



Laagdrempelige Steunpunten

Handreiking voor het uitvoeren
van de basisfunctionaliteit

Inhoudsopgave

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Doel | 4 |
| 2 | Doelgroep afbakening | 6 |
| 3 | Interventies | 7 |
| 4 | Samenwerkingsafspraken: wie doet wat in de keten? | 8 |
| 5 | Organisatie | 9 |
| 6 | Financiën: wie financiert wat en hoe? | 11 |
| 7 | Dataregistratie en -uitwisseling voor uitvoering en monitoring | 12 |
| 8 | Kennisdeling | 13 |
| 9 | Regionale en lokale uitwerking | 14 |

Meer informatie

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

Deze handreiking biedt een definitie van het doel, de doelgroep, interventies, samenwerking, financiën en monitoring van laagdrempelige steunpunten (LSP's). De inhoud van deze handreiking is gebaseerd op verschillende publicaties die in de afgelopen jaren zijn verschenen over LSP's, waaronder het handvattendocument 'Landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten'. Daarmee geeft deze handreiking richting aan regio's die de opdracht hebben om basisfunctionaliteiten in te bedden.

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.

LSP's onderscheiden zich van inloopvoorzieningen sociaal en gezond in dat ze zijn opgezet door en voor mensen die ervaring hebben met psychische kwetsbaarheid, ontwrichting en herstel. Het is een plek waar ervaringsdeskundigen anderen ondersteunen om de regie over hun eigen leven terug te krijgen en te behouden. Het eigen initiatief en de centrale rol van ervaringsdeskundigen psychische kwetsbaarheid maakt dat de LSP's zich onderscheiden van inloopvoorzieningen.

1 Doel

De basisfunctionaliteit LSP is er voor iedereen en in het bijzonder voor mensen met (ernstige of langdurige) psychische en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten. De LSP's hebben drie belangrijke doelen:

- Mensen werken op eigen tempo aan zelfregie en herstel.
- Als onderdeel van de sociale basis speelt het LSP een rol in het vervullen van vroegsignalering, doorverwijzing naar andere partijen in het formele en informele netwerk en ontlasting eerstelijnszorg. Het ondersteunt de beweging van zorg naar gezondheid en versterkt regionale en lokale samenwerking.
- Het draagt daarmee bij aan de doelen uit het IZA en AZWA, onder andere omdat inzet van zwaardere zorg en ondersteuning voorkomen kan worden.

Definitie laagdrempelige steunpunten (o.b.v. landelijke 10 kenmerken)

Een laagdrempelig steunpunt is een voor iedereen toegankelijke plek, waar in het bijzonder mensen met (ernstige of langdurige) psychische en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten terecht kunnen voor ontmoeting, zelfregie, herstel en ontwikkeling, geleid door ervaringsdeskundigen en vormgegeven vanuit gelijkwaardigheid, wederkerigheid en co-creatie. Ieder LSP voldoet aan de 10 landelijk vastgestelde kenmerken (zie hieronder).

Mensen komen hier terecht op eigen initiatief, of worden erop gewezen via hun informele netwerk of door professionals (huisartsen, welzijn, ggz). Er is geen formele doorverwijzing en/of indicatie nodig.

Laagdrempelige steunpunten functioneren als onderdeel van een breder netwerk van formele en informele ondersteuning. Dit netwerk is niet lineair opgebouwd. Bezoek/deelname aan het steunpunt kan parallel lopen aan professionele zorg, bijvoorbeeld GGZ. Het LSP biedt een vaste plek die helpt om de verbinding met het gewone leven te behouden en/of te hervinden en terugval te voorkomen.

Vanuit een LSP wordt zelden direct naar hulpverlening doorverwezen; de focus ligt op zelfregie en eigen herstel. Bezoekers leren vooral zelf te signaleren wanneer het minder goed gaat en hoe ze hun herstellennis kunnen inzetten, bijvoorbeeld door contact te zoeken met anderen of activiteiten op te pakken. Ervarendeskundigen en mede-bezoekers ondersteunen dit proces actief. Mocht herstel zelfstandig niet lukken, dan helpt het LSP om het signaal op de juiste plek te adresseren.

Tien landelijke kenmerken

Voor wie?

1. Het is voor iedereen laagdrempelig toegankelijk en in het bijzonder voor mensen met (ernstige/langdurige) psychische (de EPA-doelgroep) en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten.

Wartoe?

2. Het steunpunt is gericht op leren, herstel en ontwikkeling, dit gaat verder dan alleen een luisterend oor en koffie.

Hoe werkt het?

3. Zowel bezoekers/deelnemers als medewerkers hebben iets te halen én te brengen. Er is sprake van co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap.
4. De ondersteuning krijgt vorm vanuit de behoeften van de mensen.
5. Wij zien elkaar als mens, niet als cliënt of hulpverlener.
6. Er is sprake van wederkerigheid en gelijkwaardigheid, op basis van wederzijds begrip, herkenning en erkenning.
7. Er wordt gewerkt vanuit 'wat past bij jou', zonder stappenplannen of protocollen, er is een aanbod van methodische zelfhulp dat zich vanuit co-creatie en peer-support steeds verder ontwikkelt.
8. In het steunpunt komt collectieve ervaringskennis samen.

Door wie?

9. Bij de herstelactiviteiten zijn altijd ervaringsdeskundigen of ervaringswerkers in de lead.

Met wie?

10. Er is samenwerking met de formele en informele (keten)partners, zoals: a. sociaal domein (gemeente) b. welzijnsorganisaties c. huisartsen d. zorgaanbieders. Zodat makkelijk afstemming kan plaatsvinden en mensen wanneer nodig kunnen worden gekoppeld aan de voor hen juiste personen of instanties.

Laagdrempelige steunpunten bevatten vier elementen die in samenhang met elkaar aanwezig zijn:

- **Inloop & ontmoeting:** Zoals de naam al zegt, kun je hier laagdrempelig binnenlopen en andere mensen ontmoeten. Er is geen formele doorverwijzing en indicatie/beschikking nodig.
- **Door-en-voor activiteiten:** Door-en-voor-activiteiten zijn activiteiten die worden georganiseerd door en voor deelnemers van het initiatief. Er is ruimte voor co-creatie, van creatief tot praktisch. Soms is er expliciet ruimte om te praten over psychische kwetsbaarheden en herstel, maar dat hoeft niet.
- **Herstelaanbod:** Dit aanbod, veelal methodisch, bestaat uit cursussen, trainingen en herstelgroepen (door en voor de mensen om wie het gaat ontwikkeld) om expliciet te werken aan je eigen herstel. Deelnemers bepalen zelf of en wanneer zij toe zijn aan deelname aan een herstelcursus of lotgenotengroep. Soms wordt in een kennismakingsgesprek wel besproken of de verwachtingen over en weer matchen. Bijvoorbeeld voor de cursus Werken met Eigen Ervaring is enige eigen herstelkennis nodig. Bekende voorbeelden zijn WRAP (Wellness Recovery Action Plan), Crisiskaart, HOP (Honest, Open, Proud), Herstellen Doe Je Zelf, Werken Met Eigen Ervaring (WMEE) en herstelverhaal schrijven.
- **Groeivijver:** De groeivijver biedt deelnemers de kans om stap voor stap actiever te worden, zich te ontwikkelen en te participeren binnen het initiatief, op hun eigen tempo. Bezoekers kunnen hier, als zij dat willen, groeien in hun rol en (verder) worden opgeleid. Een deel van hen leert dit vooral in de praktijk, door mee te draaien in het steunpunt en ervaring op te doen in het ondersteunen van anderen. Los van de LSP's zijn formele opleidingen en een beroepsregister ontwikkeld voor ervaringsdeskundigen.

2 Doelgroep afbakening

De doelgroep bestaat uit iedere inwoner die baat heeft bij laagdrempelige ondersteuning rondom zelfregie en herstel, in het bijzonder voor mensen met ernstige of langdurige psychische kwetsbaarheid (EPA) en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten.

3 Interventies

Gereedschapskist

In het AZWA is afgesproken dat de regio voor de interventies/activiteiten in de basisfunctionaliteit gebruik kunnen maken van een gereedschapskist. De gereedschapskist is een dynamisch overzicht van effectieve interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Het uitgangspunt van de gereedschapskist is dat het dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten.

Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen wat 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 gereedschapskist. ZN, VNG en VWS werken, in overleg met relevante (kennis)partijen, de komende periode de gereedschapskist verder uit voor punten als governancevraagstukken, gebruik van de interventies in de gereedschapskist door de regio's, criteria voor interventies, toegang tot de gereedschapskist en eigenaarschap. In een volgende versie van deze handreiking zal op deze plek worden verwezen naar de gereedschapskist.

4 Samenwerkingsafspraken: wie doet wat in de keten?

Laagdrempelige steunpunten werken samen met formele en informele (keten)partners, zoals het sociaal domein (gemeente), ggz- en welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars, huisartsen, POH-GGZ en zorgaanbieders. Ze functioneren in samenhang met de mentale gezondheidsnetwerken (MGN) en zijn onderdeel van het aanbod binnen het netwerk. Samenwerking gebeurt niet alleen binnen het MGN. LSP's onderhouden ook directe contacten met partners uit deze netwerken, maar werken ook samen met organisaties zoals jeugdzorg, beschermd wonen, maatschappelijke opvang, woningbouwcorporaties en de politie.

Wie doet wat in de keten?

- **Gemeenten:** Gemeenten zijn een belangrijke speler op het thema mentale gezondheid. Zij organiseren een aanzienlijk deel van de institutionele sociale basis en randvoorwaarden voor bestaanszekerheid en wonen. In de sociale basis is er veel aandacht voor leefstijlbevordering (inclusief sport en bewegen). Wat betreft de LSP heeft de gemeente een coördinerende rol als het gaat om inrichting van de basisfunctionaliteit laagdrempelige steunpunten op lokaal niveau. Zij heeft daarin twee rollen: financier en facilitator.
 1. De gemeente financiert de laagdrempelige steunpunten, die als collectieve, preventieve voorzieningen deel uitmaken van de sociale basis.
 2. De gemeente faciliteert de opstart en uitvoering van laagdrempelige steunpunten. Dit betekent dat zij samenwerking tussen LSP's en andere partners (zoals welzijn, GGZ, huisartsen) ondersteunt. Dit kan via het MGN dan wel via andere (bestaande) structuren. Ook maakt de gemeente ruimte voor de bottom-up beweging van LSP's zonder de organisatie over te nemen. Het gaat met name om het zoeken en ondersteunen van mensen die een steunpunt willen opzetten. Bijvoorbeeld door ruimtes te regelen of initiatiefnemers met trainingen of opleiding te faciliteren.
- **Welzijn:** De welzijnsorganisaties kennen het aanbod van laagdrempelige steunpunten en verwijzen hierna. Andersom wijzen LSP's ook op het aanbod van welzijnsorganisaties. Dit draagt bij aan preventie, herstel en zelfregie. Sociaal werk kan LSP's adviseren en faciliteren op het gebied van bedrijfsvoering en financiering. Daarnaast kunnen laagdrempelige steunpunten en welzijnsorganisaties gebruik maken van elkaars locaties. Sociaal werk verbindt LSP met andere voorzieningen in de sociale basis.
- **Huisartsen & POH GGZ:** Huisartspraktijken (incl. POH-GGZ) hebben kennis van de sociale kaart en het aanbod in het sociaal domein; waaronder het LSP, zodat zij hun patiënten hierop kunnen wijzen. Het LSP zorgt dat ze bekend zijn bij de huisartspraktijken.
- **Mentaal gezondheidsnetwerk (MGN):** Daarnaast werken huisartsen & POH-GGZ, GGZ-aanbieders en 'het sociaal domein' samen in het MGN om mensen met ggz-vragen zo goed mogelijk te helpen. De vertegenwoordiger van het sociaal domein in het MGN heeft overzicht van de voorzieningen in de sociale basis in de wijk/buurt en kan de verbinding tussen voorziening en hulpvrager leggen. Daarbij is het belangrijk dat het MGN goed op de hoogte is van het lokale aanbod van LSP's.
- **GGZ:** Ondersteuning vanuit het LSP en zorg vanuit de GGZ kunnen gelijktijdig worden ingezet. Hierbij is het een keuze van de deelnemers zelf om een LSP te bezoeken. Zorgaanbieders en het laagdrempelig steunpunt werken samen door ieder hun eigen expertise in te zetten: het steunpunt focust op herstel en zelfregie, terwijl zorgaanbieders zich richten op diagnostiek en behandeling. Door deze samenwerking ontstaat een flexibel netwerk waarin ondersteuning en zorg elkaar aanvullen. Het is dus ook belangrijk dat GGZ-aanbieders goed op de hoogte zijn van het lokale aanbod van LSP's. Deze kennis kunnen ze verkrijgen via het MGN.
- **Zorgverzekeraars/zorgkantoren:** zorgverzekeraars/zorgkantoren erkennen het belang van een dekkend netwerk aan laagdrempelige steunpunten, als onderdeel van goede zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek. Zorgverzekeraars dragen waar mogelijk bij aan het realiseren van laagdrempelige steunpunt, door zich in te zetten voor zichtbaarheid en bekendheid ervan en, in afstemming met gemeenten, te werken aan een dekkend aanbod van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische kwetsbaarheid.

5 Organisatie

Landelijk dekkend aanbod LSP's

Een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (LSP) is de optelsom van regionaal dekkende netwerken LSP. Wanneer er sprake is van een regionaal dekkend netwerk van LSP hangt af van verschillende specifieke, regionale kenmerken. Er is niet één landelijke norm om dit vast te stellen.

Ter onderbouwing van de vereiste regionale dekking schrijven regio's, onder regie van de mandaat-gemeente en preferente zorgverzekeraar, een werkagenda als aanvulling op de huidige regioplannen, waarin ze invulling geven aan de basisfunctionaliteiten waaronder de LSP:

- In de werkagenda beschrijven de regio's hoe de doelgroep/opgave eruitziet, welk aanbod in een regio nodig is, en hoe ze in de periode tot 2030 komen tot een regionaal dekkend aanbod aan laagdrempelige steunpunten.
- Naast de kwalitatieve invulling van de basisfunctionaliteit LSP (zoals beschreven in de 10 kenmerken en de 4 elementen) wordt door de regio een ambitie in kwantiteit uitgedrukt zodat er een regionaal dekkend netwerk ontstaat. Deze kwantitatieve ambitie wordt door de regio ingevuld aan de hand van de volgende uitgangspunten:

Uitgangspunten regionaal dekkend netwerk LSP

Het uitgangspunt is om in elke gemeente minimaal één LSP te realiseren, waarbij de keuze voor het type en aantal LSP's wordt bepaald door de lokale context. Hierdoor kan het zijn dat in sommige gemeenten dus meer LSP's nodig zijn. Drie typen LSP's worden onderscheiden op basis van de volgende kenmerken:

- De aanwezigheid van een grote stadskern;
- De bevolkingsomvang en -spreiding;
- Het percentage inwoners dat mogelijk baat heeft bij een LSP, waarbij in ieder geval de EPA doelgroep is meegenomen.

Typen LSP's:

- **LSP groot (type 1)**. Deze locaties passen het best in stedelijk gebieden en zijn voornamelijk bedoeld voor gemeenten met een grote, geconcentreerde bevolking en een relatief hoog aandeel inwoners met psychische of sociaal-emotionele kwetsbaarheden. Ze worden strategisch geplaatst in of nabij een grote stadskern, waar de behoefte aan ondersteuning het grootst is.
 - *Kwantitatieve indicatie LSP groot*: Deze steunpunten zijn minimaal 4 dagen per week open. Er kunnen gemiddeld 30 tot 80 mensen per dag terecht.
- **LSP middel (type 2)**. Deze locaties passen het best in gemengde gebieden. Deze vorm fungeert als een verbindende schakel tussen sterk verstedelijkte en meer landelijke gebieden. Ze zijn geschikt voor regio's met een gemiddelde bevolkingsdichtheid en een verspreide bewonerspopulatie, waarbij sprake is van een aanzienlijk aandeel inwoners met ondersteuningsbehoeften.
 - *Kwantitatieve indicatie LSP middel*: Deze steunpunten zijn 2-3 dagen per week open. Er kunnen gemiddeld 10 tot 30 mensen per dag terecht.
- **LSP klein (type 3)**. Satellietsteunpunten die het best passen in landelijke gebieden (type 3). Deze kleinere, decentrale locaties zijn bedoeld voor dunbevolkte, landelijke gebieden. Hier wonen inwoners verspreid en is de groep met psychische of sociaal-emotionele kwetsbaarheden relatief klein. Deze steunpunten zijn vaak een satelliet van steunpunten type 1 of 2. Ook in stedelijk gebied zijn er type 1 LSP's die satellietlocaties hebben, bijvoorbeeld door in een buurthuis een deel van het aanbod (de 4 elementen) aan te bieden.
 - *Kwantitatieve indicatie LSP klein*: Deze steunpunten zijn 1 of meerdere dagdelen (soms verspreid over diverse locaties/dorpen) per week open. Er kunnen gemiddeld 5 tot 30 mensen per dag terecht.

Onderbouwing uitgangspunten regionaal dekkend netwerk LSP

Regio's nemen in de werkagenda een onderbouwde keuze op voor het aantal en type (1-2-3) LSP's.

Bestaande LSP's in de regio worden betrokken bij het maken van deze onderbouwde keuze.

De onderbouwing bestaat minimaal uit:

- Het percentage van inwoners dat baat heeft bij een LSP. Hierbij wordt in ieder geval de omvang van de EPA-doelgroep in de regio in kaart gebracht. De praktijk laat echter zien dat de doelgroep van LSP's breder is dan alleen mensen met EPA.¹ Daarom wordt geadviseerd om ook inzicht te krijgen in deze bredere groep inwoners bijvoorbeeld door te kijken naar ggz-gebruik in regio en ggz hulpvragen in lokale teams. Besteed waar relevant ook aandacht aan verschillen tussen gemeenten. Maak hierbij zo nodig gebruik van (landelijke) beschikbare data zoals:
 - VEKTIS Gemeentezorgspiegel ggz gebruik [Vektis - business intelligence centrum voor de zorg](#)
 - Regiobeeld psychische problematiek
 - Waarstaatjegemeente.nl/sociaal
 - GGD-data via [Atlas VZinfo | Kaarten Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen | Volksgezondheid en Zorg](#), [Atlas VZinfo | Kaarten Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024 | Volksgezondheid en Zorg](#)
 - Aanwezigheid van GGZ-behandelinstelling(en)
 - Bestaande MKBA's van LSP's om inzicht te krijgen in baten en lasten
 - Stappenplan en scenario's voor gemeenten: stap 4 geeft input voor informatie die opgehaald kan worden over (het aantal) inwoners dat baat zou hebben bij een LSP [Stappenplan en scenario's voor gemeenten NVZH-SV](#)
- Breng bestaande LSP-locaties in kaart: Kijk daarbij ook wat voor type LSP's dit zijn (1-2-3) en dus hoeveel mensen hiermee worden bereikt en of het aanbod op bestaande locaties voorziet in de vier elementen en voldoet aan de 10 kenmerken. Het is waardevol om ook te kijken naar andere, aanpalende ondersteuningsvormen voor de doelgroep, waaronder inloopvoorzieningen en buurtinitiatieven. Maak inzichtelijk wat er al is, en hoe deze initiatieven zich verhouden tot LSP's.
- Beoordeel of de huidige LSP's (type, aanbod) voorzien in de vraag/behoefte. Alle LSP's in de regio moeten tezamen voldoende capaciteit hebben om te voldoen aan de vraag/behoefte in de regio.
- Bepaal op basis van bovenstaande of aanvullende LSP's en/of aanbod noodzakelijk is. Bepaal daarbij welke type LSP's noodzakelijk zijn om aan de vraag/behoefte te voldoen.
- Maak duidelijk hoe laagdrempeligheid en nabijheid geborgd wordt. Aspecten die daarbij moeten terugkomen zijn:
 - Hoe en waar zijn de LSP's online vindbaar.
 - Hoe ervoor wordt gezorgd dat de LSP's bij huisartsen, ggz-aanbieders, welzijn, het MGN (in ieder geval bij de gespreksvoerders verkennend gesprek) bekend zijn en een plek krijgen op de sociale kaart.
 - Fysieke nabijheid (hoe ver moet men reizen om een LSP te bereiken).

1 Zie o.a.: Feiten en Cijfers NVZH (2025), te bereiken via: [NVZH_ZHO_Boekje_2025_A5_TOTAAL](#).

6 Financiën: wie financiert wat en hoe?

- Laagdrempelige steunpunten worden door gemeenten primair gefinancierd vanuit de gemeentebegroting met diverse gemeentelijke bekostigingstitels zoals inloopfunctie ggz, ambulantisering, versterking van de sociale basis, preventie, respijtoorzieningen en middelen voor personen met onbegrepen gedrag.
- Aanvullende financiering kunnen gemeenten halen uit de al ter beschikking gestelde IZA (transformatie) middelen (tot 2028) en uit de structurele middelen voor de uitwerking van de basisfunctionaliteiten die beschikbaar worden gesteld vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).
- In het AZWA is afgesproken dat de middelen voor het sociaal domein en gezondheid aan gemeenten worden verstrekt. Op dit moment wordt de passende financieringsvorm uitgewerkt, daarbij is het uitgangspunt dat er 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.
- Gemeenten werken samen met zorgverzekeraars om tot een passend aanbod van zorg en ondersteuning te komen. Dit doen zij veelal via het mentaal gezondheidsnetwerk; een andere basisfunctionaliteit. Het LSP is een cruciale schakel aan sociaal domeinzijde, waarbij de inzet van de POH-GGZ en (digitale) ggz dat vanuit de Zvw zijn. Ook leefstijlinterventies vanuit de Zvw hebben een positieve bijdrage voor sommige deelnemers aan het LSP. Te denken valt aan stoppen met roken of de gecombineerde leefstijl interventie (GLI). Tot slot is maatwerk mogelijk in de regio, bijvoorbeeld via de verschillende investeringsfondsen van zorgverzekeraars.
- Fondsen: Daarnaast kunnen steunpunten zelf incidentele (start)financiering ontvangen uit particuliere of maatschappelijke fondsen, waaronder private fondsen of lokale maatschappelijke initiatieven.

7 Dataregistratie en -uitwisseling voor uitvoering en monitoring

Datastandaardisatie en gegevensuitwisseling

Datastandaardisatie voor registratie, gegevensuitwisseling en monitoring is fundamenteel voor goede samenwerking tussen medische zorg, sociaal werk en preventie. Professionals uit verschillende organisaties moeten gegevens registreren en in sommige gevallen informatie delen om mensen goed te kunnen helpen. Daarnaast vormen deze gegevens de basis voor inzicht en monitoring. 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). Het [5 lagenmodel](#) (Nictiz) dient hierbij als uitgangspunt waarin alle lagen in samenhang moeten worden benaderd om gegevensuitwisseling te verbeteren.

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

- **Proces:** Voorstel met wie er in welke processtap aan zet is;
- **Informatie:** Welke gegevens 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 voor het juridisch kader en beveiliging & privacy.

Landelijke monitoring

Landelijk worden de afspraken uit het GALA, IZA en (vanaf 2027) AZWA gevolgd met diverse monitors. Vanaf 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 (afsprakenstel) zoals ook beschreven in de handreiking.

Links naar 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 (<https://www.rivm.nl/gala-monitor>)
- [Monitor doelgroepen IZA | Regiobeeld](#)

8 Kennisdeling

Voor kennisdeling kunnen regio's gebruik maken van:

- **NVZH (Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel)** – kennisorganisatie en inhoudelijke autoriteit rondom zelfregie, herstel en kwaliteitsborging.
- **MIND** – expertise op ervaringskennis, herstelondersteuning en de rol van peers in het sociaal domein; betrokken bij landelijke coördinatie en kennisoverdracht.
- **Ondersteuningsprogramma Laagdrempelige Steunpunten (OLSP)** – biedt ondersteuning, regiobijeenkomsten, kennisuitwisseling en tools voor implementatie.
- **Ervaringskennisplein** – website met informatie over de inzet van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid
- **Regionale netwerken en LSP's (laagdrempelige steunpunten)** – via ontmoetingsmomenten, gezamenlijke activiteiten en onderlinge kennisuitwisseling om samenwerking te verdiepen en netwerken te versterken.

Meer weten?

- [Handvatten netwerk laagdrempelige steunpunten IZA](#)
- [IZA: handvatten voor laagdrempelige steunpunten](#)
- [Steeds een andere bril opzetten](#)
- [De waarde en inbedding van de zelfregie- en herstelbeweging](#)
- [Loket Laagdrempelige Steunpunten](#)
- [Handreiking financiering en inbedding zelfregie- en herstelinitiatieven](#)

9 Regionale en lokale uitwerking

Deze handreiking biedt richting voor het vormgeven van de basisfunctionaliteit. Het is van belang dat iedere regio deze basisfunctionaliteit op passende wijze in de eigen context integreert. Om dit proces te ondersteunen, agenderen wij de onderstaande vragen als gespreksonderwerpen voor regionale uitwerking en afstemming.

Inhoudelijke regionale uitwerking

- Hoe past deze basisfunctionaliteit bij de gezondheidsdoelen van de regio?
- Gezien de gezondheidsdoelen, 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 medisch 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?

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