



Integrale Gezinspoli

Handreiking voor het uitvoeren
van de basisfunctionaliteit

Inhoudsopgave

1	Doel van de Integrale Gezinspoli	4
2	Doelgroepafbakening	7
3	Interventies	9
4	Samenwerkingsafspraken en betrokken professionals	14
5	Organisatie en samenwerking	18
6	Financiën	20
7	Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en monitoring	21
8	Kennisdeling	23
9	Stappenplan voor start, opschaling en optimalisatie	24
10	Regionale en lokale uitwerking	28
	Bijlage 1: Praktijkvoorbeelden uit leertraject Sociale geboortezorg	29
	Bijlage 2: Gereedschapskist met interventies	32
	Bijlage 3: Verbinding sociale en gezonde basisinfrastructuur	33

Meer informatie

Meer handreikingen voor basisfunctionaliteiten en informatie over de onderdelen D5 en D6 van het AZWA vind je op zorgakkoorden.nl/azwa.

Doel van deze handreiking

Kader vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn landelijk afspraken gemaakt over inzet op zogenaamde 'basisfunctionaliteiten': een afgesproken, minimaal noodzakelijke functie op het snijvlak van zorg, sociaal en publieke gezondheidsdomein. De samenwerking vanuit de domeinen zorg, sociaal en publieke gezondheid is hierbij noodzakelijk. Het betreft een netwerkaanpak, met in elk geval inzet van professionals gericht op het:

1. Signaleren van kwetsbare omstandigheden (breder dan sec zorg). NB. In AZWA betreft het de term 'opsporen en signaleren'
2. Handelen: ondersteuning – en waar nodig zorg – bieden en/of bijschakelen om
3. Zwaardere zorg en ondersteuning te voorkomen.

De aanpak omvat ook de coördinatie op de bovenstaande onderdelen.

Het doel van basisfunctionaliteiten is tweeledig:

1. *Gezondheidsgelijkheid*: vergroten van gelijke kansen op gezond leven en daartoe het verkleinen van gezondheidsachterstanden.
2. *Voorkomen van (zwaardere) zorg en ondersteuning*: het beperken van de toestroom naar zorg en ondersteuning door het versterken van de samenwerking tussen het zorg-, sociaal en publiek gezondheidsdomein, met netto minder inzet (hetzij financieel, hetzij arbeidskracht in zorg, sociaal domein en publieke gezondheidsdomein).

De Integrale Gezinspoli (IGP) is opgenomen als één van de basisfunctionaliteiten als onderdeel van Kansrijke Start. De ambitie zoals afgesproken met dit landelijk akkoord: in 2030 een landelijk dekkend netwerk aan Integrale Gezinspoli in Nederland. In het AZWA staat de 'Integrale Gezinspoli niet nader beschreven. Deze handreiking biedt inzicht en handvatten voor de praktijk om aan de slag te gaan.

Doel van de handreiking: betrokkenen van partijen uit het zorg, publieke gezondheid en sociaal domein (o.a. ziekenhuizen, jeugdgezondheidszorgorganisaties/GGD'en, welzijnsorganisaties, informele steunorganisaties, verloskundigenpraktijken, gemeenten en zorgverzekeraars) krijgen handvatten om de IGP in hun regio vorm te geven, zodat zij weten welke keuzes, acties en samenwerkingsafspraken nodig zijn om tot een goed werkende IGP te komen. Deze handreiking schept kaders over wat IGP omvat, waarbij er regionaal ruimte is om dit in te vullen afhankelijk van de regionale opgaven. De mandaatgemeente en preferente zorgverzekeraar gaan in afstemming met de andere gemeenten in hun regio als regisseur aan de slag met het opstellen van een regionale werkagenda voor de basisfunctionaliteiten om te komen tot een regionaal dekkend aanbod in 2030.

Binnen het AZWA-leefgebied Kansrijk opgroeien maken de IGP en Nu Niet Zwanger (NNZ) deel uit van de basisfunctionaliteit Kansrijke Start. Parallel aan deze handreiking worden de handreikingen van Kansrijke Start en NNZ ook opgesteld. Rookvrije start staat op de ontwikkelagenda. De handreiking daarvoor wordt eind Q2 2026 verwacht. Ook is de handreiking Kansrijke start geüpdatet.

Deze handreiking is opgesteld door Andersson Elffers Felix (AEF) – in samenspraak met de werkgroep de GGD GHOR NL, ActiZ, Sociaal Werk NL, VNG, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De handreiking is getoetst bij de beroepsgroepen AJN, V&VN Jeugdverpleegkundigen, NVK, NVOG en BPSW.¹ Verder zijn Pharos, NCJ en RIVM geconsulteerd. De partijen hebben afgesproken dat deze handreiking een 'levend' document is. Periodiek wordt vanuit (minimaal) ZN, VNG en Rijk nagegaan of aanpassingen nodig zijn.

1 Met de KNOV vindt nog afstemming plaats over de handreiking IGP.

1 Doel van de Integrale Gezinspoli

1.1 Aanleiding

De ondersteuning en zorg voor (aanstaande) gezinnen die – al dan niet tijdelijk – verkeren in kwetsbare omstandigheden is in de praktijk vaak versnipperd georganiseerd over meerdere professionals vanuit het zorg, sociaal en publieke gezondheidsdomein.² Ook is er met regelmaat onvoldoende alertheid en handelingsperspectief rond kwetsbare sociale omstandigheden tijdens consulten in het zorg domein. Dit leidt ertoe dat gezinnen geen passende ondersteuning ontvangen, plus dat inzet niet goed op elkaar is afgestemd, met als gevolg onder meer:

- verergering van problematiek en escalaties, die deels voorkomen hadden kunnen worden;
- afnemend vertrouwen vanuit gezinnen in professionals en organisaties.

In de praktijk zien we dit bijvoorbeeld bij gezinnen met een excessief huilende baby, bij gezinnen met vroeggeboren kinderen en kwetsbare sociale omstandigheden,³ of bij zwangeren met psychische problemen en/of stress door bijvoorbeeld financiële zorgen. Deze mensen kunnen veel profijt hebben van ondersteuning en zorg die onderling tussen professionals goed is afgestemd, tijdig wordt benut, continuïteit kan bieden met – waar nodig – een langere begeleiding van het kind en gezin, en passende (gezondheids)adviezen die breder ingaan op het welbevinden van het (aanstaande) gezin dan alleen vanuit medische blik. Dit biedt onder meer kansen om de cyclus van - vaak intergenerationele - gezondheidsachterstanden te doorbreken.

Het meer in samenhang organiseren van de hulp voor deze (aanstaande) gezinnen in – al dan niet tijdelijk – kwetsbare omstandigheden biedt kansen om hen eerder en beter te helpen, onder andere met sociale kwetsbare omstandigheden die met regelmaat resulteren in onder andere een beroep op medische zorg. Het liefst buiten het ziekenhuis, in de omgeving van (aanstaande) gezinnen. Deze aspecten kunnen positieve effecten hebben op het kind, gezin, professionals én maatschappij. Kwalitatief in ervaren effecten en kwantitatief als het gaat om inzet van menskracht en middelen (zie voor een nadere onderbouwing hoofdstuk 3 over te verwachten effecten).

Ouders aan het woord | Input uit interviews met (aanstaande) gezinnen in het HagaZiekenhuis

‘Ik wil gewoon een luisterend oor en iemand die mij misschien kan helpen om wat orde aan te brengen in mijn post. Fijn als dat een **ervaringsdeskundige/vrijwilliger** is’ – *moeder op de POP-poli.*

‘Ik zou **niet weten waar ik heen moet** als er iets in mijn gezin speelt dat voor stress zorgt. Misschien de huisarts?’ – *moeder met een kind van 2 jaar op de poli Kinderartsen.*

‘Al mijn kinderen krijgen hulp, allemaal van andere professionals. **Ik mis één aanspreekpunt** dat mijn gezin kan helpen, met wat er dan ook speelt. Zeker nu ik weer zwanger ben.’ – *een (aanstaand) gezin op de Mama Pluspoli.*

‘Wat goed zou het zijn als ik op **één locatie geholpen** word. Nu moet ik soms van hot naar her.’ – *een (aanstaand) gezin op de POP-poli.*

‘Ik vind het goed dat een arts ook naar stressfactoren in mijn gezin vraagt.’ – *vader met een kind van 1 jaar op de poli Kinderartsen.*

‘Wij horen wisselende geluiden over het CJG, maar vond het prettig dat er met Stevig Ouderschap ruimte was om naar mij te luisteren en dat ik een vast aanspreekpunt had.’ – *een gezin op de Nazorgpoli neonatologie.*

‘Ik wist helemaal niet dat ik hulp kon krijgen bij de dingen die er verder in mijn gezin speelden. Fijn dat daar aandacht voor is.’ – *een (aanstaande) moeder op de POP-poli.*

2 In deze handreiking gebruiken we de term ‘publieke gezondheidsdomein’ om het domein van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) aan te duiden. De JGZ valt wettelijk onder de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de uitvoering wordt gefinancierd via gemeentelijke middelen uit het sociaal domein. Voor de leesbaarheid en om de brugfunctie tussen medische zorg en sociale ondersteuning te benadrukken, spreken we in de context van de IGP over samenwerking tussen het zorg domein, het publieke gezondheidsdomein (JGZ) en het brede sociaal domein.

3 Zie [Doelgroepafbakening](#) voor een definitie.

1.2 Wat is een Integrale Gezinspoli en wat is het doel?

De Integrale Gezinspoli (IGP) is een sociaal-medische netwerksamenwerking, die (aanstaande) gezinnen in kwetsbare omstandigheden integraal ondersteunt. In de praktijk kan dit op diverse manieren georganiseerd worden, afhankelijk van de regionale opgave en manier van samenwerking die al staat. De kern ligt altijd in de verbinding tussen zorg, sociaal en publiek gezondheidsdomein. (Aanstaande) gezinnen worden door de verschillende betrokken professionals gezien op één fysieke locatie. Zie in de voetnoot⁴ de link naar een aantal praktijkvoorbeelden, welke voor een deel zijn beschreven in de bijlage.

Doel: (aanstaande) gezinnen in de eerste 1000 dagen (tijdens de zwangerschap tot een leeftijd van circa 2 jaar) waar kwetsbare sociale omstandigheden spelen én die zorg nodig hebben vanuit de tweede of derde lijn⁵ (professionals uit het ziekenhuis) – of hier hoog risico op lopen – passend en tijdig ondersteunen. Hierdoor ervaren deze gezinnen snellere en betere ondersteuning, passendere hulp, minder problemen en minder stress. Zo wordt naar verwachting een kansrijkere start voor het kind en gezin mogelijk gemaakt en worden gezondheidsachterstanden verkleind. Ook leidt het naar verwachting tot minder (zware) zorg en gerichtere inzet van professionals, met name doordat zij minder ‘zoektijd’ kwijt zijn om (aanstaande) gezinnen de juiste hulp te bieden.

Om dit doel te bereiken is de IGP ingericht als een netwerksamenwerking tussen partners uit de nulde, eerste, tweede en derde lijn.⁶ De samenwerking tussen partijen uit het zorg, sociaal en publiek gezondheidsdomein is het middel om de zorg en ondersteuning in de omgeving van het kind/gezin te organiseren (bijvoorbeeld via de JGZ) en via gezamenlijke triage en consultatie instroom in de tweede en derde lijn te voorkomen. De insteek is hierbij niet-medisch waar mogelijk, en medisch waar nodig. De IGP is hiermee een essentieel onderdeel van de brede Kansrijke Start-aanpak.

Dit vertaalt zich naar onderstaande drie onderdelen⁷ van de basisfunctionaliteit IGP:

1. **Signaleren van kwetsbare omstandigheden**⁸

Zowel kwetsbare medische als (psycho)sociale omstandigheden worden vroeg en systematisch gesignaleerd⁹ en bespreekbaar gemaakt met de (aanstaande) ouders. Dit voorkomt dat problemen pas opduiken als het echt niet meer gaat. Dit stelt gezinnen in staat om - waar nodig - problemen aan te pakken voordat deze escaleren.

2. **Handelen: ondersteuning – en waar nodig zorg – bieden en/of dat bijschakelen**

Vanuit de IGP-netwerksamenwerking wordt passende en gerichte hulp (ondersteuning en zorg) geboden door een vast zorg-sociaal kernteam – met vaste gezichten vanuit onder andere informele steunorganisaties, ziekenhuis en jeugdgezondheidszorg (bij GGD of apart) - met de juiste bundeling van expertise vanuit verschillende disciplines (zie beschrijving onder hoofdstuk 4.1). Met een vast kernteam voor het (aanstaande) gezin is voor de (aanstaande) ouders duidelijk wie hun eerste aanspreekpunt is. Waar nodig kan deze professional de coördinatie van de inzet van/het zoeken naar de juiste hulp op zich nemen (zie toelichting in hoofdstuk 4.2). Dit geeft rust en vertrouwen voor het (aanstaande) gezin. Aanvullend zijn er samenwerkingsafspraken nodig met informele steunorganisaties over de inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen. Zij kunnen helpen om gezinnen te versterken en drempels te verlagen. Ze helpen professionals in het team om op een andere manier naar (aanstaande) gezinnen en hun hulpvraag te kijken, en ondersteunen bij vroegsignalering van bijvoorbeeld geldzorgen en het bespreekbaar maken hiervan.

4 Diverse van deze concepten zijn verkend in het [Leertraject Sociale geboortezorg in het ziekenhuis \(en eruit!\) | CPZ](#).

5 Zie [Doelgroepafbakening](#) voor een definitie.

6 Onder **nuldelijnszorg** wordt verstaan: informele steun en ondersteuning, zoals vanuit het sociale netwerk (gezin, familie, vrienden), informele steunorganisaties (vrijwilligers, ervaringsdeskundigen). Onder nuldelijnszorg kan ook vrij toegankelijke ondersteuning vanuit het sociaal domein vallen, zoals welzijnswerk. **Eerstelijnszorg** betreft laagdrempelige, direct toegankelijke professionele zorg en ondersteuning, waaronder de JGZ, huisartsen, eerstelijns verloskundigen en vrij toegankelijke jeugdhulp. **Tweedelijns-** en **derdelijnszorg** (medisch-specialistische zorg) betreft zorg geleverd door medisch specialisten, veelal in het ziekenhuis, na verwijzing, maar ook bepaalde jeugdhulp welke op verwijzing beschikbaar is. De UMC's kunnen als academische/derdelijnsziekenhuizen ook deelnemen aan een IGP, maar gezien hun specialistisch aanbod zal dit minder vaak voorkomen.

7 Deze onderdelen sluiten aan bij de definitie van de basisfunctionaliteit zoals genoemd in het Begrippenkader basisfunctionaliteiten.

8 NB. In AZWA betreft het de term 'opsporen en signaleren'.

9 In de handreiking Kansrijke Start zijn gevalideerde screenings- en signaleringsinstrumenten opgenomen die hiervoor gebruikt kunnen worden. Voorbeelden van gevalideerde screeningsinstrumenten zijn AlphaNL, R4U en Mind2Care, voorbeelden van gevalideerde signaleringsinstrumenten zijn SPARK en de GIZ-methodiek. Ook is de zorgpadentool beschikbaar in sommige gemeenten, die helpt in bieden van overzicht naar welke expertise kan worden verwezen.

3. Voorkomen van zwaardere zorg en ondersteuning

Door vroegtijdig te signaleren, bespreken en handelen, neemt naar verwachting de kans op zwaardere problemen en escalaties af. Dit leidt tot betere gezondheidsuitkomsten voor kind en ouders en minder zware zorg en ondersteuning. Zie voor een onderbouwing het hoofdstuk 3.3 'Verwachte effecten van de Integrale Gezinspoli'.



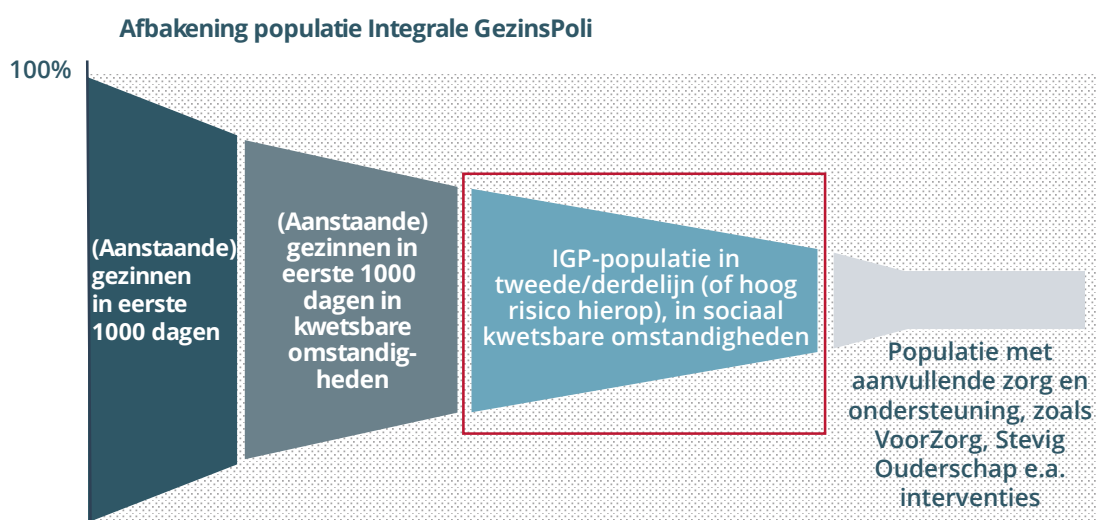
Figuur 1 Visuele weergave van onderdelen van de IGP

2 Doelgroepafbakening

De doelgroep van de Integrale Gezinspoli bestaat uit (aanstaande) gezinnen in de eerste 1000 dagen (tijdens de zwangerschap tot circa 2 jaar) *waar kwetsbare sociale omstandigheden spelen én die zorg nodig hebben vanuit de tweede of derde lijn*¹⁰ (professionals uit het ziekenhuis) – of hier hoog risico op lopen.

Dit is een subgroep binnen de gehele eerste 1000 dagen populatie in kwetsbare omstandigheden (vanuit Kansrijke Start) en een subgroep binnen de populatie die vanuit tweede- of derdelijnszorg geholpen worden; het betreft namelijk uitsluitend (aanstaande) gezinnen waar een sociaal kwetsbare situatie aan de orde is.

Bij 'kwetsbare sociale omstandigheden' kan je onder meer denken aan stress door financiën, huisvesting, in de relationele sfeer, opvoed- en opgroei-problematiek, licht verstandelijke beperking, een trauma wegens bijvoorbeeld vroeggeboorte. Zie voor een nadere toelichting de definitie van kwetsbare omstandigheden van het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam. We realiseren ons dat dit een brede definitie is. Dat is bewust, aangezien het met name aan de IGP-samenwerkingspartners ruimte moeten hebben om elkaar te benutten rond de (aanstaande) gezinnen waar zij dit nodig achten. Een specifieke top-down afbakening doet geen recht aan de realiteit in de praktijk en de expertise van professionals om deze afweging te maken.



Figuur 2 Onderscheid populatie (aanstaande) gezinnen in kwetsbare sociale omstandigheden

We realiseren ons dat de samenwerking vanuit zorg domein met de jeugdgezondheidszorg en partijen uit het sociaal domein breder relevant is om (aanstaande) gezinnen onder begeleiding van eerstelijns-verloskundigen goed te ondersteunen. De samenwerking rond de Integrale Gezinspoli gaat echter specifiek over de doelgroep waar professionals uit het ziekenhuis ook een rol hebben.

NB. Samenwerkingsverbanden kunnen besluiten om hun samenwerking te verbreden – bijvoorbeeld met inzet voor kinderen vanaf twee jaar en ouder. Dit is hun eigen afweging en wordt niet verplicht vanuit de IGP-basisfunctionaliteit.

10 Definitie tweede- en/of derdelijnszorg in relatie tot IGP: medisch-specialistisch zorg vanuit ziekenhuizen (tweede lijn) en UMC's (derde lijn) tijdens de zwangerschap, rondom de geboorte of in de eerste levensfase tot 2 jaar (voor bijv. prematuriteit, dysmaturiteit, asfyxie, voedings-, slaap-, huidproblematiek, psychiatrische problematiek, maar deze lijst is niet uitputtend).

Toelichting doelgroepen:

1. Hulp voor en na de geboorte

- (Aanstaande) gezinnen met verhoogde kwetsbare omstandigheden wegens complexe sociale problematiek. Er zijn stressfactoren op meerdere levensdomeinen (geld, werk, zorg etc.) in het gezin. Dit is in principe de (huidige) populatie van de MamaPlusPoli's (naamgeving poli verschilt in de praktijk).
- (Aanstaande) gezinnen met verhoogde kwetsbare psychosociale omstandigheden. Deze zwangeren worden over het algemeen op de POP-poli geholpen, bijvoorbeeld omdat de psychische problemen van moeder niet onder controle zijn of omdat er bij een vorige zwangerschap psychische klachten waren.¹¹

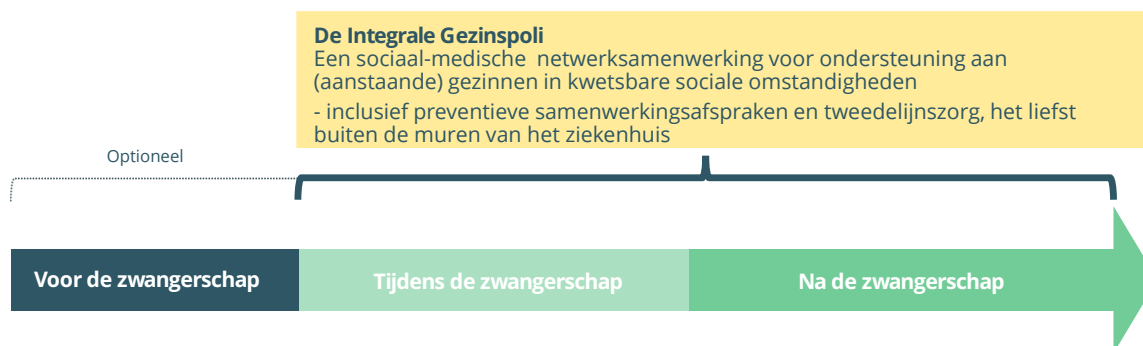
2. Aanvullend: specifiek voor hulp na de geboorte

- Gezinnen die potentieel in aanmerking komen voor nazorg vanuit de neonatologie, wegens vroeg- (premature) en/of te licht geboren (dysmature) kinderen, kinderen met asfyxie (zuurstoftekort), kinderen met een ontwikkelingsachterstand, gezinnen met een trauma wegens vroeggeboorte én kwetsbare sociale omstandigheden (naast medische noodzaak).¹²
- Gezinnen waarin slaap-, eet- en huilproblemen spelen, aangezien dit in veel van de gevallen geen medische oorzaak kent.¹³ Bij gezinnen met kwetsbare sociale omstandigheden kan dit zich somatisch uiten, waar de oorzaak niet (uitsluitend) medisch lijkt te zijn.

Eventueel aanvullende afspraken over te maken, maar geen standaard onderdeel IGP

- De doelgroep voor de zwangerschap (zoals op fertiliteitspoli's) is in dit stadium geen primaire doelgroep van de IGP. De samenwerking realiseren voor de fase tijdens de zwangerschap en na de geboorte zijn echter al dermate omvangrijk – zeker in regio's waar de samenwerking tot nu toe beperkt staat – dat het voor nu te ver gaat om de fase voor de geboorte standaard onderdeel van de IGP-samenwerking te maken. Daar komt bij dat het bij de fertiliteitspoli's deels andere betrokken professionals (o.a. de JGZ is niet standaard betrokken).
- Voor kinderen met aangeboren afwijkingen geldt ook dat zij niet primaire doelgroep zijn van de IGP. Wel kan deze netwerksamenwerking natuurlijk worden benut voor verbinding met passende ondersteuning uit sociaal domein.

Deze handreiking - en daarmee ook de doelgroepafbakening – wordt periodiek herzien.



Figuur 3 Visuele weergave eerste 1000 dagen en de Integrale Gezinspoli

11 NB. Een deel van deze zwangeren dient vanwege medicatie voor psychische klachten onder controle in het ziekenhuis staan, en heeft verder geen sociale behoefte/kwetsbare omstandigheden. Voor deze doelgroep is de IGP over het algemeen niet relevant.

12 Ook hier geldt: een deel van deze gezinnen heeft – naast de specifieke medische zorg – geen behoefte of noodzaak tot andere hulp en zal niet direct baat hebben bij de samenwerking vanuit de IGP.

13 [JGZ-richtlijn Excessief huilen.](#)

3 Interventies

De term interventies is niet geheel passend bij de basisfunctionaliteit IGP. De IGP is een sociaal-medische netwerksamenwerking. Deze netwerksamenwerking – gericht op korte lijnen vanuit zorg, publieke gezondheid en sociaal domein (informeel en formeel) – kan leiden tot inzet van concrete interventies (bijvoorbeeld zoals opgenomen bij het Loket Gezond Leven onder het thema Kansrijke Start, zoals VoorZorg, integrale vroeghulp, interactieve groepszorg zoals Centering). Dergelijke interventies zijn echter geen standaard elementen van het concept Integrale Gezinspoli.

3.1 Elementen IGP

IGP is een overkoepelende term voor verschillende werkwijzen, met een aantal vaste elementen. Bij de onderstaande elementen wordt bewust niet ingegaan op **hoe** dit in de praktijk invulling te geven. Dat is aan de IGP-samenwerkingspartners om te organiseren op een manier die past bij de populatie, organisatie en huidige samenwerking in het betreffende gebied.

Elementen

1. **Eén kernteam** met vaste betrokken professionals vanuit JGZ, zorg en sociaal domein, gericht op- en uitbouwen van expertisefunctie en samenwerking. Het kernteam biedt continuïteit van begeleiding en zorg, wat belangrijk is voor deze doelgroep.¹⁴ Professionals uit het kernteam zijn elkaars eerste aanspreekpunt vanuit hun sector. Daarbij gaat het om vragen als 'bij wie moet ik zijn?', 'kan jij zorgen dat dit gezin daar hulp krijgt'. Bij agendering in sociaal-medisch MDO zijn zij aanwezig voor de bespreking van deze casuïstiek.
NB. Korte lijnen binnen het sociaal-medisch kernteam is een belangrijk organisatorisch en inhoudelijk element binnen de IGP. Daarbij is het goed om te realiseren dat dit maar voor een deel van de (aanstaande) gezinnen in de eerste 1000 dagen relevant is en er een bredere sociaal-medische samenwerking tot op wijkniveau onder ligt/te benutten is (met inzet van lokale coalities Kansrijke start en in toenemende mate het Verloskundig SamenwerkingsVerband).
2. **Bundeling van expertise** over kwetsbare sociale en medische omstandigheden die van invloed kunnen zijn op (aanstaande) gezinnen in de eerste 1000 dagen. Professionals uit het kernteam zijn complementair aan elkaars specifieke expertise en beschikken ieder over kennis over sociale stressfactoren, de ontwikkeling van het kind en risico's bij de specifieke omstandigheden waarin deze IGP-populatie kan verkeren.¹⁵ Kennisuitwisseling vindt op dagelijkse basis op casusniveau plaats en in het sociaal-medisch MDO met het kernteam. Daarnaast kan aanvullende scholing worden gevolgd waar nodig. Deze expertise stelt professionals in staat om niet alleen de medische symptomen te behandelen, maar direct passende, onderbouwde interventies in te zetten die zowel het gezinssysteem als de gezondheid van het kind versterken (zoals Infant Mental Health expertise).
3. **Eén aanspreekpunt voor het gezin**, in elk geval voor hun vragen/behoefte over inzet vanuit/ contacten met partijen uit het sociaal domein. NB. Zie hoofdstuk 4.2 voor de coördinerende rol hierin.
4. **Warme overdracht**, waarbij de professional uit het kernteam actief contact opneemt en het gezin introduceert, in plaats van alleen een schriftelijke verwijzing te sturen richting professionals uit zorg-, publieke gezondheid- en sociaal domein. Zo wordt continuïteit gewaarborgd en weten ouders bij ontslag uit het ziekenhuis of andere overdracht direct bij wie ze terecht kunnen voor verdere ondersteuning. NB. Uit de samenwerkingsafspraken en het professionele oordeel van de betrokken professionals volgt in welke gevallen een schriftelijke verwijzing volstaat en waar een warme overdracht meerwaarde heeft.

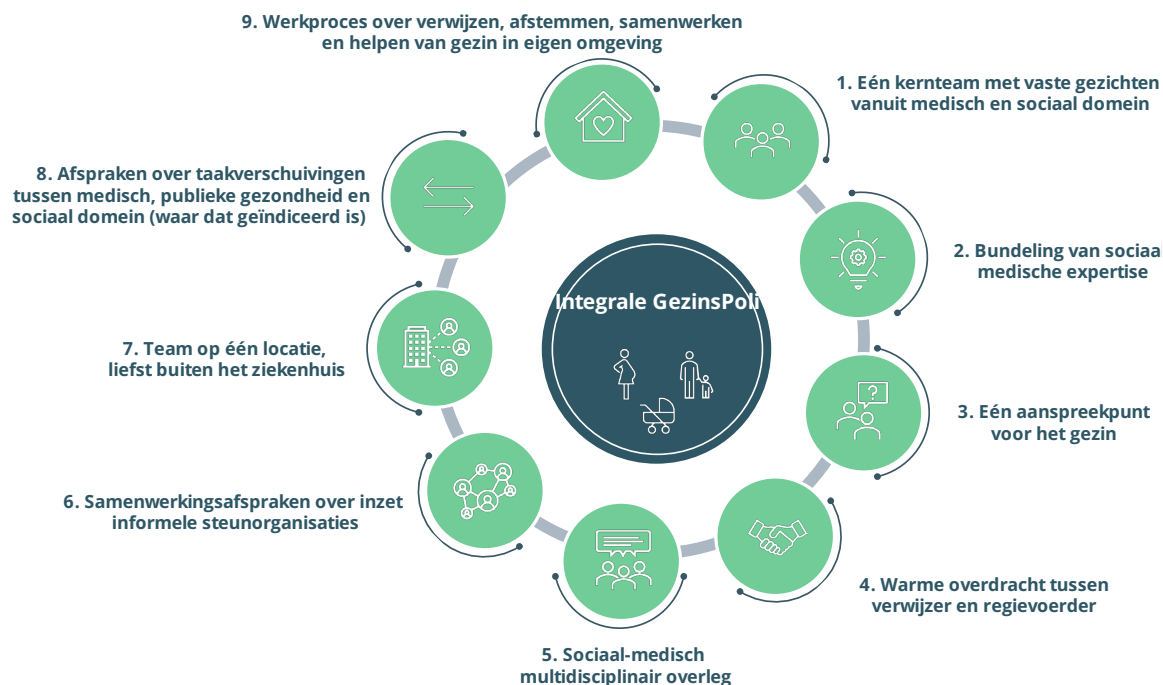
14 Continuïteit van zorg en ondersteuning is een belangrijk uitgangspunt binnen de IGP. Voor gezinnen in kwetsbare sociale omstandigheden is het belangrijk dat ondersteuning over tijd en tussen betrokken professionals op elkaar aansluit. Dit draagt bij aan het vertrouwen van gezinnen in de ondersteuning, bevordert de gezondheid en het welbevinden van kinderen en ouders, en ondersteunt professionals in het leveren van samenhangende zorg. Continuïteit omvat verschillende dimensies, zoals relationele continuïteit (vaste gezichten), goede overdracht van informatie en organisatorische continuïteit (afstemming tussen betrokken partijen). Het organiseren van deze vormen van continuïteit is voorwaardelijk voor het slagen van de samenwerking. World Health Organization (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*.

15 Het team gebruikt dezelfde kennis op basis van de richtlijnen (gebaseerd op richtlijnen NCJ en ziekenhuis).

5. **Multidisciplinair overleg** (MDO) met afvaardiging vanuit JGZ, zorg en sociaal domein vanuit het kernteam of andere betrokkenen, in wisselende samenstelling afhankelijk van de context van de poli en doelgroep. Bijvoorbeeld elke week of twee weken per poli over de (aanstaande) gezinnen in kwetsbare sociale omstandigheden. Hierbij kan worden aangesloten bij al bestaande MDO's.
6. Er zijn **samenwerkingsafspraken over hoe de bijdrage vanuit informele steunorganisaties met vrijwilligers en ervaringsdeskundigen¹⁶ onderdeel zijn van de IGP** om (aanstaande) gezinnen te ondersteunen (bijvoorbeeld met een luisterend oor, meegaan naar een gezamenlijk MDO, om de financiën of een aanvraag op orde te maken en om mee te gaan naar een loket). Waar mogelijk met fysieke ruimte voor ontmoeting en verbinding. Eventueel via sociaal werkers, die kennen het lokale aanbod goed en kunnen daarom de koppeling met informele steunorganisaties goed maken. NB. Ouders geven aan bij een aanzienlijk deel van hun vragen/problemen de voorkeur te geven aan informele steun in plaats van formele zorg en/of ondersteuning.
7. De benodigde expertise en consulten zijn zoveel mogelijk op **één plek beschikbaar**, het liefst buiten het ziekenhuis in een 'huiskamercontext' in plaats van een medische context zodat gezinnen zich snel op hun gemak voelen. Alhoewel de term 'poli' op kan roepen dat een IGP in het ziekenhuis zit, is dit niet altijd relevant en vaak juist gewenst om de zorg buiten het ziekenhuis te positioneren.
8. Afspraken over **taakverschuivingen** – waar relevant – zoals verschuiving van 2e naar 1e lijn, van zorg naar publieke gezondheid en/of sociaal domein en coördinerende rol in publieke gezondheid of sociaal domein.
9. Een **werkproces** over hoe wordt afgestemd met andere professionals in de eerstelijns over verwijzingen, samenwerking en overleg met de IGP. Bijvoorbeeld eerstelijnsverloskundigen, huisartsen, tweede lijn, Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV), kraamzorg en JGZ, passend bij het aanbod vanuit deze disciplines. Dit gaat ook over de populatie die mogelijk ziekenhuiszorg nodig heeft, met als doel dit zoveel mogelijk voor te zijn, dan wel zo kort en efficiënt mogelijk te benutten en **het gezin te helpen in eigen omgeving**.

3.2 Visuele weergave Integrale Gezinspoli

Hieronder hebben we in een figuur de elementen van een IGP uiteengezet.



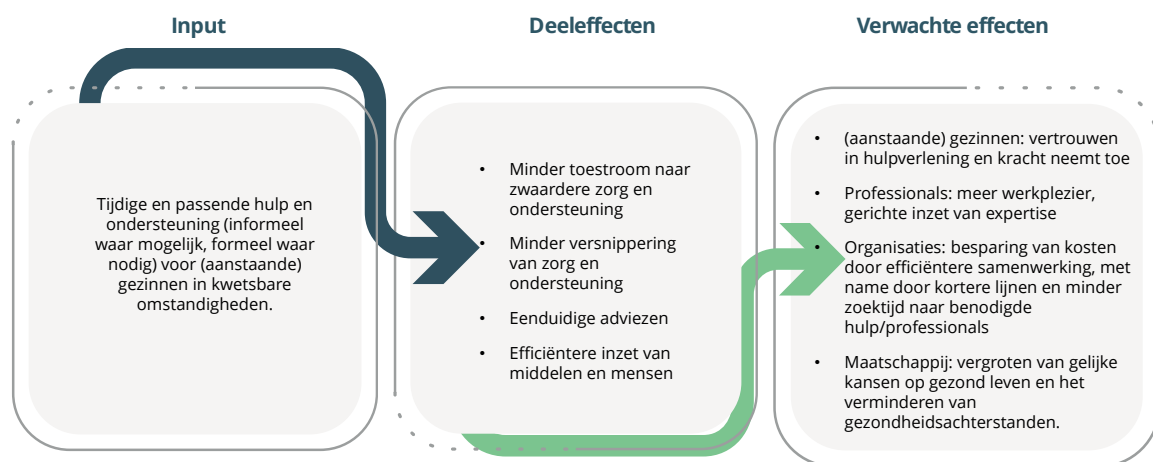
Figuur 4 Visuele weergave van de elementen van de IGP.

¹⁶ Voor inzet van informele organisaties, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers moeten passende afspraken zijn gemaakt over voorwaarden zoals positionering in teams, passende ondersteuning, training en duurzame financiering. De Participatiehubs zijn een relevante kennis- en samenwerkingspartner of behoeften van gezinnen in kaart te brengen. Er is kennis beschikbaar over hoe deze inzet te organiseren vanuit Sterker uit Armoede of Pharos. Voor meer informatie over het informele steunaanbod zijn onder meer het Informele steuncollectief en Pharos te benaderen.

3.3 Verwachte effecten van de Integrale Gezinspoli

Een indicatieve maatschappelijke kosten en batenanalyse (MKBA) vanuit het HagaZiekenhuis en gemeente Den Haag met hun samenwerkingspartners laat zien dat de integrale samenwerking vanuit zorg, publieke gezondheid en sociaal domein voor de ziekenhuispopulatie naar verwachting positief is voor:

- **Het (aanstaande) gezin.** Zij worden eerder en beter geholpen bij hun problemen doordat er breder met hen wordt meegedacht. Zij ervaren een meer doorlopende lijn van zorg en meer vertrouwde ondersteuning.
- **Professionals.** Zij worden gericht ingezet op hun kernexpertise en hoeven minder te zoeken naar ingangen, met name in het sociaal domein. Dit scheelt hen veel tijd.
- **Het ziekenhuis, de gemeente en de zorgverzekeraar.** De IGP zorgt voor een gezondere start voor (aanstaande) gezinnen en minder (ernstige) problemen. Naar verwachting bespaart deze samenwerking hun allen kosten doordat deze efficiënter verloopt, er minder afspraken/consulten nodig zijn, en problematiek minder escaleert. Met name bij het ziekenhuis en de zorgverzekeraar scheelt dit inzet (en daarmee kosten). Hierbij is het goed om te realiseren dat de MKBA met name positief uitpakt voor alle partijen door de vermindering van 'zoektijd' naar de juiste professional (niet door mogelijk preventieve effecten op minder benodigde zorg en ondersteuning).



Figuur 5: Versimpelde weergave van de verwachte effecten van een Integrale Gezinspoli

Belangrijk! Niet elke Integrale Gezinspoli leidt automatisch tot de beschreven effecten. Hiervoor dienen een aantal vaste elementen en factoren aanwezig te zijn, die ervoor zorgen dat de effecten naar verwachting optreden. Hieronder geven we de belangrijkste kwalitatieve en kwantitatieve effecten weer, met daarbij de onderliggende factoren die maken dat deze effecten plaatsvinden.

Kwalitatief

Effect	Factoren die naar verwachting tot dit effect leiden
Gezondheid van de populatie verbetert	<ul style="list-style-type: none"> • Door vroegsignalering vanuit zorg publieke gezondheid én sociaal domein en het voorkomen van escalatie van problemen • Normaliseren en passende ondersteuning die aansluit bij behoefte (aanstaande) gezinnen, door een deel van de hulp vanuit informele hulporganisaties te geven • Demedicaliseren de verschuiving van zorg naar ondersteuning, door betrokkenheid van professionals uit andere domeinen
Ervaren kwaliteit van hulpverlening verbetert	<ul style="list-style-type: none"> • Expertiseontwikkeling van professionals • Kernteam met vaste gezichten en continuïteit, waardoor ouders en hulpverleners een sterkere relatie hebben • Gerichtere inzet, passend bij expertise van professionals (en meer werkplezier)
Kracht van gezinnen stijgt	<ul style="list-style-type: none"> • De (brede) behoefte van het gezin staat meer centraal • Eerdere betrokkenheid van hulp – waar nodig – waardoor gezinnen vaker zelf regie kunnen houden en het minder hoeft te escaleren • Informele ondersteuning beschikbaar

Hierbij komt dat effectieve inzet op sociale kwetsbaarheden naar verwachting gelijke kansen op gezondheid vergroot en daarmee verminderen van gezondheidsachterstanden.

Kwantitatief

Organisatie	Baten	Kosten
Ziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Betere informatie-uitwisseling • Doelmatige inzet door kortere lijntjes en betere samenwerking • Preventie: eerdere en gerichtere signalering en hulp • Efficiëntie: door scherper triage en gerichtere doorverwijzingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Scholing voor expertiseontwikkeling • Eventueel extra tijd voor MDO, indien dit nog niet aanwezig is
Gemeente	<ul style="list-style-type: none"> • Doeltreffende en doelmatige inzet jeugdartsen en -verpleegkundigen • Doeltreffende en doelmatige inzet gezinscoaches • Betere informatie-uitwisseling • Preventie: vroegere inzet van hulp vanuit het sociaal domein 	<ul style="list-style-type: none"> • Scholing voor expertiseontwikkeling • Preventie: extra inzet • Meer aanbod gezinsbegeleiding door vroegsignalering
Zorgverzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatige inzet professionals • Preventie: eerdere, gerichtere en effectievere inzet van hulp, waardoor mogelijk minder behandelingen in het ziekenhuis nodig zijn 	<ul style="list-style-type: none"> • Toename GGZ-hulp door scherpere triage

In het MKBA-rapport is een uitgebreide kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing terug te vinden.¹⁷

NB. Doelmatige inzet van professionals leidt niet vanzelfsprekend tot een in te boeken besparing. Een groot deel van de kosten ligt vast in personeel en huisvesting. Bovendien ligt het in deze tijden van toenemende schaarste meer voor de hand dat professionals toekomen aan de populatie die hun expertise het hardst nodig heeft, dan dat minder inzet nodig is.

Risico op meer inzet van professionals, in plaats van minder

Bij de opstart van deze netwerksamenwerking kan de vraag langskomen hoe groot het risico is dat de instroom naar met name de JGZ en het sociaal domein toeneemt en (een deel van de) professionals meer tijd kwijt zijn door deze samenwerking. Hierbij is het goed om een aantal elementen te onderscheiden:

Instroom (aantallen)

- Sec de instroom (aantallen) naar het sociaal domein en de JGZ neemt over het geheel gezien niet tot nauwelijks toe – en instroom in het sociaal domein is naar verwachting minder geëscaleerd.
 - Voor de JGZ kan de instroom niet fors toenemen (nog even los van de tijd per gezin – zie volgend punt): zij zien alle (aanstaande) ouders (inzet per gezin mogelijk wel, zie kopje hieronder). Mogelijk neemt het aantal prenataal huisbezoeken wel toe, wanneer kwetsbaarheid eerder wordt geconstateerd.
 - Voor het bredere sociaal domein: sociaal werkers geven aan dat dit op de korte termijn wellicht iets kan toenemen (voor deze relatief kleine groep), maar dat dit gezinnen betreft die zij anders op langere termijn ook zien met veelal meer en/of zwaardere problemen en bijbehorende benodigde inzet.
- De instroom en inzet rond sociale kwetsbaarheden in het ziekenhuis neemt naar verwachting af door stevigere samenwerkingsafspraken en het expliciet elders beleggen van de coördinerende rol, waardoor zorgprofessionals dit los kunnen laten. NB. Mocht er in het ziekenhuis nog geen MDO zijn, dan vraagt dit wel inzet. Echter, de inschatting is dat er in veel ziekenhuizen al multidisciplinaire overleggen zijn over (aanstaande) gezinnen op de poli's.

Tijdsinvestering professionals

- De werkwijze is efficiënter en scheelt professionals (fors) tijd naar het zoeken naar de juiste ingang. Met name professionals uit het ziekenhuis geven aan dat deze samenwerking hen veel 'zoektijd' scheelt naar ingangen in het sociaal domein, maar ook sociaal werkers en jeugdverpleegkundigen geven aan aanzienlijk minder tijd kwijt te zijn met het zoeken naar de juiste professionals en/of benodigde informatie door de korte lijnen (zowel binnen sociaal domein en JGZ, als in relatie met zorg professionals).
- Voor de JGZ kan het zijn dat bij specifieke gezinnen inzet op korte termijn toeneemt, tegelijkertijd is dit nu ook vaak al het geval. Op langere termijn kan dit leiden tot efficiëntere inzet en een afname van complexe problematiek.

17 [MKBA Rapport en Factsheet Integrale Gezinspoli medisch en sociaal domein.](#)

- De inzet vanuit met name het sociaal domein vraagt wel om structurele betrokkenheid van hen. Iets wat nu nog niet overal aan de orde is (de coördinerende taak, evt. aanvullend consult, aansluiten bij MDO's waar van toepassing).

NB. Daarnaast vraagt de opstartfase de nodige inspanning, ook voor professionals om te zorgen dat het aansluit bij hun behoeften en werkwijze. Hier gaan we bij de te zetten stappen op in.

4 Samenwerkingsafspraken en betrokken professionals

4.1 Betrokken professionals: taken en verantwoordelijkheden

Een vast zorg – sociaal kernteam bij een IGP biedt gerichte hulp (zorg, begeleiding en ondersteuning).

Dit omvat **minimaal de volgende disciplines**:

- Vanuit het zorg domein betreft het **voor** de geboorte in elk geval de klinisch of eerstelijnsverloskundige, gynaecoloog en medisch maatschappelijk werker.
- Vanuit het zorg domein betreft het **na** de geboorte in elk geval de kinderarts(-neonatoloog), medisch maatschappelijk werker.
- Vanuit de JGZ uit het publieke gezondheidsdomein betreft het voor en na de geboorte in elk geval de jeugdverpleegkundige, jeugdarts en in toenemende mate zijn verpleegkundig JGZ-specialisten actief en relevant om te betrekken).
- Vanuit het sociaal domein betreft het minimaal afspraken over hoe de betrokkenheid van het sociaal domein vorm krijgt en toegang tot hulp is geregeld. Idealiter neemt er één professional uit het brede sociaal domein (zoals sociaal of maatschappelijk werk; de functietitel hiervan kan per gemeente verschillen) deel aan het kernteam. Deze professional verbindt op indicatie met het veiligheidsdomein of verslavingszorg of andere relevante disciplines passend bij de aanwezige zorgvragen van het gezin.

Onderstaande tabel geeft een indicatie van de taakverdeling bij professionals die in elk geval betrokken zijn bij het IGP-kernteam. NB. Dit is een voorbeeld; pas de invulling aan op de organisatie en taakverdeling die in de praktijk al staat.

Kernteam	Indicatieve taken binnen de IGP
Medisch specialist (kinderarts/ neonatoloog/ gynaecoloog), klinisch verloskundige	<ul style="list-style-type: none"> • Medische diagnostiek, behandeling en begeleiding, indicatiestelling voor de poli, medische input voor het MDO, signaleren van medische en psychosociale risico's die aanleiding kunnen zijn voor integrale bespreking in MDO met JGZ en sociaal domein: welke (aanstaande) gezinnen zijn relevant om te bespreken en wat zijn de bespreekpunten?
Medisch maatschappelijk werk	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek psychosociale stressoren en beschermende factoren op alle leefgebieden, zelf ondersteuning bieden, ondersteuning organiseren vanuit sociaal domein/jeugdzorg/veiligheidsdomein en fungeren als schakel tussen ziekenhuis en andere hulpverleners, vooral uit sociaal domein
Jeugdarts (JGZ)	<ul style="list-style-type: none"> • Vroegsignalering, diagnostiek, advisering en verwijzing, analyse complexe gezondheidsproblemen vanuit een brede context van medische, sociale en omgevingsfactoren. Binnen het MDO overstijgend meedenken over de impact van het gezondheidsprobleem op het kind en gezin, en adviseren over passende inzet van preventie en ondersteuning.
Jeugd-verpleegkundige (JGZ)	<ul style="list-style-type: none"> • Eerste aanspreekpunt voor gezin, bieden van laagdrempelige ondersteuning en begeleiding, uitvoeren metingen, signaleren van risico's en beschermende factoren in de ontwikkeling en leefomgeving, versterken van de eigen regie en het opvoedkundig handelen van ouders, sociaal-medische/psychosociale input in het MDO, verbinden van het gezin met passende ondersteuning, afstemmen met betrokken professionals en het informele netwerk, coördinerende rol bij de casus (waar passend binnen de rol en afhankelijk van de complexiteit van de problematiek), en bewaken van samenhang en voortgang van het plan (bij een coördinerende rol)
Professional vanuit sociaal werk (op indicatie)	<ul style="list-style-type: none"> • Inventarisatie kwetsbare sociale omstandigheden (wonen, geld, netwerk), activeren informele hulp, verbinding leggen met lokale teams of welzijnscoaches, en (indien passend) coördinatie van sociale interventies en afstemmen met betrokken partijen in het sociaal domein
Planner/-ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> • Inplannen van afspraken, bewaken van de logistiek rondom de poli's (afhankelijk van werkwijze en locatie IGP), ondersteunen van de organisatie van MDO's en communicatie tussen betrokken partijen (hoeft niet te verschillen van huidige werk, afhankelijk van werkwijze en locatie IGP), kan door verschillende organisaties worden geleverd

Overzicht betrokken professionals per poli

Hieronder staat van de betrokken hulp- en zorgverleners per poli.

Professional	POP-poli	Mamapluspoli	Nazorg neonatologie	Huil-, slaap-, en eetproblemen
Gynaecoloog	√	√		
Kinderarts(-neonatoloog)	√	√	√	√
Verloskundige (klinisch en/of 1 ^e lijns, o.a. bij besluit instroom)	√	√		
Jeugdarts (JGZ)	√	√	√	√
Jeugdverpleegkundige (JGZ)	√	√	√	√
Professional sociaal domein	√	√	√	√
Medisch maatschappelijk werk/ pedagogisch zorgverlener	√	√	√	√
Informele steunorganisaties (vrijwilligers, ervaringsdeskundigen)	√	√	√	√

* Huisartsenpraktijken en GGZ kunnen op indicatie betrokken zijn en de GGZ heeft specifiek wel een rol bij de POP-poli concepten.

Informele steunorganisaties

Er zijn ook **samenwerkingsafspraken nodig over hoe de bijdrage vanuit informele steunorganisaties met vrijwilligers en ervaringsdeskundigen onderdeel zijn van de IGP** om (aanstaande) gezinnen te ondersteunen (bijvoorbeeld met een luisterend oor, om de financiën of een aanvraag op orde te maken en om mee te gaan naar een loket). Waar mogelijk met fysieke ruimte voor ontmoeting en verbinding (bijvoorbeeld in de huiskamer op de poli).

Eerstelijnsorganisaties

Naast het vaste kernteam is de samenwerking met de eerste lijn randvoorwaardelijk voor het slagen van de IGP. Zorginstituut Nederland benoemt in de duiding [Verzekerd van een Kansrijke Start](#) dat in feite elke zorgverlener een bijdrage kan leveren aan vroegsignalering. De rol van de verloskundige, kraamverzorgende, huisarts, jeugdarts en jeugdverpleegkundige en andere zorgverleners in (vroeg)signalering worden specifiek benoemd.¹⁸ Eerstelijnsverloskundigen, kraamzorg, JGZ/GGD (vanuit de 22-weeken vaccinatie, prenataal huisbezoek,¹⁹ de intake en contacten met kinderen in het gezin voor en na de geboorte), lokale wijkteams en huisartsen zijn vaak de eerste professionals die sociale kwetsbaarheden signaleren, nog vóóordat er medische complicaties ontstaan. Dit gebeurt nu ook al in het kader van de ketenaanpak Kansrijke Start.²⁰

18 [Rapportage - Verzekerd van een Kansrijke Start | Zorginstituut Nederland](#).

19 Het prenataal huisbezoek (PHB) door de JGZ vormt een belangrijke schakel in de vroegsignalering en eerste ondersteuning van gezinnen in kwetsbare sociale omstandigheden. Het PHB is gericht op het verhelderen van de hulpvraag en het organiseren van passende ondersteuning in de eerste lijn. De IGP sluit hierop aan als een vervolgstap in situaties waarin sprake is van complexe, domeinoverstijgende problematiek en intensievere afstemming tussen professionals nodig is.

20 Zie de handreiking Kansrijke Start voor verdere toelichting hierop.

4.2 Belangrijke coördinerende rol voor de jeugdverpleegkundige

Het is van belang om af te spreken wie coördinatie doet rond een gezin en wie daarmee acties opvolgt. De coördinerende taak houdt in elk geval in:

- **Zoeken naar de juiste hulp vanuit het sociaal domein²¹** en daartoe:
 - Het bewaken van overzicht, opvragen van informatie, en zicht houden op behoeften van het (aanstaande) gezin hierbij.
 - Contact met het gezin onderhouden wanneer hulpverlening nog niet is gestart om behoeften en risico's te bespreken.
 - Afstemmen met betrokken professionals, voorkomen van versnippering en zorgen dat afspraken en acties worden nagekomen (o.a. uit MDO).

De coördinator is niet de inhoudelijk uitvoerder van alle hulp, maar zorgt voor overzicht, samenhang en een duidelijk aanspreekpunt voor het gezin. Bij een complex sociale situatie gaat het bijvoorbeeld sec om te zorgen dat snel juiste hulpverlening in het gezin komt, niet om dat als jeugdverpleegkundige zelf op te pakken, maar wel om deze (veiligheids)signalen te monitoren en aanvullende hulp in te schakelen. Duidelijke afspraken over overdracht, samenwerking en terugkoppeling zijn nodig om hier een goed lopend werkproces over te neer te zetten. Het toewijzen van deze coördinerende rol is maatwerk en het is per gezin verschillend hoe groot de noodzaak hiertoe is.

Deze coördinerende taak ontslaat andere professionals niet van hun brede blik op wat de behoefte en kwetsbaarheden in het (aanstaande) gezin, hun signalerende rol en het hiertoe bespreekbaar maken en handelen waar nodig.

Rol voor de jeugdverpleegkundige

Een logische plek voor het beleggen van de bovenstaande coördinerende taak is bij de jeugdverpleegkundige. De JGZ heeft doorgaans vroeg contact met (aanstaande) ouders, kent het gezin over langere tijd en is goed gepositioneerd om signalen te verbinden en ondersteuning in samenhang te organiseren. De jeugdverpleegkundige heeft – waar nodig ondersteund door de jeugdarts – een belangrijke verantwoordelijkheid in het afstemmen met sociaal werk en coördineren van inzet in het sociaal domein en het zoeken naar de juiste hulp/ingang, inclusief fungeren als aanspreekpunt voor (aanstaande) ouders.

De jeugdverpleegkundige vormt daarmee de eerste lijn van hulp voor ouders als zij er niet uitkomen met openbare bronnen en de (regionaal beschikbare) GroeiGids App plus Ouderchat.

Jeugdverpleegkundigen zien deze coördinerende rol als onderdeel van hun huidige verantwoordelijkheid rond vraagstukken die invloed hebben op de ontwikkeling van het kind, ongeacht of deze primair medisch, psychosociaal of in de leefomgeving.²² Daarnaast sluit deze rol aan bij de beschrijving van de manier van samenwerken en het nemen van regie door de JGZ in het Landelijk Professioneel Kader.²³

Van het bovenstaande uitgangspunt om deze coördinerende taak bij de jeugdverpleegkundige te beleggen, kan worden afgeweken in de praktijk:

- Structureel, wanneer IGP-samenwerkingspartners concluderen dat een andere inzet beter past bij hun werkwijze (bijvoorbeeld wanneer een sociaal werker aansluit bij sociaal-medische MDO's).
- Op casusniveau wanneer een andere constructie beter passend is, bijvoorbeeld bij complexe sociale problematiek waar een SKJ-geregistreerd professional deze rol kan vervullen en bij betrokkenheid van medisch maatschappelijk werk.²⁴

21 NB. Het afstemmen met andere professionals speelt ook tussen de zorg professionals. In de praktijk is dit echter overzichtelijker en weten professionals elkaar beter te vinden.

22 V&VN – de beroepsvereniging die ook de jeugdverpleegkundigen vertegenwoordigt – geeft aan dit te onderschrijven.

23 [Landelijk Professioneel Kader – Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.](#)

24 Betrokken medisch maatschappelijk werkers uit een aantal samenwerkingsverbanden van het leertraject 'Sociale ziekenhuiszorg in het ziekenhuis (en eruit!)' geven aan dat het goed is om te realiseren dat zij alleen in de ziekenhuisperiode betrokken zijn, terwijl deze (aanstaande) gezinnen met regelmaat behoefte hebben aan meer continuïteit. Daarbij ligt hun focus over het algemeen meer op 1-op-1 ondersteuning, dan op het goed overzien van de organisatie en mogelijkheden binnen het sociaal domein. Zij geven aan dat partijen vanuit de JGZ en breder het sociaal domein dit over het algemeen beter overzien.

Voor gemeenten is het relevant om de samenhang met de functie van coördinerende zorgverlener vanuit de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (in combinatie met de Gezonde LeefstijlInterventie) bezien. Daar is in veel gevallen een jeugdverpleegkundige aangewezen om coördinerende taken in het gezin invulling te geven. Sleutelpersonen uit het sociaal domein kunnen wellicht benut worden om te zoeken naar de juiste ingang in het sociaal domein en hiertoe contacten te leggen.

In een context van toenemende arbeidstekorten staan tijd en ruimte om de coördinatie uit te voeren in steeds grotere mate onder druk. Dit maakt het juist van belang om te komen tot samenwerkingsafspraken, ook over hoe om te gaan met de situatie waarin bepaalde taken (noodgedwongen) niet nagekomen kunnen worden en hoe de samenwerking niet afhankelijk wordt gemaakt van enkele personen (bijvoorbeeld met waarnemers). Ook pleit het voor het niet afhankelijk maken van de samenwerking van individuen. Als iemand (al dan niet tijdelijk) wegvalt, moet de samenwerking voort kunnen.

Bekostiging van de coördinerende rol

De coördinerende rol vraagt om aanvullende inzet die in de praktijk niet altijd beschikbaar is. BPSW, V&VN en AJN benadrukken het belang van structurele passende financiering van deze taak en het landelijke gesprek hierover. De IGP-middelen vanuit het AZWA kunnen hiervoor worden ingezet, waarmee dit deels wordt verholpen. Er wordt geëvalueerd in hoeverre de middelen toereikend genoeg zijn op basis van hoe de coördinerende rol wordt ingevuld en hoe dit past binnen het huidige takenpakket. Afhankelijk daarvan kan een landelijk gesprek volgen over aanpassingen in de structurele inzet van de JGZ.

4.3 Benodigde afspraken

Samenwerkingsafspraken over de werkwijze in de dagelijkse praktijk zijn noodzakelijk: hoe signalering, zorg, begeleiding en ondersteuning logisch op elkaar aansluiten en hoe wordt gehandeld wanneer de situatie van een gezin verandert. Waaronder:

- De te leveren inzet (realiseren van één kernteam, expertise op één plek, één aanspreekpunt)
- Toeleiding en toestemming
- De warme overdracht
- De intake
- Reguliere consulten
- Coördinerende rol
- Multidisciplinair overleg (MDO)
- Terugkoppeling van overleggen
- Continuïteit en vervanging
- Kennisdeling en reflectie
- Coördinatie/projectleiding van de IGP
- Werkwijze/samenwerkingsafspraken over goede instroom - doorstroom – uitstroom
- Dossiervorming en informatie-uitwisseling
- Knelpunten in samenwerking, toegang en uitvoering
- De verbinding met de (stevige) lokale teams in de gemeenten.

Deze afspraken zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 9.1.

5 Organisatie en samenwerking

Eerder in deze handreiking is geschetst welke professie/partij welke rol heeft in de IGP-netwerksamenwerking. Voordat we ingaan op de concreet te zetten stappen richting het nieuwe werkproces, staan we stil bij de (gezamenlijke) verantwoordelijkheid van de gemeente en zorgverzekeraar bij (de totstandkoming van) de samenwerking.

5.1 Rol van mandaatgemeente en preferente zorgverzekeraar

De mandaatgemeente²⁵ en preferente zorgverzekeraar staan gezamenlijk aan de lat voor het opstellen van een regionale werkagenda om te komen tot een regionaal dekkend aanbod van basisfunctionaliteiten.²⁶ Samenwerkingsafspraken worden gemaakt op het niveau van de IZA-regio door de mandaatgemeente en de preferente zorgverzekeraar(s) in nauwe samenspraak met de betrokken partijen bij IGP. In de werkagenda beschrijven de regiopartners hoe de doelgroep/opgave eruitziet, welk aanbod er in een regio nodig is, en hoe ze in de periode tot 2030 komen tot een regionaal dekkend aanbod van IGP. De mandaatgemeente en preferente zorgverzekeraar zorgen ervoor dat alle onderdelen van de aanpak voldoende beschikbaar zijn en dat er onderlinge samenhang en samenwerking is. NB. Als een andere samenwerkingschaal voor de hand ligt, dan worden hier door de mandaatgemeente en preferente zorgverzekeraar met de samenwerkingspartners afspraken over gemaakt (bijvoorbeeld door het werkgebied van het ziekenhuis en al bestaande samenwerkingsafspraken).

5.2 Rol van gemeenten en zorgverzekeraar als regionaal transformatiebegeleider

Rol van de gemeente: Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de JGZ en de uitvoering en inkoop vanuit Wmo en Jeugd domein. De gemeenten ontvangen middelen voor een IGP vanuit het AZWA en is als financier, opdrachtgever, transformatiebegeleider en (gedeeltelijk) uitvoerder verantwoordelijk voor inzet uit het sociaal domein en de jeugdgezondheidszorg. Zij zullen in het eerste jaar binnen hun regio afspraken moeten maken over hoe deze middelen worden regionaal ingezet, in samenspraak met de preferente zorgverzekeraar, JGZ/GGD, zorgaanbieders, sociaal domein en de coalities Kansrijke Start.

Zij zijn bij uitstek de partij om te waarborgen dat de IGP logisch aansluit bij de organisatie van het sociaal domein – die soms per wijk kan verschillen – en bij hun ambities om in te zetten op de gezondheid van de inwoners (met informele steun en formele ondersteuning waar nodig). Daarmee zijn de gemeenten partij om initiatief te nemen tot een IGP en het proces van totstandkoming en doorontwikkeling van de samenwerking – samen met de, JGZ, medisch-specialistische zorg en VSV's - te begeleiden.

Een afvaardiging namens gemeenten

De populatie in een ziekenhuis kan afkomstig zijn uit tientallen gemeenten, waarbij de organisatie van het sociaal domein soms tot op wijkniveau kan verschillen. Hiertoe is het van belang dat gemeenten onderling afspraken maken over wie namens hen de afgevaardigde is om als ziekenhuis een duidelijk aanspreekpunt te hebben. Dit kan de mandaatgemeente zijn. Dit is van belang om voor ziekenhuizen als volwaardig gesprekspartner te kunnen fungeren.

Daarbij de notie dat zowel ziekenhuizen in grote steden als op het platteland waarschijnlijk een beperkt aantal wijken kent waar hun populatie met een kwetsbare sociale situatie met name woont. Dit nuanceert het verschil tussen grootstedelijke ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen enigszins.

25 Een mandaatgemeente is de gemeente die namens alle gemeenten in een IZA-regio de regionale middelen aanvraagt en verantwoordt, en hierover afspraken kan maken met andere partijen.

26 [Opdracht voor het opstellen van de werkagenda.](#)

Afhankelijk van de gekozen focus is het relevant om vanuit meerdere gemeenten afspraken te maken:

1. Als het lukt om vanuit de JGZ en evt. breder het sociaal domein een afgevaardigde aan MDO's deel te laten nemen die de linking pin is vanuit de betrokken gemeenten, is het nauwelijks relevant dat de ziekenhuispopulatie uit vele gemeenten komt.
2. Als ervoor wordt gekozen om poli te draaien in één wijk met waar een relatief groot deel van de (aanstaande) gezinnen in kwetsbare sociale omstandigheden woont, zal dit niet doelgroepen uit andere wijken/gemeenten bereiken.

Rol van de zorgverzekeraar: De zorgverzekeraar is vanuit de Zvw verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en stuurt hier in toenemende mate niet alleen op als financier en opdrachtgever, maar ook als transformatiebegeleider in de zorg. In de werkagenda van de basis-functionaliteiten maken de preferente zorgverzekeraar en de mandaatgemeente afspraken over de implementatie van de IGP.

5.3 Schaalniveau van de samenwerking

De schaal van samenwerking van IGP moeten goed aansluiten bij de praktijk en al bestaande samenwerkingen/inzet, waaronder lokale en regionale coalities Kansrijke Start. De gemeenten hebben een belangrijke rol om hierop aan te sturen. Hierbij kan gekeken worden of regionaal niveau of lokaal passend is, maar niet overal zal lokaal een IGP tot stand komen gezien de schaal van de betrokken organisaties.

Ziekenhuizen, JGZ en sociaal werk zijn actief op verschillende schaalniveaus. Dat werkgebieden niet altijd goed op elkaar aansluiten, maakt samenwerken uitdagend. Het is aan de organisaties zelf om te bezien welke schaal het beste past voor welk element van de samenwerking. Zo wordt er in een aantal samenwerkingsverbanden gekozen voor poli's draaien bij de JGZ in een wijk met relatief veel (aanstaande) gezinnen met sociale kwetsbaarheden die in het ziekenhuis komen, terwijl er elders wordt gewerkt met een jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige in het MDO, die fungeert als linking-pin met de JGZ in andere wijken en gemeenten. De schaal volgt uit de bestaande samenwerkingsverbanden: wat is in het licht van hun ambities een logische schaal voor samenwerking? Dit kan per onderdeel van de IGP's verschillen: zo zal een samenwerking op een CJG in een wijk een andere schaal kennen dan de aansluiting van de JGZ bij MDO's in het ziekenhuis (als voorbeeld). Evenals de lokale en regionale coalities Kansrijke start zal dit bottom-up ontstaan (niet top-down landelijk opgelegd). In iedere regio moet in ieder geval één IGP ontwikkeld worden, met afspraken over hoe invulling te geven aan de IGP-elementen (zie eerdere opsomming). Er blijft daarbij ruimte voor regionale invulling, wat betekent dat er de nodige diversiteit kan ontstaan in Nederland.

Hierbij is het advies om goed te kijken wat realistisch is voor professionals en waar relevant een ingroeipad te hanteren, waarbij in fase 1 wordt gestart met inzet waar zij zowel impact van verwachten als haalbaar zien gezien onder meer reistijd, benodigde inzet, andere organisatie op wijkniveau vanuit het sociaal domein. Het ingroeipad kan op drie onderdelen leiden tot opschaling:

1. Richting andere wijken/gemeenten
2. Richting andere doelgroepen/ poli's
3. Richting andere IGP-elementen

Vanuit de inhoudelijk urgentie wordt door de netwerkpartners (zie opsomming bij hoofdstuk 9.1 Te zetten stappen) bepaald wat een logische volgorde is voor de betreffende IGP-samenwerking.

6 Financiën

6.1 Wie financiert wat en hoe?

In het AZWA is afgesproken dat de middelen voor het sociaal domein en de publieke gezondheid aan gemeenten worden verstrekt. Op dit moment wordt de passende financieringsvorm uitgewerkt, daarbij is het uitgangspunt dat wordt ingezet op zo min mogelijk administratieve lasten en wanneer van toepassing verantwoordingslast. In elk geval worden monitoringsafspraken gemaakt die recht doen aan het bewaken van de voortgang op de afspraken in dit akkoord.

Naar verwachting voor de zomer vindt er besluitvorming plaats over de financieringsvorm. Dit zal in een volgende versie van de handreiking worden toegevoegd.

6.2 Financiële IGP - afspraken in de praktijk

In de opstartfase dienen duidelijke afspraken over de bekostiging gemaakt te worden om discussies tijdens de uitvoering te voorkomen. AZWA-middelen voor de IGP kunnen ingezet worden voor:

1. Opstart- en ontwikkelkosten (tijdelijke inzet)
2. De coördinerende en verbindende taak, die in principe door de jeugdverpleegkundige wordt vervuld, tenzij anders wordt afgesproken (dit kan niet worden gedekt uit de middelen van het JGZ-basistakenpakket). In afwachting van de (tussentijdse) evaluatie en een eventueel landelijk gesprek over structurele middelen.
3. Indien gewenst en nodig, kunnen interventies die nodig zijn voor inzet vanuit de IGP (zoals VoorZorg of Stevig Ouderschap waarmee de jeugdverpleegkundige meer ruimte krijgt deel te nemen aan de samenwerking en om de IGP-populatie met sociale kwetsbaarheden te ondersteunen) ook worden bekostigd vanuit de IGP-middelen, zolang deze te scharen zijn onder de IGP-elementen en hieraan bijdragen. Deze interventies worden primair vanuit de Wet publieke Gezondheid of Jeugdwet bekostigd.

Toelichting op de bovenstaande punten 1 en 2:

1. Reguliere inzet:

- De basisuren van de professionals die nodig zijn voor de zorgverlening (de consulten en standaard MDO's)²⁷ worden gedragen door de eigen organisatie binnen de reguliere formatie en bekostigingsstromen (Zvw, Jeugdwet, Wmo). Het betreft immers dezelfde populatie. Uit de MKBA blijkt dat de netwerksamenwerking op lange termijn naar verwachting budgetneutraal functioneert en dit met gesloten beurzen vormgegeven kan worden.
- De AZWA-middelen kunnen - met name op korte termijn – benut worden voor inzet vanuit de JGZ- en sociaal domein om aan te sluiten bij MDO's en de coördinerende taak invulling te geven. Op langere termijn is de verwachting dat dit inzet vanuit zorg en sociaal domein scheelt door o.a. substitutie van afspraken JGZ en MSZ. Bekostiging van deze inzet kan behulpzaam zijn in de eerste fase, totdat monitoring aantoont dat dit ook vanuit de JGZ en sociaal domein budgetneutraal kan.

2. Ontwikkelkosten:

- Extra personele inzet die nodig is voor het opzetten, inrichten en ontwikkelen van de IGP (zoals projectleiding, extra overleguren in de opstartfase, scholing, inrichting gegevensuitwisseling en monitoring) en meerkosten voor materiële kosten (zoals voorziening voor gegevensuitwisseling, ICT-voorzieningen, realiseren monitoring en inrichting van digitale dossiers hierop indien gewenst) moet apart benoemd worden. Spreek af hoe deze ontwikkelkosten gedekt worden, bijvoorbeeld via de AZWA-middelen, SPUK-regelingen of andere afspraken.
- NB. We gaan hier niet nader in op de competenties van de kwartiermaker/ projectleider, maar bevelen wel aan dat dit iemand betreft met expertise in zowel zorg als publiek gezondheidszorg-/ sociaal domein en die op draagvlak van de betrokken partijen kan rekenen.

²⁷ De inzet van professionals in het MDO valt in de huidige bekostigingssystematiek niet altijd eenduidig binnen bestaande prestaties (bijv. DBC's MDO vereist 3 medisch specialisten). Het is daarom van belang om dit te betrekken bij het bredere landelijke gesprek over passende bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking.

7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en monitoring

Uitgangspunten

Datastandaardisatie voor registratie, gegevensuitwisseling en monitoring is fundamenteel voor goede samenwerking. Daarnaast vormen deze gegevens de basis voor inzicht en monitoring. Professionals uit verschillende organisaties en domeinen moeten gegevens registreren en in sommige gevallen informatie delen om mensen goed te kunnen helpen.

Uitgangspunt is eenmalige registreren voor meervoudig gebruik (zowel primair als secundair) om administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Momenteel wordt gewerkt aan een gedragen afsprakenstel die gebruikt kan worden om gegevensuitwisseling in deze samenwerking te faciliteren. Deze afsprakenstel is naar verwachting [eind 2026 – *afhankelijk per basisfunctionaliteit*] gereed en gaat gepaard met een implementatietraject (waar nog afspraken over worden gemaakt).²⁸

De landelijke afsprakenstel bevat afspraken over gegevensuitwisseling - binnen de huidige mogelijkheden en infrastructuur van de verschillende stakeholders - vanuit primair en secundair perspectief over:

- *Proces*: Voorstel met wie er in welke processtap aan zet is
- *Informatie*: Welke gegevens er kunnen worden vastgelegd door de verschillende betrokkenen
- *Eenheid van taal*: Het gebruik van definities en terminologie over de domeinen heen, zodat men van elkaar begrijpt wat er bedoeld wordt
- Eventueel aanvullingen m.b.t. het juridisch kader en beveiliging & privacy.

7.1 Gegevensuitwisseling en digitale infrastructuur

Benodigde gedeelde informatievoorziening tussen professionals in de praktijk

Interdisciplinair elkaars dossier kunnen inzien en afspraken over *digitaal* goede terugkoppeling is nodig om efficiënter te kunnen werken binnen een IGP. Idealiter komt terugkoppeling direct in het dossier te staan. Het is belangrijk om te kijken welke gegevens moeten worden gedeeld (dataminimalisatie). Algemene AVG-regels blijven van toepassing.

Welke gegevens zijn nodig in de IGP-samenwerking?

Betrokken zorgverleners en hulpverleners moeten een manier hebben om cliëntgegevens te kunnen delen (met toestemming van de cliënt/ouders). Dit gaat om (naast NAW) gegevens als:

- Medische voorgeschiedenis
- Ontwikkeling van het kind, risicofactoren en evt. kwetsbare omstandigheden
- Verslaglegging van consulten
- Verwijzingen
- Verslaglegging van overleg met derden (andere professionals zoals logopedie)
- Relevante diagnostiek (wisselt per discipline)
- Medicatiegebruik

Er zijn expliciete afspraken nodig over het gebruik van data: op welke wijze worden deze gegevens gedeeld? Dit is voorwaardelijk voor een goede samenwerking. Dit vraagt om betrokkenheid van de privacy officers en/of functionarissen gegevensbescherming (of equivalent) van de betrokken partijen.

Let op! Dit vraagt transparantie naar ouders over waarom gegevens moeten worden uitgewisseld en waarvoor de gegevens worden gebruikt. Via een begrijpelijk toestemmingsformulier worden ouders gevraagd om toestemming voor deze gegevensuitwisseling

Landelijke ontwikkelingen rond gegevensuitwisseling

Vanzelfsprekend is het landelijk bekend dat gegevensuitwisseling nog geen passende oplossing heeft, maar wordt de noodzaak hiervan wel onderkend. Het is nodig dat er landelijk een manier wordt ontwikkeld waarop gegevensuitwisseling tussen disciplines kan plaatsvinden/mogelijk wordt gemaakt.

²⁸ Het [5 lagenmodel](#) (Nictiz) dient hierbij als uitgangspunt waarin alle lagen in samenhang moeten worden benaderd om gegevensuitwisseling te verbeteren.

Er zijn ontwikkelingen op dit gebied met o.a. Babyconnect, Blinkz, ZorgDomein en er wordt gewerkt met andere werkwijzen bij bestaande samenwerkingen, zodat zorgverleners via KD+ en HiX verslagen (digitale (kind)dossiers) kunnen inzien. Dit speelt breder dan de IGP. Landelijke inventarisatie en eventueel advies over waarop in te zetten biedt in de toekomst wellicht uitkomst. Voor de landelijke monitoring wordt gefaciliteerd dat deze zoveel mogelijk op elkaar aansluiten om consistentie te borgen. Tot die tijd vraagt dit dat samenwerkingspartners bezien wat gewenst en haalbaar is.

7.2 Monitoring

Landelijke monitoring

Landelijk wordende afspraken uit het GALA, IZA en (vanaf 2027) AZWA gevolgd met diverse monitors. Per juni 2026 wordt de rapportage van de GALA-monitor gecombineerd met de IZA-deelmonitor regionale samenwerking waarin de beweging naar meer regionale samenwerking rondom preventie wordt gevolgd.

De afspraken uit D5 en D6 uit het AZWA worden vanaf 2027 meegenomen in de geïntegreerde GALA-monitor en IZA-deelmonitor regionale samenwerking. In 2026 wordt gezamenlijk met de betrokken AZWA-partijen uitgewerkt hoe deze monitor door te ontwikkelen. Dit gebeurt, waar van toepassing, in samenhang met de trajecten rondom datastandaardisatie en gegevensuitwisseling (afsprakenet) zoals ook beschreven in de handreiking.

Bestaande monitors:

- [IZA-monitor: Beweging naar een sterkere eerste lijn 2024-2026 | Nivel](#)
- [Monitor - Passende zorg als norm | Zorginstituut Nederland](#)
- [IZA-monitor Beweging meer hybride zorg 2024-2026 | Nivel](#)
- [IZA-deelmonitor, Naar meer regionale samenwerking](#)
- [GALA-monitor](#)
- [Monitor doelgroepen IZA | Regiobeeld](#)

Gegevensdeling rond monitoring

Welke gegevens kunnen worden geregistreerd om de effectiviteit van de IGP te meten?

- Gezondheidsuitkomsten (groei, ontwikkeling, ziekenhuisopnames)
- Aantal afspraken van betrokken zorg- en hulpverleners per gezin
- Doorverwijzingen (kindergeneeskunde, GGZ, jeugdzorg, welzijn, paramedici)
- Ervaringen van gezinnen (tevredenheid, beleving van zorg)
- Ervaringen van professionals (tevredenheid, kwalitatieve effecten bij gezin)

Let op! Het is belangrijk om te kijken of deze beschikbaar zijn/kunnen worden verkregen zonder grote toename van administratieve lasten bij professionals. Ook hierbij dient aandacht te zijn voor de privacyaspecten van datadeling (anoniem en op geaggregeerd niveau) en de benodigde veiligheidsmaatregelen, maar dit wordt op landelijk niveau geadresseerd en gecommuniceerd naar de praktijk.

8 Kennisdeling

Kennisdeling in het kernteam

Kennisdeling vindt plaats binnen het vaste kernteam, onder andere via het MDO, gezamenlijke casuïstiek-bespreking en het ontwikkelen van gedeelde adviezen en eventueel materialen.

Kennisdeling regionaal

Regionaal is kennisdeling gericht op professionals en partijen die niet direct deelnemen aan de IGP, maar wel een rol hebben in signalering, verwijzing en ondersteuning van gezinnen. Voor hen is het belangrijk dat duidelijk is wat de functie van de IGP is, wanneer inzet passend is en hoe zij kunnen verwijzen of consulteren. Dit kan bijvoorbeeld via consultatie, meeloopmomenten, intervisie of gerichte scholing. Ook hiervoor kan een ingroeimodel gehanteerd worden (zie hoofdstuk 11 Te zetten stappen).

Kennisdeling landelijk

Het Kennisplatform Kansrijke Start - waar Pharos als beheerder in samenwerkt met andere kennispartners - vervult een rol als kennispartner, onder andere via het delen van kennis en praktijkvoorbeelden (zie ook de Pharos-website over de Integrale Gezinsaanpak) en landelijke kennisdeling richting trekkers van lokale en regionale coalities via een landelijk lerend netwerk, waarin ervaringen worden uitgewisseld en gezamenlijk wordt gewerkt aan verdere doorontwikkeling van de IGP. De ziekenhuizen zijn geen onderdeel van deze leerinfrastructuur. Het is aan VWS, ZN en VNG om de komende periode te bepalen hoe de IGP-samenwerkingsverbanden worden ondersteund in de opstartfase. Aangezien deze samenwerking in veel regio's nog tot stand moet komen en er een grote mate van vrijheid is in hoe dit vorm te geven, is het van belang om deze beweging te ondersteunen.

9 Stappenplan voor start, opschaling en optimalisatie

Belangrijke notie vooraf: baseer de aanpak op wat in de praktijk al loopt en wat vanuit de professionals en inwoners als belangrijk en meest urgent wordt gezien. Pak door op waar energie zit, zeker in de beginfase.

9.1 Opstart

Hieronder staat een aantal stappen om de netwerksamenwerking op te starten. Onderstaande punten vormen de *minimale* afspraken die in de (boven)regionale samenwerking gemaakt moeten worden. Er is ruimte voor aanvullingen en variatie in de invulling, zolang de kernelementen maar geborgd zijn.

Te zetten stappen voor invoering IGP

1. Zoals eerder beschreven neemt de mandaatgemeente – in afstemming met de regiogemeenten – en preferente zorgverzekeraar in hun regio het eerste initiatief (voor de werkagenda en aansluiten het IGP). Dit houdt in elk geval in:
 - Met de betrokken gemeenten afspraken maken over onderlinge vertegenwoordiging (in elk geval voor de opstartfase) richting zorgverzekeraar, ziekenhuis (ziekenhuizen), JGZ, welzijn en andere partijen.
 - Met de zorgverzekeraar om afspraken te maken hoe de samenwerking vorm krijgt.
 - Eerste beeld van behoeften van de doelgroep: bij (aanstaande) gezinnen ophalen waar hun behoeften liggen. NB. Deze zal grotendeels vergelijkbaar zijn met wat gezinnen uit het HagaZiekenhuis aangaven. Per regio kan het echter wel verschillen hoe bepaald aanbod wordt gevonden en gewaardeerd door gezinnen. Dit is relevante informatie om op te anticiperen. Tegelijkertijd kan ook hier een ingroei-model worden gehanteerd: benut in de opstartfase al beschikbare informatie (bijvoorbeeld vanuit de Ketenaanpak Kansrijke start) en vlieg het praktisch aan, bijvoorbeeld door professionals laten ouders na afloop van consult korte anonieme vragenlijst beantwoorden) en breid dit in de volgende fase uit (zie stap 5). Zet parallel alvast in op de onderstaande stap.
 - Met minimaal een aantal betrokken professionals uit het ziekenhuis (waaronder medische specialisten, klinisch verloskundigen) en JGZ, en eventueel andere partijen (zoals verloskundigen, kraamzorg, sociaal werk, huisartsen en informele steunorganisaties) samenkomen om te bepalen welke IGP-elementen eventueel al staan (huidig beeld en bestaande goede voorbeelden) en hoe te komen tot gezamenlijke ambities met IGP en aanpak in de eerste fase. Wees hierbij praktisch: het zal niet lukken om direct alle betrokken bijeen te krijgen, je kan in de periode daarna uitbreiden.
Voorbeeld. Er kan een gezamenlijke bijeenkomst worden georganiseerd om met de betrokken professionals van de diverse partijen in publieke gezondheid, zorg en sociaal domein, en ervaringsdeskundigen te bespreken waar de grootste opgave ligt op dit gebied en waar de grootste kansen liggen om dit verbeteren en in de eerste fase op in te zetten, passend bij doel en doelgroep-afbakening van de IGP.
2. De gezamenlijke ambities worden met elkaar doorleefd – ook bestuurlijk. Dit resulteert in een ingroei-model, waarin – op basis van de behoeften van betrokken professionals – wordt bepaald wanneer op welk IGP-element wordt ingezet – in logische samenhang met wat er al staat in de praktijk. Hierbij is zowel de verwachte impact als ingeschatte haalbaarheid vanuit de praktijk (tijdinspanning en capaciteit) relevant.
3. Er wordt een implementatiewerkgroep opgesteld met de belangrijkste partijen (gemeenten, ziekenhuis, JGZ, eventueel: zorgverzekeraar, sociaal werk en informele steunorganisaties) onder begeleiding van een aangewezen procesbegeleider. Deze partijen leveren ook input en expertise op ondersteunende diensten zoals ICT en communicatie. NB. Kijk hierbij gericht wie wanneer betrokken moet zijn, om inzet van betrokkenen zo gericht mogelijk te benutten.
4. Er wordt een implementatieplan opgesteld om de vaste elementen van de IGP te realiseren (wie, wat, waar, wanneer) – hierin komt onder andere terug hoe/wanneer (aanstaande) gezinnen en professionals worden betrokken en wat zij nodig hebben om actief mee te denken bij de vorming van de IGP.
 - Incl. monitoringsplan – met daarin op welke momenten (minimaal) met elkaar wordt gezien of bijstelling, opschaling, verankering in reguliere werkprocessen nodig/ mogelijk is.

- Ook is er aandacht voor privacy-onderdelen van de samenwerking, zoals gegevensuitwisseling passend binnen de AVG. Passende informatievoorziening en toestemmingsmanagement richting (aanstaande) gezinnen is hierin opgenomen.
 - Er wordt een gezamenlijk communicatieplan opgesteld, met daarin de naam en doel van de IGP. Alle communicatie en informatie is afgestemd op de doelgroep.
 - NB. Het kunnen compacte, praktisch ingestoken plannen zijn met de belangrijkste mijlpalen, planning en taakverdeling. In sommige gevallen zal een praktische actielijst volstaan.
5. Er wordt met (aanstaande) gezinnen in de doelgroep gesproken over hoe de IGP aansluit bij hun situatie en behoeften. Hierin is specifiek aandacht voor groepen gezinnen die nu niet of laat in beeld komen. Op basis hiervan kunnen plannen worden bijgesteld.
 6. De governance wordt uitgewerkt: wie heeft welke verantwoordelijkheid en waar is akkoord van bestuurders op nodig? NB. Dit mag zo praktisch en beperkt als mogelijk, in aansluiting bij eventueel bestaande overleggen.
 7. Er wordt een financieel voorstel opgesteld voor de betrokken bestuurders over hoe de IGP-middelen worden ingezet en op welke momenten zij worden betrokken (bijvoorbeeld waar de inzet raakt aan wijzigingen in reguliere werkprocessen).
 8. Werkgroep gaat bij akkoord aan de slag met uitwerking van de volgende stappen hieronder. Daarnaast wordt gekeken naar de te leveren inzet (voor het realiseren van één kernteam, expertise op één plek, één aanspreekpunt).

Betrokkenheid van de keten rondom IGP

Zorginstituut Nederland benoemt in de duiding [Verzekerd van een Kansrijke Start](#) dat elke zorgverlener een bijdrage kan leveren aan vroegsignalering. Onder andere huisartsen, kraamzorg, verloskundigen, maar ook fertiliteitspoli's en het prenataal huisbezoek en intake bij de JGZ, spelen in de fase voor de IGP een belangrijke rol in het vroegsignaleren van kwetsbaarheden en het doorverwijzen naar ondersteuning voor de zwangerschap of vroeg tijdens de zwangerschap (zie onderdelen handreiking Kansrijke Start. Er zijn afspraken nodig met (een deel van) de volgende partijen over **indicaties** zijn om te verwijzen naar een IGP.

- De samenwerking met partijen in het VSV is nodig voor passende signalering vanuit verschillende disciplines, om instroom in de tweede lijn te voorkomen en goede uitstroom te borgen. Dit gaat via aansluiting bij de bestaande coalities Kansrijke Start, zodat dit goed is ingebed.
- Eerstelijnsverloskundigen hebben een belangrijke signalerende taak. Ook kunnen regionale samenwerkingsafspraken ervoor zorgen dat (aanstaande) gezinnen vaker bij hun eigen, eerstelijnsverloskundige kunnen blijven – bijvoorbeeld door eenmalige consultatie uit de tweede lijn. Tot slot is – waar relevant – de warme overdracht van tweede lijn (en waar relevant derde lijn) naar eerste lijn van belang.
- Voor kraamzorg geldt dat zij een grote signalerende rol hebben en belangrijke professionals zijn in het netwerk van de IGP. Het is daarom van belang dat zij weten wat de samenwerking van de IGP na de geboorte inhoudt, zodat zij hier alert op kunnen zijn voor 'hun' gezinnen.
- Voor de huisartsen, (stevige) lokale wijkteams en andere verwijzers moet duidelijk zijn wat de samenwerking binnen de IGP inhoudt, wat zij kunnen signaleren, waarvoor zij verwijzen en waarvoor zij wie kunnen benaderen. Zij zijn een cruciale schakel tussen gezin en andere professionals. Maak daarom expliciete afspraken over hoe deze professionals casussen aanmelden, hoe de terugkoppeling verloopt, en hoe zij gebruik kunnen maken van de expertise van het IGP-netwerk zonder dat het gezin altijd fysiek naar de poli hoeft.
 - Het heeft de voorkeur dat er een sociaal werker in het kernteam zit die in verbinding staat met lokale teams en de ondersteuningsmogelijkheden in de gemeente goed kent.
 - Het is wenselijk dat huisartsen als belangrijke verwijzers zicht hebben op wat zij zelf al voor deze gezinnen kunnen betekenen en zich hiertoe toegerust voelen (bijvoorbeeld bij gezinnen met een huilbaby), zeker gezien de vaak langlopende relatie met het gezin bij de huisartsenpraktijken. Het is aan te bevelen om hier samenwerkingsafspraken over te maken met huisartsenpraktijken. We kunnen ons echter voorstellen dat in de praktijk maar bij een klein deel van de IGP-netwerksamenwerkingen deelname van huisartsenpraktijken mogelijk en voor de hand liggend is gezien de beperkte tijd van huisartsen (nog even los van de hoeveelheid huisartsenpraktijken) en passend bij de samenstelling van de populatie in de huisartsenpraktijken. Op korte termijn heeft het betrekken van huisartsenpraktijken daarmee niet de focus.

9.2 Specifiek: in te richten werkproces in de praktijk

Deze afspraken worden vastgelegd in samenwerkingsafspraken vanuit in elk geval een afvaardiging namens gemeenten, jeugdgezondheidszorg en ziekenhuis (aan te vullen met andere betrokkenen).

Beschrijf hoe de stroom van patiënten en informatie georganiseerd wordt. Leg hierbij minimaal de volgende afspraken vast:

- **Toeleiding en toestemming:** Spreek af op welk moment in het zorgpad (bijvoorbeeld bij opname of tijdens het zwangerschapsconsult) de netwerksamenwerking leidt tot een andere aanpak dan voorheen. Bezie wat voor ouders relevant is om hierover te weten en waar toestemmingsformulieren moeten worden aangepast. Inclusief hoe dit geregistreerd wordt.
- **De warme overdracht:** Definieer wat onder een 'warme overdracht' wordt verstaan. Bijvoorbeeld: de verwijzende arts belt de coördinator van de IGP actief of de jeugdverpleegkundige sluit aan op de afdeling bij een gesprek, in plaats van alleen een formulier te sturen. Spreek een maximale termijn af tussen aanmelding en de eerste intake (bijvoorbeeld binnen 5 werkdagen).
- **De intake:** Bepaal of de intake gezamenlijk (zorg en sociaal in één gesprek) of gefaseerd plaatsvindt. Leg vast waar deze intake fysiek doorgaat (ziekenhuis, consultatiebureau of wijklocatie) om de drempel voor gezinnen zo laag mogelijk te houden.
- **Reguliere consulten:** Bepaal of en waar een verandering beoogd is in hoe de werkprocessen nu lopen (bijvoorbeeld door in beeld te brengen op welke momenten de JGZ een gezin ziet en professionals uit het ziekenhuis)
- **Coördinerende rol:** Spreek af wie de coördinerende rol op zich neemt (vaak de jeugdverpleegkundige). Maak afspraken over de overdracht, samenwerking en terugkoppeling.
- **Multidisciplinair overleg (MDO):** Spreek de frequentie van het MDO af (bijvoorbeeld tweewekelijks of na elke polimiddag). Leg vast wie er minimaal aanwezig moet zijn om besluiten te kunnen nemen over de zorgvraag. Definieer ook het doel: gaat het om nieuwe aanmeldingen of om complexe lopende casussen? Niet alle gezinnen hoeven besproken te worden. Hoe wordt bijgehouden welke casussen worden besproken? En praktisch: wie notuleert en koppelt besluiten terug en houdt voortgang bij?
- **Terugkoppeling van overleggen:** Spreek af hoe en wanneer de uitkomst van het MDO of de intake teruggekoppeld wordt naar de verwijzer (e.g. huisarts of verloskundige) en naar het gezin.
- **Kennisdeling en reflectie:** Spreek af hoe en op welke momenten kennisuitwisseling en reflectie-momenten met het kernteam plaatsvinden.
- **Continuïteit en vervanging:** Spreek af hoe de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt bij afwezigheid van een kernprofessional. Het werken met vaste gezichten is essentieel voor het vertrouwen van kwetsbare gezinnen; benoem dus expliciet wie de vervanger is en hoe deze wordt ingewerkt. Hierbij kan ook worden opgenomen wat als capaciteit bij een partner wegvalt of als er een partner onvoldoende inzet levert.
- **Werkwijze/samenwerkingsafspraken over goede instroom - doorstroom – uitstroom:** Als gezinnen uitstromen bij IGP, dan ook inzet sociaal domein goed afstemmen. En daarmee wordt het ook weer preventief, voorkomt dat problemen groter worden.
- **Dossiervorming en informatie-uitwisseling** vragen in de praktijk expliciete aandacht. Het organiseren van toegang tot en uitwisseling van relevante informatie tussen betrokken professionals kost tijd en afstemming, zeker wanneer gewerkt wordt met verschillende systemen en domeinen. Bij de start van de IGP moeten partijen afspraken maken over waar informatie wordt vastgelegd, wie toegang heeft tot welke gegevens en hoe overdracht tussen betrokken partijen plaatsvindt. Dit draagt bij aan een zorgvuldige communicatie, voorkomt onduidelijkheid en ondersteunt de samenwerking rondom het gezin. Ervaringen uit de praktijk laten zien dat het ontbreken van heldere afspraken hierover kan leiden tot vertraging en extra belasting voor professionals. Het expliciet organiseren van deze randvoorwaarden helpt om dit te voorkomen. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen casusgebonden informatie, overdracht tussen professionals en gegevens die nodig zijn voor monitoring.
- **Knelpunten in samenwerking, toegang en uitvoering** worden met regelmaat besproken met de aangewezen projectleider en waar nodig ook op organisatorisch en financieel niveau.
- **Coördinatie/projectleiding van de IGP:** Maak onderscheid tussen de dagelijkse coördinatie over een gezin (vaak bij de jeugdverpleegkundige of casemanager) en de aansturing van het IGP-project. Deze laatste kan bij de JGZ, het ziekenhuis, de gemeente of andere organisatie liggen. De projectleider kan een professional zijn, die dit als aanvullende taak heeft met bijpassende tijd. Het is helpend als er

een overleg is met vaste frequentie waarbij het team van kernprofessionals schakelt met de projectleider over voortgang en knelpunten.

- **De verbinding met de (stevige) lokale teams in de gemeenten** wordt vormgegeven vanuit één vaste lijn, bijv. een sociaal werker of vergelijkbare functie vanuit het kernteam.

9.3 Checkvragen voor de startfase

Onderstaande lijst kan worden gebruikt om te toetsen of de samenwerkingsafspraken voldoende uitgewerkt zijn:

- Is voor alle professionals duidelijk wat hun taak is en wat er van hen verwacht wordt?
- Is het werkproces van aanmelding tot en met de eerste afspraak stap voor stap beschreven?
- Zijn afspraken gemaakt over het vragen en vastleggen van toestemming voor gegevensuitwisseling?
- Is de rol van de huisartsenpraktijk en eerstelijnsverloskundige in de toeleiding en terugverwijzing helder vastgelegd?
- Is er een oplossing voor de terugkoppeling naar verwijzers en gezinnen?
- Is de frequentie, doel en bezetting van het MDO vastgelegd?
- Is er een regeling getroffen voor vervanging bij ziekte of verlof?
- Is duidelijk wie de projectleiding heeft en wie de coördinatie op de casussen voert?
- Is onderscheid gemaakt tussen standaardbekostiging van reguliere zorginzet en ontwikkelkosten, en is de verdeling en bron voor de ontwikkelkosten bekend?

9.4 De stap naar doorontwikkelen, opschalen en verankeren

Het ingroeimodel en de ontwikkelde monitoring bieden houvast om op gezette momenten – passend bij de situatie in de praktijk - te bezien hoe de IGP doorontwikkeld, waar nodig opgeschaald en structureel in reguleren werkprocessen verankerd kan worden. Met het oog op de ambitie om uiterlijk in 2030 een landelijk dekkend netwerk aan Integrale Gezinspoli's te hebben, is het goed om na 1 jaar met elkaar te kijken naar de verdere doorontwikkeling en opschaling van de IGP.

10 Regionale en lokale uitwerking

De landelijke handreiking geeft richting. De basisfunctionaliteit moet echter regionaal ingebed worden. Daarom zijn onderstaande standaardvragen in de handreiking opgenomen om regionaal over in gesprek te gaan met gemeenten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, JGZ (/GGD) en welzijnspartijen en uit te werken.

Regionale uitwerking

- Hoe past deze basisfunctionaliteit bij de (gezondheids)doelen van de regio?
- Gezien de (gezondheids)doelen, welke doelgroepfocus wil de regio leggen binnen deze basisfunctionaliteit? Wat verwacht de regio dat inwoners zelf doen?
- Gezien de doelgroepfocus: welke onderdelen van de basisfunctionaliteit worden lokaal of juist regionaal verankerd? Wat betekent dat voor de lokale en regionale samenwerkingsafspraken?
- Voor alle onderdelen van de basisfunctionaliteit: welke interventie(s) gaat de regio inzetten (keuze uit de gereedschapskist)?
- Wie koopt wat in om te zorgen voor goede en volledige dekking van de basisfunctionaliteit?
- Hoe wordt zowel binnen als buiten de regio kennis over de implementatie gedeeld?
- Hoe wordt inwonersparticipatie bij besluitvorming vormgegeven?

Lokale/regionale aansluiting op medisch en sociaal domein.

- Sluit de basisfunctionaliteit voldoende aan op de bestaande infrastructuur in zorg en sociaal domein? Is extra inzet vereist en hoe kan deze georganiseerd worden, gelet op de rollen en verantwoordelijkheden?
- Hoe sluit de basisfunctionaliteit aan op wat er al door inwoners georganiseerd wordt?

Bijlage 1: Praktijkvoorbeelden uit leertraject Sociale geboortezorg

Hieronder presenteren we enkele praktijkvoorbeelden om de elementen uit de IGP te illustreren. Deze voorbeelden komen vanuit het leertraject Sociale geboortezorg.²⁹

Integrale Gezinspoli met diverse poli's HagaZiekenhuis/Den Haag

Doelgroep: (aanstaande) gezinnen op de POP-poli, MamaPlusPoli, poli neonatologie en poli kinderartsen (huil-, eet- en slaapproblemen) – incl. (aanstaande) gezinnen waarvan we hopen te voorkomen dat zij in het ziekenhuis komen door de samenwerking.

Betrokken partijen: HagaZiekenhuis/ Juliana Kinderziekenhuis, gemeente Den Haag, jeugdgezondheidszorg, kraamzorg, informele steunorganisaties (Eigen Toekomst Plan, Moeders Informeren Moeders, Homestart Humanitas), professionals uit sociaal domein.

Toelichting: In Den Haag is een vast kernteam met onder andere Stevig Ouderschaps-jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en kraamzorgconsulenten betrokken op de zwangerenpoli's (POP en MamaPlus) en de nazorgpoli Neonatologie. Zij sluiten aan bij MDO's. Op verzoek sluit een vast aanspreekpunt van gezinsgericht werken vanuit de gemeente ook aan. Via KD+ en HIX is er inzage in elkaars dossiers (voor zover relevant). Professionals uit zorg en sociaal domein zijn (deels) IMH-geschoold. Met casemanagers uit het sociaal domein is er een appgroep voor onderlinge korte lijnen. Vanuit de drie betrokken informele steunorganisaties zijn er ervaringsdeskundigen en vrijwilligers beschikbaar om te helpen met zaken waar geen formele zorg/steun voor nodig is. De ambitie is om de zorg en ondersteuning voor deze gezinnen meer buiten het ziekenhuis vorm te geven (bijvoorbeeld op een CJG of andere, gezamenlijke plek).

Eerste resultaten: Zie de eerdergenoemde uitkomsten van de MKBA.

Pop Plus Poli Amsterdam

Doelgroep: (Aanstaande) gezinnen met verhoogde kwetsbare psychosociale omstandigheden

Betrokken partijen: Amsterdam UMC, GGD Amsterdam

Toelichting: In Amsterdam is de Pop Plus Poli een multidisciplinaire poli voor (aanstaande) gezinnen die zich vanwege bijvoorbeeld psychische problematiek en/of sociale problematiek (o.a. depressie, verslaving, trauma) vaak in een (zeer) kwetsbare situatie bevinden. Het team bestaat uit verloskundigen, psychologen en medisch maatschappelijk werkers, en werkt samen met de jeugdgezondheidszorg. Jeugdverpleegkundigen kunnen de maternale kinkhoestvaccinatie op de poli zetten, waardoor de drempel lager wordt. Ook raken gezinnen dan al bekend met de jeugdgezondheidszorg, waardoor ze hen hopelijk goed kunnen benutten, voor de bevalling met bijvoorbeeld een prenataal huisbezoek en na de bevalling met opvoed- opgroevragen in de eerste jaren. Daarnaast is er een gezamenlijk MDO op de poli om de overdracht naar de JGZ te verzorgen. Er is ook een inloopmogelijkheid voor zwangeren. Doel is vroegtijdige interventie waar nodig en continuïteit van zorg vanaf zwangerschap tot na de geboorte, om problemen te voorkomen die later kunnen escaleren.

29 [Leertraject Sociale geboortezorg in het ziekenhuis \(en eruit!\) | CPZ.](#)

Doorlopende lijn aanstaande gezinnen met de Basisstructuur Kansrijke Start in Zuid-Limburg

Doelgroep: (Aanstaande) gezinnen met enige mate van verhoogde kwetsbare psychosociale omstandigheden

Betrokken partijen: Maastricht UMC+, alle 16 Zuid-Limburgse gemeenten, jeugdgezondheidszorg, kraamzorg, 2 VSV's, Zuyderland Medisch Centrum, diverse partijen uit het sociaal domein

Toelichting: Alle betrokken partijen vanuit zorg- en sociaal domein werken volgens de '[Basisstructuur Kansrijke Start](#)'. De Basisstructuur bevat afspraken over samenwerking tussen zorg en sociaal domein over het signaleren van kwetsbaarheid (definitie Erasmus universiteit) en mogelijke vervolgstappen. Afhankelijk van wat wordt gesignaleerd wordt één van de drie routes gevolgd.

1. Bij een gezin dat zelfredzaam is of potentieel in een kwetsbare situatie zit: zelf hulp bieden en – waar nodig – consulteren of inzet van enkelvoudige zorgpaden (m.n. Pharos zorgpaden Kansrijke Start).
2. Bij gezinnen in een kwetsbare situatie: afstemming zoeken – en waar nodig samen optrekken - met de jeugdgezondheidszorg (via het prenataal huisbezoek). Waar nodig neemt de JGZ of het Knooppunt van de gemeente (in samenspraak met het gezin) de rol van casusregisseur, of zorgt de verloskundig professional dat een andere partij de casusregie op zich pakt, ook in de periode na de zwangerschap.
3. Bij een gezin in zeer kwetsbare omstandigheden of stapeling van niet urgente kwetsbare omstandigheden: Inbrengen van een casus in het MDO Zwangere in een kwetsbare situatie. Tijdens dit overleg wordt bepaald welke professional de regie neemt en welke andere disciplines eventueel betrokken moeten worden. In de Basisstructuur staan de vraag en behoefte van het gezin centraal, in plaats van de plek waar een gezin in zorg is.

Eerste resultaten: De Kansrijke start infrastructuur met JGZ, sociaal en zorg domein is inmiddels gerealiseerd vanaf de conceptie tot 6 weken post partum. Hierdoor ontvangen (aanstaande) gezinnen steeds vaker passende hulp, ongeacht waar ze hun hulpvraag neerleggen. Ook is sprake van een stepped care model waarbij het sociaal en zorg domein goed afstemmen zodat de juiste zorg op de juiste plek wordt gegeven.

GO-poli voor gezinnen met vroeggeboren en lichtgeboren kinderen en kwetsbare sociale omstandigheden in Delft

Doelgroep: Gezinnen met pre- en dysmature kinderen en eventueel kwetsbare sociale omstandigheden

Betrokken partijen: Reinier de Graaf Gasthuis, JGZ Zuid-Holland West, gemeente Delft, DSW.

Toelichting: In Delft is de **GO-poli** ingericht in de wijk bij de JGZ Zuid-Holland West. Kinderartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werken samen voor pre- en dysmature kinderen. De professionals draaien gelijktijdig hun eigen spreekuur en stemmen af wanneer kinderen door de JGZ of kinderarts(-neonatoloog) gezien worden. Na afloop van de poli vindt een gezamenlijk MDO plaats. Door deze werkwijze hoeven dubbele handelingen (meten, wegen, etc.) maar eenmalig worden uitgevoerd en wordt elkaars expertise benut. Ook wordt er samengewerkt met het KASTO-team wat een samenwerking is van cliëntondersteuners van welzijnsorganisatie Delft Support en jeugdverpleegkundigen van JGZ ZHW voor gezinnen in kwetsbare omstandigheden.

Eerste resultaten: In 2024 en 2025 zijn er in totaal 68 kinderen op de GO-poli gevolgd. In effecten horen we terug dat ouders de GO-poli waarderen vanwege de volledige adviezen, en de nabijheid van de JGZ zowel fysiek als in contact. Voorzichtig eerste resultaten laten zien dat aantal afspraken voor JZG en neonatologie in totaal afneemt gedurende het eerste jaar, maar het is nog te vroeg om hier conclusies over te trekken.

Transmuraal zorgnetwerk “huilen in de juiste richting” met ABC poli in regio Utrecht

Doelgroep: Gezinnen met een excessief huilende baby

Betrokken partijen: St. Antonius Ziekenhuis, Diaconessenhuis Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis, JGZ stad Utrecht, JGZ regio Utrecht, huisartsenpraktijken in de regio, en de gemeente Utrecht.

Toelichting: in regio Utrecht is er een samenwerkingsmodel gericht op gezinnen met een excessief huilende baby, waarbij het ziekenhuis, de jeugdgezondheidszorg en huisartsen intensief samenwerken en verbeterde informatiebeschikbaarheid ouders in hun kracht zet. Het doel is duidelijke regievoering, vroegtijdige interventie waar nodig en het voorkomen van onnodige medische behandelingen en/of opname op de kinderafdeling. Als een baby veel huilt stemmen huisarts en jeugdarts af wie de regie heeft, beiden zijn geschoold in het herkennen van medische alarmsignalen. De JGZ geeft begeleiding waarbij het aanleren van troosttechnieken en aandacht voor sociale steun groot onderdeel zijn. Indien er medische zorgen zijn kunnen gezinnen via een verkorte toegangstijd terecht bij de ABC-poli (Advanced Baby Care). Tijdens een gecombineerd consult met een kinderarts en medisch pedagogische zorgverlener wordt de baby medisch onderzocht en krijgen ouders praktische en emotionele ondersteuning. In een videoconsult 2 weken later in aanwezigheid van zowel de verwijzer (jeugdarts of huisarts), de ouders en de kinderarts en medisch pedagogisch zorgverlener, wordt de zorg afgestemd en vindt in principe terugverwijzing plaats. Bij afwezigheid van een medische oorzaak wordt door de jeugdgezondheidszorg ingezet op sociale factoren, zoals het begeleiden van ouderlijke stress, isolement of onzekerheid.

Eerste resultaten: Voorlopige resultaten laten meer tevredenheid zien bij ouders, zorgverleners in 0, 1e en 2e lijn en een afname van ±40% ziekenhuisopnames in het St. Antonius Ziekenhuis.

Bijlage 2: Gereedheidskist met interventies

In het AZWA is afgesproken dat de regio voor de interventies/activiteiten in de basisfunctionaliteit gebruik kunnen maken van een gereedheidskist. De gereedheidskist is een dynamisch overzicht van effectieve interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Het uitgangspunt van de gereedheidskist is dat het dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten. Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen wat er al bestaat, bijvoorbeeld de al bestaande databanken met interventies die verschillende kennisinstellingen in beheer hebben.

Het is **niet** nodig dat regio's met implementatie van de handreiking wachten op de gereedheidskist. ZN, VNG en VWS werken, in overleg met relevante (kennis)partijen, de komende periode de gereedheidskist verder uit voor punten als: governancevraagstukken, gebruik van de interventies in de gereedheidskist door de regio's, criteria voor interventies, toegang tot de gereedheidskist en eigenaarschap. In een volgende versie van deze handreiking zal op deze plek worden verwezen naar de gereedheidskist.

Bijlage 3: Verbinding sociale en gezonde basisinfrastructuur

Om basisfunctionaliteiten te kunnen borgen, is er een basisinfrastructuur nodig in de wijk voor verschillende leefgebieden. Deze basisinfrastructuur is een onderdeel van de brede sociale basis binnen gemeenten. De gezonde en sociale basisinfrastructuur vormt het fundament voor de domeinoverstijgende samenwerking in de basisfunctionaliteiten. Vanuit deze basisinfrastructuur worden ondersteunings- en zorgbehoeften gesignaleerd, waarna waar nodig wordt doorverwezen; tegelijkertijd kan door collectieve inzet ondersteuning en zorg in veel gevallen worden voorkomen.

Op dit moment wordt er gewerkt aan de uitwerking van de inloopvoorzieningen sociaal en gezond (opgave D6 uit het AZWA). Hierin wordt op het niveau inloopvoorzieningen en professionals aangegeven wat er nodig is in de gemeenten en wijken ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten. Naar verwachting Q2 2026 zullen deze afspraken worden vastgesteld. In een volgende versie van de handreiking kan worden verwezen naar deze landelijke afspraken.

Deze publicatie is een uitgave van:

AZWA-partijen onder regie van de VNG,
ZN en het ministerie van VWS.

Meer informatie is te vinden op
zorgakkoorden.nl/azwa.

Mei 2026