Gemeente Voorschoten

Nr. 83 Informatiebrief

Zaaknummer:	Z - 26/114641
Documentnummer:	502916
Datum:	3 nobember 2026 / verzonden: 4 november 2026
Onderwerp:	Regionale werkagenda AZWA
Portefeuillehouder:	Wethouder Van Hellemondt
Bijlage(n):	1. *Regionale werkagenda AZWA*

Geachte Raad,

Het college heeft de Regionale Werkagenda Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) Zuid-Holland Noord 2027–2029 vastgesteld. Met deze brief informeren wij u over de betekenis hiervan voor Voorschoten en het vervolgproces.

Aanleiding

Het AZWA geeft vanaf 2027 vervolg aan het Integraal Zorgakkoord en het Gezond en Actief Leven Akkoord. In de werkagenda maken de dertien gemeenten in Holland Rijnland, zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en regionale partners afspraken over preventie, welzijn, zorg, publieke gezondheid en het sociaal domein. Vaststelling door alle colleges is nodig om in aanmerking te komen voor de landelijke SPUK-AZWA-middelen voor 2027 tot en met 2029.
De gemeente Leiden beheert namens de regiogemeenten de regionale middelen en verzorgt de regionale procesregie en verantwoording. Hiervoor heeft het college een mandaatbesluit genomen.

Betekenis voor Voorschoten

De werkagenda sluit aan bij de kaders van het Beleidsplan Sociaal Domein en de lokale doelen voor preventie en gezondheid. Voorschoten blijft verantwoordelijk voor de inzet van de lokale middelen en houdt ruimte om deze te verbinden aan lokale opgaven en voorzieningen.
Regionale samenwerking wordt ingezet voor onderwerpen die gemeenten niet doelmatig afzonderlijk kunnen organiseren, zoals regionale ketenstructuren, expertise, data en afspraken met zorgpartijen.

Vervolg

De werkagenda wordt uitgewerkt in een regionale uitvoeringsagenda. Deze is naar verwachting in het eerste kwartaal van 2027 gereed en bevat afspraken over activiteiten,

verantwoordelijkheden, resultaten en lokale accenten. Het college bewaakt de aansluiting bij de lokale situatie en de beschikbare uitvoeringscapaciteit.
De raad wordt via de bestuursrapportage Sociaal Domein geïnformeerd over de lokale inzet van middelen en de voortgang.

Met vriendelijke groet,
het college van burgemeester en wethouders,

E.A. van Wattingen,
gemeentesecretaris

mw. drs. N. Stemerdink,
burgemeester

Deze brief is digitaal vastgesteld. Hierdoor staat er geen fysieke handtekening in de brief.

Regionale werkagenda
Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
Zuid-Holland Noord

Definitieve versie

8 oktober 2026

Regio Holland Rijnland

Regionale werkagenda AZWA

Inhoud

Begrippenlijst 3
Inleiding 6
Aanleiding en context 9
Regionale Preventie-Infrastructuur (RPI) 17
De RPI 18
Verbinding RPI met regionale ontwikkelingen: Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband 20
Financiën 21
Mentale Gezondheid 25
Laagdrempelige steunpunten (Basisfunctionaliteit) 27
Sociaal verwijzen (Basisfunctionaliteit) 29
Mentale gezondheidsnetwerken (Ontwikkelagenda 1) 30
Kansrijk opgroeien 32
Kansrijke start (Basisfunctionaliteit) 35
Integrale gezinspoli (Basisfunctionaliteit) 36
Nu Niet Zwanger (Basisfunctionaliteit) 38
Kinderen met overgewicht en obesitas (Ontwikkelagenda 1) 39
Kansrijke Start: Rookvrije start (Ontwikkelagenda 1) 40
Leefstijl 41
Netwerkaanpak overgewicht en obesitas volwassenen (Basisfunctionaliteit) 43
Rookvrije Wijkaanpak (Ontwikkelagenda 1) 44
Vitaal ouder worden 46
Valpreventie (Basisfunctionaliteit) 48
Ketenaanpak dementie (Ontwikkelagenda 1) 49
Monitoring en kennisdeling 51
Tot slot 52

Begrippenlijst

AZWA	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (2025)
B&W	Burgemeesters en wethouders
CJG	Centrum Jeugd en Gezin
CZV	Centrale zorgverlener
D5	Een hoofdstuk afkomstig uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord welke zich richt op het versterken van de samenwerking tussen partijen op het snijvlak (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein
D6	Een hoofdstuk afkomstig uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord dat zich richt op het inrichten van een basisinfrastructuur in het sociaal domein ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten
EPA	Ernstige psychiatrische aandoening
Fte	Fulltime-equivalent
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord (2023)
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
HLO	Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg
IGP	Integrale gezinspoli
IZA	Integraal Zorgakkoord (2022)
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren op Gezond Gewicht
KnGG	Kind naar Gezond Gewicht
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MDO	Multidisciplinair overleg

MGN	Mentale gezondheidsnetwerken
NNZ	Programma Nu Niet Zwanger
NPLV	Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid
POH	Praktijkondersteuner Huisartsenzorg
POP-poli	Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie: zwangerschap(wens) i.c.m. psychische of psychiatrische problemen
RESV	Regionaal eerstelijns samenwerkingsverband
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RPI	Regionale preventie-infrastructuur
SPUK	Specifieke uitkering
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VTV	Het rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2024)
VVT	Zorginstellingen die zich richten op verpleging, verzorging en thuiszorg, zowel bij mensen thuis als in zorginstellingen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke zorg
WoR	Transformatieplan Welzijn op Recept
WSV	Wijksamenwerkingsverband eerstelijnszorg
ZHN	Regio Zuid-Holland Noord – 13 gemeenten
ZN	Zorgverzekeraars Nederland, de brancheorganisatie van alle zorgverzekeraars
Zvw	Zorgverzekeringswet
Z&Z	Zorg en Zekerheid

Inleiding

In het landelijk ‘Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord’ (AZWA) en de bijbehorende SPUK-regeling stellen het Rijk, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland vast dat de zorg en ondersteuning in Nederland onder grote druk staan. Door de demografische ontwikkeling (vergrijzing), een toenemende complexe zorgvraag en een stijgend personeelstekort dreigt de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van voorzieningen in gevaar te komen.

Zonder aanvullend beleid stijgt de vraag naar personeel in zorg en welzijn sneller dan de arbeidsmarkt kan opvangen. Dit noodzaakt tot een omslag: meer zorg organiseren is niet langer de oplossing. De maatschappelijke opgave vraagt om het voorkómen van zorgvraag, het versterken van de eigen veerkracht en regie van inwoners, en het verplaatsen van de ondersteuning naar de eigen leefomgeving.

Het AZWA vormt hiervoor de sleutel: niet door méér zorg te organiseren, maar door het fundament in onze dorpen en wijken zo te versterken dat zorgvragen worden voorkomen of verlicht. Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is hiervoor een basis gelegd. Vanaf 2027 wordt deze samenwerking voortgezet in het AZWA waarbij de beweging van zorg naar gezondheid kan worden gerealiseerd.

Maatschappelijke opgave

Hoewel onze regio gemiddeld genomen relatief welvarend is, ondervinden onze 13 gemeenten de gevolgen van deze beweging direct in het sociaal domein. Het AZWA versterkt nadrukkelijk de samenwerking tussen het zorgdomein, het sociaal domein en de publieke gezondheid om zorgvragen - waar mogelijk - te voorkomen en inwoners tijdig passende ondersteuning of zorg te bieden. Veel vragen waarmee inwoners zich nu in de zorg melden, hebben een maatschappelijke oorsprong (zoals geldzorgen, echtscheiding, eenzaamheid of opvoedstress). Dit betekent dat de vraag naar onze wijkteams en sociaal werkorganisaties zal toenemen. Het gericht versterken van de sociale basis en preventie is voor gemeenten dan ook essentieel om deze beoogde extra vraag op een toegankelijke, effectieve en financieel beheersbare wijze op te vangen.

Om deze omslag te versnellen heeft de Rijksoverheid (Min. VWS) samen met de VNG, Zorgverzekeraars Nederland en zorg- en welzijnsorganisaties het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) gesloten. Het AZWA bouwt voort op de beweging die is ingezet met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), en richt zich op twee landelijke transitiedoelen: het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort (landelijk een stijging van 100.000 fte voorkomen t/m 2028, waarvan minimaal 40.000 fte via AZWA-maatregelen) en het waarborgen van een gelijkwaardige en toegankelijke zorg.

Via het AZWA verplicht de wetgever gemeenten en preferente zorgverzekeraars tot wederkerigheid en aanspreekbaarheid. Dit betekent dat gemeenten, preferente zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en aanbieders van zorg en ondersteuning ieder vanuit hun eigen wettelijke en financiële verantwoordelijkheid een rol hebben in het realiseren van de AZWA-opgaven en daarover wederkerige afspraken maken. Waar gemeenten investeren in een hechte sociale basis en preventieve wijkvoorzieningen, draagt Zorg en Zekerheid bij aan de noodzakelijke medische zorginkoop en de actieve betrokkenheid van huisartsen, de GGZ, de eerste lijn en ziekenhuizen. Mandaatgemeente Leiden en Zorg en Zekerheid voeren hierbij gezamenlijk de regie op het

opstellen van deze Werkagenda.

Het akkoord stelt als norm dat er uiterlijk in 2030 een regionaal dekkend aanbod moet zijn van basisfunctionaliteiten op het snijvlak van zorg en sociaal domein (onderdeel D5 van AZWA), ingebed in een hechte sociale basisinfrastructuur (onderdeel D6 van AZWA).

Leefgebieden en de samenhang tussen D5 en D6
Overeenkomstig met de ministeriële regeling en het landelijk akkoord zijn de inhoudelijke keten- en netwerkaanpakken (onderdeel D5) geordend langs vijf samenhangende leefgebieden:

1. Kansrijk opgroeien (o.a. Kansrijke Start, Integrale Gezinspoli, Nu Niet Zwanger)
2. Gezonde leefstijl (o.a. Ketenaanpak Overgewicht en Obesitas Volwassenen)
3. Mentale gezondheid (o.a. Sociaal Verwijzen/ Welzijn op Recept, Laagdrempelige Steunpunten EPA)
4. Vitaal ouder worden (o.a. Ketenaanpak Valpreventie)
5. Gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen (als overkoepelend uitgangspunt bij alle aanpakken)

Deze leefgebieden staan niet op zichzelf; achterstanden in het ene leefgebied beïnvloeden direct de overige gebieden. De inhoudelijke functionaliteiten uit D5 kunnen bovendien alleen effectief functioneren als de onderliggende sociale basisinfrastructuur (D6) stevig staat: goed toegeruste wijkteams, herkenbare inloopvoorzieningen (0–100 jaar), een Gezonde Schoolomgeving en adequate mantelzorgondersteuning.

Doel van deze werkagenda

Voorliggende AZWA Werkagenda Zuid-Holland Noord is opgesteld onder regie van mandaatgemeente Leiden en preferente zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid, in samenspraak met aanbieders van zorg en welzijn, de GGD, sociaal werkorganisaties en vertegenwoordigers van inwoners en patiënten. Deze werkagenda vormt het kaderstellende document waarmee bovengenoemde partners zorgdragen voor de uitvoering. Voor de 13 regiogemeenten en B&W-colleges biedt deze werkagenda uitgangspunten en aanknopingspunten: de werkagenda beschrijft de hoofdlijnen en regionale ambities richting 2030. De concrete uitwerking, meetbare streefwaarden, financiële verdieping en specifieke accenten — met uitdrukkelijke aandacht voor onze jeugd en jonge gezinnen — volgen in de Regionale Uitvoeringsagenda. De Uitvoeringsagenda werkt ondersteunend aan lokale plannen, wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld op basis van monitoring en ervaringen van inwoners in de wijk.

Gemeenten committeren zich met deze agenda aan de kaders en de oorspronkelijke bedoeling van de landelijke SPUK-AZWA regeling uit de Staatscourant[1]. Dit betekent dat we sturen op de voorgeschreven wederkerigheid en afgebakende verantwoordelijkheden in het AZWA.

Het tijdig vaststellen van deze Werkagenda door alle B&W-colleges is de wettelijke voorwaarde voor het verlenen van de SPUK-AZWA middelen door VWS. Met de accordering door de dertien B&W-colleges stellen we de regionale en lokale financiële middelen veilig tot en met 2029 en

[1] https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2026-25830.html

sturen we op een zo soepel mogelijke overgang van de IZA- en GALA-afspraken naar het AZWA. Hoewel de huidige SPUK-AZWA regeling formeel een looptijd kent tot en met 2029, heeft het Ministerie van VWS de toezegging gedaan dat voor de basisfunctionaliteiten vanaf 2030 in een structurele financiële voorziening wordt voorzien.

Leeswijzer

Deze regionale werkagenda is een startdocument voor de uitvoering van het AZWA en de bijbehorende SPUK-middelen. Zij beschrijft de regionale ambities en opgaven op hoofdlijnen. De verdere uitwerking van alle onderdelen uit het AZWA, met meetbare doelen en een begroting volgt in de uitvoeringsagenda. De voorbereidingen voor het opstellen daarvan zijn al gestart.

Deze werkagenda start met het schetsen van de AZWA-context, waarna een beschrijving van de regionale preventie infrastructuur (RPI) volgt. Daarna wordt ingegaan op de AZWA-financiën. Vervolgens wordt per leefgebied het regionaal gezondheidsdoel geschetst en beschreven welke basisfunctionaliteiten bijdragen aan het behalen van dit doel. Voor deze hoofdstukken is gebruik gemaakt van de landelijke handreikingen per basisfunctionaliteit die VWS ter ondersteuning van de gemeenten heeft ontwikkeld. Per basisfunctionaliteit wordt kort toegelicht op welke wijze deze worden ingevuld. Tot slot wordt vooruitgekeken naar de uitvoeringsagenda.

Aanleiding en context

Regionale kaders, lokale uitvoering

Voor de periode tot 2030 wordt aan de hand van deze regionale kaderstellende werkagenda gewerkt aan de uitvoering van de opgaven in het AZWA. Deze agenda biedt richting en samenhang in de uitvoering van de verschillende leefgebieden en helpt om inspanningen te stroomlijnen. Deze werkagenda is niet alleen regionaal richtinggevend, maar ondersteunt tegelijkertijd de lokale uitvoering. De feitelijke transformatie vindt namelijk plaats op lokaal niveau, in de gemeente en in de wijk, waarbij regionale samenwerking faciliterend is.
Vanuit IZA is Nederland verdeeld in 38 regio's: de (preferente) zorgkantoorregio's. Wij voeren deze werkagenda uit in de regio Zuid-Holland Noord. Onze regio telt momenteel (2026) ca. 596.500 inwoners, die wonen in één van de 13 gemeenten: Alphen aan den Rijn, Nieuwkoop, Kaag & Braassem (subregio Rijnstreek), Leiderdorp, Zoeterwoude, Voorschoten, Leiden, Oegstgeest (subregio Leidse Regio), Katwijk, Noordwijk, Lisse, Hillegom en Teylingen (subregio Duin- en Bollenstreek). Binnen de regio is de gemeente Leiden aangewezen als mandaatgemeente. Het mandaat houdt de bevoegdheid in om in naam van de 13 gemeenten in de regio geld aan te vragen, te besteden en namens de regio opdrachten uit te zetten. Zorg en Zekerheid is de preferente zorgverzekeraar in deze regio. Mandaatgemeente Leiden en Zorg en Zekerheid zijn samen verantwoordelijk voor de totstandkoming en uitvoering van de regionale werkagenda, in samenspraak met (een vertegenwoordiging van) aanbieders van zorg en ondersteuning.



Zuid-Holland Noord is een relatief welvarende regio en de ruim half miljoen inwoners hebben over het algemeen een relatief gezonde levensstijl. Dit geldt voor zowel de jongeren als de volwassenen. Toch zien we, dat landelijke uitdagingen ook in onze regio spelen. Tot 2040 groeit de bevolking in onze regio met ca. 8%. Naast deze groei neemt ook de vergrijzing toe, tegenover een afname van de productieve leeftijdsgroep (20-64 jaar). Omdat daardoor de zorgvraag en de ziektelast toenemen, is een gezonde leefstijl en de daadwerkelijke beweging van zorg naar gezondheid essentieel. De drie doelen uit het IZA Regioplan ZHN [2](2024) zijn nog altijd onverminderd belangrijk: *Gezond en betekenisvol leven, Beter oud worden, Versterken mentale gezondheid*. Deze thema's zien we ook terug in het AZWA, waar deze drie benoemd staan als leefgebied, aangevuld met het leefgebied Kansrijk opgroeien, dat bij de uitvoering van IZA gemist werd, in onze regio.

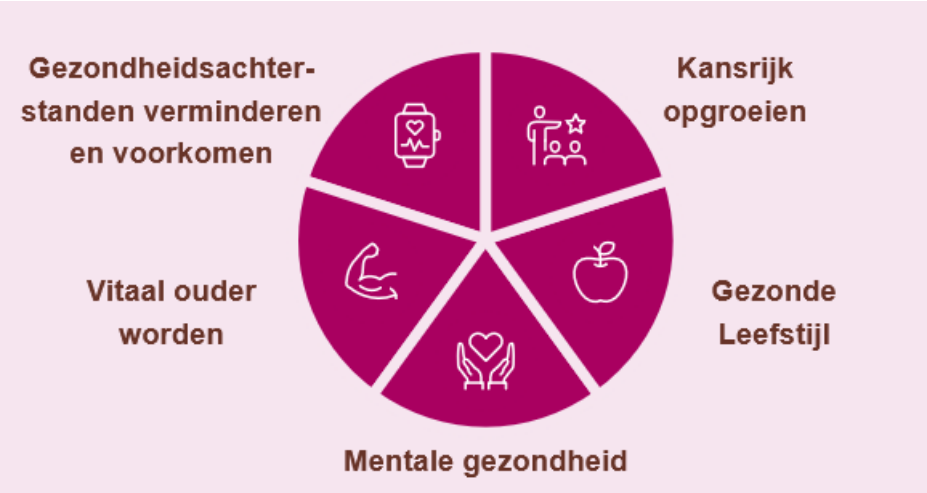
De werkagenda is de basis voor regionale financiële afspraken en dient als onderlegger voor gemeenten bij het aanvragen van de Specifieke Uitkering (SPUK) voor het AZWA bij het ministerie van VWS. VWS doet geen inhoudelijke toets op de werkagenda. Stelselverantwoordelijk voor het medisch en sociaal domein zijn de preferente zorgverzekeraar en de gemeenten. De financiering gebeurt ook langs deze weg. De preferente zorgverzekeraar vergoedt de zorg die valt binnen de Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige Zorg. Gemeenten ontvangen vanaf 2027 een gezamenlijke regionale en een lokale Specifieke Uitkering voor het AZWA.

Context AZWA

Zoals gezegd, is de beweging van zorg naar gezondheid in 2023 gestart met twee voorlopende landelijke akkoorden. Het IZA, dat zich richtte op een transformatie van de zorg, en het GALA, op basis waarvan gemeenten werkten aan het bevorderen van een gezonde leefstijl, mentale weerbaarheid en het versterken van de sociale basis. Het AZWA is opgesteld om de doelen en de transitie van de eerdere akkoorden te versnellen, verbreden en verdiepen. Daardoor kennen we een aantal van de in het AZWA opgenomen basisfunctionaliteiten al: het gaat hier om de doorontwikkeling van de ketenaanpakken die vanuit IZA en GALA zijn gestart, zoals Kansrijke Start, de aanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen en valpreventie.

Van deze ketenaanpakken is de impact aangetoond, zij worden in het AZWA daarom 'Basisfunctionaliteiten' genoemd. Zij hebben binnen de vijf leefgebieden een plek gekregen.

[2] Regioplan IZA ZHN



Deze leefgebieden vinden hun oorsprong in het rapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024[3] (VTV) van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en de landelijke nota Gezondheidsbeleid[4] (2025).

In de VTV beschrijft het RIVM elke vier jaar de grote opgaven voor de volksgezondheid en zorg in Nederland. In de VTV van 2024 hangen de grootste opgaven samen met onze verder vergrijzende samenleving, groeiende gezondheidsachterstanden, de steeds minder gezonde jeugd, de druk op de formele en informele zorg en de gezondheidsgevolgen van klimaatverandering.

Met de VTV als basis is de landelijke nota Gezondheidsbeleid opgebouwd in vijf hoofdthema's: kansrijk opgroeien, terugdringen van gezondheidsachterstanden, mentale gezondheid, vitaal ouder worden en een gezonde leefomgeving. Deze opgaven worden uitgewerkt vanuit de in de nota beschreven visie op gezondheid. Die visie gaat uit van een brede blik op gezondheid, de beweging van ziekte naar gezondheid, een gezonde leefomgeving, gezondheid in alle beleidsdomeinen en een sterke verbinding tussen het sociale, het welzijns- en het gezondheidsdomein.

Integrale opgaven in AZWA

Dit alles zien we vervolgens terug in het AZWA en de daarin beschreven opgaven voor zorg- en sociaal domein. Voor het sociaal domein en gemeenten staan de opgaven beschreven in de onderdelen D5 en D6 van hoofdstuk 3: ‘Beweging naar de voorkant’. In deze onderdelen ligt de focus op de integraliteit van de opgaven om zo meer impact te realiseren. Deze integraliteit wordt geborgd in de in onderdeel D6 beschreven ‘gezonde en sociale basisinfrastructuur’, die nodig is voor het realiseren en goed functioneren van de basisfunctionaliteiten uit D5. Beide onderdelen vragen om een goed ingerichte regionale preventie-infrastructuur (RPI). Deze RPI omvat alle afspraken rondom de governance en de samenwerking binnen het AZWA en geeft duidelijkheid over de rolverdeling en verantwoordelijkheden. In het volgende hoofdstuk gaan we uitgebreider in op de RPI.

[3] Hoofdrapport VTV-2024 | Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024
[4] Samen werken aan gezondheid - Landelijke nota Gezondheidsbeleid 2025-2028

Gezonde en Sociale Basisinfrastructuur (D6)

Een sterke sociale basis vormt het fundament voor een gezonde, veerkrachtige en inclusieve samenleving en geeft een impuls aan de beweging van zorg naar gezondheid en preventie. Wij werken daarom samen aan een herkenbare, toegankelijke en samenhangende infrastructuur waarin inwoners dichtbij huis terecht kunnen voor ontmoeting, ondersteuning, participatie en gezondheidsbevordering. Door sociale (inloop)voorzieningen, lokale teams, informele netwerken en maatschappelijke partners beter met elkaar te verbinden, versterken we de zelfredzaamheid en samenredzaamheid van inwoners en voorkomen we waar mogelijk zwaardere zorg- en ondersteuningsvragen. Zo creëren we een duurzame basis die inwoners ondersteunt in het dagelijks leven en die een stevige onderlegger vormt voor de (door)ontwikkeling en uitvoering van de basisfunctionaliteiten binnen D5.

AZWA benoemt een aantal basisvoorzieningen die deel uitmaken van de Gezonde en Sociale basisinfrastructuur:

- Een herkenbaar aanbod van inloopvoorzieningen sociaal en gezond. Dit omvat ook de inzet van professionals in- en rond de inloopvoorziening, netwerksamenwerking en de ondersteuning van burgerinitiatieven;
- Lokale teams, voor de verbinding van sociaal domein met de eerstelijnszorg, jeugdgezondheidszorg en publieke gezondheid;
- De aanpak Gezonde School met specifieke aandacht voor mentale gezondheid;
- Het bieden van gemeentelijke coördinatie voor de regionale samenwerking in de IZA-regio;
- Gelijkgerichte mantelzorg (lokaal) en versterken van het aanbod respijt- en logeerzorg (regionaal).

De SPUK-AZWA voorziet ook in regionale en lokale middelen voor deze Sociale Basisinfrastructuur (D6). In de uitvoeringsagenda wordt dit onderdeel concreter uitgewerkt, in samenhang met de opgaven uit D5 en de inzet die lokaal en regionaal al wordt gedaan.

Basisfunctionaliteiten (D5)

Per leefgebied wordt de komende jaren ingezet op het realiseren van verschillende basisfunctionaliteiten, die zijn beschreven in onderdeel D5 van het AZWA. Een basisfunctionaliteit is een landelijk afgesproken, minimaal noodzakelijke functie op het snijvlak van het zorg- en sociaal domein en publieke gezondheid. Deze functionaliteiten moeten in 2030 in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar zijn voor inwoners. Dit vormt de prioriteit voor de uitwerking van deze werkagenda. Er zijn landelijke handreikingen voor de basisfunctionaliteiten beschikbaar om richting te geven aan de implementatie.

Deze basisfunctionaliteiten hebben aantoonbaar impact op de inzet van zorg of ondersteuning en bieden passende ondersteuning aan inwoners met (beginnende) klachten of problemen. In het AZWA zijn ook aanpakken opgenomen in Ontwikkelagenda 1: deze aanpakken zullen naar verwachting ook voldoende impact hebben op het terugdringen en voorkomen van de zorgvraag en het verbeteren van de samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein zodat zij kunnen doorontwikkelen naar basisfunctionaliteiten. Hiervoor zijn de komende drie jaar SPUK-AZWA-middelen beschikbaar en deze aanpakken zijn opgenomen in deze werkagenda. In de uitwerking in deze werkagenda wordt steeds onderscheid gemaakt tussen Basisfunctionaliteit en Ontwikkelagenda.

In de toekomst zal VWS mogelijk ook opgaven formuleren voor de onderwerpen op Ontwikkelagenda 2 van het AZWA. Deze aanpakken zijn op dit moment nog niet bewezen effectief en er is voor de implementatie en uitvoering nog geen landelijke financiering beschikbaar. Deze werkagenda richt zich in beginsel niet op de maatregelen uit ontwikkelagenda 2. Hierop wordt echter één uitzondering gemaakt namelijk voor het onderwerp ‘Vitaal thuis’ binnen het leefgebied Vitaal ouder worden. Hierin worden al stappen gemaakt in de regio en de gemeenten vinden dat vanwege de urgentie, stilstand van dit onderdeel niet wenselijk is. Onderstaande illustratie toont de opzet van de basisfunctionaliteiten.

D5 Basisfunctionaliteiten

	D5 Basisfunctionaliteit	Ontwikkelagenda 1	Ontwikkelagenda 2
Leefgebied	**Maatregel**	**Maatregel**	**Maatregel**
1. Mentale Gezondheid	Laagdrempelige steunpunten EPA	Mentale Gezondheidsnetwerken (o.a. Verkennend Gesprek)	Aanpak eenzaamheid (o.a. Verkennend Gesprek)
	Sociaal Verwijzen		Lotgenotengroepen
			Toeleiden naar werk
			E-communities
			Verslavingspreventie
2. Vitaal ouder worden/ouderen	Valpreventie[163]	Ketenaanpak dementie (incl. preventie)	Ketenaanpak vitaal thuis
3. Leefstijl	Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen	Nicotinevrij	Samenwerking ziekenhuis & gemeenten
			Seksuele gezondheid
4. Kansrijk opgroeien	Kansrijke Start: integrale gezinspoli en Nu Niet Zwanger	Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen	Middelengebruik (roken, vapen, drugs, alcohol)
			Mentale gezondheid jeugd
		Kansrijke Start: Rookvrije start	Stevig ouderschap
			Gokken/gamen
5. Gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen		Multiproblematiek aanpak (NPLV)	Verhogen vaccinatiegraad
			Aanpak armoede en schulden

Bron: AZWA

Leefgebied gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen

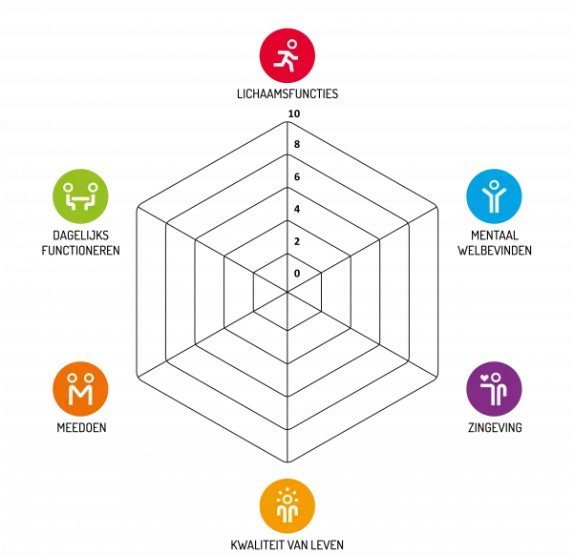
Het voorkomen en verminderen van gezondheidsachterstanden is één van de vijf leefgebieden in het AZWA. Dit thema is in deze werkagenda niet als afzonderlijk leefgebied uitgewerkt. Hiervoor is gekozen, omdat in het AZWA voor de regio Zuid-Holland Noord geen opgaven zijn geformuleerd. In het kader van het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid (NPLV) zijn er twintig stedelijke gebieden aangewezen waar extra focus ligt op het aanpakken van leefbaarheid en veiligheid. Voor deze gebieden, in 19 verschillende gemeenten, zijn in het AZWA opgaven beschreven met bijbehorende extra middelen in de SPUK. Gemeenten uit onze regio zitten daar niet bij, en er komen dus ook geen SPUK-middelen voor onze regio en gemeenten beschikbaar.

Natuurlijk is het verminderen en voorkomen van gezondheidsverschillen alsnog een van de uitgangspunten van alle andere inzet in de regio en de afzonderlijke gemeenten. Elke basisfunctionaliteit draagt bij aan het verminderen of voorkomen van gezondheidsachterstanden doordat er bijzondere aandacht is voor inwoners in kwetsbare situaties. Het is een thema in alle overige leefgebieden en de gezonde sociale en fysieke leefomgeving is een belangrijke randvoorwaarde hierin. Het thema wordt expliciet meegenomen in de keuze voor projecten en aanpakken en als indicator in de monitoring. Onze inwoners bevinden zich in verschillende gezondheidsposities en dit vraagt om een gedifferentieerde aanpak zodat de kans op gelijke gezondheid wordt vergroot. In de uitwerking van de verschillende basisfunctionaliteiten toetsen we of er genoeg rekening wordt gehouden met het verkleinen van gezondheidsverschillen en sturen dit indien nodig bij.

Lopende opgaven in onze regio waar de werkagenda op aansluit

Positieve Gezondheid en inwonerbetrokkenheid

Onder andere ingegeven door het AZWA, namelijk de indeling in leefgebieden en de daarin opgenomen basisfunctionaliteiten, zetten wij met deze werkagenda in op specifieke doelgroepen: kinderen en (jonge) gezinnen, ouderen en/of mensen in een kwetsbare situatie. Inwoners zijn allereerst zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid, maar wij ondersteunen inwoners waar nodig met als uitgangspunt het concept Positieve Gezondheid. Bij de uitwerking van elke aanpak zijn op een bepaalde manier inwoners betrokken die onderdeel uitmaken van de doelgroep waarop de aanpak zich richt, met ook aandacht voor onder andere cultuursensitiviteit. Zo zorgen we ervoor dat de uitvoering van de werkagenda aansluit bij de behoeften van de inwoners.



Illustratie: het spinnenweb van Positieve Gezondheid. Bron: IPH

Bestaanszekerheid en een gezonde leefomgeving

Bestaanszekerheid is een belangrijke determinant van gezondheid. Financiële problemen liggen vaak ten grondslag aan gezondheidsachterstanden. Daarom wordt waar mogelijk de verbinding gezocht tussen bestaanszekerheid en de uitvoering van de opgaven per leefgebied binnen het AZWA. Hierbij wordt lokaal ingezet op het wegnemen van barrières en het beperken van negatieve effecten, met als doel gelijke kansen op gezondheid voor alle inwoners.
Daarnaast wordt ook nadrukkelijk gekeken naar de relatie tussen gezondheid en een gezonde leefomgeving. Een omgeving die uitnodigt tot bewegen, gezond eten, ontmoeten en ontspannen draagt bij aan het voorkomen van gezondheidsproblemen en het vergroten van de kwaliteit van leven. De preventieve werking van een gezonde leefomgeving ondersteunt de uitvoering van het AZWA. Dit zijn belangrijke componenten in de aanpak voor het versterken van de Sociale Basis en de Sociale Basisinfrastructuur.

Transformatie jeugddomein

Bij de uitvoering van het AZWA, in het bijzonder bij het leefgebied Kansrijk Opgroeien, zal de verbinding met de hervormingsagenda steeds zoveel mogelijk worden gezocht. Dit is even noodzakelijk als vanzelfsprekend, omdat we hier samenwerken met veel dezelfde regionaal en lokaal uitvoerende partijen, en een deels overlappende doelgroep.

Collectieve preventie

Gemeenten spelen een belangrijke rol in de uitvoering van collectieve preventie door gezondheidsbevordering, ziektepreventie en het stimuleren van een gezonde leefomgeving. Op grond van de Wet publieke gezondheid zijn gemeenten verantwoordelijk voor het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid. De uitvoering van deze taken is conform de wet belegd bij de GGD. De uitvoering richt zich op thema's zoals een gezonde leefstijl, mentale gezondheid, het voorkomen van overgewicht en verslaving en het terugdringen van gezondheidsverschillen. Door preventieve activiteiten dicht bij inwoners te organiseren en aan te sluiten bij lokale behoeften, kunnen gemeenten bijdragen aan het versterken van de gezondheid en het welzijn van de bevolking.

Regionale Preventie-Infrastructuur (RPI)

De maatschappelijke opgave waar we in Zuid-Holland Noord voor staan, vraagt om een duurzame samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid, inwoners en partners uit zorg, welzijn en publieke gezondheid. Dit zijn organisaties met een grote maatschappelijke betrokkenheid, maar met elk een eigen (wettelijke) opdracht, financieringsstroom, werkwijze en cultuur. Om deze verschillende 'talen' en werkvelden effectief met elkaar te verbinden, is de inrichting van de regionale preventie-infrastructuur een belangrijke randvoorwaarde. De RPI is een bestaande afspraak uit het IZA en GALA. AZWA geeft aanleiding en opdracht om deze te versterken.

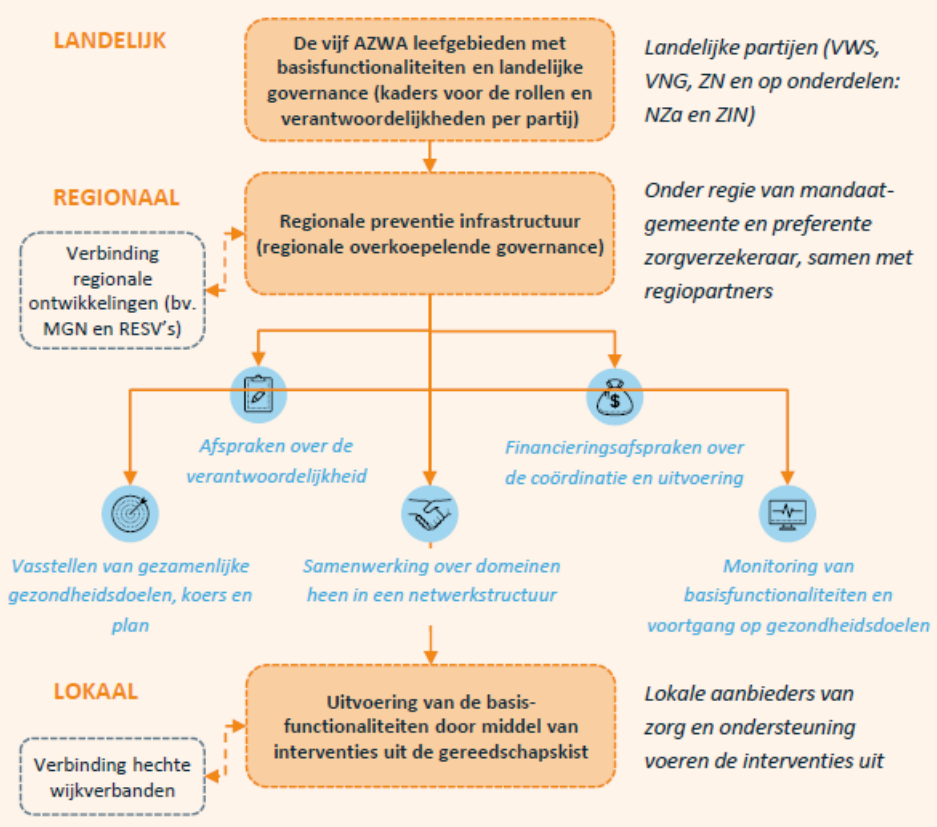
De RPI is geen nieuw overlegorgaan of doel op zich. Het is een geheel van afspraken, structuren, rollen, middelen en processen die nodig zijn om de inzet op gezondheid, preventie en welzijn duurzaam en domeinoverstijgend te organiseren. Het vormt de organisatorische structuur onder de beweging naar de voorkant, maar ook de basisfunctionaliteiten zelf vormen de bouwstenen van de RPI.

Wederkerige samenwerking
Onder het AZWA treedt een belangrijke verbreding van de samenwerking op ten opzichte van het IZA. Waar het IZA zich voornamelijk richtte op de transformatie van de curatieve medische zorg en gemeenten vanuit GALA werkten aan een gezonde generatie, vraagt het AZWA om een hechte, gelijkwaardige verbinding tussen het zorgdomein en het sociaal domein. Met het AZWA zijn er concrete afspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraars over het versterken én verankeren van de regionale preventie-infrastructuur, via de landelijke basisfunctionaliteiten (D5) en de lokale sociale basis (D6).

Dit vraagt om sturing op basis van wederkerigheid: het gaat niet om het verplaatsen van taken naar het gemeentelijk domein, maar om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraar en gemeenten om ondersteuning en zorg toegankelijk te houden voor onze inwoners.

Dit heeft mogelijk consequenties voor de sturing binnen de regio. De bestaande IZA-governance (Regioplan IZA ZHN) brengen wij, waar nodig, in overeenstemming met gelijkwaardige mede-regie en wederzijdse aanspreekbaarheid die in het AZWA centraal staan. We starten vanuit de huidige IZA-structuur om continuïteit en rust in de regio te borgen, en passen deze gaandeweg aan waar de AZWA-opgave daar om vraagt. Zo ondersteunt de regionale samenwerking de lokale uitvoering in de 13 gemeenten.

Figuur 1 schetst hoe de RPI zich verhoudt tot de landelijke en lokale setting.



Figuur 1: Regionale preventie-infrastructuur

De RPI

De RPI Zuid-Holland Noord is opgebouwd uit de vijf landelijk vastgestelde werkzame elementen. Deze geven vorm en inhoud aan onze regionale samenwerking:

Werkzaam element 1*:*
Regionale gezondheidsdoelen zijn per leefgebied gevormd en sturen integraal aan op een gezondere regio. Onze regionale gezondheidsdoelen staan beschreven in de hoofdstukken van de verschillende leefgebieden. De basisfunctionaliteiten in het desbetreffende leefgebied dragen bij aan het behalen van het gezondheidsdoel. De gezondheidsdoelen sluiten aan bij de regionale visie die vanuit IZA nog altijd onverminderd van kracht is: Een gezonde regio maken we samen.

Werkzaam element 2:
De verantwoordelijkheid voor de uitwerking van de AZWA-werkagenda in ZHN ligt (namens de 13 gemeenten in ZHN) bij de mandaatgemeente Leiden en de preferente zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. De uitwerking gebeurt in nauwe samenwerking met o.a. zorgorganisaties, sociaal werkorganisaties, de GGD en de 13 gemeenten.

Gezamenlijk worden afspraken gemaakt over structuren, rollen, middelen en processen die nodig zijn om preventie en gezondheid duurzaam en domeinoverstijgend te organiseren. Afspraken worden structureel verankerd in werkprocessen om de continuïteit te waarborgen.

Wederkerigheid en aanspreekbaarheid zijn hierin essentieel. Daarbinnen blijft iedere partij verantwoordelijk voor de inzet en uitvoering binnen het eigen domein. Deze afspraken zijn er vanuit IZA op hoofdlijnen en zullen ter uitvoering van AZWA worden herijkt en waar nodig worden aangepast.

Met de vaststelling van deze werkagenda committeren de gemeenten in ZHN en Zorg en Zekerheid zich aan de regionale ambities en de implementatie van het regionaal dekkend aanbod van de basisfunctionaliteiten in 2030. Zij vertalen dit commitment, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid en financiële kaders, naar beleid en naar afspraken met gecontracteerde of gesubsidieerde partijen binnen het zorg- en sociaal domein. Dit betekent niet dat iedere gemeente dezelfde uitvoering of hetzelfde aanbod moet organiseren. Er is juist ruimte voor lokale keuzes, zolang deze bijdragen aan een gelijkgerichte ambitie en het regionaal dekkende aanbod. Uitvoerende partijen in zorg en welzijn verbinden zich via de samenwerkings- en ketenafspraken aan hun bijdrage aan de uitvoering.

Werkzaam element 3*:*
In de netwerkstructuur worden regionale samenwerkingsafspraken tussen eerdergenoemde partijen gemaakt om de basisfunctionaliteiten te borgen en beschikbaar te maken vanaf 2030. Dit organiseren wij in onze regio op basis van de al bestaande IZA governancestructuur[5] met het Bestuurlijk Netwerk, het programmateam en de verschillende thematafels. Hierbij streven we naar gelijkwaardigheid tussen de partners, het spreken van dezelfde taal en het betrekken van inwoners om te komen tot een sterke samenwerking.

Om recht te doen aan de landelijke ministeriële opdracht voor het leefgebied 'Kansrijk Opgroeien', verkennen we binnen onze regionale preventie-infrastructuur (RPI) de inrichting van een zelfstandige thematafel Kansrijk Opgroeien.

Door goede onderlinge afstemming en monitoring kan daarnaast worden ingezet op wat werkt: lopende projecten worden waar nodig bijgestuurd, projecten die niet (voldoende) bijdragen aan de gezondheidsdoelen kunnen worden beëindigd. De opgedane kennis wordt gedeeld en geborgd en op de juiste momenten en plekken weer ingezet.

Werkzaam element 4:
De RPI vraagt om domeinoverstijgende structurele en doeltreffende financiering voor coördinatie en inrichting van de samenwerkingsstructuur op regionaal niveau. De financiering richt zich op het versterken van samenwerking en infrastructuur, waarbij de verbinding tussen de verschillende leefgebieden een belangrijke rol speelt. Gemeenten ontvangen voor de periode van 2027 tot en met 2029 SPUK-middelen van het Rijk om de basisfunctionaliteiten te implementeren. Voor de periode vanaf 2030 komen er structurele middelen beschikbaar voor de basisfunctionaliteiten evenals de middelen ‘coördinatie gemeenten’ (D6). Gemeenten en zorgverzekeraars trekken hierin gezamenlijk op als opdrachtgever en financier. Ervaring met

[5] https://transmuralis.nl/integraal-zorgakkoord/

gezamenlijke financiering en inhoudelijke toetsing van projecten biedt aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling.

Tegelijkertijd is het noodzakelijk om duidelijke prioriteiten te stellen in samenwerkingen, zodat de uitvoering haalbaar en effectief blijft. In het hoofdstuk Financiën wordt verder ingegaan op de financiën.

Werkzaam element 5:
Kennis en monitoring zijn stevig verankerd in de uitwerking van AZWA en dragen bij aan gezamenlijk leren, evalueren en verbeteren van de implementatie. Hierdoor kan sturing worden gegeven aan de uitvoering op basis van wetenschappelijke inzichten en praktijkervaring. Waar monitoring momenteel vaak per ketenaanpak wordt uitgevoerd, wordt dit binnen het AZWA samengebracht binnen de verschillende basisfunctionaliteiten en aangevuld met een gezamenlijke regionale datacyclus. Dit zal moeten aansluiten op landelijke indicatoren en expliciet bijdragen aan het realiseren van de regionale gezondheidsdoelen. De AZWA-monitoring bouwt voort op de monitoring van het IZA-regioplan, waarbij zoveel mogelijk indicatoren worden overgenomen. Hierdoor kan voor een aantal indicatoren over een langere periode worden gekeken naar ontwikkelingen en effecten. Een maatschappelijke transitie in zorg en welzijn is een langdurig proces dat doorgaans meerdere jaren in beslag neemt. Een lange meetperiode is daarom nodig om effecten op uitkomsten en impact zichtbaar te maken. Regionaal speelt de GGD een verbindende rol in de monitoring door kennis en data centraal te verzamelen, duiden en delen. Lokale partijen zorgen voor verankering en het ophalen van signalen uit de praktijk. In het hoofdstuk Monitoring en kennisdeling wordt bovenstaande verder toegelicht.

Verbinding RPI met regionale ontwikkelingen: Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband

Tijdens het schrijven van deze werkagenda, is het plan voor het Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV) tot stand gekomen in onze regio. De basis is hiervoor al gelegd in de wijksamenwerkingsverbanden in onze regio waar de eerstelijns professionals samenkomen. De regio-organisatie eerstelijnszorg Rijn en Duin geeft hier sturing aan in ZHN. In het RESV wordt dit samenwerkingsverband uitgebreid met de Vereniging Avant en SAMEN ZHN. Het RESV vormt de basis voor multidisciplinaire en domeinoverstijgende samenwerking en de implementatie van de basisfunctionaliteiten in de wijken van de gemeenten. Rijn en Duin is namens de RESV betrokken bij de regionale governance.

De basisfunctionaliteiten vormen een van de bouwstenen van de RPI, en de RPI faciliteert ook de implementatie ervan per leefgebied. In deze werkagenda worden de leefgebieden met basisfunctionaliteiten beschreven en toegelicht.

Financiën

De uitvoering van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) vraagt om gerichte investeringen die bijdragen aan de beweging van zorg naar gezondheid en daarmee aan toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg en ondersteuning. De financiële middelen voor de realisatie van D5 en D6 betreffen middelen voor het sociaal domein en domeinoverstijgende samenwerking, waarmee we zorguitgaven voorkomen.

Deze middelen voor D5 en D6 staan tot en met 2029 begroot bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vanaf 2030 worden de middelen voor de basisfunctionaliteiten structureel begroot (dit geldt nog niet voor de onderdelen op de ontwikkelagenda waarvan de effectiviteit nog bewezen moet worden). Tijdens de AZWA-periode wordt de uitvoering en implementatie gemonitord en bijgestuurd waar noodzakelijk, ook op financiën.

Financiële besluitvorming over de inzet van de middelen vindt plaats binnen de bestaande kaders, waarbij transparantie, doelmatigheid en samenwerking tussen betrokken partijen leidende principes zijn. Wijzigingen kunnen landelijk maar ook regionaal plaatsvinden.

Regionale en lokale middelen

Er zijn regionale en lokale middelen beschikbaar voor de bekostiging van AZWA. Het Ministerie van VWS heeft landelijk richtbedragen opgesteld voor de aanpakken uit D5, maar de middelen zijn wel ontschot. Dit geeft onze regio en de afzonderlijke gemeenten de inhoudelijke en financiële sturingsruimte om de middelen wendbaar in te zetten waar de lokale en regionale behoefte het grootst is. De exacte inhoudelijke allocatie over de D5-basisfunctionaliteiten, de D6-sociale basisinfrastructuur en de regionale coördinatie wordt nader uitgewerkt in de Uitvoeringsagenda.

Bij de inzet van de beschikbare middelen wordt daarnaast rekening gehouden met verschillen in gezondheidsopgaven binnen de regio. Waar de gezondheidsachterstanden groter zijn of inwoners minder goed worden bereikt door het bestaande aanbod, wordt gerichter geïnvesteerd in passende ondersteuning, preventie en toegang tot zorg en welzijn. Daarbij wordt aangesloten bij de lokale context en bij bestaande netwerken en voorzieningen. Zo dragen de investeringen niet alleen bij aan de transformatie van zorg en ondersteuning, maar ook aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

In tabel 1 staat het overzicht van de totale beschikbare SPUK-AZWA middelen voor de regio Zuid-Holland Noord voor de periode 2027–2029.

Tabel 1 SPUK AZWA regio ZHN

	2027	**2028**	**2029**
Regionale SPUK	€5.640	€6.832	€4.913
Lokale SPUK	€6.692	€8.056	€9.307

**** Bovenstaande bedragen betreffen de SPUK-uitkering conform de landelijke Staatscourant-regeling (Staatscourant 2026). Bedragen x 1000***

Regionale middelen

De regionale middelen worden beheerd door mandaatgemeente Leiden op basis van afstemming met alle 13 gemeenten. In de regionale begroting wordt ingezet op het realiseren van een regionaal dekkend aanbod in 2030 van de basisfunctionaliteiten, het uitwerken van de op de ontwikkelagenda 1 geplaatste aanpakken, de regionale coördinatie van gemeenten in de samenwerkingsregio en het versterken van het aanbod van respijt- en logeerzorg. De regionale begroting wordt uitgewerkt gelijktijdig met de uitvoeringsagenda. Door regionaal samen te werken aan de uitvoering van AZWA versterken we het netwerk, delen we kennis en vergroten we onze slagkracht. Zo zijn we minder kwetsbaar en kunnen we meer impact maken op de gezondheid van onze inwoners.

Bij de inzet van de beschikbare middelen wordt daarnaast rekening gehouden met verschillen in gezondheidsopgaven binnen de regio. Waar de gezondheidsachterstanden groter zijn of inwoners minder goed worden bereikt door het bestaande aanbod, kan gerichter worden geïnvesteerd in passende ondersteuning, preventie en toegang tot zorg en welzijn. Daarbij wordt aangesloten bij de lokale context en bij bestaande netwerken en voorzieningen. Zo dragen de investeringen niet alleen bij aan de transformatie van zorg en ondersteuning, maar ook aan het beter bereiken en ondersteunen van inwoners die dit het meest nodig hebben.

Lokale middelen

Voor de AZWA-periode 2027-2029 verstrekt VWS aan elke gemeente een specifieke uitkering (SPUK) voor de uitvoering van activiteiten binnen het AZWA. Tot de activiteiten behoren in ieder geval het uitvoeren van de basisfunctionaliteiten, het zorgdragen voor de basisvoorzieningen in wijken en buurten behorend bij de in het AZWA opgenomen afspraken over de basisinfrastructuur en het zorgdragen voor de voorzieningen behorend bij de in het HLO opgenomen afspraken over mantelzorgondersteuning. Voor de basisfunctionaliteiten geldt dat er na 2029 structurele middelen zijn begroot bij VWS. In 2030 is de hoogte van deze middelen al

bekend, voor de jaren daarna nog niet. Hoe de financiering er vanaf 2030 exact uitziet, volgt later via het Rijk. In de Staatscourant[6] staan de bedragen per gemeente per jaar benoemd.

De middelen zijn ontschot, waardoor de gemeenten zelf voor de lokale situatie kunnen inschatten welke middelen er waar nodig zijn. Zij stellen een eigen begroting op. Echter, het is van belang het doel van AZWA hierbij in het vizier te houden, namelijk de beschikbaarheid van alle basisfunctionaliteiten in 2030. De lokale middelen moeten jaarlijks beperkt verantwoord worden (SiSa), over het totaal van de uitgegeven middelen, vanwege de integraliteit tussen de onderwerpen en de versterking van de integrale aanpakken daarbinnen. Daarnaast wordt met (landelijke) monitoring en de regioscan de voortgang op resultaten bijgehouden.

Gezamenlijk financieren

De AZWA-middelen zijn uitdrukkelijk aanvullend op bestaande gemeentelijke middelen, financiering vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), tijdelijke transformatiemiddelen en andere beschikbare budgetten. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inzet en verantwoording van de AZWA-middelen en Zorg en Zekerheid financiert de verzekerde zorg binnen de Zorgverzekeringswet. Reguliere inzet van zorg- en sociaal domeinprofessionals wordt zoveel mogelijk bekostigd vanuit de bestaande financiering binnen de Zorgverzekeringswet, de Wet op Publieke Gezondheid, de Jeugdwet en Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). Dit geldt bijvoorbeeld voor verzekerde zorg binnen de basisfunctionaliteiten, inzet van de jeugdgezondheidszorg en bestaand lokaal ondersteunings- en beweegaanbod.

Voor enkele basisfunctionaliteiten zijn tijdelijk transformatiemiddelen beschikbaar. Dit geldt concreet voor Welzijn op Recept (voorloper van Sociaal verwijzen) en Mentale Gezondheidsnetwerken. Voor de resterende looptijd van de transformatieplannen hoeven gemeenten de bijbehorende extra kosten voor de basisfunctionaliteiten niet uit SPUK-AZWA te financieren en kunnen deze middelen tijdelijk elders worden ingezet.

Tot slot: wij beogen niet alleen een duurzame investering in zorg en welzijn, maar ook een doelmatigere benutting van beschikbare middelen door meer samenhang tussen preventie, ondersteuning en zorg. Met de inzichten en ervaringen die we de afgelopen vier jaar tijdens de uitvoering van het IZA hebben opgedaan, zetten we deze lijn de komende jaren voort.

[6] https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2026-25830.html

Mentale Gezondheid

Introductie

Mentaal gezond zijn is essentieel voor een goede kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie, zelfregie en fysieke gezondheid. Dit wordt beïnvloed door factoren zoals bestaanszekerheid, sociale relaties, leefstijl, gezondheid, wonen, werk en opgroeiomstandigheden. Daarom is een integrale aanpak nodig waarin zorg, welzijn, gemeenten, onderwijs, ervaringsdeskundigen en inwoners samenwerken.
De maatschappelijke opgave is groot. Jaarlijks krijgt ongeveer één op de vier volwassenen te maken met psychische klachten of een psychische aandoening. Ook onder jongvolwassenen nemen psychische klachten, stress en eenzaamheid toe, terwijl de geestelijke gezondheidszorg kampt met een groeiende zorgvraag, lange wachttijden en personeelstekorten. Hierdoor ontvangen inwoners niet altijd op het juiste moment de ondersteuning die zij nodig hebben. Het AZWA biedt de mogelijkheid om de samenwerking tussen gemeenten, welzijn, de eerstelijnszorg, de geestelijke gezondheidszorg en het onderwijs structureel te versterken.

Scope

Het leefgebied Mentale Gezondheid binnen het AZWA richt zich op het versterken van de regionale en lokale samenwerking tussen het sociaal domein, de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het doel is om inwoners met psychische of psychosociale klachten eerder te signaleren, laagdrempelig te ondersteunen en waar nodig tijdig toe te leiden naar passende zorg en herstelgerichte voorzieningen. Dit lukt niet altijd, want de ggz kampt met een wachtlijstprobleem, waardoor psychische en psychiatrische klachten in de huidige situatie niet adequaat kunnen worden opgelost en het aantal Wmo-aanvragen toeneemt.
Deze werkagenda richt zich op alle inwoners van Zuid-Holland Noord, met extra aandacht voor inwoners in een maatschappelijk kwetsbare positie, zoals mensen met financiële problemen, eenzaamheid, psychische kwetsbaarheid, beperkte gezondheidsvaardigheden en jongeren. Daarnaast richten we ons op iedere inwoner die baat heeft bij laagdrempelige ondersteuning gericht op zelfregie, herstel en maatschappelijke participatie.

Regionaal gezondheidsdoel

We faciliteren dat inwoners in 2030 aan hun mentale veerkracht kunnen werken, zodat zij zoveel mogelijk regie ervaren over hun eigen leven en kunnen deelnemen aan het dagelijks leven op de manier die zij wensen.

<u>Subdoelen</u>
We werken ernaar toe dat in 2030:

- inwoners de juiste zorg of ondersteuning op de juiste plek en op het juiste moment ontvangen;
- inwoners met psychische en/of psychiatrische problemen laagdrempelig ondersteund worden, met in de toekomst ook aandacht voor jongeren;
- inwoners van 18 tot en met 27 jaar waar mogelijk specifieke aandacht krijgen;
- mentale klachten vroegtijdig worden gesignaleerd en passende ondersteuning snel(ler) beschikbaar is;

- inwoners worden ondersteund bij het versterken van hun zelfregie, herstel en maatschappelijke participatie;
- professionals uit het sociaal domein, de (eerstelijns)gezondheidszorg, ervaringsdeskundigen en de ggz integraal samenwerken rondom mentale gezondheid;
- inwoners met mentale klachten worden geaccepteerd en stigmatisering van psychische klachten en de ggz wordt tegengegaan.

Samenhang en borging binnen de RPI

Mentale gezondheid staat niet op zichzelf, maar hangt nauw samen met alle andere leefgebieden binnen deze werkagenda. Problemen op het gebied van bestaanszekerheid, leefstijl, kansrijk opgroeien, sociale participatie of een gezonde leefomgeving vergroten het risico op psychische klachten. Andersom draagt een goede mentale gezondheid bij aan veerkracht, gezondheid, maatschappelijke participatie en het vermogen om regie te voeren over het eigen leven.

Er bestaat daarom een sterke verbinding met het leefgebied Kansrijk opgroeien, waar wordt gewerkt aan mentale veerkracht vanaf de eerste levensjaren en de samenwerking met het onderwijs. Ook is er een nauwe relatie met Leefstijl, omdat bewegen, gezonde voeding, slaap en sociale contacten bijdragen aan een betere mentale gezondheid. Daarnaast sluit dit leefgebied aan bij Vitaal ouder worden, waar aandacht is voor eenzaamheid, dementie, eigen regie en het langer zelfstandig thuis wonen.

Een ontwikkeling op het gebied van mentaal welzijn is de nieuwe Wet integrale suïcidepreventie. Deze wet zorgt voor duurzame verankering en verspreiding van sectoroverstijgend, integraal en effectief suïcidepreventiebeleid binnen de landelijke en lokale overheid en is een relevante ontwikkeling voor het AZWA die ook wordt genoemd als onderdeel van D6, de sociale basisinfrastructuur.

Tot slot is de positie, waardering en opleiding van ervaringsdeskundigen en de inzet van ervaringsdeskundigheid in het vraagstuk rondom mentale gezondheid een belangrijk aandachtspunt, zowel binnen het sociaal domein als in relatie tot de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Binnen het AZWA krijgt dat niet alleen plek in de laagdrempelige steunpunten en de regionale academie voor ervaringsdeskundigheid, maar is ervaringskennis ook geborgd in de structuur en opzet van de RPI.

Van gezondheidsdoelen naar basisfunctionaliteiten binnen het leefgebied Mentale Gezondheid

Om in 2030 te komen tot een regio waarin inwoners beschikken over voldoende mentale veerkracht en passende ondersteuning tijdig beschikbaar is, zetten wij in op drie samenhangende basisfunctionaliteiten die elkaar versterken. Dit zijn de basisfunctionaliteiten Laagdrempelige steunpunten, Sociaal verwijzen en Mentale gezondheidsnetwerken (onderdeel uit Ontwikkelagenda 1). Samen dragen zij bij aan het vroegtijdig signaleren van mentale problemen en het bieden van laagdrempelige en passende ondersteuning.

Inwoners moeten laagdrempelig terechtkunnen op toegankelijke steunpunten voor ontmoeting, informatie, ondersteuning en herstel. Deze steunpunten vormen een belangrijke schakel in het versterken van de sociale basis en helpen om mentale problemen vroegtijdig te signaleren en te voorkomen dat klachten verergeren.

Professionals in zowel het zorg- als sociaal domein spelen hierbij een belangrijke rol door inwoners via sociaal verwijzen toe te leiden naar passende activiteiten, ondersteuning en voorzieningen die bijdragen aan mentale gezondheid, participatie en zelfredzaamheid. Om deze ondersteuning goed op elkaar aan te laten sluiten, worden mentale gezondheidsnetwerken verder versterkt.

Financiers: zorgverzekeraar(s), gemeenten (IZA, AZWA, transformatiemiddelen).

Uitvoerende partijen: huisartspraktijken, ggz-aanbieders, gemeenten, sociaal werkorganisaties, paramedische aanbieders, onderwijsinstellingen, ervaringsdeskundigen, maatschappelijke organisaties, GGD.

Laagdrempelige steunpunten (Basisfunctionaliteit)

Urgentie

Laagdrempelige steunpunten kunnen vroegsignalering, herstel, zelfregie, participatie en sociale verbinding versterken en daarmee zwaardere zorg voorkomen of uitstellen. Iedere inwoner die baat heeft bij laagdrempelige ondersteuning rondom zelfregie en herstel kan hier terecht, met in het bijzonder mensen met ernstige of langdurige psychiatrische kwetsbaarheid (EPA). Vroegsignalering en tijdig hulp vragen zijn van belang voor de inwoner zelf maar ook om de druk op specialistische ggz en maatschappelijke ondersteuning te verminderen. Hoewel er veel laagdrempelige ontmoetingsplekken zijn in de regio Zuid-Holland Noord, voldoen maar enkele aan een cruciaal criterium uit het IZA: door en voor ervaringsdeskundigen.

Huidige situatie

In de regio zijn op dit moment twee volwaardige laagdrempelige steunpunten aanwezig volgens de landelijke criteria, de Wielewaal in Alphen aan den Rijn en het Inloophuis in Leiden. Laagdrempelige steunpunten onderscheiden zich van inloopvoorzieningen sociaal en gezond doordat ze zijn opgezet door en voor mensen die ervaring hebben met psychische kwetsbaarheid, ontwrichting en herstel. Onderdelen van een laagdrempelig steunpunt zijn breder aanwezig, zoals in welzijnsvoorzieningen en ontmoetingsplekken. De beschikbaarheid, spreiding, toegankelijkheid en openingstijden daarvan verschillen echter sterk per gemeente. De komende jaren wordt daarom regionaal onderzocht waar aanvullende ontwikkeling van laagdrempelige steunpunten nodig is om te komen tot een dekkend en toegankelijk netwerk voor alle inwoners van Zuid-Holland Noord.

Ambitie

De ambitie is een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten voor alle inwoners die baat hebben bij laagdrempelige ondersteuning rondom zelfregie en herstel. Centraal staan de ondersteuning bij herstel, zelfregie en sociale verbinding, met ondersteuning voor en door ervaringsdeskundigen. Uitgangspunt is de aanwezigheid van minimaal één volwaardig laagdrempelig steunpunt per subregio voor 2030. Hierbij wordt gebruikgemaakt van een satellietmodel, waarbij het volwaardige laagdrempelige steunpunt verschillende andere ontmoetingsplekken in gemeenten ondersteunt, zoals inloophuizen, huizen van de buurt, etc. Deze drie volwaardige steunpunten voldoen aan de landelijke kwaliteitseisen voor laagdrempelige steunpunten.

Sociaal verwijzen (Basisfunctionaliteit)

Urgentie

De druk op de huisartsenzorg neemt toe, terwijl een groot deel van de hulpvragen niet met medische zorg kan worden opgelost. Naar schatting ervaart 18% van de inwoners psychosociale problematiek en nemen deze hulpvragen 20 tot 50% van de spreekuurcapaciteit van huisartsen in beslag. Daarvoor is het sociaal domein beter toegerust dan eerste- of tweedelijns zorgpartijen.

Huidige situatie

In de regio wordt al enige jaren ingezet op het stimuleren en intensiveren van twee interventies sociaal verwijzen: Welzijn op Recept (WoR) en het Verkennend Gesprek. WoR is een interventie waarbij de huisarts een inwoner direct doorverwijst naar een welzijnscoach of Praktijkondersteuner-Sociaal (PO-sociaal). Samen met de patiënt wordt gezocht naar een passende interventie of de juiste ondersteuning in het sociaal domein. Het Verkennend Gesprek is een bredere, interdisciplinaire aanpak, ook op verwijzing van de huisarts. Het verschil is dat het Verkennend Gesprek zich richt op mensen met complexere problematiek waarbij ook het vermoeden van ggz-problematiek speelt. Het Verkennend Gesprek is een gezamenlijk overleg tussen iemand met psychische klachten, een POH-ggz (praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg) en een medewerker uit het sociaal domein (welzijnswerk en/of ervaringsdeskundige). De uitkomst van het Verkennend Gesprek kan divers zijn en kan zowel een verwijzing naar de basis-ggz zijn als een verwijzing naar het sociaal domein zijn. De uitkomst van een traject binnen WoR wordt altijd gezocht in het sociaal domein.

Het Masterplan WoR (2023-2025) is opgevolgd door het goedgekeurde Transformatieplan WoR (2025-2027). De inventarisatie in het eerste en tweede kwartaal van 2026 heeft inzicht gegeven in de stand van zaken per gemeente. Gemeenten bevinden zich in verschillende fases: opstarten, intensiveren en doorontwikkelen. Daarnaast wordt er onderzocht of de doelgroep kan worden uitgebreid naar inwoners jonger dan 18 jaar.

Eind 2025 is ook het Transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerken goedgekeurd waar het Verkennend Gesprek onderdeel van is. De eerste gesprekken zijn inmiddels gevoerd in de regio en er is een planning om dit in de hele regio uit te rollen. Ook hier is sprake van stadia van opstartfase, intensiverend en doorontwikkelend.

Ambitie

De ambitie voor de gehele regio ZHN is het verhogen van het welbevinden en het versterken van de sociale basis van inwoners met psychosociale problematiek en het verlagen van het zorggebruik in de eerste- en tweedelijnszorg. Lokale leer- en intervisiegroepen dragen bij aan het versterken en intensiveren van de brede Welzijn op Recept-werkwijze.



Bron: landelijke handreiking Sociaal verwijzen

Mentale gezondheidsnetwerken (Ontwikkelagenda 1)

Urgentie

De samenwerking tussen huisarts, ggz, POH-ggz en sociaal domein is van cruciaal belang om inwoners de juiste hulp op de juiste plek en op het juiste moment te bieden. Daarbij gaat het niet alleen over het voorkomen van niet-passende verwijzingen, het verkorten van wachtlijsten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg, maar ook over het besef dat we met het opzetten van Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN) een gezamenlijke opgave hebben. Ggz, het sociaal domein en ervaringsdeskundigen spelen hierin een belangrijke rol door gezamenlijk ggz-problematiek integraal op te pakken en structureel samen te werken aan passende zorg en ondersteuning.

Huidige situatie

Sinds december 2025 ligt er een goedgekeurd IZA-transformatieplan MGN. Onderdelen zijn al aanwezig in de regio van (domeinoverstijgende) samenwerking en verbinding tussen zorg en sociaal domein. Denk aan: Netwerk Next, project Domein overstijgend Samenwerken Zorg en Veiligheid, ggz in de wijk, collectieve preventie ggz-aanbod, de straatarts, initiatieven rondom menswaardig ouder worden en een breed scala aan zorginstellingen en kennisinstituten, van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en positieve gezondheid tot ggz Rivierduinen en de POH-ggz. Daarnaast zijn een aantal interventies onderdeel van het MGN in onze regio, zoals de overlegtafel ggz en het verkennend gesprek.

Ambitie

Onze doelstellingen zijn:

1. De hulp- en ondersteuningsvraag van inwoners en hun naasten wordt snel en op de juiste plek opgepakt. Dit voorkomt escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz.
2. De beschikbare capaciteit in de regio, binnen de ggz, huisartsenzorg en het sociaal domein, wordt optimaal ingezet.
3. De wachttijd voor ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek wordt verminderd. Hiervoor wordt voor onze regio een dashboard gerealiseerd, waarin aanbod van GGZ-partijen en aanbod van sociaal domein ontsloten wordt voor verwijzers.
4. Inwoners ervaren een toename van hun mentale gezondheid en welzijn.
5. Laagdrempelige steunpunten voor inwoners die baat hebben bij laagdrempelige ondersteuning rondom zelfregie en herstel.
6. Een consultatiefunctie ggz voor professionals in het sociaal domein.

Kansrijk opgroeien

Introductie

Het ministerie van VWS wijst binnen het AZWA 'Kansrijk Opgroeien' expliciet aan als een zelfstandig en gelijkwaardig leefgebied. Dat is een belangrijke en welkome verdieping ten opzichte van de voorgaande IZA-periode, waarin de nadruk vanuit de zorgsector veelal bij de oudere populatie en de zware zorg lag. Het AZWA markeert hiermee de maatschappelijke overtuiging dat duurzame gezondheidswinst wordt behaald als we investeren in de eerste 1.000 dagen en de opgroeiomgeving van kinderen en jongeren. Binnen onze regio benutten we de D5-basisfunctionaliteiten om de preventieve schil rondom gezinnen te versterken en te voorkomen dat lichte opvoed- of psychosociale vragen onnodig escaleren naar zwaardere (jeugd)zorg.
Elke gemeente in de regio zet zich in voor de gezondheid, veiligheid en het welzijn van kinderen en jongeren. Dit gebeurt met preventie, ondersteuning en, als dat nodig is, professionele hulp. Toch is er ook in onze regio een groeiende vraag naar jeugdhulp en zien we dat kwetsbare groepen nog vaak opgroeien in ongezonde omstandigheden en met ongezonde keuzes. Het AZWA biedt middelen om structureel te investeren in preventie en een sterke sociale en pedagogische basis te faciliteren, in nauwe samenwerking met onderwijs, zorg en welzijn. Dit gebeurt zowel lokaal als regionaal.

Scope

Het leefgebied Kansrijk opgroeien in het AZWA richt zich op een betere samenwerking tussen het medische en sociale domein om kinderen een zo gezond en kansrijk mogelijke start te geven. Niet ieder kind en gezin heeft hetzelfde nodig voor een gelijke kans. In elke gemeente is er aanbod voor advies en ondersteuning over opvoeden en opgroeien. Gezinnen in gunstige sociale en economische omstandigheden hebben meestal genoeg aan dit basisaanbod. Er zijn ook gezinnen en kinderen in een kwetsbare positie: zij hebben te maken met langdurige geldzorgen, complexe opvoedproblemen of een ongezonde leefsituatie. Zij ervaren langdurig zorgen en stress en hebben daardoor soms minder veerkracht, waardoor gezondheidsachterstanden ontstaan. In deze werkagenda richten we ons met de beschreven basisfunctionaliteiten vooral op kinderen en gezinnen die opgroeien in minder kansrijke omstandigheden, vanaf de kinderwens tot en met 18 jaar.

Regionale gezondheidsdoelen

We werken ernaartoe dat in 2030 ieder kind een gelijke kans heeft om gezond en veilig op te groeien. Dit doen we door te investeren in gezondheid en ontwikkeling vanaf de kinderwens tot en met 18 jaar.

Subdoelen

We werken ernaar toe dat in 2030:

- een gezonde leefstijl van de ouder(s) voor, tijdens en na de zwangerschap wordt gestimuleerd, als basis voor de eerste levensjaren van het kind;
- inwoners in kwetsbare omstandigheden meer regie hebben over hun kinderwens en passende ondersteuning ontvangen bij het maken van keuzes rondom kinderwens en zwangerschap;
- er voor elk kind en elke ouder laagdrempelig toegang is tot de voor hen passende vorm van ondersteuning of hulp;
- (toekomstige) ouders worden bijgestaan om gezonde keuzes te maken voor hun kind;
- de regio integraal samenwerkt ten gunste van het kind;
- de regio de verbinding heeft gemaakt met de hervormingsagenda Jeugd;
- de mentale veerkracht van kinderen en jongeren wordt ondersteund.

Samenhang en borging binnen de RPI

De basisfunctionaliteiten die in dit leefgebied zijn uitgewerkt, hebben als doel om positief bij te dragen aan de gezondheid en kansen van alle kinderen: (ongeboren) baby's, kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Maar ook inzet op andere leefgebieden draagt bij aan kansrijk opgroeien. Er is sprake van een grote samenhang met de leefgebieden Mentaal welbevinden en Leefstijl. Het leven van een mens laat zich niet in een hokje stoppen. De oorsprong én de aanpak van problemen bij het opgroeien liggen vaak in een ander levensdomein van een kind of gezin. De omstandigheden waarin een kind opgroeit, zijn van invloed op de mentale gezondheid, ook op latere leeftijd. Er is overlap tussen de doelgroepen van Kansrijke Start en de ketenaanpakken voor volwassenen en kinderen met overgewicht en obesitas. Naast de onderdelen uit Kansrijk opgroeien wordt in het onderwijs met de aanpak Gezonde (mentale) school ingezet op gezond leven, leren en ontwikkelen van leerlingen en studenten. De nieuwe Wet integrale suïcidepreventie draagt bij aan gezond en veilig opgroeien. Tijdens de AZWA-periode wordt ook gewerkt aan de uitvoering van overstijgend, integraal en effectief suïcidepreventiebeleid dat met name ook jeugdigen en jongeren zal ondersteunen.

De RPI ondersteunt de samenwerking tussen gemeenten, zorgpartijen die werken met en rondom kind en gezin, sociaalwerkorganisaties en publieke gezondheid en vormt de organisatorische basis en een lerende en (bij)sturende omgeving voor een samenhangend preventief aanbod.

Van gezondheidsdoelen tot basisfunctionaliteiten in het leefgebied Kansrijk opgroeien

Om in 2030 te komen tot een samenleving waarin elk kind een gelijke kans heeft om gezond, veilig en gelukkig op te groeien, zetten wij ons in elk geval in om:

- te realiseren dat in elke gemeente partijen uit, onder andere, geboortezorg en sociaal domein duurzaam samenwerken, waardoor kwetsbare situaties vroeg gesignaleerd worden en elk kind en (toekomstige) ouders passende hulp en ondersteuning wordt geboden;
- toegang te bieden tot de Integrale gezinspoli (wordt in de pagina hierop volgend verder uitgelicht) voor (aanstaande) gezinnen met een tweedelijns zorgbehoefte of een hoog risico daarop en waar (tijdelijk) kwetsbare sociale omstandigheden spelen;
- het programma Nu Niet Zwanger overal in de regio toegankelijk is voor mensen in de vruchtbare leeftijd in kwetsbare omstandigheden;
- voor kinderen en jongeren van 2 tot 18 jaar met (problematisch) overgewicht passende begeleiding en aanbod te organiseren gericht op een gezond gewicht en een gezonde leefstijl.
- een duurzaam rookvrije omgeving voor kinderen te stimuleren, zowel voor, tijdens als na de zwangerschap.
- De aanpak overgewicht en obesitas kinderen wordt uitgevoerd

Financiers: zorgverzekeraar(s), gemeenten (IZA, AZWA, Transformatiemiddelen).

Uitvoerende partijen: geboortezorgpartijen, Jeugdgezondheidszorg, ziekenhuizen, gemeenten, sociaal werkorganisaties, huisartsen, paramedici, sportdomein, ervaringsdeskundigen, Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)- regisseurs, maatschappelijke organisaties, GGD, Zorgverzekeraar en Centrum Jeugd en Gezin (CJG).

Kansrijke start (Basisfunctionaliteit)

Urgentie

Er is in onze regio sprake van een groeiende bevolking, maar het aantal geboortes loopt terug conform de landelijke trend. Ten opzichte van 2024 zal het aantal kinderen van 0 tot 4 jaar de komende jaren met ongeveer 15% toenemen, tot ongeveer 33.000 kinderen in 2045. Daarna zal het aantal naar verwachting stabiliseren. Het aantal gezinnen in kwetsbare omstandigheden neemt toe in onze regio. Deze kwetsbaarheden en de medische en sociale achterstanden gedurende de eerste 1.000 dagen van een kind hebben levenslange gevolgen. Deze gezinnen hebben vaak moeite met rondkomen, kampen met psychische problemen en hebben te maken met een instabiele thuissituatie en/of opvoed- en opgroeiproblematiek. Er is sprake van langdurige stress en spanning. Dit verhoogt het risico op vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht en andere onomkeerbare schade die mogelijk kan leiden tot ontwikkelingsachterstanden en problematiek op latere leeftijd. Deze achterstanden worden vaak van generatie op generatie doorgegeven.

Huidige situatie

Het doel van Kansrijke Start is om ieder kind de best mogelijke start te geven, vanaf de kinderwens en tijdens de eerste levensjaren. De inzet op Kansrijke Start wordt vormgegeven in een netwerksamenwerking waarin professionals uit het zorgdomein, het sociale domein, het publieke domein en het informele domein elkaar versterken in samenwerking met de mensen om wie het gaat. Hen wordt ondersteuning geboden in de vorm van passende interventies.
Op dit moment zijn erin bijna alle 13 gemeenten in onze regio coalities of samenwerkingsverbanden gevormd of worden deze nog opgebouwd. Hierin werken de medische geboortezorg, de jeugdgezondheidszorg (JGZ & CJG Hollands Midden) en lokale sociale teams samen. De JGZ is daarbij de verbindende schakel tussen geboortezorg, lokale ondersteuning en het sociaal domein. Elke gemeente biedt passende interventies in de fasen voor, tijdens en na de zwangerschap. Er is een regionale coalitie Kansrijke Start waarin gemeenten, partijen uit het sociaal domein, de JGZ en verloskundigen deelnemen.

Ambitie

De komende jaren wordt verder gewerkt aan het duurzaam implementeren van een dekkend aanbod en de netwerkaanpak, met duidelijke afspraken over samenwerken, signaleren, verwijzen en gegevensdeling. Professionals uit het medische en sociale domein weten elkaar te vinden en er wordt ingezet op structurele betrokkenheid van ervaringsdeskundigen. Er wordt gewerkt aan een regionaal monitoringskader.

Integrale gezinspoli (Basisfunctionaliteit)

Urgentie

De Integrale Gezinspoli (IGP) is een sociaal-medische netwerksamenwerking, die (aanstaande) gezinnen in kwetsbare omstandigheden integraal ondersteuning biedt. De IGP is een nieuwe basisfunctionaliteit, bestemd voor een deel van de gezinnen uit de doelgroep van Kansrijke Start: (aanstaande) gezinnen die tijdens de zwangerschap en/of met hun jonge kind een tweedelijns zorgbehoefte hebben, of hier hoog risico op lopen, en waar – al dan niet tijdelijk – kwetsbare sociale omstandigheden spelen.

De netwerksamenwerking bestaat uit partners uit de nulde, eerste, tweede en derde lijn en zorgverzekeraar. Zij organiseren zorg en ondersteuning in de omgeving van het kind/gezin, met één kernteam. Het uitgangspunt hierbij is niet-medisch waar mogelijk, en medisch waar nodig, maar met als doel om instroom in de tweede en derde lijn te voorkomen. De IGP-is een essentieel onderdeel van de brede Kansrijke-Start-aanpak, voor een zo kansrijk mogelijke start voor het kind en gezin en voorkoming of verkleining van gezondheidsachterstanden.

Huidige situatie

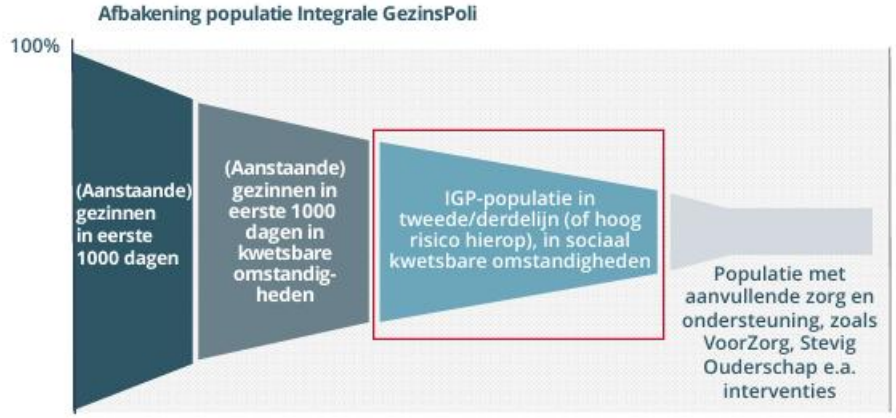
Bij Kansrijke Start draait het om een brede samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Er is afstemming nodig over zorg wanneer er medisch en sociale vraagstukken bij één casus liggen. Lokaal zijn gemeenten bezig met multidisciplinaire overleggen (MDO's), maar de samenwerking met de 2e lijn vraagt om regionale aandacht. Vaak is er geen of beperkte doorgaande zorglijn of afstemming tussen de 0e/1e/2e lijn als het gaat om een specifieke doelgroep afkomstig van bv POP Poli.

Er is al veel (collectief) aanbod op gezond en veilig opgroeien en opvoeden. Maar momenteel zijn er nog geen IGP's in de regio aanwezig. Wel zijn er allerlei ontwikkelingen op gebied van Kansrijke Start die in de toekomst onderdeel kunnen worden van de Integrale Gezinspoli. Er moet worden onderzocht wat er al is en wat er nog nodig is. Daarbij is het belangrijk om een gezamenlijk taal te spreken tussen het medische- en het sociale domein. Dit gebeurt door middel van een scan in de regio. Op basis daarvan wordt een plan ontwikkeld om met een projectleider IGP de stappen te zetten die nodig zijn om een dekkend aanbod in de regio te realiseren in 2030. Om de IGP te laten slagen is er een actieve rol nodig vanuit gemeenten, de regio, Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), ziekenhuis, JGZ, huisartsen en meer partners. Bij de inrichting van de IGP wordt de landelijke handreiking als basis gebruikt, maar wordt ook rekening gehouden met de regionale populatie en bestaande samenwerkingsverbanden.

Er wordt gestart met een werkgroep IGP die de eerste stappen zet. Deze werkgroep bestaat nu uit de projectleider Kansrijke Start en vertegenwoordiging vanuit gemeenten, het Verloskundig Samenwerkingsverband en het sociaal domein. De samenstelling van de werkgroep wordt nog uitgebreid, zo moeten de JGZ, ziekenhuizen LUMC en Alrijne en ervaringsdeskundigen nog aansluiten. Er zullen ook uitvoerende partijen hierbij worden aangehaakt zoals Samen Zuid Holland Noord.

Ambitie

Er wordt toegewerkt naar een regionaal dekkend aanbod zodat (aanstaande) gezinnen met complexe sociaal-medische problematiek tijdig integrale ondersteuning ontvangen, die aansluit bij hun situatie en leefomgeving.



Bron: Landelijke handreiking Integrale Gezinspoli

Nu Niet Zwanger (Basisfunctionaliteit)

Urgentie

In Zuid-Holland Noord is bij een deel van de inwoners al vóór de zwangerschap sprake van psychische, sociale of maatschappelijke kwetsbaarheid. Nu Niet Zwanger (NNZ) is een programma dat mensen in kwetsbare situaties helpt om bewust en vrijwillig na te denken over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Het doel is om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen en inwoners de regie over hun eigen leven en gezinsplanning te geven. Als de kosten van anticonceptie een probleem zijn, kan NNZ daar ook bij helpen. NNZ ondersteunt inwoners en traint professionals in het voeren van open gesprekken over kinderwens, seksualiteit en conceptie. NNZ wil de extra belasting van een onbedoelde zwangerschap, het onnodige leed en de verergering van bestaande problemen helpen voorkomen. Het programma richt zich op het trainen van hulpverleners in het publieke en sociale domein, zoals de verslavingszorg, ggz, wijkteams, dak- en thuislozenzorg, jeugdzorg, jeugd- en jongerenwerk, Veilig Thuis en andere zorgsectoren.

Als Nu Niet Zwanger goed is ingebed in de gesprekken rondom zwangerschap, worden veel potentieel leed en kosten voorkomen.

Huidige situatie

Alle gemeenten in ZHN zijn inmiddels gestart met het programma Nu Niet Zwanger. In onze regio is er een aanzienlijke groep mensen in de vruchtbare leeftijd die zich in een kwetsbare situatie bevindt, niet zwanger wil worden en geen anticonceptiemiddel gebruikt.

Ambitie

Het doel is te bereiken dat het bespreken van seksualiteit en kinderwens met de doelgroep van NNZ verder genormaliseerd wordt en onderdeel is van de reguliere werkzaamheden van alle organisaties en professionals in het sociale en medische domein die met deze doelgroep werken in de gemeenten in onze regio. Naast de inspanningen van het regionale NNZ-team borgen gemeenten de uitvoering van NNZ bij lokale ketenpartners via bestuurlijke gesprekken en accounthoudergesprekken met gecontracteerde of gesubsidieerde organisaties. Het doel is om een eenduidige ketensamenwerking en een goede samenwerking tussen de verschillende domeinen in die keten, zoals het sociale en medische domein, te realiseren.

Kinderen met overgewicht en obesitas (Ontwikkelagenda 1)

Urgentie

In ZHN volgen de overgewichtscijfers de landelijke trend: 1 op de 7 kinderen heeft overgewicht. De aanpak Kinderen met overgewicht en obesitas is erop gericht om overgewicht bij kinderen (2 tot en met 18 jaar) vroegtijdig en samenhangend aan te pakken. Daarbij werken het zorg- en het sociaal domein samen. De doelgroep bestaat uit gezinnen waarbij bij het kind sprake is van obesitas of overgewicht én waarbij binnen het gezin sprake is van psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problematiek. De zorg en ondersteuning die een kind, de ouders en het gezin vanuit de ketenaanpak krijgen, verschillen per situatie. De inzet van professionals richt zich op het opsporen en signaleren van kwetsbare omstandigheden (breder dan alleen (medische) zorg) en het bieden van ondersteuning of zorg om in een later stadium zwaardere zorg en ondersteuning te voorkomen. Een Centrale Zorgverlener (CZV) bespreekt samen met het kind en het gezin wat nodig is. In de uitvoering wordt samengewerkt met sociaalwerkorganisaties, buurtsportcoaches, paramedici en andere professionals uit het sociale domein en het zorgdomein.

Huidige situatie

In elke gemeente in de regio is een lokale projectleider actief en in meerdere gemeenten (5) is al een CZV aanwezig. Momenteel werken die laatsten nog lokaal en op basis van tijdelijke afspraken met gemeenten en Zorg en Zekerheid.
De financieringsstromen van het sociaal domein en de Zorgverzekeringswet sluiten onvoldoende op elkaar aan, terwijl investeringen in preventie en coördinatie niet altijd direct ten goede komen aan de partij die deze bekostigt. Hierdoor ontstaan verschillen in beschikbaarheid en uitvoering tussen gemeenten en wordt de ontwikkeling naar een regionaal dekkend netwerk belemmerd. Dit vraagstuk speelt niet alleen in onze regio, maar ook landelijk.

Ambitie

De ambitie is om voor elk kind en gezin dat het nodig heeft, het juiste aanbod te hebben: een regionaal dekkend aanbod waarbij vraag en aanbod in balans zijn. Daarvoor zijn voldoende CZV's en voldoende passende interventies in het sociaal domein nodig. Een belangrijke voorwaarde is dat er duurzame afspraken worden gemaakt over de dekkende bekostiging van de inzet van de CZV. Deze aanpak staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van een bredere preventieve aanpak gericht op gezond en kansrijk opgroeien. Daarom wordt waar relevant de verbinding gelegd met de aanpak voor volwassenen. Lokaal wordt de verbinding gezocht met bestaande lokale initiatieven en structuren, zoals Kansrijke Start, de JOGG-aanpak, Gezonde School en sport- en beweegaanbod. Zo ontstaat een samenhangende structuur van individuele en collectieve preventie en ondersteuning.

Kansrijke Start: Rookvrije start (Ontwikkelagenda 1)

Urgentie

Inzet op een rookvrije start is urgent: de helft van de zwangeren die stopt met roken, begint na de bevalling weer met roken. Het aantal vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap nam de afgelopen jaren wel af, maar het percentage ouders dat rookt, laat helaas een stijging zien. Meer dan één miljoen ouders met thuiswonende kinderen roken. Al deze kinderen lopen risico op gezondheidsschade door (tabaks)rook. Zorgverleners kunnen helpen door (aanstaande) ouders te ondersteunen bij het duurzaam stoppen met roken of hen door te verwijzen naar hulp.

Huidige situatie

Lokaal en regionaal wordt al veel ingezet op het realiseren van een rookvrije start voor het (aanstaande) gezin. Zo is er vanuit Kansrijke Start al een Zorgpad voor rokende zwangeren ontwikkeld, is signaleren en verwijzen onderdeel van de werkwijze van geboortezorgpartijen en worden stoppen-met-rokenprogramma's vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekeraar, zonder dat hiervoor het eigen risico geldt.

Ambitie

Met de financiële middelen die de komende jaren beschikbaar zijn, willen we onderzoeken hoe we deze aanpak in de regio kunnen implementeren. Daarbij kijken we ook hoe we hierin regionaal samen kunnen optrekken en of dit onderdeel kan zijn van een brede Nicotinevrij-aanpak en/of een leefstijlaanpak waarbij ook aandacht is voor alcohol en middelengebruik.

Leefstijl

Introductie

In de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2025-2028 staat het bevorderen van een gezonde leefstijl centraal voor alle inwoners, van kinderen tot ouderen. Een gezonde leefstijl draagt bij aan het voorkomen van gezondheidsproblemen en het verbeteren van het welbevinden, maar is niet altijd vanzelfsprekend. In onze samenleving wordt bijna 20% van de totale ziektelast veroorzaakt door ongezond gedrag. Denk hierbij aan te weinig beweging, ongezonde voeding, stress en middelengebruik. Daarnaast leidt een ongezonde leefstijl tot verminderde arbeidsproductiviteit en hoger ziekteverzuim. Vooral mensen met een beperkt inkomen en beperkte kennis over een gezonde leefstijl zijn hiervan de dupe. Vaak spelen achterliggende problemen een rol, zoals stress, geldzorgen, eenzaamheid of somberheid (bij volwassenen, kinderen en binnen gezinnen). Dat vraagt om een andere benadering: de brede blik op gezondheid.
Elke gemeente wil de gezondheid van haar inwoners bevorderen door het creëren van een gezonde leefomgeving die een gezonde leefstijl stimuleert, door in te zetten op een stevige sociale basis, het sturen op gezond voedselbeleid en het beschikbaar maken van laagdrempelig advies over een gezonde leefstijl. Met AZWA-middelen kan steviger worden ingezet op het stimuleren van gezond gedrag en het bieden van ondersteuning aan inwoners die daar behoefte aan hebben. Dit gebeurt lokaal én regionaal.

Scope

Het leefgebied Leefstijl richt zich op de samenwerking tussen het sociaal domein en de eerstelijnszorg om een gezonde leefstijl te bevorderen en een ongezonde leefstijl vroegtijdig te signaleren. Door leefstijl bespreekbaar te maken op plekken waar inwoners komen en laagdrempelige ondersteuning te bieden, kan zwaardere zorg worden voorkomen. Hierbij richten de aanpakken zich op de hele bevolking boven de 18 jaar. Met extra aandacht voor inwoners in een maatschappelijk kwetsbare positie zorgen het sociaal domein en het zorgdomein samen voor passende ondersteuning.

Regionaal gezondheidsdoel

We werken ernaartoe dat inwoners in 2030 gezond kunnen leven en dat een gezonde leefstijl als basis wordt ondersteund in het dagelijks leven. Hierbij hebben we extra aandacht voor inwoners in een maatschappelijk kwetsbare positie.

Subdoelen:
In 2030 maken wij het mogelijk dat:

- inwoners toegang hebben tot een fysieke en sociale leefomgeving waarin gezond leven, gezond eten, bewegen en ontspannen vanzelfsprekend is;
- een ongezonde leefstijl waar mogelijk wordt voorkomen door een integrale aanpak waarbij gezondheidsvaardigheden worden versterkt en de brede blik op gezondheid wordt benut door zowel professionals uit sociaal en zorgdomein;
- inwoners laagdrempelig toegang hebben tot passende leefstijlondersteuning (via bijvoorbeeld een leefstijlloket of middels sociaal verwijzen);

- inwoners waar nodig worden ondersteund in het maken gezonde keuzes rondom middelengebruik (roken, drugs en alcohol);
- inwoners in een maatschappelijk kwetsbare positie extra ondersteuning krijgen om hun gezondheidskansen te vergroten;
- preventieve leefstijlondersteuning beschikbaar is voor alle inwoners.

Samenhang en borging binnen de RPI

Het leefgebied Leefstijl richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl voor alle inwoners. Niet voor iedereen is een gezonde leefstijl vanzelfsprekend. We versterken de randvoorwaarden, zoals een gezonde leefomgeving en collectieve preventie, en zetten het Positieve Gezondheidsgesprek in om inwoners passend te ondersteunen in het sociaal domein of het zorgdomein. Dit doen we in samenhang met de leefgebieden Kansrijk opgroeien, Mentaal welbevinden en Vitaal ouder worden. Een gezonde leefstijl van ouders draagt ook bij aan het kansrijk opgroeien van hun kinderen. Een gezonde leefstijl wordt beïnvloed door het mentaal welbevinden en vice versa. Daarnaast is een gezonde leefstijl de basis voor vitaal ouder worden. Ook komen deze leefgebieden samen op het gebied van armoede en gezondheidsachterstanden. Mensen met een laag inkomen hebben vaker overgewicht en roken vaker door een combinatie van chronische stress en onvoldoende financiële middelen.

De basisfunctionaliteiten worden geborgd in de RPI door het maken van structurele domeinoverstijgende afspraken tussen partijen uit het zorgdomein en het sociaal domein. Daarnaast is er blijvende afstemming tussen de financierende partijen, de gemeenten en de zorgverzekeraar om het dekkende aanbod te kunnen blijven aanbieden.

Van gezondheidsdoelen tot basisfunctionaliteiten in het leefgebied Leefstijl

Om in 2030 te komen tot een samenleving waarin inwoners duurzaam en gezond kunnen leven en waarbij een gezonde leefstijl als basis ondersteund wordt, zetten wij in op de basisfunctionaliteiten Netwerkaanpak Overgewicht volwassenen en de Rookvrije Wijkaanpak. We zetten in op overgewicht vanwege het toenemende aantal inwoners met overgewicht in de hele regio (huidige cijfers: 50%). Dit vraagt om een intensieve aanpak om inwoners te ondersteunen bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. We zetten ook in op de Rookvrije Wijkaanpak, aangezien er meerdere wijken in onze regio zijn waar relatief meer wordt gerookt dan in andere wijken. Overgewicht en roken gaan allebei gepaard met gezondheidsproblemen en vaak spelen armoede, stress en psychosociale problemen een rol.

Financiers: zorgverzekeraar(s), gemeenten (IZA, AZWA, Transformatiemiddelen).

Uitvoerende partijen: gemeenten, zorgverzekeraar, sociaal werkorganisaties, huisartsen, POH's, jongerenwerk, GGD, paramedici, sportdomein, inwonersvertegenwoordiging, ziekenhuizen en onderwijs- en kennisinstellingen.

Netwerkaanpak overgewicht en obesitas volwassenen (Basisfunctionaliteit)

Urgentie

Het aantal mensen met overgewicht neemt toe. Momenteel heeft 48% van de volwassenen overgewicht, waarvan 14% ernstig overgewicht/obesitas heeft. Deze aantallen stijgen. Dit gaat gepaard met chronische lichamelijke en psychosociale problematiek en een toenemende zorgvraag. Kinderen van volwassenen met overgewicht hebben een grotere kans om zelf ook overgewicht te krijgen. Deze aanpak richt zich op netwerksamenwerking tussen professionals uit het zorg- en sociaal domein om de juiste ondersteuning of zorg op het juiste moment te bieden en zo zwaardere zorg te voorkomen. Verdere versteviging van de implementatie in de regio is nodig om tot een regionaal dekkend aanbod van de gehele netwerkaanpak te komen.

Huidige situatie

De implementatie van de netwerkaanpak Overgewicht volwassenen is in ontwikkeling in onze regio, maar nog niet volledig afgerond. Er is regionale afstemming en een lerende netwerkstructuur met professionals uit de zorg, het sociaal domein, gemeenten en de zorgverzekeraar over samenwerking en klantroutes. Steeds meer professionals zijn getraind om het gesprek over leefstijl en overgewicht te starten. Hierin wordt de samenwerking gezocht met sociaal verwijzen, waarbij het bespreekbaar maken van overgewicht en het gericht doorverwijzen naar het sociaal domein plaatsvinden. Lokale en regionale samenwerkingen zijn verstevigd via diverse trajecten en het lokale leefstijlloket wordt her en der geïnitieerd om laagdrempelige ondersteuning te bieden aan inwoners. Hiernaast wordt gewerkt aan een regionale communicatiestrategie om de bekendheid en betrokkenheid van ketenpartners en het bereik van inwoners te verbeteren.

Ambitie

De ambitie is om de netwerkaanpak duurzaam te implementeren en een dekkend aanbod te creëren in de gehele regio, met heldere afspraken over samenwerken, signalering, verwijzing en terugkoppeling binnen een structurele infrastructuur. We streven ernaar dat iedere professional uit zowel het sociaal domein als het zorgdomein overgewicht signaleert en bespreekbaar maakt. Er wordt gewerkt aan verdere versterking van het netwerk van professionals in het sociaal domein en het zorgdomein, zodat de juiste zorg of ondersteuning geboden kan worden. De focus ligt hierbij met name op inwoners in een maatschappelijk kwetsbare positie, aangezien deze groep de ondersteuning op het gebied van leefstijl en onderliggende problematiek het hardst nodig heeft. Hierbij kan een laagdrempelig inlooppunt voor vragen over leefstijl wenselijk zijn, zoals een (digitaal) leefstijlloket.

Rookvrije Wijkaanpak (Ontwikkelagenda 1)

Urgentie

Roken en vapen blijven belangrijke oorzaken van gezondheidsverschillen in Nederland, zo ook binnen de regio Zuid-Holland Noord. In meerdere gemeenten is sprake van wijken waar inwoners relatief vaker roken en waar gezondheidsproblemen, armoede, stress en andere sociale problematiek samenkomen. Daarbij blijkt dat stoppen met roken voor veel inwoners ingewikkeld is door beperkte gezondheidsvaardigheden, sociale omstandigheden en een gebrek aan laagdrempelige ondersteuning.

Vanuit gemeenten, GGD, sociaalwerkorganisaties, zorgpartners en scholen wordt breed herkend dat er behoefte is aan een wijkgerichte aanpak waarin preventie, bewustwording, normalisering van rookvrij gedrag en passende stoppen-met-rokenzorg samenkomen. Ook wordt regionaal gezien dat jongeren steeds vaker vapen, waardoor extra aandacht nodig is voor preventie en bewustwording onder jongeren en ouders. De Rookvrije Wijkaanpak is onderdeel van de aanpak ‘Nicotinevrij’ uit Ontwikkelagenda 1.

Huidige situatie

In meerdere gemeenten wordt gewerkt aan rookvrije omgevingen, bewustwordingscampagnes en preventieve activiteiten rondom roken en vapen. Ook zijn er samenwerkingen tussen gemeenten, sociaal werkorganisaties, scholen, sportverenigingen, huisartsen, POH’s, jongerenwerk en GGD’en. In sommige gemeenten zijn wijkgerichte activiteiten georganiseerd zoals bewonersbijeenkomsten, deelname aan buurtactiviteiten, communicatiecampagnes en initiatieven rondom rookvrije zones. Ook is er in enkele gemeenten ervaring opgedaan met laagdrempelige stoppen-met-rokenondersteuning in de wijk, bijvoorbeeld via een stoppen-met-rokencoach, fysieke steungroep en outreachende activiteiten tijdens wijk- en buurtevenementen.

Tegelijkertijd is er nog geen regionaal dekkende en structureel geborgde aanpak. De inzet, zichtbaarheid en toegankelijkheid van ondersteuning verschilt per gemeente en wijk. Ook zijn afspraken over borging, samenwerking en structurele inzet nog niet overal uitgewerkt.

Ambitie

De regionale ambitie is dat een rookvrije omgeving de norm is en er een regionaal dekkend aanbod is waarin inwoners in iedere gemeente toegang hebben tot laagdrempelige ondersteuning rondom rookvrij leven en stoppen met roken/vapen. Hiervoor is verdere versterking van de regionale samenwerking tussen gemeenten, zorg- en sociaalwerkorganisaties en andere ketenpartners noodzakelijk. Daarbij is het belangrijk dat lokale netwerkpartners structureel betrokken blijven en dat inwoners op een laagdrempelige manier bereikt worden via toegankelijke communicatie en bewustwordingsactiviteiten. Wij zetten ons allereerst in voor de meest kwetsbare wijken. Ook is het van belang dat passende stoppen-met-rokenondersteuning dicht bij inwoners beschikbaar is en dat professionals en vrijwilligers voldoende worden toegerust om het gesprek over roken en vapen te voeren.

Ook vraagt dit om structurele borging binnen lokaal gezondheids- en preventiebeleid en om een sterkere verbinding tussen het zorg- en sociaal domein, zodat inwoners gemotiveerd worden en beter en sneller naar passende ondersteuning kunnen worden toegeleid.

Vitaal ouder worden

Introductie

Nederlanders worden steeds ouder, ook in onze regio. Er is sprake van dubbele vergrijzing: er komen steeds meer ouderen en steeds meer oudere ouderen (ouder dan 80 jaar). Dit zorgt voor verschillende maatschappelijke uitdagingen, nu en in de toekomst. Het aantal ouderen dat hulp, ondersteuning en zorg nodig heeft, neemt verhoudingsgewijs toe. We willen ouderen waar nodig ondersteunen bij het voorkomen van gezondheidsproblemen en sociale en mentale problemen. Het Rijk stimuleert de beweging naar langer zelfstandig thuis wonen. Deze ontwikkeling sluit enerzijds aan bij de wens van veel ouderen om in hun vertrouwde leefomgeving te blijven wonen en draagt bij aan het behoud van zelfstandigheid, eigen regie, gezondheid en sociale contacten. Anderzijds vormt langer zelfstandig thuis wonen een antwoord op de toenemende druk op de ouderenzorg, de stijgende zorgvraag en de aanhoudende personeelstekorten in de zorg. Hierdoor groeit ook het belang van informele zorg en mantelzorgondersteuning.
Binnen het leefgebied 'Vitaal ouder worden' zet het AZWA in op het bevorderen van de gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Het doel hiervan is om de zorgbehoefte te verminderen en ouderen zo lang mogelijk gezond, betekenisvol en thuis te laten wonen.

Hierbij is ook de ketenaanpak Vitaal Thuis relevant. Vitaal Thuis is opgenomen in Ontwikkelagenda 2 van het AZWA en is daarmee nog in ontwikkeling. Tegelijkertijd worden binnen de regio al stappen gezet en vinden gemeenten het, gezien de urgentie van de opgave rondom langer zelfstandig thuis wonen, niet wenselijk om de ontwikkeling op dit onderdeel stil te laten vallen. Daarom is Vitaal Thuis opgenomen in deze werkagenda. De meeste gemeenten voeren al lokaal beleid dat gericht is op Vitaal Thuis. Dit is onder meer vastgelegd in lokale actieplannen Wonen, Zorg en Welzijn, waarin wordt ingezet op het versterken en ontwikkelen van zorgzame buurten. Bij de verdere ontwikkeling van Vitaal Thuis is het van belang dat regionale kaders ruimte bieden voor lokale variatie en aansluiten bij bestaande (bewoners)initiatieven, netwerken en voorzieningen. In de uitvoeringsagenda wordt verder uitgewerkt op welke wijze binnen de regio invulling wordt gegeven aan Vitaal Thuis.

Scope

Het leefgebied Vitaal ouder worden richt zich op domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeenten. De doelgroep ouderen is een diverse groep inwoners van 65 jaar en ouder, met uiteenlopende achtergronden en ondersteunings- of zorgbehoeften. Denk hierbij aan een groeiende groep ouderen die alleenstaand is, beschikt over een kleiner wordend sociaal netwerk, te maken krijgt met lichamelijke, verstandelijke of psychiatrische problematiek en/of verminderde mobiliteit ervaart. Dit vergroot het risico op eenzaamheid en achteruitgang van mentale en cognitieve functies. Dit alles kan leiden tot een vermindering van de gezondheid, met uiteindelijk een intensievere zorgvraag als gevolg. In deze werkagenda richten we ons op alle ouderen in ZHN, met of zonder zorgvraag, om aan te sluiten bij ieders behoeften en vanwege de preventieve werking daarvan. In dit leefgebied is het reablement-gedachtegoed steeds een belangrijk uitgangspunt. Reablement is een manier van werken in onder andere de zorg en het sociale domein die uitgaat van eigen regie, het behouden of herwinnen van zelfstandigheid en een betekenisvol leven.

Regionaal gezondheidsdoel

We werken ernaartoe dat ouderen in 2030 de mogelijkheid hebben om zelf regie te houden over hun leven, in hun eigen leefomgeving. Ouderen kunnen naar eigen vermogen meedoen aan de samenleving en hebben toegang tot passende ondersteuning en zorg. Zorg- en welzijnsprofessionals werken en handelen daarbij vanuit het reablement-gedachtegoed.

Subdoelen

In 2030 maken we mogelijk dat:

- ouderen zoveel mogelijk eigen regie behouden over hun dagelijks leven en ondersteuning;
- ouderen die kampen met eenzaamheid en fysieke of mentale achteruitgang vroegtijdig gesignaleerd worden;
- ouderen tijdig toegang hebben tot samenhangende domeinoverstijgende ondersteuning en zorg vanuit het sociaal en medisch domein, passend bij verschillende levensfases, achtergronden, niveaus van vitaliteit en sociale situaties;
- ouderen met (een verhoogd risico op) dementie ondersteund worden met passende begeleiding en continuïteit van de zorg;
- ouderen veilig en voldoende blijven bewegen om hun gezondheid en vitaliteit te behouden;
- mantelzorgers ondersteunt en ontlast worden waardoor zij hun rol duurzaam en gezond kunnen blijven vervullen zonder overbelast te raken.

Samenhang en borging in de RPI

De basisfunctionaliteiten in dit leefgebied staan niet op zichzelf, maar zijn sterk met elkaar verbonden. Ook is er veel samenhang met het leefgebied Mentale gezondheid, dat zich richt op het verminderen van eenzaamheid en psychische problematiek, en het leefgebied Leefstijl, dat inzet op het bevorderen van gezond gedrag en vitaliteit voor alle inwoners. Gezamenlijk richten wij ons voornamelijk op ouderen in een kwetsbare positie om gezondheidsachterstanden te verkleinen. De basisfunctionaliteiten worden geborgd in de RPI door het maken van structurele samenwerkingsafspraken tussen de verschillende partijen.

Van gezondheidsdoelen tot basisfunctionaliteiten in het leefgebied Vitaal ouder worden

Om bovenstaande doelen te realiseren, zetten we in op samenhang binnen drie basisfunctionaliteiten: de ketenaanpak Valpreventie, de ketenaanpak Dementie en de nog in ontwikkeling zijnde ketenaanpak Vitaal Thuis.

Financiers: zorgverzekeraar(s), gemeenten (IZA, AZWA, Transformatiemiddelen).

Uitvoerende partijen: gemeenten, zorgverzekeraar, zorgkantoor, sociaal-werkorganisaties, verpleging-, verzorging- en thuiszorgorganisaties (VVT), huisartsen, GGD, fysiotherapeuten, inwonersvertegenwoordiging, waaronder het ouderenberaad, onderwijs- en kennisinstellingen, Werkplaats Sociaal Domein, het Kenniscentrum Dementie ZH en Avant.

Valpreventie (Basisfunctionaliteit)

Urgentie

De basisfunctionaliteit Valpreventie richt zich op het verminderen van het aantal valincidenten onder 65-plussers. Elke 4 minuten belandt een 65-plusser op de spoedeisende hulp na een valongeval. De gevolgen van een val zijn enorm, zowel in de vorm van persoonlijk leed als in de vorm van maatschappelijke zorgkosten. Een valongeval heeft veel impact op de zelfredzaamheid van ouderen, het langer thuis kunnen wonen en de kwaliteit van leven. Inzetten op valpreventie kan voorkomen dat een val leidt tot acute zorg- en ondersteuningsbehoefte, met grote impact voor de oudere en de naasten, maar ook in de wijk en in de regio.
Door de vergrijzing zal het aantal valongevallen de komende jaren toenemen, waardoor de druk op de ouderenzorg verder stijgt. Personeelstekorten nemen toe en het mantelzorgpotentieel neemt af. Dit vraagt om meer aandacht voor de zelfredzaamheid en vitaliteit van ouderen. In onze regio betreft dit ruim 120.000 thuiswonende 65-plussers: de primaire doelgroep van de basisfunctionaliteit Valpreventie.

Huidige situatie

In de afgelopen jaren zijn er regionale afspraken gemaakt over een uniforme invulling van de ketenaanpak valpreventie voor laag en matig valrisico, die lokaal wordt uitgevoerd. Het betrof de opsporing, screening, de inzet van een valpreventieve beweeginterventie en doorgeleiding naar structureel sport- en beweegaanbod. Op regionaal niveau zijn knelpunten geanalyseerd, zijn er afspraken gemaakt over wie waarvoor verantwoordelijk is en is er gebruikgemaakt van de materialen van VeiligheidNL. De komende jaren ligt de focus op het verder bestendigen, doorontwikkelen en duurzaam borgen van deze werkwijze binnen gemeenten en samenwerkende organisaties.

Ambitie

De ambitie is het verminderen van valincidenten onder 65-plussers door middel van het voorbereiden, implementeren, monitoren en evalueren van een regionale en lokale basisfunctionaliteit valpreventie in onze regio. Binnen het gemeentelijke domein is de doelstelling om het aantal ouderen met een laag risico om te vallen zo lang mogelijk laag te houden en het aantal ouderen met een matig risico om te vallen zo lang mogelijk matig te houden. Hierdoor voorkomen we dat een val tot acute zorg- en ondersteuningsbehoefte leidt, met grote impact in de wijk en in de regio. Naast de regionale dekking van het aanbod voor laag en matig valrisico willen we ook toewerken naar een regionale dekking van het aanbod voor ouderen met een hoog risico op vallen.

Ketenaanpak dementie (Ontwikkelagenda 1)

Urgentie

De verwachting is dat het aantal mensen dat te maken krijgt met dementie of geheugenproblematiek in de toekomst zal stijgen. In ZHN wonen momenteel naar schatting 9.575 mensen met dementie. Naar verwachting groeit dit aantal naar ongeveer 16.990 in 2040. Dementie raakt niet alleen de persoon die de diagnose dementie heeft, maar heeft ook invloed op de partner, familie, vrienden en buren, oftewel het hele informele netwerk en de sociale leefomgeving.

De druk op mantelzorgers is aanzienlijk: zij besteden gemiddeld 40 uur per week aan zorgtaken. Tegelijkertijd neemt de beschikbare informele draagkracht af; in het regioplan ZHN wordt richting 2040 een halvering van het mantelzorgpotentieel verwacht. Dit vergroot de noodzaak om mantelzorgers tijdig te signaleren, te ondersteunen en waar nodig te ontlasten. Onder de huidige omstandigheden verwacht 34% van de mantelzorgers de zorg nog maximaal één jaar vol te kunnen houden. Daarnaast geeft 18% aan behoefte te hebben aan extra ondersteuning vanuit het eigen netwerk en ervaart 22% dat minder zorg is ontvangen als gevolg van personeelstekorten. Deze ontwikkelingen benadrukken het belang van sterke en goed georganiseerde ondersteuning voor zowel mensen met dementie als hun naasten.

Huidige situatie

In de regio ZHN zijn er al veel regionale en lokale samenwerkingsverbanden en initiatieven rondom dementie. De afdeling Zuid-Holland Noord van Alzheimer Nederland is actief in alle 13 gemeenten. Meerdere gemeenten dragen al het predicaat dementievriendelijk of zijn bezig dat te worden (10 gemeenten hebben minimaal één dementiescan laten uitvoeren door Alzheimer Nederland). Ook worden er in 10 van de 13 gemeenten Alzheimer Cafés georganiseerd en zijn er diverse inloopvoorzieningen gerealiseerd of in ontwikkeling. Verder bestaan er verschillende netwerken rondom dementie.

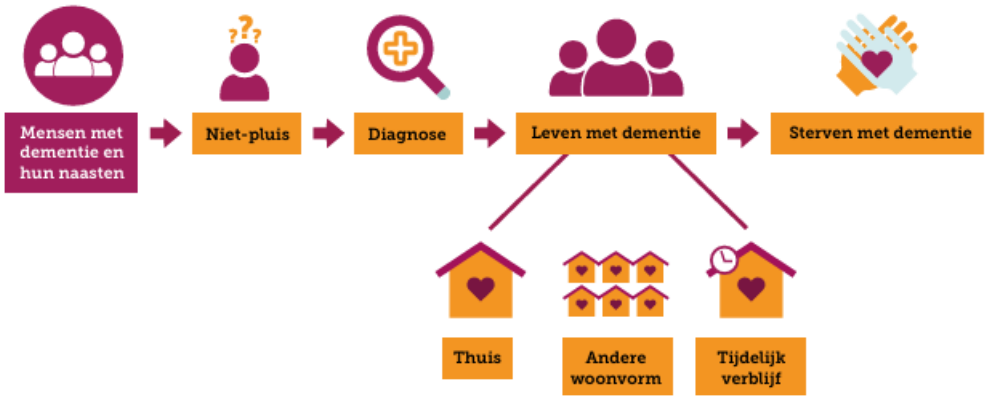
Ambitie

De basisfunctionaliteit dementie richt zich op het realiseren van een samenhangend, toegankelijk en regionaal ingebed netwerk van preventie, ondersteuning en zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) dementie en hun naasten. Dit betreft niet enkel ouderen, maar ook mensen die op jongere leeftijd te maken krijgen met de diagnose dementie. Met de basisfunctionaliteit dementie willen we toewerken naar een samenhangend, toegankelijk en regionaal ingebed netwerk dat inzet op:

- Selectieve risicoreductie:
    - Inzet op het herkennen en bespreekbaar maken van risicofactoren voor dementie.
    - Gerichte interventies voor inwoners met een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang.
- Tijdige opsporing en signalering van problemen en ondersteuningsbehoeften.
- Passende ondersteuning en zorg op het juiste moment.
- Het versterken van eigen regie, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie.
- Het voorkomen, uitstellen of beperken van intensievere zorg- en crisissituaties.

- Dementievriendelijke leefomgeving:
    - Bevorderen van dementievriendelijke gemeenschappen.
    - Versterken van signaleringsfuncties in de wijk.
    - Verbinding met de sociale basis en inclusieve voorzieningen.
- Het vormen van een regionaal lerend kennisnetwerk, waarin we actief kennis ophalen, ontwikkelen en delen.
- De ondersteuning van naasten en mantelzorgers gedurende het hele ziekteproces.

De basisfunctionaliteit dementie omvat alle fasen van ondersteuning en zorg gedurende het ziekteverloop van dementie: verhoogd risico, niet-pluis, diagnose, leven met dementie en sterven met dementie. Voor zover deze ondersteuning en zorg het snijvlak van het zorgdomein en het sociaal domein raken, vallen zij binnen de basisfunctionaliteit. De ondersteuning van naasten en mantelzorgers maakt hier integraal onderdeel van uit en loopt als een doorgaande lijn door alle fasen van het ziekteverloop heen.



Schematische weergave van het dementietraject. Bron: Zorgstandaard dementie 2026

Monitoring en kennisdeling

In het hoofdstuk RPI staat onder werkzaam element 5 omschreven hoe de monitoring wordt ingezet om sturing te geven aan de uitvoering en implementatie van de basisfunctionaliteiten. De AZWA-werkagenda wordt op regionaal niveau gemonitord. Het betreft monitoring van de basisfunctionaliteiten en de voortgang van de gezondheidsdoelen. Daarnaast geeft de monitor inzicht in de voortgang en effecten van het maken van regionale afspraken ter ondersteuning van het gezamenlijk leren en bijsturen. Dit helpt bij het tijdig signaleren van knelpunten, het benutten van successen en het versterken van de domeinoverstijgende samenwerking.

De monitoring richt zich op proces-, output- en outcome-indicatoren. Hiermee worden zowel de voortgang en de domeinoverstijgende samenwerking als de resultaten en uiteindelijk de effecten op de gezondheidsdoelen in beeld gebracht. Omdat effecten op gezondheidsuitkomsten zich doorgaans pas na langere tijd manifesteren, is een langere meetperiode nodig om deze ontwikkeling zichtbaar te maken. Data voor de monitoring worden verzameld per basisfunctionaliteit en per leefgebied, samengebracht en geduid in een overkoepelende beschouwing. De dataverzameling zal bestaan uit een combinatie van kwalitatieve gegevens, zoals interviews met professionals en inwoners over toegankelijkheid en ervaren kwaliteit, en kwantitatieve gegevens, zoals bereik (met extra aandacht voor de inwoner in een kwetsbare situatie), zorggebruik, het aantal verwijzingen, wachttijden en gezondheidsindicatoren. Hierbij zijn het hergebruik van bestaande data en een minimale toename van administratieve lasten onze uitgangspunten.

Een concrete uitwerking van de monitoring volgt in de uitvoeringsagenda.

Tot slot

Het gelopen proces tot nu toe

Deze AZWA-werkagenda is tot stand gekomen door de samenwerking tussen de 13 gemeenten van Zuid-Holland Noord en GGD Hollands Midden. Preferente zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en mandaatgemeente Leiden zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van de werkagenda. Zorg en Zekerheid is betrokken en heeft ingestemd met de trekkersrol van de gemeenten bij de ontwikkeling van deze agenda. De inhoud van de werkagenda is gebaseerd op input van onder andere de 13 gemeenten, sociaalwerkorganisaties, Zorg en Zekerheid, de GGD, huisartsenkoepelorganisaties Rijn & Duin en De Limes, VVT-organisaties en andere partijen die zijn aangesloten bij de regionale governance ZHN. Informatie is opgehaald bij ambtenaren, de regionale thematafels en de regionale projectleiders van de basisfunctionaliteiten. Deze werkagenda vormt de start voor de uitvoering van het AZWA in de regio en is een document dat als basis dient voor het vervolg, de uitvoeringsagenda: de concretisering van opgaven, uitvoering, doelen, samenwerking, etc.

Planning

De planning is dat de AZWA-werkagenda in het najaar wordt vastgesteld door de colleges van B&W in alle 13 gemeenten in ZHN. Daarna wordt de werkagenda uiterlijk 8 december 2026 naar het ministerie van VWS gestuurd om de AZWA-middelen per 1 februari 2027 te ontvangen. Tegelijkertijd wordt gestart met het proces om te komen tot de uitvoeringsagenda. Belangrijk is dat daarbij de lokale situatie als uitgangspunt dient.

De AZWA-uitvoeringsagenda

De AZWA-uitvoeringsagenda betreft een verdere concretisering van de basisinfrastructuur (D6), de basisfunctionaliteiten en de onderwerpen op Ontwikkelagenda 1 (D5), met een bijbehorende planning voor de komende drie jaar. Voor de aanpakken die al lopen vanuit IZA/GALA worden de regionale projectleiders geraadpleegd. Voor nieuwe basisfunctionaliteiten (in wording) wordt expertise en samenwerking gezocht in de regio. In deze uitvoeringsagenda hebben we aandacht voor de specifieke stand van zaken van alle basisfunctionaliteiten, de fasering van (verdere) implementatie, uitvoerbaarheid, capaciteit en financiering. Het vormgeven van de AZWA-uitvoeringsagenda gebeurt in nauwe samenwerking met partners in de regio. Hierbij is de regionale preventie-infrastructuur de leidende governance om de AZWA-uitvoeringsagenda te monitoren en waar nodig bij te sturen. Voor een goede aansluiting met de lokale uitvoering is het noodzakelijk dat de gemeenten nauw betrokken zijn. Dat wat we regionaal doen, moet immers ondersteunend zijn aan de lokale uitvoering. Het doel van de AZWA-uitvoeringsagenda is om in 2030 een dekkend aanbod van de basisfunctionaliteiten in de regio te hebben gerealiseerd. Dit kan alleen worden behaald als de beweging van zorg naar gezondheid daadwerkelijk wordt gerealiseerd en domeinoverstijgende samenwerking als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Met elkaar kunnen we dit realiseren en de gezondheid van onze inwoners vooropstellen.

Tot zo ver

Wij verwachten dat deze AZWA-werkagenda gaat bijdragen aan de vanzelfsprekende en effectieve samenwerking tussen het zorg-, sociaal en publiek domein in 2030. Door onze governance zo in te richten dat er gestuurd wordt op preventie en eigen regie van de inwoner, kan de inwoner in onze regio in 2030 gebruikmaken van een dekkend aanbod voor gezondheidsproblemen, waarbij zorg en ondersteuning toegankelijk zijn. Preventie en de leefomgeving zijn zo ingericht dat de inwoner zelf sturing geeft aan zijn of haar gezondheid, deel kan nemen aan het dagelijks leven op een manier die voor hem of haar prettig is en dat er gebruik kan worden gemaakt van zorg en ondersteuning als dit noodzakelijk is.

Graag bedanken wij iedereen die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze AZWA-werkagenda. Alleen met onze gezamenlijke blik kunnen we inclusief, resultaatgericht en met perspectief op een goede gezondheid van de inwoners in onze regio werken aan de gezondheidsdoelen voor de komende jaren.