



# RegiozorgNU

## Regioplan 2024-2025

## INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
1.1	Proces	3
<b>2</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Missie, visie, strategie</b>	<b>5</b>
3.1	Missie	5
3.2	Visie	5
3.3	Strategie	5
<b>4</b>	<b>Regio Noordwest-Utrecht</b>	<b>6</b>
4.1	Kengetallen	7
<b>5</b>	<b>Persoonsgerichte integrale zorg</b>	<b>8</b>
5.1	Integrale en persoonsgerichte zorgprogramma's	8
5.2	Netwerkgzorg	10
<b>6</b>	<b>Wijkgerichte gezondheidsbevordering</b>	<b>12</b>
6.1	Samenwerking in de wijk: verbinding zorg en sociaal domein	12
6.2	Preventie ketenaanpakken toegelicht	12
6.3	Bewonersparticipatie	13
<b>7</b>	<b>Innovatieve samenwerking en digitale ondersteuning</b>	<b>15</b>
7.1	Regionale infrastructuur: HIS harmonisatie en netwerkgzorgplatform	15
7.2	Datamanagement omgeving	16
7.3	Zorg op afstand: teleconsultatie en innovatieve toepassingen	16
<b>8</b>	<b>Toekomstbestendige huisartsenzorg</b>	<b>17</b>
8.1	Continuïteit van de huisartsenzorg	17
8.2	Meer tijd voor de Patiënt (MTVP)	18
8.3	Duurzaamheid in de praktijk	18
<b>9</b>	<b>Passende Spoedzorg</b>	<b>20</b>
9.1	Netwerksamenwerking	20
9.2	Strategische keuzes voor 2024	20
<b>10</b>	<b>Organisatie</b>	<b>23</b>
10.1	Organisatie-inrichting	23
10.2	Wijkmanagement	24

# 1 Voorwoord

Hierbij presenteren we het regioplan van RegiozorgNU 2024 t/m 2025 inclusief de huisartsenspoedpost. We geven invulling aan persoonsgerichte zorg, zetten in op wijkgerichte gezondheidsbevordering, stimuleren innovatieve samenwerking en digitalisering en maken ons hard voor toekomstbestendige huisartsenzorg door verschillende interventies aan te bieden. Ook zorgen we voor kwalitatief goede én goed bereikbare huisartsenspoedzorg. Op die manier blijven de inwoners van Noordwest-Utrecht verzekerd van kwalitatieve, persoonsgerichte en toegankelijke zorg.

## 1.1 Proces

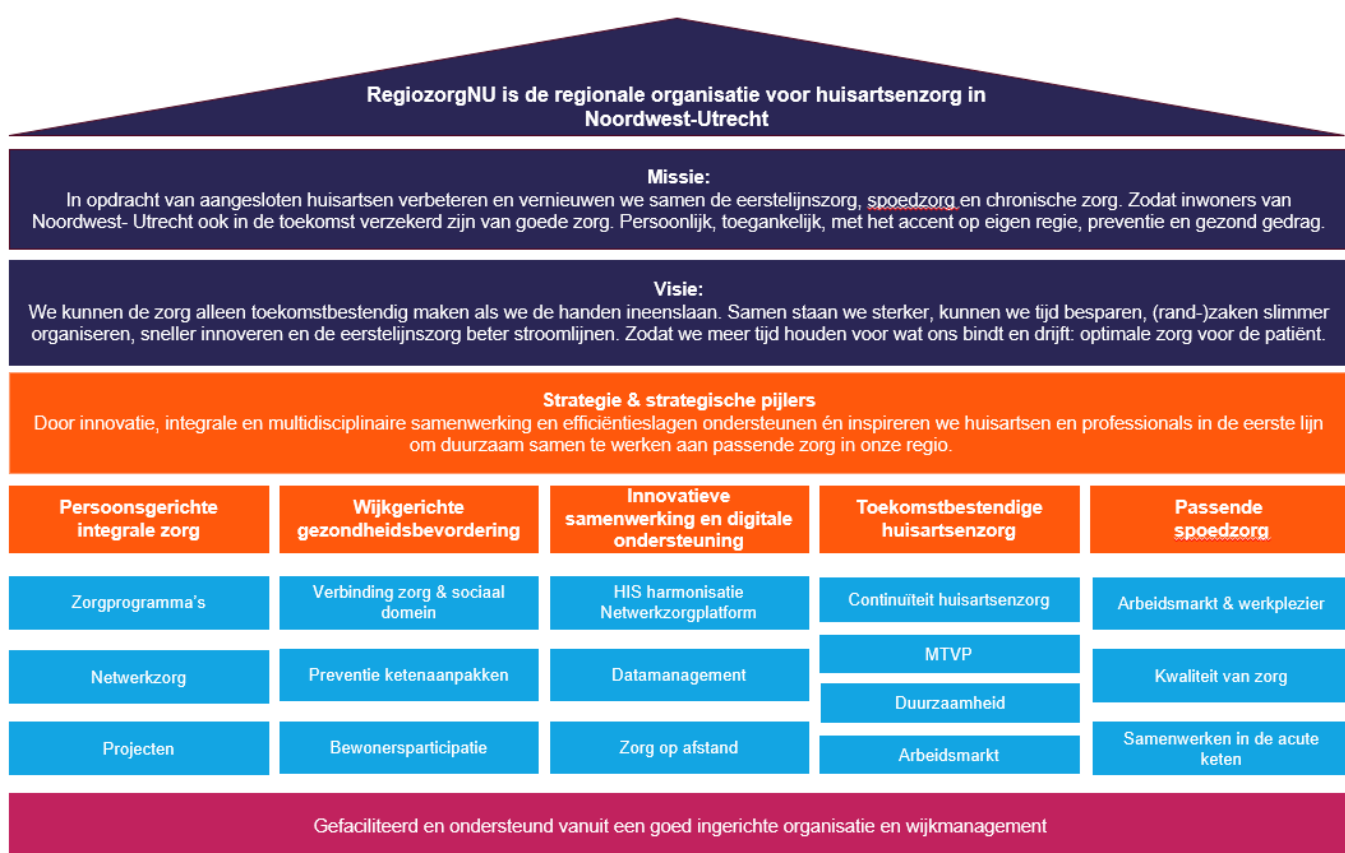
Voor de totstandkoming van dit plan zijn verschillende bijeenkomsten georganiseerd. In juni zijn de beleidslijnen voor de komende jaren besproken met de huisartsencoöperatie ZorgNU, de raad van commissarissen en met de multidisciplinaire adviesraad NUGezond. In het verlengde daarvan heeft begin juli een bijeenkomst plaatsgevonden met alle besturen van de wijksamenwerkingsverbanden over de grote beleidsthema's voor de komende twee jaar. In de meeste besturen nemen naast fysiotherapeuten en apothekers ook wijkverpleging deel. Ook is het plan met het dagteam van de huisartsenpost en met de medisch adviesraad besproken.

Met VVT-organisaties Careyn en de Rijnhoven is RegiozorgNU een project gestart over de samenwerking rondom kwetsbare ouderen. De inhoud van de zorgprogramma's is in de inhoudelijke werkgroepen besproken (DM, COPD, CVRM, GGZ, Ouderenzorg).

Het plan is tot stand gekomen in een periode waarin nog veel thema's vanuit het IZA en de subregioplannen van Utrecht Stad en Noordwest-Utrecht nog niet definitief zijn uitgewerkt. We streven ernaar de plannen zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten.

## 2 Samenvatting

Het regioplan kan worden samengevat in onderstaande figuur:



# 3 Missie, visie, strategie

RegiozorgNU is de regionale organisatie voor huisartsenzorg in Noordwest-Utrecht. We verbeteren alle aspecten rond de huisartsenzorg: de eerstelijnszorg, spoedzorg en langdurige zorg. We ontzorgen aangesloten huisartsen in de dagelijkse praktijk, bieden training en opleiding en zorgen voor goede samenwerking met partners in de wijken. Daarnaast coördineren en verlenen we buiten kantooruren spoedeisende huisartsenzorg aan inwoners in de regio Noordwest-Utrecht. Zo dragen we bij aan passende zorg dicht bij huis.

## 3.1 Missie

In opdracht van aangesloten huisartsen verbeteren en vernieuwen we samen de eerstelijnszorg, spoedzorg en chronische zorg. Zodat inwoners van Noordwest-Utrecht ook in de toekomst verzekerd zijn van goede zorg. Persoonlijk, toegankelijk, met het accent op eigen regie, preventie en gezond gedrag.

## 3.2 Visie

We kunnen de zorg alleen toekomstbestendig maken als we de handen ineenslaan. Samen staan we sterker, kunnen we tijd besparen, (rand)zaken slimmer organiseren, sneller innoveren en de eerstelijnszorg beter stroomlijnen. Zodat we meer tijd houden voor wat ons bindt en drijft: optimale zorg voor de patiënt.

## 3.3 Strategie

RegiozorgNU ziet dat de huisartsenzorg vastloopt. De zorgvraag groeit en wordt complexer. Tegelijkertijd zijn er minder mensen die zorg kunnen bieden. Daar komt bij dat de zorg onbetaalbaar wordt. Kortom: we moeten meer doen met minder mensen en minder middelen. Dat vraagt om 'anders denken en doen', om innovatie en samenwerking.

RegiozorgNU vindt goede eerstelijnszorg van levensbelang en ziet het als haar taak om huisartsen te helpen bij deze veranderopdracht. We maken ons hard om huisartsen te ontzorgen en te ondersteunen bij het anders organiseren van de zorgvragen en het zorgaanbod.

Daarbij gaan we uit van integrale en wijkgerichte zorg, persoonsgericht met de nadruk op eigen verantwoordelijkheid en eigen regie voor de patiënt waar mogelijk. We faciliteren onze zorgverleners en netwerkpartners zo goed mogelijk in het gebruik van digitale innovaties. Ook staat de continuïteit van huisartsenzorg de komende jaren centraal. Al deze thema's spelen een rol in de veranderopdracht die voorligt.

Persoonsgerichte  
integrale zorg

Wijkgerichte  
gezondheidsbevordering

Innovatieve  
samenwerking en digitale  
ondersteuning

Toekomstbestendige  
huisartsenzorg

Passende  
spoedzorg

# 4 Regio Noordwest-Utrecht

De regio Noordwest-Utrecht beslaat een gebied van gemeenten Woerden & Montfoort in het zuiden tot en met gemeente De Ronde Venen in het noorden, met aan de oostrand de vechtgemeenten en in het midden de “oude” dorpskernen van Harmelen, Vleuten en De Meern.

In de regio Noordwest-Utrecht wonen circa 257.000 mensen. Het is verstedelijkt platteland dat qua populatie, wooninfrastructuur en cultuur duidelijk is te onderscheiden van Leidsche Rijn. De komende jaren gaat de regio nog een flinke groei doormaken, omdat er met name in Leidsche Rijn veel nieuwbouw wordt gebouwd.

In regio Noordwest-Utrecht zijn 130 gevestigde huisartsen werkzaam, er is één algemeen ziekenhuis (St. Antonius Ziekenhuis), één grote GGZ-instelling (Altrecht), veel kleine basis-GGZ organisaties en een aantal grote tot middelgrote VVT-aanbieders (waaronder Careyn, De Rijnhoven en AxionContinu).

In de regio hebben we te maken met vijf gemeenten: Stichtse Vecht, De Ronde Venen, Montfoort, Woerden en Utrecht. In iedere gemeente zijn één of meerdere wijksamenwerkingsverbanden van RegiozorgNU actief. Deze worden ondersteund door een wijkmanager. De wijkmanager bouwt en onderhoudt een lokaal netwerk en stimuleert multidisciplinaire samenwerking en zorgvernieuwing.



## Stichtse Vecht

De gemeente Stichtse Vecht is ontstaan door samenvoeging van de gemeenten Breukelen, Loenen en Maarssen. De gemeente Stichtse Vecht heeft ruim 65.700 inwoners. De populatiesamenstelling vertoont geen grote afwijkingen van de gemiddelde landelijke trend, wel zijn de hogere inkomensklassen oververtegenwoordigd. Binnen Stichtse Vecht zijn drie samenwerkingsverbanden:

- Stichting Vechtverband
- Zorg in Maarssenbroek
- Zorg op één Lijn Maarssen

## De Ronde Venen

De gemeente De Ronde Venen is ontstaan door de samenvoeging van de voormalige gemeenten Abcoude en De Ronde Venen en heeft ruim 45.600 inwoners. Het gedeelte wat tot RegiozorgNU behoort betreft Vinkeveen, Wilnis en Mijdrecht, beslaat een populatie van 32.000 en valt onder preferente zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. Zorg en Zekerheid heeft aangegeven voor het O&I beleid in De Ronde Venen Zilveren Kruis te volgen. De populatiesamenstelling vertoont geen grote afwijkingen van de gemiddelde landelijke trend, wel zijn de hogere inkomensklassen oververtegenwoordigd. Binnen de gemeente De Ronde Venen is er één samenwerkingsverband opgericht:

- Samenwerkingsverband Gezonde Venen.

### Montfoort

De gemeente Montfoort, bestaande uit de twee dorpskernen Montfoort en Linschoten, kent bijna 14.000 inwoners. De populatiesamenstelling vertoont geen grote afwijkingen van de gemiddelde landelijke trend. Binnen Montfoort is er één samenwerkingsverband opgericht:

- Montfoort-Linschoten Gezond

### Woerden

De gemeente Woerden kent ruim 53.200 inwoners. Binnen de gemeente Woerden valt Oudewater buiten ons verzorgingsgebied. De populatiesamenstelling vertoont geen grote afwijkingen van de gemiddelde landelijke trend. Binnen Woerden is er één samenwerkingsverband opgericht:

- Woerden Gezond

### Utrecht

De gemeente Utrecht kent ruim 368.000 inwoners, waarvan er 94.625 in het verzorgingsgebied van RegiozorgNU wonen. Dat zijn de inwoners van Leidsche Rijn, Vleuten en de Meern. Het aantal inwoners in de gemeente Utrecht groeit sterk, met name in Leidsche Rijn verwachten we de komende jaren nog steeds een grote toename in het aantal inwoners.

De populatiesamenstelling wijkt qua leeftijdsopbouw sterk af van de gemiddelde landelijke trend. In Utrecht hebben we te maken met een relatief grote groep binnen de leeftijdscategorie 25-45 jaar en relatief weinig 65+'ers. De gemeente Utrecht kent daarnaast de hoogst bevolkingsdichtheid binnen onze regio. Het is sterk verstedelijkt gebied, waar de andere gemeenten zich kenmerken als verstedelijkt platteland. Binnen ons verzorgingsgebied in Utrecht zijn drie samenwerkingsverbanden opgericht:

- Gezond Vleuten
- Fletio Cura
- Samenwerkingsverband Leidsche Rijn

## 4.1 Kengetallen

In onderstaand kader zijn de belangrijkste kengetallen van RegiozorgNU weergegeven:

- Verzorgingsgebied: Provincie (Noordwest) Utrecht
- 5 Gemeenten: Stichtse Vecht, De Ronde Venen, Montfoort, Woerden en Utrecht
- 9 Samenwerkingsverbanden
- Aantal inwoners: 257.000, waarvan 223.300 ION's onderdeel zijn van het gebied waar Zilveren Kruis preferente zorgverzekeraar is en 33.700 ION's onderdeel zijn van Zorg en Zekerheid (betreft de Ronde Venen, Wilnis, Vinkeveen en Mijdrecht).  
Zorg en Zekerheid "volgt" in haar adherentiegebied Zilveren Kruis in alle onderdelen behalve Ouderenzorg.
- Aantal DM patiënten 10.160
- Aantal CVRM-HVZ 9.709
- Aantal CVRM-VVR 13.327
- Aantal COPD patiënten 1792

# 5 Persoonsgerichte Integrale zorg

We bieden onze zorg zoveel mogelijk integraal en persoonsgericht aan, onderverdeeld in zorgprogramma's, netwerkzorg en projecten.

In Noordwest-Utrecht stellen we de patiënt centraal door persoonsgerichte zorg te leveren. Zelfredzaamheid en eigen regie zijn uitgangspunten. We zien de patiënt als geheel, niet enkel de focus op de aandoening of het medisch domein. Persoonsgerichte zorg is zorg die is afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren, uiteraard binnen ieders mogelijkheden. Patiënten krijgen hierdoor meer betrokkenheid en keuzes in hun zorgproces en zorg kan worden toegesneden op hun situatie, juist in de chronische zorg.

Door de principes van positieve gezondheid toe te passen, wordt de zorg toegerust op de persoon en diens invulling van het leven met de aandoening. Hiermee wordt de eigen regie versterkt. Door het toepassen van getrainde gesprekstechnieken wordt in de spreekkamer "het goede gesprek" gevoerd. Via die weg kan ook een beroep worden gedaan op de zelfredzaamheid van patiënten. Bijvoorbeeld doordat zij meer vrijheid en regie ervaren door thuis (preventieve) oefeningen te doen of door het zelf kunnen beantwoorden van gezondheidsvragen door te beschikken over betrouwbare informatie.

## 5.1 Integrale en persoonsgerichte zorgprogramma's

Binnen Noordwest-Utrecht bieden we regionale zorgprogramma's voor de doelgroepen die de huisartsenzorg vaak consulteren, zoals patiënten met een of meerdere chronische aandoening(en), kwetsbare ouderen en mensen met psychische problemen. We bieden onze zorgprogramma's integraal en persoonsgericht in de wijk aan. Binnen elk zorgprogramma is er aandacht voor multidisciplinaire samenwerking met diverse zorg- en hulpverleners. Samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners, met verpleging, verzorging en thuiszorg en juist ook met het sociaal domein (gemeenten, welzijn, vrijwilligerswerk) is essentieel. Indien dat nodig is, kunnen specialisten uit de tweedelij worden geconsulteerd. Kortom: integrale zorg leveren we met een team van professionals op patiëntniveau.

### 5.1.1 CHRONISCHE ZORG

We verwachten dat de komende jaren het aantal mensen met een chronische aandoening sterk toeneemt, terwijl door de vergrijzing minder zorgverleners beschikbaar zijn om die stijgende zorgvraag te voorzien. Ook het aantal patiënten met multimorbiditeit (meerdere aandoeningen tegelijkertijd) zal toenemen. We zullen hierdoor een groter beroep moeten doen op de zelfredzaamheid van patiënten, passend bij onze persoonsgerichte benadering uitgaande van de mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving.

Daarnaast willen we de zorg bij DM2, CVRM en COPD waar mogelijk samengevoegd organiseren en aanbieden. We starten met overkoepelende combi-consulten, met de aandoening Atrium Fibrilleren als pilot. Ketenzorgpatiënten met als co-morbiditeit Atrium Fibrilleren worden in pilotpraktijken mee behandeld binnen de chronische keten. Hiervoor organiseren we deskundigheidsbevordering, procesbeschrijvingen, transmurale samenwerkingsafspraken en patiëntinformatiemateriaal. Bij deze pilot wordt binnen de deelnemende praktijken gebruik gemaakt van diagnostiek middels een mobiele 1-kanaals ECG-apparaat (Kardia Mobile).

Zie voor meer informatie de bijlage 1 programma chronische zorg.



### 5.1.2 OUDERENZORG

In 2024 tot en met 2025 blijft onze doelstelling op het vlak van ouderenzorg ongewijzigd: het optimaal faciliteren en ondersteunen van eerstelijnszorgverleners, gericht op de toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor ouderen in de toenemende vergrijzing. We willen als regio aanspreekbaar zijn op samenhangende zorg voor (kwetsbare) ouderen. Dit betekent dat de patiënt erop kan rekenen dat de huisartsenpraktijk integrale ouderenzorg biedt. De samenwerking tussen de eerstelijns, de verpleging en verzorging thuis en het sociaal domein is de basis voor deze integrale zorg. We dragen bij aan dit doel door in te zetten op verbeteren van samenwerking, inhoudelijke doorontwikkeling op specifieke thema's en de facilitering van de huisartsenpraktijken bij de uitvoer van het programma kwetsbare ouderen.

Het behouden van de toegankelijkheid van zorg in de context van toenemende vraag en krapte op de arbeidsmarkt in alle domeinen is dé grote uitdaging in de zorg voor ouderen. In het IZA-regioplan en subregioplan "Gezond ouder worden" zullen wij eind 2023 bekend maken hoe wij deze opgave in de regio gezamenlijk willen aangaan.

Zie voor meer informatie bijlage 2. Programma Ouderenzorg

### 5.1.3 GGZ

Het aantal mensen met psychische problemen stijgt, waardoor de druk op de huisartsenvoorziening en de wachtlijsten in de ggz toenemen. Als we doen wat we blijven doen, ontstaat een onhoudbare situatie voor de huisartsenvoorziening en patiënten. Dit willen we voorkomen. We willen daarom mét huisartsenpraktijken én onze partners in het sociaal domein en bggz/sggz werken aan hanteerbare wachtlijsten en ervoor zorgen dat patiënten op de juiste plek geholpen worden.

Om dit te bereiken hebben we een 'regionaal ondersteuningsplan ggz'<sup>1</sup> ontwikkeld. Daarin staan twee opdrachten centraal. Ten eerste zorgen we ervoor dat mensen met psychische klachten in de huisartsenvoorziening laagdrempelige persoonsgerichte zorg ontvangen zonder wachttijden. En dat daarbij het gebruik van eHealth en consultatie makkelijk toegankelijk is. Ten tweede willen we ervoor zorgen dat er soepel en kostendekkend samengewerkt kan worden met ggz-partners en sociaal domein op het moment dat andere of aanvullende hulp of zorg nodig is.

Het regionaal ondersteuningsplan ggz staat in het teken van 'herstelgericht werken'. Dit betekent:

- klacht- en hulpvraag gericht werken en passende, context gerichte zorg leveren, gericht op positieve gezondheid in plaats van DSM-diagnoses en ziektes.
- meer normaliseren. Want leed is onlosmakelijk verbonden met het leven en niet elke hulpvraag is een zorgvraag.
- niet ziektegericht werken, maar gebruik maken van de eigen kracht van de patiënt, ervaringsdeskundigheid en het ondersteuningsaanbod in het sociaal domein.

In bijlage 3. Programma GGZ leest u over de activiteiten van de werkgroep ggz in 2024-2025.

### 5.1.4 JEUGD GGZ

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de jeugdzorg, waaronder jeugd ggz. De wachttijden voor jeugdzorg zijn in alle gemeenten in het werkgebied van RegiozorgNU hoog. Dit is voor een deel het gevolg van interne organisatieproblemen bij deze organisaties en komt voor een deel door hoge instroom: het aantal jongeren dat gebruik maakt van jeugdzorg is in 25 jaar gestegen van 1 op de 27 naar 1 op de 7.

Hoewel de huisartsenvoorziening niet primair verantwoordelijk is voor jeugdzorg, heeft zij een rol in de instroom. We hebben een gezamenlijke opdracht om ervoor te zorgen dat alleen jeugdigen die dat écht nodig hebben, verwezen worden naar professionele jeugdhulp. Daarvoor zijn drie zaken nodig.

- Ten eerste moet een laagdrempelig ondersteuningsaanbod in het voorliggend veld beschikbaar zijn, gericht op preventie, waarnaar de huisartsenvoorziening en partners vroegtijdig kunnen verwijzen. Je kunt hierbij denken aan oudernetwerken voor opvoedkundige vragen, buurtwerkers en weerbaarheidstrainingen.

---

<sup>1</sup> Indien 80% van de praktijkhouders meedoet met dit plan, wil RegiozorgNU de uren voor consultatie en netwerkzorg regionaal contracteren. Besluitvorming vindt plaats in het najaar 2023.

- Ten tweede is deskundigheidsbevordering van huisartsen en POH's-Jeugd nodig op het gebied van jeugd, specifiek op normaliseren en verwijzen.
- Ten derde moeten voorliggend veldpartijen, jeugdgezondheidszorg, eerstelijns zorgprofessionals en scholen elkaar kennen en samen een netwerk vormen. Want als je elkaar kent, maak je sneller gebruik van elkaars aanbod en expertise.

Wijkmanagers en besturen van de wijksamenwerkingsverbanden stemmen af met gemeenten om de samenwerking op jeugd zo goed mogelijk te laten verlopen. Zo maken zij bijvoorbeeld met huisartsenpraktijken afspraken over de inzet en financiering van POH's-Jeugd<sup>2</sup> in de huisartsenpraktijk. In bijlage 4 leest u over de activiteiten van de werkgroep jeugd ggz in 2024-2025.

## 5.2 Netwerkgzorg

Naast de reguliere zorgprogramma's, kiezen wij ervoor om extra aandacht te geven aan drie ziektebeelden die veel voorkomen, waarbij wij kansen zien om beter in te spelen op de gewenste substitutie van specialistische zorg naar zorg in de eerstelijns door vanuit de regio-organisatie te sturen op meer samenhang. Dit zijn de thema's:

- Oncologische zorg
- Palliatieve zorg
- Artrose

### 5.2.1 ONCOLOGISCHE ZORG

Steeds meer mensen leven met kanker, waarbij naast overleving de kwaliteit van leven minstens zo belangrijk is geworden. Eén op de twee mensen zal in zijn leven de diagnose kanker krijgen. Wij streven ernaar dat mensen met kanker in de regio Noordwest-Utrecht toegang hebben tot goede zorg voor de gevolgen van kanker, waar het kan dichtbij huis en met eigen regie. We hebben de overtuiging dat we dit als professionals kunnen realiseren door samen te werken in een regionaal oncologienetwerk. Zodat de professionals die iets kunnen betekenen voor de patiënt elkaar goed weten te vinden, weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en beter samenwerken. Dit geeft de patiënt meer mogelijkheden tot het nemen van regie over het eigen proces. Sinds 2022 is RegiozorgNU penvoerder voor het Netwerk oncologische zorg Noordwest-Utrecht. In 2024-2026 richten we onze aandacht op het bestendigen van de huidige structuur, uitbreiden van het netwerk en de sociale kaart met professionals en bekendheid van de sociale kaart voor patiënten en professionals in de regio. We onderhouden contact met OncoMID, het transmurale netwerk oncologie in Midden-Nederland, en met het voor ons belangrijkste ziekenhuis: het St. Antoniusziekenhuis. Via ons lidmaatschap van het Netwerk zorg voor mensen met kanker (NZMK) waarin alle oncologienetwerken in Midden-Nederland deelnemen, blijven we op de hoogte van ontwikkelingen binnen andere regio's en landelijk.

Zie voor meer informatie bijlage 5. Netwerk oncologische zorg Noordwest-Utrecht

### 5.2.2 PALLIATIEVE ZORG

Regionaal kiezen we ervoor om palliatieve zorg aandacht te geven binnen de deelgebieden oncologische zorg en zorg voor kwetsbare ouderen, vanwege de sterke relatie tussen de onderwerpen. Dat betekent dat we geen extra werkgroep inrichten, maar de kaderartsen op agenda betrekken en twee keer per jaar afstemmen met de zes kaderartsen palliatieve zorg. We bieden het palliatieve netwerk de mogelijkheid om nieuwsberichten niet alleen te delen met zorgverleners die deelnemen in patz-groepen, maar ook met alle aangesloten zorgverleners in de wijksamenwerkingsverbanden.

In 2024-2026 gaan we binnen het thema ouderenzorg verder met het in 2023 ingezette project om proactieve zorgplanning bij kwetsbare ouderen door te ontwikkelen. Daarnaast volgen we de netwerken palliatieve zorg

---

<sup>2</sup> In alle gemeenten in het werkgebied van RegiozorgNU werken POH's-Jeugd die (volledig of gedeeltelijk) gefinancierd worden door gemeenten en onder regie van de huisarts werken, behalve in de gemeente Utrecht. De gemeente Utrecht werkt met jeugdconsulenten uit buurtteams Jeugd en Gezin, die onder regie van de gemeente werken en samenwerken met de huisartsenvoorziening.

in onze regio en spelen we waar gewenst en mogelijk in op de mogelijkheden die vanuit de netwerken worden geïnitieerd om de kwaliteit van palliatieve zorg in onze regio te verbeteren.

Zie voor meer informatie bijlage 6. Netwerk Palliatieve zorg

### **5.2.3 ARTROSEZORG**

Als regio maken we ons hard voor een goede aanpak van artrose. Dit doen we door regionaal het stepped-caremodel te implementeren met als doel patiënten met knie- en heupartrose vanaf 50 jaar te diagnosticeren en zoveel mogelijk in de eerstelijns, door huisarts en fysio- of oefentherapeut, te behandelen. Het stepped-care model hanteren we als reguliere werkwijze in alle wijksamenwerkingsverbanden, ondersteund door artrosecöördinatoren. Hierdoor ontstaat een artrose-netwerk van huisartsen en fysiotherapeuten/oefentherapeuten die met elkaar dezelfde taal spreken. Daarnaast is het samenwerken in de wijk belangrijk om te zorgen dat mensen met artrose gemakkelijk toegang hebben tot het reguliere beweegaanbod van een wijk. De implementatie hiervan valt binnen het in 2022 goedgekeurde innovatieproject "Verbeterde Artrosezorg Noordwest-Utrecht 2.0". Het project loopt van 2022 tot en met april 2024.

# 6 Wijkgerichte gezondheidsbevordering

Niet elke gezondheidsvraag is een zorgvraag en niet iedere zorgvraag behoeft een antwoord van een huisarts. Het oplossen van sociale en financiële problematiek en het vergroten van gezondheid kunnen medische klachten in de toekomst verminderen. Om dit te bereiken is een betere afstemming en samenwerking met het sociaal domein op wijkniveau nodig over de juiste zorg en ondersteuning. Veel vragen aan de huisarts kunnen door het sociaal domein (welzijn, schuldhulpverlening etc.) worden opgepakt. Door een sterke verbinding tussen het sociaal domein en de eerstelijnszorg bereiken inwoners sneller de juiste hulpverlener.

## 6.1 Samenwerking in de wijk: verbinding zorg en sociaal domein

Landelijk beleid uit het IZA en GALA benadrukt het belang van de verbinding tussen eerstelijnszorg en sociaal domein, onder andere door het inrichten van vijf ketenaanpakken gericht op preventie en leefstijl. Het gaat om de ketenaanpakken: Kansrijke Start, Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas, Welzijn op Recept en Valpreventie. Bij deze vijf ketenaanpakken vormt samenwerking tussen verschillende domeinen de basis voor de uitvoering in de wijk.

RegiozorgNU geeft sturing, helpt bij het opstellen van doelen en biedt ondersteuning en begeleiding in het implementatieproces in de regio. De uitwerking en implementatie van deze ketenaanpakken is een doorlopend proces en krijgt vanuit de regio veel aandacht de komende jaren. Regio Noordwest-Utrecht bestaat uit vijf gemeenten en tien wijken waarbij elke gemeente en/of wijk weer andere kenmerken heeft. Die kenmerken vormen de basis voor keuzes in het implementatieproces, waardoor de implementatie per wijk zal verschillen. Bovendien vraagt een brede implementatie in de wijk om samenwerking met veel verschillende partijen. Het goed betrekken en aanhaken kost tijd. Gedurende de realisatie zal steeds duidelijker worden hoe dit het beste in de praktijk vormgegeven kan worden.

## 6.2 Preventie ketenaanpakken toegelicht

In deze paragraaf worden kort de vijf ketenaanpakken beschreven.

### 6.2.1 KANSRIJKE START

Kansrijke Start is een landelijk actieprogramma waarin gemeenten en het Rijk samenwerken met wijkteams, welzijnswerk, volwassen-ggz, geboorte- en jeugdgezondheidszorg om zoveel mogelijk kwetsbare kinderen een kansrijke start te bieden, met specifieke aandacht voor de eerste duizend dagen van een kind. De eerste duizend dagen zijn van invloed op de rest van het leven en kunnen chronische aandoeningen en het (veelvuldig) gebruik van zorg op latere leeftijd voorkomen. Een deelprogramma is NNZ, Nu niet zwanger, waarbij enkele huisartsen van RegiozorgNU een rol spelen in de toegang tot anticonceptie voor speciale doelgroepen.

### 6.2.2 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE (GLI)

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) biedt effectieve ondersteuning aan mensen met overgewicht om hun levensstijl te verbeteren door middel van meer beweging en gezonder eten. GLI bevordert een duurzame gedragsverandering op lange termijn.

In onze regio worden nu drie GLI-programma's aangeboden (SLIMMER, COOL en Beweegkuur). Voor komend jaar zal de nadruk liggen op verdere ontwikkeling, evaluatie en monitoring. Dit omvat onder andere het aanbieden van gespecialiseerde GLI-programma's en een betere afstemming van deze interventie op het bestaande beweegaanbod in de wijken, evenals het monitoren van de effectiviteit ervan. Meer gedetailleerde informatie is beschikbaar op de website van het RIVM.

### **6.2.3 KETENAANPAK KINDEREN MET OVERGEWICHT EN OBESITAS: "KIND NAAR GEZONDER GEWICHT"**

Landelijk programma "Kind naar Gezonder Gewicht" vormt het uitgangspunt voor het inrichten van de deze ketenaanpak. In onze regio loopt gemeente Utrecht hierin voorop. Het voornemen is om de aanpak stapsgewijs in de rest van Noordwest-Utrecht te implementeren. Dit zal plaatsvinden in samenwerking met verschillende belanghebbenden, waaronder de gemeenten, Jeugdgezondheidszorg, het sociale domein en eerstelijnszorgverleners die direct betrokken zijn bij de doelgroep.

### **6.2.4 WELZIJN OP RECEPT**

Welzijn op Recept heeft als doel psychosociale klachten van mensen die bij de huisarts komen te verminderen. Deze mensen hebben zelf actief gewerkt aan het verbeteren van hun mentale gezondheid en veerkracht. Het streven voor eerstelijnszorgverleners is om mensen uit de primaire doelgroep door te verwijzen naar welzijnsprofessionals via 'Welzijn op recept'.

In de regio is de implementatie van Welzijn op Recept al aardig gevorderd. Sommige delen van de regio zijn inmiddels toe aan procesevaluatie, wat ons in staat stelt om vervolgens te beginnen met een eerste effectevaluatie. Andere delen van de regio boeken voortgang bij het opzetten en uitbreiden van Welzijn op Recept. Bovendien wordt de digitale verwijzroute verder uitgerold om de samenwerking met welzijnsprofessionals efficiënter te maken.

### **6.2.5 VALPREVENTIE**

Valpreventie is een complex proces waarbij vele stakeholders betrokken zijn, waaronder senioren, mantelzorgers, gemeenten, huisartsen/ POH, ziekenhuizen, VVT, apothekers, paramedici, welzijnsorganisaties, vrijwilligers en sport- en verenigingsclubs. Hoewel de ketenaanpak voornamelijk gericht is op 65-plussers, kan de doelpopulatie ook jonger zijn in wijken waar veel inwoners leven met een lagere sociaaleconomische positie. Deze aanpak wordt in nauwe samenwerking met de gemeenten ontwikkeld en vormgegeven.

## **6.3 Bewonersparticipatie**

In de verbinding tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein wordt een belangrijke netwerkpartner niet genoemd: de bewoners. Om veranderingen in de zorg goed vorm te geven, is de ervaringsdeskundigheid van bewoners onmisbaar. Zij kunnen onze programma's op inhoud laten aansluiten op de vragen en behoeften uit de wijk.

Bewonersparticipatie raakt o.a. ook het opbouwen van lokale netwerken en het benutten van de gemeenschapskracht uit zulke buurtnetwerken. Die netwerken vormen platforms waar bijvoorbeeld gezondheidsinformatie kan worden verspreid, dat kan leiden tot meer zelfregie en zingeving bij bewoners.

Op regionaal niveau staat bewonersparticipatie nog in de kinderschoenen, al zijn er genoeg mooie voorbeelden waarin dit op kleine schaal in de wijk georganiseerd wordt. De komende jaren gaan we onderzoeken en uitproberen hoe we vormen van bewonersparticipatie kunnen stimuleren en onderdeel kunnen laten worden van ons werk, met uiteindelijk doel het vergroten van gezondheidsvaardigheden en het beter aansluiten van het zorgaanbod op de bewoners in de wijk. De cliëntenraad zal ons daarbij adviseren. Het stimuleren van bewonersparticipatie sluit ook aan op persoonsgerichte zorg en het onderdeel "samenwerken in het netwerk" van MTVP.

Dit willen we bereiken:

- Inhoudelijk informeren van wijkmanagers over de vijf ketenaanpakken
- Het ondersteunen en stimuleren van de opbouw van netwerken binnen de wijken met de juiste partners voor o.a. de ketenaanpakken.
- Handvatten bieden voor de inrichting van de ketenaanpakken (bv een blauwdruk, of een toolkit met informatiemateriaal).
- Onderzoeken en uitproberen hoe we bewonersparticipatie kunnen stimuleren en onderdeel kunnen laten worden van ons werk.

# 7 Innovatieve samenwerking en digitale ondersteuning

Voor RegiozorgNU is digitalisering een belangrijk middel om werkprocessen in de praktijk te ondersteunen en de zorg voor patiënten efficiënt te organiseren. Het regionale programma versnelling digitalisering huisartsenzorg NUDigitaal, heeft daar een goede basis voor gelegd en is eind 2023 in een afrondende fase.

Het programma NUDigitaal bestond uit drie pijlers:

1. De realisatie van een veilige regionale infrastructuur
2. De realisatie van een veilige omgeving voor datamanagement en
3. Faciliteren van zorg op afstand.

De komende jaren zullen we in regio Noordwest-Utrecht verder vervolg gegeven aan de eerder opgestarte digitaliseringslag door de drie pijlers verder te ontwikkelen en te verankeren in de regio. Dat vereist extra activiteiten in de komende jaren om de contouren van de benodigde supportorganisatie in te vullen. Daarnaast zal, gezien de intensievere regionale samenwerkingen, opgetrokken worden met projecten (met gezamenlijke doelstelling) in RSO Trijn<sup>3</sup> Midden-Nederland verband. Ook gaan we ons oriënteren op zelfzorgtools voor de dagpraktijken. Tenslotte zal er aandacht blijven voor ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving (o.a. Informatiebeveiliging en AVG).

## 7.1 Regionale infrastructuur: HIS harmonisatie en netwerkgplatform

Dit vertaalt zich in de komende jaren in een verdere aanscherping en uitdieping van het eerste punt, de regionale infrastructuur. Wij streven naar een toekomstbestendig, niet redundant systeemlandschap voor de kernactiviteiten in de huisartsenzorg om a. huisartspraktijken te ontlasten in veelvoorkomende ICT-zaken en b. een eenduidige implementatie van de zorgprogramma's in onze wijken.

### 7.1.1 INZET REGIONALE SYSTEMEN

Het HIS- harmonisatie traject is hierin een belangrijk component, waar het doel is om op termijn naar één huisartsen- informatie systeem in de regio te gaan. 2023 staat nog in het teken van het selectieproces met een gedegen Programma van Eisen en advies van het HIS-selectieteam. Na akkoord in de ALV, zullen praktijken die dit aangeven ondersteund worden in de overstap naar het nieuwe HIS. Een eventueel ander patiënten portaal zal mogelijk aandacht vragen om asynchrone communicatie tussen zorgverleners en met patiënten/mantelzorgers te gebruiken en verbeteren.

VIPLive wordt als virtueel ketenzorgsysteem op dit moment ingezet voor onze chronische zorgprogramma's en nieuwe ondersteunende functionaliteiten worden in de regio geïmplementeerd (integraal protocol, vragenlijsten etc.). Het VIP-NIS (netwerksamenwerken) zal in navolging voor het ouderenprogramma, GLI en GGZ (consultatie kaderhuisarts) verder in de wijksamenwerkingsverbanden gebruikt worden. Het accent zal zwaarder gelegd worden op het proces, het vinden van zorgverleners rondom de patiënt en het efficiënt samenwerken met ketenpartners die een ander basisregistratiesysteem hebben. Om dit in goede banen te

---

<sup>3</sup> RSO Trijn is de overkoepelende regionale samenwerkingsorganisatie waarin eerstelijns- en tweedelijnsorganisaties zijn aangesloten voor bovenregionale oplossingen op het gebied van digitalisering in Midden-Nederland.

leiden zal centraal (ICT) support nodig zijn als contact richting de betrokken partijen.

Als nieuwe aanvulling zal Corpio in 2024 ingezet worden als 'intranet' (scholingen, nieuwsberichten, kennisplatform, communities etc.) om de interne communicatie efficiënter in te richten. Corpio zal hiermee ook in dienst staan van de nieuwe ICT-support organisatie.

### **7.1.2 PROFESSIONALISERING ICT SUPPORT-ORGANISATIE**

Additioneel zal de komende jaren accent gelegd worden op de informatisering op alle vlakken, centraal maar ook decentraal bij de praktijken. Dit houdt in, naast de 2 CMIO's en de informatiemanager Zorg, het uitbreiden van de centrale ICT-capaciteit bij RegiozorgNU.

Om de beoogde regionale implementatietrajecten van HIS, VipLive en de zorginnovaties goed te stroomlijnen zal bij de praktijken aandacht gegeven worden inzicht in eigen ICT-processen. Er zullen om deze reden interne digicoaches/ key users opgeleid worden om samen met de supportorganisatie van RegiozorgNU, de verandering in de praktijk te begeleiden.

## **7.2 Datamanagement omgeving**

Het tweede punt, de veilige omgeving van een datamanagement omgeving, zal de komende jaren integraal worden opgepakt in RSO Trijn verband middels een regionale IZA aanvraag. Er zal wel de nodige aandacht blijven voor interne rapportages in inzichten voor de aansturing van de regio organisatie en het monitoren van de zorgprogramma's.

Er zijn echter wel in 2022-2023 diverse verkenningen geweest naar mogelijkheden om als regio organisatie zelfvoorzienend te zijn in de benodigde inzichten. Dit geldt ook voor collega RHO's. Dit was echter een zeer complexe opdracht, met name door bewegingen in het systeemlandschap, niet medewerking van leveranciers en de realisatie dat dit multidisciplinair opgepakt dient te worden voor correcte inzichten in informatiestromen.

## **7.3 Zorg op afstand: teleconsultatie en innovatieve toepassingen**

Het laatste punt, het faciliteren van Zorg op afstand, zal bij positief advies na de pilot fase in het teken staan van de implementatie binnen de praktijken. De uitrol hiervan zal ook hier de nodige ICT-support nodig hebben, naast het inbedden van telemonitoring in de zorgprotocollen voor chronische patiënten. Daarnaast zal er ruimte voor verkenning zijn voor het inzetten van zelftriage tooling en blended care middelen in het werkproces.

Zie de uitgewerkte doelen voor komende jaren in bijlage 7.



# 8 Toekomstbestendige huisartsenzorg

## 8.1 Continuïteit van de huisartsenzorg

Ook in onze regio zullen er in de nabije toekomst problemen ontstaan rondom de continuïteit van de huisartsenzorg. Zo zijn er praktijkhoudende huisartsen die met pensioen willen gaan en met een opvolgingsvraagstuk zitten, praktijkhouders die plots uitvallen vanwege grote werkdruk, praktijken die een patiëntenstop invoeren doordat ze de toestroom van nieuwe patiënten niet meer aankunnen. Vestiging en oprichting van zogenaamde “nulpraktijken” kunnen een oplossing bieden, indien ze goed ondersteund worden met de huisvesting en opstart.

Als regio-organisatie vinden wij het onze verantwoordelijkheid om ondersteuning en oplossingen te bieden bij deze continuïteitsproblemen. Het uitvallen van praktijken heeft immers directe weerslag op de andere praktijken waarmee de toegankelijkheid verder onder druk komt te staan. Daarnaast willen we actief sturing en invloed kunnen uitoefenen op het vestigingsbeleid in onze regio, met name in relatie tot de vestiging en toetreding van de vaak commerciële huisartsketens.

RegiozorgNU gaat komend jaar een propositie ontwikkelen om praktijken en loondienstcentra te ondersteunen bij overname, opvolging of start van een praktijk. Op de ALV heidag eind september 2023 is op basis van de aanpak van regionale huisartsenorganisatie “Dokter Drenthe” hier al inspiratie voor opgedaan waar we binnen de regio mee aan de slag willen om het praktijkhouderschap te stimuleren:

- Leergang opzetten voor waarnemers “van waarnemer tot praktijkhouder”
- Scholing bieden in ondernemerschap voor een toekomstbestendige praktijk
- Investeren in contact en persoonlijke betrokkenheid met waarnemers in de regio, gekaderd met voorwaarden.
- Opzetten van intervisie en/of begeleidingstraject van startende en stoppende praktijkhouders.
- Coaching voor zowel waarnemers, hidha's als praktijkhouders, fijn om daarbij één aanspreekpunt bij RegiozorgNU te hebben voor onderwerpen over bedrijfsvoering
- Flexpool in de regio
- Unieke ondersteuning op maat vanuit RegiozorgNU.

Dit willen we bereiken:

- Probleemverkenning van het aantal huisartsen (al dan niet praktijkhoudend) dat in komende 5 jaar met pensioen gaat.
- Propositie ontwikkelen om praktijken en loondienstcentra te ondersteunen bij overname, opvolging of start van een praktijk.
- Het verkennen en onderzoeken van het opleiden, werven en detacheren van ondersteunend personeel door de regio-organisatie.
- Voortzetting project zij-instromers, gericht op het opleiden van doktersassistenten.

## 8.2 Meer tijd voor de Patiënt (MTVP)

In 2023 zijn we gestart met het programma Meer Tijd Voor de Patiënt, waarin verschillende interventies aangeboden worden zoals interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit. De huisartspraktijk implementeert een andere structuur in de praktijk en krijgt handvatten om het goede gesprek te voeren met de patiënt, waardoor er minder verwijzingen nodig zijn. Ook is een beoogd effect van het anders werken in de praktijk dat de zorgverleners weer plezier krijgen en houden in hun werk.

### 8.2.1 SAMENWERKEN MET HET NETWERK

Vanaf jaar twee, 2024 of 2025, kiezen de deelnemende praktijken twee interventies uit de categorie 'samenwerken in het netwerk'. RegiozorgNU heeft de afgelopen jaren ingezet op de versteviging van samenwerking met lokale partners in krachtige wijksamenwerkingsverbanden. We kiezen ervoor om de pijler Samenwerken in het netwerk vooral te richten op doorontwikkeling van de lokale netwerken. Aangezien de krachtigste samenwerking lokaal is, kiezen we een lokale benadering. Zo kunnen huisartsenpraktijken zich richten op interventies die aansluiten bij hun populatie, en die kansrijk zijn in hun lokale setting.

Samen met wijkmanagers zijn 5 interventie-categorieën gekozen voor samenwerken met het netwerk. Elke deelnemende praktijk kiest in afstemming met het wijksamenwerkingsverband twee interventies die in jaar 2 worden ingezet.

1. Welzijn op recept
2. Samenwerken rond vergroten van vaardigheden van inwoners:  
*gezondheidsvaardigheden, zelfredzaamheid, voorbereiden op het ouder worden, digivaardigheden voor e-health, preventie van ziekten.*
3. Ondersteunen samenwerken met onlinecommunicatie in VIP
4. Korte lijnen vergroten door elkaar beter te (leren) kennen: ontmoetingsstructuur professionals
5. Samenwerken vanuit één visie: positieve gezondheid in het netwerk

Voor meer informatie verwijzen we naar onze website: [RegiozorgNU MTVP](#)

## 8.3 Duurzaamheid in de praktijk

Het in 2023 toegekende innovatieproject NUGroen wil huisartsen bewustmaken, enthousiasmeren en ondersteunen bij de invoering van meer duurzame praktijkvoering. Het doel van de projectgroep is om in regio Noordwest-Utrecht stap voor stap de huisartsenpraktijken te ondersteunen om de doelstellingen van de greendeal 3.0 te behalen. We bieden daar de volgende tools voor aan:

- De quickscan 'Duurzame Huisartspraktijk'.  
Praktijken voeren de quickscan 'Duurzame Huisartspraktijk' uit en hieruit worden de verbeterpunten snel en overzichtelijk weergegeven. Als een praktijk met eigen initiatieven komt voor het doorvoeren van groene plannen wordt dit natuurlijk geprezen.
- De groene kalender  
Deelnemende praktijken zullen een groene kalender krijgen. Dit is een maandkalender waarin elke maand een nieuw doel geschepst wordt. Er zijn 6 thema's: voeding, energie, circulair, groen, mobiliteit, leefstijl.
- Scholing  
Door het overdragen van kennis vergroten we het draagvlak voor de Groene huisarts. Hierin denken we aan de duurzaamheid en zullen de scholingen in vorm van webinars geven

Uiteindelijk doorlopen de opgegeven praktijken onderstaande stappen:

- Uitvoering scan
- Actief gebruik Groene Kalender
- Doorvoeren verbeterpunten (max. 3 per jaar)
- Deelname aan scholingsprogramma
- Evalueren 1 keer per jaar voortgang

Het streven is om drie verbeterpunten per praktijk per jaar te realiseren. RegiozorgNU zal ondersteuning bieden waar mogelijk.

Een jaar na de startdatum vullen de deelnemende praktijken een evaluatiedocument in. Daarmee wordt inzichtelijk welke stappen er ondernomen zijn en waar de praktijken staan t.o.v. verduurzaming. Indien duidelijk is aangetoond dat er verbeteringen zijn doorgevoerd, middels een verslag, met bijv. foto's, wordt er een duurzaamheids-etiket c.q. sticker uitgereikt.

Voorop staat de vergroting van bewustwording en kennis over verduurzaming binnen de huisartsenpraktijk. Daarnaast gaan we ervan uit dat de helft van de deelnemende praktijken (of meer) minimaal 3 verbeterstappen hebben doorgevoerd binnen de praktijk. Met deze verbeteringen werken we aan een duurzaam milieu binnen onze regio en verbeteren we indirect de leefomgeving van onze patiënten.

# 9 Passende Spoedzorg

De druk op de acute zorgketen en dus ook op onze huisartsenpost neemt de komende jaren toe, als gevolg van de vergrijzing en de oplopende personeelstekorten. Ook wij kunnen de komende jaren te maken krijgen met een structureel tekort aan goed opgeleide triagisten. Het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid komt daarmee steeds meer onder druk te staan. Ook neemt de druk op de huisartsen verder toe. Betere ketensamenwerking en innovatie moet een antwoord bieden op deze uitdagingen.

## 9.1 Netwerksamenwerking

In ROAZ- verband (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) wordt met de ons omliggende huisartsenposten gezamenlijk opgetrokken en gezocht naar een betere samenwerking in de acute zorgketen. Het voorkomen van acute zorgvragen en verdere digitalisering (juiste informatie op juiste tijd op juiste plek) als ook het inrichten en vormgeven van een zorgcoördinatievoorziening zijn oplossingen waaraan in midden Nederland gewerkt wordt. Deze initiatieven zullen uiteindelijk een plek krijgen in het breed gedragen Regioplan Midden Nederland, waarvan de acute zorg een van de vijf pijlers vormt.

In Trijn-verband, het platform van multidisciplinaire zorgorganisaties in regio Utrecht, wordt een oplossing geboden voor het digitaliseringsvraagstuk. Het moet straks mogelijk zijn om gegevens gemakkelijk tussen spoedposten, huisartspraktijken en zorginstellingen uit te wisselen. Een zorgcoördinatievoorziening werkt alleen als er van ieder patiënt een actueel dossier beschikbaar is.

## 9.2 Strategische keuzes voor 2024

Op dit moment hebben we een goed functionerende huisartsenpost. De triagisten en huisartsen werken met plezier op onze post, de sfeer is goed en dat vertaalt zich in een goede bezettingsgraad. Het arbeidstekort van triagisten is momenteel op onze locatie niet groot. Echter daar kunnen we op termijn ook mee te maken krijgen en het is van belang dat we daar nu al op anticiperen.

De in onze regio aangesloten huisartsen willen verantwoordelijk blijven voor de avond-, nacht- en weekendzorg en zoeken in ons een partner die hen zo goed als mogelijk ondersteunt in die opgave. We geloven in kleinschaligheid, maar wel op een manier waarbij maximaal samengewerkt wordt met onze ketenpartners. Dus in goede samenwerking met de ons omliggende spoedposten en in ROAZ- verband. We zullen aansluiten bij de zorgcoördinatie voorziening (ZCC), daar waar zinvol en noodzakelijk. Zorgcoördinatie gaat in de nabije toekomst een rol spelen en daar zullen we met elkaar keuzes in moeten maken. Onze voorkeur gaat daarbij uit om de triage decentraal te houden op de huisartsenspoedpost en centraal samen te werken op de hoogste urgenties en complexe problematiek rondom ouderen en GGZ. Om goed in te kunnen spelen op deze ontwikkelingen zullen we ons de komende jaren focussen op de volgende thema's:

## 9.2.1 ARBEIDSMARKT EN WERKPLEZIER

### *Bereikbaarheid op peil houden*

We zorgen dat de bereikbaarheid van de spoedpost goed blijft door in te zetten op twee stromen:

- **het werven en behouden van triagisten**  
(nader toegelicht onder “bezetting op peil houden”)
- **het beperken van de instroom**  
De post dient ook in de toekomst bij een verhoogde zorgvraag toegankelijk te blijven. Patiënten met een acute zorgvraag dienen in de ANW altijd bij de post terecht kunnen of dat nu digitaal, telefonisch is of voor een consult. Digitale triage eventueel gecombineerd met een digitaal consult moet hier o.a. in voorzien. Patiënten met een echte acute zorgvraag moeten snel geholpen worden. Om dat te bereiken moeten we de instroom beperken door zelfredzaamheid te vergroten en het beter trainen en opleiden van triagisten (U4 niet hier). Ook zullen we aansluiten bij landelijke campagnes en wordt er gewerkt aan een betere overdracht van de dagpraktijk naar de ANW-zorg.

### Activiteiten

- Goede training, scholing en begeleiding van de triagisten waardoor een minimum aan U4 wordt behandeld (niet urgente zaken). Daarbij aansluiten op landelijke campagnes (spoed=spoed).
- Inzet digitale triage en oplossingen: verder inzet “Moet in naar de Dokter” en inzet van andere tools als oplossing voor digitale triage met als doel de instroom te beperken.
- Instroom beperken door betere aansluiting van dagpraktijk en huisartsenpost. Een goede overdracht van de behandelwensen van patiënten wordt een voorbeeld waarin de activiteiten van RegiozorgNU aansluiten op die van de spoedpost.

### *Bezetting op peil houden*

Het op peil houden van de huidige bezetting is essentieel. Dit doen we door het werven van triagisten en het behouden van medewerkers door goed werkgeverschap. Ons strategisch HRM-beleid in op de volgende pijlers:

- **werving van triagisten**
- **goed werkgeverschap door het werkplezier en werkomstandigheden van triagisten (en andere werknemers) goed te houden**

### Activiteiten

- Trainingen en scholingen geven.  
Het trainingsprogramma is erop gericht op het vakkundig houden van triagisten en bestaat onder andere uit: trainingen in feedback geven, klinische lessen, agressie- en hospitality trainingen als ook reanimatie- en eerste hulp cursussen. Ook komt er een scholing voor herregistratie en instromers.
- Veiligheid. Het zorgen voor een veilige werkomgeving en het voorkomen van agressie bij patiënten.
- Inzetten op secundaire arbeidsvoorwaarden  
Er zal een pakket aan secundaire arbeidsvoorwaarden worden uitgewerkt. In 2023 is de Personeelsvertegenwoordiging geïnstalleerd en deze zal in 2024 verder betrokken worden bij het HRM- beleid. In 2024 zal tevens een medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO) worden gehouden, waarbij we streven naar een score van minimaal 7.5.

### *Verhogen werkplezier huisartsen door vermindering werkdruk*

We zetten in op continue evaluatie en verbetering van het vrij roosteren.

In samenspraak met de Medisch Adviesraad worden de komende jaren mogelijkheden onderzocht voor taakdelegatie van de huisartsen, bijvoorbeeld door de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants.

### 9.2.2 STURING OP KWALITEIT

Goede kwaliteit van zorg is het uitgangspunt van onze dienstverlening. In alles wat wij doen streven we maximale kwaliteit na.

Activiteiten:

- Begin 2024 wordt er gewisseld van certificeringsbureau en nemen we afscheid van de HKZ-certificering en gaan we over op de certificering van NPA. Dit kwaliteitssysteem sluit beter aan bij de werkzaamheden op een huisartsenspoedpost en de eerstelijns.
- Patiënttevredenheid Uitvoering PTO (d.m.v. NPA-tools, 2024)
- Doorontwikkeling Cliëntenraad (opgericht juni 2023)
- Doorontwikkeling PVT (personeelsvertegenwoordiging)
- Platform Corpio uitbreiding (RegiozorgNU) en functionaliteit (CRM, communicatie)
- Evaluatie apps (bijv. moet ik naar de dokter website & digitale zelf triage)

### 9.2.3 VERBETEREN KETENSAMENWERKING

- **Door aan te sluiten bij de ontwikkeling van de Zorgcoördinatie Voorziening (ZCC)**  
Focus op doorstroom en uitstroom. We blijven in contact over de lopende pilots op het ZCC en volgen de ontwikkelingen en waar nodig participeren we in projecten. Momenteel is er een pilot van triagisten die gaan werken op het ZCC voor triage voor zowel Utrecht-Stad als Unicum, daar is een extra regie-arts/huisarts nodig op locatie ZCC. We maken keuzen in de projecten op basis van de impact op ons team, de verwachte meeropbrengst op gebied van werkdruk, werkplezier en toekomstbestendigheid.
- **Door de mogelijkheden voor een spoedplein met het St. Antoniusziekenhuis onderzoeken.**  
Met name op het vlak van doorstroom en uitstroom zoeken we de samenwerking op. Samen met het St. Antonius (en eventueel Unicum) willen we onderzoek doen naar het inrichten en vormgeven van een spoedplein op locatie Leidsche Rijn.
- **Minder verrichtingen in de nacht door samenwerking huisartsenposten**  
Hierdoor kunnen er mogelijk huisartsenposten in de nacht sluiten waardoor er minder personeel nodig is. Dit gaat ten koste van langere aanrijtijden voor en naar patiënten. Gezien de uitbreiding van de SEH in Utrecht met de capaciteit van Nieuwegein zien we in onze locatie Leidsche Rijn een mogelijkheid waarin we ook de post voor een groter gebied kunnen worden.
- **Ketensamenwerking met acute thuiszorg**  
In het geval dat binnenkomende zorgvragen niet medisch van aard zijn, moet onderzocht worden of enkel verpleegkundige (thuis)zorg volstaat. Dit zal de huisartsen ontzorgen in het rijden van visites. Een pilot in gebied Woerden staat in de planning.

# 10 Organisatie

Al onze programma's, projecten, netwerken en de huisartsenspoedpost ondersteunen we vanuit een stevige organisatie. We streven naar een organisatie die niet alleen goed georganiseerd is maar ook snel en flexibel in kan spelen op de vragen uit het veld en de ontwikkelingen in de zorg. Waarbij de medewerker het verschil maakt en er voldoende ruimte is om te vernieuwen en te verbinden.

## 10.1 Organisatie-inrichting

Om een slagvaardige organisatie te zijn, kiezen we voor een organisatie met maximaal (op termijn) twee managementniveaus: directie en management. Naast de directie bestaande uit een medisch- en algemeen directeur wordt in 2024 voor de spoedpost een medisch manager aangesteld die verantwoordelijk is voor het medisch-inhoudelijk beleid van de spoedpost en de correcte uitvoering en bewaking daarvan. De medisch manager rapporteert aan de medisch directeur.

In 2024 willen we toewerken naar een managementteam waarbij de operationele verantwoordelijkheden duidelijk gedelegeerd zijn. Op die manier komt er binnen de eigen portefeuille meer mandaat en regelruimte. Het managementteam zal in ieder geval bestaan uit de directie, medisch manager, hoofd Bedrijfsvoering, Bestuurssecretariaat en de HRM-adviseur.

### 10.1.1 UITBREIDING FORMATIE

De komende jaren bouwen we verder aan het verstevigen van de organisatie. Zo komt er formatie-uitbreiding om belangrijke staffuncties te borgen (strategisch beleid en communicatie) en ter ondersteuning van administratieve processen (bedrijfsvoering, het beheer van ICT-systemen en indien nodig voor HRM-processen).

### 10.1.2 BEDRIJFSVOERING

Met de komst van een nieuwe manager bedrijfsvoering wordt gewerkt aan een professionaliseringsslag van de afdeling. Administratieve processen worden geëvalueerd en indien nodig verbeterd, er komt versterking bij het team. Ook wordt ingezet op het faciliteren van financiële ondersteuning van de wijk Samenwerkingsverbanden en zal er meer sturing op de programma's en projecten gaan plaatsvinden. Samen met het bestuurssecretariaat verstevigen we de planning & control cyclus met vaste evaluatiemomenten en bereiden we ons voor op de accountantscontrole over boekjaar 2024 met als overgangsjaar het boekjaar 2023.

### 10.1.3 COMMUNICATIE

We willen RegiozorgNU helder positioneren en meer draagvlak voor het beleid creëren bij de achterban. Door de groei van de organisatie en het aantal projecten worden huisartsen overspoeld met berichten van RegiozorgNU. Hier moet meer lijn in komen door een duidelijke infrastructuur, maatwerk en een jaarplanning. De vernieuwde website en het gebruik van een nieuw CRM-systeem dragen bij aan een professionaliseringsslag van onze communicatiekanalen. We gaan samen met HRM aan de slag om goede arbeidsmarktcommunicatie te ontwikkelen. Daarnaast adviseren en ondersteunen we programma- en projectleiders om het verhaal van RegiozorgNU naar buiten te brengen.

- Implementatie vernieuwde huisstijl
- Implementatie nieuwe website
- Implementatie nieuw CRM-systeem Corpio
- Arbeidsmarktcommunicatie i.s.m. HRM
- Communicatieadvies en -ondersteuning programma's en activiteiten

#### **10.1.4 HRM**

We vinden het belangrijk te investeren in onze medewerkers omdat onze medewerkers ons belangrijkste kapitaal is. Onze kracht als eerstelijnszorg bestaat voor het grootste deel uit onze medewerkers. We willen een aantrekkelijke werkgever zijn door persoonlijke- en professionele ontwikkeling te stimuleren en aandacht te schenken aan duurzame inzetbaarheid.

Professionalisering van HR-ondersteuning door het automatiseren en digitaliseren van onze HRM processen  
Stimuleren van professionele en persoonlijke ontwikkeling van medewerkers door het volgen van opleidingen en deskundigheidsbevordering

Inzetten op duurzame inzetbaarheid, waarbij we verschillende faciliteiten bieden voor het bevorderen van vitale en gezonde medewerkers

Aandacht voor arbeidsmarktstrategie en arbeidsmarktcommunicatie

#### **10.1.5 PROGRAMMAMANAGEMENT EN PROJECTLEIDERS**

Programmaleiders zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling en inbedding van de integrale zorgprogramma's en trekken daarbij inhoudelijk nauw op met de medisch directeur.

#### **10.1.6 GOVERNANCE EN BESTUUR**

Het bestuurssecretariaat wordt uitgebreid met een beleidsadviseur zodat we de organisatie beter kunnen ondersteunen en we flexibeler kunnen inspelen op strategische organisatie- en beleidsvragen vanuit de regio en landelijk beleid. Verder willen we de medezeggenschap verder professionaliseren door de in 2023 opgerichte cliëntenraad training te bieden. Samen met bedrijfsvoering verstevigen we de planning & control cyclus met vaste evaluatie en rapportagemomenten en bereiden we ons voor op de accountantscontrole over boekjaar 2024 met als overgangsjaar het boekjaar 2023.

#### **10.1.7. SPOEDPOEST**

In 2024 wordt voor de huisartsenspoedpost een medisch manager aangesteld die verantwoordelijk is voor het medisch-inhoudelijk beleid van de spoedpost en de correcte uitvoering en bewaking daarvan. De medisch manager rapporteert aan de medisch directeur. De directie en medisch manager worden ondersteund door het dagteam (kwaliteitsadviseur, managementassistenten en teamleiding).

De toename van verrichtingen tijdens avond- nacht en weekenddiensten dwingt ons ook om na te denken over de groei van de huisartsenpost, het aantal diensten dat nodig is, maar ook de fysieke ruimte. De triage-ruimte is eigenlijk te krap, meer triagisten passen niet meer in de ruimte. Verkend wordt of een ruimte bij de SEH ingericht kan worden als extra werkplek.

## **10.2 Wijkmanagement**

Samen met de wijksamenwerkingsverbanden en wijkmanagers geven we vorm aan wijkgerichte zorg als ook de thema's vanuit het IZA. Invulling en bemensing van wijkmanagement vindt plaats in overleg met de wijksamenwerkingsverbanden.

De komende twee jaar zien we als regio een grote kans om het wijknetwerk te verstevigen. Zoals uit dit plan valt te lezen, speelt samenwerking tussen het medisch domein (huisarts, VVT, apotheek) en gemeente/ sociaal domein een cruciale rol in landelijke en regionale thema's. Al die thema's gaan uiteindelijk op wijkniveau, in samenwerking met wijkmanagers, wijksamenwerkingsverbanden, gemeenten en waar kan met betrokkenheid van bewoners, uitvoering krijgen. Dat vraagt om een andere rol en in sommige gevallen ook een andere samenstelling van wijksamenwerkingsverbanden. Het vraagt ook een andere inzet van de wijkmanagers.

Als regio-organisatie begeleiden wij de wijkmanagers en wijksamenwerkingsverbanden in het organiseren en het prioriteren van thema's. We streven hierbij naar een goede aansluiting op de inhoud van de IZA-subregioplannen van Noordwest-Utrecht en Utrecht Stad. Vier belangrijke thema's zijn:

- Toepassen van het "het goede gesprek" als gedachtegoed van persoonsgerichte zorg.



- Aan de slag gaan met oriëntatie op/ of inrichting van de ketenaanpakken gericht op preventie en leefstijl: Welzijn op Recept, Kind naar Gezond Gewicht, GLI-volwassenen, Valpreventie, Kansrijke start.
- Uitvoering geven aan de thema's uit het IZA
  - Vitaal ouder worden (Ouderen programma)
  - Mentale weerbaarheid (Programma GGZ)
  - Versterking eerste lijn en welzijn op wijkniveau (Het toewerken naar sterke organisatie op wijkniveau is hier een onderdeel van)
- Implementatie van VIPLive als netwerkinformatiesysteem voor ondersteuning van digitaal samenwerken.

# Bijlagen

## Bijlage 1. Programma Chronische integrale zorg

### Algemene toelichting

Dit jaar willen we inspelen op de verwachte stijging van het aantal mensen met chronische aandoeningen, de vergrijzing en de toenemende Multi morbiditeit. Dit plan richt zich op integrale en persoonsgerichte zorg voor diabetes type 2 (DM2), cardiovasculair risicomanagement (CVRM), en chronische obstructieve longziekte (COPD). We streven naar gekwalificeerde zorg met oog voor de leefwereld van de inwoner, digitaal waar dat kan. We ondersteunen hiervoor de zelfredzaamheid van de patiënt. Vanwege de grote overlap met de andere zorgprogramma's willen we de zorg zoveel mogelijk samengevoegd organiseren en bijdragen aan een passend verwijsaanbod in de nulde, eerste en tweede lijn. Binnen de kwaliteitscyclus worden scholingen op maat aangeboden, worden indicatoren gemeten en gerapporteerd via de landelijke benchmark van InEen. Ook wordt tenminste 1 x per jaar gereflecteerd op en gesproken over de chronische zorg in de spiegelbijeenkomsten en tijdens de praktijkbezoeken.

### Doelstellingen:

- Verbeteren van de kwaliteit van leven voor patiënten met DM2, CVRM en COPD.
- Verminderen van ziekenhuisopnames en (spoedeisende) zorgbezoeken door effectieve (secundaire) preventie, (zelf)management.
- Bevorderen van zelfredzaamheid en eigen regie, vitaliteit en veerkracht van patiënten en online zorg.
- Ontwikkelen van een integraal zorgmodel dat rekening houdt met comorbiditeit, persoonlijke behoeften en omgeving van elke patiënt.

### Strategieën:

1. **Geïntegreerde persoonsgerichte zorg:** Organisatie rondom de multidisciplinaire zorgteams bestaande uit huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, oogartsen, fysiotherapeuten, en podotherapeuten. Deze teams zetten in op samenhangende persoonsgerichte zorg voor patiënten met DM2, CVRM en COPD met oog voor de grote overlap tussen de chronische populatie en de populatie binnen de ouderenzorg en de GGZ. Hierop willen we de registratie eisen in het elektronisch patiëntendossier inrichten. Ook stimuleren we de inzet van de gecombineerde leefstijlinterventie en streven we naar een passend verwijsaanbod binnen het sociaal domein. Hiermee sluiten we aan bij de ambitie binnen de regio.
2. **Gezondheidsbevordering:** Stimuleren van gezonde levensstijlkeuzes zoals stoppen met roken, gezonde voeding en regelmatige lichaamsbeweging. Dit wordt ondersteund door workshops, groepsactiviteiten zoals de gecombineerde leefstijlinterventie of gezondheids cursussen en door individuele begeleiding.
3. **Zelfmanagementondersteuning:** Uitrollen van gepersonaliseerde zelfmanagement tools voor patiënten. Deze plannen bevatten informatie over mentale gezondheid, zingeving, medicatie, dieet, lichaamsbeweging, symptoomherkenning en andere gezondheidsvaardigheden. Voor 2024 en 2025 zijn dit: Het longaanval actieplan, de ziekte lastmeter en het spinnenweb van positieve gezondheid.
4. **E-Health oplossingen:** Samenhangend inventariseren van digitale tools zoals mobiele apps en online platforms om chronische patiënten te ondersteunen bij het beheren van hun aandoeningen en leefstijl. Hierbij valt te denken aan real-time monitoring van vitale parameters maar ook aan tele-consultatie. We streven naar passende oplossingen binnen de chronische zorg die aansluiten bij de ambitie binnen groot regio Utrecht-Amersfoort. (Trijn verband) Implementatie **gepland voor 2025**
5. **Zorg op Afstand:** Implementeren van telezorgmogelijkheden, waaronder virtuele consulten en telemonitoring volgens de aanbevelingen van de Position paper telemonitoring in de thuissituatie van LHV en Ineen (juni 2023) Dit vermindert de noodzaak van fysieke consulten en vergroot de toegankelijkheid van zorg. We werken toe naar heldere keuzes van een patiëntenplatforms en een passend en haalbaar percentage digitale zorg. In verband met de overlappende populaties van chronische zorg en ouderenzorg targets dienen de targets in samenhang te worden opgesteld.
6. **Educatie:** Organiseren van educatieve workshops en voorlichtingssessies voor multidisciplinaire chronische teams over de aandoeningen, behandelingsmogelijkheden en gezonde levensstijlkeuzes.
7. **Transmurale samenwerking:** Onder de aandacht brengen en uitrollen van de nieuwe regionale transmurale afspraken over de programmatische diabetes zorg en programmatische longzorg.
8. **Data-analyse en onderzoek:** Verzamelen en analyseren van gegevens over de effectiviteit van de implementatie. Dit zal helpen bij het identificeren van onderdelen die verbetering behoeven en het aanpassen van de betreffende zorgprogramma's.

**Mijlpalen en Evaluatie:**

- Lange Termijn (2025 en verder): Integreren van chronische programma's met comorbiditeit waarbij verwante kennis nodig is en programmatische (deels) gedelegeerde aanpak gewenst is.
- Het is belangrijk om op regelmatige basis de voortgang met de werkgroepen te evalueren en bij te sturen waar nodig binnen de kwaliteitscyclus. De integratie van technologie, educatie, samenwerking, combinatieconsulten en persoonsgerichte benadering zal een solide basis bieden voor het succes van het zorgmodel.

**Dit willen we bereikt hebben:****Geïntegreerde persoonsgerichte zorg:**

- Alle ketenpartners zijn gecontracteerd
- We maken een start met overkoepelende keten overstijgende combi-consulten.
- We starten overkoepelende combi-consulten met als pilot Atrium Fibrilleren. Ketenzorgpatiënten met als co-morbiditeit AF worden in pilotpraktijken mee behandeld binnen de chronische keten.

**Gezondheidsbevordering:**

We zetten in op een groeipercentage van 5% van verwijzingen naar de GLI

We zetten in op een groeipercentage van 5% naar de diëtist

We zetten in op een combinatie van dietethiek en een beweeginterventie bij verwijzingen van COPD-patiënten

**Zelfmanagementondersteuning:**

We rollen de volgende gepersonaliseerde zelfmanagementtools voor patiënten uit: het longaanval actieplan en het spinnenweb van positieve gezondheid.

**Zorg op Afstand:**

We implementeren de gekozen telezorgmogelijkheden, waaronder virtuele consulten en telemonitoring volgens de aanbevelingen van de position paper "Telemonitoring in de thuissituatie" van LHV en InEen (juni 2023). In verband met de overlappende populaties van chronische zorg en ouderenzorg dienen de targets in samenhang te worden opgesteld. We streven naar 10% online zorg.

**Educatie:**

We organiseren de voor de kwaliteitseisen noodzakelijke educatieve workshops en voorlichtingssessies voor multidisciplinaire chronische teams.

**Transmurale samenwerking:**

We implementeren de RTA-programmatische diabetes zorg (werkafpraak SLGT2-remmers en obesitasmedicatie) en programmatische longzorg (RTA COPD-Astma, Longformulier en het longaanval actieplan).

**Lange termijn:**

Integreren van chronische programma's met overlappende ketenzorgprogramma's en co-morbiditeit waarbij getrainde gespreksvaardigheden worden ingezet tijdens de behandeling.

## Bijlage 2. Programma Ouderenzorg

### Algemene toelichting

In de zorg voor ouderen richten we ons op drie pijlers:

1. Samenwerking met netwerkpartners: sociaal domein, huisartsenspoedpost en wijkverpleging.
2. Inhoudelijke doorontwikkeling: Vervolg proactieve zorgplanning, samenhang keten valpreventie, implementatie VIPLive Samenwerking in programma ouderen
3. Ondersteuning van de huisartsenpraktijken bij het uitvoeren van de module samenwerking rond kwetsbare ouderen thuis.

### Dit hebben we bereikt/ doelstellingen

#### Samenwerking:

- We voeren met Careyn en De Rijnhoven het projectplan toekomstbestendige zorg voor ouderen thuis uit. In dit project willen we de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen effectiever en efficiënter inrichten, door de samenwerking tussen wijkverpleging en huisartsenpraktijk te verbeteren. Dit project loopt van juni 2023 tot en met mei 2024. In dit project hebben we gekozen voor een pragmatische insteek met vier concrete deelprojecten.
  - Werken vanuit 1 benadering: we ontwikkelen één benadering voor de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en wijkverpleging. Deze benadering ontwikkelen we met een groep professionals aan de hand van het gedachtegoed 'thuis als het kan, zelf/samen als het kan en digitaal als het kan', 'positieve gezondheid' en 'reablement'.
  - Stroomlijnen van de drie grootste groepen handelingen in de wijkverpleging: steunkousen, medicatie uitdelen, persoonlijke verzorging. Bij het stroomlijnen gaan we uit van de benadering die ontwikkeld is in deelproject 1. We betrekken bewust ook de huisartsenpraktijk bij de stroomlijning, omdat het gesprek met de patiënt voordat wijkverpleging wordt ingeschakeld essentieel is voor het slagen.
  - Stroomlijnen van de aanmeldprocedure voor nieuwe cliënten wijkverpleging: in 1 of 2 locaties in onze regio ontwikkelen we een werkwijze. Doel is dat deze werkwijze inzetbaar is op meer locaties in onze regio waar dit nodig is.
  - Samenwerken in een digitaal communicatieplatform (VIPLive Samenwerken): in al onze wijken is VIPLive Samenwerken geïntroduceerd. In dit project gaan we de samenwerking tussen wijkverpleging en huisartsenpraktijk hierin verder stroomlijnen zodat deze tool nog effectiever en efficiënter in kunnen zetten. Deze deelprojecten leveren ontwerpen op, die de basis kunnen zijn voor een transformatie. In een vervolgproject willen we deze transformatie vormgeven.
- We brengen in beeld wat de zorgvraag door ouderen aan de huisartsenspoedpost is, verkennen de mogelijkheden om de zorgvraag te verlagen of het beantwoorden van de zorgvraag te vergemakkelijken.
- We maken in elke gemeente afspraken over een effectieve en efficiënte samenwerking in een kernteam van wijkverpleging, huisartsenpraktijk, sociaal domein en maken hiervan gebruik voor de inrichting van de samenwerkingsstructuur rond ouderen.
- We borgen de samenhang tussen het programma kwetsbare ouderen en de domein overstijgende ketens valpreventie. KPI's rond valpreventie zijn beschreven bij domein overstijgende ketens.

#### Inhoudelijke doorontwikkeling:

- In 2023 voeren we een project rond proactieve zorgplanning uit gericht op scholing van de nieuwe richtlijn en overdracht van huisartsenpraktijk naar huisartsenspoedpost. In 2024 en 2025 kiezen we een nieuw thema om proactieve zorgplanning te stimuleren en te verbeteren en voeren dit uit.
- Inhoudelijke ontwikkeling VIPLive ter ondersteuning van ouderenprogramma.
  - We maken met professionals een factsheet over effectieve en efficiënte samenwerking tussen huisartsenpraktijk en wijkverpleging in VIPLive Samenwerken en stimuleren gebruik.
  - We maken een factsheet over betrekken van patiënten/mantelzorgers in VIPLive Samenwerken en stimuleren gebruik
- We borgen de samenhang tussen het programma kwetsbare ouderen en de domein overstijgende ketens valpreventie. KPI's rond valpreventie vind je bij domein overstijgende ketens.

#### Uitvoer module samenwerking rond kwetsbare ouderen in huisartsenpraktijken

- Het percentage 75+'ers bij wie kwetsbaarheid is geregistreerd in het HIS met ICPC A05 stijgt. (>8,4%)
- Het percentage 75+'ers waarvoor einde levenswensen zijn vastgelegd in het HIS onder ICPC A20 blijft minimaal gelijk (=18,9%). NB: 70 tot 80% van de 75+'ers is niet kwetsbaar en krijgen dus niet vanuit het programma ouderen een einde levenswensgesprek.

### Bijlage 3. Programma GGZ

#### GGZ

De werkgroep ggz van RegiozorgNU heeft het 'regionaal ondersteuningsplan ggz' ontwikkeld. Indien 80% van de praktijkhouders meedoet met dit plan, wil RegiozorgNU de uren voor consultatie en netwerkzorg regionaal contracteren. Besluitvorming vindt plaats in het najaar 2023.

In dit plan staan twee opdrachten centraal. Ten eerste moeten we ervoor zorgen dat mensen met psychische klachten in de huisartsenvoorziening laagdrempelige persoonsgerichte zorg ontvangen zonder wachttijden. En dat daarbij het gebruik van eHealth en consultatie makkelijk toegankelijk is. Ten tweede moeten we ervoor zorgen dat er soepel en kostendekkend samengewerkt kan worden met ggz-partners en sociaal domein op het moment dat andere of aanvullende hulp of zorg nodig is.

Voor POH's-GGZ en huisartsen in het werkgebied van RegiozorgNU realiseren wij de volgende zaken in 2024-2025:

- Mogelijkheid tot laagdrempelige consultatie in VIPLive van kaderartsen ggz, psychiaters, psychologen en contactpersonen sociaal domein;
  - Het faciliteren van MDO's in VIPLive en het bieden van een aanvullende vergoeding voor deelname aan MDO's in VIPLive door huisartsen en POH's-GGZ;
  - Mogelijkheid tot het inbrengen van een patiëntcasus op de regionale overlegtafel ggz, waar ook kaderarts ggz aan deelneemt;
  - Het verzorgen van scholingen (3 per jaar, 9 accreditatiepunten) voor huisartsen en POH's-GGZ gericht op herstelgericht werken en zorg bieden in een netwerk;
  - Het verzorgen van intervisiebijeenkomsten (6 per jaar) voor POH's-GGZ;
  - Het faciliteren van ggz-netwerkvorming van POH's-GGZ en huisartsen in de regio; altijd op de hoogte van de laatste actuele ontwikkelingen ggz via socials en NUbericht;
  - Het bieden van ondersteuning aan praktijken in het werken met blended care/eHealth;
- Parallel werken wij op bovenregionaal niveau nauw samen met ggz-partners, gemeenten en verzekeraar om knelpunten te bespreken en verbeteringen door te voeren. Wij hebben samen de opdracht om de doelen uit het Integraal Zorgakkoord te realiseren. Wij werken daarom het concept 'Mentale Gezondheidscentra en verkennend gesprek' uit voor deze regio. We hebben daarin de ambitie om praktische oplossingen te realiseren, die daadwerkelijk leiden tot betere zorg en ondersteuning voor mensen met mentale problemen en hun naasten. En die er tevens voor zorgen dat huisartsen en POH's-GGZ prettiger kunnen werken.

## Bijlage 4: Programma Jeugd GGZ

### Jeugdggz

Hoewel de huisartsenvoorziening niet primair verantwoordelijk is voor jeugdzorg, heeft zij een rol in de instroom. We hebben een gezamenlijke opdracht om ervoor te zorgen dat alleen jeugdigen die dat écht nodig hebben, verwezen worden naar professionele jeugdhulp. Daarvoor zijn drie zaken nodig:

1. beschikbaarheid van een laagdrempelig ondersteuningsaanbod in het voorliggend veld;
2. deskundigheidsbevordering van huisartsen en POH's-Jeugd, specifiek op normaliseren en verwijzen.
2. netwerkvorming van partijen op het thema jeugd. Immers: als je elkaar kent, maak je sneller gebruik van elkaars aanbod en expertise.

Wijkmanagers en besturen van de wijksamenwerkingsverbanden stemmen met gemeenten af om de samenwerking op jeugd zo goed mogelijk te laten verlopen. De werkgroep jeugd van RegiozorgNU fungeert als regionaal aanspreekpunt en verbinder.

### De werkgroep jeugd van RegiozorgNU wil in 2024 – 2025:

- i.s.m. één wijksamenwerkingsverband een proeftuin jeugd opzetten waarin we:
  - Netwerkscholingen op het thema jeugd per jaar organiseren in het wijksamenwerkingsverband met partners. Doel is kennisvermeerdering op een specifiek thema dat speelt in de wijk en het beter leren kennen van netwerkpartners.
  - Voor specifieke knelpunten in het wijksamenwerkingsverband nader te bepalen oplossingen ontwikkelen. Bijvoorbeeld hernieuwde verwijsafspraken huisartsenvoorziening en jeugdzorg, zodat het voor de huisartsenvoorziening duidelijker is of en hoe verwezen kan worden en waarnaartoe.
- aanspreekpunt zijn voor wijksamenwerkingsverbanden om goede voorbeelden van samenwerking op jeugd te horen, alsook knelpunten. Goede voorbeelden worden ter inspiratie gedeeld met wijkmanagers in het wijkmanagersoverleg en met besturen van de wijksamenwerkingsverbanden. Daar waar in meerdere wijksamenwerkingsverbanden dezelfde knelpunten spelen, zullen we hierop gezamenlijk acteren en dit agenderen op regionale overlegtafels met gemeenten.

## Bijlage 5. Netwerkgorg - Oncologische zorg Noordwest-Utrecht

### Algemene toelichting

1. Bestendigen netwerk: jaarlijkse multidisciplinaire netwerkbijeenkomst, onderhoud sociale kaart, behoud kwaliteitskeurmerk LOPPSOZ.
2. Communicatie t.b.v. uitbreiden netwerk van professionals en bekendheid bij patiënten en professionals
3. Inhoudelijke doorontwikkeling: overdracht oncologiefysiotherapeuten ziekenhuis – eerste lijn, en subsidie aanvraag voor één aanvullend thema (nader te bepalen door de kerngroep)

### Dit hebben we bereikt/ doelstellingen

- Jaarlijkse multidisciplinaire netwerkbijeenkomst
- Website sociale kaart in stand houden, en aantal professionals verhogen (huidig aantal 38)
- Communicatiemiddelen voor bekendheid netwerk bij professionals en patiënten ontwikkelen en verspreiden

## Bijlage 6. Netwerkgorg: palliatieve zorg

### Algemene toelichting

Palliatieve zorg bedden we in binnen oncologische zorg en zorg voor kwetsbare ouderen. Op agenda betrekken we kaderartsen palliatieve zorg in deze werkgroepen. We hebben verbinding met het netwerk oncologische zorg in onze regio door afvaardiging van één van onze kaderartsen hierin. Door twee keer per jaar af te stemmen met de kaderartsen palliatieve zorg, zorgen we ervoor dat nieuwe ontwikkelingen op het vlak van palliatieve zorg waar gewenst en mogelijk een plek krijgen in onze regio.

### Dit hebben we bereikt/ doelstellingen

- 2 bijeenkomsten kaderartsen palliatieve zorg
- Verbinding met het netwerk palliatieve zorg in onze regio via een linking pin
- Kaderartsen palliatieve zorg op agenda aangehaakt bij werkgroepen oncologie en ouderen



## Bijlage 7. Innovatieve samenwerking en digitale ondersteuning

### Algemene toelichting

Door de toenemende digitaliseringsvraagstukken vanuit de zorgprogramma's, zal in 2024-2025 een gedegen regionale ICT-supportstructuur aangesteld moeten worden. Het is hiermee een vervolg op het NUDigitaal programma, met de komende jaren extra accenten op centrale en decentrale support (informatisering in de praktijk). Het zwaartepunt zal liggen op het toewerken naar een regionaal HIS, VIPlive/NIS voor ketenzorg & netwerk samenwerken en Corpio voor de interne verbinding. Ook gaan we ons oriënteren op zelfzorgtools voor de dagpraktijken. Daarnaast zijn er bepaalde behoeften vanuit de praktijken, bijv. advisering rond AVG/informatiebeveiliging en werkplekbeheer waar ondersteuning gewenst is. Verder zijn er de eigen interne applicaties ter bedrijfsvoering waar het beheer herzien zal worden. Tenslotte zullen bredere trajecten (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, VVT, apotheek) samen met RSO Trijn Midden-Nederland opgepakt worden.

Doelen 2024/2025 zijn als volgt:

#### Implementatie en support van de regionale systemen:

1. Het regionale HIS voor praktijken die gebruik willen maken van de regionale supportstructuur
  - a. HIS conversie/implementatie, portaal/PGO
  - b. Afgestemde supportstructuur (functioneel, leveranciersmanagement, changemanagement etc.)
  - c. PDCA-cyclus > Monitoring/evaluatie systemen met digicoaches/keyusers
2. VIPlive/NIS voor ketenzorg en netwerksamenwerking (protocollen/vragenlijsten)
3. Zorg op afstand applicatie (MeetNU zelf pilot)
4. Corpio voor RegiozorgNU voor interne verbinding
  - a. CRM-systeem
  - b. Community/nieuws
  - c. Scholingen i.c.m. aanbieden e-learnings later
  - d. Documentbeheer
  - e. Verkenning Zorg4 concept sociale kaart (basis CRM Corpio)
5. Oriëntatie op zelfzorgtools voor de dagpraktijken.

#### Professionalisering ICT-supportorganisatie:

1. Implementatie platform/intranet (Corpio) voor thema's Zorgprogramma's, maar ook ICT-thema's om de informatisering in de praktijken te ondersteunen
2. Uitbreiding interne ICT-capaciteit door
  - a. Werven van 2 adviseurs/beheerders (domeinen HIS/portaal/zelfmetingen en Samenwerken)
  - b. Aanscherping van het ICT-support pallet a.d.h.v. de behoeften van de praktijken. Er is een duidelijke scheiding tussen support centraal/decentraal/ leverancier/ samenwerking derden (juridisch advies)
  - c. Data-analist voor interne rapportages/dashboarding voor de regio-organisatie en programmamanagers
3. Informatisering zorgverlener door
  - a. Het opleiden van interne digicoaches/key users, die ondersteund worden door de centrale ICT-support organisatie en een zorginnovatie coach. Deze rol zet in op verbinding en de verandering in de praktijken en schakelt met de centrale ICT-support organisatie (implementatie en evaluaties)
  - b. Basic ICT-trainingen aanbieden (ICT academy via Corpio)
  - c. Stimuleren van de ICT-ladder (bijv. voor MTVP) bij praktijken om periodiek de eigen volwassenheid m.b.t. digivaardigheden, algemene ICT en AVG/Informatiebeveiliging te monitoren en hiermee aandachtspunten te herkennen voor de eigen praktijk.
  - d. Helpen met inzicht geven in de 'patiëntkant' en patiënten helpen door kennisdeling (via bijv. Digisterker samenwerking in bibliotheken) om meer vertrouwen te krijgen in het gebruik van e-services van het portaal.

#### RSO Trijn Midden-Nederland projecten:

Er wordt voor discipline overstijgende thema's opgetrokken met RSO Trijn. Dit is voor o.a. voor brede verwijfsfunctie, datafundament, medicatieoverdracht. De exacte planning is nog niet bekend.

#### Anticiperen op nieuwe wet- en regelgeving (AVG/Info)