Berenschot



RAPPORT

De ontwikkeling van basisfunctionaliteiten in IZA-regio's is in volle gang

Rodedradenanalyse over stand van zaken rond implementatie basisfunctionaliteiten uit de AZWA-regioscan

Hans Oosterkamp, Marieke Smelik, Jurian van der Ree, Marten Knol

Openbaar | 8 mei 2026

Inhoudsopgave

Inleiding 4

1. Basisfunctionaliteiten zijn de pijlers van de brug tussen sociaal domein en zorgdomein 6

1.1 Basisfunctionaliteiten zijn nu nog puntoplossingen in de zoektocht naar domeinoverstijgende samenwerking 7

1.2 Organisatie en governance staan, maar ontberen executiekracht; betrokkenheid van partijen loopt uiteen 8

1.2.1 De structuren staan, maar dit is geen garantie voor snelheid en executiekracht 8

1.2.2 Verschillen in regionale of lokale uitvoering van de basisfunctionaliteiten 9

1.2.3 Basisfunctionaliteiten zijn een gedeelde verantwoordelijkheid van gemeenten, zorgpartijen, GGD'en en verzekeraars 10

1.2.4 Uitvoerbaarheid en impact: wat valt op bij de uitvoering van de basisfunctionaliteiten? 11

2. In alle regio's zijn de zes basisfunctionaliteiten neergezet, tempo en uitvoering verschillen 13

2.1 Laagdrempelige steunpunten 14

2.1.1 Onduidelijkheid over definitie LSP en afbakening doelgroep 14

2.1.3 Governance en integrale inbedding in regionale netwerken nog volop in ontwikkeling 15

2.2 Sociaal verwijzen 16

2.2.1 Gemeentelijke variatie in uitvoering leidt tot behoefte aan uniformiteit en landelijke kaders 16

2.2.2 Capaciteitstekorten leiden tot mismatch tussen vraag en aanbod 16

2.2.3 Rol van huisartsen en verbinding zorg–sociaal domein verschilt per regio 17

2.2.4 Overige aandachtspunten: governance, structurele financiering en monitoring 17

2.3 Kansrijke start: Nu Niet Zwanger en Integrale Gezinspoli 18

2.3.1 Lokale coalities zijn succesvol, maar verschillen tussen gemeenten belemmeren effectieve regionale samenwerking en harmonisatie 19

2.3.2 Nu Niet Zwanger is vrijwel overal geïmplementeerd, maar structurele borging blijft kwetsbaar 19

2.3.3 Ontwerpkeuzes worden uitgesteld door onduidelijkheid over de Integrale Gezinspoli 19

2.4 Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen 19

2.4.1 Ontoereikende en tijdelijke financiële middelen belemmeren doorontwikkeling 20

2.4.2 Centrale zorgverlener: sleutelrol én kwetsbaar punt 21

2.4.3 Ambities rond regionale dekking en integrale gezinsaanpak worden breed gedeeld, maar zijn uitdagend 21

2.4.4 Overige aandachtspunten: beperkt aanbod kinder-GLI-aanbieders en samenwerking zorg en sociaal domein 21

2.5 Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen 22
2.5.1 Van GLI naar integrale ketenaanpak: noodzaak van sterke regionale regieen verbreding naar het sociaal domein 23
2.5.2 Wisselende rol van huisartsen en capaciteitsproblemen in aanbod 23
2.5.3 Hoge uitval en moeizaam bereik kwetsbare groepen 23
2.5.4 Overige aandachtspunten: ontoereikende tarieven en geen structurele financiële borging 23

2.6 Valpreventie 24
2.6.1 Huisartsen zijn cruciale schakel en kunnen daardoor ook een bottleneck vormen 24
2.6.2 Kwetsbare doelgroepen zijn moeilijk te bereiken 25
2.6.3 Onvoldoende kostendekkende tarieven en financieringsonzekerheid belemmeren duurzame uitvoering 25

Bijlage 1: Lijst van 41 IZA-regio's 26

Inleiding

Uitdagingen in de zorg- en welzijnssector als vertrekpunt voor de ontwikkeling van basisfunctionaliteiten

De Nederlandse zorg- en welzijnssector staat voor grote uitdagingen. Demografische ontwikkelingen, een toenemende zorgvraag en aanhoudende arbeidsmarktkrapte zetten de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning onder druk. Tegen deze achtergrond zijn in de afgelopen jaren meerdere landelijke akkoorden gesloten, waaronder het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Een belangrijke afspraak uit dit akkoord is dat er in 2030 landelijke dekking moet zijn van vijf basisfunctionaliteiten. Het gaat dan om 1) laagdrempelige steunpunten, 2) sociaal verwijzen, 3) kansrijke start: Nu Niet Zwanger en Integrale Gezinspoli, 4) ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen, en 5) valpreventie. Daarnaast werken regio's toe naar het (verder) implementeren van aanpakken op de Ontwikkelagenda 1 van het AZWA. Daarin is onderscheid te maken tussen lopende aanpakken (mentale-gezondheidsnetwerken en ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen) en nieuwe aanpakken (rookvrije start, nicotinevrij, ketenaanpak dementie en multiproblematiekaanpak).[1] Om dit te realiseren zijn middelen beschikbaar gesteld, met als doel regio's te ondersteunen bij de implementatie en doorontwikkeling van deze basisfunctionaliteiten.

Regioscan biedt inzicht in de ontwikkeling per basisfunctionaliteit

Een doelmatige en effectieve inzet van deze middelen vraagt om scherpe keuzes op regionaal niveau. Daarom is besloten tot het doen van een regioscan in alle 41 (sub)IZA-regio's.[2] Betrokken partijen, te weten het Ministerie van VWS, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), hebben Berenschot gevraagd die regioscan uit te voeren. Doel van deze regioscan is om samen met regionale partners inzichtelijk te maken wat per regio nodig is om te komen tot een volledig en dekkend aanbod van de basisfunctionaliteiten, en om te komen tot succesvolle samenwerking tussen zorg en sociaal domein. In de regioscan zijn de vijf basisfunctionaliteiten én de lopende aanpak op de ontwikkelagenda ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen meegenomen.[3] Om de urgentie en de situatie van de basisfunctionaliteiten in kaart te brengen, is voorafgaand aan de gesprekken gebruikgemaakt van de Gezondheidsmonitors van het RIVM[4] en van de RIVM GALA monitor.[5] De scan richt zich nadrukkelijk op de regionale behoeften en context; het is niet de bedoeling om regio's onderling te vergelijken. In totaal zijn 41 regiogesprekken gevoerd met vertegenwoordigers uit het sociaal domein, de zorg, zorgverzekeraars en de GGD'en. Deze gesprekken boden ruimte om de huidige stand van zaken per basisfunctionaliteit te bespreken, de regionale opgaven te duiden en stil te staan bij aandachtspunten en succesfactoren in de uitvoering. Daarbij is niet alleen gekeken naar plannen op papier, maar juist naar de feitelijke voortgang en praktijkervaringen.

Rodedradenanalyse als waardevolle input voor regionale doorontwikkeling en voor landelijke beleidssturing en monitoring

De opbrengst van de 41 regiogesprekken gaat daarom verder dan een inventarisatie van activiteiten. Door de gesprekken in samenhang te analyseren, ontstaat zicht op patronen en terugkerende thema's: waar staan regio's in de implementatie van de basisfunctionaliteiten? Welke randvoorwaarden worden breed als

1 De aanpakken op de Ontwikkelagenda kunnen de komende jaren doorontwikkeld worden tot basisfunctionaliteit.
2 Officieel zijn er 38 IZA-regio's, voor de regioscan en -gesprekken is op verzoek van de regio's gekozen voor een indeling van 41 (sub)regio's omdat deze indeling passender is. In bijlage 1 is de volledige lijst met 41 regio's opgenomen.
3 In het vervolg van dit rapport verwijst de term 'basisfunctionaliteiten' naar de vijf basisfunctionaliteiten, én naar de lopende aanpak op de ontwikkelagenda ketenaanpak overgewicht en obesitas bij kinderen.
4 Gezondheidsmonitors | RIVM.
5 GALA-monitor | RIVM.

noodzakelijk ervaren? Waar lopen regio's tegen vergelijkbare knelpunten aan? En welke aanpakken blijken in de praktijk effectief? Deze rode draden bieden waardevolle input voor zowel regionale doorontwikkeling als landelijke beleidssturing en monitoring van de AZWA-afspraken.

In dit rapport presenteren wij het overkoepelende beeld dat uit de regiogesprekken naar voren komt. Daarmee beogen we regio's concrete handvatten te bieden voor het opstellen en aanscherpen van hun werkagenda, en tegelijkertijd landelijke partijen te ondersteunen bij het faciliteren van de noodzakelijke randvoorwaarden.



HOOFDSTUK 1 RODE DRADEN EN REFLECTIES

Basisfunctionaliteiten zijn de pijlers van de brug tussen sociaal domein en zorgdomein

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan opvallende feiten rond de beweging die met de basisfunctionaliteiten is ingezet. In de gesprekken met de 41 regio's werden aandachtspunten benoemd die voor de landelijke partijen relevant zijn om in hun beleidsontwikkeling en afspraken mee te nemen. Op verzoek van de opdrachtgevers beschrijven we die aandachtspunten. Voor zover passend permitteren we ons daarin, eveneens op verzoek van opdrachtgevers, onze reflecties.

1.1 Basisfunctionaliteiten zijn nu nog puntoplossingen in de zoektocht naar domeinoverstijgende samenwerking

De introductie van de basisfunctionaliteiten vormt een belangrijke stap in de beweging om zorg en sociaal domein dichter bij elkaar te brengen. De basisfunctionaliteiten bevatten afspraken over gecombineerde inzet vanuit zorg en sociaal domein, gericht op onderbouwde interventies. Daarmee is voor het eerst op landelijke schaal een structureel kader neergezet dat domeinoverstijgende afspraken en domeinoverstijgende inzet van oplossingen op het snijvlak tussen zorg en sociaal domein mogelijk maakt. Dat is een belangrijke stap. Bovendien gaan de basisfunctionaliteiten uit van een groeimodel. Daarmee biedt deze constructie ook kansen voor nieuwe domeinoverstijgende initiatieven op het snijvlak van zorg en sociaal domein.

Het onderliggende maatschappelijke vraagstuk van de basisfunctionaliteiten is dat het bevorderen van de gezondheid van inwoners sterk wordt bepaald door een combinatie van sociale, leefstijl- en omgevingsfactoren. Gezondheid wordt in belangrijke mate beïnvloed door factoren als bestaanszekerheid, participatie, schulden en leefomgeving. Dit vraagt om een brede en domeinoverstijgende aanpak en een integrale benadering. Hoewel de basisfunctionaliteiten beogen samenwerking rond deze problematiek te stimuleren, in eerste plaats tussen het sociaal domein en het zorgdomein, bestaat het risico dat zij de bredere samenwerking, waaronder die met andere domeinen, tegelijkertijd fragmenteren: afzonderlijke interventies gericht op specifieke klachten of risico's. Dit wordt in de praktijk vaak ondervangen doordat meerdere basisfunctionaliteiten door dezelfde organisaties worden georganiseerd of geleverd.

Tegelijkertijd zien wij een aantal risico's in de wijze waarop deze basisfunctionaliteiten zijn ontworpen. In hun huidige vorm zijn basisfunctionaliteiten een puntoplossing in de zoektocht naar integrale samenwerking tussen zorg en sociaal domein. Het ontwerp ervan is in sterke mate instrumenteel en afgebakend: basisfunctionaliteiten richten zich op specifieke leefgebieden, doelgroepen en aanpakken met nu vaak nog een beperkt aantal onderbouwde interventies. Hierdoor landt het zorgverzekeringsidioom in het sociaal domein. Dat verhoudt zich minder goed met de welzijnstaken en voorzieningengerichte inrichting van het sociaal domein. Vanuit de ontstaansgeschiedenis van de basisfunctionaliteiten aan de AZWA-onderhandelingstafel is te verklaren dat de basisfunctionaliteiten als puntoplossingen beginnen. Het zorgt er ook voor dat de implementatie goed te volgen is. In de fase daarna kunnen de grenzen van de basisfunctionaliteiten worden gewist om de inrichting meer per leefgebied vorm te geven.

Daarnaast is het belangrijk de eigenheid van het sociaal domein te blijven onderkennen. Er zijn grote verschillen in cultuur, taal, werk- en denkwijze tussen de zorg en het sociaal domein. Denk aan de wijze waarop in beide domeinen contractering en verantwoording plaatsvindt. In de basisfunctionaliteiten worden elementen uit de 'wereld' van de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd in het sociaal domein. Begrippen als zorgplicht, een dekkend aanbod en onderbouwde interventies weerspiegelen een logica die past bij individuele, medisch georiënteerde zorg. In het sociaal domein zijn effecten minder eenduidig meetbaar en spelen context en collectieve aanpakken een grotere rol. Juist dat is de waarde van het sociaal domein, doordat het aansluit op de leefwereld van mensen en bijdraagt aan het versterken van de samenredzaamheid.

Samenvattend is met de basisfunctionaliteiten een betekenisvolle stap gezet in het versterken van de sociale basis en het stimuleren van samenwerking. Tegelijkertijd vormt de vormgeving een uitdaging voor de ambitie om te komen tot een integrale benadering van gezondheid en een gezonde samenleving.

Handelingsperspectieven

Voor (partijen in de) regio's:
- Positioneer de basisfunctionaliteiten expliciet binnen een bredere agenda gericht op het versterken van gezondheid in lijn met de geformuleerde gezondheidsdoelen.
- Gebruik de financiën en landelijke kaders als randvoorwaarde, maar richt de uitvoering in rondom de leefwereld van inwoners en zoek daarbij naar mogelijkheden om verschillende aanpakken te combineren. Creëer daarvoor ruimte in de lokale omgeving.
- Sluit aan op bestaande structuren, zoals gemeentelijke lokale teams.

Voor landelijke partijen:
- Erken de spanning tussen de basisfunctionaliteiten als puntoplossing en de benodigde integrale benadering, en biedt ruimte om de basisfunctionaliteiten in te bedden in een bredere agenda.
- Zorg bij de doorontwikkeling van basisfunctionaliteiten dat er ruimte blijft voor de eigenheid van het sociaal domein, door het versterken van collectieve voorzieningen en bewonersinitiatieven.

1.2 Organisatie en governance staan, maar ontberen executiekracht; betrokkenheid van partijen loopt uiteen

Er zijn grote prestaties geleverd in de regio's. Partijen hebben elkaar opgezocht om zich in IZA-verband te ontfermen over de doelstellingen uit deze akkoorden. Met de inzet van ambtenaren, beleidsadviseurs, managers en bestuurders zijn in alle regio's netwerken ontstaan rond de ontwikkeling van de basisfunctionaliteiten. Partijen investeren eigen tijd van medewerkers en bestuurders. In veel regio's zijn ook programmamanagers en projectleiders aangetrokken die het netwerk ondersteunen.

1.2.1 De structuren staan, maar dit is geen garantie voor snelheid en executiekracht

In de meeste regio's zijn overlegstructuren ingericht, zijn trekkers of projectleiders benoemd en is bestuurlijke afstemming georganiseerd. De overleggen staan gepland, mensen en partijen weten elkaar te vinden en werken aan gezamenlijke projectplannen. Nogmaals, daar zijn grote prestaties geleverd, binnen een vaak onzekere context. Regio's ervaren onduidelijkheid over landelijke kaders en besluitvorming, maar ook over de mate waarin regio's zelf de invulling mogen kiezen en wanneer ze zich juist aan bepaalde voorschriften moeten houden. Die onduidelijkheid is een remmende factor en leidt tot terughoudendheid in het zetten van vervolgstappen. Daarnaast is er onzekerheid over de financiële randvoorwaarden. Hoewel de basisfunctionaliteiten beogen te komen tot meer structurele financiering, was ten tijde van de regiogesprekken in het kader van de regioscan voor veel regio's nog niet helder welke middelen beschikbaar komen voor de regio en welke kaders daarvoor gelden. Dit belemmert het maken van meerjarige afspraken en het duurzaam inrichten van capaciteit. Verwacht mag worden dat veel van die vragen worden beantwoord nu de brief van het Ministerie van VWS aan de VNG over AZWA-afspraken D5 en D6 en het financieringsinstrument is gepubliceerd.[6] Deze brief geeft regio's duidelijkheid over de AZWA-afspraken en de nieuwe SPUK-financiering voor 2027-2029, zodat zij tijdig hun begroting kunnen opstellen en de uitvoering kunnen voorbereiden.

Met de overlegstructuren is de basis voor de samenwerking gelegd. Dat is de betekenis die de meeste regio's geven aan het begrip governance: de rollen zijn bekend en toebedeeld. Dat wil niet zeggen dat er ook sprake is van snelheid en executiekracht. De governance blijft een uitdaging in veel regio's. Daarbij maakt de complexiteit van verschillende gemeenten met elk hun eigen colleges en raden binnen een regio het niet eenvoudiger. Zorgverzekeraars maar ook de programma- en projectleiders moeten daar goed op aansluiten. Die complexiteit blijft een gegeven.

6 Brief VWS aan VNG over AZWA-afspraken D5 en D6 en financieringsinstrument

Daarbij signaleren we een hardnekkige dynamiek: de kaders en handreikingen hebben veel gewicht gekregen. Partijen in de regio's beschouwen deze vaak als richtinggevend en daarmee randvoorwaardelijk. Tegelijkertijd leidt landelijke afstemming van documenten tot uitgebreide en tijdrovende routes. Doordat bij aanvang de kaders nog onduidelijk zijn en de uitwerking in handreikingen lang op zich laat wachten, gaat de snelheid verloren. In regio's staat daardoor de uitvoering 'on hold'. Hoe eerder partijen in de regio's voldoende comfort en handelingsruimte ervaren om met de uitvoering te starten, hoe effectiever de inzet van mensen en middelen. Dit vraagt om het bieden van ruimte voor verschillen, terwijl landelijke partijen tegelijkertijd behoefte houden aan richting en samenhang.

Voor de volgende fase wordt de effectiviteit van de governance alleen maar belangrijker. De ontwikkelagenda van het AZWA bevat namelijk nog meer potentiële basisfunctionaliteiten in aanvulling op de reeds bestaande. Bovendien neemt met het doorontwikkelen van de basisfunctionaliteiten ook het aantal partners toe (bijvoorbeeld door verwijsafspraken met het ziekenhuis en fysiotherapeuten). Meer functionaliteiten en partijen maken het netwerk onoverzichtelijk en zal de discussie over regionaal versus lokaal weer doen oplaaien. Een denkbare ontwikkeling is de keuze voor lokale netwerken, ondersteund door regionale netwerken.

Handelingsperspectieven

Voor (partijen in de) regio's:
- Durf te starten als kaders nog onduidelijk zijn en hanteer een 'lerend ontwikkelen'-aanpak.
- Zet uitvoeringskracht centraal in de regionale samenwerking. Bijvoorbeeld door structurele middelen te benutten voor structurele capaciteit en door een duidelijk mandaat te beleggen bij een beperkt aantal trekkers.

Voor landelijke partijen:
- Zoek verdere uniformering niet alleen in (verdere detaillering van) handreikingen, maar stuur ook meer op gedeelde doelen, leerprocessen tussen regio's en transparantie over verschillen.

1.2.2 Verschillen in regionale of lokale uitvoering van de basisfunctionaliteiten

De wijze waarop de regionale preventie-infrastructuur functioneert voor de basisfunctionaliteiten verschilt sterk tussen regio's. In sommige regio's is sprake van intensieve regionale samenwerking op het gebied van de basisfunctionaliteiten, met een duidelijke gezamenlijke aansturing. In andere regio's ligt het primaat nadrukkelijk bij gemeenten en wordt samenwerking vooral lokaal vormgegeven. Afgaand op onze gesprekken met regio's, kunnen beide vormen effectief zijn, maar werkt onzekerheid erover mogelijk wel vertragend. Die onzekerheid wordt veroorzaakt doordat het gesprek hierover in sommige regio's nog gevoerd moet worden, maar hangt ook samen met onzekerheid over waar middelen landen en op welk niveau verantwoordelijkheden formeel en financieel belegd zijn.

In iedere regio is er wel enige vorm van regionale samenwerking. Daarbij vinden regio's op verschillende niveaus de samenwerking rond de basisfunctionaliteiten:

1. In de uitvoering: daadwerkelijk gezamenlijk organiseren en uitvoeren.
2. In de coördinatie: regionale aansturing en ondersteuning, bijvoorbeeld via een projectleider.
3. In een gezamenlijke basis met lokale uitvoering: regionale kaders met lokale implementatie, soms ondersteund door zowel een regionale als een lokale projectleider.
4. Op randvoorwaarden: gezamenlijke afspraken over financiering, monitoring of inkoop.
5. Op samen leren: uitwisseling van ervaringen en gezamenlijke reflectie.

Deze samenwerkingsniveaus kunnen helpen om het gesprek te voeren in de regio. Niet iedere functionaliteit vraagt overigens om dezelfde mate van regionale samenwerking. Zo wordt de basisfunctionaliteit kansrijke start voornamelijk lokaal ingevuld. Laagdrempelige steunpunten zijn voor de ontwikkeling en voor de

spreiding juist gebaat bij regionaal georganiseerde GGZ-partijen en daarmee bij een meer regionale aanpak en sturing. Het expliciteren van deze keuze vergroot de duidelijkheid en voorkomt impliciete verwachtingen die niet worden waargemaakt.

Handelingsperspectieven

Voor (partijen in de) regio's:
- Kies bewust voor het passende samenwerkingsniveau. Stel dit vast of bepaal vanuit de regionale preventie-infrastructuur per basisfunctionaliteit of, nog beter, per leefgebied welke wijze van samenwerking het meest effectief is.

Voor landelijke partijen:
- Faciliteer kennisdeling over effectieve regionale samenwerking.

1.2.3 Basisfunctionaliteiten zijn een gedeelde verantwoordelijkheid van gemeenten, zorgpartijen, GGD'en en verzekeraars

Bij het creëren van een dekkend aanbod van basisfunctionaliteiten vervullen gemeenten als financier van het sociaal domein een belangrijke rol. Tegelijkertijd is dit nadrukkelijk een gedeelde verantwoordelijkheid van gemeenten en verzekeraars, als financiers. Met een actieve rol voor zorgaanbieders en uitvoerende partijen uit het sociaal domein en de zorg. Op basis van de regiogesprekken belichten we hierna expliciet de rol van zorgverzekeraars en GGD'en.

Rol van zorgverzekeraars

Binnen het Nederlandse stelsel vervullen zorgverzekeraars een centrale rol als inkoper van zorg en (samen met gemeenten en zorgkantoren) als financier van het bredere zorg- en welzijnsstelsel. Dat vraagt vanzelfsprekend om rolzuiverheid. Zorgpartijen en verzekeraars moeten het gemeentelijke mandaat (en de politiek-bestuurlijke besluitvorming) rond het vormgeven van het sociaal domein respecteren, maar dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de basisfunctionaliteiten.

Opvallend in de regiogesprekken is dat de basisfunctionaliteiten sterk als gemeentelijke verantwoordelijkheid worden gezien, met name als het gaat om het aanbod binnen het sociaal domein. Daardoor lijken sommige zorgverzekeraars terughoudend in het bespreekbaar maken van de ambitie. Tegelijkertijd beschikken zorgverzekeraars over inhoudelijke kennis en data die van meerwaarde zijn. Op basis daarvan kunnen zij het gesprek voeren over effectiviteit en doelmatigheid. De verantwoordelijkheid van gemeenten als financier van het sociaal domein, sluit een gezamenlijke dialoog over inkoop en prioritering niet uit. Integendeel: juist bij domeinoverstijgende samenwerking is gelijkgerichtheid tussen financiers cruciaal, zoals in een aantal regio's ook het geval is. Actieve betrokkenheid van verzekeraars bij de gezondheid van alle verzekerden in de regio is cruciaal en draagt bij aan scherpere keuzes en een groter lerend vermogen. Het is aan te bevelen dat zorgverzekeraars de betrokkenheid van aanbieders meenemen in de contractering, om zich goed te verhouden tot het sociaal domein en aanbieders daar ook op bij te sturen.

Wisselende betrokkenheid van de GGD

De rol van de GGD verschilt per regio. Soms is de GGD, in lijn met de handreiking van de regionale preventie-infrastructuur, sterk betrokken, goed geïnformeerd en actief in de regionale infrastructuur. In andere regio's opereert de GGD meer op de achtergrond of lijkt zij überhaupt niet betrokken te zijn. Gemeenten blijken daarmee verschillende visies te hebben op de waarde van de GGD in het versterken van de sociale basis. Opvallend is dat vrijwel alle regio's de ambitie uitspreken om stappen te zetten in monitoring, met name om beter zicht te krijgen op het bereik en de effecten van de basisfunctionaliteiten. Hier ligt een rol voor de GGD, die het beschermen, bewaken en bevorderen van de publieke gezondheid als taak heeft vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg). Door de GGD expliciet een rol te geven in het

vormgeven van deze monitoring, kunnen regio's beter inzicht krijgen in doelgroepenbereik. Dit versterkt de verantwoording, maar ook het lerend vermogen in de regio.

Handelingsperspectieven

Voor (partijen in de) regio's:
- Zorg voor betrokkenheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de uitvoering van basisfunctionaliteiten.
- Maak helder welke rol de GGD heeft in de regionale preventie-infrastructuur en overweeg de GGD een rol te geven in het monitoren van onder meer doelgroepenbereik.

Voor landelijke partijen:
- Stimuleer een duidelijke rolopvatting van partijen in de regio's.

1.2.4 Uitvoerbaarheid en impact: wat valt op bij de uitvoering van de basisfunctionaliteiten?

Een aantal basisfunctionaliteiten is al verder qua ontwikkeling en implementatie, waaronder verschillende ketenaanpakken die (mede) in het kader van het GALA zijn opgepakt. Deze voorlopers bieden inzicht in wat nodig is om van ontwerp naar praktijk te komen, maar maken ook zichtbaar waar de uitvoerbaarheid begrensd wordt. Hieronder volgt een aantal rode draden rond impact en uitvoerbaarheid.

De effectiviteit van de basisfunctionaliteiten staat of valt met de mate waarin kwetsbare doelgroepen worden bereikt

Binnen vrijwel iedere basisfunctionaliteit is het bereiken van kwetsbare groepen benoemd als belangrijke, maar grote uitdaging. Dit is des te relevanter omdat veel aanpakken zich richten op dezelfde inwoners: groepen die te maken hebben met meerdere problemen. Denk aan inwoners met een combinatie van mentale problemen en een ongezond gewicht. In de gesprekken komt naar voren dat juist het bereiken van deze hoogrisicogroepen nog beperkt van de grond komt.

Dit raakt direct aan de doelmatigheid van de inzet van middelen: de beoogde maatschappelijke opbrengst ligt in belangrijke mate bij het tijdig en passend ondersteunen van inwoners met de grootste stapeling van risico's en problemen. Systematisch zicht houden op bereik (en waar mogelijk effecten) bij deze groepen is daarmee een randvoorwaarde voor effectieve uitvoering van de basisfunctionaliteiten.

Implementeren in een domein onder druk

De implementatie vindt plaats in een domein dat al geruime tijd onder druk staat. Zowel zorg als welzijn heeft te maken met grote uitdagingen en wachtlijsten. In beide domeinen is de krappe arbeidsmarkt goed voelbaar. De verandertrajecten vanuit landelijke akkoorden komen hier bovenop. Dit beperkt de capaciteit in deze organisaties om mee te doen in de uitvoering van nieuwe aanpakken.

Opvallend is dat de basisfunctionaliteiten in belangrijke mate landen bij dezelfde partijen: de (welzijnspartijen in de) wijk en de eerstelijnszorgaanbieders. Vanuit verschillende initiatieven dreigt zo een beroep te worden gedaan op dezelfde professionals. In de regiogesprekken zijn voorbeelden gegeven van huisartsen die op hetzelfde moment te maken kregen met het verkennend gesprek, welzijn op recept en valpreventie. Dit vraagt capaciteit van professionals en maakt het moeilijk het overzicht over en de samenhang tussen aanpakken in het oog te houden.

Stabiele financiering voor continuïteit

In de regio's is de spanning voelbaar tussen tijdelijke middelen en de ambitie van structurele borging. We noemden hiervoor al de onzekerheid in regio's over de financiering en de vraag of deze voldoende is om ambities waar te maken. De verwachting is dat de brief van het Ministerie van VWS aan de VNG over de AZWA-middelen en de opdracht voor de werkagenda aan de regio's, de onzekerheid rond de financiën wegneemt. De tijdelijke financiering zorgt ook voor inzet van een groot aantal tijdelijke projectleiders, aanjagers en regisseurs. Dit vormt een risico voor de continuïteit van aanpakken en de inbedding in lokale structuren en organisaties.

Ook als er wel zicht is op structurele financiering, kan de overgang een risico vormen voor continuïteit. Bijvoorbeeld de overgang tussen GALA en AZWA: tussentijdse onduidelijkheid over middelen, planning en voorwaarden kan leiden tot vertraging of zelfs terugval in de uitvoering van aanpakken.

Handelingsperspectieven

Voor (partijen in de) regio's:
- Monitor systematisch bereik en waar mogelijk effecten bij kwetsbare doelgroepen en bespreek deze periodiek in de regio.
- Maak expliciet welke doelgroepen prioriteit krijgen en vertaal dit naar een strategie. Maak daarbij gebruik van en verbind met bestaande netwerken (zoals wijkteams, huisartsen, schuldhulpverleners, GGZ).
- Organiseer samenhang tussen aanpakken en zoek mogelijkheden om aanpakken te combineren.
- Breng in kaart waar initiatieven samenkomen bij dezelfde partijen (met name wijk en eerstelijn) en prioriteer waar nodig.
- Beleg verantwoordelijkheden zo veel mogelijk in bestaande organisaties en beperk afhankelijkheid van tijdelijke structuren.

Voor landelijke partijen:
- Maak het bereiken van hoogrisicogroepen expliciet onderdeel van landelijke doelen en monitoringsafspraken en faciliteer transparantie en kennisuitwisseling hierover.
- Stem nieuwe basisfunctionaliteiten af op bestaande basisfunctionaliteiten en toets op uitvoerbaarheid voor professionals.
- Blijf inzetten op continuïteit door middel van structurele middelen en voorkom discontinuïteit tussen regelingen door tijdige communicatie over opvolging en overgangsafspraken.



B

HOOFDSTUK 2 DE BASISFUNCTIONALITEITEN

In alle regio's zijn de zes basisfunctionaliteiten neergezet, tempo en uitvoering verschillen

In dit hoofdstuk ligt de focus op de zes verschillende basisfunctionaliteiten:

1. Laagdrempelige steunpunten.
2. Sociaal verwijzen.
3. Kansrijke start: Nu Niet Zwanger en Integrale Gezinspoli.
4. Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen.
5. Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen.
6. Valpreventie.

Per basisfunctionaliteit staan we stil bij de mate van ontwikkeling in de regio's en bij de belangrijkste rode draden en aandachtspunten. Waar relevant schetsen wij goede voorbeelden in regio's die nuttig kunnen zijn voor andere regio's (in de blauwe kaders). De genoemde voorbeelden zijn bewust gekozen vanwege de verwachte leeropbrengst voor andere regio's en niet omdat we ze zien als de enige juiste aanpak. De voorbeelden zijn dan ook bedoeld als startpunt om regio's te stimuleren ervaringen en inzichten met elkaar te delen.

2.1 Laagdrempelige steunpunten

Laagdrempelige steunpunten (LSP's) zijn plekken waar mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid en hun naasten zonder verwijzing of indicatie terechtkunnen. Het betreft informele, veilige omgevingen waarin bezoekers elkaar ontmoeten en (h)erkenning vinden, met ondersteuning van ervaringsdeskundigen en vrijwilligers.[7] In het AZWA is afgesproken dat elke regio in 2030 een regionaal dekkend aanbod van LSP's heeft.

Hoe ver zijn de regio's met de implementatie van laagdrempelige steunpunten?

Uit de regiogesprekken blijkt dat vrijwel elke regio laagdrempelige steunpunten heeft, maar dat de onderlinge verschillen groot zijn. Dit heeft te maken met verschillen in bevolkingsdichtheid, bevolkingssamenstelling en oppervlak. In stedelijke gebieden is de spreiding vaak beter dan in landelijke gebieden. Reistijd is in die situaties onontkoombaar, zo geven regio's aan. Tegelijkertijd zien regio's laagdrempelige steunpunten als essentieel om wachttijden in de GGZ te verlichten, vroegsignalering te verbeteren en inwoners tijdig en dicht bij huis ondersteuning te bieden. LSP's helpen de druk op eerste- en tweedelijnszorg te verminderen en de sociale basis te versterken. De beweging is in alle regio's in gang gezet, het draagvlak is groot, maar regio's lopen tegen vergelijkbare knelpunten aan. Hieronder zijn de belangrijkste drie aandachtspunten met betrekking tot de implementatie van de basisfunctionaliteit laagdrempelige steunpunten uitgewerkt.

2.1.1 Onduidelijkheid over definitie LSP en afbakening doelgroep

In veel regio's bestaat discussie over wat precies onder een laagdrempelig steunpunt valt en of bestaande voorzieningen, zoals herstelacademies, buurthuizen en GGZ-inloop, voldoen aan de definitie. Veel regio's kiezen ervoor bestaande initiatieven te versterken in plaats van nieuwe structuren op te bouwen. Deze bestaande voorzieningen worden 'opgeplust' om te voldoen aan de criteria. Dit sluit aan bij de wens om efficiënt om te gaan met middelen en dubbele structuren te voorkomen. Onduidelijkheid over definities heeft ook invloed op de monitoring van de LSP's, zoals in het onderzoek van het Landelijk ondersteuningsteam laagdrempelige steunpunten. Er zijn signalen dat regio's bij het invullen van de vragenlijst voor dit onderzoek verschillende definities hebben gehanteerd, waardoor deze monitor mogelijk een vertekend beeld geeft (voor zowel regio's die zichzelf overschatten als regio's die zichzelf onderschatten).

Ook is er onduidelijkheid over de beoogde doelgroep. De vraag is of het LSP enkel gericht is op inwoners met een ernstige psychische aandoening (EPA), of dat het ook breder ingezet kan worden. Meerdere regio's wachten op landelijke handreikingen voordat zij definitieve ontwerpkeuzes maken. Het ontbreken van een eenduidige definitie belemmert daarmee tempo en uniformiteit.

7 Landelijk ondersteuningsteam laagdrempelige steunpunten MONITORING Landelijk en regionaal beeld laagdrempelige steunpunten.

2.1.2 Onduidelijkheid over begrip 'regionaal dekkend'

De regio's onderschrijven het belang van een regionaal dekkend aanbod, maar vragen zich wel af wat de definitie daarvan is. Vrijwel alle regio's spreken de ambitie uit om tot een regionaal dekkend netwerk te komen, maar de concrete invulling verschilt. De landelijke normen voor spreiding, inwoneraantallen en reistijd sluiten niet altijd aan op de regionale behoeften en mogelijkheden. Regio's zoeken naar een balans tussen één steunpunt per gemeente, het werken met satellietconstructies of toch kiezen voor concentratie in grotere kernen. Met name in kleine, landelijke en dunbevolkte gemeenten is dit een uitdaging. Dat heeft ook te maken met het feit dat grotere gemeenten vaker beschikken over bestaande infrastructuur en capaciteit, waar kleinere gemeenten minder mogelijkheden hebben.

2.1.3 Governance en integrale inbedding in regionale netwerken nog volop in ontwikkeling

In veel regio's is de governance voor de LSP's nog projectmatig georganiseerd via transformatieplannen, waarbij het eigenaarschap tussen gemeenten en aanbieders niet altijd scherp is belegd en een regionale coördinator soms ontbreekt. Ook de onderlinge afstemming tussen verschillende thematafels, zoals mentale gezondheid, preventie en beschermd wonen, is niet overal uitgewerkt. Verbinding van deze thema's op bestuurlijk niveau kan dat oplossen. Denkbaar is om vooral op leefgebiedniveau te zorgen voor die verbinding. Dat verhoogt de effectiviteit van de inzet.

Laagdrempelige steunpunten worden vrijwel overal beschouwd als belangrijke schakel tussen sociaal domein en de zorg, en sluiten aan bij mentale-gezondheidsnetwerken, preventie-infrastructuren en wijknetwerken. Ook de samenhang met andere basisfunctionaliteiten, zoals sociaal verwijzen, vereist regionale afstemming. De formele inbedding hiervan is nog niet overal volledig gerealiseerd en de samenwerking met de eerstelijnszorg en het welzijnsdomein verloopt wisselend, waardoor integratie in bredere netwerken vaak eerder de ambitie is dan dagelijkse praktijk.

Van doelgroepgericht (EPA) naar voorziening voor alle inwoners

Positionering van de LSP's niet als voorziening uitsluitend voor de EPA-doelgroep maar als integrale inloopvoorzieningen voor alle inwoners, kan de sociale basis in een wijk bevorderen. De ambitie is om steunpunten te creëren die breder zijn dan mentale gezondheid alleen en die worden geïntegreerd in bestaande wijk- en inloopvoorzieningen. Daarmee verschuift de focus naar het versterken van de sociale basis, ontmoeting en signalering. Mensen met ernstige psychische problematiek zijn dan niet langer een aparte doelgroep, maar maken deel uit van een bredere, laagdrempelige instroom.

2.2 Sociaal verwijzen

Bij sociaal verwijzen wordt gebruikt gemaakt van een brugfunctie om zorg en sociaal domein met elkaar te verbinden. Een huisarts of andere eerstelijnszorgverlener verwijst inwoners, vaak met (milde) psychosociale klachten, door naar een brugfunctionaris die kijkt naar passende ondersteuning bijvoorbeeld vanuit welzijn.

Hoe ver zijn de regio's met de implementatie van sociaal verwijzen?

De basisfunctionaliteit sociaal verwijzen wordt breed gezien als noodzakelijk en waardevol. Het is een cruciale schakel om inwoners tijdig naar passende ondersteuning in het sociaal domein te leiden, integraliteit te versterken en te voorkomen dat mensen tussen zorg en welzijn blijven hangen. De ketenaanpak was al in ontwikkeling onder het GALA. Tegelijkertijd verschilt de implementatiefase per regio. Sommige regio's werken al met een uitgewerkt, regiobreed plan waarin alle gemeenten deelnemen en de uitrol gefaseerd plaatsvindt. Andere regio's bevinden zich nog in een opbouw- of verbredingsfase, waarbij bestaande varianten zoals Welzijn op Recept worden geharmoniseerd, uitgebreid en beter gemonitord. Over het geheel genomen is de beweging overal ingezet, met duidelijke ambities richting regionale dekking. Wel blijft verdere uitwerking nodig op het gebied van structurele financiering, uniforme werkwijzen en gezamenlijke monitoring om sociaal verwijzen duurzaam te borgen. Hieronder zijn de drie belangrijkste aandachtspunten bij de implementatie van de basisfunctionaliteit sociaal verwijzen uitgewerkt, aangevuld met een aparte paragraaf over overige aandachtspunten.

2.2.1 Gemeentelijke variatie in uitvoering leidt tot behoefte aan uniformiteit en landelijke kaders

Veel regio's kampen met een grote variatie in lokale invulling en de behoefte aan meer uniformiteit. In veel regio's wordt expliciet gesproken over verschillen in werkwijze, definities, doelgroepen, registratiesystemen en verwijssystematiek. Regio's zoeken naar harmonisatie van werkprocessen, regionale afspraken over taken en verantwoordelijkheden, en een gezamenlijke definitie van wat onder sociaal verwijzen moet worden verstaan. Tegelijkertijd wordt in meerdere regio's het spanningsveld benoemd tussen landelijke kaders en lokale beleidsvrijheid. Er is behoefte aan scherpere landelijke duiding van het 'wat' (minimale functies, definities, indicatoren), terwijl het 'hoe' lokaal ingevuld moet kunnen worden. Regio's zijn daarnaast soms nog zoekende in de samenhang tussen sociaal verwijzen en andere initiatieven/plannen, zoals het verkennend gesprek, laagdrempelige steunpunten en mentale-gezondheidsnetwerken. Deze begrips- en afbakeningsvraagstukken maken het voor uitvoerders lastig om te bepalen wanneer de basisfunctionaliteit op orde is.

2.2.2 Capaciteitstekorten leiden tot mismatch tussen vraag en aanbod

Veel regio's ervaren dat het aantal verwijzingen sneller stijgt dan het beschikbare welzijnsaanbod. Dit leidt tot een mismatch tussen vraag en middelen, en zet de sociale basis onder druk. Er is zorg dat problemen verschuiven van de zorg naar het sociaal domein, zonder dat daar voldoende capaciteit tegenover staat. Capaciteitstekorten betreffen niet alleen welzijnscoaches, maar ook coördinatie, beleidskracht en uitvoeringsgereedheid binnen gemeenten en huisartsenpraktijken.

Gerichte inzet boven volume: focus op wijken met de grootste gezondheidsachterstanden

Sociaal verwijzen kan duurzaam worden ingericht door expliciet rekening te houden met de structurele spanning tussen groeiende vraag en beperkte capaciteit. In plaats van te sturen op maximaal aantal verwijzingen wordt gekozen voor gefaseerde opschaling, met prioriteit voor wijken met de grootste gezondheidsachterstanden. Tegelijkertijd wordt de uitvoeringskracht verbreed door niet alleen te investeren in individuele welzijnscoaches, maar ook in digitale ondersteuning, groepsgerichte vormen van begeleiding en het versterken van bestaande wijkstructuren zoals laagdrempelige ontmoetingsplekken. Deze combinatie van focus, fasering en benutting van de sociale basis zorgt voor beheersbare groei, behoud van kwaliteit en een aanpak die beter bestand is tegen verdere opschaling.

2.2.3 Rol van huisartsen en verbinding zorg–sociaal domein verschilt per regio

De afhankelijkheid van huisartsen en de verbinding tussen zorg en sociaal domein vormen een terugkerend thema. Sociaal verwijzen wordt breed gezien als schakel om huisartsen te ontlasten en niet-medische problematiek passend op te vangen. Op een aantal plaatsen wordt van Zorgdomein.nl gebruik gemaakt om de verwijzing van huisarts naar welzijnsorganisatie digitaal te ondersteunen.
Tegelijkertijd verschilt de mate van betrokkenheid van huisartsen sterk per regio en per praktijk. Niet alle huisartsen verwijzen actief en onbekendheid met de rol van de welzijnscoach of beperkte fysieke nabijheid belemmert verwijzing. Meerdere regio's benadrukken dat het helpt wanneer de welzijnscoach fysiek in de huisartsenpraktijk aanwezig is. Ook wordt uitbreiding naar andere verwijzers, zoals medisch specialisten, fysiotherapeuten en VVT-partijen, genoemd als ambitie.

2.2.4 Overige aandachtspunten: governance, structurele financiering en monitoring

Sommige regio's beschikken over een stevige structuur of een integrale inbedding via een transformatieplan, terwijl andere regio's aangeven dat regionale sturing ontbreekt en dat alles lokaal en gefragmenteerd gebeurt. Bestuurlijke drukte, veel overlegtafels en overlap tussen trajecten worden als belemmerend ervaren. Regio's zoeken naar compactere en effectievere overlegstructuren, heldere rolverdeling tussen gemeenten, zorgverzekeraars en uitvoerende partijen, en betere afstemming tussen verschillende landelijke trajecten. Tegelijkertijd erkennen ze dat sociaal verwijzen vaak primair lokaal is georganiseerd, waardoor regionale harmonisatie niet vanzelfsprekend is.

Gemeentelijke bezuinigingen, ontoereikende AZWA- of transformatiegelden en het ontbreken van geoormerkte middelen kunnen de continuïteit van deze basisfunctionaliteit bedreigen. Regio's geven aan dat incidentele middelen leiden tot een patroon van hollen of stilstaan, wat opschaling en borging lastig maakt. Financiële onzekerheid werkt direct door in terughoudendheid om personeel structureel aan te stellen en regionale afspraken langdurig vast te leggen.

Ten slotte kan het gebrek aan uniforme monitoring en datadeling leiden tot knelpunten. Vaak ontbreekt een regionaal overzicht van het aantal verwijzingen, instroom, doorstroom en effecten. Registratiesystemen verschillen per gemeente en per ketenaanpak, wat onderlinge vergelijking en sturing bemoeilijkt.
Regio's melden behoefte te hebben aan een beperkte landelijke set indicatoren en aan regionale monitoringsstructuren. Monitoring wordt niet alleen gezien als verantwoordingsinstrument, maar ook als noodzakelijke voorwaarde om de effectiviteit zichtbaar te maken en bestuurlijke keuzes te onderbouwen. Tegelijkertijd wordt de administratieve druk als hoog ervaren en klinkt de wens om monitoring proportioneel en ondersteunend in te richten.



2.3 Kansrijke start: Nu Niet Zwanger en Integrale Gezinspoli

Kansrijke start richt zich op kinderen in de eerste duizend dagen van hun leven, met name kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. De aanpak heeft tot doel meer kinderen een kansrijke start te geven. In het AZWA is afgesproken dat elke regio in 2030 een regionaal dekkend aanbod van deze aanpak heeft. De basisfunctionaliteit kansrijke start bestaat uit meerdere onderdelen. De regioscan richt zich, naast de overkoepelende aanpak kansrijke start, specifiek op twee onderdelen daarvan: Nu Niet Zwanger (NNZ), gericht op het bevorderen van de regie op een kinderwens voor mensen in een kwetsbare situatie, en Integrale Gezinspoli (IGP), waarin (aanstaande) gezinnen met een medische of sociale kwetsbaarheid steun krijgen van een multidisciplinair team.

Hoe ver zijn de regio's met de implementatie van kansrijke start?

In vrijwel alle regio's wordt de urgentie van kansrijke start expliciet benoemd. De eerste duizend dagen worden gezien als cruciaal voor de gezondheid en ontwikkelkansen. Er is brede erkenning van het belang van vroegsignalering, preventie en ondersteuning van kwetsbare gezinnen. Ook wordt de samenhang met armoede, lage SES, taalachterstand en stijgende zorgkosten meerdere keren genoemd. Nu Niet Zwanger was al in ontwikkeling onder het GALA en er is intrinsieke motivatie en positieve energie in het veld aanwezig om de aanpak verder door te ontwikkelen. Tegelijkertijd verschilt de mate van uitwerking en concretisering per regio en per gemeente. Hieronder zijn de drie belangrijkste aandachtspunten bij de implementatie van de basisfunctionaliteit kansrijke start uitgewerkt.

2.3.1 Lokale coalities zijn succesvol, maar verschillen tussen gemeenten belemmeren effectieve regionale samenwerking en harmonisatie

Hoewel vrijwel alle regio's beschikken over lokale coalities en vaak ook over een regionale governancestructuur, verschillen gemeenten sterk qua ontwikkelfase, capaciteit, budget en betrokkenheid van partners. Kleine gemeenten hebben relatief vaker beperkte uitvoeringskracht, terwijl historische financieringsverschillen – zoals eerdere GIDS-middelen – nog steeds doorwerken. Ook de betrokkenheid van verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's), huisartsen en zorgverzekeraars is niet overal gelijk en hun rol is regelmatig onduidelijk, net als de positie van de GGD. Hierdoor ontstaat spanning tussen de wens tot regionale uniformiteit en de realiteit van lokale autonomie en capaciteitsverschillen. Verdere professionalisering en heldere rolafspraken zijn daarom noodzakelijk om de samenwerking structureel te versterken.

2.3.2 Nu Niet Zwanger is vrijwel overal geïmplementeerd, maar structurele borging blijft kwetsbaar

Nu Niet Zwanger is in bijna alle regio's uitgerold en in veel gevallen regionaal georganiseerd via de GGD. Het programma wordt doorgaans als succesvol en effectief ervaren, en vormt een stabiele bouwsteen binnen kansrijke start. Al speelt hier, net als bij veel basisfunctionaliteiten, ook de uitdaging van het bereiken van de kwetsbare doelgroep. Tegelijkertijd wordt in veel regio's gewezen op onzekerheid over voldoende en structurele financiering. In meerdere gevallen is NNZ tot nu toe afhankelijk van tijdelijke middelen, transformatiegelden of projectfinanciering. De verwachting is dat de brief van het Ministerie van VWS aan de VNG over de AZWA-middelen en de opdracht voor de werkagenda aan de regio's de onzekerheid rond de financiën wegneemt. Structurele inbedding in het basisaanbod, bijvoorbeeld via inwonerbijdragen of opname in reguliere GGD-taken, wordt expliciet als ambitie genoemd, maar is nog niet overal gerealiseerd.

2.3.3 Ontwerpkeuzes worden uitgesteld door onduidelijkheid over de Integrale Gezinspoli

In vrijwel alle regio's wordt aangegeven dat de Integrale Gezinspoli nog niet is ingericht, in opbouw is of dat wordt gewacht op een landelijke handreiking. Regio's geven aan dat zij ontwerpkeuzes uitstellen totdat landelijke kaders beschikbaar zijn. In enkele regio's bestaan al wel aanzetten, bijvoorbeeld via POP-poli's of MDO-structuren.

Inhoudelijke samenwerking nu, ontwerp later

Regio's die de urgentie en het belang van een Integrale Hezinspoli erkennen, hoeven niet te wachten op landelijke beleidsregels om inhoudelijke samenwerking te initiëren of te versterken. Dat blijkt uit een aantal praktijkvoorbeelden zoals sociaal-medische MDO's zwangeren, waarin zorg en sociaal domein structureel samenwerken en kwetsbare zwangeren vroeg in beeld komen. Deze initiatieven functioneren als voorloper van de Integrale Gezinspoli. Tegelijkertijd kiezen regio's er bewust voor om de formele uitwerking van de IGP pas verder vorm te geven zodra landelijke beleidsregels beschikbaar zijn.

2.4 Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen

De ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen is een integrale, regionale aanpak die samenwerking tussen zorg en sociaal domein centraal stelt. Het doel is duurzame gezondheidswinst voor kinderen door niet alleen naar leefstijl maar ook naar achterliggende factoren zoals stress of armoede te kijken. In het AZWA is afgesproken dat elke regio in 2030 een regionaal dekkend aanbod van de ketenaanpak heeft.

Hoe ver zijn de regio's met de implementatie van de ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen?



De urgentie en meerwaarde van de ketenaanpak overgewicht en obesitas bij kinderen wordt breed onderschreven. Overgewicht bij kinderen wordt gezien als een complex en hardnekkig vraagstuk dat vaak samenhangt met sociaal-economische en gezinsproblematiek en waarvoor een integrale, domeinoverstijgende aanpak noodzakelijk is. Deze ketenaanpak was al in ontwikkeling onder het GALA. Regio's ervaren de ketenaanpak als een belangrijk middel om samenwerking tussen zorg en sociaal domein te versterken en om preventie en ondersteuning rond kind en gezin beter te organiseren. De stand van de implementatie verschilt. Sommige regio's staan nog aan het begin en werken aan de inrichting van governance, rollen en financiering, terwijl andere de keten al grotendeels hebben ingericht en zich richten op verdere doorontwikkeling, zoals het vergroten van bereik en instroom. Ondanks uitvoeringsknelpunten overheerst het beeld dat regio's gemotiveerd zijn om de ketenaanpak verder te versterken en te verduurzamen. Hieronder zijn de drie belangrijkste aandachtspunten bij de implementatie van de basisfunctionaliteit ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen uitgewerkt, aangevuld met een aparte paragraaf over overige aandachtspunten.

2.4.1 Ontoereikende en tijdelijke financiële middelen belemmeren doorontwikkeling

Veel regio's kampen met onvoldoende, tijdelijke of niet-kostendekkende financiering, met name voor de centrale zorgverlener (CZV) en de kinder-GLI (gecombineerde leefstijlinterventie). Het betreft de volgende aandachtspunten: 1) financiering van de centrale zorgverlener waarvoor NZa-tarieven als te laag worden ervaren, 2) tijdelijke middelen die implementatie mogelijk maken maar geen duurzame borging bieden, 3) complexe of nog niet afgeronde contractering met zorgverzekeraars, en 4) spanning tussen gemeentelijke middelen voor preventie en Zvw-financiering voor de kinder-GLI. Dit heeft tot gevolg dat regio's worden belemmerd bij de verdere inrichting van de keten zolang de landelijke financieringsvraagstukken niet zijn opgelost. Er is sprake van een sterke afhankelijkheid van landelijke kaders en tarieven.

2.4.2 Centrale zorgverlener: sleutelrol én kwetsbaar punt

Een ander belangrijk aandachtspunt is de kwetsbare rol, positionering en bekostiging van de centrale zorgverlener (CZV). In regio's waar de CZV stevig is ingericht, wordt dit expliciet als succesfactor benoemd en als voorbeeld voor andere ketens gezien. In regio's waar de functie ontbreekt of nog in ontwikkeling is, wordt dit juist als belangrijkste bottleneck ervaren. Terugkerende patronen zijn onvoldoende financiering of nog niet afgeronde contractering van de CZV, onvoldoende capaciteit van en opleidingsplekken voor CZV'ers en onduidelijkheid over taakafbakening tussen jeugdgezondheidszorg, GGD en andere professionals. Gezien het grote aantal regio's dat de rol van CZV nog moet inrichten, is het niet ondenkbaar dat de druk op de opleidingsplekken voor CZV'ers in de nabije toekomst zal toenemen.

Centrale zorgverlener als stevig fundament binnen de keten

Een sterke ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas kenmerkt zich door een regionaal eenduidige centrale zorgverlener die in alle gemeenten beschikbaar is en fungeert als vaste casusregisseur voor gezin en kind. Deze professional is inhoudelijk gepositioneerd als verbindende schakel tussen zorg en sociaal domein, werkt vanuit Positieve Gezondheid en kent de lokale sociale kaart en het preventieve veld goed. Door de rol te beleggen binnen bestaande jeugdgezondheidsstructuren, is de aanpak uitvoerbaar en dicht bij gezinnen georganiseerd. Tegelijk wordt onderkend dat de capaciteit kwetsbaar kan zijn wanneer deze op enkele personen leunt, wat aanleiding is om regionaal te werken aan duidelijke samenwerkingsafspraken, governance en structurele borging.

2.4.3 Ambities rond regionale dekking en integrale gezinsaanpak worden breed gedeeld, maar zijn uitdagend

Regio's spreken ambities uit om te komen tot een regionaal dekkende keten met sluitende doorverwijzing, vaak gekoppeld aan een integrale gezinsbenadering. De verbinding met kansrijke start, de volwassenenaanpak en het sociaal domein wordt herhaaldelijk genoemd. Overgewicht wordt niet alleen gezien als individueel leefstijlprobleem, maar als systeem- of gezinsproblematiek, vaak samenhangend met lage SES, armoede en bredere sociale vraagstukken. De gezinsaanpak wordt daarom als logisch en noodzakelijk beschouwd. Het sentiment is dat de kinder-GLI, met name bij kinderen, te laat in de keten komt. De kinder-GLI wordt gezien als noodzakelijk maar onvoldoende om overgewicht duurzaam aan te pakken. Regio's willen daarom sterker inzetten op preventie vóór de kinder-GLI. De focus verschuift dan ook duidelijk van secundaire preventie via de kinder-GLI naar bredere preventieve ambities, waaronder collectieve preventie, gezonde school en gezonde leefomgeving. In meerdere regio's wordt ook de spanning benoemd tussen deze brede preventieve ambitie en de financiële en organisatorische haalbaarheid ervan.

2.4.4 Overige aandachtspunten: beperkt aanbod kinder-GLI-aanbieders en samenwerking zorg en sociaal domein

Naast de CZV spelen ook de kinder-GLI-aanbieders een belangrijke rol in de keten. Daarbij stuiten regio's op beperkte beschikbaarheid van erkende kinder-GLI's en aanbieders. In veel regio's is slechts één aanbieder actief, wat leidt tot afhankelijkheid, wachtlijsten of hoge kosten. Regio's geven aan extra leefstijlcoaches of paramedici te willen opleiden en spreken de wens uit dat landelijke erkenningsprocedures worden versoepeld.

In veel regio's wordt de samenwerking tussen gemeenten, GGD, jeugdgezondheidszorg, huisartsen en zorgverzekeraars als positief en kansrijk beschreven. Er zijn regionale werkgroepen ingericht, intentieverklaringen opgesteld en bestaande overlegstructuren benut. Tegelijkertijd keren dezelfde aandachtspunten terug: regionale afspraken zijn nog in concept of niet bestuurlijk geborgd, er is spanning tussen lokale autonomie en regionale uniformering, er zijn mismatches tussen regio-indelingen van GGD, huisartsengroepen en IZA-regio's, en structurele monitoring en governance zijn nog niet overal ingericht. De inhoudelijke wil en energie zijn vaak aanwezig, maar de formele en bestuurlijke verankering houdt nog niet altijd gelijke tred daarmee.

Niet vastlopen op, maar organiseren rondom randvoorwaarden

Verschillende regio's laten zien dat je niet vast hoeft te lopen op onvolledige landelijke randvoorwaarden, door deze expliciet mee te nemen in de organisatie van de samenwerking. In plaats van te wachten op volledige beschikbaarheid van erkende aanbieders, sluitende tarieven of perfecte ICT-systemen, kiezen ze voor een sterke regionale coalitie met duidelijke governance en gedeelde verantwoordelijkheid.
De kinder-GLI is niet als geïsoleerd zorgproduct ingericht, maar ingebed in een bredere ketenaanpak, waardoor schaarste aan aanbieders geen obstakel vormt. Door te werken met een groeimodel, alternatieve financieringsroutes te verkennen en knelpunten gezamenlijk te adresseren, blijft de uitvoering doorgaan ondanks externe beperkingen.

2.5 Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen

De ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen is een werkwijze om volwassenen met overgewicht of obesitas passende ondersteuning, begeleiding en zorg te bieden, gericht op een gezonde leefstijl. Hierbij zijn samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders een vereiste. In het AZWA is afgesproken dat elke regio in 2030 een regionaal dekkend aanbod van de ketenaanpak heeft.

Hoe ver zijn de regio's met de implementatie van de ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen?

Regio's ervaren de ketenaanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen in brede zin als inhoudelijk relevant en noodzakelijk, vooral vanwege de samenhang met andere gezondheidsproblemen en het besef dat een effectieve aanpak verder moet gaan dan alleen het aanbieden van een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Deze ketenaanpak was al in ontwikkeling onder het GALA. In alle regio's is aanbod van de GLI aanwezig, maar een volledig samenhangende, regionaal dekkende keten, met centrale coördinatie, structurele financiering en een sterke verbinding met het sociaal domein, is vaak nog in ontwikkeling. Voor het merendeel ligt de opgave vooral in het versterken van de samenhang, het verbreden van de aanpak richting



preventie en het structureel borgen van de keten. Hieronder zijn de drie belangrijkste aandachtspunten bij de implementatie van de basisfunctionaliteit ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen uitgewerkt, aangevuld met een aparte paragraaf over overige aandachtspunten.

2.5.1 Van GLI naar integrale ketenaanpak: noodzaak van sterke regionale regie en verbreding naar het sociaal domein

Naast onduidelijkheid over financiering ontbreekt er in veel regio's een eenduidige regionale ketenregie. In meerdere regio's functioneert de GLI: de voorganger van de ketenaanpak, maar zonder overkoepelende ketensturing. Gemeenten worstelen regelmatig met hun rol en eigenaarschap, mede doordat de aanpak oorspronkelijk sterk medisch is ingestoken en de GLI onder Zvw valt. De governance is vaak nog niet uitgewerkt in structurele samenwerkingsafspraken, maar alleen met bijvoorbeeld werkgroepen of regiocoördinatoren.

Vanwege die kwetsbare ketenregie is in veel regio's de aansluiting tussen GLI en sociaal domein nog onvoldoende uitgewerkt. De GLI is in de basis beschikbaar in alle gemeenten, maar in veel gesprekken wordt de positionering als 'GLI-aanpak' als te beperkt ervaren. Regio's willen naar een bredere netwerkaanpak waarin zaken als leefomgeving, welzijn, schuldhulpverlening, voedselomgeving, gezinsperspectief, sociaal verwijzen en preventie aan de voorkant nadrukkelijk worden meegenomen.

Combineer GLI met laagdrempelige en wijkgerichte initiatieven

Voor een echt effectieve aanpak van overgewicht en obesitas (bij kwetsbare groepen) is de gecombineerde leefstijlinterventie op zichzelf onvoldoende, zo beamen veel regio's. Toeleiding verloopt via medisch-sociale netwerken in de wijk en niet uitsluitend via de huisarts. Het combineren van de GLI met laagdrempelige leefstijlinterventies en wijkgerichte beweegnetwerken leidt tot bereik van een grotere doelgroep én een lager uitvalpercentage.

2.5.2 Wisselende rol van huisartsen en capaciteitsproblemen in aanbod

Veel regio's benoemen knelpunten in de verwijzing naar en binnen de GLI. Huisartsen spelen een sleutelrol in signalering en verwijzing, maar ondanks de welwillendheid wisselt hun inzet. Redenen zijn onder meer tijdsdruk, schroom om overgewicht bespreekbaar te maken, onduidelijkheid over hun rol en beperkte capaciteit of vergoeding voor leefstijladvisering. Capaciteit is niet alleen bij huisartsen een terugkerend knelpunt, ook elders is sprake van tekorten (GLI-aanbieders, leefstijlcoaches). Capaciteitsproblemen vertragen opschaling en beperken de dekking.

2.5.3 Hoge uitval en moeizaam bereik kwetsbare groepen

Hoge uitval tijdens GLI-trajecten is een veelgenoemd probleem. Uitval wordt gerelateerd aan onvoldoende motivatie, mismatch tussen aanbod en ondersteuningsvraag, en bijkomende problematiek die niet in een GLI-traject oplosbaar is. Ook een aanpak in groepsverband kan invloed hebben op de betrokkenheid van deelnemers, wanneer verschillen in motivatie binnen de groep de groepsdynamiek beïnvloeden. Monitoring van deelname, uitval en doorstroom naar lokaal aanbod zou hierin helpen, maar is in meerdere regio's nog onvoldoende uitgewerkt. Net als bij valpreventie is het bereik van kwetsbare groepen ingewikkeld. Regio's zoeken naar instapmogelijkheden voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden en naar communicatiemateriaal en interventies die beter aansluiten bij diverse doelgroepen.

2.5.4 Overige aandachtspunten: ontoereikende tarieven en geen structurele financiële borging

Regio's wijzen op onvoldoende structurele middelen, onzekerheid over toekomstige landelijke middelen en het ontbreken van integrale financiering tussen de Zvw en gemeentelijke budgetten. De verwachting is dat de brief van het Ministerie van VWS aan de VNG over de AZWA-middelen en de opdracht voor de werkagenda

aan de regio's de onzekerheid rond de financiën wegneemt. Ook worden GLI-tarieven als ontoereikend ervaren, wat spanning met aanbieders en risico's voor continuïteit oplevert. Zeker wanneer er sprake is van uitval in de interventiegroepen, komt de kostendekkendheid onder druk te staan. Tijdelijke projectmiddelen hielpen bij de opstart, maar structurele borging ontbreekt. Dit belemmert het organiseren van coördinatie, monitoring en samenwerking met het sociaal domein.

2.6 Valpreventie

De ketenaanpak valpreventie is een werkwijze om het aantal valincidenten onder 65-plussers te verminderen. In het AZWA is afgesproken dat elke regio in 2030 een regionaal dekkend Valpreventie-aanbod heeft.

Hoe ver zijn de regio's met de implementatie van valpreventie?

Valpreventie wordt in alle regio's nadrukkelijk als zinvol en noodzakelijk gezien, met brede erkenning van de gezondheidswinst voor ouderen en het belang om zwaardere zorg en ziekenhuisopnames te voorkomen in het licht van de vergrijzing. Deze ketenaanpak was al in ontwikkeling onder het GALA. Regio's zijn over het algemeen inhoudelijk en organisatorisch vergevorderd: in vrijwel iedere gemeente is een keten ingericht met een dekkend basisaanbod, regionale of lokale coördinatie en samenwerkingsafspraken tussen zorg en sociaal domein. De meeste regio's bevinden zich nu in de fase van implementatie en borging, met aandacht voor uniformering, monitoring en verdere professionalisering. Hieronder zijn de drie belangrijkste aandachtspunten bij de implementatie van de basisfunctionaliteit valpreventie uitgewerkt.

2.6.1 Huisartsen zijn cruciale schakel en kunnen daardoor ook een bottleneck vormen

Huisartsen spelen een cruciale rol in de ketenaanpak valpreventie, omdat zij verantwoordelijk zijn voor screening, risicobeoordeling en doorverwijzing van ouderen met een verhoogd valrisico. Regio's waarderen deze inzet, maar signaleren dat risicobeoordeling en doorverwijzing vooral bij de hoogrisicogroep achterblijven. Dit komt onder meer door wisselende bereidheid tot contractering met zorgverzekeraars, landelijke standpunten van de beroepsorganisatie die regionale afspraken bemoeilijken, onbekendheid met werkwijzen, capaciteitsproblemen en een beperkt mandaat van regionale huisartsenorganisaties (RHO's). Waar RHO's onvoldoende betrokken zijn, wordt ingezet op het informeren en activeren van individuele huisartsenpraktijken. Dit is tijdrovend en vraagt blijvende aandacht voor de basisfunctionaliteit. De hoogrisico-indicatie vormt daarbij een extra uitdaging: deze kan niet worden vastgesteld met een eenvoudige valrisicotest, maar vraagt om een verdiepende beoordeling, een inschatting van multifactorieel risico en een medische afweging van behandelbaarheid en passende vervolgzorg. Deze aanvullende stappen zijn vaak niet routinematig ingebed.

Alternatieve route voor valrisicobeoordeling

Experimenteren met alternatieve werkwijzen voor het beoordelen van valrisico's bij ouderen kan uitkomst bieden voor de grote afhankelijkheid van huisartsen in de keten. Ter illustratie: niet iedere oudere hoeft standaard fysiek gezien te worden door de huisarts; bekende patiënten kunnen ook telefonisch beoordeeld worden. Hoewel de implementatie ervan in de praktijk nog niet altijd vlekkeloos verloopt, is dit een hoopvolle ontwikkeling om druk op en de afhankelijkheid van huisartsen in deze keten te beperken.

2.6.2 Kwetsbare doelgroepen zijn moeilijk te bereiken

Een breed gedeeld probleem is dat kwetsbare of moeilijk bereikbare groepen onvoldoende worden bereikt. Het gaat onder andere om ouderen met lage sociaal-economische status, mensen met een migratieachtergrond, moeilijk bereikbare wijken, grensgemeenten of ouderen die al kwetsbaar zijn maar niet vanzelf deelnemen aan groepsinterventies. De gemotiveerde doelgroep van vitale ouderen (laaghangend fruit) wordt goed bereikt, maar de kwetsbare doelgroepen blijven achter. Er wordt verkend hoe aanvullende vindplaatsen kunnen worden benut, zoals bij apothekers, in thuisplusflats of via wijkgerichte opsporing. Dit bevindt zich echter vaak nog in een ontwikkelfase.

2.6.3 Onvoldoende kostendekkende tarieven en financieringsonzekerheid belemmeren duurzame uitvoering

Naast de bovengenoemde implementatieknelpunten vormen financiën een terugkerend thema. Tarieven voor hoogrisico-interventies worden regelmatig als ontoereikend ervaren, vooral wanneer groepen in beweegprogramma's niet volledig gevuld zijn. Fysiotherapeuten en andere aanbieders geven aan dat de kostendekkendheid onder druk staat, wat hun bereidheid tot structurele inzet vermindert. In sommige regio's is financiering tot en met 2026 geborgd, maar bestaat onzekerheid over de periode daarna. Complexiteit in betaaltitels, declaratiesystematiek en het ontbreken van heldere structurele afspraken over coördinatie en monitoring bemoeilijken duurzame borging.

Bijlage 1: Lijst van 41 IZA-regio's

1. Achterhoek
2. Amstelland
3. Amsterdam
4. Apeldoorn-Zutphen
5. Centraal Gelderland
6. Drenthe
7. Eindhoven-De Kempen
8. Flevoland
9. Friesland
10. Gelderse Vallei
11. Gooi en Vechtstreek
12. Groningen
13. Haaglanden
14. Haarlemmermeer
15. Helmond-De Peel
16. Kennemerland
17. Lekstroom
18. Midden-Holland
19. Midden-Brabant
20. Midden-IJssel
21. Noord- en Midden-Limburg
22. Noord-Holland Noord
23. Noord-Veluwe
24. Noordoost-Brabant
25. Rijk van Nijmegen
26. Rivierenland
27. Rotterdam
28. Twente
29. Utrecht-Eemland
30. Utrecht-West
31. Utrecht-Zuidoost
32. Utrecht-stad
33. Waardenland
34. West-Brabant
35. Westland-Schieland-Delfland
36. Zaanstreek-Waterland
37. Zeeland
38. Zuid-Holland Noord
39. Zuid-Hollandse Eilanden
40. Zuid-Limburg
41. Zwolle-IJssel-Vecht

Berenschot



‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al meer dan tachtig jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken.
Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

Berenschot Groep B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht
Postbus 8039, 3503 RA Utrecht
030 2 916 916
www.berenschot.nl