inwoner zelf kan. Professionals hanteren hiermee een gelijkkludend handelingsperspectief; dit biedt duidelijkheid aan de inwoner.

Hulp waar nodig

- Door een **goede samenwerking tussen sociaal domein, welzijn en eerstelijnszorg** kan **passende ondersteuning** worden geboden. Dit vraagt om samenwerken, weten waar welke expertise ligt en elkaar kunnen vinden en vertrouwen.
- Niet elke hulp- of zorgvraag kan monodisciplinair worden beantwoord. Wanneer een vraag een **integrale benadering nodig** heeft, zijn er **wijkteams** waar meerdere disciplines (vanuit zowel formele als informele ondersteuning en zorg) integraal samenwerken. Professionals werken samen en kunnen elkaars expertise inzetten ten behoeve van de patiënt/cliënt.

Zorg waar noodzakelijk

- **De eerstelijnszorg is laagdrempelig toegankelijk** en werkt onderling en met andere verwijzers goed samen om de inwoner passende zorg te bieden.

We erkennen dat met deze ambitie er in eerste instantie meer op de professionals afkomt, maar zien dit als een benodigde investering om met elkaar de transformatie door te zetten. Waar nodig wordt ondersteuning bij dit proces ingezet.

Overzicht inhoud regioplan

Doelgroep en sector(en)

Binnen de scope van dit thema vallen alle inwoners en de betrokken professionals in de eerstelijnszorg, sociaal domein en welzijn.

Start vanuit leefwereld en positieve gezondheid

Ambitie

Binnen de visie voor de regio Lekstroom helpt een fysieke leefomgeving die inwoners aanzet tot bewegen, ontmoeten en een gezonde leefstijl. Door een sterke sociale basis is de eerste stap in het eigen netwerk, welzijn en sociaal domein, laagdrempeliger. Een sterke sociale basis zorgt voor meer omzien naar elkaar, en daardoor meer eigen regie bij de inwoners.

Uitgangspunt is dat iedereen werkt vanuit hetzelfde gedachtegoed: positieve gezondheid. Bij dit gedachtegoed ligt het accent niet op de ziekte, maar op de mens zelf en hoe zij zelf met hun situatie kunnen omgaan.

Gezamenlijk zal gezorgd worden voor een goede publieke gezondheid, waarbij aanvullende bescherming wordt geboden aan kwetsbare groepen. Door heldere werkafspraken tussen sociaal domein en eerste lijn kan er (voldoende) passende ondersteuning en zorg geboden worden aan de inwoners. Professionals uit sociaal domein en eerstelijns zijn zich ervan bewust wie zich bevinden in de regio en waarnaar doorverwezen kan worden.

1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

1b Gebieds- of wijkgerichte aanpak

1c Gelijke kansen waaronder voor jeugd

Sterke regionale samenwerking en organisatie

Ambitie

De eerstelijnszorg en het sociaal domein zijn laagdrempelig toegankelijk en werken samen om de inwoner passende zorg te bieden. Deze zorg wordt ondersteund vanuit de wijkteams en vanuit de gemeentelijke samenwerkingsnetwerken.

Door een goede (regionale) samenwerking tussen sociaal domein, welzijn en eerstelijnszorg kan passende ondersteuning en zorg in de wijk worden geboden. Waar mogelijk worden digitale mogelijkheden voor hybride zorg en gegevensuitwisseling worden ingezet.

Monitoring en fasering van de doelen

De samenwerking in de regio Lekstroom wordt versterkt binnen Werkplaats Lekstroom. Voor regionale samenwerking (provincie Utrecht) wordt samengewerkt binnen regionale netwerken, zoals Trijn, Kennisplatform Utrecht Centraal of Health Hub Utrecht.

2a Een sterke basis

2b Digitalisering

2c Vertrouwen en samenwerken



1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

Doelgroep & doelstelling

Het **gedachtegoed van positieve gezondheid** is het fundament van het samen werken. Bij dit gedachtegoed ligt het accent niet op de ziekte, maar op de mens zelf en hoe hij zelf met zijn situatie kan omgaan. Passende zorg stelt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop. Onderdeel daarvan is aandacht voor leefstijl van de inwoners. Dit vraagt aandacht op zowel de korte termijn als lange termijn:

- Korte termijn: de professionals uit zowel zorg als sociale domein leren om op een andere manier te kijken. Werken vanuit en het omarmen van het gedachtegoed van positieve gezondheid is hierin een pré.
- Lange termijn: het is noodzakelijk om dit ook naar de inwoner te brengen. Een voorbeeld is een campagne Omzien naar elkaar, gezond leven of voorbereid zijn op ouder worden. Ook streven we hiermee naar de ontwikkeling van 'professioneel naar informeel, individueel naar collectief, problematiseren naar normaliseren en centraal georganiseerd naar buurtgericht.'

Leefstijlpreventie/ketenaanpakken

Ketenaanpakken dragen bij aan preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Lokale initiatieven kunnen onderdeel worden van deze ketenaanpakken, waardoor ze versterkt worden en meer inwoners hier gebruik van kunnen maken.

Aanpak

Prioritering en aanpak

1. In 2026 is het gedachtegoed van positieve gezondheid in alle gemeenten opgestart. Onderdeel hiervan is aandacht voor leefstijl.
2. Samen met alle gemeenten binnen Lekstroom (bij voorkeur Utrecht-breed) wordt het gedachtegoed van positieve gezondheid opgepakt richting inwoners.
3. Binnen elke gemeente zijn de 5 ketenaanpakken vanuit het GALA geïmplementeerd: Kansrijke start; Ketenaanpak Overgewicht kinderen; Geïntegreerde Leefstijlinterventie (GLI); Welzijn op recept en Valpreventie. Waar nodig zijn regionale kaders voor deze ketenaanpakken vastgesteld.

Organisatie en vervolg

Globale planning

Zie Globale planning algemeen.

Betrokken partijen

Professionals en organisaties in de eerstelijnszorg en sociaal domein. In samenwerking met partners op U16-niveau om het gedachtegoed naar inwoners op te pakken.

Randvoorwaarden

- Het is van belang dat dit gedachtegoed breed gedeeld wordt. Ook landelijk moet er regelmatig aandacht zijn voor dit 'nieuwe normaal'
- Gemeenten moeten mogelijkheden hebben om de fysieke leefomgeving uitnodigend te maken voor een gezonde leefstijl die aanzet tot bewegen en ontmoeten.



1b Gebieds- of wijkgerichte aanpak

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: alle inwoners, zie algemene doelgroep Start vanuit leefwereld en positieve gezondheid.

Doelstelling: elke gemeente kent een of meerdere wijkteams waar meerdere disciplines (vanuit zowel formele als informele ondersteuning en zorg) integraal samenwerken. Er wordt ingezet op het versterken van inwonersinitiatieven en het verenigingsleven. Er is een goed vindbare sociale kaart, waar ook informele ondersteuning en zorg en inwonersinitiatieven een plek krijgen. Waar mogelijk is het informele en formele aanbod in de wijk beschikbaar, zodat het kan worden afgestemd op de specifieke vragen in de wijk.

Aanpak

- 1. Sterke samenwerking binnen de gemeente en wijken.** Elke gemeente kent een of meerdere **wijkteams** waar meerdere disciplines (vanuit zowel formele als informele ondersteuning en zorg) integraal samenwerken. Deze wijkteams worden geconsulteerd wanneer een vraag een integrale benadering nodig heeft. Dit vraagt niet altijd om betrokkenheid van alle partners bij een specifieke vraag: professionals kunnen ook elkaars expertise inzetten ten behoeve van een individuele hulp- of zorgvraag.
- 2. Informele buurtsamenwerking** draait om 'community care' en omvat o.a. buurtinitiatieven voor degenen die dat nodig hebben. Het gaat om iets voor elkaar kunnen betekenen, omkijken naar elkaar, en een lage drempel om een eerste vraag te kunnen stellen. Het is noodzakelijk om een voedingsbodemp te creëren waar naast formele samenwerking ook ruimte is voor informele lokale initiatieven. Ook het verenigingsleven is hier een belangrijke factor in. Binnen een wijk is het van belang dat er **ontmoetingsplekken** zijn (ook gericht op jeugdigen) met ruimte voor buurtinitiatieven. Waar mogelijk kan dezelfde locatie ook dienen als wijkcentrum voor ondersteuning en zorg.
- 3. In elke gemeente zijn informele zorg & ondersteuning en inwonersinitiatieven goed vindbaar.** Hierdoor hebben inwoners en professionals eenvoudig inzicht in de lokale mogelijkheden. In veel gemeenten wordt nu gewerkt met de Zorg4-website. We onderzoeken de mogelijkheden voor slimmer zoeken op deze kaart.

Doel is om de aanpak aan te laten sluiten bij de behoefte van inwoners in die wijk. Samenwerking wordt opgestart rond een van de belangrijke thema's in de wijk. Later kan dit worden uitgebreid naar andere thema's.

Organisatie & vervolg

Globale jaarplanning

Zie Globale planning algemeen.

In 2024 is per gemeente in beeld wanneer en hoe met de belangrijkste vraagstukken aan de slag wordt gegaan. Waar wenselijk wordt dit opgesplitst per wijk. Deze vraagstukken zijn de basis voor de wijkteams waar vanuit door meerdere disciplines integraal wordt samengewerkt. In 2026 kent elke gemeente een of meerdere wijkteams.

Ontmoetingsplekken worden gefaciliteerd. Waar deze ontbreken wordt onderzocht hoe we door inzet vanuit verschillende financieringsstromen tot een grotere beschikbaarheid van vastgoed in de wijken en dorpen kunnen komen.

Inwonersinitiatieven en het verenigingsleven worden gestimuleerd en ondersteund vanuit de IZA partijen; in het bijzonder het sociaal domein en welzijnsorganisaties.

Aandachtspunten

- Ter ondersteuning van de integrale benadering in de wijkteams is het wenselijk dat een gemeente financiële regelruimte kent om de beschikbare middelen anders in te zetten wanneer dit bijdraagt aan het voorkomen van problematiek bij een inwoner.
- Capaciteit bij welzijnsorganisaties om inwonersinitiatieven te ondersteunen en capaciteit en regelruimte bij de IZA partners om in te spelen op wat deze initiatieven beogen.
- Keuzes binnen het sociaal domein in hoe het verenigingsleven gesteund kan worden.
- Bereidheid en mogelijkheid om verschillende financieringsstromen samen in te zetten. Bijvoorbeeld om het volgende te bereiken: een grotere spreiding van vastgoed voor ontmoeting en laagdrempelige inloop, huisvesting professionals en als uitvalsbasis voor VVT over buurten en dorpen.

1c Gelijke kansen waaronder voor jeugd

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie hiervoor doelgroep themaniveau.

Doelstelling: verkleinen van gezondheidsverschillen: ongelijk investeren voor gelijke kansen. We willen dit al op jonge leeftijd aanpakken, zodat de nieuwe generatie meer gelijke kansen krijgt. Door te investeren in jeugdigen (0-18), bereiken we deels ook hun context: gezin, sociale context, steunstructuren. Communicatie hierover wordt toegankelijk opgesteld, zodat iedereen dit kan begrijpen.

Aanpak

Verkleinen kansenongelijkheid jeugd

Ongelijk investeren voor gelijke kansen. We willen dit al op jonge leeftijd aanpakken, zodat de nieuwe generatie meer gelijke kansen krijgt. Door te investeren in jeugdigen, bereiken we ook hun context: gezin, (de gezonde) schoolomgeving, sociale context, steunstructuren. We sluiten aan bij de Hervormingsagenda Jeugd.

Verkleinen van gezondheidsverschillen

Elke gemeente weet, op basis van data en ervaring, in welke wijken/buurtten gezondheidsverschillen groter zijn dan gewenst. Waar dit het geval is, wordt bekeken welke aanpak hierop wordt ingezet. De specifieke focus hiervan is afhankelijk van de populatie van de wijk. Zo kan bijvoorbeeld het buurtbudget worden vergroot voor wijken/buurtten waar de gezondheidsachterstanden groter zijn dan gewenst.

We betrekken de betrokken inwoners bij het opstellen van deze aanpak, zodat de aanpak aansluit bij hun behoefte.

Organisatie & vervolg

Globale planning

Zie Globale planning algemeen.

In 2025 heeft elke gemeente de ketenaanpak Kansrijke Start geïmplementeerd. Per gemeente wordt bepaald welke andere aanpakken kansrijk zijn en deze zijn opgestart in 2026.

Betrokken partijen

Gemeente, GGD, onderwijs (primair onderwijs, voortgezet onderwijs), sociaal domein, welzijn, JGZ, huisartsen.

Wat kan helpen het nog succesvoller te maken? Buurtbudget plus ondersteuning.

Aandachtspunten

- Zorgen dat inwoners met minder middelen niet worden belemmerd door een eigen bijdrage.
- Communicatie naar inwoners is toegankelijk opgesteld, zodat iedereen dit kan begrijpen.



2 Een sterke regionale samenwerking en organisatie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep en sector(en)

Voor en door iedereen, van 0 tot 100. Dit geldt voor alle drie de subthema's.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Een sterke regionale samenwerking start bij de buurt als uitgangspunt. Vanuit deze buurten werken we wijkgericht met multidisciplinaire wijkteams. In de praktijk betekent dat een verschuiving van losse organisaties naar een netwerkorganisatie waarin formele en informele (zorg)partijen samenwerken.

Daarnaast ambieert de Lekstroom meer inzet van digitale mogelijkheden (voor hybride zorg en gegevensuitwisseling met en over inwoners). Zowel in de vorm van diverse zorgtechnologie, maar ook ter ondersteuning van de gewenste netwerkorganisatie. Uniformiteit en compatibiliteit in systemen is daarin onmisbaar. Een (landelijk) werkend PGO van de inwoners is de toekomstdroom. Uiteindelijk kan de daardoor gestandaardiseerde data voor meerdere doeleinden gebruikt worden. Deze zijn nog nader te bepalen.

Ambitie

De ambities voor het thema 'Sterke regionale samenwerking en organisatie' focussen zich op de wijk en op elkaar kennen. Weten van elkaar wat je kunt, van formele en informele partijen en sectoren. We zetten daarvoor de regionale netwerken in, zoals Health Hub Utrecht, kennisplatform Utrecht Sociaal en TRIJN. Te denken valt aan doorontwikkeling van de Zorg4-websites: een webpagina per gemeente met daarachter een portal waar professionals informatie kunnen delen (niet patiënt gerelateerd). Doordat de eerstelijns en het sociaal domein elkaar goed en snel weten te vinden wordt een inwoner naar de juiste voorziening doorverwezen. Er is daarna tijdig contact met de inwoner en deze komt na de intake direct bij de juiste persoon terecht. Hierdoor voelt de inwoner zich ondersteund bij de (ondersteuning- of zorg)vraag. De organisatievorm die hierbij hoort is faciliterend aan de eigen regie van de inwoners. De ambitie is om het fundamenteel anders te organiseren zodat de basis, op buurtniveau, sterk is.

Hierbij is het van belang dat er ook ondersteuning beschikbaar is voor de minder digitaal-vaardigen. Dit geldt zowel voor inwoners als voor professionals. Voor inwoners kan dit bestaan uit inlooptafels in buurthuizen of bibliotheek of bijvoorbeeld de helpdesk digitale zorg. Voor professionals kan worden gedacht aan digi-coaches die vanuit de eigen organisatie collega's ondersteunen.



2a De eerstelijns als sterke basis

Doelgroep & doelstelling

De eerstelijns zorg is laagdrempelig toegankelijk en werkt samen om de inwoner passende zorg te bieden. Elke inwoner heeft een vaste huisartsenpraktijk, de huisarts werkt samen met eerstelijns zorgaanbieders aan passende zorg voor de patiënt. Deze zorg wordt ondersteund vanuit de wijkteams en vanuit de gemeentelijke samenwerkingsnetwerken.

Doelgroep: (zie hiervoor doelgroep op thema-niveau)

Aanpak

Zorgprofessionals werken samen vanuit de **visie op de eerstelijnszorg**, zoals die momenteel wordt opgesteld. Afspraken tussen betrokken zorgorganisaties in de eerstelijns worden in eerste instantie regionaal opgesteld, deze worden vervolgens lokaal worden vertaald en geïmplementeerd. Waar mogelijk wordt samengewerkt en afgestemd binnen de gehele regio Utrecht.

Specifiek voor de **huisartsenzorg** is afgesproken dat de praktijken vanuit Meer Tijd voor de Patiënt werken aan het zo organiseren van de praktijkvoering, dat er voor de meer complexe zorgvraag ook meer tijd is. Ook wordt bekeken hoe praktijken kunnen worden ondersteund in het meer toekomstbestendig organiseren van de zorg en het bewaken van de **continuïteit van huisartsenzorg** in geval van overname of evt. nieuw te starten praktijken.

Organisatie & vervolg

Planning

Zorgorganisaties die eerstelijnszorg bieden, werken in 2024 samen aan het versterken van de eerstelijns zorg en het maken van een plan over hoe dit in de komende jaren uit te rollen.

UNICUM werkt samen met de achterban en de zorgverzekeraar aan een plan voor het bewaken van de continuïteit van de huisartsenzorg.

Elke huisarts in de regio Lekstroom neemt deel aan het programma Meer Tijd Voor de Patiënt, dit programma loopt tot en met december 2025.

Rollen en verantwoordelijkheden

Organisaties die eerstelijns zorg leveren en de eerstelijns zorgprofessionals.

Landelijke aandachtspunten:

- Daar waar keuzes gemaakt worden in het uitvoeren van zorg, is het van belang dat deze afspraken breed gedeeld worden en onderschreven worden door de zorgverzekeraars. Doel is dat alle partijen dezelfde uitgangspunten hanteren en we "shop"-gedrag voorkomen.
- Het creëren van regelruimte en mogelijkheden tot domeinoverstijgend financieren.
- Oplossing voor huisvestingsproblematiek van huisartspraktijken en gezondheidscentra waar dat nu niet beschikbaar of inadequaet is.



2b Digitalisering

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep

Zie hiervoor doelgroep thema-niveau.

Doelstelling

Er ontstaan steeds meer mogelijkheden voor digitale zorg, informatie-uitwisseling en hybride zorg. Binnen Lekstroom willen we deze ontwikkelingen volgen en inzetten, met als voorwaarde dat nieuwe ontwikkelingen positief bijdragen aan ondersteuning en zorg en andere vormen vervangen.

In 2026 is informatie-uitwisseling en verwijzing tussen de betrokken domeinen rond een client verbeterd. Systemen sluiten op elkaar aan om dit mogelijk te maken. Inwoners hoeven dezelfde informatie niet bij elke betrokken professional opnieuw te vertellen wanneer zij toestemming geven voor het uitwisselen van deze informatie.

Daarnaast wordt een deel van de fysieke zorg vervangen door (bewezen) hybride zorg en is digitale triage in een groot deel van de zorg het startpunt voor de inwoner.

Aanpak

1. Het **bevorderen** van de **online informatieuitwisseling** en **verwijzingen**. Online informatie-uitwisseling en verwijzen tussen zorg en sociaal domein blijft achter. In de regio wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om deze informatie-uitwisseling te verbeteren. Ook wordt bekeken of de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals en zorginstellingen kan worden verbeterd.
2. De mogelijkheden van **hybride zorg en online zelfhulp-tools verkennen van bestaande systemen en/of innovaties** waar mogelijk **doorontwikkelen, verbreden en vergroten**. Hybride zorg gaat over contact, behandeling en controle maar ook over digitale triage en het ondersteunen van diagnostiek. Dit betekent dat zowel inwoners als professionals voldoende digitaal vaardig moeten zijn.

Organisatie & vervolg

Globale planning: Zie algemene planning.

Betrokken partijen: zorgorganisaties en gemeenten, op deelonderwerpen in samenwerking met RSO Trijn.

Monitoring: Wanneer de mogelijkheden voor informatie-uitwisseling beschikbaar zijn en zijn gedeeld met de betrokken professionals, wordt jaarlijks gemonitord hoe vaak deze mogelijkheden worden benut.

Aandachtspunten algemeen

- Bevorderen van gebruik van PGO en het geven van toestemming voor het delen van medische informatie in spoedsituaties (LSP) dragen bij aan betere toegang tot informatie.
- Digitale vaardigheden van inwoners en zorgaanbieders zijn essentieel, deze worden opgepakt vanuit de fundamentele digitale vaardigheden en arbeidsmarkt. Vanuit de regio worden een aantal aandachtspunten meegegeven:
 - Digitale vaardigheden van de inwoner: lokaal bestaan verschillende initiatieven zoals inloopcafé en spreekuren. Daarnaast kan een online helpdesk, zoals bijvoorbeeld de helpdesk digitale zorg, in de gehele regio worden ingezet.
 - Digitale vaardigheden van de professional: digitale vaardigheden zijn inmiddels integraal onderdeel van het werk van een zorgprofessional. Dit gaat over het gebruiken van het digitale dossier, maar ook over inzetten van hybride zorg. Neem professionals mee in deze ontwikkelingen, zodat de drempel voor het inzetten hiervan wordt verlaagd.



2c

Hoge organisatiegraad en samenwerking op subregioniveau

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep

Zie hiervoor doelgroep themaniveau.

Doelstelling

In de Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom werken zorg, sociaal domein, gemeenten, Zilveren Kruis, vrijwilligers en meedenkende inwoners samen. De samenwerking in de wijk wordt daarmee regionaal ondersteund. De samenwerking in de Werkplaats wordt in 2024 geëvalueerd. Hierbij wordt onder andere getoetst of de uitvoering van dit regioplan om nadere samenwerkingsafspraken vraagt.

Aanpak

1. Versterken samenwerking ketenpartners via Werkplaats Lekstroom. Alle ketenpartners zijn aangesloten bij Werkplaats Lekstroom. De subregionale en lokale plannen worden hier besproken, gevolgd en met elkaar gedeeld. Deze bestuurlijke samenwerking faciliteert en creëert zo nodig de randvoorwaarden voor lokale uitwerking.
2. Inzetten op ketenafspraken tussen partners in zowel formele als informele ondersteuning en zorg. Hier vallen de ketenaanpakken onder die op subregionaal-niveau mogelijk zijn.

Organisatie & vervolg

Globale planning

De samenwerkingsovereenkomst van Bestuurlijk overleg Werkplaats Lekstroom is in het najaar van 2023 ondertekend door alle betrokken partijen. Vanuit deze overeenkomst wordt in 2024 de samenwerking bestendigd.

Betrokken partijen

Alle leden van Bestuurlijk overleg Lekstroom.

Situatieschets

Regiobeeld

De vraag naar ondersteuning en zorg in Midden Nederland stijgt. Als gevolg van een sterke vergrijzing (6% groei in aandeel 65-plussers) neemt het aantal ouderen de komende jaren toe tot ruim 353 duizend ouderen in de regio. Voor de Lekstroom betekent dit dat het percentage 65-plussers in 2040 gemiddeld met 35,6% is gestegen, waarbij de sterkste stijging optreedt in IJsselstein, Houten en Lopik. Bij 'vergrijzing' is het wellicht beter om in de toekomst uit te gaan van 70-plussers. Dit gezien de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zoals de verhoging van de pensioenleeftijd en het langer gezond en vitaal blijven van ouderen.

Naast dat de groep ouderen groter wordt, zal ook het type zorgvraag veranderen. Zo wordt er een toename verwacht van chronisch ziekten (bijvoorbeeld dementie en artrose) en kwetsbare groepen. Daarnaast is de verwachting dat het aantal ouderen met complexere problemen toe zal nemen. Er zijn ziekten zoals Parkinson waarbij de ziektelast per dag kan verschillen. Tegelijkertijd met deze veranderingen zijn er minder professionals beschikbaar die ondersteuning en zorg kunnen verlenen.

Bij gezond ouder worden gaat het om het optimaliseren van de keten rondom ouderen gericht op zelfstandig en zinvol leven met passende ondersteuning en zorg waar nodig. Binnen de groep ouderen zit ook juist het potentieel om het netwerk rondom kwetsbare ouderen te versterken.

- **Aantal zorgmedewerkers:** Waar aan de ene kant de zorgvraag toeneemt, neemt tegelijkertijd het aantal zorgmedewerkers af. In de regio wordt een stijging van de zorgvraag verwacht van 109%, terwijl het aantal beschikbare medewerkers stijgt met slechts 13%. Momenteel zijn er 1,4 medewerkers per klant. In 2040 zal dat dalen naar 0,8 medewerkers per klant.
- **Samenhang met Wonen en Zorg:** Focus op een gezonde leefstijl en een passende leefomgeving. Bijvoorbeeld door uitzicht op een juiste woonvorm en woonomgeving waarbij ondersteuning en zorg in de buurt wordt georganiseerd, zoals weergegeven in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (juli 2022).
- **Kwetsbare ouderen:** Er is aandacht nodig voor zeer kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers die thuis blijven wonen en meer ondersteuning nodig hebben.
- **Mentale gezondheid ouderen:** Mentale gezondheid is ook onder ouderen een aandachtspunt. We hebben in Lekstroom te maken met veel eenzame ouderen wat het mentaal welbevinden onder druk zet.
- **Preventie:** Gezondheidsbevordering (leefstijl), preventie (inclusief armoede) en de juiste voorbereiding (op ouder worden) zijn heel belangrijk. Laat ouderen zelf actief nadenken over wat er nodig is als er hulpvragen komen.
- **Vindbaarheid:** Ouderen en hun mantelzorgers en betekenisvolle anderen hebben moeite om de juiste ondersteuning en zorg te vinden. Het vinden van de juiste weg in de enorme hoeveelheid beschikbare informatie en kanalen is vaak erg ingewikkeld.



1a Positieve gezondheid en communicatie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met psychische klachten/mentaal kwetsbaren, ouderen met een kwetsbare gezondheid, sociaal kwetsbaren, zorgverleners, informele zorgverleners en mantelzorgers, vrijwilligers/actieve inwoners en ouderen met een migratieachtergrond.

Doelstelling: Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid en wordt binnen Lekstroom breed gedragen als gemeenschappelijk uitgangspunt in de keten van welzijn, ondersteuning en zorg. Met die bredere benadering dragen we bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zo veel mogelijk eigen regie te voeren.

Positieve gezondheid voor ouderen gaat over het accent leggen op de eigen veerkracht en vaardigheden en wat het leven voor de persoon zelf betekenisvol maakt. Het helpt ouderen om zich bewust te zijn van het veranderproces van het ouder worden en om zo veel mogelijk zelf de regie te houden over hun eigen leven. Naast fysieke gezondheid werken we actief aan sociale contacten, zingeving en mentale weerbaarheid. Als samenleving benutten we het potentieel van onze ouderen.

Reablement, positieve gezondheid, persoonsgerichte zorg bewegen in dezelfde richting en zijn allen gericht op de persoon zelf, de eigen regie, de wijze waarop iemand ouder wil worden en de verantwoordelijkheid die zij/hij daarin heeft. Organisaties kunnen een verschillend pad kiezen, maar de ingeslagen weg is duidelijk: meer zelfredzaamheid, meer preventie en minder terugvallen op de zorgprofessional.

Aanpak

1. Voorbereiding op ouder worden: dit is een maatschappelijk vraagstuk. Het streven is dat inwoners, ook op jonge leeftijd, actief nadenken over gezond ouder worden, omkijken naar elkaar en wat ieder hier zelf in kan doen. Een onderdeel hiervan betreft proactieve zorgplanning. Dat zou kunnen middels een 'klantreis' waarbij de inwoner over relevante thema's per levensfase en bijbehorende voorbereidingen wordt geïnformeerd.
2. Vroegtijdig signaleren: door het perspectief van positieve gezondheid wordt gekeken wat vooral nog wel kan en waar de inwoner blij van wordt. In essentie gaat het daarbij over ouderen die risico lopen op kwetsbaar worden of mogelijk al kwetsbaar zijn. Daarbij komen ook thema's als verlies, pijn, rouw en (voltooid) levenseinde aan bod.
3. 'Zorgzame wijken': hierbij gaat het zowel om de fysieke als de sociale leefomgeving en mobiliteit. Er zal een verkenning plaatsvinden hoe de maatschappij gestimuleerd kan worden in op elkaar letten, er voor elkaar zijn en op tijd nadenken over hoe je gezond ouder wilt worden. Een voorbeeld is de 'dementievriendelijke wijk'.

Organisatie & vervolg

Zie hiervoor het onderdeel Sterk sociaal domein en eerstelijns.

2024

- Alle betrokken organisaties gebruiken in de communicatie met de inwoner positieve gezondheid of een gelijksoortig gedachtegoed als kader.
- Lokale en landelijke bewustzijns campagnes sluiten op elkaar aan.

2025

- Regionaal is een overzicht van trainingen beschikbaar die lokaal kunnen worden ingezet, om kennis over ouder worden onder (mede)-inwoners en over vaardigheden om daarmee om te gaan te vergroten. Bijvoorbeeld kassatrainingen voor winkelpersoneel in 'dementievriendelijke wijken'.

2026

- In alle gemeenten is voor inwoners informatie per levensfase beschikbaar op basis waarvan ze eigen keuzes kunnen maken voor die levensfase. De vorm waarin de informatie wordt aangeboden wordt door professionals en inwoners gekozen. Dat kan bijvoorbeeld een 'routekaart' zijn of inzet van de training Grip en Glans.



Overzicht inhoud regioplan

Preventie en verbeteren zelfredzaamheid

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Iedere oudere in Lekstroom bereidt zich goed voor op het ouder worden. Waar mogelijk is men actief bezig om weerbaar te worden en zelfstandig te blijven. Ook tijdige aandacht voor proactieve zorgplanning (advance care planning) maakt hier onderdeel van uit. Ouderen wonen op een prettige manier en veilig langer zelfstandig. Zij wonen voor een groot deel in (geschikte) woningen met nabijheid van een sociaal netwerk, een mogelijkheid tot ontmoeting dichtbij en waar nodig laagdrempelige ondersteuning en zorg. Mantelzorgers voelen zich ondersteund.

Alle zorgaanbieders hebben het gedachtengoed van 'reablement' overgenomen en passen dit standaard toe in de praktijk. Dit houdt in:

- We nemen niet over wat mensen zelf kunnen
- We helpen mensen te herwinnen wat ze niet meer kunnen
- En we zorgen samen voor een oplossing voor dat wat overblijft

Ambitie

Het gaat om een prettige en veilige omgeving met gezondheidsbevorderende fysieke aspecten, waar ruimte is voor inwoners om op lokaal niveau een bijdrage te leveren. Daarnaast wordt gesproken over hoe men ouder wil worden en wat daarvoor nodig is, zodat hier al eerder op ingespeeld kan worden. We sluiten aan op de lokale behoefte en zijn cultuursensitief.

1a Positieve gezondheid en communicatie

1b Reablement en verantwoord langer thuis wonen

1c Nabijheid en netwerk

Versterken van samenwerking

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Een goede voorbereiding op gezond ouder worden en regie hebben over het eigen leven zijn belangrijke uitgangspunten. Daarbij is de gehele samenleving betrokken.

De gehele keten van wonen, welzijn en zorg is gericht op de gezondheid en zelfredzaamheid van de inwoner. Hiermee voorkomen we onnodige aanspraak op het sociaal domein voorzieningen (Wmo) en is het streven om zorgafhankelijkheid te voorkomen of uit te stellen. Hiervoor delen ketenpartners kennis en ervaring met elkaar en werken zij meer samen. Partijen weten elkaar dankzij korte lijnen goed en gemakkelijk te vinden en in te zetten.

Ambitie

Samenwerking stellen we boven concurrentie. We kijken over de muren van de eigen organisatie(belangen) heen en kunnen mede-(zorg)professionals vinden. Met elkaar gaan we voor passende ondersteuning en zorg.

Lokale of subregionale samenwerking in de keten om:

- Vragen naar ondersteuning en zorg voor te zijn.
- Inwoners op goede wijze te kunnen verwijzen naar passende ondersteuning en zorg, zowel formeel als informeel.

Monitoring van de voortgang

Dit vindt plaats in de Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom waarbij gebruik maken van informatie van de kennisinstellingen in Midden Nederland.

2a Gebieds- en/of wijkgerichte aanpak

2b Passende zorg en digitalisering

2c Concentratie en spreiding ouderenzorg



1b Reablement en verantwoord langer thuis wonen

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie thema 1a

Doelstelling: door middel van reablement kunnen inwoners werken aan herstel van haar/zijn leven en zelfredzaamheid, wat resulteert in hen zo onafhankelijk mogelijk maken van zorg. We willen het resultaat van reablement meetbaar maken. Reablement (zoals omschreven door Reable Nederland) is een manier van werken waarmee hulpverleners ouderen helpen hun eigen leven te leiden. Zoals ze dat zelf willen.

Aanpak

Binnen de Lekstroomgemeentes spreken we van 'langer zelfstandig wonen'. Het gaat om een passende woning waarin de inwoner zo zelfredzaam mogelijk is.

- Bij grote aanbieders in welzijn en zorg is een succesvol programma op reablement actief om de manier van werken toe te passen in de praktijk.
- Een regionaal kennisnetwerk reablement is actief voor kennisdeling. Hierbij kan indien wenselijk gebruik gemaakt worden van het lerend netwerk 'reablement' van Zilveren Kruis.
- Inventariseren van goede meetmethoden op de (proces)doelstellingen en/of het toetsen van ervaringen bij een soort inwonerberaad. Er is hierbij ruimte voor de ideeën van inwoners zelf.
- Stimuleren dat welzijns- en zorgaanbieders in de ouderenzorg aansluiten bij de vereniging Reable Nederland, zodat het gedachtegoed gezamenlijk wordt gedragen.
- Aanbieders in de regio (ZorgSpectrum en Careyn) starten een trainingsprogramma bij de coaches van Reable Nederland.
- Er zijn afspraken met de zorgverzekeraars die de samenwerking omtrent dit onderwerp versterken. We hebben een gezamenlijke visie op zelfredzaamheid en bijvoorbeeld de inzet van hulpmiddelen.

Organisatie & vervolg

Q1 2024

- Start trainingsprogramma bij de coaches van Reable Nederland vanuit Careyn en ZorgSpectrum.

2024

- Start ontwikkelen van regionale publiekscampagne weerbaarheid en naar elkaar omkijken, in samenhang met andere bewustwordingscampagnes rondom IZA-thema's.
- Samenbrengen van plannen reablement van Lekstroom met Zuidoost Utrecht, Utrecht West en Utrecht stad.
- Inventarisatie en selectie van bewezen programma's rondom reablement.
- Inschrijving aanbieders die willen starten met reablement.
- Start regionaal kennisnetwerk reablement.

Vaststellen afspraken met de zorgverzekeraar.

2025

- Vervolg leertraject en implementatie reablement bij nader te bepalen aantal aanbieders.
- We bouwen verder op bestaande werkgroepen en organisatie rondom reablement en ouderenzorg en laten ons inspireren door andere plekken waar reablement al wordt toegepast. Daarbij maken we gebruik van de kennis binnen de vereniging Reable Nederland.



1c Nabijheid en netwerk

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie thema 1a

Doelstelling: meedoen in de samenleving en zingeving is voor iedereen essentieel. Daar waar mensen ouder worden is een actieve voorbereiding op de periode zonder werk belangrijk. In deze doelgroep zit veel potentie die van waarde is voor de samenleving als geheel, waarbij een ieder kan bijdragen naar vermogen.

Sociale cohesie, buurthuizen, steunsystemen, het verenigingsleven en het omzien naar elkaar zijn belangrijke uitgangspunten. Er moet daarom ook ruimte zijn voor (nieuwe) initiatieven vanuit inwoners zelf.

Door het benutten van bestaande netwerken en het inzetten van sleutelfiguren in de wijk/het dorp kunnen juist ook inwoners bereikt worden die via de 'zorgingang' minder in beeld zijn.

Tegelijkertijd bieden deze ontmoetingsplaatsen de mogelijkheid tot vroegsignalering. Inwoners en professionals weten hoe zij iemand zelf kunnen helpen en waar zij heen kunnen wanneer ze zich zorgen maken over een oudere inwoner. Er is een netwerk in de wijk waarin verschillende disciplines samenwerken voor goede lokale zorg voor ouderen.

Basisvoorzieningen in de nabijheid van de eigen woonruimte zijn aanwezig voor het zelfstandig blijven wonen van ouderen. Dit betreft winkels op loopafstand, openbaar vervoer, welzijns- en zorgvoorzieningen en mogelijkheden voor ontmoeting dichtbij. Ook de inrichting van de openbare ruimte is gericht op nabijheid een gezonde leefomgeving en ontmoeting. Voor de meest kwetsbare groep ouderen moet er een plek in het verpleeghuis beschikbaar blijven.

Aanpak

- Inventarisatie van initiatieven/ontwikkelingen binnen het sociaal domein in de regio.
- Versterken van het lokale netwerk door het betrekken van sleutelfiguren binnen de wijken buurtinitiatieven, vrijwilligersorganisaties, verenigingen en religieuze organisaties.
- Selectie welke initiatieven/ontwikkelingen opgeschaald kunnen worden.
- Concretiseren welke betrokkenen in het sociaal domein en zorg daadwerkelijk aan de slag gaan met de implementatie.
- Afstemming met het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

Organisatie & vervolg

2024

- Inventarisatie in de gemeentes van steunsystemen en andere goede initiatieven die gericht zijn op ontmoeting. Op te nemen in eerder genoemd praktisch overzicht.
- Selectie welke initiatieven/ontwikkelingen opgeschaald kunnen worden plus start opschaling.
- Aansluiten de bij ontwikkelingen in programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

2025

- Waar nodig concreet werken aan de realisatie van steunsystemen.

2a Gebieds- en/of wijkgerichte aanpak

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie thema 1a

Doelstelling: de 'zorgzame wijk' zijn passende woningen voor ouderen in de nabijheid van voorzieningen. Er is een samenwerking tussen formele zorg, informele zorg & ondersteuning en inwoners. Door een sterke zorgzame wijk kan een wijkgerichte aanpak beter functioneren. Gebieds- en wijkgerichte aanpak richt zich op het versterken van reeds beproefde werkwijzen en inwonersinitiatieven. Daarnaast het integraal en multidisciplinair samenwerken in het aanpakken van andere vraagstukken zoals schuldenproblematiek. Vraagstukken die wel leiden tot een ondersteunings- en/of zorgbehoefte. Continuïteit van de basiszorg en het gezamenlijk optrekken in vraagstukken rondom 'wonen' zijn daarbij essentieel.

In het kader van het tegengaan van eenzaamheid is het stimuleren van mobiliteit belangrijk. De mogelijkheden voor ouderen op het gebied van openbaar vervoer, doelgroepenvervoer en vrijwilligersvervoer dienen voldoende bekend en toegankelijk te zijn.

Aanpak

- Het vergroten van de bekendheid van alle informele ondersteuningsmogelijkheden.
- Het organiseren van laagdrempelige ondersteuning van zowel gezonde als kwetsbare ouderen en van mantelzorgers waarbij informele en formele zorg worden verbonden.
- Mantelzorgondersteuning, onder andere door middel van gespreksgroepen, Zorgmaatje aan huis en het mogelijk maken van ontmoeting.
- Met gemeenten, woningcorporaties, welzijn, ondersteuning en zorg wordt geïnventariseerd welke plekken in de gemeente geschikt zijn voor wonen in de nabijheid van voorzieningen. Zoals bijvoorbeeld de zorgcirkels in Nieuwegein.
- Nabijheid van mogelijkheden voor tijdelijke zorg zoals logeerszorg/respijtzorg, eerstelijnsverblijf (laag complex) en ambulante geriatrische revalidatie*
- Laagdrempelige vervoersmogelijkheden op maat.

**Voor de meer intensieve kortdurende zorg met verblijf, waaronder eerstelijnsverblijf (hoog complex) en geriatrische revalidatiezorg, is het logisch dat de zorg wordt geconcentreerd. Voor IBS-plaatsen en crisisopvang zijn er regionale afspraken.*

Organisatie & vervolg

2024 / 2025

- Gemeenten waar nog moet worden gestart met preventieve contacten met 75- of 80-plussers door vrijwilligers, leren van gemeenten waar dit al wel wordt gedaan. Digitale mogelijkheden in huis en de inzet van andere laagdrempelige hulpmiddelen zijn tijdens deze contacten specifieke aandachtspunten.
- Continueren en opschalen consultatiefunctie vanuit VVT-organisaties en ggz in de eerstelijns. We realiseren sluitende afspraken met de zorgverzekeraar hierover. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de kennis binnen ONUe/ONZE voor de samenwerking eerstelijns – ouderengeneeskunde.

2a Passende zorg en digitalisering

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie thema 1a.

Doelstelling: de zelfredzaamheid van inwoners vergroten door middel van de inzet van (zorg)technologie en daarmee de zorgvraag uitstellen, verkleinen of zo mogelijk voorkomen. We zetten bewezen (zorg)technologie in. Medewerkers en inwoners moeten vertrouwd raken met de inzet van ondersteunende (zorg)technologie en hulpmiddelen. Ze maken een natuurlijk en geïntegreerd onderdeel uit van leven en werken. Door de inzet van (zorg)technologie is het voor mantelzorgers mogelijk om op afstand een ondersteunende rol te vervullen.

Aanpak

We zetten bewezen (zorg)technologie in, onder meer gericht op de volgende thema's:

- Medicatieveiligheid
- Alarmering
- Leefstijlmonitoring
- Beeldbellen
- Ondersteuning dagstructuur

Uitrollen van veilige, digitale uitwisseling van gegevens conform regionale afspraken. Passende zorg kan alleen goed functioneren als ook de regionale systeemfuncties goed georganiseerd zijn. Het gaat hier onder andere over casemanagement, palliatieve zorg, ANW-zorg en specialistische wijkverpleging. Maar ook over heldere afspraken over inzet specialistische zorg en behandeling en proactieve zorgplanning (advance care planning) tussen eerste- en tweedelij. Hier hoort ook het gesprek over de laatste levensfase bij.

Vergemakkelijken van de wijze waarop reeds ingezette (zorg)technologie met de inwoner kan meeverhuizen als hij/zij wisselt tussen verschillende zorgdisciplines. Bijvoorbeeld van revalidatie naar wijkverpleging.

We maken afspraken met zorgverzekeraars om het eenvoudiger te maken om professionals uit de ouderzorg te consulteren met als doel om tot passende zorg te komen.

Ook maken we afspraken met zorgverzekeraars rondom 'no show' vanwege het soms grillige verloop van het ziektebeeld (bijvoorbeeld bij de ziekte van Parkinson en dementie).

Organisatie & vervolg

2024

- Via Health Hub Utrecht en TRIJN nemen zorgaanbieders in Lekstroom deel aan kennisuitwisseling over bewezen (zorg)technologie en digitale gegevensuitwisseling om deze op te schalen. In die netwerken vindt ook oriëntatie plaats op hoe (zorg)technologie volgend kan zijn.
- Zorgaanbieders, Zilveren Kruis, en waar relevant gemeenten, maken vervolgens afspraken over experimenteren met de inzet van nieuwe technologie, de financiering en het bundelen van geldstromen.
- Op basis van die afspraken worden gezamenlijk contracten gesloten met leveranciers.

2025

- Benutten data om tijdig (preventieve) interventies in te kunnen zetten en verantwoorde beleidsbeslissingen met elkaar te nemen. Om daarmee de zorg en het zorgproces te optimaliseren. Zie ook Digitalisering bij Versterking eerstelijns en sociaal domein.
- Ontwikkelen alternatieve mogelijkheden voor de groep inwoners die niet in staat is om te profiteren van digitale middelen. Bijvoorbeeld wanneer beeldbellen geen optie is.

Situatieschets

In het regiobeeld wordt veel gesproken over kwetsbaarheid. Wij willen ons met name richten op het vergroten van de mentale kracht van inwoners zodat ze met moeilijke situaties in het leven om kunnen gaan. Lokale en regionale vertegenwoordigers vanuit de diverse domeinen ervaren een gemis aan samenhang tussen de diverse organisaties die betrokken zijn op het thema mentale weerbaarheid. Er is behoefte aan laagdrempelige samenwerking om zo meer preventieve en informele maatregelen en activiteiten in te kunnen zetten. Deze activiteiten zijn er soms wel, maar missen vaak nog borging of samenhang met hetgeen andere organisaties aan de inwoner bieden.

De volgende doelgroepen behoeven extra aandacht:

- Ouders met ggz-problematiek
- Psychisch kwetsbare doelgroepen (verward gedrag, dak- en thuislozen, statushouders)
- EPA (ernstig psychiatrisch aandoening)
- Jongeren (12 - 25 jaar)
- Eenzame Ouderen
- LVB (jongeren en volwassenen)



Overzicht inhoud regioplan

Versterken mentale weerbaarheid en zelfredzaamheid

Ambities

De ambitie van onze subregio voor de opgave 'Versterken mentale weerbaarheid en gezondheid' ligt voornamelijk aan de voorkant, in het preventieve vlak en in randvoorwaardelijke thema's. Een sterke basis voor iedereen is het fundament. Daarbij is er aanvullend extra aandacht nodig voor de meer kwetsbare doelgroepen. De focus ligt in eerste instantie op jongeren. Dit vanwege de hoge mate van mentale kwetsbaarheid. Voor hen willen we preventieve initiatieven inzetten. Op preventief vlak ligt de ambitie in algemene zin o.a. bij inbedding van de informele zorg & ondersteuning.

Over 3-5 jaar maken we in alle wijken zoveel gebruik van bestaande locaties nabij de inwoner. Het regionale netwerk mentale gezondheid is hierbij nauw aangesloten. Een inwoner wordt in principe pas naar de ggz verwezen nadat er vanuit een integrale benadering vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid naar de ondersteuning- of zorgvraag is gekeken (dit kan een gesprek bij de huisarts, bij het sociaal domein, maar ook een verkennend gesprek met een ggz behandelaar zijn).

Bij een acute situatie of wanneer ggz-problematiek voorliggend is, wordt de inwoner zo snel mogelijk geholpen binnen de ggz. Doordat mentale problematiek dicht bij de inwoner zelf wordt opgepakt, verbetert de toegankelijkheid van de ggz voor inwoner.

Om met elkaar te kunnen werken vanuit positieve gezondheid, weten alle professionals in de regio (formeel en informeel) wat positieve gezondheid is en weten zij hoe ze volgens dit gedachtegoed (of een lokale equivalent) kunnen werken.

Over 3-5 jaar werken we zo goed samen dat voor de inwoners die naar de ggz verwezen worden, alle mogelijke vraagstukken die op andere levensdomeinen spelen al binnen het lokale netwerk opgepakt worden. Dit kan door de inwoner zelf en/of met behulp van een ervaringsdeskundige, het eigen netwerk of het sociaal domein of eerstelijnszorg. Er blijft altijd de mogelijkheid om rechtstreeks te verwijzen naar de ggz. Ook als de inwoner hulp in de ggz krijgt, blijft het sociaal domein betrokken. Bij enkelvoudige ggz-problematiek wordt zoveel mogelijk alleen digitale zorg geboden, maar dit is afhankelijk van de digitale vaardigheid van de inwoner.

Binnen de ggz is herstelondersteunende-bejegening het equivalent van positieve gezondheid. We willen ook nauwer samenwerken bij chronische ggz-problematiek. Ook bij mensen met chronische aandoeningen zien wij nadrukkelijk de voordelen van het inzetten op hun eigen kracht en weerbaarheid om zo onnodige afhankelijkheid van professionals te minimaliseren.

Monitoring van de voortgang

De monitoring vindt plaats in de Bestuurlijke Werkplaats Lekstroom waarbij we gebruik maken van informatie van de kennisinstellingen in Midden Nederland.



1a Preventie

Doelgroep & doelstelling

Naast jongeren heeft een grote groep volwassenen last van mentale gezondheidsproblemen. Hier liggen kansen voor preventie. Een breed scala aan domeinen en instanties zijn nodig om preventie een betere plek te geven in de regio. De ggz kan een grotere rol spelen door vroeg te signaleren en door te verwijzen naar andere domeinen. Daarnaast kan de huisartsenzorg nog meer betekenen op preventief gebied en daarmee verder gebruik van zorg voorkomen.

Aanpak

1. Aansluiten bij ketenaanpakken GALA: borgen van het belang van een mentaal gezonde samenleving als basis voor preventie. Thema's als: het verlagen van (sociale en/of prestatie) druk, het werken aan een reëel zelfbeeld en het verminderen van sociaal isolement. Sterke sociale structuren zijn hierin de basis.
2. Mogelijkheid onderzoeken om een ketenaanpak mentale weerbaarheid en gezondheid te ontwikkelen.
3. Scholen betrekken om hen te faciliteren in het vroegtijdig signaleren en om mentale veerkracht een grotere plek te geven in de leerstof (voorbeeld: de Gezonde School).
4. Introduceren van methodiek SET-J: een methodiek waarbij ggz-behandelaren laagdrempelig beschikbaar zijn voor allerlei professionals (huisartsen, leerkrachten, medewerkers sociaal domein) om mee te denken en te adviseren wanneer er sprake is van suïcidaliteit.
5. Focus op jeugdigen (0-18), bijvoorbeeld kinderen in complexe scheidingen. Door deze risicogroepen (vroegtijdig) in beeld te hebben en ons te richten op beschermende factoren (Nederlands Jeugdinstituut), kan er preventief geacteerd worden bij vroegtijdige signalering.

Organisatie & vervolg

2024

Methodiek van SET-J uitgebreider beschikbaar stellen, ook voor jongvolwassenen(18-25) met als doel jongeren met suïcidaliteit te helpen om hun leven zo normaal mogelijk voort te zetten.

2024-2026

De methodiek van SET-J verder verbreden naar allerlei mentale problematiek om zo middels een ketenaanpak de mentale weerbaarheid te vergroten. Ook verbreden we deze methodiek naar alle leeftijden. Samen met o.a. lokale jeugdorganisaties, GGD, sociaal team, ggz-organisaties, ontwikkelen we een ketenaanpak die aansluit bij de lokale behoefte. Waar het jeugd betreft sluiten we aan bij de ketenaanpak Kansrijke Start. Daartoe maken we procesafspraken.

Daarnaast de boodschap breed uitdragen dat het hebben van mentale kwetsbaarheden niet noodzakelijk betekent dat er ook hulp of zorg nodig is.

We stemmen onze werkwijze af met de ambities van de hervormingsagenda jeugd. En we werken samen met de lokale organisaties binnen de jeugdbeschermingsketen.



1b Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp

Doelgroep & doelstelling

Voor alle inwoners is er in de wijk toegang tot een lokaal netwerk voor preventie en herstel waar iedereen terecht kan met vragen op allerlei gebied. We benutten zoveel mogelijk bestaande locaties om dienst te doen als laagdrempelig inlooppunt. In deze netwerken werken mensen die gebruik kunnen maken van laagdrempelige (digitale) consultatie met een ggz-behandelaar. Ook kunnen deze behandelaars aansluiten bij casuïstiekbesprekingen en meedenken over passende (in)formele ondersteuning en zorg. In het netwerk is extra aandacht voor de meest kwetsbare doelgroepen waarbij ondersteuning en zorg vanuit verschillende domeinen nodig zijn.

In de regionale Netwerken Mentale Gezondheid (NMG) wordt samengewerkt met een vast team van domein-overstijgende professionals. Zij houden elkaar op de hoogte van de noodzakelijke kennis en treden met elkaar de inwoner tegemoet vanuit dezelfde visie: positieve gezondheid (of een lokale equivalent). Door deze nauwe samenwerking wordt er beter en doelmatiger verwezen.

Aanpak

- Starten met het Netwerk Mentale Gezondheid.
- Nieuwe overlegstructuur vaststellen en overbodige overlegvormen opheffen.
- Functionarissen per NMG aanstellen. Vanuit de NMG: ggz-medewerkers leveren die werken in laagdrempelige steunpunten waar vervolgens alle overleggen plaatsvinden. Werken met vaste (anonieme) casuïstiek- overleggen (bespreking inwoner waar zorgen over zijn)
- Procesafspraken maken rondom betrokkenheid en aanwezigheid.
- Uitbreiden mogelijkheden om laagdrempelig bemoeizorg in te roepen voor EPA doelgroep. Dit kan geleverd worden vanuit NMG.
- Nulmeting: we willen de data vanuit het regiobeeld gebruiken en monitoren of de IZA-aanpak verbetering oplevert. Hierbij maken we ook gebruik van bestaande informatiebronnen zoals bijvoorbeeld door de GGD verzameld worden.
- Vanuit NMG informatie verstrekken aan inwoners die gebruik maken van het steunpunt over preventief aanbod op het gebied van mentale weerbaarheid, meedenken over juiste behandelplek en over groepen met ervaringsdeskundigen ter overbrugging van wachttijd.

Organisatie & vervolg

2024- 2026

1. Monitoren van de effecten van deze aanpak door data regiobeeld en o.a. GGD.
2. Overlegstructuur NMG opzetten:
 - medewerkers detacheren
 - tweede helft: in kaart brengen preventieve behoeftes per wijk, in overleg met inwoners en gericht op specifieke doelgroepen
 - samen met sociaal domein/eerstelijns bepalen welke activiteiten op wijk-, gemeente- of regioniveau nodig zijn
 - daarna plan van aanpak maken
3. Vanuit NMG met andere ketenpartners een formatietafel vormgeven conform regio West maar met betrokkenheid vanuit informele ondersteuning en zorg en inwoners.
4. Enik betrekken in NMG en samen een plan van aanpak maken om de beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen in de steunpunten te waarborgen.
5. inwoners die op de wachtlijst staan van ggz bekend maken met aanbod vanuit ervaringsdeskundigheid zoals WachtenWaard/WachtVerzachter. Dit aanbod willen we met elkaar gaan vormgeven in de tweede helft van 2024.



1c Hulpbronnen gericht op de inwoner

Doelgroep & doelstelling

Doelgroepen o.a. uit het regiobeeld die extra aandacht verdienen: EPA (ernstig psychiatrisch aandoening) jongeren (12-25 jaar), eenzame ouderen, LVB (jongeren en volwassenen), ouders met ggz-problematiek, psychisch kwetsbare doelgroepen (verward gedrag, dak- en thuislozen, stathouders)

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

We streven naar een gemeenschap waarin inwoners gebruik kunnen maken van steunbronnen en waarin mensen tolerant zijn naar elkaars kwetsbaarheden en bijzonderheden.

Het uitgangspunt is dat de inwoner eerst probeert om zelf of samen met een ander zijn problemen aan te pakken. Indien nodig met peersupport of een ervaringsdeskundige. Deze stevige sociale basis zorgt voor weerbare inwoners die via het laagdrempelig steunpunt in de wijk de eerste stappen naar (in)formele hulp kunnen zetten. Inwoners voelen zich welkom bij het lokale steunpunt en vaardig in het gesprek over mentale gezondheid. Ze weten waar ze terecht kunnen voor (in)formele hulp.

Aanpak

- Het realiseren van een stevige samenwerking** in het medisch domein en het sociale domein op basis van vertrouwen. Vertrouwen in de expertise en bedoeling. Wanneer je elkaar kent, is het makkelijker elkaar op het juiste moment in te zetten en van elkaars aanbod gebruik te maken. Elkaar kennen kan bestendig worden in de (lokale) netwerken en het leren kennen van netwerken onderling. Voor de huisarts is het van uiterst belang om zicht te hebben op deze netwerken. Deze samenwerking en de teams moeten ondersteund worden door goede communicatiemiddelen/ICT. Het spreken van dezelfde taal is hierin van belang.
- Aanbod informele ondersteuning** gaat over inzichtelijk hebben van het aanbod in de regio, de samenwerking tussen de informele ondersteuning en de formele ondersteuning, maar ook over het toegankelijk maken van het aanbod voor bijvoorbeeld mensen waarbij meer aandacht bij nodig is. Het is belangrijk dat er maatwerk wordt geleverd en er goede afstemming plaatsvindt met zowel de inwoner als met eventuele formele hulpverleners. Een middel om de informele ondersteuning meer in beeld te krijgen is Welzijn op Recept.
- Aanbod peer support** waarbij het voornaamste is het samenbrengen van inwoners met gelijksoortige ervaringen waarbij het werken aan herstel centraal staat, op welke manier dan ook. Fysiek of online.

Organisatie & vervolg

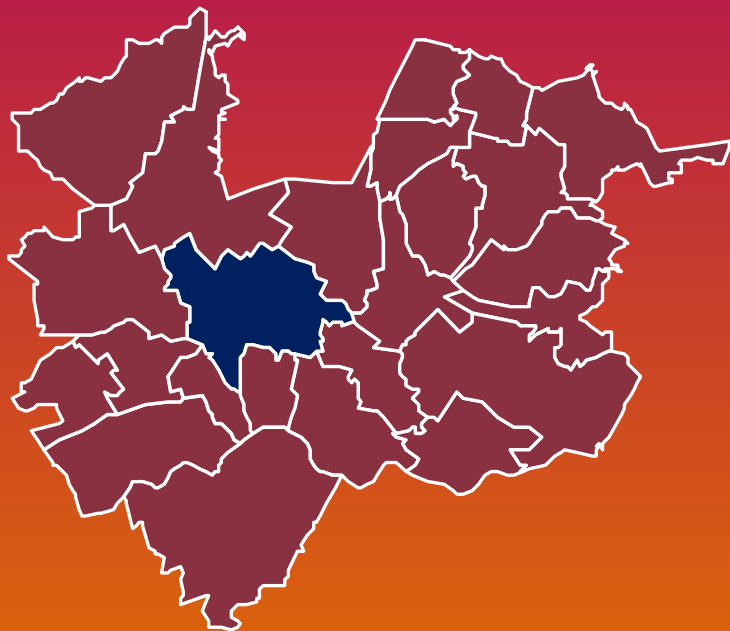
2024

- o Kennis hebben van en deelnemen aan (elkaars) netwerken om elkaar beter te leren kennen.
- o Inzicht krijgen in aanbod informele ondersteuning op regio/gemeente/wijkniveau. Integreren in 'praktisch overzicht' genoemd in sheet 8.
- o Daarna toegankelijk maken van aanbod voor inwoner en het toeleiden van kwetsbare inwoners naar het aanbod van het lokale steunpunt.
- o Uitbreiden van aanbod wat werkt in bepaalde wijk naar andere wijken. Gebruik maken van bestaande middelen zoals welzijn op recept: dit meer bekend maken en uitbreiden.

2025

- o Opzetten van een passend aanbod op het gebied van peer support. Dit kan pas na inventarisatie van al lopend aanbod zoals bij 2024 beschreven. Een voorbeeld is het inzetten van ervaringsdeskundigheid bij inwoners die wachten op zorg (WachtVerzachter/WachtenWaard).

Utrecht Stad



Uitwerking voor:

Klik op een van onderstaande opgave om naar de gewenste uitwerking te navigeren

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Gezond ouder worden

Mentale weerbaarheid en gezondheid

Betrokken organisaties

Sterk sociaal domein & eerstelijns

De Wijkalliantie+ is in de lead voor deze IZA-opgave. Dit is een Utrechts (netwerk)samenwerkingsverband bestaande uit de volgende partijen: DOCK, NIZU, SportUtrecht, Jou, U-centraal, Lokalis, Buurteam Sociaal, Sterkz.org, RegiozorgNu en Volksgezondheid (gemeente Utrecht). Op basis van onderwerp en wijk, wordt vanzelfsprekend samengewerkt met andere betrokken organisaties (zoals Koos, Spoor030 of Wijkverpleging).
Trekkersrol: HUS, Inclusio, Lokalis
Penvoering: Raedelijk

Gezond ouder worden

AxionContinu, Sterkz.org, RegioZorgNu, Sociaal Utrecht, gemeente Utrecht, Zilveren Kruis, incl. zorgkantoor, Diaconessenhuis, DOCK
Penvoering: IG&H

Mentale weerbaarheid en gezondheid

Abrona, Altrecht, Inclusio/Buurteamorganisatie Utrecht, DOCK, Gemeente Utrecht, Indigo, Jellinek, KOOS, Lister, Lokalis, NIZU, Sterkz.org.
Penvoering: Raedelijk

Overkoepelende thema's

Bewustwording en inzetten op veerkracht en zelfredzaamheid

We streven naar een samenleving waarin welzijn, veerkracht en levenskwaliteit de focus vormen, zonder dat we voorbijgaan aan ondersteunings- zorgbehoeften die begeleiding of behandeling behoeven.

Utrechters hebben zelf de regie over hun leven en ervaren een toegenomen gevoel van zelfredzaamheid en eigenwaarde. Zij zijn zich bewust dat zelfredzaamheid het uitgangspunt is en nemen verantwoordelijkheid om zelfredzaam te blijven, passend bij de levensfase waarin ze zich bevinden. Het gaat om de veerkracht van de Utrechters in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven: zij staan zoveel mogelijk in hun eigen kracht. In de bewustwording wordt gefocust op het normaliseren van een hulpvraag bij uitdagende/moeilijke periodes in het leven. Zo nodig kunnen zij rekenen op hun eigen netwerk, de gemeenschap, (in)formele maatschappelijke ondersteuning en zorg. Professionals voeren het gesprek met de insteek om zelfstandigheid te behouden en bevorderen. Hierbij kijken we eerst naar wat Utrechters zelf en met hun netwerk kunnen, wat vanuit de gemeenschap gedaan kan worden en wat het voorliggend veld kan. We zijn gericht op deze netwerkversterking, maar dat wil niet zeggen dat iedereen een netwerk heeft of zal krijgen. Als daar geen mogelijkheden (meer) zijn, dan wordt gekeken wat vanuit professionele ondersteuning en zorg aanvullend nodig is. Voor de samenstelling van het aanbod staan de behoeften van Utrechters centraal en deze zijn ook het vertrekpunt voor het ontwikkelen van nieuwe vormen van (preventieve) en in de basis collectieve ondersteuning. Naast fysieke ondersteuning en zorg, wordt ook nadrukkelijker gekeken welke digitale zelfzorg en hulpmiddelen bij kunnen dragen. We volgen hierbij het driesporenmodel vanuit de Gemeente Utrecht ('Utrechts zorgmodel').

Aanpak: n.t.b.

Generiek en collectief waar mogelijk, individueel en specifiek waar nodig

Belangrijk uitgangspunt, waarbij aangesloten wordt bij het Utrechts zorgmodel. Maatschappelijke ondersteuning en zorg zijn en blijven beschikbaar voor iedereen die dit écht nodig heeft.

Ondersteuning wordt in de basis in collectief/groepsgericht aanbod vormgegeven. Dit collectieve aanbod draagt in de vorm van structurele activiteiten bij aan een stabiel aanbod van ondersteuning in de wijk, aan het normaliseren van hulpvragen en kan de gemeenschapskracht versterken.

Aanpak: n.t.b.

Gemeenschapskracht

Niet elke Utrechter heeft een sociaal netwerk om zich heen om op te bouwen op momenten dat dat nodig is. Door in te zetten op gemeenschapskracht, bijvoorbeeld middels de ABCD methode, kan ondersteuning en zorg van Utrechters breder opgepakt worden. Kanttekening hierbij is dat we gericht zijn op netwerkversterking van de inwoner, maar dat wil niet zeggen dat iedere Utrechter een netwerk heeft of zal krijgen. Wij dienen ons hier bewust van te zijn en ook van de consequenties die dit heeft (niet alles is maakbaar). Inwonersinitiatieven dragen bij aan de gemeenschapskrachten het is van belang deze te erkennen. Er is ook aandacht nodig voor het versterken van vrijwilligersorganisaties om de inzet van vrijwilligers in de informele zorg & ondersteuning zo effectief mogelijk in te kunnen zetten.

Aanpak: n.t.b.

- Evt. verbinden aan GROZUtrecht, een unieke regionale samenwerking waarbij zorginnovaties en lokale gemeenschapskracht worden gebundeld.
- Evt. alle MBO/HBO/WO studenten lopen een jaar lang stage (bijv. 2u/week) achter de voordeur bij kwetsbare Utrechters. Effect op kwetsbare mensen en op perspectief van jongeren.
- Aansluiten bij de nota van uitgangspunten van de gemeente Utrecht.

Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag

Alle formele en informele zorg & ondersteuning -en hulpverleners werken vanuit een gedachtegoed zoals positieve gezondheid of het 4D model. De wijze waarop dit vorm krijgt kan verschillend zijn, maar de verschillende werkwijzen zijn niet conflicterend met elkaar. Dit draagt bij om vragen die in het zorgdomein terecht komen niet meteen vanuit een medische blik te willen beantwoorden, maar integraal samen met het sociaal domein te kijken wat er nodig is. Er is aandacht voor preventie en daarin sluiten we ook aan bij de doelstellingen van het GALA.

Aanpak: n.t.b.

Overkoepelende thema's

Communicatie

Communicatie over de eigen mogelijkheden van Utrechters is nodig. Dit kan communicatie zijn onafhankelijk van de levensfase of situatie waarin een Utrechter zich bevindt, maar ook gericht op specifieke levensfasen (bijvoorbeeld jongeren of ouderen) of situaties (bijvoorbeeld inwoners met een hulpvraag rondom mentale gezondheid).

Gemeenschappelijke taal

Er wordt een gemeenschappelijke taal ontwikkeld zodat Utrechters eenduidige communicatie ervaren, waardoor zij heldere verwachtingen hebben en dezelfde informatie ontvangen, ongeacht met wie zij in gesprek zijn. Dit sterkt hen in het pakken van eigen regie. Daarnaast kennen en begrijpen professionals elkaars wereld beter, zodat zij Utrechters in één keer kunnen begeleiden naar de ondersteuning en zorg dit nodig is.

Aanpak: o.a. aansluiten bij thema 1a van opgave 'Versterken sociale basis en eerstelijns'.

Vindbaarheid van informatie

Urechters beschikken over de juiste middelen en vaardigheden om informatie rondom een hulpvraag te vinden. Zij ervaren dat hulpbronnen naadloos aansluiten op hun leefwereld en een duidelijke meerwaarde hebben.

inwoners weten zelf het sociale domein te vinden.

Op stadsniveau is er een breed bekend, dekkend en aanvullend (niet overlappend) aanbod van hulpbronnen voor Utrechters dat vindbaar en toegankelijk is voor alle Utrechters en waar naar verwezen wordt door (in)formele zorgprofessionals.

- Er is in iedere wijk voldoende laagdrempelig aanbod en informele locaties gericht op ontmoeten en bewegen, waar mensen vragen kunnen stellen rondom allerlei onderwerpen die kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van Utrechters.
- Utrechters met een kwetsbaarheid kunnen, al dan niet met hulp vanuit hun netwerk, moeite doen de weg vinden naar informele ondersteuning, hulpbronnen en zorg. Informele hulpbronnen zijn vrij toegankelijk, zonder indicatie, in de eigen leefomgeving.
- Er is overzicht voor Utrechters welke ondersteuning waar te ontvangen is. Daarbij wordt vooral gekeken naar mogelijkheden en hulpvragen op de passende plek te beleggen vanuit het wijknetwerk

Aanpak: n.t.b.

- O.a. aansluiten bij thema 1b en 3b van opgave 'Mentale gezondheid' & thema 1a van opgave 'Versterken sociale basis en eerstelijns'. Hierbij zijn belangrijke items een inventarisatie van wat er nu al is qua methodieken en daarnaast het voeren van gesprekken met inwoners en professionals om tot één taal en concept te komen.
- Verbinden, versterken van de interventies die er al zijn en deze over de sectoren heen uit wisselen waar kan:
 - o Bestaande aanbod steviger bestendigen door professionals te scholen, denk aan methoden zoals positieve gezondheid.
 - o Makkelijk toegankelijk maken van beschikbare interventies. Zodat professionals van elkaar weten wie, welke expertise heeft. Hoe gaan we dit werkbaar maken voor de professional?
- Digitale toegankelijkheid (online):
 - o Er is al veel, bijeenbrengen
 - o Aantal tools landelijk faciliteren
 - o Hoe? Platform over sectoren/hulpvragen heen: bijv. therapieland, gezonde boel, e-communities
- Fysieke/sociale omgeving van de Utrechter:
 - o Ambassadeur/contactpersoon
 - o Gemeenschapskracht: hoe stimuleren we de mentaliteit van 'iets doen voor de ander'?
 - o Ontmoetingsplekken

Verkleinen gezondheidsverschillen

We houden rekening met gezondheids- en sociale verschillen van Utrechters. Deze verschillen kunnen leiden tot een behoefte aan gedifferentieerde aanpak in ondersteuning.

Specifieke aandacht is nodig voor:

Jongvolwassenen (waaronder studenten – in Utrecht Stad wonen ongeveer 70.000 studenten). Jongvolwassenen vallen soms tussen wal en schip (tussen jeugdhulp en volwassenen hulp/zorg in), zij in grotere mate mentale problemen kunnen ervaren en soms (nog) geen groot netwerk hebben.

Kinderen van ouder(s)/opvoeder(s) met problemen (op verschillende domeinen, zoals scheiding, schulden, huiselijk geweld, psychische problemen van ouder(s)/opvoeder(s), werkloosheid, hoge prestatiedruk).

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, die minder taalvaardig zijn en/of een migratieachtergrond hebben.

Aanpak: o.a. aansluiten bij thema 1c van opgave 'Versterken sociale basis en eerstelijns'.

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Situatieschets

Regiobeeld

- In bepaalde Utrechtse wijken is een relatief hoog aandeel jongeren (14%) dat jeugdhulp (zonder verblijf) ontvangt en de verwachting is dat dit de komende jaren zal stijgen. Jeugdhulp wordt geregeld ingezet in gezinnen waar ook problematiek van ouders/verzorgers speelt (denk aan complexe scheidingen, KOPP/KOV, GGZ). Niet gelijktijdige/integrale afgestemde ondersteuning en zorg leidt tot inefficiënte en ineffectieve hulp.
- Informatie over het aanbod is versnipperd en onvolledig, waardoor je het risico loopt dat inwoners en professionals het aanbod niet kunnen vinden. Tegelijkertijd geeft een aantal respondenten aan dat het aanbod in Utrecht-Stad relatief overzichtelijk wordt ervaren door o.a. de centrale rol van buurtteamorganisaties en de overzichtelijke organisatie van jeugdhulp.

Samenwerking

Sinds de decentralisatie zijn er in Utrecht Stad al veel stappen ondernomen om de sociaal-medische samenwerking te versterken.

- Er is een stevige basis aanwezig waar vanuit gewerkt wordt. Er zijn verschillende werkbare samenwerkingsafspraken/methoden/werkwijzen, waarvan het belangrijk is deze door te ontwikkelen, op elkaar aan te laten sluiten (een integraal concept ontwikkelen) en dit te verstevigen en verankeren in Utrecht Stad. De basis voor samenwerking ligt er en daar kunnen we trots op zijn, maar borging hiervan behoeft aandacht.
- Vanuit de sociale basis en de eerstelijns wordt vanuit een bredere kijk op de leefwereld gekeken naar de Utrechters. Dit gebeurt op basis van verschillende werkwijzen, maar deze zijn niet conflicterend met elkaar.
- In Utrecht Stad wordt gewerkt met het 'Utrechts zorgmodel'. Dit model bevat 3 sporen en 6 leidende principes:
 - Sporen: 1. sociale basis (informele hulp & vrijwillige inzet), 2. Basiszorg (generalistische buurtteams) en 3. aanvullende zorg (specialistisch).
 - Leidende principes: leefwereld centraal, doen wat nodig is, ruimte voor professionals, uitgaan van mogelijkheden, zo nabij mogelijk en eenvoudig.
- In Utrecht Stad wordt vanuit domein overstijgende netwerken in de wijk gewerkt aan de stedelijke- en wijkopgaven die er liggen. Hierbij wordt – voor het herijken van de prioriteiten en monitoring van de effecten – gebruik gemaakt van WijkData WijkDoen: een werkwijze waarbij het medische-, sociale domein en de inwoner samenwerken om data- en kennisgestuurd te werken in de Utrechtse wijken.
- In de Wijkalliantie+ vindt samenwerking tussen sociaal domein een eerstelijnszorg plaats.
- Een complexiteit in de samenwerking tussen sociale basis en eerstelijns is dat de financieringsstromen gescheiden zijn. Dit geldt o.a. voor groepsgericht werken dat vanuit Gemeente wordt toegejuicht, maar vanuit de Zvw een knelpunt is want dit maakt vooral individuele bekostiging mogelijk.

Disclaimer

- Buurtzorg heeft een aanvraag voor transformatiemiddelen gedaan, welke de snelle toets heeft doorstaan. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat deze aanvraag wordt gehonoreerd. Utrecht is één van de gemeenten waar zij aan de slag gaan. Inhoud van de aanvraag is vooralsnog onbekend. Belangrijk om hier kennis van te nemen en te verkennen hoe dit zich verhoudt tot de opgaven in Utrecht stad: Versterken sociale basis en eerstelijns, Gezond ouder worden en Mentale gezondheid en weerbaarheid.
- Vanuit de opgave Sociale basis en eerstelijns zien we enkele generieke punten die voor Utrecht-Stad gelden (paraplus over de opgaven heen):
 - Het aanbod in de wijken vanuit de sociale basis en burgerinitiatieven zal dusdanig zichtbaar moeten zijn dat mensen verleid worden hier als eerste naartoe te gaan. Signaleringsfunctie vanuit zorgpartijen om Utrechters actief (terug) te verwijzen naar het sociaal domein. Zorgprofessionals kunnen een actieve rol pakken in het beperken van de instroom naar de zorg in de 2e lijn of 3e spoor.
 - Preventie
 - Digitalisering
 - Inwonersinitiatieven; initiatieven die voor en door bewoners worden opgepakt



Overzicht inhoud regioplan

Doelgroep

We focussen ons op alle Utrechters, want alle doelgroepen hebben baat bij het versterken van de samenwerking tussen de sociale basis en de eerstelijns. Vanuit een brede kijk op de leefwereld van de Utrechter en de wijk zorgen we er, samen met de Utrechters, voor dat we de potentie van de sociale basis en de eerstelijns benutten. We werken hierin samen en vullen elkaar aan, zonder versnipperingen of dubbelingen. We hebben hierbij ook altijd aandacht voor de wisselwerking tussen bestaanszekerheid en gezondheid, en de verbinding tussen ouder(s)/opvoeder(s) en kind(eren). De sociale basis en eerstelijns zorgen bij ouderproblematiek* voor vroegtijdige signalering en ondersteuning van kinderen bij de last die zij mogelijk ervaren. Hierdoor verkleinen we de impact van ouderproblematiek op het gezond en veilig opgroeien van kinderen en jongeren.

** Met 'ouderproblematiek' bedoelen we ook problematiek bij andere opvoeder(s) dan de ouder(s) van een kind*

Sector(en):

- Sociaal domein en eerstelijns



Start vanuit leefwereld en positieve gezondheid

Visie

Iedere Utrechter doet ertoe. We hebben een gedeelde verantwoordelijkheid voor de gezondheid van Utrechters. Waarbij gezondheid niet gezien wordt als de afwezigheid van ziekte en beperkingen, maar als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren. Het gaat om de veerkracht van de Utrechters in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven: zij staan zoveel mogelijk in hun eigen kracht. Hierbij spelen preventie (zoals geformuleerd in het Nationaal Preventieakkoord) en leefstijl een belangrijke rol om erger te voorkomen. Ook bestaanszekerheid is van grote invloed op de gezondheid van Utrechters. Zo nodig kunnen Utrechters rekenen op hun eigen netwerk*de gemeenschap, (in)formele maatschappelijke ondersteuning en zorg. We kijken eerst naar wat Utrechters zelf en met hun netwerk kunnen, wat vanuit de gemeenschap gedaan kan worden en wat het voorliggend veld kan. Daarna pas wat er vanuit professionele ondersteuning en zorg aanvullend nodig is. Belangrijkste uitgangspunten hierbij zijn: persoonsgerichte ondersteuning en zorg dichtbij (we zorgen dat we de vraag achter de vraag helder hebben) en persoonlijke ondersteuning en zorg is zo licht en kort als mogelijk en zo lang en zwaar als nodig. Dit doen we door te starten vanuit de leefwereld van de Utrechters en opgavegericht te werken in de wijkinfrastructuur. We werken wijk- en gebiedsgericht en zorgen daarbij voor stedelijke samenhang.

Om opgavegericht te werken zal de basis op orde moeten zijn. Uitgangspunten hiervoor zijn:

- Spreken van dezelfde taal
- Professionals kennen elkaar, evenals de essentiële steunstructuren in de wijk
- Professionals (er)kennen elkaars expertise
- Professionals weten elkaar te vinden en stemmen activiteiten op elkaar af
- Er vindt casuïstiekbespreking plaats
- Utrechters worden actief betrokken

Urechters spelen zelf een belangrijke rol, hun behoeften en verwachtingen staan centraal en zijn de drijfveer achter het door ontwikkelen van de samenwerking. In Utrecht hebben de sociale basis en de eerstelijns al grote stappen gezet door het ontwikkelen van verschillende samenwerkingsvormen (zoals Krachtige Basiszorg en de inzet van NIZU-ambassadeurs) en de inzet van methodieken (zoals Welzijn op Recept). Het is nu tijd om deze fundamenten te versterken en verder uit te bouwen, omdat we geloven dat een verbeterde samenwerking directe en positieve impact zal hebben op alle Utrechters. Dit doen we enerzijds door het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal en werkwijze en anderzijds door de gebieds- en wijkgerichte wijze van samenwerking te verankeren in ons dagelijkse manier van werken. Utrechters krijgen hiermee een eenduidige ondersteuning vanuit de sociale basis/eerstelijns en ondersteuning in de buurt die aansluit bij hun wensen en behoeften. Het doel van het versterken van de sociale basis en eerstelijns (basiszorg) in Utrecht is de (toekomstige) vraag naar ondersteuning en zorg te kunnen blijven beantwoorden binnen de gestelde financiële kaders. Het uitgangspunt daarbij is dat dit ultimo gerealiseerd kan worden als dit zoveel als mogelijk integraal, over de domeinen heen en opgave- en wijkgericht plaatsvindt.

In de komende 5 jaar investeren we samen in duurzaam (opgavegericht) werken binnen onze wijken en gaan we zorgvuldig om met het sociale kapitaal. Gemeenschapskracht, informele zorg & ondersteuning en formele ondersteuning en zorg werken hierbij naadloos met elkaar samen.

**We zijn gericht op netwerkversterking van de inwoner, maar dat wil niet zeggen dat iedere Utrechter een netwerk heeft of zal krijgen. Wij dienen ons hier bewust van te zijn en ook van de consequenties die dit heeft (niet alles is maakbaar).*



Start vanuit leefwereld en positieve gezondheid

Ambitie

Utrechters merken dat er in Utrecht Stad al jaren gebouwd wordt aan een goede samenwerking in en rondom de wijken waar zij in wonen. Een stevige basis is dus al gelegd en het is nu het moment om dit te bestendigen, te borgen en door te ontwikkelen. Dit doen we op zowel het niveau van de individuele Utrechter als op groepsniveau. De volgende ambities hangen hiermee samen:

1. Wanneer Utrechters met de sociale basis en/of de eerstelijns in contact komen, kunnen zij rekenen op duidelijke en begrijpelijke communicatie, omdat er gewerkt wordt vanuit een **gemeenschappelijke taal en werkwijze**. Dit betekent dat organisaties elkaars werelden kennen en begrijpen, en dat de taal uit verschillende aanpakken/methodieken waarmee gewerkt wordt op elkaar is afgestemd. Ook zorgen we ervoor dat we eenduidig, in dezelfde taal en met dezelfde verwachtingen communiceren richting de Utrechters. Hierbij wordt de verbinding gelegd met de opgaven 'Gezond ouder worden' en 'Mentale gezondheid en weerbaarheid' waar dit ook een onderdeel van is.
2. We **werken opgabegericht** in de wijk. Door het opgabegericht werken merken Utrechters dat er ingespeeld wordt op de lokale aandachtspunten: iedere wijk bepaalt welke integrale opdrachten welke focus krijgen. Op deze manier kunnen we in Utrecht nog beter 'ongelijk investeren' voor gelijke kansen. Preventie en leefstijl (conform het Nationaal Preventieakkoord) zijn hierin belangrijke onderdelen.
3. Utrechters beschikken over de juiste hulpbronnen doordat de beschikbare **hulpbronnen** en **ontwikkelde tools** goed vindbaar zijn en gezamenlijk maximaal benut worden, waarbij we elkaar aanvullen en versterken.
4. We zorgen voor duurzame **borging en bestendiging** van bovenstaande ambities. De incidentele IZA-gelden gebruiken we voor een duurzame verandering.



1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

Doelgroep

Zie thema 1.

Doelstellingen

- Utrechters hebben beter zicht op hun eigen rol en hebben realistische verwachtingen van anderen als het gaat om ondersteuning en zorg in de wijk, doordat in Utrecht een gezamenlijke taal wordt gesproken. Deze gezamenlijke taal wordt zowel operationeel als tactisch en strategisch gebruikt als basis voor de uitvoering van de plannen rondom deze opgave:
 - Utrechters ervaren eenduidige communicatie, ongeacht met wie zij in de wijk te maken hebben. Hierdoor zijn verwachtingen en communicatie/informatie helder over wat men zelf kan doen en bij wie je waarvoor terecht kan.
 - Professionals (sociaal domein en zorg) kennen en begrijpen elkaars werelden en kunnen Utrechters in één keer begeleiden naar de ondersteuning en zorg die nodig is.
 - De verschillende Utrechtse vertrekpunten en aanpakken (met ieder hun eigen termen) zijn naast elkaar gelegd en eenduidige afspraken gemaakt over terminologie die we met elkaar hanteren. Dit betreft o.a. het Utrechts zorgmodel, positieve gezondheid, 4D model en medisch model met 0e/1e/2e lijn.
- We ontwikkelen een **gemeenschappelijke werkwijze** (concept), waarbij:
 - De leefwereld van de Utrechter altijd het uitgangspunt is.
 - We werken nauw en duurzaam met elkaar samen: de Utrechter zelf, het netwerk rond de Utrechter, het sociaal domein en de zorg.
 - Gemeenschapskracht, bewonersinitiatieven en informele zorg worden versterkt (zeker als het gaat om vroegsignalering).
 - We vanuit alle leefdomeinen kijken naar de vraag achter de vraag.
 - Sociaal en medisch domein nauw samenwerken door bij integrale vraagstukken gezamenlijk het gesprek te voeren, waarbij één van de partijen in de lead is (afhankelijk of sociaal of medisch component voorliggend is in het vraagstuk).
 - We bestaande en bewezen aanpakken en methoden aan elkaar verbinden en opschalen, denk aan Welzijn op recept, Wat telt, Krachtige basiszorg, het 4D model, Positieve gezondheid, WijkData WijkDoen, NIZU-ambassadeurs van informele zorg, Stress Sensitief Werken, Leergang werken in een achterstandswijk en OZO verbindzorg.
 - We duidelijk onderscheid maken tussen wat we uniform oppakken (in de hele stad) en waar verschil in uitvoer op wijkniveau passend is. We maken geen blauwdruk maar sluiten aan bij de couleur locale.
 - Deze gemeenschappelijke werkwijze de basis is van hoe we samenwerken, hoe we elkaar betrekken en versterken en hoe we doorlopende lijnen creëren. Hierbij houden we expliciet rekening met het onderhouden van samenwerkingsrelaties, onboarding/meenemen van nieuwe professionals, leren van en met elkaar.
- Utrechters zijn beter in staat om eerst zelf met hun uitdagingen en problematiek aan de slag te gaan doordat zij gebruik van passende online en offline hulpbronnen.

Wat levert het op?

- Voor de Utrechter: consistentie in de benadering, weet beter waar hij aan toe is omdat professionals vanuit dezelfde lijnen en principes communiceren en vergroot vertrouwen doordat ze weten dat professionals op één lijn zitten. Daarnaast maken Utrechters meer en beter gebruik van alle beschikbare hulpbronnen en (steun)netwerken en ervaren zij meer eigen regie.
- Voor de professional: vergemakkelijkt de samenwerking, kortere lijnen, helderheid en duidelijkheid kan het werkplezier vergroten. Betere samenwerking leidt ook tot het 'the first time right' doen, zodat overbruggingszorg minder noodzakelijk is.



1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

Aanpak

Gemeenschappelijke taal en werkwijze:

- We leren al doende van en met elkaar ('learning by doing') en kunnen tussendoor bijsturen (kort cyclisch werken). Er zijn op dit moment (eind 2023) al twee wijken die opgavegericht werken (door)ontwikkelen, dit zijn mooie proefwijken voor het werken met één taal en één werkwijze en kunnen parallel aan de ontwikkelfase al gaan werken met bepaalde elementen uit de concept aanpak. Leerpunten uit deze wijken worden meegenomen bij de ontwikkel- en implementatiefases.
- We starten met een inventarisatiefase (Q1/Q2 2024):
 - Door, onder andere, in gesprek te gaan met Utrechters en professionals een zo volledig mogelijk beeld krijgen van aanpakken die er zijn. Positieve gezondheid en 4D zijn bestaande onderleggers hiervoor. Waar zit de overlap, waar het verschil en wat moet onderdeel zijn van de gemeenschappelijke taal en werkwijze? We toetsen actief bij Utrechters hoe zij willen dat er met ze gesproken wordt.
 - In verschillende sessies de visie opstellen voor één taal en één concept (werkwijze, generiek voor Utrecht Stad).
 - De eerste contouren, die eind Q2 2024 gereed zijn, worden meegenomen in de bestaande wijsamenwerkingen.
- Ontwikkelingsfase (Q3/Q4 2024 & parallel met 2 (of meer) wijken die er al mee aan de slag gaan):
 - Visie vertalen naar de praktijk en concrete samenwerkingsafspraken
 - Helder hebben welke randvoorwaarden door wie gerealiseerd moeten worden om duurzaam te bestendigen
 - Ontwikkelen gezamenlijk scholingsplan
 - Ontwikkeling uitvoeringsplan netwerksamenwerking
 - Ontwikkelen materiaal voor onboardingprogramma's van nieuwe medewerkers
- Implementatiefase (2025 & parallel met 2 (of meer) wijken die er al mee aan de slag gaan):
 - Het implementeren van de gemeenschappelijke taal en werkwijze start in een afgebakende setting, door een paar wijken te selecteren.
 - De geleerde lessen uit deze setting worden periodiek doorgevoerd aan de werkwijze.
 - Geleidelijk worden hier wijken aan toegevoegd, zodat uiteindelijk Utrecht Stad als geheel de gemeenschappelijke taal en werkwijze omarmt.
- Duurzame borging/bestending:
 - Tijdens de ontwikkelingsfase zal worden nagedacht over de wijze waarop we de gemaakte afspraken kunnen bestendigen, borgen en duurzaam met elkaar kunnen blijven leren en (door)ontwikkelen. Hoe richten we een lerende infrastructuur in? De Utrecht Academie kan hiervoor een belangrijk instrument worden.
 - We besteden expliciet aandacht aan financiën (hoe zorgen we voor duurzame financiering i.p.v. eenmalige impulsen) en vakmanschap.

Hulpbronnen (generieke opgave voor Utrecht Stad):

- Starten met een inventarisatiefase van een half jaar (Q1/Q2 2024):
 - Duidelijk beeld ontwikkelen door in gesprek te gaan met Utrechters aan welke hulpbronnen (zowel online als offline) zij behoefte hebben en hoe zij die het liefst benaderen.
 - Met alle partners inzichtelijk maken welke online en offline hulpbronnen er beschikbaar zijn in Utrecht Stad.
 - Vervolgens een (GAP-)analyse maken op basis van vraagbehoefte en aanbod; waar zit de overlap, wat moeten we anders aanbieden, welke hulpbronnen hebben we nog te ontwikkelen?
- Ontwikkel- en implementatiefase (vanaf Q3 2024):
 - Starten met laaghangend fruit: hulpbronnen die met een kleine aanpassing beter kunnen aansluiten op de behoefte van Utrechters.
 - Ontwikkelen van nieuwe hulpbronnen die uit de GAP-analyse komen.
 - Afspraken maken over duurzame borging en bestending van het ontwikkelde.



1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

Organisatie en vervolg

- De Wijkalliantie+ zal als Stuurgroep fungeren rond dit plan, zij geeft o.a. opdrachten en bewaakt de voortgang.
- Inhoudelijke expertise is wenselijk vanuit de bij de Wijkalliantie+ aangesloten organisaties als zijnde programmaregisseurs/ontwikkelaars.
- Onafhankelijke projectleiding/-begeleiding heeft de voorkeur, om het totale proces te overzien en boven de organisatiebelangen uit te stijgen (belang van de Utrechter moet voorop staan).
- Op basis van de opgave of thematiek zullen andere partijen voor het betreffende agenda onderdeel gevraagd worden aan te sluiten bij de Wijkalliantie+.

Grove planning

- Zie aanpak

Randvoorwaarden

Nodig om dit plan uit te voeren:

- Capaciteit (incl. financiering) voor en vanuit de bij de Wijkalliantie+ aangesloten organisaties en professionals die hieraan werken.
- Aanvullende financiering voor onafhankelijke project- en programmaondersteuning.
- Faciliteren van wijken vanuit de wijkalliantie+ (wat hebben de wijken nodig om de basis op orde te hebben en opgave gericht te werken). Dit zal in 2024 geïnventariseerd moeten worden.
- Digitaal communicatieschrift (nu: OZO) waar Utrechter zelf, netwerk en professionals in kunnen schrijven.



1b Gebieds- of wijkgerichte aanpak

Doelgroep

Zie thema 1.

Doelstellingen

- Middels opgavegericht werken in de wijk streven we ernaar op een integrale wijze met partners in de wijk te bepalen welke opgaven in die wijk prioriteit hebben (data gedreven) en vervolgens gezamenlijk uitvoering te geven aan de werkwijze. Hiermee zullen opgaven integraal worden aangepakt, wordt de onderlinge samenwerking versterkt en zullen ondersteuning en zorg nog nauwer met elkaar verbonden worden.
- Op basis van data (waarbij het proces van WijkData WijkDoen het vertrekpunt is) wordt binnen elke wijk vastgesteld welke 3-5 **opgaven prioriteit** hebben om mee aan de slag te gaan. Hierbij wordt rekening gehouden met ongelijk investeren voor gelijke kansen en is altijd expliciet aandacht voor kind-/jongerenproblematiek, ouderproblematiek, preventie en leefstijl.
- Het (netwerk)samenwerkingsverband Wijkalliantie+ zorgt er samen met de wijk voor dat deze **opgaven aangepakt en geconcretiseerd** worden, waarbij wordt gekeken naar de onderliggende oorzaken.
 - Binnen één jaar heeft iedere wijk per opgave een visie en een concreet plan opgesteld (waarvan impactgedreven werken en monitoring onderdeel is).
 - Binnen twee jaar zijn in alle wijken van Utrecht Stad 3-5 opgaven met de hoogste prioriteit aantoonbaar aangepakt. Hierbij gaat het om cyclisch met elkaar leren en verbeteren, niet om verantwoord (geen A tot Z project).
 - In de wijken wordt o.a. aangesloten bij bestaande en nog te ontwikkelen initiatieven, zoals steunpunten, herstel- en zelfregiecentra, lotgenotengroepen, etc.
- In elke wijk zijn duidelijke en aanspreekbare **opgaveteams** (de zogenaamde 'motor in de wijk') gevormd die waakzaam zijn om de basis op orde te hebben en opgavegericht werken omarmen, initiëren en zich dus actief inzetten om op deze manier te werken. Deze 'motor' bestaat uit personen van verschillende organisaties en kent de volgende rollen: procesmanager, datamanager en community manager.
- De Wijkalliantie+ fungeert als een **stevig (netwerk)samenwerkingsverband** dat de Utrechtse wijken ondersteunt en faciliteert. Daarvoor:
 - Wordt de governance binnen de Wijkalliantie+ goed ingericht.
 - Bepaalt de Wijkalliantie+ voor zichzelf een scherpe positionering: welke rol willen we innemen?
 - Wordt samenwerking en afstemming met financiers steviger neergezet.
 - Worden bestaande Utrechtse gremia die qua inhoud aan de Wijkalliantie+ raken toegevoegd aan de Wijkalliantie+, om eenvoudiger met elkaar te schakelen.

Uitgangspunten opgavegericht werken in de wijkinfrastructuur

De volgende uitgangspunten hanteren we bij het opgavegericht samenwerken (gebaseerd op het Stanford model en de Utrechtse voorbeelden):

- Gedeelde agenda:** Welke impact beogen we? Stedelijk en/of in de wijk?
- Afgestemde activiteiten:** Initiatieven en activiteiten verbinden en integreren, afstemmen wie welk onderdeel realiseert, zicht krijgen op essentiële activiteiten die ontbreken.
- Gezamenlijk impact meten:** Door resultaten van wijkinitiatieven zichtbaar te maken en maatschappelijke impact te onderbouwen met data.
- Basisinfrastructuur per wijk:** Tijd en financiële middelen om de basis samenwerking aan te jagen en te faciliteren met daarnaast vaste medewerkers die de grote lijnen uitzetten, initiatieven verbinden, stimuleren en faciliteren. Die waar nodig doorbraken realiseren, systeembelemmeringen adresseren en agenderen. Het wijknetwerk kan gebruik maken van leer- en ontwikkelingsfaciliteiten en er is een platform voor interprofessioneel leren (Utrecht Academie) en communiceren (offline en online).
- Doorlopend communiceren:** Voortbouwen op, versterken van en vertrouwen op relaties in de wijk en contacten met bewoners. Korte lijnen en ruimte creëren om samenwerking te versterken.

1b Gebieds- of wijkgerichte aanpak

Aanpak

Opgavegericht werken in de wijk*

- Het opgavegericht werken in de wijk start eind 2023 t/m eind 2024 in twee wijken: West en Zuidwest.
- In deze twee wijken zal het opgavegericht werken al lerend vormgegeven worden, met als doel een werkwijze op te leveren waarmee op integrale wijze met partners in de wijk bepaald kan worden welke opgaven per wijk prioriteit hebben en op welke manier gezamenlijk uitvoering gegeven kan worden aan de opgaven. Deze werkwijze zal ook richting geven aan de uitwisseling tussen stedelijk niveau (Wijkalliantie+) en de wijken waarin gewerkt wordt aan opgaven.
- In het najaar van 2023 zullen voor West en Zuidwest o.b.v. WijkData WijkDoen en in gesprek met Utrechtsters uit die wijken opgaven worden bepaald en opgaveteams worden geformeerd.
- Begin 2024 (jan/feb) zal ieder opgaveteam een verandertheorie en projectplan opstellen.
- Vanaf maart 2024 zal in de twee wijken daadwerkelijk gestart worden met de uitvoer rond de opgaven.
- In het najaar van 2024 zal lering getrokken worden (evaluatie) uit de twee wijken en zal een plan opgesteld worden voor doorontwikkeling en verbreding naar de overige Utrechtse wijken. Hierin zal ook gekeken worden wat nodig is voor duurzame borging en bestendinging.

* NB. De planning wordt eind 2023 aangepast conform lopend project.

Wijkalliantie+ verstevigen

- De Wijkalliantie+ zal in Q1 2024 haar governance, positionering en samenwerking met financiers aanscherpen.
- In Q2 2024 zullen deze zaken worden/zijn ingericht.
- Het verbinden van andere Utrechtse gremia die aan de Wijkalliantie+ raken zal in Q2 en Q3 verkend worden, met als streven eind 2024 de verbinding te leggen.

Organisatie & vervolg

Opgavegericht werken in de wijk

- De Wijkalliantie+ is regievoerend namens de partners.
- Om tot een goede onderbouwde werkwijze te komen, zet de Buurtteamorganisatie haar ontwikkelaar in als stedelijk procesmanager om dit proces (opstart in 2024) voor de Wijkalliantie+ te ondersteunen. De procesmanager zorgt o.a. voor de verbinding tussen de wijkopgaven en de stedelijke Wijkalliantie+, helpt bij het uitwerken van een visie per wijkopgave, begeleidt de planvorming, bewaakt het proces en zorgt voor reflectie ter bevordering van het leerproces.
- In iedere wijk is een 'opgaveteam' de motor achter het opgavegericht werken. Hierin worden de volgende rollen onderscheiden: community manager, datamanager en procesmanager.
- In de opstartfase (2024) zijn voor de twee wijken West en Zuidwest enkele ambassadeurs benoemd die actief meedenken en de link zijn tussen de Wijkalliantie+ en de wijken.

Wijkalliantie+ verstevigen

- De Wijkalliantie+ is hiervoor zelf aan zet.
- Onafhankelijke projectleiding/-begeleiding hierbij is nodig.

Grove planning Zie aanpak.

Randvoorwaarden, nodig om dit plan uit te voeren:

Opgavegericht werken in de wijk:

- Tijd en financiële middelen zijn nodig om de basissamenwerking aan te jagen en te faciliteren met daarnaast vaste medewerkers die de grote lijnen uitzetten, initiatieven verbinden, stimuleren en faciliteren. Betreffende medewerkers dienen waar nodig doorbraken te realiseren, systeembelemmeringen te adresseren en agenderen.
- Het wijknetwerk kan gebruik maken van leer- en ontwikkelfaciliteiten, er is een platform voor interprofessioneel leren en communiceren (offline en online). Hiervoor is financiering (ontwikkelkosten + positionering) nodig.
- Financiering voor de Stedelijk procesmanager en 'motor' in de wijk.
- Ontwikkelen dashboard WijkData WijkDoen.
- Ontwikkelen wijze van monitoring wijkopgaven.
- Doorontwikkeling en verbreden WijkData WijkDoen o.b.v. de opgedane ervaringen.
- Huisvesting in de stad al dan niet gekoppeld aan de visie op zorg in de stad.

Wijkalliantie verstevigen:

- Aanvullende financiering voor onafhankelijke projectleiding/-begeleiding.

1c Gelijke kansen waaronder voor jeugd

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep

We focussen ons op alle Utrechters, want we pogen gelijke kansen te creëren voor iedereen.

- Voor welke opgaven het thema 'gelijke kansen' voornamelijk van belang is, volgt vanuit de wijkopgaven.
- Naast wijkopgaven, hebben we rond gelijke kansen expliciete aandacht voor:
 - Jongvolwassenen (waaronder studenten – in Utrecht Stad wonen ongeveer 70.000 studenten). Jongvolwassenen vallen soms tussen wal en schip (tussen jeugdhulp en volwassenen hulp/zorg in), zij in grotere mate mentale problemen kunnen ervaren en soms (nog) geen groot netwerk.
 - Kinderen van ouder(s)/opvoeder(s) met problemen (op verschillende domeinen, zoals scheiding, schulden, huiselijk geweld, psychische problemen van ouder(s)/opvoeder(s), werkloosheid, hoge prestatiedruk).

NB. Dit subthema heeft veel relatie met subthema 1a en 1b en met de opgave 'Mentale gezondheid en weerbaarheid' (o.a. relatie met jeugd).

Sector(en)

Zie thema 1.

Doelstelling

1. Per wijk is vanuit het opgavegericht werken (1b) bekend en zichtbaar welke opgaven specifieke aandacht behoeven als het gaat om gelijke kansen. We zorgen er o.a. voor dat in elke wijk de focus ligt op kwetsbare onderwerpen die onderliggend zijn aan kind/jongeren problematiek specifiek voor die wijk. Hierbij valt te denken aan prestatiedruk, mentale weerbaarheid/kwetsbaarheid, alcohol- en middelen misbruik en gezonde leefomgeving.
2. Utrechtse jongvolwassenen en studenten voelen zich gesteund in het aanbod vanuit de community, laagdrempelige initiatieven door de sociale basis en eerstelijnszorg (in samenwerking met onderwijsinstellingen en studentenorganisaties). Eén van de uitdagingen voor deze doelgroep is mentale gezondheid (als gevolg van uitdagingen op het gebied van o.a. prestatiedruk, opbouwen sociaal eigen netwerk, (studie)schuld, huisvesting en toekomstperspectief).
3. Bij problematiek bij Utrechters met kinderen zorgen de sociale basis en eerstelijns altijd voor vroegtijdige signalering en zo nodig ondersteuning van kinderen bij de (mentale) last die zij mogelijk ervaren door de problemen van hun ouders. Hierdoor verkleinen we de impact van ouderproblematiek op het gezond en veilig opgroeien van kinderen/jongeren en proberen we problemen op latere leeftijd te voorkomen.

1c Gelijke kansen waaronder voor jeugd

Aanpak

Kind/jongeren problematiek en ouderproblematiek per wijk

- We zorgen ervoor dat bij het opvavegericht werken in wijken (1b) altijd expliciet aandacht is voor kind-/jongerenproblematiek en ouderproblematiek specifiek voor die wijk.

Inventarisatie initiatieven m.b.t. gelijke kansen kind/jeugd/jongvolwassenen

- Q1 en Q2 van 2024 staan in het teken van inventarisatie van alle initiatieven en de infrastructuur die er in Utrecht Stad is voor jongvolwassenen/studenten en ouderproblematiek. Doel hiervan is dat we elkaars initiatieven kennen, zowel medisch als sociaal (op dit moment vindt daar onvoldoende uitwisseling plaats). Enkele initiatieven zijn:
 - Kansrijke start (stedelijke opgave): één van de actielijnen van Kansrijke Start is het versterken van ouders, hun omgeving en netwerk. Dit gaat over de periode van voor de zwangerschap tot 2 jaar na de bevalling.
 - Collectieve aanpak (stedelijke opgave jeugd waarin ook de omgeving van de hulpvrager wordt betrokken)
 - Kernpartneraanpak (samenwerking tussen kernpartners sociale basis/basishulp en onderwijs met als doel eerder signaleren en versterken van elkaar in een preventieve manier van werken)
 - Gezond gewicht Utrechtse jeugd
 - Duurzaam perspectief jongeren
 - De studentenzorgwijzer (www.studentenzorgwijzer.nl) die is opgezet in samenwerking met de gemeente Utrecht, de wens is deze te transformeren naar een interactief platform
 - Bestaand netwerk van de Hogeschool van Utrecht en de Universiteit van Utrecht (o.a. studentensprekkuur bij de HU)
- In Q3 van 2024 wordt o.b.v. deze inventarisatie een GAP-analyse gemaakt om te kijken of we een dekkend geheel aan initiatieven hebben en/of wat er (in verbinding/versterking) gemist wordt. Hierbij gaan we tevens in gesprek met Utrechters om te verkennen of zij iets missen/ergens aanvullends behoefte aan hebben.
- Als er zaken gemist worden, zullen daarop in Q3/Q4 van 2024 plannen gemaakt worden. Een idee is bijv. al: wanneer kinderen opgroeien in een gezin met schulden, kan er bij de intake van de basisschool een specialist van schuldhulpverlening betrokken worden.

Organisatie & vervolg

Kind/jongeren problematiek per wijk

Linken aan opgaveteams per wijk.

Inventarisatie initiatieven m.b.t. gelijke kansen kind/jeugd/jongvolwassenen

De Wijkalliantie+ zal begin 2024 bepalen hoe en wie de regie op dit proces pakt en wie de uitvoering op zich neemt. Mogelijk is hierbij externe ondersteuning wenselijk.

Grove planning

Zie aanpak

Randvoorwaarden

Kind/jongeren problematiek per wijk

Zie 1b.

Inventarisatie initiatieven m.b.t. gelijke kansen kind/jeugd/jongvolwassenen

Tijd (personele inzet vanuit verschillende organisaties) en financiële middelen zijn nodig om de inventarisatie uit te zetten, initiatieven aan elkaar te verbinden en evt. aanvullende initiatieven te ontwikkelen.

Algemeen

Intensieve(re) samenwerking m.b.t. crisissituaties jeugd tussen Buurtteam Jeugd en Gezin, KOOS, Spoor030, SterkZ.org + mogelijke implementatiekosten die hiermee gemeoid zijn.

Overzicht inhoud regioplan

Sterke regionale samenwerking en organisatie

Doelgroep en sector(en)

Eerstelijns partijen vanuit de zorgverzekering wet (zvw), zoals huisartsen, apothekers, eerstelijns behandelaren georganiseerd in de VV&T (wijkverpleging, specialist ouderen geneeskunde en paramedici) en paramedici.

Visie

De eerstelijnszorg is duurzaam toegankelijk en draagt bij aan een betere balans tussen gezondheid en ziekte voor iedereen. Eerstelijnszorg is persoonsgericht en aangepast op de gezondheidsvaardigheden van de burger. De zorg is gebaseerd op de principes van passende zorg. Generalistisch als het kan en specialistisch als het moet. Dit vraagt om een duidelijke organisatie van eerstelijns partijen. De beschikbare capaciteit en financiële middelen worden op de meest doelmatige manier ingezet. Dit doen zorgprofessionals in nauwe samenwerking met het sociaal domein, tweedelijnszorg en langdurige zorg.

Sterkz.org is in Utrecht de (multidisciplinaire) eerstelijns regio-organisatie en werkt volgens het principe praktijk - wijk - stad.

Ambitie

- Versterken organisatiegraad en kracht paramedische beroepsgroepen
- Versterken organisatie kracht apotheken
- Versterken organisatie VV&T organisaties (focus op eerstelijns behandelaren)
- Versterken samenwerking wijkverpleging en Sterkz.org
- Een aanspreekbare organisatie van de eerstelijnspartijen vanuit de Zvw in 2028
- Facilitaire organisatie eerstelijns beroepsgroepen, zodat zij zich kunnen focussen op hun vak
- 1 dossier

2a [Een sterke basis](#)

2b [Digitalisering](#)

2c [Vertrouwen en samenwerken](#)

2a Eerstelijnszorg als sterke basis

Doelgroep: mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, ouderen met een kwetsbare gezondheid, mensen met psychische klachten / mentaal kwetsbaren, Mensen met (risico op) kanker, mensen met (risico op) hart- en vaatziekten, jeugd, sociaal kwetsbaren, zorgverleners.

Sector(en)

Eerstelijns partijen vanuit de zorgverzekering wet (zvw), zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleging (wv) en paramedici

Doelstellingen

1. Krachtige georganiseerde vakgroepen in de eerste lijn in de stad Utrecht.
2. Drempelloze/vloeiende samenwerking tussen de partijen
3. Krachtige multidisciplinaire organisatie in de stad Utrecht
4. Een aanspreekbare organisatie van de eerste lijn in de stad Utrecht

Wat levert het op voor de Utrechter?

- Afgestemde zorg
- Zorg op de juiste plek
- Integraal groepsaanbod inclusief financiering realiseren

Wat levert het op voor de professional?

- Optimaliseren gebruik van competenties vakgroepen
- Vergroten werkplezier
- Ontlasting van huisarts
- Met minder menskracht de juiste dingen doen

Wat levert het op voor de stad?

- Een aanspreekbaar georganiseerde eerste lijn (voor gemeente, ziekenhuizen, GGZ- & VVT-organisaties en overige instellingen/instituten)

Aanpak

Zie grove planning

Organisatie & vervolg

N.t.b.

Grove planning

- 2024 – Organisatiegraad en kracht eerstelijns partijen versterken
- 2025 – Optimaliseren gebruik competenties van eerstelijnspartijen
- 2025 – Integraal groepsaanbod realiseren (incl. financiering)
- 2026 – Drempelloze/vloeiende samenwerking eerstelijnspartijen
- 2027 – Een aanspreekbare eerstelijnsorganisatie en facilitaire organisatie eerstelijns gerealiseerd

Randvoorwaarden

- Financiering multidisciplinair groepsaanbod
- Financiering integraal groepsaanbod (eerstelijns & sociaal domein)
- Financiering multidisciplinaire eerstelijns regio-organisaties
- Opnemen organisatie en beleid in opleidingen van eerstelijnsorganisaties
- Werken vanuit een patiëntendossier in de eerste lijn



2b Digitalisering

Dit subthema heeft een directe samenhang met:

- Inhoudelijke ontwikkelingen binnen deze opgave, afhankelijk van keuzes die m.b.t. thema 1 en 2a gemaakt worden zal ook digitale inzet wenselijk/nodig zijn.
- Stedelijke bewegingen die al zijn ingezet
- Regionale ontwikkelingen (o.a. TRIJN)
- Het fundament 'digitalisering en gegevensuitwisseling', onderdeel van regioplan Utrecht

Vanwege deze samenhang is aan subthema 2b (nog) geen specifieke invulling gegeven voor Utrecht Stad.



2c Hoge organisatiegraad en samenwerking op subregioniveau

Organisatie, samenwerking en verbinding met burgerinitiatieven zijn de rode draden van alle inhoudelijke plannen die beschreven zijn in thema 1 en 2a van deze opgave.

Om deze reden is aan subthema 2c geen aparte invulling gegeven.

Situatieschets

- De regio groeit en vergrijs, Utrecht Stad ook. In gemeente Utrecht groeit de groep 65+ procentueel het sterkst tot 2040, van ~39.000 naar 61.000, een toename van bijna 60%. Deze toename komt met name door het ouder worden van de mensen die al in Utrecht wonen. Het aandeel 65-plussers in Utrecht stijgt van ongeveer 11% naar 13% in 2040. Dit is relatief laag vergeleken met het landelijk aandeel van 20%.
- In bijna elke wijk groeit het aandeel 65+'ers (2023 t.o.v. 2040). In Leidsche Rijn met ~70%, in Noordoost met ~35%, in Oost met ~29%, in Binnenstad met ~22%, in Zuid met ~21%, in West met ~21%, in Vleuten-De Meern met ~20%, in Noordwest met ~16%, en in Overvecht met ~5%. In volgorde van meeste naar minste vergrijzing. Alleen in Zuidwest blijft het aandeel 65+ ongeveer gelijk op ~10% ([bron](#))
- Deze demografische verandering resulteert in een verwachte toename van vraag naar ondersteuning in alle domeinen. Bij onveranderd beleid zal naar verwachting de vraag naar verpleeghuiszorg (aantal cliënten) verdubbelen tussen 2023 en 2040. De geprognostiseerde groei betreft in Utrecht, 1.755 nieuwe Wlz-cliënten bij Zilveren Kruis in 2040 t.o.v. 2023
- Bovenstaande cijfers dienen worden afgewogen met de uitgangssituatie (informeel en formeel aanbod, faciliteiten etc.) en kenmerken (sociaal, fysiek, mentaal) specifiek per wijk. Dit helpt om wijkniveau concreet te bepalen wat er te doen staat en om de effectiviteit van de oplossingsrichtingen te bepalen. Los daarvan zien we een aantal algemene uitdagingen op Utrecht Stad niveau (zie rechts)

Bewustwording en anticiperen op ouder worden (preventie)

Ouderen blijven meedoen in de samenleving, weten dat de zorg verandert en anticiperen zelf op toekomstig ouder worden. Bewust van eigen welzijn, belang van sociaal netwerk en passende woonruimte en juiste ondersteuning en zorg kunnen vinden. Het gaat ook om verantwoord langer zelfstandig thuis wonen dan voorheen: een andere context met impact op wijkverpleging, sociaal domein en mantelzorg

Ouderen met gezondheidsachterstand

Rekening houden met gezondheids-/sociale verschillen. Vershillen leiden tot behoefte aan gedifferentieerde aanpak in (kunnen vinden van) ondersteuning. Ook focus op migratieachtergrond, deze groep wordt sneller oud (bijv. verdubbeling van dementie t.o.v. niet-migranten ouderen).

Samenwerking tussen medisch en sociaal domein

Medisch en sociaal domein weten elkaar te vinden in casuïstiek. Sluitend steunend wijknetwerk wordt georganiseerd. Er is behoefte aan verbeterde coördinatie en communicatie, gezamenlijke inzet voor preventie en bij terugkeren na ziekenhuisopname/ ingreep of revalidatie. Extra inzet op ouderen met een zwakker sociaal vangnet.

Passend wonen

Krappe woningmarkt leidt tot tekort aan geschikte woonruimten en wijken voor ouderen om langer thuis te kunnen blijven wonen. Veel woningen zijn niet levensloopgeschikt te maken. Mogelijk dat in de toekomst verpleeghuizen geen mensen meer opnemen met een ZZP-indicatie van niveau 4-5, wat ervoor zorgt dat ouderen langer thuis moeten blijven wonen.

Crisissituaties

Er kunnen niet gelijk passende oplossingen gevonden worden in crisissituaties. Ook leidt onvoldoende samenwerking bij terugkeer uit ziekenhuis tot crisissituaties. Vormgeving van duidelijke afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg voor kwetsbare ouderen in acute situaties (inclusief inzet informele circuit, technologie, diagnostiek) helpt oplossing te vinden.

Overig genoemde uitdagingen zijn: **Stap naar digitale/andere middelen met juiste begeleiding, klein sociaal netwerk** voor thuiswonende ouderen met chronische problematiek (m.n. dementie). **Capaciteitsproblematiek** thuiszorg en vvt en ha/so en sociaal domein.



Ambitie en oplossingsrichtingen

Ambitie dat over 3-5 jaar meer ouderen langer vitaal zijn en verantwoord zelfstandig thuis kunnen wonen. Ouderen hebben een wederkerig ondersteunend netwerk en wanneer zorg toch nodig is, wordt dit met betrokken partijen effectief en efficiënt geregeld. Er wordt geanticipeerd op acute noodzaak voor een passend bed als het thuis niet meer gaat.

Preventie en verbeteren zelfredzaamheid

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Ouderen kunnen meedoen in de gemeente Utrecht en hebben wederkerig steunende netwerken. Er is meer bewustzijn over ouder worden en inwoners bereiden zich voor op ouder worden. Passende woonruimten, financiële bestaanszekerheid, ondersteunend netwerk, en weten waar zorg nodig is zijn van belang. Extra aandacht voor de mensen die momenteel de weg naar ondersteuning en zorg niet vinden.

Ambitie en beoogde impact van dit thema

De impact van preventie en verbeteren zelfredzaamheid draagt bij aan meer jaren langer in goede gezondheid thuis, minder (formele) ondersteuning en zorg, voorkomen van heropnames en acute opnames. Voldoende laagdrempelig aanbod en informele locaties (bv. buurthuis/huiskamer) gericht op ontmoeten en bewegen, waar ouderen 'thuis' kunnen zijn in de wijk en vragen kunnen stellen (technisch) thuis wonen, financiën, activiteiten, mantelzorg, etc.). Daarnaast communicatie en campagne over eigen verantwoordelijkheid m.b.t. het ouder worden, toegankelijke hulpmiddelen voor verbeterde zelfredzaamheid.

Versterken van samenwerking

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar

Zorgbehoefte per wijk is duidelijk, er zijn goede samenwerkingsafspraken, we werken integraal en complementair en iedereen neemt verantwoordelijkheid. Verder wordt de samenwerking ondersteund door een gedeeld platform en zijn ouderen in staat juiste (digitale) hulpmiddelen te gebruiken met juiste begeleiding.

Ambitie en beoogde impact van dit thema

Gedeelde en heldere verantwoordelijkheden, afspraken, efficiëntere inzet van capaciteit, en een integrale aanpak zorgen voor een afname in terugkeer naar het ziekenhuis en betere ondersteuning thuis. Er is een passende infrastructuur in elke wijk voor ondersteuning en zorg. De regel- en administratiedruk wordt verminderd.

Visie op thema's

Oplossings-richtingen

1a Positieve gezondheid en communicatie

1b Verantwoord langer thuis wonen met nabijheid van netwerk

1c

2a Gebieds- en/of wijkgerichte aanpak

2b Passende zorg en digitalisering



1a Positieve gezondheid en communicatie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep:

- Bewustzijn bij alle inwoners vergroten
- Extra inzet op specifieke doelgroepen (niet-Westerners, dementie, laaggeletterden etc.)

Doelstelling: bewustzijn vergroten over hoe gezond ouder te worden middels een integraal beeld en mindset over zelfredzaamheid te vormen en gezamenlijke communicatie te ontwikkelen, welke op eenzelfde wijze door alle partijen wordt gebruikt en ingezet voor de doelgroep. Er wordt geanticipeerd op ouder worden door de oudere zelf (eigen verantwoordelijkheid) en de omgeving. Hierbij zijn naasten hulp, preventie en persoonsgerichte samenwerking belangrijk.

Aanpak

De focus ligt op fysieke (gezonde leefstijl, valpreventie, bewegen), sociale (netwerk en zingeving) en mentale gezondheid (zingeving, psychiatrische problematiek)

1. Bewustwording bij inwoners en professionals van uit een gemeenschappelijke taal

- Campagnes gericht op leefstijl en gezond ouder worden en gericht om ouderen te activeren zelf verantwoordelijkheid te nemen voor gezond ouder worden
- Een gemeenschappelijke taal binnen de (zorg)keten, ook gemeenschappelijk beeld bij ouderen: niet gericht op kwetsbaarheid maar op gezondheid en zelfredzaamheid
- Veranderende mindset bij zorgprofessionals om cliënten en patiënten te ondersteunen om vooruit te denken over ouder worden. Mogelijk via toekomstgesprek over wat ouder worden betekent of in Proactieve Zorgplanning (PZP)
- Duidelijke communicatie, ook voor laaggeletterden en ouderen met een migrantenachtergrond
- In kaart brengen van bestaande voorzieningen met betrekking tot communicatie en waar deze te vinden zijn

2. Cultuursensitieve zorg

Bewustzijn en actie ondernemen m.b.t. culturele/sociale/gezondheidsverschillen- en achterstanden en de specifieke uitdagingen die daarmee gepaard gaan. Inzet op verkleinen gezondheidsachterstanden. Aansluiten bij ongelijk investeren voor gelijke kansen.

Organisatie & vervolg

1. Bewustwording bij inwoners en professionals

- 2024: (Landelijke) uitrol van een algemene campagne m.b.t. bewustwording dat de zorg verandert en dat men zich voor moet bereiden hierop. Vanuit het actieplan 'een (t)huis voor ouderen wordt specifiek voor ouderen in Utrecht gecommuniceerd (de website www.utrechtvoorlater.nl is hierbij de basis). Met partijen in de stad wordt een communicatiekalender opgesteld.
- 2025: Uitwerken 'toekomstgesprek' en 'gemeenschappelijke taal' in een multidisciplinaire collectieve werkgroep met betrokkenheid van inwoners. Voorbeeld vervolgstappen:
 - Vaststellen van inhoud en vorm van het gesprek, zowel formeel als informeel
 - Opstellen werkafspraken (bijv. welke organisaties zijn verantwoordelijk, wie zijn de gespreksvoerders, hoe verhoudt zich dit tot Proactieve Zorgplanning (PZP) en wat is het logische moment en plek voor het voeren van dit gesprek?)
 - Gezamenlijke scholing in gespreksvoering en gemeenschappelijke taal voor de betrokken partijen
- 2025: Verder vormgeven en borgen van informatie-uitwisseling tussen partijen t.b.v. Proactieve Zorgplanning (PZP)

2. Cultuursensitieve zorg

- 2025: Vaststellen focus en verschillende klantreizen identificeren
- 2025: Identificatie van en verbinding met bestaande of nieuwe initiatieven die bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden, startend bij het netwerk migrantenouderen

1b
1c

Verantwoord langer thuis wonen met nabijheid van netwerk

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: 55+ (thuiswonend en kwetsbaar)

Doelstelling: zelf- en samenredzaamheid van ouderen en hun netwerk vergroten. We willen ouderen in staat stellen en ondersteunen om langer thuis te wonen met hulpmiddelen/support, mantelzorg en een informeel netwerk. Toekomstige ouderen activeren we om stappen te nemen om zelfstandigheid te behouden door bewustwording (link met 1a) en informatie over beschikbare ondersteuning, dit is in lijn met reablement. Ouderen erkennen ook het belang van een gemeenschap/netwerk, gemeenschapsvorming.

We willen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van ondersteuning verbeteren in een infrastructuur dat passend is voor die wijk (zie 2a) en ouderen een vangnet biedt.

Aanpak

- Zelfredzaamheid vergroten:** Ouderen en de mensen om hen heen tijdig bewust maken dat zelfredzaamheid het nieuwe normaal is en dat zij de verantwoordelijkheid nemen om zelfredzaam te blijven.
- Woonsituatie en wijkverbetering:** Woonsituaties verbeteren om ouderen in staat te stellen langer thuis te wonen (o.a. middels domotica). Dit is een forse opgave die (deels) buiten scope van SPO/IZA valt. In het Actieplan 'een (t)huis voor ouderen een thuis voor ouderen' wordt gewerkt aan het aanpassen van de huidige en nieuwe woningvoorraad én de leefomgevingen irt de woonzorgopgave van ouderen.
- Beschikbaarheid ondersteuning:** Stimuleren van informele netwerken voor sociale ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Enerzijds door mantelzorgers, vrijwilligers en ouderen te ondersteunen om verantwoord hulp in huis te krijgen / uit te breiden. Anderzijds door inzetten op gemeenschapskracht en betere benutting van het potentieel van informele hulp, zonder hen te overvragen.
- Informatie over voorzieningen:** Bevorderen van bekendheid van voorzieningen, activiteiten en locaties in de wijk waar oudere heen kan. Verdere opschaling van het "digitale schriftje" dat ouderen invullen en gebruiken als actuele informatievoorziening en afstemming). Het "digitale schriftje" zorgt voor verbinding tussen het medisch en het sociaal domein. Beide worden ondersteund om samen te werken en in gesprek te zijn met inwoners.
- Wijknetwerk gericht in plaats van alleen gericht op eigen sociaal netwerk:** Niet elke oudere heeft een groot eigen sociaal netwerk/kan deze nog krijgen. Door in te zetten op de wijknetwerk verandert de mindset en kan de zorg/ondersteuning van een oudere breder opgepakt worden. Wijknetwerk (mogelijk) vertalen in digitale oplossing.

Organisatie & vervolg

2024: In kaart brengen van de consequenties voor verantwoord langer thuis wonen voor de inwoners, eerstelijns, sociaal domein, VVT-sector, ziekenhuizen.

1. Zelfredzaamheid vergroten:

- Normalisatie, zelfredzaamheid en bijdrage van professionals is een regiobrede transformatie met subregionale vormgeving
- 2025: Onderzoek of inzet van data in de wijkverpleging (bijv. Data Nurse) van toegevoegde waarde is en geïmplementeerd dient te worden in Utrecht
- 2025: Naast individuele gesprekken met professionals, starten met structurele voorlichting in wijk- en op doelgroepenbijeenkomsten

2. Woonsituatie en wijkverbetering: *[woonsituatie en leefomgeving valt deels buiten IZA]*

- 2025: Kansen identificeren voor meer innovatieve woonvormen door diverse stakeholders (ouderen, mantelzorgers, zorgverleners, lokale overheden en woningcorporaties) met ambitie om community building op complex niveau vorm te gaan geven
- 2025: Evaluatie Hof van Leeuwesteijn (sociale huurwoningen voor ouderen en gezinnen) en inrichten van vijf andere woonlocaties
- 2025: In wijken waar meer ouderen worden verwacht aansluiten op dementievriendelijke wijken van Alzheimer NL

3. Beschikbaarheid ondersteuning:

- 2024: Experimenteren met projecten die inzetten op mantelzorg, wijknetwerk gericht en informele (steun)netwerken.
- 2025: Leren en doorontwikkelen.

4. Informatie over voorzieningen:

- Q1 en Q2 2024: Kansen en lacunes per wijk in beeld brengen op het gebied van voorzieningen, activiteiten en locaties in de wijk waar oudere heen kan (o.a. vindbaar in Plusgids Utrecht).
- Q3 en Q4 2024: Opstellen plan om gericht te implementeren n.a.v. behoeftes per wijk o.b.v. lessen van succesvolle initiatieven op andere plekken in de stad. Dit is inclusief een voorstel over het efficiënt organiseren van voorzieningen.

5. Wijknetwerk gericht in plaats van alleen gericht op eigen sociaal netwerk:

- 2024: aanpak verder concretiseren (o.a. in afstemming met huidig project 'Samen in de Stad' door o.a. DOCK)

2a Gebieds- en/of wijkgerichte aanpak

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: 55+ (m.n. kwetsbaar en thuiswonend)

Doelstelling: weten (datagedreven) wat per gebied en/of wijk de vraag van de toekomst is, hoe daarop ingespeeld kan worden en hoe een duurzaam, efficiënt, en laagdrempelig (wijk)netwerk opgebouwd kan worden om hieraan bij te dragen. Dit wordt actief versterkt, waar nodig door te leren van elkaar en gezamenlijk een toekomstbeeld te bepalen.

Aanpak

- Wijkgerichte samenwerking:** Duurzame integrale aanpak rondom ouderen in iedere wijk met samenwerkingsafspraken tussen verschillende partijen* uit eerste lijn, sociale basis en sociale basiszorg zodat verantwoordelijkheden duidelijk zijn (mogelijk zoals OmU aanpak). Meer benutten van beschikbare expertise in de eerstelijns en sociaal domein, denk aan zorgverlening door de apotheker en paramedici voor leefstijlinterventies etc. Ouderen, hun netwerk, wijkbewoners en (zorg)professionals werken gelijkwaardig samen. Basis van wijkgerichte samenwerking overal hetzelfde (casuïstiek, communicatie, wijkallianties). Bestaande digitale middelen als OZO inzetten om vraag en aanbod van hulp te coördineren en communiceren.
- Specificatie van aanpak:** Anticiperen op waar de toekomstige oudere zich bevindt. Verschillen in behoeften tussen diverse ouderendoelgroepen en wijken vaststellen en aanpak daarop specificeren. Ongelijke investeringen voor gelijke kansen: rekening houden met gezondheidsachterstanden en verschillen in sociale status.
- Innovatie:** Nieuwe wijken als experiment voor initiatieven. Inventariseren wat er al is, wat er mist, en waar behoefte aan is. Bewegvriendelijke wijken door aan te sluiten op Beter Thuis ([ZonMw](#)). (Mogelijk: betrekken onderzoekstak ouderenzorg UMCU)

* Sociaal Makelaar, Paramedici, Apotheek, Specialist Ouderengeneeskunde, Casemanager dementie, Informele Zorg & Ondersteuning, Huisarts, Praktijkverpleegkundige, Wijkverpleegkundige, Buurtteam

Organisatie & vervolg

2024: In kaart brengen van de consequenties voor gebieds- en of wijkgerichte aanpak voor de inwoners, eerstelijns, sociaal domein, VVT-sector, ziekenhuizen.

1. Wijkgerichte samenwerking:

- 2024: Afspraken maken voor en met kwetsbare ouderen thuis door eenduidige samenwerking en infrastructuur tussen huisartsenpraktijk, wijkverpleegkundige, sociaal domein, betrokken inwoners en informele zorg & ondersteuning passend bij de wijk (zoals project Samen in de Stad of Welzijn op Recept)
- 2024: Stadsbreed samenwerkingsverbanden (zoals geaccordeerde OmU aanpak) en die verder versterken
- 2025: Doorontwikkelen van samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld gezamenlijk indiceren, trainen van professionals en signalering)
- 2025: Plan van aanpak omtrent het oplossen van het knelpunt m.b.t. het overbruggen van ouderen van het ziekenhuis naar huis

2. Specificatie van de aanpak:

- 2024: Met inwoners de WDWD (Wijk Data Wijk Doen) aanvullen met specifieke data m.b.t. ouderen: beeld vormen per wijk, specifiek voor ouderen, o.a. m.b.t. de (toekomstige) vraag in de wijk en mogelijke inzetbaarheid mantelzorg en vrijwilligers
- 2025: Vaststellen behoefte tussen wijken. Opstellen implementatieplan en uitrol (gebruikmakend van energie en initiatieven die er al zijn in de wijk). In elke wijk een concept als beweegvriendelijke wijk of derde helft om vitaal (fysiek, sociaal en mentaal) blijven van ouderen te ondersteunen
- 2025: Voortbouwen van krachtige basiszorg in de huisartsenpraktijken waarbij de patiënten >25% uit achterstandswijken komen (nu geïmplementeerd in Overvecht)

3. Innovatie:

- 2024: Zorg coördinatie uniform inrichten. (bijv. 1 centraal punt voor zorgcoördinatie voor thuiszorg en opnames, inclusief afspraken voor crisissituaties)
- 2025: Evaluatie beweegvriendelijke wijk in Utrecht Noordwest en Noordoost
- 2025: Uitbreiden initiatief beweegvriendelijke wijk naar heel Utrecht



2b Passende zorg en digitalisering

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: 55+ (m.n. kwetsbare ouderen)

Doelstelling: faciliteren van zelfzorg en zelfmanagement met behulp van digitalisering, voor ouderen waar dat voldoende voor is, duidelijk maken waar hulpmiddelen te vinden zijn. Daarnaast professionele ondersteuning en zorg beschikbaar houden voor mensen die dat echt nodig hebben.

Aanpak

1. Normaliseren van digitaal: Verhogen van digitalevaardigheden van inwoners en zorgverleners (bewustwording zorgverleners op noodzaak digitaal werken, minder vrijblijvendheid). Digitaal als uitgangspunt voor zorgverlening waar dat geschikt is zodat fysieke zorgverlening ontlast wordt. Stimuleren van digitale zelfzorg door hulpmiddelen.

2. Informatiedeling: Versterken van samenwerking en informatiedeling tussen zorgverleners, organisaties en ouderen zelf. Vergemakkelijken van het delen van relevante informatie, bijv. reanimatiebeleid, proactieve zorgplanning. Verbreden van het gebruik van gemeenschappelijk communicatiemiddel.

3. Toekomstgericht: Voeren van gesprekken over wat passende zorg is voor ouderen op verschillende locaties en verschillende manieren. Loslaten van traditionele zorgbeeld om ruimte te geven aan digitalisatie. Mogelijkheden verkennen zorg op afstand zoals (digitale) groepen, verpleging op afstand en digitale instructies. (Gezamenlijk) experimenteren en leren van elkaar, bijv. met digitale dagbesteding. Focus op blended care tenzij en groepsgericht tenzij.

Organisatie & vervolg

Trijn is verantwoordelijk voor de centrale agenda en aanpak m.b.t. digitalisering en stuurt aan wat er subregionaal opgepakt dient te worden.

1. Normaliseren van digitaal

- 2024: Scholing digivaardigheid voor inwoners en zorgverleners
- 2025: Implementatie digitaal leveren van zorg/ondersteuning en communicatieplan om te komen tot gedragsverandering bij zorgverleners en inwoners
- 2025: Professionals (bij)scholen in het leveren van (digitale) passende zorg

2. Informatiedeling

- 2024: Verdere implementatie van communicatieplatform (bijv. OZO), waarbij inwoners betrokken worden en regie krijgen over de betrokken hulpverleners en mantelzorgers
- 2025: Verder vormgeven van digitale communicatie rondom kwetsbare ouderen (aansluitend bij ontwikkelingen en voortgang regionale transformatieplannen omtrent digitalisering en gegevensuitwisseling)

3. Toekomstgericht

- 2024: Inrichten projectteam (Trijn in de lead?). Onderzoeken welke zorg/ondersteuning digitaal geleverd kan worden in de stad Utrecht (o.a. door zorg op afstand en digitale zelfzorg door hulpmiddelen, gebruik makend van bewezen initiatieven, zie Nivel-lijst)
- 2025: Evaluatie (best practices, geleerde lessen) omtrent huidige initiatieven in de wijk m.b.t. aanbod en vraag van initiatieven (o.a. huidig (Digitaal) Buurtcentrum in West). Mogelijke opschaling.
- 2024: Aansluiten bij traject zorg in de wijk gericht op het leveren van passende zorg
- 2025: Inzetten van bewezen initiatieven op passende en doelmatige zorg in de wijk ten behoeve van zelfzorg en zelfmanagement
- Verkennen of een concept zoals de wijkkliniek in Amsterdam ook in Utrecht een oplossing kan bieden
- 2025: Intake met als doel bepalen welke zorg écht nodig is voor start wijkverpleging etc.

Algemene aanpak en randvoorwaarden

De geschetste oplossingsrichtingen en vervolgstappen uit het regioplan dienen op korte termijn verder te worden vastgesteld. Het is bijvoorbeeld cruciaal om de plannen en oplossingsrichtingen verder te verfijnen en af te stemmen met essentiële partners in de wijk. Hierbij streven we naar het optimaal benutten van bestaande initiatieven en expertise.

Aanpak

1. Juiste partners betrekken bij het tot stand brengen van concrete plannen. Inwoners worden actief en gelijkwaardig betrokken bij de planvorming
2. Concretiseren van aanpak, randvoorwaarden en inrichtingsprincipes met de juiste partners
3. Plan uitwerken met meetbare en onderbouwde doelstellingen voor korte termijn (proces KPI's) en langere termijn (uitkomst KPI's). Opstellen onderbouwde business case indien nodig
4. Aan de hand van de gekozen oplossingsrichtingen in kaart brengen wat er al gebeurt of gaat gebeuren per wijk/gemeente/regio of landelijk en waar mogelijk is het nodig om prioritering en synergie aan te brengen (denk hierbij aan campagnes rondom leefstijl, geclusterde woonvormen / community building / inwonersinitiatieven / IVVU plan)
5. Gebruik maken van bestaande en bewezen effectieve digitale hulpmiddelen (aan de hand van Nivel lijst)
6. Participatie en co-creatie: directe betrokkenheid van en beïnvloeding door de inwoners wordt permanent geïntegreerd in de plannen en oplossingen. Hiervoor is er door U op leeftijd een aanpak uitgewerkt.

Randvoorwaarden

- Uitdragen van een gezamenlijke visie over positieve gezondheid, normalisatie en het ouder worden vanuit alle partijen in zorg- en welzijn (aansluitend op regionale visie)
- Maatschappelijke bewustwording en normalisatie over ouder worden (bijv. via communicatiecampagne)
- Samenwerking vanuit gelijkwaardigheid tussen inwoners, welzijns- en zorgorganisatie ondersteund door passende financiering
- Systeem voor communicatie en gegevensuitwisseling voor alle betrokkenen rondom inwoner met inachtneming van de wettelijke vereisten (Via OZO of een equivalent hiervan)
- Voldoende passende woningen voor ouderen
- Betrokkenheid en samenwerking woningbouw voor community building op complexen
- Voldoende capaciteit beschikbaar in de sociale basis om oplossingen te kunnen realiseren
- Onderzoek per wijk is belangrijk om specifiek te bepalen wat er nodig is
- Helderheid over consequenties van inkoopkader ZK op ZP 4 (en 5,6) VVT voor de verschillende betrokken partijen
- (Domein overstijgende) structurele financiering

3

Mentale weerbaarheid & gezondheid

Situatieschets

Uit IZA-regiobeeld:

- In Utrecht Stad zijn er wijken waarin zeer ernstig ervaren eenzaamheid relatief vaak voorkomt.
- Binnen Utrecht Stad is de leefbaarheid hoger dan gemiddeld in Nederland, uitzonderingen zijn Overvecht, Noordwest, Zuidwest en Zuid.
- Inwoners tussen 18-40 jaar in Utrecht Stad hebben een groter risico op kwetsbaarheid ten opzichte van het landelijk gemiddelde.
- De zorgkosten zijn in regio Utrecht voor geestelijke gezondheidszorg gemiddeld hoger (8%) dan landelijk, dit komt met name door relatief hoog gebruik in o.a. Utrecht (waar ook de grote specialistische GGZ aanbieders zijn gehuisvest, die bovenregionaal en landelijk zorg verlenen).
- Er zijn in Utrecht Stad relatief veel zorggebruikers GGZ per 10.000 verzekerden, mogelijk te verklaren door de huisvesting van de specialistische GGZ in deze gemeenten.
- Utrecht Stad scoort hoog op regie over het eigen leven.

Disclaimer

- Tijdens het proces om te komen tot dit regioplan is een aantal zaken besproken die overstijgend zijn aan de opgave 'Mentale gezondheid en weerbaarheid'. Deze onderwerpen hebben we onder 'overkoepelende opgaven' omschreven voor de gehele stad Utrecht en zijn onderliggend aan de verschillende opgaven die in Utrecht Stad opgepakt gaan worden (dus ook voor 'Gezond ouder worden' en 'Versterken sociale basis en eerstelijns').
- Bij doelstellingen hebben we getracht zo concreet mogelijke effecten te benoemen. We verwachten dat veel/alle onderdelen bijdragen aan het versterken van de eigen regie van Utrechters, het bieden van de juiste ondersteuning en zorg en het (waar mogelijk) minimaliseren van zorg. Echter is dit lastig uit te drukken in cijfers/percentages, dus hebben we dat niet gedaan.

Regionaal

Sociaal & eerste lijn

Gezond ouder worden

Mentale weerbaarheid

Passende MSZ

Acute zorg

Digitalisering

Digivaardig

Arbeidsmarkt

Subregionaal

Utrecht West

Lekstroom

Utrecht Stad

Utrecht Zuid-Oost

Eemland



126





Ambitie en visie

Versterken mentale weerbaarheid en kwetsbaarheid

Doelgroep en sector(en): Iedereen maakt in zijn leven moeilijke periodes door waarbij de mentale weerbaarheid op de proef wordt gesteld en de zelfredzaamheid onder druk staat. Daarom focussen we ons op alle Utrechters. We onderscheiden twee doelgroepen:

- Utrechters die zelf in staat zijn om de juiste hulp(bronnen)/route te vinden
- Utrechters die (nog) niet zelf in staat zijn om de juiste hulp(bronnen)/route te vinden. alle inwoners

Binnen alle sectoren komen vraagstukken rond mentale gezondheid voor en alle sectoren spelen een rol in de oplossing.

Ambitie:

Om Utrechters op alle niveaus te kunnen ondersteunen, zorgen we voor:

1. Normalisatie van het praten over mentale gezondheid
2. Vindbare en vrij toegankelijke informatie en (digitale) zelfhulp voor alle Utrechters.
3. Steeds vaker oplossen van vragen in het gewone leven, waarbij kennis/vaardigheden van sleutelpersonen, peers, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en professionals in de wijk gebruikt worden om Utrechters te helpen bij het opbouwen en inzetten van het netwerk.
4. Een goede 'steunstructuur', waarbij o.a. ontmoetingsplekken in de wijk steeds bekender worden en meer worden bezocht, waarbij sleutelpersonen in de wijk kunnen fungeren als 'wegwijzer'.
5. Vroege signalering van Utrechters in mentaal kwetsbare situaties.
6. De sociale basis, informele en formele hulp/zorg werken op voet van gelijkwaardigheid meer samen met elkaar en Utrechters. Zij maken optimaal gebruik van elkaars kennis en kunde (o.a. een gezamenlijke taal spreken, inzetten op stevigere samenwerking, integrale ondersteuning en laagdrempelige consultatie).

Visie: Iedereen maakt in zijn leven moeilijke periodes door. In Utrecht vormen we een samenleving waarin alle Utrechters zich mentaal weerbaar voelen en het vermogen hebben om te gaan met de uitdagingen in het leven. Daarvoor is het van essentieel belang om mentale kwetsbaarheid te normaliseren (demedicaliseren en destigmatiseren). Mentale kwetsbaarheid verwijst naar een verhoogde gevoeligheid voor het ontwikkelen van psychische aandoeningen, zoals depressie, verslaving, trauma en chronische stress. Utrechters die mentaal kwetsbaar zijn worden empowered en zoveel mogelijk in hun eigen kracht gebracht. Zo nodig kunnen zij rekenen op hun eigen netwerk, de gemeenschap, (in)formele maatschappelijke ondersteuning en zorg. Daarbij verschuiven we van de verwachting dat meestal professionele ondersteuning en zorg nodig is, naar het concept waarbij zelfregie, open gesprekken over mentale gezondheid en het laagdrempelig durven vragen om hulp centraal staan. Hiervoor zijn een gemeenschappelijke taal, begrip rondom mentale gezondheid en vermindering van het stigma vereisten.

Het gedachtegoed van Positieve gezondheid is de onderlegger waar vanuit we kijken naar mentale uitdagingen. We streven naar een samenleving waarin welzijn, veerkracht en levenskwaliteit de focus vormen, zonder dat we voorbijgaan aan zorgbehoeften die begeleiding of behandeling behoeven (die waar mogelijk steeds meer een tijdelijk karakter krijgen). Empowerment, regie en samenwerking zijn de pijlers van deze benadering. Daarmee bereiken we dat Utrechters met een mentale kwetsbaarheid zich thuis voelen in hun wijk en persoonlijk & maatschappelijk herstellen.

We bieden ondersteuning en zorg die dichtbij en toegankelijk is voor Utrechters. Hierbij richten we ons in eerste instantie op wat inwoners zelf en met elkaar kunnen bereiken, op preventie, op het herstel van het gevoel van zingeving, het gevoel van erbij horen en het vergroten van de sociale netwerken. Want de mensen die voor iemand belangrijk zijn dragen voor een groot deel bij aan zelfredzaamheid.

Utrechters zijn actieve deelnemers in hun herstelproces en hebben zoveel mogelijk zelf de regie. Zij worden hierbij ondersteund door hun naasten, maatjes, ervaringsdeskundigen, de gemeenschap die hen begrijpt en ondersteunt en door een netwerk van welzijn, maatschappelijke ondersteuning en zorg. Utrechters ervaren van alle betrokken partners ondersteuning die aansluit bij hun specifieke vraag. Hierbij worden geen belemmeringen ervaren van schotten en bevorderen we een benadering van ondersteuning, gericht op herstel, vanuit de leefwereld van de Utrechter.

Afhankelijk van iemand zijn vraag kan ingezet worden op:

- Zelf doen
- Samen met je netwerk doen
- Hulp van peers en ervaringsdeskundigen
- Informele hulp
- Toegankelijke en beschikbare formele hulp/maatschappelijke ondersteuning/zorg

De beweging die we in Utrecht maken verandert het gezicht en de positionering van maatschappelijke ondersteuning en gezondheidszorg. Niet als een tijdelijke trend, maar als een duurzame verandering in de manier waarop we omgaan met mentale gezondheid en welbevinden.



1a Preventie (1/4)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Zie doelgroep omschreven bij ambitie en visie

Doelstelling:

1. Utrechters voelen zich steeds comfortabeler om openlijk over hun mentale gezondheid te praten en de ervaren drempel om hulp te zoeken (indien gewenst) is afgenomen. Dit draagt bij aan normalisatie en op termijn vermindering van de instroom bij de GGZ.
2. Wanneer ondersteuning nodig is bij mentale kwetsbaarheid, hebben Utrechters, naast vrienden en familie, een netwerk* dat hen ondersteunt: de gemeenschap, lokale gemeenschapsorganisaties (waaronder scholen, kerken, moskeeën, synagogen, tempels en informele zorgaanbieders), gelijkgestemden en ervaringsdeskundigen.
* *We zijn gericht op netwerkversterking, maar dat wil niet zeggen dat iedereen een netwerk heeft of zal krijgen.*
3. Het systeem rondom kwetsbare Utrechters (steunstructuur) is versterkt, waardoor naasten zich sterk genoeg voelen om Utrechters met een mentale kwetsbaarheid te ondersteunen.
4. In Utrecht staat een infrastructuur voor (collectieve) preventieve aanpak gericht op mentale gezondheid. Hiermee bedoelen we een collectieve aanpak voor (individuele) vragen die leven in de wijken. Middels groepsactiviteiten worden Utrechters aan elkaar worden gekoppeld, zij leren van en met elkaar, zoeken samen naar wat hen helpt en bouwen een netwerk op of uit. Door expertise vanuit de aanvullende zorg waar nodig beschikbaar te stellen voor de collectieve aanpak, zoals in de vorm van consultatie, psycho-educatie of een individueel gesprek waar nodig, houden we de vragen klein, kunnen we expertise brengen naar de eigen omgeving en voorkomen we individuele trajecten in de aanvullende zorg.
5. Door in te zetten op preventieve maatregelen en vroegtijdige interventies voor mentale gezondheid realiseren we dat we in Utrecht het aantal intensieve, langdurige behandelingen en opnames op termijn verminderen.
6. We weten dat psychische problematiek van invloed is op de mensen om ons heen, op de generatie(s) na ons. We zetten middels vroegtijdige signalering en zo nodig ondersteuning preventief in op kinderen van Utrechters met een mentale kwetsbaarheid (intergenerationele overdracht & systemische impact). Hierdoor verkleinen we de impact van ouderproblematiek* op het gezond en veilig opgroeien van kinderen/jongeren en proberen we problemen op latere leeftijd te voorkomen.
* *Met 'ouderproblematiek' bedoelen we ook problematiek bij andere opvoeder(s) dan de ouder(s) van een kind*



1a Preventie (2/4)

Aanpak per doelstelling

1. We zorgen voor **voorlichting over mentale gezondheid** (focus op normaliseren, destigmatiseren en demedicaliseren), voor de volgende (doel)groepen:

- a) Kinderen 0-4 jaar en hun ouders/verzorgers: consultatiebureau
 - Met JGZ in gesprek hoe thema's als hechting expliciet bespreekbaar gemaakt kunnen worden, zonder het op voorhand te problematiseren
 - Aansluiten bij Kansrijke Start
 - Laag IQ zo vroeg mogelijk signaleren, om de juiste begeleiding/behandeling in te zetten en mentale kwetsbaarheid zoveel mogelijk te voorkomen
- b) Kinderen (4+)/jongeren en hun ouders/verzorgers:
 - Onderwijs primair t/m WO:
 - Inventarisatie landelijke programma's (o.a. Trimbos)
 - Met onderwijs in gesprek hoe dit ontwikkeld/opgenomen kan worden in onderwijs + hoe het concreet gemaakt kan worden (voor leerlingen, maar ook/zeker voor docenten en ouders/verzorgers), waarbij we aansluiting zoeken bij de *gezonde school aanpak*.
 - Jongerenwerk: deskundigheidsbevordering om mentale gezondheid bespreekbaar te kunnen/durven maken door jongerenwerkers + zorgen dat jongerenwerkers snel kunnen doorverwijzen naar hulp en peer-to-peer contacten.
- c) Volwassenen, waarbij specifiek aandacht is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, die minder taalvaardig zijn en/of een migratieachtergrond hebben:
 - Voor volwassenen een soortgelijke aanpak volgen om voorlichting te geven over mentale gezondheid en de drempel om hulp te zoeken te verlagen. Via verschillende routes zoals bedrijven en werkplekken, sport- en recreatieve verenigingen, volwassenonderwijs (o.a. inburgeringscursussen), ouderenzorg en online.
 - Met sleutelpersonen in gesprek bij 'vindplekken' over de wijze waarop met personen met een migratieachtergrond in gesprek gegaan kan worden over mentale gezondheid

2. Voor een **steviger netwerk** zetten we in op:

- a) Werving van meer maatjes (vrijwilligers): zij maken onderdeel uit van het netwerk en kunnen tegelijk ook helpen het netwerk te vergroten/versterken
- b) Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid stimuleren door:
 - Het oprichten en/of begeleiden van peer- en ondersteuningsgroepen.
 - Het opleiden van ervaringsdeskundigen om groepen te leiden, peer-support te bieden en als mentoren te fungeren.
 - Laagdrempelig aanbod van steunpunten (waaronder herstelacademies).
 - Samenwerking met GGZ professionals te stimuleren om ervaringsdeskundigheid te integreren in de behandeling (zodat zij een brug slaan tussen patiënten en zorgverleners).
- c) In gesprek met (kwetsbare) Utrechters willen we begrijpen waar men behoefte aan heeft om hun sociale netwerk te verstevigen en willen we het huidige aanbod evalueren en aanvullen. De focus ligt hierbij op het identificeren van mogelijkheden vóórdat professionele ondersteuning of zorg nodig is. Goede, toegankelijke en gemakkelijk te vinden hulpbronnen kunnen op verschillende manieren helpen (zie verdere uitwerking bij 1b. Hulpbronnen)
- d) Aansluiting bij Thuis in je wijk
 - Door per wijk gericht te kijken waar de behoeften liggen om meer in te zetten op het verstevigen van het netwerk en welke aanpak/interventie daar dan goed op aansluit



1a Preventie (3/4)

Aanpak per doelstelling

3. Om de **steunstructuur** te versterken:

- a) Gaan we met naasten in gesprek over wat zij nodig hebben om zichzelf sterker te voelen in de ondersteuning van kwetsbare Utrechter(s), Ook gaan we met Utrechtters zelf in gesprek over hun ervaringen hiermee. We onderscheiden hierbij de volgende groepen:
 - Utrechtters/buren
 - Plekken waar mensen samenkomen, zoals door ervaringsdeskundigen gerunde 'respijthuizen'/kerken/moskeeën/etc.
 - Sleutelpersonen, steunpunt GGZ
 - Woningcorporaties (focus op signalering, samenwerking en hulp)
 - Schuldhulpverlening (focus op signalering, samenwerking en hulp)
- b) Daarnaast zetten we voor naasten ook in op meer lotgenotencontact en trainen we naasten om een rol als ervaringsdeskundige te kunnen vervullen richting gelijke doelgroepen.

4. (Collectieve) preventieve aanpak:

- a) Inzicht verkrijgen in welke (individuele) vragen er leven in de wijk, die mogelijk als collectief opgepakt kunnen worden.
- b) Inventariseren welk collectief aanbod er is.
- c) O.b.v. dit inzicht (a) en de inventarisatie (b) nagaan welk aanvullend collectief aanbod wenselijk is en dit organiseren in de wijk.
- d) Ontwikkelen van plekken om samen te leren en ontwikkelen (herstelacademies, denk aan Enik) en plekken om te zijn wie je bent en om tot rust te komen (respijthuizen). Er is al veel in Utrecht, dus we maken daar gebruik van en ontwikkelen enkel als nodig aanvullende plekken. Dit doen we met elkaar: met Utrechtters, betrokkenen/naasten en professionals.

5. Vroegtijdige interventies/**vroegsignalering**:

- a) We maken een customer journey van de kwetsbare Utrechter (nader te definiëren), van preventie tot na een behandeling. Hierdoor krijgen we inzicht in de momenten waarop eerder gestart kan worden met preventieve maatregelen en welke acties daarvoor nodig zijn.
 - b) Daarnaast gaan we met kwetsbare Utrechtters in gesprek (wat moest er voor jou eigenlijk gebeuren om niet in de specialistische GGZ in aanraking te komen?) en kunnen we verbeterpunten destilleren.
6. Om deze **systemische en/of intergenerationele impact** te doorbreken:
- a) Intensiveren we de samenwerking tussen de (preventieve) mentale hulp voor jeugd en gezinnen en voor volwassenen wanneer één van de twee signaleert dat er sprake is van intergenerationele invloed.
 - b) We maken samen met het gezin een gedeeld beschrijvend beeld en stemmen met het gezin integraal af wie, wat wanneer doet zodat we goed op elkaar aansluiten. Daarin nemen we lessen mee van Samen Begrijpen en Beslissen mee.
 - c) We maken gebruik van de bestaande transfertafel voor deze casuïstiek waar intergenerationele impact speelt.



1a Preventie (4/4)

Planning

Vanaf begin 2024 (Q1/Q2) wordt gestart met de volgende onderwerpen (dit is een combinatie van onderwerpen waarbij we redelijk snel resultaat verwachten en onderwerpen die complex zijn, waar we dus lang mee bezig zullen zijn & dus z.s.m. mee willen starten):

- Voorlichting
- Steviger netwerk
- (Collectieve) preventieve aanpak
- Vroegsignalering

De volgende onderwerpen zijn complex en zullen in een 2e fase worden opgepakt (bijv. per 2025):

- Steunstructuur
- Systemische/intergenerationele aanpak

Organisatie & vervolg

NB. Onderstaande punten gelden ook voor thema 1b en 1c

- Aanpak en uitvoering moet in de wijken gebeuren.
- Om de transformatieopgaven écht goed op te pakken, is het van belang dat het hele systeem wordt aangescherpt. Daarom selecteren we in Utrecht Stad **2 tot 4 wijken** waar de doelen worden nagestreefd vanuit **alle transformatieopgaven** (dus ook 'Gezond ouder worden', 'Versterken sociale basis en eerstelijns' en de generieke opgaven voor Utrecht Stad).
- Bij de selectie van deze wijken wordt rekening gehouden met variatie tussen wijken en worden niet alleen de 'aandachtswijken' gekozen (daar waar altijd al extra aandacht voor is). Juist vanuit diversiteit kan geleerd en verbeterd/aangescherpt worden.
- Omdat we ervoor kiezen verschillende opgaven in enkele wijken te laten landen, moet er Utrecht Stad breed nog besproken worden wie/hoe de regie hierop ingeregeld wordt.
- Onafhankelijke procesbegeleiding is nodig.

Randvoorwaarden

NB. Onderstaande punten gelden ook voor thema 1b en 1c

- We maken zoveel mogelijk gebruik van wat er al is, sluiten daarop aan en verbreden.
- Als er iets nieuws wordt ontwikkeld, moet het aanvullend en aansluitend zijn op hetgeen er al is en onderzoeken we eerst of elders in het land al passende initiatieven zijn ontwikkeld.
- Regionale kaders dienen voldoende ruimte te geven voor eigen regelruimte / lokale kleur om transformaties te organiseren en te realiseren.
- Voldoende tijd en financiële middelen zijn nodig voor:
 - Professionals vanuit de aangesloten organisaties
 - Onafhankelijke procesbegeleiding/projectmanagement voor uitvoer en onderzoek
 - Evt. nieuw te ontwikkelen tools/hulpbronnen
 - Faciliteren van bijeenkomsten (met o.a. Utrechtsters)



1b Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep en sectoren: omschreven bij ambitie en visie

Doelstelling: Binnen het komende jaar willen we een effectieve consultatiestructuur opzetten die de verbinding tussen het sociaal domein en andere relevante domeinen bevordert om de algehele welzijnsdoelen van onze gemeenschap te ondersteunen. Deze consultatiestructuur zorgt voor effectieve uitwisseling van expertise van diverse domeinen.

Organisatie & vervolg

Organisatie, vervolg en randvoorwaarden zijn idem als bij 1a

Aanpak

- Om een effectieve consultatiestructuur op te zetten starten we met een behoefteanalyse, Q1/Q2 2024. Vragen die hierin centraal staan zijn: welke consultaties zijn op welk moment wenselijk, wie consulteert wie, op welke manier en hoe verhoudt zich dit t.o.v. regionale/landelijke ontwikkelingen?
 - Hierbij kan gedacht worden aan: consult over wel of niet aanmelden, maar ook handelingsgerichte adviezen aan zowel inwoner met de vraag als professional die consult aanvraagt.
 - Wie consulteert wie (evt. wederzijds)? Vooruitlopend op de behoefteanalyse zijn de volgende consultatiefuncties mogelijk (niet uitputtend):
 - Consultatie tussen sociaal domein, GGZ/verslavingszorg, eerstelijns en tweedelijns, zowel jeugdzorg als ouderenzorg en forensische zorg.
 - De ambassadeur informele zorg van NIZU kan een rol spelen bij consultatie over wat er mogelijk is in de informele ondersteuning, variërend van specifiek wijkaanbod (buurthuizen etc), bewoners initiatieven, maatjes projecten tot aanbod van DOCK. Deze ambassadeur kan daarnaast een rol spelen bij het goed benutten van consultaties: helpen bij het stellen van de juiste vraag, het antwoord dat aansluit bij de vraag en het kennisniveau en doel van de vrager.
- Vanaf Q3 2024 zal gestart worden met het maken van betere/aanvullende afspraken m.b.t. onderlinge consultatie



1c Hulpbronnen gericht op de inwoner

Doelgroep & doelstelling

(Doelgroep en sectoren:

Zie omschreven bij ambitie en visie

Algemene toelichting

Goede, voldoende en vindbare hulpbronnen kunnen helpen bij:

- Het beperken van de instroom naar GGZ.
- Tijdens behandeling: eenmaal in zorg zullen hulpbronnen het herstelproces kunnen versnellen.
- Preventie van terugval/stabilisatie: na behandeling kunnen hulpbronnen helpen bij een soepele overgang en het voorkomen van terugval.

Doelstelling

Er zijn binnen een aantal jaar voldoende hulpbronnen (zoals ondersteuningsmogelijkheden, programma's en voorlichting) **beschikbaar** om de mentale gezondheid van individuen in onze gemeenschap te bevorderen, problemen te voorkomen, tijdens behandeling te ondersteunen en een succesvol herstel na behandeling te faciliteren, zowel online als offline (bijv. eHealth-toepassingen). Deze hulpbronnen worden ook door professionals benut en betrokken waar mogelijk.

Organisatie & vervolg

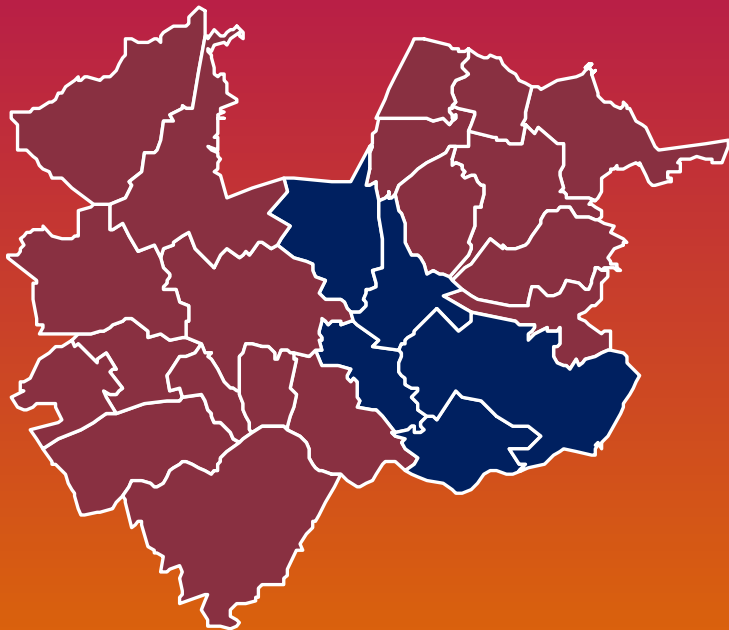
Organisatie, vervolg en randvoorwaarden zijn idem als bij 1a

Aanpak

Beschikbaarheid:

1. We maken in Q2 2024 een gedetailleerde analyse welke hulpbronnen er allemaal zijn specifiek rond mentale gezondheid/weerbaarheid en aan elkaar gekoppeld kunnen worden/door te ontwikkelen. Deze worden verzameld door o.a. data-analyse en gesprekken met Utrechters. Dit betreft zowel hulpbronnen in Utrecht stad als in andere regio's/landelijk.
2. Op basis hiervan kijken we na de zomer 2024 waar hiaten zitten en wat aanvullend ontwikkeld moet worden. Daarbij wordt goed gekeken wat de bron van het mentale ongemak is (hiervoor maken we gebruik van de brede insteek van positieve gezondheid). Uitgangspunt bij het bedenken van mogelijke oplossingen is dat informele zorg hier een zo groot mogelijke rol in speelt (zo min mogelijk inzet van formele zorg).
3. Afhankelijke van de uitkomsten zal in Q3 2024 gestart worden met het ontwikkelen van aanvullende hulpbronnen

Utrecht Zuidoost



Uitwerking voor:

Klik op een van onderstaande opgave om naar de gewenste uitwerking te navigeren

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Gezond ouder worden

Mentale weerbaarheid en gezondheid

Betrokken organisaties

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Unicum, Sociaal dorpssteam Utrechtse Heuvelrug, wijkmanagement / O&I-netwerk Utrechtse Heuvelrug, gemeente Zeist, de Bilt en Wijk bij Duurstede, GGDrU, Warande, Quarijn, Santé Partners, GGZ organisatie Altrecht, Meander Omnium en Raedelijk

Gezond ouder worden

Accolade Zorg, Silverein, Sante Partners, Quarijn, Warande, Unicum, gemeente Wijk bij Duurstede, gemeente de Bilt, gemeente Zeist, Handje Helpen, Stichting Binding, Senioren Platform Utrechtse Heuvelrug, NUZO, GGDrU, woningcorporatie, GGD, Seniorenbond ASZ, UMC Utrecht en Raedelijk

Mentale weerbaarheid en gezondheid

Altrecht, Unicum, Sociaal team Utrechtse Heuvelrug, Gemeente Zeist, Gemeente Utrechtse Heuvelrug, Gemeente de Bilt, GGDrU, Youké, Coachia, mijnleven 2.0, De Breul, eCare4You en Raedelijk

Regionaal

Sociaal & eerste lijn

Gezond ouder worden

Mentale weerbaarheid

Passende MSZ

Acute zorg

Digitalisering

Digivaardig

Arbeidsmarkt

Subregionaal

Utrecht West

Lekstroom

Utrecht Stad

Utrecht Zuid-Oost

Eemland



135



Begrippenlijst

Om vanuit de verschillende domeinen goed samen te werken is het nodig dat we elkaar goed verstaan. Daarom lichten we termen uit de verschillende domeinen toe en geven we aan wat we bedoelen met nieuwe begrippen die in de samenwerking ontstaan.

Eerstelijnszorg is zorg waar inwoners zonder verwijzing en op eigen initiatief naartoe kunnen. Naast de huisartsenzorg vallen bijvoorbeeld ook fysiotherapie en wijkverpleging en verloskundigen onder de eerstelijnszorg.

Tweedelijnszorg is alleen toegankelijk na een verwijzing van de huisarts. De ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg vallen hieronder.

Derdelijnszorg is zorg in academische ziekenhuizen en specialistische verwijscentra. Patiënten met zeldzame aandoeningen worden hier door de huisarts of een tweedelinsspecialist naar verwezen.

Het sociaal domein is een verzamelnaam voor alle organisaties, diensten en voorzieningen die mensen ondersteunen en de leefbaarheid voor de mensen vergroten. Het omvat onder andere zorg, welzijn, onderwijs, gezondheidszorg en opvoeding. Gemeenten en uitvoeringsorganisaties verrichten 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.

Sociale basis: het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen) aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen, die het mogelijk maakt dat inwoners de mogelijkheden hebben om te participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert (Sterke beleidsinterventies, sterke sociale basis).

Integrale benadering: met een integrale benadering bedoelen we een brede kijk op de situatie van de persoon. Hierbij wordt niet alleen naar de zorgvraag gekeken maar ook naar andere factoren die van invloed kunnen zijn op het welzijn van de persoon. Factoren zoals: werk, armoede, schulden, huisvesting, onderwijs en sociale contacten. Een integrale benadering kan bijdragen aan een betere afstemming tussen verschillende hulpverleners en organisaties. Hierdoor kan de ondersteuning en zorg beter op elkaar aansluiten en is er meer maatwerk mogelijk.

Passende ondersteuning en zorg: dit stelt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop en gaat daarmee zowel over tijdige zorg, als over ondersteuning. Daarbij moet gekeken worden naar de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg. Daarin speelt de eerstelijns, samen met het sociaal domein, welzijn en informele zorg een belangrijke rol.

Zuidoost Utrecht Verbonden: in Zuidoost Utrecht Verbonden werken professionals stevig samen aan de zorg, ondersteuning en gezondheid van de inwoners. Het netwerk is de centrale plek voor alle domeinoverstijgende zaken in de regio.

Sterk sociaal domein & eerstelijns

Situatieschets

Regiobeeld

- In het regiobeeld wordt benadrukt dat de zorgvraag niet in verhouding staat tot het aanbod. Dit zorgt voor toenemende druk op de zorg. Enerzijds nemen tekorten toe in alle domeinen, anderzijds neemt ook het mantelzorgpotentieel af. De kern van het integraal zorg akkoord is Passende Zorg. Passende zorg stelt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop en gaat daarmee zowel over tijdige zorg, als over ondersteuning. Daarin speelt de eerstelijns, samen met het sociaal domein, welzijn en informele zorg een belangrijke rol.
- Professionals en inwoners in Zuidoost Utrecht ervaren de organisatie van zorg en welzijn als versnipperd en hebben gebrek aan overzicht van het aanbod. In Zuidoost Utrecht zijn de kosten aan huisartsenzorg hoger dan in andere regio's. Utrechtse Heuvelrug heeft relatief hoge zorgkosten per persoon. Wlz-kosten zijn relatief hoog voor Zeist en Utrechtse Heuvelrug. Ook zijn er zichtbare verschillen in sociaaleconomische status (SES) van inwoners in Zuidoost Utrecht, waarbij Zeist een aantal wijken met een lage SES heeft. Aanvullend hebben De Bilt en Utrechtse Heuvelrug een hoog WMO-gebruik, in vergelijking met andere gemeenten in de zorgkantoor regio Utrecht.

Aanvulling op het regiobeeld uit de praktijk

- Het is gewenst om leefstijlthema's specifiek te belichten, inclusief cijfers over trends en ontwikkelingen. Aangezien er nogal sprake is van lokale verschillen, is het goed om inzicht te krijgen hoe leefstijl verschilt per wijk en buurt. Op basis van dergelijke inzichten kunnen de juiste interventies gestart worden op lokaal niveau. Hierbij wordt ook gericht op de ongelijke kansen voor een gezonde leefstijl.
 - Een mooi voorbeeld waarin lokale inzichten over leefstijl worden gepresenteerd is de GGD-buurtmonitor.
- Er is gebrek aan inzicht in de huidige sociale structuren, wat ervoor zorgt dat inwoners moeilijk weten waar ze terecht kunnen voor de sociale basis. Op verschillende platformen worden diverse initiatieven gebundeld, denk bijvoorbeeld aan de Zorg4 websites en Samen030. Het is van belang om dit per gemeente aan te vullen of in te vullen, zodat deze initiatieven vindbaar zijn voor inwoners.
- Randvoorwaarden voor een gezond leven kunnen een grotere rol krijgen in de opgave, zoals huisvesting, werk, inkomen. Uiteindelijk hangen dergelijke factoren samen met gezondheid waar aandacht voor nodig is.
- Er is nauwere samenwerking nodig tussen partijen in het sociaal domein en eerstelijns. Culturen tussen de verschillende partijen kunnen een belemmering vormen voor de samenwerking. Sociaal domein en eerstelijns werken en denken anders wat niet altijd bijdraagt aan goede samenwerking. Aandacht is nodig voor deze culturele verschillen om deze te kunnen overbruggen.
- Tot slot, zicht op huidige financieringsstromen en belemmeringen die daardoor ontstaan, is relevant binnen de opgave voor een sterke sociale basis en eerstelijns.



Ambitie

Voorkomen waar mogelijk

- Binnen de visie voor de regio Zuidoost Utrecht is er een fysieke leefomgeving die inwoners aanzet tot bewegen, ontmoeten en een gezonde leefstijl.

Zelf waar het kan

- Door een sterke sociale basis is de eerste stap in het eigen netwerk, welzijn en sociaal domein, laagdrempeliger. Een sterke sociale basis zorgt voor meer omzien naar elkaar en daardoor meer eigen regie bij de inwoners.
- Uitgangspunt is dat iedereen werkt vanuit hetzelfde gedachtegoed: positieve gezondheid. Bij dit gedachtegoed ligt het accent niet op de ziekte, maar op de mens zelf en hoe hij zelf met zijn situatie kan omgaan. Wanneer alle professionals vanuit dit gedachtegoed werken, kunnen zij ook de inwoner hierin meenemen.

Hulp waar nodig

- Door een goede samenwerking tussen sociaal domein, welzijn en eerstelijnszorg kan passende ondersteuning worden geboden. Dit vraagt om samenwerken, weten waar welke expertise ligt en elkaar kunnen vinden en vertrouwen.
- Niet elke zorg- of hulpvraag kan monodisciplinair worden beantwoord. Wanneer een vraag een integrale benadering nodig heeft, zijn er wijkteams waar meerdere disciplines (vanuit zowel formele als informele ondersteuning en zorg) integraal samenwerken. Professionals werken samen en kunnen elkaars expertise inzetten ten behoeve van de patiënt/cliënt.

Zorg waar noodzakelijk

- De eerstelijns zorg is laagdrempelig toegankelijk en werkt onderling goed samen om de inwoner passende zorg te bieden.

We erkennen dat met deze ambitie er in eerste instantie meer op de professionals afkomt, maar zien dit als een benodigde investering om met elkaar de transformatie door te zetten. Waar nodig wordt ondersteuning bij dit proces ingezet.



Globale planning

Onderstaande thema's en subthema's kunnen niet los van elkaar worden gezien, maar hangen nauw met elkaar samen. Elke gemeente binnen ZOU kent een zogenoemd O&I-netwerk: een samenwerkingsnetwerk van professionals uit de eerstelijnszorg (7x24-uurs) in nauwe samenwerking met de welzijnsorganisaties en de sociale teams. In de verschillende O&I-netwerken is de afgelopen jaren al ingezet op de thema's zoals benoemd in dit regioplan, met dit regioplan willen we deze beweging versterken, verbreden en borgen.

In het kader van het versterken eerstelijns en sociaal domein wordt de samenwerking binnen de O&I-netwerken uitgebreid naar een samenwerkingsnetwerk waar ook andere betrokken partners in de betreffende gemeente bij zijn aangesloten, zoals bijvoorbeeld inwonersvertegenwoordiging en de gemeente.

Afgesproken is om op basis van de thema's en subthema's, aangevuld met goede voorbeelden uit de regio, te komen tot een praktisch overzicht van actielijnen, waar mogelijk gekoppeld aan concrete actieplannen, de zogeheten "menukaart".

Begin 2024 wordt aan de hand van deze "menukaart" door elk samenwerkingsnetwerk bekeken waar zij staan, welke vraagstukken er lokaal leven en welke planning zij maken voor de komende jaren. Op deze wijze kan men gebruik maken van de ervaring van buurgemeenten, en worden in elke gemeente transformatieplannen opgesteld die passen bij de lokale situatie.

2024 Q1-Q2: per gemeente de lokale situatie toetsen aan het regioplan. Vervolgens op basis van beschikbare data prioriteren in thema's die opgepakt worden en daarmee een lokaal transformatieplan opstellen.

2024-2026: elke gemeente kent eigen plannen. Binnen het lokale transformatieplan worden onderdelen vanuit sociaal domein of eerstelijnszorg tot uitvoering gebracht op basis van de afspraken die de betrokken organisaties daarover in het plan hebben gemaakt. Andere plannen worden in gezamenlijkheid opgepakt.

Waar nodig wordt ondersteuning ingezet, zodat de professionals het merendeel van hun tijd aan ondersteuning en zorg kunnen blijven besteden. Kern is dat de professionals eigenaar zijn van de verandering, een projectleider ondersteunt dit proces. Op deze wijze wordt geborgd dat de verandering ook na de projectfase blijft bestaan.

Rollen en verantwoordelijkheden

Per gemeente wordt een transformatieplan opgesteld, rollen en verantwoordelijkheden worden daarbinnen toegekend. Lokaal zullen altijd de O&I-netwerken en sociaal domein hier een belangrijke rol in hebben. Dit zijn de bestaande samenwerkingsverbanden. Plannen die op regio ZOU-niveau worden opgepakt, worden met de betreffende organisaties opgepakt. Transformatieplannen en -projecten worden gedeeld binnen Zuidoost Utrecht Verbonden, waar alle partners een stem hebben. De monitoring hangt af van de concrete transformatieplannen. Er wordt rekening gehouden met de monitoring op regionaal niveau om daar bij aan te sluiten. Er is mogelijkheid om dit een plek te geven binnen Zuidoost Utrecht Verbonden.

**Doelgroep en sector(en):**

Binnen de scope van dit thema vallen alle inwoners en de betrokken professionals in de eerstelijnszorg, sociaal domein en welzijn.

Starten vanuit leefwereld en positieve gezondheid

Binnen de visie voor de regio Zuidoost Utrecht is er een fysieke leefomgeving die inwoners aanzet tot bewegen, ontmoeten en een gezonde leefstijl. Door een sterke sociale basis is de eerste stap in het eigen netwerk, welzijn en sociaal domein, laagdrempeliger. Een sterke sociale basis zorgt voor meer omzien naar elkaar, en daardoor meer eigen regie bij de inwoners.

Uitgangspunt is dat iedereen werkt vanuit hetzelfde gedachtegoed: positieve gezondheid. Bij dit gedachtegoed ligt het accent niet op de ziekte, maar op de mens zelf en hoe zij zelf met hun situatie kunnen omgaan. Wanneer alle professionals vanuit dit gedachtegoed werken, kunnen zij de ook de inwoner hierin meenemen.

Gezamenlijk zal zorggedragen worden voor een goede publieke gezondheid, waarbij aanvullende bescherming wordt geboden aan kwetsbare groepen. Door heldere werkafspraken tussen sociaal domein en eerste lijn kan er (voldoende) passende ondersteuning en zorg geboden worden aan de inwoners. Professionals uit sociaal domein en eerstelijns zijn zich ervan bewust wie zich bevinden in de regio en waarnaar doorverwezen kan worden.

1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

1b Gebieds- en wijkgerichte aanpak

1c Gelijke kansen en jeugd

Sterke regionale samenwerking en organisatie

Door een goede samenwerking tussen sociaal domein, welzijn en eerstelijnszorg kan passende ondersteuning en zorg in de wijk worden geboden. De eerstelijns zorg is laagdrempelig toegankelijk en werkt samen om de inwoner passende zorg te bieden. Deze zorg wordt ondersteund vanuit de wijkteams en vanuit de gemeentelijke samenwerkingsnetwerken.

Waar mogelijk worden digitale mogelijkheden voor hybride zorg en gegevensuitwisseling worden ingezet.

De samenwerking in de regio Zuidoost Utrecht wordt versterkt binnen Zuidoost Utrecht Verbonden (ZOUV), organisaties werken daarnaast samen in regionale netwerken, zoals RSO Trijn of Health Hub Utrecht.

2a Huisartsenzorg als sterke basis

2b Digitalisering

2c Hoge organisatiegraad en hoge samenwerking op subregioniveau



1a Eén gemeenschappelijk concept en taal

Doelgroep & doelstelling

1. Het **gedachtegoed van positieve gezondheid** is het fundament van het samen werken. Bij dit gedachtegoed ligt het accent niet op de ziekte, maar op de mens zelf en hoe hij zelf met zijn situatie kan omgaan. Passende zorg stelt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop. Onderdeel daarvan is aandacht voor leefstijl van de inwoners.

Wanneer alle betrokkenen vanuit dit gedachtegoed werken, kunnen zij de ook de inwoner hierin meenemen. Dit vraagt aandacht op zowel de korte termijn als lange termijn:

Korte termijn: de professionals uit zowel zorg als sociale domein leren om op een andere manier te kijken. Werken vanuit en het omarmen van het gedachtegoed van positieve gezondheid is hierin een pré.

Lange termijn: het is noodzakelijk om dit ook naar de inwoner te brengen. Een voorbeeld is een campagne omzien naar elkaar, gezond leven of voorbereid zijn op ouder worden. Ook streven we hiermee naar de ontwikkeling van "professioneel naar informeel, individueel naar collectief, problematiseren naar normaliseren en centraal georganiseerd naar buurtgericht."

2. **Leefstijlpreventie/ketenaanpakken.** Ketenaanpakken dragen bij aan preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Lokale initiatieven kunnen onderdeel worden van deze ketenaanpakken, waardoor ze versterkt worden en meer inwoners hier gebruik van kunnen maken.

Aanpak

- 1) In 2026 is het gedachtegoed van positieve gezondheid in alle gemeenten opgestart. Onderdeel hiervan is aandacht voor leefstijl.
- 2) Samen met alle gemeenten binnen ZOU (bij voorkeur Utrecht-breed) wordt het gedachtegoed van positieve gezondheid opgepakt richting inwoners.
- 3) Binnen elke gemeente zijn de 5 ketenaanpakken vanuit het GALA geïmplementeerd: Kansrijke start; Ketenaanpak kinderen met overgewicht; Geïntegreerde Leefstijlinterventie (GLI); Welzijn op recept en Valpreventie. Waar nodig zijn regionale kaders voor deze ketenaanpakken vastgesteld.

Organisatie & vervolg

Planning: Zie globale planning

Betrokken partijen: Gemeenten, professionals en organisaties in de eerstelijns zorg, sociaal domein en welzijn. In samenwerking met partners op U16 om het gedachtegoed naar inwoners op te pakken.

Aandachtspunten:

- Het is van belang dat dit gedachtegoed breed gedeeld wordt, ook landelijk moet er regelmatig aandacht zijn voor dit "nieuwe normaal"
- Gemeenten moeten mogelijkheden hebben om de fysieke leefomgeving uitnodigend te maken voor een gezonde leefstijl die aanzet tot bewegen en ontmoeten.



1b Gebieds- en wijkgerichte aanpak

Doelgroep & doelstelling

Doelstelling: Elke gemeente kent een of meerdere wijkteams waar meerdere disciplines (vanuit zowel formele als informele ondersteuning en zorg) integraal samenwerken. Er wordt ingezet op het versterken van inwonersinitiatieven en het verenigingsleven. Er is een goed vindbare sociale kaart, waar ook informele zorg en bewonersinitiatieven een plek krijgen. Waar mogelijk is het informele en formele aanbod in de wijk beschikbaar, zodat het kan worden afgestemd op de specifieke vragen in de wijk.

Doelgroep: (zie hiervoor doelgroep op thema-niveau)

Aanpak

1. Sterke samenwerking binnen de gemeente en wijken.

Elke gemeente kent een of meerdere wijkteams waar meerdere disciplines (vanuit zowel formele als informele ondersteuning en zorg) integraal samenwerken. Deze wijkteams worden geconsulteerd wanneer een vraag een integrale benadering nodig heeft. Dit vraagt niet altijd om betrokkenheid van alle partners bij een specifieke vraag: professionals kunnen ook elkaars expertise inzetten ten behoeve van een individuele hulp- of zorgvraag.

2. Informele buurtsamenwerking draait om "community care" en omvat o.a. buurtinitiatieven voor degenen die dat nodig hebben. Het gaat om iets voor elkaar kunnen betekenen, omkijken naar elkaar, en een lage drempel om een eerste vraag te kunnen stellen. Het is noodzakelijk om een voedingsbodem te creëren waar naast formele samenwerking ook ruimte is voor informele lokale initiatieven. Ook het verenigingsleven is hier een belangrijke factor in.

Binnen een wijk is het van belang dat er ontmoetingsplekken zijn met ruimte voor buurtinitiatieven. Waar mogelijk kan deze dezelfde locatie ook dienen als wijkcentrum voor ondersteuning en zorg.

3. Elke gemeente heeft een goed vindbare **sociale kaart**, waar ook informele zorg en inwonersinitiatieven op te vinden zijn. Deze sociale kaart helpt inwoners, maar geeft ook de professionals eenvoudig inzicht in de lokale mogelijkheden. In veel gemeenten wordt nu gewerkt met de Zorg4-website. We onderzoeken de mogelijkheden voor slimmer zoeken op deze kaart.

Doel is om de aanpak aan te laten sluiten bij de behoefte van inwoners in die wijk. Samenwerking wordt opgestart rond een van de belangrijke thema's in de wijk. Later kan dit worden uitgebouwd naar andere thema's.

Organisatie & vervolg

Planning (zie globale planning)

In 2024 weet elke gemeente, op basis van data en ervaring, wat de belangrijkste vraagstukken zijn voor deze gemeente. Waar wenselijk wordt dit opgesplitst per wijk. Deze vraagstukken zijn de basis voor de wijkteams waar vanuit meerdere disciplines integraal wordt samengewerkt. In 2026 kent elke gemeente een of meerdere wijkteams. Ontmoetingsplekken worden gefaciliteerd, waar deze ontbreken wordt onderzocht hoe we door inzet vanuit verschillende financieringsstromen tot een grotere beschikbaarheid van vastgoed in de wijken en dorpen kunnen komen. Inwonersinitiatieven en het verenigingsleven worden gestimuleerd en ondersteund vanuit het sociaal domein en welzijnsorganisaties.

Aandachtspunten

- Ter ondersteuning van de integrale benadering in de wijkteams is het wenselijk dat elke gemeente financiële regelruimte kent om 10% van de beschikbare middelen anders in te zetten wanneer dit bijdraagt aan het voorkomen van problematiek bij een inwoner.
- Capaciteit in coördinatie bij welzijnsorganisaties om inwonersinitiatieven te ondersteunen
- Keuzes binnen gemeentelijk domein in hoe het verenigingsleven gesteund kan worden
- Bereidheid en mogelijkheid om verschillende financieringsstromen samen in te zetten, bijvoorbeeld om een grotere spreiding van vastgoed voor bijvoorbeeld ontmoeting en laagdrempelige inloop, huisvesting professionals en als uitvalsbasis voor VVT over buurten en dorpen te bereiken.



1c

Gelijke kansen en jeugd

Doelgroep & doelstelling

We verkleinen de gezondheidsverschillen: Ongelijk investeren voor gelijke kansen. We willen dit al op jonge leeftijd aanpakken, zodat de nieuwe generatie meer gelijke kansen krijgt. Door te investeren in kinderen en jongeren, bereiken we deels ook hun context: gezin, sociale context, steunstructuren.

Doelgroep (zie hiervoor doelgroep op thema-niveau)

Aanpak

1. Verkleinen kansenongelijkheid jeugd

Ongelijk investeren voor gelijke kansen. We willen dit al op jonge leeftijd aanpakken, zodat de nieuwe generatie meer gelijke kansen krijgt. Door te investeren in kinderen en jongeren, bereiken we ook hun context: gezin, sociale context, steunstructuren.

2. Verkleinen van gezondheidsverschillen.

Elke gemeente weet, op basis van data en ervaring, in welke wijken/buurtten gezondheidsverschillen groter zijn dan gewenst. Waar dit het geval is, wordt bekeken welke aanpak hierop wordt ingezet. De specifieke focus hiervan is afhankelijk van de populatie van de wijk. Zo kan bijvoorbeeld het buurtbudget worden vergroot voor wijken/buurtten waar de gezondheidsachterstanden groter zijn dan gewenst.

We betrekken de betrokken inwoners bij het opstellen van deze aanpak, zodat de aanpak aansluit bij hun behoefte.

Organisatie & vervolg

Planning (Zie globale planning)

Per gemeente wordt een plan opgesteld beginnend bij die wijken waar de (ervaren) gezondheidsverschillen groot zijn. De prioritering op gemeenteniveau bepaalt het startmoment.

In 2025 heeft elke gemeente de ketenaanpak Kansrijke Start geïmplementeerd en is de communicatie vereenvoudigd. Per gemeente wordt bepaald welke andere aanpakken kansrijk zijn en deze zijn opgestart in 2026.

Betrokken partijen:

- Gemeente, onderwijs (primair onderwijs, voortgezet onderwijs), sociaal domein, welzijn, JGZ, huisartsen.

Landelijke aandachtspunten:

- Zorgen dat inwoners met minder middelen niet worden belemmerd door een eigen bijdrage.

Wat kan helpen het nog succesvoller te maken?

- Buurtbudget plus ondersteuning

2a De eerstelijns als sterke basis

Doelstelling

De eerstelijns zorg is laagdrempelig toegankelijk en werkt samen om de inwoner passende zorg te bieden. Elke inwoner heeft een vaste huisartsenpraktijk, de huisarts werkt samen met eerstelijns zorgaanbieders aan passende zorg voor de patiënt. Deze zorg wordt ondersteund vanuit de wijkteams en vanuit de gemeentelijke samenwerkingsnetwerken.

Doelgroep: (zie hiervoor doelgroep op thema-niveau)

Aanpak

Zorgprofessionals werken samen vanuit de **visie op de eerstelijnszorg**, zoals die momenteel wordt opgesteld. Afspraken tussen betrokken zorgorganisaties in de eerstelijns worden in eerste instantie regionaal opgesteld, deze worden vervolgens lokaal worden vertaald en geïmplementeerd. Waar mogelijk wordt samengewerkt en afgestemd binnen de gehele regio Utrecht.

Specifiek voor de **huisartsenzorg** is afgesproken dat de praktijken vanuit Meer Tijd voor de Patiënt werken aan het zo organiseren van de praktijkvoering, dat er voor de meer complexe zorgvraag ook meer tijd is. Ook wordt bekeken hoe praktijken kunnen worden ondersteund in het meer toekomstbestendig organiseren van de zorg en het bewaken van de **continuïteit van huisartsenzorg** in geval van overname of evt. nieuw te starten praktijken.

Organisatie & vervolg

Planning

Zorgorganisaties die eerstelijnszorg bieden, werken in 2024 samen aan het versterken van de eerstelijns zorg en het maken van een plan over hoe dit in de komende jaren uit te rollen.

UNICUM werkt samen met de achterban en de zorgverzekeraar aan een plan voor het bewaken van de continuïteit van de huisartsenzorg.

Elke huisarts in de regio ZOU neemt deel aan het programma Meer Tijd Voor de Patiënt, dit programma loopt tot en met december 2025.

Rollen en verantwoordelijkheden

Organisaties die eerstelijns zorg leveren en de eerstelijns zorgprofessionals.

Landelijke aandachtspunten:

- Daar waar keuzes gemaakt worden in het uitvoeren van zorg, is het van belang dat deze afspraken breed gedeeld worden en onderschreven worden door de zorgverzekeraars. Doel is dat alle partijen dezelfde uitgangspunten hanteren en we "shop"-gedrag voorkomen.
- Het creëren van regelruimte en mogelijkheden tot domeinoverstijgend financieren.
- Oplossing voor huisvestingsproblematiek van huisartspraktijken en gezondheidscentra waar dat nu niet beschikbaar of inadequaat is.



2b Digitalisering

Doelgroep & doelstelling

Er ontstaan steeds meer mogelijkheden voor digitale zorg, informatie-uitwisseling en hybride zorg. Binnen ZOU willen we deze ontwikkelingen volgen en inzetten, met als voorwaarde dat nieuwe ontwikkelingen positief bijdragen aan ondersteuning en zorg en andere vormen vervangen. In 2026 is informatie-uitwisseling en verwijzing rond een cliënt, tussen de betrokken domeinen, verbeterd. Systemen sluiten op elkaar aan om dit mogelijk te maken. Inwoners hoeven dezelfde informatie niet bij elke betrokken professional opnieuw te vertellen, wanneer zij toestemming geven voor het uitwisselen van deze informatie. Daarnaast wordt een deel van de fysieke zorg vervangen door (bewezen) hybride zorg en is digitale triage in een groot deel van de zorg het startpunt voor de inwoner.

Doelgroep (zie hiervoor doelgroep op thema-niveau)

Aanpak

1 Het **bevorderen** van de **online informatie-uitwisseling en verwijzingen**. Online informatie-uitwisseling en verwijzen tussen zorg en sociaal domein blijft achter. In de regio wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om deze informatie-uitwisseling te verbeteren. Ook wordt bekeken of de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals en zorginstellingen kan worden verbeterd.

2. De mogelijkheden van **hybride zorg** en **online zelfhulp-tools** verkennen en waar mogelijk **doorontwikkelen, verbreden en vergroten**. Hybride zorg gaat over contact, behandeling en controle maar ook over digitale triage en het ondersteunen van diagnostiek. Dit betekent dat zowel inwoners als professionals voldoende digitaal vaardig moeten zijn.

Organisatie & vervolg

Planning

Zie globale planning

Rollen en verantwoordelijkheden

Zorgorganisaties en gemeenten. Op de onderwerpen in samenwerking met RSO Trijn.

Monitoring

Wanneer de mogelijkheden voor informatie-uitwisseling beschikbaar zijn en zijn gedeeld met de betrokken professionals, wordt jaarlijks gemonitord hoe vaak deze mogelijkheden worden benut.

Aandachtspunten algemeen

- Bevorderen van gebruik van PGO (Persoonlijke Gezondheids Omgeving) en het geven van toestemming voor het delen van medische informatie in spoedsituaties (LSP – Landelijk Schakel Punt) dragen bij aan betere toegang tot informatie.
- Digitale vaardigheden van inwoners en zorgaanbieders zijn essentieel, deze worden opgepakt vanuit de fundamentele digitaal vaardig en arbeidsmarkt. Vanuit de regio worden een aantal aandachtspunten meegegeven:
- digitale vaardigheden van de inwoner: Lokaal bestaan verschillende initiatieven zoals inloopcafé en spreekuren. Daarnaast kan een online helpdesk, zoals bijvoorbeeld de helpdesk digitale zorg, in de gehele regio worden ingezet.
- digitale vaardigheden van de professional: Digitale vaardigheden zijn inmiddels integraal onderdeel van het werk van een zorgprofessional. Dit gaat over het gebruiken van het digitale dossier, maar ook over inzetten van hybride zorg. Neem professionals mee in deze ontwikkelingen, zodat de drempel voor het inzetten hiervan wordt verlaagd



2c

Hoge organisatiegraad en hoge samenwerking op subregioniveau

Doelgroep & doelstelling

Alle ketenpartners zijn aangesloten bij ZOU-Verbonden. De subregionale en lokale IZA-plannen worden hier besproken, gevolgd en met elkaar gedeeld. Deze bestuurlijke samenwerking draagt bij aan de lokale uitwerking, o.a. door gedragen afspraken tussen partijen over waar een hulpvraag opgepakt kan worden: eigen netwerk, welzijn, sociaal domein, eerstelijns. Zowel binnen de gemeente als op subregionaal niveau

Doelgroep (zie hiervoor doelgroep op thema-niveau)

Aanpak

Nagaan of alle relevante ketenpartners zijn aangesloten, deze gesprekken lopen momenteel (2023). Nieuwe partners worden uitgenodigd om aan te sluiten bij ZOU-Verbonden.

De samenwerking binnen ZOU-Verbonden wordt afgestemd op de thema's zoals vastgesteld binnen dit regioplan. De subregionale en lokale IZA-plannen worden hier besproken, gevolgd en met elkaar gedeeld. Deze bestuurlijke samenwerking draagt bij aan de lokale uitwerking, o.a. door gedragen afspraken tussen partijen over waar een hulpvraag opgepakt kan worden: eigen netwerk, welzijn, sociaal domein, eerstelijns. Zowel binnen de gemeente als op subregioniveau

Organisatie & vervolg

Planning

Begin 2024 is Zuidoost Utrecht Verbonden uitgebreid met relevante ketenpartners.

Rollen en verantwoordelijkheden

Alle leden van Zuidoost Utrecht Verbonden

Situatieschets

Regiobeeld

Door sterke vergrijzing en daarbij demografische en maatschappelijke ontwikkelingen is er een toename verwacht in chronisch zieken, kwetsbare groepen en complexere casuïstiek. In Zuidoost Utrecht zal de vergrijzing grote druk uitoefenen op de zorg. Een grote absolute toename in V&V-zorgvraag is zichtbaar in Zeist. Ook zijn de zorgkosten voor VVT relatief hoog voor onder andere Utrechtse Heuvelrug en Zeist. Dit kan verklaart worden doordat er mogelijk in deze gemeenten relatief aan het aantal inwoners veel verpleeghuisplekken zijn. Daarnaast is in deze regio een lager mantelzorg potentieel waardoor zorgvraag zich eerder richting de professionele zorg zal verplaatsen.

Aanvulling op het regiobeeld uit de praktijk

Het regiobeeld geeft geen inzicht in psychische kwetsbaarheid bij ouderen. Er is een toename van ouderen met gedragsproblemen, voortkomend uit psychiatrische stoornissen. Hierover is nog relatief weinig kennis in de VVT-sector. Volwassenen met een beperking worden ook steeds ouder, wat een uitdaging is voor de zorg. Zicht op deze ontwikkelingen helpt de zorg hier beter op voor te bereiden. Daarnaast is de toenemende individualisering en daardoor afnemende mantelzorgpotentieel een belangrijke ontwikkeling wat invloed heeft op zorg en welzijn, en dient daarom een plek te krijgen binnen deze opgave van gezond ouder worden.

Ambitie

Voorkomen waar mogelijk

We hebben hetzelfde vertrekpunt, namelijk vanuit de leefvraag, en spreken één taal doordat er sprake is van een eenduidige, gezamenlijke boodschap richting inwoners. Het gedachtegoed van positieve gezondheid wordt hierbij omarmd. Op die manier stellen inwoners hun verwachtingen m.b.t. de inzet ondersteuning en zorg bij.

Zelf waar het kan

We gaan niet uit van wat er niet meer kan, maar juist wat er nog wel kan en daarop de eigen regie te nemen. De voornaamste beweging is naar meer zelf- en samenredzaamheid in de eigen leefomgeving, gericht op het uitstellen van zorgafhankelijkheid. We zetten in op reablement dat uitgaat van positieve gezondheid en preventie, in samenwerking tussen inwoners, naasten en professionals. Bepaalde handelingen worden in beginsel niet meer verricht, maar aangeleerd aan de inwoner en/of naaste, waardoor inwoners zo lang mogelijk onafhankelijk blijven van professionele ondersteuning en zorg. Als uiteindelijk ondersteuning en/of zorg wordt geboden, wordt vervolgens met elkaar te onderzocht hoe dit weer afgebouwd kan worden.

Hulp waar nodig

We bewegen van individualisme naar meer community denken. Community care, waarbij men met en voor elkaar zorgt in eigen de eigen leefomgeving, is hierbij leidend. Dit kan in verschillende vormen en hangt af van de lokale mogelijkheden, de doelgroep en de (inwoners-)initiatieven die ontstaan. Specifieke aandacht is nodig voor het meer gangbaar en toegankelijk maken van zorg in de thuissituatie. Voor iedereen kan dit anders zijn. Dit vraagt om de ontwikkeling naar aanvullende diverse leefvormen voor ouder wordende inwoners.

Ondersteuning en/of zorg waar noodzakelijk

Als de inwoner toch professionele hulp nodig heeft, is de ambitie om de diverse zorgroutes, hokjes en loketten zoveel mogelijk te integreren. Dat leidt tot minder versnippering en benodigde coördinatie. Als het toch nodig is coördineren we de ondersteuning en zorg op zo'n manier dat er soepele samenwerking en communicatie ontstaat. Ofwel, alle ondersteuning en zorg komt terecht bij de juiste professional binnen een afzienbare tijd. De integrale samenwerking wordt o.a. gefaciliteerd door regionale systeemfuncties zodat de beschikbare tijd van mensen zo efficiënt als mogelijk wordt ingezet. Afstemming met de oudere inwoner (en zijn/haar netwerk) en heldere communicatie is hierbij noodzakelijk.

We erkennen dat met deze ambitie er in eerste instantie meer op de professionals afkomt, maar zien dit als een benodigde investering om met elkaar de transformatie door te zetten. Waar nodig wordt ondersteuning bij dit proces ingezet.



Ambitie en visie

Preventie en verbeteren zelfredzaamheid

Doelgroep en sector(en): geldt voor alle leeftijdsgroepen, met specifieke aandacht voor de groep ouderen vanaf ± het 80^e levensjaar die niet meer in staat is anderen te helpen en de groep van 65+ om hen ervan bewust te maken dat men actief en vroegtijdig nadenkt over gezond ouder worden. Diverse zorg- en welzijnsorganisaties op lokaal niveau zijn betrokken bij dit sub thema. Voornamelijk op lokaal niveau, zoals buurthuizen, wijkcentra en andere ontmoetingsplekken kunnen een cruciale rol spelen in het versterken van de zelfredzaamheid. Naast zorg en welzijn is het belangrijk om huisvesting organisaties te betrekken om zo goed mogelijk aanbod in wonen te voorzien.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Er is meer verbinding in de wijk, in zowel bestaande als nieuwe vormen. Hierbij staan inclusie en blijven meedoen centraal. **Kleinschalige initiatieven zorgen ervoor dat men elkaar kent in buurten, naar elkaar omkijkt en elkaar kan helpen.** Ook is de inwoner zich bewust van en begint **vroegtijdig met gezond ouder worden**, waaronder het bevorderen van een gezonde leefstijl. Hier speelt **een herkenbaar punt in de wijk, waar men terecht kan met vragen en waar wordt samengewerkt het sociaal domein en de eerstelijns**. In de gewenste situatie wordt een **integrale aanpak gehanteerd** waarbij er genoeg variatie is in zorg- en welzijnsaanbod, woonvormen, aansluitend bij persoonlijke behoeftes van inwoners. Ook wordt er ingezet op digitale gezondheidsvaardigheden bij ouderen, om zelfredzaamheid te vergroten.

Ambitie:

- Het gedachtegoed van positieve gezondheid is ingebed in de maatschappij en wordt dit breed uitgedragen middels het spreken van één taal.
- Inwoners blijven zo lang als mogelijk onafhankelijk van professionele ondersteuning en zorg vanuit het gedachtegoed van reablement.
- In elke gemeente zijn er mogelijkheden voor ondersteuning bij inwoners-initiatieven.

1a Positieve gezondheid en communicatie

1b Reablement en verantwoord langer thuis wonen

1c Nabijheid en netwerk



1a Positieve gezondheid en communicatie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie doelgroep op thema-niveau

Doelstelling: We stellen de verwachtingen van inwoners bij t.a.v. ondersteuning en zorg door inwoners te informeren en activeren om eigen regie te nemen op hun eigen gezondheid. Hierbij hebben we allemaal hetzelfde vertrekpunt, namelijk vanuit de leefvraag, en spreken één taal. Daardoor is er sprake van een eenduidige, gezamenlijke boodschap richting inwoners.

Aanpak

- Vorbereiding op ouder worden:** bewustwording creëren waardoor zowel inwoners als jonge potentiële mantelzorgers actief nadenken over gezond ouder worden, omkijken naar elkaar en acteren o.b.v. eigen regie. Dit vraagt om het uitdragen van een eenduidige, gezamenlijke boodschap vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid en heeft veel overlap met het thema versterken eerstelijns en sociale basis. Het uitdragen van deze boodschap kan via een communicatiecampagne. Aangevuld met het scholen van de gemeenschap op het signaleren van verschillende onderwerpen. Denk hierbij aan een basistraining die past bij de verwachtingen en inzet van het geven van mantelzorg of het doen van vrijwilligerstaken, een dementievriendelijke samenleving, valrisico, ondervoeding en een verminderd sociaal netwerk. Signaleren kan op verschillende manieren en gebeurt onder andere in sportclubs, inloopfuncties en de koffiehoeken in supermarkten. Aanvullend worden lopende initiatieven geïnventariseerd en de geleerde lessen opgehaald.
- Uitgaan van de leefvraag in plaats van de zorgvraag:** dit kan breed worden ingezet, maar vraagt om specifieke aandacht tijdens intakegesprekken, bij proactieve zorgplanning en bij inzetten van vroeg signalering. Hierbij de integratie van het gedachtegoed van positieve gezondheid bij intake zodat met één taal wordt gesproken die uitgaat van veerkracht, betekenisvol leven en hier eigen regie op voeren. Met als aanvulling voor een herontwerp van de intake: verkennen hoe het proces anders gestroomlijnd kan worden en bepalen wie de (gezamenlijke) intake gaat voeren en hoe deze informatie wordt gedeeld (met toestemming van de inwoner). Regionale borging, in aansluiting op de plannen rondom versterken eerstelijns en sociale basis, d.m.v. een regionaal leernetwerk is van belang.

Organisatie & vervolg

Aanstellen van één trekker die onderstaande vervolg gaat coördineren.

Vorbereiding op ouder worden:

- Communicatie campagne: De GGD of gemeenten kunnen als trekker fungeren en nemen daarin ook de bekostiging en werving op zich. Echter kan dit niet slagen zonder samenwerking met de eerstelijns en experts vanuit verschillende gebieden zoals woningcorporatie, notaris, GALA, pensionering. In 2024 start de inventarisatie naar lopende campagnes en wordt indien nodig een aanvullende campagne opgezet en uitgevoerd.
- Ten aanzien van een basistraining die past bij de verwachtingen en inzet: het gaat erom dat inwoners zich realiseren dat ze zelf ook mantelzorger en/of vrijwilliger kunnen zijn. Een basistraining helpt hen om zich daar meer comfortabel bij te laten voelen. Hier wordt gestart met een verkenning er achter te komen wat hiervoor nodig is, in samenhang met passende zorg. Dit resulteert in een visie. Vervolgens wordt deze visie uitgedragen. Tot slot wordt een basistraining ontwikkeld en aangeboden.
- Proactieve Zorgplanning: In aansluiting op het netwerk ONZe. Start uitvoer per Q1 2024, met vaststellen regionaal projectplan en verdere implementatie.

Uitgaan van de leefvraag in plaats van de zorgvraag:

- Q1 2024 : coalitie vormen via bestuurlijk commitment
- Q1-Q2 2024: verkenning en delen best practices
- Q3-Q4 2024: toolkit en scholing



1b Reablement en verantwoord langer thuis wonen

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie doelgroep op thema-niveau

Doelstelling: De zelf – en samenredzaamheid van inwoners wordt versterkt waardoor inwoners zo lang mogelijk onafhankelijk blijven. Hiertoe wordt het gedachtegoed van reablement, in samenhang met positieve gezondheid, uitgedragen en vormgegeven in de regio. Wanneer (tijdelijke) zorg of ondersteuning nodig is, wordt dit geboden, om daarna met elkaar te onderzoeken hoe dit weer afgebouwd kan worden. In de wijk creëren we of borgen we voorzieningen die ondersteunend zijn om de zelfredzaamheid van de inwoner zo veel mogelijk te faciliteren en zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.

Aanpak

- 1. Stimuleren van zelf- en samenredzaamheid:** dit is in samenhang met subthema 1a. We creëren laagdrempelige, logische/herkenbare plekken in de wijk/gemeenten waar men terecht kan voor ondersteuning naar meer zelf- en samenredzaamheid. Hierbij maken we gebruik van fysieke en sociale infrastructures die er al zijn in wijken, zoals buurtcentra, bibliotheken, welzijnslocaties. Gaat over de uitrol van de preventie ketenaanpak Welzijn op Recept in alle gemeenten, het vormen van een coalitie van zorgaanbieders die gezamenlijk het gedachtegoed van reablement uitdragen, lopende initiatieven inventariseren, nieuwe initiatieven vormgeven en een programma over reablement opstellen met o.a. scholingselementen voor zowel professionals als inwoners.
- 2. Organiseren van zorg thuis en wonen met zorg:** vraagt om voldoende en toegankelijke woningen. Sluit hierbij aan bij woonvisie of regionale programma's per gemeente (aansluiten bij lopend project Wonen & Zorg 2040). Biedt ruimte aan inwonerinitiatieven, want het gaat om het samenspel tussen informele en formele zorg. Ontwikkel, stimuleer en/of implementeer zorg aan huis arrangementen, zoals VPT/MPT, in afstemming met het sociaal domein, zorgpartners, woningbouwcorporaties en gemeenten.
- 3. Tijdelijke zorg en logeren:** ondersteunen van de inwoners met voorzieningen rondom tijdelijke zorg met als doel dat zij zo spoedig als mogelijk weer zelfstandig kunnen wonen en de verdere inzet van professionele zorg te beperken, via de volgende aanpakken:
 - > Verkennen van nieuwe hybride vormen van tijdelijke zorg. Om de oudere inwoner zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen is een keten met verschillende ondersteuning- en zorgmogelijkheden nodig. Dit betekent vraag gestuurd zorg aanbieden, van verblijf t/m behandeling, om weer zo snel mogelijk naar huis te kunnen. Dit vereist specialistische kennis vanuit diverse organisaties
 - We starten met de verkenning en inrichten van expertisecentra voor kortdurend verblijf als het thuis even niet meer gaat. Hier wordt domein overstijgend gewerkt en ontwikkelen we concepten en kennis die in de regio kunnen worden ingezet.
 - we onderzoeken de samenwerking met VG-organisaties in het kader van de ouder wordende populatie, en brengen de kennis samen.
 - > Inzet van tijdelijke behandeling, wat vraagt om samenwerking tussen samenwerking tussen de eerstelijns en medisch generalistische zorg zoals inzet specialist ouderen geneeskunde in de wijk ter ondersteuning aan de huisarts

Organisatie & vervolg

Stimuleren van zelf- en samenredzaamheid:

- 2024 Coalitie vormen en plan opstellen voor regionale benadering
- Samen met het sociaal domein maken de eerstelijns en de VVT een plan op basis van de uitkomsten van de verkenning vanuit de IVVU.
- Deze coalitie sluit zich aan bij de vereniging reablement Nederland en het lerend netwerk reablement van Zilveren Kruis.

Organiseren van zorg thuis en wonen met zorg:

- 2024 Dit is conform de woonvisie van gemeenten en vraagt om betrokkenheid van alle partners in de regio. De regio ligt bij de gemeenten.

Tijdelijke zorg en logeren:

- 2024 uitbreiden werkafspraken ONZe en GGZ.
- 2024 Werkafspraken ONZe maken op regionaal niveau met GGZ.
- 2024 Implementeren van deelprojecten elders in de regio ontwikkeld; denk aan WZD, expertteam GGZ/VVT, teleconsultatie.
- 2024/2025 Voornemens om de borging van het netwerk in samenhang met IVVU actielijn 2 ambulante complexe ouderenzorg vorm te geven.
- 2024 verkenning, visievorming en implementatie expertisecentrum kortdurend verblijf.



1c Nabijheid en netwerk

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie doelgroep op thema-niveau

Doelstelling: In elke gemeente worden inwonersinitiatieven toegejuicht en actief ondersteund. Dit kan in verschillende vormen en hangt af van de lokale mogelijkheden, de doelgroep en de initiatieven die ontstaan.

Aanpak

- In elke gemeente creëren we centrale functies voor ontmoeting.** Dit kan in verschillende vormen en hangt af van de lokale mogelijkheden, bestaande initiatieven en de initiatieven die ontstaan. Door het aanbod van diverse, laagdrempelige plekken voor ontmoeting in de wijk ontstaat verbinding tussen inwoners van jong en oud. Het is belangrijk om verbinding zo dichtbij mogelijk te organiseren. In iedere buurt/ wijk creëren we een centrale functie voor ontmoeting, inloop, activiteiten, begeleiding en/of behandeling. Deze kunnen ook fungeren als steunpunt voor informatie. Hierbij sluiten we aan bij wat er al aan infrastructuur er zijn in de buurt/wijk. Aandachtspunten hierbij zijn:
 - We bieden inwoners de ruimte voor het opzetten van initiatieven
 - De fysieke leefomgeving kan helpend zijn, aanpassing mogelijk nodig om beweging en ontmoeting te faciliteren.
 - Bestaande structuren verlengen, zoals lopend voetbal of rustig tennissen, verbreden en vergroten.
 - Preventieve inzet van bij mensen van 75+ (door vrijwilligers). Deze huisbezoeken kunnen bijdragen aan de toeleiding van ouderen naar diverse ontmoetingsplekken.
 - Onderzoek naar (kleinschalige) vervoersinitiatieven zodat er een goed beeld in de regio Zuidoost Utrecht naar de mogelijkheden op dit gebied. Vervoer is vaak een obstakel voor (ouder wordende) inwoners om te ontmoeten.
 - We maken aansluiting bij thema 1b: het creëren van laagdrempelige, logische/herkenbare plekken in de wijk/gemeenten waar men terecht kan voor ondersteuning naar meer zelf- en samenredzaamheid.
- In elke gemeente bieden we ruimte voor informele buursamenwerking en zijn er mogelijkheden voor ondersteuning bij inwoners-initiatieven:** draait om "community care" en omvat o.a. buurtinitiatieven voor degenen die dat nodig hebben. Het gaat om iets voor elkaar kunnen betekenen, omkijken naar elkaar, en een lage drempel om een eerste vraag te kunnen stellen. Het is noodzakelijk om een voedingsbodemp te creëren waar naast formele samenwerking ook ruimte is voor informele lokale initiatieven. Ook het verenigingsleven is hier een belangrijke factor in.

Binnen een wijk is het van belang dat er ontmoetingsplekken zijn met ruimte voor buurtinitiatieven. Dit kunnen zowel digitale, sociale als fysieke steunstructuren zijn in de gemeenschap. In het geval van een fysieke plek, kan dezelfde locatie ook dienen als wijkcentrum voor ondersteuning en zorg. Het gaat over het inventariseren van de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om inwoners-initiatieven te ondersteunen en steunstructuren in te richten. Daarbij moet het inwoners motiveren en faciliteren om in de buurt actief te zijn. Vanuit professioneel perspectief wordt gezocht naar een manier van samenwerking die past bij de informele netwerken.

Organisatie & vervolg

De regie op dit subthema ligt bij de gemeenten.

In elke gemeente creëren we centrale functies voor ontmoeting.

- Q1 2024: Start verkenning in aantal kansrijke gebieden door organiseren gesprekken. Vaststellen concrete mogelijkheden
- 2024 Vrijwilligersorganisaties (blijven) betrekken bij de organisatie van de huisbezoeken. De gemeente kan daar een rol in hebben om de gegevens te verstrekken van 75 jarigen in de gemeente.
- Q2 2024: Planvorming uitwerking over concrete mogelijkheden op het gebied van de fysieke leefomgeving, het verbreden/vergroten van bestaande structuren en (kleinschalige) vervoersinitiatieven).
- Q3 2024: implementatie.
- Q1 2025: Verbreden verkenning en implementatie

In elke gemeente bieden we ruimte voor informele buursamenwerking en zijn er mogelijkheden voor ondersteuning bij inwoners-initiatieven: we verwijzen u hiervoor naar het plan vanuit het thema versterken sociale basis en eerstelijns, subthema 1b Gebieds- en wijkgerichte aanpak.



Ambitie en visie

Versterken van de samenwerking

Doelgroep en sector(en):

De doelgroep waar de focus op ligt bij het thema zijn alle thuiswonende ouderen. De leeftijdscategorie is irrelevant hierin en ligt per persoon verschillend. De aanpak uiteindelijk is wel doelgroep specifiek.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Om de ouderenzorg goed te organiseren, gaan we in Zuidoost Utrecht toewerken naar een gebiedsgebonden samenwerking. Dit zijn wijkgebonden multidisciplinaire teams die gericht zijn op de inwoners met een (zorg)vraag. Verwachtingen van en naar elkaar binnen de teams zijn helder en er is onderling vertrouwen. Idealiter werken deze wijkteams middels één centraal aanmeldpunt. Nadat de ouder wordende inwoner met een (zorg)vraag eerst het eigen persoonlijke netwerk heeft geraadpleegd, is de inwoner met één doorverwijzing op de juiste plek. De (zorg)professionals houden elkaar op de hoogte van de uitgezette acties wat de samenwerking versterkt en versoepelt. Om deze multidisciplinaire samenwerking mogelijk te maken is het werken met één dossier per inwoner wenselijk. De inwoner blijft eigenaar van het dossier, maar het dossier is toegankelijk voor de diverse hulpverleners in de wijk

De ambitie

Echte samenwerking stellen we boven concurrentie. Hiervoor is het belangrijk om over de muren van de eigen organisatie(belangen) heen te kijken, en mede (zorg)professionals te kennen en te vinden. Met elkaar gaan we voor passende zorg. De kanttekening daarbij is wel dat niet alles meer kan, en er ook goed naar alternatieven gekeken moet worden die buiten het zorgdomein vallen (nauwe verbinding formele en informele zorg & ondersteuning). Door de samenwerking te versterken is de ambitie dat de kwaliteit van leven van de ouder wordende inwoners van Zuidoost Utrecht toeneemt. Echter heeft de inwoner daar ook een eigen verantwoordelijkheid in, en streven we eigen regie na, daar waar dat kan.

2a Gebieds- en / of wijkgerichte aanpak

2b Passende ondersteuning en zorg



2a

Gebieds- en/of wijkgerichte aanpak

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie doelgroep op thema-niveau

Doelstelling: De zorgvrager krijgt binnen afzienbare tijd passende ondersteuning en zorg door de juiste professional. Dit wordt gerealiseerd door goed ingerichte coördinatie van zorg.

Aanpak

- Coördinatie zorg:** de ondersteuning en zorg wordt rondom de inwoner gecoördineerd. Denk hierbij aan:
 - > versterken van multidisciplinaire (ouderenzorg) in de regio door sterke wijk Samenwerkingsverbanden. Gaat ook over passende zorg: we weten wat we van de verschillende professionals kunnen verwachten.
 - > Minimaliseren van het aantal aanwezige zorgaanbieders in de wijkverpleging, waardoor er herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging per wijk zijn.
 - > één ingang (voor verwijzers) met centrale coördinatie van regionale zorg. Start bij wijkverpleging.
- Versterken samenwerking informele en formele zorg:** het netwerk en mantelzorg bij de oudere inwoner staat centraal. Waar mogelijk vullen we dit aan met vrijwilligers en eventueel met professionele inzet. Dit zetten we preventief in zodat de formele zorg houdbaar blijft. Gaat onder meer om het zorgen dat er coördinatoren zijn. Deze kan ook de digitale match onder de aandacht brengen/steunen/helpen vullen/beheren. Dit linkt aan thema 1c: onder een zorgzame wijk valt onder andere het ontmoeten van anderen, voorbereid ouder worden, één aanspreekbaar (wijk)team en elkaar (formeel en informeel) weten te vinden als je elkaar nodig hebt.
 - > signaleren van de inzet van de mantelzorg, mogelijk door de huisarts.
 - > de waarde van de vrijwilliger benutten in het aanbod. Bijvoorbeeld door één centraal (digitaal) punt voor eigentijdse inzet.
 - > de samenwerking tussen formele en informele zorg versterken door aanbod op elkaar aan te sluiten en samenwerkingsafspraken te maken. Te starten met palliatieve zorg.

Organisatie & vervolg

Coördinatie van zorg: er is een rol weggelegd voor een regionale kwartiermaker met zorgpartijen en de gemeenten (bij elkaar brengen van zorg en welzijn). Daarnaast is de betrokkenheid van inwoners van belang.

- 2024 In kaart brengen van de aanbieders die actief zijn in de regio ZOU.
- 2024 Wijkverpleegkundigen vanuit diverse aanbieders komen bijeen en komen tot verschillende en kansrijke oplossingsrichtingen.
- 2024 Afspraken maken.
- 2025 Implementatie van de oplossing.

Versterken samenwerking informele en formele zorg

- 2024 Voeren van verkennende gesprekken in één of twee gemeenten waarin samenwerkingsafspraken worden benoemd en wordt gekeken op welke manier formele en informele zorg & ondersteuning elkaar optimaal kunnen ondersteunen.
- 2024 Regionale verschillen in de opgestelde samenwerkingsafspraken in kaart brengen voor de resterende gemeenten.
- 2025 Implementatie van de afspraken in de hele regio ZOU

2b Passende ondersteuning en zorg

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: zie doelgroep op thema-niveau

Doelstelling: De zorgvrager krijgt binnen afzienbare tijd passende ondersteuning en zorg door de juiste professional. Wetende dat niet alles meer kan, en dat er breder gekeken dient te worden. Positieve Gezondheid is een fundament hierin, met in het verlengde hiervan Welzijn op Recept. Hierin is vroegtijdige signalering van uiterst belang, om passende zorg te realiseren met elkaar. Coördinatie van zorg hierin zorgt voor soepel samenwerking en communicatie, waardoor de passende zorg snel gerealiseerd wordt. Hierbij is het voorbereiden van ouder worden ook een belangrijk onderdeel zodat men bewust is dat niet alle type zorg meer mogelijk is.

Aanpak

1. Passende zorg: een regionaal kader voor passende zorg. Dit bereiken we met een convenant met samenwerkingsafspraken tussen alle organisaties. Gezamenlijk spreken we af wie welke zorg wel en niet meer doet, in welke vorm en met welke alternatieven. Dit schept duidelijkheid bij inwoners, verwijzers en voor de zorgprofessionals zelf. De inzet van ondersteunende zorgtechnologie en hulpmiddelen is noodzakelijk voor passende zorg.

2. Het verbreden dan wel professionaliseren van regionale systeemfuncties. Ontlasten van de zorgprofessionals door het inrichten van regionale systeemfuncties: integrale samenwerking faciliteren, efficiënt omgaan met de beschikbare tijd van mensen. Gaat o.a. over casemanagement, palliatieve zorg, ANW-zorg, specialistische wijkverpleging. Daarbij kan aangesloten worden bij het ONZe netwerk. Tegelijkertijd kan dit ook zorgsoorten omvatten die op regionaal niveau georganiseerd dienen te worden.

3. Het organiseren van (zware) zorg thuis en ziekenhuis verplaatste zorg. Het is in de toekomst steeds meer nodig om zware zorg vanuit het ziekenhuis te verplaatsen naar thuis. Dit is onderdeel van passende zorg en kan alleen goed functioneren als ook de regionale systeemfuncties goed georganiseerd zijn. Vanuit ONZe wordt gezamenlijk invulling gegeven aan de verdergaande samenwerking voor inwoners met een WLZ-indicatie die vallen onder de regio van de huisarts.

Organisatie & vervolg

Passende zorg:

VVT-organisaties zijn de kartrekkers.

2024 aansluiten bij het bestuurlijk netwerk Zuidoost Utrecht Verbonden om de benodigde structuur om tot afspraken te komen over samenwerking en besluitvorming op te zetten.

2024 totstandkoming van het regionale kader.

2024 start pilot binnen één of twee gemeenten.

2024 evaluatie en opschaling naar de andere gemeenten.

Verbreden dan wel professionaliseren van regionale systeemfuncties:

Gedeelde verantwoordelijkheid onder de volgende organisaties en netwerken:

- ONZe
- Casemanagers
- Palliatief netwerk ZOU
- Wijkverpleging.

2024 in kaart brengen welke regionale functies er zijn en waarvoor zij zijn. Tevens in kaart brengen waar de vraag en behoefte ligt.

2025 een plan van aanpak opstellen en starten met de realisatie, dit loopt door tot 2026.

Organiseren van (zware) zorg thuis en ziekenhuis verplaatste zorg.

Dit thema wordt op U16 niveau verder uitgewerkt. Vanuit de regio wordt weinig afstemming op dit thema ervaren. Het is voor nu onduidelijk of in de subregio een additionele aanpak beschreven moet worden.

2024: projectplan ONZe opstellen in implementeren



Kanttekening

De afgelopen periode hebben we geconstateerd dat er veel overlap is tussen de thema's die in z'n geheel of gedeeltelijk op sub-regionaal niveau zijn opgepakt. Veel komt terug bij het thema versterken sociale basis en eerste lijn. In het plan voor het thema gezond ouder worden hebben we daar zoveel mogelijk op aangesloten want het vraagt om een integrale aanpak.



Mentale weerbaarheid & gezondheid

Situatieschets

Regiobeeld

Uit het regiobeeld komt naar voren dat in de regio Zuidoost Utrecht jongeren in toenemende mate kwetsbaar en minder weerbaar zijn. Ook inwoners tussen 18 en 40 jaar oud hebben een groter risico op kwetsbaarheid ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Daarnaast komt naar voren dat het risico op depressie of angststoornis bij volwassenen hoog is. In met name Zeist zijn er wijken waar sprake is van zeer ernstig ervaren eenzaamheid. Opvallend is ook de lage ervaren gezondheid onder jongeren, met name in Wijk bij Duurstede. Tot slot, zijn er relatief veel zorggebruikers in de GGZ per 10.000 verzekerden in gemeente Zeist, in acht nemend dat er veel specialistische GGZ instellingen gehuisvest zijn in deze gemeente.

Aanvulling op het regiobeeld uit de praktijk

In het regiobeeld wordt veel gesproken over kwetsbaarheid. Het is gewenst om voornamelijk te richten op het vergroten van de mentale veerkracht van inwoners zodat ze met moeilijke situaties in het leven om kunnen gaan. Kwetsbaarheid bij jongeren komt al redelijk naar voren uit het regiobeeld en speelt binnen deze opgave een belangrijke rol. Ook is het goed om bewust te zijn voor welke leeftijden interventies worden georganiseerd. Het regiobeeld richt zich met name op de curatieve kant van de mentale gezondheid. Vooral de preventieve kant zal meegenomen worden in deze opgave. Relevante ontwikkelingen in mentale gezondheid moeten gemeten worden voor alle doelgroepen. Dit zal gebeuren op alle niveaus, maar met speciale aandacht voor het lokaal niveau zodat wijken en buurten met meer problematiek in beeld komen.



Ambitie

Voorkomen waar mogelijk

Een **mentaal gezonde samenleving** ligt aan de basis van het thema preventie. Dit betekent o.a. het verlagen van (sociale en/of prestatie) druk, het werken aan een reëel zelfbeeld en het verminderen van sociaal isolement. Sterke sociale structuren vormen hierin de basis. Er dient een goede balans te zijn tussen ontspanning en druk (vanuit de maatschappij). Aanvullend wordt geïnvesteerd in de leefomgeving, bijvoorbeeld doordat de dienstverlening van gemeenten begrijpelijker is voor inwoners, meer mensen bewegen of lid zijn van een club, meer mensen uit kunnen komen met hun geld. Preventie bij risicogroepen zoals KOPP-kinderen, kinderen van complexe scheidingen en mensen met een migratieachtergrond. Door deze risicogroepen (vroegtijdig) in beeld te hebben, kan er preventief geacteerd worden bij vroegtijdige signalering.

Zelf waar het kan

Vergroten van **mentale veerkracht** met specifieke aandacht voor jeugd/jongeren. Een mentaal gezonde samenleving in de toekomst begint bij de jeugd/jongeren. Hierbinnen het creëren van een omgeving waarin je leert omgaan met zelf je grenzen leren kennen (zoals bij risicovol spel). Om op latere leeftijd om te kunnen gaan met de druk die het leven met zich meebrengt, is het relevant om kinderen/jeugd te leren omgaan met tegenslagen. Er is aandacht nodig voor het leren omgaan met druk en stress. Aanvullend daarop is het relevant dat er een open samenleving gecreëerd wordt waarin gespreken kan en mag worden over mentale problematiek. Bijvoorbeeld op de scholen in de regio ZOU. Zij kunnen vroegtijdig signaleren én hebben de mogelijkheid om mentale veerkracht een grotere plek te geven in de leerstof. Er zijn diverse goede voorbeelden te noemen van projecten waarbij de focus ligt op de jeugd/jongeren, waarin mentale weerbaarheid centraal staat. De Gezonde School is een voorbeeld hiervan.

Hulp waar nodig

Vanuit een **stevige samenwerking tussen medisch domein, sociale basis en GGZ** kijken hoe de hulpvraag van de client kan worden ondersteund. Dit begint met vertrouwen tussen de partijen. Hiervoor is het belangrijk dat men elkaar kent, en elkaar vertrouwt in de expertise en bedoeling. Hybride teams (zoals bijvoorbeeld in Zeist) zijn hierin een goede vorm. Deze samenwerking en teams moeten ondersteund worden door goede communicatiemiddelen/ICT. Het spreken van dezelfde taal is hierin van belang.

Aanbod informele ondersteuning gaat over inzichtelijk hebben van het aanbod in de regio, de samenwerking tussen de informele ondersteuning en de formele ondersteuning, maar ook over het toegankelijk maken van het aanbod voor bijvoorbeeld mensen wat meer aandacht bij nodig is. Het is belangrijk dat er maatwerk wordt geleverd, en er goede afstemming plaatsvindt met zowel de inwoner als met eventuele formele hulpverleners. Een middel om de informele ondersteuning meer in beeld te krijgen is Welzijn op Recept.

Aanbod peer support waarbij het voornaamste is het samenbrengen van inwoners met gelijksoortige ervaringen waarbij het werken aan herstel centraal staat, op welke manier dan ook. Gelijkwaardigheid, laagdrempeligheid en veiligheid zijn hierin onmisbaar. Dit kan in de vorm van (fysieke) groepen, maar online zijn ook diverse mogelijkheden te bedenken. Peer support versterkt de veerkracht van mensen en vermindert het gevoel er alleen voor te staan. Een voorbeeld is het inzetten van ervaringsdeskundigheid bij cliënten die wachten op zorg.

Zorg waar noodzakelijk

Een **Netwerk Mentale Gezondheid** is een duurzaam samenwerkingsverband tussen bestaande organisaties binnen het sociaal domein, huisartsenzorg, ervaringsdeskundigen organisaties, eerstelijnspsychologen, verslavingszorg en ggz. Dit kan in een fysieke en/of andersoortige vorm worden ingericht. Aanvullend kunnen partners worden ingeroepen bij behoefte aan specifieke expertise, bijv. top ggz, VVT, woningcorporaties, politie en onderwijs

Een **verkennd gesprek** leidt tot verduidelijking van de vragen die iemand heeft over zijn mentale gezondheid en kijkt breed waar de persoon zijn echte vragen, mogelijkheden, behoeften en oplossingen (kunnen) liggen. Resultaat van een verkennd gesprek is een in gezamenlijkheid opgesteld advies voor de deelnemer om zijn mentale gezondheid te versterken.



Ambitie en visie

Versterken mentale weerbaarheid en kwetsbaarheid

Doelgroep en sector(en): alle inwoners

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar: Over 5 jaar zijn er nog steeds veel inwoners die te maken krijgen met momenten in hun leven waarin ze mentaal kwetsbaar zijn, dat hoort bij het leven. Het zijn er wel minder dan in 2023 omdat de afgelopen jaren stevig is geïnvesteerd in de leefomgeving, bijvoorbeeld doordat de dienstverlening van gemeenten begrijpelijker is voor inwoners, meer mensen bewegen of lid zijn van een club, meer mensen uit kunnen komen met hun geld, er minder mensen alleen wonen en er slim ingezet kan worden op het voorkomen van stress en extra is ingezet op preventie bij risicogroepen zoals kinderen van ouders met psychiatrische problematiek, statushouders en jongvolwassenen. Ook is onder meer via scholen ingezet om jongeren extra vaardigheden te leren zodat bij een tegenslag in het leven je dit beter hoe je hier mee om kan gaan. Er is een grote verandering gaande in het zorggebruik. Veel minder inwoners gaan naar de GGZ met hun vraag maar lopen bij het buurthuis binnen, sluiten aan bij een bewonersinitiatief, maken gebruik van peersupport of van de eHealth modules die in de regio beschikbaar zijn. En als je dan toch hulp nodig hebt? De stap naar het sociaal team of de huisarts is dan eenvoudig. Het is fijn dat de professional aansluit bij jouw vraag en normaal dat er eerst wordt gekeken wat je zelf kan doen en wat met een ander (je familie, een maatje, een ervaringsdeskundige) en als er professionele GGZ zorg nodig is dan kan je daar snel gebruik van maken. Er wordt altijd breed gekeken naar de inwoner, naar alle levensdomeinen en er wordt vooral uitgegaan naar wat de inwoner nog wel kan of eventueel weer kan.

1a Preventie

1b Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp

1c Hulpbronnen gericht op de inwoner



Ambitie en visie

1a Preventie

Doelgroep en sector(en):

Binnen het thema preventie voor het versterken van mentale weerbaarheid en gezondheid richten we ons op alle inwoners. Binnen de regio ZOU ligt een focus op de jongeren, vanwege de hoge mate van mentale kwetsbaarheid onder deze doelgroep. Hier kunnen preventieve initiatieven worden ingezet. Binnen de doelgroep jongeren is veel winst te behalen, door hen mentaal krachtiger en weerbaarder te maken op jonge leeftijd.

Naast jongeren heeft een grote groep volwassenen last van mentale gezondheidsproblemen waar kansen liggen voor preventie. Ook is specifieke aandacht nodig voor mensen met een ziekte en/of lichamelijk beperking. Door (meervoudige) chronische aandoeningen, neemt de complexiteit van deze doelgroep toe. Een breed scala aan domeinen en instanties zijn nodig om preventie een betere plek te geven in de regio. De GGZ kan een grotere rol aannemen op het gebied van preventie, om vroegsignalering en doorverwijzing naar andere domeinen mogelijk te maken. Daarnaast is de huisartsenzorg een plek waar preventie een nog grotere rol kan spelen om verder gebruik van zorg te voorkomen. Evenals bij andere professionals in de eerstelijns.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Over 5 jaar hebben we stevig geïnvesteerd in de leefomgeving in ZOU. De dienstverlening van gemeenten is begrijpelijker en als de inwoner te maken heeft met stress dan kunnen we stress sensitief werken. Via welzijn op recept kunnen veel mensen bewegen, meedoen aan cultuur of lid zijn van een club. Meer mensen komen uit met hun geld, er zijn minder dak- en thuislozen en er zijn minder mensen die alleen wonen. Via campagnes maar ook in direct contact met inwoners gaan we in gesprek over kijken naar gezond ouder worden, over uitdagingen in het leven, meedoen en mentale kwetsbaarheid. En dat niet alle vragen die dat oplevert hoeft te leiden tot een behandeling in de GGZ. In de regio ZOU zijn steeds meer inwonersinitiatieven ontstaan. De gemeenten proberen hierin te helpen (of voorkomen dat ze in de weg staan). Ook kunnen we gebruik maken van laagdrempelige steunpunten zoals de herstelacademie in onze regio en de peersupport groepen die in elke gemeente te vinden zijn. Er is extra ingezet op preventie bij risicogroepen zoals kinderen van ouders met psychiatrische problematiek, statushouders en jongvolwassenen, samen met onze partners in de regio weten we deze inwoners op tijd te bereiken. Ook is onder meer via scholen ingezet om jongeren extra vaardigheden te leren zodat bij een tegenslag in het leven je dit beter hoe je hier mee om kan gaan. En wordt er op lagere scholen en in speeltuinen gewerkt met risicovol spel om zo op jonge leeftijd al te investeren in weerbaarheid.

Ambitie

We hebben op het gebied van preventie een aantal ambities.

1. Voorkomen dat inwoners mentaal kwetsbaar worden door te investeren in de leefomgeving en preventie. Door te investeren in de leefomgeving en dienstverlening van de gemeenten nemen de risico's op mentale kwetsbaarheid af. Taboes worden doorbroken rondom mentale gezondheid, het is heel normaal om (soms) mentaal kwetsbaar te zijn. Die inwoners die hier mee te maken krijgen worden nog beter betrokken bij het ontwikkelen van preventie, zodat het aansluit bij de behoeftes van de inwoners. En we gaan na waarom jongeren mentaal kwetsbaarder zijn geworden en zoeken naar oplossingen om dit te doorbreken.
2. Inwoners weerbaar maken voor die momenten dat het leven tegen zit. Door de inwoners zelf in staat te stellen vanaf een vroege leeftijd om met mentale problemen om te gaan, krijgt de inwoner meer zelfregie. Zelfhulp in verschillende vormen heeft een grotere plek in het systeem, zoals online tools of groepsbijeenkomsten.



1a Preventie

1. Een mentaal gezonde samenleving en het vergroten van mentale veerkracht

Doelstelling: door diverse acties in verschillende domeinen wordt mentale gezondheid en mentale veerkracht onder de aandacht gebracht bij de maatschappij, wat uiteindelijk bijdraagt aan een mentaal gezonde samenleving en het vergroten van mentale veerkracht.

Aanpak

1. Het opzetten van een regiobrede campagne gericht op omdenken. Durf elkaar de vraag te stellen hoe het met iemand gaat.
2. Campagne bij de voordeur. Niet elke vraag heeft een professioneel antwoord nodig. Kijk naar elkaar om. Dit vraagt maatwerk en het versterken van de sociale basis. Geef buurten als preventiemiddel een zak met geld waardoor zij deze campagne in hun eigen buurt, op maat, kunnen organiseren.
3. Community building: van dit principe valt veel te leren.
4. Campagne over mentale gezondheid voor op het voortgezet onderwijs, bijvoorbeeld de dag of week van mentale gezondheid.
5. Aandacht op vindplekken van jongeren voor 'mentale gezondheid', bijvoorbeeld via een vaste leerlijn: in en uit verbinding, relatievaardigheden, technieken om om te gaan met stress, leren praten over tegenslagen.
6. De inhoud van bepaalde preventieprogramma's onder de loep nemen. Is de inhoud van een programma dat tien jaar geleden is ontworpen vandaag de dag nog passend?
7. Aandacht voor het meenemen van ieders achterban in de visie op het gesprek met de maatschappij.
8. Dienstverlening van gemeenten onder de loep nemen, is deze begrijpelijk en zorgt dit niet voor mentale kwetsbaarheid.

Organisatie & vervolg

Q2 2024: uitwerken plan met organisaties (vindplekken) in de regio over leerlijn mentale gezondheid

Q4 2024: eerste programma's worden uitgevoerd

2. Vergroten van mentale veerkracht met specifieke aandacht voor jeugd/jongeren

Doelstelling: Mentale veerkracht onder jeugd/jongeren wordt vergroot.

Aanpak

1. Verbreden en vergroten van risicovol spel in de fysieke leefomgeving, met het oog op groen. Meeste speelomgevingen en schoolpleinen zijn namelijk risicomijdend ingericht.
2. Vergroten van mogelijkheden tot sporten (verkennen mogelijkheid sportvelden openstellen voor niet-leden).
3. Jongerenwerk en schoolconsulenten uitbreiden met inwonersinitiatieven. Denk hierbij aan jongeren voor jongeren.
4. Onderzoeken van initiatieven om mentale weerbaarheid te vergroten (denk hierbij aan boekstart voor nieuwe ouders over mentale gezondheid in de bibliotheek of naast de 'luizenmoeders' op scholen, ook 'lekker-in-je-vel moeders' introduceren.)

Organisatie & vervolg

2024 Verkenning per wijsamenwerkingsverband wat de lopende initiatieven zijn, gekeken naar bovenstaande aanpak, en wat vervolgens opgepakt en/of verbreed kan worden.

2025 Uitvoering aanpak.

3. Preventie bij risicogroepen. zoals KOPP-kinderen, kinderen van complexe scheidingen en mensen met een migratieachtergrond. Door deze risicogroepen (vroegtijdig) in beeld te hebben, kan er preventief geacteed worden bij vroegtijdige signalering.

Doelstelling: het voorkomen van mentale kwetsbaarheid en versterken van de mentale kracht bij inwoners waar de kans op mentale kwetsbaarheid groot is.

Aanpak

1. Definieren van de kwetsbare groepen die niet zelfredzaam zijn en wel ziek/zwak.
2. Toetsen waar de behoeften liggen bij de volgende doelgroepen: KOPP-kinderen, Complexe scheidingen, Mensen met een migratieachtergrond.
3. Omgangshuis in de regio ZOU.
4. Zorgen voor een goede verbinding tussen het jeugddomein (18-) en het sociaal domein (18+).
5. Het organiseren van lotgenoten contract. Bijvoorbeeld via scholen.
6. Bewegen in de klas stimuleren zodat bijvoorbeeld een kind met autisme of ADHD helpend is en daardoor mee kan blijven doen.
7. Introductie van lezingen door een 'autismespecialist', of een ander specialisme, voor leerkrachten.
8. Talentontwikkeling rondom specifieke doelgroepen waardoor zij op een andere wijze worden benaderd i.p.v. als risicogroep.
9. Krachtgesprekken bij kinderen en volwassenen: waar ligt je kracht, wat kan je zelf doen, hoe kan je omgeving je daarin helpen.

Organisatie & vervolg

Q1 en Q2 2024 behoefte onderzoek/ doelgroepen analyse mentale kracht

Q2 2024 openen omgangshuis voor kinderen uit alle vijf gemeentes

Q2 2024 uitwerken brugfunctie 18+/18-

Ambitie en visie

1b+1c Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp & Hulpbronnen gericht op de inwoner

Doelgroep en sector(en):

Voor het thema hulpbronnen gericht op de inwoner, zijn er, los van **de sterke basis voor iedereen** een aantal doelgroepen die extra aandacht verdienen: Nieuwkomers (statushouders). Zij weten vaak niet de weg naar (zelf)hulp, EPA (ernstig psychiatrisch aandoening), Jongeren (12 - 25 jaar) met mentale kwetsbaarheid, Ouderen (> 75 jaar) met een kwetsbaarheid op een levensgebied, KOPP jongeren, LBHTIQ+ jongeren, LVB (jongeren en volwassenen), Depressie door genetische aanleg.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Over 5 jaar is er een grote verandering gaande in het zorggebruik. Veel minder inwoners gaan naar de GGZ met hun vraag maar lopen bij het buurthuis binnen, sluiten aan bij een bewonersinitiatief, maken gebruik van peersupport of van de eHealth modules die in de regio beschikbaar zijn. En als je dan toch hulp nodig hebt? De stap naar het sociaal team of de huisarts is dan eenvoudig. Het is fijn dat de professional aansluit bij jouw vraag en normaal dat er eerst wordt gekeken wat je zelf kan doen en wat met een ander (je familie, een maatje, een ervaringsdeskundige) en als er professionele GGZ zorg nodig is dan kan je daar snel gebruik van maken. Er wordt altijd breed gekeken naar de inwoner, naar alle levensdomeinen en er wordt vooral uitgegaan naar wat de inwoner nog wel kan of eventueel weer kan. De verschillende domeinen spreken dezelfde taal en weten elkaar te vinden. De Zorg4 websites zijn een handig instrument om informatie te krijgen over het beschikbaar aanbod en de wachttijden en indien je wenst kan je digitaal een consultatie krijgen van de huisarts en de GGZ.

In de regio is een herstelacademie van waaruit allerlei activiteiten worden ondersteund in de vijf gemeenten, er zijn meerdere organisaties die peer support bieden en de sociale teams en begeleidingsorganisaties kunnen goed inzetten op het herstel van contact met eigen netwerk. Binnen ZOU kan je ook gebruik maken van programma's als Wachtverzachter of Wachten Waard.

Ambitie

Zuidoost Utrecht wil graag werken vanuit het motto:

1. Zelf doen
2. Samen doen
3. Met peers/ervaringsdeskundigheid
4. Met formele hulp/ondersteuning die toegankelijk en beschikbaar is

Om dit motto te kunnen realiseren zien we daarin een aantal randvoorwaarden. Om punt 1, 2 en 3 te kunnen verwezenlijken is een sterke sociale basis nodig. Deze sociale basis zorgt voor weerbare inwoners die middels het sociaal domein (ook informeel) de eerste stappen naar hulp kunnen zetten, wanneer ze er zelf niet uit komen. Dit vraagt om goede organisatie en passende communicatie. Zo willen we in gaan zetten op de Zorg4 websites die informatie en (deels) toegang bieden tot eHealth, informele zorg, sociale basis en medische zorg. Een plek waarbij de toegankelijkheid naar (in)formele hulp voor iedereen groot is (niet alleen maar digitaal), waar iedereen mee kan doen, gebruik kan maken van steunbronnen, en waar de tolerantie naar elkaar toe hoog is. We faciliteren niet-zorg professionals meer en beter om een geschikte rol te kunnen aannemen bij inwoners met mentale kwetsbaarheid.

Alle inwoners van Zuidoost Utrecht hebben vaardigheden om contact te maken en om over mentale gezondheid te praten. Ze weten wat ze zelf kunnen doen en waar ze voor informele hulp terecht kunnen. De (informele) hulpverlening is zodanig ingericht dat deze toegankelijk en makkelijk is. De mentale schijf van vijf voorziet inwoners van de basis.



1b+1c Betere toeleiding naar passende (zelf)hulp & Hulpbronnen gericht op de inwoner

1. Stevige samenwerking eerstelijns en sociale basis

Dit begint met vertrouwen. Hiervoor is het belangrijk dat men elkaar kent, en elkaar vertrouwt in de expertise en bedoeling. Wanneer je elkaar kent, is het makkelijker elkaar op het juiste moment in te zetten, en van elkaars aanbod gebruik te kunnen maken en waar mogelijk kunnen faciliteren dat cliënten in groepen worden behandeld: groepsgericht ondersteuningsaanbod. Elkaar kennen kan bestendig worden in de (lokale) netwerken en het leren kennen van netwerken onderling. Voor de eerstelijns is het van uiterst belang om zicht te hebben op het netwerk, dit zou uiting kunnen krijgen in de vorm van een netwerkmanager. Hybride teams hierin zijn de toekomst. Deze samenwerking en teams moeten ondersteund worden door goede communicatiemiddelen/ICT. Het spreken van dezelfde taal is hierin van belang.

Doelstelling: professionals uit medisch en sociaal domein vertrouwen elkaar, wat het resultaat is van elkaar ontmoeten.

Aanpak

Organisatie van ontmoetingen tussen medisch en sociaal domein. De ondersteuning van ICT is belangrijk en het is noodzakelijk dat keuzes gezamenlijk worden gemaakt.

Organisatie & vervolg

2024 netwerkbijsamenkomsten in de gemeenten van ZOU.
2025 Samenwerkingsstool is beschikbaar in elke gemeentehub, voor elke betrokken hulpverlener.

2. Aanbod informele ondersteuning

Doelstelling: Iedere inwoner kijkt samen met een professional naar wat er nodig is aan informele zorg op maat aan de hand van Welzijn op Recept. Dit is inclusief sport en cultuur.

Het gaat over inzichtelijk hebben van het aanbod in de regio, de samenwerking tussen de informele ondersteuning en de formele ondersteuning, maar ook over het toegankelijk maken van het aanbod voor bijvoorbeeld mensen die meer aandacht nodig hebben. Het is belangrijk dat er maatwerk wordt geleverd, en er goede afstemming plaatsvindt met zowel de inwoner als met eventuele formele hulpverleners. Een middel om de informele ondersteuning meer in beeld te krijgen is Welzijn op Recept.

Aanpak

- Breed gesprek met de inwoner en op basis hiervan kijken hoe te ondersteunen
- Zicht krijgen op alle initiatieven (bij voorkeur gebundeld) die er zijn in de regio ZOU.
- De introductie van een welzijnsmakelaar. De contactpersoon voor de eerstelijns om patiënten met een ondersteuningsvraag of probleem naar de goede plek binnen het sociaal domein door te verwijzen.
- De inwoner aanmoedigen om iemand uit zijn/haar eigen netwerk te betrekken die ondersteuning biedt.
 - Een vorm hiervoor is JIM (Jouw Informele Mentor) waarbij het vertrekpunt is: wat gaat de persoon uit eigen netwerk doen en wat vult de hulpverlener hierbij aan. Dit is gericht op de 18- doelgroep. Dergelijke initiatieven voor de 18+ doelgroep verkennen.
 - Mogelijk verbreden van de ambassadeurs informele ondersteuning die kunnen helpen in de samenwerking formele en informele zorg.
- Resourcegroep Assertive Community Treatment (RACT) of resourcegroepen: een door een inwoner gekozen groep van naastbetrokkenen en professionals die regelmatig samenkomt en ondersteunt bij het behalen van de doelen van de inwoner. Een variant is het initiatief 'op weg naar huis'.
- Verbreden van de mogelijkheden om een kamer te verhuren middels hospitaerverhuur, speciaal voor stads- of dorpsgenoten die door omstandigheden hun woning (dreigen te) verliezen. Lopende initiatieven zijn 'Onder de Pannen', Takecarebnb, Hospishousing, Kamers met aandacht.

Organisatie & vervolg

2024 iedere hulpverlener heeft (bij voorkeur een gebundeld) zicht op alle initiatieven in de regio ZOU.
Q4 2024 initiatieven voor het verhuren van kamers is beschikbaar in elke gemeente

3. Aanbod peersupport

Het samenbrengen van inwoners met gelijksoortige ervaringen waarbij het werken aan herstel centraal staat, op welke manier dan ook. Gelijkaardigheid, laagdrempeligheid en veiligheid zijn hierin onmisbaar. Dit kan in de vorm van (fysieke) groepen, maar online zijn ook diverse mogelijkheden te bedenken. Peer support versterkt de veerkracht van mensen en vermindert het gevoel er alleen voor te staan. Een voorbeeld is het inzetten van ervaringsdeskundigheid bij cliënten die wachten op zorg.

Doelstelling: alle inwoners hebben laagdrempelig toegang tot herstellende zorg waardoor er sprake is van cohesie en sociale verbinding.

Aanpak

- In de regio ZOU komt een herstelacademie. Oriënteren wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen Enik Recovery College en Steunpunt GGZ.
 - Hoeveel mensen zijn er nu?
 - Hoeveel vraag of hoe hoog is de nood voor dit soort initiatieven?
- Peersupport voor alle doelgroepen inzetten. Daarbij is het van belang dat er een lage drempel is voor inwoners die op zoek zijn naar lotgenotencontact. Het gaat om op gelijk niveau schakelen, advisering, steun en inclusie. Hierbij aandacht hebben voor de lopende initiatieven vanuit vrijwilligersorganisaties.
- Omgangshuis inrichten in de regio ZOU. Dit biedt gescheiden ouders zonder omgang een veilige plek om hun kinderen te ontmoeten.
- Respijthuis inrichten in de regio ZOU. Dit biedt inwoners een plek voor een time-out bij ontwrichting. Er is geen sprake van een behandeling en het wordt gerund door ervaringsdeskundigen.
- Verbreden initiatieven zoals Wachten Waard en de Wachtverzachter.

Organisatie & vervolg

Q1 en Q2 2024 behoefte onderzoek/ doelgroepen analyse peer support/recovery college
Q2 2024 openen omgangshuis voor kinderen uit alle vijf gemeentes
Q2 2024 uitwerken brugfunctie 18+/18-
2025 openen peer support locaties
2025 openen respijthuis

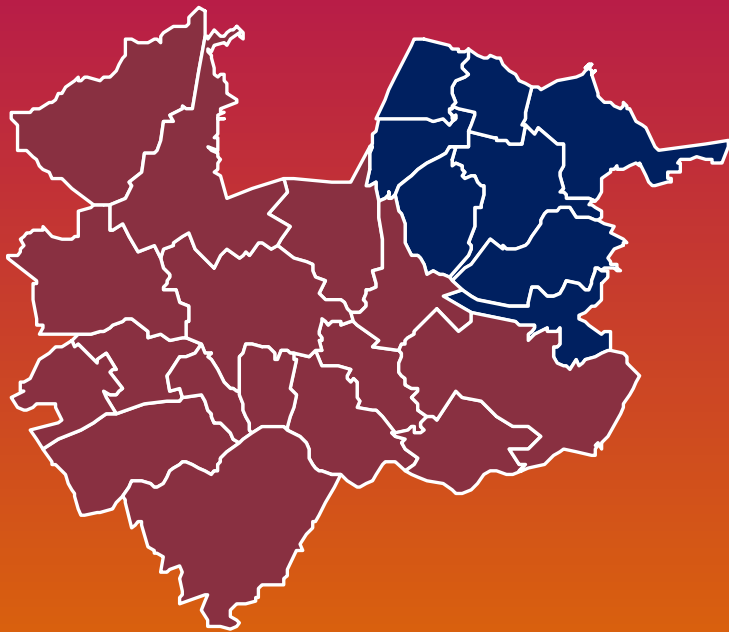


Kanttekening

De afgelopen periode hebben we geconstateerd dat er veel overlap is tussen de thema's die in z'n geheel of gedeeltelijk op sub-regionaal niveau zijn opgepakt. Veel komt terug bij het thema versterken eerstelijns en sociale basis. In dit plan voor het thema mentale weerbaarheid en gezondheid hebben we daar zoveel mogelijk op aangesloten want het vraagt om een integrale aanpak.

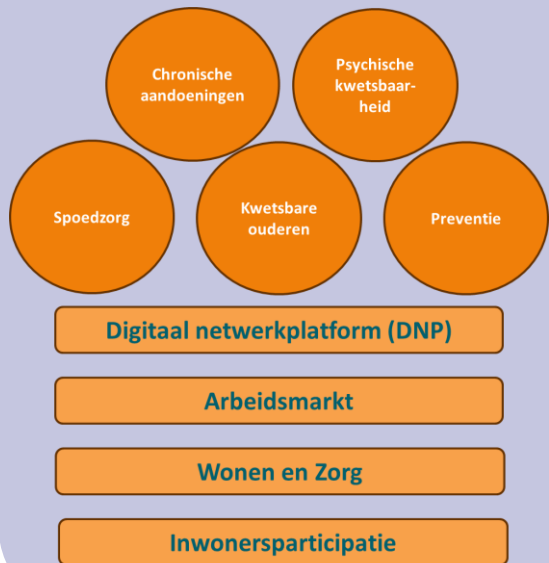
We hebben in de regio Zuidoost Utrecht ons voornamelijk gebogen over subthema 1a preventie en subthema 1c. Hulpbronnen gericht op de burger. Tegelijkertijd is het goed om hier de verbinding te leggen naar thema 2. borgen van goede toegankelijkheid door instroom te verlagen, aangezien er een behoorlijke link is met de samenwerking op lokaal niveau.

Eemland



Regio Eemland

SAMEN STERKER
Voor een gezonde toekomst in Eemland



De gezondheid van inwoners in Eemland is belangrijk, iedereen heeft recht op goede zorg en ondersteuning. Binnen Samen Sterker werken verschillende organisaties samen om dat mede mogelijk te maken. Onze droom? Door in te zetten op preventie en goede zorg ervaren inwoners in Eemland een goede eigen gezondheid. De zorg en ondersteuning in Eemland ervaren zij als toegankelijk en deze zijn betaalbaar voor de samenleving. Professionals hebben plezier in hun werk.

Partners in gezondheid:

Samen sterker voor een gezonde toekomst in Eemland.

Om meer structuur aan te brengen en het partnerschap beter vorm te geven is in december 2021 met de ondertekening van het Gezondheidsakkoord het **netwerk Samen Sterker Eemland** opgericht. In dit netwerk participeren naast Meander, Huisartsen Eemland, 10 VVT-instellingen, 9 GGZ-instellingen, 8 regio gemeenten, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en het zorgkantoor (in totaal meer dan 30 partners). Als netwerk van gezondheidspartners streven wij in de regio Eemland naar: verbeterde ervaren gezondheid van de inwoners; verbeterde ervaren kwaliteit van ondersteuning en zorg door de inwoners; besparing kosten per inwoner en verbeterde ervaren werkplezier door professionals (*quadruple aim*). Doel is geïntegreerde zorg- en ondersteuning bieden volgens **vijf leidende principes**:

- 1. Positieve gezondheid.** We benaderen gezondheid niet als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Praktisch betekent dat persoonsgerichte, cultuursensitieve en demedicalisering van ondersteuning en zorg met als effect dat maatschappelijke aandacht verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.
- 2. Regie bij de inwoner.** De persoonlijke behoefte van de inwoner bij het invulling geven aan een gezond en betekenisvol leven staat centraal.
- 3. De juiste zorg op de juiste plek (JZOJP).** door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs met als uitgangspunt dat de (kwetsbare) inwoner minimaal even goede of zelfs betere ondersteuning en zorg zal ervaren. Praktisch kan dat op drie manieren: voorkómen, vervangen en verplaatsen van zorg.
- 4. Wijkgericht, generalistisch waar kan, specialistisch waar nodig.** Praktisch betekent dit ondersteuning en zorg zo dicht mogelijk bij huis organiseren en daarmee een beweging van tweede- naar eerste- en van eerste- naar nulde lijnsondersteuning en -zorg. Of andersom geredeneerd: *stepped en matched care*.
- 5. Inclusief.** In de manier waarop zorg en ondersteuning wordt geboden door professionals en wordt georganiseerd door gezondheidspartners, wordt rekening gehouden met diversiteit van mensen door hun afkomst, levensovertuiging, geartheid, beperking en andere achtergrond.

De gezamenlijke opgaven en ambities in het regioplan Eemland zijn uitgewerkt aan de hand van **vijf zorginhoudelijke thema's** en **vier overkoepelende actielijnen**.

De totstandkoming van het regioplan voor Eemland

Uitwerking met breed draagvlak in de regio

Samenhang en organisatie

- Het **initiatief voor het opstellen van het regioplan** is genomen door de gemeenten in Eemland en Zilveren Kruis.
- Het **Gezondheidsakkoord uit 2019** en het **regiobeeld Utrecht** vormen het vertrekpunt.
- Het regioplan is **tot stand gekomen in nauwe samenwerking met** tactische en bestuurlijk betrokken collega's van Samen Sterker Eemland, het programmamanagement en de projectleiders. Via drie werksessies met een brede vertegenwoordiging uit ruim 50 organisaties vanuit alle domeinen en ook (vertegenwoordigers van) inwoners is input opgehaald per thema.
- Voor de **inhoudelijke toets en validatie** is afgestemd met de diverse achterbannen, gemeenten, VVT instellingen, GGZ convenantpartners, Huisartsen Eemland, Meander Medisch Centrum (o.a. programma Zorg voor Morgen), Zilveren Kruis, als ook met Acute Zorg
- Bij de aanpak van de thema's zijn **duidelijke dwarsverbanden zichtbaar** op het gebied van preventie, digitalisering en spoedzorg.
- Voor de regionale aanpak van de actielijn **wonen en zorg** wordt enerzijds aangesloten bij provinciale ontwikkelingen vanuit de woondeal en anderzijds bij lokale ontwikkelingen.
- Voor de onderwerpen **arbeidsmarkt, medisch specialistische zorg en spoedzorg** is samengewerkt met de overige WMO regio's van de zorgkantor regio Utrecht, ROAZ Midden-Nederland en zijn de thema's zorgkantorregio-breed beschreven.
- Hoewel het regioplan vanuit de diverse uitvoeringslijnen is geschreven, zien we dat binnen projecten **wisselende coalities van gezondheidspartners** samenwerken.
- Voor blijvende **toegankelijkheid van de eerstelijnszorg** voor inwoners van Regio Eemland is subsidie aangevraagd en toekend voor de versterking eerstelijns. Huisartsen Eemland (HE), Thuiszorg (Beweging 3.0. en Silverrein), Paramedici (PZE) en Apothekers (ACE) trekken hierin gezamenlijk op. De uitvoering van deze subsidie richt zich op het komen tot: een goed georganiseerde eerstelijnspartner per discipline, een gezamenlijke eerstelijns visie passend bij de visie eerstelijnszorg 2030, de verbinding leggen met het gezondheidsakkoord Samen Sterker Eemland en het vaststellen van een gezamenlijk uitvoeringsprogramma o.b.v. de visie eerstelijnszorg 2030

Toelichting van de vervolgstappen

- Het regioplan is het **vertrekpunt voor verdere samenwerking en transformatie**.
- Het is een **dynamisch document**, waarbij niet alle onderwerpen zich al in concrete plannen laten vatten. De richting wordt gedragen, echter op een aantal vlakken is er nog meer duidelijkheid nodig. Bijvoorbeeld als het gaat om verplichtingen, regelingen, financiering, verhouding lokaal/ regionaal/ bovenregionaal.
- De uitwerking van het regioplan naar concrete transformatieplannen zal **op verschillende abstractieniveaus plaatsvinden**. Soms dicht in de wijk, soms regionaal, provinciaal en/of landelijk.
- De transformatie duidt voornamelijk **een beweging van tweede lijn naar de eerste lijn naar de nulde lijn**. Daarin is het essentieel goed te monitoren wat we de komende jaren kunnen realiseren **binnen de grenzen van draagkracht en draagvlak**. Soms financieel gedreven, echter veel urgenter lijkt de capaciteit en inzet van professionals.
- We zetten in op: **voorkomen waar mogelijk en zelf waar het kan**. Daarbij gaan we uit van het welbevinden van inwoners, zelfredzaamheid en gemeenschapskracht. Hierbij moeten inwoners kunnen blijven rekenen op passende ondersteuning en zorg (zoveel mogelijk in de wijk), daar waar zij het zelf niet redden.
- **Dit vraagt om** onder andere passende (structurele) bekostiging, versteviging van het sociaal domein en de eerstelijns, een transformatie op de arbeidsmarkt, passende voorzieningen in de wijk als medisch domein en digitalisering.

Leeswijzer

1. Kwetsbare ouderen

Uitdagingen p. 169
Ambitie en visie p. 173
Uitwerking p. 176 t/m 179

1a. Versterken sociale basis en zelf- en samenredzaamheid

1b. (Integrale) passende zorg en ondersteuning in de wijk

2. Psychische kwetsbaarheid

Uitdagingen p. 169
Ambitie en visie p. 173
Uitwerking p. 180 t/m 182

2a. Mentaal gezondheidscentrum Eemland

2b. Herstelnetwerk

2c. Cruciale ggz

3. Chronische aandoeningen

Uitdagingen p. 170
Ambitie en visie p. 174
Uitwerking p. 183 t/m 185

3a. Geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie

3b. Stimuleren van zelfmanagement en veerkracht van de inwoner

3c. Anders en samen organiseren van zorg en ondersteuning

4. Spoedzorg

Uitdagingen p. 170
Ambitie en visie p. 174
Uitwerking p. 186

4a. Voorkomen van acute zorg; ondersteunen bij zelfredzaamheid

4b. Adequate triage en schaarse capaciteiten centraal inzichtelijk maken en coördineren

4c. Multidisciplinaire samenwerking in de acute zorg

5. Preventie

Uitdagingen p. 171
Ambitie en visie p. 175
Uitwerking p. 187 t/m 198

5a. Preventie infrastructuur

5b t/m 5f: vijf ketenaanpakken valpreventie, kansrijke start, overgewicht en obesitas bij kinderen, overgewicht en GLI bij volwassenen, Welzijn op Recept

6. Digitaal netwerkplatform (DNP) p. 172, 175, 199 t/m 202

7. Arbeidsmarkt p. 203

8. Wonen en Zorg p. 204

9. Inwonersparticipatie p. 205



Belangrijkste uitdagingen (1)

1. Kwetsbare ouderen

- Door toenemende vergrijzing is de verwachting dat de vraag naar zorg en ondersteuning fors toeneemt, met meer complexere casuïstiek. De vraag staat niet in verhouding tot het aanbod en zorgt voor toenemende druk op o.a. personele en financiële middelen. Anderzijds neemt het mantelzorgpotentieel af en de druk op (in)formele zorg en ondersteuning is op dit moment al hoog. De beschikbaarheid van ondersteuning en zorg komt (verder) onder druk te staan.
- Gemiddeld is 15% van de ouderen kwetsbaar en de prevalentie van met name ouderdom gerelateerde aandoeningen neemt naar verwachting sterk toe, zoals bijvoorbeeld dementie.
- Ouderen wonen langer thuis. Het aandeel 65+ in eenpersoonshuishoudens is t.o.v. landelijk hoger. De druk op passende huisvesting, thuis of in een andere woon/zorg vorm neemt verder toe.

Aanvulling op het regiobeeld uit de praktijk

- Er wordt een toename van ouderen met gedragsproblemen ervaren. Het regiobeeld geeft geen inzicht over de psychische kwetsbaarheid en/of verslavingsproblematiek, bij ouderen.
- Er is al veel zorg en ondersteuningsaanbod in de regio, al wordt dit als versnipperd ervaren. Het is onduidelijk wie wat kan betekenen en welke zorg (professional) al betrokken is. Door deze versnippering weten professionals en inwoners niet altijd de juiste weg te vinden. Daarnaast helpt het niet mee dat de mate van samenwerking nu vaak afhankelijk is van de individuele zorgprofessional.
- Passende ICT ondersteuning wordt gemist om goed te kunnen communiceren tussen zorgprofessionals en met inwoners.

2. Psychische kwetsbaarheid

De mentale gezondheid van jongeren en (jong)volwassenen vraagt aandacht:

- 1 op de 4 jongeren en 1 op de 2 jongvolwassenen heeft psychische klachten en/of zijn onvoldoende mentaal weerbaar
- Ook bij volwassenen is het risico op depressie of angststoornissen groot, met name in stedelijke gemeenten zoals Amersfoort
- Preventie op het gebied van psychische klachten en mentale weerbaarheid helpt om bovenstaande punten aan te pakken

Daarnaast is de toegankelijkheid van ggz een knelpunt in de regio. We hebben te maken met wachttijden langer dan de treeknorm. Samenwerking tussen het huisartsen, sociaal domein en de ggz verloopt niet overal soepel. Het aanbod is versnipperd waardoor we onvoldoende in staat zijn mensen met een psychische kwetsbaarheid de juiste zorg en ondersteuning te bieden.

Aanvullingen op het regiobeeld uit de praktijk

Belangrijke thema's voor psychische kwetsbaarheid die aandacht verdienen zijn:

- Kinderen met ouders met psychische problemen en/of verslaving (KOPPV)
- Mensen met verward gedrag, (dreigende) dak- en thuisloosheid en zorgmijders
- Verslaving (jong)volwassenen in wijken in Amersfoort (Kruiskamp/centrum) en Bunschoten-Spakenburg

Preventie moet nadrukkelijk naar voren komen om bovenstaande punten in de toekomst te verminderen. Daarnaast is de ervaring dat de specialistische ggz in regio Eemland onder druk staat. De samenwerking die al tussen zorg en welzijn is georganiseerd, wordt als sterk ervaren, maar ook het uitbreiden van samenwerking wenselijk is.



Belangrijkste uitdagingen (2)

3. Chronische aandoeningen

Als gevolg van de bevolkingsgroei en vergrijzing stijgt naar verwachting het aantal inwoners met (meerdere) chronische aandoeningen. Dit geldt voor heel Nederland, maar de stijging in regio Utrecht is relatief het grootst (Analyse Kompas, Skipr mei 2023):

- In 2023 heeft naar verwachting 50,2% van de inwoners in de regio Utrecht minimaal één chronische aandoening
- Het aantal inwoners met één of meer chronische aandoeningen stijgt van 682 duizend in 2023 naar 725 duizend in 2030; een toename van bijna 43 duizend personen in 7 jaar
- De complexiteit van de problematiek neemt toe, waardoor de zorgzwaarte en zorggebruik toeneemt.
- Met name bij 'aan ouderdom gerelateerde aandoeningen' zoals dementie (+58,9%) en artrose (+57,1%) neemt de prevalentie tussen 2015 en 2030 naar verwachting toe.
- Top 5 chronische aandoeningen die het meest in prevalentie zullen toenemen in Gemeente Amersfoort is: 1) Perifere artrose, 2) Dementie, 3) Coronaire hartziekten, 4) Beroerte en 5) COPD

Oncologische aandoeningen:

- Het aantal nieuwe kankerdiagnoses neemt de komende tien jaar flink toe, naar ruim 150 duizend diagnoses per jaar. Dat komt zowel door de vergrijzing als door leefstijl. Deze toename is in de komende tien jaar voor het grootste deel niet meer te voorkomen
- Dat komt zowel door de vergrijzing als door de leefstijl van de bevolking. Daarnaast neemt, met de verbeterde behandelmogelijkheden, het aantal inwoners dat mét of na kanker leeft steeds verder toe, waardoor oncologische aandoeningen steeds meer een chronisch karakter krijgen.

4. Spoedzorg

Gebaseerd op de context vanuit Regiobeeld Acute Zorg Midden-Nederland:

Toename ouderen en geboortes: Demografische ontwikkelingen laten zien dat onze regio harder groeit dan de rest van Nederland. We groeien tot 1,63 miljoen inwoners in 2033. Dat is 8% groei, terwijl dit landelijk nog geen 6% is. Vergrijzing is ook bij ons een uitdaging, hoewel de regio jong blijft vergeleken met Nederland. De beroepsbevolking stijgt niet zo hard mee. Het aantal 65+ inwoners stijgt met 30% naar 350.000 in 2033. Het aantal inwoners van 80 jaar en ouder neemt met 58% fors toe tot ruim 100.000. Het aantal geboortes al in onze regio naar verwachting de komende tien jaar stijgen met zo'n 18%.

Relatief gezond, maar wel toename en lokale verschillen: Midden-Nederland is gemiddeld genomen relatief gezond. Maar net als landelijk zal ook in onze regio de prevalentie van veel aandoeningen stijgen de komende tien jaar. Daarnaast zijn er verschillen tussen gemeenten, wijken en buurten

Gevolg: verwachte stijging acute zorgvraag: De verwachting is dan ook dat de acute zorgvraag zal stijgen. Prognoses van het RIVM voor 2030 laten een stijging zien van 20% voor de ambulancezorg, 11% voor HAP contacten en 16% voor SEH bezoeken.

Diagnosen/ zorgvragen: Voor de diagnoses heupfractuur (+29%) en beroertes (+28%) en ingangsklacht 'pijn op de borst' (+22%) wordt op basis van de demografische ontwikkeling een aanzienlijke stijging verwacht.

Huidige knelpunten in acute zorg: Naast deze toekomstverwachtingen zien we dat er op dit moment al knelpunten zijn in de acute zorg. Er zijn piekmomenten in de instroom, die in combinatie met beperkte capaciteit leiden tot 'bypasses' op SEH's en EHH's en 'weigeringen' in de geboortezorg. Ook op andere plekken in de acute zorgketen is er sprake van piekdruk in combinatie met beperkt aanbod en zijn er knelpunten in de uitstroom uit de (acute) zorg.

Het tekort aan zorgpersoneel neemt toe, hoewel cijfers op regionaal niveau specifiek voor de acute zorgberoepen maar beperkt beschikbaar zijn. Naast aandacht voor inzetbaarheid en behoud van personeel is het cruciaal om te luisteren naar wat zorgmedewerkers nodig hebben om hun werk goed te kunnen blijven doen. Vooral met het oog op de veranderende patiëntenpopulatie met toenemend complexe zorgvragen binnen medisch specialistische zorg, ggz en VVT.



Belangrijkste uitdagingen (3)

5. Preventie

De Regio Eemland streeft ernaar een diverse en inclusieve regio te zijn. De gezamenlijke missie van Samen Sterker Eemland luidt: 'Partners in gezondheid: Samen sterker voor een gezonde toekomst in Eemland'. Het regionale programma preventie is een van de pijlers binnen SSE die, door middel van preventie, bijdraagt aan deze ambitie. Het doel van dit programma is ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft dit programma tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Via deze weg wordt bijgedragen aan een gezond, betekenis vol leven en het verhogen van de weerbaarheid van de inwoners van Eemland.

De leidende principes bij het programma preventie:

Om bij te dragen aan een gezond, betekenis vol leven en het verhogen van de weerbaarheid van de inwoners van Eemland wordt binnen het regionale programma preventie gewerkt vanuit de volgende leidende principes (gebaseerd op de leidende principes van Samen Sterker Eemland):

- Regie bij de inwoner: de persoonlijke behoefte van de inwoner bij het invulling geven aan een gezond en betekenisvol leven staat centraal.
- Kansengelijkheid en inclusief: de manier waarop de preventieve ondersteuning en zorg wordt ingericht en geboden houdt rekening met (beperkte) gezondheidsvaardigheden* van de inwoners, de afkomst, levensovertuiging, geaardheid en andere achtergrond. Dit betekent dat we ongelijk investeren voor gelijke kansen.
- Positieve gezondheid (Machteld Huber): we benaderen gezondheid niet als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Praktisch betekent dat persoonsgerichte, cultuur sensitieve en demedicalisering van ondersteuning en zorg met als effect dat maatschappelijke aandacht verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.
- Gezondheid gedurende het gehele leven: preventie vraagt gedurende het gehele leven van inwoners aandacht. De jonge generatie gezond laten opgroeien heeft een positief effect op een gezond en betekenis vol leven, nu en in de toekomst.
- Passende zorg en tijdig signaleren: inwoners hebben gemakkelijk toegang tot het juiste aanbod. Er wordt gezamenlijk ingezet op de beweging naar de voorkant en tijdig signaleren om de vraag naar ondersteuning en zorg en het zorggebruik waar mogelijk te beperken en verminderen. Hierbij vormt 'generalistisch waar kan, specialistisch waar moet' het uitgangspunt. Dit vraagt goede samenwerking tussen partners in het netwerk om een soepel verloop van zorg naar sociaal domein en van zorg naar zorg mogelijk te maken.
- Integrale aanpak en intensieve samenwerking: professionals benaderen een vraag van een inwoner integraal en bepalen om de juiste collega-professionals uit het sociaal of medisch domein tijdig te betrekken. Dit vraagt een intensieve samenwerking binnen de preventie infrastructuur waar de verschillende partners elkaar kennen.
- Dichtbij en zo collectief mogelijk: er wordt wijkgericht gewerkt zodat de bestaande infrastructuren en samenwerkingsrelaties benut worden en de zorg voor de inwoners dichtbij en laagdrempelig georganiseerd is. Waar kan wordt gebruik gemaakt van bewezen effectieve, collectieve preventieve interventies. Hierbij wordt de effectiviteit geregeld geëvalueerd en worden de meest effectieve interventies uitgebreid waar dat passend is.

Belangrijkste uitdagingen (4)

6. Actielijn DNP

Het digitaal netwerkplatform (DNP) wil ondersteuning bieden op het gebied van digitalisering in de regio. DNP wil dit doen voor alle thema's, actielijnen en partners van Samen Sterker Eemland die de zorg toegankelijk en betaalbaar willen houden. Niet zelden wordt enige vorm van digitalisering gezien als (deel)oplossing hiervoor. De grote uitdaging is om deze digitaliseringsbehoefte goed vorm te geven, zodat het past bij de behoefte, ambities en (toekomstige) infrastructuur van de (sub)regio en landelijke richtlijnen. Specifieker komen deze uitdagingen naar voren:

Organisatie / positie DNP binnen de (sub)regio

Ieder thema / project heeft bepaalde verwachtingen bij het digitaal netwerkplatform (van advies, tot oplossing, tot uitvoering). Dit zal goed afgestemd moeten worden op de behoefte van SSE en de mogelijkheden (capaciteit, kennis, beschikbaarheid) binnen het huidige DNP. Daarnaast speelt afstemming / samenwerking met de regio een belangrijke rol. Met name met RSO TRIJN is goede afstemming nodig. Enerzijds om aan te sluiten op regionale ontwikkeling, anderzijds om invulling te kunnen geven aan lokale vraagstukken. Voorkeur is hierbij dat er zo min mogelijk overlap ontstaat in functies en dat, waar mogelijk, bestaande structuren in stand gehouden worden.

Behoeften goed in kaart brengen / terugbrengen naar de kern

Ieder thema / project heeft bepaalde ideeën bij hoe zorg verbeterd kan worden door middel van digitalisering. De uitdaging is om deze ideeën terug te brengen naar de essentie: wat is de daadwerkelijke behoefte?

Dwarsverbanden overzien / kennis bundelen om te komen tot een goede doelarchitectuur

Om tot een goede oplossing / infrastructuur te komen is het noodzakelijk om zeer goed overzicht te hebben van de (dwars)verbanden van de behoeften en ook de mogelijke oplossingen. Alleen zo ontstaat een duurzame doelarchitectuur in plaats van een verscheidenheid aan losse oplossingen. Hier speelt ook afstemming met landelijke en regionale initiatieven een belangrijke rol om te voorkomen dat oplossingen straks niet op elkaar aansluiten.

Afstemmen plannen & uitvoering (sub)regionaal & landelijk

Zodra er (meer) duidelijkheid is over de oplossing zal er subregionaal afstemming moeten plaatsvinden: welke oplossing is het meest haalbaar, heeft het meeste effect en kan met beschikbare middelen (tijd, geld, mensen) worden opgepakt. Ook hier zal de uitdaging liggen in afstemming met regionale planning (nu zelf doen of straks samen doen?) en landelijke richtlijnen (nu zelf aan de slag of wachten op standaard?). Regionaal samenwerken is complex. Niet alleen vanwege het samenwerken, maar ook omdat een samenwerkingsverband nooit op zichzelf staat binnen een regio. Wat we hiermee bedoelen is dat er meerdere samenwerkingsverbanden parallel actief zijn in een regio. Enkele voorbeelden zijn: ROAZ (acuut), RONAZ (Niet acuut), RSO (ICT), oncologische netwerken of sectorale samenwerkingsverbanden. Al deze regionale samenwerkingen hebben hun eigen ambities, doelen en projecten.



Thema kwetsbare ouderen

Doelgroep: (kwetsbare) ouderen Eemland en hun naasten

Sector(en): Sociaal domein, eerste- en tweedelijnszorg, ggz, VVT

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

- iedere inwoner in de regio Eemland is goed voorbereid op het ouder worden.
- we gaan uit van ervaren gezondheid en welzijn i.p.v. ziekte en zorg
- de zorg en ondersteuning is zo veel mogelijk zelf, samen of digitaal in de eigen leefomgeving geregeld voordat we professionele zorg inzetten
- Voor de (kwetsbare) ouderen die het nodig hebben is de professionele ondersteuning en zorg zo goed mogelijk georganiseerd door in de wijk afspraken te maken wie wat kan betekenen (informeel en formeel)
- Inwoners en zorgverleners hebben inzicht in de ondersteuning en zorg in de wijk.

Ambitie

In de wijk bieden we **de juiste zorg op de juiste plek**. We stellen het gebruik van de professionele zorg en ondersteuning uit, door het stimuleren van een gezonde levensstijl, **preventieve activiteiten** en de gezondheidsvaardigheden te vergroten. We bieden zorg en ondersteuning vanuit het principe van **positieve gezondheid**; we gaan niet uit van wat de inwoner niet meer kan, maar juist wat er nog wel kan en daarop (stimuleren) eigen regie te nemen.

Door **reablement en community care** vergroten we de **zelf- en samenredzaamheid** in de eigen leefomgeving. In iedere wijk zijn er centrale (woon)plekken waar zorg voor elkaar de norm wordt. Elke inwoner heeft gemakkelijk **toegang tot informatie en voorlichting** over ouder worden en de overgang van een individualistische naar een samenredzame maatschappij.

Met **integrale persoonsgerichte** zorg ondersteunen we de inwoner bij zijn zorg- en leefvraag, om zo invulling te geven aan een gezond en betekenisvol leven.

We **voorkomen versnippering van zorg** door inzichtelijk te maken wat er (al) is en bestaande initiatieven samen te brengen, waarbij regionale functies centraal worden georganiseerd om de coördinatie te vereenvoudigen en efficiënter te organiseren. Naast de zorg en ondersteuning in de wijk zijn regionale voorzieningen en, in lijn met WOZO, voldoende en passende woonvoorzieningen van belang. We ondersteunen inwoners, mantelzorgers en professionals digitaal, met een **sterke digitale infrastructuur** en toegang tot patiëntgegevens. We willen **onnodig beroep op acute zorg voorkomen** en crisissituaties vermijden en een **dementievriendelijk** Eemland realiseren, zonder onnodige medicalisering.

Overall streven we ernaar om met dezelfde of minder middelen (personeel en financieel) meer inwoners helpen.

1a Versterken sociale basis en zelf- en samenredzaamheid

1b (Integrale) passende zorg en ondersteuning in de wijk

Thema psychische kwetsbaarheid

Doelgroep: Inwoners Eemland met een psychische kwetsbaarheid en cliënten in de ggz.

Sector(en): GGZ, huisartsen en sociaal domein, vanuit deze driehoek zoeken we samenwerking met ziekenhuiszorg, jeugdzorg en spoedzorg

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Inwoners met psychische problemen ervaren ruimte en mogelijkheden om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Als inwoners zorg- en/of ondersteuning nodig hebben ervaren zij en hun naasten dat dit snel en op de juiste plek wordt opgepakt, waardoor:

- Inwoners elkaar kunnen vinden en ontmoeten, een betere mentale gezondheid ervaren en zelf de juiste zorg- en ondersteuning kunnen vinden
 - Verergering van problemen en onnodige instroom in de ggz worden voorkomen
 - Passende zorg geboden wordt en de ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek beschikbaar is
 - De beschikbare zorg en ondersteuning (ggz, sociaal domein en huisarts) optimaal wordt benut
- Dit realiseren we door wijk- en regiogericht interventies, aanbod van voorlichting, begeleiding en behandeling te definiëren en afspraken te maken over wie wanneer in de driehoek tussen ggz – huisartsen – sociaal domein in beeld komt. Dit geheel leggen we vast om borging te realiseren. Een digitaal platform ondersteunt professionals in samenwerking en inwoners in inzicht van aanbod in de regio, van inwonersinitiatieven tot zorg. Dit geeft de mogelijkheid om hybride zorg tussen organisaties verder te ontwikkelen.

In de samenwerking brengen wij een verbinding tot stand met ziekenhuis, jeugdzorg, spoedzorg, preventie en wonen & zorg, waardoor alle mensen met een psychische kwetsbaarheid in regio Eemland van de samenwerkingsafspraken kunnen profiteren.

Ambitie:

- Stabiliseren van zorggebruik in de ggz
- Wachttijden binnen de treeknorm (randvoorwaarde is inzicht in sub-regiodata)
- Prospectief opbouwen van monitoring en evaluatie om transformatie aan te tonen
- Langdurige financiering organiseren en realiseren

2a Mentaal gezondheidscentrum Eemland

2b Herstelnetwerk

2c Cruciale ggz



Thema chronische aandoeningen

Doelgroep en sector(en): Inwoners Eemland met een of meerdere chronische aandoeningen (of verhoogd risico daarop) en hun omgeving (o.a. artrose, oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten);

Sectoren: Sociaal domein (maatschappelijk werk, buurtsportcoaches), huisartsen, paramedici, apothekers, VVT en/of wijkverpleging en gemeenten in regio Eemland.

Ambitie: Het is onze ambitie om inwoners vanuit de regio Eemland te ondersteunen, als het gaat om voorkomen van chronische aandoeningen, door het vergroten van een gezonde leefstijl en leefomgeving. De huidige en toekomstige zorgbehoefte van deze doelgroep te beperken, door het vergroten van zelfmanagement en samenredzaamheid in de directe omgeving van deze inwoners. Dit wordt gedaan middels netwerkzorg voor inwoners met (een verhoogd risico op) chronische aandoeningen, waarbij de informele en formele zorg, waar het kan, zo dichtbij mogelijk bij de inwoner wordt geleverd.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

- In de regio Eemland hebben we inwoners die met veerkracht en vanuit zelfredzaamheid omgaan met op hun (verhoogd risico op) chronische aandoeningen. Ze richten zich op een (gezonde) leefstijl in een gezonde leefomgeving.
- Er is voor inwoners voldoende aanbod in de nuldelijn en informele zorg, waardoor de inzet van de zorg kan worden uitgesteld of worden voorkomen.
- In de regio Eemland hebben we de zorg zo met elkaar ingericht dat er vanuit netwerkzorg, over en binnen de zorglijnen heen, goed met elkaar wordt samengewerkt, waar het kan, zo dicht bij mogelijk bij de inwoner.

Kwantitatieve ambitie:

- Afname ziekenhuis bezoek per patiënt
- Afname zorgkosten per patiënt (aan de hand van data Zilveren Kruis)
- Toename gebruik nulde (uit eerstelijns-/tweedelijnszorg) en eerstelijnszorg (uit tweedelijnszorg)

Via 3 actielijnen organiseren: Deze transitie gaan we aan langs de volgende actielijnen:

- Geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie
- Stimuleren van zelfmanagement en veerkracht van de inwoners
- Anders en samen organiseren van zorg en ondersteuning

Er wordt gestart met drie chronische aandoeningen, waarvan de verwachte prevalentie exponentieel groeit, die langs deze drie actielijnen uitgewerkt worden, namelijk: artrose, oncologische aandoeningen en hart- en vaatziekten. Tevens kunnen nieuwe transformaties van specifieke aandoening of op thema niveau kunnen binnen deze actielijnen opgepakt worden. De chronische aandoening dementie wordt meegenomen onder het thema kwetsbare ouderen en tevens uitgewerkt binnen het dementienetwerk.

3a Geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie

3b Stimuleren van zelfmanagement en veerkracht van de inwoners

3c Anders en samen organiseren van zorg en ondersteuning

Thema spoedzorg

Doelgroep en sector(en):

Inwoners regio Eemland met een acute zorgbehoefte

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Over 3-5 jaar is ondanks de stijging in de acute zorgvraag de toegang tot acute zorg bij SEH, huisartsen, VVT en ggz geborgd. Dit is mogelijk door vermijdbare acute zorg tijdig te ondervangen en terecht acute zorg via de juiste multidisciplinaire routes middels een Spoedplein Eemland te behandelen.

Ambitie

Acute zorg samen met de betrokken domeinen in regio Eemland efficiënt en effectief organiseren voor mensen met een acute zorg behoefte.

4a Voorkomen acute zorg; ondersteunen bij zelfredzaamheid

4b Adequate triage en schaarse capaciteiten centraal inzichtelijk maken en coördineren

4c Multidisciplinaire samenwerking in de acute zorg



Thema preventie

Doelgroep en sector(en): Inwoners regio Eemland

- Alle leeftijden, van voor geboorte tot dood
- Focus op kanselijkheid en inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Samenwerking sociaal domein en zorg; van informele zorg tot en met derde lijn

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

Inwoners van de regio Eemland ervaren meer eigen regie en positieve gezondheid. Ondersteuning en zorg vanuit nulde-, eerste, tweede, derde lijn is dichtbij georganiseerd. De focus op ziekte en zorg zijn verlegd naar ervaren gezondheid en gedrag.

Ambitie

De ambitie van dit programma is ervoor te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Daarnaast wordt gestreefd naar het voorkomen van ziekten en complicaties van ziekten of dit in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Binnen het thema preventie worden, naast de preventie infrastructuur, 5 ketenaanpakken ingericht. Via deze weg wordt bijgedragen aan een gezond, betekenisvol leven en het verhogen van de weerbaarheid van de inwoners van Eemland.

5a Preventie infrastructuur

6b Valpreventie

6c Kansrijke start

6d Overgewicht en obesitas bij kinderen

6e Overgewicht en GLI bij Volwassenen

6f Welzijn op Recept

Actielijn Digitaal netwerkplatform

Doelgroep en sector(en):

In aansluiting op het *Regioplan Midden Nederland deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling* wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende doelgroepen. Digitalisering en gegevensuitwisseling moeten ondersteunend zijn voor alle (IZA-)doelgroepen en sectoren. In praktische zin zal het gericht zijn op inwoners, de thema's en actielijnen en aangesloten partners in regio Eemland.

Omschrijving van de gewenste situatie over 3-5 jaar:

In aansluiting op het *Regioplan Midden Nederland deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling* worden inwoners en professionals van de regio Eemland straks optimaal digitaal ondersteund in:

1. het inzien en uitwisselen van gezondheidsgegevens
2. het vinden van elkaar en de juiste zorg, inclusief het ontvangen/geven van digitale zorg
3. het optimaal kunnen overzien, coördineren en inzetten van zorg

Ambitie

Optimale digitale ondersteuning faciliteren om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Op basis van het *Regioplan Midden Nederland deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling* betekent dit:

- A. Solide basis voor digitalisering in regio Eemland (H9)
- B. 1 gegevensplatform - De basis op orde (H6.2) en Doelarchitectuur (H7)
- C. 1 marktplaats - Netwerkgorg (H6.1) en Regionale applicatie (H6.3)
- D. 1 gezondheidsanalyseplatform - Secundair gebruik van data (H8)

Afhankelijk van regionale kenmerken (o.a. lokale behoefte, capaciteit, geld) kunnen afwijkende prioriteiten worden gesteld binnen de op te pakken ambities.

6a Solide basis digitalisering regio Eemland: advies, sturing en uitvoering

6b Één gegevensplatform: digitaal beschikbaar, eenduidig, gestandaardiseerd

6c Één marktplaats: communicatie, samenwerkingsafspraken, integratie dossiers, digitale zorg

6d Één gezondheidsanalyseplatform: zorgcoördinatie, evaluatie en verbetering, stuurinformatie

1a Versterken sociale basis* en zelf- en samenredzaamheid (1/2)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Gehele samenleving Eemland en in het bijzonder de thuiswonende (toekomstige) oudere, de omliggende buurt en het formele en informele netwerk eromheen.

Sector(en): VVT, eerste lijn, sociaal domein, MSZ

Doelstelling: Inwoners in de regio Eemland voelen zich goed geïnformeerd over de noodzaak en mogelijkheden om langer zelf- en samenredzaam in de eigen omgeving te kunnen blijven leven. Inwoners behouden de eigen regie op een gezond en betekenisvol leven en ontvangen hierbij de ondersteuning die nodig is.

Aanpak

- (verbeteren) informatievoorziening en voorlichting over zelf- en samenredzaam ouder worden.
- Preventie, ontwikkelen gezondheidsvaardigheden en mantelzorg ondersteuning – waar het kan digitaal.
- Ouderen versterken en onderhouden het eigen sociaal (digitaal) netwerk, bestaande uit naasten, informele zorg, ondersteuners, zorgverleners.
- Geschikt maken van eigen woonomgeving of vroegtijdig verhuizen naar een passende woning.
- We stimuleren vrijwilligerswerk en omzien naar elkaar. In potentie is iedere inwoner een vrijwilliger.
- In elke gemeente bieden we ruimte voor het versterken van de gemeenschap en/of zelf de zorg en ondersteuning te organiseren (inwonerinitiatieven)
- We gaan niet uit van wat er niet meer kan, maar juist wat er nog wel kan en daarop de eigen regie te nemen. We zetten in op reablement dat uitgaat van positieve gezondheid en preventie, in samenwerking tussen inwoners en professionals. Bepaalde handelingen worden in beginsel niet meer verricht, maar aangeleerd aan de inwoner en/of naaste of m.b.v. hulpmiddelen, digitale zorg en zorgtechnologie vorm gegeven. We versterken de bewustwording van de eigen verantwoordelijkheid van (alle) inwoners.
- Organiseren/faciliteren/versterken van centrale plekken in de wijk die dienen als steunpunt voor inwoners en mantelzorgers. Dit is een laagdrempelige, logische/herkenbare plek voor (kwetsbare) ouderen/inwoners en hun naasten waar ze terecht kunnen voor ontmoeten, advies en ondersteuning en omzien naar elkaar.

Lopende initiatieven

NB: onderstaande opsomming van lopende initiatieven is niet limitatief, maar bevat de belangrijkste c.q. meest bekende initiatieven.

- Informatiebijeenkomsten zoals Weet wat u wilt (proactieve Zorgplanning) en over voorbereid ouder worden georganiseerd vanuit bijvoorbeeld het wiksamenwerkingsverband of netwerk palliatieve zorg Eemland/nationaal programma palliatieve zorg.
- Voorlichtingscampagnes vanuit Actiz, overheid, gemeenten, nationale programma's, etc. zoals U bent zelf uw medicijn (GGD)
- Netwerken zoals ketenzorg dementie of wijknetwerk ouderen en de vanuit hen opgestelde actieplannen.
- Dementievriendelijke gemeenten
- Vroegsignalering: tijdens eigen moment van zorgverlening screening op bijv. (onder)voeding, valgevaarlijkheid, therapieontrouw, kwetsbaarheid, eenzaamheid, activering etc. door de betrokken zorgverlener. Daarnaast verschillende activiteiten zoals inloopspreekuren, zorgprogramma ouderenzorg door POH, dagbesteding, casemanagers dementie
- Diverse programma's voor een gezonde leefstijl, aanleren gezondheidsvaardigheden en andere preventieve (scholings)activiteiten.
- Mantelzorg ondersteuning
- Gemeentelijke loketten ter ondersteuning inwoner
- Ketenaanpak GALA: Valpreventie en Welzijn op Recept
- Scholing zorgverleners en inwoners in/over positieve gezondheid
- Wijkwinkels, buurtkamers en diverse inloofuncties zoals inloophuizen en ontmoetingscentra
- Steunstructuren in de wijk - lokaal centraal ondersteuningspunt van burenhulp, informele- en formele ondersteuning voor alle mensen om zo lang mogelijk vitaal en zelfstandig te wonen – zoals projecten DemenTalent en steunsystemen
- Fysieke community zoals Knarrenhof Amersfoort
- Zorgzame buurten zoals Leusderkwartier, Bunschoten of andere georganiseerde burenhulp
- Wijkstichtingen of –verenigingen en de mogelijkheid tot aanvragen van buurtbudgetten
- Proactieve Zorgplanning
- Diverse (online) sociale kaarten per wijk/gemeente
- Beweging "Van zorg naar gewoon leven"
- Inzet innovaties, hulpmiddelen en (zorg)technologie – in verbinding met het INOU en het DNP.

* Het versterken van de sociale basis gaat over het omzien naar elkaar in de (zorgzame) wijken, buurten en dorpen. Maar ook over het autonoom kunnen leiden van het leven met eigen regie en een netwerk vanuit die basis. Bron: Movisie Aansluitend bij inzet gemeenten t.b.v. GALA.



1a

Versterken sociale basis en zelf- en samenredzaamheid (2/2)

Organisatie & vervolg

Nieuwe initiatieven

Binnen het thema (kwetsbare) ouderen zijn preventie, het duiden van de leef- en zorgvraag en het stimuleren van zelfredzaamheid belangrijke onderdelen. Om te voorkomen dat preventie eigenstandig en niet in afstemming wordt vormgegeven, wordt een preventie infrastructuur georganiseerd, op zowel wijk, gemeente en regionaal niveau. De lopende initiatieven evenals de nieuwe initiatieven sluiten aan bij wat met de preventie infrastructuur wordt beoogd. De initiatieven worden ingebracht in de preventie infrastructuur en zo in samenhang binnen de coalitie preventie verder vormgegeven, geprioriteerd en het eigenaarschap belegd.

2024

- Gelet op de hoeveelheid lopende initiatieven en structuren geniet het de voorkeur om niet te veel nieuwe initiatieven op te pakken. Organisaties hechten veel waarde aan het continueren van de reeds lopende initiatieven en hierop aan te sluiten, deze samen te voegen, verder te versterken of uit te breiden. Dit doen we door inzichtelijk te maken welke initiatieven en (overleg)structuren er zijn, met welk doel en wie er in participeren, om vervolgens dit efficiënter te organiseren.
- Aansluitend op bestaande voorlichtingscampagnes danwel nog te ontwikkelen landelijke campagnes bepalen of wij als regio Eemland, met deelnemers van de IVVU of op niveau van provincie Utrecht, gezamenlijke campagne(s) opzetten met ruimte voor lokale invulling. Ingaande op de mogelijkheden en beperkingen in het ouder worden en de voorbereiding hierop, de gaande transitie in de zorg en de gevolgen voor de inrichting van (passende) ondersteuning en zorg. Te denken valt aan artikelen in de Huis aan huis bladen, lokale krant, tv spotjes, filmpjes met uitleg over de transitie of de meest voorkomende vragen.
- Op het gebied van positieve gezondheid lopen er al veel projecten, op verschillende niveaus met verschillende reikwijdtes. Begrippen en aanpak lopen door elkaar. We stellen een regionaal plan op wat we als regio met positieve gezondheid willen, wat het wel of niet is en hoe we dit met elkaar willen uitdragen (één taal) en willen inzetten. We halen op wat er is en brengen dit samen zodat de regio hiervan kan leren en gebruik van kan maken. Daarna maken we duidelijk wat er nog nodig is per gemeente/wijk/zorgaanbieder. Dit onder regie van de preventie infrastructuur.
- Vanuit netwerk Samen Sterker Eemland regionale uitrol RTA Proactieve Zorgplanning over gehele regio inclusief afspraken over gegevensuitwisseling over de uitkomsten van de proactieve zorgplanning gesprekken. Hiervoor wordt aangesloten bij het DNP.
- Regionaal netwerk op het gebied van community-care creëren voor stimuleren initiatieven en versterken samenwerking tussen inwoners, naasten en (informele) zorgverleners. Het regionaal netwerk sluit aan op het lerend netwerk van Zilveren Kruis.
- Vormgeven of versterken van lokale netwerken en laagdrempelige ondersteuningspunten (fysiek en/of digitaal) in de wijk/ buurt waar men terecht kan voor ondersteuning naar meer zelf- en samenredzaamheid en vragen op het gebied van welzijn en zorg. Concrete inrichting en schaalgrootte verschilt per wijk/ buurt en sluit aan bij aanwezige fysieke en sociale infrastructuur en wat er nodig is. We halen op welke punten er al zijn (bijv. WMO-loketten of bibliotheken) en delen die. Voor de uitrol in de regio leren we van elkaar. Gemeente treedt hierbij op als regisseur. Aansluitend hierop is de sociale kaart voor welzijn, zorg en ondersteuning beschikbaar.
- Breed uitdragen en vormgeven van reablement – in de regio en binnen de eigen organisaties. Opstellen van regionaal plan van aanpak door regionale projectleider samen met betrokken partners. Om de regio te kunnen ondersteunen sluiten we gezamenlijk aan bij de vereniging Reablement Nederland en het lerend netwerk Reablement van Zilveren Kruis.

2025 en verder

- Vervolg conform werkgagenda preventie infrastructuur

Randvoorwaarden

- Faciliteren en ondersteunen van de gemeenschap bij het ontplooiën van eigen (inwoner)initiatieven met energie, tijd of middelen (community-care).
- Laat professionals elkaar vinden en verbinden en faciliteer dit.
- Borgen van kennis & leren van elkaar
- Bij organisaties is tijd en ruimte (capaciteit en geld) nodig om te kunnen transformeren.
- Trainen van de digitale vaardigheden van inwoners en professionals.
- (digitale) vindbaarheid voor inwoners over het aanbod op ondersteuning, zorg, training, scholing, etc.
- Duidelijkheid over welke partijen actief aandeel gaan leveren in planvorming en uitvoering. De gezamenlijke inspanningsverplichting spreken we uit naar elkaar.
- Maken van afspraken met de financiers die uitgaan van dekkende, structurele financiering.
- De druk op de mantelzorgers neemt verder toe. Om overbelasting zoveel mogelijk te voorkomen is passende ondersteuning van mantelzorgers noodzakelijk. Gemeenten leveren die ondersteuning. We kijken in hoeverre deze ondersteuning toereikend is en of we hier nog nadere afspraken over moeten maken.



1b (integrale) passende ondersteuning en zorg in de wijk (1/2)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: De thuiswonende oudere Eemland en het formele en informele netwerk eromheen.

Doelstelling: De inwoners in staat stellen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen door het bieden van passende ondersteuning en zorg en het slimmer organiseren van de samenwerking en voorzieningen. Hiermee blijft de ondersteuning en zorg toegankelijk en beschikbaar voor ouderen die het nodig hebben en wordt de (in)formele capaciteit optimaal ingezet.

Aanpak

- Inzet passende zorg door bieden van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste hulp-/zorgverlener of ondersteuner:
 - definiëren en implementeren van richtlijnen voor het leveren van passende zorg door uniformiteit over invulling van de taken (we weten wat we van de verschillende professionals kunnen verwachten)
 - In iedere wijk/gemeente worden duidelijke afspraken gemaakt over welke zorg en ondersteuning beschikbaar is voor (kwetsbare) ouderen, zowel informeel als formeel.
 - Inwoners en zorgverleners hebben inzicht in aanbod van zorg en ondersteuning in de wijk/regio, zowel van formele- als informele zorg.
 - Uitgaan van positieve gezondheid en reablement
 - Rekening houdend met culturele kenmerken (cultuursensitieve zorg)
 - Inzet innovatie, technologie of hulpmiddelen ter bevordering van de zelfredzaamheid en versterken eigen regie i.p.v. inzet professionele zorg.
 - Samenbrengen van zorg en ondersteuning door versterken van onderlinge en multidisciplinaire samenwerking in de nulde en eerste lijn om de inwoner heen.
 - Herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging (link met werkagenda van wijkverpleging)
 - Professionals hebben inzicht in capaciteit van zorg en ondersteuning in de wijk/regio.
 - Beschikbaar stellen van professionele expertise in de eerste lijn, waardoor inwoners langer thuis kunnen blijven wonen (met of zonder Wlz indicatie) onder regie van huisarts en met ondersteuning vanuit ONTIE.
 - Inzet tijdelijke zorg om inwoners met een verhoogde zorg- of ondersteuningsbehoefte kortdurend te ondersteunen, zodat men daarna zelfstandig of met beperkte inzet van zorg en ondersteuning kan leven.
 - Borging van regionale essentiële voorzieningen
 - Coördinatie van zorg en ondersteuning versimpelen
 - Onder regie van het thema spoedzorg wordt vanuit het spoedplein Eemland samenwerkingsafspraken gemaakt rondom de zorg voor (kwetsbare) ouderen, om zo de instroom te beperken, de juiste zorg op de juiste plek te bieden en de uitstroom te optimaliseren.
- Hier toe behoort ook het vormgeven van ziekenhuisverplaatste zorg zoals het inrichten van (geriatrische) expertisecentra voor ouderen die op de SEH komen met een terecht ziekenhuisindicatie in combinatie met geriatrische problematiek. Ook hiervan is het doel om ouderen zo snel mogelijk herstelgerichte zorg te bieden met de blik op terugkeer naar huis.

Lopende initiatieven

NB: onderstaande opsomming van lopende initiatieven is niet limitatief, maar bevat de belangrijkste cq. meest bekende initiatieven.

- Wijksamenwerkingsverbanden
- Wijknetwerken ouderen en netwerken ketenzorg dementie en de door hen opgestelde actieplannen
- Projecten vanuit financiering wijkverpleging wijkgericht werken
- Regionale uitvoerder voor ANW wijkverpleging
- Verschillende actielijnen uit het jaarplan van het netwerk palliatieve zorg Eemland zoals samenwerkingsafspraken over palliatieve zorg thuis en betrokken bij regionale uitrol RTA proactieve zorgplanning en palliatieve kit.
- Oudergeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland (ONTIE) en de verschillende actielijnen hieronder, zoals consultatiefunctie voor de eerste lijn, versterken samenwerkingsdriehoek Huisarts, Specialisten Oudergeneeskunde en wijkverpleging
- Inzet tijdelijke behandeling thuis bij Wlz cliënten door multidisciplinair team van specialisten ouderengeneeskunde en paramedici om de gezondheid en thuisituatie te optimaliseren/stabiliseren. Dit in nauwe samenwerking met de eigen huisarts.
- Regionale afspraken over opnamen IBS/crisis
- Locaties voor kortdurende (herstel ondersteunende) opnames zoals logeer- en respijtzorg, ELV en GRZ
- Inzet zorgtechnologie, innovaties en hulpmiddelen in de wijkverpleging / thuis, zoals de zelfredzaamheidskoffer met daarin de druppelril, beeldbellen, aantrekhulp voor steunkousen of medicijn dispenser. In verbinding met het INOU en het DNP.
- Diverse (online) sociale kaarten per wijk/gemeente
- Zorg Coördinatie Eemland (ZCE) – centrale bemiddeling van o.a. ELV, casemanagement dementie, aanvragen wijkverpleging vanuit huisartsen.

1b (integrale) passende zorg en ondersteuning in de wijk (2/2)

Organisatie & vervolg

Nieuwe initiatieven

2024

- In afstemming met de wijsamenwerkingsverbanden danwel wijknetwerken ouderen maken we duidelijk wat de gewenste samenstelling. Door aansluiten van meerdere partijen verbreedt en versterkt dit de bestaande samenwerking.
- In samenhang met vorig punt - met behulp van voorbereidingssubsidie voor regionale versterking eerstelijnszorg van ZonMw (zoals benoemd onder totstandkoming regioplan Eemland):
 - Gezamenlijke visie op eerstelijnszorg opstellen
 - Gezamenlijke eerstelijns werkagenda ontwikkelen en ten uitvoer brengen
 - Samenbrengen van de huidige samenwerkingsverbanden binnen de eerstelijnszorg en netwerken in de betreffende regio.
- Regionale herkenning en uitrol samenwerkingsafspraken vanuit project ONTIE extra werkafspraken en ONTIE Wlz zorg thuis. Onderzoeken hoe netwerk ONTIE verder verbreed kan worden met andere partners zoals de GGZ of op andere thema's.
- Het aantal inwoners met dementie neemt snel toe. Er zijn kansen voor verbetering en betere borging van de dementiezorg. De netwerkscan van dementie Nederland en invoeren van de zorgstandaard dementie kan hierbij ondersteunend zijn, evenals bij het verder verstevigen van de wijsamenwerkingsverbanden of wijknetwerken ouderen. Door middel van de netwerkscan maken we per wijk inzichtelijk hoe de dementiezorg georganiseerd is in de wijk en benoemen we het verbeterpotentieel. Regievoering nog per wijk te bepalen. Kan zijn vanuit wijknetwerken ouderen, wijkcoördinatoren/Huisartsen Eemland, inwonerinitiatieven en/of netwerken dementie.
- Regionale afspraken over passende zorg – te starten bij de wijkverpleging.
 - We stellen een werkgroep in die gezamenlijk met elkaar bepalen hoe we in de regio invulling geven aan het thema passende wijkverpleging en wat we niet meer of anders doen. We maken bijvoorbeeld regionale afspraken over wanneer op de dag we bepaalde handelingen verrichten, zoals zwachtelen, of welke bewezen hulpmiddelen en/of zorgtechnologie we in de regio (gezamenlijk) inzetten, zoals de druppelbril en de medicijn dispenser. Hiervoor sluiten we aan bij de uitgangspunten van het normenkader indicatiestelling, dat uitgaat van de visie op positieve gezondheid, zelfredzaamheid en versterken eigen regie. Voor het organiseren van de zorg gaan we uit van "zelf als het kan (zelfzorg en informele zorg), digitaal tenzij (inzet zorgtechnologie) en dichtbij als het kan, verder weg al het moet. De uitkomsten hiervan worden gedeeld met medewerkers en met andere partijen zoals huisartsen en ziekenhuizen zodat iedereen dezelfde boodschap uitdraagt en shop gedrag wordt voorkomen. Onze visie en afspraken dragen we breed uit en zijn input voor de bredere communicatie campagne.
- Duidelijk herkenbaar en aanspreekbaar team wijkverpleging in de wijk/buurt door aantal aanwezige aanbieders van wijkverpleging te minimaliseren, zowel reguliere wijkverpleging als gespecialiseerde wijkverpleging. Regionale zorgaanbieders van wijkverpleging stellen hiervoor gezamenlijk een plan op, onder regie van procescoördinator.
- Aansluitend hierop kan onderzocht worden of, na het minimaliseren van het aantal aanwezige aanbieders van wijkverpleging in de wijk, een centraal aanmeldpunt voor de reguliere wijkverpleging nog noodzakelijk is.
- Binnen het thema spoedzorg is er aandacht voor adequate triage en schaarse capaciteiten centraal inzichtelijk maken en coördineren. Het Zorg Coördinatie Eemland (ZCE) voert op dit moment de coördinatie uit voor verschillende, niet acute ondersteuning of zorg. Voorstel is om te onderzoeken of deze dienstverlening verder uitgebreid kan worden.

2025 en verder

Uitvoer eerstelijns werkagenda

Continue verbreden/samenwerking in de eerste lijn.

Netwerk ONTIE verder verbreden en versterken o.b.v. onderzoek.

Randvoorwaarden

Zie geformuleerde randvoorwaarden bij 1a. Aanvullend hierop:

- Verlagen administratieve lasten wanneer ondersteuning en zorg bij een inwoner door meer dan één zorgaanbieder wordt ingezet.



2a Mentaal gezondheidscentrum Eemland

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Inwoners met een psychische kwetsbaarheid en professionals uit zorg en welzijn die met inwoners met psychische of psychiatrische problemen te maken krijgen in hun werkzaamheden.

Doelstelling: Organiseren van een duurzame netwerkstructuur die voorziet in zorg en ondersteuning voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid waarvan de basis wordt vormgegeven door huisartsen, ggz en sociaal domein, maar in verbinding met jeugdzorg, spoedzorg, ziekenhuis en wonen en zorg. Preventie, Positieve Gezondheid, passende zorg, samenwerken in netwerken en toegankelijkheid vormen in de netwerkstructuur de belangrijkste thema's.

Aanpak

Het mentaal gezondheidscentrum Eemland dient als netwerkstructuur van samenwerkingsafspraken tussen ggz, huisartsen en sociaal domein waaronder verschillende functies ingericht worden. Sommige functies hebben een verplicht karakter, andere functies komen tegemoet aan regio-doelen of knelpunten die nu in de samenwerking ervaren worden. We doen dit met een brede blik (naar andere domeinen) om door integrale samenwerking, passende zorg en ondersteuning op de juiste plek te bieden. Wij gaan uit van bestaande initiatieven, herstelvermogen van inwoners en we normaliseren levensvragen en psychische kwetsbaarheid. Binnen het mentaal gezondheidscentrum is ook ruimte voor inzet van hybride en digitale middelen. Wij richten ons op de volgende transformaties:

- Bewustwording inwoners vergroten --> gericht op positieve gezondheid en normaliseren van psychische problemen en levensvragen
- Vroegtijdige signalering bij risicogroepen mentale gezondheid --> preventie-agenda opstellen en uitvoeren
- Passende zorg implementeren / Inrichting en uitvoering verkennend gesprek --> gericht op ondersteuning in sociaal domein
- Netwerk mentale gezondheid --> organiseren van duurzame netwerkstructuur tussen sociaal domein, huisartsen en ggz
- Inzet digitaal platform --> Ter ondersteuning van vindbaarheid van aanbod over de domeinen heen voor inwoners en professionals
- Monitoren en meten / inventarisatie succesvolle landelijke initiatieven --> Resultaten vaststellen op functies om effect te kunnen meten, leren van voorbeelden elders uit het land

Organisatie & vervolg

Planning:

Realisatie in 2023:

- Opstellen visie Mentaal gezondheidscentrum Eemland met prioritering van in te richten functies
- Transformatieplan opstellen voor 2024 – 2026

Realisatie in 2024:

- Aan de hand van prioritering functies voor het mentaal gezondheidscentrum ontwikkelen in de gehele regio
- Onderzoek naar betekenis en functies van een digitaal platform voor psychische kwetsbaarheid aansluitend op SSE
- Preventie-agenda opstellen en uitvoeren betreft: preventie voor psychische kwetsbaarheid en mentale weerbaarheid voor jeugd en jongeren (0 – 23 jaar) dat aansluit op de preventie infrastructuur
- Inrichten en uitvoeren verkennend gesprek (verplichte opgave)
- Inrichten en vastleggen van interventies, aanbod van voorlichting, begeleiding en behandeling in afspraken over wie wanneer in de driehoek ggz – huisartsen – sociaal domein in beeld komt
- Verbinden met ziekenhuis, jeugdzorg, spoedzorg en wonen & zorg wanneer dit een functie ondersteunt
- Vaststellen van resultaten en deze meten en monitoren (doorlopend)

Realisatie in 2025:

- Ontwikkelen en implementeren digitaal platform
- Uitvoeren transformatieplan Mentaal gezondheidscentrum Eemland en Preventieplan psychische kwetsbaarheid
- Transfermechanisme nieuwe stijl is ingevoerd (verplichte opgave)

Realisatie in 2026:

- Gericht op doorontwikkeling en borging van functies binnen het Mentaal Gezondheidscentrum Eemland
- Informatievoorziening op (voldoende) passende zorg en ondersteuning is ingericht (verplichte opgave)

Overzicht samenwerking:

Kerngroep voor opstellen van transformatieplan bestaat uit een afvaardiging van Huisartsen Eemland, gemeente Amersfoort en van de GGZ-partners. In de ontwikkeling van functies en uitwerking van het preventieplan wordt een breed palet aan organisaties/gemeenten betrokken.

Randvoorwaarden:

- Alle gemeenten sluiten aan bij planvorming en uitvoering
- Duidelijkheid over welke partijen actief aandeel gaan leveren in planvorming en uitvoering
- Werkagenda geeft een duidelijke prioritering aan, we doen niet alles tegelijk
- Financiers onderzoeken mogelijkheden permanente financiering te organiseren en realiseren



2b Herstelnetwerk

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: : Inwoners met een psychische kwetsbaarheid in regio Eemland en professionals uit zorg en welzijn die met inwoners met een psychische of psychiatrische problemen te maken krijgen in hun werkzaamheden.

Doelstelling: Iedere inwoner van Eemland kan passende ondersteuning vinden in de eigen omgeving als deze psychische problemen ervaart. Wij organiseren dit in het Herstelnetwerk waarin ruimte is voor maatschappelijk en persoonlijk herstel op ieders eigen tempo in contact met lotgenoten en/of naasten.

Aanpak

Het Herstelnetwerk in regio Eemland willen we de komende jaren uitbreiden en door ontwikkelen. Daarmee ontwikkelen we een netwerk waarin herstelactiviteiten, laagdrempelige steunpunten en lotgenotencontact georganiseerd zijn door ervaringsdeskundigen in de eigen omgeving en verspreid over de regio. Het Herstelnetwerk biedt de mogelijkheid om mee te doen in en bij te dragen aan de maatschappij op een manier die bij de inwoner past. Inwoners ervaren daardoor dat zij erkend worden als waardevol lid van de samenleving, een belangrijke voorwaarde voor herstel. Inwoners kunnen zelf het Herstelnetwerk vinden, maar kunnen ook verwezen worden door professionals. Het Herstelnetwerk richt zich op de volgende transformaties:

- Zelfredzaamheid vergroten --> Inwoners kunnen zelf passende ondersteuning vinden in hun eigen omgeving
- Welzijn centraler stellen --> Ruimte voor maatschappelijk en persoonlijk herstel bij psychische, fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven
- Peersupport --> Elke inwoner heeft toegang tot lotgenotencontact
- Netwerk mentale gezondheid --> Steunend netwerk rond inwoners bestaand uit naasten, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en lotgenoten
- Digitaal platform --> Digitale mogelijkheid het Herstelnetwerk te vinden en informatie in te winnen
- Monitoren & meten --> Effect laten zien in gebruik en spreiding. Andere meetbare effecten worden vastgesteld

Organisatie & vervolg

Planning:

Realisatie in 2023:

- Uitvoeringsplan Herstelnetwerk 2024 – 2026 vormgeven en aanvraag SPUK-gelden

Realisatie in 2024:

- Ten minste 3 regiogemeenten sluiten aan bij het Herstelnetwerk
- In Amersfoort worden 15 herstelactiviteiten per maand aangeboden inclusief laagdrempelige steunpunten. Met regiogemeenten die aansluiten worden afspraken gemaakt over aanbod
- Er worden 2 regio activiteiten georganiseerd over herstel en/of herstelgericht werken (jaarlijks)
- We meten aantal inwoners dat deelneemt aan activiteiten en hoe zij bij het netwerk terecht gekomen zijn (eigen initiatief/welzijn/zorg) en stellen nieuwe resultaten vast waarop monitoring kan plaatsvinden
- We onderzoeken wat we verstaan onder een digitaal platform en aan welke functies dit moet voldoen en geven hier vervolg aan binnen SSE

Realisatie 2025:

- Alle regiogemeenten zijn aangesloten bij het Herstelnetwerk
- Lotgenoten contact is onderdeel van het Herstelnetwerk
- Laagdrempelige steunpunten zijn regio breed georganiseerd
- Inwoners vinden zelf de weg naar het herstelnetwerk en herstelactiviteiten
- In activiteiten is sport en beweging, cultuuractiviteiten en digitale ondersteuning opgenomen
- Normaliseren van psychische problemen is onderdeel van het Herstelnetwerk

Realisatie in 2026:

- In het aanbod van het Herstelnetwerk worden de puntjes op de i gezet in alle regio gemeenten
- We werken actief aan de borging van het Herstelnetwerk

Overzicht samenwerking:

Regiogemeenten van Eemland, zowel sociaal domein als beleidsadviseurs, Huisartsen Eemland en GGZ-partners, verbonden in SSE. Organisatie structuur en afspraken zijn vastgesteld in Uitvoeringsplan 2024 – 2026

Randvoorwaarden:

- Invulling van vacatures: ervaringsdeskundigen, verbindingsfunctionaris en projectleider
- Actieve betrokkenheid van (nieuw) deelnemende organisaties/gemeenten, commitment op werkafspraken, inspanningsverplichting op het leveren van aanbod en gezamenlijk ervaren verantwoordelijkheid op het Herstelnetwerk
- Digitale ondersteuning voor vindbaarheid van aanbod van het Herstelnetwerk
- Financiers onderzoeken mogelijkheden permanente financiering te organiseren en realiseren



2c

Cruciale ggz

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: GGZ-partners verbonden in Samen Sterker, in verbinding met andere ggz-aanbieders in regio Eemland en andere domeinen passend bij de opgave. Dit thema heeft een verbinding met Spoedzorg en wordt bovenregionaal afgestemd met het regioplan van Utrecht.

Doelstelling: GGZ-partners werken (digitaal) samen in het beschikbaar en toegankelijk houden van de ggz in regio Eemland voor inwoners met een complexe zorgvraag, in samenwerking met andere domeinen en organisaties.

Aanpak

Om samenwerking te realiseren met andere domeinen waarop het Mentaal Gezondheidscentrum Eemland en het Herstelnetwerk gericht zijn, is het noodzakelijk om als GGZ-aanbieders samen te werken. Die samenwerking richt zich op een efficiëntere inzet van schaarse middelen als personeel, kennis en financiën, om te komen tot een toekomst bestendige ggz-keten. Onder de GGZ-partners, verbonden in Samen Sterker Eemland bestaat de wens om de huidige samenwerking te intensiveren en om (nog) niet verbonden ggz-aanbieders te betrekken in de samenwerking op thema's/projecten waarop zij kunnen en willen aansluiten of om onderdeel te worden van de coalitie. Thema's waarop de GGZ-partners de samenwerking willen intensiveren zijn: ontwikkelen van hybride behandel aanbod, in kaart brengen van regionaal ggz-aanbod (in functies en capaciteit), planvorming voor inzet van professionals (denk aan verminderen regeldruk, meenemen professionals in transitie, minder stoornisgericht werken, aandacht voor rol professional en autonomie), doelmatige inzet van aanbod, toegankelijkheid ggz en arbeidsmarkt vraagstukken. Bij het overzicht van regionaal ggz-aanbod, passend bij demografische-, zorgvraag- en arbeidsmarkt ontwikkelingen hoort ook het borgen van de nader te bepalen cruciale functies en capaciteit naar de toekomst. Op het gebied van cruciale ggz werken we tussen 2024 –2026 aan de volgende transformaties:

- Cruciale zorg --> beschikbaar houden van zorg door afspraken te maken over inzet van professionals op cruciale functies
- Inzet digitale middelen en bewezen zorgtechnologie --> Samenwerken in ontwikkeling en uitbreiden van hybride aanbod in de regio
- Transformaties met betrekking tot Arbeidsmarkt, scholing, professionals ondersteunen --> Brede inzet van professionals mogelijk maken, registratiedruk verminderen

Organisatie & vervolg

Planning:

Realisatie in 2024

- Volgen van landelijke werkagenda voor cruciale ggz, bovenregionaal afgestemd met zorgkantoorregio Utrecht
- Vaststellen van cruciale ggz gericht op zorgcapaciteit in regio Eemland, inclusief bovenregionale spreiding van functies
- Vastleggen hoe te handelen als cruciale functies niet (voldoende) geleverd kunnen of zelfs gestopt moeten worden
- Het cruciale aanbod en borging daarvan wordt afgestemd met huisartsen en ziekenhuis, zodat inzet van POH-GGZ en medische/consultatieve psychiatrie meegenomen wordt
- Samenwerking op thema's uitwerken en vastleggen inclusief resultaten en tijdpad
- GGZ-aanbieders in de regio nemen we mee in de ontwikkelingen (informerend) en betrekken we op projectbasis waarin afspraken worden vastgesteld. Indien wenselijk doen we dit in samenspraak met Zilveren Kruis.

Realisatie in 2025

- Vervolg op acties en tijdpaden die in 2024 zijn vastgesteld

Realisatie in 2026

- Gericht op borgen

Overzicht samenwerking:

GGZ-partners bestaan uit: Indigo Midden Nederland, Jellinek (als vertegenwoordiger voor Arkin), de Waag, de Hoop ggz, PsyMens, Eleos, MoleMann Mental Health, Vitaal GGZ en GGZ Centraal

Randvoorwaarden:

- Opdracht en uitgangspunten rond cruciale ggz zijn concreet geformuleerd
- Financiers onderzoeken mogelijkheden permanente financiering te organiseren en realiseren



3a Geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Inwoners in Eemland met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en)

Doelstelling:

- Verbeteren of stabiliseren van situatie van de inwoners met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en), zodat de huidige en toekomstige zorgbehoefte voorkomen of beperkt wordt (in samenspraak met gemeenten).
- Het leefstijlaanbod voor inwoners met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en) is geborgd binnen elk gemeente in de regio Eemland (in samenspraak met gemeenten).

Proces KPI's:

- In 2024 is in beeld gebracht wat reeds is aan leefstijlaanbod voor de inwoners met oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten en artrose en wat daar aanvullend nog nodig is t.a.v. een leefstijlaanbod (in samenspraak met gemeenten).
- In 2024 is een plan van aanpak gemaakt hoe er meer samenhang kan zijn, binnen het bestaande leefstijlaanbod en welk/hoe aanvullend aanbod moet worden georganiseerd (in samenspraak met gemeenten).
- In 2024 is bepaald of en welke dingen op het gebied van geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie voor alle inwoners met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en) georganiseerd dienen te worden.
- In 2024 voorstel plan monitoring & evaluatie.

Uitgewerkt volgens plan van aanpak en gemaakte vervolgstappen & afspraken.

Aanpak

Bij aanvang focus op de volgende chronische aandoeningen; oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten en artrose, deze krijgen elk een losstaand projectplan. Deze aandoeningen worden langs de drie actielijnen van het thema chronische aandoeningen georganiseerd. In 2024 wordt de onderzoeksfase doorlopen en wordt er gestreefd naar het realiseren van een plan van aanpak. Hierin is de werkwijze uitgewerkt om te komen tot een geborgd leefstijlaanbod, met daaronder een doelgroep specifiek beweegaanbod.

Ten tweede wordt onderzoek gedaan naar wat er nodig is op geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie voor inwoners met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en).

In een volgende fase kan dit uitgebreid worden met nieuwe transformaties.

Organisatie & vervolg

Planning

2024 in werkgroepen wordt per chronische aandoening (m.u.v. oncologische aandoeningen, deze is reeds afgerond) onderzoek gedaan wat er op dit gebied nodig is. Op basis van de uitkomsten wordt dit verder vormgegeven.

Beoogde samenwerking

Beweegcoaches, welzijnspartijen (gemeente Eemland), paramedici (PZE), Huisartsen Eemland, Meander MC, apothekers, VVT en/of wijkverpleging.

Vervolgstappen & gemaakte afspraken:

Oncologische aandoeningen: reeds gestart, projectplan kan langs deze actielijnen worden gelegd. Aanvullende middelen dienen aangevraagd te worden binnen de transformatie opgave. Invullen werkgroepen.

Hart- en vaatziekten: Er is commitment op plan van aanpak en concept indeling werkgroepen. Vervolg: 1) Bestuurlijk commitment, 2) Transformatie opgave invullen en middelen aanvragen. Parallel daaraan: Inrichting projectorganisatie & starten met de onderzoeksfase.

Artrose: Er is commitment op plan van aanpak en concept indeling werkgroepen. Vervolg: 1) Bestuurlijk commitment, 2) Transformatie opgave invullen en middelen aanvragen. Parallel daaraan: Inrichting projectorganisatie & starten met de onderzoeksfase.

Randvoorwaarden

- DNP/ICT/digitale zorg: infrastructuur zodat de inwoners (en professionals) het (digitale) zorg- & ondersteunings-, en leefstijl aanbod in de wijk/plaats/regio kan vinden (te denken aan: sociale kaart).
- Preventie-infrastructuur conform: deze actielijn maakt gebruik van de preventie-infrastructuur die wordt opgebouwd, beschreven in dia 4, thema preventie. Vanuit de actielijn zal de inhoud worden uitgewerkt, de infrastructuur is als randvoorwaarde nodig om het invulling, bekendheid te geven en geborgd te worden in de praktijk. Tevens dient een nauwe aansluiting met de primaire preventie gezocht te worden, even evt. aan te sluiten bij reeds bestaande aanbod (aanbod en rol van de gemeenten).

Overig:

- Zelfde taal spreken t.a.v. begrippen
- Aandacht voor alle aanpalende ontwikkelingen, zoals versterking eerste lijn, SPUK (aandacht voor dubbel financiering).
- Er is een datastructuur aanwezig om transformatiedoelstellingen adequaat te evalueren en bij te sturen waar nodig voor project- en programmateam.
- Proactieve ZorgPlanning (PZP/ACP) geïmplementeerd in de hele regio.



3b Stimuleren van zelfmanagement en veerkracht

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Inwoners in Eemland met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en)

Doelstelling: De inwoners in regio Eemland met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en) zijn inwoners die grip weten te houden op hun aandoening(en), doordat zij handvaten hebben gekregen om vanuit zelfredzaamheid en veerkracht hiermee om te gaan (in samenspraak met gemeenten).

Proces KPI's:

- In 2024 is een plan van aanpak hoe er binnen de projecten oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten en artrose, gewerkt gaat worden aan uniforme patiënten informatie binnen en over de zorglijnen heen.
- In 2024 zijn eerste stappen gezet naar het toegankelijk maken van de vindbaarheid van de zorg en ondersteuning voor inwoners met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en), specifiek oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten en artrose (in samenspraak met gemeenten).
- In 2024 is in beeld gebracht wat inwoners nodig hebben om regie te (blijven) voeren wanneer er sprake is van een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en) en hier zijn afspraken over gemaakt met de gemeente (in samenspraak met gemeenten).
- In 2024 voorstel plan monitoring & evaluatie.

Uitgewerkt volgens plan van aanpak en gemaakte vervolgstappen & afspraken.

N.B. Thema kwetsbare ouderen zet tevens in op stimuleren van zelfredzaamheid. Er zal afstemming worden gezocht hoe dit thema verder wordt uitgewerkt op inhoud en organisatie.

Aanpak

Bij aanvang focus op de volgende chronische aandoeningen; oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten en artrose, deze krijgen elk een losstaand projectplan. Deze aandoeningen worden langs de drie actielijnen van het thema chronische aandoeningen georganiseerd. Voor deze drie aandoeningen wordt op projectniveau gewerkt aan het ontwikkelen van uniforme informatie voorziening voor deze inwoners. Het streven is dat eerste stappen binnen een of meerdere projecten zijn gezet in het invoeren van uniforme patiënten informatievoorziening.

In een volgende fase kan dit uitgebreid worden met nieuwe transformaties.

Organisatie & vervolg

Planning

2024 in werkgroepen wordt per chronische aandoening onderzoek gedaan wat er op dit gebied nodig is. Op basis van de uitkomsten werksessie SSE wordt dit verder vormgegeven.

Beoogde samenwerking

Beweegcoaches, welzijnspartijen (gemeenten Eemland), paramedici (PZE), Huisartsen Eemland, Meander MC, apothekers, VVT en/of wijkverpleging.

Vervolgstappen & gemaakte afspraken:

Oncologische aandoeningen: reeds gestart, projectplan kan langs deze actielijnen worden gelegd. Aanvullende middelen dienen aangevraagd te worden binnen de transformatie opgave. Invullen werkgroepen.

Hart- en vaatziekten: Er is commitment op plan van aanpak en concept indeling werkgroepen. Vervolg: 1) Bestuurlijk commitment, 2) Transformatie opgave invullen en middelen aanvragen. Parallel daaraan: Inrichting projectorganisatie & starten met de onderzoeksfase.

Artrose: Er is commitment op plan van aanpak en concept indeling werkgroepen. Vervolg: 1) Bestuurlijk commitment, 2) Transformatie opgave invullen en middelen aanvragen. Parallel daaraan: Inrichting projectorganisatie & starten met de onderzoeksfase.

Randvoorwaarden & raakvlakken

DNP/ICT/digitale zorg: infrastructuur zodat de inwoners (en professionals) het (digitale) zorg- & ondersteunings-, en leefstijl aanbod in de wijk/plaats/regio kan vinden (te denken aan: sociale kaart).

Overig:

- Zelfde taal spreken t.a.v. begrippen
- Aandacht voor alle aanpalende ontwikkelingen, zoals versterking eerste lijn, SPUK (aandacht voor dubbele financiering)..
- Er is een datastructuur aanwezig om transformatiedoelstellingen adequaat te evalueren en bij te sturen waar nodig voor project- en programmateam.
- Proactieve ZorgPlanning (PZP/ACP) geïmplementeerd in de hele regio.



3c

Anders & samen organiseren van zorg en ondersteuning

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Inwoners in Eemland met een (verhoogd risico op) chronische aandoening(en)

Doelstelling: In de regio Eemland hebben we de zorg zo met elkaar ingericht dat er vanuit netwerkzorg, over en binnen de zorglijnen heen, goed met elkaar wordt samengewerkt, dicht bij de inwoner waar dat kan.

Subdoelen:

- In 2024 zijn er samenwerkingsafspraken opgesteld voor de oncologische aandoeningen.
- In 2024 zijn voor hart- en vaatziekten en artrose de 1 of 2 meest impactvolle initiatieven en/of beste facetten van de initiatieven (best of breed/mix) uitgekozen.
- Voor artrose is een start gemaakt aan de uitvoering van het plan van aanpak.
- In 2024 plan van aanpak monitoring & evaluatie.

Uitgewerkt volgens plan van aanpak en gemaakte vervolgstappen & afspraken.

Aanpak

Binnen deze actielijn gaan we met elkaar werken aan het voorkomen van het verstopping van de zorgketen, door de juiste zorg & ondersteuning op de juiste plek te leveren, met goede samenwerking en communicatie tussen alle (zorg)professionals.

Gestart wordt met de aandoeningen oncologische aandoeningen, hart- en vaatziekten en artrose.

In de eerste fase worden best practises onderzocht die bijdragen aan de doelstelling. Ze worden onderzocht op toepasbaarheid, evidence (resultaten/impact) en haalbaarheid). Onderdelen waar naar wordt gekeken zijn:

- Herordenen zorgketen (stepped care)
- Inzet digitale zorg (over de lijnen heen)
- Samenwerkingsafspraken

Op basis van in beeld gebrachte onderwerpen wordt de 1 of 2 meest impactvolle initiatieven en/of beste facetten van de initiatieven (best of breed/mix) uitgekozen en uitgerold in de regio.

In een volgende fase kan dit uitgebreid worden met nieuwe transformaties zoals inzet op groot gebruikers van zorg.

Organisatie & vervolg

Planning

2024 in werkgroepen wordt per chronische aandoening onderzoek gedaan wat er op dit gebied nodig is. Op basis van de uitkomsten wordt dit verder vormgegeven.

Beoogde samenwerking

Bewegcoaches, welzijnspartijen (gemeenten Eemland), paramedici (PZE), Huisartsen Eemland, Meander MC, apothekers, VVT en/of wijkverpleging

Vervolgstappen & gemaakte afspraken:

Oncologische aandoeningen: reeds gestart, projectplan kan langs deze actielijnen worden gelegd. Aanvullende middelen dienen aangevraagd te worden binnen de transformatie opgave. Invullen werkgroepen.

Hart- en vaatziekten: Er is commitment op plan van aanpak en concept indeling werkgroepen. Vervolg: 1) Bestuurlijk commitment, 2) Transformatie opgave invullen en middelen aanvragen. Parallel daaraan: Inrichting projectorganisatie & starten met de onderzoeksfase.

Artrose: Er is commitment op plan van aanpak en concept indeling werkgroepen. Vervolg: 1) Bestuurlijk commitment, 2) Transformatie opgave invullen en middelen aanvragen. Parallel daaraan: Inrichting projectorganisatie & starten met de onderzoeksfase.

Randvoorwaarden & raakvlakken

DNP/ICT/digitale zorg: oplossingen voor patiëntgegevensuitwisseling, procesoptimalisatie (bv. verwijsstromen over zorglijnen, nulde lijn), eenduidige digitale zorg over de zorglijnen heen en verbeterde vindbaarheid & bekendheid van de RTA's, inzicht in het zorgaanbod voor inwoners en professionals.

Overig:

- Uitwerken regiebehandeling
- Zelfde taal spreken t.a.v. begrippen
- Visie op Zelfstandig Behandelen Centra (ZBC's) (niveau SSE vs projectniveau)
- Aandacht voor alle aanpalende ontwikkelingen, zoals versterking eerste lijn.
- Er is een datastructuur aanwezig om transformatiedoelstellingen adequaat te evalueren en bij te sturen waar nodig voor project- en programmateam.
- Proactieve ZorgPlanning (PZP/ACP) geïmplementeerd in de hele regio.

4 Spoedzorg (in afstemming met Regioplan Acute Zorg)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Bewoners van de regio Eemland met een acute zorgbehoefte; in eerste instantie worden vanuit Spoedplein Eemland samenwerkingsafspraken gemaakt rondom de zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met verward gedrag en mensen met suïcidale neigingen.

Doelstelling: Acute zorg samen met de betrokken domeinen in regio Eemland efficiënt en effectief organiseren voor mensen met een acute zorg behoefte.

Aanpak

Om de drie benoemde ambities: voorkomen acute zorg; **ondersteunen bij zelfredzaamheid; adequate triage en schaarse capaciteiten centraal inzichtelijk maken en coördineren en multidisciplinaire samenwerking in de acute zorg** te realiseren richten we ons in regio Eemland in eerste instantie op het verder ontwikkelen van het Spoedplein Eemland met VVT, ggz, huisartsen en ziekenhuis. Belangrijke elementen in de ontwikkeling zijn:

- Samenwerkingsafspraken om in-, door- en uitstroom zo soepel mogelijk te laten verlopen op de juiste plek
- Rond instroom is het voorkomen van (onnodige) acute zorg cruciaal. Dit vraagt samenwerking rond het SSE thema's preventie, psychische kwetsbaarheid en kwetsbare ouderen en cruciale ggz. Een grote groep hierin betreft kwetsbare ouderen die vallen.
- Inzicht creëren in (capaciteits)gegevens om de zorgcoördinatie rond in-, door- en uitstroom zo goed mogelijk vorm te geven. Cruciaal voor het succes is digitale ondersteuning voor het uitwisselen van gegevens en beschikbaar stellen van informatie is. Samenwerking met DNP én aansluiten op een infrastructuur binnen NAZMN is daarin randvoorwaardelijk .
- Bij de start ligt de focus op belangrijke doelgroepen kwetsbare ouderen, mensen met verward gedrag en mensen met suïcide neigingen. Vervolgens groeiemodel naar andere doelgroepen en hoofdprocessen.
- Betrokken partijen blijven in de kern VVT, ggz, huisartsen en ziekenhuis. Deze worden waar nodig aangevuld met relevante andere partijen zoals RAV, ZCC-MNL, tandheelkunde, dienstapotheek en sociaal domein. We blijven in Eemland ook ontwikkelen in verbinding en samenspraak met de ROAZ.
- Aandacht voor communicatie rond zelf-/samenredzaamheid en acute zorg naar inwoners en zorgverleners; regio specifiek in aanvulling op de communicatie die landelijk en regionaal op dit thema wordt gedaan.

Organisatie & vervolg

2023

Probleemdefinitie en start planvorming Spoedplein Eemland

2024

- Vervolg planvorming en realiseren Spoedplein Eemland met eerste resultaten in de vorm van samenwerkingsafspraken en patiëntprotocollen voor de drie focusgroepen.
- In eerste instantie richt dit zich op concrete samenwerkingsafspraken tussen SEH, HAP en ggz en VVT-organisaties in de regio Eemland waarbij we in samenspraak met de ROAZ de onderlinge ontwikkelingen (o.a. op zorgcoördinatie) gezamenlijk vormgeven
- Evaluatie stand van zaken en herbeoordeling prioriteiten om acute zorg toegankelijk te houden, leidend tot een volgende tranche waarin aandachtspunten en knelpunten zijn gedefinieerd

2025

Planvorming en realisatie tweede tranche aandachtspunten en doorontwikkeling Spoedplein Eemland.

5a Preventie infrastructuur (1/2)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep:

- Alle betrokkenen en professionals die zich inzetten of werkzaam zijn binnen Eemland; nulde-, eerste-, tweede-, derdelijnszorg
- Alle inwoners van Eemland

Doelstelling:

- Structurele samenwerking ten behoeve van het realiseren van gezondheidsdoelen op het gebied van preventie (zelfzorg, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie) in de regio Eemland
 - samenwerking over alle domeinen heen (los van ketens), verschuiving van ondersteuning en zorg richting 'voorkant'
- Het werken in de preventie infrastructuur draagt bij aan het versterken van preventie, waardoor:
 - Een gezonde generatie in 2040, bescherming/preventie en bevordering van gezondheid
 - Meer inwoners ervaren positieve gezondheid: veerkracht en omgaan met het leven
 - Van focus op ziekte en zorg naar focus op gezondheid en gedrag
 - Beter beheersen van zorgkosten
 - Slimmer inzetten capaciteit

Aanpak

1. De preventie infrastructuur wordt gevormd door samenwerking en bijpassende afspraken binnen een netwerk dat op verschillende niveaus is ingericht:
 - a) Regionaal niveau
 - b) Gemeentelijk niveau
 - c) Wijk/ buurt niveau
 Dit netwerk wordt gevormd door professionals/organisaties vanuit het sociaal en medisch domein die vertegenwoordigd zijn in nulde-, eerste-, tweede-, derdelijnszorg, en draagt bij aan de beweging naar de voorkant en om als inwoner eigen regie te nemen daar waar mogelijk. Binnen de infrastructuur staat samenwerking over de domeinen heen, rondom de vraag van een inwoner, centraal. Hiermee wordt beoogd om de focus te verleggen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.
2. Er wordt een regionaal dekkend ketenaanbod ingericht (op termijn onderdeel van een landelijk dekkend aanbod) op het gebied van preventie: "Er is sprake van toegankelijkheid van het ketenaanbod als risico's vroegtijdig worden gesignaleerd en inwoners op tijd een passend (domein overstijgend) aanbod krijgen. Als er sprake is van een zorgbehoefte wordt de inwoner op de juiste plek binnen de keten geholpen (zo nodig wordt naar de juiste professional doorverwezen) en krijgt hij een adequaat (domein overstijgend) (zorg)aanbod waar direct of binnen redelijke termijn gebruik van kan worden gemaakt" (GALA pagina 33).
3. Preventie is een thema dat ook speelt in de andere thema's binnen SSE. Per thema wordt aandacht besteed aan een goede aansluiting en afstemming waarbij de verbinding binnen de preventie infrastructuur wordt belegd en georganiseerd.

Naast bovenstaande drie onderdelen van de aanpak, wordt er:

- ingezet op domein overstijgende samenwerking en aansluiting tussen informele zorg, het medische en sociale domein. Deze samenwerking binnen de netwerkstructuur is gericht op de beweging naar de voorkant: interventies vinden zo veel mogelijk buiten de zorg plaats of zo laagdrempelig mogelijk binnen de zorg (eerstelijnszorg waar het kan, tweede- en derdelijnszorg waar het moet). Hierbij is aandacht voor specifieke thema's en doelgroepen zoals psychische kwetsbaarheid bij jongeren van 0-24 jaar.
- gewerkt op basis van de volgende leidende principes: regie bij de inwoner, positieve gezondheid, gezondheid gedurende het gehele leven, passende zorg en tijdig signaleren, integrale aanpak en intensieve samenwerking, dichtbij en zo collectief mogelijk, kanselijkheid en inclusief.



5a Preventie infrastructuur (2/2)

Organisatie & vervolg

2024

- De coalitie preventie wordt ingericht met personen uit de volgende sector/organisatie: huisartsen, welzijn, sport & bewegen, ggz, GGD, paramedici, ziekenhuis, gemeenten. Ook de VVT, apothekers, het onderwijs en eventuele andere relevante partners worden op een passende manier betrokken bij de coalitie. De coalitie preventie:
 - werkt de preventie infrastructuur op verschillende niveaus verder uit
 - Inventariseert wat bestaande relaties en samenwerkingsverbanden zijn en waar eventuele witte vlekken bestaan
 - draagt, samen met betrokkenen, zorg voor aansluiting van andere thema's zoals psychische kwetsbaarheid, chronische aandoeningen en kwetsbare ouderen op de preventie infrastructuur
 - het verbinden van bestaand digitaal preventief (zelf-)hulp aanbod
 - zorgt op regionaal niveau voor betrokkenheid en afstemming met VVT, apothekers, zorgverzekeraar en voor betrokkenheid van andere spelers in de omgeving op gemeentelijk en/of wijk/buurt niveau
- Mogelijkheden om de preventie infrastructuur goed te organiseren worden onderzocht. Zo wordt nader uitgezocht hoe samenwerking in het netwerk en de bereikbaarheid en toegankelijkheid van ondersteuning en zorg kunnen worden bevorderd binnen de preventie infrastructuur.
- De acht regiogemeenten en Zilveren Kruis maken uiterlijk 1 januari 2025 niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken over gezondheidsbevordering van de populatie als geheel en specifiek voor risicogroepen (preventie infrastructuur).
 - Aansluitend op de regionale preventie infrastructuur richten partijen en regionale netwerkstructuur in waarin professionals zorg- en welzijnsprofessionals in de nulde, eerste, tweede en derde lijn samenwerken.
 - Zilveren Kruis en de acht regiogemeenten richten met ingang van 1 januari 2024 in ieder geval de volgende ketenaanpakken in: Kansrijke start, valpreventie bij ouderen, aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen, de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen en welzijn op recept. Zie voor een verdere uitwerking de volgende slides/specifieke informatie per ketenaanpak

2025 – 2026

- Doorontwikkeling en borging bovenstaande afspraken ten behoeve van integrale samenwerking tussen nulde-, eerste- en tweedelijnszorg

Samenwerkingspartners en professionals:

- Gemeenten, zorgverzekeraar, informele zorgpartijen, partners in het sociaal domein, in sport en bewegen en zorg domein

Randvoorwaarden en raakvlakken

- Aandacht voor preventie in alle beleidsterreinen (*health in all policies*)
- Bestaanszekerheid
- Versterken van (en verbinden met) sociale basis (incl. gemeenschapsvorming en sociale samenhang via ontmoetingscentra)
- Bijdragen aan de GALA doelen op het gebied van preventie
- Ondersteunende data infrastructuur voor gegevensuitwisseling tussen betrokken professionals uit de eerste, tweede en derde lijn.
- Versterking eerste lijn
- Aandacht voor personele capaciteit in uitvoering programma
- Andere thema's binnen Samen Sterker Eemland

5b Kansrijke start (1/2)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: (aanstaande) gezinnen in een kwetsbare situatie, met specifieke aandacht voor gezondheidsverschillen

Doelstelling:

Inhoudelijk

- Meer kinderen een gezonde, veilige en kansrijke start geven:
 1. Meer (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie die goed voorbereid met hun zwangerschap starten.
 2. Minder ongeplande en onbedoelde zwangerschappen in gezinnen in een kwetsbare situatie voorkomen.
 3. Betere signalering van problemen (ook niet-medische) bij (aanstaande) kwetsbare gezinnen.
 4. Meer aanstaande ouders in een kwetsbare situatie krijgen eerder de juiste hulp.
 5. Meer ouders in een kwetsbare situatie zijn toegerust voor het ouderschap en de opvoeding.
 6. Minder baby's en jonge kinderen uit huis of onder toezicht worden geplaatst

Proces

- betere samenwerking tussen informele zorg, sociaal en medisch domein rondom en met het gezin
 - Leidt tot een kansrijkere start voor meer kinderen uit gezinnen in een kwetsbare situatie, minder druk op de zorg, lagere kosten

Aanpak

Het bieden van hulp aan kwetsbare gezinnen, de eerste 1000 dagen van een kind (-10 maanden tot 2 jaar)

- Voor de zwangerschap: kwetsbare ouders ondersteunen bij regie op kinderwens en gezond zwanger worden
 - O.a. Nu niet zwanger, preconceptionele zorg, vroeg signalering
 - Tijdens de zwangerschap: sneller ondersteuning bieden aan gezinnen in een kwetsbare situatie
 - O.a. Prenataal huisbezoek door JGZ, Centering Zwangerschap, POP poli ziekenhuis, multidisciplinair overleg
- Na de geboorte: eerder de juiste ondersteuning geven bij de opvoeding
- O.a. Stevig ouderschap, scholing over hechting, mamacafé en andere cafés, groepsgesprekken, digitaal platform

Bouwen en verankeren lokale coalities in elke gemeente binnen Eemland om ketenafspraken (inhoudelijk en samenwerking) tussen partners te realiseren. Coalitie bestaat uit gemeente, zorgaanbieders (huisartsen, verloskundigen, kraamzorg, volwassen ggz, gynaecologen), zorgverzekeraars, jeugdgezondheidszorg, wijkteams, lokale organisaties (zoals bibliotheek) en bij voorkeur ook een vertegenwoordiging vanuit inwoners. Gebruikmakend van (lokaal/regionaal) passende interventies uit de menukaart en de inzet van interventies gericht op professionals zoals 'Sociale kaart voor professionals' of de zorgpadentool van Pharos.

Regionale kansen (continu in ontwikkeling) worden nader verkend en mogelijk opgepakt:

- Overlappende ambities van lokale coalities worden regionaal verankerd
- Investeren in onderlinge relaties
- Afspraken over werkprocessen, interventies en zorgpaden
- (regionale) kennisuitwisseling
- Regionaal monitoring ontwikkelen en borging van monitoring op wijkniveau



5b Kansrijke start (2/2)

Organisatie & vervolg

- 2024**
- Opstellen/uitvoeren van een regionaal plan van aanpak door een regionale projectleider, samen met betrokken partners en lokale projectleiders. Onderdeel van het plan van aanpak is de vertaling van de doelstellingen in SMART-doelstellingen.
 - De betrokken partners vormen een regionale werkgroep
 - Elke gemeente richt een lokale ketenaanpak kansrijke start in, inclusief interventies, en maakt samenwerkingsafspraken met partners rondom de eerste duizend dagen van een kind
 - Lokale coalitie gestart in gemeente Soest, Amersfoort, Leusden, Bunschoten, Eemnes. Status van coalities verschillen (opstartend, gevorderd, geborgd)
 - Woudenberg en Baarn starten z.s.m. met de vorming van een coalitie, Nijkerk werkt voor Kansrijke Start samen in een andere regio
 - Samenwerkingspartners investeren in elkaar beter leren kennen en netwerkvorming
 - Verbinding leggen met andere ketenaanpakken zoals Kinderen met overgewicht en obesitas, Overgewicht en GLI volwassenen, WOR en met gerelateerde thema's als (voorkomen van) spoedzorg, inkomen/bestaanszekerheid (gesprek over eigen bijdrage), digitaal netwerk platform
 - Voldoen aan overige eisen/deadlines IZA en GALA zoals:
 - Fase 2 van het implementatietraject wordt uitgevoerd in de periode 2024 t/m uiterlijk 2025
 - De ketenaanpak dient te voldoen aan de 14 randvoorwaarden en criteria en de keten specifieke afspraken zoals opgenomen in het GALA

- 2025 - 2026**
- Vervolg implementatie
 - Doorontwikkeling en borging integrale samenwerking informele zorg, sociaal en medisch domein (onderdeel preventie-infrastructuur) en werken volgens lerend systeem
 - Borging en verankering

Samenwerkingspartners en professionals

- gemeenten, wijkteams, welzijnswerk, volwassen-ggz, geboorte- en jeugdgezondheidszorg en vertegenwoordiging vanuit inwoners.

Randvoorwaarden

- Ondersteunende data infrastructuur voor gegevensuitwisseling tussen betrokken professionals uit de eerste, tweede en derde lijn.



5c Valpreventie (1/2)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Alle thuiswonende ouderen vanaf 65 jaar

Doelstelling:

Inhoudelijk (voorstel!)

- Het verminderen van valletsel bij ouderen in de regio Eemland:
 - Toename aandeel ouderen dat wekelijks sport en voldoet aan de beweegnorm
 - Afname aandeel ziekenhuisopnamen na valongevallen
 - Toename ervaren gezondheid
 - Afname aandeel ouderen die afgelopen jaar is gevallen

→ Leidt tot minder persoonlijk leed, minder hoge kosten, minder druk op de zorg

Proces:

- Een betere verbinding en samenwerking tussen informele zorg, sociaal en medisch domein

Aanpak

- Implementatie ketenaanpak valpreventie in 7 (Eemnes uitgezonderd) deelgemeentes door lokale werkwijze te verstevigen, optimaliseren en waar nodig uit te breiden. Samenwerkingspartners zijn bekend met valpreventie. De samenwerking tussen de verschillende domeinen maakt de ketenaanpak effectief.
- Gemeenten richten zich op voorkomen van een verhoogd valrisico door informatievoorziening, stimulering sport- en bewegen en valpreventief beweegaanbod voor matig valrisico dat in elke wijk/buurt voor iedereen beschikbaar is. Binnen het sport- en beweegaanbod is aandacht voor balansoefeningen. Zorg heeft aanbod voor ouderen met een hoog valrisico. Professionals van alle domeinen zijn alert op het signaleren van valrisico. Gezorgd wordt voor een passende toeleiding naar valpreventief aanbod of regulier sport- en beweegaanbod, en een passende toeleiding van valpreventief aanbod naar regulier sport- en beweegaanbod.
- Verbinding zoeken met activiteiten op het gebied van universele preventie (zoals het voorkomen van vallen door omgevingsfactoren in huis als losliggende vloerkleden en gebrek aan vrije loopruimte) en hiermee het verminderen van valincidenten door te investeren in vitaal oud worden (bewustwording en gesprek over wat wel en niet verwacht mag worden van ondersteuning en zorg, brede investering in vitaliteit, bv d.m.v. sport en beweging). De nadruk ligt op vroegsignalering en op de beweging naar de voorkant waar de vraag van de inwoner centraal staat.
- Regionale kansen (continu in ontwikkeling):
 - Gezamenlijk proces en heldere rolverdeling valpreventie tussen gemeenten en zorg (beslisboom/stroomschema)
 - Investeren in onderlinge relaties en samenwerking tussen professionals van sociaal domein en zorg
 - Regionale afstemming over valpreventie-aanbod, de inkoop hiervan en hun vindbaarheid
 - Regionaal monitoring ontwikkelen en borging van monitoring op wijkniveau
 - Eenduidige informatie naar inwoners en professionals, ontwikkeling gezamenlijke communicatiemiddelen en nadenken over een positieve benaming voor valpreventie. In afstemming en/of samenhang met activiteiten op het gebied van 'informatievoorziening' die gemeenten invullen.
 - (Regionale) kennisuitwisseling

5c Valpreventie (2/2)

Organisatie & vervolg

2024:

- Opstellen/uitvoeren van een regionaal plan van aanpak door een regionale projectleider, samen met samenwerkingspartners die een regionale werkgroep vormen. Hierbij wordt ook de input van lokale projectleiders meegenomen. Onderdeel van het plan van aanpak is de vertaling van de doelstellingen in SMART-doelstellingen. Tevens wordt een gezamenlijk proces en heldere rolverdeling valpreventie tussen gemeenten en zorg (beslisboom/stroomschema) uitgewerkt.
- Lokaal is een werkgroep aanwezig waarin zowel zorg als sociaal domein actief deelnemen.
 - In Soest, Woudenberg, Amersfoort, Bunschoten en Nijkerk is een werkgroep valpreventie actief. In Baarn zijn veel initiatieven waarmee de ketenaanpak in grote lijnen staat en is een coördinerende rol op verbinding en uitvoering wenselijk. In Leusden moet de werkgroep nog worden opgestart.
 - Elke werkgroep is vaak vanuit zorg ingestoken. Sociaal domein is steeds beter betrokken, maar dit is in enkele werkgroepen een aandachtspunt voor de komende periode.
- In zowel regionale als lokale werkgroep zijn partijen als sport, huisarts, fysio/ergo, en gemeenten nadrukkelijk aanwezig. Belangrijk dat regionaal en lokaal verbreding wordt gezocht bij partijen als welzijn, diëtik, podotherapie, VVT, apotheken en ggz (middelengebruik: alcohol en medicatie).
- Op basis van de lokale situatie worden regionale kansen continu geïnventariseerd en opgepakt
- Verbinding leggen met andere ketenaanpakken zoals Overgewicht en GLI volwassenen, WOR en met gerelateerde thema's als eenzaamheid, psychische kwetsbaarheid/kwetsbare ouderen, spedzorg, chronische aandoeningen, dementie, een leven lang bewegen
- Voldoen aan overige eisen/deadlines IZA en GALA zoals:
 - Jaarlijks krijgt 14% ouderen een valrisico test
 - Jaarlijks neemt 3% ouderen deel aan een valpreventieve beweeginterventie
 - Fase 2 van het implementatietraject wordt uitgevoerd in de periode 2024 t/m uiterlijk 2025
 - De ketenaanpak dient te voldoen aan de 14 randvoorwaarden en criteria en de keten specifieke afspraken zoals opgenomen in het GALA

2025- 2026

- Vervolg implementatie
- Doorontwikkeling en borging integrale samenwerking zorg en sociaal domein (onderdeel preventie-infrastructuur) en werken volgens lerend systeem
- Borging en verankering

Samenwerkingspartners en professionals

- Sport & bewegen (buurtsportcoaches), welzijn, VVT, ziekenhuis, huisartsen, ggz, paramedici, apothekers, ouderenorganisatie

Randvoorwaarden

- Digitalisering: Ondersteunende data infrastructuur voor gegevensuitwisseling tussen betrokken professionals uit de eerste, tweede en derde lijn.
- Gemeente: investeren in universele preventie, waaronder sport en bewegen



5d Overgewicht en obesitas bij kinderen (1/2)

Doelgroep & doelstelling

- Doelgroep:**
- Alle kinderen van 0 tot 12 jaar (collectieve preventie), met speciale aandacht voor kinderen/ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden
 - Kinderen van 0 tot 12 jaar met overgewicht of obesitas, en hun gezinnen (kind naar gezonder gewicht)
 - Naast bovenstaande doelgroep wordt ook de doelgroep 12-18 jaar meegenomen in de aanpak
- Doelstelling:**
- Inhoudelijk
- Meer passende ondersteuning, begeleiding en toegankelijke zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas, in samenhang met
 - Een gezonde leefomgeving (fysiek, gezin, school, openbare ruimte) voor alle kinderen van 0-12 jaar binnen Eemland, met speciale aandacht voor kinderen uit gezinnen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Proces
- Betere samenwerking in een netwerk tussen sociaal en zorg domein (m.n. op lokaal domein) rondom kinderen met overgewicht/obesitas
Leidt tot minder kinderen met (ernstig) overgewicht en gerelateerde gezondheidsproblemen, minder druk op de zorg, lagere kosten
 - Centrale zorgverlener en Kinder-GLI kan worden ingezet door passende financiering en coördinatie.

Aanpak

- Verbinding gezonde omgeving en 'kind naar gezonder gewicht': samenwerking sociaal en zorg domein:
 - Voorwaarde is investeren in gezonde omgeving (voeding, beweging, slaap, ontspanning) voor alle kinderen; beweging naar de voorkant en inzet op gezonde schoolaanpak.
 - Bewustwording verhogen op het belang van het voorkomen van overgewicht bij kinderen (onderkant Pyramide).
 - Implementatie ketenaanpak Kind naar gezonder gewicht in acht deelgemeentes binnen Eemland door lokale aanpak te initiëren, te verstevigen, optimaliseren en indien nodig uit te breiden. Uitgangspunt bij de aanpak zijn werken met centrale zorgverlener en één gezin, één plan. Voorwaarde hierbij is dat iedere gemeente aanbod heeft op het gebied van schuldhulpverlening, opvoedondersteuning, sport- en beweegaanbod, activiteiten op het gebied van gezonde voeding en activiteiten op sociaal-emotionele ontwikkeling.
- De inzet van de centrale zorgverlener binnen de ketenaanpak kind naar gezonder gewicht is nieuw, onderdelen van de ketenaanpak zijn wel bekend/onderdeel van huidige zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas. Er wordt ingezet op het versterken van de samenhang van ondersteuning en/of zorg voor gezinnen waar sprake is van overgewicht/obesitas bij kinderen. Regionaal worden kaders vastgesteld en afstemming gerealiseerd voor financiering, coördinatie en implementatie van de centrale zorgverlener en de Kinder-GLI.
- Regionale kansen (continu in ontwikkeling) binnen Eemland:
 - Investeren in gezonde buurt/wijkaanpak met onderwijs: vanuit alle gemeentelijke domeinen is aandacht voor het gemakkelijk maken van gezond gedrag/gezonde leefomgeving (*health in all policies*)
 - Ontwikkelen menukaart met erkende/effectieve interventies op gezonde leefomgeving
 - Gezamenlijke communicatie over gezond gedrag, waaronder mobielgebruik kinderen en jongeren
 - Leren van elkaar, (regionale) kennisuitwisseling (ook lokaal)
 - Regionaal monitoring ontwikkelen en borging van monitoring op wijkniveau
 - Verkennen mogelijkheden inzet GLI en opstellen helder proces

5d Overgewicht en obesitas bij kinderen (2/2)

Organisatie & vervolg

2024: start implementatie ketenaanpak in deelgemeenten;

- Opstellen/uitvoeren van een regionaal plan van aanpak door een regionale projectleider, samen met betrokken partners en lokale projectleiders
 - Het SMART formuleren van de regionale doelstellingen (elke wijk/buurt formuleert eigen SMART doelen), draagvlak voor doelstelling/richting, elkaar leren kennen, verkennen huidige situatie lokaal, experimenteren en evalueren/monitoren, samenwerkingsafspraken maken, gezamenlijke richting en invulling vervolg implementatie
- Samenstellen regionale werkgroep op basis van de betrokken partners. Deze werkgroep draagt bij aan de regionale opgave.
- Zorgverkoop centrale zorgverlener en GLI is regionaal afgestemd.
- Regionaal opleiden centrale zorgverlener en zorgen dat deze voldoende beschikbaar is door GGD, kennisdeling centrale zorgverleners
- Vanuit gezamenlijkheid overgewicht bij kinderen voorkomen door voldoende collectieve gezondheidsbevorderingsactiviteiten te organiseren op het gebied van onderliggende problematiek, bijvoorbeeld d.m.v. een JOGG regisseur, beleidsmedewerker van de gemeente en de gezonde schooladviseur.
- Verbinding leggen met andere ketenaanpakken zoals kansrijke start, overgewicht en GLI volwassenen, WOR en gerelateerde thema's als eenzaamheid en gezonde leefomgeving
- Gezamenlijk leren en ontwikkeling lerend systeem
- Voldoen aan overige eisen/deadlines IZA en GALA o.a. rondom Kind naar gezonder gewicht, zoals:
 - Bij het proces tot het komen van samenwerkingsafspraken wordt in ieder geval de JGZ betrokken
 - Fase 2 van het implementatietraject wordt uitgevoerd in de periode 2024 t/m uiterlijk 2025
 - De ketenaanpak dient te voldoen aan de 14 randvoorwaarden en criteria en de keten specifieke afspraken zoals opgenomen in het GALA

2025 - 2026

- Vervolg implementatie
- Doorontwikkeling en borging integrale samenwerking informele zorg, sociaal en medisch domein (onderdeel preventie-infrastructuur) en werken volgens lerend systeem
- Borging en verankering

Samenwerkingspartners en professionals

- huisarts, diëtist, fysiotherapie (paramedici), kinderarts, jeugdarts, jeugdverpleegkundige/centrale zorgverlener, wijkteam, schuldhulpverlening, taalcoach, school, buurtsportcoaches, JOGG regisseur opvoedondersteuning, welzijn, verloskundige, gynaecoloog

Randvoorwaarden

- Data / uitwisseling
- (Verbinding met) collectieve preventie
- Voldoende en juiste capaciteit

5e Overgewicht en GLI bij volwassenen (1/2)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep

- Ketenaanpak: inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden
- GLI: inwoners van 18 jaar of ouder met een BMI 30+ / BMI 25+ in combinatie met een risicofactor* en/of co-morbiditeit**
- Volwassenen met voldoende motivatie om deel te nemen aan een twee jaar durend programma

Doelstelling:

Bijdragen aan de inhoudelijk doelen (Nationaal Preventie Akkoord):

- 38% van de Nederlanders heeft in 2040 overgewicht i.p.v. de verwachte 62% in 2040 (bedraagt nu 50%): binnen Eemland de groei van overgewicht afbuigen voor 2030.
- De Nederlandse bevolking eet en drinkt op een wijze die bijdraagt aan een gezond gewicht en een gezond voedingspatroon, met de Schijf van Vijf als criterium & 75% van de Nederlandse bevolking voldoet aan de Beweegrichtlijn in 2040: binnen Eemland meer aandacht voor voeding en beweging (bv. gezonde sportkantines).

Proces

- Meer verbinding en betere samenwerking tussen informele zorg, partijen uit sociaal en medisch domein die betrokken zijn rondom de opgave van overgewicht en obesitas (en de inzet van GLI) bij volwassenen
- Meer aandacht voor gezondheidsvaardigen en voorzieningen in alle domeinen(zorg, ruimtelijke ontwikkeling, huisvesting)

Aanpak

- Overgewicht en obesitas als gezondheidsprobleem vragen om een benadering die alle factoren in kaart brengt die overgewicht veroorzaken en in stand houden én die deze factoren in samenhang behandelt door middel van een integrale aanpak, oftewel ketenaanpak. Hierbij wordt speciale aandacht besteed aan gezondheidsvaardigheden.
- Iedere organisatie draagt zorg voor inzet op: het voorkomen van overgewicht en obesitas, vroeg signalering, de inrichting van een goede keten, een aanbod van interventies voor bovenstaande doelgroep die goed verbonden zijn met de lokale voorzieningen en nazorg.
- De ketenaanpak wordt binnen de deelgemeenten georganiseerd volgens het model van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). Binnen de ketenaanpak wordt integraal gekeken naar de aandoening en is aandacht voor persoonskenmerken, persoonlijke factoren (o.a. mentale gezondheid en sociaal economische situatie), factoren uit de directe omgeving (o.a. culturele gemeenschap en werkomgeving) en maatschappelijke context (o.a. economisch, sociaal cultureel). Er dient toegankelijk en voldoende sport- en beweegaanbod in iedere gemeente te zijn.
- Binnen Eemland worden, sinds vier jaar, de volgende GLI programma's ingezet: Cool en SLIMMER. Andere interventies zijn naar de diëtiste, beweegactiviteit, leefstijlcoaches of ander lokaal aanbod afhankelijk van wat bij een persoon past.
- Naast bovenstaande ook inzet op het voorkomen van overgewicht door beweegstimulering en samenwerking professionals sociaal en medisch domein.
 - Regionale kansen (continu in ontwikkeling) die meegenomen worden in de aanpak: kennisdeling, het verbeteren van de vindbaarheid, verbreden doelgroep die bereikt wordt, heldere (beschrijving van) verantwoordelijkheden per ketenpartner, integratie met WOR en meer aandacht voor verwijzing vanuit eerste- en tweedelijnszorg (SBI), Regionaal monitoring ontwikkelen en borging van monitoring op wijkniveau

* *Risicofactor: ernstig vergrote buikomvang (≥ 102 cm bij mannen en ≥ 88 cm bij vrouwen) of de aanwezigheid van andere risicofactoren voor Hart- en Vaatziekten (HVZ)*

** *Co-morbiditeit: DM2, cardiovasculaire aandoeningen, slaapapneu of artrose*



5e Overgewicht en GLI bij volwassenen (2/2)

Organisatie & vervolg

2024

- Samenstellen regionale werkgroep op basis van de betrokken partners. Deze werkgroep draagt bij aan de regionale opgave.
- Opstellen/uitvoeren van een regionaal plan van aanpak door een regionale projectleider, samen met betrokken partners, en met input van de lokale projectleiders. In plan van aanpak o.a. aandacht voor
 - Het formuleren van SMART doelstellingen
 - Communicatie en overzicht GLI verbeteren, uitval verminderen, aandacht bereiken kwetsbare groepen (LVB, laaggeletterden, migratie achtergrond), voldoende aanbod GLI beschikbaar hebben, financiering
 - Aansluiting van het gemeentelijke domein op de GLI programma's, elkaar kennen en samenwerken, structureel bewegen meer verankeren
 - Inrichting ketenaanpak in alle gemeentes binnen Eemland o.l.v. lokale projectleider:
 - Soest, Woudenberg, Amersfoort, Leusden, Bunschoten, Baarn, Nijkerk, Eemnes werken aan onderdelen van beweegaanbod en/of GLI, nog geen sprake van een ketenaanpak.
 - Verkennen of regionale afspraken wenselijk zijn. Denk bijvoorbeeld aan regionale kennisdeling of samenwerking met bovenlokale organisaties m.b.t. het ontwikkelen van de netwerkaanpak van overgewicht bij volwassenen ter voorkoming van obesitas.
- Verbinding leggen met andere ketenaanpakken zoals Overgewicht en obesitas bij kinderen, WOR, kansrijke start en met gerelateerde thema's als psychische kwetsbaarheid, gezonde leefomgeving (bv. Alcohol/schenkbeleid)
- Voldoen aan overige eisen/deadlines IZA en GALA zoals:
 - De ketenaanpak dient te voldoen aan de 14 randvoorwaarden en criteria en de keten specifieke afspraken zoals opgenomen in het GALA

2025 - 2026

- Vervolg implementatie
- Doorontwikkeling en borging integrale samenwerking informele zorg, sociaal en medisch domein (onderdeel preventie-infrastructuur) en werken volgens lerend systeem
- Borging en verankering

Samenwerkingspartners en professionals

- Overgewicht: sociaal en ruimtelijk domein, huisarts, paramedici, SBI en in mindere mate tweedelijnszorg
- GLI: leefstijlcoach, fysio/oefentherapeut, diëtist, huisarts, buurtsportcoach, POH GGZ, apotheek, SBI (o.a. welzijn en schuldhulpverlening), signalerende partijen

Randvoorwaarden

- Informatie uitwisseling tussen betrokken professionals
- Communicatie
- Uniforme werkafspraken, duidelijke verantwoordelijkheden
- Gezonde leefomgeving (bv supermarkten)

5f Welzijn op Recept (1/2)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep:

- Volwassenen 18+
- Jeugd 18- (vraagt ander netwerk en expertise)

Doelstelling:

Inhoudelijk

- Het vergroten van het welbevinden van inwoners (door deelname aan welzijnsinterventies), het verhogen van veerkracht en eigen regie.
- Verlagen zorggebruik in eerste lijn: bewustwording bij eerstelijnsprofessionals van een welzijnsaanbod om onterecht verwijzen naar medische- of psychologische zorg te voorkomen.
- Verlagen van zorgkosten (afremmen medicalisering).

Proces

- Betere samenwerking en verbinding tussen medische professionals en welzijnsprofessionals die inwoners kunnen begeleiden naar/in een breed welzijnsaanbod

Aanpak

- Inwoners worden (veelal) door de huisarts (of POH S of -GGZ) laagdrempelig verwezen richting het sociale domein, meestal naar een welzijnscoach. Brede signalering is hierbij van groot belang. Signalering en verheldering van een welzijnsvraag kan plaatsvinden door diverse professionals, hierbij kan gebruik gemaakt worden van het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Verwijzing vindt over het algemeen plaats met 'WOR-verwijsbriefje' op het bureau van de huisarts.
- Op basis van behoefte inwoner begeleidt de welzijnscoach de inwoner naar een laagdrempelig aanbod in de wijk. Iedere gemeente dient een breed 'welzijnsarrangement' (waaronder ook bewegen of cultuur kan vallen) beschikbaar te hebben voor deze doelgroep. De 'regie' op de uitvoering wordt georganiseerd bij welzijn/nuldelijn zodat huisartsen, POH etc. ontlast worden.
- Mogelijke interventies die bijdragen aan zingeving, welbevinden, veerkracht en eigen regie: (een combinatie van) sport & bewegen, ontmoeting, vrijwilligerswerk tot hulp bij financiële problemen, ontwikkeling sociale vaardigheden tot maatjstraject waarin inwoners aan elkaar gekoppeld worden. Er is laagdrempelig toegang tot aanbod waar inwoners gebruik van kunnen maken, ook zonder tussenkomst van een professional (mooi voorbeeld zijn de informatiewinkels in Amersfoort).
- Regionale kansen (continu in ontwikkeling) binnen Eemland:
 - Benadering voor jongvolwassenen (18-)
 - Leren van elkaar, (regionale) kennisuitwisseling
 - (professionele) betrokkenen binnen de ketenaanpak kennen elkaar, er is sprake van korte lijnen tussen betrokkenen en follow-up/terugkoppeling is vast onderdeel van de werkwijze (verankerd in de manier van organiseren)
 - Verbreding van de samenwerkingspartners
 - Regionaal monitoring ontwikkelen en borging van monitoring op wijkniveau
 - Welzijnstafel als aanspreekbare partner in de regio, dekkend en toegankelijk (regionaal) aanbod
 - Aansluiten bij bestaande initiatieven zoals Herstelnetwerk

5f Welzijn op Recept (2/2)

Organisatie & vervolg

2024

- Samenstellen regionale werkgroep op basis van de betrokken partners. Deze werkgroep draagt bij aan de regionale opgave.
- Opstellen/uitvoeren van een regionaal plan van aanpak door een regionale projectleider, samen met betrokken partners, en input vanuit lokale projectleiders. In het plan van aanpak o.a. aandacht voor:
 - Het formuleren van SMART doelstellingen
 - Communicatie naar samenwerkingspartners over WOR
 - Investering in relatie samenwerkingspartners (elkaar kennen en vinden)
 - De manier waarop signalering van welzijnsvragen kan plaatsvinden en hoe en wie deze vraag breed verkent en verheldert
 - Verkenning mogelijke aanhaking tweede lijn/specialistische zorg
 - Inrichting ketenaanpak in alle gemeentes binnen Eemland o.l.v. lokale projectleider:
 - Leusden, Soest, Woudenberg, Amersfoort, Bunschoten, Nijkerk hebben een werkende aanpak staan. Financiering en verbreding werkwijze/betrokken partijen vragen aandacht. Focus op optimaliseren en borgen.
 - Baarn en Eemnes zijn aangesloten bij de huisartsenvereniging Gooi- en Vechtstreek voor WOR.
 - Inrichting van lerend systeem en evaluatie/monitoring op basis van cijfers op wijk/buurtniveau
 - Regionale afspraken over onder andere kennisdeling, financiering (gemeente/zorgverzekeraar)
- Verbinding leggen met andere ketenaanpakken zoals Overgewicht en GLI volwassenen, Valpreventie en met gerelateerde thema's als kwetsbare ouderen, psychische kwetsbaarheid en leefstijl
- Voldoen aan overige eisen/deadlines IZA en GALA zoals:
 - De ketenaanpak dient te voldoen aan de 14 randvoorwaarden en criteria en de keten specifieke afspraken zoals opgenomen in het GALA

2025 - 2026

- Vervolg implementatie
- Doorontwikkeling en borging integrale samenwerking informele zorg, sociaal en medisch domein (onderdeel preventie-infrastructuur) en werken volgens lerend systeem
- Borging en verankering

Samenwerkingspartners en professionals

- Huisarts/POH GGZ, organisatie die eerste lijn regionaal aanstuurt, welzijnswerk of maatschappelijk werk, paramedici, ggz, apothekers, aanbieders voorzieningen in 0-de lijn, wijkteam, leefstijlcoach, ontmoetingsplekken/inloophuizen, GGD, onderwijs

Randvoorwaarden

- Verwijzing via digitale systeem zou helpend zijn
- Andere zorgverleners laten aanhaken op zorgdomein (o.a. in verband met follow-up)
- Brede signalering inrichten
- Borgen van kennis & leren van elkaar
- Zorgverleners betrokken houden



6a Solide basis digitalisering regio Eemland (advies, sturing, uitvoering)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Thema's, actielijnen en bijbehorende projecten van SSE

Doelstelling: Het creëren van een solide, passende en duurzame basis voor de gewenste digitalisering vanuit thema's, actielijnen en bijbehorende projecten in de regio Eemland.

Aanpak

- Gefaseerd groeien naar het juiste niveau waarbij thema's en actielijnen lokaal goed ondersteund worden en er tevens een duurzame digitale basis ontstaat in lijn met regionale en landelijke ontwikkelingen:
 - DNP geeft advies en sturing op digitalisering (fase 1) en daarna mogelijk ook;
 - implementatiepartner (fase 2) en daarna mogelijk ook;
 - uitvoerder (fase 3) .
- DNP groeit in fase 1 naar een 'lokale adviescommissie digitalisering' met advies en sturing op de digitaliseringscomponent van projecten uit de thema's en actielijnen. Hierbij:
 - Wordt het projectportfoliomanagement gedeeltelijk met tactisch en operationeel niveau. Bestuurlijk niveau is eindverantwoordelijk als stuurgroep.
 - Geeft DNP advies en sturing m.b.t. digitalisering aan projecten (op basis van intakes);
 - Zorgt DNP voor afstemming en samenwerking met regionale organisaties (RSO's) en landelijke initiatieven. Specifiek: deze aanpak wordt afgestemd met en/of gebaseerd op regio Midden Nederland – H9 Governance van deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling. De overige thema's en actielijnen zorgen voor uitvoering van de (digitale) projecten.
 - Wordt de rol van een tijdelijke, onafhankelijke 'kwartiermaker' gevraagd die DNP coördineert voor het uitbreiden en bestendigen van de rollen / structuur op bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau.
- Afhankelijk van lokale behoefte en mogelijkheden i.c.m. regionale en landelijke context groeit DNP door in fase 2 en verder door in fase 3.

Organisatie & vervolg

2024 – fase 1

- Afstemmen en formaliseren afspraken / rol van DNP binnen structuur SSE
 - Voorwaarden: overeenstemming over voorgestelde rol van DNP binnen SSE en daaruit volgende samenwerking op bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau. Specifiek: verantwoordelijkheid en uitvoering projectportfoliomanagement en penvoerderschap.
- Inventarisatie behoeften digitalisering van alle thema's en projecten t.a.v. regioplan / transformatie met betrokkenen van thema's en actielijnen.
 - Voorwaarde: helder overzicht van ambities en projecten op basis waarvan themacoördinatoren en/of projectleiders kunnen worden uitgenodigd voor inventarisatie. Daarnaast capaciteit / beschikbaarheid binnen DNP om inventarisatie te doen.
- Start en uitvoering advies en sturing digitaliseringsagenda regio Eemland met bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau. O.a. op basis van afstemming / samenwerking met bovenregionale / landelijke organisaties (o.a. Rijksoverheid, RSO Nederland, VZVZ, ZN, RSO TRIJN, RSO Siga, Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland, etc.) zie ook H1, H2, H3, H4 en H5 van *Regioplan Midden Nederland deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
 - Voorwaarde: voldoende beschikbaarheid van mensen en kennis binnen DNP en/of contacten om de behoeften/eisen te vertalen in de juiste oplossing, dus duurzaam, passend in de (sub)regionaal/landelijke context

2025 – fase 2

- Herijking positie en behoefte met bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau: mogelijk verdere professionalisering / uitbreiding van taken van DNP richting '*lokale implementatiepartner*' als projectportfoliomanager en verantwoordelijkheid voor uitvoering van de (digitale) projecten.
 - Voorwaarden: Duidelijke noodzaak/voldoende draagvlak om verder te groeien op basis van behoefte en ervaring vanuit fase 1. Juiste middelen om te groeien: geld en beschikbaarheid van mensen

2026 – fase 3

- Herijking positie en behoefte: mogelijk verdere professionalisering / uitbreiding van taken van DNP richting 'penvoerderschap' als contractpartner en beheerder van digitalisering
 - Voorwaarden: Duidelijke noodzaak/voldoende draagvlak om verder te groeien op basis van behoefte en ervaring vanuit fase 2. Juiste middelen om te groeien: geld en beschikbaarheid van mensen

6b Één gegevensplatform (digitaal beschikbaar, eenduidig, gestandaardiseerd)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: In aansluiting op *Regioplan Midden Nederland deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling* is er geen onderscheid in verschillende doelgroepen. Digitalisering moet ondersteunend zijn voor alle (IZA-)doelgroepen en sectoren.

Doelstelling: Om te kunnen transformeren is het belangrijk eerst de basis op orde te hebben. Doelstelling is de implementatie van standaarden en inzet van gemeenschappelijke voorzieningen voor generieke functies zodat informatie beschikbaar, deelbaar en uitwisselbaar wordt.

Aanpak

1. Lokaal inventariseren belangrijke wensen van thema's en actielijnen
2. Afstemmen met regio Midden Nederland en in de regel indien passend baseren op die aanpak/uitgangspunten. Keuze maken om samen uit te voeren, over te nemen of zelf uit te voeren – op basis van uitgangspunten in H6.2 Basis op orde en H7 Doelarchitectuur van *Regioplan deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
3. Afstemmen voorgestelde aanpak met thema's en actielijnen van regio Eemland; Afhankelijk van regionale kenmerken (o.a. lokale behoefte, capaciteit, geld) kan een afwijkende kunnen afwijkende prioriteiten worden gesteld binnen de op te pakken ambitie.

Organisatie & vervolg

2024

- Afstemmen met regio Midden Nederland / de lijn volgen van H6.2 Basis op orde en H7 Doelarchitectuur van *Regioplan deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
- Inventariseren op ambities van thema's, RTA's en actielijnen en middelen regio Eemland
- Afstemmen en prioriteren (portfolio SSE)
- Voorwaarde: voor aanpak hiervan moet ambitie 6a "basisstructuur digitalisering regio Eemland (advies en sturing)" gerealiseerd zijn

2025

- Herijking / opnieuw afstemmen

2026

- Afhankelijk van herijking

6c

Één marktplaats (communicatie, samenwerkingsafspraken, integratie dossiers, digitale zorg)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: In aansluiting op *Regioplan Midden Nederland deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling* is er geen onderscheid in verschillende doelgroepen. Digitalisering moet ondersteunend zijn voor alle (IZA-)doelgroepen en sectoren.

Doelstelling: Netwerkgorg en transformatie naar digitale zorg op afstand faciliteren. Een samenwerkingsplatform waar professionals en inwoners elkaar vinden. De belangrijkste aspecten zijn communiceren, samenwerkingsafspraken, dossierinformatie delen, beschikbaarheid/capaciteit inzien en digitale zorg faciliteren.

Aanpak

1. Lokaal inventariseren belangrijke wensen van thema's en actielijnen
2. Afstemmen met regio Midden Nederland en in de regel indien passend baseren op die aanpak/uitgangspunten. Keuze maken om samen uit te voeren, over te nemen of zelf uit te voeren – op basis van uitgangspunten in H6.1 Netwerkgorg en H6.3 Regionale applicatie van *Regioplan deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
3. Afstemmen met / op thema-ambities en middelen van regio Eemland; Afhankelijk van regionale kenmerken (o.a. lokale behoefte, capaciteit, geld) kunnen afwijkende prioriteiten worden gesteld binnen de op te pakken ambitie.

Organisatie & vervolg

2024

- Afstemmen met regio Midden Nederland / de lijn volgen van H6.1 Netwerkgorg en H6.3 Regionale applicatie van bijlage 4 *Fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
- Inventariseren op ambities van thema's, RTA's en actielijnen en middelen regio Eemland
- Afstemmen en prioriteren (portfolio SSE)
- Voorwaarde: voor gegevensuitwisseling moet de basis van ambitie 6b "één gegevensplatform" gerealiseerd zijn

2025

- Herijking / opnieuw afstemmen

2026

- Afhankelijk van herijking



6d

Één gezondheidsanalyseplatform (zorgcoördinatie, evaluatie en verbetering, stuurinformatie)

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: In aansluiting op *Regioplan Midden Nederland deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling* is er geen onderscheid in verschillende doelgroepen. Digitalisering moet ondersteunend zijn voor alle (IZA-)doelgroepen en sectoren.

Doelstelling: Data-gedreven werken / het beschikbaar stellen van data voor gebruik van zorginkoop, zorgcoördinatie, kwaliteitsevaluatie, procesverbeteringen, gepersonaliseerde zorg, management- en stuurinformatie en (medisch-technische) innovaties in de breedste zin van het woord, waaronder AI-toepassingen.

Aanpak

1. Lokaal inventariseren belangrijke wensen van thema's en actielijnen
2. Afstemmen met regio Midden Nederland en in de regel indien passend baseren op die aanpak/uitgangspunten. Keuze maken om samen uit te voeren, over te nemen of zelf uit te voeren –op basis van uitgangspunten in - H8 Secundair gebruik van data van *Regioplan deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
3. Afstemmen met / op thema-ambities en middelen van regio Eemland; Afhankelijk van regionale kenmerken (o.a. lokale behoefte, capaciteit) kunnen afwijkende prioriteiten worden gesteld binnen de op te pakken ambitie.

Organisatie & vervolg

2024

- Afstemmen met regio Midden Nederland / de lijn volgen van H8 Secundair gebruik van data van *Regioplan deel 3 - fundament digitalisering en gegevensuitwisseling*
- Inventariseren op ambities van thema's, RTA's en actielijnen en middelen regio Eemland
- Afstemmen en prioriteren (portfolio SSE)
- Voorwaarde: de basis van ambitie 6b "één gegevensplatform" moet gerealiseerd zijn

2025

- Herijking / opnieuw afstemmen

2026

- Afhankelijk van herijking



7 Arbeidsmarkt

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Inwoners regio Eemland en arbeidskrachten in de formele en informele zorg- en hulpverlening zowel in Eemland als regio overstijgend.

Doelstelling: Duurzame en passende inzet van zorg- en hulpverleners zowel in de formele als informele zorg- en hulpverlening.

Aanpak

Binnen de verschillende (zorg)sectoren staat de personele capaciteit onder grote druk, als gevolg van de veranderende zorgvraag, een groeiende zorgvraag, de financiële middelen, de vergrijzing en tegelijkertijd de ontgroening van de maatschappij. Dit vraagt inzet op:

- goed en **aantrekkelijk werkgeverschap** (vanuit alle domeinen); boeien van medewerkers gericht op: verminderen regeldruk, meenemen professionals in transformatie, aandacht voor rol professional, zeggenschap en autonomie, als ook praktische arbeidsvoorwaarden.
- **gedeeld werkgeverschap**: inzet van personeel over organisaties heen mogelijk maken, combifuncties en nieuwe functies.
- passend werk: generatiebeleid, werk passend bij levensfasen, interesses en doorgroeimogelijkheden, (chronische) ziekten- en beperkingen integraal bezien; daar waar werk niet (geheel) passend is in het éne domein kan werken in een ander domein mogelijk wel passend zijn.
- **investering in de opleidingen** (meer integraal) en passend bij de huidige (complexe) zorg en hulpvragen, als ook bij de huidige generatie potentiële arbeidskrachten; bevorderen zijinstromers, integraal opleiden, doorstromen in de keten en combinatiebannen in verschillende domeinen. Aanpassen van de curricula op de toekomstige manieren van werken en verwachtingsmanagement. Het ontwikkelen van loopbanen en leerpaden voor het werken binnen de regionale zorg/hulpverleningssectoren die naadloos aansluiten op de diversiteit van de praktijken. Daar waar kan gezamenlijk opleiden en waar passend modulair.
- **investeren in het imago van zorg- en hulpverlening** om instroom in zorg/hulpverleningsopleidingen te vergroten. Om uitval te voorkomen is het van belang om goede voorlichting voor toekomstige professionals zowel onder de jeugd als voor zijinstromers te verbeteren.
- **investeren in informele zorg**. Hierbij is het essentieel mantelzorgers goed te begeleiden en opleiden om hen duurzaam, op de juiste plek en passend bij de (zorg/hulp) vraag in te zetten.
- **kennis over en inzicht in** de gevolgen van **chronische- en ouderdomsziekten** als ook het aanreiken van praktische instructies, vergroten we de draagkracht van mantelzorgers/netwerk en worden zij partners in zorg.
- **anders werken en digitalisering** bevorderen; werkzaamheden vervangen en/of digitale alternatieven inzetten als ook scholen op 'positieve gezondheid' en 'reablement'.

Organisatie & vervolg

Eemland zal aansluiten bij de transformaties zoals in het regioplan Midden Nederland benoemd. Binnen Eemland is de urgentie gevoeld voor de actielijn arbeidsmarkt. Het gaat om een belangrijke transformatie rond de arbeidsmarkt te realiseren middels het vormgeven en herontwerpen van opleiden van (zorg) professionals. Hierin zal samengewerkt worden regionaal, bovenregionaal en waar nodig ingezet worden op meer lokale initiatieven.

Stappen

- Aanstellen coördinator op de actielijn Arbeidsmarkt binnen Samen Sterker Eemland
- Onderzoeksfase om scope en prioriteiten te bepalen
- In nauwe samenwerking in 2024 met Health Hub, Utrechtzorg en lopende initiatieven verdere planvorming organiseren
- Landelijke imagocampagnes
- Aansluiten bij initiatieven van de verschillende organisaties, verbinden van HR/afdelingen leren & ontwikkelen/academies domein overstijgend
- Delen van best-practices regionaal en bovenregionaal
- Gezamenlijk optrekken in arbeidsmarktvragestukken als personeelstekorten, salaris aanbod (loonstijgingen passen nu niet in de vergoedingen, dit is een risico bij aanbieders) en scholing

Randvoorwaarden

- Beschikbaarheid coördinator
- Nauwe samenwerking en capaciteit vanuit Coalitie Aantrekkelijke Arbeidsmarkt (Health Hub Utrecht) en Utrechtzorg

8 Wonen en zorg

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Ouderen en andere zorgbehoevende aandachtsgroepen in Eemland, als onderdeel van het Volkshuisvestingsprogramma

Doelstelling: Samen Sterker Eemland ondersteunt en draagt bij aan de regionale ambitie om tot concrete, gedragen woonzorgvisies te komen die aanzetten tot actie: voldoende passende woningen in een geschikte leefomgeving voor inwoners die niet alleen woonruimte, maar ook ondersteuning of zorg nodig hebben vanuit Wmo, Wlz en Zvw.

Aanpak

Voor de actielijn wonen en zorg wordt aangesloten bij en actief bijdragen aan de totstandkoming van woonzorgvisies, uitvoeringsagenda's en uitvoering van de gemeenten in Eemland.

Voor de uitvoer van de woondeal regio Amersfoort kunnen partijen van Samen Sterker Eemland de provincie voeden met informatie.

De partijen vanuit Samen Sterker Eemland formuleren vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid de ambitie op wonen met zorg waarbij de samenhang tussen de bouwopdracht en de mogelijkheden van de zorg geborgd worden. De partijen agenderen relevante punten of (uitbreidings)initiatieven bij Samen Sterker Eemland en zullen via bestaande lokale en regionale initiatieven en gremia aanhaken. Vanuit Samen Sterker Eemland wordt een coördinator benoemd voor deze actielijn.

Organisatie & vervolg

2024 -2026

- Aanstellen coördinator op deze actielijn binnen Samen Sterker Eemland
- Onderzoeksfase om scope en prioriteiten te bepalen
- Vanuit programmamanagement, leden van TO en RBO worden de ontwikkelingen op deze actielijn gevolgd en waar nodig geagendeerd binnen Samen Sterker Eemland.

1 Januari 2026

Hebben alle gemeenten een woonzorgvisie gereed waarin de opgave voor de bouw van woningen voor aandachtsgroepen is uitgewerkt met een toekomstbeeld voor kwetsbare doelgroepen op het gebied van wonen, welzijn en zorg.

Samenwerkingspartners

- Gemeenten regio Eemland
- Woningcorporaties, private investeerders en vastgoedbeleggers
- Zorgaanbieders (bijv. HE, VVT via IVVU)
- Welzijn aanbieders
- Zorgkantoor

Randvoorwaarden

- Voor iedere partij binnen Samen Sterker Eemland voor wie deze actielijn relevant is:
- Goed aangehaakt zijn en blijven bij lokale en regionale initiatieven en hierop mede initiatief nemen.
 - Vanuit een scherp beeld van vraag en aanbod, tijdige signalering en agendering relevante vraagstukken voor Samen Sterker Eemland.



9 Inwonersparticipatie

Doelgroep & doelstelling

Doelgroep: Inwoners en professionals van de regio Eemland.

Doelstelling: Structurele gelijkwaardige samenwerking tussen inwoners en professionals voor een gezondere samenleving in de regio. Inwoners en professionals ontwikkelen samen oplossingen voor de regio en voeren die ook samen uit. Omdat inwoners en professionals de oplossingen samen ontwikkelen, worden de kwaliteiten van beide kanten optimaal ingezet bij de ontwikkeling van plannen en de uitvoering ervan. Daarnaast zorgt dit voor eigenaarschap bij zowel inwoners als professionals. Dit alles zorgt voor oplossingen die aansluiten bij wat inwoners én professionals belangrijk vinden, daadwerkelijk impact hebben en écht het verschil maken.

Aanpak

Samen Sterker Eemland geeft lokale invulling aan de landelijke randvoorwaarde over de betrokkenheid van inwoners en patiënten/cliënten (onderdeel D regioplan Midden-Nederland). Door de positieve ervaringen van het opstellen van het regioplan met (vertegenwoordigers van) inwoners, is er draagvlak om inwonersparticipatie steviger vorm te geven binnen Samen Sterker. Dit zal via een stapsgewijs proces plaatsvinden waarbij leren van elkaar een belangrijk uitgangspunt is.

Bestaand initiatief inwonersparticipatie: groep van 16 (vertegenwoordigers van) inwoners die bij alle SSE-thema's actief meedenken in de werksessies en het regioplan Eemland. Daarnaast participatie patiënten/cliënten via regulier proces bij iedere organisatie (bijvoorbeeld een cliëntenraad).

Gewenste situatie: structurele gelijkwaardige samenwerking tussen (vertegenwoordigers van) inwoners en professionals voor een gezondere samenleving in de regio. De co-creatie en –productie komt tot uitvoering op alle niveaus van Samen Sterker (strategisch, tactisch (thema's), operationeel (projecten)).

Stappen om de gewenste situatie te bereiken:

1. Een coördinator benoemen die zich kan verdiepen in deze actielijn en relevante principes zoals *community-up* werken en *Asset-Based Community Development* (ABCD).
2. De ambitie en aanpak binnen Samen Sterker Eemland concreet uitwerken i.s.m. (vertegenwoordigers van) inwoners met aandacht voor:
 - Co-creatie en –productie op alle niveaus van Samen Sterker Eemland: op welke wijze en met wie?
 - Invulling van de faciliterende rol van Samen Sterker Eemland, bijvoorbeeld door het opzetten van een team van facilitators die op basis van *Asset-Based Community Development* (ABCD) binnen wijken en dorpen werken aan lokale gemeenschappen waarbinnen inwoners en professionals rondom gezondheid met elkaar verbonden zijn.
 - Energie volgen die er al is: zicht krijgen op en verbinding maken met bestaande initiatieven
 - Wat dat vraagt van de professionals/partijen van Samen Sterker Eemland: gelijkwaardigheid en respectvolle houding
 - Wat we vragen van inwoners: motiveren en faciliteren om bij te dragen aan gezonde samenleving in de regio.
3. Besluitvorming en start volgens de afgesproken aanpak
4. Periodieke evaluatie & bijstelling

Organisatie & vervolg

2024

Stappen 1 t/m 3:

- Benoemen coördinator
- Aanpak concreet maken
- Besluitvorming over aanpak
- Start conform afgesproken aanpak

2025-2026

Stap 4: periodieke evaluatie & bijstelling

Beoogde samenwerking

- Inwoners en professionals ontwikkelen samen oplossingen voor de regio en voeren die ook samen uit.
- Diverse burger- en nuldelijnsinitiatieven in regio Eemland werken samen in de verschillende thema's en projecten.

Randvoorwaarden

- Een coördinator die deze actielijn concreet uitwerkt, de ontwikkelingen op dit onderwerp volgt, contactpersoon is
- Leren (kennen) van elkaar.
- Ondersteuning vanuit de werkgroep communicatie
- Financiële middelen om de participatie van inwoners te vergoeden.

Begrippenlijst Eemland 1/3 (aanvullend op begrippenlijst Regioplan Midden-Nederland)

ABCD	Asset-Based Community Development, een manier om aan gemeenschapsontwikkeling te doen. De nadruk van het proces ligt bij de gemeenschap zelf.
ACTiZ	ActiZ is de branchevereniging van circa 400 zorgorganisaties, die met bijna 500 duizend medewerkers ruim 2 miljoen kwetsbare ouderen en chronisch zieken verzorgen en verplegen.
ANW	Avond, nacht en weekend
DNP	Digitaal Netwerk Platform, één van de actielijnen binnen Samen Sterker Eemland
EHH	Eerste Hart Hulp
ELV	Eerstelijnsverblijf
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst.
ggz	zorg die binnen de geestelijke gezondheidszorg geboden wordt, inclusief verslavingszorg en beveiligde zorg
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
HAP	Huisartsenpost
HE	Huisartsen Eemland bedient bijna 200 aangesloten huisartsen in de regio Eemland. Die op hun beurt huisartsenzorg verlenen aan 400.000 inwoners. De huisartsen hebben zich verenigd in Huisartsen Coöperatie Eemland. Onder HCE zit een BV structuur met Huisartsen Eemland B.V. en daaronder de werkmaatschappijen HE Zorg B.V. (de zorggroep) en HE HAP B.V. (de huisartsenspoedpost).
IBS	Inbewaringstelling
INO	Innovatienetwerk Ouderenzorg Utrecht
IVVU	de vereniging van Instellingen voor Verpleging en Verzorging in Utrecht
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren Op Gezond Gewicht

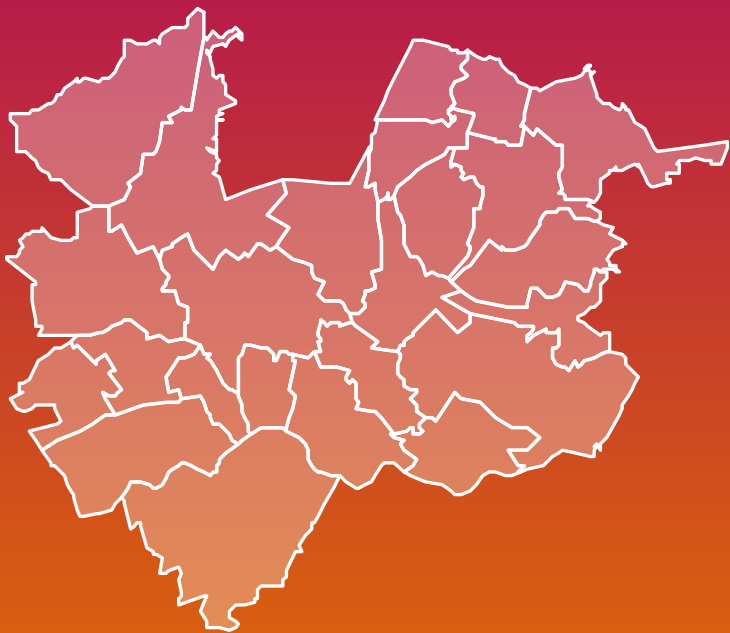
Begrippenlijst Eemland 2/3 (aanvullend op begrippenlijst Regioplan Midden-Nederland)

KPI	Kritieke prestatie-indicator
LVB	Licht verstandelijke beperking
NAZMN	Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland
ONTiE	Oudergeneeskundig Netwerk Thuis in Eemland
POH	Praktijkondersteuner huisarts
PZE	Paramedische Zorggroep Eemland
RAV	Regionale ambulancevoorziening
RBO	Regionaal Bestuurlijk Overleg Samen Sterker Eemland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RSO	regionale samenwerkingsorganisatie (o.a. TRIJN, Sigra)
RTA	Regionale Transmurale Afspraken
SEH	Spoed Eisende Hulp
SSE	Samen Sterker Eemland
TO	Tactisch Overleg Samen Sterker Eemland
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VZVZ	Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
Wlz	Wet langdurige zorg



Begrippenlijst Eemland 3/3 (aanvullend op begrippenlijst Regioplan Midden-Nederland)

Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOR	Welzijn op Recept
ZCE	Zorg Coördinatie Eemland
ZCC-MNL	Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZONMw	ZorgOnderzoek Nederland (ZON) en het gebied Medische Wetenschappen (MW) van De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO)
Zvw	Zorgverzekeringswet



Heeft u nog suggesties? We ontvangen deze graag.

U kunt uw reactie of vragen per mail sturen naar [dit](#) adres.