



# Sociaal verwijzen

Handreiking voor het uitvoeren  
van de basisfunctionaliteit

# Inhoudsopgave

Aanleiding	3
1 Doel	5
2 Doelgroepafbakening	6
3 Samenwerking: wie doet wat in de keten?	7
4 Processtappen in de aanpak	8
5 Benodigde competenties	10
6 Gereedschapskist en aanbod	11
7 Organisatie en samenwerking	12
8 Financiering	14
9 Datastandaardisatie (registratie, gegevensuitwisseling & monitoring)	15
10 Kennisdeling	16
11 Regionale en lokale uitwerking	17

## **Meer informatie**

Meer handreikingen voor basisfunctionaliteiten en informatie over de onderdelen D5 en D6 van het AZWA vind je op [zorgakkoorden.nl/azwa](https://zorgakkoorden.nl/azwa).

# Aanleiding

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt over inzet op zogeheten 'basisfunctionaliteiten': een landelijk afgesproken, minimaal noodzakelijke functie op het snijvlak van zorg en sociaal domein en/of publieke gezondheid. De samenwerking vanuit de domeinen zorg, sociaal en publieke gezondheid is hierbij noodzakelijk. Het betreft een ketenaanpak of netwerkaanpak, met in elk geval inzet van professionals gericht op het: 1) opsporen en signaleren van kwetsbare omstandigheden (breder dan sec zorg), 2) handelen door ondersteuning – en waar nodig zorg – te bieden en/of die bij te schakelen, en 3) voorkomen van (zwaardere) zorg en ondersteuning.

De aanpak omvat ook de coördinatie op de bovenstaande onderdelen. Per basisfunctionaliteit zijn diverse interventies of activiteiten mogelijk – passend bij de context in de regio.

Het doel van basisfunctionaliteiten is tweeledig:

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

## Sociaal verwijzen is een van de basisfunctionaliteiten

Sociaal verwijzen is opgenomen als een van de basisfunctionaliteiten. In het AZWA is de ambitie afgesproken om in 2030 te komen tot een landelijk en daarmee ook regionaal dekkend aanbod van sociaal verwijzen.

Deze handreiking biedt gemeenten en zorgverzekeraars, eerstelijnszorgverleners en professionals in het sociaal domein handvatten om in de eigen IZA-regio invulling te geven aan sociaal verwijzen. De handreiking is opgesteld door een landelijke werkgroep.<sup>1</sup> De partijen hebben afgesproken dat deze handreiking een levend document is. Periodiek wordt nagegaan of aanpassing nodig is. Relevante beroepsgroepen zijn geconsulteerd.

Sociaal verwijzen dient voor meerdere leefgebieden een doel. In het AZWA valt het onder mentale gezondheid, maar het raakt ook aan andere leefgebieden zoals kansrijk opgroeien, gezonde leefstijl en vitaal ouder worden.

De basisfunctionaliteit sociaal verwijzen bevordert passende en tijdige ondersteuning op de juiste plek, voor (jong)volwassenen met psychosociale problemen die een sociaal-maatschappelijke oorzaak hebben. Middels de basisfunctionaliteit sociaal verwijzen wordt bevorderd, dat inwoners vanuit de eerstelijnszorg naar het sociaal domein worden verwezen en vandaaruit passende ondersteuning krijgen, wanneer (enkel) (para)medisch aanbod geen oplossing biedt.

In de praktijk wordt veelal invulling gegeven aan de basisfunctionaliteit Sociaal Verwijzen middels de interventie Welzijn op Recept, maar ook interventies als Waar is Wally? en Welzijn op Consult zijn voorbeelden van interventies die worden ingezet om invulling te geven aan Sociaal verwijzen. De processtappen van Sociaal verwijzen, die in deze handreiking geschetst worden, zijn (groten)deels terug te vinden in deze interventies. De basisfunctionaliteit is echter breder dan alleen de interventies, waarbij het ook gaat om (samenwerkings-)afspraken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen om Sociaal verwijzen lokaal en regionaal goed te organiseren. Hierover worden afspraken gemaakt in de regionale werkagenda.

<sup>1</sup> De landelijke werkgroep sociaal verwijzen bestaat uit vertegenwoordigers van: de Gemeentelijke Gezondheidsdienst, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sociaal Werk Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland. Ineen en Landelijke Huisartsen Vereniging waren agendalid. Movisie ondersteunde de werkgroep bij het opstellen van deze handreiking.

## Het wat en waarom van sociaal verwijzen

Sociaal verwijzen is een aanpak die op een toegankelijke en laagdrempelige manier de verbinding tussen eerstelijnszorg en sociaal domein maakt. Mensen met psychosociale problemen<sup>2</sup> die bij de eerstelijnszorg aankloppen – en waarvoor (enkel) (para)medisch aanbod geen oplossing biedt – komen zo op de juiste plek terecht. En de inzet van zorg neemt af.

Veel mensen met lichamelijke en psychosociale klachten, bijvoorbeeld eenzaamheid of stress, komen bij de huisarts of andere eerstelijnsprofessional, zoals een praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige of fysiotherapeut, omdat dit een laagdrempelige en bekende plek is. Regelmatig is (para)medische zorg echter niet (alleen) de passende vervolgstap, maar zou iemand beter of aanvullend geholpen zijn met aanbod uit het sociaal domein<sup>3</sup> en/of de sociale basis.<sup>4</sup>

Psychosociale problemen kunnen tot aanhoudende lichamelijke klachten leiden, zoals hoofd-, rug- en nekpijn, buikklachten en vermoeidheid. Psychosociale problemen kunnen een sociaal-maatschappelijke oorzaak hebben, bijvoorbeeld voortkomend uit geldzorgen/schulden, werkdruk of relatieproblemen. Ook een life-event kan de oorzaak zijn, net als de gevolgen van lichamelijke achteruitgang of (chronische) ziekte of beperkingen.

Bij sociaal verwijzen werken het zorgdomein en het sociaal domein gezamenlijk aan samenhangende, tijdige en passende zorg en ondersteuning. Hiervoor moeten gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau afspraken maken, samen met aanbieders uit zorg en sociaal domein. Op regionaal en lokaal niveau maken aanbieders van zorg en ondersteuning afspraken over organisatie, implementatie en uitvoering. Binnen deze afspraken laten zij zien wat zij met sociaal verwijzen voor hun inwoners/verzekerden kunnen betekenen. Daarover communiceren zij ook naar inwoners. Onder het kopje 'organisatie en samenwerking regionaal en lokaal' staat verder uitgewerkt hoe partijen samenwerken.

Kortom: sociaal verwijzen is een aanpak waarbij een eerstelijnszorgverlener mensen met (milde) psychosociale problemen doorverwijst naar een sociaal domein professional met een brugfunctie. Deze professional met brugfunctie is het aanspreekpunt voor de eerstelijnszorgverlener en gaat in gesprek met de inwoner. Desgewenst leidt deze de inwoner toe naar aanbod in het sociaal domein en de sociale basis. Professionals uit het medische en het sociale domein werken samen om de inwoner passend te ondersteunen. Het feitelijke ondersteuningsaanbod dat de (jong)volwassene krijgt, verschilt per situatie.

- 
- 2 Psychosociale problemen hebben te maken met hoe mensen zich voelen en hoe zij met andere mensen omgaan. Het kan gaan om:
    - emotionele problemen zoals depressieve gevoelens, angst, stress, gebrek aan zingeving, gevoel van vastlopen in het leven, verlies en rouw en/of
    - sociale problemen zoals geen of weinig sociale contacten, gevoelens van eenzaamheid en/of
    - gedragsproblemen zoals agressief, teruggetrokken, onrustig of delinquent gedrag.(Bron: Op basis van definitie in [JGZ-richtlijn Psychosociale problemen | Nederlands Jeugdinstituut](#), aangevuld qua problemen).
  - 3 Onder het sociaal domein vallen alle verantwoordelijkheden die een gemeente heeft in de zorg en ondersteuning aan inwoners. Dit gebeurt op basis van de volgende wetten: Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Participatiewet, Jeugdwet, Wet gemeentelijke schuldhulpverlening, Wet publieke gezondheid en Wet inburgering. De activiteiten richten zich op welzijn, gezondheidsbevordering, sociale veiligheid, zorg en participatie. De gemeente werkt hiervoor samen met maatschappelijke organisaties. Het doel is dat inwoners zichzelf beter kunnen redden en kunnen meedoen in de samenleving. De gemeente biedt hiertoe algemene, vrij toegankelijke voorzieningen (ook wel het 'voorliggend veld' genoemd, dat deel uitmaakt van de sociale basis). Ook kunnen inwoners van hun gemeente een indicatie of beschikking ontvangen, waarmee zij toegang krijgen tot voorzieningen zoals bepaalde hulpmiddelen of vervoer.
  - 4 De sociale basis is het geheel aan (in)formele netwerken, voorzieningen en activiteiten in de leefomgeving, die mensen ondersteunen in hun dagelijks leven. De sociale basis vormt het fundament van waaruit inwoners elkaar kunnen ontmoeten, meedoen en ondersteuning vinden. Het gaat om laagdrempelige initiatieven, vaak vrijwillig en buurtgericht, die bijdragen aan welzijn en meedoen. De sociale basis kent drie sferen; de persoonlijke, gemeenschappelijke en institutionele sociale basis. Zie [De sociale basis versterken, investeren in de toekomst | Movisie/Verwey-Jonker Instituut](#).

# 1 Doel

Sociaal verwijzen biedt in de kern 'passende ondersteuning op de juiste plek' en verbindt daarvoor het medisch en sociaal domein. De doelen voor achtereenvolgens inwoners, professionals in de eerstelijnszorg en professionals in het sociaal domein zijn:

- Voor de **inwoner**: dat psychosociale problemen – en daarmee mogelijk samenhangende lichamelijke klachten – verminderen, doordat de inwoner met passende ondersteuning geholpen wordt. Daarmee verbetert het (mentale) welzijn en (sociale) veerkracht.
- Voor de **professionals in de eerstelijnszorg**: patiënten met psychosociale problemen – op basis van sociaal-maatschappelijke oorzaken – toe te leiden naar passende ondersteuning. Zo wordt de oorzaak van de klacht aangepakt. De verwachting is dat de inwoner daardoor minder snel of minder vaak zal terugkeren bij de zorgprofessional. De eerstelijnszorgverlener kan zo meer tijd besteden aan medische zorg(vragen).
- Voor de **professionals in het sociaal domein**: aansluiten bij de eerstelijnszorg, zodat inwoners worden toegeleid naar passende ondersteuning of voorzieningen. Daardoor verminderen klachten en/of zijn inwoners beter in staat tot zelfregie.

## 2 Doelgroepafbakening

De doelgroep bestaat uit (jong)volwassen inwoners, die met (milde) psychosociale problemen bij een eerstelijnszorgverlener komen.<sup>5</sup> Voor hen is (brede) vraagverheldering nodig – zeker wanneer er een stapeling aan problemen op meerdere levensgebieden speelt – om tot passende ondersteuning in het sociaal domein en/of de sociale basis te komen. Een deel van hen wist tot nu toe niet dat (een deel van) de problemen of klachten een niet-medische oorzaak hebben óf niet alleen een medische oorzaak hebben. Ook kan het zijn dat inwoners en/of eerstelijnszorgverleners geen passende ondersteuning vanuit het sociaal domein en/of de sociale basis wisten te organiseren.

---

5 In de IZA-regio kunnen gemeenten en zorgverzekeraars in hun uitvoeringsafspraken focus aanbrengen qua risicogroepen en/of gebieden.

### 3 Samenwerking: wie doet wat in de keten?

De keten bij de basisfunctionaliteit sociaal verwijzen ziet er als volgt uit:



#### Welke professionals zijn betrokken?

- De **eerstelijnszorgverlener** is degene die psychosociale problemen signaleert en inwoners doorverwijst naar de sociaal domein professional met brugfunctie. Dit gaat in ieder geval om de huisarts/praktijk-ondersteuner van de huisarts.
- Afhankelijk van de gekozen lokale/regionale aanpak en de doelgroep(en), kan ook bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, ergotherapeut of fysiotherapeut direct doorverwijzen naar de sociaal domein professional met brugfunctie. Het is aan regio's om op basis van de opgave keuzes te maken. In ieder geval wordt er gestart met de te focussen op huisartsen/praktijkondersteuners en eventueel later uit te breiden naar andere eerstelijns professionals.<sup>6</sup>
- De **sociaal domein professional met brugfunctie** (hierna kort aangeduid als **sociaal domein professional**)<sup>7</sup> is degene die de inwoner ondersteunt met gesprekken vanuit een brede blik, vraagverheldering en waar nodig toeleiding richting passend aanbod in het sociaal domein/ de sociale basis. De sociaal domein professional werkt bij een sociaal werkorganisatie of bij een gemeente, bijvoorbeeld in een sociaal wijkteam.

NB: Er zijn ook professionals in het sociaal domein en/of de sociale basis die géén brugfunctie vervullen, maar wel een rol hebben in het bieden van 'passend aanbod' (rechts in de figuur).

6 Indien gewenst kan de regio er ook voor kiezen om uit te breiden naar tweedelijnsprofessionals.

7 In de praktijk kent deze functie verschillende benamingen, bijvoorbeeld welzijnscoach of dorpsondersteuner.

# 4 Processtappen in de aanpak

In deze handreiking worden vier processtappen uitgewerkt, inclusief informatie over wie wat doet. Nadere, specifieke afspraken over het proces worden regionaal en/of lokaal gemaakt en lokaal uitgevoerd, bijvoorbeeld over de organisatie van het verwijfsproces, overlegstructuren en coördinatie (zie ook 'Organisatie en samenwerking').

## 1 Opsporen en signaleren van psychosociale problemen en verwijzing

De eerstelijnszorgverlener signaleert psychosociale problemen bij de inwoner. Bij het kopje 'interventie/tools' staan verschillende hulpmiddelen.

Een verwijzing naar de sociaal domein professional is passend als:

- De problemen niet (uitsluitend) medisch van aard zijn.
- De eerstelijnszorgverlener geen aanleiding ziet voor een verwijzing naar de ggz.
  - NB: Bij (matige) psychische klachten, die mogelijk samenhangen met problemen op andere levensgebieden, en waarbij de huisarts twijfelt of zorg binnen de ggz, ondersteuning vanuit het sociaal domein of een combinatie van beide het meest passend is bij iemands hulpvraag, wordt het Verkennend Gesprek (uit de basisfunctionaliteit Mentale Gezondheidsnetwerken) ingezet.
- De eerstelijnszorgverlener geen aanleiding ziet om zelf te wijzen op aanbod in het sociaal domein en/of de sociale basis, omdat er nog vraagverheldering door de sociaal domein professional nodig is.<sup>8</sup>
- Er bij de inwoner onvoldoende eigen regie is voor een directie verwijzing voor passend aanbod. De inwoner is niet in staat om zelfstandig de weg naar het passende aanbod voor zijn/haar vraag te vinden.

De eerstelijnszorgverlener verwijst warm door naar de sociaal domein professional. Een warme verwijzing houdt in dat de eerstelijnszorgverlener voorafgaand aan diens verwijzing, met de inwoner bespreekt welke van diens klachten of problemen niet (alleen) een medische oorzaak hebben. De verwijzer informeert de inwoner over de mogelijkheid om in gesprek te gaan met de sociaal domein professional. Na toestemming van de inwoner, deelt de eerstelijnszorgverlener de verwijzing met de sociaal domein professional en overlegt zo nodig. Afhankelijk van de afspraken kan de verwijzer direct een afspraak inplannen of introduceert de verwijzer de inwoner persoonlijk bij de sociaal domein professional om zo de drempel te verlagen.

## 2 Vraagverheldering en verbinding

Na deze doorverwijzing gaat de sociaal domein professional met brugfunctie in gesprek met de inwoner. Het gesprek tussen de sociaal domein professional en inwoner begint met vraagverheldering. De sociaal domein professional voert het gesprek vanuit een brede blik. De context van de problemen of klachten, oftewel zaken die in het leven van de inwoner spelen, kan op alle daarbij relevante leefgebieden ter sprake komen. Afhankelijk van de situatie hebben de sociaal domein professional en de inwoner één of meerdere gesprekken om de vraag te verhelderen. Indien gewenst kan de sociaal domein professional bij de inwoner op huisbezoek gaan.

Vervolgens gaan de sociaal domein professional en de inwoner samen de verbinding maken naar passende hulp of activiteiten. Op basis van de samen gemaakte keuzes wordt de inwoner toegeleid naar passend aanbod in de sociale basis of naar (maatwerk)ondersteuning vanuit het sociaal domein. Het kan ook zo zijn dat de inwoner na de gesprekken zelf verder kan met de opgedane inzichten en daarbij geen verdere ondersteuning nodig heeft.

Regionaal worden afspraken gemaakt over terugkoppeling, bijvoorbeeld dat de sociaal domein professional na het eerste contact met de inwoner terugkoppelt aan de eerstelijnszorgverlener.

---

<sup>8</sup> Bij psychosociale problematiek waarbij de hulpvraag voor de eerstelijnszorgverlener duidelijk en/of acuut is, kan deze zelf blijven verwijzen naar aanbod in de sociale basis. Denk aan schuldhulpverlening.

### 3 Activiteiten en voorzieningen

In de derde processtap maakt de inwoner gebruik van passend aanbod in de sociale basis. Afhankelijk van wat passend en beschikbaar is, gaat dit om (in)formele netwerken, voorzieningen en activiteiten in de leefomgeving, die mensen ondersteunen in hun dagelijks leven. Een andere mogelijkheid is dat de inwoner gebruik maakt van ondersteuning vanuit het sociaal (wijk)team, het team jeugd en gezin en/of ondersteuning vanuit (maatwerk)voorzieningen via de gemeente.

### 4 Evaluatie en terugkoppeling

De sociaal domein professional onderhoudt contact met de inwoner om na te gaan of deze stappen zet richting activiteiten en/of verdere ondersteuning. Wanneer blijkt dat dit (nog) niet lukt, dan gaat de sociaal domein professional opnieuw met de inwoner in gesprek en bepalen zij samen vervolgstappen.

Indien nodig of gewenst houdt de sociaal domein professional enige tijd na het laatste gesprek contact met de inwoner om de voortgang te bespreken.

De sociaal domein professional koppelt terug aan de eerstelijnszorgverlener, over waar de inwoner mee aan de slag is gegaan en koppelt bij voorkeur ook later in het proces terug over of de inwoner hiermee geholpen is. Regionaal I worden specifieke afspraken gemaakt over deze terugkoppeling.

Bovenstaande processtappen van sociaal verwijzen zijn (groten)deels terug te vinden in onder andere de interventies Welzijn op Recept, Waar is Wally? en Welzijn op Consult.

## 5 Benodigde competenties

De verwijzer vanuit de eerstelijnszorg beschikt ten behoeve van sociaal verwijzen over de volgende competenties:

- Psychosociale (en sociaal-maatschappelijke) problemen bij de inwoner kunnen signaleren en herkennen wanneer er geen of niet uitsluitend een medische oorzaak is voor problemen.
- Het onderwerp bespreekbaar kunnen maken met de inwoner en deze kunnen motiveren om in gesprek te gaan met de sociaal domein professional.

De sociaal domein professional met brugfunctie is bijvoorbeeld opgeleid als sociaal werker, maatschappelijk werker of heeft een andere passende opleiding en/of werkachtergrond en beschikt over de volgende competenties:

- Bekendheid met en een breed netwerk in de (veranderende) gemeenschappelijke en institutionele sociale basis,<sup>9</sup> dat relevant is voor het leven van inwoners. De sociaal domein professional heeft het overzicht over de formele en informele sociale kaart en heeft veel contacten in de sociale basis of kan die snel opbouwen.
- Cultuur- en diversiteitssensitief alsook stress-sensitief kunnen werken.
- Interprofessioneel kunnen werken: kent de domeinen zorg en sociaal domein, kan daartussen schakelen en deze verbinden. Heeft netwerk- en samenwerkingsvaardigheden.

---

9 Zie voor een beschrijving van de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis, p. 4-5 in [De sociale basis versterken, investeren in de toekomst | Movisie/Verwey-Jonker Instituut](#).

## 6 Gereedchapskist en aanbod

In het AZWA is afgesproken dat de regio voor de interventies/activiteiten in de basisfunctionaliteit gebruik kunnen maken van een gereedchapskist. De gereedchapskist is een dynamisch overzicht van effectieve interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Het uitgangspunt van de gereedchapskist is dat het dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten. Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen wat er al bestaat, bijvoorbeeld de al bestaande databanken met interventies die verschillende kennisinstellingen in beheer hebben. Het is **niet** nodig dat regio's met implementatie van de handreiking wachten op de gereedchapskist. ZN, VNG en VWS werken, in overleg met relevante (kennis)partijen, de komende periode de gereedchapskist verder uit voor punten als: governancevraagstukken, gebruik van de interventies in de gereedchapskist door de regio's, criteria voor interventies, toegang tot de gereedchapskist en eigenaarschap. In een volgende versie van deze handreiking zal op deze plek worden verwezen naar de gereedchapskist.

### Aanbod activiteiten & voorzieningen

Zoals gezegd leidt de sociaal domein professional de inwoner toe naar ondersteuning in het sociaal domein en/of de sociale basis. De sociaal domein professional kan inwoners toeleiden naar voorzieningen zoals inloopvoorzieningen sociaal en gezond of lokale/sociale (wijk)teams (die met de eerstelijnszorg samenwerken in hechte wijkverbanden) of naar burgerinitiatieven en activiteiten in de leefomgeving. De sociaal domein professional kan verder bijvoorbeeld toeleiden naar culturele activiteiten, activiteiten in de natuur en sport- en beweegactiviteiten, of ondersteuning bieden bij geldzorgen of beginnende schulden. Een actuele sociale kaart van de basisvoorzieningen kan een belangrijk hulpmiddel bij het toeleiden zijn: die helpt professionals en inwoners een weg te vinden in de basisinfrastructuur van het sociaal domein en de sociale basis.

### 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 van inloopvoorzieningen en professionals aangegeven wat er nodig is in 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.

# 7 Organisatie en samenwerking

Hieronder volgt eerst een toelichting op de te maken regionale afspraken over organisatie en samenwerking, daarna op de te maken lokale afspraken.

## Regionale afspraken

In de werkagenda beschrijven de regio's hoe de doelgroep en opgave eruitziet, welk aanbod er in een regio nodig is, en hoe zij in de periode tot 2030 komen tot een regionaal dekkend aanbod van sociaal verwijzen. Regio's, gemeenten en Regionale Huisartsen Organisaties (RHO's) kunnen voortbouwen op afspraken die eerder zijn al gemaakt.

De gemandateerde gemeente en preferente zorgverzekeraar zorgen er – als financiers - voor dat alle onderdelen van de aanpak voldoende beschikbaar zijn en dat er onderlinge samenhang met de andere basisfunctionaliteiten en samenwerking is:

### **A. De gemandateerde gemeente en preferente zorgverzekeraar beschrijven in de regionale werkagenda voor basisfunctionaliteiten de gezamenlijke opgave, waarbij zij (ten minste) verantwoordelijk zijn voor:**

- Het inrichten van een Regionale Preventie Infrastructuur (zie de oplegger bij de handreikingen). Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierin een sturende rol en de GGD heeft hierin de coördinerende rol.
- Een gedeelde visie op de maatschappelijke opgave en de basisfunctionaliteit sociaal verwijzen, die zij met professionals uit de eerste lijn en het sociaal domein opstellen.
- De afweging of een nadere afbakening van doelgroep(en) en/of het benoemen van focusgebieden gewenst is. Zo ja, dan worden deze benoemd.
- Monitoring en evaluatie op regioniveau.
- De invulling van een regionaal dekkend aanbod van sociaal verwijzen, waarbij de onderstaande informatie over landelijke streefwaarden gehanteerd worden:
  - Beschikbaarheid bij de huisarts/eerstelijnszorgverleners voor het signaleren en verwijzen waarin psychosociale problemen gesignaleerd kunnen worden (op basis van gemiddeld 60 verwijzingen per 10.000 inwoners per jaar).
  - Brugfunctie, uitgevoerd door een sociaal domein professional, die de inwoner door brede vraagverheldering naar passende ondersteuning toeleidt en een periode contact houdt tot de inwoner diens weg gevonden heeft (0,2 tot 0,5 fte per 10.000 inwoners), afhankelijk van de populatie.

Belangrijke inhoudelijke aandachtspunten voor regionaal dekkend aanbod zijn: 1) de opgave in kaart brengen met betrekking tot de doelgroep 'inwoners met (milde) psychosociale problemen' en vaststellen waar deze populatie zich bevindt in wijken en dorpen, en 2) de samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken borgen: mentale gezondheidsnetwerken (inclusief verkennend gesprek), ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen.

### **B. De preferente zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor:**

- Het op verschillende manieren maken van afspraken met eerstelijnszorgverleners over , uitvoering van sociaal verwijzen (via contracten met aanbieders) en (te zijner tijd) mogelijk vanuit het regionale eerstelijns samenwerkingsverband (RESV) over organisatie, coördinatie en implementatie.
- Inzet en beschikbaarheid van huisartsen/POH's.

### **C. De gemandateerde gemeente is verantwoordelijk voor:**

- Afstemming met de overige gemeenten in de IZA-regio.
- Inzet en beschikbaarheid van sociaal domein professionals met brugfunctie, in samenspraak met de overige gemeenten in de IZA-regio.

Aanbieders van zorg en aanbieders van ondersteuning maken afspraken over de organisatie, samenwerking en implementatie in de regio:

**A. Aanbieders van zorg en ondersteuning zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor:**

- Opleidingsmogelijkheden faciliteren voor eerstelijnszorgverleners en sociaal domein professionals met brugfunctie.
- De verwijspprocedure (wie doet wat, op welke termijn, welke informatie, via welke systemen) tussen eerstelijnszorgverlener en sociaal domein professional.
- Regionale afspraken over het gebruik van één verwijssysteem en wijze van terugkoppeling van informatie aan de verwijzer.
- Samenwerkingsafspraken.

**B. Aanbieders van eerstelijnszorg zijn verantwoordelijk voor:**

- Voldoende tijd om in gesprek te gaan met de inwoner en door te verwijzen.

**C. Aanbieders van sociaal werk en gemeenten zijn verantwoordelijk voor:**

- Aanbod in het sociaal domein waarnaar kan worden doorverwezen door de sociaal domein professionals.

**Lokale afspraken**

**A. Gemeente en eerstelijnszorgaanbieders (op termijn samenwerkend in 'hechte wijkverbanden') zijn samen (ten minste) verantwoordelijk voor:**

- De organisatie en coördinatie van de aanpak, het volgen van de voortgang en bijsturing waar nodig. Dat kan bijvoorbeeld via een kernteam met vertegenwoordiging uit zorg, sociaal werk en gemeente.
- De organisatie van een leerstructuur, bijvoorbeeld via casuïstiekbespreking en intervisies tussen eerstelijnszorgverleners en sociaal domein professionals. Ook het periodiek evalueren met inwoners van de aanpak en het aanbod valt hieronder. De leerstructuur kan onderdeel uitmaken van de samenwerkingsvorm bij het eerste punt.
- Afspraken over de fysieke locatie waar de sociaal domein professional met brugfunctie werkt: zo mogelijk in de nabijheid van eerstelijnsprofessionals.

**B. De gemeente is verantwoordelijk voor:**

- Afspraken met de organisaties van sociaal domein professionals met brugfunctie over uitvoering en financiering van sociaal verwijzen.
- Inzet en beschikbaarheid volgens afspraak in de werkagenda van sociaal domein professionals met brugfunctie.
- Voldoende lokaal aanbod vanuit het sociaal domein/de sociale basis waarnaar kan worden doorverwezen door de sociaal domein professional.

## 8 Financiering

Gemeenten en zorgverzekeraars bepalen aan de hand van de regionale opgaven en doelgroepen, en de afspraken die zij maken in de werkagenda onder het IZA-regioplan, hoe zij de beschikbare middelen besteden aan sociaal verwijzen en andere basisfunctionaliteiten. Dit leggen zij vast in de werkagenda.

Gemeenten kunnen de inzet van de sociaal domein professionals financieren vanuit gelden uit de SPUK IZA/AZWA en/of uit het reguliere Wmo-budget. Dit geldt ook voor het structureel aanbod in de sociale basis en coördinatie van de basisfunctionaliteit.

Zorgverzekeraars financieren de inzet van eerstelijnszorgverleners en coördinatie vanuit de Zvw. Als er activiteiten rond implementatie van sociaal verwijzen voor huisartsen/POH al worden bekostigd vanuit 'Meer tijd voor de Patiënt' dan kan dit worden voortgezet en desgewenst worden uitgebreid. Als er voor huisartsen/POH al (financierings-)afspraken rond sociaal verwijzen zijn gemaakt door gemeenten en RHO's (bijvoorbeeld via 'meer tijd voor de patiënt') kan hier ook op worden voortgebouwd. Dergelijke afspraken over organisatie, coördinatie en implementatie zijn te zijner tijd ook mogelijk vanuit Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden.

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 2026 vindt er besluitvorming plaats over de financieringsvorm. Dit zal in een volgende versie van de handreiking worden toegevoegd.

## 9 Datastandaardisatie (registratie, gegevensuitwisseling & monitoring)

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 het eenmalig 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 gereed eind 2026 - afhankelijk per basisfunctionaliteit - 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 er kunnen worden vastgelegd door de verschillende betrokkenen.
- **Eenheid van taal:** het gebruik van definities en terminologie over de domeinen heen, zodat men van elkaar begrijpt wat er bedoeld wordt.
- Eventueel aanvullingen m.b.t. het juridisch kader en beveiliging & privacy.

### Landelijke monitoring

Landelijk worden de afspraken uit het GALA, IZA en (vanaf 2027) AZWA gevolgd met diverse monitors. Met ingang van 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 beschreven in de vorige alinea.

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 | RIVM](#)
- [Monitor doelgroepen IZA | Regiobeeld](#)

# 10 Kennisdeling

Er is op veel plekken in het land al ervaring opgedaan met het verwijzen van het medische naar het sociale domein. Dit gebeurt met name via de interventie Welzijn op Recept, die vanuit het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) in veel gemeenten is ingezet. Met daarbij behorende trainingen voor sociaal werk en eerstelijnszorgverleners. Voor eerstelijnszorgverleners zijn er daarnaast ook trainingsmogelijkheden zoals voor het 'goede gesprek', bijvoorbeeld op basis van positieve gezondheid. Bruikbare tools: [Spinnenweb](#), [Positieve Gezondheid](#), [Het 4D model](#), [Instrument Wat Telt](#) en [In gesprek met de patiënt: waar wil ik het over hebben?](#)<sup>10</sup> Ook gesprekstechnieken als Motiverende gespreksvoering en het inzetten van Oplossingsgericht werken kunnen bruikbaar zijn.

Bij de implementatie van de basisfunctionaliteit sociaal verwijzen zijn deze partijen te raadplegen:

- Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD): voor kennis, data en advies over de lokale en regionale gezondheidssituatie en gezondheidsbevordering.
- Movisie: voor kennis over versterking van de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis, toegang en ondersteuning vanuit het sociaal domein, vakmanschap van sociaal werkers.
- Pharos: voor expertise over het terugdringen van gezondheidsverschillen, het bereiken van inwoners in een kwetsbare situatie en persoonsgericht werken met brede gespreksvoering.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): voor kennis uit (actie)onderzoek naar implementatie, en voor data in monitors.
- Aanbod activiteiten en voorzieningen: Landelijk Kenniscentrum Cultuureducatie en Amateurkunst voor verbinding met cultuur en/of cultuurcoaches; Kenniscentrum Sport en Bewegen voor verbinding met bewegen en/of sport en de beweegvriendelijke openbare ruimte, Vereniging Sport en Gemeenten voor verbinding met de inzet van buurtsportcoaches en met maatschappelijk (beweeg- en/of sport-)vastgoed.

Ook voorzien leernetwerken en intervisie in de behoefte om ervaringen tussen praktijken uit te wisselen.

---

<sup>10</sup> Dit instrument is geschikt voor mensen die moeite hebben met lezen en schrijven, minder digitaal vaardig zijn of de Nederlandse taal minder machtig zijn.

# 11 Regionale en lokale uitwerking

Deze landelijke handreiking geeft richting ten aanzien van wie, wat en hoe. Maar de basisfunctionaliteit sociaal verwijzen moet regionaal en lokaal verder worden ingevuld en ingebed, passend bij en voortbouwend op de bestaande infrastructuur. Gemeenten, zorgverzekeraars, GGD, aanbieders van (eerstelijns)zorg en sociaal werk en bij voorkeur ook inwoner/cliëntvertegenwoordigers gaan hierover in gesprek. Onderstaande vragen geven de regio richting bij dat proces:

## Inhoudelijke regionale uitwerking

- Hoe past deze basisfunctionaliteit bij de gezondheidsdoelen van de regio?
- Gezien de gezondheidsdoelen, welke doelgroep-focus wil de regio leggen binnen deze basisfunctionaliteit? Wat verwacht de regio dat inwoners zelf doen?
- Gezien de doelgroep-focus: 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 kunnen inwoners participeren in de besluitvorming?

## Lokale/regionale aansluiting op medisch en sociaal domein

- Sluit de basisfunctionaliteit voldoende aan op de bestaande infrastructuur in het medisch en het sociaal domein? Is extra inzet vereist en hoe valt deze te organiseren, gelet op de rollen en verantwoordelijkheden?
- Hoe sluit de basisfunctionaliteit aan op wat inwoners al organiseren?

## Stappenplan voor het starten met, of opschalen/optimaliseren van, de basisfunctionaliteit

- Stappen om de samenwerking vorm te geven bij implementatie.
- Stappen om de aanpak te optimaliseren.

**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](https://zorgakkoorden.nl/azwa).

Mei 2026