

## Opdracht voor de werkagenda

Samenwerking zorg en sociaal domein voor D5 AZWA

*Versie 20 april 2026*

## Waarom dit document?

Vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt over basisfunctionaliteiten ter versterking van de samenwerking tussen het zorg en sociaal domein. Als mandaatgemeente<sup>1</sup> of preferente zorgverzekeraar gaat u, in de rol van financiers van het AZWA D5, als regisseurs aan de slag met het opstellen van een regionale werkagenda voor deze basisfunctionaliteiten. Dit doet u in nauwe samenspraak met (een vertegenwoordiging van) de zorg- welzijnsaanbieders. Dit document biedt daarbij een opdrachtomschrijving die dient als houvast bij de start van het proces in de regio.

Per basisfunctionaliteit komt een handreiking beschikbaar met concrete handvatten voor implementatie in de regio. De handreikingen bieden, samen met de handreiking Regionale Preventie Infrastructuur (RPI)<sup>2</sup>, input voor de werkagenda. Ze worden eind mei 2026 met de IZA/AZWA-regio's gedeeld.

## Over het AZWA

Het doel van de afspraken in het AZWA is het voorkomen van (zwaardere) zorg en ondersteuning. Basisfunctionaliteiten dragen hieraan bij én aan het vergroten van gelijke kansen op gezond leven. Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) zijn al belangrijke stappen gezet om de zorg toekomstbestendig te maken. Tegelijkertijd zijn er ook knelpunten. Om die op te lossen, zijn er in het AZWA stevige afspraken gemaakt over het versterken van de samenwerking tussen zorg en sociaal domein.

De beweging van zorg naar gezondheid en welzijn vraagt onder meer om netwerkaanpakken met goede borging van opsporen en signaleren van kwetsbare omstandigheden en toeleiden naar passende ondersteuning en zorg. Hiervoor zijn regionale en lokale afspraken nodig over dekkend aanbod, wederkerigheid en aanspreekbaarheid van betrokken partijen. De basisfunctionaliteiten zijn hier een van de uitwerkingen van. Daarnaast zijn in het AZWA D6 afspraken gemaakt over een basisinfrastructuur in het sociaal domein. Deze is nodig om de basisfunctionaliteiten goed te laten werken.

### In dit document staat:

- Waarover IZA-regio's afspraken moeten maken in de werkagenda
- Welke basisfunctionaliteiten en aanpakken op de ontwikkelagenda een plek moeten krijgen
- Aandachtspunten in het proces om tot een werkagenda te komen
- Belangrijke data en mijlpalen tot het eind van het jaar
- Inhoudelijke aandachtspunten per basisfunctionaliteit

## Inhoud van de werkagenda

Met het opstellen van de werkagenda werken regio's toe naar een regionaal dekkend aanbod van basisfunctionaliteiten in 2030 en het (verder) implementeren van aanpakken op de ontwikkelagenda. Voor zorgverzekeraars past de inzet op basisfunctionaliteiten binnen de reguliere Zvw systematiek<sup>3</sup>. Gemeenten ontvangen middelen voor de inzet binnen het sociaal

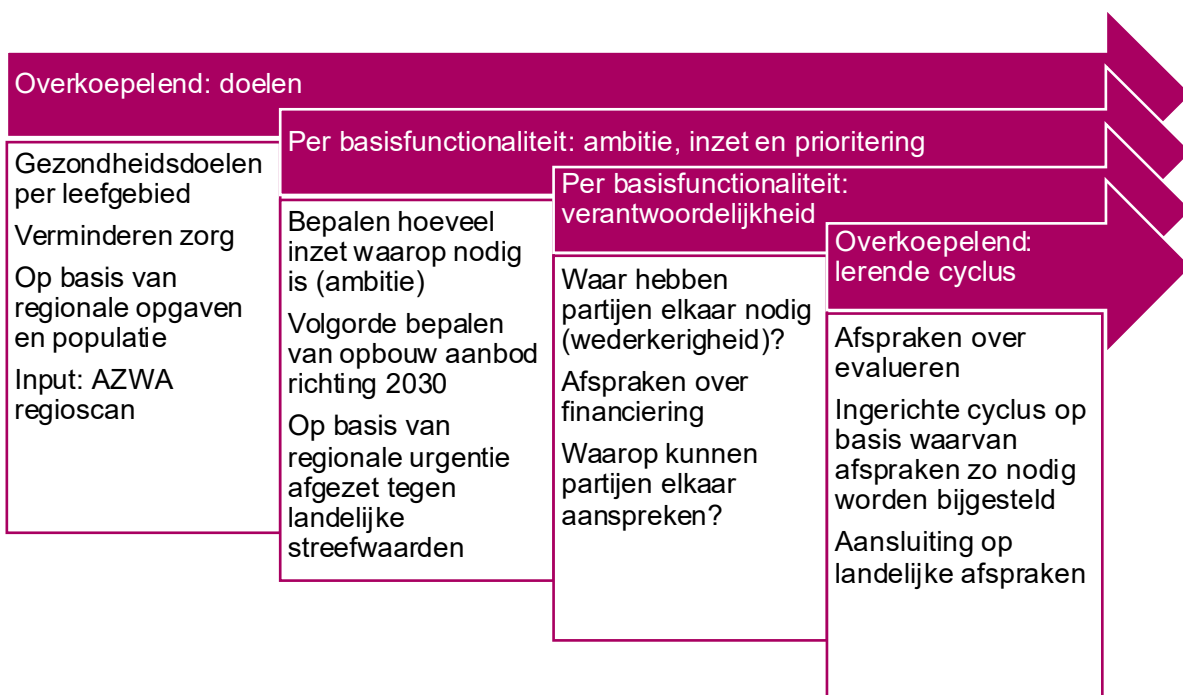
<sup>1</sup> Een mandaatgemeente is de gemeente die namens alle gemeenten in een IZA-regio de regionale middelen aanvraagt en verantwoordt, en hierover afspraken kan maken met andere partijen.

<sup>2</sup> Handreiking Regionale Preventie Infrastructuur, maart 2026.

<sup>3</sup> Afhankelijk van de uitwerking van de basisfunctionaliteiten op de ontwikkelagenda is het wellicht nog wel nodig om nieuwe NZa prestaties op te stellen.

domein<sup>4</sup>, waaronder doorbraakmiddelen om de opbouw van basisfunctionaliteiten te versnellen. De werkagenda sluit aan op de regionale context, activiteiten die reeds in de regio zijn gerealiseerd én op afspraken die worden/zijn gemaakt binnen samenwerkingsverbanden en organisaties. Gemeenten, GGD, en aanbieders (veelal vertegenwoordigd in samenwerkingsverbanden zoals RHO's, RESV's in oprichting, MGN en VSV's) zijn naast het opstellen van de werkagenda ook aan zet voor verdere uitwerking en implementatie. Om duurzame afspraken te maken waarop partijen elkaar kunnen aanspreken, moeten ook deze samenwerkingsverbanden nauw betrokken zijn bij de totstandkoming van de werkagenda.

Regio's hebben binnen deze middelen de ruimte om zelf een prioritering en fasering te kiezen en om de volgorde van implementatie te bepalen. De werkagenda is bedoeld om hier afspraken over te maken én om te zorgen dat de randvoorwaarden voor de implementatie op orde zijn. Het gaat om afspraken tussen zorg en sociaal domein (financiers en uitvoerders) over:



### Doelen

Veel IZA-regio's hebben gezondheidsdoelen opgesteld<sup>5</sup>. Deze zijn meestal gericht op het verminderen van zorg, maar er zijn weinig concrete doelen gericht op het verbeteren van gezondheid en welzijn. Hier is wel behoefte aan. Daarom is de bedoeling dat IZA-regio's concrete gezondheidsdoelen opnemen in de werkagenda, als aanvulling op het regioplan. Deze hangen af van de regionale opgaven, prioritering en fasering, en populatie. De handreiking RPI kan ondersteunen om hier richting aan te geven.<sup>6</sup>

### Ambitie, inzet en prioritering

Op basis van de doelen en regionale prioritering en fasering kunnen IZA-regio's bepalen hoeveel inzet op welke basisfunctionaliteit nodig is (meer of minder dan de landelijke streefwaarde) en wat een passend ingroeipad is richting dekkend aanbod in 2030. In de werkagenda moeten concrete plannen landen over de huidige situatie, de opbouw/opschaling van de basisfunctionaliteiten en het eindbeeld. Daarbij is ook aandacht nodig voor integraal beleid over

<sup>4</sup> Gemeenten hebben in april 2026 een brief ontvangen van bewindspersonen VWS met daarin meer duidelijkheid over de AZWA-middelen.

<sup>5</sup> De landelijke nota gezondheidsbeleid gebruikt kan worden als kader en inspiratiebron bij het formuleren van regionale gezondheidsdoelen, toegesneden op de regionale opgaven en populatie. De GGD kan gemeenten hierin adviseren en ondersteunen.

basisfunctionaliteiten heen. Er is namelijk veel overlap tussen doelgroepen van verschillende basisfunctionaliteiten. Dat betekent dat opsporing en signalering ingericht moet worden vanuit leefgebieden, en niet per basisfunctionaliteit. Ook moeten basisfunctionaliteiten vindbaar zijn voor partners, waaronder ook de tweede lijn.

In het AZWA zijn specifiek doorbraakmiddelen gealloceerd voor het sociaal domein voor het versneld opschalen van lopende basisfunctionaliteiten richting landelijk dekkend aanbod. Met het opstellen van de werkagenda worden deze middelen onderdeel van het totaal van AZWA-middelen voor het sociaal domein. Regio's worden gevraagd als basis voor het opstellen van de werkagenda de ingevulde regioscan te gebruiken (deze is reeds met u gedeeld) en de rode dradenanalyse (het landelijk beeld van de regioscans dat volgt in mei) mee te nemen. Wij gaan ervan uit dat de uitkomsten van de regioscan en rode dradenanalyse, gebaseerd op alle regioscans, worden betrokken bij het opstellen van de werkagenda. Indien u als regio hiervan afwijkt, verzoeken wij u dit gemotiveerd toe te lichten in de werkagenda. De regioscan zal eind 2027 en eind 2028 herhaald worden.

### **Verantwoordelijkheid**

Uit de GALA-monitors blijkt dat regio's behoefte hebben aan concretere afspraken, en dat afspraken op regionaal niveau nodig zijn om aanpakken te laten werken. Deze afspraken zijn nodig tussen de financiers, in samenspraak ook met de aanbieders in zorg en sociaal domein. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering. Denk aan afspraken over systemen en gegevensdeling, manier van samenwerken, betrekken van inwonersperspectief en rolverdeling. Op basis van de werkagenda moet duidelijk zijn wie wat doet. De handreikingen geven daar richting voor.

De handreikingen geven ook richting aan wat voor een basisfunctionaliteit op regionaal niveau geregeld moet zijn en wat ook op lokaal niveau kan. Voor afspraken over basisfunctionaliteiten is altijd de regionale schaal nodig, bijvoorbeeld over inkoop van dekkend aanbod tussen zorgverzekeraar en gemeente, financiering van coördinatie en uitvoering en kennisuitwisseling. Deze afspraken landen in de werkagenda, evenals hoe hier lokaal uitvoering aan gegeven wordt. Daarnaast zijn in de werkagenda afspraken nodig over hoe partijen elkaar aanspreken als ze plannen onvoldoende uitvoeren.<sup>7</sup>

### **Lerende cyclus**

Zowel regionaal als landelijk is de bedoeling dat we leren van het AZWA, een transformatie (verder) inzetten naar anders werken en kennis delen. Daarvoor is monitoring en evaluatie nodig, zowel van de implementatie als van de resultaten en effecten. Voor de monitoring komt nog een landelijke dataset beschikbaar die IZA-regio's kunnen implementeren. Hierbij wordt gestuurd op beperkte administratieve lasten. Dit is onderdeel van de uitvoeringsfase, dus de exacte monitoring hoeft nog niet in de werkagenda opgenomen te worden.

### **Pragmatisch insteken**

Bij het uitwerken van de AZWA-afspraken kunnen IZA-regio's aansluiten bij bestaande plannen. De werkagenda hoeft ook niet beperkt te zijn tot de basisfunctionaliteiten: er mogen bredere plannen opgenomen worden op het snijvlak zorg-sociaal als dit praktisch is in de regio. De werkagenda wordt op landelijk niveau niet inhoudelijk beoordeeld. Het opstellen van een werkagenda met plannen voor alle relevante basisfunctionaliteiten is wel een voorwaarde voor de

---

<sup>7</sup> De handreiking Regionale Preventie Infrastructuur geeft hier richting aan.

middelen die gemeenten ontvangen en is nodig voor contractering van de verzekeraar waar het inzet van zorgprofessionals betreft.

## Welke aanpakken opnemen in de werkagenda?

In de werkagenda staan dus de doelen van de regio (ook op gezondheid en welzijn), prioritering van de basisfunctionaliteiten en aanpakken op de ontwikkelagenda, afspraken over wie welke verantwoordelijkheid heeft en de manier waarop de regio een lerende cyclus vormgeeft. Dit zijn deels overkoepelende afspraken (gerelateerd aan de regionale preventie infrastructuur) en deels afspraken per aanpak. De precieze onderdelen die per aanpak in de werkagenda moeten landen, zijn afhankelijk van de status van de aanpak in het AZWA en worden in onderstaande tabel samengevat.

Status	Wat opnemen in de werkagenda?
<p><b>Basisfunctionaliteit</b> Landelijk: (door)ontwikkeling handreikingen Regionaal: doorontwikkeling of start uitvoering</p>	<p><i>Betreft: laagdrempelige steunpunten, sociaal verwijzen, valpreventie, volwassenen met overgewicht en obesitas, kansrijke start, integrale gezinspoli, nu niet zwanger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Concrete plannen met aantallen en ingroeipad om toe te werken naar regionaal dekkend aanbod in 2030 inclusief financiële dekking.</li> <li>Afspraken binnen de netwerksamenwerking die daarvoor nodig zijn: waar hebben partijen elkaar nodig en waarop kunnen ze elkaar aanspreken.</li> </ul>
<p><b>Ontwikkelagenda 1 – lopend</b> Doorontwikkeling uitvoering in de regio in lijn met bestaande afspraken GALA en IZA</p>	<p><i>Betreft: mentale gezondheidsnetwerken, ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Concrete plannen met aantallen en ingroeipad om deze aanpakken door te ontwikkelen inclusief financiële dekking.<sup>8</sup></li> <li>Afspraken binnen de netwerksamenwerking die daarvoor nodig zijn: waar hebben partijen elkaar nodig en waarop kunnen ze elkaar aanspreken.</li> </ul>
<p><b>Ontwikkelagenda 1 – nieuw</b> Landelijk: ontwikkelen handreikingen en selectie beproevende regio's Regionaal (voldoende regio's)<sup>9</sup>: bewijslast verzamelen</p>	<p><i>Betreft: dementie, nicotinevrij, rookvrije start, multiproblematiek aanpak in NPLV-gebieden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indien de regio aan de slag wil met het beproeven van een of meer van deze aanpakken: toezegging om met deze aanpak aan de slag te gaan, op basis van regionale opgaven en populatie.</li> </ul>
<p><b>Ontwikkelagenda 2 en andere initiatieven</b> Landelijk: ontwikkeling proces voor een toekomstige ontwikkelagenda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanpakken mogen opgenomen worden als de regio dit wil: geen vereiste voor de werkagenda, maar regio's kunnen pragmatisch omgaan met de inhoud. Voor deze aanpakken is geen landelijke financiering.</li> </ul>

<sup>8</sup> Over deze aanpakken zijn in het IZA en GALA al afspraken gemaakt over landelijk dekkend aanbod. Voor de zorgverzekeraar geldt hiervoor zorgplicht. Tegelijk is er op dit moment nog geen sprake van structurele financiering in het sociaal domein. Dit maakt dat ervoor nu geen harde afspraken te maken zijn voor toewerken naar landelijk dekkend aanbod op deze aanpakken. In komende jaren wordt toegewerkt naar én onderbouwing van deze aanpakken op de impact op zorgkosten én verdere implementatie van de aanpakken.

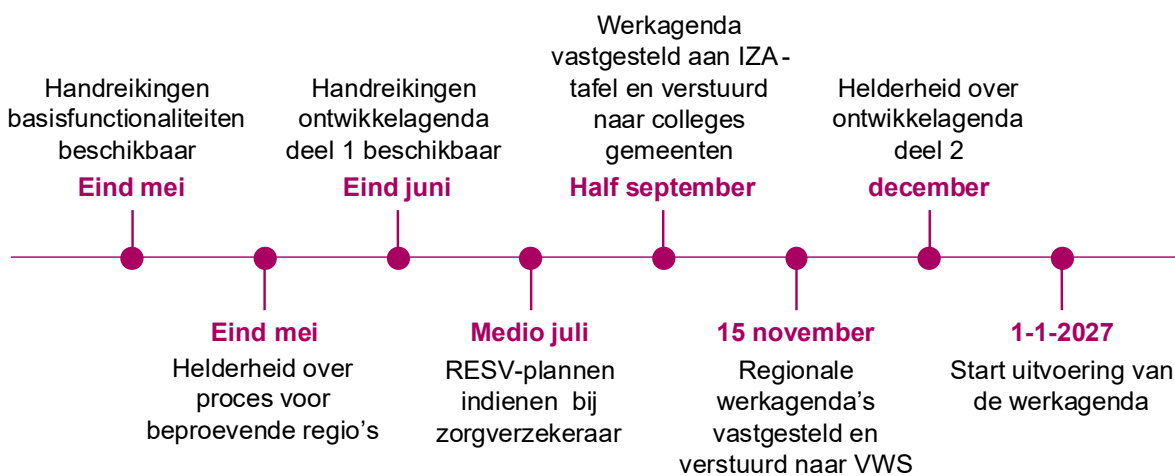
<sup>9</sup> In het proces voor de ontwikkelagenda wordt per aanpak duidelijk wat we verstaan onder voldoende regio's.

## Komen tot een werkagenda

De IZA-regiotafel<sup>10</sup> is de centrale plek waar alle doelen en opgaven van de werkagenda integraal worden afgewogen. De mandaatgemeente en preferente zorgverzekeraar hebben – als financiers van het AZWA D5 – regie op de totstandkoming van de werkagenda. De gemeentelijke middelen betreffen zowel lokale als regionale middelen. Daarom moet de werkagenda vastgesteld worden door alle colleges van B&W in de regio nadat deze binnen de IZA-governance is vastgesteld. De deadline van 15 november betekent in de praktijk dus dat de werkagenda half september klaar moet zijn.

## Wat te verwachten de komende tijd?

We werken toe van de start van de uitvoering van de aanvullende afspraken in 2027 naar structurele borging in 2030. De komende maanden zijn de volgende data belangrijk:



## Over de basisfunctionaliteiten

Op dit moment worden handreikingen van de basisfunctionaliteiten nog uitgewerkt. Om al een start te kunnen maken met het opstellen van de werkagenda is onderstaand per basisfunctionaliteit opgenomen:

- De inhoud van de basisfunctionaliteit op hoofdlijnen: wat voor aanbod moet er landelijk dekkend geborgd worden voor welke doelgroep, waar mogelijk met streefcijfers;
- Aandachtspunten voor de werkagenda;
- Samenhang met andere basisfunctionaliteiten.

De streefwaarden zijn bedoeld om regio's richting te geven en zijn gebaseerd op een landelijk beeld van de opgave. In een regio kan deze opgave anders zijn. Regio's mogen daarom gemotiveerd afwijken van de genoemde streefwaarden (naar boven of naar beneden).

<sup>10</sup> We bedoelen hiermee de tafel waar de Regionale Preventie Infrastructuur wordt besproken. Mogelijk is dit een sub-tafel van de IZA-tafel.

## Mentale gezondheid

### Laagdrempelige steunpunten

**Doelgroep:** iedere inwoner die baat heeft bij laagdrempelige ondersteuning rondom zelfregie en herstel, met bijzondere aandacht voor mensen met ernstige of langdurige psychische kwetsbaarheid (EPA) en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten.

**Benodigd landelijk dekkend aanbod:**

- Minimaal één laagdrempelig steunpunt (LSP) per gemeente. Verder afhankelijk van het percentage mensen dat baat heeft bij een LSP, bestaat aanbod LSP's en fysieke nabijheid.

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Regio's komen tot een bij de regio passend dekkend netwerk met verschillende typen LSP's (in termen van aantal mensen dat er per dag komt, openingstijden en aanbod, afhankelijk van de lokale context). De uitwerking van de typen LSP's wordt opgenomen in de handreiking en zijn gebaseerd op de aanwezigheid van een grote stadskern, de bevolkingsomvang en -spreiding en het percentage inwoners dat mogelijk baat heeft bij een LSP, waarbij in ieder geval de EPA doelgroep is meegenomen
- Deze voorzieningen moeten voldoen aan de tien kenmerken voor LSP's.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** mentale gezondheidsnetwerken

### Sociaal verwijzen

**Doelgroep:** De doelgroep bestaat uit (jong)volwassen inwoners die met (milde) psychosociale problemen (met veelal een sociaal-maatschappelijke oorzaak) bij een eerstelijnszorgverlener komen. Voor hen is (brede) vraagverheldering door een sociaaldomeinprofessional met brugfunctie nodig om tot passende ondersteuning in het sociaal domein en/of de sociale basis te komen.

**Benodigd landelijk dekkend aanbod:**

- Capaciteit bij de huisarts/eerstelijnsprofessionals voor brede gesprek waarin psychosociale problemen gesignaleerd kunnen worden (obv gemiddeld 60 verwijzingen per 10.000 inwoners)
- Brugfunctionaris, uitgevoerd door de sociaaldomeinprofessional, die middels brede vraagverheldering de inwoner naar passende ondersteuning toeleidt en een periode contact houdt tot de inwoner diens weg gevonden heeft (0,2 - 0,5 fte per 10.000 inwoners), afhankelijk van de populatie.

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Opgave in kaart brengen mbt de doelgroep 'inwoners met (milde) psychosociale problemen' en vaststellen waar deze populatie zich bevindt in wijken en dorpen.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** mentale gezondheidsnetwerken (inclusief verkennend gesprek), ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen

### Mentale gezondheidsnetwerken (MGN, ontwikkelagenda)

**Doelgroep:** het verkennend gesprek is één van de functies binnen een mentaal gezondheidsnetwerk (MGN) en is bedoeld voor personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen voor wie een domeinspecifieke aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts, sociaal domein of ggz naar verwachting niet volstaat. Daarnaast heeft een MGN nog drie functies: het onderhoudt een 'transfermechanisme', zorgt voor informatie over wachttijden en aanbod in sociaal domein en ggz en organiseert domeinoverstijgend casusoverleg. In het IZA is afgesproken dat er in elke regio een MGN komt.

**Te nemen stappen in de doorontwikkeling:**

- Elkaar (h)(er)kennen in de regio, zodat bij alle verschillende professionals bekend is wat er in de andere domeinen aan aanbod beschikbaar is
- Rol als verbindende schakel voor andere basisfunctionaliteiten binnen het leefgebied mentale gezondheid

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- De afspraken uit het regiospecifieke MGN-transformatieplan tot uitvoer brengen. Hierin is een expliciete koppeling met het regiobeeld en regioplan opgenomen. N.B.: de looptijd van het transformatieplan is korter dan van de werkagenda, dus uitvoering na de looptijd van het transformatieplan moet in de werkagenda geborgd worden.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** sociaal verwijzen, laagdrempelige steunpunten

## Vitaal ouder worden/ouderen

**Valpreventie**

**Doelgroep:** thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder met een verhoogd valrisico.

**Benodigd landelijk dekkend aanbod:**

- Afspraken met betrokken partijen uit het sociaal domein ten behoeve van opsporen van senioren met een verhoogd valrisico en afnemen valrisico-inschatting bij 14% van de 65+ers.
- Elke oudere kan via de eigen gemeente een erkende valpreventieve beweeginterventie volgen in de eigen of een nabijgelegen gemeente. In totaal neemt jaarlijks 3% van de 65+ers met een verhoogd valrisico deel aan een valpreventieve beweeginterventie.
- Voorlichting over valpreventie als onderdeel van vitaal ouder worden.
- Structureel sport- en beweegaanbod, geschikt voor ouderen. De omvang en het type aanbod verschilt per gemeente.

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Alle eerstelijnsprofessionals en sociaaldomeinprofessionals die met ouderen werken hebben een belangrijke rol in het opsporen.
- Maak heldere afspraken over toeleiding/verwijzing naar valpreventieve beweeginterventies en wie verantwoordelijk is voor de deelnemers.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen, sociaal verwijzen

## Leefstijl

**Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen**

**Doelgroep:** Voor het signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht en vaststellen wat er speelt bestaat de doelgroep uit volwassenen vanaf een licht verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) en hoger. Vanuit deze basisfunctionaliteit wordt *aanvullend aanbod* georganiseerd voor:

- volwassenen met een *licht* verhoogd GGR (in de basis is deze groep aangewezen op het reguliere basisaanbod, maar een deel zal hiermee onvoldoende bereikt worden bv. door beperkte zelfredzaamheid of andere belemmeringen).
- volwassenen vanaf een *matig* verhoogd GGR.

**Benodigd landelijk dekkend aanbod:**

- Centrale zorgcoördinator die kijkt waarop ingezet moet worden en ook de verbinding kan maken met sociale basis in het sociaal domein;
- Beweegaanbod voor de doelgroep;
- Aanbod gericht op gezondheidsvaardigheden en leefstijl voor de doelgroep;
- Individuele ondersteuning voor de doelgroep in het sociaal domein (zoals buurtsportcoaches, leefstijlcoaches, gewichtsconsulenten en beweegmakelaars);
- Gecombineerde Leefstijl Interventie.

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Opsporen en signaleren: afspraken dat professionals vanuit het sociaal domein en de zorg (incl. tweede lijn) overgewicht signaleren en het gesprek hierover voeren;
- Borgen probleemanalyse: voldoende professionals vanuit de zorg die overgewicht/GGR kunnen vaststellen en kunnen nagaan wat onderliggende factoren zijn.
- De rol van Centrale Zorgcoördinator is nieuw. Momenteel wordt gewerkt aan het financieringsvraagstuk van deze inzet.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen, sociaal verwijzen.

## Kansrijk opgroeien

### Kansrijke Start

**Doelgroep:** (Toekomstige) ouders in een kwetsbare situatie in de eerste 1000 dagen van het kind (van drie maanden vóór de bevruchting tot ongeveer 2 jaar).

**Benodigd landelijk dekkend aanbod:**

- Elke gemeente en regio heeft een coalitie Kansrijke Start, bestaande uit partijen uit medisch, sociaal, publiek en informeel domein.
- Op basis van de situatie in de regio en gemeente maken partijen onderbouwde keuzes welk hulp- en ondersteuningsaanbod en welke interventies nodig zijn en kopen deze in bij de betrokken organisaties.
- Samenwerkingsafspraken op uitvoerings-, organisatie- en bestuurlijk niveau, zowel lokaal als regionaal.

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Zorgen dat professionals uit medisch, sociaal, publiek en informeel domein het belang van de 1e 1000 dagen en hun rol bij het vroegsignaleren kennen en vervolgens (weten hoe te) handelen.
- Samenwerken met of betrekken van ouders met ervaring, mensen met ervaringskennis, ervaringsdeskundigen, sleutelfiguren, sleutelpersonen en/of cliëntparticipatie.
- De basisfunctionaliteiten Integrale Gezinspoli en Nu Niet Zwanger maken onderdeel uit van de basisfunctionaliteit Kansrijke Start.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** overgewicht en obesitas volwassenen, sociaal verwijzen, rookvrije start en overgewicht en obesitas kinderen.

### **Integrale gezinspoli (nieuwe aanpak, moet in de meeste regio's nog opgebouwd worden)**

**Doelgroep:** (aanstaande) gezinnen die tijdens de zwangerschap en/of met hun jonge kind (tot circa 2 jaar), een tweedelijns zorgbehoefte hebben - of hier hoog risico op lopen - en waar - al dan niet tijdelijk - kwetsbare sociale omstandigheden spelen. Deze doelgroep is een subgroep van de gehele Kansrijke Start-doelgroep.

#### **Benodigd landelijk dekkend aanbod:**

- Eén kernteam met vaste gezichten vanuit medisch, publieke gezondheid en sociaal domein, met een brede blik op zowel medische als sociale factoren en daarmee een bundeling van expertise over kwetsbare sociale en medische omstandigheden die van invloed kunnen zijn op (aanstaande) gezinnen in de eerste 1.000 dagen.
- Eén aanspreekpunt voor het gezin, in elk geval voor hun vragen/behoeften over inzet vanuit/contacten met partijen uit het sociaal domein.
- De benodigde expertise is op één plek beschikbaar, waar mogelijk buiten het ziekenhuis in een 'huiskamercontext' in plaats van een medische context zodat gezinnen zich snel op hun gemak voelen.
- Multidisciplinair overleg (MDO) met afvaardiging vanuit medisch, publieke gezondheid en sociaal domein. Bijvoorbeeld elke week of twee weken per poli over de (aanstaande) gezinnen in kwetsbare sociale omstandigheden.
- Samenwerkingsafspraken over hoe informele steunorganisaties met vrijwilligers en ervaringsdeskundigen kunnen worden benut om (aanstaande) gezinnen te ondersteunen.

#### **Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Afspraken over taakverschuivingen – waar relevant – zoals verschuiving van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn, van zorg naar publieke gezondheid en/of sociaal domein en coördinerende rol in publieke gezondheid of sociaal domein.
- Een werkproces over hoe wordt afgestemd over de populatie die dreigt in te stromen in het ziekenhuis, met als doel dit zoveel mogelijk voor te zijn en een gezin te helpen in de eigen omgeving. Bijvoorbeeld in overleg eerstelijnsverloskundigen, huisartsen, tweede lijn, Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV), kraamzorg en JGZ.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** Kansrijke Start, Nu Niet Zwanger

### **Nu Niet Zwanger**

**Doelgroep:** 1) mensen in de vruchtbare leeftijd (inclusief minderjarigen) en, 2) in kwetsbare omstandigheden door een combinatie van problemen en/of beperkingen zoals psychische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek, of anderszins een (grote) disbalans tussen draagkracht en draaglast.

#### **Benodigd landelijk dekkend aanbod:**

- Structurele regionale coördinatie en expertise: minimaal 2 fte per regio, verdeeld over 3 personen.
- Kinderwensverkenning geïntegreerd in de reguliere werkwijze van organisaties in sociaal en medisch domein.
- Samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen, verloskundigen en huisartsen.
- Toegankelijke anticonceptiezorg, inclusief regionaal gemeentelijk budget voor anticonceptie.

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Omdat NNZ uitgevoerd wordt door de GGD, is de GGD-regio de natuurlijke schaal om dit uit te voeren. Idealiter geven alle gemeenten binnen dezelfde GGD-regio gezamenlijk opdracht aan de regionale GGD voor de uitvoering van NNZ en verwerken zij deze opdracht in hun beleidskaders. Tegelijkertijd komen GGD-regio/IZA-regio niet overal met elkaar overeen. Het is aan de mandaatgemeenten IZA om met hun GGD'en af te stemmen over de schaal waarop NNZ wordt uitgevoerd en waar besluitvorming plaatsvindt.
- De NNZ-aanpak vraagt om goede samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen, waaronder heldere afspraken over verwijzing, consultatie, privacy en casuïstiekbespreking.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** Kansrijke Start, Integrale Gezinspoli

**Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen (ontwikkelagenda)**

**Doelgroep:** Kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar met overgewicht of obesitas. De aanpak is van toepassing vanaf een licht verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)

**Benodigd landelijk dekkend aanbod (eerste inschatting<sup>11</sup>, evaluatie in 2028):**

- Centrale zorgverlener (CZV): 0,2 fte per 1000 jeugdigen
- Kinder-GLI-aanbieder: 0,2 fte per 1000 jeugdigen
- 0,2-0,4 fte regionale coördinatie per 100.000 jeugdigen

**Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:**

- Voor kinderen vanaf een matig verhoogd GGR wordt de intake, analyse en het opstellen van het plan van aanpak door de CZV ingekocht door zorgverzekeraars.
- Wanneer de kinder-GLI onderdeel uitmaakt van het plan van aanpak, wordt de CZV voor de rest van het traject ook ingekocht door zorgverzekeraars. Voor kinderen met een licht verhoogd GGR of kinderen vanaf een matig verhoogd GGR waarvan de kinder-GLI geen onderdeel uitmaakt van het PVA wordt de CZV ingekocht door de gemeente.
- Gemeenten dragen zorg voor coördinatie op lokaal niveau.

**Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken:** ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen, Kansrijke Start

<sup>11</sup> Dit aantal is geschat op basis van een aantal aannames, waarbij het landelijk model als basis is gebruikt en geen rekening gehouden is met financiële restricties. In de handreiking worden deze aannames uitgebreider toegelicht.