Kansrijke Start: Rookvrije Start

Startdocument ontwikkelagenda

Inhoudsopgave

Inleiding 3

1 Doel 4
2 Doelgroepafbakening 6
3 Interventies 7
4 Samenwerkingsafspraken 9
5 Organisatie en samenwerking 10
6 Financiën: wie financiert wat en hoe? 12
7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring 13
8 Kennisdeling 14
9 Inhoudelijke regionale uitwerking 15
10 Lokale/regionale aansluiting op zorg- en sociaal domein 17
11 Stappenplan voor starten of opschalen 18

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

Inleiding

Dit startdocument is een hulpmiddel bij de implementatie van de afspraken in het AZWA over de samenwerking tussen het zorg- en het sociaal domein, die in hoofdstuk D5 vorm krijgt in zogenaamde basisfunctionaliteiten. Deze samenwerking moet leiden tot het verkleinen van gezondheidsverschillen en de trend van een voortdurend groeiende zorgvraag ombuigen.

Daarbij zijn deze basisfunctionaliteiten geen op zichzelf staande interventies. Het gaat om de integraliteit waardoor er in onderlinge samenhang gewerkt wordt aan de gezondheid van de inwoners en het terugdringen van gezondheidsverschillen, met oog voor materiële en sociaaleconomische oorzaken die dit mede veroorzaken. Die samenhang zal regionaal, lokaal en in de verschillende leefgebieden van het AZWA gevonden moeten worden, in dialoog tussen inwoners, aanbieders van zorg en welzijn en financiers.

Een rookvrije start is van belang omdat tabaksrook tijdens de zwangerschap de gezondheid van het kind voor de rest van het leven schaadt. Roken tijdens de zwangerschap vergroot daarnaast op korte termijn de kans aanzienlijk op bijvoorbeeld een extreme vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en ademhalingsproblemen. Dit leidt tot leed en verdriet maar ook hoge zorgkosten wat allemaal te voorkomen is door een rookvrije zwangerschap.

Rookvrije Start is één van de te ontwikkelen basisfunctionaliteiten gericht op het verminderen van de rookgerelateerde zorgvraag, samen met de Rookvrije Wijkaanpak. Deze twee aanpakken kunnen los van elkaar worden uitgevoerd, omdat elke doelgroep een andere aanpak vraagt. In hun onderlinge samenhang zullen ze elkaars effect versterken, omdat een steeds groter deel van de samenleving rookvrij wordt en daarmee de verleiding om (weer) te gaan roken verdwijnt.

Daarnaast kan Rookvrije Start, net als de basisfunctionaliteiten Nu Niet Zwanger en Integrale Gezinspoli, worden ingezet als onderdeel van de basisfunctionaliteit Kansrijke Start. Zie hiervoor de aparte handreikingen die begin juni 2026 zijn gepubliceerd op zorgakkoorden.nl. Het startdocument is bedoeld voor zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders van zorg en welzijn. In de regionale werkagenda AZWA maken deze partijen met elkaar regionale en lokale afspraken over de uitvoering en financiering van de basisfunctionaliteiten. Dat vraagt om prioritering op basis van urgentie. Regio's kunnen zich aanmelden om met de Rookvrije Start te starten, meer informatie hierover is te vinden in de routekaart ontwikkelagenda. Bij deze interventie is de grootste urgentie op plekken waar roken tijdens de zwangerschap bovengemiddeld veel voorkomt. Verder is het logisch aan te sluiten bij wat op dit moment al in de regio en de gemeenten loopt, de brede aanpak Kansrijke Start en de aanpakken die er al zijn om roken terug te dringen en daarmee door roken veroorzaakte gezondheidsschade te voorkomen, hier in het bijzonder vóór/rond conceptie, zwangerschap en geboorte.

De Rookvrije Start is in 2016 gestart samen met beroepsverenigingen en experts uit de geboortezorg. Met ondersteuning vanuit het Trimbos-instituut is het uitgewerkt tot een volwaardige aanpak die in een aantal regio's ook al loopt. Naast roken zijn alcoholgebruik en mentale problematiek rondom de geboorte erg schadelijk. Daarom wordt sinds 2026 onder de vlag van Gezonde Start aandacht besteed aan alle drie de onderwerpen. Dit startdocument zet echter specifiek in op de netwerkaanpak Rookvrije Start, maar goed om te weten dat kennisproducten hierover vaak worden aangeboden onder de paraplu van Gezonde Start.

1 Doel

Aanleiding

Uit de laatste landelijke monitor blijkt dat 10,9% van de vrouwen vlak voor de zwangerschap rookt. Ongeveer de helft van de vrouwen die roken, stopt op het moment dat ze weten dat ze zwanger zijn. Aangezien een tabaksverslaving hardnekkig is, lukt dat veel beter met begeleiding. Ongeveer 5,5% van de zwangere vrouwen rookt nog op enig moment gedurende de zwangerschap. Dat zijn ongeveer 10.000 vrouwen per jaar.

Het roken vlak voor en tijdens de zwangerschap levert gezondheidsschade op voor moeder en kind. Juist omdat de ontwikkeling van de baby nog zo kwetsbaar is heeft roken veel negatieve gevolgen. Dit leidt tot onder andere miskraam, (extreme) vroeggeboorte, vroegtijdige placentaloslating, klompvoet of laag geboortegewicht. Zo geeft roken tot wel 70% meer kans op een extreme vroeggeboorte en 30% hogere kans op sterfte van een pasgeborene. Dat is maar een deel van de aandoeningen waar roken tijdens de zwangerschap een significant hogere kans op geeft. Daarmee is roken ook verantwoordelijk voor veel extra kosten in de geboortezorg, nog los van de nadelige gevolgen voor de ontwikkeling van het kind voor de rest van zijn leven.

De meeste rokers willen wel stoppen en dat geldt ook voor zwangere vrouwen. Het is echter niet eenvoudig en met hulp lukt het tot wel acht keer vaker om succesvol te stoppen. De Rookvrije Start verbindt verschillende professionals aan elkaar in een netwerk om meer rokende zwangere vrouwen te helpen stoppen. Daarnaast past het goed binnen de brede ambitie van de Rookvrije Generatie die zich landelijk en lokaal op verschillende manieren richt op het rookvrij opgroeien van kinderen.

Het is van belang om in gedachten te houden dat roken onder zwangere vrouwen sterk ongelijk verdeeld is. Zo rookt gedurende de gehele zwangerschap ‘slechts’ 0,2% van de vrouwen met een hbo- of wo-opleiding en wel 4,1% van de vrouwen met een po/vo/mbo-opleiding, dat is dus 20 keer zo veel. Ook naar leeftijd bestaan verschillen: onder zwangere vrouwen van 16 tot 29 jaar wordt ruim vijf keer zo vaak gerookt als onder zwangere vrouwen van 30 tot 34 jaar. Daarmee draagt Rookvrije Start in belangrijke mate bij aan het terugdringen van gezondheidsverschillen.

Wat is Rookvrije Start?

Een Rookvrije Start draagt bij aan de brede Kansrijke Start. Kinderen die de eerste 1.000 dagen worden blootgesteld aan tabaksrook beginnen met een achterstand aan de rest van hun leven. Dit startdocument richt zich op de Rookvrije Start als netwerkaanpak (onderdeel van Kansrijke Start) die zorg en sociaal domein verbindt rondom roken en geboortezorg en preconceptiezorg om samen in op te trekken. Deze aanpak is onderdeel van Kansrijke Start maar kan ook als zelfstandige aanpak worden uitgevoerd. Het doel van Rookvrije Start is dat meer (toekomstige) ouders stoppen met roken en ook na de geboorte rookvrij blijven. Rookvrije Start zet in op verschillende plekken om rokende zwangere vrouwen en hun partners (of ouders met een actieve kinderwens) te signaleren en het roken te bespreken. Dit leidt tot een hogere stopmotivatie en stopsucces waardoor zwaardere zorg wordt voorkomen. Daarnaast is het van belang dat er een directe doorverwijzing mogelijk is naar stoppen-met-rokenhulp (smr-zorg) die passend is.

De aanpak heet officieel ‘Rookvrije Start’ maar gaat naast roken in principe over alle vormen van nicotinegebruik. Ook het gebruik van een vape of e-sigaret is namelijk schadelijk voor moeder en kind. Gezien de populariteit van vapes onder jongeren neemt naar verwachting het aantal vapende (jonge) moeders ook toe. Daarom is het goed om in de uitwerking van de aanpak er scherp op te zijn, dat het de gehele aanpak van nicotinegebruik betreft. Ook na de geboorte blijft aandacht nodig: 43% van de vrouwen die tijdens de zwangerschap zijn gestopt, begint na de bevalling weer met roken, vaak al in de eerste weken. Kraamzorg en jeugdgezondheidszorg hebben hiervoor logische contactmomenten, bijvoorbeeld het eerste huisbezoek van de JGZ.

Rookvrije Start bestaat uit de volgende onderdelen:
1. Agenderen van het belang van een Rookvrije Start en verbinding zorg en sociaal domein;
2. Signaleren of een (toekomstige) ouder rookt;
3. Bespreken van stoppen met roken op een manier die past en werkt;
4. (Warm) verwijzen naar stoppen-met-rokenzorg.

De onderdelen signaleren, bespreken en verwijzen (2, 3 en 4) vormen daarbij de kern van Rookvrije Start. Van de professional wordt een kort gesprek binnen het bestaande contact gevraagd. De intensieve begeleiding bij het stoppen ligt bij de stoppen-met-rokencoach. Bredere, wijkgerichte en informele initiatieven rond roken, zoals steungroepen en de inzet van sleutelpersonen, vallen onder de Rookvrije Wijkaanpak, die in geselecteerde wijken wordt uitgevoerd. Waar beide aanpakken lopen, versterken ze elkaar door naar elkaar te verwijzen.

2 Doelgroepafbakening

De basisfunctionaliteit Rookvrije Start richt zich op toekomstige ouders. Daarmee bedoelen we personen met een actieve kinderwens (wensouders), zwangere vrouwen en hun partners, en ouders in de eerste periode na de geboorte. De partner hoort zelf ook bij de doelgroep: ook bij de partner wordt roken gesignaleerd, besproken en zo nodig warm doorverwezen. Een rokende partner maakt stoppen voor de zwangere bovendien moeilijker en vergroot de kans op terugval na de bevalling. Gezien de ernst van een tabaksverslaving en de schadelijke gevolgen voor moeder en kind is er geen ondergrens in rookgedrag om binnen de doelgroep te vallen. Het signaleren, bespreken en warm doorverwijzen is voor elke (toekomstige) ouder die rookt passend.

3 Interventies

Rookvrije Start als ketenaanpak kent verschillende interventies die kunnen worden ingezet. Via het Trimbos-instituut is veel informatie over het aanbod en de te nemen stappen te vinden: www.trimbos.nl/aanbod/diensten/gezonde-start. De interventies zijn onder te verdelen in de vier pijlers:

1. **Agenderen** van het belang van Rookvrije Start onder professionals: Uitgevoerd door coördinatoren/aanjagers
2. **Signaleren** van de primaire doelgroep: Uitgevoerd door professionals in de preconceptie- en geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en sociaal domein
3. **Bespreken** van roken: Uitgevoerd door professionals in de preconceptie- en geboortezorg en sociaal domein
4. **(Warm) verwijzen** naar stoppen-met-rokenzorg: Uitgevoerd door professionals in de preconceptie- en geboortezorg en sociaal domein.

Alle vier de onderdelen zijn geschikt voor zowel wensouders als zwangere vrouwen en hun partner. Voor wensouders geldt dat zij niet allemaal bij de preconceptiezorg terechtkomen, wat maakt dat het agenderen bij hen door een aanjager een belangrijke aanvulling is op de andere onderdelen. Aanknopingspunten om wensouders te bereiken zijn onder meer de huisarts, de fertiliteitszorg, de aanpak Gezond Zwanger Worden en het kinderwensgesprek dat professionals in het sociaal domein voeren binnen Nu Niet Zwanger. Spreek in de regio af wie welke rol oppakt, zodat de verantwoordelijkheid voor deze groep niet tussen partijen in valt. Het agenderen kan worden gecombineerd met de andere thema's van Gezonde Start, alcohol en mentale gezondheid, zolang roken daarbij een herkenbaar onderdeel blijft.

1 Agenderen:

Campagne 'Kinderwens aan, sigaret uit'

De campagne 'Kinderwens aan, sigaret uit' is gericht op wensouders die roken, om hen bewust te maken van het belang om te stoppen met roken zodra je actief aan je kinderwens begint. Beschikbare tools hiervoor zijn: Social media-pakket Kinderwens aan sigaret uit - Trimbos-instituut

Inzet van voorlichtingsmaterialen

Er zijn verschillende voorlichtingsmaterialen voor de primaire doelgroep beschikbaar:

- Folder Rookvrij zwanger worden
- Folder Rookvrij opgroeien
- Video Rookvrij zwanger worden (preconceptie)

Tips om de doelgroep te bereiken

Roken rond de zwangerschap komt het meest voor bij praktisch opgeleide en jonge (toekomstige) ouders (zie hoofdstuk 1). Ervaringen uit de regio's laten zien wat helpt om deze groep te bereiken:

- **Zoek de doelgroep op waar zij is.** Bepaal op basis van cijfers, bijvoorbeeld van de GGD, in welke wijken en groepen het meest wordt gerookt. Denk ook aan plekken waar relatief veel rokers komen, zoals de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.
- **Leer van de Rookvrije Wijkaanpak.** Sluit aan bij bestaande activiteiten en ontmoetingsplekken in de wijk en bij de lessen uit de handreiking 'Samen werken aan een rookvrije wijk'.
- **Werk samen met ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen.** Laat hen meedenken over de boodschap en de aanpak, zodat die aansluit bij de taal en leefwereld van de doelgroep. Mensen worden beter bereikt via personen die zij kennen en vertrouwen.
- **Gebruik het landelijke materiaal.** Er zijn al landelijke campagnes en voorlichtingsmaterialen. Een eigen regionale campagne is meestal niet nodig; regionale inzet heeft vaak meer effect in persoonlijk contact.

2 en 3 Signaleren en bespreken:

Very Brief Advice plus (VBA+) Rookvrije Start

Het VBA+ Rookvrije Start is een effectief kort stopadvies in drie stappen: je vraagt, je vertelt en je verwijst. Om het VBA+ Rookvrije Start te implementeren zijn de volgende tools beschikbaar:

- E-learning Rookvrij zwanger
- Gesprekskaart Rookvrij zwanger
- E-learning Rookvrij zwanger worden
- Gesprekskaart Rookvrij zwanger worden

Praktijkvoorbeeld: een regio heeft samen met partners een eenvoudig afscheurblaadje gemaakt met de drie stappen van VBA+ en het lokale stoppen-met-rokenaanbod. Zo'n lokaal aangepast hulpmiddel maakt het voor professionals makkelijker om het gesprek te voeren en direct te verwijzen.

4 Verwijzen:

Rookvrije Ouders

Er zijn verschillende aanbieders van stoppen-met-rokenzorg voor (toekomstige) ouders. Een daarvan is Rookvrije Ouders, een effectieve telefonische stoppen-met-rokenzorg speciaal voor (toekomstige) ouders. Professionals kunnen (toekomstige) ouders warm en vrijblijvend naar Rookvrije Ouders verwijzen via een online inschrijfformulier. (Toekomstige) ouders kunnen ook zichzelf aanmelden. Hierdoor is laagdrempelige, effectieve hulp altijd beschikbaar. Deze hulp wordt vergoed vanuit de basisverzekering en valt niet onder het eigen risico. Om Rookvrije Ouders te implementeren zijn de volgende tools beschikbaar:

- Rookvrije Ouders - aanmeldpagina
- Verwijskaartjes Rookvrije Ouders

Stoppen-met-rokenzorg

Passende stoppen-met-rokenzorg in de regio moet vindbaar en beschikbaar zijn. Van belang daarbij is dat de coaches van deze stoppen-met-rokenzorg gespecialiseerd zijn voor de begeleiding van zwangeren (bijvoorbeeld met de specialisatie EXTRA Zwanger) en dat er met hen afspraken worden gemaakt over verwijzing. Het aanbod hoeft niet per gemeente georganiseerd te zijn; een regionaal dekkend aanbod volstaat, zolang het laagdrempelig bereikbaar is. Het hoeft ook geen apart programma voor zwangeren te zijn, maar de coach moet wel toegerust zijn op de begeleiding van zwangeren en hun partners, zoals een coach met de specialisatie EXTRA Zwanger of een (praktijkondersteuner van de) huisarts met de juiste scholing. Zorg dat naast telefonisch of online aanbod in de regio ook begeleiding in persoon mogelijk is, omdat een deel van de doelgroep daar meer baat bij heeft. Een actueel overzicht van coaches en hun specialisatie helpt professionals om direct naar de juiste coach te verwijzen. Benoem bij het verwijzen dat het eerste gesprek vrijblijvend is en dat de begeleiding wordt vergoed zonder eigen risico; dat verlaagt de drempel voor zowel de professional als de (toekomstige) ouder. Het huidige aanbod van gespecialiseerde stoppen-met-rokenzorg in de eigen regio is te vinden via: Hulp-in-de-buurt kaart van ikstopnu.nl.

Een zwangere of jonge ouder kan ook via de Rookvrije Wijkaanpak in beeld komen, bijvoorbeeld in een steungroep. De steungroep is dan een aanvulling; verwijs daarnaast naar een coach die toegerust is op de begeleiding van zwangeren. Bij meervoudige problematiek is soms meer nodig dan stopbegeleiding alleen. Stem dan af met het wijkteam en sluit aan bij de afspraken binnen Kansrijke Start over wie de regie heeft.

Landelijke gereedschapskist interventies

In het AZWA is afgesproken dat de regio's gebruik kunnen maken van een gereedschapskist om invulling te geven aan de basisfunctionaliteiten in de regio. De gereedschapskist is een dynamisch overzicht van erkende interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Het uitgangspunt van de inhoud van de gereedschapskist is dat deze dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten. Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen aan wat er al bestaat, namelijk de al bestaande databanken met interventies die verschillende kennisinstellingen in beheer hebben. De eerste versie van de gereedschapskist met online overzichten voor de bestaande basisfunctionaliteiten wordt eind 2026 opgeleverd. Na 2026 wordt verkend hoe de gereedschapskist doorontwikkeld en uitgebreid kan worden, ook voor aanpakken die op de ontwikkelagenda staan. Het is niet nodig dat regio's met implementatie van het startdocument wachten op de gereedschapskist.

4 Samenwerkingsafspraken

In veel regio's loopt al een lokale of regionale coalitie Kansrijke Start. Binnen de werkagenda of meerjarenplannen kunnen goed afspraken worden gemaakt over de uitvoering van Rookvrije Start. De Rookvrije Start is echter ook goed als zelfstandige netwerkaanpak op te zetten zoals dat ook al in een aantal regio's bestaat. Daarvoor worden afspraken gemaakt met alle organisaties en professionals die rondom geboortezorg betrokken zijn. Per pijler gaat dat om:

1) **Agenderen:** Uitgevoerd door coördinatoren/aanjagers van bijvoorbeeld een GGD, coalitie Kansrijke Start of Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV).

De coördinator van de basisfunctionaliteit Rookvrije Start zou dit kunnen organiseren en coördineren. Zichtbaarheid kan worden gerealiseerd op publieke locaties, via het sociaal domein en via de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld huisarts en apotheek). Aansluiting bij Gezond Zwanger Worden is sterk aan te raden. Benodigdheden voor de coördinator:

- Tijd voor organisatie en communicatie
- Tools (zie hoofdstuk 3)

2-4) **Signaleren, bespreken en verwijzen:** Uitgevoerd door professionals in de preconceptie- en geboortezorg (zorgdomein) en sociaal domein.

Het gaat om bijvoorbeeld huisartsen, fertiliteitsartsen, jeugdartsen, verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en jeugdverpleegkundigen (preventief JGZ), maar ook schuldhulpverleners, gezinscoaches et cetera die deze onderdelen kunnen toepassen in de praktijk. Voor uitvoering kan worden ingezet op zoveel mogelijk professionals in de regio, maar kan ook gekozen worden voor sleutelfiguren of professionals in bepaalde disciplines. Een selectie van disciplines waar een grote(re) concentratie van de einddoelgroep komt (bijvoorbeeld op een POP-poli of in Voorzorg) zorgt voor meer impact. Benodigdheden voor de professional:

- Tijdens het consult of huisbezoek toepassen van het (korte) gesprek (VBA+ Rookvrije Start)
- Verwijsaanbod voor smr-zorg
- E-learnings 'Rookvrij zwanger' of 'Rookvrij zwanger worden' worden sterk aanbevolen
- Tools (zie hoofdstuk 3)

Spreek met de betrokken professionals af wie in welke fase signaleert, bespreekt en verwijst, zodat de keten sluitend is en (toekomstige) ouders niet uit beeld raken. Het helpt als alle professionals dezelfde boodschap uitdragen: stoppen met roken is belangrijk en er is hulp beschikbaar. Neem daarbij ook de partner mee. Niet elke professional ziet de partner, dus geef bij een overdracht, met toestemming van de cliënt, door als de partner ook rookt. Een warme overdracht tussen professionals zoals bij een centrale zorgverlener voorkomt dat mensen uit beeld raken, ook als er geen gedeeld dossier is. Hoe de keten precies wordt ingericht, verschilt per regio. Sluit daarom aan bij bestaande samenwerkingsverbanden, zoals de coalitie Kansrijke Start en het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), en bij de manier waarop zorgpaden al in organisaties zijn verwerkt.

Voor het verwijsaanbod geldt dat smr-zorg wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet.
Voor smr-zorg van (toekomstige) ouders kan het nodig zijn om een specialisatie EXTRA Zwanger in te zetten, dat is een specialisatie die geaccrediteerde smr-coaches kunnen hebben om specifiek rondom zwangerschap passende ondersteuning te bieden. Daarbij is het goed om te realiseren dat het in de praktijk vaak gaat om vrouwen met een praktische opleiding en/of lage SES. Dat vraagt om een goede begeleiding die daarop ingespeeld is. Coaching via Rookvrije Ouders wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

5 Organisatie en samenwerking

Coördinator implementatie

Er is een coördinator voor de basisfunctionaliteit Rookvrije Start nodig om de aanpak bij de betreffende doelgroepen te implementeren. Die rol kan bijvoorbeeld worden ingevuld door een coördinator/regisseur die al bij Kansrijke Start actief is. Richt bij voorkeur geen aparte werkgroep op, maar zet Rookvrije Start als vast onderwerp op de agenda van de bestaande coalitie Kansrijke Start.

Coördinatie en implementatie van de samenwerkingsafspraken zoals beschreven in hoofdstuk 4, is van belang om te komen tot een goede uitvoering. Omdat de geboortezorg en stoppen-met-rokenzorg veelal regionaal en voorbij de gemeentelijke grenzen is georganiseerd en om het bereik van zowel professionals als de einddoelgroep zo groot mogelijk te houden, wordt geadviseerd om de coördinatie op regionaal niveau te beleggen. Bijvoorbeeld bij een GGD of een regionale coalitie Kansrijke Start. Zij hebben vanuit hun preventieve rol vaak al de kennis, het netwerk en bestaande projecten waarop zij kunnen aansluiten. Bijvoorbeeld verbinding met de verschillende gemeenten, lokale coalities Kansrijke Start en professionals in de regio, maar ook met initiatieven als Rookvrije Omgeving, de Rookvrije Wijkaanpak, Gezond Zwanger Worden en interventies als Voorzorg en Prenataal Huisbezoek. Dat biedt mogelijkheden om Rookvrije Start efficiënter en met meer impact op te pakken. Een concrete taak van de coördinator is om de verwijsroutes tussen partijen, zoals ziekenhuis, verloskundigen, huisartsen en smr-aanbieders, op elkaar te laten aansluiten, bij voorkeur via bestaande verwijssystemen.

Voor deze coördinatie en implementatie van Rookvrije Start is nodig:
- Een gemotiveerde coördinator/aanjager
- Structureel tijd voor de coördinatie en implementatie (bijvoorbeeld een dag per week)
- Tools en ondersteuning voor implementatie (zie hoofdstuk 3)
- Uitwisseling met andere coördinatoren Rookvrije Start

Inzet van partijen

In de regionale samenwerkingsafspraken voor Rookvrije Start wordt de inzet en aanspreekbaarheid van partijen vastgelegd. De coördinator jaagt aan, maar het eigenaarschap ligt bij alle betrokken partijen samen. Als vuistregel geldt: regionaal wordt afgesproken wát er gebeurt, zoals de coördinatie, de verwijsafspraken met geboortezorg en smr-aanbieders en de gezamenlijke ambitie; lokaal wordt bepaald hóe dat in de gemeente vorm krijgt. Omdat Rookvrije Start op de ontwikkelagenda staat, is de aanpak gericht op samen leren wat werkt; de ambitie geeft daarbij richting. Waar nodig worden deze in lokale samenwerkingsafspraken toegespitst op de gemeentelijke situatie met de daar actieve partijen en bij de lokale situatie passende aanpak, aansluitend bij de lokale coalities Kansrijke Start die in de meeste gemeenten actief zijn. Belangrijk is dat Rookvrije Start ook onderdeel is van een integrale aanpak van roken in de regio en gemeenten en nauw verbonden is met de Rookvrije Wijkaanpak. In elk geval omvatten deze afspraken de inzet van partijen op de volgende punten.

- **Gemeenten en zorgverzekeraar** zorgen, als onderdeel van de regionale werkagenda AZWA, voor regionale coördinatie van Rookvrije Start. De regionale coördinatie kan bijvoorbeeld belegd worden bij de GGD. De kosten hiervan kunnen ten laste komen van het regionale SPUK AZWA budget of uit de reguliere begroting. Gemeenten en zorgverzekeraar spreken betrokken partijen aan op het tot stand komen van regionale en lokale afspraken die nodig zijn om Rookvrije Start te implementeren.
- **Gemeenten** zetten zich, ter ondersteuning van deze aanpak, in voor een rookvrije omgeving, zowel in de openbare ruimte als op andere plekken waar mensen buiten de privésfeer bijeenkomen. Gemeenten geven aan hoe zij wettelijke instrumenten in zullen zetten om effectief te handhaven op rookverboden waar die zijn ingesteld. Gemeenten zetten ter ondersteuning van de Rookvrije Wijkaanpak passende beleidsinstrumenten in zoals onder meer VTH-beleid, beleid gericht op Openbare Orde en Veiligheid, Ruimtelijk beleid, subsidiebeleid en de regelgeving voor het gebruik van publiek vastgoed zoals gemeentelijke accommodaties. Gemeenten besteden in de lokale nota gezondheidsbeleid voldoende aandacht aan het aanpakken van roken en vapen. Voor de meeste gemeenten is dit geen nieuwe stap, maar een verdieping van bestaand beleid, met extra aandacht voor plekken waar (toekomstige) ouders en jonge kinderen komen.

- **Gemeenten en sociaal werk** spreken af in welke gebieden een wijkgerichte aanpak van roken wordt uitgevoerd en vertalen dit in de opdrachtverlening van de gemeente aan de lokale sociaal werk organisatie. In deze wijken is er waarschijnlijk voldoende motivatie en urgentie om ook extra inzet te plegen op Kansrijke Start.
- **Alle professionals die werkzaam zijn in de preconceptie- en geboortezorg** spreken af dat zij met hun cliënten en hun partners motiverende gesprekken voeren om hen te helpen stoppen met roken en te verwijzen naar het beschikbare smr-aanbod (o.a. verloskundige, gynaecoloog, fertiliteitsarts, huisarts, kraamzorg en preventieve ondersteuning vanuit jeugdgezondheidszorg).
- **Smr-aanbieders** zorgen dat er voldoende en passend smr-aanbod is, met voldoende regionale spreiding zodat het laagdrempelig bereikbaar is voor de doelgroep zwangere vrouwen en hun partners, passend bij de diversiteit van de populatie. Uitvoering van de daadwerkelijke smr-begeleiding vindt plaats door smr-coaches met de specialisatie ‘EXTRA Zwanger’ of, waar de huisartsenpraktijk dit aanbiedt, door de huisarts.
- **Stoppen-met-rokenbegeleiding** is geen onderdeel van het basisaanbod huisartsenzorg. Net als andere professionals voert de huisarts binnen het bestaande contact een kort gesprek over roken en verwijst door. De begeleiding zelf ligt bij de stoppen-met-rokencoach, tenzij de huisartsenpraktijk dit, in overleg met de zorgverzekeraar, zelf aanbiedt.

Gezonde en sociale basisinfrastructuur
Onder het sociaal domein verstaan we in deze handreiking het geheel van gemeentelijke taken bedoeld op het gebied van zorg, welzijn, participatie en ondersteuning, zoals de lokale (sociaal) teams, maatschappelijke ondersteuning, schuldhulpverlening, werk en participatie. Om basis-functionaliteiten 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 sociale basis is het geheel van voorzieningen en activiteiten in de wijk waarvoor geen indicatie of verwijzing nodig is, zoals welzijnswerk, ontmoeting, vrijwilligerswerk, informele zorg, zelfhulp, lotgenotencontact en laagdrempelige steunpunten. De sociale basis bestaat uit verschillende sferen: een persoonlijke sociale basis, een gemeenschappelijke sociale basis en een institutionele sociale basis. In elke sfeer heeft de overheid een andere rol. De gezonde en sociale basisinfrastructuur vormt het fundament voor de domeinoverstijgende samenwerking in de basisfunctionaliteiten en aanpakken op de ontwikkelagenda.
In juli 2026 is de handreiking Inloopvoorzieningen sociaal en gezond gepubliceerd. Dit is een uitwerking van één van de afspraken in D6 in het AZWA dat inzet op een gezonde en sociale basisinfrastructuur. De handreiking is tot stand gekomen met werksessies waar relevante partijen uit het veld hun input hebben gegeven en is specifiek bedoeld om gemeenten en partners handvatten te geven om inloopvoorzieningen te versterken. Het stimuleren van ontmoeting en lokale kracht staat centraal in de handreiking. Ontmoeting en sociale netwerken dragen bij aan sociale cohesie en welzijn. Daarnaast spelen ze een cruciale rol in het vroegtijdig signaleren van behoeften, het versterken van de samenkracht van inwoners en het (mogelijk) voorkomen van (zwaardere) zorg.

6 Financiën: wie financiert wat en hoe?

In het AZWA is afgesproken dat de middelen voor het sociaal domein en gezondheid aan gemeenten worden uitgekeerd. Voor de jaren 2027-2029 worden de middelen via een specifieke uitkering (SPUK) aan gemeenten verstrekt. In juli 2026 is de regeling van de SPUK AZWA en HLO gepubliceerd. De kern van de nieuwe SPUK is ontschotting. De middelen vormen een integraal budget, middelen zijn dus niet gekoppeld aan een basis-functionaliteit of aanpak. Dit geeft gemeenten de ruimte en het vertrouwen om het geld zo effectief en zinvol mogelijk in te zetten waar de behoefte in de wijk of regio het grootst is. Er zit wel een schot tussen middelen bedoeld voor lokale activiteiten en middelen bedoeld voor regionale activiteiten. Dat betekent dat lokale middelen niet voor regionale activiteiten kunnen worden ingezet en andersom. Het uitwerken van op de ontwikkelagenda geplaatste aanpakken volgens de criteria voor basisfunctionaliteiten valt onder regionale activiteiten (zie hoofdstuk 2 van de regeling van de SPUK). Voor regionale activiteiten worden de middelen aan de mandaatgemeente van de betreffende IZA-regio uitgekeerd. De mandaatgemeente is verantwoordelijk voor de verdere verdeling van de middelen binnen de regio.

De daadwerkelijke begeleiding bij stoppen met roken (stoppen-met-rokenzorg, smr-zorg), zowel telefonisch als fysiek, wordt bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet en valt niet onder het eigen risico. Voor eventuele ondersteunende medicatie kan het eigen risico in sommige gevallen wel gelden.

Sinds 1 januari 2026 wordt in principe drie keer per jaar een stoppen-met-rokenprogramma vergoed.
Het programma kan worden gevolgd bij een stoppen-met-rokencoach of, waar de huisartsenpraktijk dit aanbiedt, bij de huisarts. Stopmedicatie wordt alleen vergoed in combinatie met begeleiding. Volledige vergoeding geldt bij een aanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd; de precieze voorwaarden, bijvoorbeeld over verwijzing, kunnen per zorgverzekeraar verschillen. Zorg daarom dat professionals weten welke aanbieders in de regio gecontracteerd zijn.

7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring

Datastandaardisatie

Goede afspraken over gegevensregistratie, gegevensuitwisseling en datastandaardisatie ondersteunen de uitvoering van de aanpak. Zij zorgen ervoor dat betrokken professionals, waar nodig, gegevens eenduidig kunnen vastleggen en uitwisselen en vormen daarnaast, waar relevant, de basis voor monitoring en andere vormen van informatievoorziening. Uitgangspunt daarbij is eenmalig registreren voor meervoudig gebruik, met zo min mogelijk administratieve lasten.

Voor de bestaande basisfunctionaliteiten wordt momenteel gewerkt aan landelijke afspraken over data-standaardisatie en gegevensuitwisseling. Deze afspraken worden in eerste instantie voor de bestaande basisfunctionaliteiten uitgewerkt en geïmplementeerd. Voor de aanpakken op de ontwikkelagenda wordt in een latere fase bezien of, en zo ja op welke wijze, hierbij kan worden aangesloten. Wanneer deze aanpak verder wordt uitgewerkt, worden waar nodig aanvullende afspraken gemaakt over de gegevens die worden geregistreerd en uitgewisseld.

Landelijke monitoring

Er bestaat al een landelijke voortgangsrapportage waarin de voortgang van verschillende landelijke aanpakken wordt gevolgd. Daarnaast beschikken sommige aanpakken op de ontwikkelagenda al over een eigen landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van informatievoorziening. De komende periode wordt met betrokken partijen verkend wat per aanpak passend is. Daarbij zijn verschillende routes mogelijk.

Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande monitors, registraties, evaluaties en andere informatiebronnen. Als een aanpak al beschikt over een landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van informatievoorziening, wordt nagegaan hoe deze zich verhoudt tot de bredere landelijke informatie-voorziening. Afhankelijk van de uitkomst kan de bestaande informatievoorziening zelfstandig blijven bestaan, kan de beschikbare informatie worden benut in de bestaande geïntegreerde landelijke voortgangsrapportage of een andere passende vorm van landelijke informatievoorziening, of kan worden besloten de bestaande informatievoorziening daarin te integreren. Voor aanpakken waarvoor nog geen landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van landelijke informatievoorziening bestaat, wordt nagegaan of hierin alsnog moet worden voorzien. Alleen wanneer bestaande informatie ontoereikend is, wordt onderzocht of aanvullende informatie moet worden verzameld.

Meer informatie
De meest recente versie van de geïntegreerde landelijke voortgangsrapportage waarin de voortgang van verschillende landelijke aanpakken wordt samengebracht, is beschikbaar via zorgakkoorden.nl.

Specifiek voor deze ontwikkelagenda

Houd bij het implementeren van Rookvrije Start oog voor het vastleggen van data die nuttig of nodig zijn bij de monitoring en evaluatie van de aanpak waarmee we in beeld kunnen brengen wat de inspanningen zijn op gebied van opsporen, signaleren en verwijzen en welke resultaten worden bereikt. Denk hierbij aan het aantal verwijzingen naar het stoppen-met-rokenaanbod, wie de verwijzer is en of het om een formele, informele, ‘koude’ of warme verwijzing gaat. Breng ook in beeld hoe vaak smr-zorg door de zorgverzekeraars wordt vergoed specifiek voor deze doelgroep. Gebruik hiervoor zo veel mogelijk al bestaande monitors en informatiesystemen, zoals ZorgDomein en de al bestaande monitoring van Kansrijke Start.

Monitoring is ook nodig om de kosteneffectiviteit van Rookvrije Start te onderzoeken en aan te tonen, zodat dit in de toekomst structureel wordt gefinancierd.

8 Kennisdeling

Interventies en tools

Trimbos-instituut biedt vanuit de paraplu Gezonde Start alle kennis, scholing, tools en ondersteuning om aan de slag te gaan met Rookvrije Start. Het werkt al jarenlang aan de implementatie van Rookvrije Start in de preconceptie-, geboorte- en jeugdgezondheidszorg en biedt op basis van kennis en ervaring ondersteuning bij implementatie hiervan.

De interventies en tools voor de uitvoering van de onderdelen uit de basisfunctionaliteit Rookvrije Start, worden door het Trimbos-instituut beschikbaar gesteld via de website www.gezondestart.nl.

Voor de implementatie van Rookvrije Start is ondersteuning vanuit het Trimbos-instituut beschikbaar in de vorm van advies en meedenken, instructies, voorbeelden en uitwisselingsbijeenkomsten. Informatie hierover vind je op www.gezondestart.nl of je kunt contact opnemen via gezondestart@trimbos.nl.

Daarnaast is Rookvrije Start als aanpak onderdeel van Kansrijke Start, wat ook een eigen verbindend kennisplatform heeft: kansrijkestart.pharos.nl.

Implementatie

Om bovenstaande onderdelen te realiseren is stevige implementatie en een toegankelijk verwijsaanbod van belang. Voor implementatie is een coördinator/aanjager nodig en kan ingezet worden op gemotiveerde sleutelfiguren die de interventie uitvoeren of implementeren.

Voor implementatie zijn kennis en ondersteuning beschikbaar die vanuit het programma Gezonde Start van het Trimbos-instituut gefaciliteerd kunnen worden:
- Helpdesk Gezonde Start/Rookvrije Start
- Uitwisselingsbijeenkomsten Rookvrije Start
- Presentaties t.b.v. urgentie en activatie
- Voorbeelden van andere regio's
- Zorgpad Rookvrij zwanger (vindbaar via de Zorgpadentool)
- Instructie Scholing Rookvrije Start
- Instructie Verwijzing Rookvrije Start

Voor toegankelijk verwijsaanbod zijn verwijsafspraken nodig en kan ingezet worden op coaching dichtbij/ in de buurt van de cliënt. Hiervoor zijn verschillende voorbeelden beschikbaar:
- Rapport en blog POP-poli
- Blog stoppen-met-roken coach op locatie

Bronnen

Bruikbare bronnen van kennis en informatie over roken en zwangerschap vallen bijvoorbeeld op te halen bij:
- Lokale en regionale coalities Kansrijke Start
- Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)
- Jeugdgezondheidszorg
- CenteringZwangerschap en CenteringOuderschap
- Integrale Gezinspoli of vergelijkbaar en de hierbij betrokken medisch specialisten
- Prenataal huisbezoek door de JGZ

Regionale kennisdeling loopt via een lerend netwerk van zorg- en welzijnsorganisaties, inclusief gemeenten, waarbij de GGD vaak een verbindende rol vervult en al bekende lijnen, bijvoorbeeld via Kansrijke Start, worden benut. Gezamenlijke bijeenkomsten waar kennis en ervaring wordt uitgewisseld, helpen ook om nieuwe partijen bij de aanpak te betrekken en enthousiast te maken. Maak duidelijk wat de meerwaarde van deze bijeenkomsten is, vooral voor partijen voor wie tijd schaars is zoals wijkteams, verloskundigen en huisartsen. Structurele inzet van een coördinator Rookvrije Start helpt om iemand verantwoordelijk te kunnen maken voor het organiseren van de kennisdeling.

9 Inhoudelijke regionale uitwerking

De aanpak Rookvrije Start is ook een onderdeel van Kansrijke Start (overkoepelend), net als Nu Niet Zwanger en de Integrale Gezinspoli. De implementatie van Rookvrije Start past logischerwijs dan ook bij deze aanpakken en kan goed tegelijkertijd worden opgepakt door deze in te bedden in samenwerking die al bestaat, zoals in lokale en regionale coalities Kansrijke Start en Verloskundige Samenwerkingsverbanden.

Naast de aanpak Rookvrije Start, is de 'Rookvrije Wijkaanpak' ook gericht op het tegengaan van het gebruik van tabak en andere nicotinehoudende producten. Deze aanpakken kunnen los van elkaar worden uitgevoerd, omdat elke doelgroep een andere aanpak vraagt. In onderlinge samenhang zullen ze elkaars effect versterken.

Inventarisatie

De implementatie start met het in beeld brengen van de doelgroep en waar deze zich vooral bevindt: volwassenen in de vruchtbare leeftijd die een kinderwens hebben of overwegen en vrouwen en partners die binnenkort ouder van een kind zullen worden. Maak hierbij gebruik van kennis die bij de GGD aanwezig is waaronder de monitor middelengebruik.

Breng vervolgens voor deze doelgroepen in beeld:
- in hoeverre binnen deze doelgroep wordt gerookt;
- of het roken betrokken wordt bij de afweging om zwanger te worden en een kind te krijgen; of er voldoende kennis is over de schade door roken die al in de preconceptie wordt veroorzaakt, zowel bij de vrouw als bij de partner en of dit motiveert tot gedragsverandering;
- of de kinderwens leidt tot een behoefte en inspanning om te stoppen met roken.

Inventariseer ook in hoeverre stoppen met roken en het gesprek hierover met de aanstaande ouder ingebed is in de aanpakken Nu Niet Zwanger, Kansrijke Start en Integrale Gezinspoli. Dit kan het beste door hierover het gesprek te voeren met de regionale en/of lokale projectleiders van deze aanpakken.

Als de uitkomst is dat (het gesprek met de aanstaande ouder over) stoppen met roken nog onvoldoende is ingebed in de drie bovenstaande basisfunctionaliteiten, is een nadere verkenning wenselijk. Wat is de reden dat stoppen met roken onvoldoende aandacht krijgt in deze basisfunctionaliteiten? Maakt stoppen met roken deel uit van de scope van deze aanpakken? Zijn de professionals die deze basisfunctionaliteiten uitvoeren voldoende toegerust om dit gesprek met hun cliënten te voeren? Is er voldoende kennis en ondersteuning in de vorm van materialen en methoden? Is er voldoende passend aanbod smr-zorg voor deze doelgroepen, is er bijvoorbeeld digitaal aanbod smr-zorg om de drempel voor deelname aan fysieke contacten of bijeenkomsten te verlagen?

Als uit monitoring blijkt dat het aanbod smr-zorg onvoldoende is of onvoldoende aansluit bij de doelgroep, dan moet hier in de cyclus van monitoring en evaluatie op worden bijgestuurd.

Inventariseer ook in hoeverre er informeel aanbod is (bijvoorbeeld vanuit het sociaal werk) waarin inwoners uit de doelgroep elkaar kunnen ondersteunen bij het stoppen met roken. Zulke initiatieven, zoals steungroepen, vallen onder de Rookvrije Wijkaanpak. Zoek daar waar mogelijk aansluiting bij, zodat ook (toekomstige) ouders ernaar verwezen kunnen worden.

Aanpak bepalen

Op basis van bovenstaande inventarisatie kan de aanpak Rookvrije Start, ingebed in Kansrijke Start uit de volgende elementen gevormd worden:
1. In beeld brengen en bereiken van de doelgroepen
2. Zorgen dat de zorg-, hulpverlener of sociaal werker toeleidt naar smr-zorg
3. Bevorderen dat de inwoner daadwerkelijk gebruikmaakt van smr-zorg
4. Vaststellen of de smr-zorg tot het beoogde resultaat leidt: (duurzaam) stoppen met roken

Op al deze punten is het streven een maximaal effect te sorteren en tot een sluitende aanpak te komen:

1. Voor de preconceptie vraagt dit extra inzet om deze groep, die vaak nog niet bekend is in het medisch domein, te bereiken en te voorzien van de juiste informatie.
2. Samenwerking met sleutelfiguren heeft het meeste effect. In het zorg- en sociaal domein is voor sommige professionals het bespreekbaar maken van roken en het toeleiden naar smr-zorg lastig. Scholing kan hierbij helpen.
3. Realiseer je dat regionale (social) mediacampagnes een averechts effect kunnen hebben als de doelgroep, ervaringsdeskundigen en sleutelfiguren zich hier niet in herkennen. Dat geldt ook voor landelijk materiaal: niet alles sluit aan bij elke doelgroep. Gebruik landelijk materiaal daarom ter ondersteuning en kies wat past bij de doelgroep in de regio; ervaringsdeskundigen en sleutelfiguren kunnen helpen bij die keuze. Persoonlijk contact blijft het belangrijkste werkzame element in deze aanpak.
4. Het daadwerkelijk gebruik van smr-zorg is gebaat bij een smr-coach die aanwezig is op de locatie en die ook deel uitmaakt van het team.

10 Lokale/regionale aansluiting op zorg- en sociaal domein

Regionaal en lokaal maken alle betrokken partijen met elkaar afspraken om aanstaande ouders zo veel mogelijk te bewegen om te stoppen met roken tijdens de zwangerschap. In deze afspraken leggen partijen vast wat hun ambitie en inzet is om roken zo veel mogelijk te ontmoedigen en inwoners die nog roken te helpen hiermee te stoppen. Belangrijk zijn afspraken over de manier waarop de verwijzing wordt ingericht, hoe deze ook dienstbaar is aan dataverzameling en monitoring en wie hierin welke verantwoordelijkheid heeft. Maak daarbij zo veel mogelijk gebruik van landelijke monitors en databronnen, om dubbel werk te voorkomen. Maak bij de verwijzing goed gebruik van al bestaande zorgpaden zoals in Kansrijke Start.

Onderlinge transparantie, zowel over inzet als resultaten, is noodzakelijk voor het leren van elkaar en voor het doorontwikkelen van een effectieve aanpak.

Maak ook afspraken over de inzet van alle partijen om te zorgen voor een rookvrije omgeving, waaronder een rookvrije werkomgeving voor professionals in zorg en welzijn die bij mensen thuis komen.

11 Stappenplan voor starten of opschalen

Een aantal acties en aanbevelingen zijn mogelijk behulpzaam om de samenwerking in de aanpak Rookvrije Start vorm te geven bij implementatie in de startfase. Zorg daarbij ook voor bestuurlijke borging van te maken afspraken.

- Zorg voor een projectleider (kwartiermaker). Mogelijk is deze rol onder te brengen bij een al werkzame regionale coördinator Kansrijke Start.
- Maak zo mogelijk gebruik van de bestaande regionale en lokale coalities Kansrijke Start.
- Breng de opgave in beeld, gebruikmakend van beschikbare gezondheidsdata, onder andere bij de GGD en zorgverzekeraar: in welke mate worden gezondheidsproblemen in de eerste duizend dagen van een kind door roken veroorzaakt of verergerd, door de moeder door roken tijdens de zwangerschap en door anderen die roken in de nabijheid van het jonge kind. Bij welk deel van de populatie zwangere vrouwen en jonge ouders zien we extra urgentie om roken aan te pakken? Maak hierbij ook gebruik van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid uit de regio.
- Formuleer op basis van dit beeld een ambitie en vertaal dit in een realistisch actieplan, rekening houdend met beschikbare menskracht (betaald en ‘onbetaald’) en middelen.
- Werk het regionale actieplan uit naar het lokale niveau, zodat de lokale coalities Kansrijke Start hiermee aan de slag kunnen.
- Organiseer een regionale structuur waarmee lokale initiatieven worden gefaciliteerd en ondersteund met geld, faciliteiten, menskracht en waar nodig deskundigheid en kennis. Zorg voor een heldere toedeling van kosten, onder meer tussen de regionale en de lokale component van de SPUK AZWA. Kijk daarbij niet alleen naar het budget in de startfase, maar ook naar de kostenontwikkeling bij opschaling naar een regionaal dekkend aanbod (structurele kosten en baten).
- Zorg voor een adequate honorering, zowel van de professionals die vanuit hun organisatie worden ingezet als van de ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en sleutelfiguren zodat hun inzet op een passende wijze, ook in materieel opzicht wordt gewaardeerd. Zie daarvoor ook de aanbevelingen van Pharos.
- Richt een vorm van evaluatie en monitoring in die het actieleren en de uitwisseling van kennis in een lerend netwerk van lokale initiatieven bevordert. Gebruik deze kennis ook om periodiek te beoordelen of de inzet van beschikbare middelen leidt tot voldoende impact qua bereik en effectiviteit.
- Maak gebruik van beschikbare data bij zorgverzekeraars en GGD om de beginsituatie, bij voorkeur zowel voor de regio als voor de afzonderlijke gemeenten in beeld te hebben, bijvoorbeeld over preconceptiezorg en de mate van gebruik van smr-zorg om de effectiviteit van de Rookvrije Start aanpak gedurende de looptijd te kunnen meten.

Organiseer de regionale en lokale samenwerking zo dat er op elk moment ruimte is voor nieuwe initiatieven uit de regio om aan te haken en daarbij gebruik te kunnen maken van de kennis en ervaring die er in al langer lopende initiatieven is ontwikkeld.

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.

Oktober 2026