gemeente Krimpenerwaard

RAADSINFORMATIEBRIEF

VAN HET COLLEGE VAN B&W	
VOOR	De gemeenteraad
CC	Adviesraad Sociaal domein
DATUM	17 november 2026
ONDERWERP	Werkagenda Aanvullend Zorg en Welzijns Akkoord (AZWA) 2027-2029

Beste meneer, mevrouw,

Aanleiding
Met het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)[1] zijn landelijke afspraken gemaakt om gezondheid en preventie te bevorderen, gezondheidsverschillen te verkleinen, de zorg toegankelijk en toekomstbestendig te houden en de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein te versterken. Vanuit GALA en IZA hebben gemeenten en regionale partners de afgelopen jaren gewerkt aan preventie, een gezonde leefstijl en samenhangende ondersteuning.

Waar het IZA en GALA een belangrijke basis hebben gelegd voor de regionale en lokale samenwerking en de inzet op preventie, biedt het AZWA een vervolg om de samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein verder te verster[1] en de daarvoor benodigde basisfunctionaliteiten verder te ontwikkelen. Basisfunctionaliteiten zijn de essentiële voorzieningen, afspraken en werkwijzen die nodig zijn om inwoners tijdig passende ondersteuning, preventie en zorg te bieden.

De AZWA basisfunctionaliteiten bestaan uit het versterken van de vijf al bestaande ketenaanpakken (Kansrijke Start, Kinderen naar Gezonder Gewicht, Valpreventie, Welzijn op Recept (in AZWA Sociaal Verwijzen) en de Gecombineerde Leefstijlinterventies). Daarbij zijn nieuwe basisfunctionaliteiten geformuleerd; Laagdrempelige Steunpunten, Mentale Gezondheidsnetwerken, Integrale Gezinspoli, Rookvrije Start, Dementie, Nu Niet Zwanger en de Rookvrije Wijkaanpak.

Voor de bovengenoemde basisfunctionaliteiten wordt zoveel mogelijk voortgebouwd op bestaande structuren en al bestaande activiteiten. De vijf gemeenten in Midden-Holland hebben hiervoor gezamenlijk de regionale Werkagenda AZWA 2027-2029 Midden-Holland opgesteld. De werkagenda beschrijft de gezamenlijke ambities en voorgenomen activiteiten voor de AZWA-basisfunctionaliteiten. Het doel is om te komen tot een regiodekkend aanbod van basisfunctionaliteiten, zodat de benodigde ondersteuning en voorzieningen in de hele regio beschikbaar zijn en alle inwoners hierop kunnen rekenen, ongeacht in welke gemeente zij wonen. Hiermee wordt gewerkt aan een samenhangend en toegankelijk aanbod, waarin regionale samenwerking bijdraagt aan een gelijkwaardige beschikbaarheid van ondersteuning voor inwoners.

Uw college en VGZ hebben de werkagenda AZWA 2027-2029 goedgekeurd. Het college heeft ook ingestemd met het regionale bestedingsvoorstel voor 2027 en kennisgenomen van het lokale bestedingsvoorstel voor 2027. Daarbij is GR JW aangewezen als coördinerende organisatie voor de uitvoering van de werkagenda.

Met deze brief informeren wij u over de inhoud van de werkagenda, de financiële uitgangspunten en het vervolg van de regionale samenwerking.

[1] https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord/versterking-samenwerking-medisch-sociaal/

gemeente Krimpenerwaard Postbus 20 2860 AA Bergambacht
www.krimpenerwaard.nl

Inhoud van de werkagenda
Het AZWA vraagt de komende jaren om een stevige ontwikkelopgave, maar vormt zeker geen volledig nieuwe agenda voor gemeenten en partners. Veel van de beoogde basisfunctionaliteiten, samenwerkingsstructuren en voorzieningen zijn in onze regio en ook lokaal al aanwezig. De werkagenda richt zich op de beweging van zorg naar gezondheid, preventie en welzijn. Door eerder signalen op te vangen, ondersteuning toegankelijker te maken en professionals vanuit zorg- en sociaal domein te laten samenwerken, willen de regionale partners voorkomen dat problemen verergeren en inwoners onnodig in zwaardere zorg terechtkomen. Dit sluit naadloos aan op ons lokaal beleid. De opgave ligt niet alleen in het opbouwen van nieuw aanbod, maar vooral in het versterken van wat er al is, het slimmer verbinden van bestaande initiatieven en het bevorderen van een meer integrale werkwijze.

De werkagenda omvat vier inhoudelijke leefgebieden. Binnen ieder leefgebied zijn een aantal basisfunctionaliteiten opgenomen:
- **Mentale gezondheid:** het verbeteren van de toegang tot passende ondersteuning, onder meer door laagdrempelige steunpunten, sociaal verwijzen en de ontwikkeling van mentale gezondheidsnetwerken.
- **Kansrijk opgroeien:** het versterken van de ondersteuning aan (aanstaande) ouders en gezinnen, onder meer via Kansrijke Start, Nu Niet Zwanger, de Integrale Gezinspoli en Rookvrije Start. Ook de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht maakt hiervan onderdeel uit.
- **Leefstijl:** het bevorderen van een gezonde leefstijl en het versterken van de ondersteuning bij overgewicht en obesitas bij volwassenen.
- **Vitaal ouder worden:** het bevorderen van gezond en zelfstandig ouder worden, onder meer door valpreventie en de ketenaanpak dementie.

De leefgebieden hangen onderling nauw samen. De regionale aanpak is daarom gericht op meer samenhang tussen de verschillende vormen van ondersteuning en zorg en minder als losse ketens.

Regionale samenwerking en lokale verantwoordelijkheid
De werkagenda is opgesteld met de vijf gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders, de GGD en andere regionale partners uit de regio Midden-Holland. De regionale samenwerking wordt ingezet waar dit meerwaarde biedt en de uitvoering blijft lokaal georganiseerd waar dat passend is.

GR JW is aangewezen als coördinerende organisatie voor de uitvoering van de werkagenda. Daarmee wordt aangesloten bij de bestaande regionale samenwerking en de coördinerende rol die GR JW al vervult binnen het IZA. Daarnaast is het DB van GR JW aangewezen om namens het college de bijbehorende uitvoeringsagenda's en regionale bestedingsvoorstellen na 2027 vast te stellen, binnen de afgesproken regionale kaders.

De werkagenda beschrijft de inhoudelijke ambities en activiteiten op hoofdlijnen. Voor verschillende onderdelen zijn daarom nog nadere afspraken en uitwerkingen nodig. De verdere uitwerking vindt – waar nodig – plaats via uitvoeringsagenda's. Daarnaast worden de samenwerking, verantwoordelijkheden en governance in Q1 2027 nader vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst tussen de vijf gemeenten en GR JW.

Financiering en financiële uitgangspunten
De SPUK AZWA bundelt de financiële middelen die voorheen beschikbaar waren via het IZA en GALA. De inhoudelijke beweging richting preventie en samenwerking wordt daarmee voortgezet. Het betekent echter niet dat alle bestaande activiteiten automatisch kunnen doorgaan. De middelen zijn begrensd en moeten passen binnen de doelen, financiën en voorwaarden van de SPUK AZWA.

De SPUK AZWA bestaat uit een regionaal en een lokaal budget. Voor 2027 bedraagt het regionale budget voor de regio Midden-Holland € 2.557.299. Dit budget wordt ontvangen door de gemeente Gouda als mandaatgemeente en is bestemd voor regionale activiteiten en ondersteunende taken. Door middel van een uitvoeringsovereenkomst zal de gemeente Gouda de middelen overhevelen naar GR JW. Dit sluit aan bij de vastgestelde GR JW begroting 2027. Het lokale budget voor de vijf gemeenten gezamenlijk bedraagt € 3.034.131. Iedere gemeente zet haar eigen deel in binnen de eigen gemeentelijke context. Deze middelen worden niet overgedragen aan GR JW.

Lokaal	2027	2028	2029
Bodegraven - Reeuwijk	€ 407.801,00	€ 490.968,00	€ 567.193,00
Gouda	€ 962.135,00	€ 1.158.355,00	€ 1.338.194,00
Krimpenerwaard	€ 737.579,00	€ 888.003,00	€ 1.025.828,00
Waddinxveen	€ 394.108,00	€ 474.484,00	€ 548.149,00
Zuidplas	€ 532.508,00	€ 641.109,00	€ 740.643,00
	€ 3.034.131,00	€ 3.652.919,00	€ 4.220.007,00

	2027	2028	2029
Regionaal	€ 2.557.299,00	€ 3.097.759,00	€ 2.227.750,00

Het regionale bestedingsvoorstel voor 2027 koppelt de beschikbare middelen aan de beoogde regionale activiteiten. Het lokale bestedingsvoorstel geeft inzicht in de voorgenomen inzet van het budget van onze gemeente waarin voornamelijk activiteiten zijn opgenomen die voorheen werden bekostigd vanuit de Brede SPUK (GALA) en passen bij het AZWA. De lokale besteding blijft de verantwoordelijkheid van de gemeente zelf. Daarbij is ruimte om gedurende het jaar keuzes aan te passen aan de lokale situatie, mits deze passen binnen de doelstellingen en voorwaarden van het AZWA.

De SPUK AZWA is breder inzetbaar dan alleen de activiteiten uit deze werkagenda: ook de basisinfrastructuur (o.a. inloopvoorzieningen, hechte wijkverbanden) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderen (logeer- en respijtzorg en gelijkgerichte mantelzorgondersteuning) maken deel uit van de financiële opgave, maar zijn geen onderdeel van de werkagenda. Per activiteit wordt beoordeeld welke financieringsbron passend is waarbij dubbele financiering wordt voorkomen.

Op dit moment is alleen het regionale en het lokale bestedingsvoorstel voor 2027 uitgewerkt. De bestedingsvoorstellen voor 2028 en 2029 moeten nog worden opgesteld. Daarbij worden de beschikbare middelen en de inhoudelijke prioriteiten in samenhang afgewogen. Ook wordt een afwegingskader opgesteld om te bepalen welke activiteiten binnen de beschikbare financiële ruimte prioriteit krijgen en welke activiteiten eventueel structureel kunnen worden voortgezet. De beschikbare regionale middelen nemen in 2029 af ten opzichte van 2027 en 2028. Dit komt doordat in 2027 en 2028 een aanvullende financiële impuls beschikbaar is. De financiële ruimte vraagt daarom om tijdige keuzes over de voortzetting en financiering van activiteiten.

De werkagenda vormt een inhoudelijk kader voor de periode 2027-2029, maar leidt niet tot een onvoorwaardelijke financiële verplichting voor de volledige periode. De daadwerkelijke uitvoering is afhankelijk van de beschikbare middelen en de nadere financiële besluitvorming.

Vervolg
De werkagenda AZWA Midden-Holland 2027-2029 wordt namens de regio door de gemeente Gouda als mandaatgemeente aangeleverd bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De door de colleges goedgekeurde werkagenda vormt de basis voor de verstrekking van de regionale en lokale SPUK AZWA.

GR JW coördineert de verdere uitvoering van de werkagenda. Waar nodig worden uitvoeringsagenda's opgesteld en worden afspraken over verantwoordelijkheden, samenwerking en financiering nader uitgewerkt. De samenwerkingsovereenkomst tussen de vijf gemeenten en GR JW moet de regionale governance en de bijbehorende afspraken verder vastleggen.

Begin 2027 wordt gestart met de verdere financiële uitwerking voor 2028 en 2029. Ook wordt in het eerste kwartaal van 2027 een afwegingskader voorgelegd aan het DB van GR JW voor de beoordeling van de resterende middelen binnen het regionale bestedingsvoorstel voor 2027. De lokale uitvoering en de inzet van de lokale middelen worden binnen de eigen gemeentelijke context georganiseerd.

Tot slot
Met de werkagenda AZWA Midden-Holland 2027-2029 zetten de vijf gemeenten in Midden-Holland een volgende stap in de samenwerking tussen zorg en sociaal domein. De gezamenlijke koers bouwt voort op IZA en GALA en moet bijdragen aan toegankelijke ondersteuning, meer preventie en betere samenhang tussen zorg en welzijn. Bij de uitvoering van de werkagenda AZWA zijn de kaders leidend zoals eerder door uw raad vastgesteld: de regiovisie "Samen scherper aan de wind", inclusief de raadsbesluiten over het inkoopkader en de GR JW, en het (lokaal) integraal beleidskader sociaal domein en addendum 2026-2031.

De komende periode staat in het teken van de verdere uitwerking en uitvoering, binnen de beschikbare financiële middelen en met behoud van de lokale en regionale verantwoordelijkheden. In het eerste halfjaar van 2027 wordt u door middel van een raadsinformatiebrief geïnformeerd over de verdere uitwerking en uitvoering van de werkagenda AZWA Midden-Holland 2027-2029 en de regionale ontwikkelingen. Daarnaast vindt er in mei 2027 een raadsinformatieavond plaats over dit onderwerp.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Bijlagen:
1. Werkagenda Aanvullend Zorg en Welzijns Akkoord (AZWA) 2027-2029

Met vriendelijke groet,
burgemeester en wethouders van
Krimpenerwaard,

de secretaris,	de burgemeester,
J. Hennip	ir. J. Beenakker

WERKAGENDA AZWA D5

Samenwerking zorg en sociaal domein voor D5 AZWA

Gemeenschappelijke Regeling
Jeugd en Wmo Midden-Holland

Burgermeester Jamesplein 1
2803 PG Gouda

www.grjw.nl
contact@grjw.nl

IBAN NL80 BNGH 0285 1899 72
KvK 96002190

Inhoud

1. Inleiding 3

2. Regionale preventie-infrastructuur 5

3. Mentale gezondheid 9
3a. Laagdrempelige steunpunten 11
3b. Sociaal verwijzen 16
3c. Mentaal Gezondheidsnetwerk 20

4. Kansrijk opgroeien 22
4a. Kansrijke start 24
4b. Nu Niet Zwanger (onderdeel van Kansrijke start) 31
4c. Integrale gezinspoli (onderdeel van Kansrijke start) 36
4d. Rookvrije start (onderdeel van Kansrijke start) 45
4e. Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen 50

5. Leefstijl 56
5a. Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen 58

6. Vitaal ouder worden/ouderen 63
6a. Valpreventie 66
6b. Ketenaanpak dementie (incl. preventie) 69

Bijlage 1: kerngetallen Kansrijke Start 72

1. Inleiding

De afgelopen jaren hebben we in Midden-Holland een sterke basis gelegd voor regionale samenwerking. Partijen weten elkaar te vinden, bouwen op onderling vertrouwen en werken vanuit een gedeelde ambitie aan gezond leven door inwoners en goede ondersteuning en zorg. Deze werkagenda AZWA biedt kansen en vormt ook maar een beperkt deel van wat we gezamenlijk willen oppakken. Het is een breed en diepgevoelde wens verder te werken aan wat in Midden-Holland is opgebouwd, en manieren uit te breiden om samen betekenisvol het verschil te maken voor inwoners.

Een belangrijk onderdeel van het AZWA is het versterken van de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein. Iedere regio en gemeente geeft hieraan invulling via basisfunctionaliteiten (D5) en een basisinfrastructuur ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten (D6). Om deze basisfunctionaliteiten (D5) uit te werken wordt in Midden-Holland een regionale werkagenda opgesteld. De werkagenda beschrijft de inhoudelijke ambities en voorgenomen activiteiten voor de basisfunctionaliteiten die onder D5 vallen. D6 maakt geen onderdeel uit van het format van de werkagenda.

De mandaatgemeente, gemeente Gouda, en de preferente zorgverzekeraar voeren als financiers en regisseurs de regie op de totstandkoming van de werkagenda. De werkagenda is opgesteld in samenspraak met gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders, GGD en andere regionale partners. Binnen Midden-Holland coördineert GR JW dit proces namens de vijf gemeenten.

Relatie tussen de werkagenda en het bestedingsvoorstel
Het is belangrijk om ons met elkaar bewust te zijn van twee samenhangende trajecten.

Traject 1: Werkagenda AZWA D5
De werkagenda beschrijft de inhoudelijke doelen en activiteiten die onder D5 vallen. De werkagenda is vooral op hoofdlijnen beschreven en zal voor de diverse onderdelen nog een vertaalslag vragen binnen een uitvoeringsagenda. Het proces om te komen tot een uitvoeringsagenda kan per basisfunctionaliteit verschillen en zal dan ook worden uitgewerkt binnen de bestaande overlegstructuren indien dit nodig is.

Traject 2: Bestedingsvoorstel en inzet regionale AZWA-middelen
Parallel aan de werkagenda hebben de gemeenten onder regie van GR JW het bestedingsvoorstel 2027 opgesteld. Dit bestedingsvoorstel is breder dan alleen de activiteiten uit de Werkagenda D5. Gemeenten ontvangen namelijk middelen voor de uitvoering van D5, D6 en het Hoofdlijnenakkoord Ouderen.

De AZWA middelen worden enerzijds regionaal ontvangen door de mandaatgemeente Gouda en anderzijds ontvangen de vijf gemeenten individueel ook een deel van de middelen. Voor 2027 gaat het om een regionaal bedrag van 2,5 miljoen en de vijf individuele gemeenten ontvangen een totaalbedrag van 3 miljoen. Voor beide bedragen geldt dat dit geen extra middelen zijn, de regionale middelen zijn de opvolger van de SPUK IZA en de middelen die de vijf gemeenten ontvangen zijn de opvolger van SPUK GALA (Brede SPUK regeling). De SPUK AZWA is geen vervolg op de SPUK IZA Transformatiemiddelen.

GR JW heeft in samenwerking met de vijf gemeenten geïnventariseerd welke activiteiten vanuit de SPUK IZA en SPUK GALA minimaal zouden moeten landen in de SPUK AZWA, hierbij uiteraard rekening houdend met de omschreven opdracht voor gemeenten om te komen tot een regionaal

dekkend aanbod van de basisfunctionaliteiten. Binnen het financiële spoor moet ook worden gekeken naar regionale samenwerking, coördinatie, infrastructuur en monitoring.

Gedurende het proces, waarbij in eerste instantie werd toegewerkt naar een bestedingsvoorstel voor 2027, 2028 en 2029, is besloten op dit moment alleen toe te werken naar een bestedingsvoorstel voor 2027. In Q1 2027 zal worden gestart met het opstellen van het bestedingsvoorstel 2028.

Afwegingskader voor het bestedingsvoorstel 2028
Met het aflopen van de Transformatieplan periode zal ook kritisch moeten worden gekeken naar de eventuele activiteiten uit het Transformatieplan en voor welke activiteiten het wenselijk is om structureel in te zetten. Niet alle activiteiten kunnen immers vanuit de AZWA middelen worden gefinancierd. Om de resterende middelen vanaf 2028 goed in te zetten zal een afwegingskader worden opgesteld om met elkaar te bespreken welke activiteiten bekostigd kunnen worden uit het minimale beschikbare budget. Dit proces zal vanaf Q4 2026 worden opgestart. GR JW zal vanuit haar regierol in afstemming met VGZ een werkproces organiseren met gemeenten en Gedeelde Zorg om te komen tot een afwegingskader. Met hierin wel in ogenschouw genomen dat besluitvorming over het bestedingsvoorstel altijd een besluit is van het college van wethouders en burgemeester van de vijf gemeenten of aan GR JW indien zij gemandateerd worden een dergelijk besluit te nemen in het DB.

Voorbehoud behorend bij de Werkagenda AZWA 2027 – 2029
Bestedingsvoorstel
De Werkagenda AZWA 2027 – 2029 is een inhoudelijk leidraad en kan alleen volledig worden uitgevoerd als er voldoende beschikbare middelen zijn. Dit kan zijn vanuit de SPUK AZWA maar ook vanuit VGZ voor het zorgverzekerde deel, of het algemene bestedingsvoorstel van gemeenten en organisaties. De Werkagenda is op dit moment zo opgesteld dat de gestelde ambities overeenkomen met het bestedingsvoorstel 2027.

Ontwikkelagenda 1
De drie onderdelen uit de ontwikkelagenda 1, rookvrije start, rookvrije wijkaanpak en dementie zijn uitgewerkt in de werkagenda. Rookvrije start zal worden toegevoegd als interventie aan kansrijke start en behoeft wellicht nog nadere uitwerking in een uitvoeringsagenda. De rookvrije wijkaanpak is een nieuwe basisfunctionaliteit en tijdens het opstellen van de werkagenda is besloten om een onderzoek uit te voeren naar deze basisfunctionaliteit. Hierdoor zal op een later moment een uitvoeringsagenda worden opgesteld om de exacte uitwerking van de rookvrije wijkaanpak te beschrijven. Het onderdeel dementie is voor veel gemeenten geen nieuwe ketenaanpak. Met de werkagenda sluiten wij dan ook zoveel mogelijk aan bij bestaande interventies vanuit gemeenten en de netwerk dementie.

Nieuwe basisfunctionaliteiten
Naast de hierboven genoemde basisfunctionaliteiten zijn de Integrale Gezinspoli en Laagdrempelige Steunpunten nieuwe basisfunctionaliteiten. De Integrale Gezinspoli is volledig nieuw en is in de werkagenda op ambitieniveau beschreven welke richting we op willen binnen de regio Midden-Holland. Voor dit onderdeel dient nog uitwerking plaats te vinden in een uitvoeringsagenda en daarbij een passend bestedingsvoorstel.
Laagdrempelige Steunpunten zijn als basisfunctionaliteit nieuw, maar op basis van de eerste inventarisatie is gebleken dat diverse bestaande activiteiten gedefinieerd kunnen worden als Laagdrempelig Steunpunt. Met hierbij wel de kanttekening dat dit alleen op hoofdlijnen is geconstateerd. In de komende jaren zal tevens door middel van een uitvoeringsagenda de ambitie uit de werkagenda worden geconcretiseerd.

Kind naar Gezonder Gewicht
Voor de basisfunctionaliteit Kind naar Gezonder Gewicht worden op dit moment gesprekken gevoerd met de GGD over de inzet van de Centrale Zorgverlener en de bekostiging van de inzet. In de werkagenda is de ambitie uitgewerkt maar dit zou nog aangepast kunnen worden op het moment dat er andere bestuurlijke keuzes worden gemaakt.

2. Regionale preventie-infrastructuur

Onderdelen RPI	Uitwerking
Toelichting op RPI: Omschrijf beknopt hoe de regionale preventie-infrastructuur in jullie regio is georganiseerd (een visuele toelichting, bijvoorbeeld in de vorm van een afbeelding, volstaat ook).	Regionale samenwerking is wenselijk om inwoners tijdig, samenhangend en dichtbij te ondersteunen. Het is van belang dat gemeenten, zorgverzekeraar, huisartsen, welzijns- en zorgpartners en de GGD vanuit een gezamenlijke regionale agenda werken aan stevige gemeenschappen, passende ondersteuning en zorg en een faciliterende regionale infrastructuur. De regionale preventie-infrastructuur wordt verankerd onder regie van GR JW (namens mandaatgemeente Gouda en de overige vier gemeenten Bodegraven-Reeuwijk, Krimpenerwaard, Waddinxveen en Zuidplas) en de preferente zorgverzekeraar VGZ. De GR JW heeft van de vijf gemeenten de opdracht gekregen om de totstandkoming van de werkagenda AZWA te coördineren. Met de inrichting van de Regionale Preventie-Infrastructuur in het kader van de AZWA werkagenda bouwen we in Midden-Holland voort op de structuur zoals deze in de regio deels al was ingericht in het kader van het regionale transformatieplan. Het ligt voor de hand dat deze RPI de komende jaren waar nodig op basis van aanvullende afspraken doorontwikkeld of aangepast gaat worden. Over de precieze rol van en opdracht aan de GR JW als coördinerend en regie-voerend orgaan (onder opdrachtgeverschap van het DB van de GR JW enerzijds en VGZ anderzijds) zal in het eerste kwartaal van 2027 een besluit genomen worden. De regionale zorg en welzijnspartners zijn grotendeels georganiseerd in de vereniging Gedeelde Zorg. Als bestuurlijk overleg gaan deze partners in het kader van de werkagenda AZWA D5 en D6 een advies- en afstemmingsorgaan (als IZA-tafel) zijn voor directie en programmamanager IZA/ AZWA van GR JW en daarmee voor de gemeenten. Voor het goed functioneren van de regionale preventie-infrastructuur is het van belang dat GGD en huisartsen hierin goed vertegenwoordigd zijn en dat er een goede verbinding is met het regionaal eerstelijns samenwerkingsverband (RESV). Stand van zaken wat betreft coördinatie en uitvoering basisfunctionaliteiten De GGD coördineert op dit moment in opdracht van de gemeenten de ketenaanpakken valpreventie, netwerkaanpak overgewicht volwassenen, kind naar gezonder gewicht en kansrijke start. Regionaal komt dit samen in netwerken van lokale coördinatoren onder regie van de ketencoördinator van de GGD. GR JW geeft uitvoering aan regionale afstemming wat betreft Welzijn op Recept/ Sociaal Verwijzen en laagdrempelige steunpunten. Lokale partijen geven uitvoering aan de ketenaanpakken. De komende jaren ontwikkelen we de ketens door naar basisfunctionaliteiten. De infrastructuur zal eveneens passend doorontwikkeld worden. Naast basisfunctionaliteiten nemen we in deze werkagenda ook Verkennende Gesprekken en Kind naar Gezonder gewicht uit ontwikkelagenda 1 mee. Regie op de Verkennende gesprekken ligt nu bij Gedeelde Zorg en Gr JW. Ook KnGG is opgestart in pilots en regie ligt bij de GGD als onderdeel van de netwerkaanpak Overgewicht. De GGD heeft een kennis- en adviesfunctie, we hebben er aandacht voor dat we in dit kader afspraken maken die aanvullend zijn op de opdrachten die zij rechtstreeks van de gemeenten en van het rijk ontvangt. Gemeenten hebben op dit moment de procesmonitoring van de uitvoering van de ketens belegd bij de GGD. De monitoring zal passend doorontwikkeld worden de komende jaren.

Regionale gezondheidsdoelen: Omschrijf welke gezamenlijke gezondheidsdoelen in de regio zijn vastgesteld.	De regio werkt doelgericht aan een betere gezondheid, groter welzijn, meer veerkracht, en meer samenhang in welzijn en zorg. De regionale opgave is als volgt geformuleerd: 1. Versterken van de sociale basis: toegankelijke en verbonden gemeenschappen; 2. Gezondheidsbevordering: vitale en veerkrachtige inwoners. Mensen in staat stellen om gezond en veerkrachtig te leven; 3. Passende ondersteuning en zorg. Ad1 In de regio werken de vijf gemeenten aan een sterker en toekomstbestendig sociaal domein passend bij de lokale situatie en structuren. Deze opgave heeft uiteraard een sterke relatie met de opgave vanuit de AZWA werkagenda. Werken aan een toekomstbestendig sociaal domein houdt in: versterking van de gemeenschappen en informele netwerken, een beweging naar meer zelf- en samenredzaamheid, van individuele ondersteuning naar collectieve ondersteuning, ondersteuning in de eigen leefomgeving dichtbij inwoners. We zetten in op beweging, ontmoeting, participatie en aandacht voor mentale gezondheid. Daarbij is verbinding belangrijk: tussen inwoners, tussen inwoners en professionals en tussen professionals. Ook in het sociaal domein spelen vraagstukken rondom beschikbaarheid en kwaliteit- ook dat heeft aandacht nodig. Bij het werken aan versterking van de sociale basis staat de inwoner centraal, worden bewonersinitiatieven gezien en serieus genomen en zijn voorzieningen en aanbod toegankelijk en inclusief. De principes vanuit Asset Based Community Development (ABCD) geven richting aan wijkontwikkeling. Uitgangspunten van ABCD zijn: • Benut wat er is: Start niet bij problemen of tekorten, maar bij de aanwezige talenten, passies en bronnen in de buurt. Het kan gaan om de talenten van bewoners, de kracht van lokale verenigingen, ontmoetingsplekken, organisaties en middelen en verhalen van inwoners. • Verbinding: Breng mensen en lokale organisaties met elkaar in contact. • Zelfstandigheid en Zelfredzaamheid: Doe nooit iets voor een gemeenschap wat een gemeenschap zelf ook kan doen. • Een brede kijk op gezondheid zoals in het denken en handelen vanuit positieve gezondheid. Met aandacht voor veerkracht en de waarde van ervaringsdeskundigheid. Mensen in staat stellen om zelf gezond en veerkrachtig te leven Ad2 Aan gezondheidsbevordering wordt gewerkt door: • Netwerkaanpak Gezond Gewicht • Inrichten van de keten valpreventie • Laagdrempelige toegang tot sport en bewegen • Verbeteren mentale gezondheid • Inrichten van een gezonde leefomgeving Naast en aanvullend op de taken van de GGD die voortkomen uit de Wet Publieke Gezondheid (voorlichting en opsporing, jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding). Ad3. • Passende ondersteuning door betere samenwerking binnen en tussen sociaal domein en zorgdomein

	• Samenwerking en vroegsignalering rondom ouderen met een kwetsbaarheid. • Minder overlap in de netwerken rondom zorg en welzijn en meer samenhang in de ondersteuning van inwoners waar veel verschillende professionals aanwezig zijn. We werken met aandacht voor mensen in een kwetsbare positie en het bevorderen van gelijke kansen op een goede gezondheid. Dat doen we door in te zetten op: • Toegankelijkheid van voorzieningen • Vergroten van gezondheidsvaardigheden en verbeteren van de communicatie van professionals en organisaties met inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden • Versterken van zelfregie en herstel (waaronder de inzet van ervaringsdeskundigheid om mensen te ondersteunen bij herstelprocessen en het vergroten van zelfredzaamheid) • Focussen op gezond leven en welzijn in plaats van ziekte Voor de specifieke doelen per leefgebied, verwijzen we naar het hoofdstuk per leefgebied.
Financiële middelen: Omschrijf de financieringsafspraken over de coördinatie en uitvoering.	Met het opstellen van de Werkagenda AZWA wordt ook een bestedingsvoorstel 2027 opgesteld. Begin 2027 zal een start worden gemaakt met het opstellen van het bestedingsvoorstel voor 2028. De keuze om niet direct een bestedingsvoorstel voor 2027 – 2029 op te stellen heeft met name te maken met het feit dat de IZA transformatieplan onderdelen en de daarbij behorende financiering nog doorloopt in 2027. Voor een aantal onderdelen is het noodzakelijk om met elkaar, op basis van een afwegingskader, keuzes te maken over welke onderdelen wel en niet kunnen landen in de AZWA werkagenda. Ook zal in Q1 2027 duidelijk zijn hoe de governancestructuur eruit zal komen te zien. Ook dit kan eventueel effect hebben op het bestedingsvoorstel.
Regionale samenwerkingsafspraken: Omschrijf welke afspraken er zijn gemaakt omtrent verantwoordelijkheid.	Onderstaande schetst de huidige situatie. Bij het opstellen van de Werkagenda is duidelijk geworden dat sommige onderwerpen qua governance vragen om een betere aansluiting bij het AZWA. Zoals bijvoorbeeld de inzet van de regiocoördinatoren. Waar zij nu voornamelijk gekoppeld zijn aan een ketenaanpak vraagt het AZWA samenwerking tussen ketens en over ketens heen. De verwachting is dat begin 2027 een start wordt gemaakt met de herdefinitie van de samenwerkingsafspraken. De GR JW heeft de verantwoordelijkheid voor de regionale coördinatie op en de uitvoering van de SPUK IZA middelen (looptijd tot en met dec 2026) en de SPUK IZA transformatiemiddelen (looptijd tot en met december 2027) en coördineert het opstellen van de werkagenda AZWA. De GR JW legt verantwoording af aan de vijf wethouders van de gemeenten in het DB van de GR JW. De regiocoördinatie van de ketens Kansrijke Start, Samen op Gezond Gewicht (volwassenen en kinderen) en valpreventie is belegd bij GGD Hecht. De GR JW is verantwoordelijk voor de regionale coördinatie Welzijn op Recept/ Sociaal Verwijzen. Gemeenten stellen een lokale coördinator aan, maken afspraken over de inzet van de lokale middelen en zorgen voor afstemming in een regio-overleg. De GGD heeft regionaal de opdracht van gemeenten om de ketens te monitoren. In de regio heeft een deel van de uitvoerende organisaties in het sociale domein – ondersteund met middelen vanuit SPUK IZA Transformatie- zich verenigt in de Coalitie Sociaal Domein. De coalitie functioneert als regionaal aanspreekpunt voor een aantal uitvoeringsorganisaties in het sociale domein- met name welzijn. In een aantal gemeenten is sprake van een lokale sociale coalitie- die met elkaar de lokale inzet op gezondheid, leefstijl, basisvaardigheden, sociale cohesie, bewegen etc afstemt. Het is wisselend welke netwerkpartners aansluiten bij zo'n lokale sociale coalitie.

Verantwoordelijkheidsverdeling: Omschrijf hoe de samenwerking over domeinen heen is georganiseerd in een netwerkstructuur en hoe aanspreekbaarheid op de rollen en verantwoordelijkheden is georganiseerd.	Zie hierboven
Kennis en monitoring: Omschrijf de regionale monitoring van de voortgang op gezondheidsdoelen, digitalisering en de gezamenlijke leer- en datacyclus.	We monitoren het bereik van de interventies over de jaren heen en versterken de gezamenlijke leer- en datacyclus in de regio. We richten een dashboard in waarin we informatie digitaliseren en samenbrengen. Naast meer inzicht in de data krijgen we meer inzicht in verbeterpunten door regionale leernetwerken in te richten (naast de bestaande netwerken valpreventie, samen op gezond gewicht en welzijn op recept) op het terrein van laagdrempelig sport en bewegen en vroegsignalering kwetsbaarheiden bij ouderen. De monitoring van de ketens/ basisfunctionaliteiten valpreventie, sociaal verwijzen (via werkwijze welzijn op recept), kansrijke start en samen op gezond gewicht is belegd bij de GGD. Per keten/ basisfunctionaliteit is er een werkgroep van lokale coördinatoren die met elkaar de resultaten monitort en op basis daarvan het regionale werkplan bijstelt en vaststelt. De lokale coördinatoren geven uitvoering aan de keten in de eigen gemeente en werken lokaal samen met de relevante partners.

3. Mentale gezondheid

Gezondheidsdoelen (Welke concrete regionale gezondheidsdoelen gericht op het verbeteren van gezondheid en welzijn heeft de regio voor het leefgebied?)

Regionaal Gezondheidsdoel Mentale Gezondheid

We maken mogelijk dat inwoners met (een risico op) mentale problemen in de regio tijdig worden bereikt en ondersteund bij het behouden en versterken van hun eigen regie en sociaal netwerk. Daarbij ontvangen ze waar nodig passende hulp op het juiste moment en de juiste plek. Door preventie, vroegsignalering, domein overstijgende samenwerking en een samenhangend ondersteuningsnetwerk versterken we de mentale gezondheid en het welzijn van inwoners, voorkomen we escalatie van problematiek en benutten we beschikbare capaciteit efficiënter en duurzamer.

Subdoelen

Middels extra inzet op de basisfunctionaliteiten streven we naar:

1. Tijdig signaleren (van hulpvragen) door samenwerking tussen sociaal verwijzen, verkennende gesprekken en de laagdrempelige steunpunten waardoor inwoners de juiste zorg op de juiste plek ontvangen, de inzet van de GGZ wordt beperkt en kan in de huisartsenzorg eenvoudiger worden doorverwezen.
2. Stimuleren van eigen regie en herstel door het versterken van netwerksamenwerking: één samenhangend ondersteuningsnetwerk rondom de inwoner, waarin alle betrokkenen werken vanuit een herstelgerichte visie en Positieve Gezondheid. Dit draagt ook bij aan normaliseren.
3. Slimmer inzetten van beschikbare professionals (en digitale zorg) en middelen door samen te werken met de andere leefgebieden en intensievere samenwerking tussen zorg en sociaal domein, inclusief ervaringsdeskundigheid.
4. Kortere wachttijden, vooral bij complexe problematiek (snelle toegang tot passende ondersteuning)
5. Doorlopende verbinding tussen formele en informele ondersteuning.

Scope en samenhang (Wat valt er binnen het leefgebied en hoe is de samenhang binnen dit leefgebied en met andere leefgebieden geborgd en benut?)

Er is een brede beweging gaande van zorg naar gezondheid en welzijn/participatie door vroegsignalering, passende ondersteuning en sterke samenwerking. Dit geldt voor mentale gezondheid, maar ook voor de andere leefgebieden. Mentale gezondheid kan daarnaast niet los gezien worden van leefomstandigheden.

Kansrijk opgroeien Mentale gezondheid en kansrijk opgroeien zijn sterk met elkaar verweven. Opgroeicondities beïnvloeden mentale gezondheid, ook op latere leeftijd. Negatieve omstandigheden vergroten de kans op mentale problemen. Een goede mentale gezondheid van (aanstaande) ouders draagt bij aan de mentale gezondheid van een kind. Daarbij zijn de eerste 1.000 dagen een kritische periode voor de mentale gezondheid van de ouders en het kind, ook op latere leeftijd. Daarom is er ook aandacht voor de mentale gezondheid van (aanstaande) ouders.

Leefstijl Leefstijl en mentale gezondheid versterken elkaar. Een gezonde leefstijl kan psychische klachten voorkomen of verminderen, terwijl psychische klachten juist een ongezonde leefstijl kunnen versterken. Daarom is aandacht voor beide altijd nodig. In de praktijk wordt leefstijl steeds vaker ingezet als onderdeel van preventie, behandeling (bijv. leefstijl-/beweeginterventies), herstel en participatie (weer meedoen in de samenleving). Denk hierbij aan Sociaal Verwijzen volgens werkwijze Welzijn op Recept, leefstijlloket, training gezondheidsvaardigheden, laagdrempelig beweegaanbod en de Netwerkaanpak overgewicht volwassenen.

Vitaal ouder worden/ouderen Mentale gezondheid is zowel een voorwaarde voor als een resultaat van vitaal ouder worden: wie mentaal gezond is, blijft actiever en zelfstandiger en een vitale leefstijl versterkt juist weer de mentale gezondheid. Ook bij dementie blijft mentale gezondheid een bepalende factor voor vitaal ouder worden: door aandacht voor welbevinden, sociale verbinding en passende ondersteuning kan de kwaliteit van leven aanzienlijk behouden of verbeterd worden. Vroegsignalering van kwetsbaarheid bij ouderen is hier ook relevant.

Gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen Mentale gezondheid en gezondheidsachterstanden zijn nauw met elkaar verweven. Ongunstige leefomstandigheden verslechteren het mentaal welbevinden, terwijl een slechte mentale gezondheid de kans op verdere achterstanden vergroot, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Mensen met een lagere sociaaleconomische positie en/of schulden ervaren vaker stress, onzekerheid, psychische klachten en minder regie over hun leven. Deze factoren dragen direct bij aan zowel slechtere mentale gezondheid als fysieke gezondheidsproblemen (bijv. hart- en vaatziekten).

Organisatie en rollen (Hoe zijn verantwoordelijkheid, eigenaarschap en uitvoeringscapaciteit voor het leefgebied geborgd in de regio en wat zijn de rollen van betrokken partijen?)

Financierders	Uitvoerders
- Zorgverzekeraars (VGZ): IZA, AZWA, contractering zorgpartijen - GR JW/gemeenten Midden-Holland: IZA/SPUK Transformatiemiddelen, reguliere middelen, AZWA	- Mediis/huisartspraktijken - GGZ-organisaties - Gemeenten Midden-Holland - Welzijns-/overige sociaal domeinorganisaties, incl. ervaringsdeskundigheid en Hecht (GGD/Zorg- en Veiligheidshuis) - Gedeelde Zorg (netwerk en monitoring MGN-functies)

3a. Laagdrempelige steunpunten

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	Het belang van laagdrempelige steunpunten voor in het bijzonder mensen met (ernstige of langdurige) psychische en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten, gericht op zelfregie, herstel en ontwikkeling, geleid door ervaringsdeskundigen en vormgegeven vanuit gelijkwaardigheid, wederkerigheid en co-creatie wordt onderkend. Huidige ervaringen in de regio en onderzoek (bijv naar het HerstelHuis) laten zien dat de doelgroep gebaat is bij een dergelijk voorziening en ze helpt weer regie over hun eigen leven op te bouwen en hun sociaal netwerk te vergroten. De waardering van de ondersteuning door ervaringsdeskundigen bij degene die die ondersteuning krijgen is groot. Daarbij verwijst de GGZ ook in toenemende mate naar de ondersteuning door ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld tijdens het wachten op GGZ.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	In de regio is nu het volgende aanbod, geleid door ervaringsdeskundigen, aanwezig voor mensen met (ernstige of langdurige) psychische en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten. Inloop en ontmoeting en voor-en-door-activiteiten: • Het Bruisnest in Gouda, 5 dagen per week. Door KernKracht: • In 4 gemeenten zijn inloopspreekuren (OCO), de frequentie verschilt per gemeente, minimaal 3 keer per maand 1,5 tot 2 uur, in Waddinxveen is dit spreekuur op afspraak. • In alle gemeenten zijn groepsbijeenkomsten met een open inloopkarakter: o ExpEx-ervaringscafés van 3 uur voor 16 tot 30 jaar, de frequentie verschilt per gemeente van 1 tot 4 keer in de maand en o Krachtcafés van 2 uur voor 30 tot 65 jaar 1 x per maand in alle gemeenten. • Regionaal zijn er krachtgroepen voor mantelzorgers (afwisselend in verschillende gemeenten) en individuele ondersteuning van mantelzorgers (naasten voor naasten). In 2025 zijn hiermee ca 70 mensen bereikt Specialistisch aanbod met een (boven)regionale functie: • Het HerstelHuis in Gouda, 24/7 open, 7 logeerplekken plus enkele plekken voor dagrespijt, ook terugkombijeenkomsten op zondag, bereik in 2025 114 unieke gasten. • Wekelijks 2 uur inloopspreekuur (OCO) voor (bijna) dak- en thuislozen in Gouda. • Het Leontienhuis in de gemeente Zuidplas specifiek voor mensen met een eetstoornis en hun naasten, bovenregionale functie, 5 dagen per week inloop, daarnaast informatiebijeenkomsten en ontmoetingsavonden, vanuit M-H 34 unieke personen bij de inloopactiviteiten. Op het gebied van herstel wordt het volgende (in wisselende intensiteit) door ervaringsdeskundigen aangeboden: • Door KernKracht: Individuele begeleiding door ervaringscoaches, training Werken met Eigen Ervaring (WMEE), training met eigen ervaring bij schulden en armoede, eigen krachttraining, opleiding tot ervaringscoach, themadagen, winterschool, opleiding tot hulp- en hoopverlener, tot informeel onafhankelijk clientondersteuner; een

ervaringsacademie (tijdelijk in het kader van het transformatieplan). Ook is er ondersteuning bij het opstellen van een crisiskaart.

- Door het Leontienhuis: Jongerengroep, 30+ groep, ondersteuningsgroep, Eigen Krachtprogramma (op basis van Positieve Gezondheid), BED Groep (eetbuistoornis), één op één gesprekken, nazorggroep, Kintsugi groep (leven met een eetstoornis), horizongroep (groepsgesprekken voor ouders die hun kind hebben verloren aan een eetstoornis).
- Het herstelaanbod van het Bruisnest richt zich vooral op werk (weerbaarheid, faalangst en individuele begeleiding).

Groeivijver (waarbij deelnemers actiever kunnen worden, kunnen groeien in hun rol en een opleiding volgen):

- Het overgrote deel van de (betaalde en onbetaalde) medewerkers van zowel het Bruisnest, KernKracht als het Leontienhuis bestaat uit voormalige deelnemers die hier binnen de organisatie naar toe zijn gegroeid.

Informeel wordt er al langere tijd samengewerkt door de 3 bovengenoemde organisaties KernKracht, Bruisnest en Leontienhuis. De voorzieningen vullen elkaar in de praktijk aan en verwijzen onderling door. Juni 2026 zijn zij gestart met formeel periodiek overleg ten behoeve van de doorontwikkeling van de LSP's.

Andere, aanpalende ontmoetingsgroepen die vanuit dezelfde principes werken (gelijkwaardigheid, wederkerigheid, contact tussen mensen met zelfde ervaringen) zijn onder andere: Buitenveldertgroep bij verslaving, deelgenoten groepen zoals NAH, mannen met prostaatkanker, long covid, Huis van Noord, regenboogcafés, een lotgenotengroep van de depressievereniging, Samen voor Goud (specifieke activiteiten),Joinus, Alzheimercafés (in Gouda de Buurvrouw) en Parkinson cafés. Daarnaast zijn er inlooppunten en ontmoetingsactiviteiten voor de doelgroep gerund door vrijwilligers: de Bruispunten in Waddinxveen, op 5 locaties samen 20 uur per week en het inloophuis Domino in Gouda, 5 dagen per week totaal 30 uur. Georganiseerd door professionals: GGZ-inloop en activering in Krimpenerwaard, wekelijks op twee plekken, samen 5,5 uur. Mogelijk is een deel van dit aanbod kansrijk door te ontwikkelen naar een lokaal LSP.

Relaties tussen LSP en andere AZWA-onderdelen op het gebied van mentale gezondheid:

- KernKracht is betrokken bij de Verkennende gesprekken.
- KernKracht maakt deel uit van de overleggen van het Mentale GezondheidsNetwerk.

SOLL

Ambitie: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?

<u>Indicatie van de potentiële doelgroep per gemeente</u>

Gemeente	Aantal inwoners met EPA* 2024	Aantal inwoners GGZ totaal 2021
Bodegraven-Reeuwijk	255	971
Gouda	1095	3206
Krimpenerwaard	440	1715
Waddinxveen	230	1037
Zuidplas	285	1366

Midden-Holland totaal	**2305**	**8295**

*EPA= = Ernstige Psychiatrische Aandoening = zie voor de 7 criteria de EPA factsheet op **Dashboard Ernstige Psychiatrische Aandoeningen**
*GGZ totaal = basis GGZ, specialistische GGZ met en zonder verblijf en langdurige GGZ in de Zvw

- Bron EPA-cijfers: bovengenoemd dashboard
- Bron GGZ totaal-cijfers: diverse tabellen uit Zorggebruik | Geestelijke gezondheidszorg | Regiobeeld gecombineerd; De doelgroep is in 2024 met ca 39% toegenomen ten opzichte van 2021.

In 2030 is er regionaal dekkend aanbod van laagdrempelige steunpunten dat aansluit bij de handreiking én aantoonbaar past bij de behoeften van de doelgroep en hun naasten. De steunpunten bieden inloop, ontmoeting en door-en-voor-activiteiten op een manier die door inwoners wordt ervaren als laagdrempelig, bereikbaar, herkenbaar en veilig.

Om te bepalen waar we staan en hoe dit zich verhoudt met wat er wenselijk is kijken we niet alleen naar de VEKTIS- en andere regiocijfers en de landelijke handreiking maar wordt de concrete invulling ook bepaald op basis van informatie van betrokken organisaties, stakeholders en gesprekken/onderzoek met/onder bezoekers en hun naasten over bereik, toegankelijkheid, de mate waarin het aanbod aansluit bij de behoefte en de effectiviteit. Het gaat daarbij bijvoorbeeld over de gewenste vorm van ondersteuning, de inhoud van activiteiten, de locatie, de frequentie, de herkenbaarheid, laagdrempeligheid en bereikbaarheid. Als nodig en mogelijk maken we onderscheid tussen de beleving van verschillende subgroepen.

Toelichting:

- Op basis van de handreiking en de indicatieve omvang van de doelgroep gaan we daarbij uit van minimaal 1 dagdeel per week inloop in Bodegraven-Reeuwijk, Waddinxveen en Zuidplas, in Krimpenerwaard 1,5 dagdeel (LSP type 3) en in Gouda 4 dagdelen (LSP type 2), uit te bouwen naar meer als dat nodig blijkt om aan de behoefte van de doelgroep te voldoen.
- We breiden het bestaande herstelaanbod uit, als dat nodig is om kwalitatief en kwantitatief beter aan te sluiten bij de behoefte van de doelgroep. Dit aanbod wordt afwisselend in de verschillende gemeenten aangeboden zodat het zo goed mogelijk bereikbaar is voor inwoners uit de hele regio.
- Om kapitaalverlies te voorkomen gaan we uit van het bestaande lokale en regionale aanbod. Dat bouwen we uit en vullen we aan. We buigen het om als blijkt dat ander aanbod of een andere manier van organiseren effectiever en/of efficiënter is voor het bereik en herstel van de doelgroep. Als er keuzes gemaakt moeten worden bekijken we welk aanbod hier het meest aan bijdraagt.
- We dragen zorg voor overzichtelijke informatie over het totale aanbod van de LSP's, op zo'n manier dat deze gebruikt kan worden in aanverwante werkprocessen zoals Sociaal verwijzen en dat onder andere huisartsen, ggz en welzijn op de hoogte zijn, eenvoudig kunnen doorverwijzen en de doelgroep zich uitgenodigd voelt. Hierbij wordt aangesloten bij ontwikkelingen in de regionale communicatie-infrastructuur. Aanvullend zal er blijven worden ingezet op bekendheid via voorlichting, inloopdagen enzovoorts.

		• PM: Naar verwachting kan de coördinatie van de doorontwikkeling ingevuld worden door de managers van de huidige organisaties en de regionale ambtelijke accounthouder in samenspraak met de lokale ambtelijke accounthouders. Mocht dit te omvangrijk blijken dan is er wellicht een regiocoördinator nodig. De stappen om te komen tot dit ideaalplaatje zijn uitgewerkt bij Projectdoelstelingen. De haalbaarheid van deze ambities is afhankelijk van de hiervoor beschikbare financiën.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	• Er is expliciet gekozen voor 1 LSP in elke gemeente. • Bij de concretisering van deze ambities moeten nog keuzes worden gemaakt over de wijze waarop deze LSP's ingevuld worden, bijvoorbeeld waar en in hoeverre en hoe bestaand aanbod hierin ondergebracht kan worden, of aanpalend aanbod om te bouwen is tot een LSP en of uitbreiding van het huidige herstelaanbod wenselijk is. • De mate waarin we tegemoet kunnen komen aan de behoeften van de brede doelgroep hangt af van de financiering die de komende jaren beschikbaar is / komt. • Tot slot dient de governance uitgewerkt te worden, met aandacht voor wat op lokaal en wat op regionaal niveau wordt aangestuurd en hoe dat op elkaar afgestemd wordt. Hierbij moeten ook afspraken gemaakt worden over de monitoring. Voorts zal in dit verband ook bekeken worden of er een specifieke regiocoördinator noodzakelijk is.
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	We continueren en optimaliseren de informatie over het totale LSP-aanbod aan huisartsen, ggz en welzijn. 2027 en 2028 gebruiken we om (meer) informatie te verzamelen over het bereik, de toegankelijkheid, de mate waarin het aanbod aansluit bij de behoefte en de effectiviteit, zoals beschreven bij SOLL. De uitkomsten worden betrokken bij de keuzes voor de verdere invulling. Toelichting: • In hoeverre en hoe kunnen de huidige OCO-spreekuren, ExpEx-ervaringscafés en krachtcafés hierbij benut worden. • In de praktijk beschikt Gouda al over een LSP type 1. Waddinxveen en Krimpenerwaard hebben inloopuren die naar verwachting in de toekomst omgezet kunnen worden in een LSP. • We bekijken op welke locaties de LSP's (inloop en ontmoeting, door-en-voor-activiteiten) komen. Hierbij kan gebruik gemaakt van accommodaties voor een bredere doelgroep (bijvoorbeeld inloopvoorzieningen sociaal en gezond) om inclusie te bevorderen, maar hebben we ook oog voor het feit dat niet iedereen binnen de doelgroep even makkelijk in zo'n voorziening binnenloopt. • We onderzoeken hoe samengewerkt kan worden/de synergie vergroot kan worden met aanpalende ondersteuningsvormen voor de doelgroep, waaronder inloopvoorzieningen, buurtinitiatieven, welzijns- en beweegactiviteiten, online aanbod. • Bij geografisch uitgestrekte gemeenten en bij kleine kernen hebben we aandacht voor de fysieke bereikbaarheid. Dit kan door de laagdrempelige steunpunten per week te rouleren over de verschillende gebieden of, indien financieel haalbaar, een extra (beperkt) inlooppunt in andere wijken/kernen te organiseren. • We bekijken of we afspraken kunnen maken om in beperkte mate inwoners uit andere gemeenten toe te laten omdat het voor sommige inwoners prettiger is om steun te zoeken in een andere dan in de eigen woonomgeving (anoniemer).

		In 2028/2029 implementeren we de in 2027 en 2028 gemaakte keuzes. Tot er keuzes gemaakt zijn continueren we waar mogelijk het huidige aanbod. Het bij SOLL genoemde onderzoek wordt ook gebruikt om te bepalen of het regionaal georganiseerde herstélaanbod kwantitatief en kwalitatief voldoende is. Waar nodig en voor zover financieel haalbaar passen we het herstelaanbod daar in de jaren daarna op aan en/of breiden we het uit. Toelichting: • Mocht er behoefte zijn aan Welness Recovery Action Plan (WRAP) of Honest Open en Proud (HOP) (wordt nu nog niet ingezet) dan is de kennis hiervoor al aanwezig in de regio. • De financiering van de Ervaringsacademie uit SPUK Transformatiemiddelen loopt tot eind 2027. Dit geeft ons de gelegenheid te onderzoeken waar behoefte aan is. Vanaf 2028 is er geen ontwikkelfinanciering meer nodig, wel financiering voor het continueren van het gewenste Herstelaanbod zelf.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	De financiering van de bestaande interventies zijn op dit moment nog onderwerp van gesprek. Zodra het concept bestedingsvoorstel 2027 is opgesteld wordt het financieel plan voor 2027 opgenomen. Vooralsnog is het uitgangspunt dat in 2027 de huidige voorzieningen worden bekostigd.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Nu monitoren de 3 organisaties op eigen wijze hun aanbod. We wachten de landelijke instructies af en maken dan afspraken over een meer uniforme wijze van monitoren. We willen in elk geval inzicht hebben in het bereik. Het bereik wordt overal al bijgehouden maar waarschijnlijk niet overal op dezelfde manier (unieke cliënten en/of per dag, per activiteit etc). Daarnaast dient de monitoring aan te sluiten bij de bij SOLL beschreven gewenste informatieverzameling.

3b. Sociaal verwijzen

<table>
<tr><th>IST/SOLL/ GAP</th><th>Onderdelen</th><th>Uitwerking</th></tr>
<tr><td rowspan="2">IST</td><td>Urgentie: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?</td><td>Doelgroep
De doelgroep bestaat uit (jong)volwassen inwoners, die met (milde) psychosociale problemen bij een eerstelijnszorgverlener komen waarbij de oorzaak niet (uitsluitend) medisch van aard zijn. Voor hen is brede vraagverheldering nodig om tot passende ondersteuning in het sociaal domein te komen.
Urgentie
Sociaal verwijzen wordt in de regio gezien als een urgente basisfunctionaliteit. Het vormt een onmisbare schakel binnen veel interventies en is essentieel voor het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein, zodat inwoners tijdig, passend en samenhangend ondersteund worden.</td></tr>
<tr><td>Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?</td><td>De basisfunctionaliteit is deels aanwezig in de regio. Zo wordt Welzijn op Recept in meerdere gemeenten uitgevoerd (waarbij een breed gesprek wordt gevoerd op basis van positieve gezondheid) en zijn er samenwerkingsstructuren/overleggen tussen het medisch- en sociaal domein. De invulling en het bereik verschillen echter nog per gemeente: in sommige gemeente wordt nog vooral ingezet op Welzijn op Recept (samenwerking huisarts – welzijnsorganisatie), terwijl in andere gemeenten dit al breder wordt getrokken: verwijzingen vanuit eerste lijn professionals naar Sociaal Team. Er wordt toegewerkt naar regionale kaders voor meer uniformiteit en afstemming (met ruimte voor lokaal maatwerk), waarbij wordt voorgesorteerd op het bredere ‘Sociaal Verwijzen’ (zie ambitie).

Tabel 1. Overzicht huidige inzet WoR/Sociaal Verwijzen per gemeente*:
<table>
<tr><th>Gemeente</th><th>Huidige Inzet Welzijn op Recept/Sociaal Verwijzen (uren per week)</th><th>Extra inzet vanuit transformatiemiddelen (2026 + 2027)**</th></tr>
<tr><td>Gouda</td><td>Onderdeel reguliere inzet</td><td>± 2 fte</td></tr>
<tr><td>Krimpenerwaard</td><td>± 0,6 fte
(+ 40u per jaar coördinatie)</td><td>± 1 fte
(incl. 50u coördinatie per jaar)</td></tr>
<tr><td>Zuidplas</td><td>± 0,4 fte</td><td>± 1 fte</td></tr>
<tr><td>Waddinxveen</td><td>Onderdeel reguliere inzet</td><td>± 1 fte</td></tr>
<tr><td>Bodegraven-Reeuwijk</td><td>n.v.t.</td><td>± 1,5 fte</td></tr>
</table>
* Het overzicht van de huidige inzet is een indicatie: de inzet voor WoR is vaak verdeeld binnen het team/over diverse functies.
** Extra inzet soms pas vanaf half of eind 2026 gerealiseerd.</td></tr>
<tr><td>SOLL</td><td>Ambitie: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?</td><td>De ambitie is om een duidelijke route te hebben tussen medisch (eerstelijnszorg) en sociaal domein, waarin de Sociaal domein Professional een brugfunctie heeft. Op deze manier wordt sneller gezocht naar een oplossing in het preventieve veld voor inwoners met psychosociale problemen waar niet (uitsluitend) een medische oorzaak is. De sociaal professional gaat het gesprek aan voor een brede vraagverheldering en kijkt of er iets passend is binnen het sociaal domein (zie afbeelding onderaan).

Voor een regionaal dekkend aanbod van sociaal verwijzen, worden onderstaande informatie landelijke streefwaarden gehanteerd:</td></tr>
</table>

		- Beschikbaarheid bij de huisarts/eerstelijnszorgverleners voor het signaleren en verwijzen: op basis van gemiddeld 60 verwijzingen per 10.000 inwoners per jaar. - Brugfunctie, uitgevoerd door een sociaal domein professional: 0,2 tot 0,5 fte per 10.000 inwoners, afhankelijk van de populatie. Deze streefwaarden kunnen als richtinggevend kader dienen, maar het is van belang om regionaal te bepalen wat onder een dekkend aanbod wordt verstaan en welke indicatoren daarbij passend zijn. **Tabel 2.** Streefwaarden omgerekend naar regio Midden-Holland*: | **Gemeente** | **Aantal inwoners (afgerond)** | **Inzet Sociaal Domein Professional (per jaar)** | **Aantal verwijzingen vanuit eerstelijnszorgverleners (per jaar)** | | **Gouda** | 78.000 | ± 3 – 4 fte | ± 450 | | **Krimpenerwaard** | 58.000 | ± 2 – 3 fte | ± 350 | | **Zuidplas** | 50.000 | ± 2 – 3 fte | ± 300 | | **Waddinxveen** | 35.000 | ± 2 fte | ± 200 | | **Bodegraven-Reeuwijk** | 37.000 | ± 2 fte | ± 200 | * Op basis van streefwaarden uit AZWA-handreiking mei 2026 (aanvullende opmerking vanuit gemeenten: alleen mogelijk als (in ieder geval) alle (≥ 90%) huisartsenpraktijken zijn aangehaakt en actief doorverwijzen). Daarbij is het doel niet om inwoners vaker naar de huisarts te leiden, maar om vragen die niet primair medisch van aard zijn sneller in het sociaal domein op te vangen. **Nodig om dit te bereiken:** - Inzichtelijk maken op welke wijze Sociaal Verwijzen al wordt vormgegeven per gemeente: wat is de route, wie vervult de rol van Sociaal Domein Professional (+ welke taken vallen hieronder). Daarbij ook afspraken maken over waar signalen (bijv. missend aanbod) terecht komen en worden opgepakt. - Regionale kaders waar nodig (breder aanhaken huisartsen/medische professionals, monitoring (wat meten we), doorverwijzen, voldoende en passend aanbod) - Per gemeente onderzoeken wat passend en haalbaar is; factoren zoals bestaande voorzieningen, voldoende aanbod (+ eHealth), huidige samenwerkingsstructuren en beschikbare capaciteit verschillen per gemeente. Dit is rand voorwaardelijk om een toename van verwijzingen zorgvuldig en kwalitatief goed op te kunnen vangen. - Samenwerking andere interventies/ketenaanpakken: helderheid over welke rol de sociaal domein professional kan spelen in bijv. verkennend gesprek/leefstijl/valpreventie/kansrijke start.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	**Keuzes die gemaakt moeten worden:** - Hoe ziet de sociaal verwijs route er lokaal uit, wie vervult de rol van sociaal domein professional en welke taken vallen hieronder (+ hoe verhoudt dit zich tot Welzijn op Recept)? Afspraken over regionaal uniform vs. lokale verschillen. - Zijn de streefaantallen uit het AZWA realistisch binnen iedere gemeente? Wat is ervoor nodig om dit te bereiken + naar welke andere indicatoren moeten we kijken om een goed beeld te vormen (bv. inwoners die zelf de weg weten te vinden). - Onderzoeken of de wens is regionaal dezelfde doorverwijsroute te hebben (bijv. via Zorgdomein).

GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**Doelstellingen richting 2030:** - In de regio is er een duidelijke werkwijze vastgesteld voor Sociaal Verwijzen, waarbij de rol, taken en competenties van de Sociaal Domein Professional zijn beschreven en de rol van deze professional in andere interventies/ketenaanpakken duidelijk is. - Wordt de richtlijn van 0,2-0,5 fte Sociaal Domein Professional per 10.000 inwoners gerealiseerd of is er onderbouwd waarom hier anders invulling aan wordt gegeven - Is merendeel (≥ 90%) van de huisartsenpraktijken aangehaakt en zijn andere eerstelijnsprofessionals (zoals wijkverpleging, paramedici, apotheken) aangesloten op de regionale werkwijze voor Sociaal Verwijzen. - Zijn regionale afspraken vastgelegd over een (uniforme) manier van verwijzen en registreren. - Inzicht in ervaringen van inwoners en professionals: mate waarin het verwijsproces als effectief wordt ervaren en het aanbod aansluit bij de behoeften van inwoners (kwalitatieve monitoring). - Is duidelijk hoe Sociaal Verwijzen aansluiting vindt binnen (bestaande) structuren als: de Hechte Wijkverbanden en de Regionale Preventie-infrastructuur ten behoeve van duurzame borging en doorontwikkeling.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	**Huidig:** - Gemeentelijke subsidies aan welzijnspartijen/sociale teams voor de uitvoering van Welzijn op Recept/Sociaal Verwijzen - Regionale coördinatie - In 2026 en 2027 extra capaciteit op dit onderdeel uit de Transformatiemiddelen (IZA) **2027 en verder:** - In 2027 wordt de inzet van sociaal verwijzen voor een aantal gemeenten bekostigd vanuit de SPUK IZA Transformatiemiddelen en voor andere gemeenten vanuit de lokale SPUK AZWA middelen. In 2027 zal het bestedingsvoorstel voor 2028 worden opgesteld en hierin zal integraal op basis van een afwegingskader worden bekeken welke interventies en de omvang van de interventies worden bekostigd uit de SPUK AZWA. Voor Sociaal Verwijzen zal wordt gestreefd naar het behoud van de minimale inzet conform de huidige situatie. - Budget voor implementatie + jaarlijkse kosten Zorgdomein (indien regionaal hiervoor wordt gekozen) - Evalueren regionale coördinatie (bijv. 8u/week)
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Registreren van aantallen (maandelijks) voor KPIs uitvoeringsagenda (GRJW) Twee jaarlijkse GGD-monitor Minimaal 2x per jaar een bijeenkomst met uitvoerende professionals: waarbij wordt opgehaald hoe professionals de samenwerking wordt ervaren, knelpunten worden opgehaald en ideeën worden uitgewisseld. Aansluiten bij Coalitie Sociaal Domein voor een breed gedragen doorontwikkeling Sociaal Verwijzen
	Extra: Schematische weergave Keten Sociaal Verwijzen	



Bron*: AZWA-handreiking Sociaal Verwijzen (april 2026) https://www.zorgakkoorden.nl/documenten/publicaties/2026/eerste-handreikingen-azwa-basisfunctionaliteiten/260601-handreiking-basisfunctionaliteit-sociaal-verwijzen-tg.pdf

** Aangevuld met opmerkingen n.a.v. regionale Thematafel (14 juli '26):*
1) Brugfunctie kan ook worden vervuld door 'Kind en Jeugdconsulent'
2) Benadruk het informele netwerk in kopje 'passend aanbod

**Definitie 'Sociaal Domein Professional' uit AZWA- handreiking mei 2026:
De sociaal domein professional met brugfunctie (hierna kort aangeduid als sociaal domein professional) 7 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'.

3c. Mentaal Gezondheidsnetwerk

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze aanpak in de regio?	De vraag naar mentale ondersteuning groeit, terwijl het huidige systeem te versnipperd is en te zwaar leunt op specialistische zorg. Alleen via sterke, regionale netwerken met samenwerking tussen zorg, sociaal domein en samenleving kunnen inwoners tijdig, passend en betaalbaar worden ondersteund (onder andere via coalitievorming, zie ook onder 'situatie'). De vier functies van een Mentale Gezondheidsnetwerk (MGN) zijn: 1. Domeinoverstijgend casusoverleg (Overlegtafel) 2. Verkennend Gesprek (VG) 3. Transfermechanisme 4. Informatie over wachttijden en aanbod. De inzet vanuit het sociaal domein is binnen het gehele MGN noodzakelijk. De grootste inzet wordt gevraagd voor het VG . Vanuit de huisartsenpraktijk wordt een inwoner aangemeld voor een VG. Het VG vindt plaats met de inwoner en het liefst een naaste van die inwoner, altijd een professional vanuit de ggz en vanuit het sociaal domein en vaak ook een ervaringsdeskundige. Een VG helpt om snel de echte ondersteuningsbehoefte in beeld te krijgen (domeinoverstijgende blik) en tijdig passende, samenhangende hulp te organiseren. Deze interventie is formeel goedgekeurd in 2025 en kan sinds begin 2026 worden gedeclareerd door zorgaanbieders en daarmee uitgevoerd. De bekostiging voor de verkenners sociaal domein en ervaringsdeskundigen vindt in 2026 en 2027 plaats vanuit de SPUK Transformatiemiddelen en vanaf 2028 vanuit het AZWA. Zie hieronder voor meer informatie over de overige functies. De bekostiging van de functies vindt deels plaats vanuit gemeentelijke middelen en deels vanuit contractering (Zvw).
	Situatie: In hoeverre is deze aanpak (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	De regio Midden-Holland werkt aan de ontwikkeling van een regionaal Mentale Gezondheidsnetwerk (MGN) in het kader van het transformatieplan 'Samenwerken aan de zorg van vandaag aan morgen', programma Mentale Gezondheid. Stand van zaken per functie: - De Overlegtafel heeft al een regionale functie. - Het Verkennend Gesprek moet nog verder uitgerold (planning: Q4 2026). Het VG bevindt zich in de opstartfase. Het aantal aanmeldingen blijft nog achter bij de verwachtingen, zoals vastgelegd in de regionale mijlpalen (IZA Transformatieplan). Hier worden maatregelen voor getroffen. - Voor het Transfermechanisme wordt een Coalitie GGZ Midden-Holland opgericht (Q4 2026). Samen met de Coalitie Sociaal Domein Midden-Holland en Mediis vormen zij de basis onder het MGN (sterk, regionaal netwerk middels coalitievormingen). - Informatie over wachttijden en aanbod wordt op termijn via de Gedeelde Zorg Netwerkomgeving (GZNO) inzichtelijk gemaakt voor professionals (voorbereidingen opgestart).
SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De ambitie van de regio is om het Mentale Gezondheidsnetwerk te ontwikkelen tot een structurele regionale infrastructuur voor mentale gezondheid waarin de driehoek; huisarts, GGZ en sociaal domein incl. ervaringsdeskundigheid nauw samenwerkt. In de gewenste situatie vormt het MGN een stabiel netwerk waarin verschillende functies voor mentale gezondheid met elkaar verbonden zijn. Structurele financiering (van de functies, waaronder het VG, en de coalities) is hiervoor cruciaal.

		Het Verkennend Gesprek heeft als ambitie om inwoners met mentale gezondheidsvragen vroegtijdig, integraal en domeinoverstijgend te ondersteunen, zodat zij inzicht krijgen in hun eigen kracht en kwetsbaarheid en zo snel mogelijk op de juiste plek terechtkomen voor passende zorg, ondersteuning of ondersteuning vanuit hun netwerk. Het VG helpt één inwoner aan passende ondersteuning; het MGN creëert de regionale samenwerking en infrastructuur waardoor dit voor alle inwoners mogelijk wordt.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze aanpak, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	De functies van het MGN zijn landelijk bepaald. Er is ruimte voor regionale invulling. Landelijk en regionaal wordt geleerd en doorontwikkeld. Wat betreft structurele financiering is nog geen volledige duidelijkheid. Officieel is bijvoorbeeld het Verkennend Gesprek nog een pilot. Wij gaan voor deze Werkagenda ervanuit dat het MGN met de vier functies geborgd kan gaan worden (deels gefinancierd vanuit het AZWA, deels vanuit de Zvw via contractering). Hieronder wordt aangegeven wat vanuit het AZWA gefinancierd wordt. De financiering van de netwerkcoördinator is onderwerp van gesprek. Mochten uiteindelijk andere keuzes gemaakt worden (landelijk, zorgverzekeraars), dan moet er gekeken worden wat dit voor consequenties heeft. Er moeten regionaal nog afspraken gemaakt worden om over te kunnen gaan van een programma-/projectstructuur naar een structurele inrichting (onder meer een samenwerkingsovereenkomst MGN).
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Het MGN organiseert, monitort en versterkt de samenwerking tussen zorg, sociaal domein en ervaringsdeskundigheid, zodat inwoners sneller passende ondersteuning ontvangen en partners gezamenlijk knelpunten oplossen. Hiervoor is de inzet van een netwerkcoördinator (financiering onderwerp van gesprek) en van de Coalitie Sociaal Domein Midden-Holland nodig. Inwoners ontvangen na aanmelding binnen 14 dagen een VG en een passend vervolgadvies, zodat zij sneller naar de meest geschikte ondersteuning worden geleid. Hiervoor is de volgende inzet nodig (nog onderwerp van gesprek; in ieder geval inzet verkenners sociaal domein en verkenners ervaringsdeskundigheid in de vijf gemeenten, mogelijk ook extra middelen om de afbuiging van de ggz richting het sociaal domein op te kunnen vangen). In de periode 2028-2029 vindt een afbuiging plaats van minimaal 20% na een Verkennend Gesprek (afbuiging richting eigen netwerk, sociaal domein of de combinatie sociaal domein en ggz in plaats van een verwijzing naar de ggz). NB: De voortgang wordt in 2026 en 2027 gemonitord waarna een eventuele aanpassing van het percentage kan volgen (voor nu: huidig percentage aangehouden). Voor de vier functies is het gebruik en de inzet van de GZNO en monitoring cruciaal. Voor deelname aan de Overlegtafel is geen financiering voorzien voor de inzet vanuit het sociaal domein. Dit is nu ook niet het geval. Om deze reden zijn geen aparte doelstellingen opgenomen voor deze functie en de overige twee functies in dit document.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	In 2027 wordt de inzet van het sociaal domein binnen het MGN bekostigd vanuit de SPUK IZA Transformatiemiddelen. In 2027 zal de bestedingsvoorstel voor 2028 worden opgesteld en hierin zal integraal op basis van een afwegingskader worden bekeken welke interventies en de omvang van de interventies worden bekostigd uit de SPUK AZWA. Een onderdeel van de afweging is de inzet van het Sociaal Domein voor de uitvoering van de Verkennende Gesprekken. Andere onderdelen zijn de inzet van de Coalitie Sociaal Domein Midden-Holland (de inzet van de Coaltie GGZ Midden-Holland verloopt via de Zvw), mogelijk de inzet van de netwerkcoördinator MGN, en zaken als monitoring en GZNO voor het onderdeel MGN/sociaal domein.

	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Monitoring MGN via Gedeelde Zorg (dashboards Overlegtafel, Verkennend Gesprek, etc.)

4. Kansrijk opgroeien

Gezondheidsdoelen (Welke concrete regionale gezondheidsdoelen gericht op het verbeteren van gezondheid en welzijn heeft de regio voor het leefgebied?)

Introductie Kansrijk Opgroeien
Kansrijk Opgroeien gaat over een gezonde en kansrijke ontwikkeling van ieder kind. Een goede start is bepalend voor gezondheid, ontwikkeling en maatschappelijke participatie gedurende het hele leven. Gezondheids- en kansenverschillen ontstaan vaak al voor of tijdens de zwangerschap en kunnen gedurende de jeugd vergroten. In Midden-Holland is een gezamenlijke regionale aanpak gewenst waarin gezond leven, preventie, vroegsignalering en samenwerking centraal staan. Daarom zetten regionale partners in op het versterken van de basis voor gezond en kansrijk opgroeien, met extra aandacht voor kinderen, jongeren en gezinnen in kwetsbare omstandigheden.
\
Regionale gezondheidsdoelen Kansrijk Opgroeien
Wij vergroten de kans op een gezonde en kansrijke ontwikkeling van ieder kind door te investeren in gezondheid en ontwikkeling vanaf de kinderwens tot en met 18 jaar. Daarbij zetten we in op een gezonde start, een gezonde fysieke, mentale en sociale ontwikkeling. Dit doen we mede door vroegsignalering en tijdige ondersteuning van kinderen, jongeren en gezinnen die dat nodig hebben.

Subdoelen
Richting 2030 streven we ernaar dat:
1. Meer mensen in kwetsbare omstandigheden regie hebben over hun kinderwens en dat zij passende ondersteuning ontvangen bij het maken weloverwogen keuzes rondom kinderwens en zwangerschap.
2. Meer (aanstaande) ouders en gezinnen in kwetsbare omstandigheden tijdig bereikt worden met passende ondersteuning.
3. Meer (aanstaande) ouders gezond en goed voorbereid de zwangerschap in gaan.
4. Meer kinderen een gezonde en kansrijke start hebben en minder kinderen te maken krijgen met een ongunstige start, zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht of langdurige stress.
5. Meer (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren tijdig en laagdrempelig passende ondersteuning ontvangen, ongeacht achtergrond, woonplaats of levensomstandigheden.
6. Meer kinderen en jongeren binnen een stimulerende leefomgeving (fysiek en sociaal) gezond en veilig opgroeien met een gezonde leefstijl en een gezond gewicht.
7. Minder kinderen overgewicht en obesitas hebben door vroegsignalering en een brede integrale aanpak die onderliggende belemmerd factoren vermindert.
8. Meer kinderen toegang hebben tot voldoende, passend beweegaanbod binnen gemeenten.

Scope en samenhang (Wat valt er binnen het leefgebied en hoe is de samenhang binnen dit leefgebied en met andere leefgebieden geborgd en benut?)

Scope
Het leefgebied Kansrijk Opgroeien richt zich op de gezonde ontwikkeling en gezond gewicht van kinderen en jongeren, vanaf de kinderwens tot en met de overgang naar volwassenheid 18 jaar.
Binnen dit leefgebied is er extra aandacht voor (aanstaande) ouders, kinderen, jongeren en gezinnen in kwetsbare omstandigheden. Wanneer sprake is van een stapeling van risicofactoren, zoals armoede, schulden, stress of beperkte gezondheidsvaardigheden, is tijdige en passende ondersteuning van belang.
Buiten de scope: specialistische, geïndiceerde jeugdzorg. De aansluiting op en warme toeleiding naar specialistische zorg maken wel onderdeel uit van de regionale samenwerking.

Samenhang

De gezondheidsdoelen voor Kansrijk Opgroeien kunnen alleen worden gerealiseerd als we met een brede blik kijken naar samenhang met de andere leefgebieden. Samen met partners uit het medisch en sociaal domein in directe samenwerking met het beweeg en publieke domein. Gezond opgroeien vraagt om een integrale benadering waarin preventie, vroegsignalering, passende ondersteuning en aandacht voor een gezonde leefstijl op elkaar aansluiten.

- **Binnen Kansrijk Opgroeien:** Binnen het leefgebied vormen de regionale basisfunctionaliteiten rondom Kansrijke Start en Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) samen een doorlopende preventielijn van kinderwens tot en met 18 jaar.
- **Met het leefgebied Mentale Gezondheid:** Door de verbinding met het leefgebied Mentale Gezondheid ontstaat een samenhangende aanpak voor het versterken van de mentale gezondheid van zowel ouders als kinderen. Mentale gezondheid is essentieel in de gezonde ontwikkeling van kinderen.
- **Met het leefgebied Gezonde Leefstijl:** Een gezonde leefstijl begint al voor de geboorte en ontwikkelt zich gedurende de hele jeugd. Kansrijk Opgroeien en Gezonde Leefstijl versterken elkaar door in een gezonde omgeving gezonde gewoonten en een gezond gewicht te bevorderen. De KnGG sluit aan op de JOGG-aanpak en Gezonde School en dragen bij een de ontwikkeling van een fysieke, sociale en veilige leef –en schoolomgeving. De Netwerkaanpak Overgewicht volwassenen vormt een logisch vervolg op KnGG. Deze twee opgaven worden in de regio in samenhang opgepakt. Beide gaan over een integrale aanpak, gedeelde risicofactoren en leefgebieden, passend bij een levensloopgerichte aanpak.
- **Met kinderopvang en onderwijs:** Kinderopvang en onderwijs spelen een belangrijke rol bij een gezonde ontwikkeling van kinderen en jongeren. Zij dragen bij aan een veilige, gezonde en stimulerende omgeving waarin kinderen zich optimaal kunnen ontwikkelen en gezondheidsvaardigheden opbouwen.
- **Met het brede sociale domein:** Gezond opgroeien wordt mede bepaald door bestaanszekerheid, gezondheid, opvoeding, onderwijs binnen een gezonde leefomgeving. Er zijn bestaande domeinoverstijgende aanpakken tussen professionals uit het zorg, sociaal –en beweegdomein. Met JOGG in de wijken, met de GGD op scholen en kinderopvangen, binnen het CJG en de lokale 'wijkteams. Naast individuele preventie richtten zij zich ook op collectieve preventie waaronder laagdrempelig collectief aanbod en inloopmogelijkheden (bijv. mama cafés). Het is belangrijk door te bouwen op dit bestaande lokale aanbod en samenwerking en een doorgaande lijn te borgen binnen de wijksamenwerkingsverbanden.
- **Met de Regionale Preventie-Infrastructuur (RPI).** De RPI ondersteunt de samenwerking tussen gemeenten, zorg, welzijn en publieke gezondheid en vormt de organisatorische basis en een lerende omgeving voor een samenhangend preventief aanbod.

Organisatie en rollen (Hoe zijn verantwoordelijkheid, eigenaarschap en uitvoeringscapaciteit voor het leefgebied geborgd in de regio en wat zijn de rollen van betrokken partijen?)

Financierders	**Uitvoeringspartijen**
- Gemeenten Midden-Holland: Vanuit het IZA/ GALA AZWA - Via financiering voor jeugdzorg, lokale verordeningen, rijksbijdragen/ gemeentefonds - Gemeentelijke budgetten voor preventie en welzijn - Zorgverzekeraar (VGZ) voor het verzekerde deel van de inzet van de centraal zorgverlener (CZV) en inzet KinderGLI bij hoog risicokinderen. Als dit onderdeel is van het plan van aanpak van de CZV. - Zorgverzekeraar (VGZ) voor het verzekerde deel van de betrokken zorg binnen Kansrijke Start: verloskundige zorg, kraamzorg, kindergeneeskundige/ neonatologische zorg, GGZ-zorg en stoppen-met-roken-begeleiding. T.a.v. Nu Niet Zwanger: anticonceptie valt daarbij doorgaans buiten de basisverzekering, wat de financiële toegankelijkheid voor de NNZ-doelgroep bemoeilijkt. - Regionale middelen voor de GGD, voor regionale coördinatie, regisseur en de Gezonde School aanpak (doelgroep 4+).	- Hecht GGD: monitoring, regiocoördinatie basisfunctionaliteiten Kansrijke Start, Nu Niet Zwanger, Integrale Gezinspoli en Rookvrij, KnGG en RPI en adviseur op gebied van gezondheidsbevordering in brede zin. CJG's, Gezondheidsbevordering en Onderzoek - Gemeenten Midden-Holland - een centrale, regisserende rol - Mediis – regionale vertegenwoordiging huisartsenorganisaties en POH-ers - De Coöperatie Fysiotherapeuten Midden-Holland namens de aangesloten fysiotherapeuten/ leeftstijlcoach. - Coalitie Sociaal Domein; regionale vertegenwoordiger van zorg en welzijn partners in het sociaal domein. Lokale teams zoals WMO-/Jeugdconsulenten. - Ziekenhuizen - cruciale samenwerkingspartner in de tweede lijn, Groene Hart Ziekenhuis, IJsselland ziekenhuis & Alrijne ziekenhuis - Lokale Coalities Kansrijke Start - Kinderopvang/ scholen - Verloskundig Samenwerkingsverband-in-Zwang (Eerstelijns verloskundigen, kraamzorgorganisaties en Groene Hart Ziekenhuis) - Wijkcoördinatoren (Gedeelde Zorg, vanaf 2027 Mediis)

	- Lokale coördinatoren of regisseurs binnen het sociaal domein en beweeg domein (JOGG, CJG) lokale ketencoördinatoren, (beweeg) makelaars.

4a. Kansrijke start

Inleiding Kansrijke Start

Binnen het leefgebied Kansrijk Opgroeien vormt Kansrijke Start de basis, en beslaat de eerste 1.000 dagen: vanaf een kinderwens (±3 maanden voor de bevruchting) tot de baby 2 jaar oud is. De missie is helder: ieder kind een kansrijke start, door gezondheidsverschillen in deze levensfase te verkleinen. Vier onderdelen vormen samen het programma: 1. de basisfunctionaliteit Kansrijke Start zelf, 2. Nu Niet Zwanger (NNZ), 3. Integrale Gezinspoli (IGP) en 4. Rookvrije Start. De eerste drie basisfunctionaliteiten zijn structureel beleid. Er is in de bijlage een infosheet opgenomen met een samenvatting van de kerngetallen rondom de eerste doelgroep van de eerste 1.000 dagen.

IST/ SOLL/ GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	**Regionale opgave** Jaarlijks worden in Midden-Holland bijna 3.000 (2.856 in 2025) kinderen geboren. Voor de meeste kinderen verloopt de start goed, maar een substantiële groep groeit op met een stapeling van medische en sociale risicofactoren. De komende decennia groeit het aantal jonge kinderen in de regio naar verwachting met ongeveer 22% (landelijk 8%), terwijl de beschikbaarheid van zorg- en welzijnsprofessionals onder druk staat. **Omvang van de opgave** De doelgroep van Kansrijke Start omvatte in 2025 naar schatting 3.800 zwangeren en 8.826 kinderen van 0 tot 2 jaar. Deze cijfers geven de geschatte omvang van de doelgroep weer. Van de 8.881 kinderen die in de JGZ-registratie zijn opgenomen, zijn 4.613 (52%) kinderen geregistreerd zonder risicofactoren. Bij 2.524 (28,4%) kinderen is één risicofactor geregistreerd, bij 961 (10,8%) kinderen zijn twee risicofactoren geregistreerd en bij 783 (8,8%) kinderen zijn drie of meer risicofactoren geregistreerd. Deze cijfers zijn afkomstig uit de JGZ-dossiers en geven één momentopname van de kinderen die op het betreffende meetmoment bij de JGZ in beeld waren. Het aantal kinderen in deze registratie komt daardoor niet exact overeen met de andere hier genoemde getallen en percentages. Zo'n 3,7% van de kinderen wordt in onze regio geboren in een meervoudig kwetsbare situatie. Deze gezinnen hebben bijvoorbeeld te maken met een combinatie van een laag huishoudinkomen, schulden en psychische problemen. Een overzicht van belangrijke kerngetallen over de verschillende risicofactoren is opgenomen in bijlage 1. **De urgentie van Kansrijke Start** Juist in de eerste 1.000 dagen valt de meeste gezondheidswinst te behalen: tijdige preventie en ondersteuning zijn effectiever dan het herstel van problemen op latere leeftijd en leveren zowel betere gezondheidsuitkomsten als een doelmatiger inzet van maatschappelijke middelen op. Zonder betere preventie, vroegsignalering en samenwerking nemen de gezondheidsverschillen toe. Hierdoor groeit de druk op de zorg en gemeentelijke voorzieningen, wat de toegankelijkheid van ondersteuning bedreigt. Voor een kansrijke start van elk kind is een sluitende keten nodig tussen het medische, publieke, sociale én informele domein, hierna samen te noemen het zorg- en welzijnsdomein. Geld dat wordt ingezet tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren

		levert de maatschappij uiteindelijk minder zorgkosten, minder criminaliteit en hogere belastinginkomsten op wanneer het kind volwassen is. Het rendement op deze vroege investeringen kan oplopen tot wel 7 tot 10 procent per jaar (bron: https://heckmanequation.org/). **Bestuurlijke noodzaak** Midden-Holland borgt Kansrijke Start structureel als regionale basisfunctionaliteit en geeft daarmee invulling aan de afspraken uit het AZWA. Kansrijke Start heeft voor Midden-Holland hoge prioriteit. **Beoordeling urgentie: hoog** Motivering: de omvang van de regionale opgave, de verwachte groei van de doelgroep en de maatschappelijke opbrengst van vroegtijdige preventie maken structurele versterking van Kansrijke Start noodzakelijk. Daarmee geeft de regio direct invulling aan de kern van het AZWA: het verkleinen van gezondheidsverschillen in de eerste 1.000 dagen.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	**Huidige situatie** Midden-Holland beschikt over een stevige basis voor Kansrijke Start. In alle gemeenten zijn lokale coalities actief en regionaal is een samenwerkingsstructuur ingericht. De belangrijkste opgaven liggen in het verder harmoniseren, versterken en duurzaam borgen van de samenwerking, het aanbod en de monitoring. **Toelichting** **1. Governance en regie** • De lokale coalities Kansrijke Start zijn in alle vijf gemeenten ingericht. Zij verschillen in ontwikkelfase, capaciteit en organisatorische inrichting. In drie gemeenten wordt de lokale samenwerking ondersteund door een preventiecoördinator van Hecht GGD; in twee gemeenten ligt deze rol bij een beleidsmedewerker van de gemeente. • Er is een regionale coalitie, een domeinoverstijgend netwerk, bestaande uit vertegenwoordigers uit geboortezorg (Verloskundige Samenwerking Verband (VSV), kraamzorg, Groene Hart Ziekenhuis (GHZ), Jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisartsen, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), gemeenten, de coalities sociaal domein, informeel domein en ervaringsdeskundige. De regionale coördinatie is belegd bij Hecht GGD in opdracht van de Gemeenschappelijke Regeling Jeugd en Wmo (GR-JW) en richt zich op het verbinden van regionale partners en het versterken van de samenwerking, een toegankelijk passend aanbod. In alle coalities is een grote betrokkenheid van professionals. • Ervaringsdeskundigheid (hier gebruikt als verzamelterm voor ouderervaringen, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid wordt nog nauwelijks ingezet en benut. **2. Samenwerking** - Eerste stappen zijn gezet in domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken, zo is er een 'regionale richtlijn zwangeren in kwetsbare situaties' in ontwikkeling. Deze richtlijn vervangt twee convenanten uit 2016: Zorg voor zwangeren met 1) LVB en 2) verslaving. - Op inhoud zijn stappen gezet voor verbeterde vroegsignalering. De JGZ werkt al met de GIZ-methodiek, de kraamzorg implementeert deze werkwijze. GIZ staat voor Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte en is een gespreksmethodiek. De regionale coalitie beveelt de GIZ-methodiek aan als uniforme domeinoverstijgende signaleringsinstrument. De VSV werkt toe naar een gezamenlijke aanpak voor vroegsignalering binnen de geboortezorg. Voor de partijen uit het sociale domein,

kinderopvang en onderwijs moet nog worden bezien hoe en of zij kunnen aanhaken, zodat een doorgaande lijn ontstaat. Een regionaal besluit over bredere domeinoverstijgende invoering van GIZ als uniforme vroegsignalering is nog niet genomen.

- Daarnaast zijn de digitale zorgpaden tijdens de zwangerschap zijn lokaal ingericht, regionaal beheerd. De implementatie ervan is gestart. Zorgpaden 'na de bevalling' zijn landelijk nog niet beschikbaar, met uitzondering voor postnatale depressie.
- De keten rondom prenataal huisbezoek (phb) is in ontwikkeling, het bereik is ongeveer 2%, dus dit vergt aandacht en prioriteit. Het phb wordt voor ouders gepositioneerd als een laagdrempelig startgesprek.
- Er is een begin gemaakt in het uitrollen van de IMH-visie.

3. Toegankelijk en passend aanbod

Er is een totaaloverzicht van het aanbod in gemeenten. Gezamenlijk vormen de verschillende initiatieven op dit moment nog geen regionaal gelijkwaardig aanbod. Het aanbod verschilt per gemeente, is niet duurzaam geborgd en de aansluiting tussen aanbieders kan sterker.

- Er is toenemende aandacht in gemeenten om Kansrijke Start breder te borgen in Gezondheid in alle beleid, zoals een aanpak van belangrijke stressfactoren zoals schulden (bijv. al tijdens de zwangerschap aan te pakken) vroeg in de zwangerschap) en armoede.
- In alle gemeenten wordt (een vorm van) inloopvoorzieningen georganiseerd, dit aanbod wordt als belangrijk gezien en is groeiende. Er is divers aanbod voor ouders beschikbaar, zoals ouder-kindcafé, webinars en cursussen en buggy-walk-momenten.

  Steeds vaker ontstaan er samenwerkingen over de domeinen heen, zoals de samenwerking met bijvoorbeeld sport, spelotheken of bibliotheken. Het aanbod verschilt per gemeente. Laagdrempelige inloopvoorzieningen versterken de sociale basis en bieden (aanstaande) ouders een toegankelijke plek voor ontmoeting, informatie en ondersteuning. Ze maken het gemakkelijker om vragen vroegtijdig te signaleren en waar nodig passende hulp in te zetten. Zo dragen ze bij aan de preventie en het voorkomen van zwaardere zorg.
- Groepsaanbod, zoals Centering Zorg wordt in een aantal verloskundige praktijken in de regio aangeboden. Centering Zorg combineert medische zorg en groepsgerichte begeleiding. Ouders krijgen meer tijd voor informatie, uitwisseling en het bespreken van vragen en ervaringen met andere (aanstaande) ouders. Onderzoek laat zien dat Centering Zorg leidt tot meer tevredenheid, meer sociale steun en betere gezondheidsuitkomsten. Centering Zorg is daarom als interventie erkend met eerste aanwijzingen voor effectiviteit. De inzet in onze regio is afhankelijk van lokale initiatieven van individuele verloskundige praktijken. In de afgelopen jaren is geïnvesteerd in de introductie en scholing in Centering Zorg. De verspreiding is echter niet regionaal dekkend en de aansluiting met de JGZ is nog zeer beperkt. De JGZ biedt in de gemeente Krimpenerwaard een aanvullend groepsgericht aanbod (Kansrijke Lijn).
- Informele steunprogramma's zoals Steunouders, Home-Start en Samen oplopen, Spel aan huis) zijn aanwezig, maar het aanbod verschilt per gemeente en is nog in opbouw. Hierdoor kan het voor ouders en professionals onduidelijk zijn wat waar beschikbaar is.
- Stevig Ouderschap (incl. prenataal) is in alle gemeenten beschikbaar.
- Preconceptieconsult uitgevoerd door de verloskundige, kan nog beter benut worden.

		4. Monitoring en leren Er is een dashboard Kansrijke Start 'Een Gezonder Hollands Midden' en een procesmonitor (2x per jaar). Een uniforme regionale 'registratieset' en domeinoverstijgende monitoring ontbreken nog, de RIVM-data zijn soms verouderd (landelijk probleem). Gegevensdeling van bijv. bereik is op beperkte incidentele basis georganiseerd.
SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	**Ambitie** In 2030 weet elk (aanstaand) gezin waar ze terecht kunnen voor betrouwbare informatie en vragen rond kinderwens, zwangerschap, geboorte en de eerste levensjaren, passend bij wat zij nodig hebben. • Voor alle (aanstaande) ouders is er dicht bij huis laagdrempelige toegang tot goede basiszorg en heldere informatie, ongeacht waar ze wonen. Bij elk gezin wordt vroeg en breed gekeken of er een balans is tussen draaglast en draagkracht via een regionaal afgesproken werkwijze voor vroegsignalering • (Aanstaande) ouders bij wie een verhoogd risico op kwetsbaarheid wordt gesignaleerd krijgen op tijd een steuntje in de rug. • (Aanstaande) ouders in een kwetsbare of zeer kwetsbare situatie ontvangen tijdig extra samenhangende integrale ondersteuning. Midden-Holland beschikt over een duurzaam georganiseerde Kansrijke Start-aanpak, volgens de landelijke handreiking en passend bij de regionale context. Gemeenten en regionale partners werken samen in een structureel verankerde ketenaanpak, waarin de vroegsignalering is versterkt met een uniforme werkwijze en een regionaal dekkend en toegankelijk basisaanbod beschikbaar is. Kansrijke Start vormt de basis voor de regionale uitvoering van de onderdelen: Nu Niet Zwanger, Integrale Gezinspoli en Rookvrije Start. Voor een sluitende keten worden de verschillende basisfunctionaliteiten als onderdelen van Kansrijke Start onderling verbonden en in samenhang doorontwikkeld. **Voorwaarden** Voor de ambitie en continuïteit van de regionale samenwerking en het basisaanbod zijn bestuurlijk commitment, voldoende capaciteit en structurele financiering noodzakelijk. Om de ambitie voor 2030 te realiseren, zijn de volgende randvoorwaarden noodzakelijk. ☐ Er zijn structurele afspraken over regionale coördinatie (ketenregisseur) eigenaarschap, governance en rolverdeling. ☐ Gemeenten en partners werken volgens gezamenlijke afspraken voor vroegsignalering, toeleiding, warme overdracht en passende ondersteuning. ☐ Structurele financiering is noodzakelijk voor invoering uniforme vroegsignalering en voor een kwalitatief en regionaal dekkend basisaanbod in alle gemeenten duurzaam beschikbaar te houden. ☐ Monitoring sluit zoveel mogelijk aan bij bestaande registraties en landelijke indicatoren. Gemeenten en partners maken afspraken over een minimale regionale registratieset en structurele gegevensdeling, zodat voortgang, bereik en resultaten gevolgd kunnen worden zonder onnodige administratieve lasten.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	**Ontwerp** In deze paragraaf zijn de belangrijkste ontwerpkeuzes opgenomen die richting geven aan de inrichting. Waar keuzes nog niet zijn gemaakt, is aangegeven welke uitwerking of besluitvorming nog nodig is.

		1. Governance en regie • Een gezamenlijke visie voor professionals op de eerste 1.000 dagen, gebaseerd op de uitgangspunten van Infant Mental Health (IMH), waarbij één gezamenlijke definitie van (aanstaande) gezinnen in een kwetsbare situatie wordt gehanteerd, volgens de door het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam ontwikkelde definitie. Deze visie en definitie vormen het gezamenlijke kader voor beleid, samenwerking, signalering en ondersteuning. • Een ingericht basisfunctionaliteit Kansrijke Start, regionaal waar dit meerwaarde heeft, met behoud van ruimte voor lokaal maatwerk. • Een gezamenlijke communicatie- en informatiestructuur, zodat (aanstaande) ouders, professionals en bestuurders beschikken over eenduidige en toegankelijke informatie over Kansrijke Start, de regionale aanpak, het aanbod en de toegang tot ondersteuning. • Een regionale inrichting van de inzet van ervaringsdeskundigheid, inclusief afspraken over organisatie, ondersteuning en vergoeding en lokale beschikbaarheid. **2. Samenwerking** • De professionals in de regio werken volgens één sluitende keten, met daarin vanuit de gezamenlijk regionaal ontwikkelde en beheerde online zorgpaden voor met daarin een afgesproken werkwijze voor vroegsignalering, warme overdracht en toeleiding naar passende ondersteuning. **3. Toegankelijk en passend aanbod** • Een regionaal dekkend preventief basisaanbod Kansrijke Start, met een minimale regionale standaard (informeel en formeel) en ruimte voor lokaal maatwerk. • Het prenataal huisbezoek wordt vooralsnog gericht op de wettelijke doelgroep en er wordt een regionaal plan ontwikkeld om het bereik te vergroten. **4. Monitoring en leren** • Het structureel benutten van ouderervaringen, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid bij de monitoring, evaluatie en doorontwikkeling van alle vier de basisfunctionaliteiten binnen Kansrijke Start. • Een lerend netwerk met interprofessionele deskundigheidsbevordering, kennisdeling en gezamenlijke ontwikkeling. **Ontwerpkeuzes (die nog bestuurlijke besluitvorming vragen)** 1. **Governance en regie** • Gemeenten en zorgverzekeraars verstrekken gezamenlijk een bestuurlijke opdracht aan een organisatie (zoals voortzetting bij Hecht GGD), voor de regionale doorontwikkeling, implementatie en borging van Kansrijke Start, belegd bij een Regionale Ketenregisseur Kansrijke Start die vanuit een verbindende, onafhankelijke rol, zonder hiërarchisch mandaat- de samenhang bewaakt, partners verbindt en de bestuurlijke opdrachtgever adviseert, zodat alle basisfunctionaliteiten in samenhang worden ontwikkeld.

		2. Samenwerking • Besluitvorming door partners vertegenwoordigd in de regionale coalitie in Midden-Holland over de regionale werkwijze voor vroegsignalering, warme overdracht en toeleiding, inclusief de keuze van het instrument en de organisatorische en financiële consequenties. De regionale coalitie heeft daarbij een voorkeur voor verbreding van de inzet van de GIZ-methodiek. Definitieve besluitvorming is afhankelijk van de organisatorische en financiële consequenties. Implementatie vraagt om investeringen in scholing, intervisie en tijd voor zorgvuldige toepassing. • Lokale multidisciplinaire overleggen (MDO's) voor complexe casuïstiek, georganiseerd volgens een regionale werkwijze en met een doorlopende ondersteuningslijn tussen geboortezorg, eerste lijn, tweede lijn en het sociaal domein. **3. Toegankelijk en passend aanbod** • Een verdere uitwerking van het regionaal dekkend (minimaal) basisaanbod, inclusief de afweging welke voorzieningen regionaal en welke lokaal worden georganiseerd — oftewel: welke interventies we inzetten. • Besluitvorming over de regionale organisatie en financiering van laagdrempelig groepsaanbod, waaronder de mogelijke invoering van een vorm van Centering Zorg, met een doorgaande lijn van zwangerschap naar ouderschap. • Een regionale aanpak voor eerder bereiken van moeilijk bereikbare (aanstaande) ouders en gezinnen en tijdige, passende ondersteuning.
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	De projectdoelstellingen zijn rechtstreeks afgeleid van de landelijke bouwstenen van de Handreiking Ketenaanpak Kansrijke Start en geconcretiseerd op basis van de regionale GAP-analyse. **Projectdoelstellingen** (Aanstaande) gezinnen hebben laagdrempelige toegang voor vragen en de gezinnen in een kwetsbare situatie worden tijdig bereikt en ontvangen passende ondersteuning, zodat ieder kind een Kansrijke Start krijgt. **1. Governance en regie** • Lokale en regionale coalitiepartners functioneren als een netwerk voor de uitvoering, doorontwikkeling en borging van de ketenaanpak. **2027:** Bestuurlijke opdracht verstrekt door gemeenten en zorgverzekeraar aan Hecht GGD met aanstelling regionale ketenregisseur. Een Kansrijke Start-team brengt de vier basisfunctionaliteiten structureel bij elkaar; deelprojectleiders zoeken actief de onderlinge samenhang op met de ketenregisseur die dit verbindt en versterkt. De ketenregisseur zoekt daarnaast structureel de verbinding met de coördinatoren van de andere basisfunctionaliteiten, zoals Overgewicht en obesitas volwassenen, Overgewicht en obesitas kinderen, Sociaal Verwijzen, Laagdrempelige steunpunten EPA en Nicotinevrij, zodat kansen om elkaar te versterken worden benut. Hangt natuurlijk ook samen met de keuze van die kleine gemeenten, want sommigen hebben veel te veel dossiers. **2027-2029:** Elke coalitiepartner heeft de regionale samenwerkingsafspraken en IMH-visie geïmplementeerd en bekrachtigd. Regionale scholing is beschikbaar voor professionals die met de doelgroep werken. **2029** is IMH opgenomen in werkwijzen zoals MDO's, intakes en zorgpaden. **2027-2028**: regionale afspraken over structurele inzet van ervaringsdeskundigheid vastgesteld (organisatie, ondersteuning en vergoeding).

		2028-2029: coalities sturen jaarlijks samen op uitvoering, leren en borging o.b.v. de indicatoren uit het monitoringskader. **2. Samenwerking** • Gemeenten en (regionale) partners werken volgens gezamenlijke regionale ketenafspraken voor vroegsignalering, warme overdracht, toeleiding en passende ondersteuning. **2027**: Regionaal vroegsignaleringsinstrument en werkwijze vastgesteld. Bij besluit tot verbreding van de GIZ-methodiek zijn financiële middelen nodig, zie bestedingsvoorstel **2027**: Regionale ketenafspraken voor het prenataal huisbezoek vastgesteld en toegepast. De regio heeft 2 experimenten uitgevoerd om het bereik te vergroten. **2028**: Regionale ketenafspraken voor warme overdracht en toeleiding zijn vastgesteld in de regionale coalitie en worden geïmplementeerd bij de partners. **2028**: Een basisinfrastructuur met eerste- en tweedelijns consultatie mogelijkheid, waaronder multidisciplinaire overleggen (MDO's) is in samenhang uitgedacht. Twee MDO's zijn opgestart volgens regionale uitgangspunten. **Vanaf 2029**: Regionale ketenafspraken zijn bij de coalitiepartners geïmplementeerd. • De ketenaanpak Kansrijke Start wordt samen met (aanstaande) ouders ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd. **2027**: Initiatieven rondom ouderperspectief en ervaringsdeskundigheid bij de vijf gemeenten en regionale coalitiepartners zijn geïnventariseerd. **2028**: Regionale en lokale aanpak voor ouderparticipatie en inzet ervaringsdeskundigheid is ontwikkeld en vastgesteld, incl. benodigde vergoeding. **2029**: (Aanstaande) ouders nemen deel aan de ontwikkeling en evaluatie van Kansrijke Start. **Vanaf 2030**: Ervaringen van (aanstaande) ouders zijn structureel onderdeel van doorontwikkeling en monitoring. **3. Toegankelijk en passend aanbod** • Midden-Holland beschikt over een regionaal dekkend basisaanbod Kansrijke Start. **2027**: regionaal bundelen, door lokaal te inventariseren wat de huidige en gewenste situatie is rondom de sociale basis en Kansrijke Start, en vandaaruit gefaseerd evt. hiaten aanvullen. Inventarisatie is per gemeente gereed, met een overzicht van de hiaten. **2028**: Haalbaarheidsonderzoek naar regionaal informele steun versterken, aanbod (o.a. inloopvoorzieningen en groepsgerichte zorg, zoals Kansrijke Lijn of vervolg Centering Zorg). Onderzoek afgerond, inclusief besluitvormingsvoorstel. **2029**: Besluitvorming voorbereiding en evt. noodzakelijke doorontwikkeling. Bestuurlijk besluit door gemeenten en zorgverzekeraar. **Vanaf 2030**: regionaal dekkend basisaanbod is beschikbaar **4. Monitoring en leren** • De regio gebruikt een gezamenlijk monitoringskader voor sturing, kennisdeling, evaluatie en continue verbetering. **2027**: monitoringskader vastgesteld in de projectgroep Kansrijke Start en regionale coalitie. **2028**: regionale registratie en rapportage ingericht, passend bij de governance van de partijen. **Vanaf 2029**: monitoring wordt gebruikt voor leren en bijsturen.

	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Vanuit zowel SPUK AZWA lokaal als vanuit SPUK AZWA regionaal worden middelen opgenomen voor de inzet van de interventies om te komen tot de uitvoering van Kansrijke Start.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	**Monitoring** De voortgang wordt gevolgd met een regionaal monitoringskader dat aansluit bij bestaande landelijke en regionale databronnen. De regio ontwikkelt hiervoor een minimale registratieset. De uitkomsten worden gebruikt voor sturing, verantwoording en kwaliteitsverbetering.

4b. Nu Niet Zwanger (onderdeel van Kansrijke start)

IST/ SOLL/ GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	**Regionale opgave** In Midden-Holland is bij een deel van de inwoners al vóór de zwangerschap sprake van psychische, sociale of maatschappelijke kwetsbaarheid. Voor deze doelgroep kan een onbedoelde zwangerschap grote gevolgen hebben voor ouder en kind. Tijdige aandacht voor kinderwensverkenning, anticonceptie en gezondheid rondom de kinderwens (reproductieve gezondheid) is daarom essentieel. **Omvang van de opgave** Landelijk loopt één op de acht vrouwen risico op een onbedoelde zwangerschap wanneer zij vruchtbaar is, geen zwangerschap wenst en geen anticonceptie gebruikt (bron: Rutgers, monitor seksuele gezondheid 2023). In 2026 woonden er ongeveer 48.671 vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 15 tot 45 jaar en ongeveer 49.425 mannen in dezelfde leeftijdsgroep. Vertaald naar Midden-Holland gaat het om ongeveer 6.084 vrouwen; wanneer ook de betrokken mannelijke partners worden meegeteld, betreft dit potentieel ongeveer 12.262 inwoners. **De urgentie van Nu Niet Zwanger** Diverse gezondheids- en sociale risicofactoren dragen bij aan een verhoogde kans op een ongunstig verloop van zwangerschap en geboorte. Vrouwen met een psychische kwetsbaarheid raken vaker ongepland zwanger en lopen bovendien meer risico op terugkeer of verergering van klachten. Onbedoelde zwangerschappen in kwetsbare omstandigheden kunnen leiden tot hogere kosten. Juist daarom is het gesprek over kinderwens, anticonceptie en reproductieve gezondheid van belang op plekken waar kwetsbaarheid al bekend is. **Bestuurlijke noodzaak** Voor Midden-Holland is het noodzakelijk om Nu Niet Zwanger (NNZ) als regionale basisfunctionaliteit duurzaam te

		implementeren en te borgen. Dit sluit aan bij de landelijke verplichting vanuit het AZWA om NNZ als basisfunctionaliteit in te richten. **Beoordeling urgentie: hoog** Motivering: onbedoelde zwangerschappen in kwetsbare situaties kunnen leiden tot hogere kosten voor zorg, jeugdhulp, maatschappelijke opvang en andere vormen van ondersteuning. Preventie vóór de zwangerschap is daarom effectiever, minder belastend en maatschappelijk doelmatiger dan ingrijpen nadat problemen zijn ontstaan. Omdat onbedoelde zwangerschap oververtegenwoordigd is onder juist deze kwetsbare groepen, draagt NNZ direct bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	**Huidige Situatie** NNZ wordt in alle 5 gemeenten aangeboden. Er is een regionaal dekkend netwerk van 18 organisaties. De basisfunctionaliteit is daarmee aanwezig, maar wordt nog niet structureel en vanzelfsprekend ingezet in de praktijk door professionals. Implementatie en borging van de werkwijze en beleid in de keten vragen nog aandacht. De huidige situatie is dat het keuzegesprek over kinderwens in de regio nog niet overal structureel wordt gevoerd binnen zorg, welzijn, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, GGZ en overig sociaal domein. Daardoor blijft ondersteuning afhankelijk van toevallige signalering en individuele professionals. NNZ is nog beperkt zichtbaar in beleid en jaarplannen. De implementatie vraagt nog om extra acties door NNZ standaard op te nemen in werkprocessen. De scholing van professionals dient structureel geborgd te zijn. De regio beschikt over een regionaal netwerk van deelnemende organisaties, opgeleide professionals en een bestaande samenwerkingsstructuur tussen het sociaal-en medisch domein. De opgave ligt in de verdere implementatie en duurzame borging, waarvan scholing een belangrijk onderdeel is
SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	**Ambitie** In 2030 ontvangen inwoners in een kwetsbare situatie tijdig integrale ondersteuning bij het maken van een bewuste keuze over een kinderwens. NNZ is ingericht volgens de landelijke handreiking en duurzaam verankerd in de regionale preventie-infrastructuur. Organisaties die werken met de doelgroep hebben de methodiek structureel geborgd in hun beleid, werkprocessen en reguliere cliëntcontacten, waardoor kinderwensverkenning een vanzelfsprekend onderdeel is van de ondersteuning en een regionaal dekkend aanbod beschikbaar is. **Welke structurele voorwaarden zijn nodig?** Naast de inspanningen van het regionaal NNZ-team (werkzaam bij Hecht GGD) is daarvoor nodig: • Dat gemeenten NNZ opnemen in hun opdrachten, contracten en/of accountgesprekken met de diverse lokale én regionale aanbieders. • Dat er wordt onderzocht of er vanuit de zorgverzekeraar een mogelijkheid is tot cofinanciering van anticonceptie en sterilisatietrajecten. • Dat er met de zorgverzekeraar in gesprek wordt gegaan over de mate waarin invloed mogelijk is op het benutten van NNZ in het medisch domein, zoals bij huisartsen, verloskundigen en ziekenhuizen. • Dat er wordt onderzocht of anticonceptie vergoed wordt vanuit de gemeentepolis. • Dat we bewust investeren in culturele sensitiviteit in de communicatie — op politiek, bestuurlijk én doelgroepniveau. Nu Niet Zwanger raakt aan onderwerpen als kinderwens, seksualiteit en anticonceptie: thema's die cultureel en

		religieus gevoelig kunnen liggen. Juist daarom vraagt dit gesprek om zorgvuldigheid, zodat het op de juiste manier wordt aangegaan en de eigen regie van de doelgroep wordt versterkt, • Dat NNZ verbonden wordt met, en samenhangend ontwikkeld binnen de bredere aanpak Kansrijke Start.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	**Ontwerp** Aanvullend op de generieke ontwerpkeuzes van Kansrijke Start kiest de regio voor: het toepassen van NNZ volgens de handreiking VWS. Een regionale aanpak zorgt voor uniforme werkwijzen, gezamenlijke deskundigheidsbevordering, een herkenbare werkwijze voor professionals en een gelijkwaardig aanbod in alle gemeenten.
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**Projectdoelstellingen** **1. Governance en regie** Bestuurlijk commitment en duidelijke opdracht, in samenhang met de andere basisfunctionaliteiten onder Kansrijke Start. Gemeenten in Midden-Holland geven gezamenlijk opdracht aan Hecht voor de uitvoering van NNZ. Zij spreken uit dat kinderwensverkenning onderdeel is van de preventieve aanpak rond gezondheid, bestaanszekerheid en kansrijk opgroeien. Voor structurele borging wordt NNZ bij betrokken regionale partijen opgenomen a) in beleid en uitvoering (beleidskaders, programma's en in de intake, inwerkprogramma, dossier, en professionals zijn getraind), en bij b) inkoop en sturing: waarbij NNZ wordt verankerd in de betrokken organisaties, dit wil zeggen opgenomen in contracten, opdrachten en accountgesprekken. **2027:** Medische domein: 15% is getraind in de NNZ-methodiek; gemeenten: 20% heeft NNZ verankerd. Voor de regio is onderzoek gedaan naar cofinanciering van anticonceptie **2028:** Publiek sociaal domein: 30% van de aangesloten organisaties heeft NNZ geïmplementeerd en geborgd. Medisch domein: 30% van de professionals zijn getraind in NNZ. Gemeenten: 40% heeft NNZ verankerd 2029: Publieke gezondheids- & sociaal domein: 60% van de aangesloten organisaties heeft NNZ geïmplementeerd en geborgd. Medische domein: 50% is getraind in NNZ. Gemeenten: 60% heeft NNZ verankerd. **2. Samenwerking** • Structurele regionale coördinatie en expertise: een goed functionerend NNZ-team bij Hecht GGD vormt de spil van de uitvoering. Het team zorgt voor netwerkopbouw, deskundigheidsbevordering, consultatie en ondersteuning bij complexe casuïstiek en verbinding tussen sociaal en zorgdomein. Structurele capaciteit is noodzakelijk om de uitvoering, continuïteit, kwaliteit en regionale samenwerking te waarborgen. • De NNZ-aanpak vraagt om goede samenwerking tussen professionals uit sociaal en zorgdomein. Heldere afspraken over verwijzing, consultatie, privacy en casuïstiekbespreking zorgen ervoor dat cliënten tijdig en passend ondersteund kunnen worden worden gemaakt door het NNZ-team. • NNZ wordt in samenhang met de overige onderdelen van Kansrijke Start ontwikkeld. De coördinator NNZ zoekt pro-actief de samenhang op met de Integrale GezinsPoli (kinderwens, anticonceptie, verwijzing vanuit de verloskunde) en met Rookvrije Start (preconceptiefase). De coördinator NNZ zoekt daarnaast de verbinding met de coördinatoren van Sociaal Verwijzen en Laagdrempelige steunpunten EPA, gezien de samenhang tussen onbedoelde zwangerschap en psychosociale of psychische kwetsbaarheid. • Daarnaast vraagt dit ook om een sterke basis binnen het NNZ-team zelf. Een goed functionerend NNZ-team bij Hecht GGD vormt de spil van de uitvoering: netwerkopbouw, deskundigheidsbevordering, consultatie en ondersteuning bij complexe casuïstiek, en verbinding tussen sociaal en zorgdomein. Structurele capaciteit is noodzakelijk om de

		uitvoering, continuïteit, kwaliteit en regionale samenwerking te waarborgen. Heldere afspraken over verwijzing, consultatie, privacy en casuïstiekbespreking zorgen ervoor dat cliënten tijdig en passend ondersteund kunnen worden. **2027:** NNZ-team bij Hecht GGD structureel bemenst en operationeel; regionale afspraken over verwijzing, consultatie en privacy tussen sociaal en medisch domein zijn vastgesteld. **2028:** Samenwerkingsafspraken met de Integrale Gezinspoli over kinderwens, anticonceptie en verwijzing zijn uitgewerkt. Gezamenlijke werkwijze NNZ-Rookvrije Start voor de preconceptiefase is vastgesteld. Vastgestelde afspraken zijn in gebruik bij de kernpartners uit sociaal en medisch domein; complexe casuïstiek wordt structureel via het NNZ-team opgepakt. **2029:** NNZ is structureel verbonden met IGP en Rookvrije Start in gedeelde werkprocessen en verwijsafspraken. Samenwerking tussen sociaal en medisch domein via het NNZ-team is duurzaam geborgd, inclusief een vaste overlegstructuur voor consultatie en casuïstiekbespreking. **3. Toegankelijk en passend aanbod** • Inbedding in werkprocessen van organisaties: medische en hulpverleningsorganisaties erkennen het belang van NNZ en integreren kinderwensverkenning in hun reguliere werkwijze. Dit betekent dat professionals vanuit het sociaal- en medisch domein worden getraind in de NNZ-methodiek, dat werkprocessen en registratiesystemen hierop worden aangepast en dat binnen organisaties duidelijke aanspreekpunten bestaan voor implementatie en borging. • Voor de Integrale Gezinspoli wordt nader uitgewerkt hoe structureel de kinderwens en anticonceptie wordt besproken, hoe dit wordt geborgd en hoe er wordt verwezen vanuit de verloskunde. Ook willen we nader uitwerken wat de rol is van de verloskunde is bij terugkerende ongeplande/ ongewenste zwangerschappen. • Toegankelijke anticonceptiezorg en wegnemen van financiële drempels om cliënten daadwerkelijk regie te laten nemen over hun kinderwens is het van belang dat passende anticonceptiezorg toegankelijk is, uitgaande van de bestaande afspraken in het zorgstelsel. Onder regie van het NNZ-team worden algemene regionale afspraken gemaakt met zorgaanbieders over vergoeding van anticonceptie, begeleiding naar zorg en samenwerking met huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en apothekers. Deze zorgen ervoor dat op maat financiële en praktische drempels voor cliënten worden weggenomen. **2027:** Werkprocessen en registratiesystemen voor NNZ zijn regionaal uitgewerkt; per organisatie is een ambassadeur en een sleutelpersoon als aanspreekpunt voor implementatie en borging benoemd. **2028:** Regionale afspraken met huisartsen en VSV-in Zwang (verloskundigen en gynaecologen) over vergoeding van en verwijzing bij anticonceptie zijn vastgesteld en in uitvoering. Voor de Integrale Gezinspoli is uitgewerkt hoe kinderwens en anticonceptie structureel worden besproken en hoe en wanneer kan verwezen naar het NZZ-team Anticonceptie is opgenomen in de gemeentepolis. **2029:** Aangepaste werkprocessen en registratie zijn vastgelegd in beleid en werkproces bij de betrokken organisaties; Afspraken met de preferente zorgverzekeraar t.a.v. financiële vergoeding bij anticonceptie zijn vastgelegd.

		4. Monitoring en leren • Registratie en monitoring maken zichtbaar hoeveel cliënten bereikt worden, welke ondersteuning wordt geboden en welke resultaten worden behaald. Deze informatie ondersteunt gemeenten en Hecht bij sturing, verantwoording en het verder verbeteren van de uitvoering van NNZ. **2027:** Regionaal registratie- en monitoringskader voor NNZ is vastgesteld door gemeenten en deelnemende organisaties. **2028:** Registratie is bij alle deelnemende organisaties operationeel; Jaarlijkse regionale rapportage over bereik en resultaten beschikbaar. **2029:** Monitoringsgegevens worden structureel gebruikt voor sturing en bijstelling van de uitvoering, met een jaarlijkse rapportage aan gemeenten en deelnemende organisaties.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	De bekostiging van NNZ zal worden opgenomen in het bestedingsvoorstel 2027 en worden bekostigd door de vijf gemeenten vanuit SPUK AZWA lokaal.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	**Monitoring** • Verbeteren registratie en monitoring, zodat deze informatie de gemeenten en GGD ondersteunt bij sturing, verantwoording en het verder verbeteren van de uitvoering van NNZ. • Het streven is te werken volgens landelijk regionale vastgestelde minimale dataset, aangevuld met regionale indicatoren, zoals hoeveel cliënten bereikt worden, welke ondersteuning wordt geboden en welke resultaten worden behaald. • Er is een data governance-structuur ingericht waarin afspraken zijn vastgelegd over beheer, eigenaarschap, wijziging en gebruik van NNZ-data. • Het voor NNZ ingerichte registratielandschap ondersteunt de uitvoering met eenduidige, veilige en bruikbare data voor sturing, verantwoording en verbetering. Door een koppeling met Zorgdomein te maken kunnen professionals zoals huisartsen en wijkteams cliënten veilig en digitaal doorverwijzen voor NNZ-begeleiding. • Er wordt gebruik gemaakt van een landelijke NNZ-registratieapplicatie. Hierin worden indicatoren, als opgeschaalde casuïstiek en het wel/niet realiseren van de anticonceptie, op regionaal niveau opgenomen. Daarnaast worden het aantal betrokken organisaties en aantal professionals dat (bij)geschoold is in de NNZ-methodiek en casuïstiekbesprekingen/intervisie geregistreerd.

4c. Integrale gezinspoli (onderdeel van Kansrijke start)

Gezette stappen in opdracht van de gemeenten in Midden-Holland:

- Onderstaande informatie is door adviesbureau AEF genoteerd op basis van interviews met betrokken professionals, beleidsadviseurs van gemeenten en onderzoekers van de GGD. Input van de regionale coalitie Kansrijke Start Midden-Holland is hierin verwerkt.
- Op basis van hun inhoudelijke expertise is dit vervolgens aangevuld vanuit gemeenten en GGD.
- Met ondersteuning van de epidemiologen/ onderzoekers van Hecht GGD zijn cijfers verzameld en vanuit verschillende organisaties bijeengebracht.
- De uitwerking wordt de komende weken verder vormgegeven

IST/ SOLL/ GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	**Regionale opgave** De Integrale Gezinspoli (IGP) is bedoeld voor een in omvang beperkte, maar (zeer) kwetsbare groep (aanstaande) gezinnen waarbij medische, psychische, ontwikkelings- en sociale problematiek samenkomen. Juist deze samenloop vergroot het risico op een ongunstige ontwikkeling van het kind, overbelasting van ouders en een toenemende zorg- en ondersteuningsvraag. Voor deze gezinnen is een integrale, domeinoverstijgende aanpak noodzakelijk, waarin betrokken professionals gezamenlijk optrekken. De IGP richt zich specifiek op (aanstaande) gezinnen in een sociaal kwetsbare situatie met een medisch-specialistische zorgvraag of een hoog risico daarop. Dit vraagt om nauwe samenwerking en korte lijnen met het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) en de betrokken regionale partners. **Omvang van de opgave** Jaarlijks worden in Midden-Holland ongeveer 3.000 kinderen geboren, waarvan naar schatting ongeveer iets meer dan 100 kinderen (3,7%) in een meervoudige kwetsbare situatie worden geboren. Daarnaast bevinden zich ongeveer 170 zwangeren (5,9%) in een meervoudige kwetsbare situatie. In de bijlage treft u kerngetallen aan over onze regio. Uit bestaande regionale samenwerkingen blijkt dat jaarlijks ongeveer 100 zwangeren en 280 kinderen uit gezinnen met complexe problematiek instromen en worden bereikt (voor details zie de ‘ist-analyse’, later in dit document). Deze cijfers bieden een eerste indicatie van de instroom, maar vragen om verdere verdieping. Deze aantallen kunnen niet één-op-één worden vertaald naar de potentiële doelgroep van de IGP Enerzijds kan er sprake zijn van overlap tussen de bestaande initiatieven, waardoor de omvang wordt overschat. En niet elke casus met meervoudige problematiek kent bovendien een medische hulpvraag. Anderzijds wordt niet bij alle (aanstaande) gezinnen met een medische hulpvraag de stapeling van problematiek tijdig en breed gesignaleerd of bereikt, waardoor de werkelijke opgave juist groter kan zijn. Om de omvang van de opgave beter te kunnen bepalen en onderbouwen, is een verdiepend onderzoek nodig.

		De urgentie van de Integrale Gezinspoli (Aanstaande) gezinnen met complexe sociaal-medische problematiek hebben baat bij een samenhangende aanpak. Bij deze gezinnen zijn vaak meerdere professionals betrokken. Als zorg en ondersteuning onvoldoende op elkaar aansluiten, neemt het risico toe op gemiste signalen, versnipperde ondersteuning en escalatie van problematiek. Meerwaarde De IGP organiseert niet méér zorg, maar de juiste ondersteuning, op het juiste moment en passend bij de behoefte van het gezin. Uitgangspunt is de eigen kracht van het gezin, ondersteund door de sociale basis en informele steun. Specialistische ondersteuning wordt ingezet wanneer dat nodig is. Door medische en sociale expertise rondom het gezin te verbinden, stemmen betrokkenen hun inzet beter op elkaar af en ontvangen (aanstaande) gezinnen sneller passende ondersteuning. Daarmee wordt de samenhang tussen zorg en ondersteuning versterkt en worden onnodige diagnostiek, verwijzingen en consulten zoveel mogelijk voorkomen. Afbakening Een meervoudig kwetsbare situatie betekent daarom niet automatisch dat de IGP de aangewezen voorziening is; de zorgbehoefte en het risico op zorg in de tweede of derde lijn zijn bepalend. De bredere ondersteuning van (aanstaande) gezinnen in de eigen omgeving, waar mogelijk met inzet van de sociale basis en informele steun, is toegelicht bij de basisfunctionaliteit Kansrijke Start. **Bestuurlijke noodzaak** Midden-Holland staat voor de bestuurlijke opgave om de bestaande regionale samenwerkingen door te ontwikkelen tot de regionale basisfunctionaliteit. Hiermee geeft de regio invulling aan de landelijke afspraak binnen het AZWA om deze basisfunctionaliteit regionaal in te richten. De regio beschikt al over verschillende waardevolle initiatieven, waarin het medisch en sociaal domein samenwerken. Deze initiatieven vormen een belangrijke praktische basis, maar ze zijn nog niet regionaal verbonden tot één samenhangende en sluitende keten, een IGP. Na de zomer volgt onder leiding van AEF een vervolgonderzoekstraject. Dit onderzoek brengt dan de omvang van de opgave, de benodigde inrichting en de randvoorwaarden voor een toekomstbestendige IGP in beeld en vormt de basis voor verdere bestuurlijke besluitvorming. Hiermee kan de huidige samenwerking doorontwikkelen naar een toekomstbestendige IGP als regionale basisfunctionaliteit. Daarnaast vraagt de borging van de GO-poli op zo kort mogelijke termijn bestuurlijke besluitvorming. Het huidige samenwerkingscontract tussen Hecht GGD en GR-JW loopt eind 2026 af en voor de periode vanaf 2027 zijn geen gemeentelijke middelen gereserveerd. Zonder tijdige besluitvorming bestaat het risico dat bestaande expertise, samenwerking en continuïteit verloren gaan.

		Beoordeling urgentie: hoog Motivering: de IGP richt zich op een beperkte groep (aanstaande) gezinnen met complexe problematiek. Vroegtijdige sociaal-medische samenwerking levert gezondheidswinst op voor kinderen en ouders, voorkomt waar mogelijk zwaardere zorg en draagt bij aan een doelmatige inzet van zorg en ondersteuning. Juist bij deze gezinnen, waar problemen zich het sterkst opstapelen, is de winst voor het verkleinen van gezondheidsverschillen het grootst. Midden-Holland beschikt al over regionale samenwerkingen voor specifieke onderdelen en doelgroepen van de IGP. Deze vormen een belangrijke basis, maar zijn nog niet regionaal verbonden tot één samenhangende IGP. Daarnaast is deze samenwerking nog niet duurzaam, onder andere door het ontbreken van structurele bekostiging en voldoende menskracht, en voldoet zij nog niet aan de landelijk vastgestelde elementen van de IGP. Door nu regionaal te investeren kan de bestaande samenwerking worden doorontwikkeld tot een duurzame regionale basisfunctionaliteit. Daarmee worden bestaande expertise en samenwerking behouden en kan de regio tijdig voldoen aan de landelijke ambitie om de IGP uiterlijk in 2030 regionaal te realiseren.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	**Huidige Situatie** Midden-Holland beschikt al over verschillende regionale samenwerkingen die de inhoudelijke basis vormen voor de IGP. Hieronder staat een beknopt overzicht van de bestaande regionale samenwerkingen die de inhoudelijke basis kunnen gaan vormen voor de IGP. Het noodzakelijke (landelijke) minimum van de basisfunctionaliteit is nog niet gerealiseerd. De reden is tweeledig: 1. Al bestaande samenwerking is nog niet structureel verankerd in bekostiging en reguliere werkwijze. Het is vaak nog afhankelijk van één persoon en tijdelijke middelen. 2. Op niet alle elementen van de IGP wordt in Midden-Holland al ingezet (volgend uit landelijke handreiking) **<u>Toelichting</u>** **Aanwezige regionale samenwerkingen** Onderstaande samenwerkingen kenmerken zich door sociaal-medisch samenwerkingen rond de (potentiële) populatie in het Groene Hart Ziekenhuis. Met een belangrijke rol voor eerstelijnsverloskundigen, JGZ, partijen uit het sociaal domein, kraamverzorgers en huisartsen om (aanstaande) gezinnen goed te ondersteunen en hen waar mogelijk buiten het ziekenhuis te kunnen houden. *Voor de geboorte:* 1. *Zwangeren: POP-overleg: Ongeveer 100 zwangeren (ingestroomd/ besproken op het POP-overleg in 2025).* Samenwerking voor zwangeren met psychische kwetsbaarheid. Multidisciplinair overleg tussen professionals van het Groene Hart Ziekenhuis, de JGZ en eerstelijns verloskundigen en waar nodig sluiten andere disciplines aan zoals Veilig Thuis. Eerstelijnsverloskundigen of huisartsen melden gericht casuïstiek aan.

Iedere eerstelijnsverloskundigenpraktijk heeft een vast aanspreekpunt binnen de gynaecologie van het GHZ.
Aandachtspunt: Door de huidige vacature voor een psychiater (en achterwacht) in het GHZ kan een deel van de (acute) psychiatrische casuïstiek onvoldoende worden opgepakt.

Na de geboorte:

2. *GO-poli – (gestart in 2007) ongeveer 90 nieuwe kinderen per jaar (2025); ongeveer 450 kinderen onder behandeling.*

Gezamenlijk wekelijkse poli in het ziekenhuis met de neonatoloog, JGZ, fysiotherapie en logopedie (passend bij de leeftijd) voor prematuur en dysmatuur geboren kinderen (tot uiterlijk 5 jaar). Inclusief vaccineren op de poli en JGZ-consult in GHZ, zodat prematuur geboren kinderen niet apart nog naar JGZ hoeven.

De GO-poli heeft de consulten voor prematuur en dysmatuur geboren kinderen gecombineerd, door de betrokken professionals. Hierdoor hebben prematuur geboren kinderen geen aparte standaardconsulten meer bij de JGZ en hoeven dysmatuur geboren kinderen in hun eerste levensjaar drie keer minder naar de JGZ. Naast het verminderen van bezoekdruk voor gezinnen voorkomt deze aanpak ook duplicatie in de professionele inzet en diagnostische metingen.
De belangrijkste winst t.o.v. consulten bij beide organisaties apart, is de eenheid in adviezen naar ouders toe door gespecialiseerde en toegewijde professionals van beide organisaties met vroegsignalering van bijzonderheden in de ontwikkeling en thuissituatie. Laagdrempelig en met verkorte toegangstijd kan dan ook bijvoorbeeld ondersteuning in de vorm van maatschappelijk werk, extra huisbezoeken door de jeugdverpleegkundigen, Stevig Ouderschap (incl. prenataal) of psychologische ondersteuning vanuit het ziekenhuis voor de kinderen worden gerealiseerd.

Aandachtspunt: De samenwerking is vanaf 2027 kwetsbaar door het ontbreken van structurele bekostiging. In 2026 is zo spoedig mogelijk besluitvorming nodig over financiering en inzet voor de volgende jaren.

3. *ABC-poli, ongeveer 120-150 kinderen (instroom 2025).*

Voor baby's met huilproblematiek: preventieve samenwerking GHZ – JGZ (o.a. voorlichting, eenmalige consultatie tweede lijn, waardoor verwijzing naar de tweede lijn voor opname en waar mogelijk kan worden voorkomen.

4. *Goudvis-poli. Kleine 50 kinderen – (instroom 2025, totale populatie).*

Voor kinderen van 0-7 jaar die worden bedreigd in hun ontwikkeling, bijvoorbeeld motorische, spraak-, taal- of psychisch gebied, biedt Integrale Vroeghulp/Goudvis ondersteuning via een regionaal samenwerkingsverband van het Groene Hart Ziekenhuis, MEE, JGZ, GGZ, revalidatiezorg, jeugdhulp, gehandicaptenzorg, logopedie, onderwijsadvies en andere gespecialiseerde partners. De samenwerking bestaat uit multidisciplinair overleg (MDO), gezamenlijke spreekuren en regionale samenwerkingsafspraken, vastgelegd in een convenant. Voorbeelden hiervan zijn het gezamenlijke spreekuur van het GHZ en de GGZ en het multidisciplinair overleg tussen het GHZ en MEE.
Aandachtspunt: Het aantal kinderen onder de 2 jaar is beperkt, aangezien de problematiek zich meestal pas op latere leeftijd uit.

5. *DOWN-poli* (ongeveer 70 kinderen 2025, instroom per jaar beperkt tot ongeveer 5 kinderen)

		Voor kinderen met het syndroom van Down, tot de leeftijd van 18 jaar. Professionals uit het ziekenhuis doen gezamenlijk consult en MDO met MEE en een kinder- revalidatiearts van Basalt en een perifeer werkende fysiotherapeut en logopedist. *6. Leefstijlloket* In de levensfase rondom de 1.000 dagen ontstaat vaak een grotere motivatie om gezonder te gaan leven. Het Leefstijlloket MH kan patiënten doorverwijzen teneinde deze motivatie vast te houden en in daden om te zetten. **Samenwerkingsafspraken** Op de hierboven genoemde poli's is één kernteam met vaste gezichten (sociaal en medisch), met bundeling van sociaal-medische expertise, waarbij helder is wie aanspreekpunt is voor het (aanstaande) gezin. Waar nodig komt dit samen in een sociaal-medisch MDO. Regie en sturing op de samenwerking liggen in principe bij de betrokken professionals. Zij schakelen waar nodig met beleid en management (bijv. over financiering, randvoorwaarden zoals ICT/gegevensuitwisseling)
SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	**Ambitie** In 2030 ontvangen (aanstaande) gezinnen met complexe sociaal-medische problematiek tijdig integrale ondersteuning die aansluit bij hun situatie en leefomgeving. De IGP is ingericht volgens de landelijke handreiking en passend bij de regionale populatie, zorg- en ondersteuningsstructuur en bestaande samenwerkingsverbanden. Midden-Holland kent een structureel verankerde sociaal-medische samenwerking, geborgd in reguliere werkwijzen, bekostiging en samenwerkingsafspraken. Gezinnen ontvangen vanuit één gezamenlijke aanpak integrale ondersteuning in een gesloten ketensamenwerking met korte lijnen en casusregie, waar mogelijk dichtbij het (aanstaande) gezin en buiten het ziekenhuis, met inzet van informele ondersteuning waar mogelijk en professionele zorg waar nodig. **Toelichting:** nog niet aanwezig/ uit te werken hoe hierop in te zetten 1. **Governance en regie** • De onderstaande elementen dienen in samenhang en met elkaar te worden bezien. Met trekkers die sturen op de voortgang, verbinding, verankering in reguliere werkwijzen, bekostiging en in organisaties. Op basis van samenwerkingsafspraken met de direct betrokken professionals/ organisaties, moet dit de komende periode worden ingericht. • Stevige verankering – en mogelijke doorontwikkeling – van huidige samenwerkingen. *Aandachtspunt:* Dit is met name voor de GO-poli (middelen voortzetting 2027) en verder vanuit de gemeenten het POP-overleg (vacature psychiater) een acuut risico om op te anticiperen. Met aandacht voor praktische oplossingen om te komen tot korte lijnen, bijvoorbeeld via een appgroep, contactoverzicht namen/telefoonnummers van betrokken professionals etc.) • Afspraken taakverschuivingen medisch waar nodig, vanuit gemeentelijk domein waar het ondersteuning betreft. De huidige samenwerking leunt in belangrijke mate op professionals uit het GHZ richting het sociaal domein, met name medisch maatschappelijk werk, terwijl hun inzet stopt als behandeling in GHZ klaar is. Tegelijkertijd weten we dat deze

		gezinnen regelmatig langer steun kunnen gebruiken. Voor nu functioneert dit goed, mede dankzij positieve ervaringen met de maatschappelijk werker hierin. Richting de toekomst is dit kwetsbaar. Aandachtspunt: JGZ geeft aan een grotere rol inhoudelijk voor zich te zien (bijv. bij het zoeken naar de juiste ondersteuning vanuit sociaal domein), maar ook dat dit niet haalbaar is binnen de huidige inzet (uren). Uitwerking rol JGZ wordt meegenomen in het vervolgonderzoek AEF. 2. **Samenwerking** • Warme overdracht. Professionals geven aan dat de warme overdracht op onderdelen verbeterd kan worden, onder meer bij de toeleiding naar het prenataal huisbezoek en de terugkoppeling aan verloskundigen en huisartsen. • Ook wordt genoemd dat gebrekkige digitale gegevensuitwisseling/ dossierinzage hier belemmerend werkt. Zo is het niet mogelijk om – met toestemming – te zien welke hulpverlening al in het gezin betrokken is. Uitwerking positie en samenwerking met de kraamzorg, eerstelijns verloskundigen (rol, verantwoordelijkheden en tijdsinvestering). Daarnaast is behoefte aan regionale samenwerkingsafspraken tussen verloskundigen, JGZ, maatschappelijk werk en GHZ. • Gegevensdeling is een belangrijke randvoorwaarde voor een sluitende keten en daarmee kwalitatief goed en efficiënt werken en een doelmatige inzet van personeel. Bij betrokken professionals en hun organisaties is een grote behoefte aan een integraal dossier of inzage in de relevante delen daarvan. Bijvoorbeeld met Blink (voorheen VIPP BabyConnect), dat deels al gebruikt wordt in Midden-Holland. • Een gezamenlijk gekozen regionaal hulpmiddel/ gesprekstool vroegsignalering (zoals de GIZ) die wordt vastgesteld binnen Kansrijke Start - om in gesprek met (aanstaande) ouders gemakkelijker in gesprek te komen over sociale kwetsbaarheden. Met aandacht voor het feit dat het signaleren van sociale kwetsbaarheden voor verloskundigen en in het GHZ nu 'erbij' gedaan wordt – zonder dat hier extra tijd voor is. • Samenwerking gericht op het ondersteunen van het (aanstaande) gezin in de eigen omgeving – lokaal laten 'landen' waar mogelijk. De preventieve samenwerking werkt goed rond onder andere huilbaby's en in de algemene samenwerking eerstelijnsverloskundigen en de gynaecologen. Kijken hoe de samenwerking met lokale uitvoerders die dagelijks in de leefwereld werken hierop kunnen aansluiten. Op de volgende onderdelen is verbetering mogelijk: - De landelijke handreiking wijst de jeugdverpleegkundige aan als mogelijke rolhouder voor de dagelijkse coördinatie rond het gezin. Vaste link per gemeente, bijv. ook een casemanager vanuit het sociaal team om de verbinding te leggen met o.a. professionals uit het ziekenhuis (bijv. medisch maatschappelijk werk) bij 'complexe sociale' vragen of zorgen (uit te werken in relatie tot de sleutelrol van JGZ). Zij hebben goed zicht op de sociale kaart in de gemeente (formele en informele steun). Ook om snel te kunnen schakelen bij snelle/ acute vragen (bijv. Aanvraag WMO-indicatie). Er is behoefte aan een casemanager voor ouders en betrokken professionals, waarin ook duidelijk wordt hoe de samenwerking met de verloskunde professionals wordt vormgegeven, hoe er ingespeeld kan worden op acute sociale vragen en bereikbaarheid buiten kantoortijd. Samenwerkingsafspraken t.a.v. regie, coördinatie, 1gezin1plan en rol JGZ in relatie tot andere functionarissen.

		- Het beter benutten van het prenataal huisbezoek (PHB) door de JGZ. GHZ en JGZ delen de behoefte aan een snellere route voor inzet PHB. Standaard aanbieden van PHB bij besproken zwangeren in een kwetsbare situatie. - Afspraken met de eerste lijn, huisartsen o.a. terugkoppelen en betrekken bij casussen en evt. Rol POH-GGZ - Bij alles: met aandacht voor taal en cultuur – iets wat door professionals wordt aangegeven als toenemend probleem om (aanstaande) gezinnen in Midden-Holland goed te kunnen ondersteunen. **3. Toegankelijk en passend aanbod** • (Informele) steunorganisaties (buddy's, steunouders etc. vanuit vrijwilligers/ ervaringsdeskundigen) structureel benutten, bijv. een luisterend oor, mee naar een moeilijk gesprek, orde aanbrengen in de post – soms met een gerichte match op taal/cultuur) (speerpunt). *Aandachtspunt*: Elke gemeente kent een eigen lokaal aanbod. Uitwerking: of het voldoet om te weten welk aanbod er is, of is een andere samenwerking nodig om (aanstaande) gezinnen in de regio goed te helpen (breder dan sec rond de). Regionale afspraken, welke interventie, hoe de informele zorg in te zetten, wie regie hierop heeft en hoe de matching op bijv. cultuur, taal, problematiek ingezet kan worden. • Nu Niet Zwanger krijgt een plek binnen de IGP, zodat een kinderwens, anticonceptie en het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen structureel onderdeel worden van de integrale ondersteuning. • Preconceptieconsult eerstelijnsverloskundige beter benutten, zodat inwoners met een kinderwens zo gezond mogelijk aan de zwangerschap beginnen. • VoorZorg – Uit elke regionale procesmonitor wordt door professionals aangegeven dat het aanbod voor de meest kwetsbare groep in onze regio beter kan. Voorzorg is bewezen kosteneffectief preventief programma voor (aanstaande) gezinnen in zeer kwetsbare omstandigheden, waarbij intensieve begeleiding aangeboden wordt vanaf de zwangerschap tot het kind twee jaar is. Het programma versterkt de gezondheid en ontwikkeling van het kind, de ouder-kindrelatie en de veerkracht van het gezin en voorkomt waar mogelijk ontwikkelings- en opvoedproblemen. VoorZorg geldt als een belangrijke preventieve interventie in de eerste 1.000 dagen. Het ontbreken van VoorZorg betekent dat Midden-Holland voor deze doelgroep niet beschikt over een gelijkwaardig preventief aanbod. Een zeer kleine groep (1 à 2%) van de zeer kwetsbare situaties met meerdere risicofactoren, komt hiervoor in aanmerking. De schaarse capaciteit wordt daar ingezet waar de impact het grootst is. De investering voorkomt dat later zwaardere en duurdere zorg- en jeugdbeschermingstrajecten moeten worden ingezet, waardoor de investering zich terugverdient. Deze keuze brengt wel kosten met zich mee voor scholing en licentie. • Mogelijkheid tot extra inzet Kraamzorg bij gezinnen met meervoudige problematiek. Uitwerken afspraken hoe de kraamzorg kan worden betrokken bij deze gezinnen, rol in vroegsignalering, overdracht, koppeling naar sociale problematiek. • Samenwerking rond slaap- en eetproblematiek, waarvan bekend is dat vaak geen medische oorzaak wordt gevonden (voortbouwend op de al staande samenwerking rond huilproblematiek op de ABC-poli). Deze problematiek vraagt om nadere samenwerkingsafspraken en mogelijk aanvullende deskundigheidsbevordering.

		• Verkenning samenwerking op één centrale locatie in Midden-Holland, bij voorkeur buiten het GHZ. Hier zijn nog geen concrete ideeën voor, maar de komende periode wordt bezien of dit wenselijk en haalbaar is. • De specifieke rol en toegevoegde waarde van de kraamzorg binnen de IGP verder uitwerken. In de praktijk is de kraamzorg een belangrijke partner in de vroegsignalering van medische en psychosociale problematiek, omdat kraamverzorgenden in een het gezin aan het werk zijn, in plaats van signaleren tijdens een kort consult. Juist in de kraamperiode worden veel signalen zichtbaar die bepalend kunnen zijn voor het verdere zorgtraject van het gezin. • Beschikbaarheid van professionals die werken volgens de IMH-visie. 4. **Monitoring en leren** • Monitoring is nog niet regionaal en structureel ingericht. Betrokken organisaties registreren wel gegevens, zoals instroom en behandelduur en uitstroom • Monitoring wordt benut voor gezamenlijk leren, evalueren en doorontwikkelen. **Te zetten stappen** • Eind 2026: plan van aanpak met ingroeipad vastgesteld (incl. onderbouwing). Noodzaak om dit op korte termijn op te pakken, gezien benodigde duidelijkheid over (bekostiging) samenwerking per 2027 (en daartoe: inzet financiële middelen SPUK AZWA) – specifiek om GO-poli voort te kunnen laten bestaan, en ook breder zoals een tijdelijke projectleider. • De inzet is om de bovenstaande al aanwezige inzet/samenwerking structureel te verankeren en de nog niet aanwezige elementen in te voeren op een manier die aansluit bij de reeds bestaande structuren in Midden-Holland en behoeften uit de praktijk. • Inclusief afspraken over hoe hier samen met andere relevante gemeenten en ziekenhuizen in op te trekken. • Monitoring (zie hieronder).
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	Aanvullend op de eerdergenoemde ambities en inzet – en generieke ontwerpkeuzes van Kansrijke Start - kiest Midden-Holland voor: • Een dienende regionale aanpak: zet in op korte lijnen en verbinding tussen professionals en organisaties, het oppakken van de benodigde randvoorwaarden (bijv. in gegevensuitwisseling) en het structureel verankeren van de samenwerking. • Het voortbouwen en verankeren van huidige regionale samenwerking (zie hierboven) • Het uitwerken hoe bovenstaande nog niet aanwezige onderdelen van de samenwerking vorm kunnen krijgen (incl. ingroeipad implementatie) – op elementen waar professionals in de praktijk meerwaarde zien voor de doelgroep die zij helpen (dit is leidend, niet dat het landelijk moet). • Op basis van wat inwoners aangeven belangrijk te vinden. Hierbij wordt onder andere gekeken hoe inwonersparticipatie structureel van toegevoegde waarde te laten zijn. • Zorgdragen voor voldoende professionals met kennis van de IMH-visie door middel van scholing

GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**Projectdoelstellingen** **1. Governance en regio** • Begin 2027 ligt er een gedragen IGP-ontwerp - inclusief vaststelling werkwijze per doelgroep, organisatie en governance, randvoorwaarden en leidende uitgangspunten. Concrete stap: bekostiging opdracht AEF start sept.- dec.2026 om te kunnen komen tot inzet per 1-1-2027. **2026** SMART-resultaat: vastgesteld rapport met ingroeipad **2. Samenwerking** • **2030:** Midden-Holland kent een 'doorgaande lijn/ ketensamenwerking' gericht op: - Waar mogelijk: de basisinfrastructuur Kansrijke Start benutten. Aansluiten op de IMH-visie en gedachtengoed binnen Kansrijke Start, zodat dit ook binnen de IGP de professionele standaard is om gezinnen te ondersteunen. - Waar mogelijk: wordt een (aanstaand) gezin in de eigen omgeving geholpen. - Waar mogelijk: informeel (eigen netwerk, buddy's, vrijwilligers), met formele ondersteuning/zorg waar nodig. - Waar nodig is er samenwerking met het ziekenhuis. Korte lijnen en samenwerkingsafspraken met GHZ leiden ertoe dat alleen (aanstaande) gezinnen in het ziekenhuis instromen, waarvoor dit echt noodzakelijk is. Vaste aanspreekpunten en preventieve samenwerking/ afspraken over tussentijdse consultatie, zoals lokaal MDO dragen hieraan bij. • (Aanstaande) gezinnen die wel in het ziekenhuis moeten komen, worden integraal geholpen met hun vraag/ behoefte: sociaal én medisch. Gecombineerde consulten, gezamenlijke MDO's dragen hieraan bij. Evenals het realiseren van randvoorwaardelijke condities (gezamenlijke afspraken over vroegsignalering met gebruik van een regionaal vastgesteld instrument binnen Kansrijke Start (zoals de GIZ-methodiek) en gegevensuitwisseling). **Eind 2026** blijkt uit het rapport met ingroeimodel hoe dit concreet invulling krijgt op de hierboven genoemde elementen. **2030** structurele verankering van de sociaal-medische samenwerking in reguliere werkwijzen, bekostiging en samenwerkingsafspraken (incl. governance, monitoring, zodat het duurzaam verder kan ontwikkelen). **3. Toegankelijk en passend aanbod** • **Begin 2027** is helder welk regionaal aanbod wordt voortgezet, versterkt of aangevuld. Concrete stap: mogelijk meenemen inhoud en bekostiging in adviesopdracht van AEF (sept.-dec. 2026). Advies rapport AEF met ingroeipad gereed eind 2026, inclusief voorstel voor het aanbod. **4. Monitoring en leren** • **Begin 2027** is helder hoe de voortgang van de IGP wordt gevolgd én hoe die informatie wordt benut om te leren en bij te sturen. Concrete stap: indien mogelijk meenemen in het AEF-onderzoek, aansluitend bij bestaande registraties. 2026 gereed monitoringplan met ingroeipad, inclusief voorstel voor monitoring en het benutten daarvan voor leren en verbeteren.

	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	In het bestedingsvoorstel SPUK AZWA regionaal is voor 2027 een bedrag opgenomen om een start te kunnen maken met de uitwerking van het IGP. In 2027 zal op basis van de op dat moment opgedane kennis worden besproken wat de kosten zijn voor 2028 en verder en op basis van een afwegingskader worden besloten welk bedrag opgenomen wordt voor de uitvoering van het IGP.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	**Monitoring** • Het volgen en leren van relevante data (o.a. instroom, doelgroep bereik, type problematiek, inzet/ betrokkenheid van partijen, doorlooptijd, warme overdracht, opvolging, ervaren ondersteuning door gezinnen, en eventuele vermindering of voorkoming van zwaardere zorg) wordt uitgewerkt met onder andere de onderzoekers van Hecht GGD, met Gedeelde Zorg en GR-JW en de betrokken organisaties. • De informatie wordt gebruikt voor een cyclisch proces van monitoren, leren en verbeteren en vormt de basis voor de verdere doorontwikkeling en onderbouwing van de effecten. • Onder meer als het gaat om het risico op 'aanzuigende werking': meer toestroom naar zorg en ondersteuning van (aanstaande) gezinnen, dankzij goede sociaal-medische samenwerking. • Deze informatie is nodig om de toegevoegde waarde van de -functie te onderbouwen en besluitvorming over opschaling te ondersteunen.

4d. Rookvrije start (onderdeel van Kansrijke start)

IST/ SOLL/ GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze aanpak in de regio?	**Regionale opgave** Rookvrije Start richt zich op de preconceptie fase (wensouders, mensen met een actieve kinderwens), zwangeren en hun partners. Er geldt daarbij geen ondergrens: ook een enkele sigaret maakt iemand onderdeel van de doelgroep. Kortom, iedereen die rookt en een kind wil, verwacht of heeft. Roken en nicotinegebruik (waaronder vapen) vóór, tijdens en na de zwangerschap behoren tot de belangrijkste vermijdbare oorzaken van gezondheidsproblemen bij moeder en kind. Een rookvrije start levert directe en aantoonbare gezondheidswinst op, draagt bij aan een gezonde ontwikkeling van kinderen en verkleint gezondheidsverschillen. **Omvang opgave** De regionale cijfers laten zien dat de opgave al vóór de zwangerschap begint en doorloopt tot na de geboorte. In Midden-Holland zijn meer vrouwen tussen de 18-45 jaar gaan roken. De spectaculaire toename van vapen onder jongeren (van 1,5% in 2020 naar

		ruim 13% in 2025 bij 16- tot 20-jarigen) zal er naar verwachting toe leiden dat steeds meer wensouders al vóór het ontstaan van hun kinderwens verslaafd zijn aan nicotine. Het percentage vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap neemt af; in 2025 rookte 3,3% van de zwangere vrouwen — landelijk rookt 12,8% van de vrouwen nog vlak vóór de zwangerschap, tegenover 6,3% tijdens de zwangerschap. We zien dat na de bevalling (binnen zes maanden) ouders opnieuw starten met roken, mede door stress, vermoeidheid en een rokende partner. De gezondheidswinst is het grootst bij gezinnen waar roken samenhangt met andere risicofactoren, zoals bestaansonzekerheid of psychische problematiek. Het AZWA-startdocument benadrukt verder dat deze opgave ongelijk verdeeld is: een vrouw met een praktische opleiding rookt tijdens de hele zwangerschap twintig keer zo vaak als een vrouw met een hbo- of wo-diploma, en jonge zwangeren (16-29 jaar) roken vijf keer zo vaak als zwangeren van 30-34 jaar. Voor verdere regionale kerncijfers Kansrijke Start, zie bijlage 1. **De urgentie van Rookvrije Start** Zwangerschap is een uniek momentum in de levensloop. In geen andere fase zijn zoveel (aanstaande) ouders bereid hun rookgedrag te veranderen vanwege de gezondheid van hun kind. Dit momentum is tijdelijk: wordt het niet benut, dan keert een vergelijkbare motivatie vaak niet meer terug. Dat maakt tijdige signalering en effectieve stoppen-met-rokenondersteuning tijdens de zwangerschap en direct daarna van groot belang. De basisfunctionaliteit Rookvrije Start bundelt instrumenten en brengt samenhang in de keten. Door deze aanpak duurzaam te organiseren, krijgen mensen met een kinderwens, zwangeren en (aanstaande) ouders tijdig passende ondersteuning bij het stoppen met roken en nicotinegebruik. Rookvrije Start niet alleen een kans om nu gezondheidswinst te boeken, maar wordt door de opkomst van vapen de komende jaren ook urgenter doordat de doelgroep die ondersteuning nodig heeft om te stoppen, in omvang toeneemt. **Bestuurlijke noodzaak urgentie** Midden-Holland bereidt Rookvrije Start voor als regionale basisfunctionaliteit binnen Kansrijke Start. Daarmee sluit de regio aan bij de ontwikkelagenda van het AZWA en is zij voorbereid op de verdere landelijke uitwerking van deze basisfunctionaliteit. **Beoordeling urgentie: hoog** Motivering: dat niet-roken tijdens de zwangerschap grote gezondheidswinst oplevert voor moeder en kind, staat onomstreden vast. De bewijskracht van de interventies om dat te bereiken wisselt echter — van goed onderbouwd (zoals coaching met een financiële prikkel, tot 3x meer kans op succesvol stoppen) tot nog beperkt onderzocht (zoals het korte stopadvies). Roken tijdens de zwangerschap treft niet iedereen gelijk: het komt twintig keer vaker voor bij praktisch opgeleide vrouwen en vijf keer vaker bij jonge zwangeren. Daarmee kan deze aanpak het verkleinen van gezondheidsverschillen aanpakken. Omdat de landelijke kaders nog in ontwikkeling zijn en nog geen implementatieverplichting geldt, ligt de nadruk de komende jaren op voorbereiding, regionale samenwerking en gefaseerde implementatie.

	Situatie: In hoeverre is deze aanpak (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	**Huidige situatie** **1. Governance en regie** Rookvrije Start is in Midden-Holland nog niet als samenhangende regionale aanpak ingericht. Wel zijn belangrijke bouwstenen aanwezig. De uitvoering, samenwerking en bestuurlijke aansturing verschillen tussen gemeenten en alle initiatieven nog onvoldoende regionaal verbonden, uniform georganiseerd en duurzaam geborgd. Initiatieven bij Rookvrije Start dienen onderdeel te zijn van de bredere beweging: Rookvrije Generatie **2.Samenwerking** De samenwerking tussen verloskundige zorg (VSV), JGZ, kraamzorg en huisartsen rond het signaleren en bespreekbaar maken van roken en nicotinegebruik verloopt nu vooral op basis van individuele contacten en korte lijnen, niet volgens een regionaal vastgelegde werkwijze. Verwijzing naar stoppen-met-rokenondersteuning is daardoor afhankelijk van de kennis en het initiatief van de individuele professional. Een regionale, structurele afspraak over warme overdracht vóór, tijdens en na de zwangerschap — inclusief een vast aanspreekpunt voor complexere casuïstiek, zoals terugval na de bevalling — ontbreekt nog. **3. Toegankelijk en passend aanbod** De regio beschikt over verschillende interventies. Een regionaal overzicht van wat waar precies gebeurt, ontbreekt echter. Aanwezig zijn onder meer: een zorgpad Rookvrije Zwanger, stoppen-met-rokenondersteuning en samenwerking tussen verloskundige zorg en JGZ. De verloskundige zorg besteedt structureel aandacht aan rookvrij opgroeien en het bespreekbaar maken van stoppen met roken en nicotinegebruik. Daarnaast is stoppen-met-rokenbegeleiding voor inwoners toegankelijk via de reguliere zorg en het basispakket van de zorgverzekering. **4. Monitoring en leren** In het dashboard een Gezonder Hollands Midden staan cijfers over roken (voor, tijdens de zwangerschap en na de bevalling). Het bereik van interventies is niet bekend.
SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	In 2030 ontvangen inwoners met een kinderwens, zwangeren en (aanstaande) ouders tijdig passende integrale ondersteuning bij het voorkomen van en stoppen met roken, vapen en ander nicotinegebruik. Rookvrije Start is ingericht volgens de landelijke richtlijnen (start document of handreiking) en passend bij de bestaande regionale samenwerking. Rookvrije Start bestaat uit vier onlosmakelijke stappen: agenderen, signaleren, bespreken en verwijzen, deze stappen vormen de kern van de basisfunctionaliteit. De ondersteuning vóór, tijdens en na de zwangerschap is structureel ingebed in de regionale preventie-infrastructuur, waardoor een regionaal dekkend en toegankelijk ondersteuningsaanbod beschikbaar is.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze aanpak, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	**Ontwerp** Aanvullend op de eerdergenoemde ambities en inzet – en generieke ontwerpkeuzes van Kansrijke Start - kiest Midden-Holland voor: **1. Governance en regie** • Gezamenlijk bestuurlijk opdrachtgeverschap voor de regionale aanpak Rookvrije Start aan Hecht GGD • Een gezamenlijke regionale visie op een rook- en nicotinevrije start voor de eerste 1.000 dagen.

- Een integrale regionale aanpak, waarin Rookvrije Start wordt verbonden met Kansrijke Start, de basisfunctionaliteit Rookvrije Wijken en het leefgebied Leefstijl. Volgens de landelijke concept Startdocument kunnen Rookvrije Start en de Rookvrije Wijkaanpak los van elkaar van start gaan — ze vragen om een andere doelgroep en een andere aanpak. Ze kunnen elkaar versterken, want hoe meer de omgeving rookvrij wordt, hoe kleiner de verleiding om weer te beginnen.

2. Samenwerking

- Een gezamenlijk regionaal afgestemde werkwijze voor signalering, begeleiding, verwijzing en samenwerking.
- Een uniforme werkwijze voor het ontwikkelen, actualiseren en implementeren van regionale zorg- en verwijsafspraken.
- Regionale samenwerkingsafspraken over signalering, motiverende gespreksvoering, verwijzing, warme overdracht en terugkoppeling tussen betrokken zorg- en welzijnspartners.
- Een consultatie- en expertisefunctie voor complexe casuïstiek via de regionale basisstructuur Kansrijke Start
- Domeinoverstijgende deskundigheidsbevordering om de keten inzichtelijk en sluitend te maken.

3. Toegankelijk en passend aanbod

- De regio zet in op instrumenten die nu al beschikbaar zijn: het VBA+ Rookvrije Start (vragen, vertellen, verwijzen — in drie korte stappen) voor het gesprek zelf en Rookvrije Ouders voor de vervolgbegeleiding: gratis, telefonisch en vergoed vanuit de basisverzekering, zonder dat dit ten koste gaat van het eigen risico.
- Structurele aandacht voor een rook- en nicotinevrije leefomgeving, waarbij ook partners en het sociale netwerk worden betrokken.
- Regionaal inzicht in het bestaande aanbod, het bereik en de vindbaarheid van ondersteuning als basis voor doorontwikkeling van een regionaal dekkend aanbod.
- Binnen de preconceptiefase van Rookvrije Start kan Nu Niet Zwanger (NNZ) als primaire partner bij een uitgestelde kinderwens ook het rookgedrag bespreekbaar te maken om toe te leiden naar stopondersteuning. Deze integrale aanpak koppelt gezinsplanning en leefstijlverbetering, waarmee de basisfunctionaliteit Kansrijke Start, NNZ en de Rookvrije Start elkaar versterken.
- Niet elke wensouder komt vanzelf in beeld bij de preconceptiezorg. Een projectleider ontwikkeld campagnes in samenhang met Rookvrije Wijk en aansluitend op het materiaal wat er al beschikbaar is over gezond zwanger worden, zodat roken al aan de orde komt vóórdat de zwangerschap begint.

4. Monitoring en leren

- Monitoring van bereik, verwijzingen en resultaten van Rookvrije Start als onderdeel van het regionale monitoringskader, zodat deze informatie wordt benut voor kwaliteitsverbetering en doorontwikkeling.

Nog uit te werken ontwerpkeuzes

De regio bouwt voort op wat er al is: het zorgpad Rookvrij Zwanger vormt het vertrekpunt, aangevuld met kennis en scholing via gezondestart.nl en kansrijkestart.pharos.nl. Ook de bestaande lijnen met het prenataal huisbezoek worden benut om rokende (aanstaande) ouders vroeg te signaleren — zonder dat daarvoor iets nieuws hoeft te worden opgetuigd. Doel is te komen tot één

		samenhangende methodiek voor de preventie van roken en nicotinegebruik, middelen gebruik zoals alcohol en mentale problematiek binnen de eerste 1.000 dagen. **Welke structurele voorwaarden zijn nodig?** Gezien de beschikbare beleids- en uitvoeringscapaciteit kiest de regio voor een gefaseerde implementatie van Rookvrije Start. Totdat de landelijke handreiking en het landelijke beleidskader beschikbaar zijn, richt de regio zich op het voorbereiden van de aanpak, het verbinden van bestaande initiatieven en het treffen van de noodzakelijke randvoorwaarden. Na landelijke vaststelling wordt de implementatie verder uitgewerkt. De wens is een werkgroep samen te stellen met een projectleider Rookvrije Start om in 2027 te starten met deze basisfunctionaliteit. De samenhang met de basisfunctionaliteiten Leefstijl en Nicotinevrij is daarbij belangrijk.
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**Projectdoelstellingen** De projectdoelstellingen geven richting aan de regionale ontwikkeling van Rookvrije Start. De definitieve inhoudelijke uitwerking vindt plaats op basis van prioritering, de nog te verschijnen landelijke handreiking en in samenhang met de andere basisfunctionaliteiten die onderdeel zijn van Kansrijke Start en de basisfunctionaliteit 'Rookvrije Wijken/ Nicotinevrij'. **1. Governance en regie** **2027:** Gemeenten verstrekken gezamenlijk een bestuurlijke opdracht voor de regionale ontwikkeling, implementatie en borging van Rookvrije Start aan Hecht GGD. **2027:** De landelijke richtlijnen Rookvrije Start zijn vertaald naar de regionale situatie en de regionale ontwikkelrichting is vastgesteld. **2. Samenwerking** • Gemeenten en partners werken volgens gezamenlijke regionale afspraken voor signalering, begeleiding, verwijzing en samenwerking. **2027**: Huidige situatie samenwerking in kaart brengen, met een domein overstijgende werkgroep een implementatieplan voorbereiden. **2028**: De regionale werkwijze voor signalering, motiverende gespreksvoering, verwijzing, warme overdracht en terugkoppeling is vastgesteld en wordt toegepast. Regionale deskundigheidsbevordering, basisstructuur en consultatie zijn ingericht. **2029**: De regionale werkwijze is breed geïmplementeerd. **3. Toegankelijk en passend aanbod** • Midden-Holland beschikt over een regionaal samenhangend en goed vindbaar aanbod voor Rookvrije Start voor professionals en (aanstaande) ouders, als onderdeel van een regionaal totaaloverzicht in de eerste 1000 dagen. **2027**: Het bestaande aanbod, de vindbaarheid en de ontwikkelopgaven zijn regionaal in beeld gebracht. **2028**: Er is een regionaal besluit genomen over de inzet van het Trimbos-programma Gezonde Start binnen de regio. Motivatie voor dit pakket is dat dit juiste handvatten en scholing biedt om risico's rondom roken, alcoholgebruik en mentale klachten in de eerste 1.000 dagen effectief bespreekbaar te maken. **2030**: Midden-Holland beschikt over een regionaal samenhangend, dekkend en goed vindbaar aanbod voor stoppen met roken en nicotinegebruik voor inwoners met een kinderwens, zwangeren, (aanstaande) ouders en hun partners.

		4. Monitoring en leren • De regio gebruikt een gezamenlijk monitoringskader voor sturing, kennisdeling, evaluatie en continue verbetering. **2027**: De regio brengt de doelgroep van Rookvrije Start scherper in beeld, gebruikmakend van bestaande data bij de GGD en zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld: in welke mate binnen de doelgroep wordt gerookt of gevapet, of roken wordt meegewogen bij de kinderwens, of er voldoende kennis is over de gezondheidsschade van roken vóór en tijdens de zwangerschap, en in hoeverre stoppen met roken al bespreekbaar wordt gemaakt binnen bestaande consulten. Tevens wordt onder professionals uitgevraagd: de bekendheid van het zorgpad stoppen met roken voor zwangeren, de bekendheid met stoppen-met-rokenzorg, verwijsmogelijkheden en hoe bestaande initiatieven en toeleiding kunnen worden vergroot. Deze inventarisatie vormt de basis voor de nulmeting en het implementatieplan. **2028**: Plan van aanpak is ontwikkeld met o.a. hoe het van bereik kwetsbare (aanstaande) kan worden vergroot. Het monitoringskader voor Rookvrije Start is vastgesteld. **2029**: Regionale registratie en rapportage zijn ingericht. **Vanaf 2030**: Monitoring wordt gebruikt voor sturing, kwaliteitsverbetering en doorontwikkeling van Rookvrije Start onder andere onderzoek uit 2027 herhalen Meting-1.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Voor Rookvrije Start is op dit moment geen budget benodigd voor een interventie. Wel is het wenselijk om de inzet van de huidige regiocoördinator te verhogen om Rookvrije Start op te kunnen starten. We bekijken binnen de bestaande inzet van de regiocoördinatoren en het budget welke mogelijkheden er zijn voor een verschuiving van uren.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	**Monitoring** De voortgang wordt gevolgd met een regionaal monitoringskader dat zoveel mogelijk aansluit bij landelijke indicatoren. Gemeenten en partners maken afspraken over monitoring van bereik, verwijzingen en resultaten, zodat de uitkomsten kunnen worden benut voor sturing en kwaliteitsverbetering.

4e. Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze aanpak in de regio?	In Midden-Holland heeft 14,1% van de kinderen van 2 tot 14 jaar overgewicht, waarvan 2,5% obesitas. Dit is iets hoger dan het landelijk gemiddelde waar 12,0 procent van de 4-tot 12-jarigen en 12,8 procent van de 12- tot 16-jarigen overgewicht heeft. Landelijke en regionale cijfers laten zien dat het percentage kinderen en jongeren met overgewicht met de leeftijd stijgt. Zonder het tijdig en effectief organiseren van preventie, signalering en passende ondersteuning neemt de kans op ernstige fysieke en mentale gezondheidsproblemen, schoolverzuim en beperkingen in de sociale ontwikkeling toe. Dit leidt tot hogere zorgkosten, meer druk op de jeugdzorg en het sociale domein en gemiste maatschappelijke opbrengsten (SROI: €3,20 per geïnvesteerde euro).
	Situatie: In hoeverre is deze aanpak (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	1) Voortgang De implementatie vordert lokaal en regionaal stapsgewijs, mede dankzij tijdelijke financiële impulsen vanuit IZA/GALA voor pilots lokaal en de opstart van regionale samenwerking. In de regio: - Is de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein in ontwikkeling;

		- Vindt afstemming over plaats met partners die zich richten op een gezonde fysieke én mentale leefomgeving, zoals de gezonde school, jogg en sport- en beweegorganisaties, buurtsportcoaches en beweegmakelaars; - Er is een conceptvoorstel beschikbaar voor de inrichting en uitvoering van de rol van centrale zorgverlener (czv), inclusief een kader voor regionale samenwerkingsafspraken. In de bestuurlijke verkenning kngg zijn oplossingsrichtingen voor duurzame borging en een sluitende financiering besproken. Het college van b&w neemt binnen de kaders van deze werkagenda de benodigde besluiten. - Zijn in 2025 en 2026 drie lokale pilots gestart, met een lokaal netwerk en beschikbaarheid van opgeleide CZV's. ➢ De belangrijke uitkomsten van de pilots zijn: • het opbouwen van een lokaal netwerk en het aangaan van contact met gezinnen vraagt tijd; • In Waddinxveen en Zuidplas nam de instroom snel toe zodra netwerkpartners en gezinnen de meerwaarde ervoeren en resultaten zichtbaar werden; • met inzet van de CZV en brede ondersteuning boeken gezinnen stap voor stap resultaten. We zien een toename van welbevinden en participatie. Een verbeterde schoolgang en leefstijl en een voorzichtige afname van gewicht; • inzet van lokale coördinatoren en korte lijnen met lokale partners zijn randvoorwaardelijk voor het slagen van de aanpak en netwerksamenwerking. Evenals de afstemming met de JOGG-aanpak en de beweegmakelaar en/of buurtsportcoach. - Daarnaast vindt regionale afstemming plaats met zorgpartijen en partners uit het sociaal domein. Waaronder huisartsen, kinderartsen, paramedici en de coalitie sociaal domein. - Verder wordt gewerkt aan een regionale communicatiestrategie en materialen in afstemming met betrokken partners. Doel is de bekendheid, de betrokkenheid van ketenpartners en het bereik van inwoners te vergroten. - Tot slot wordt gewerkt aan regionale afstemming en een lerende netwerkstructuur tussen gemeenten en lokale coördinatoren. 2) Knelpunten Tegelijkertijd ervaren gemeenten en de regio belemmeringen bij de implementatie. Dit leidt tot terughoudendheid bij gemeenten ten aanzien van de inzet van de kinderGLI en de CZV. Hierdoor komt de duurzame borging van de aanpak nog onvoldoende van de grond. Knelpunten hierbij zijn: - de beschikbare uren en NZa-tarieven voor verzekerde zorg zijn ontoereikend; - hoewel tot 2029 middelen beschikbaar zijn, bestaat onzekerheid door hoge implementatiekosten en structurele financiering: - zowel de verzekerde inzet van de CZV als de beschikbaarheid van de kinderGLI zijn nog niet geborgd. Bovendien zijn beide voor vergoede zorg wederzijds van elkaar afhankelijk; 3) een passende regionale governance-structuur en bijbehorende samenwerkingsafspraken ontbreken nog.

SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De realisatie van de hieronder beschreven ambitie vraagt om het oplossen van de geconstateerde knelpunten. Ter voorbereiding op de besluitvorming zijn bestuurlijke gesprekken gevoerd en oplossingsrichtingen verkend. Het college van B&W neemt binnen de kaders van deze werkagenda de benodigde besluiten. De ambitie is om te komen tot een werkende regionale basisfunctionaliteit met een dekkend, toegankelijk en passend aanbod in de hele regio. Met met structurele borging van samenwerking, capaciteit en financiering. Een regionaal dekkend aanbod betekent dat inwoners in alle gemeenten toegang hebben tot de benodigde ondersteuning binnen de netwerkaanpak vanuit vijf beoogde leefdomeinen: schuldhulpverlening opvoedondersteuning, sport- en beweegaanbod, gezonde voeding en sociaal-emotionele ontwikkeling. Hiervoor moeten de volgende randvoorwaarden worden ingevuld. De eerste twee hebben prioriteit. 1) Duurzame regionale samenwerking - Er zijn regionale afspraken die de samenwerking tussen zorg en sociaal en het beweegdomein structureel borgen, de samenhang bevorderen en uitvoerende werkafspraken en eenduidige werkprocessen beschrijven. 2) Passend en dekkend aanbod - Gemeenten, zorgverzekeraar en Hecht GGD hebben afspraken over de structurele en dekkende financiering van de inzet van de CZV. - Er is voldoende capaciteit van CZV's en kinderGLI beschikbaar in de regio tot en met 2029. - Er is inzicht in het lokale beschikbare aanbod en een passend en dekkend aanbod van interventies binnen de vijf beschreven leefdomeinen. Onderstaande ambities kunnen in daarop volgen. 3) Samenhangende ontwikkeling - De netwerkaanpak KnGG wordt in samenhang ontwikkeld en gecoördineerd. In verbinding met bestaand en voorliggend collectief preventief aanbod zoals Gezonde School, JOGG en het beweegdomein vanuit het principe principe 'Health in and for all Policies'. - Er is afstemming met Kansrijk Opgroeien en de Netwerkaanpak Overgewicht volwassenen vanuit een gezinsgerichte benadering. - We bouwen op -en aan een sterk preventief werknet dat aansluit op de bestaande regionale en lokale infrastructuur. Waar in een doorlopende lijn collectief, individueel en selectieve preventief aanbod in samenhang wordt aangeboden. Zo voorkomen we overlap en zorgen we dat interventies elkaar versterken. 4) Scholing en monitoring - Er is passend en toegankelijk scholingsaanbod voor betrokken professionals, gericht op onder meer vroegsignalering, het bespreekbaar maken van overgewicht en het voeren van een breed gesprek over leefstijl. - Er wordt een regionale monitor ontwikkeld waarmee de uitvoering en resultaten kunnen worden gevolgd en waarop binnen een lerende cyclus kan worden bijgestuurd. De opzet en omvang van de monitor worden nog nader bepaald, mede afhankelijk van de beschikbare middelen. 5) Borgen van de basisfunctionaliteit in de regionale preventie infrastructuur (RPI) - De RPI vormt de fundamentele structuur waar de KnGG georganiseerd wordt. En we de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein en beweegdomein (zoals binnen de KnGG-aanpak) structureel verankeren in beleid en uitvoering.

	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze aanpak, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	Voor de inrichting van de aanpak zijn de hoofdlijnen beschreven, maar een aantal cruciale keuzes over de uitvoering en reikwijdte van de CZV-rol moet nog worden gemaakt. De bestuurlijke verkenning heeft richting gegeven aan deze keuzes. 1) Gemaakte keuzen en uitgewerkte opgaven - Opdracht en borging: uitgangspunt is dat de CZV-rol, kwaliteitsborging en monitoring regionaal worden belegd en via opdrachtverlening worden georganiseerd door Hecht GGD/JGZ. - CZV-rol: Hecht GGD heeft op verzoek van de gemeenten op basis van de handreiking Basisfunctionaliteit KnGG een implementatievoorstel met ingroeimodel uitgewerkt voor de in -en uitvoering van de CZV-rol. - Regionale samenwerking: er worden regionale samenwerkingsafspraken voorbereid tussen gemeenten, zorgverzekeraar, JGZ en netwerkpartners over de duurzame uitvoering en passende ondersteuning binnen de vijf leefdomeinen (schuldhulpverlening, opvoedondersteuning, sport- en beweegaanbod, Gezonde voeding, en aanbod op gebied van sociaal-emotionele ontwikkeling). - Financiering: er is een meerjarig financieel kader tot 2029 voor de invoering en uitvoering van de aanpak voorgesteld wat na bestuurlijk advies wordt opgenomen in de werkagenda. 2) Nog te maken keuzes - Reikwijdte van de CZV-rol: komt de CZV beschikbaar voor de volledige beoogde doelgroep of uitsluitend voor kinderen met een matig tot extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en met welke formatie? - Financiering van de CZV-rol: hoe gaan gemeenten, zorgverzekeraar en aanbieder om met het verschil tussen de beschikbare NZa-vergoeding en de daadwerkelijke kosten van de verzekerde inzet van de CZV in Midden-Holland? - Aanbod voor kinderen buiten de kinderGLI: hoe kom je tot een voldoende, dekkend en toegankelijk aanbod. Welk gemeentelijk aanbod is nodig voor kinderen met een licht verhoogd GGR en voor kinderen met een matig of hoger GGR voor wie de kinderGLI geen onderdeel is van het plan van aanpak? - Gezinsgerichte aanpak: onderzoek met zorgverzekeraar, CooL-aanbieders en lokale projectleiders of CooLFamily, in combinatie met inzet van de CZV voor passende procesbegeleiding, wenselijk en uitvoerbaar is.
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Ook voor de realisatie van de hieronder beschreven doelstellingen geldt dat er voor de geconstateerde knelpunten passende oplossingen moeten worden gevonden. De bestuurlijke verkenning heeft richting gegeven aan deze keuzes. Het college van B&W neemt binnen de kaders van deze werkagenda hiervoor de benodigde besluiten. De regionale implementatie van de KnGG richt zich op structurele samenwerking, een dekkend aanbod, passende financiering en een lerende regionale infrastructuur. Hiervoor zijn de volgende SMART-afspraken gemaakt. 1) Regionale governance en ketensamenwerking - Uiterlijk 1 juli 2027 hebben gemeenten, zorgverzekeraar/zorgkantoor en betrokken ketenpartners in Midden-Holland formele regionale afspraken vastgelegd over taken, verantwoordelijkheden, verwijzing, monitoring en financiering. - Uiterlijk eind 2027 zijn deze afspraken geborgd in een passende governance-structuur met een eenduidige en structurele inrichting van rollen, besluitvorming, escalatie en bestuurlijke verantwoordelijkheid. 2) Financiering en bestuurlijke borging

		- Uiterlijk 1 januari 2027 hebben gemeenten, zorgverzekeraar en Hecht GGD afspraken gemaakt over de financiering en inzet de CZV, voor minimaal de periode tot en met 2029. - Af- en opschaling van capaciteit en middelen vindt plaats op basis van tussentijdse evaluaties binnen het bestuurlijk vastgestelde kader. 3) Monitoring, evaluatie en lerende cyclus - Uiterlijk 1 juli 2027 is een passende regionale monitorings- en evaluatiecyclus ingericht voor samenwerking, uitvoering, financiering en resultaten. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de landelijke dataset en relevante regionale data, waaronder de Gezondheidsmonitor. De opzet en omvang van de monitor worden nog nader bepaald, mede afhankelijk van de beschikbare middelen. - De voortgang, het bereik, de kwaliteit, doelmatigheid en resultaten worden half/jaarlijks geëvalueerd. Op basis hiervan worden afspraken waar nodig aantoonbaar bijgesteld. 4) Regionale en lokale regie en projectleiding - Per 1 januari 2027 beschikt iedere gemeente over een lokale coördinator die verantwoordelijk is voor het op gang brengen en lokaal borgen van de ketensamenwerking. - Tot en met 2028 is een regionale coördinator beschikbaar voor de regionale regie op de ketenaanpakken, waaronder het versterken van het regionale netwerk, het realiseren van samenwerkingsafspraken, kennisdeling, verbinding tussen opgaven, communicatie en monitoring. - Richting 2029 wordt de inzet van de regionale en lokale coördinatoren geëvalueerd en, waar passend, afgeschaald of verbreed naar een bredere rol. 5) Capaciteit CZV en KinderGLI - Uiterlijk 31 december 2028 is in iedere gemeente capaciteit beschikbaar voor gemiddeld twee CZV's en ten minste één KinderGLI-aanbieder. • In gemeenten met meerdere kernen wordt de benodigde capaciteit van de KinderGLI in overleg met de betreffende gemeente vastgesteld. In de opstartfase kan capaciteit worden gedeeld en kunnen aanbieders uit buurgemeenten worden benut. • De regionale CZV-capaciteit groeit volgens een ingroeimodel in de regio, waarbij de capaciteit wordt afgestemd op de ontwikkeling van de instroom. - Om aan AZWA-doelstellingen en de zorgplicht te kunnen voldoen maken de zorgverzekeraar en gemeenten in 2026 afspraken en zetten zij acties uit om de beschikbaarheid van de kinderGLI te versnellen. • Voor uitbreiding van het KinderGLI-aanbod worden relevante professionals actief geïnformeerd, geworven en gestimuleerd om aan de kwaliteitseisen en benodigde scholing te voldoen. - Uiterlijk in 2029 beschikt iedere gemeente passend bij de zorgbehoefte over voldoende capaciteit om ondersteuning te bieden.

		6) Actueel regionaal overzicht van ondersteuningsaanbod - Uiterlijk juni 2027 is een lokaal digitaal en actueel overzicht beschikbaar van relevant welzijns-, leefstijl- en beweegaanbod voor kinderen met overgewicht. Te vinden op de beschikbare lokale websites binnen de gemeente en toegankelijk voor verwijzers en inwoners. • Het overzicht bevat minimaal 90% van het relevante regionale aanbod. • Het lokale overzicht biedt input voor ontwikkeling van de regionale sociale kaart op basis van AI (transformatieplan). Welke zo breed als mogelijk wordt ingericht. Verken of hier ook wachttijden kunnen worden opgenomen.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	In het bestedingsvoorstel voor 2027 is opgenomen: - De inzet van lokale projectleiders voor de uitrol van KnGG. Dit budget is opgenomen in de SPUK AZWA lokaal. - De inzet van de Centrale Zorgverlener is opgenomen in de SPUK AZWA regionaal.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	De monitoring wordt, afhankelijk van de opdracht en beschikbare middelen, passend ingericht. Voortgang, prestaties en risico's kunnen worden gevolgd via een regionale monitorings- en evaluatiecyclus. De monitoring richt zich op de uitvoering van de aanpak, de resultaten voor kind en gezin, de ontwikkeling van de regionale samenwerking en bredere maatschappelijke effecten. De uitkomsten worden half/jaarlijks besproken en gebruikt voor bijsturing binnen een lerende cyclus. De monitor kan de volgende onderdelen bevatten. 1. Monitoring van uitvoering en resultaten - Ontwikkel een resultaat monitor die inzicht geeft in inspanning, output en outcome. Daarbij wordt gekeken naar de volgende indicatoren: • Aantal verwijzing, aantal trajecten, lengte, BMI en GGR-bepaling, ervaren gezondheid, zorgzwaarte met hulp van de GIZ- matrix, gezinsplan met afspraken en kwaliteit van leven (voor -en nameting). 2. Registratie en datagebruik - Stel benodigde gegevens zoveel mogelijk beschikbaar vanuit Kidos en TimeTell en aangevuld met kwalitatieve informatie, bijvoorbeeld via storytelling. De verantwoordelijkheid voor registratie, datakwaliteit en rapportage wordt belegd bij Hecht GGD/JGZ, als de CZV-rol door de JGZ wordt uitgevoerd. 3. Monitoring regionale samenwerking - Volg de ontwikkeling van de domeinoverstijgend samenwerken met procesindicatoren. Sluit hierbij waar mogelijk aan op bestaande regionale monitoring, zoals voor wijkgericht werken. • De voortzetting van de huidige procesmonitor Keten op Koers wordt in 2026 geëvalueerd. 4. Outcome en impact - Onderzoek op langere termijn in hoeverre de aanpak bijdraagt aan bredere maatschappelijke effecten, zoals verbetering van gezondheid, kwaliteit van leven en participatie. Hierbij wordt gebruikgemaakt van bestaande regionale gegevens, waaronder de Gezondheidsmonitor. Eventueel aangevuld met kwalitatief onderzoek naar ervaringen van kinderen, gezinnen en professionals. 5. Doorontwikkeling - Verken de mogelijkheid om in de toekomst aan te sluiten op de Gedeelde Zorg Netwerkomgeving (GZNO). Dit kan digitale samenwerking, informatie-uitwisseling en meer uniforme monitoring tussen zorg en welzijn in de regio ondersteunen.

5. Leefstijl

Gezondheidsdoelen (Welke concrete regionale gezondheidsdoelen gericht op het verbeteren van gezondheid en welzijn heeft de regio voor het leefgebied?)

Leefgebied Leefstijl
Een gezonde leefstijl is onderdeel van welbevinden en draagt bij aan het voorkomen van gezondheidsproblemen. Een groot deel van de totale ziektelast wordt veroorzaakt door ongezond gedrag. Denk aan te weinig bewegen, ongezond eten, roken, en overmatig alcoholgebruik. Hierbij zijn problemen zoals eenzaamheid, stress en geldzorgen zeer bepalend. Dit is extra zo voor mensen met beperkt inkomen en beperkte gezondheidsvaardigheden. Een ongezonde leefstijl en overgewicht zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en het resultaat van een complexe wisselwerking tussen gedrag, genetica en de (ongezonde) leefomgeving. Voor inwoners in een kwetsbare situatie, zoals mensen met een beperkt inkomen of beperkte gezondheidsvaardigheden geldt dit nog sterker.

Regionale gezondheidsdoelen:
Richting 2030 bevorderen we een gezond leven voor alle inwoners door een gezonde leefstijl te ondersteunen en samen belemmerende factoren aan te pakken. Hiermee vergroten de kwaliteit van leven, gaan we overgewicht tegen en dragen we bij aan het voorkomen van chronische aandoeningen en stijgende zorgkosten. Daarbij is er extra aandacht voor inwoners in een maatschappelijk kwetsbare positie.

Subdoelen
De Netwerkaanpak Overgewicht volwassenen richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven van volwassenen met overgewicht of obesitas door het bieden van sluitende, domeinoverstijgende zorg en ondersteuning.

1. We bevorderen gezonde leefstijl bij volwassenen met overgewicht door het versterken van de fysieke en sociale leefomgeving van inwoners. Zodat gezond leven, gezond eten, bewegen -en ontspannen voor iedere inwoner toegankelijk en vanzelfsprekend is
2. We ontsluiten toegankelijke en begrijpelijke informatie over leefstijl en hulpaanbod.
3. We voorkomen en verminderen overgewicht en obesitas door het ontsluiten van toegankelijke, integrale en persoonsgerichte steun op diverse leefdomeinen binnen een brede integrale aanpak. Hierdoor neemt de ervaren gezondheid toe.
4. We bieden inwoners laagdrempelig toegang tot passende leefstijlinterventies of een breed gezondheidsgesprek. Bijvoorbeeld via het Leefstijlloket of sociaal verwijzen.
5. We bieden een gezonde leefomgeving en bevorderen bewegen in het algemeen. We bieden voldoende, toegankelijk en divers beweegaanbod aan volwassenen binnen gemeenten en bevorderen bewegen. Zodat meer inwoners voldoen aan de beweegnorm.

Scope en samenhang (Wat valt er binnen het leefgebied en hoe is de samenhang binnen dit leefgebied en met andere leefgebieden geborgd en benut?)

Scope
De Netwerkaanpak overgewicht ondersteunt volwassenen met een licht tot extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). We sluiten aan op de levensloop van inwoners: van een gezonde leefstijl en gewicht voor en tijdens de zwangerschap en leefstijlondersteuning van kind en gezin tot het voorkomen en aanpakken van overgewicht bij volwassenen en versterken van balans en spierkracht bij ouderen.
Met leefstijlpreventie voorkomen we gezondheidsproblemen door de leefstijl positief en duurzaam te beïnvloeden. Wie bieden hiervoor de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment voor inwoners door vroegtijdig signaleren, de brede blik op gezondheid en intensieve samenwerking tussen zorg-, sociaal- en beweegpartners in de wijk. We richten ons met leefstijlgerichte ondersteuning én de psychosociale begeleiding via welzijn op recept of sociaal verwijzen binnen de samenwerking in de wijken en de RESV. Hierdoor pakken we naast leefstijlfactoren ook onderliggende oorzaken integraal aan.

Samenhang leefgebieden - basisfunctionaliteiten
- Het verkleinen van overgewicht en verbeteren van leefomgeving en leefstijl in wijken met bijzondere aandacht voor inwoners met een lage sociaaleconomische positie (SEP).

- Verbinden van bestaande en nieuwe ketenaanpakken, zoals Kansrijke -en Nicotinevrije Start, Nu Niet Zwanger, Integrale gezinspoli, Kind naar Gezonder Gewicht, Welzijn op Recept/Sociaal Verwijzen en Valpreventie.
- Verbinden van de basisfunctionaliteit aan programma's en projecten uit het transformatieplan Gedeelde Zorg door inhoudelijke afstemming, kennisdeling en beschikbaar stellen van expertise. Denken en handelen in de geest van positieve gezondheid is leidend.

Samenhang en borging binnen de regionale preventie-infrastructuur

- Overlap in doelgroep: armoede, gezondheidsachterstanden, mentale gezondheid:
  - Overgewicht en mentale gezondheid: Dit is vaak een tweerichtingsverkeer en een vicieuze cirkel waarbij lichamelijke en geestelijke gezondheid elkaar beïnvloeden;
  - Aanpak armoede: Mensen met een laag inkomen hebben vaker overgewicht en obesitas door een combinatie van chronische stress, onvoldoende financiële middelen voor duurdere gezonde voeding en minder bewegingsruimte;
  - Aanpak Gezondheidsachterstanden: overgewicht komt onevenredig vaak voor bij mensen die zich in een kwetsbare situatie bevinden. Dit vraagt om een cultuursensitieve aanpak met aandacht voor de leefomgeving, toegankelijkheid van interventies en het omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden en financiële ondersteuning.
- Samenhang met beleidsvisies op gebied van: armoede, gezondheid, sport en bewegen en leef- en voedselomgeving.
- Borging kan plaatsvinden binnen:
  - De regionale preventie-infrastructuur;
  - De sociale basis met ondersteuning dicht bij de inwoners. Door samen met het eigen netwerk en voldoende en passend preventief leefstijlaanbod gezonde buurten te ontwikkelen;
  - Duurzame samenwerkingsafspraken en structureel overleg tussen zorg, sociaal en beweegdomein;
- Digitale data-infrastructuur en monitoring.
- Inwonerbetrokkenheid bij de transitie van 'zorg' naar gezondheid en welzijn' door ervaringsdeskundigen en inwoners een structurele stem te geven in de lokale sociale basisinfrastructuur en de inrichting van basisfunctionaliteiten.

Organisatie en rollen (Hoe zijn verantwoordelijkheid, eigenaarschap en uitvoeringscapaciteit voor het leefgebied geborgd in de regio en wat zijn de rollen van betrokken partijen?)

Financierders	**Uitvoerders**

- Gemeenten Midden-Holland
  • Vanuit het IZA/ AZWA
  • Via financiering WMO, lokale verordeningen, rijksbijdragen/ gemeentefonds
  • Gemeentelijke budgetten voor preventie en welzijn
- Zorgverzekeraar (VGZ) voor het verzekerde deel van de inzet van de (para)medische zorg en GLI-interventies bij volwassene met hoog risico.
	- Hecht GGD: rol in monitoring, regiocoördinatie basisfunctionaliteit Netwerkaanpak Overgewicht volwassenen, RPI en adviseur op gebied van gezondheidsbevordering in brede zin;
	- Gemeenten Midden-Holland - een centrale, regisserende rol
	- Mediis – regionale vertegenwoordiging huisartsenorganisaties
	- ZoHealthy:
	- De Coöperatie Fysiotherapeuten Midden-Holland namens de aangesloten fysiotherapeuten/ leeftstijlcoach.
	- Coalitie Sociaal Domein; regionale vertegenwoordiger van zorg en welzijn partners in het sociaal domein.
	- Ziekenhuizen - cruciale samenwerkingspartner in de tweede lijn.
	- Leefstijlloket MH - Gedeelde Zorg/Groene Hart Ziekenhuis
	- Lokale coördinatoren of regisseurs en (beweeg)makelaars uit het zorg, sociaal -en beweegdomein

5a. Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen

IST/ SSOLL/GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	De urgentie van de netwerkaanpak Overgewicht voor volwassenen zit op het groeiend aantal mensen met overgewicht (48% waarvan 14% ernstig in MH) dat gepaard gaat met chronische lichamelijke en psychosociale problematiek en een toenemende zorgvraag. Ook is er sprake van complexiteit van de problematiek en versnippering van de zorg. Hierdoor werken professionals langs elkaar. Omdat overgewicht vaak multifactorieel is leidt het ontbreken van regie en een integraal plan tot een inefficiënt systeem waardoor de inwoner tussen wal en schap valt en zorg niet aansluit bij leefwereld en behoefte. Verdere investering in de regio zijn hard nodig om gezondheidsschade, hoge zorgkosten en sociale uitsluiting te voorkomen en tot een dekkend regionaal aanbod te komen van de gehele netwerkaanpak.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Vanuit de traditionele ketenaanpak voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) zetten gemeenten de stap naar een brede netwerkaanpak overgewicht voor volwassenen**.** Deze transitie verbindt het medisch en sociaal -en beweegdomein met elkaar, zodat volwassenen met overgewicht of obesitas niet enkel een zorgtraject krijgen, maar waarbij met een brede blik naar onderliggende factoren wordt gekeken zoals armoede, stress of schuldhulpverlening. Met een sluitend lokaal netwerk van maatwerk met leefstijlcoaching en welzijn en passend beweegaanbod. De volgende processtappen zijn gemaakt: - Er is regionale afstemming met zorgpartijen zoals HA, GLI-coaches en Leefstijlloket MH over samenwerking en zorgroutes - Er wordt gewerkt aan regionale communicatiestrategie om bekendheid en betrokkenheid van ketenpartners en bereik inwoners te verbeteren. Ook beschikbaar voor lokale implementatie - Er is regionale afstemming en een lerende netwerkstructuur tussen gemeente en lokale coördinatoren en andere basisfunctionaliteiten - Er is een regionale procesmonitor Keten op Koers beschikbaar
SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De ambitie is dat iedere volwassene met overgewicht met onderliggende factoren tijdig en laagdrempelig toegang krijgt tot passende leefstijl-, zorg- en welzijnsondersteuning. We werken toe naar een regionaal dekkend en toegankelijk aanbod. Met een uniforme regionale werkwijze en duidelijke afspraken tussen betrokken partijen. Hierbij hebben we de volgende ambities: Systeemresultaten: 1) We ontwikkelen de GLI-aanpak door tot een duurzame Netwerkaanpak Overgewicht voor volwassenen - Gebaseerd op het basismodel van PON waarin de brede blik op leefstijl en gezondheid en de integrale aanpak centraal staan. - De borging van de netwerkaanpak vindt plaats via een passend governance-model binnen de regionale preventie infrastructuur. 2) Er is een regionale werkwijze en een dekkend aanbod

		- Professionals werken volgens één regionale werkwijze. Met heldere afspraken over signalering, bespreekbaar maken van overgewicht, verwijzing, samenwerking en terugkoppeling. - Het brede (gezondheid) gesprek is onderdeel van de regionale werkwijze. Met aandacht voor passend verwijzen naar een leefstijl interventie én integrale ondersteuning bij onderliggende problematiek, 3) Er is een regionale monitor (proces en resultaatgericht). - Hiermee worden resultaten gevolgd en er kan binnen een lerende cyclus tijdig worden bijgestuurd. De opzet en omvang van de monitor worden nog nader bepaald, mede afhankelijk van de beschikbare middelen 4) Er is benodigde digitale ondersteuning voor signaleren, verwijzen, registratie en monitoring. - Onderzoek wat een passende ICT-oplossing is voor gegevensuitwisseling. 5) Er is in de regio een regierol ingericht die toeziet op een toegankelijk en passend GLI-aanbod. - Onderzoek hoe deze rol eruitziet. 6) Verbinden van de netwerkaanpak met bestaande en nieuwe keten- en wijkgerichte aanpakken - Er is samenhang met het beweegdomein, de KnGG, Welzijn op Recept/Sociaal Verwijzen, valpreventie en Hechte Wijkverbanden en de ontwikkeling van de RESV Inwonersresultaten 7) Inwoners krijgen tijdig passende ondersteuning - We versterken de signalering en toeleiding waarbij professionals met een brugfunctie overgewicht tijdig signaleren en bespreekbaar maken. - Waarbij inwoners die zich in een kwetsbare situatie bevinden en overgewicht hebben actief worden bereikt. - Waarbij inwoners passende informatie krijgen over leefstijl en/of het brede gezondheidsgesprek. 8) Motiverende gespreksvoering en omgaan met stigma - Er is passend en toegankelijk scholingsaanbod voor betrokken professionals. We versterken gespreksvaardigheden en maken overgewicht bespreekbaar. 9) Ondersteuning wordt waar mogelijk dichter bij de inwoner wordt georganiseerd. - Er is aansluiting op het Leefstijlloket Midden-Holland. - De doorontwikkeling van een leefstijlloket in de wijk moet nog nader worden uitgewerkt. Uitbreiding van het leefstijlloket is niet specifiek aan het Groene Hart Ziekenhuis gekoppeld. - Waar mogelijk betrekken we leefstijlapothekers.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	**Keuze nog te maken:** - Rollen, verantwoordelijkheden en eigenaarschap moeten scherp worden gedefinieerd en structureel worden geborgd. • Het brede gesprek kan in het sociaal domein worden belegd bij een professional met brugfunctie (sociaal verwijzen) maar kan ook door een PO of huisarts zelf worden gevoerd. • De inzet voor zorgregie bij complexe casuïstiek komt uit het sociaal domein. Dit is de rol van de zgn.Centrale Zorg coördinator. Momenteel wordt landelijk gewerkt aan het financieringsvraagstuk van deze inzet. Voor nu kan de zorgregie bij complexe casuïstiek belegd worden bij zorgprofessionals uit het sociaal team of wijkteam.

		- Beleggen regierol om te komen regionaal dekkend en toegankelijk GLI-aanbod. - Ontwerp van doelgroepenbeleid met hulp van ervaringsdeskundigen waarbij de aanpak wordt afgestemd op de kenmerken, behoeften en leefwereld van de meest kwetsbare inwoners zodat communicatie en bereik verbeteren.
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**Opgaven:** 1. Uitnodigende gezonde leefomgeving/ gezonde wijken met individuele ondersteuning en passend beweegaanbod voor de doelgroep. - Met ondersteuning van buurtsportcoaches, leefstijlcoaches, gewichtsconsulenten en beweegmakelaars. 2. Regionale governance en ketensamenwerking. - Uiterlijk 1 juli 2027 hebben gemeenten, zorgkantoor en betrokken ketenpartners in regio Midden-Holland formele afspraken over taken, verantwoordelijkheden, verwijzing, monitoring en financiering vastgelegd voor de basisfunctionaliteit Overgewicht volwassenen. - Deze afspraken zijn in 2027 geborgd in een passende governance-structuur waarin rolverdeling, besluitvorming, escalatie en bestuurlijke verantwoordelijkheid eenduidig, aantoonbaar en structureel zijn georganiseerd. - Evaluatie vindt half/jaarlijks plaats. 3. Opsporen, signaleren en een breed gesprek op basis van positieve gezondheid. - Door zorg (huis)arts, POH of de brugfunctionaris uit het sociaal domein (sociaal verwijzen). Met afspraken over procesregie bij complexe casuïstiek. - Uiterlijk Q4 2028 voeren minimaal 80% van de bovengenoemde partijen bij volwassenen met overgewicht of obesitas met onderliggende factoren en/of maatschappelijke kwetsbaarheid een breed gesprek of verwijzen daarnaar. Hiervoor wordt aansluiting gezocht bij de brugfunctionaris binnen welzijn op recept/ sociaal verwijzen op basis van Asset Based Community Development (ABCD) gedachtegoed en positieve gezondheid. - Daarbij wordt ook indien passend, actief verwezen naar GLI, welzijns-, leefstijl- en beweegaanbod in de regio. 10) Monitoring, evaluatie en lerende cyclus - Uiterlijk 1 juli 2027 is een structurele regionale monitorings- en evaluatiecyclus ingericht voor samenwerking, uitvoering, financiering en resultaten. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de landelijke dataset en relevante regionale data waaronder de Gezondheidsmonitor. De opzet en omvang van de monitor worden nog nader bepaald. - De voortgang, het bereik, de kwaliteit, doelmatigheid en resultaten worden half/jaarlijks geëvalueerd. Op basis hiervan worden afspraken aantoonbaar bijgesteld. 4. Scholing - Er is een passend scholingsaanbod beschikbaar voor betrokken professionals om waar gewenst gespreksvaardigheden te versterken voor het voeren van het brede gesprek over leefstijl en overgewicht vóór 1 januari 2027. 5. Leefstijlloket

		Er is samenwerking die de route van het Leefstijlloket in het Groene Hart Ziekenhuis naar het lokale netwerk in de gemeente ontsluit. - De doorontwikkeling van een leefstijlloket in de wijk vraagt om nadere uitwerking. Een lokaal loket fungeert als laagdrempelig inlooppunt om gezond leven onder inwoners te stimuleren. Verken daarbij de behoefte, haalbaarheid, financiering, het bereik van doelgroepen en de organisatorische inbedding in de wijk. Besteed hierbij aandacht aan: • een gezinsgerichte aanpak en uitbreiding naar inwoners jonger dan 18 jaar; • de verwijzing van huisartsen naar het lokale loket of sociaal verwijzen; • de valtest via Smart Floor. 6. Actueel lokaal overzicht van leefstijl- en beweegaanbod voor alle inwoners. - Uiterlijk 1 februari 2028 is een digitaal en actueel overzicht beschikbaar van leefstijl-, GLI-, welzijns- en beweegaanbod voor alle inwoners met overgewicht beschikbaar op de lokale websites. - Dit kan regionaal worden ontsloten via de sociale kaart op basis van AI (transformatieplan). - Het Overzicht bevat minimaal 90% van het relevante regionale aanbod. 7. Onderzoek op welke wijze en bij wie de regierol om te komen tot passend en dekkend GLI-aanbod in de regio kan worden belegd. 8. Inzet leefstijlapothekers binnen de netwerkaanpak overgewicht Volwassenen. - Start in 2027 de verkenning over de rol en bijdrage van leefstijlapothekers binnen de netwerkaanpak. Kijk naar signalering, motivering, medicatiebegeleiding en doorverwijzing. - Start minimaal één pilot met betrokken leefstijlapothekers. Evaluatie volgt na 6 maanden. 9. Scholing en deskundigheidsbevordering - Verken de mogelijkheid om met scholing aan te sluiten bij een regionaal en ketenoverstijgend leerplatform voor scholing training en kennisdeling. Werk op basis van de ABCD gedachtengoed en positieve gezondheid, waarin ook het leefstijlgesprek een plek kan krijgen. **10.** Vanaf 2027 is een regionale communicatiestrategie en toegankelijk materiaal beschikbaar, ook voor lokaal gebruik. Om inwoners en professionals actief te informeren over de aanpak, beschikbare ondersteuning en verwijsmogelijkheden.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Voor de inzet in 2027 zijn vanuit SPUK AZWA lokaal alsook vanuit de SPUK Transformatiemiddelen middelen beschikbaar voor met name de inzet van beweegaanbod. In 2027 zal het bestedingsvoorstel voor 2028 worden opgesteld en hierin zal integraal op basis van een afwegingskader worden bekeken welke interventies en de omvang van de interventies worden bekostigd uit de SPUK AZWA.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	De monitoring wordt passend ingericht op basis van de opdracht en beschikbare middelen. Via een regionaal monitoringskader volgen we de voortgang en prestaties van de basisfunctionaliteit Overgewicht volwassenen. De monitor kan de volgende onderdelen bevatten:

		1) Monitoring van uitvoering en resultaten - Verken of je binnen het Dataplatform van Gedeelde Zorg op basis van een goede onderzoeksvraag gewenste data kan ontsluiten. 2) Registratie en datagebruik van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. - Stel benodigde gegevens over zorggebruik zoveel mogelijk beschikbaar via de zorgverzekeraar of zorgaanbieder. Denk hierbij aan het aantal verwijzing (gestart, opgevolgd, afgerond (met oorzaak niet starten of vroegtijdig stoppen**)** en het aantal integrale trajecten gestart waarbij leefstijl de aanleiding of onderdeel is van het traject. Koppel dit waar mogelijk aan data verzameling van sociaal verwijzen/welzijn op recept. - Hiervoor is mogelijk een passende ICT/ applicatie noodzakelijk. - Beperk administratieve lasten en let op privacy bij gegevensdeling. 3) Monitoring regionale samenwerking - Volg naast de resultaten op cliëntniveau ook de ontwikkeling van de domeinoverstijgend samenwerken met procesindicatoren. Sluit hierbij waar mogelijk aan op bestaande regionale monitoring, zoals van wijkgericht werken. Evalueer de bestaande monitor Keten op koers. 4) Outcome en impact van de basisfunctionaliteit - Onderzoek hoe de aanpak bijdraagt aan bredere maatschappelijke effecten, zoals verbetering van gezondheid, kwaliteit van leven en participatie op langere termijn. - Bijvoorbeeld door middel van kwalitatief onderzoek waarbij we gebruikerservaringen ophalen en bestaande regionale gegevens, waaronder de Gezondheidsmonitor benutten. 5) Doorontwikkeling - Verken de mogelijkheid om in de toekomst aan te sluiten op de Gedeelde Zorg Netwerkomgeving (GZNO). Dit kan digitale samenwerking, informatie-uitwisseling en meer uniforme monitoring tussen zorg en welzijn in de regio ondersteunen.

6. Vitaal ouder worden/ouderen

Gezondheidsdoelen (Welke concrete regionale gezondheidsdoelen gericht op het verbeteren van gezondheid en welzijn heeft de regio voor het leefgebied?)

Vitaal ouder begint met gezond leven en samen- en zelfredzaamheid. Het aantal ouderen met complexe gezondheidsvragen neemt ook toe. Dan gaat vitaal ouder worden over kwaliteit van leven en blijvende betekenisvolle deelname aan de samenleving. Intussen willen ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen en deelnemen aan de samenleving. Mensen zijn meer dan hun aandoening. In Midden-Holland is een gezamenlijke regionale aanpak nodig waarin gezond leven, preventie, vroegsignalering, passende ondersteuning en domeinoverstijgende samenwerking centraal blijven staan. Regionale partners zetten gezamenlijk in op het versterken van de zelfredzaamheid van ouderen en hun mantelzorgers, het voorkomen van gezondheidsproblemen en het vertragen van achteruitgang. Extra aandacht is er voor ouderen die door een combinatie van gezondheids-, sociale of maatschappelijke factoren een verhoogd risico hebben op vallen, dementie, eenzaamheid of verlies van zelfstandigheid.

Regionale gezondheidsdoelen Vitaal Ouder Worden
Wij bevorderen dat ouderen zo lang mogelijk gezond, zelfstandig en betekenisvol kunnen leven. Daarbij zetten wij extra in op eigen kracht, toerusting van mantelzorgers, preventie, vroegsignalering, en passende ondersteuning met goede samenwerking tussen inwoners, welzijn, gemeenten en zorg.

Subdoelen
Richting 2030 streven we ernaar dat:

- Meer ouderen langer zelfstandig thuis wonen doordat zij, samen met hun netwerk, tijdig passende ondersteuning ontvangen en regie houden over het dagelijks leven.
- Eenzaamheid onder ouderen afneemt of niet verder toeneemt.
- Meer ouderen actief deelnemen aan de samenleving.
- Minder zelfstandig wonende ouderen te maken krijgen met een valincident.
- Meer ouderen voldoen aan de beweegnorm.
- Het risico op dementie waar mogelijk wordt eerder herkend, verlaagd, of het ontstaan ervan uitgesteld, door aandacht voor een gezonde leefstijl, preventie en vroegsignalering.
- Meer ouderen kunnen gebruikmaken van laagdrempelige voorzieningen, ontmoetingsmogelijkheden en informele ondersteuning in de sociale basis, waardoor kwetsbaarheid en overbelasting worden voorkomen of verminderd.
- Ouderen beter kunnen gebruikmaken van voorzieningen in welzijn, sociaal domein en zorg, ook wanneer zij beperkte gezondheidsvaardigheden hebben of beperkingen ervaren bijvoorbeeld bij het bewegen
- Ouderen met cognitieve problemen eerder worden herkend en ondersteund.
- Meer ouderen tijdig passende ondersteuning krijgen wanneer zich kwetsbaarheden ontwikkelen, zodat zwaardere ondersteuning, ziekenhuisopnames en onnodig beroep op acute zorg zoveel mogelijk worden voorkomen of uitgesteld.
- Mantelzorgers tijdig passende ondersteuning ontvangen, worden gestimuleerd om te zorgen voor hun eigen gezondheid, welzijn en veerkracht, en indien gewenst toegang hebben tot respijt- en logeerzorg.

Scope en samenhang (Wat valt er binnen het leefgebied en hoe is de samenhang binnen dit leefgebied en met andere leefgebieden geborgd en benut?)

Scope Vitaal Ouder worden
Het leefgebied Vitaal Ouder Worden richt zich op ouderen, op hun blijvende deelname aan de samenleving. Daarnaast gaat het in het bijzonder over ouderen die kwetsbaarheden ervaren of een verhoogd risico hebben op verlies van zelfstandigheid. Binnen dit leefgebied ligt de focus op:

- Valpreventie (D5 basisfunctionaliteit).

- Ketenaanpak dementie (incl. preventie) (D5 Ontwikkelagenda 1).

Daarnaast bouwt de regio met bestaande regionale infrastructuur voort op randvoorwaarden die ook relevant zijn voor toekomstige ontwikkelingen rondom zelfstandig thuiswonen.

Ondersteunende regionale infrastructuur (D5/D6)
- Vroegsignalering van kwetsbaarheid en de afspraken hierover in het transformatieplan, evenals die over het regionaal transferpunt (RTP).
- Mantelzorgondersteuning.
- Respijt- en logeerzorg.
- Inloopvoorzieningen
- Passende ondersteuning dichtbij huis.
- Langer zelfstandig thuis wonen(inclusief passende woonvormen bijv. samenwonen diverse doelgroepen).
- Wijkgerichte samenwerking.
- Domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeenten.
- Laagdrempelige toegang tot informatie, ondersteuning en voorzieningen voor inwoners en mantelzorgers.

Samenhang

Met Gezonde omgeving en levensstijl
Vitaal ouder worden begint in de eigen leefomgeving: daar waar we ontmoeten, ontspannen en bewegen vanzelfsprekend maken. Bewegen, gezond eten, ontspannen en sociaal participeren zijn belangrijke factoren voor vitaal ouder worden. Ontmoeten, bewegen, spelen, alles wat daartoe uitnodigt gaat vooraf aan interventies. Een gezonde leefstijl draagt bij aan het voorkomen van vallen dan wel de gevolgen daarvan, cognitieve achteruitgang en verlies van zelfstandigheid.

Regionaal transformatieplan
Een duidelijke samenhang ligt er met het vigerende transformatieplan: in het verbinden van wijkgericht samenwerken en met lopende regionale trajecten, zoals het Consultatie- en Behandelteam ouderen (CBO), Regionaal Transferpunt (RTP), de aanpak uitstroomproblematiek, vroegsignalering van kwetsbare ouderen en proactieve zorgplanning (PZP), maar ook de meer overstijgende aanpakken zoals positieve gezondheid.

Binnen Vitaal Ouder Worden
Valpreventie en de ketenaanpak dementie hangen nauw met elkaar samen. Factoren als gezond leven, bewegen, sociale participatie, vroegsignalering, reablement, mantelzorgondersteuning, respijt- en logeerzorg en passende ondersteuning dichtbij huis dragen bij aan zowel het voorkomen van gezondheidsproblemen als het naderhand behouden van zelfstandigheid en kwaliteit van leven.

Met de SamenZorgWijzer
Er is het digitale platform met informatie, leeractiviteiten en verwijzing naar ondersteuning voor mantelzorgers en professionals. Verder het project Overdragen Zorghandelingen, waarin inwoners, patiënten en mantelzorgers worden toegerust om passende ADL- en lichte zorghandelingen veilig zelf uit te voeren.

Met het leefgebied Mentale Gezondheid
Mentale gezondheid speelt een belangrijke rol bij vitaal ouder worden. Eenzaamheid, depressieve klachten, mantelzorgbelasting en cognitieve problematiek hangen nauw met elkaar samen. Ontmoeting, meedoen in de samenleving en ondersteuning van mantelzorgers zijn daarom belangrijke onderdelen binnen Vitaal Ouder Worden en sluiten aan bij de ketenaanpak dementie, het tegengaan van eenzaamheid en het versterken van de sociale basis.

Met Sociaal Verwijzen en het sociaal domein

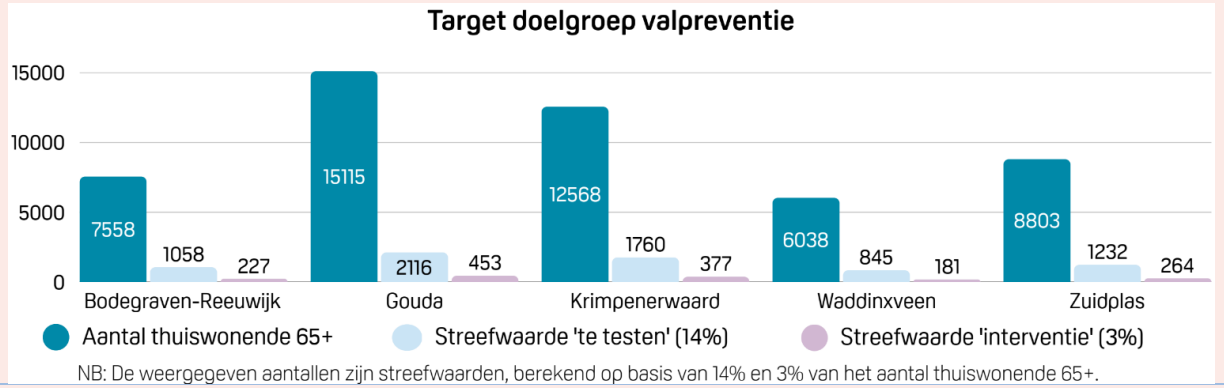
Vroegsignalering, wijkgerichte samenwerking en passende ondersteuning sluiten aan bij sociaal verwijzen en de bredere beweging naar de voorkant. Daarbij maken we gebruik van bestaande regionale voorzieningen en informatieplatformen die inwoners en professionals ondersteunen bij het vinden van passende ondersteuning, preventie- en welzijnsaanbod (o.a. laagdrempelige toegang tot dagbesteding)
De regio stimuleert daarnaast laagdrempelige toegang tot ondersteuning in de wijk via het leefstijlloket, en versterkt de verbinding tussen preventie, welzijn en zorg. Waar mogelijk sluit de uitvoering aan bij bestaande wijkplannen en wijkverbanden, zodat signalen, inwonersbehoeften en lokale voorzieningen beter met elkaar verbonden worden.

Met Gezondheidsvaardigheden
Ouderen met een kwetsbaarheid hebben vaker te maken met gezondheidsachterstanden, beperkte gezondheidsvaardigheden, eenzaamheid en verminderde toegang tot ondersteuning. Hierdoor is extra aandacht nodig voor toegankelijkheid en passende ondersteuning. Bij de uitvoering is aandacht voor begrijpelijke informatievoorziening, omgang met beperkte gezondheidsvaardigheden en het bereiken van ouderen en mantelzorgers die minder gemakkelijk gebruikmaken van voorzieningen.

Organisatie en rollen (Hoe zijn verantwoordelijkheid, eigenaarschap en uitvoeringscapaciteit voor het leefgebied geborgd in de regio en wat zijn de rollen van betrokken partijen?)

Financierders: De ketenaanpak valpreventie wordt gezamenlijk gefinancierd door gemeenten (in de vorm van de GR JW) en zorgverzekeraars, in overeenstemming met de landelijke afspraken uit het GALA. De ketenaanpak dementie is nieuw als ontwikkelopgave en zal worden gefinancierd vanuit het AZWA. VGZ vervult de rol van financier voor het medische deel van de valpreventieketen en de dementiezorg. Gemeenten in de regio dragen bij via de Wmo (onder andere door mantelzorgondersteuning) en gemeentelijke budgetten voor preventie en welzijn.	*Uitvoeringspartijen:* - Welzijnsorganisaties, buurtsportcoaches en beweegaanbieders verzorgen de opsporing van ouderen met verhoogd valrisico (stap 1 uit de ketenaanpak), de voorlichtingsbijeenkomsten (voor laag en midden risico) en het structurele beweegaanbod op alle risico's (stap 4 uit de ketenaanpak). Huisartspraktijken en bepaalde eerstelijnspartners kunnen de valrisicobeoordeling uitvoeren bij hoog risico (stap 2 uit de ketenaanpak) en verwijzen door op alle risico's. - Hecht GGD coördineert monitoring (van onder andere valpreventie, eenzaamheid), en gezondheidsbevordering in brede zin.

6a. Valpreventie

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	Valpreventie wordt als belangrijke en goed ontwikkelde keten gezien. Er zijn landelijke kaders en heldere targets, wat de urgentie en focus ondersteunt.  NB: De weergegeven aantallen zijn streefwaarden, berekend op basis van 14% en 3% van het aantal thuiswonende 65+.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	• De ketenaanpak valpreventie is in vier van de vijf gemeenten geïmplementeerd. De vijfde gemeente is wel gestart, maar is nog niet op alle stappen van de keten actief. • Zorgprofessionals zoals huisartsen, fysiotherapeuten en buurtsportcoaches zijn betrokken bij signalering en doorverwijzing. • In alle gemeenten zijn erkende interventies beschikbaar, zoals valpreventieve beweegprogramma's. Het grootste aanbod is er op het midden risico. Op een hoog valrisico is er zeer beperkt aanbod. • Er zijn verschillen tussen gemeenten in organisatie, capaciteit en toegankelijkheid van het aanbod. • Monitoring van bereik van interventies is redelijk ontwikkeld. • Regionale afspraken over structurele borging van valpreventie zijn nog in ontwikkeling. Er is een tekort aan opgeleide uitvoerders. Er is geïnvesteerd in het opleiden van uitvoerders, waardoor er meer fysiotherapeuten de interventie (voor de midden risicogroep) kunnen geven. Er is daardoor wel een grote afhankelijkheid van fysiotherapeuten voor het geven van een interventie op midden en hoog risico met als gevolg dat er herhaaldelijk opnieuw opgeleid moet worden, omdat er verloop van trainers is binnen de fysiotherapieorganisaties. Dit geeft op momenten wachtlijsten of een mismatch tussen vraag en aanbod. • De valrisicobeoordeling is nog onvoldoende geborgd binnen de keten. De visie op valpreventie is regionaal en lokaal gelijktijdig gestart en als één samenhangende keten ingericht. Monitoring is uniform opgezet, maar vraagt nog om ontwikkeling. Het netwerk functioneert goed en kent een structuur van lokale coördinatoren en een regionale beleidsgroep.

SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	Het volgende is nodig voor een dekkend netwerk en volledig geïmplementeerde en opgeschaalde visie en uitwerking op valpreventie: • Ontdekken op welke wijze de doelgroep met hoog valrisico kan worden bereikt en bediend naast de route via de huisartsen en vanuit de zelftest. Te denken valt meer interventies op hoog risico en een beter passend beweegaanbod. • De inzet van de (formele/professionele) sociale basis (bijvoorbeeld buurtsportcoaches, ouderenadviseurs, wijkverpleging) voor het verstevigen en verbreden van de opsporing van de midden en laagrisicogroepen en het aanbieden van beweegaanbod of een interventie op één van de andere risico-indicatoren (oa voeding, medicatiegebruik, schoeisel, visus en gehoor) • Doelgroepen bereiken die op dit moment niet via de reguliere vindplaatsen te bereiken zijn door bijvoorbeeld ook meer gebruik te maken van de informele sociale basis (sleutelfiguren, cultureel netwerk) en aan te sluiten bij de leefwereld van de doelgroepen. • Er is één regionale visie op valpreventie waarvan borging plaatsvindt binnen de gemeente en binnen de sociale basis. • Automatisering draagt bij aan één systeem voor doorverwijzen als voor de monitoring. Het heeft de voorkeur om aan te sluiten bij bestaande systemen, zoals zorgdomein. De ambitie is volledige regionale dekking met structurele borging. Specifieke aandachtspunten zijn: • Structurele financiering van de lokale en regionale coördinatoren; • Verdere regionale afspraken rond de valrisicobeoordeling en de borging binnen de keten; • Betere betrokkenheid van welzijn, paramedici en wijkverpleging bij opsporen, voorlichting geven en waar mogelijk toe leiden naar interventies, voorlichting en/of (zelf georganiseerd) beweegaanbod; • Groter bereik op kwetsbare doelgroepen. We richten ons op migranten en inwoners met een lage sep; • Structureel aanbod van bewegen en sport voor senioren en kwetsbare doelgroepen en met specifieke aandacht voor het toeleiden en behouden van het beweeggedrag om een duurzame verandering te realiseren.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	De keten is grotendeels ingericht. Verdere ontwikkeling richt zich op: • Harmonisatie van tempo tussen gemeenten; • Structurele borging; • Verbetering van de instroom via andere professionals (zoals bijvoorbeeld wijkverpleging, ergotherapeuten, mantelzorgconsulenten, huisarts); • Automatisering van de keten zodat opschalen makkelijker is en uitvoeringscapaciteit ingezet kan worden op signalen, voorlichten en borgen beweegaanbod.
GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**Projectdoelstelling A: Gesloten en duurzaam geborgde ketenaanpak** Uiterlijk eind 2028 is de valpreventieketen in de regio Midden-Holland gesloten en duurzaam geborgd binnen het sociaal en medisch domein: alle vier de stappen van de ketenaanpak (signaleren, screenen, interventie, structureel beweegaanbod) zijn operationeel en vastgelegd in structurele samenwerkingsovereenkomsten met de ketenpartners. Dit blijkt uit: (1) een in Q1 2027 vastgesteld regionaal plan met SMART-doelen en doelgroepstrategie; (2) een uitbreiding van het aantal aangesloten signalerende organisaties (welzijn, wijkverpleging, apothekers, sleutelpersonen) met in totaal 10 organisaties (5 in Q1 2027 en 5 in Q1 2028) ten opzichte van de nulmeting eind 2026; en (3) in de loop van 2028 afgesloten structurele samenwerkingsovereenkomsten met ketenpartners (waaronder diëtisten en ergotherapeuten) en ingerichte, geïntegreerde verwijslijnen met andere leefgebieden (overgewicht/obesitas, sociaal domein).

		Doelstelling B: Bereik doelgroep, deelname en afname valincidenten Eind 2028 bereikt de regio Midden-Holland via de ketenaanpak 14% van de thuiswonende 65-plussers met een screening op valrisico en neemt 3% van deze groep deel aan een valpreventieve interventie conform de landelijke streefwaarden zoals herbevestigd of (indien niet haalbaar) regionaal bijgesteld in het regionaal plan van Q1 2027. Dit resulteert uiterlijk eind 2028 in een meetbare afname van het aantal valincidenten onder ouderen ten opzichte van de nulmeting in 2026. Voortgang op bereik, deelname en doorstroom wordt halfjaarlijks gemonitord door de regionaal coördinator en de GGD, en op basis van elke monitoringsronde wordt een verbeterplan opgesteld en uitgevoerd door de regionaal coördinator. **Doelstelling C: Kennis en toepassing van risico-indicatoren bij professionals** Eind 2028 herkennen en signaleren alle bij de ketenaanpak betrokken zorg- en welzijnsprofessionals in de regio AZWA de 13 risico-indicatoren voor vallen (mobiliteit, medicijngebruik, cognitieve stoornissen en dementie, stemming, valangst, gezichtsvermogen, duizeligheid, incontinentie, gehoorproblemen, moeite met ADL, omgevingsfactoren, voetproblemen en voeding) in hun dagelijkse werkproces, en is valpreventie een vast, herkenbaar onderdeel van de lokale basisinfrastructuur (bijvoorbeeld verankerd in scholing, protocollen of werkafspraken van de aangesloten organisaties). Dit wordt aantoonbaar gemaakt via een korte nulmeting begin 2027 (bijvoorbeeld een korte kennis- en implementatiescan onder aangesloten organisaties) en een eindmeting eind 2028, uitgevoerd door de regionaal coördinator. **Doelstelling D: Structureel en toegankelijk beweegaanbod** Eind 2029 is het beweegaanbod voor ouderen, migranten en mensen met een lage sociaaleconomische positie in de regio AZWA structureel en laagdrempelig toegankelijk. Concreet: in Q2 2027 is er een regionaal dekkend overzicht van en werkafspraken over structureel beweegaanbod tussen lokale coördinatoren, gemeenten en sportorganisaties, inclusief een warme overdracht vanuit interventies; in Q4 2027 is het aantal deelnemers aan structureel beweegaanbod via sportorganisaties en welzijn met minimaal 10% gestegen ten opzichte van de nulmeting in 2024/2025; en eind 2029 is het percentage ouderen dat voldoet aan de beweegnorm (minimaal 2 keer per week 150 minuten matig intensief bewegen) gestegen ten opzichte van de nulmeting van 40% in 2024, en is het percentage ouderen dat wekelijks balansgerichte activiteiten doet gestegen ten opzichte van de nulmeting van 9% in 2024 (bron: GGD gezondheidsmonitor). Deze doelstelling is deels afhankelijk van investeringen van gemeenten vanuit het Sportakkoord in bewegen en sport en ontwikkelingen in de Gezonde leefomgeving. **Doelstelling E: Wijkgerichte aanpak kwetsbare doelgroepen** Vanaf Q3 2027 start in [aantal, nader te bepalen in de herijking van Q1 2027] pilotwijken een wijkgerichte aanpak gericht op kwetsbare doelgroepen (waaronder migranten en mensen met een lage sociaaleconomische positie), uitgevoerd door lokale coördinatoren en welzijnsorganisaties via sleutelpersonen. Doel is dat het bereik van deze groepen binnen de ketenaanpak eind 2028 aantoonbaar hoger is dan de nulmeting bij start van de pilots, gemeten via de halfjaarlijkse regionale monitoring (uitgesplitst naar doelgroep waar mogelijk). In 2028 wordt de aanpak verbreed naar aanvullende kwetsbare doelgroepen die nog niet worden bereikt.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	De middelen voor valpreventie zoals werden bekostigd vanuit SPUK GALA en SPUK IZA worden één op één overgenomen in de SPUK AZWA lokaal en SPUK AZWA regionaal.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Bij de monitoring sluiten we in eerste instantie aan bij bestaande structuur van monitoring voor de ketenaanpak valpreventie (Keten op Koers monitor) en voor het transformatieplan Midden-Holland. Deze monitor wordt uitgebreid en geïntegreerd met andere ketenaanpakken. De ontwikkeling hiervan zal in 2027 meer tijd kosten. De jaren erop volgend zal de nadruk liggen op

		dataverzameling en evaluatie van de keten. Uitgangspunt voor monitoring dat we gebruik maken van dat wat er al is en administratieve lasten beperken.

6b. Ketenaanpak dementie (incl. preventie)

<table>
<tr><th>IST/ SOLL/ GAP</th><th>Onderdelen</th><th>Uitwerking</th></tr>
<tr><td>IST</td><td>Urgentie: Wat is er bekend over de urgentie van deze aanpak in de regio?</td><td>
Doelgroep
Mensen met (beginnende) dementie in de regio Midden-Holland.

Aantal mensen met dementie per gemeente (prognose):

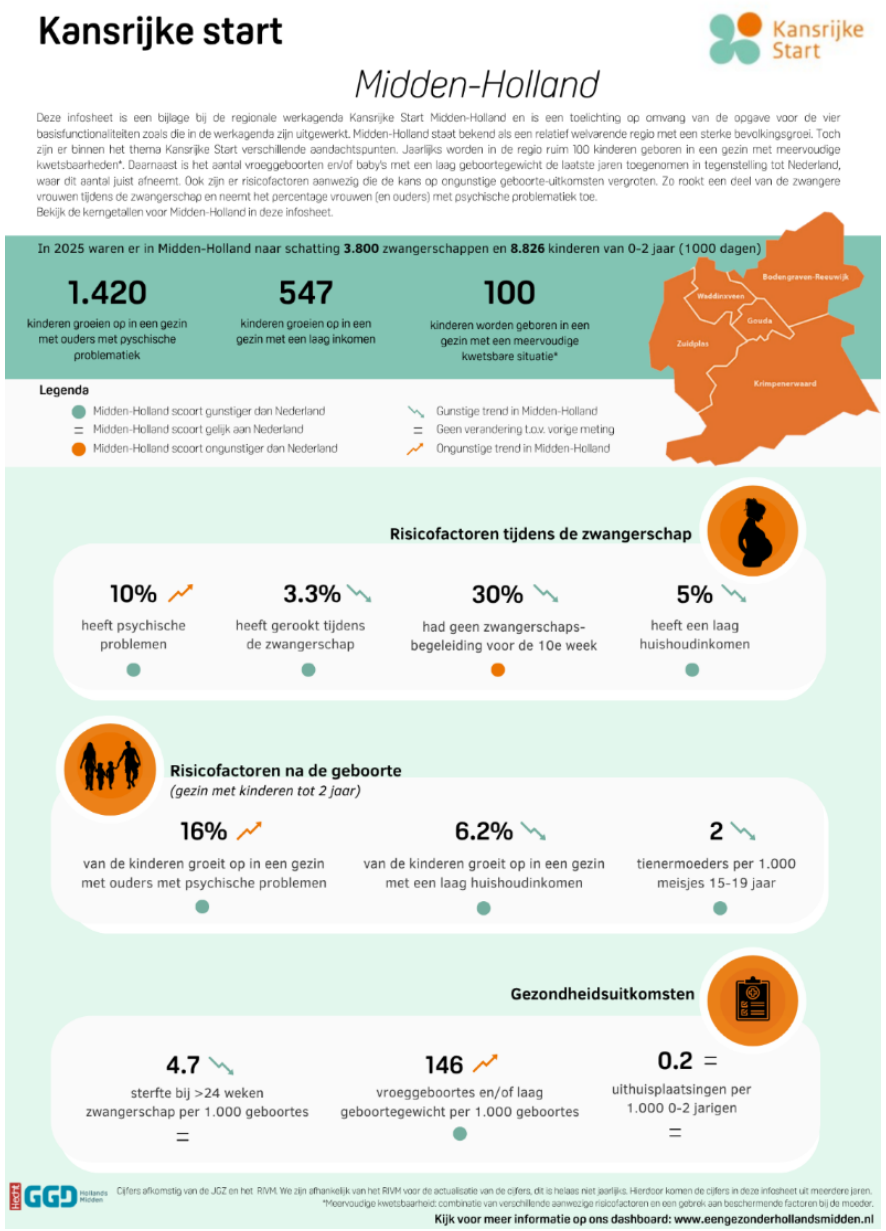
<table>
<tr><th>Gemeente</th><th>2025</th><th>2030</th><th>2040</th><th>2050</th></tr>
<tr><td>Gouda</td><td>1400 (1,8%)</td><td>1700 (2,1%)</td><td>2300 (2,6%)</td><td>2900 (3,1%)</td></tr>
<tr><td>Zuidplas</td><td>740 (1,5%)</td><td>880 (1,7%)</td><td>1300 (2%)</td><td>1700 (2,2%)</td></tr>
<tr><td>Krimpenerwaard</td><td>1100 (1,9%)</td><td>1300 (2,2%)</td><td>1700 (2,8%)</td><td>2100 (3,3%)</td></tr>
<tr><td>Bodegraven-Reeuwijk</td><td>670 (1,8%)</td><td>770 (2%)</td><td>1000 (2,5%)</td><td>1300 (3,1%)</td></tr>
<tr><td>Waddinxveen</td><td>500 (1,4%)</td><td>580 (1,5%)</td><td>800 (1,8%)</td><td>1000 (2,1%)</td></tr>
</table>
Bron: Alzheimer Nederland, 2025.

Belangrijkste knelpunten:
- Onvoldoende kennis over ziektebeeld bij professionals en inwoners.
- Ruimte voor verbeterde samenwerking tussen professionals, inwoners (met dementie) en mantelzorgers.
- Proactieve zorgplanning wordt onvoldoende of te laat toegepast.
- Gegevensuitwisseling in de keten is onvoldoende.
- Sociale cohesie en buurtnetwerk niet overal even sterk: bewustwording m.b.t. dementie versterken (dementievriendelijke samenleving).
- Personeelstekorten in de zorg: in deze regio hoger dan gemiddeld in Nederland (bron: transformatieplan Gedeelde Zorg)
</td></tr>
</table>

	Situatie: In hoeverre is deze aanpak (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	- Er is sprake van een breed en actief dementie netwerk waarin zorg- en welzijnspartijen (waaronder het sociaal domein, informele netwerken, thuiszorgorganisaties, VVT, ziekenhuizen, huisartsen en Alzheimer Nederland) elkaar regionaal en lokaal weten te vinden. - Het thema dementie is onderdeel van het Transformatieplan Gedeelde Zorg (programma: Kwetsbare Ouderen) - In regio Midden-Holland wordt casemanagement dementie georganiseerd vanuit het samenwerkingsverband Tandem. De casemanagers werken hierin intensief samen en investeren gezamenlijk in deskundigheidsbevordering. - Er is een centraal aanmeldpunt casemanagement in Zorgdomein voor verwijzers - In gemeenten wordt de dementiescan (dementievriendelijke gemeente) uitgevoerd – uitwerking van de aandachtspunten uit deze scan verschilt per gemeente (afhankelijk van capaciteit). - Beperkte beschikbaarheid van respijtzorg (logeerzorg + (niet geïndiceerde) ondersteuning) - Het thema dementie komt deels terug in huidige visies en uitgangspunten (bijv. lokale (mantelzorg)ondersteuning, regionale woonzorgvisie). - Cursus 'Dementie, sterker verder' georganiseerd in 5 gemeenten.
SOLL	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	**'Regio Midden-Holland is een dementievriendelijke regio'** - In ieder gemeente wordt periodiek de dementiescan (dementievriendelijke gemeente) uitgevoerd en de uitkomsten/acties die hieruit volgen worden opgepakt. - Verder voortbouwen op Transformatieplan (kwetsbare ouderen) regio Midden – Holland. - De ketenaanpak dementie sluit aan op de Regionale Preventie Infrastructuur en op het plan van aanpak 'Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen': vroegsignalering, diagnostiek en ondersteuning zijn als een samenhangend proces georganiseerd. - De informatievoorziening (voor met name inwoners) is eenduidig ingericht via een goed functionerend digitaal platform. De informatie richt zich op inwoners met beginnende dementie en mantelzorgers, waarbij er aandacht is voor passend (digitale) hulpmiddelen die zelfredzaamheid en mantelzorg ondersteunen. - Passendere zorg en ondersteuning voor inwoners met dementie met een migratieachtergrond - Er wordt in beeld gebracht wat de behoefte is van jonge mensen met dementie en hoe het aanbod voor hen beter aansluit. - Er is een gezamenlijk visie op dementiezorg binnen de regio waarbij wordt aangesloten op bestaande kaders (bijv. Lokale (mantelzorg)ondersteuning, regionale woonzorgvisie, landelijke zorgstandaard dementie). - Er wordt domein overstijgend samengewerkt met daarbij aandacht voor digitale gegevensuitwisseling. - Samenwerken in de wijk is een vanzelfsprekend onderdeel van de keten. - Er zijn voldoende passende voorzieningen in sociaal domein, ook niet geïndiceerde ondersteuning in het preventieve veld. - De cursus 'Dementie sterker verder' wordt voortgezet.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze aanpak, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	- Hoe integreren we het thema dementie sterker met andere ketens (bijv. palliatieve zorg, valpreventie & mentaal gezondheidsnetwerk). - Aanbod voor inwoners is nog niet volledig dekkend. Met name op respijtzorg, laagdrempelige dagbesteding (zonder indicatie) en aanbod voor ouderen met een migratieachtergrond of jonge mensen met dementie. Wat mist er en wat is er nodig om dit dekkend te krijgen?

GAP (projectplan)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**In 2030:** - Het risico op dementie waar mogelijk wordt eerder herkend, verlaagd, of het ontstaan ervan uitgesteld, door aandacht voor een gezonde leefstijl, preventie en vroegsignalering. - Is de regionale informatievoorziening over dementie verder ontwikkeld en goed te vinden voor inwoners en professionals, waarin informatie over ondersteuning, zorg, activiteiten en verwijsmogelijkheden is gebundeld. - Is de samenhang, borging en sturing op de al bestaande onderdelen versterkt. Onderdelen zoals Tandem, het centrale digitaal aanmeldpunt, (niet-geïndiceerde) respijtzorg en mantelzorgondersteuning functioneren goed en zijn aanvullend op elkaar. - Is de dementieaanpak aantoonbaar geïntegreerd in de wijkgerichte aanpak van gemeenten en zijn afspraken gemaakt over (vroeg)signalering, doorverwijzing en ondersteuning van (jonge) mensen met dementie en hun mantelzorger. - Is er een regionale visie op dementie vastgesteld met aandacht voor de definitie en inrichting van (niet-geïndiceerde) respijtzorg en zijn er afspraken over de verhouding tussen regionale en lokale interventies. - Wordt de cursus 'Dementie sterker verder' structureel aangeboden in de regio (2x per jaar in alle 5 de gemeenten). - Wordt de regionale dementieaanpak jaarlijks geëvalueerd en verbeterd op basis van de netwerkbijeenkomsten, de uitkomsten van de dementiemonitor en/of (lokale) dementiescans.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	**Huidig:** - Lokale budgetten zijn beperkt - Netwerk dementie (financiering via VGZ) **2027 (AZWA):** Voortzetten cursus 'Dementie sterker verder' De inzet van een regionale coördinator zal begin 2027 worden meegenomen in de uitwerking van de inzet van coördinatoren binnen het AZWA. Op dat moment wordt ook bekeken welke financiële inzet dit vraagt.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	- Dementiescan (lokaal) - GGD monitor - Dementiemonitor, Alzheimer Nederland (landelijk) - Voortgang via regionaal/lokaal Netwerk Dementie - Dementie in Kaart (Ministerie VWS, beschikbaar zomer 2026)

Bijlage 1: kerngetallen Kansrijke Start



Kansrijke start

Kansrijke Start

Midden-Holland

Deze infosheet is een bijlage bij de regionale werkagenda Kansrijke Start Midden-Holland en is een toelichting op omvang van de opgave voor de vier basisfunctionaliteiten zoals die in de werkagenda zijn uitgewerkt. Midden-Holland staat bekend als een relatief welvarende regio met een sterke bevolkingsgroei. Toch zijn er binnen het thema Kansrijke Start verschillende aandachtspunten. Jaarlijks worden in de regio ruim 100 kinderen geboren in een gezin met meervoudige kwetsbaarheden*. Daarnaast is het aantal vroeggeboorten en/of baby's met een laag geboortegewicht de laatste jaren toegenomen in tegenstelling tot Nederland, waar dit aantal juist afneemt. Ook zijn er risicofactoren aanwezig die de kans op ongunstige geboorte-uitkomsten vergroten. Zo rookt een deel van de zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap en neemt het percentage vrouwen (en ouders) met psychische problematiek toe.
Bekijk de kerngetallen voor Midden-Holland in deze infosheet.

In 2025 waren er in Midden-Holland naar schatting **3.800** zwangerschappen en **8.826** kinderen van 0-2 jaar (1000 dagen)

1.420 kinderen groeien op in een gezin met ouders met pyschische problematiek

547 kinderen groeien op in een gezin met een laag inkomen

100 kinderen worden geboren in een gezin met een meervoudige kwetsbare situatie*

Boskenhoven-Reeuwijk
Waddinxveen
Gouda
Zuidplas
Krimpenerwaard

Legenda

- Midden-Holland scoort gunstiger dan Nederland
- = Midden-Holland scoort gelijk aan Nederland
- Midden-Holland scoort ongunstiger dan Nederland
- Gunstige trend in Midden-Holland
- = Geen verandering t.o.v. vorige meting
- Ongunstige trend in Midden-Holland

Risicofactoren tijdens de zwangerschap

10% heeft psychische problemen

3.3% heeft gerookt tijdens de zwangerschap

30% had geen zwangerschaps-begeleiding voor de 10e week

5% heeft een laag huishoudinkomen

Risicofactoren na de geboorte
(gezin met kinderen tot 2 jaar)

16% van de kinderen groeit op in een gezin met ouders met psychische problemen

6.2% van de kinderen groeit op in een gezin met een laag huishoudinkomen

2 tienermoeders per 1.000 meisjes 15-19 jaar

Gezondheidsuitkomsten

4.7 sterfte bij >24 weken zwangerschap per 1.000 geboortes =

146 vroeggeboortes en/of laag geboortegewicht per 1.000 geboortes

0.2 = uithuisplaatsingen per 1.000 0-2 jarigen =

GGD Hollands Midden

Cijfers afkomstig van de JGZ en het RIVM. We zijn afhankelijk van het RIVM voor de actualisatie van de cijfers, dit is helaas niet jaarlijks. Hierdoor komen de cijfers in deze infosheet uit meerdere jaren.
*Meervoudige kwetsbaarheid: combinatie van verschillende aanwezige risicofactoren en een gebrek aan beschermende factoren bij de moeder.

Kijk voor meer informatie op ons dashboard: www.eengezonderhollandsmidden.nl