Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Samen werken aan de beweging van zorg naar **gezondheid en welzijn**

Derde meting voor de monitoring van het IZA en van het GALA

RIVM-rapport 2026-0060



Samen werken aan de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn

Derde meting voor de monitoring van het IZA en van het GALA

RIVM-rapport 2026-0060

Colofon

© RIVM 2026
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2026-0060

P. Kemper (auteur), RIVM
F. Baâdoudi (auteur), RIVM
I. Brus (auteur), RIVM
U. Chavez Baldini (auteur), RIVM
R. Eilers (auteur), RIVM
M. Huiberts (auteur), RIVM
S. Hundersmarck (auteur), RIVM
L. Janssen (auteur), RIVM
N. Koopman (auteur), RIVM
K. Leenaars (auteur), RIVM
L. Lemmens (auteur), RIVM
J. Molenaar (auteur), RIVM
P. Pelle-Geuijen (auteur), RIVM
C. Rompelberg (auteur), RIVM
Z. Scheefhals (auteur), RIVM
S. Vader (auteur), RIVM
J. Vermeij (auteur), RIVM
A. Verweij (auteur), RIVM
N. van Vooren (auteur), RIVM
M. Vugts (auteur), RIVM
C. van den Brink (auteur), RIVM

Contact:
Peter Kemper
Centrum Volksgezondheid, Zorg en Maatschappij
peter.kemper@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Samen werken aan de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn

Derde meting voor de monitoring van het IZA en van het GALA

In Nederland zijn steeds meer mensen chronisch ziek of ze hebben een grotere kans om een ziekte of aandoening te krijgen. Dit komt onder andere door de vergrijzing en een ongezonde leefstijl. Dat vraagt veel van de zorg en maakt het extra belangrijk om ziekte te voorkomen. Het ministerie van VWS heeft daarom met verschillende partijen akkoorden gesloten. Dat zijn onder andere het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Het doel van deze akkoorden is onder andere om de focus op ziekte te verleggen naar gezondheid en preventie. De akkoorden stimuleren hiervoor dat het medisch domein (zorg) en het sociaal domein (gemeenten) samenwerken.

Deze samenwerking is ingewikkeld omdat er verschillende bestuurlijke niveaus bij zijn betrokken. De akkoorden worden landelijk gemaakt. Ze worden vertaald naar regionale visies, die lokaal worden uitgevoerd. Het RIVM doet verschillende studies om de resultaten van de samenwerking in beeld brengen. Om een beter overzicht te krijgen van de stand van zaken en de knelpunten, heeft het RIVM nu deze resultaten samengevoegd.

Daaruit blijkt dat het medisch en sociaal domein steeds meer samenwerken en maatregelen nemen die goed zijn voor gezondheid en welzijn. Zoals de initiatieven een Kansrijke Start voor kinderen en Valpreventie voor ouderen. Er zijn ook aandachtspunten. Regionaal is te zien dat gemeenten en zorgverzekeraars nog weinig keuzes en afspraken maken over wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit vraagt om meer daadkracht van de partijen.

Knelpunten die het RIVM al eerder signaleerde gelden nog steeds. Zo blijft het vooral lastig om mensen met gezondheidsproblemen die in moeilijke omstandigheden leven, bijvoorbeeld door schulden, mee te laten doen aan de initiatieven. Verder is er bij bijvoorbeeld gemeenten onzekerheid over structurele financiering voor bestaande en nieuwe activiteiten.

Het RIVM adviseert de betrokken partijen zich op alle niveaus te blijven inspannen voor meer en betere samenwerking. Op landelijk niveau zijn rust, stabiliteit en duidelijkheid gewenst. Regionaal is regie, coördinatie en een gezamenlijke visie nodig. Lokaal is het belangrijk de plannen te gaan uitvoeren, waarbij maatwerk mogelijk is.

Kernwoorden: GALA, IZA, LeRS, preventie, zorg, samenwerking, domeinoverstijgend, integrale aanpak, sociaal domein, gezondheidsbeleid

Synopsis

Making the shift from care to health and well-being together

Third measurement to monitor the Integrated Care Agreement and Healthy and Active Living Agreement

More and more people in the Netherlands suffer from chronic diseases or are at increased risk of developing a disease or health condition. An ageing population and unhealthy lifestyles are contributing factors. This places great demands on the health care system, making disease prevention more important than ever. To that end, the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport has entered into agreements with various parties. These include the Integrated Care Agreement (Integraal Zorgakkoord, or IZA) and the Healthy and Active Living Agreement (Gezond en Actief Leven Akkoord, or GALA). One of the goals of these agreements is a shift in focus from treating illness to health and prevention. They aim to achieve this by encouraging cooperation between the medical (care) and social (local government) domains.

Cooperation is inherently complex, as multiple levels of government are involved. The agreements apply nationally. They are translated into regional visions and implemented locally. The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) carries out a range of studies to assess the outcomes of these cooperative efforts. To gain a more accurate impression of the state of affairs and relevant challenges, RIVM has combined the findings of these studies'.

The studies show that cooperation between the medical and social domains has increased and that they are taking measures which are beneficial to health and well-being. That includes initiatives such as the Kansrijke Start (Promising Start) programme for children and the fall prevention programme for seniors. There are also areas for improvement. At regional level, municipalities and health insurance companies are still slow to make choices and agree on the allocation of responsibilities. The parties need to become more decisive in this regard.

Challenges previously identified by RIVM continue to apply. It is particularly difficult to ensure participation in initiatives by people with health problems who are living under difficult circumstances due to e.g. debt. Furthermore, for example, there is uncertainty among the municipalities regarding the structural funding of activities.

RIVM therefore advises that the parties involved continue to commit to more and better cooperation at all levels. At a national level, constancy, stability and clarity are desirable. At regional level, leadership, coordination and a shared vision are required. At local level, it is important to start implementing the plans, allowing for a tailored approach.

Keywords: GALA, IZA, Learning Evaluation of Regional Collaboration (LeRS), prevention, care, cooperation, cross-domain approach, integrated approach, social domain, health policy

Inhoudsopgave

Samenvatting — 11

1 Inleiding — 19
1.1 Context — 19
1.2 Domeinoverstijgende samenwerking — 20
1.3 Bevindingen uit eerdere rapportages — 21
1.4 Methode — 22
1.5 Leeswijzer — 22

2 Samenwerking in samenwerkingsverbanden — 25
2.1 Inleiding — 25
2.2 Samenwerking vindt plaats op verschillende niveaus — 26
2.3 Inzet op verschillende doelen en doelgroepen — 26
2.4 Gevarieerde inzet op GALA-thema's en ketenaanpakken — 27
2.5 Ontwikkeling inrichting van samenwerkingsverbanden — 28
2.5.1 Betrokken organisaties — 28
2.5.2 Governance-vorm — 31
2.5.3 Bekostiging — 32
2.5.4 Financiering — 32
2.5.5 Inwonerparticipatie — 33
2.6 Ontwikkeling van het samenwerkingsproces in samenwerkingsverbanden — 34
2.6.1 Indicatoren ontwikkeling samenwerkingsproces — 35
2.7 Reflectie — 36

3 De rol van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden bij het veranderen van werkwijzen — 39
3.1 Inleiding — 39
3.2 Ervaren mate van verandering in lijn met de doelen van het DSV binnen individuele organisaties — 40
3.3 Ervaren verandering in werkwijze in de praktijk op het niveau van het samenwerkingsverband — 42
3.3.1 Veranderde werkwijzen in specifieke DSV's: vier succesverhalen — 43
3.3.2 Overkoepelende inzichten over veranderde werkwijzen — 45
3.4 Reflectie — 47

4 Samenwerken aan een regionale preventie-infrastructuur — 49
4.1 Inleiding — 49
4.2 Resultaten — 50
4.2.1 Samenwerkingsafspraken rondom de preventie-infrastructuur — 50
4.2.2 Ervaringen met de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar — 54
4.3 Reflectie — 56

5 Overzicht inrichting ketenaanpakken — 57
5.1 Inleiding — 57
5.2 Overzicht van gemeenten waarin gestart is met inrichting — 59
5.2.1 Redenen waarom niet is gestart met inrichting van ketenaanpak — 62
5.3 Processtappen door gemeenten en zorgverzekeraars — 62
5.3.1 Mate waarin sprake is van aanbod van ketenaanpakken — 64

5.3.2 Aantal gezette processtappen — 64
5.4 Borging — 64
5.5 Betrokkenheid van GGD bij ketenaanpakken — 65
5.6 Bevorderende factoren voor inrichting ketenaanpakken — 66
5.7 Belemmeringen en obstakels voor verdere implementatie en uitvoering ketenaanpakken — 67
5.7.1 Belemmeringen voor de verdere implementatie — 67
5.7.2 Belangrijkste obstakels voor de uitvoering — 69

6 Lokale samenwerking aan een integrale aanpak — 75
6.1 Inleiding — 75
6.2 Verbinden van GALA-thema's — 76
6.3 Samenwerking binnen en buiten de gemeentelijke organisatie — 77
6.4 Mate van integraal gezondheidsbeleid rond het GALA — 78
6.5 Reflectie — 80

7 GALA-thema's — 81
7.1 Inleiding — 81
7.2 Thema-overkoepelend — 82
7.2.1 Betrokkenheid zorgverzekeraar — 83
7.3 Terugdringen gezondheidsachterstanden — 84
7.3.1 Context — 84
7.3.2 Van ambities naar acties — 85
7.3.3 Samenwerking — 86
7.3.4 Ervaringen uit de praktijk — 86
7.4 Gezonde leefomgeving — 88
7.4.1 Inleiding — 88
7.4.2 Van ambities naar acties — 88
7.4.3 Stand van zaken van afzonderlijke acties — 89
7.4.4 Samenwerking — 89
7.5 Sociale basis — 90
7.5.1 Context — 90
7.5.2 Van ambities naar acties — 90
7.5.3 Samenwerking — 92
7.6 Gezonde leefstijl — 92
7.6.1 Context — 92
7.6.2 Van ambities naar acties — 93
7.6.3 Stand van zaken van afzonderlijke acties — 94
7.6.4 Samenwerking — 96
7.7 Mentale gezondheid — 96
7.7.1 Context — 96
7.7.2 Van ambities naar acties — 96
7.7.3 Stand van zaken van afzonderlijke acties — 98
7.7.4 Samenwerking — 100
7.8 Vitaal ouder worden — 100
7.8.1 Inleiding — 100
7.8.2 Van ambities naar acties — 101
7.8.3 Stand van zaken van afzonderlijke acties — 101
7.8.4 Samenwerking — 102
7.8.5 Beleidsnota — 103
7.9 Reflectie — 103

8 Verdieping: praktijkvoorbeelden 'Versterken sociale basis' en ketenaanpak Sociaal verwijzen — 105
8.1 Inleiding — 105
8.2 Tactisch niveau: versterken van de sociale basis — 107
8.3 Operationeel niveau: ketenaanpak Sociaal verwijzen — 112
8.4 Reflectie — 115

9 Verdieping GALA-monitor: inwonersperspectief — 117
9.1 Inleiding — 117
9.2 Resultaten van onderzoek onder inwoners — 118
9.2.1 Vraag via straatinterviews: Wat verstaan inwoners onder gezond en actief leven? — 118
9.2.2 Vraag via straatinterviews: Wat hebben inwoners nodig om gezond en actief te kunnen leven? — 119
9.2.3 Vraag via straatinterviews: Welke inspanningen vanuit het GALA helpen inwoners om gezond en actief te kunnen leven? — 121
9.3 Reflectie — 122

10 Ontwikkelingen in uitkomsten van domeinoverstijgende regionale samenwerking — 123
10.1 Inleiding — 123
10.2 Ervaren effectiviteit op gestelde doelen — 125
10.3 Ontwikkelingen wachttijden, kosten en uitgaven — 126
10.3.1 Wachtlijsten in de curatieve en langdurige zorg — 126
10.3.2 Verhouding zorgkosten eerste- en tweedelijnsbehandelingen — 129
10.3.3 Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon — 130
10.4 Reflectie — 131

11 Verandering en bijsturing: het leerproces in de praktijk — 135
11.1 Inleiding — 135
11.2 Leercasussen LeRS — 136
11.2.1 Context: leercasussen binnen DSV's — 136
11.2.2 Beschrijving DSV leervragen — 136
11.2.3 Lessen uit het leerproces — 137
11.3 Leernetwerk GALA — 139
11.3.1 Context — 139
11.3.2 Actiegericht leren met leervragen — 139
11.3.3 Plenaire sessies, thema-specifieke leergroepen en een handreiking — 139
11.3.4 Ervaringen en inzichten — 140
11.3.5 GALA-leernetwerk in bredere GALA-monitor — 141
11.4 Reflectie — 141

12 Beschouwing — 143
12.1 Domeinoverstijgende samenwerking: drie niveaus — 143
12.2 Niveau-overstijgende aandachtspunten — 146
12.3 Van samenwerken naar gezondheid — 147
12.4 Reflectie op dit rapport (methode) — 149
12.5 Op naar het AZWA — 150
12.6 Tot slot — 151

Dankwoord — 153

Literatuur — 155

Bijlage 1 Methode — 159
A. DSV-vragenlijst onder programmamanagers — 159
B. DSV-focusgroepen — 167
C. GALA-vragenlijsten onder gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en — 167
D. GALA-duidingssessies met gemeenten en zorgverzekeraars — 169
E. GALA-leernetwerk voor gemeenten van het RIVM — 170
F. GALA-interviews gezondheidsverschillen — 171
G. GALA-interviews praktijkvoorbeelden — 171
H. GALA-literatuuronderzoek — 172
I. GALA-straatinterviews — 172
J. LeRS-leercasussen — 173
K. Secundair gebruikte gegevens — 173

Bijlage 2 Aanvullende tabellen en figuren bij hoofdstuk 5 — 176

Bijlage 3 Aanvullende tabellen en figuren bij hoofdstuk 6 — 184

Samenvatting

Steeds meer mensen in Nederland zijn chronisch ziek of lopen een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Hierdoor staat het Nederlandse volksgezondheidsbeleid voor de uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden en tegelijkertijd de gezondheid van de bevolking te verbeteren. Het ministerie van VWS heeft daarom met andere landelijke en regionale partijen afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Met het GALA wordt beoogd te bouwen aan een fundament voor een gerichte lokale en regionale aanpak van preventie, gezondheid en sociale basis, met een gezonde generatie in 2040 als stip op de horizon.

Om de doelen uit deze akkoorden te realiseren wordt ingezet op domeinoverstijgende samenwerking op lokaal en regionaal niveau en een integrale aanpak van preventie. Om de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein te bevorderen wordt in de akkoorden een preventie-infrastructuur beschreven als regionale samenwerkingsstructuur. Daarnaast zijn er in heel Nederland andere domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's)[1]. De samenwerking wordt in het GALA en het IZA geconcretiseerd met vijf ketenaanpakken[2]. Daarnaast zijn in het GALA ambities gesteld op zes andere gezondheidsthema's, de zogenaamde GALA-thema's[3].

Het RIVM volgt in meerdere onderzoeken verschillende facetten van de beweging rondom domeinoverstijgende samenwerking. In dit rapport worden de onderzoeken geïntegreerd. Het gaat om de GALA-monitor, de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking en de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking. Er is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Kwantitatieve gegevens zijn verzameld via diverse vragenlijsten en secundaire registratiedata. Kwalitatieve data zijn verkregen uit lerende evaluaties, focusgroepen, duidingssessies en (straat)interviews. Deze bieden context, verklaringen en praktijkervaringen bij de cijfers.

Hoofdstuk 2 biedt inzicht in de stand van zaken van de beweging naar meer regionale samenwerking binnen DSV's aan de hand van verschillende indicatoren. Hierbij wordt gekeken naar de inrichting van samenwerkingsverbanden en naar procesfactoren zoals samenwerkingscompetenties, leiderschap en vertrouwen. De DSV's richten zich op meerdere doelgroepen, waaronder ouderen met een kwetsbare gezondheid, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en mensen met psychische klachten. De doelen zijn doorgaans gericht

[1] Een DSV is een netwerk van drie of meer organisaties uit het zorg- en sociaal domein die samen structureel werken aan gezamenlijke doelen voor een betere gezondheid en kwaliteit van leven van inwoners.
[2] De vijf ketenaanpakken zijn: Kansrijke Start, Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht), Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen, Valpreventie.
[3] De zeven GALA-thema's zijn: Gezondheidsachterstanden, gezonde fysieke leefomgeving, sociale basis, gezonde leefstijl, mentale weerbaarheid en mentale gezondheid, vitaal ouder worden, domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur.

op het verbeteren van de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg en ondersteuning, het bevorderen van de gezondheid van inwoners en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Daarnaast werken veel samenwerkingsverbanden aan thema's uit het GALA, zoals vitaal ouder worden, mentale gezondheid en het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Er is een breed scala aan organisaties betrokken bij deze samenwerkingen, waaronder huisartsen, gemeenten, ziekenhuizen, welzijnsorganisaties en cliëntenvertegenwoordigers. Inwoners zijn vooral betrokken bij de uitvoering van activiteiten en minder bij bestuurlijke besluitvorming. Wat betreft governance blijkt dat veel grote samenwerkingsverbanden nog geen gecentraliseerde governancevorm hebben, wat kan leiden tot inefficiëntie. Al met al is de beweging naar meer regionale samenwerking zichtbaar, maar zijn verdere stappen nodig, bijvoorbeeld op het gebied van centrale aansturing van grote DSV's (meer dan acht organisaties) en versterking van inwonerparticipatie.

Hoofdstuk 3 onderzoekt de rol die het regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverband speelt in het komen tot andere werkwijzen ten behoeve van de transformatie van zorg naar gezondheid. Hiervoor is de DSV-vragenlijst gebruikt in combinatie met verdiepend kwalitatief onderzoek. Uit de vragenlijst blijkt dat DSV-vertegenwoordigers gemiddeld genomen nog steeds een beperkte mate van verandering ervaren binnen individuele organisaties die aansluiten bij de doelen van het DSV. Uit verder kwalitatief onderzoek blijkt echter dat veranderingen in werkwijzen op veel verschillende manieren plaatsvinden. Welke veranderingen dit zijn hangt onder andere af van de ambitie, de inrichting en de aanpak van de betreffende DSV.

DSV's spelen een cruciale rol in het opbouwen en versterken van relaties tussen betrokkenen, wat essentieel is voor het realiseren van verandering in de samenwerking in de praktijk. Hun succes wordt bevorderd door het creëren van motivatie, urgentie en een gedeeld overkoepelend belang bij partners. DSV's die externe factoren, zoals het IZA, weten te koppelen aan hun bestaande samenwerkingsstructuren en visie, ervaren dat hun samenwerking verder wordt verdiept en verbreed. Uit dit hoofdstuk blijkt dat het zichtbaar maken van veranderde werkwijzen, hoe kleinschalig ook, helpt om te begrijpen hoe transformatieprocessen vorm krijgen in de praktijk.

Hoofdstuk 4 gaat in op de regionale preventie-infrastructuur. Hierbij staat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars centraal, met als doel om preventie voor risicogroepen effectief te organiseren. Om dit in beeld te brengen zijn vragenlijsten uitgezet en duidingssessies georganiseerd. De resultaten uit de vragenlijst zijn stabiel, na de daling van vorig jaar. Dit betekent dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars nog steeds niet optimaal is.

Hoewel er wel periodiek overleg plaatsvindt, worden gezamenlijke besluitvorming, duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden en harde financiële afspraken als onvoldoende ervaren. Zorgverzekeraars beoordelen de samenwerking doorgaans positiever dan gemeenten. Concrete afspraken met hulp- en zorgverleners en de GGD zijn in

opkomst, maar nog voor verbetering vatbaar. Gemeenten ervaren vooral dat alleen overleg onvoldoende is. Er is behoefte aan meer concrete afspraken en gedeelde verantwoordelijkheid. Voor een robuuste en toekomstbestendige preventie-infrastructuur is het nodig te blijven investeren in de onderlinge relatie en vanuit deze basis tot meer daadkracht te komen.

Hoofdstuk 5 geeft inzicht in de voortgang en de belangrijkste knelpunten bij de inrichting van vijf landelijke ketenaanpakken binnen het GALA: Kansrijke Start, Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht)[4], Gecombineerde leefstijlinterventie, Sociaal verwijzen en Valpreventie. Het hoofdstuk beschrijft de procesmatige stappen die gemeenten en zorgverzekeraars hebben gezet. Veel gemeenten en zorgverzekeraars hebben stappen gezet in de inrichting van de vijf ketenaanpakken. Zo is voor elke ketenaanpak in minimaal 80 procent van de gemeenten gestart met de inrichting en geldt voor alle ketenaanpakken dat minimaal de helft van de zorgverzekeraars afspraken heeft met een deel of alle relevante zorg- en hulpverleners. Het aandeel gemeenten waarin gestart is, is gestegen en gestarte gemeenten hebben meer processtappen gezet dan bij de vorige meting van de GALA-vragenlijst. Het starten met de inrichting betekent echter niet dat er ook sprake is van uitvoering en aanbod: dit blijft vaak nog achter. Zo is in 86 procent van de gemeenten gestart met de inrichting van Kind naar Gezonder Gewicht, maar in 51 procent van deze gemeenten wordt door de centrale zorgverlener doorverwezen naar andere professionals.

Gemeenten en zorgverzekeraars worden geconfronteerd met diverse belemmeringen, die zowel randvoorwaardelijk als uitvoerend van aard zijn. De meest genoemde zijn: onzekerheid over structurele middelen, beperkte capaciteit bij gemeenten en professionals, en moeizame samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en met huisartsen. Ook het bereiken van de doelgroep, vooral kwetsbare groepen, blijkt een terugkerende uitdaging. Het systematisch uitvragen van de latere stappen in het proces en het verkrijgen van gegevens omtrent aanbod en bereik is noodzakelijk om inzicht te krijgen in de daadwerkelijke implementatie en effect van de ketenaanpakken.

Hoofdstuk 6 beschrijft in hoeverre er sprake is van een integrale aanpak van preventie in gemeenten. Hieruit blijkt dat GALA-thema's vaak aan elkaar worden verbonden: met name de koppelingen tussen gezonde leefstijl, vitaal ouder worden, sociale basis en terugdringen van gezondheidsachterstanden komen veel voor. Ten opzichte van de vorige meting van de GALA-vragenlijst is er een toename zichtbaar in het verbinden van thema's, vooral rondom mentale gezondheid. De verbinding tussen mentale gezondheid en gezonde fysieke leefomgeving blijft achter.

Samenwerken aan de GALA-doelen binnen de gemeentelijke organisatie vindt vooral plaats met de domeinen Volksgezondheid, Sport en Sociaal

[4] In het GALA staat onder de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen de uitvoering van het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas beschreven. De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) is de praktische vertaling van dit Landelijk model. Om die reden is de uitvraag en verdere rapportage gericht op de aanpak KnGG.

domein/welzijn. Er is een toename zichtbaar in samenwerking met Werk & inkomen, Wonen/huisvesting en Armoede/schulden. Buiten de gemeentelijke organisatie werken gemeenten vooral samen met welzijnsorganisaties, GGD, huisartsen en sociale (wijk)teams. Uit analyses aan de hand van het *Maturity Model Health in All Policies* blijkt dat meer dan de helft van de gemeenten aan de slag is met het realiseren van integraal gezondheidsbeleid rond het GALA. Aandachtspunten voor verdere versterking van lokaal integraal gezondheidsbeleid zijn vooral het maken van heldere samenwerkingsafspraken en het structureel en in samenhang monitoren en evalueren van de integrale aanpak.

Hoofdstuk 7 gaat over de zes gezondheidsthema's van het GALA. In het GALA zijn voor deze thema's acties opgesteld die door meerdere partijen worden uitgevoerd. In dit hoofdstuk bespreken we vooral de ervaringen van gemeenten en zorgverzekeraars met de uitvoering hiervan. De bevindingen uit dit hoofdstuk komen grotendeels uit de vragenlijsten die uitgezet zijn onder gemeenten en zorgverzekeraars. Uit de resultaten blijkt dat zorgverzekeraars het vaakst betrokken zijn bij de thema's Vitaal ouder worden en Mentale gezondheid. Bij het thema Gezonde fysieke omgeving is dit het laagst. De betrokkenheid van zorgverzekeraars bij de thema's is niet toegenomen in vergelijking met de vorige meting van de GALA-vragenlijst.

Uit de resultaten blijkt ook dat gemeenten steeds beter in staat zijn ambities om te zetten naar acties. Dit geldt vooral voor de thema's Sociale basis, Gezonde leefstijl, Mentale gezondheid, en Vitaal ouder worden. Succesfactoren die gemeenten hierbij noemen, zijn domeinoverstijgende samenwerking en samenwerking met externe partijen. Gemeenten willen hier nog meer op inzetten om verder te komen op de thema's. Een andere succesfactor die gemeenten noemen, is het aanstellen van een coördinator of beleidsadviseur op een specifiek thema. Gemeenten geven ook aan dat de financiële middelen vanuit het GALA het mogelijk gemaakt hebben om projecten te starten en om nieuwe samenwerkingen aan te gaan, maar dat ze structurele middelen nodig hebben om nog verder vooruit te komen op de thema's.

Hoofdstuk 8 beschrijft de impact van het GALA op het versterken van de sociale basis in twee gemeenten die als praktijkvoorbeeld dienen. Hierbij is gebruikt gemaakt van interviews op tactisch (beleidsadviseurs en netwerkpartners) en operationeel niveau (professionals en aanbieders). Hieruit blijkt dat het GALA een duidelijke impuls heeft gegeven aan het versterken van de sociale basis en het inrichten van de ketenaanpak Sociaal verwijzen. Er is in beide praktijkvoorbeelden meer inzet op zowel het thema als de ketenaanpak. Dit leidt tot uitbreiding van bestaande en nieuwe netwerken, meer domeinoverstijgende samenwerking en een integraler aanbod binnen de sociale basis.

Deze uitbreiding van netwerken, samenwerkingen en integraliteit blijkt nodig om met verschillende partijen op verschillende niveaus te kunnen schakelen op brede thema's als het versterken van de sociale basis. Uitdagingen liggen met name op het gebied van bestaande financierings- en organisatiestructuren in het zorg- en sociaal domein,

het blijvend onderhouden van samenwerkingsrelaties en het voorzien in passend aanbod voor alle inwoners met een hulpvraag.

Hoofdstuk 9 beschrijft het perspectief van inwoners op gezond en actief leven. Hiervoor zijn drie onderzoeksvragen opgesteld over wat inwoners verstaan onder gezond en actief leven, wat zij hiervoor nodig hebben en welke GALA-inspanningen hen hierbij kunnen ondersteunen. De aanpak bestond uit een beknopt literatuuronderzoek en het houden van straatinterviews over de ideeën, activiteiten, behoeften en ervaringen van inwoners ten aanzien van gezond en actief leven. De deelnemers aan de straatinterviews zien gezondheid als een breed begrip, waarin fysiek, mentaal en sociaal welzijn allemaal een rol spelen. Dit sluit aan op de brede benadering van gezondheid die in het GALA gehanteerd wordt.

Gezond leven zien de geïnterviewde inwoners als een combinatie van factoren als gezonde voeding, voldoende bewegen, voldoende rust en ontspanning en sociale contacten. Voor actief leven leggen zij vooral de nadruk op regelmatig bewegen en meedoen aan (sociale) activiteiten. De meeste van de geïnterviewde inwoners geven aan dat zij, mede door het bestaande aanbod aan activiteiten in hun gemeente, in staat zijn gezond en actief te leven. Daarbij benadrukken inwoners het belang van sociale contacten en een ondersteunende omgeving voor het behoud van een gezond en actief leven. Met concrete activiteiten voortkomend uit het GALA zijn zij vaak niet bekend, met uitzondering van valpreventie.

Hoofdstuk 10 onderzoekt in hoeverre regionale DSV's ervaren dat zij hun gezamenlijke doelen op het gebied van (systeem)uitkomsten - waaronder toegankelijkheid, kosten, kwaliteit en gezondheidsverschillen - realiseren. Ook wordt met behulp van relevante objectieve indicatoren de landelijke ontwikkeling in toegankelijkheid en betaalbaarheid geanalyseerd. De bevindingen zijn gebaseerd op drie opeenvolgende metingen van een vragenlijst onder DSV's (2023, 2024, 2025) en actuele landelijke registraties over wachttijden en uitgaven aan zorg en ondersteuning (2022–2025).

Uit de DSV-vragenlijst blijkt dat DSV's zichzelf doorgaans als 'gemiddeld effectief' beoordelen bij het realiseren van hun doelen. Als het gaat om het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en het verbeteren van gezondheid wordt er lager gescoord. De mate van ervaren effectiviteit is gedurende deze meetperiode niet aantoonbaar veranderd. Opvallend is wel dat meer DSV's in 2025 doelen stellen en zichzelf als effectief beoordelen op het gebied van arbeidsmarkttekorten, mogelijk in samenhang met recente afspraken uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

Naast de subjectieve effectiviteitsscores worden landelijke indicatoren over systeemuitkomsten gepresenteerd, namelijk wachttijden en uitgaven aan zorg en ondersteuning. Van 2022 tot en met 2025 liggen wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg en medisch-specialistische zorg vaak boven de treeknormen en zijn deze voor veel patiëntgroepen in 2025 verder gestegen. In sommige specialismen, zoals cardiologie en orthopedie, en langdurige zorg zijn ook afnames

zichtbaar. In 2024 is het aandeel sociale zorguitgaven per inwoner gestegen, terwijl medische zorguitgaven zijn afgenomen. De verhouding tussen kosten voor eerste- en tweedelijnszorg blijft in 2025 stabiel ten opzichte van 2024.

Het blijft onzeker in hoeverre veranderingen in systeemuitkomsten daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan regionale, domeinoverstijgende samenwerking, mede door invloed van bredere demografische en beleidsmatige trends en het ontbreken van data, zoals uniforme registraties vanuit het sociaal domein. Het realiseren én meten van systeemtransformatie en de relatie tot domeinoverstijgende samenwerking vereist een langdurige, gezamenlijke inspanning. Erkenning van onzekerheid over uitkomsten kan beleidsmakers en samenwerkingsverbanden helpen om leren uit ervaring te stimuleren en gericht bij te sturen.

Hoofdstuk 11 beschrijft de bevindingen uit twee lerende evaluaties: de leercasussen van de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking (LeRS), gericht op DSV's, en het RIVM GALA-leernetwerk, gericht op beleidsmedewerkers van gemeenten. Deze evaluaties dragen bij aan het bewerkstelligen van de regionale veranderopgaven. Het hoofdstuk beschrijft de volgende geleerde lessen en ervaringen. Effectieve leertrajecten binnen DSV's vragen om voortdurende aandacht voor de regionale context, waarbij duidelijke afspraken over rollen en verwachtingen van groot belang zijn. Het vinden van een goede balans tussen flexibiliteit en structuur is essentieel: enerzijds inspelen op veranderingen, anderzijds werken met concrete methoden om leervragen om te zetten in acties. Om het leerproces goed aan te laten sluiten bij de praktijk, zijn voldoende tijd, betrokkenheid en nabijheid nodig. De meerwaarde van deze trajecten ligt vooral in het daadwerkelijk nemen van concrete stappen.

Binnen het GALA-leernetwerk werd het leren van en met elkaar als zeer waardevol ervaren, mede dankzij de ruimte voor eigen invulling en inspiratie uit praktijkvoorbeelden. Actieve betrokkenheid en het gebruik van diverse werkvormen versterkten het leerproces. Wel maakten een hoge werkdruk en personele wisselingen deelname soms lastig, waardoor flexibiliteit in de organisatie van het leernetwerk belangrijk bleef. Ondanks deze uitdagingen werden er gezamenlijk stappen gezet en konden deelnemers samen reflecteren.

Hoofdstuk 12 geeft een beschouwing op de bevindingen rondom domeinoverstijgende samenwerking voor meer gezondheid. Bij deze samenwerking kan een onderscheid gemaakt worden tussen drie 'verticale' niveaus: strategisch (landelijk), tactisch (regionaal) en operationeel (lokaal). Daarnaast vindt binnen elke laag 'horizontale' samenwerking plaats. Hierbij wordt de verbinding gelegd tussen de verschillende domeinen op hetzelfde niveau. Samenwerking is een schakel in het geheel. Waar de verticale as zorgt voor sturing en doorvertaling van beleid naar praktijk, zorgt de horizontale as voor de daadwerkelijke samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein.

Per niveau worden in het hoofdstuk verschillende aanbevelingen gedaan die volgen uit het rapport. Op strategisch (landelijk) niveau zijn rust,

stabiliteit en duidelijkheid gewenst. Hierbij kan gedacht worden aan een goede positionering van het AZWA ten opzichte van de bestaande akkoorden. Het tactische (regionaal) niveau vraagt om regie, coördinatie en gezamenlijke visie. Op dit niveau is het bijvoorbeeld van belang de preventie-infrastructuur te versterken. Tot slot moet op operationeel niveau (lokaal) de stap naar uitvoering gemaakt worden, met ruimte voor maatwerk. Ook zijn er niveau-overstijgende aanbevelingen, zoals de oproep voor meer cijfers over aanbod en bereik van relevante interventies, zoals de ketenaanpakken.

Daarnaast wordt in de beschouwing aandacht gegeven aan de stappen die gezet worden naar een goede gezondheid van de Nederlandse bevolking. Het rapport laat zien dat gemeenten binnen de GALA-thema's steeds beter ambities omzetten in acties. Ook zijn er op lokaal niveau meer stappen gezet bij de ketenaanpakken. We zien hierbij wel dat het daadwerkelijke aanbod binnen de ketenaanpakken nog achterblijft. Het bereiken van mensen in een kwetsbare situatie blijft een uitdaging. Om dit beter te kunnen volgen is het van belang meer inzicht te hebben in deze cijfers over aanbod en bereik.

Het recent afgesloten Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) biedt kansen om voort te bouwen op de beweging rondom domeinoverstijgende samenwerking, doordat er concrete afspraken zijn gemaakt die aansluiten op de aanbevelingen uit dit rapport. Tegelijk brengt het ook risico's mee. Een nieuw akkoord kan de oude afspraken bijvoorbeeld naar de achtergrond drukken.

Concluderend kan gesteld worden dat er belangrijke stappen zijn gezet, maar dat het noodzakelijk is om te blijven investeren op de verschillende niveaus van samenwerking om het beoogde katalyserende effect hiervan op de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn te borgen.

1 Inleiding

1.1 Context

In Nederland zijn steeds meer mensen die chronisch ziek zijn of een verhoogd risico lopen op gezondheidsproblemen. Dit komt mede door vergrijzing en ongezonde leefstijl [1]. Deze ontwikkeling zorgt ervoor dat de behoefte aan zorg in Nederland toeneemt en ook steeds complexer wordt. Tegelijkertijd staat het volksgezondheidsbeleid voor de uitdaging om onze zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, terwijl de kosten blijven stijgen en het tekort aan zorgpersoneel steeds groter wordt. Bovendien gaat het vormgeven van preventie nog niet vanzelf, waardoor het maken van de beweging van zorg naar gezondheid ook een uitdaging is.

Om deze trend te doorbreken heeft het ministerie van VWS met andere landelijke en regionale partijen afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Het IZA heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden [2]. Dit gebeurt via passende zorg en ondersteuning met de focus op gezondheid in plaats van ziekte. Met het GALA wordt beoogd te bouwen aan een fundament voor een gerichte lokale en regionale aanpak ter verbetering van de volksgezondheid. Met de nadruk op preventie, het belang van de sociale basis daarbij, en een gezonde generatie 2040 als stip op de horizon [3]. In aanvulling op en als voortzetting van deze akkoorden, is in 2025 het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) gesloten. Deze akkoorden stimuleren allemaal de beweging naar meer preventie en regionale samenwerking. Domeinoverstijgend samenwerken is hierbij essentieel.

Deze beoogde beweging en de rol van domeinoverstijgende samenwerking wordt in verschillende onderzoeken van het RIVM gevolgd. De GALA-monitor, de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking en de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking (LeRS) volgen sinds 2024 verschillende onderdelen hiervan. In eerdere jaren zijn hierover aparte rapporten gemaakt. Met de huidige rapportage worden de bevindingen over regionale samenwerking vanuit deze studies geïntegreerd. Bij alle onderzoeken gaat het om de derde meting. Met de integratie wordt een completer beeld van (regionale) domeinoverstijgende samenwerking geschetst, in relatie tot zowel IZA- als GALA-doelen, maar ook met oog voor de langer bestaande en bredere beweging waarin deze akkoorden een centrale rol spelen. De IZA-deelmonitor is bovendien een onderdeel van een grotere IZA-monitor (zie tekstbox 1.1).

Tekstbox 1.1 Monitoring van de beweging IZA
De impact van het IZA wordt in kaart gebracht vanuit drie perspectieven: proces, beweging en doelgroepen. In augustus 2025 is de 1-meting van de IZA 'monitor van de beweging' gepubliceerd. Nu volgt de 2-meting van deze monitor.5 De monitor bestaat uit drie deelmonitors:

- De deelmonitor 'Regionale samenwerking' richt zich op de domeinoverstijgende samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein en is in deze meting geïntegreerd met de GALA-monitor. Dit onderdeel staat in het voorliggende rapport.
- De deelmonitor 'Hybride zorg' richt zich op de beweging in het gebruik van digitale of hybride zorgtoepassingen.
- De deelmonitor 'Sterkere eerste lijn' focust zich op de cruciale rol van de eerste lijn in deze transitie, waarbij onder andere thema's uit de andere monitors specifiek voor deze sector worden uitgediept.
- De deelmonitor 'Passende zorg als norm' voldeed met 1-meting niet aan de behoeften van het bestuurlijk overleg van het IZA. Daarom is deze (tijdelijk) stopgezet en heeft geen 2-meting.

Recent is ook het AZWA gesloten, de eventuele doorontwikkeling die dit vergt zal pas meelopen met toekomstige metingen. Deze rapportage richt zich nog primair op het IZA, inclusief het GALA.

1.2 Domeinoverstijgende samenwerking

De domeinoverstijgende samenwerking, zoals beschreven in de akkoorden, is complex. In de zorg en het sociaal domein zijn veel organisaties actief. De algemene gezondheidsopgaven zijn vaak wel duidelijk, maar de precieze invulling kan wisselen per regio, gemeente of wijk, afhankelijk van de lokale (gezondheids)situatie. Daarnaast speelt deze samenwerking zich af op het grensvlak van verschillende wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning), met elk weer eigen eisen, plichten en financieringsstromen.

Om de domeinoverstijgende samenwerking te bevorderen, wordt in het IZA en het GALA een preventie-infrastructuur beschreven als regionale samenwerkingsstructuur voor gemeenten en zorgverzekeraars. Dit vindt plaats in de zogenaamde IZA-regio's. De infrastructuur is bedoeld als kader voor de samenwerking tussen zorg- en sociaal domein om de inzet op gezondheid en preventie duurzaam en domeinoverstijgend te borgen [3]. De domeinoverstijgende samenwerking wordt in het GALA en het IZA geconcretiseerd met vijf ketenaanpakken[6] en in het GALA zijn daarnaast ambities gesteld op zes andere gezondheidsthema's, de zogenaamde GALA-thema's[7].

[5] In dit rapport wordt daarnaar verwezen met respectievelijk meting 2 en meting 3. De 0-meting van het IZA noemen we meting 1.
[6] De vijf ketenaanpakken zijn: Kansrijke Start, Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht), Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen, Valpreventie.
[7] De zeven GALA-thema's zijn: Gezondheidsachterstanden, gezonde fysieke leefomgeving, sociale basis, gezonde leefstijl, mentale weerbaarheid en mentale gezondheid, vitaal ouder worden, domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur.

Domeinoverstijgend samenwerken is niet beperkt tot de afspraken uit het GALA en het IZA rondom de preventie-infrastructuur. Door heel Nederland zijn op verschillende niveaus domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) te vinden [4]. Een DSV is een langdurig samenwerkingsverband van minimaal drie organisaties uit ten minste twee zorg- of ondersteuningsdomeinen, dat gezamenlijk werkt aan meerdere concrete activiteiten om de zorg en ondersteuning voor inwoners in een bepaald gebied (lokaal en regionaal) te verbeteren. Volgens deze definitie valt de samenwerking rondom de preventie-infrastructuur in de IZA-regio's ook binnen de definitie van een DSV.

1.3 Bevindingen uit eerdere rapportages

GALA-monitor
In juli 2025 is het tweede rapport van de GALA-monitor uitgebracht. Ten opzichte van het jaar daarvoor bleek dat er vooruitgang was geboekt; zo waren er stappen gezet in de verdere inrichting van de ketenaanpakken. De ontwikkelingen rondom domeinoverstijgende samenwerking lieten twee kanten zien. Enerzijds waren de samenwerkingen versterkt en werden meer concrete uitvoeringsafspraken gemaakt. Anderzijds bleken verdere stappen en borging van de relaties onder druk te staan, onder andere door onzekerheid over (vervolg) financiering. Het rapport concludeerde dat het belangrijk is dat de beweging die is ingezet, vastgehouden en verankerd wordt. Op lokaal en regionaal niveau kan meer verantwoordelijkheid worden genomen om duurzame domeinoverstijgende samenwerkingen aan te gaan. Daarbij is het nodig dat landelijke partijen voldoende aandacht hebben voor ondersteunende randvoorwaarden.

IZA-deelmonitor Regionale samenwerking
In juni 2025 is tweede rapportage van de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking gepubliceerd. Hierin werd in kaart gebracht hoe regionale samenwerking in het kader van het IZA zich ontwikkelt. Uit deze rapportage bleek dat binnen regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) meestal een goede basis van vertrouwen bestond. Ook werd geconstateerd dat de vormgeving en inrichting van deze netwerken, zoals de wijze van aansturing, volop in ontwikkeling waren. Tegelijkertijd gaven vertegenwoordigers van DSV's aan dat zij de gezamenlijk gestelde doelen – bijvoorbeeld op het gebied van gezondheid en kosten per inwoner – nog in beperkte mate gerealiseerd zagen. Daarnaast bleven sommige randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking, zoals passende financiering en bekostiging en het bestuurlijk betrekken van inwoners, achter bij de verwachtingen uit het IZA. Het rapport benadrukte daarom het belang dat regio's voldoende tijd en ruimte krijgen om toe te werken naar de gezamenlijk geformuleerde ambities op het gebied van gezondheid, welzijn en zorg.

Lerende evaluatie Regionale Samenwerking
In juni 2025 verscheen ook de tussenrapportage Lerende evaluatie Regionale Samenwerking (LeRS). Deze rapportage liet zien dat er grote verschillen waren in de inrichting van DSV's, die vaak veel en diverse doelstellingen en betrokken partijen bleken te hebben. Werken aan randvoorwaarden bestond veelal uit het opbouwen van onderling vertrouwen, het concretiseren van plannen en afspraken, het vinden van

de juiste mate van formalisatie, het verduidelijken van rollen en verantwoordelijkheden, en het ontwikkelen van passende vormen van aansturing en samenwerking. Minder vaak werden substantiële stappen gezet op het gebied van het betrekken van inwoners op bestuurlijk niveau, daadwerkelijke uitvoering van plannen door deelnemende organisaties, en het oplossen van knelpunten rondom financiering, bekostiging en data-uitwisseling. Voor daadwerkelijke transformatie van zorg naar gezondheid gaven regio's aan behoefte te hebben aan voldoende tijd, ondersteuning en flexibiliteit om te kunnen leren en ontwikkelen.

1.4 Methode

De bevindingen uit dit rapport zijn verkregen door een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden, om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de ontwikkelingen rondom de beweging van zorg naar gezondheid en de domeinoverstijgende samenwerking. De kwantitatieve data zijn bijvoorbeeld verzameld via verschillende vragenlijsten (de DSV-vragenlijst en de GALA-vragenlijsten onder gemeenten, zorgverzekeraars en GGD-en) en secundaire registratiedata. Deze data bieden inzicht in patronen, trends en de mate van implementatie. De kwalitatieve data komen bijvoorbeeld uit lerende evaluaties, focusgroepen, duidingssessies en (straat)interviews. Deze data geven context, verklaringen en verdieping bij de cijfers, en bieden ruimte aan ervaringen, meningen en praktijkvoorbeelden.

Door het inzetten van zowel bron- als methodische triangulatie (het gebruik van verschillende bronnen en methodieken) wordt de domeinoverstijgende samenwerking vanuit verschillende perspectieven en invalshoeken bekeken. Dit zorgt ervoor dat de conclusies robuuster en breder gedragen zijn. Per hoofdstuk zijn de gebruikte methoden en databronnen kort omgeschreven. Een uitgebreidere beschrijving van de methoden staat in bijlage 1.

1.5 Leeswijzer

De eerste hoofdstukken uit het rapport gaan over de ontwikkeling van regionale samenwerking op het gebied van de beweging van zorg naar gezondheid. In hoofdstuk 2 komt de samenwerking in domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) aan bod, te weten de samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties. Hoofdstuk 3 gaat over de rol van deze DSV's bij het veranderen van werkwijzen. Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de samenwerking aan een regionale preventie-infrastructuur, waarbij de focus ligt op de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de inrichting van de ketenaanpakken.
De volgende hoofdstukken gaan over de ontwikkeling van (integraal) werken aan preventie op lokaal niveau. Naast de lokale samenwerking aan een integrale aanpak (hoofdstuk 6) komen de GALA-thema's aan bod en de bijbehorende afgesproken acties (hoofdstuk 7). Hoofdstuk 8 geeft een verdieping op de domeinoverstijgende samenwerking rond het thema Sociale basis en hoofdstuk 9 gaat in op het perspectief van inwoners op gezond en actief leven. Hoofdstuk 10 zoomt allereerst in op hoeveel verandering er gezien wordt in strategie, beleid, personeel en dienstverlening van organisaties die deelnemen aan DSV's. Ook wordt in

dit hoofdstuk gekeken naar de mate waarin DSV's zien dat er gezamenlijk wordt geleerd, werkwijzen worden aangepast en gezamenlijk gestelde doelen op het niveau van de populatie worden bereikt. In hoofdstuk 11 worden inzichten gedeeld in de doorgemaakte leerprocessen van DSV’s en gemeenten die respectievelijk vanuit de LeRS- en GALA-monitoringsprojecten zijn begeleid.

Het rapport eindigt met een beschouwing waarin een overkoepelende reflectie met (beleids)aanbevelingen wordt gegeven op de domeinoverstijgende samenwerking en op de stappen die gezet worden naar een goede gezondheid van de Nederlandse bevolking (hoofdstuk 12). Ook wordt een reflectie gegeven op de methode en wordt vooruitgeblikt naar het AZWA.

De informatie in dit rapport geeft vooral een beeld op landelijk niveau. Regionale en lokale cijfers worden gepresenteerd op de website van Regiobeeld.nl.

2 Samenwerking in samenwerkingsverbanden

Kernboodschappen

1. De inrichting van de samenwerkingsverbanden (governance, bekostiging, financiering) en het samenwerkingsproces (vertrouwen, leiderschap) blijven over de jaren redelijk stabiel, wat enerzijds wijst op een goede basis, maar anderzijds ook op een mogelijk gebrek aan ontwikkeling op deze aspecten.
2. Aandachtspunten zijn de betrokkenheid van cliënt-, patiënt- en inwonervertegenwoordigers in de samenwerkingsverbanden en het inrichten van een gecentraliseerde governance-vorm voor grote DSV's, zodat zij efficiënter en effectiever kunnen samenwerken.

2.1 Inleiding

Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) [2] heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Om hieraan bij te dragen, werken de IZA-partijen onder andere toe naar meer regionale samenwerking. Dit hoofdstuk biedt inzicht in de stand van zaken van de beweging naar meer regionale samenwerking binnen domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) aan de hand van verschillende indicatoren. Hierbij wordt gekeken naar de inrichting en vormgeving van samenwerkingsverbanden en naar procesfactoren zoals samenwerkingscompetenties, leiderschap en vertrouwen. Hiermee ontstaat een beeld van hoe regionale samenwerking er op dit moment uitziet en hoe deze zich ontwikkelt.

Een DSV is een langdurig samenwerkingsverband van minimaal drie organisaties uit ten minste twee zorg- of ondersteuningsdomeinen, dat gezamenlijk werkt aan meerdere concrete activiteiten om de zorg en ondersteuning voor inwoners in een bepaald gebied te verbeteren. Een IZA-regio voldoet aan deze omschrijving en is dus ook een DSV. Vanwege het belang van de IZA-regio in het IZA en het GALA lichten we deze subgroep binnen de analyses waar relevant uit, naast de algemene bevindingen over de gehele groep DSV's die deelnamen aan het onderzoek.

Leeswijzer
In de eerste drie paragrafen van dit hoofdstuk (2.2, 2.3 en 2.4) wordt een algemeen beeld gegeven van de niveaus van samenwerking binnen de deelnemende samenwerkingsverbanden en de doelen, doelgroepen, GALA-thema's en ketenaanpakken waar zij zich op richten. Vervolgens wordt in paragraaf 2.5 aan de hand van vijf indicatoren (betrokken organisaties, governance-vorm, bekostiging, financiering, inwonerparticipatie) een beeld gegeven van de inrichting van de samenwerkingsverbanden. In paragraaf 2.6 wordt aan de hand van vier indicatoren (vertrouwen, samenwerking, leiderschap, doelconsensus) een beeld gegeven van de ontwikkeling van het samenwerkingsproces in de samenwerkingsverbanden. Het hoofdstuk sluit af met een reflectie (paragraaf 2.7).

Zie tekstbox 2.1 voor de databronnen die voor dit hoofdstuk gebruikt zijn.

Er wordt gesproken over (zichtbare) veranderingen bij een significant resultaat van een statistische toets naar verschillen in waarden van een indicator tussen meetmomenten (zie bijlage 1).

Tekstbox 2.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Meting 1 (2023), meting 2 (2024) en meting 3 (2025) van de DSV-vragenlijst [5]. Deze vragenlijst wordt ingevuld door programmamanagers van DSV's. Meting 3 is ingevuld door 90 DSV's waarvan 29 IZA-regio's zijn en 61 geen IZA-regio's zijn. 25 DSV's vulden de vragenlijst in alle drie de jaren in.
  Het is niet bekend hoeveel DSV's er exact actief zijn in Nederland. Daarom kunnen er geen uitspraken gedaan worden over het responspercentage of over de mate van representativiteit van de groep deelnemende DSV's ten opzichte van alle DSV's in Nederland. Voor de IZA-regio's is wel bekend dat er 29 van de in totaal 42 IZA-regio's[8] hebben deelgenomen aan meting 3.

2.2 Samenwerking vindt plaats op verschillende niveaus

In totaal hebben programmamanagers van 90 DSV's de vragenlijst in 2025 (deels) ingevuld. De groep DSV's die heeft deelgenomen aan dit onderzoek is heel divers. Zo zijn er DSV's die zich op een conditie-specifieke populatie richten (n=24). Namelijk dementienetwerken (n=7), netwerken voor kinderen met een aandoening (n=4), palliatieve netwerken (n=11), en overige conditie-specifieke netwerken (n=2). De overige DSV's richten zich op een bredere populatie in een gemeente of subregio (n=37) of een IZA-regio (n=29).

Door 75 van de 90 DSV's is de verhouding ten opzichte van het IZA-regioplan aangegeven. 18 DSV's voeren een geheel regioplan uit (24%). De meerderheid (56%) is onderdeel van de uitvoering van een IZA-regioplan, in samenwerking met andere partners of netwerken. Daarnaast opereert 8 procent volledig onafhankelijk van een IZA-regioplan. De overige 12 procent heeft aangegeven een andere verhouding ten opzichte van het IZA-regioplan te hebben. Bijvoorbeeld DSV's die onderdeel zijn van de uitvoering van meerdere regioplannen of DSV's die betrokken zijn bij de uitvoering van een regioplan, maar ook activiteiten uitvoeren buiten het kader van het regioplan.

2.3 Inzet op verschillende doelen en doelgroepen

In het IZA zijn doelgroepen gedefinieerd die een grote impact hebben op de zorgvraag en -kosten en waar naar verwachting veel winst te behalen valt door preventie en samenwerking tussen domeinen te stimuleren. Veel DSV's richten zich op deze doelgroepen. Zo richten veel DSV's zich op ouderen met een kwetsbare gezondheid (93%) en op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (73%). Ook richt een deel van de

[8] De vijf subregio's waarin de IZA-regio Utrecht/Midden-Nederland is verdeeld worden apart meegeteld.

DSV’s zich op mensen met psychische klachten (70%), mensen met (risico op) hart- en vaatziekten (45%) en mensen met (risico op) kanker (35%).

Een vergelijkbaar beeld is te zien bij de IZA-regio’s. Van de 29 responderende IZA-regio’s richten 26 zich op ouderen met een kwetsbare gezondheid, 25 op mensen met psychische klachten, 24 op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, 10 op mensen met (risico op) hart- en vaatziekten en 7 op mensen met (risico op) kanker.

Aan programmamanagers is gevraagd om aan te geven op welke systeemdoelen het DSV zich richt. Hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk. Van de deelnemende DSV’s richt 77 procent zich op het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg of ondersteuning. 68 procent richt zich op het verbeteren van de gezondheid van inwoners. Daarnaast richten DSV’s zich op het verbeteren van de kwaliteit van zorg of ondersteuning (65%), het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (59%), het afwenden van een arbeidsmarkttekort (52%), het verbeteren van het welzijn van professionals (42%), en het verlagen van de kosten van zorg of ondersteuning (38%). Daarnaast heeft 49 procent van de deelnemende DSV’s nog andere gezamenlijke doelen geformuleerd, zoals doelen met betrekking tot cultuur- of paradigmaverandering (bijvoorbeeld positieve gezondheid) of een specifieke aanpak (bijvoorbeeld proactieve zorgplanning).

Bij de IZA-regio's valt op dat er over het algemeen nog bredere gezamenlijke doelen worden gesteld dan binnen de gehele groep DSV’s. IZA-regio’s richten zich dus vaak op een groter aantal verschillende doelen. Vooral doelen op het gebied van toegankelijkheid (n=21), de gezondheid van inwoners (n=20) en arbeidsmarkt (n=19) komen vaak voor bij de groep IZA-regio’s die deze vragen beantwoordden (n=23).

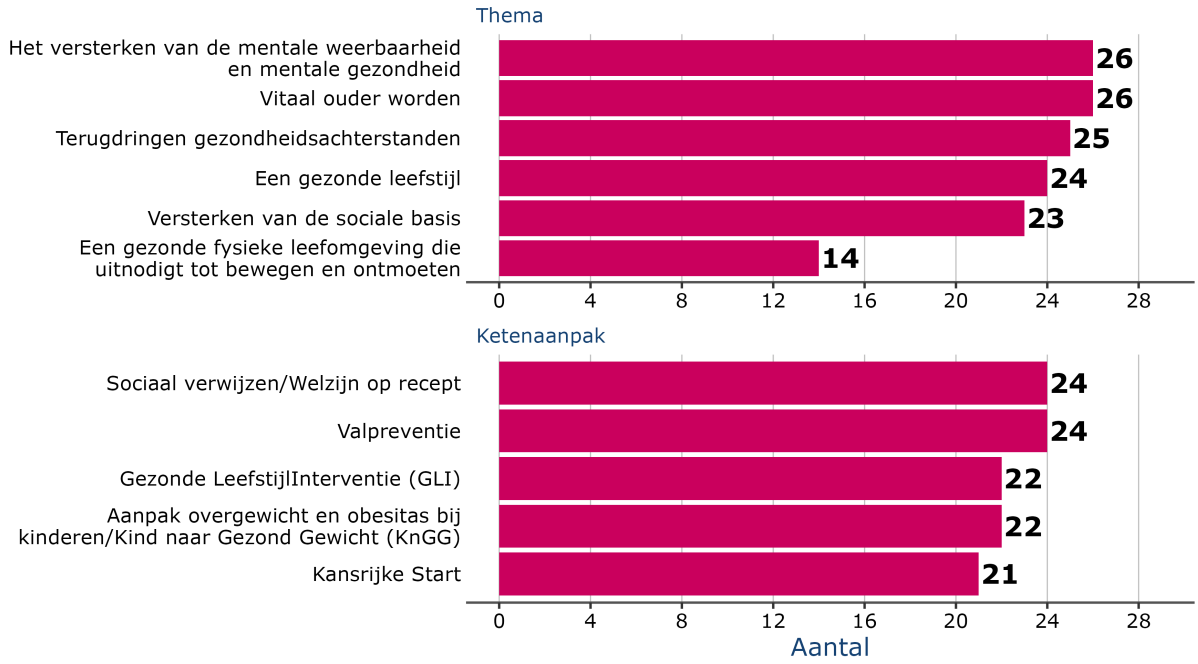
2.4 Gevarieerde inzet op GALA-thema’s en ketenaanpakken

Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden die werken aan de transformatie van zorg naar gezondheid hebben naast het IZA vaak ook met andere akkoorden en programma’s te maken, zoals het GALA [3]. Afhankelijk van het doel van het DSV kan in meer of mindere mate samenhang met het GALA verwacht worden. Zo wordt verwacht dat DSV’s gericht op de gezondheid van een bredere populatie (in gemeenten, subregio’s en IZA-regio’s) zich naast IZA-doelen ook op GALA-thema’s en ketenaanpakken richten. Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt dat 84 procent van de DSV’s zich richt op minimaal één thema of ketenaanpak vanuit het GALA.

Binnen IZA-regio's (n=29) is te zien dat er breed wordt ingezet op vitaal ouder worden (n=26), het versterken van mentale gezondheid (n=26), het terugdringen van gezondheidsachterstanden (n=25) en het bevorderen van een gezonde leefstijl (n=24) (zie figuur 2.1). In iets mindere mate wordt in IZA-regio's ingezet op een gezonde fysieke leefomgeving (n=14).

In 21 van de 29 responderende IZA-regio's wordt ingezet op de ketenaanpak Kansrijke Start. Voor KnGG en GLI gebeurt dit in 22 IZA-regio's, en voor Valpreventie en Sociaal verwijzen in 24 IZA-regio's.

Figuur 2.1 Inzet op GALA-thema's en ketenaanpakken door IZA-regio's, in aantallen. Meerdere antwoorden waren mogelijk.



Bron: DSV-vragenlijst 2025 (meting 3).

2.5 Ontwikkeling inrichting van samenwerkingsverbanden

Voor de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking zijn vijf indicatoren vastgesteld om een beeld te geven van de inrichting van DSV's [4, 6]. Dit zijn de volgende indicatoren: betrokken organisaties (paragraaf 2.5.1), governance-vorm (paragraaf 2.5.2), bekostiging (paragraaf 2.5.3), financiering (paragraaf 2.5.4) en inwonerparticipatie (paragraaf 2.5.5) (zie tabel 2.1 voor een overzicht van de indicatoren). Voor deze indicatoren is gekeken naar de resultaten binnen de totale groep van deelnemende DSV's (n=90), de subgroep van IZA-regio's binnen de totale groep (n=29) en ook de subgroep van 25 DSV's die in 2023, 2024 en 2025 deelnamen aan de vragenlijst om de ontwikkeling over de tijd te kunnen weergeven.

2.5.1 Betrokken organisaties

In figuur 2.2a is de betrokkenheid van verschillende organisatiesoorten in de totale groep deelnemende DSV's (n=90) te zien. In figuur 2.2b is dit te zien voor de subgroep IZA-regio's (n=29). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen bestuurlijke betrokkenheid en betrokkenheid in de uitvoering van activiteiten.

Huisartsen (82%), welzijnsorganisaties (80%), wijkverpleging (79%), langdurige zorg (74%) en gemeenten (74%) zijn het vaakst betrokken bij de uitvoering van activiteiten binnen de gehele groep deelnemende DSV's (figuur 2.2a). Huisartsen (68%), gemeenten (64%), perifere

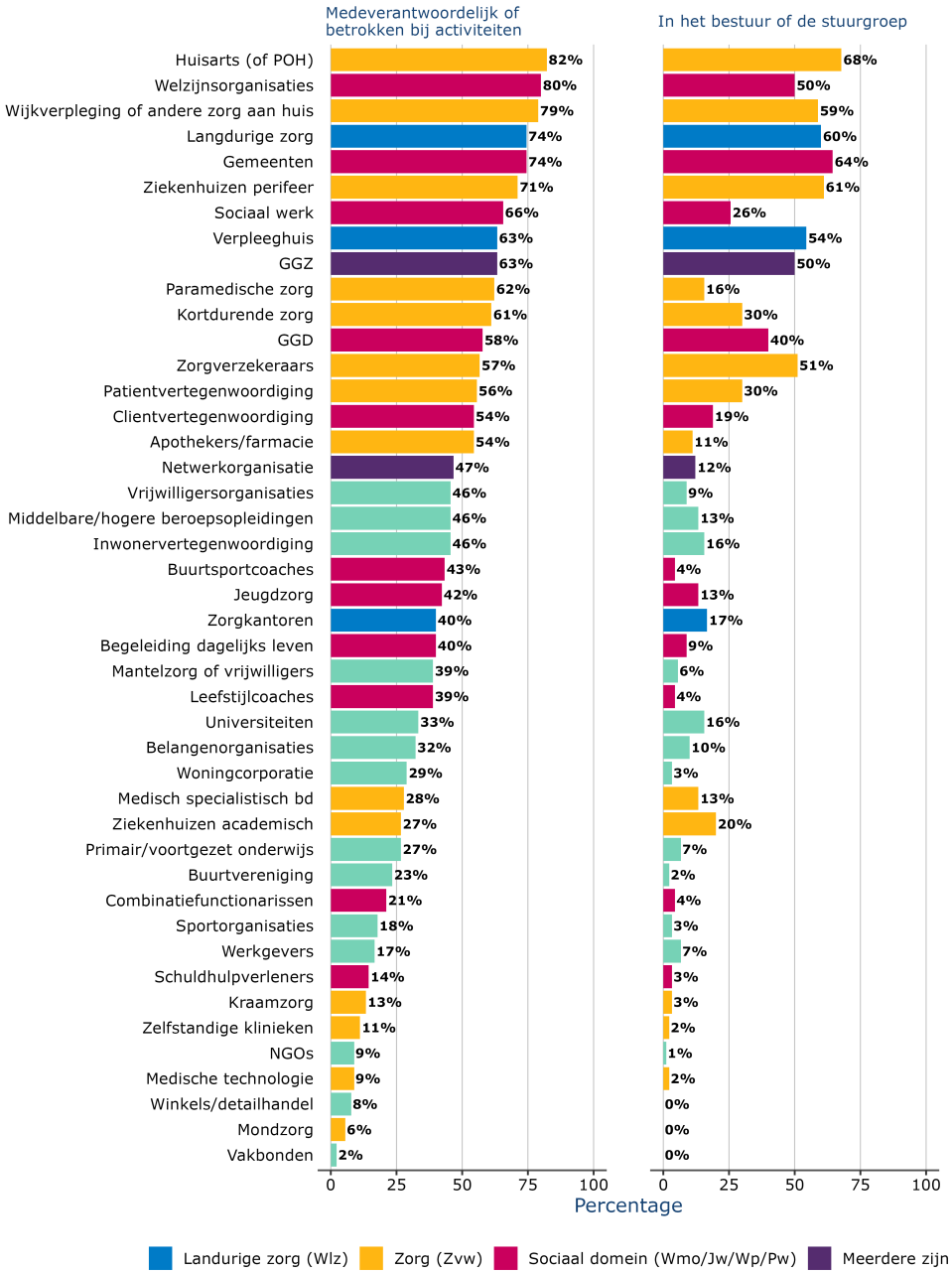
ziekenhuizen (61%), langdurige zorg (60%) en wijkverpleging (59%) zijn het vaakst bestuurlijk betrokken.

Binnen de subgroep IZA-regio's zijn welzijnsorganisaties (n=22) en cliëntvertegenwoordiging (n=22) het vaakst betrokken bij de uitvoering van activiteiten (figuur 2.2b). Gevolgd door perifere ziekenhuizen, wijkverpleging, sociaal werk, kortdurende zorg, huisartsen en gemeenten (allen n=21). Wat betreft bestuurlijke betrokkenheid binnen de IZA-regio's zijn de meest voorkomende organisatiesoorten gemeenten (n=23), perifere ziekenhuizen (n=22), zorgverzekeraars (n=22), huisartsen (n=21) en GGZ (n=21).

In zowel de subgroep van IZA-regio's als de gehele groep DSV's zien we dat cliënt-, patiënt- en inwonervertegenwoordiging in het merendeel van de samenwerkingsverbanden betrokken zijn, maar met name bij het uitvoeren van activiteiten en in veel mindere mate in het bestuur.

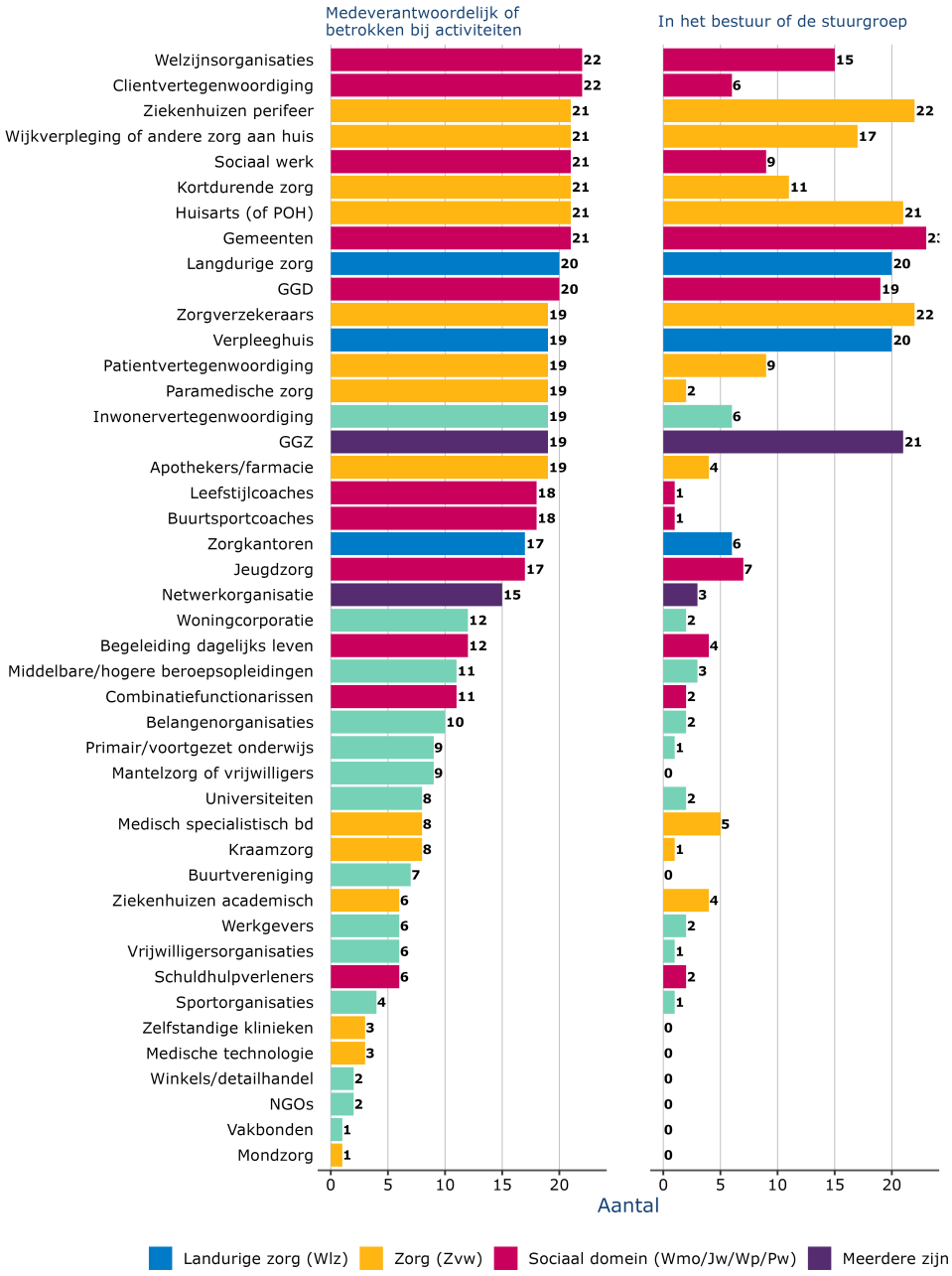
Kijkend naar de betrokkenheid van verschillende organisatiesoorten over de jaren heen (2023-2025) binnen de gehele groep deelnemende DSV's, dan is te zien dat de percentages voor vrijwel alle organisatiesoorten geleidelijk toenemen. Alleen bij zorgkantoren is een lichte afname in bestuurlijke betrokkenheid te zien. Voor medisch-technologische organisaties is dat een lichte afname in betrokkenheid bij de uitvoering van activiteiten. Voor alle andere organisatiesoorten neemt het percentage geleidelijk toe, zonder opvallend grote toenames in 2025 ten opzichte van 2024. Dit geldt voor zowel bestuurlijke betrokkenheid als betrokkenheid in de uitvoering.

Figuur 2.2a Betrokkenheid van verschillende organisatiesoorten in de totale groep DSV's in 2025 (n=90).



Bron: DSV-vragenlijst 2025 (meting 3).

Figuur 2.2b Betrokkenheid van verschillende organisatiesoorten in de subgroep IZA-regio's in 2025 (n=29).*



*Geen percentages getoond vanwege het beperkte aantal (deelnemende) IZA-regio's.
Bron: DSV-vragenlijst 2025 (meting 3).

2.5.2 *Governance-vorm*

In de literatuur worden drie ideaaltypen geformuleerd voor de governance-structuur van netwerken: zelfsturende netwerken (decentraal), netwerken met een leidersorganisatie (centraal), en netwerken met een speciale organisatie (van minimaal één persoon) om het netwerk aan te sturen (centraal) [7]. Gezamenlijke aansturing door alle organisaties in het netwerk (een decentrale vorm) kan geschikt zijn om dynamisch te kunnen inspelen op wat er speelt binnen een klein

netwerk. Wanneer een netwerk groter is of wordt, bijvoorbeeld als het meer dan acht deelnemende organisaties heeft, dan kan aansturing door alle deelnemende organisaties inefficiënt worden en is een meer gecentraliseerde vorm van governance geschikter.

Binnen de gehele groep deelnemende DSV's die de vragen over hun governance-vorm hebben beantwoord (n=67) is het percentage grote DSV's (>8 organisaties) *zonder* een gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing 39 procent (tabel 2.1). Voor de IZA-regio's geldt dat 18 van de 29 deelnemende IZA-regio's géén gebruik maakt van een gecentraliseerde governance-vorm (tabel 2.1).

Door de jaren heen is er een significante toename van het aantal grote DSV's dat gebruikmaakt van een extern aangestelde organisatie voor netwerkadministratie als gecentraliseerde governance-vorm. Deze verandering in de governance-inrichting is zowel zichtbaar binnen de gehele groep deelnemende DSV's als binnen de subgroep DSV's die in alle drie de jaren (2023, 2024 en 2025) deelnamen.

2.5.3 Bekostiging

Bekostigingsafspraken kunnen het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen door de betrokken organisaties ondersteunen. Zulke afspraken kunnen informeel zijn of formeel (bijvoorbeeld met nieuwe betaaltitels, meerjarige contracten of alternatieve bekostiging). Het aandeel DSV's waarin dergelijke bekostigingsafspraken zijn gemaakt is niet zichtbaar veranderd tussen 2023 en 2025.

Binnen de groep van 25 DSV's die in 2023, 2024 en 2025 deelnamen, vulden 21 DSV's de vragen over bekostiging in alle jaren in. In 2023 werden er in 43 procent van deze DSV's bekostigingsafspraken gemaakt, in 2024 in 57 procent van deze DSV's en in 2025 in 43 procent (tabel 2.1). Binnen 11 van de 24 IZA-regio's die deze vraag beantwoordden komen bekostigingsafspraken voor (tabel 2.1).

Dit geeft echter nog geen inzicht in hoe verstrekkend faciliterende bekostigingsafspraken binnen DSV's zijn. Er is namelijk geen informatie beschikbaar over het aantal partners dat betrokken is bij deze afspraken, op welke en hoeveel activiteiten de afspraken betrekking hebben (bijvoorbeeld één zorgpad of bredere netwerkactiviteiten), en welk type afspraken het precies betreft.

2.5.4 Financiering

Het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de gemeente beheren geldstromen voor zorg of ondersteuning. Aan DSV's waarin minstens twee van deze drie organisatiesoorten betrokken zijn, is gevraagd of er tussen deze organisaties – in verband met de ambitie of activiteiten van het DSV – financiële middelen zijn uitgewisseld voor zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen. Het kan hierbij gaan om: 1) cofinanciering voor het betalen van of investeren in zorg- of ondersteuningsaanbod of 2) verdeling van baten/besparingen. Hierbij is ook gevraagd of dit incidenteel of structureel plaatsvindt, voor zover van toepassing.

Binnen de subgroep DSV's die in 2023, 2024 en 2025 deelnamen en waarbij minimaal twee financiers (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor) betrokken zijn (n=14), werden in 2025 in zes DSV's (43%) onderlinge afspraken gemaakt over gezamenlijk financieren (tabel 2.1). In de IZA-regio's die deelnamen in 2025 werden in 11 van de 23 regio's (48%) met meerdere betrokken financiers afspraken gemaakt over gezamenlijk financieren (tabel 2.1).

2.5.5 Inwonerparticipatie

De betrokkenheid van inwoners bij het vormgeven van bestuurlijke besluiten of activiteiten, binnen de subgroep van DSV's die in alle drie de jaren deelnamen, was in 2024 (17%) lager dan in 2023 (22%) en is in 2025 stabiel gebleven (17%) (tabel 2.1).

In de totale groep DSV's in 2025 zijn inwoners wederom naar schatting in 17 procent van de DSV's bestuurlijk betrokken. In 47 procent van de DSV's zijn inwoners betrokken door deel te nemen aan het vormgeven van bestuurlijke besluiten en/of activiteiten (co-creatie). Dit laatste was 45 procent in 2024 en 56 procent in 2023.

In de IZA-regio's zijn de inwoners in 10 van de 26 regio's (die deze vraag beantwoordden) bestuurlijk betrokken en in 17 van de 26 regio's bestuurlijk en/of bij co-creatie betrokken (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Indicatoren ontwikkeling inrichting van DSV's.

	Gehele groep DSV's (meting 3)	**IZA-regio's (meting 3)**	**Groep DSV's die deelnam aan meting 1, 2 en 3**		
Governance: Percentage grote (>8 organisaties) DSV's **zonder** een gecentraliseerde vorm van netwerkaansturing.	39% (n=67[#])	11/18*	64% (n=14)	57% (n=14)	50% (n=14)
Bekostiging: Percentage DSV's waarin partijen bekostigingsafspraken maakten ter ondersteuning van het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor DSV-doelen door de betreffende partijen.	45% (n=74)	11/24*	43% (n=21)	57% (n=21)	43% (n=21)
Financiering: Percentage dat binnen de wettelijke kaders onderlinge afspraken heeft gemaakt over het gezamenlijk financieren van DSV-activiteiten (onder DSV's waarin minstens twee betalers van zorg of ondersteuning (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) betrokken zijn).	36% (n=64)	11/23	57% (n=14)	36% (n=14)	43% (n=14)
Inwonerparticipatie: Percentage DSV's waarin doelgroepen(vertegenwoordigers) betrokken zijn d.m.v. co-creatie van activiteiten en/of bestuurlijke medezeggenschap.	Bestuur: 17% (n=86) Bestuur/co-creatie: 47% (n=86)	Bestuur: 10/26 Bestuur/co-creatie: 17/26	Bestuur: 29% (n=24) Bestuur/ co-creatie: 71% (n=24)	Bestuur: 21% (n=24) Bestuur/ co-creatie: 46% (n=24)	Bestuur: 17% (n=24) Bestuur/ co-creatie: 42% (n=24)

NB. Geen percentages getoond bij de IZA-regio's vanwege het beperkte aantal (deelnemende) IZA-regio's.
*Het verschilt per indicator en per jaar hoeveel DSV's of IZA-regio's in dat jaar die vraag hebben beantwoord. Voorbeeld: in 2025 hebben 18 IZA-regio's zowel de vragen over governance als over het aantal betrokken organisaties beantwoord. Daarvan voldeden er 11 aan de definitie van de indicator. Voor de indicator over bekostiging hebben 24 IZA-regio's die vraag beantwoord in 2025, waarvan er 11 voldoen aan de definitie van de indicator.
[#] De 'n=' die na een percentage vermeld wordt geeft aan hoeveel DSV's die vraag in totaal beantwoord hebben in 2025.
Bron: DSV-vragenlijst: 2023 (meting 1), 2024 (meting 2) en 2025 (meting 3).

2.6 Ontwikkeling van het samenwerkingsproces in samenwerkingsverbanden

Voor de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking zijn drie indicatoren vastgesteld om een beeld te geven van de ontwikkeling in het samenwerkingsproces binnen DSV's [4, 6]. Dit zijn de volgende indicatoren: vertrouwen, kwaliteit van samenwerking en leiderschap.

Voor deze rapportage is hier nog een vierde indicator aan toegevoegd: doelconsensus (de mate waarin deelnemende organisaties binnen het samenwerkingsverband het eens zijn over gemeenschappelijke doelen). Bijlage 1 biedt aanvullende informatie over de wijze waarop deze processen zijn gemeten. Voor deze vier indicatoren is gekeken naar de resultaten binnen de totale groep van deelnemende DSV's (n=90), de subgroep van IZA-regio's binnen de totale groep (n=29) en ook de subgroep van 25 DSV's die in 2023, 2024 en 2025 deelnamen aan de vragenlijst om de ontwikkeling over de tijd te kunnen weergeven.

2.6.1 Indicatoren ontwikkeling samenwerkingsproces

De gemiddelde scores voor deze indicatoren zijn tussen 2023 en 2025 niet statistisch significant gedaald. Tabel 2.2 geeft een overzicht van de indicatorscores over deze samenwerkingsprocessen. De scores voor de IZA-regio's zijn vergelijkbaar met de totale DSV-groep voor alle indicatoren.

Van de DSV's die in 2025 deelnamen, werd in 54 procent van de DSV's positief tot zeer positief gescoord op vertrouwen. 13 van de 25 IZA-regio's (die deze vraag beantwoordden) scoren positief tot zeer positief op vertrouwen.

Voor kwaliteit van samenwerking wordt in 2025 een gemiddelde score van 3.3 gegeven (op een schaal van 1 (helemaal niet goed) tot 5 (extreem goed)) in zowel de gehele groep DSV's als in de deelnemende IZA-regio's.

De gemiddelde score voor de kwaliteit van het leiderschap is 3.5 in 2025 (op een schaal van 1 (helemaal niet goed) tot 5 (extreem goed)) voor de gehele groep DSV's. In de deelnemende IZA-regio's is deze score 3.3.

Voor doelconsensus was de gemiddelde score 4.1 (op een schaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens)) binnen de gehele groep DSV's die in 2025 deelnamen en deze vraag beantwoordden (n=79). Bij de deelnemende IZA-regio's die deze vraag beantwoordden (n=24) was de gemiddelde score 3.9.

Tabel 2.2 Indicatoren ontwikkeling samenwerkingsproces in DSV's.

	Gehele groep DSV's (meting 3)	**IZA-regio's (meting 3)**	**Groep DSV's die deelnam aan meting 1, 2 en 3**		
Mate van vertrouwen: Percentage DSV's waarvan de programmamanager het consistent eens of zeer eens is met drie stellingen over vertrouwen in de partners binnen het samenwerkingsverband.	54% (n=82[#])	13/25	57% (n=23)	39% (n=23)	48% (n=23)
Kwaliteit van samenwerking: Gemiddelde score op een gevalideerde schaal (1 helemaal niet goed – 5 extreem goed) over de mate waarin deelnemende organisaties binnen DSV's benodigde samenwerkingscompetenties hebben (ontwikkeld).	3.3 (n=80)	3.3 (n=25)	3.6 (n=21)	3.5 (n=21)	3.4 (n=21)
Kwaliteit van leiderschap: Gemiddelde score op een gevalideerde schaal (1 helemaal niet goed – 5 extreem goed) over de effectiviteit van het leiderschap.	3.5 (n=80)	3.3 (n=25)	3.7 (n=21)	3.6 (n=21)	3.6 (n=21)
Doelconsensus Gemiddelde score op een gevalideerde schaal (1 helemaal oneens – 5 helemaal eens) over de mate waarin deelnemende organisaties het eens zijn over gemeenschappelijke doelen.	4.1 (n=79)	3.9 (n=24)	Nvt*	Nvt*	Nvt*

NB. Geen percentages getoond bij de IZA-regio's vanwege het beperkte aantal (deelnemende) IZA-regio's.
* De indicator over doelconsensus is in 2025 nieuw toegevoegd. Daarom is er geen vergelijking met eerdere jaren mogelijk.
[#] De 'n=' die na een percentage vermeld wordt geeft aan hoeveel DSV's die vraag in totaal beantwoord hebben in 2025.
Bron: DSV-vragenlijst: 2023 (meting 1), 2024 (meting 2) en 2025 (meting 3).

2.7 Reflectie

In dit hoofdstuk is een beeld gegeven van (de ontwikkeling van) de inrichting van samenwerking binnen DSV's aan de hand van verschillende indicatoren. De resultaten zijn over het algemeen vergelijkbaar tussen de gehele groep DSV's en de specifieke subgroep IZA-regio's. Ook over de tijd blijven de meeste indicatoren redelijk constant, blijkt uit de resultaten van de subgroep die in alle drie de

jaren (2023, 2024, 2025) deelnam. Enerzijds wijst dit op een goede basis, maar anderzijds kan dit ook een gebrek aan structurele ontwikkeling op deze aspecten betekenen.

Voor de doelen en doelgroepen waar de samenwerkingsverbanden zich op richten, geldt dat veel DSV's en IZA-regio's zich op meerdere doelen en doelgroepen richten. De gezamenlijke doelen die door de specifieke subgroep van IZA-regio's worden gesteld zijn over het algemeen nog breder dan onder de gehele groep DSV's. Wat logisch is, omdat IZA-regio's zich per definitie op een bredere populatie richten dan bijvoorbeeld conditie-specifieke DSV's. Daarnaast richten veel samenwerkingsverbanden zich ook op GALA-thema's en ketenaanpakken, waarbij er het minst wordt ingezet op een gezonde fysieke leefomgeving.

Bij de betrokken organisaties binnen de gehele groep DSV's en de subgroep IZA-regio's valt op dat cliënt-, patiënt- en inwonervertegenwoordiging in het merendeel van de samenwerkingsverbanden betrokken zijn, maar met name bij het uitvoeren van activiteiten en in veel mindere mate in het bestuur. Verder valt op dat het percentage DSV's waarin doelgroepen(vertegenwoordigers) betrokken zijn door middel van co-creatie en/of bestuurlijke medezeggenschap afneemt.

Veel grote DSV's (met meer dan acht organisaties) hebben (nog) geen gecentraliseerde governance-vorm. Bij de gehele groep DSV's heeft 40 procent geen gecentraliseerde governance-vorm en bij de subgroep IZA-regio's geldt dit voor meer dan 60 procent. Decentrale aansturing van dergelijke grote netwerken kan zorgen voor inefficiëntie. Het is daarom wenselijk dat deze grote samenwerkingsverbanden overgaan op een gecentraliseerde governance-vorm om efficiënter en daarmee effectiever te werk te kunnen gaan.

3 De rol van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden bij het veranderen van werkwijzen

Kernboodschappen

1. De vier succesverhalen van de DSV's laten zien dat er daadwerkelijk veranderingen plaatsvinden in de werkwijzen in de praktijk naar aanleiding van de inspanningen van het DSV. De veranderingen in werkwijzen vinden plaats op verschillende niveaus, bijvoorbeeld op strategisch en op interventie-niveau.
2. De resultaten laten ook zien dat DSV's een cruciale rol spelen in het opbouwen en versterken van relaties tussen betrokken partijen. Dit is essentieel voor het realiseren van veranderingen in de praktijk in de samenwerking ten behoeve van de transformatie van zorg naar gezondheid. Vervolgfinanciering en beleid dat voldoende aansluit bij de intrinsieke motivatie en gedeelde urgentie van de DSVs is hierbij van belang.

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking over veranderingen in werkwijzen in de praktijk beschreven vanuit twee perspectieven: 1) veranderingen op het niveau van individuele organisaties die deelnemen aan een domeinoverstijgend samenwerkingsverband (DSV) en 2) veranderingen op het niveau van het samenwerkingsverband bij vier DSV's (zie tekstbox 3.1 voor de gebruikte databronnen in dit hoofdstuk). Er wordt onderzocht welke rol het regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverband speelt in het komen tot andere werkwijzen ten behoeve van de transformatie van zorg naar gezondheid.

Een DSV is een langdurig samenwerkingsverband van minimaal drie organisaties uit ten minste twee zorg- of ondersteuningsdomeinen, dat gezamenlijk werkt aan meerdere concrete activiteiten om de zorg en ondersteuning voor inwoners in een bepaald gebied te verbeteren. DSV's kunnen verschillen in grootte, structuren, doelen en doelpopulaties, maar werken binnen de definitie van de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking (LeRS) allemaal aan de transformatie van zorg naar gezondheid.
Een IZA-regio voldoet ook aan deze omschrijving en is dus ook een DSV. Vanwege het belang in het IZA en het GALA van de IZA-regio lichten we deze subgroep binnen de analyses waar relevant uit, naast de algemene bevindingen.

In de vorige rapportage vanuit de LeRS [5] is gekeken naar de inrichting en governance van DSV's. Hoe zijn de DSV's ingericht, wat voor afspraken met betrekking tot governance en financiering zijn er gemaakt en wat betekent dat voor de ontwikkeling van DSV's? Daaruit bleek dat er bij de DSV's vooral een ontwikkeling in visie, strategie en governance te zien was maar dat structurele veranderingen op inhoud en in de praktijk nog lastig door te voeren waren.

De huidige rapportage geeft meer inzicht in de veranderingen die *wel* plaatsvinden in de praktijk: het proces van samenwerken en de effecten daarvan voor de transformatie van zorg naar gezondheid. Welke veranderingen en 'succesverhalen' zijn er al te zien in de praktijk? Welke verklaringen en leerzame praktijken zijn er te identificeren en wat betekenen deze inzichten voor de bredere transformatie van zorg naar gezondheid?

Leeswijzer
In paragraaf 3.2 worden eerst de vragenlijstresultaten gepresenteerd van meting 3 van de DSV-vragenlijst. Deze resultaten gaan over de ervaren mate van verandering (in lijn met de doelen van het DSV) binnen individuele organisaties die deelnemen aan een DSV. Daarna worden in paragraaf 3.3 de bevindingen uit de focusgroepen met vier DSV's besproken. Deze bevindingen gaan over veranderde werkwijzen in de praktijk binnen deze samenwerkingsverbanden en wat de rol van het samenwerkingsverband is geweest in de totstandkoming van deze veranderingen in de praktijk. Het hoofdstuk sluit af met een reflectie in paragraaf 3.4.

Tekstbox 3.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Meting 3 (2025) van de DSV-vragenlijst [5]. Deze vragenlijst wordt ingevuld door programmamanagers van DSV's. Meting 3 is ingevuld door 90 DSV's waarvan 29 IZA-regio's zijn en 61 geen IZA-regio's zijn.
  Het is niet bekend hoeveel DSV's er exact actief zijn in Nederland. Daarom kunnen er geen uitspraken gedaan worden over het responspercentage of over de mate van representativiteit van de groep deelnemende DSV's ten opzichte van alle DSV's in Nederland. Voor de IZA-regio's is wel bekend dat er 29 van de in totaal 42 IZA-regio's[9] hebben deelgenomen aan meting 3.
- Focusgroepen georganiseerd binnen vier DSV's waarin is ingezoomd op een specifiek voorbeeld van een veranderde werkwijze in de praktijk op het niveau van het samenwerkingsverband.

3.2 Ervaren mate van verandering in lijn met de doelen van het DSV binnen individuele organisaties

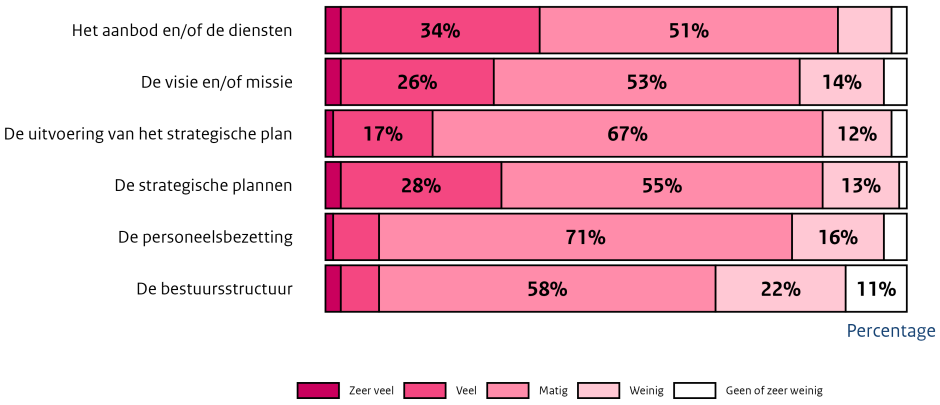
Om een goed beeld te krijgen van wat regionale domeinoverstijgende samenwerking kan opleveren is het belangrijk om niet alleen te kijken naar veranderingen op het niveau van het samenwerkingsverband, maar ook naar veranderingen op het niveau van de individuele organisaties die deelnemen aan het samenwerkingsverband [8]. Deelnemen aan een samenwerkingsverband vraagt namelijk van organisaties dat zij werken vanuit de gezamenlijke ambities van het samenwerkingsverband en hun eigen organisatiebelang daar op afstemmen. Veranderingen in lijn met de gezamenlijke ambities en doelen binnen de deelnemende

[9] De vijf subregio's waarin de IZA-regio Utrecht/Midden-Nederland is verdeeld worden apart meegeteld.

organisaties op verschillende aspecten kunnen daarom een beeld geven van de effecten van het samenwerkingsverband.

In totaal hebben 76 vertegenwoordigers (meestal de programmamanager) voor hun samenwerkingsverband aangegeven wat de ervaren mate van verandering is. Het gaat om veranderingen die in lijn zijn met de gezamenlijk gestelde doelen van het samenwerkingsverband, bij de deelnemende organisaties op zes verschillende aspecten. De resultaten hiervan zijn te zien in onderstaand figuur 3.1.

Figuur 3.1 Ervaren mate van verandering binnen deelnemende organisaties op zes aspecten, binnen de groep responderende DSV's (n=76). Percentages kleiner dan 10 staan niet in het figuur.



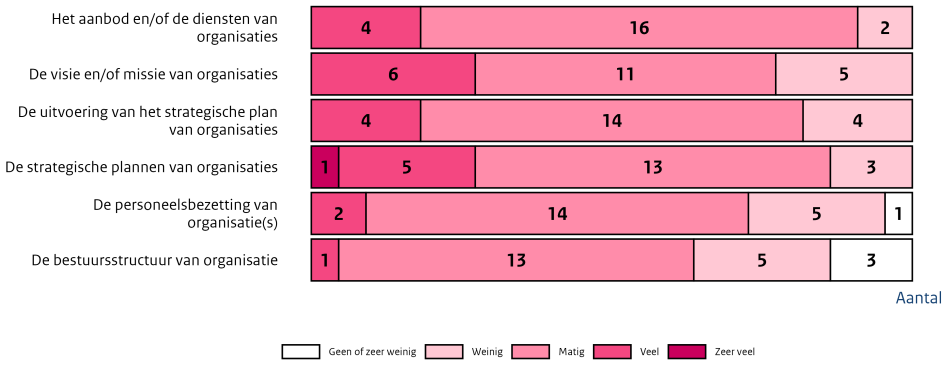
Bron: DSV-vragenlijst 2025 (meting 3).

Programmamanagers van 37 procent van de responderende DSV's signaleren (zeer) veel verandering (in lijn met de doelen van het samenwerkingsverband) in het aanbod en/of de diensten van deelnemende organisaties. Daarnaast ervaart 30 procent (zeer) veel verandering in de strategische plannen van organisaties, ziet 29 procent (zeer) veel verandering in de visie en/of missie, en constateert 18 procent (zeer) veel verandering in de uitvoering van het strategische plan van organisaties. Slechts 9 procent van de responderende DSV's geeft aan bij deelnemende organisaties (zeer) veel verandering te zien in de personeelsbezetting of bestuursstructuur. De gemiddelde score over de zes aspecten samen voor alle responderende DSV's is 3.0 (een matige hoeveelheid verandering in lijn met de doelen van het DSV binnen organisaties) op een schaal van 1 (geen verandering) tot 5 (zeer veel verandering).

Binnen de deelnemende IZA-regio's die deze vraag beantwoordden (n=22) vindt er volgens programmamanagers bij zes IZA-regio's (zeer) veel verandering plaats in de strategische plannen van deelnemende organisaties. Ook in de visie en/of missie van organisaties wordt binnen zes IZA-regio's veel verandering waargenomen. Binnen vier IZA-regio's wordt veel verandering gezien in het aanbod en/of de diensten van organisaties en in de uitvoering van het strategische plan van organisaties. Slechts bij twee IZA-regio's wordt veel verandering in de personeelsbezetting gezien en slechts bij één IZA-regio in de

bestuursstructuur (zie figuur 3.2). De gemiddelde score over de zes aspecten samen voor alle deelnemende IZA-regio's (n=22) is 2.9 (een matige hoeveelheid verandering in lijn met de doelen van de IZA-regio binnen deelnemende organisaties) op een schaal van 1 (geen verandering) tot 5 (zeer veel verandering).

Figuur 3.2 Ervaren mate van verandering binnen deelnemende organisaties op zes aspecten, binnen de groep responderende IZA-regio's (n=22).



Bron: DSV-vragenlijst 2025 (meting 3).

3.3 Ervaren verandering in werkwijze in de praktijk op het niveau van het samenwerkingsverband

In paragraaf 3.2 is stilgestaan bij veranderingen binnen individuele organisaties die aansluiten bij de doelen van het DSV. De cijfers geven op hoofdlijnen en over veel DSV's weer in hoeverre er veranderingen worden ervaren in bijvoorbeeld het aanbod van organisaties of de strategische plannen.

De cijfers geven geen inzicht in hoe de veranderingen er uit zien en tot stand komen in de praktijk en de invloed van het DSV daarop.

Om hier meer inzicht in te krijgen, zijn focusgroepen uitgevoerd in een aantal DSV's. Voor deze focusgroepen zijn DSV's geselecteerd op basis van een hoge vragenlijstscore (meting 3 van de DSV-vragenlijst) op diverse aspecten van ervaren verandering (bijvoorbeeld strategie of aanbod) en/of ervaren effectiviteit (bijvoorbeeld verbetering van gezondheid of toegankelijkheid), omdat dit een indicatie kan zijn van de aanwezigheid van veranderde werkwijzen in de praktijk. Met de selecteerde DSV's zijn oriënterende gesprekken gevoerd om mogelijke achterliggende veranderde werkwijzen (dat wil zeggen 'succesverhalen') te identificeren. Op basis van de opbrengst van die gesprekken is een keuze gemaakt voor vier DSV's met ieder een andere vorm van veranderde werkwijzen.

Uit deze focusgroepen zijn zowel DSV-specifieke als overkoepelende inzichten over de vier casussen opgedaan. Deze worden hieronder verder toegelicht en geven inzicht in de veranderde werkwijze in de praktijk: welke veranderde werkwijzen ontstonden er in het kader van het samenwerkingsverband, hoe krijgen deze vorm in de praktijk, en welke factoren hebben hieraan bijdragen?

3.3.1 *Veranderde werkwijzen in specifieke DSV's: vier succesverhalen*

Domeinoverstijgend samenwerkingsverband A: Veranderde relatie tussen deelnemende organisaties

Domeinoverstijgend samenwerkingsverband A is een netwerk van bijna 40 zorg- en welzijnsorganisaties in Zuid-Nederland. De samenwerking is ontstaan uit een gedeelde urgentie om te werken aan maatschappelijke uitdagingen zoals arbeidsmarktproblematiek en druk op de zorgketen. Door samen te werken is de werkwijze veranderd en zijn verbindingen tussen organisaties versterkt; bestuurders en professionals weten elkaar beter te vinden, spreken vaker dezelfde taal en ervaren meer legitimiteit om regionaal samen te werken. Ook stellen organisaties bewust tijd, personeel en middelen beschikbaar voor de samenwerking.
Belangrijke succesfactoren die hieraan hebben bijgedragen zijn de overzichtelijke regionale structuur, de aanwezigheid van een kleine groep initiërende partijen met onderling vertrouwen en een gedeelde urgentie rond maatschappelijke opgaven (zoals arbeidsmarktproblematiek, en druk op de zorgketen). Ook de continuïteit van betrokken bestuurders is een succesfactor. Er hebben de afgelopen jaren geen bestuurlijke wisselingen plaatsgevonden, waardoor de betrokken bestuurders elkaar al langer kennen. Ze komen met regelmaat bij elkaar, waardoor er een hoge mate van onderling vertrouwen is ontstaan. Dit is onder andere zichtbaar in de afstemming van de strategieën van individuele organisaties op elkaar en het gezamenlijke doel van het netwerk.

"Het is echt belangrijk dat wij elkaars strategieën kennen, want het kan echt niet zo zijn dat de ene strategie haaks staat op de ander. We hebben elkaars strategieën uitgewisseld in diverse sessies. En in onze eigen strategietrajecten die we hebben, betrekken we ook partners om daarin te helpen, het scherp te krijgen dat dat ook aligned is met de ander. En dat de strategieën elkaar niet bijten in de opgaven die we hebben, regionaal gezien."

Het samenwerken in het netwerk zorgt volgens de bestuurders ook voor een groter gevoel van gezamenlijk eigenaarschap. Hierdoor neemt de vrijblijvendheid in projecten af en ontstaat er ruimte om keuzes intern te verantwoorden. Zo draagt het samenwerkingsverband bij aan meer handelingsvermogen in de regio, wat een goede basis biedt voor verdere ontwikkeling.

Domeinoverstijgend samenwerkingsverband B: Veranderde werkwijze bij deelnemende organisaties

Domeinoverstijgend samenwerkingsverband B is een samenwerkingsverband in het westen van het land. Bij het samenwerkingsverband staat positieve gezondheid centraal. Er zijn 37 organisaties uit zorg, welzijn en onderwijs aangesloten en er wordt intensief met inwoners samengewerkt.
Bij dit samenwerkingsverband heeft er een verandering in de werkwijze van de deelnemende organisaties plaatsgevonden: organisaties werken steeds meer werken vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid. Een succesfactor bij deze verandering is onder andere de organisatie van activiteiten door het samenwerkingsverband rondom positieve gezondheid, gericht op bestuurders, inwoners en professionals. Centraal

hierbij staan samenwerken, van elkaar leren, netwerken en het zelf ervaren van positieve gezondheid.

"*Ja, dus er zit een stukje kennis, een stukje: je wordt even gedwongen om zelf die reflectie te doorleven, en dan heb je ook nog de uitwisseling en de inspiratie en het netwerken en het ontmoeten.*"

Het doel van deze activiteiten is dat inwoners, zorgprofessionals en bestuurders elkaar ontmoeten, samen leren en zo steeds meer handelen vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid. Zo nemen inwoners steeds vaker zelf regie over hun gezondheid en welzijn, los van het bestaande zorgaanbod. Professionals ontwikkelen werkvormen die niet alleen de positieve gezondheid van hun cliënten bevorderen, maar ook die van henzelf. En bestuurders komen jaarlijks samen in een bestuurdersbijeenkomst waarin ze niet alleen als representant van hun organisatie aanwezig zijn maar elkaar ook 'als mens' ontmoeten. Het samen leren en samen werken aan positieve gezondheid door de deelnemers van het netwerk zorgt voor meer verbinding. Dit komt mede doordat het zelf ervaren van positieve gezondheid en contact op 'menselijk' niveau centraal staat. Ook draagt het samenwerken bij aan kennisverwerving, doordat de aanpak verweven raakt met het dagelijks handelen van alle deelnemers. Het netwerk heeft hierbij zowel een faciliterende als legitimerende rol. Enerzijds biedt het een platform voor uitwisseling en kennisvergaring. Anderzijds legitimeert het de deelnemende organisaties om binnen hun eigen organisatie met positieve gezondheid aan de slag te gaan.

Domeinoverstijgend samenwerkingsverband C: Veranderde werkwijze op strategisch en tactisch niveau
Domeinoverstijgend samenwerkingsverband C is actief in een grote regio in het noordwesten van Nederland met ruim 600.000 inwoners. Diverse partijen werken samen aan zorg en preventie.
De betrokken partijen merken dat de werkwijze in de regio op strategisch en tactisch niveau is veranderd. De deelnemende organisaties ervaren een gezamenlijk overzicht dat als basis dient voor gesprekken in de hele regio. De plannen van de deelnemende organisaties sluiten goed aan op het regioplan en zijn op dezelfde doelen gericht. Succesfactoren die aan deze verandering hebben bijdragen zijn een gedeelde visie en een gezamenlijke aanpak, die verder reiken dan alleen nationaal gesloten akkoorden. Het hebben van een gedeelde visie biedt een stevig uitgangspunt, waardoor het mogelijk wordt om de achterbannen van alle partijen – waaronder regionaal georganiseerde beroepsgroepen zoals apothekers en huisartsen – actief en duurzaam te betrekken bij de inhoudelijke doelen van het DSV. De betrokken partijen voelen hierdoor een sterke urgentie om regionale uitdagingen gezamenlijk aan te pakken.

"En wat we uiteindelijk ook allemaal ervaren, is een bepaalde urgentie om die uitkomsten ook daadwerkelijk te realiseren met elkaar. En dat heeft onder andere ook met personeel te maken, wat we natuurlijk allemaal tekort hebben. Maar het heeft ook te maken met dat we die stip op de horizon gezamenlijk gezet hebben, en ook de noodzaak voelen om echt daar naartoe te werken met elkaar."

Ook het samenwerken aan producten zoals transformatieplannen en KPI's helpen de deelnemende organisaties om te denken vanuit het grotere geheel, in plaats van enkel vanuit het eigen organisatiebelang. Daarnaast zet het netwerk in op duidelijke communicatie en zichtbaarheid, bijvoorbeeld via regionale evenementen en door het netwerk op de agenda te zetten bij andere overleggen. Dit helpt coalitieleiders om hun achterban te betrekken bij het gezamenlijke verhaal en de duurzame koers van de DSV, en creëert een bewustzijn van het belang om als organisatie bij de DSV aan te haken en aangehaakt te blijven.

Domeinoverstijgend samenwerkingsverband D: Implementatie palliatieve kit
Domeinoverstijgend samenwerkingsverband D is een samenwerkingsverband in het midden van het land, met organisaties uit zorg, welzijn en gemeenten. Het samenwerkingsverband opereert binnen een kleine, overzichtelijke regio. Door intensieve samenwerking tussen huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en het netwerk palliatieve zorg is een palliatieve kit geïmplementeerd. Deze kit bevat medicatie en verpleegmaterialen die vooraf bij cliënten in de terminale fase aanwezig kunnen zijn, zodat zorgverleners bij acute situaties kunnen acteren zonder afhankelijk te zijn van kantoortijden. Het initiatief is voortgekomen uit de behoefte om logistieke knelpunten te adresseren, bijvoorbeeld rond het starten van een sedatie in de avond, nacht of het weekend.
Een belangrijke succesfactor bij de implementatie van de kit is dat de betrokken partijen al langer samenwerken binnen het netwerk en elkaar daardoor goed kennen. Dit zorgt voor onderling vertrouwen en sociale cohesie tussen de betrokken partijen. Ook intrinsieke motivatie en professionele kennis spelen zijn succesfactoren.

"Samenwerken vanuit die intrinsieke motivatie… En omdat je al langer met elkaar samenwerkt en weet wat je aan elkaar hebt, en iedereen z'n eigen netwerk inzet. Ik heb dan weer geregisseerd, jij je kennis en kunde van wat je daar had, en zo had iedereen z'n bijdrage."

Door de centrale positie en de bekendheid van het netwerk in de regio en omdat palliatieve zorg bij de deelnemende organisaties als belangrijk en weinig controversieel wordt gezien, ontstond al snel consensus over de aanpak. Er werd door de partijen zelfs een voorfinanciering verstrekt in afwachting van financiering van de zorgverzekeraar.
Daarnaast is er door de betrokken partijen ingezet op communicatie met de achterban, scholing en regelmatige evaluatie van het werkproces. Dit heeft bijgedragen aan de succesvolle implementatie en borging van de palliatieve kit.

3.3.2 Overkoepelende inzichten over veranderde werkwijzen

Uit de vier focusgroepen zijn ook overkoepelende inzichten geïdentificeerd over de aard van en verklaringen voor de geïdentificeerde veranderde werkwijzen. Deze inzichten worden hieronder beschreven.

Verschillende strategieën voor de realisatie en aard van verandering
Samenwerkingsverbanden waarin veranderde werkwijzen gerealiseerd werden hanteerden verschillende strategieën om verandering te realiseren. Sommige veranderingen in werkwijzen zijn vooral gestart vanuit de uitvoering, met als doel knelpunten in de praktijk op te lossen door processen of afspraken aan te passen. Zo implementeren betrokken partijen in DSV D gezamenlijk de palliatieve kit, en richt DSV A zich op de afstemming en verbinding tussen organisaties. Andere samenwerkingsverbanden, zoals DSV B en C, zetten juist in op het ontwikkelen van een gezamenlijke visie, gericht op een bredere verandering.

Daarnaast verschilt het niveau en de vorm van de ervaren veranderde werkwijzen, mede afhankelijk van de ambitie en de inrichting van de DSV. Bij DVS's met een strategie gericht op het ontwikkelen van een gezamenlijke visie (DSV B en C) ligt de nadruk op het veranderen van onderliggende denkbeelden en perspectieven (cultuur), terwijl bij de strategieën van andere DSV's juist wordt gestuurd op aanpassing van regels, procedures of financiering (DSV A en D). Door deze verschillende benaderingen, ontstaan de veranderingen in verschillende vormen en op verschillende niveaus binnen het samenwerkingsverband, van de dagelijkse praktijk tot aan de strategische koers.

Belang van bewust en structureel investeren in relatieopbouw om tot verandering te komen
Een terugkerend element in de gesprekken met de samenwerkingsverbanden is het belang van bewust en structureel investeren in relatieopbouw om tot verandering te komen. Deze relatieopbouw krijgt in de verschillende samenwerkingsverbanden een eigen invulling, variërend van bestuurlijke overleggen en programmatische samenwerking tot het organiseren van regelmatige ontmoetingen en informele uitwisseling tussen de betrokken professionals en bestuurders. Door herhaald contact, elkaar ontmoeten 'als mens' en samen leren en werken, ontstaat geleidelijk wederzijds begrip en een gedeelde taal. Deze versterking van de onderlinge relaties wordt door meerdere DSV's gezien als een noodzakelijke voorwaarde om de samenwerking op te bouwen en te verdiepen. Partijen leren daarbij elkaars achtergronden, belangen en werkwijzen beter kennen, waardoor zij elkaar gemakkelijker vinden en actiever samenwerken aan de doelstellingen van het DSV. Hierbij wordt benoemd dat deze investering tijd vraagt en zich in eerste instantie vooral vertaalt in zogenoemde 'zachte' uitkomsten, zoals groeiend vertrouwen. Juist deze fase van relationele versterking lijkt cruciaal voor de ontwikkeling van nieuwe werkwijzen. Ook noemde een DSV dat de opgebouwde relationele basis het mogelijk maakt om minder vrijblijvend samen te werken en om over organisatiegrenzen heen keuzes te maken die ten goede komen aan het gezamenlijke belang van de betrokken partijen. Daarmee zouden de hechtere onderlinge relaties als fundament kunnen dienen voor latere potentiële formele veranderingen in werkwijzen en organisatie-inrichting.

Externe ontwikkelingen werken zowel bevorderend als beperkend
Tegelijkertijd laten de focusgroepen zien dat externe ontwikkelingen, zoals het IZA, zowel helpend als belemmerend kunnen worden

ervaren in de samenwerking. Deze kaders introduceren een nieuwe dynamiek die enerzijds kan bijdragen aan versnelling, maar anderzijds spanning kan oproepen ten opzichte van een eerder ontwikkelde, bredere samenwerkingsrichting. Tegen deze achtergrond werd het belang van een sterke bestaande relationele basis benadrukt: deze heeft betrokken partijen geholpen om gezamenlijk betekenis te geven aan externe impulsen en deze te plaatsen binnen hun eigen regionale context.

In het verlengde hiervan vraagt de inzet op het IZA van samenwerkingsverbanden om hun gezamenlijke urgentie tot samenwerking opnieuw te doordenken. Waar samenwerking vaak leek te zijn ontstaan vanuit een gedeelde intrinsieke motivatie of gevoel van urgentie, brengt het IZA meer extrinsiek motiverende prikkels in, zoals financiële en administratieve voorwaarden. In de focusgroepen werd beschreven dat het IZA de ontwikkeling kan versterken en versnellen wanneer deze extrinsieke prikkels gericht zijn op handelen dat overeenkomt met wat betrokkenen van samenwerkingsverbanden al doen of van plan zijn. Het IZA fungeert dan als een instrument dat richting en ondersteuning geeft aan een beweging van zorg naar gezondheid die al gaande was, en kan bovendien nieuwe partijen betrekken en de samenwerking verdiepen. Wanneer de aansluiting echter minder goed is en nieuwe vereisten niet passen bij bestaande drijfveren, kan er spanning ontstaan. In zulke situaties zetten IZA-processen en verantwoordingsmechanismen soms aan tot instrumenteel handelen: organisaties doen dan vooral wat nodig is om aan externe verwachtingen te voldoen. Hierdoor verschuift de focus van een breed gedragen langetermijnvisie naar een meer afgebakende, kortetermijngerichte samenwerking. Dit wordt door betrokken organisaties vaak als belemmerend ervaren.

3.4 Reflectie

Dit hoofdstuk onderzoekt de rol van regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) in de transformatie van zorg naar gezondheid door te kijken naar 1) veranderingen binnen individuele organisaties die aansluiten bij de doelen van het DSV op basis van de resultaten uit de DSV-vragenlijst en 2) veranderingen in de werkwijze in de praktijk op DSV-niveau door verdiepend focusgroeponderzoek.

Uit de vragenlijstresultaten blijkt dat er een beperkte mate van verandering heeft plaatsgevonden binnen deelnemende organisaties. Uit de kwalitatieve verdieping blijkt echter dat er wel degelijk veranderingen in werkwijzen plaatsvinden in de praktijk, dankzij de inspanningen van het samenwerkingsverband. Deze veranderingen vinden plaats in verschillende vormen en op verschillende niveaus. Het succes van een samenwerkingsverband vloeit voort uit onderling vertrouwen, sterke gedeelde intrinsieke motivatie en/of ervaren urgentie bij de betrokkenen.

In de succesverhalen komt naar voren dat de DSV's vooral een faciliterende en legitimerende rol hebben in de totstandkoming van veranderde werkwijzen. De faciliterende rol blijkt vooral uit de observatie dat duurzame veranderingen tot stand komen via intensieve

samenwerkingen op meerdere niveaus. Zo werd bij de succesvolle implementatie van een palliatieve kit in een kleine regio structurele financiering geregeld via korte persoonlijke lijnen, bestaande onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, en contacten met landelijke partijen. Het opbouwen en versterken van relaties tussen mensen en organisaties – binnen het samenwerkingsverband maar ook daarbuiten - blijft dus een essentiële voorwaarde voor het ervaren succes van DSV's [7, 9]. De legitimerende rol van het DSV lijkt belangrijk voor de doorvoering van veranderingen in de deelnemende organisaties. Zo ervaren professionals dat het DSV tijdsbesteding of handelingen vanuit gezamenlijke visies of doelen ook binnen de eigen organisatie rechtvaardigt.

Externe factoren, zoals het IZA, werken zowel bevorderend als beperkend voor de DSV's. Ze hebben een faciliterende functie als ze de bestaande doelen en handelingsrichtingen van DSV's ondersteunen maar kunnen belemmerend werken als ze niet aansluiten bij de drijfveren van het netwerk.

Dit hoofdstuk laat zien dat het zichtbaar maken van veranderde werkwijzen waardevol inzicht geeft in hoe transformatie bij DSV's in de praktijk ontstaat. Hoewel de voorbeelden kleine stappen richting verandering laten zien, zijn ze betekenisvol in de transformatie van zorg naar gezondheid. Vooral wanneer ze bestaande patronen doorbreken en daarmee bijdragen aan bredere transformatie [10]. De resultaten bieden daarnaast relevante aanknopingspunten voor het versterken van samenwerking binnen DSV's en het ontwikkelen van beleid ter ondersteuning van DSV's. Daarbij zijn investeren in relationele dynamiek, ruimte bieden aan eigen initiatief, het faciliteren van ervaringsuitwisseling en ondersteunen van bestaande handelingsrichtingen van belang. Structurele financiering is belangrijk om de veranderde werkwijzen in de DSV's duurzaam te verankeren. Een belangrijk inzicht hierbij is dat externe beleidsmatige stimulering, bijvoorbeeld het IZA, ook spanningsvelden kunnen creëren. Zeker wanneer zij niet aansluiten bij de intrinsieke motivatie en gedeelde urgentie van bestaande samenwerkingsverbanden. Het is daarom van belang dat financiering, bekostiging en regelgeving – afgestemd op de intrinsieke motivatie, ervaringskennis en randvoorwaarden binnen DSV's – meer ruimte bieden voor maatwerk: minder domeinspecifiek, minder gebaseerd op verrichtingen en minder beheersmatig.

4 Samenwerken aan een regionale preventie-infrastructuur

Kernboodschappen

1. De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars in de preventie-infrastructuur wordt nog niet als optimaal ervaren. Hoewel zij met elkaar aan tafel zitten blijven gezamenlijke besluitvorming over inrichting en uitvoering, duidelijkheid over verantwoordelijkheden en harde financiële afspraken nog achter. Hierdoor is het lastig om tot concrete afspraken en acties te komen en preventie daadwerkelijk tot uitvoering te brengen.
2. Om gezamenlijk aan preventie te werken is het cruciaal dat de werelden van gemeente en zorgverzekeraar bij elkaar komen. Voor een robuuste en toekomstbestendige preventie-infrastructuur is het nodig te blijven investeren in de onderlinge relatie en vanuit deze basis tot meer daadkracht te komen: Daadwerkelijke actie door het concretiseren van verantwoordelijkheden en afspraken en het inzetten van middelen.

4.1 Inleiding

Het GALA beschrijft de regionale preventie-infrastructuur waarin op regionaal niveau (IZA-regio) samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraar, en de afspraken met hulp- en zorgverleners die hier onderdeel van zijn (tekstbox 4.1). In het GALA wordt gesteld dat de preventie-infrastructuur per 1 januari 2025 in alle 38 IZA-regio's tot stand moet zijn gekomen.

Tekstbox 4.1 Domeinoverstijgende samenwerking rondom de preventie-infrastructuur

Het samenwerken rondom de preventie-infrastructuur vindt plaats op het niveau van de IZA-regio [2, 3]. Hierbij ligt de focus op de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar voor het vormgeven van preventie voor risicogroepen. Onderdelen waarover regionale afspraken moeten worden gemaakt, zijn [3]:

- het vaststellen van gezondheidsdoelen;
- de selectie van risicogroepen en patiënten;
- het organiseren van activiteiten voor de gehele populatie en voor risicogroepen (ten minste de ketenaanpakken);
- het maken van afspraken over wat regionaal en lokaal wordt opgepakt;
- het maken van afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen gemeente en zorgverzekeraar;
- het maken van concrete uitvoeringsafspraken met hulp- en zorgverleners;
- het maken van afspraken over de coördinatie;
- het maken van afspraken over evaluatie en rapportage;
- het maken van financiële afspraken.

Een belangrijke randvoorwaarde voor de preventie-infrastructuur is dat gemeenten zich organiseren in een mandaatstructuur. Dit houdt in dat op regionaal niveau (IZA-regio) afspraken worden gemaakt tussen de

preferente zorgverzekeraar en de gemandateerde gemeente. Deze gemandateerde gemeente doet dit namens de gemeenten uit de betreffende regio [11]. Niet iedere gemeente heeft hierdoor rechtstreeks contact met de zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk wordt daarom, waar relevant, een splitsing gemaakt tussen gemandateerde en niet-gemandateerde gemeenten.

In het vorige rapport van de GALA-monitor is te lezen dat de mate van regionale afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar rondom de preventie-infrastructuur was afgenomen ten opzichte van het jaar daarvoor [12]. Hierbij gaven de gemandateerde gemeenten over het algemeen een lagere score dan de zorgverzekeraars. Dit gold zowel voor de perceptie op de gemaakte afspraken, als de onderlinge waardering.

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen op basis van de meest recente meting van de GALA-vragenlijst. De gebruikte databronnen staan beschreven in tekstbox 4.2.

Leeswijzer
In paragraaf 4.2 worden resultaten uit de vragenlijsten voor gemeenten en zorgverzekeraars beschreven. Ook worden twee duidingssessies beschreven over samenwerkingsafspraken rondom de preventie-infrastructuur en ervaringen met de onderlinge samenwerking. Ook wordt de rol beschreven van de GGD binnen de preventie-infrastructuur en komen de concrete uitvoeringsafspraken met hulp -en zorgverleners aan bod. In paragraaf 4.3 volgt daarop een reflectie.

Tekstbox 4.2 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Meting 1 (2024), meting 2 (2025) en meting 3 (2026) van de GALA-vragenlijst onder gemeenten. Meting 3 is ingevuld in januari en februari 2026 door 320 van de 342 gemeenten.
- Meting 1 (2024), meting 2 (2025) en meting 3 (2026) van de GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars. Meting 3 is ingevuld in januari en februari 2026 door 36 van de 38[10] vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld (hierna aangeduid als 'zorgverzekeraars').
- GALA-vragenlijst onder GGD'en, ingevuld in maart 2026 door 21 van de 25 GGD'en voor in totaal 32 van de 38 IZA-regio's.
- Online duidingssessie, gehouden in maart 2026 met vertegenwoordigers van zeven gemeenten verspreid over Nederland variërend van een kleine tot grote omvang.
- Online duidingssessie, gehouden in april 2026 met zeven vertegenwoordigers van vier zorgverzekeraars.

4.2 Resultaten

4.2.1 Samenwerkingsafspraken rondom de preventie-infrastructuur

Om de voortgang van de samenwerkingsafspraken rondom de preventie-infrastructuur in kaart te brengen, is in de vragenlijst een aantal

[10] Ten opzichte van de voorgaande meting is dit een regio minder omdat regio Eemland met de regio Utrecht is samengenomen.

stellingen over de totstandkoming van regionale afspraken aan gemeenten en zorgverzekeraars voorgelegd. Deze stellingen (tabel 4.1) zijn deels gebaseerd op onderdelen van een preventie-infrastructuur, zoals genoemd in tekstbox 4.1.

Tabel 4.1 Percentage gemandateerde gemeenten en zorgverzekeraars dat aangeeft dat de stellingen over regionale afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars rondom preventie en gezondheidsbevordering (helemaal) wel van toepassing zijn.

Stellingen met reactie per meting voor gemandateerde gemeente en zorgverzekeraar	**Percentage '(helemaal) eens' ten opzichte van het totaal (n) per meting**		
Er is periodiek gestructureerd overleg tussen de (vertegenwoordiging van de) gemeente en (de preferente) zorgverzekeraar*	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	67 (42)	64 (42)	70 (44)
Zorgverzekeraar	87 (39)	86 (35)	81 (36)
Er wordt een gedeelde urgentie gevoeld ten aanzien van het naleven van de (regionale) afspraken	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	64 (42)	52 (42)	57 (44)
Zorgverzekeraar	95 (39)	89 (35)	86 (36)
De besluitvorming over de inrichting en uitvoering van de afspraken wordt gezamenlijk gedaan	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	67 (42)	36 (42)	36 (44)
Zorgverzekeraar	77 (39)	66 (35)	72 (36)
Er zijn afspraken gemaakt over het verdelen van de verantwoordelijkheden	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	55 (42)	43 (42)	45 (44)
Zorgverzekeraar	74 (39)	57 (35)	58 (36)
Er zijn afspraken gemaakt over wat gezamenlijk met alle gemeenten (regionaal) wordt opgepakt en wat gemeenten voor zichzelf (lokaal) doen	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	57 (42)	52 (42)	64 (44)
Zorgverzekeraar	-	57 (35)	53 (36)
Er zijn afspraken over hoe en door wie de uitvoering gecoördineerd wordt	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	60 (42)	48 (42)	57 (44)
Zorgverzekeraar	82 (39)	77 (35)	78 (36)
Er zijn financiële afspraken gemaakt	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	52 (42)	41 (42)	45 (44)
Zorgverzekeraar	44 (39)	60 (35)	64 (36)

Noot. De stellingen zijn gescoord op een schaal van 1 (helemaal niet van toepassing) tot en met 5 (helemaal wel van toepassing). Er is aangegeven in hoeverre de stellingen van toepassing zijn volgens gemeenten en zorgverzekeraars. Hierbij is het percentage '(helemaal) wel van toepassing' vermeld (scores 4 en 5 samen).
* Er is sprake van een gestructureerd overleg wanneer er minimaal een vooraf vastgestelde agenda is en een besluitenlijst.
Bron: GALA-vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024, 2025 en 2026.

Uit de resultaten blijkt dat geen enkele stelling 100 procent scoort. Dat wil zeggen dat de uitgevraagde onderdelen van de preventie-infrastructuur volgens de respondenten nog niet volledig van toepassing zijn op de gemaakte afspraken. In de twee duidingssessies met vertegenwoordigers van gemeenten en zorgverzekeraars werd ook aangegeven dat er over bepaalde onderdelen van de preventie- infrastructuur wel afspraken zijn gemaakt, maar nog niet op het niveau dat men zou willen. Deelnemers van gemeenten gaven bijvoorbeeld aan dat er wel degelijk een periodiek overleg was, maar dat zij nog niet tevreden waren met de uitkomsten van die overleggen. Alleen bij elkaar zitten is niet voldoende om als preventie-infrastructuur te gelden. Dit kan de lagere score van gemeenten ten opzichte van zorgverzekeraars verklaren.

Bij gemeenten worden de stellingen die gaan over gezamenlijke besluitvorming, afspraken over verantwoordelijkheden en het maken van financiële afspraken het minst onderschreven. In de duidingssessie met gemeenten gaven enkele deelnemers aan dat er op bepaalde onderdelen van de preventie-infrastructuur wel samengewerkt wordt met zorgverzekeraars maar dat men soms vastloopt in verantwoordelijkheden. Dit bemoeilijkt het daadwerkelijk transformeren naar een volledig gezamenlijke manier van besluitvorming.

Zorgverzekeraars geven aan dat lokale en regionale afspraken en het delen van verantwoordelijkheden minder van toepassing zijn dan de andere stellingen. In de duidingssessie met zorgverzekeraars is benoemd dat het leveren van lokaal maatwerk binnen regionale afspraken soms lastig te bewerkstelligen is, zeker op structurele basis, al verschilt dit wel per regio. Als mogelijke verklaring hiervoor werd genoemd dat er geen kaders zijn over wat regionaal en wat lokaal afgesproken moet worden, zowel wat betreft de inrichting van de preventie-infrastructuur als de uitvoering van de onderliggende aanpakken. Deze kaders kunnen aangeven wat er minimaal nodig is op regionaal niveau, zodat gemeenten op lokaal niveau weten zij kunnen verwachten. Verder werd aangegeven dat men ketenaanpakken graag domeinoverstijgend wil neerzetten, maar dat dit wordt vertraagd door verschillende werkwijzen en financieringsstromen. Dit belemmert vervolgens het goed neerzetten van de regionale preventie-infrastructuur om te werken aan gezondheidsbevordering en preventie.

Door de tijd heen zien we dat de uitkomsten van gemeenten stabiliseren in meting 3, na de daling tussen meting 1 en 2. Tijdens de duidingssessie werd door de deelnemers van gemeenten aangegeven dat men bij meting 1 het gevoel had gezamenlijk aan tafel te zitten en aan de regioplannen te werken. Daarna was het gevoel vanuit gemeenten dat ze niet meer als gelijkwaardig aan tafel zaten. In deze tijd stapte de VNG uit het IZA en verschoof de focus van de zorgverzekeraars van de regioplannen naar de transformatieplannen, die konden worden ingediend in het kader van het IZA. Zo werd benoemd dat zorgverzekeraars qua informatie vaak een stap voor zijn en voornamelijk in hun eigen zorgdomein bleven werken. Volgens de deelnemers zou dit deels de daling in meting 2 kunnen verklaren. De huidige meting laat een stabiliserend beeld zien, wat zou kunnen duiden op een herstel van de samenwerking, al geldt dat nog niet voor alle stellingen.

Het aandeel zorgverzekeraars dat aangeeft dat er een periodiek overleg is daalt licht (van 87% naar 81%), maar het aandeel dat aangeeft dat er financiële afspraken zijn stijgt juist (van 44% naar 64%). Tijdens de duidingssessie gaven de deelnemers van zorgverzekeraars aan dat men bij zorgverzekeraars soms last heeft van personeelswisselingen van contactpersonen bij gemandateerde gemeenten. Ook werd genoemd dat de werkwijze en manier van denken binnen gemeenten en zorgverzekeraars niet altijd overeenkomen. De deelnemers gaven verder aan dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en dat er een prioriteit ligt om te kijken wat er van daaruit opgepakt moet worden binnen de ketenaanpakken.

Herijking van regionale samenwerkingsafspraken
Uit de vragenlijst blijkt dat 62 procent van de mandaatgemeenten regelmatig afspraken met de zorgverzekeraar opnieuw herijkt. Bij de zorgverzekeraars doet 47 procent dit. Acht procent van de mandaatgemeenten herzien afspraken niet regelmatig, bij zorgverzekeraars is dat 34 procent. De overige respondenten kiezen voor 'anders' (30 procent van de mandaatgemeenten en 19 procent van de zorgverzekeraars). Gemeenten geven aan dat ze soms niet weten of afspraken worden herzien, dat dit nog in ontwikkeling is, of dat het hoort bij de reguliere gesprekscyclus. Zorgverzekeraars geven verschillende redenen, zoals het herzien van afspraken binnen specifieke programma's of aanpakken.

Uitvoeringsafspraken hulp- en zorgverleners
Gemeenten en zorgverzekeraars moeten voor de preventie-infrastructuur ook concrete uitvoeringsafspraken maken met hulp- en zorgverleners. Hierover zijn ook stellingen voorgelegd in de vragenlijst. De resultaten staan in tabel 4.2.

Tabel 4.2 Stellingen over concrete uitvoeringsafspraken met hulp- en zorgverleners in het kader van het GALA ((helemaal) wel van toepassing).

Stellingen met reactie per meting voor gemandateerde gemeente en zorgverzekeraar	**Percentage '(helemaal) eens' ten opzichte van het totaal (n) per meting**		
Er zijn concrete uitvoeringsafspraken gemaakt met hulp- en zorgverleners over verantwoordelijkheden en taken	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	44 (43)	55 (42)	64 (44)
Zorgverzekeraar	33 (39)	63 (35)	67 (36)
Er zijn concrete uitvoeringsafspraken gemaakt met hulp- en zorgverleners over de doorverwijzing en coördinatiefuncties van professionals over de domeinen heen (netwerkstructuur professionals)	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	23 (43)	48 (42)	57 (44)
Zorgverzekeraar	33 (39)	57 (35)	58 (36)

Stellingen met reactie per meting voor gemandateerde gemeente en zorgverzekeraar	**Percentage '(helemaal) eens' ten opzichte van het totaal (n) per meting**		
*Wij verplichten hulp- en zorgverleners om afspraken te maken met partijen uit het zorgdomein, als samenwerking met dit domein nodig is om te werken aan de genoemde maatschappelijke opgaven. Bijvoorbeeld door dit in de contractering mee te nemen**	*Meting 1*	*Meting 2*	*Meting 3*
Gemandateerde gemeente	-	-	11 (44)
Zorgverzekeraar	-	-	64 (36)

Noot. De stellingen zijn gescoord op een schaal van 1 (helemaal niet van toepassing) tot en met 5 (helemaal wel van toepassing). Er is aangegeven in hoeverre de stellingen van toepassing zijn volgens gemeenten en zorgverzekeraars. Hierbij is het percentage '(helemaal) wel van toepassing' vermeld (scores 4 en 5 samen).
*In meting 1 en 2 niet uitgevraagd.
Bron: GALA-vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024, 2025 en 2026.

GGD binnen de preventie-infrastructuur
In het GALA staat dat de GGD ook betrokken wordt bij de totstandkoming van de regionale afspraken in het kader van de preventie-infrastructuur. In 56 procent van de IZA-regio's geeft de GGD aan een coördinerende rol te hebben. Verder geeft in 50 procent van de IZA-regio's de GGD aan dat ze een regionale monitoringsrol binnen het GALA hebben en 6 procent geeft aan een beperktere monitoringsrol te hebben.

De rol van de GGD'en binnen het GALA wordt verder belicht in hoofdstuk 5 en 7. Hoofdstuk 5 gaat over de ketenaanpakken waar de GGD een adviserende rol heeft. Hoofdstuk 7 gaat over de verschillende GALA-thema's, waarbij uitgevraagd wordt welke rol de GGD heeft bij één of meerdere gezondheidsthema's en bij de aanpak van gezondheidsachterstanden.

4.2.2 Ervaringen met de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar

In de vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars is hen gevraagd hoe het bouwen aan de preventie-infrastructuur verloopt. Ook is gevraagd om hiervoor een rapportcijfer te geven aan de hand van vijf verschillende activiteiten. Tabel 4.3 geeft de gemiddelde cijfers weer. Alleen de cijfers van gemandateerde gemeenten worden gegeven, omdat deze gemeenten het contact met de preferente zorgverzekeraars onderhouden voor het GALA.

Uit de tabel blijkt dat het cijfer dat de gemandateerde gemeenten geven over de samenwerking met de zorgverzekeraar (variërend van 5,5 tot 7,2) lager ligt dan het cijfer dat de zorgverzekeraars geven over de samenwerking met de gemeenten (variërend van 6,7 tot 7,9). Dit was in de vorige meting ook zo. Voor de gemandateerde gemeenten geldt wel dat de rapportcijfers ten opzichte van uit de vorige meting gelijk of iets hoger liggen. Bij de zorgverzekeraars zijn de cijfers gelijk of iets lager. De 'bereikbaarheid van de contactpersonen' krijgt van zowel gemandateerde gemeenten als zorgverzekeraars net als in de vorige meting het hoogste rapportcijfer.

In de vragenlijst is ook om toelichting gevraagd bij de gegeven rapportcijfers. Van de zorgverzekeraars geeft ongeveer de helft een toelichting op de gegeven rapportcijfers. Over het algemeen geven zij aan dat afspraken over preventie zijn gemaakt in het regioplan of transformatieplan in het kader van het IZA of aan regionale overlegtafels. Zij melden dat de gemeenten over het algemeen hun verantwoordelijkheid voor preventie nemen, maar ze merken dat bij het maken van afspraken en de uitvoering daarvan dat de financiering bij gemeenten een probleem is. Hierbij speelt ook dat er bij gemeenten vaak geen reële verwachtingen zijn van wat binnen de Zorgverzekeringswet mogelijk is op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering. Daarnaast noemen zorgverzekeraars dat de (gemandateerde) gemeenten de vormgeving van preventie op lokaal niveau soms voorrang geven op het regionale niveau. Hierdoor is het lastig om met alle gemeenten afspraken te maken.

Iets meer dan de helft van de gemeenten geeft een toelichting op de rapportcijfers. Hieruit blijkt dat gemandateerde gemeenten die een vijf of lager geven het idee hebben dat zorgverzekeraars nog te weinig hun verantwoordelijkheid nemen bij het samenwerken rondom preventie en gezondheidsbevordering. Zij geven aan dat zorgverzekeraars weinig proactief zijn of weinig initiatief nemen bij de concrete uitvoering en dat het daardoor lastig is om tot concrete afspraken over preventie en gezondheidsbevordering te komen of tot de uitvoering daarvan. De gemandateerde gemeenten die een zes of hoger geven, geven aan dat de gedeelde verantwoordelijkheid wel (goed) wordt gevoeld, maar dat het nog niet in alle gevallen leidt tot concrete afspraken. Als er wel concrete afspraken zijn dan worden die doorgaans redelijk tot goed nageleefd door de zorgverzekeraar en wordt dit ook gezamenlijk besproken of gemonitord.

Tabel 4.3 Gemiddelde rapportcijfers van gemeenten en zorgverzekeraars voor de onderlinge samenwerking bij vijf activiteiten in het kader van de preventie-infrastructuur.

Activiteiten	**Gemiddeld rapportcijfer (standaardafwijking)**	
	Gemandateerde gemeenten (n=44)	**Zorgverzekeraars (n=36)**
Voelen van gedeelde verantwoordelijkheid voor preventie en gezondheidsbevordering	6,3 (2,1)	7,4 (0,9)
Afspraken maken over preventie en gezondheidsbevordering	5,7 (2,0)	6,9 (1,3)
Naleven van afspraken over preventie en gezondheidsbevordering	5,9 (2,2)	6,7 (1,1)
Bereikbaarheid van de contactperso(o)n(en)	7,2 (2,0)	7,9 (1,1)
Rol bij het implementeren van ketenaanpakken	5,5 (1,9)	7,1 (0,9)

Bron: GALA-vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars 2026.

4.3 Reflectie

Dit hoofdstuk beschrijft de voortgang van de regionale preventie-infrastructuur op basis van meting 3 van de GALA-vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars. De ambitie in het GALA was om per 1 januari 2025 een dekkende preventie-infrastructuur te hebben. Dat betekent een structurele samenwerking binnen de IZA-regio, waarbij in de afspraken in de akkoorden focus ligt op de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar voor het vormgeven van preventie voor risicogroepen.

De resultaten laten zien dat voor de preventie-infrastructuur de ambitie is gehaald, dat wil zeggen in iedere regio is er sprake van een structurele samenwerking. Er is wel een verschil in de perceptie van de kwaliteit. Gemeenten geven tijdens de duidingssessie aan dat alleen samen aan tafel zitten niet volstaat om van een functionerende infrastructuur te spreken, zeker wanneer er twijfel is over gedeelde urgentie en gezamenlijke besluitvorming. Deze dynamiek wordt versterkt door een focusverschuiving bij zorgverzekeraars naar de transformatieplannen in het kader van het IZA ten koste van de eerder gemaakte regioplannen. Aan de zijde van de zorgverzekeraars wordt, ondanks een hogere gerapporteerde tevredenheid, andersom aangegeven dat gemeenten het lokale niveau voorrang geven op het regionale niveau en soms met verkeerde verwachtingen aan tafel zitten. Daarnaast, of mogelijk als gevolg hiervan, leidt de samenwerking nog onvoldoende tot gezamenlijke besluitvorming. In veel regio’s is wel sprake van overleg en afstemming, maar blijven scherpe keuzes en concrete afspraken over verantwoordelijkheden, prioriteiten en middelen nog achter. De samenwerking lijkt daarmee meer gericht op het in stand houden van het netwerk, en minder op het realiseren van gezamenlijke resultaten. Het moet geen samenwerken om het samenwerken zijn, maar vanuit een gedeelde visie werken aan doelen.

Voor een robuust fundament om gezamenlijk aan preventie te werken is het cruciaal dat de werelden van gemeente en zorgverzekeraar bij elkaar komen. De focus moet verschuiven van elkaar treffen aan overlegtafels naar daadwerkelijke actie: uitvoering van preventie door het concretiseren van verantwoordelijkheden en afspraken en het inzetten van middelen. De preventie-infrastructuur moet daarbij breder worden gezien dan slechts een bilaterale afspraak tussen gemeente en zorgverzekeraar; de rol van de GGD en de aansluiting bij de andere domeinen zijn onmisbaar om de gewenste maatschappelijke impact te realiseren en zorg en welzijn daadwerkelijk beter in elkaar te laten grijpen. In hoofdstuk 8 wordt verder ingegaan op de andere partijen in de verdieping rondom het versterken van de sociale basis.

5 Overzicht inrichting ketenaanpakken

Kernboodschappen

1. Veel gemeenten en zorgverzekeraars hebben stappen gezet in de inrichting van de vijf ketenaanpakken binnen het GALA, zoals het aanstellen van een projectleider, maar de daadwerkelijke uitvoering en het aanbod blijven nog achter.
2. De belangrijkste uitdagingen bij de inrichting en uitvoering van de ketenaanpakken zijn: onduidelijkheid over en onvoldoende structurele middelen, beperkte capaciteit bij professionals uit het zorg- en sociaal domein, het meekrijgen van huisartsen en het bereiken van mensen in een kwetsbare situatie.
3. Gezien de voortgang van de ketenaanpakken en het groeiende aantal gezette processtappen is het voor de komende periode essentieel om ook de latere processtappen – met name aanbod en bereik – systematisch te monitoren.

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de inrichting van de ketenaanpakken, zoals beschreven in onderdeel II van GALA hoofdstuk 3G. Hierin zijn afspraken gemaakt om te komen tot een landelijk dekkend aanbod van de volgende ketenaanpakken: Kansrijke Start, Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht)[11], de Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen en Valpreventie. Het doel van dit hoofdstuk is om inzicht te geven in de voortgang en uitdagingen rondom de inrichting van de ketenaanpakken, waarbij wordt gefocust op de grote lijnen en de overeenkomsten en verschillen tussen de ketenaanpakken. In de afzonderlijke rapportages en factsheets van de betreffende ketenaanpakken worden de aanpakken meer in detail behandeld (zie tekstbox 5.1).

In dit hoofdstuk worden geen cijfers weergegeven over het aanbod en bereik van de ketenaanpakken. Deze rapportage focust op de processtappen die door gemeenten en zorgverzekeraars zijn gezet. Dat geeft op dit moment het beste overkoepelende beeld van de inrichting van de ketenaanpakken. Voor niet alle ketenaanpakken zijn op landelijk niveau gestandaardiseerde gegevens beschikbaar. Waar deze wel beschikbaar zijn, worden de gegevens gerapporteerd in de deelrapporten van de ketenaanpakken (zie tekstbox 5.1). Voor het juist interpreteren van de beschikbare gegevens over aanbod en bereik is een gegronde reflectie hierop noodzakelijk en dat voert te ver voor de huidige rapportage.

Uit de vorige rapporten van de GALA-monitor bleek dat in veel gemeenten gestart is met de inrichting van de ketenaanpakken, maar

[11] In het GALA staat onder de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen de uitvoering van het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas beschreven. De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) is de praktische vertaling van dit Landelijk model. Om die reden is de uitvraag gericht op de aanpak KnGG. Andere acties die in het GALA benoemd staan onder de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen zijn bijvoorbeeld het inrichten van een gezonde omgeving of programma's zoals de JOGG-aanpak en Gezonde School. Deze maken geen deel uit van de (keten)aanpak Kind naar Gezonder Gewicht en zijn daarom niet meegenomen in dit hoofdstuk.

dat er nog veel stappen gezet moeten worden om tot daadwerkelijke uitvoering te komen [12]. Ook bleek dat zorgverzekeraars en gemeenten nog niet in alle regio's samenwerkingsafspraken hadden gemaakt voor de ketenaanpakken. Ten opzichte van de vorige rapportages is er in de huidige meting meer aandacht voor het perspectief van de zorgverzekeraar, om zo de keten beter in beeld te brengen. Daarnaast is er meer informatie opgehaald over de bevorderende en belemmerende factoren.

In dit hoofdstuk wordt, naast de processtappen, ingegaan op de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en en de bevorderende en belemmerende factoren bij de inrichting en uitvoering van de ketenaanpakken. De uitkomsten van de vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars worden gebruikt als indicatie van de voortgang van de ketenaanpakken (zie tekstbox 5.2). In de praktijk is het vormgeven van de ketenaanpakken een samenspel tussen verschillende partijen en zijn vele ketenpartners betrokken.

Leeswijzer
Paragraaf 5.2 geeft een overzicht van gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de ketenaanpakken en beschrijft de voortgang ten opzichte van de vorige meting. In paragraaf 5.3 wordt ingegaan op de processtappen die zijn gezet door gemeenten en zorgverzekeraars en paragraaf 5.4 gaat in op de borging van de ketenaanpakken. Paragraaf 5.5 beschrijft de betrokkenheid van de GGD bij de ketenaanpakken. Paragraaf 5.6 en 5.7 gaan respectievelijk in op de bevorderende factoren en de belemmeringen voor de inrichting en uitvoering van de ketenaanpakken vanuit het perspectief van gemeenten en zorgverzekeraars. Het hoofdstuk sluit af met een reflectie in paragraaf 5.8. Vanwege de sterk uiteenlopende aantallen worden in dit hoofdstuk voor de resultaten van gemeenten voornamelijk percentages gerapporteerd en voor de resultaten van zorgverzekeraars en GGD'en absolute aantallen.

Tekstbox 5.1 Rapportages en factsheets over de ketenaanpakken
In de afzonderlijke (verwachte) rapportages en factsheets over de specifieke ketenaanpakken wordt meer informatie en een verdiepend beeld van de stand van zaken gegeven:

- Monitor Kansrijke Start 2025 (publicatie: najaar 2026)
- Brochure ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht 2025 (publicatie: najaar 2026)
- Brochure ketenaanpak GLI 2025 (publicatie: najaar 2026)
- Factsheet ketenaanpak Sociaal verwijzen 2026 (publicatie: najaar 2026)
- Monitor Valpreventie 2025 (publicatie: najaar 2026)

Tekstbox 5.2 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Meting 2 (2025) en meting 3 (2026) van de GALA-vragenlijst onder gemeenten. Meting 3 is in januari en februari 2026 ingevuld door 311 tot 318 van de 342 gemeenten. Voor elke ketenaanpak is een aparte vragenlijst verstuurd, waardoor de respons uiteenloopt. De vragenlijst is ingevuld door 316 gemeenten voor Kansrijke Start, 316 voor Kind naar Gezonder Gewicht, 314 voor de GLI, 311 voor Sociaal verwijzen en 318 voor Valpreventie.
- Meting 2 (2025) en meting 3 (2026) van de GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars. Meting 3 is in januari en februari 2026 ingevuld door 36 van de 38[12] vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld (hierna aangeduid als 'zorgverzekeraars').
- Vragenlijst onder GGD'en, ingevuld in maart 2026 voor 32 van de 38 IZA-regio's.

5.2 Overzicht van gemeenten waarin gestart is met inrichting

De inrichting van de ketenaanpakken is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten, zorgverzekeraars en andere ketenpartners. De processtappen die gezet worden om tot een ketenaanpak te komen, zijn grotendeels afhankelijk van elkaar en vragen om afstemming en samenwerking tussen de ketenpartners over de domeinen heen. Ter indicatie van de voortgang is aan gemeenten en zorgverzekeraars gevraagd welke processtappen zijn gezet in de inrichting van de ketenaanpakken. Deze paragraaf geeft een overzicht van de gemeenten waarin gestart is met de inrichting van ketenaanpakken.

De gemeenten zijn gevraagd naar de status van de inrichting van de ketenaanpakken binnen hun gemeente ten tijde van het invullen van de vragenlijst (februari 2026). Wanneer gemeenten aangeven dat zij één of meerdere processtappen hebben gezet, zoals het aanstellen van een coördinator/projectleider of het maken van samenwerkingsafspraken met ketenpartners, dan werd dit beschouwd als een indicatie dat er binnen de gemeente is gestart met de inrichting van de ketenaanpak. Een overzicht van alle processtappen die per ketenaanpak zijn uitgevraagd onder gemeenten is opgenomen in de bijlage (bijlage 2, tabel 1a-e).

Het aandeel gemeenten waarin gestart is met de inrichting is het hoogst voor Valpreventie (100%; 318 van 318), Sociaal verwijzen (97%; 301 van 311) en Kansrijke Start[13] (92%; 291 van 316). Het aandeel is het laagst voor Kind naar Gezonder Gewicht[14] (86%; 273 van 316) en de

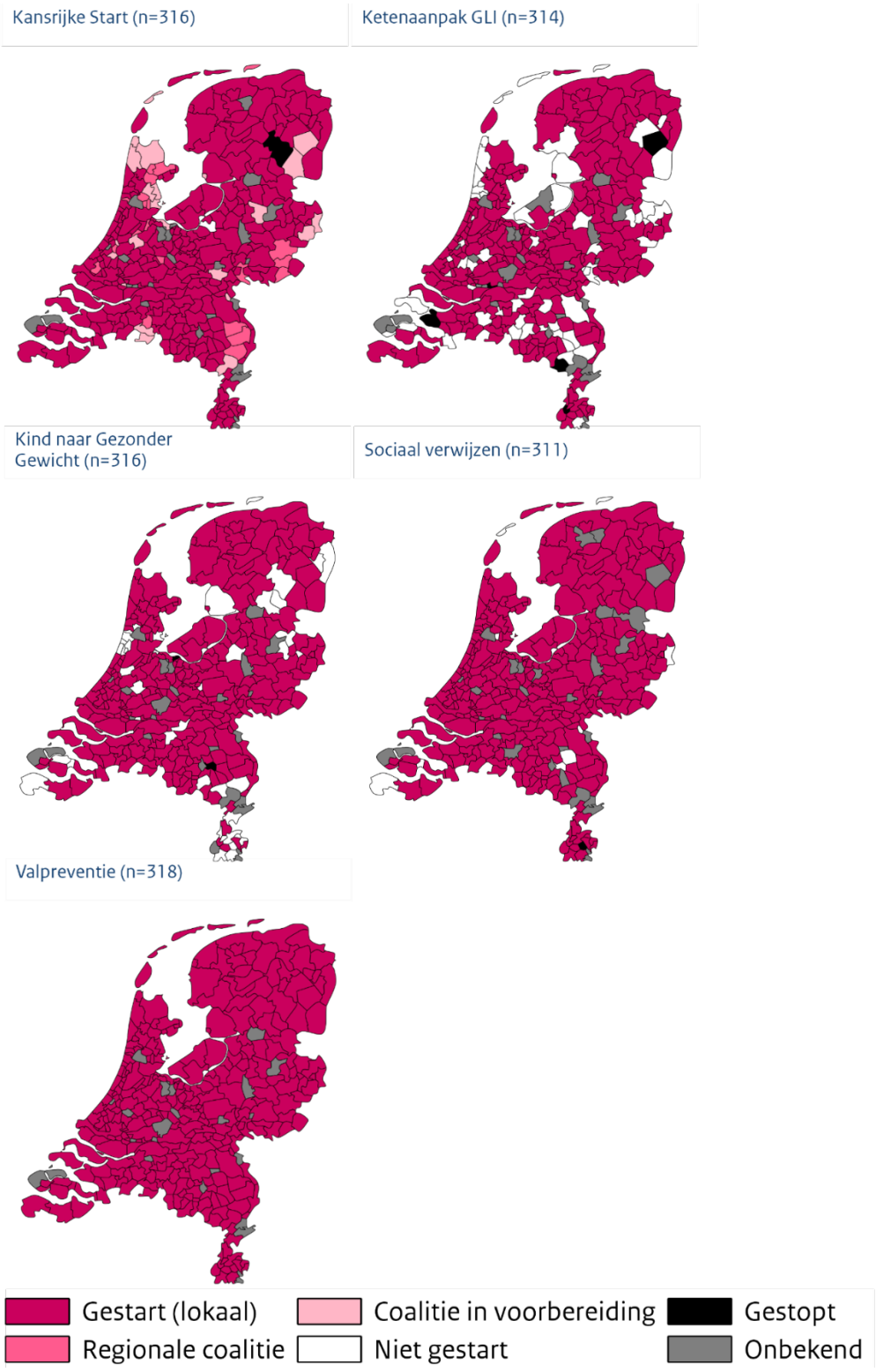
[12] Ten opzichte van de voorgaande meting is dit een regio minder omdat regio Eemland met de regio Utrecht is samengenomen.
[13] Bij Kansrijke Start is gevraagd of gemeenten een lokale coalitie hebben gevormd, een lokale coalitie in voorbereiding/ontwikkeling hebben of geen lokale coalitie hebben, maar wel onderdeel zijn van een regionale coalitie. 'Gestart' met Kansrijke Start is gedefinieerd als: er is een lokale coalitie gevormd of de gemeente is onderdeel van een regionale coalitie.
[14] De definitie van 'gestart' met de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht in deze rapportage wijkt af van de definitie die toegepast wordt door JOGG/KnGG. JOGG/KnGG classificeert gemeenten als 'gestart' wanneer er een projectleider voor Kind naar Gezonder Gewicht is aangesteld.

ketenaanpak GLI[15] (80%; 251 van 314) (figuur 5.1). Het aantal gemeenten waarin gestart is, is voor elke ketenaanpak in 2026 hoger dan in voorgaande jaren[16]. De grootste verschillen zijn zichtbaar voor Kind naar Gezonder Gewicht (86% in 2026 versus 73% in 2025) en de GLI (80% in 2026 versus 72% in 2025). Ook geven enkele gemeenten die eerder gestart waren aan gestopt te zijn met de inrichting van een ketenaanpak: dit varieert van nul gemeenten voor Valpreventie tot zes gemeenten voor de GLI. De reden waarom gemeenten gestopt zijn met de inrichting van een ketenaanpak is niet bekend.

[15] In dit rapport wordt met de Gecombineerde leefstijlinterventie de ketenaanpak GLI bedoeld, waarbij het gaat om het goed inbedden van een GLI als leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas in een gemeente en de daarbij benodigde netwerkvorming en samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein. Er zijn verschillende erkende en effectieve GLI-programma's die sinds 2019 vergoed mogen worden vanuit de basiszorgverzekering. Deze GLI-programma's worden sinds 2019 in veel gemeenten aangeboden.

[16] Bij de uitgevraagde stappen zijn enkele wijzigingen gedaan over de jaren heen die mogelijk invloed hebben op het aandeel gemeenten waarin gestart is.

Figuur 5.1 Gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de ketenaanpakken.



De aantallen in de figuur hebben betrekking op het aantal gemeenten dat het onderdeel van de vragenlijst over de betreffende ketenaanpak heeft ingevuld. De antwoordopties 'regionale coalitie' en 'coalitie in voorbereiding' hebben alleen betrekking op Kansrijke Start. Met 'coalitie in voorbereiding' wordt gedoeld op een lokale coalitie.

Bron: GALA-vragenlijst onder gemeenten 2026.

5.2.1 Redenen waarom niet is gestart met inrichting van ketenaanpak

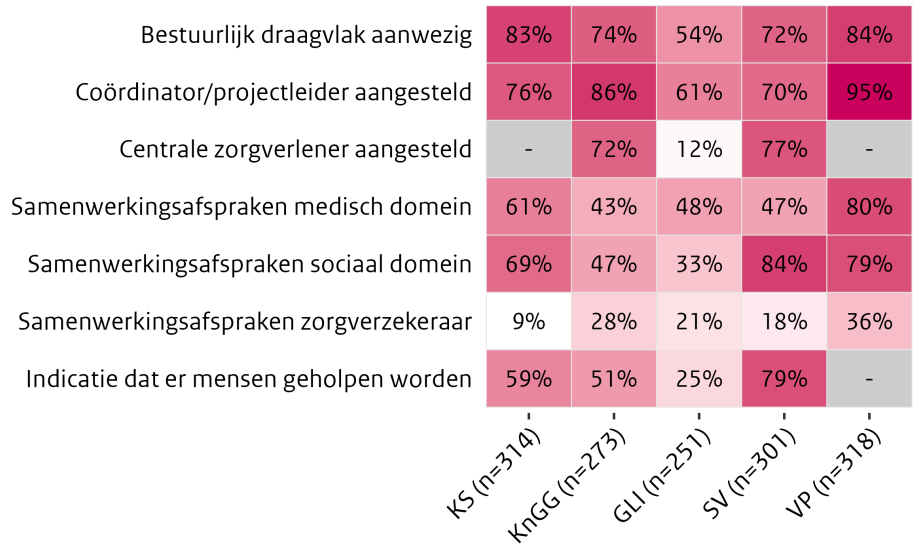
Gemeenten noemen diverse redenen waarom er nog niet gestart is met de inrichting van een ketenaanpak, waarbij de meest genoemde redenen verschillen per ketenaanpak. Voor Kansrijke Start is de beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij de gemeente de meestgenoemde reden (17 van 25 gemeenten). Voor Kind naar Gezonder Gewicht betreft dit het in afwachting zijn van regionale afspraken (24 van 43). Bij de GLI worden zowel de prioritering van andere ketenaanpakken of projecten (33 van 63) als de beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij de gemeente (26 van 63) vaak genoemd. Daarnaast spelen ontoereikende SPUK-middelen en onzekerheid over structurele middelen een rol bij alle drie de bovengenoemde ketenaanpakken. Voor Sociaal verwijzen noemen vier van de tien gemeenten de beperkte capaciteit bij de gemeente als reden om nog niet te zijn gestart. De meest genoemde redenen waarom nog niet is gestart komen overeen met de resultaten van vorig jaar.

5.3 Processtappen door gemeenten en zorgverzekeraars

Uit de voorgaande paragraaf blijkt dat in het merendeel van de gemeenten gestart is met de inrichting van de ketenaanpakken. Dit betekent echter niet dat er ook al daadwerkelijk aanbod is gerealiseerd en dat er mensen worden geholpen. De ketenaanpak kan zich namelijk ook nog in een voorbereidende fase bevinden.

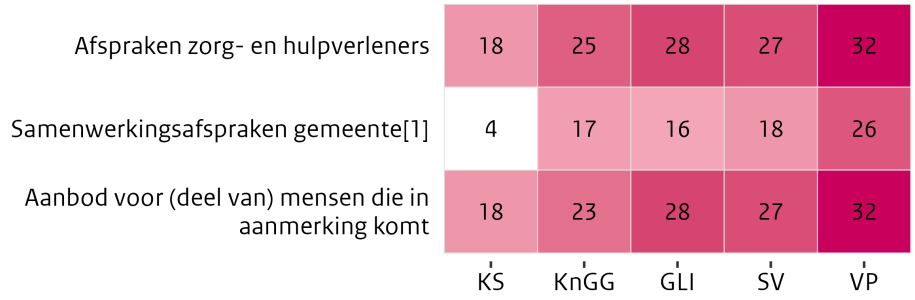
Om meer inzicht te krijgen in de stand van zaken rondom de inrichting van de ketenaanpakken, is aan gemeenten en zorgverzekeraars gevraagd welke stappen er zijn gezet. Omdat het inrichtingsproces per ketenaanpak varieert, zijn ook de uitgevraagde stappen tussen de vijf ketenaanpakken deels verschillend. Op hoofdlijnen komen de stappen echter overeen en zijn er enkele algemene processtappen te onderscheiden. Bij gemeenten gaat het hierbij om procesmatige stappen, zoals het maken van samenwerkingsafspraken met ketenpartners en het aanstellen van een projectleider (zie figuur 5.2a). Bij zorgverzekeraars gaat het om afspraken met zorg- en hulpverleners, samenwerkingsafspraken met gemeenten en aanbod voor van mensen die in aanmerking komen (zie figuur 5.2b). De geformuleerde stappen zijn onder andere gebaseerd op richtlijnen en handreikingen voor het praktisch inrichten van de ketenaanpakken, zoals de Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij het Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas [13].

Figuur 5.2a Percentage gemeenten dat aangeeft dat processtap is gezet[17]. N is aantal gemeenten waaraan de vraag is voorgelegd; alleen gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de ketenaanpak.



Bron: GALA-vragenlijst onder gemeenten 2026.

Figuur 5.2b Aantal zorgverzekeraars (totaal n=36) dat aangeeft dat processtap is gezet[18].



Bron: GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars 2026.
[1] Het lage aandeel regio's waarin samenwerkingsafspraken voor Kansrijke Start zijn hangt mogelijk samen met de beperkte rol van zorgverzekeraars in het vormen van coalities Kansrijke Start, zie ook voetnoot 18.

Figuur 5.2a en figuur 5.2b beschrijven de overkoepelende processtappen die gemeenten en zorgverzekeraars hebben gezet voor

[17] De definiëring van de indicatie dat er mensen geholpen worden verschilt per ketenaanpak. Voor Kansrijke Start is dit geformuleerd als: Er is voldoende en passend aanbod van activiteiten voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context in de gemeente om aan deel te kunnen nemen. Voor Kind naar Gezonder Gewicht: De centrale zorgverlener verwijst kinderen door naar andere professionals uit het zorg- en sociaal domein (bijv. kinderarts, fysio, schuldhulpverlening). Voor Gecombineerde leefstijlinterventie: De implementatie van de netwerkaanpak overgewicht bij volwassenen volgens het landelijk basismodel is al gestart. Voor Sociaal verwijzen: De ketenaanpak is gestart, dat wil zeggen mensen worden doorverwezen.
[18] Het hoge aandeel regio's waarin geen (regionale) samenwerkingsafspraken zijn met de (vertegenwoordiging van de) gemandateerde gemeente(n) voor Kansrijke Start hangt mogelijk samen met de beperkte rol van zorgverzekeraars in het vormen van coalities Kansrijke Start. De coalities Kansrijke Start werden sinds de start van het landelijk actieprogramma Kansrijke Start in 2018 vooral vanuit gemeenten gevormd met als doel de samenwerking tussen professionals in het sociaal en medisch domein te bevorderen.

de vijf ketenaanpakken. Hieruit blijkt dat in veel gemeenten de eerste stappen in het proces zijn gezet. Ook hebben veel zorgverzekeraars afspraken gemaakt met (een deel van de) relevante zorg- en hulpverleners over de ketenaanpak[19]. Samenwerkingsafspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar blijven volgens gemeenten achter, maar dit speelt voornamelijk bij de niet-gemandateerde gemeenten.

5.3.1 Mate waarin sprake is van aanbod van ketenaanpakken

Om een beeld te krijgen of er al mensen worden geholpen, is op verschillende wijzen aan gemeenten gevraagd naar doorverwijzing en aanbod. Dit blijkt het vaakst het geval te zijn bij Sociaal verwijzen, terwijl hier bij Kansrijke Start[20], Kind naar Gezonder Gewicht en bij de GLI nog in mindere mate sprake van is. Deze gegevens dienen wel voorzichtig geïnterpreteerd te worden, omdat de formulering van de vraag per ketenaanpak verschilt en niet het volledige beeld geeft[21]. Vrijwel alle zorgverzekeraars die afspraken hebben gemaakt met zorg- en hulpverleners, geven aan dat er aanbod is voor een deel van of voor alle mensen die in aanmerking komen voor de ketenaanpak. Het gaat hierbij om de onderdelen van de ketenaanpak waar de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor is.

5.3.2 Aantal gezette processtappen

Het aantal processtappen dat is gezet, varieert per ketenaanpak, gemeente en regio. Voor gemeenten is berekend hoeveel processtappen er gemiddeld gezet zijn. Omdat het totaal aantal mogelijke processtappen per ketenaanpak anders is[22], zijn de percentages berekend op basis van het totaal aantal uitgevraagde stappen per ketenaanpak. Hieruit blijkt dat voor Valpreventie gemiddeld de meeste processtappen zijn gezet, terwijl voor de GLI het minste aantal stappen is gezet. Het gemiddeld aantal gezette processtappen bedraagt 71 procent voor Valpreventie, 56 procent voor Kansrijke Start, 53 procent voor Sociaal verwijzen, 45 procent voor Kind naar Gezonder Gewicht en 38 procent voor de GLI. Vrijwel alle processtappen zijn bij de huidige meting vaker gezet dan bij de vorige meting.

5.4 Borging

Voor het duurzaam opzetten van de ketenaanpakken is borging essentieel. Borging is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en zorgverzekeraars. Het perspectief van gemeenten hierop is in deze meting van GALA uitgevraagd. Hieruit blijkt dat de mate

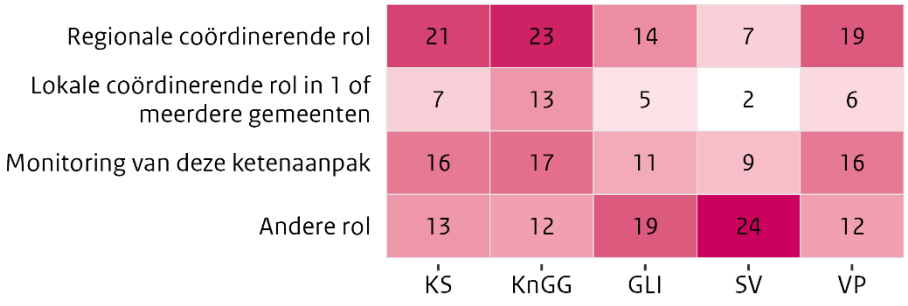
[19] Het gaat hierbij om de onderdelen van de ketenaanpak waar de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor is.
[20] Voor Kansrijke Start is deze stelling geformuleerd als: 'Er is voldoende en passend aanbod van activiteiten voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context in de gemeente om aan deel te kunnen nemen.' De Monitor Kansrijke Start 2024 (Monitor Kansrijke Start 2024 | RIVM) geeft een overzicht van interventies die door gemeenten worden ingezet, waaruit blijkt dat een hoger percentages interventies zoals Nu Niet Zwanger aanbiedt.
[21] De definiëring van de indicatie dat er mensen geholpen worden verschilt per ketenaanpak. Voor Kansrijke Start is dit geformuleerd als: 'Er is voldoende en passend aanbod van activiteiten voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context in de gemeente om aan deel te kunnen nemen'. Voor Kind naar Gezonder Gewicht: 'De centrale zorgverlener verwijst kinderen door naar andere professionals uit het zorg- en sociaal domein (bijv. kinderarts, fysio, schuldhulpverlening)'. Voor Gecombineerde leefstijlinterventie: 'De implementatie van de netwerkaanpak overgewicht bij volwassenen volgens het landelijk basismodel is al gestart'. Voor Sociaal verwijzen: 'De ketenaanpak is gestart, dat wil zeggen mensen worden doorverwezen'.
[22] Het totaal aantal uitgevraagde stappen per ketenaanpak verschilt van 11 voor Valpreventie tot 16 stappen voor Kind naar Gezonder Gewicht, zie ook bijlage 2, tabel 2a-e. De gerapporteerde percentages geven het gemiddeld aantal gezette processtappen ten opzichte van het totaal aantal uitgevraagde processtappen weer. Zo zijn voor Valpreventie gemiddeld 7,8 van de 11 stappen gezet.

waarin ketenaanpakken geborgd zijn in gemeenten wisselt per ketenaanpak. Voor Kansrijke Start geven gemeenten het vaakst aan dat de aanpak (57%) of onderdelen hiervan (37%) zijn opgenomen in meerjarige beleidsplannen. Voor de andere ketenaanpakken geeft tussen de 23 en 43 procent van de gemeenten aan dat de aanpak is opgenomen in meerjarige beleidsplannen. Het structureel beleggen van de rol van projectleider/coördinator en het maken van meerjarige samenwerkingsafspraken met eerstelijnszorgpraktijken, gezondheidscentra en welzijnsorganisaties gebeurt nog in een minderheid van de gemeenten. Gemeenten die aangeven dat er nog geen sprake is van borging, noemen vooral het ontbreken van structurele financiering als oorzaak. Daarnaast geven sommige gemeenten aan dat de ketenaanpakken zich nog in de opstartfase/pilotfase bevinden of dat plannen voor borging in ontwikkeling zijn.

5.5 Betrokkenheid van GGD bij ketenaanpakken

Aan GGD'en is gevraagd welke rol ze hebben binnen de ketenaanpakken: regionale of lokale coördinatie, monitoring, of een andere rol. Voor Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht en Valpreventie heeft de GGD in het merendeel van de regio's een regionale coördinerende rol (figuur 5.3). In ongeveer de helft van de regio's is de GGD daarnaast betrokken bij de monitoring van deze ketenaanpakken. GGD'en die een andere rol aangeven, noemen onder andere dat ze alleen in subregio's een coördinerende rol hebben. Bij 'andere rol' wordt ook voor alle ketenaanpakken door een deel van de GGD'en aangegeven dat ze geen rol hebben bij de ketenaanpak, vooral bij Sociaal verwijzen en de GLI.

Figuur 5.3 Aantal regio's waarin GGD aangeeft rol te hebben binnen ketenaanpak (uitgevraagd per IZA-regio; n=32). Meerdere antwoorden waren mogelijk.



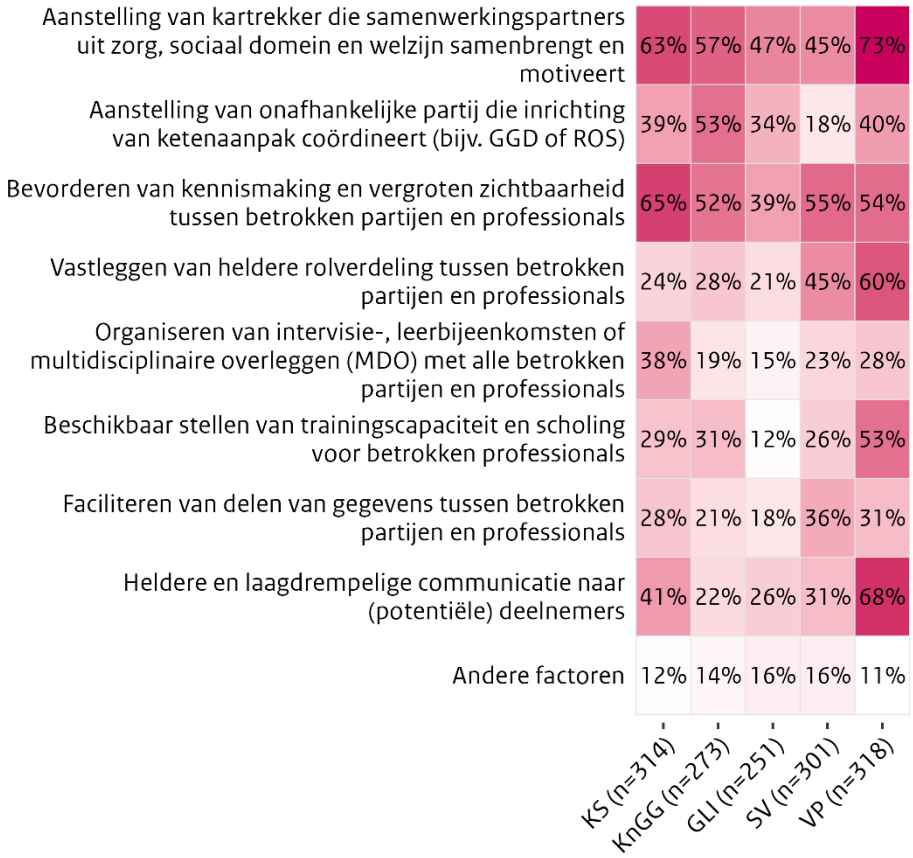
Bron: GALA-vragenlijst onder GGD'en 2026.

Gemeenten geven aan dat er vooral bij Kansrijke Start (94%) en Kind naar Gezonder Gewicht (94%) afspraken zijn gemaakt over de invulling van de GGD-rol; bij Sociaal verwijzen is dit het minst vaak het geval (54%). Waar afspraken zijn gemaakt, gaan die meestal over advisering en coördinatie. Dit beeld is vergelijkbaar met de vorige meting.

5.6 Bevorderende factoren voor inrichting ketenaanpakken

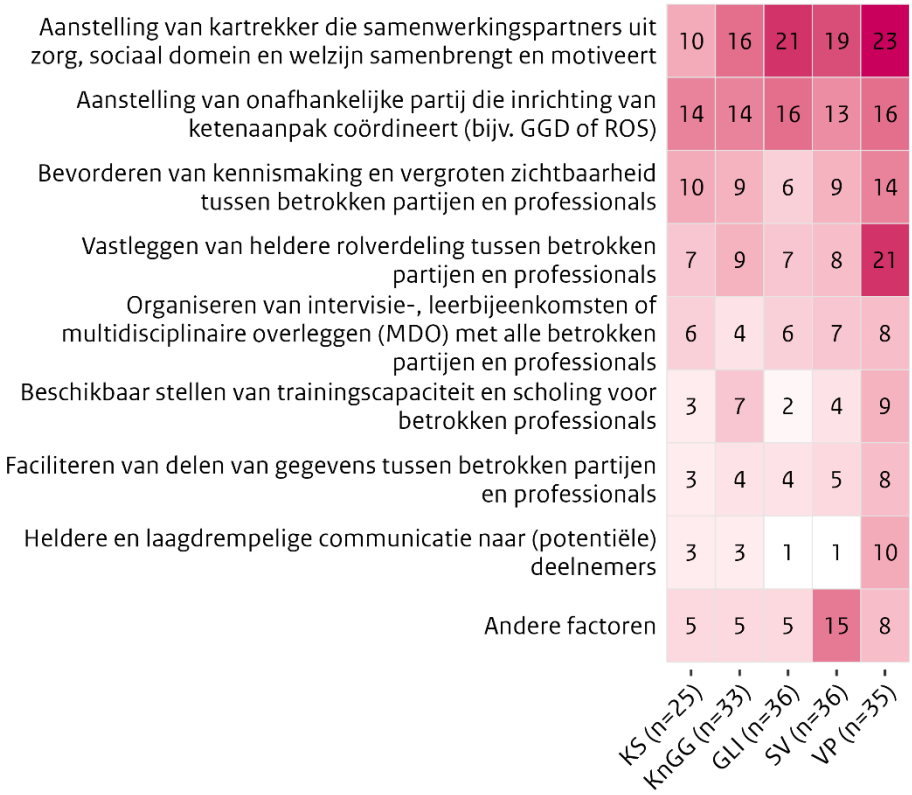
Aan gemeenten en zorgverzekeraars is gevraagd welke factoren volgens hen bijdragen aan de verdere implementatie van de ketenaanpakken (zie figuur 5.4a en 5.4b). Gemeenten geven aan dat vooral de aanstelling van een kartrekker die verschillende samenwerkingspartners verbindt, een belangrijke bevorderende factor is. Ook het vergroten van de zichtbaarheid en onderlinge kennismaking tussen betrokken partijen draagt bij aan een succesvolle implementatie. Bij Kind naar Gezonder Gewicht helpt de inzet van een onafhankelijke partij die de ketenaanpak coördineert. Voor Valpreventie blijken heldere rolverdeling, voldoende trainingscapaciteit en laagdrempelige communicatie richting deelnemers belangrijk. Zorgverzekeraars noemen grotendeels dezelfde factoren. Ook zij zien de aanstelling van een kartrekker en een onafhankelijke coördinator als belangrijke succesfactoren. Daarnaast hechten zij, net als gemeenten, waarde aan een duidelijke rolverdeling, met name bij Valpreventie.

Figuur 5.4a Percentage gemeenten dat aangeeft dat factor bijdraagt aan verdere inrichting van ketenaanpak. N is aantal gemeenten waaraan de vraag is voorgelegd. Meerdere antwoorden mogelijk; percentages tellen op tot meer dan 100.



Bron: GALA-vragenlijst onder gemeenten 2026.

Figuur 5.4b Aantal zorgverzekeraars dat aangeeft dat factor bijdraagt aan verdere inrichting van ketenaanpak. N is het aantal zorgverzekeraars waaraan de vraag is voorgelegd. Meerdere antwoorden mogelijk.



Bron: GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars 2026.

5.7 Belemmeringen en obstakels voor verdere implementatie en uitvoering ketenaanpakken

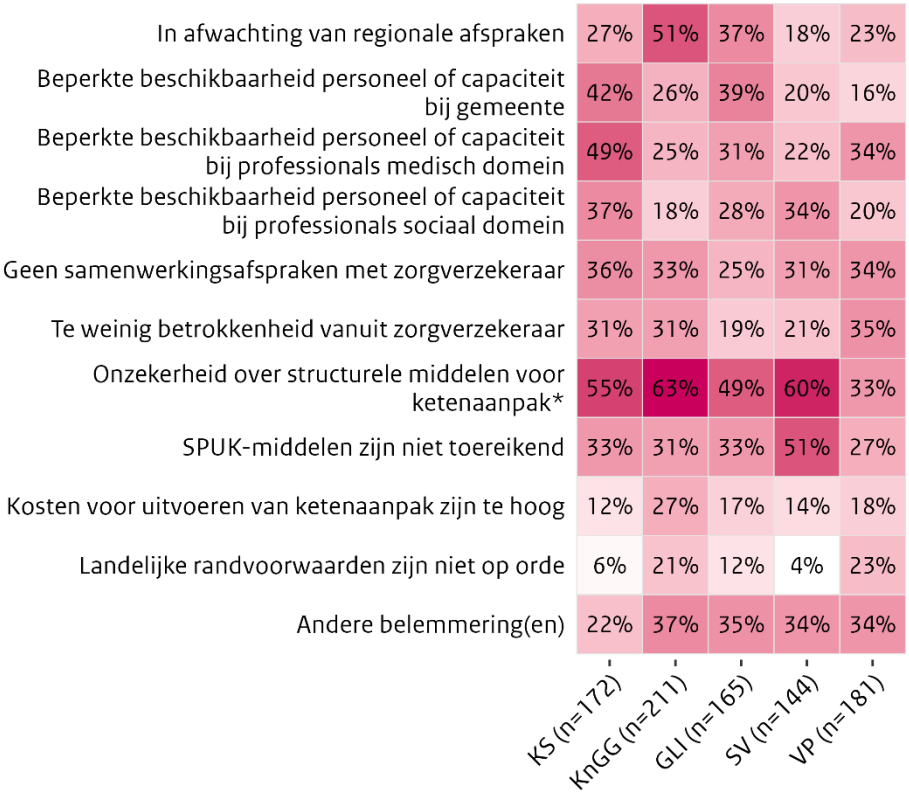
Aan gemeenten en zorgverzekeraars is via een meerkeuzevraag uitgevraagd of, en zo ja, welke belemmeringen ze ervaren bij de verdere *implementatie* van de ketenaanpakken (zie figuur 5.5a en 5.5b). Om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van mogelijke knelpunten in de ketens is daarnaast ook via een open vraag uitgevraagd wat gemeenten en zorgverzekeraars zien als het grootste obstakel bij de *uitvoering* van de ketenaanpakken (zie tekstbox 5.3-5.7).

5.7.1 Belemmeringen voor de verdere implementatie

Gemeenten waarin gestart is met de ketenaanpakken geven vooral bij de verdere implementatie van Kind naar Gezonder Gewicht (77%) en de GLI (66%) belemmeringen te ervaren bij de verdere implementatie. Bij Sociaal verwijzen is het aandeel gemeenten dat belemmeringen ervaart het laagst (48%). Ook aan zorgverzekeraars die afspraken hebben gemaakt met zorg- en hulpverleners of gemeenten over de ketenaanpakken, is gevraagd of ze belemmeringen ervaren bij de verdere inrichting. Zorgverzekeraars geven vooral bij Kind naar Gezonder Gewicht (24 van 33 zorgverzekeraars) en Sociaal verwijzen (25 van 36) belemmeringen aan. Bij Valpreventie (14 van 35) is dit aandeel het laagst.

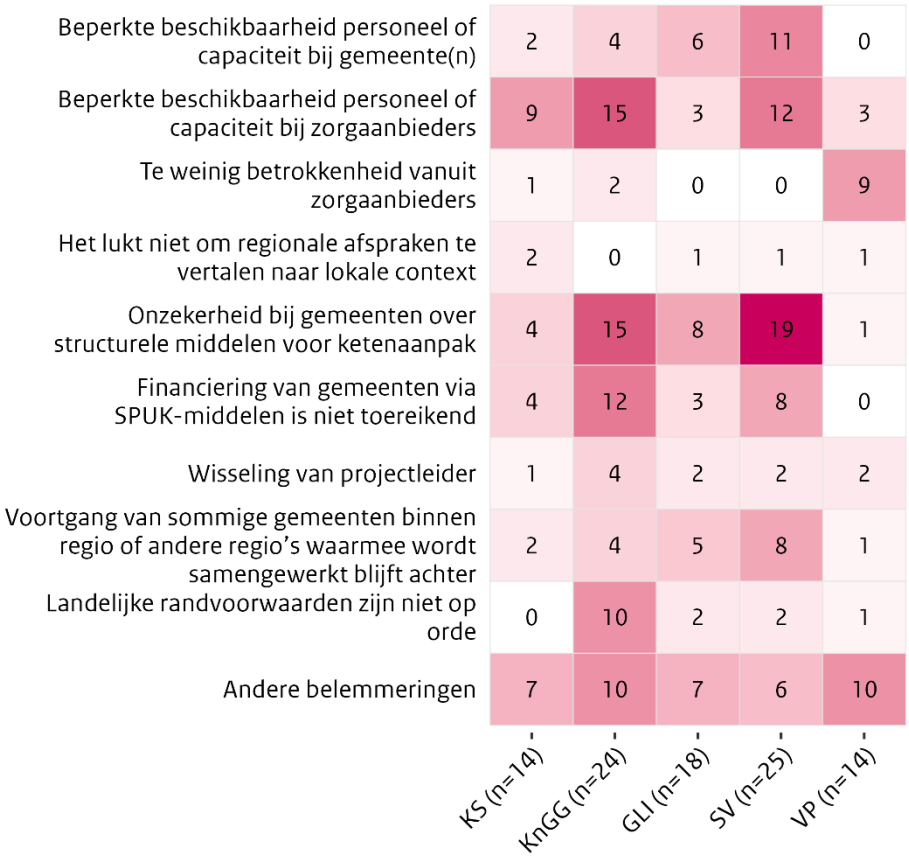
Zowel gemeenten als zorgverzekeraars noemen de onzekerheid over structurele en/of ontoereikende middelen vaak als belemmering voor de verdere inrichting van de meeste ketenaanpakken, met name bij Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, GLI en Sociaal verwijzen (zie figuur 5.5a en 5.5b). Ook beperkte personele capaciteit wordt veel genoemd, vooral bij Kansrijke Start en Kind naar Gezonder Gewicht. Voor Valpreventie noemen zorgverzekeraars vooral een gebrek aan betrokkenheid vanuit zorgaanbieders als belemmering. De meest genoemde belemmeringen komen grotendeels overeen met de vorige meting van de GALA-monitor, al is het aandeel gemeenten en zorgverzekeraars dat onzekerheid over structurele middelen als belemmering noemt licht gedaald (niet in figuur).

Figuur 5.5a Percentage gemeenten dat een belemmering ervaart bij de verdere implementatie van de ketenaanpak. N is het aantal gemeenten waaraan de vraag is voorgelegd; alleen gemeenten die aangeven belemmeringen te ervaren bij de verdere implementatie. Meerdere antwoorden mogelijk; percentages tellen op tot meer dan 100.



Bron: GALA-vragenlijst onder gemeenten 2026.
*Voor Kansrijke Start geformuleerd als "Er is onzekerheid over de (hoogte van) structurele middelen voor Kansrijke Start".

Figuur 5.5b Aantal zorgverzekeraars dat een belemmering ervaart bij de verdere implementatie van de ketenaanpak. N is het aantal zorgverzekeraars waaraan de vraag is voorgelegd; alleen zorgverzekeraars die aangeven belemmeringen te ervaren bij de verdere implementatie. Meerdere antwoorden mogelijk.



Bron: GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars 2026.

5.7.2 *Belangrijkste obstakels voor de uitvoering*

Naast de hiervoor genoemde belemmeringen voor de verdere implementatie van de ketenaanpakken, is aan gemeenten en zorgverzekeraars gevraagd welke obstakels ze als meest belangrijk ervaren bij de daadwerkelijke uitvoering van de ketenaanpak (zie tekstbox 5.3-5.7). Gemeenten en zorgverzekeraars ervaren diverse obstakels bij de daadwerkelijke uitvoering van de ketenaanpakken, zoals het gebrek aan structurele financiering en onvoldoende capaciteit bij uitvoerende professionals. Daarnaast komen ketenaanpak-specifieke obstakels voor de uitvoering naar voren. Zo vormt volgens gemeenten de samenwerking met huisartsen een belangrijk knelpunt bij Sociaal verwijzen en Valpreventie, terwijl bij Kind naar Gezonder Gewicht en Valpreventie ook het ontbreken van afspraken met zorgverzekeraars wordt genoemd. Gemeenten noemen verder het bereiken van doelgroepen (in een kwetsbare situatie) als grote uitdaging bij Kansrijke Start en Valpreventie. Zorgverzekeraars signaleren daarnaast het ontbreken van landelijke kaders als specifiek obstakel bij Kansrijke Start en het ontbreken van handreikingen bij de GLI.

Tekstbox 5.3 Belangrijkste obstakels bij uitvoering van ketenaanpak Kansrijke Start

Volgens gemeenten:

1. Onvoldoende tijd/capaciteit bij uitvoerende professionals/ organisaties: gebrek aan tijd bij onder andere GGD, kraamzorg, verloskundigen en artsen, maar ook ketencoördinator, voor samenwerking en uitvoering.
2. Onzekerheid over beschikbare structurele middelen beschikbaar voor ketenaanpak: hoewel structurele middelen beschikbaar zijn (en er vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) middelen bijkomen voor Nu Niet Zwanger en de Integrale Gezinspoli) benoemen gemeenten incidentele en beperkte middelen als obstakel. Hierdoor is er onder andere onvoldoende ruimte voor een ketencoördinator/kartrekker en komt een deel van de projecten niet van de grond.
3. Signaleren/opsporen/bereiken van doelgroep is lastig: het bereiken van gezinnen in een kwetsbare situatie is een uitdaging.

Volgens zorgverzekeraars:

- Zorgverzekeraars noemen het vaakst dat er onvoldoende tijd/capaciteit is bij zorgverleners. Ook de onzekerheid over toekomstige financiering bij gemeenten is een obstakel voor de uitvoering. Daarnaast wordt aangegeven dat een helder (landelijk) kader ontbreekt over wat onder Kansrijke Start wordt verstaan.

Tekstbox 5.4 Belangrijkste obstakels bij uitvoering van ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht

Volgens gemeenten:

1. Onvoldoende structurele middelen beschikbaar voor ketenaanpak: er zijn onvoldoende structurele middelen om de keten goed neer te zetten, waardoor onder andere de inzet buiten de Zvw van de centrale zorgverlener beperkt is.
2. Onzekerheid over toekomstige financiering van ketenaanpak: langdurige onzekerheid over bekostiging leidt tot terughoudendheid in implementatie en bemoeilijkt samenwerking met en commitment van uitvoerende partijen.
3. Samenwerking met/betrokkenheid van zorgverzekeraar is lastig: voorbeelden die hierbij genoemd worden zijn dat de zorgverzekeraar is niet betrokken, afspraken met wzorgverzekeraar over vergoeding ontbreken of zijn binnen de beschikbare tijd moeilijk uitvoerbaar.

Volgens zorgverzekeraars:

- Zorgverzekeraars noemen met name obstakels rond financiering: de onzekerheid over toekomstige financiering van gemeenten en te lage tarieven voor centrale zorgverleners. Ook wordt aangegeven dat gemeenten de noodzaak niet altijd zien van deze ketenaanpak. Daarnaast wordt het beperkte aanbod van de kinder-GLI genoemd als obstakel in de uitvoering. Ook worden het ontbreken van landelijke randvoorwaarden en tekort aan opgeleide professionals aangegeven als obstakels.

Tekstbox 5.5 Belangrijkste obstakels bij uitvoering van ketenaanpak GLI

Volgens gemeenten:

1. Geen structurele middelen beschikbaar voor ketenaanpak: incidentele en onvoldoende middelen maken dat er geen budget is voor onder andere de centrale zorgverlener en projectcoördinator.
2. Onvoldoende tijd/capaciteit bij uitvoerende professionals/ organisaties: er is een gebrek aan capaciteit bij onder andere leefstijlcoaches en huisartsen.
3. Onzekerheid over toekomstige financiering van ketenaanpak: onzekerheid rond financiering bemoeilijkt coördinatie en het maken van afspraken met uitvoerende partijen.

Volgens zorgverzekeraars:

- Zorgverzekeraars geven aan dat er onvoldoende duidelijkheid is over de rol en taak van de gemeente rondom deze ketenaanpak en over de invulling van de rol van de centrale zorgverlener. Ook het ontbreken van een landelijke handreiking om van GLI-interventie naar ketenaanpak te gaan wordt genoemd als obstakel. Daarnaast wordt de onduidelijkheid rondom de structurele financiering voor gemeenten benoemd en aangegeven dat gemeenten de prioriteit leggen bij andere ketenaanpakken.

Tekstbox 5.6 Belangrijkste obstakels bij uitvoering van ketenaanpak Sociaal verwijzen

Volgens gemeenten:

1. Samenwerking met/medewerking van huisartsen (onder andere verwijzing) is lastig: huisartsen en POH's verwijzen onvoldoende door, onder andere vanwege een gebrek aan bekendheid van Sociaal verwijzen en het niet inzien van het belang hiervan.
2. Onvoldoende tijd/capaciteit bij uitvoerende professionals/organisaties: er is een gebrek aan capaciteit bij welzijnsmedewerkers/-coaches en huisartsen.
3. Geen structurele middelen beschikbaar voor ketenaanpak: onvoldoende en geen structurele middelen belemmeren uitvoering, samenwerking met uitvoerende partijen en borging.

Volgens zorgverzekeraars:

- Het ontbreken van duidelijkheid over structurele financiering voor gemeenten wordt door zorgverzekeraars het meest genoemd, wat onder andere leidt tot gebrek aan duurzaam commitment van gemeenten. Ook onvoldoende capaciteit aan de kant van de gemeente is een obstakel voor de uitvoering.

Tekstbox 5.7 Belangrijkste obstakels bij uitvoering van ketenaanpak Valpreventie

Volgens gemeenten:

1. Signaleren/opsporen/bereiken van doelgroep (vooral kwetsbare groepen) is lastig: het bereiken van ouderen in een kwetsbare situatie (alleenstaand, eenzaam, zorgmijdend, minder actief en mobiel) blijkt een uitdaging.
2. Samenwerking met/medewerking van huisartsen (onder andere verwijzing) is lastig: afspraken met huisartsen over valrisicobeoordeling en doorverwijzing van ouderen ontbreken of doorverwijzing gebeurt onvoldoende. Dit wordt door huisartsen niet gezien als onderdeel van hun takenpakket.
3. Samenwerking met/betrokkenheid van zorgverzekeraar is lastig: afspraken met de zorgverzekeraar over vergoedingen in het medisch domein ontbreken, waardoor onder andere een verlengde armconstructie voor de valrisicobeoordeling niet mogelijk is.

Volgens zorgverzekeraars:

- De betrokkenheid van huisartsen wordt veel genoemd als obstakel door zorgverzekeraars. Ook dat paramedici niet zelfstandig een valrisicobeoordeling kunnen doen, alleen via een verlengde armconstructie, en het eigen risico voor beweeginterventies worden genoemd als belangrijke obstakels.

5.8 Reflectie

Samenvattend laat de huidige stand van zaken zien dat voor elke ketenaanpak in minimaal 80 procent van de gemeenten is gestart met de inrichting, voor Valpreventie zelfs in alle gemeenten. Er is in meer gemeenten gestart dan in 2025 en de gemeenten waarin is gestart hebben meer processtappen doorlopen.

Het starten met de inrichting van een ketenaanpak betekent echter niet dat er ook sprake is van (voldoende) aanbod en dat inwoners daadwerkelijk worden geholpen. Veel gemeenten en zorgverzekeraars hebben belangrijke processtappen gezet, zoals het aanstellen van een coördinator of projectleider, en voor alle ketenaanpakken geldt dat minimaal de helft van de zorgverzekeraars afspraken heeft gemaakt met zorg- en hulpverleners. Toch blijft het aanbod, volgens de indicatie of er mensen geholpen worden, nog achter. De betrokkenheid van de GGD verschilt sterk per ketenaanpak en per regio, variërend van een duidelijke regionale coördinerende rol tot helemaal geen betrokkenheid.

Dat het aanbod nog achterblijft, blijkt ook uit eerdere rapportages over de afzonderlijke ketenaanpakken. Zo wordt in de Monitor Valpreventie aangegeven dat het aantal ouderen dat een valrisicotest heeft gehad achter lijkt te blijven op het gestelde doel van 14 procent. Ook is het aandeel ouderen dat deelneemt aan een valpreventieve beweeginterventie lager dan de beoogde 3 procent [14]. Uit de factsheet van Sociaal verwijzen 2025 blijkt dat het zicht op de uitvoering nog niet

optimaal is: zo is in 44 procent van de gestarte gemeenten geen zicht op hoeveel verwijzingen naar brugfunctionarissen[23] er zijn [15].

Onze bevindingen, in combinatie met eerdere rapportages, wijzen erop dat de ketenaanpakken nog niet voor iedereen uit de specifieke doelgroepen beschikbaar zijn. De gesignaleerde obstakels bieden per ketenaanpak concrete aanknopingspunten om het daadwerkelijke aanbod te vergroten. Een rode draad in de knelpunten is onvoldoende financiering en onduidelijkheid over (structurele) financiering. Om verdere implementatie en opschaling mogelijk te maken, is het essentieel dat gemeenten en ketenpartners kunnen rekenen op meerjarige, structurele financiering en eenduidige afspraken, zodat rust en zekerheid ontstaan voor alle betrokken partijen.

Als we de beelden van gemeenten en zorgverzekeraars naast elkaar leggen, blijkt dat zij de samenwerking en voortgang soms verschillend ervaren. Zo geven de meeste gemeenten aan dat samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars nog ontbreken, terwijl zorgverzekeraars vaker aangeven dat deze afspraken gemaakt of in voorbereiding zijn. Ook geven gemeenten bij Kind naar Gezonder Gewicht en Valpreventie aan dat de samenwerking met de zorgverzekeraar een obstakel vormt voor de uitvoering, onder andere vanwege het ontbreken van afspraken over vergoedingen met het zorgdomein. Verschillen in perceptie hangen mogelijk samen met de verschillende niveaus – lokaal en regionaal – waarop afspraken worden gemaakt, zoals ook in hoofdstuk 4 aan de orde is gekomen. Dit wordt ondersteund door de bevinding dat gemandateerde gemeenten vaker aangeven dat er samenwerkingsafspraken zijn gemaakt over de ketenaanpak met de zorgverzekeraar dan niet-gemandateerde gemeenten. Het kan ook wijzen op onduidelijkheid over de inhoud en status van afspraken, of op verschillen in verwachtingen en communicatie. Het is daarom aan te bevelen om deze verschillen te adresseren en gezamenlijk verwachtingen af te stemmen.

De voortgang rondom de inrichting van de ketenaanpakken is in deze rapportage vooral gebaseerd op uitkomsten van vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars. Het vormgeven van de ketenaanpakken is in de praktijk echter een samenspel tussen verschillende partijen, waarbij vele ketenpartners betrokken zijn. De uitkomsten van de vragenlijsten vormen dan ook een indicatie van de voortgang, maar geen volledig beeld, aangezien niet alle partijen zijn bevraagd. Dat meer partijen betrokken zijn, wordt verder geïllustreerd in hoofdstuk 8, waar aan de hand van praktijkvoorbeelden van Sociaal verwijzen dieper in wordt gegaan op de samenwerking tussen ketenpartners.

Naast de eerder genoemde belemmeringen over onvoldoende financiering, onduidelijkheid over (structurele) financiering en de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars, zijn er ook aanvullende obstakels voor de uitvoering gesignaleerd. Dit zijn onder andere de samenwerking met zorgprofessionals (waaronder huisartsen

[23] In de Handreiking Sociaal verwijzen (2026) wordt gesproken van ‘sociaal domein professional(s) met een brugfunctie’ in plaats van ‘brugfunctionaris’.

bij Valpreventie en Sociaal verwijzen) en het bereiken en behouden van de doelgroep. Daarnaast komen uit de bevindingen enkele ketenaanpak-specifieke knelpunten naar voren. Zo is het bestuurlijk draagvlak bij de ketenaanpak GLI relatief laag en blijkt het in de praktijk lastig om afspraken te maken over centrale zorgcoördinatie, terwijl dit een belangrijke stap is in het opzetten van de keten. Deze specifieke knelpunten worden in de afzonderlijke ketenaanpak-rapportages verder uitgediept. Naast het adresseren van de genoemde belemmeringen is het aan te raden om in te zetten op de genoemde bevorderende factoren: het aanstellen van een kartrekker of onafhankelijke coördinator, het vergroten van de zichtbaarheid van betrokken partijen en het organiseren van regelmatige afstemming en kennismaking tussen partners.

Gezien de voortgang en het groeiend aantal gezette processtappen, is het voor de komende periode essentieel om ook de latere processtappen – met name aanbod en bereik – systematisch te monitoren. Dit gebeurt nu nog niet consequent voor elke ketenaanpak en verdient prioriteit in het vervolg. Daarnaast is het verzamelen van cijfers over aanbod en bereik cruciaal om inzicht te krijgen in de daadwerkelijke implementatie en het effect van de ketenaanpakken.

Met deze inzichten wordt steeds duidelijker waar de kansen en knelpunten liggen in het realiseren van een effectief en landelijk dekkend aanbod binnen het GALA. De uitdaging voor de komende periode is om de stap te maken van inrichting naar daadwerkelijke uitvoering, waarbij samenwerking, structurele financiering en inzicht in bereik en effectiviteit centraal staan.

6 Lokale samenwerking aan een integrale aanpak

Kernboodschappen

1. Veel gemeenten werken aan een integrale benadering van preventiebeleid door GALA-thema's met elkaar te verbinden en samen te werken met verschillende beleidsdomeinen en partijen. Er is voortuitgang te zien ten opzichte van de vorige meting.
2. Er blijft ruimte voor verbetering: niet alle thema's worden even sterk verbonden, samenwerking met sommige domeinen en organisaties blijft nog achter en heldere samenwerkingsafspraken en integrale monitoring en evaluatie zijn voor veel gemeenten nog een uitdaging.

6.1 Inleiding

In het GALA wordt een integrale benadering van preventiebeleid beoogd, waarbij vanuit diverse domeinen in samenhang wordt bijgedragen aan de gezondheid van inwoners. Deze benadering speelt op zowel lokaal, regionaal als landelijk niveau. In hoofdstuk 3 en 4 is ingegaan op de samenwerking op regionaal niveau. Dit hoofdstuk focust op de integrale aanpak van preventie binnen gemeenten en geeft daarmee een beeld van de stand van zaken op lokaal niveau.

Een integrale aanpak bestaat onder andere uit het verbinden van inhoudelijke thema's en de samenwerking met andere domeinen binnen en buiten de gemeentelijke organisatie. Daarom is in dit hoofdstuk gekeken naar de mate waarin GALA-thema's binnen gemeenten aan elkaar verbonden worden. Daarnaast komt de samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen binnen de gemeente in het kader van het GALA aan bod. Ook wordt ingegaan op de samenwerking met diverse partijen buiten de gemeentelijke organisatie. Eerdere metingen van de GALA-vragenlijst lieten zien dat er vooral wordt samengewerkt met voor de hand liggende domeinen en organisaties, maar dat samenwerking met bijvoorbeeld het fysieke domein en patiënten/cliënten- en naastenorganisaties achterblijft. Dit hoofdstuk gaat in op de huidige stand van zaken en beschrijft of de samenwerking met domeinen en partijen is toegenomen.

Als laatste wordt gekeken hoe ver gemeenten zijn met het vormgeven van integraal gezondheidsbeleid rond het GALA. In de vorige rapportage is hier een overkoepelend beeld van gegeven. In de huidige rapportage zal dit verder worden uitgediept en worden aandachtspunten voor het versterken van lokaal integraal gezondheidsbeleid gesignaleerd. In tekstbox 6.1 staan de gebruikte databronnen weergegeven.

Leeswijzer
In paragraaf 6.2 wordt beschreven in hoeverre gemeenten verschillende GALA-thema's met elkaar verbinden. Vervolgens gaat paragaaf 6.3 in op de samenwerking binnen en buiten de gemeentelijke organisatie. Daarna wordt in paragraaf 6.4 nagegaan in hoeverre binnen gemeenten sprake is van integraal gezondheidsbeleid rondom het GALA. Tot slot volgt een reflectie (paragraaf 6.5).

Tekstbox 6.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Meting 2 (2025) en meting 3 (2026) van de GALA-vragenlijst onder gemeenten. Meting 3 is in januari en februari 2026 ingevuld door 320 van de 342 gemeenten.

6.2 Verbinden van GALA-thema's

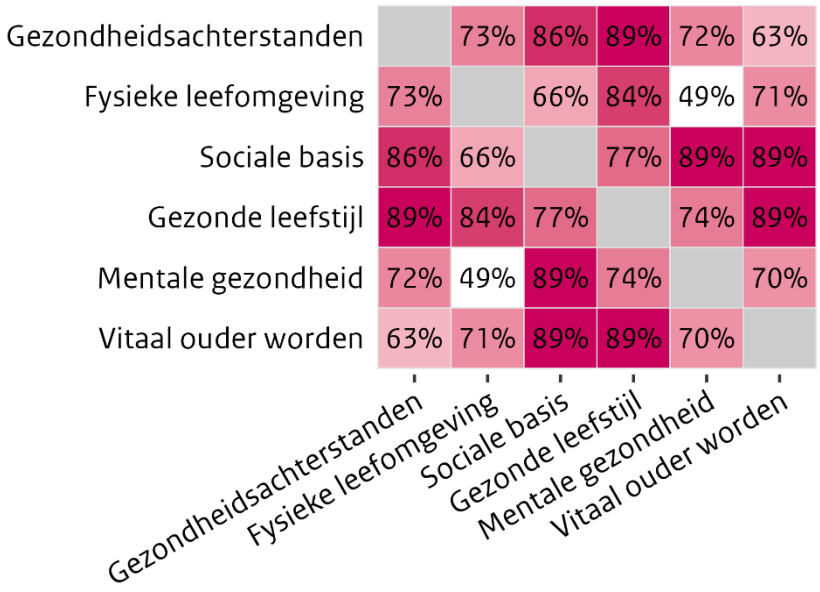
Aan gemeenten is gevraagd welke GALA-thema's aan elkaar verbonden worden. Met het verbinden van GALA-thema's wordt bedoeld dat gemeenten beleid, activiteiten of plannen rondom verschillende thema's samenbrengen, zodat deze elkaar versterken. Dit kan bijvoorbeeld een gedeeld plan van aanpak zijn, of gezamenlijke activiteiten.

Voor alle thema's geldt dat deze in het merendeel van de gemeenten worden verbonden met andere GALA-thema's. Het aandeel gemeenten dat bepaalde thema's aan elkaar verbindt varieert van 49 tot 89 procent (figuur 6.1). De thema's die het meeste met elkaar verbonden worden zijn: Gezonde leefstijl en Terugdringen gezondheidsachterstanden, Gezonde leefstijl en Vitaal ouder worden, Sociale basis en Mentale gezondheid, en Sociale basis en Vitaal ouder worden. De thema's Mentale gezondheid en Gezonde fysieke leefomgeving worden het minst vaak aan elkaar verbonden.

Ten opzichte van de vorige meting van de GALA-vragenlijst wordt voor de volgende verbindingen van thema's een relevante stijging gezien van 10-12 procentpunt: Mentale gezondheid-Vitaal ouder worden, Mentale gezondheid-Gezonde leefstijl, Mentale gezondheid-Fysieke leefomgeving, Fysieke leefomgeving-Vitaal ouder worden, Gezonde leefstijl-Sociale basis (resultaten niet in figuur). Voor de overige verbindingen wordt ook een stijging gezien, maar dit betreft geen betekenisvol verschil.[24]

[24] Bij een betekenisvol verschil is er minimaal een kleine effectgrootte (Cohen's h ≥ 0,2).

Figuur 6.1 Percentage gemeenten dat aangeeft dat specifieke GALA-thema's met elkaar worden verbonden (n=320).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2026.

6.3 Samenwerking binnen en buiten de gemeentelijke organisatie

Aan gemeenten is per GALA-thema ook gevraagd met welke beleidsdomeinen/afdelingen binnen de gemeente wordt samengewerkt[25] (zie bijlage 3, tabel 1a). Voor alle thema's wordt vaak samengewerkt met de domeinen Volksgezondheid, Sport en bewegen en Sociaal domein/welzijn (82-99%). Bij de thema's Terugdringen gezondheidsachterstanden, Sociale basis, Gezonde leefstijl en Mentale gezondheid worden ook vaak de domeinen Jeugd en Onderwijs betrokken (74-94%). Met de domeinen Mobiliteit en Veiligheid wordt het minst samengewerkt (5-37%). Ten opzichte van de vorige meting wordt vooral vaker samengewerkt aan de GALA-thema's met de domeinen Werk & inkomen, Ruimtelijke ordening/fysieke leefomgeving, Wonen/huisvesting en Armoede/schulden (relevant verschil).

Daarnaast is per GALA-thema uitgevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt (zie bijlage 3, tabel 1b). Het gaat om in totaal 32 partijen die bij één of meerdere GALA-thema's betrokken zijn. Er wordt voor vrijwel alle thema's veel samengewerkt met welzijnsorganisaties, GGD'en, huisartsenorganisaties, sociale (wijk)teams en maatschappelijk werk. Voor de overige partijen verschilt het aandeel gemeenten dat hiermee samenwerkt per GALA-thema. Ten opzichte van de vorige meting wordt vooral vaker samengewerkt aan de GALA-thema's met sociale (wijk)teams, maatschappelijk werk, huisartsenorganisaties en paramedische zorgorganisaties (relevant verschil).

[25] 'Samenwerking met andere beleidsdomeinen/afdelingen' is in de vragenlijst onder gemeenten niet verder gespecificeerd, dus mogelijk hebben gemeenten dit verschillend geïnterpreteerd.

In Hoofdstuk 7 wordt per thema beschreven met welke domeinen binnen en buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt.

6.4 **Mate van integraal gezondheidsbeleid rond** het GALA

Om te kijken in hoeverre binnen gemeenten sprake is van integraal gezondheidsbeleid rondom de acties uit het GALA is gebruikgemaakt van het Maturity Model Health in All Policies (MM-HiAP) [16]. Dit model is ontwikkeld om de mate van integraal gezondheidsbeleid in gemeenten te classificeren. Het opzetten van integraal gezondheidsbeleid wordt hierbij gezien als een groeiproces dat verschillende stadia van 'volwassenheid' doorloopt. Gemeenten kunnen op basis van het stadium waar ze zich bevinden, worden ingedeeld in zes fasen van integraal gezondheidsbeleid (zie tekstbox 6.2).

Het MM-HiAP is eerder gebruikt in de context van het GALA [12, 17]. Om de validiteit van het model te verbeteren zijn ten opzichte van de uitvraag in 2025 enkele stellingen gewijzigd en toegevoegd, waardoor directe vergelijking met het voorgaande jaar niet mogelijk is. Volgens een confirmatieve factoranalyse en analyse van de interne consistentie, heeft het aanpassen van het model tot verbeteringen geleid (zie bijlage 3, tabel 3). Meer informatie over het MM-HiAP is te vinden in bijlage 1.

Tekstbox 6.2 Fasen van het Maturity Model Health in All Policies (MM-HiAP)

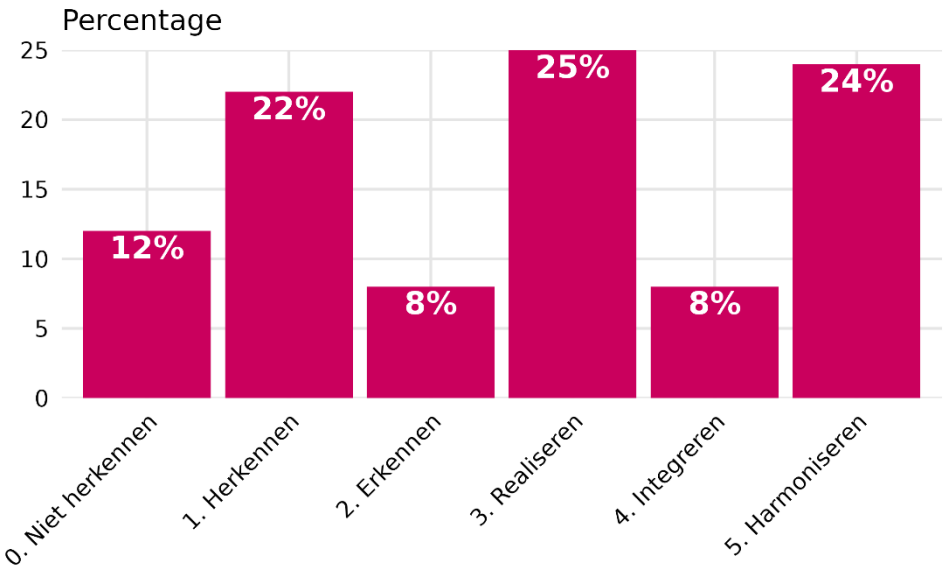
Er worden zes opeenvolgende fasen van integraal gezondheidsbeleid rondom het GALA onderscheiden:

0. **Niet herkennen** (geen stellingen; gemeenten behoren tot deze fase ze als ze bij de fase 'herkennen' ≤3 scoren): geen aandacht voor het belang van integraal gezondheidsbeleid rondom het GALA.
1. **Herkennen**: creëren van bewustzijn bij gemeentelijke domeinen en partijen van de mogelijkheden om integraal gezondheidsbeleid vorm te geven rondom het GALA. Integraal gezondheidsbeleid staat hier nog in de kinderschoenen.
2. **Erkennen**: beleggen van het belang van integraal gezondheidsbeleid rondom het GALA in beleid bij diverse gemeentelijke domeinen. De gemeente heeft zicht op relevante partijen om integraal gezondheidsbeleid tot stand te brengen.
3. **Realiseren**: uitvoeren van acties om aan de slag te gaan met het integraal gezondheidsbeleid rondom het GALA. Er zijn inspanningen vanuit diverse domeinen en partijen.
4. **Integreren**: werken vanuit een brede, door diverse gemeentelijke domeinen gedeelde beleidsvisie op het GALA. De gemeente maakt ook concrete resultaten van integraal gezondheidsbeleid zichtbaar (proces en uitkomsten).
5. **Harmoniseren**: verankering van integraal gezondheidsbeleid rond het GALA binnen diverse gemeentelijke domeinen. Er is monitoring en evaluatie van doelen, acties en uitkomsten, waardoor bijsturing kan plaatsvinden.

Figuur 6.2 toont het aandeel gemeenten per fase van integraal gezondheidsbeleid rond het GALA. Daaruit blijkt dat 12 procent zich in de fase van niet herkennen bevindt. 30 procent van de gemeenten zitten in de beginfasen van herkennen en erkennen. Een kwart zit in de fase van

realiseren en is dus bezig met het uitvoeren van acties om aan de slag te gaan met integraal gezondheidsbeleid. Ten slotte bevindt 32 procent van de gemeenten zich in de gevorderde fasen van integreren en harmoniseren. Vergelijking met de vorige meting is niet mogelijk omdat verschillende stellingen van het model zijn aangepast ten behoeve van de validiteit.

Figuur 6.2 Aandeel gemeenten per fase van integraal gezondheidsbeleid rond het GALA volgens MM-HiAP (n=320).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2026.

Naast de fase van integraal gezondheidsbeleid kan ook naar de losse stellingen van het model worden gekeken. Door te kijken naar de stellingen kan afgeleid worden wat de voornaamste reden is dat gemeenten in een bepaalde fase zitten en waar mogelijke knelpunten zitten. Hieruit blijkt dat in de fase van erkennen het vastleggen van de samenwerking aan de GALA-doelen tussen meerdere beleidsdomeinen in beleid achterblijft. In de fase realiseren is het maken van heldere samenwerkingsafspraken tussen meerdere beleidsdomeinen voor veel gemeenten een uitdaging. En in de fasen van integreren en harmoniseren blijft onder andere het zichtbaar maken van concrete resultaten via samenhangende monitoring en evaluatie achter. Daardoor blijft ook het structureel bijsturen op basis van monitoring achter.

De fasen van integraal gezondheidsbeleid blijken samen te hangen met het aantal beleidsdomeinen en partijen buiten de gemeentelijke organisaties waarmee wordt samengewerkt aan de GALA-thema’s. Gemeenten in verder gevorderde fasen van integraal gezondheidsbeleid betrekken meer beleidsdomeinen en meer partijen buiten de gemeentelijke organisatie bij het werken aan de GALA-thema’s.

Respondenten konden ook aangeven in hoeverre het GALA een positieve invloed heeft gehad op de samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen binnen de gemeente. Ongeveer de helft van de respondenten (53%) geeft aan dat het GALA een aanzienlijke tot zeer grote invloed heeft. Volgens 26 procent had het GALA matige invloed, 20

procent zegt dat het GALA enigszins invloed had en slechts 1 procent geeft aan dat het GALA helemaal geen invloed heeft gehad.

6.5 Reflectie

Uit de resultaten blijkt dat er in veel gemeenten sprake is van een integrale benadering van preventiebeleid. Het merendeel van de gemeenten verbindt GALA-thema's met elkaar, er wordt met verschillende beleidsdomeinen en partijen buiten de gemeentelijke organisatie samengewerkt aan de GALA-thema's en meer dan de helft van de gemeenten is aan de slag met het realiseren van integraal gezondheidsbeleid rond het GALA.

Tegelijk is er ook ruimte voor verbetering. Zo worden niet alle thema's met elkaar verbonden: de verbinding tussen Mentale gezondheid en Gezonde fysieke leefomgeving blijft achter ten opzichte van de rest van de thema's. Ook wordt niet met alle relevante beleidsdomeinen en partijen buiten de gemeentelijke organisatie samengewerkt aan de GALA-thema's: de samenwerking met de domeinen Werk & inkomen, Cultuur, Wonen/huisvesting en Armoede/schulden vindt nog lang niet altijd plaats. Datzelfde geldt voor samenwerking met partijen zoals woningbouworganisaties, inwonersvertegenwoordiging en buurtinitiatieven. In het GALA wordt aangegeven dat een integrale benadering van preventie en de samenwerking tussen verschillende domeinen met name ook nodig is voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. Inzet op meer samenwerking met domeinen als Armoede/schulden en Werk & inkomen kan een bijdrage leveren aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

De fases van het Maturity Model Health in All Policies (MM-HiAP) geven een groeipad voor het ontwikkelen van integraal gezondheidsbeleid, voor deze rapportage toegespitst op het GALA. De meeste gemeenten zitten wat integraal gezondheidsbeleid betreft in de fase van realiseren of hoger. Hoewel veel gemeenten dus al werk maken van integraal gezondheidsbeleid, worden er ook aandachtspunten gesignaleerd. De uitdaging in de eerste fases tot en met realiseren ligt in het vastleggen van heldere samenwerkingsafspraken tussen meerdere beleidsdomeinen om GALA-doelen te realiseren. In de fases van integreren en harmoniseren is het zaak om te komen tot een integrale monitoring en evaluatie van GALA-plannen. Het kan zinvol zijn voor gemeenten om periodiek te reflecteren op de stellingen binnen het model en deze te bespreken in combinatie met praktijkervaringen. Dit biedt mogelijk inspiratie om tot verdere stappen te komen.

Overkoepelend laten de bevindingen zien dat gemeenten stappen zetten, maar ook dat integraliteit niet vanzelf ontstaat en blijvende aandacht vraagt. Het is belangrijk om te blijven investeren in samenwerking en het zichtbaar maken van opbrengsten daarvan. De toename in samenwerking met domeinen als Armoede/schulden is positief, maar de beperkte verbinding tussen mentale gezondheid en de fysieke leefomgeving laat zien dat er nog kansen liggen voor een bredere benadering. Concrete voorbeelden en praktische handvatten voor gemeenten rond integraal samenwerken aan gezondheidsopgaven staan beschreven in de inspiratiegids 'Integraal werken aan gezondheid' [18], waarin ervaringen van gemeenten uit het GALA-leernetwerk zijn gebundeld.

7 GALA-thema's

Kernboodschappen

1. Steeds meer gemeenten slagen erin ambities om te zetten naar acties voor alle zes de gezondheidsthema's van het GALA, met name door concrete projecten, de inzet van coördinatoren en het werken in samenwerkingsverbanden. Recente akkoorden en programma's bieden de mogelijkheid om de samenwerkingsverbanden voort te zetten en te versterken, omdat deze ook inzetten op domeinoverstijgende samenwerking en een omgevingsgerichte aanpak van (leefstijl)thema's.
2. Structurele financiering, voldoende capaciteit en het bereiken van specifieke (kwetsbare) doelgroepen blijven belangrijke aandachtspunten bij het verder brengen van de thema's.

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de eerste zes gezondheidsthema's van het GALA[26] (het zevende thema[27] is in hoofdstuk 4 aan bod gekomen). Door integraal en domeinoverstijgend te werken aan deze thema's beoogt het GALA een gezonde generatie 2040 te bereiken. Om hiertoe te komen, zijn in het GALA diverse acties opgesteld. Meerdere partijen zijn aan zet om deze acties uit te voeren. In dit hoofdstuk gaan we vooral in op de ervaringen van gemeenten en zorgverzekeraars met het uitvoeren van deze acties.

In het vorige rapport van de GALA-monitor bleek dat de meeste gemeenten begonnen waren met het omzetten van ambities naar acties. In het huidige rapport kijken we opnieuw naar de mate waarin het gemeenten lukt om ambities om te zetten naar acties, waarbij aanvullend op de vorige meting is gevraagd aan gemeenten wat succesfactoren hierbij zijn en wat gemeenten nodig hebben om verder te komen. Aan gemeenten die het (nog) niet lukt om ambities om te zetten naar acties is gevraagd waarom dit nog niet lukt. Ook is net als bij de vorige meting gekeken naar de voortgang op de specifieke acties die in het GALA voor gemeenten en zorgverzekeraars genoemd staan. Bij de huidige meting is dat gedaan voor de thema's Gezonde leefstijl, Mentale gezondheid en Vitaal ouder worden. Tot slot is net als bij de vorige meting gekeken naar de betrokkenheid van zorgverzekeraars bij de thema's. Ook is gevraagd op welke manier zij deze betrokkenheid vormgeven. Waar mogelijk worden de cijfers van beide metingen met elkaar vergeleken. Betekenisvolle verschillen[28] tussen de metingen worden in de tekst genoemd (zie bijlage 1). In tekstbox 7.1 staan de databronnen die voor dit hoofdstuk gebruikt zijn.

[26] 1. Terugdringen gezondheidsachterstanden, 2. Gezonde fysieke leefomgeving, 3. Versterken van (de verbinding met) de sociale basis, 4. Gezonde leefstijl, 5. Versterken van mentale weerbaarheid en mentale gezondheid, 6. Vitaal ouder worden, en 7. Domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur.
[27] Domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur
[28] Bij een betekenisvol verschil is er minimaal een kleine effectgrootte (Cohen's h ≥ 0,2).

Leeswijzer
De eerste paragraaf (paragraaf 7.2) gaat over thema-overkoepelende onderwerpen: de mate waarin gemeenten en zorgverzekeraars bezig zijn met of betrokken zijn bij, het omzetten van ambities naar acties. De daaropvolgende paragrafen gaan dieper in op de zes thema's afzonderlijk: Gezondheidsachterstanden (paragraaf 7.3), Leefomgeving (paragraaf 7.4), Sociale basis (paragraaf 7.5) Gezonde leefstijl (paragraaf 7.6), Mentale gezondheid (paragraaf 7.7) en Vitaal ouder worden (paragraaf 7.8). Per thema komt aan bod wat de stand van zaken is op de acties, met welke domeinen en organisaties gemeenten samenwerken en wat de betrokkenheid van zorgverzekeraars is. Dit hoofdstuk sluit af met een reflectie (paragraaf 7.9).

Tekstbox 7.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Meting 2 (2025) en meting 3 (2026) van de GALA-vragenlijst onder gemeenten. Meting 3 is in januari en februari 2026 ingevuld door 320 van de 342 gemeenten.
- Meting 2 (2025) en meting 3 (2026) van de GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars. Meting 3 is in januari en februari 2026 ingevuld door 36 van de 38 vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld (hierna aangeduid als 'zorgverzekeraars').
- Het GALA-leernetwerk voor een verdiepend beeld op de voortgang in de praktijk, gericht op het uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken met deelnemende beleidsmakers bij gemeente. In het afgelopen jaar varieerde het aantal deelnemers tussen de 19 en 26.
- Duidingssessie met gemeenten over de thema's Mentale gezondheid en Gezonde leefomgeving. Daaraan deden zeven gemeenten mee.

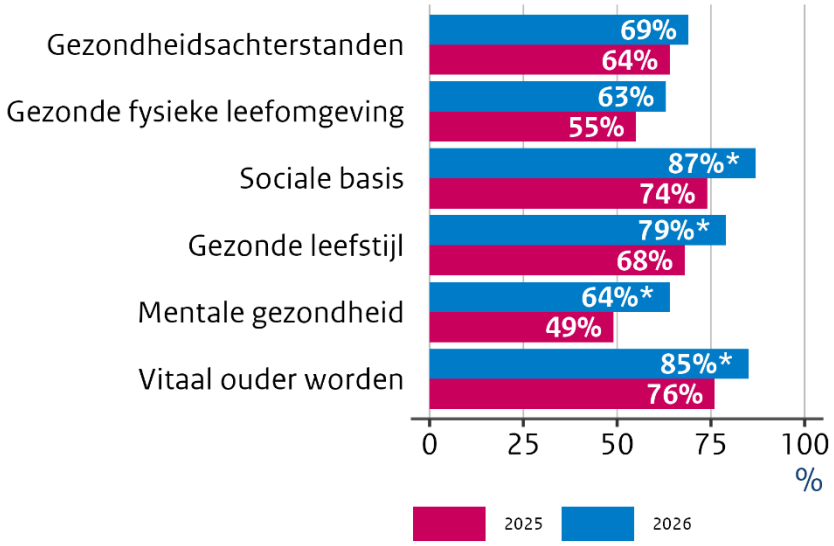
7.2 Thema-overkoepelend

Gemeenten zetten ambities om in actie
In de vragenlijst is aan gemeenten gevraagd in hoeverre het voor de verschillende thema's lukt om de ambities om te zetten naar acties. Voor Sociale basis en Vitaal ouder worden lukt dat het best (87 respectievelijk 85% geeft aan dat dat (helemaal) lukt). Voor leefomgeving en mentale gezondheid ligt dit lager, maar nog steeds geeft bijna twee derde van de gemeenten (63 respectievelijk 64%) aan dat dat (helemaal) lukt.

Bij alle zes de thema's lijkt het gemeenten beter te lukken om ambities om te zetten naar acties, in vergelijking met de vorige meting. De verschillen tussen de huidige en de vorige meting zijn echter niet bij alle thema's groot genoeg om te kunnen spreken van een betekenisvolle toename. Dat is wel het geval bij de thema's Sociale basis, Gezonde leefstijl, Mentale gezondheid en Vitaal ouder worden. De grootste stijging is te zien bij het thema Mentale gezondheid (toename van 15 procentpunt) (zie figuur 7.1). In de paragrafen over de thema's gaan we in op de succesfactoren die gemeenten noemen bij het omzetten van

ambities naar acties. En op redenen waarom het hen (nog) niet lukt om ambities om te zetten naar acties.

Figuur 7.1 Percentage gemeenten dat aangeeft dat het (helemaal) lukt om ambities om te zetten in acties, per thema (n=327 (2025) en 320 (2026)).



* Betekenisvol verschil tussen de vorige en de huidige meting (effectgrootte (Cohen's h) van ten minste 0,2).
Bron: GALA-vragenlijst: meting 2 (2025) en 3 (2026).

Afspraken over rol van de GGD
Aan gemeenten is gevraagd of er lokaal of regionaal afspraken met de GGD gemaakt zijn over de invulling van hun rol bij een of meerdere gezondheidsthema's uit het GALA. 89 procent van de gemeenten geeft aan dat er afspraken zijn gemaakt over advisering. Voor andere rollen van de GGD liggen de percentages lager (coördinatie: 41% en uitvoering: 38%). 3 procent van de gemeenten geeft aan dat er geen afspraken met de GGD gemaakt zijn op het gebied van gezondheidsthema's.

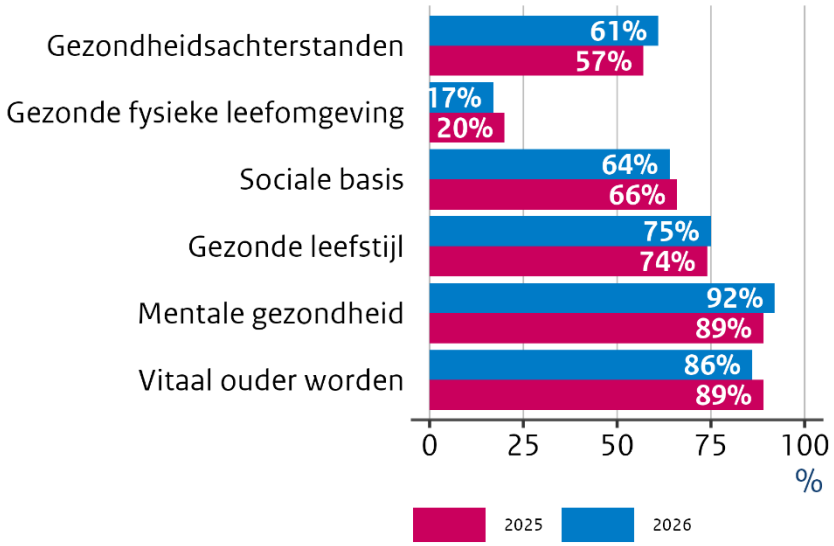
Duidingssessie: rol van het GALA bij thema's
De gemeenten die deelnamen aan de duidingssessie geven aan dat het GALA vooral kleine initiatieven stimuleert en eraan bijdraagt om andere mensen te leren kennen, maar dat het niet zorgt voor grote veranderingen. Beperkte capaciteit en personeelswisselingen vormen een uitdaging. En hoewel het beschikbare budget genoemd wordt als belemmering, geven de gemeenten die deelnamen aan de duidingssessie ook aan dat er vaak wel genoeg geld is en dat er veel subsidiemogelijkheden zijn, vooral als je creatief bent en goed nadenkt over wat je wilt bereiken.

7.2.1 *Betrokkenheid zorgverzekeraar*

In de vragenlijst voor zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij de GALA-thema's in hun regio. Het aandeel zorgverzekeraars dat aangeeft betrokken te zijn, is het hoogst bij de thema's Vitaal ouder worden en Mentale gezondheid (86 respectievelijk

92% van de zorgverzekeraars geeft aan betrokken te zijn). Bij het thema gezonde fysieke omgeving ligt het aandeel zorgverzekeraars dat aangeeft betrokken te zijn het laagst, namelijk 17 procent (zie figuur 7.2). Deze uitkomsten zijn vergelijkbaar met die van de vorige meting.

Figuur 7.2 Percentage zorgverzekeraars dat aangeeft dat ze (helemaal) betrokken zijn bij de GALA-thema's in hun regio (n= 35 (meting 2) en 36 (meting 3)).



Bron: GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars: meting 2 (2025) en 3 (2026).

Aan zorgverzekeraars is gevraagd of door het GALA in hun regio meer ingezet wordt op bepaalde onderwerpen. Uit de antwoorden van de zorgverzekeraars blijkt dat dit vooral geldt voor onderwerpen als leefstijl en gezondheid, schuldhulpverlening en bestaanszekerheid, respijtzorg en mantelzorg. In sommige regio's krijgen alle onderwerpen in gelijke mate aandacht, terwijl andere zorgverzekeraars aangeven dat in hun regio juist extra wordt ingezet op bepaalde onderwerpen.

7.3 Terugdringen gezondheidsachterstanden

7.3.1 Context

Een doel van het GALA is het terugdringen van gezondheidsachterstanden, wat zowel een doel op zichzelf is als een onderdeel van de andere thema's binnen het GALA is. In het eerste rapport van de GALA-monitor (2024) is beschreven hoe groot sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland zijn en welke ontwikkelingen daarin de afgelopen decennia te zien zijn geweest. Op basis van de plannen van aanpak van gemeenten voor de aanvraag van SPUK-gelden is vervolgens beschreven wat de (voorgenomen) acties waren van gemeenten om gezondheidsachterstanden terug te dringen. In alle plannen was aandacht voor het thema. Vertaling naar concrete acties was maar in enkele plannen beschreven. Ook gaf een beperkt aantal gemeenten aan dat binnen de ketenaanpakken specifiek aandacht werd besteed aan doelgroepen met een lage sociaaleconomische status. In het tweede rapport van de GALA-monitor werden de stand van zaken voor samenwerking op het thema Gezondheidsachterstanden, de acties

van gemeenten en zorgverzekeraars en de ervaringen vanuit de leergroep 'Gezondheidsverschillen' van het GALA-leernetwerk beschreven.

Hieronder worden de succesfactoren beschreven die gemeente benoemden in het omzetten van ambitie naar acties en wat gemeenten aangeven nodig te hebben om het thema verder te brengen (7.3.2), de stand van zaken voor de samenwerking met andere domeinen en organisaties op het thema gezondheidsachterstanden (7.3.3) en worden ervaringen uit de praktijk gedeeld (7.3.4).

7.3.2 Van ambities naar acties

Bij de huidige meting van de GALA-vragenlijst geeft 69 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om ambities voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden om te zetten in acties. Bij de vorige meting was dit 64 procent. Als belangrijkste succesfactoren noemen gemeenten[29]:

- Beschikbaarheid van financiële middelen (SPUK, regionale subsidies, jeugdfonds, volwassenenfonds).
- Werken met een integrale aanpak.
- Domeinoverstijgende samenwerking binnen de gemeente en samenwerking met partners uit het veld zoals welzijnsorganisaties, zorgorganisaties, GGD'en, scholen, maatschappelijke partners en vrijwilligersorganisaties. Daarbij benoemen sommige gemeenten expliciet de samenwerking met inwoners en/of specifieke doelgroepen.
- Het vastleggen van het thema in een visie en/of uitvoeringsagenda.
- De inzet op wijkgerichte en/of doelgroepgerichte aanpakken zoals laagdrempelig sport- en beweegaanbod, schuldhulpverlening, rookvrije wijkaanpak, taal- en gezondheidscursussen.
- De koppeling van gezondheidsachterstanden aan JOGG en aan andere GALA-thema's zoals kansrijke start en valpreventie.

Om het thema verder te brengen, geven gemeenten het volgende aan:

- Ze hebben structurele financiële middelen nodig voor de voortzetting en borging van interventies.
- Meer inzet op monitoring en datagedreven werken.
- Enkele gemeenten noemen bij de open vragen dat ze het een uitdaging (blijven) vinden (kwetsbare) doelgroepen goed te bereiken en de aanpakken goed op de behoeften van deze groepen af te stemmen.

Bij 3 procent van de gemeenten lukt het (helemaal) niet om ambities op dit thema om te zetten in actie. Zij geven aan dat ze het thema als complex ervaren waardoor het moeilijk is om tot een eenduidige aanpak te komen. Daarnaast noemen een aantal gemeenten gebrek aan capaciteit en financiële middelen als redenen.

Bijna de helft van de zorgverzekeraars (47%) geeft in de GALA-vragenlijst aan dat zij acties ondernemen om mensen met

[29] Deze vraag is gesteld aan gemeenten waarbij het enigszins, wel of helemaal lukt om ambities om te zetten in acties.

gezondheidsachterstanden te bereiken in het kader van het GALA. Hierbij noemen zij onder andere het taalgebruik op hun website, de ketenaanpakken, datagedreven werken en minimapolissen.

7.3.3 Samenwerking

In de vragenlijst is aan gemeenten gevraagd met welke afdelingen/beleidsdomeinen binnen de gemeente wordt samengewerkt aan het thema terugdringen gezondheidsachterstanden. Net als bij de vorige meting zijn Sport en bewegen (98%), Sociaal domein/welzijn (97%), Volksgezondheid (93%) en Jeugd (90%) het vaakst genoemd (zie tabel 1a van bijlage 3). Ook onderwijs (81%) en Armoede/schulden (80%) worden vaak genoemd.

Daarnaast is gevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt aan het thema terugdringen gezondheidsachterstanden. Hierbij zijn welzijnsorganisaties (93%) en de GGD (91%) het vaakst genoemd (zie tabel 1b van bijlage 3). Iets meer dan twee derde van de gemeenten noemden ook scholen, sociale (wijk)teams, huisartsenorganisaties, sportverenigingen en lokale beweeginitiatieven als samenwerkingspartner. Dit waren bij de vorige meting ook de meest genoemde organisaties en de percentages lagen op een vergelijkhaar niveau.

Ook is aan gemeenten gevraagd of er in het kader van het GALA lokaal of regionaal afspraken met de GGD gemaakt zijn over de invulling van hun rol bij de aanpak van gezondheidsachterstanden. 78 procent van de gemeenten geeft aan dat er afspraken zijn gemaakt over advisering. Voor andere rollen van de GGD liggen de percentages lager (uitvoering: 30% en coördinatie: 16%). 12 procent van de gemeenten geeft aan dat er geen afspraken met de GGD gemaakt zijn op dit gebied.

Van de zorgverzekeraars heeft 61 procent in de GALA-vragenlijst aangegeven betrokken te zijn bij het thema terugdringen van gezondheidsachterstanden. Die betrokkenheid wordt het vaakst genoemd in de vorm van regionale samenwerkingsafspraken en structuren, in het kader van het IZA en via de inzet op de ketenaanpakken. Het aanbieden van een minimapolis wordt ook genoemd.

7.3.4 Ervaringen uit de praktijk

Als onderdeel van het GALA-leernetwerk is er een leergroep die zich bezighoudt met het thema Gezondheidsverschillen. Binnen deze leergroep heeft veel uitwisseling plaatsgevonden en is er aan een handreiking voor gemeenten gewerkt. In de handreiking staan voorbeelden beschreven van hoe gemeenten werken aan het terugdringen van gezondheidsverschillen en worden er tips en ervaringen gedeeld. Een van de voorbeelden is uitgewerkt in tekstbox 7.2.

Tekstbox 7.2 Terugdringen gezondheidsachterstanden – Aanpak gemeente Roosendaal

Roosendaal is een middelgrote gemeente in West-Brabant. In het kader van het GALA is hier besloten om gericht in te zetten op het terugdringen van gezondheidsachterstanden door middel van een laagdrempelig sport- en beweegaanbod in de wijken waar inwoners minder bewegen, vaker gezondheidsproblemen ervaren en minder deelnemen aan sociale activiteiten. In deze wijken worden sport en bewegen ingezet als motor voor gezondheid, participatie en kansengelijkheid. Wijkverenigingen vormen daarvoor een passend instrument. Om inzicht te krijgen in de vormgeving van wijkverenigingen en de eventuele effecten op het terugdringen van gezondheidsachterstanden zijn interviews gehouden met een beleidsmedewerker van de gemeente Roosendaal en de coördinator van de buurtsportcoaches in de gemeente. Daarnaast is gebruikgemaakt van informatie uit interviews en vragenlijstonderzoek die de gemeente zelf heeft gehouden en uitgevoerd.

Wat is een wijkvereniging?

Een wijkvereniging is een laagdrempelige, buurtgerichte organisatie die inwoners de mogelijkheid biedt om dichtbij huis aan vrijetijdsbesteding te doen zoals sport- en beweegactiviteiten. De gemeente werkt samen met welzijnspartners en sportaanbieders en vormt daarmee de organisatorische basis van de wijkvereniging. De wijkvereniging biedt een breed en toegankelijk aanbod van activiteiten voor alle leeftijden, die grotendeels kosteloos zijn en verspreid plaatsvinden in de wijk. Bewoners worden actief betrokken bij de wijkvereniging, bijvoorbeeld als vrijwilliger, begeleider of deelnemer. Daarnaast kunnen zij opleidingen volgen, zoals tot sportbegeleider, en het wijkbestuur bestaat uit betrokken buurtbewoners. De vereniging is ingebed in beleidsprogramma's, zoals het GALA en de Beweegvisie Roosendaal 2030. De financiering komt onder andere uit GALA-middelen, de subsidie 'Bewegen is Gezond', fondsen en sponsoring.

Het effect van wijkverenigingen op gezond en actief leven en het terugdringen van gezondheidsachterstanden

Door het organiseren van laagdrempelige en grotendeels kosteloze activiteiten leren buurtbewoners elkaar op een informele manier kennen, bijvoorbeeld tijdens beweegactiviteiten. Volgens de coördinator buurtsportcoaches die betrokken is bij de wijkvereniging, versterkt dit de sociale cohesie in de wijk, omdat mensen elkaar vaker ontmoeten, ook buiten de activiteiten om. Voor zowel jongeren als volwassenen verlaagt het aanbod van de wijkvereniging de drempel om te gaan bewegen en dit vol te houden. Cijfers van de gemeente Roosendaal over de effecten van de wijkverenigingen laten ook zien dat in buurten met een actieve wijkvereniging een verbetering te zien is in de motorische ontwikkeling van kinderen en jongeren (deze cijfers zijn niet openbaar toegankelijk en alleen bekend bij de gemeente zelf). Daarnaast geven interviews en vragenlijstonderzoek met en onder deelnemers aan dat de deelname aan activiteiten een positief effect heeft op de mentale gezondheid en de leefstijl van inwoners, en het helpt om gevoelens van eenzaamheid te verminderen [19]. Bovengenoemde factoren hebben een positieve invloed op de gezondheid en het welbevinden van deelnemende inwoners in de wijk en dragen daarmee bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

7.4 Gezonde leefomgeving

7.4.1 Inleiding

Bij de vorige meting van de GALA-vragenlijst waren er voor het eerst vragen opgenomen over gezonde leefomgeving. Uit deze meting bleek dat bijna alle gemeenten werken aan een gezonde leefomgeving (98%). Omdat al bijna alle gemeenten aan een gezonde leefomgeving werkten, is deze vraag niet opnieuw gesteld bij de huidige meting van de GALA-vragenlijst. In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de vragenlijst aangevuld met inzichten uit andere bronnen, waaronder de eindmeting van het Programma Gezonde Leefomgeving (PGLO) [20]. Hieronder worden de succesfactoren die gemeenten benoemen voor het omzetten van ambities naar acties beschreven en wat er nodig is om verder te komen op het thema gezonde leefomgeving (7.4.2). Vervolgens komen/ de acties waaraan gemeenten werken (7.4.3) en de samenwerking op het thema gezonde leefomgeving aan bod (7.4.4).

7.4.2 Van ambities naar acties

Bij de huidige meting van de GALA-vragenlijst geven meer gemeenten (63% ten opzichte van 55% bij de vorige meting) aan dat het hen (helemaal) wel lukt om ambities voor gezonde leefomgeving om te zetten in acties. Gemeenten[30] noemen een aantal succesfactoren voor het omzetten van ambities naar acties op het gebied van gezonde leefomgeving:

- groeiend(e) aandacht en bewustzijn voor het belang van de gezonde fysieke leefomgeving;
- de verbinding tussen het sociaal en het fysieke domein;
- samenwerking tussen verschillende partners in de wijk;
- de omgevingswet als verbindende schakel bij de koppeling tussen de domeinen;
- het aanstellen van een verbinder/aanjager die zich actief bezighoudt met de samenwerking tussen de verschillende domeinen;
- het aanstellen van een adviseur gezonde leefomgeving, wat mogelijk werd door de GALA-middelen.

Op de vraag wat er nodig is om verder te komen op dit thema noemen gemeenten:

- voldoende, structurele financiering. In 2026 stoppen de middelen voor gezonde leefomgeving, omdat het geen onderdeel is van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA);
- het versterken van de domeinoverstijgende samenwerking;
- politiek agenderen van het thema.

Bij 6 procent van de gemeenten lukt het nog niet (helemaal) om ambities om te zetten in acties op dit thema. Redenen die hiervoor gegeven worden, zijn vooral het gebrek aan uitvoeringscapaciteit, financiële middelen en de schotten tussen de verschillende domeinen. Op de vraag wat er nodig is om verder te komen op dit thema, wordt een betere samenwerking tussen het sociaal en fysieke domein het meest geantwoord. Ook worden overkoepelende, gemeente-brede

[30] Deze vraag is gesteld aan gemeenten waarbij het enigszins, wel of helemaal lukt om ambities om te zetten in acties.

afspraken veel genoemd. Hier moeten dan wel financiële middelen aan verbonden zijn.

7.4.3 *Stand van zaken van afzonderlijke acties*

Gezondheidskennis toepassen in besluitvorming over de fysieke leefomgeving

Het GALA beoogt dat gemeenten zorgen voor de inzet van gezondheidskundige kennis bij hun besluitvorming over de fysieke leefomgeving. Het merendeel van de gemeenten geeft aan dat er bij de besluitvorming over de fysieke leefomgeving gezondheidskennis wordt toegepast (78%). Dit percentage is bijna hetzelfde gebleven ten opzichte van het vorige rapport (82%). Ook geeft het merendeel (67%) van de gemeenten aan dat er sinds het GALA nieuwe overlegstructuren zijn opgezet waarin meer domeinoverstijgend wordt samengewerkt tussen het fysieke domein en het sociaal/gezondheidsdomein. Bij de vorige meting was dit 62 procent.

Uit de eindmeting (2026) van het Programma Gezonde Leefomgeving (PGLO) is gekomen dat het bewustzijn over de impact van de leefomgeving op de gezondheid is toegenomen [20]. Drie kwart van de respondenten geeft aan meer aan een gezonde leefomgeving te zijn gaan werken in de afgelopen twee jaar.

Schone Lucht Akkoord en hitteplannen

Het GALA benoemt als actie het verkennen van de mogelijkheid om bij het Schone Lucht Akkoord (SLA) aan te sluiten als dit (nog) niet het geval is. Een meting van het Schone Lucht Akkoord begin 2026 laat zien dat het SLA inmiddels 139 van de 342 gemeenten telt.[31] Sinds de GALA-monitor 2025 zijn er 17 nieuwe gemeenten aangesloten bij het SLA. De vorige meting liet ook zien dat 108 gemeenten (34%) een hitteplan hebben. In de huidige meting is dit niet opnieuw uitgevraagd. In januari van 2026 is de actualisatie van de Handreiking Lokale Hitteplannen verschenen[32]. Een enquête over behoeften van gemeenten laat zien dat het voor gemeenten lastig is om voldoende capaciteit en budget vrij te maken voor het hitteplan en dat het ontbreken van een wettelijke verplichting voor onduidelijkheid zorgt. Ondersteuning vanuit de provincie blijkt behulpzaam: vanuit de provincie Gelderland is hier bijvoorbeeld in geïnvesteerd en bijna alle gemeenten hebben daar een hitteplan [21].

7.4.4 *Samenwerking*

In de vragenlijst is gevraagd met welke afdelingen/beleidsdomeinen binnen de gemeente wordt samenwerkt aan het thema Gezonde fysieke leefomgeving. Met de afdeling Sport en bewegen wordt het meest samengewerkt (95%), gevolgd door Volksgezondheid (89%) en Openbare ruimte/stadsbeheer/groenbeleid (89%) (zie tabel 1a van bijlage 3). Dit was bij de vorige meting ook zo.

Er is ook gevraagd naar samenwerking met organisaties buiten de gemeentelijk organisatie. Gemeenten werken bij dit thema het meest samen met de GGD (80%), gevolgd door sportverenigingen (55%) en

[31] https://schoneluchtakkoord.nl/sla/deelnemers/. Geraadpleegd op 13-04-2026
[32] https://klimaatadaptatienederland.nl/hulpmiddelen/overzicht/lokaal-hitteplan/

scholen (51%) (zie tabel 1b van bijlage 3). In de GALA-monitor 2025 was dit ook de GDD (79%), gevolgd door samenwerking met bewoners (63%)[33] en lokale beweeginitiatieven (60%). De samenwerking met lokale beweeginitiatieven is gedaald naar 47 procent. Gemeenten werken op het gebied van gezonde leefomgeving weinig samen met het bedrijfsleven (6%).

De resultaten van de eindmeting van PGLO laten zien dat 85 procent van de respondenten in de afgelopen twee jaar beter is gaan samenwerken met één of meerdere partijen aan een gezonde leefomgeving [20]. Vooral met gemeentelijke professionals vanuit het ruimtelijk domein en sociaal domein.

In de GALA-vragenlijst voor zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij het thema Gezonde fysieke leefomgeving. Hierbij geeft 17 procent van de zorgverzekeraars aan dat ze (helemaal) betrokken zijn. Aan deze zorgverzekeraars is een open vraag gesteld over de manier waarop ze betrokken zijn. Antwoorden die worden gegeven zijn dat het is opgenomen in beleid of in regioplannen. Ook wordt aangegeven dat gezonde leefomgeving is belegd in regionale samenwerkingsverbanden/coalities/allianties. De helft van de zorgverzekeraars (50%) geeft aan (helemaal) niet betrokken te zijn bij het thema gezonde leefomgeving.

7.5 Sociale basis

7.5.1 Context

In de twee eerdere rapportages van de GALA-monitor (2024 en 2025) bleek dat steeds meer gemeenten een beleidsvisie Sociale basis hebben. Daarnaast beschreef het vorige rapport (2025) dat het in bijna drie kwart van de gemeenten lukt om de ambities voor het versterken van de sociale basis om te zetten in actie. Daarbij is aangegeven dat de staatssecretaris blijft inzetten op het voorkomen en verminderen van eenzaamheid en op een passende oplossing voor het ontlasten van mantelzorgers door respijtzorg[34]. In deze paragraaf beschrijven we de huidige stand van zaken voor enkele in het GALA geformuleerde acties (7.5.2) en de samenwerking op het thema Sociale basis (7.5.3).

7.5.2 Van ambities naar acties

Steeds meer gemeenten (87% ten opzichte van 74% vorig jaar) geven in de GALA-vragenlijst aan dat het hen lukt om ambities voor het versterken van de sociale basis om te zetten in acties. Hierbij noemen gemeenten[35] een aantal succesfactoren:

- netwerkvorming en versteviging van (domeinoverstijgende en integrale) samenwerking;
- visie op de sociale basis met een bijbehorend uitvoeringsprogramma;
- faciliteren van inwonerbetrokkenheid, inwonersinitiatieven en vrijwilligerswerk;

[33] Deze antwoordcategorie is veranderd in 2026: 'bewoners' is vervangen door 'inwonersvertegenwoordiging'.
[34] Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven (zie de website van Movisie: https://www.movisie.nl/respijtzorg-overzicht).
[35] Deze vraag is gesteld aan gemeenten waarbij het enigszins, wel of helemaal lukt om ambities om te zetten in acties.

- inzet van professionals en inwoners met een verbindende rol (zoals opbouwwerker of dorpsondersteuner);
- (door)ontwikkeling van een sociale kaart met (collectieve) activiteiten en ontmoetingsplekken.

Op de vraag wat er nodig is om verder te komen op dit thema, noemen gemeenten:

- (duidelijkheid over) structurele financiering;
- meer tijd voor en continuering van de huidige inzet;
- versteviging van (domeinoverstijgende) samenwerking.

Gemeenten bij wie het nog niet lukt om de ambities om te zetten in acties, geven aan dat het thema nog in ontwikkeling is.

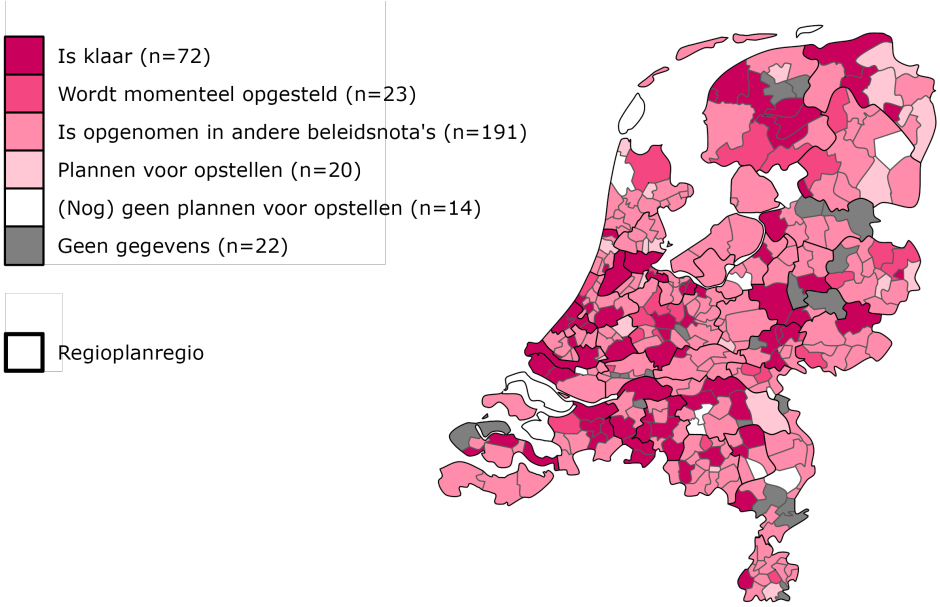
Bij de vorige meting van de GALA-vragenlijst gaf 69 procent van de gemeenten aan dat de beleidsvisie Sociale basis klaar was of opgenomen was in andere beleidsvisies (zoals de gezondheidsvisie of de visie op het sociaal domein). Dit is inmiddels gestegen naar 82 procent. Deze gemeenten hebben de visie op de sociale basis veelal opgenomen in (een) andere beleidsnota('s) (n=191); minder vaak is er een beleidsvisie specifiek voor de sociale basis (n=72).

Ondanks dat in het GALA staat beschreven dat gemeenten uiterlijk in 2024 een beleidsvisie sociale basis dienen te hebben, geeft een deel van de gemeenten aan dat zij momenteel werken aan het opstellen van de beleidsvisie (7%) of plannen hebben om deze op te stellen (6%). Een klein deel van de gemeenten (4%) heeft (nog) geen plannen om de beleidsvisie Sociale basis op te stellen (figuur 7.3).

Bij de vorige meting van de GALA-vragenlijst (2025) hebben 109 gemeenten een beleidsvisie Sociale basis toegevoegd. Deze beleidsvisies zijn geanalyseerd met behulp van Generatieve Kunstmatige Intelligentie (GenAI). In deze verkenning is gekeken naar veelvoorkomende onderwerpen in de beleidsvisies, zoals gemeenschap, burgerinitiatieven en eenzaamheid [22].

Een van de GALA-acties voor gemeenten betreft de inzet op een lokale aanpak eenzaamheid. Volgens de voortgangsrapportage Eén tegen eenzaamheid uit 2025 heeft ruim 80 procent van de gemeenten een lokale coalitie of netwerk tegen eenzaamheid opgebouwd [23].

Figuur 7.3 Mate waarin gemeenten een beleidsvisie sociale basis hebben.



Bron: GALA-vragenlijst onder gemeenten 2026.

7.5.3 Samenwerking

In de GALA-vragenlijst is aan gemeenten gevraagd met welke afdelingen/beleidsdomeinen binnen de gemeente wordt samengewerkt aan het thema Sociale basis. Net bij de vorige meting zijn het Sociaal domein/welzijn (99%), Volksgezondheid (92%), Sport en bewegen (91%) en Jeugd (91%) het vaakst genoemd (zie tabel 1a van bijlage 3). Voor jeugd is er een toename zichtbaar van 8 procentpunt ten opzichte van de vorige meting.

Daarnaast is gevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt aan het thema Sociale basis. Net als bij de vorige meting zijn welzijnsorganisatie (96%), sociaal (wijk)team (80%), maatschappelijk werk (78%) en buurthuis (74%) het vaakst genoemd (zie tabel 1b van bijlage 3). Dit waren bij de vorige meting ook de meest genoemde organisaties en de percentages lagen op een vergelijkhaar niveau.

In de GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij het thema Sociale basis. Hierbij geeft 64 procent aan dat ze betrokken zijn bij dit thema. Bij de vorige meting was dit een vergelijkbaar aandeel (66%). Deze betrokkenheid betreft samenwerking op regionaal of gemeentelijk niveau, zorgzame buurten en respijtzorg.

7.6 Gezonde leefstijl

7.6.1 Context

Het vorige rapport van de GALA-monitor ging in op de stand van zaken van acties voor gemeenten en zorgverzekeraars die in het GALA zijn opgesteld op het gebied van een gezonde leefstijl. In deze paragraaf kijken we hier opnieuw naar, met als aanvulling dat we ook ingaan op succesfactoren die gemeenten noemen voor het verder brengen van het thema Gezonde leefstijl, wat ze nodig hebben om verder te komen en

welke redenen gemeenten geven waarom het *niet* lukt om ambities om te zetten naar acties voor dit thema (7.6.2). Daarna volgt de stand van zaken van de acties voor gemeenten die in het GALA zijn opgesteld op het gebied van middelengebruik en overgewicht, sport en bewegen (7.6.3). Ook hier komen redenen aan bod die gemeenten geven waarom het niet lukt om de acties te realiseren. Vervolgens gaan we in op domeinen waarmee gemeenten samenwerken en betrokkenheid van zorgverzekeraars bij het thema Gezonde leefstijl (7.6.4).

7.6.2 Van ambities naar acties

Bij de huidige meting geven meer gemeenten (79% ten opzichte van 68% bij de vorige meting) in de GALA-vragenlijst aan dat het hen (helemaal) lukt om ambities voor een gezonde leefstijl om te zetten in acties. Gemeenten[36] noemen de volgende succesfactoren:

- intensieve samenwerking tussen verschillende partijen (bijvoorbeeld ketenpartners) en tussen domeinen, zoals zorg, welzijn, sport, onderwijs en lokale verenigingen;
- opzetten van ketenaanpakken (zoals Kinderen naar Gezonder Gewicht (KnGG), de Gecombineerde Leefstijlinterventie en valpreventie);
- inzet van buurtsportcoaches, leefstijlcoaches en de centrale zorgverlener bij de ketenaanpak KnGG;
- onderling verbinden van (bestaande) interventies;
- aanstellen van een coördinator op dit thema;
- creëren van laagdrempelig en samenhangend aanbod;
- bestuurlijk draagvlak;
- inzetten op kennisdeling;
- aansluiten bij landelijke programma's (zoals JOGG en Kansrijke Start).

Om verdere stappen te zetten, geven gemeenten aan behoefte te hebben aan:

- structurele en voldoende financiering en capaciteit, zodat succesvolle initiatieven kunnen worden voortgezet en uitgebreid;
- meer duidelijkheid en landelijke kaders rondom financiering en rolverdeling, met name bij de ketenaanpakken en de inzet van een centrale zorgverlener;
- verder onderling verbinden van interventies;
- het versterken van domeinoverstijgende samenwerking;
- het beter vindbaar en toegankelijk maken van het aanbod voor inwoners;
- landelijke wet- en regelgeving die gemeenten helpt een gezonde en fysieke leefomgeving in te richten en voorlichting op landelijke niveau over bijvoorbeeld ongezonde voeding, alcohol en roken.

Bij 2 procent van de gemeenten lukt het nog (helemaal) niet om ambities op dit thema om te zetten in acties. Zij gaven hiervoor capaciteitsgebrek en/of ontbrekend/ontoereikend budget als redenen.

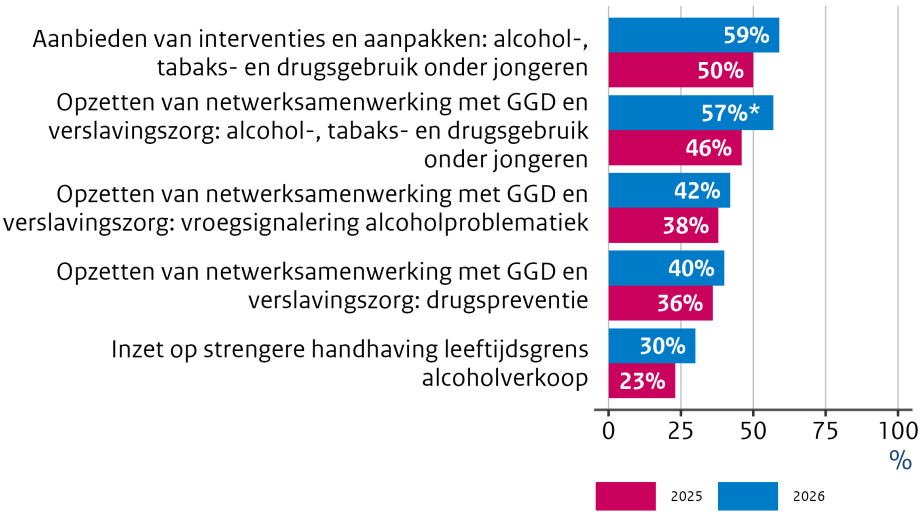
[36] Deze vraag is gesteld aan gemeenten waarbij het enigszins, wel of helemaal lukt om ambities om te zetten in acties.

7.6.3 *Stand van zaken van afzonderlijke acties*

Acties middelengebruik

In het GALA staan meerdere acties voor gemeenten op het gebied van middelengebruik onder jongeren. In de GALA-vragenlijst geeft 59 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om interventies en aanpakken aan te bieden op het gebied van alcohol, tabak en drugsgebruik onder jongeren (zie figuur 7.4). Bij de vorige meting was dit 50 procent van de gemeenten. De gemeenten die aangeven dat het (helemaal) niet lukt (7%), noemen daarvoor het vaakst dat dit vooral komt door (een combinatie van) beperkte capaciteit en financiële middelen en andere prioriteiten binnen de gemeente. Soms zijn er wel plannen of is er enig aanbod, maar structurele aanpakken komen nog niet van de grond vanwege gebrek aan capaciteit of bestuurlijk draagvlak.

Figuur 7.4 Percentage gemeenten dat aangeeft dat het (helemaal) lukt om de acties voor het bevorderen van een gezonde leefstijl te realiseren (n=327 (2025) en 320 (2026)).



* Betekenisvol verschil tussen de vorige en de huidige meting (effectgrootte (Cohen's h) van ten minste 0,2).
Bron: GALA-vragenlijst: meting 2 (2025) en 3 (2026).

Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO) wordt in het GALA genoemd als een aanpak waarmee gemeenten op een effectieve manier middelengebruik door jongeren kunnen voorkomen. Uit cijfers van het Trimbos-instituut [24] blijkt dat het aantal gemeenten waarin met de OKO-aanpak wordt gewerkt tussen februari 2024 en mei 2026 toegenomen is van 46 (13% van de gemeenten) naar 61 (18%).

In de GALA-vragenlijst geeft 30 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om in te zetten op een strengere handhaving van de leeftijdsgrens bij alcoholverkoop (zie figuur 7.4). Bij de vorige meting was dat 23 procent. 25 procent geeft aan dat het hen (helemaal) niet lukt. Gemeenten geven hiervoor als reden dat er te weinig personele inzet beschikbaar is, waardoor handhaving beperkt of incidenteel mogelijk is en niet structureel kan worden opgepakt. Ze geven aan dat er veel handhavingscapaciteit nodig is om op alle plaatsen aanwezig te

zijn waar alcohol wordt verkocht, zoals winkels, verenigingen en uitgaansgelegenheden. Ook merken gemeenten op dat effectieve handhaving ingewikkeld is door het gemak waarmee regels omzeild kunnen worden. Tot slot krijgt het thema vaak geen prioriteit boven andere thema's.

Ook de inzet van gemeenten op het terugdringen van roken wordt in het GALA genoemd, bijvoorbeeld door het invoeren van een rookvrije omgeving te stimuleren. Uit de vierde meting van de Locatiemonitor [25] die in 2025 is uitgevoerd in opdracht van GGD GHOR Nederland en de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij blijkt dat 71 procent van de gemeenten (n=233) een rookvrije omgeving stimuleert. In 2023 was dit eveneens 71 procent van de gemeenten (n=218).

Op het gebied van middelengebruik is in het GALA afgesproken dat gemeenten aan zet zijn om netwerksamenwerkingen op te zetten, met relevante partijen waaronder in ieder geval de GGD en de verslavingszorg. In de GALA-vragenlijst geeft 57 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om een netwerksamenwerking in het kader van alcohol, tabak en drugs onder jongeren op te zetten. Dit is een toename van 11 procentpunt in vergelijking met de vorige meting. Daarnaast geeft 40 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om een netwerksamenwerking in het kader van drugspreventie op te zetten. Een vergelijkbaar deel van de gemeenten (42%) lukt het om een netwerksamenwerking op te zetten voor de uitvoering van een aanpak vroegsignalering alcoholproblematiek. Bij de vorige meting was dit respectievelijk 36 en 38 procent.

Gemeenten waar het (helemaal) niet lukt om een netwerksamenwerking op te zetten[37], geven aan dat dit komt door een gebrek aan capaciteit, tijd en financiële middelen. Ook geven zij aan dat dit thema in hun gemeente minder prioriteit heeft dan andere opgaven, waardoor inzet hierop beperkt is. Sommige gemeenten kiezen voor andere samenwerkingsvormen of werken samen met andere partners dan de GGD, bijvoorbeeld omdat de lokale behoeften anders liggen of omdat bestaande samenwerkingen voldoende worden geacht. Soms is er wel samenwerking met GGD en/of verslavingszorg, maar gebeurt dit niet vanuit een netwerksamenwerking.

Acties overgewicht, sport en bewegen
In het GALA is als actie van gemeenten het werken aan een gezonde omgeving voor kinderen en jongeren genoemd, via interventies en aanpakken, zoals de JOGG-aanpak en Gezonde School. In de GALA-vragenlijst geeft 76 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om interventies en aanpakken aan te bieden die tot doel hebben bij te dragen aan een gezonde omgeving (zoals school, sport en buurt/wijk) voor kinderen en jongeren. Bij de vorige meting was dat 70 procent. 1 procent van de gemeenten geeft aan dat het (helemaal) niet lukt. Uit de antwoorden blijkt dat gemeenten hier wel mee bezig zijn, maar dat het maar deels lukt, bijvoorbeeld door tijdsgebrek, of doordat landelijk beleid ontbreekt dat alcoholreclames en ongezonde voeding verbiedt.

[37] Percentage gemeenten dat het (helemaal) niet lukt om een netwerksamenwerking op te zetten: 17 procent voor vroegsignalering alcoholproblematiek, 18 procent voor drugspreventie en 11 procent voor gebruik van alcohol, tabak en drugs onder jongeren.

Daarnaast blijkt uit cijfers van het Loket Gezond Leven dat het aandeel JOGG-gemeenten de afgelopen jaren is gestegen: van 60 procent in 2023 naar 78 procent in maart 2026 [26]. Het aandeel scholen dat in het bezit is van een geldig themacertificaat voor Gezonde School is tussen 2022 en 2026 ongeveer gelijk gebleven (85-82%) [27]. Een certificaat is drie jaar geldig. Overigens kunnen scholen ook werken met de Gezonde School-aanpak zonder een geldig certificaat te hebben. Om hoeveel scholen het gaat, is niet bekend. Bovenstaande cijfers gaan over het aanbod in gemeenten, maar de Gezonde School-aanpak wordt vaak door scholen zelf geïnitieerd.

7.6.4 Samenwerking

In de vragenlijst geven gemeenten aan binnen de gemeente met verschillende afdelingen/beleidsdomeinen samen te werken voor het thema Gezonde leefstijl, vooral met Sport en bewegen (99%), Volksgezondheid (97%), Sociaal domein/welzijn (95%), Jeugd (92%) en Onderwijs (92%) (zie tabel 1a van bijlage 3). Dit was bij de vorige meting ook zo. Buiten de gemeentelijke organisatie wordt voornamelijk samengewerkt met de GGD (95%), welzijnsorganisaties (91%), sportverenigingen (87%) en scholen (86%). Dit waren bij de vorige meting ook de meest genoemde organisaties en de percentages lagen op een vergelijkhaar niveau.

In de GALA-vragenlijst voor zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij het thema Gezonde leefstijl en op welke manier. 75 procent van de zorgverzekeraars geeft aan betrokken te zijn bij dit thema. Hierin is geen verandering ten opzichte van de vorige meting. Zorgverzekeraars geven een aantal manieren aan waarop ze betrokken zijn, namelijk via regionale samenwerking in het kader van het IZA, ketenaanpakken of coalities in de regio.

7.7 Mentale gezondheid

7.7.1 Context

Het vorige rapport ging in op de stand van zaken van acties voor gemeenten en zorgverzekeraars die in het GALA zijn opgesteld op het gebied van mentale gezondheid. In deze paragraaf kijken we hier opnieuw naar, met als aanvulling dat we ook ingaan op succesfactoren die gemeenten noemen voor het verder brengen van het thema Mentale gezondheid, wat ze nodig hebben om (nog) verder te komen en welke redenen gemeenten geven waarom het niet lukt om ambities om te zetten naar acties voor dit thema (7.7.2). Daarna volgt de stand van zaken van de acties voor gemeenten die in het GALA zijn opgesteld op het gebied van beleid, programma’s en interventies en over laagdrempelige ondersteuning en mentale gezondheidscentra (7.7.3). Ook hierbij komen redenen aan bod die gemeenten noemen waarom het niet lukt om de acties te realiseren. Vervolgens beschrijven we domeinen waarmee gemeenten samenwerken en de betrokkenheid van zorgverzekeraars bij het thema Mentale gezondheid (7.7.4).

7.7.2 Van ambities naar acties

Bij de huidige meting geven meer gemeenten (64% ten opzichte van 49% bij de vorige meting) in de GALA-vragenlijst aan dat het hen (helemaal) lukt om ambities voor mentale gezondheid om te zetten naar

acties. Gemeenten[38] noemen een aantal succesfactoren voor het omzetten van ambities naar acties op het gebied van mentale gezondheid:

- lokale en regionale samenwerking en netwerkvorming (vanuit het IZA/AZWA) tussen gemeenten, GGD, onderwijs, welzijnsorganisaties en zorgpartners;
- laagdrempelig en dichtbij georganiseerd aanbod, zoals welzijnscoaches bij huisartsen (Welzijn op recept) en laagdrempelige steunpunten;
- concrete projecten en programma's, zoals preventieve programma's op scholen, jongerenwerk en campagnes;
- structureel inbedden van mentale gezondheid in beleid.
- aanstellen van een beleidsadviseur op dit thema;
- gerichte aandacht voor kwetsbare groepen zoals jongeren, ouders en mantelzorgers.

Op de vraag wat er nodig is om verder te komen op dit thema, geven gemeenten het volgende aan:

- structurele en voldoende financiering, waarmee volgens gemeenten succesvolle projecten structureel gemaakt kunnen worden om een duurzame beweging rondom mentale gezondheid op gang te brengen;
- (nog) meer domeinoverstijgende samenwerking, bijvoorbeeld tussen zorg, welzijn en onderwijs, om versnippering te voorkomen en kwetsbare groepen beter te bereiken;
- actuele gegevens over de mentale gezondheidssituatie en inzicht in de effectiviteit van interventies.

Bij 5 procent van de gemeenten lukt het nog (helemaal) niet om ambities op dit thema om te zetten naar acties. Gemeenten geven aan dat dit vooral komt door gebrek aan capaciteit en doordat andere prioriteiten zijn gesteld. Sommige gemeenten noemen als reden dat het tijd kost om de aanpak vorm te geven door de complexiteit van het thema. Meerdere gemeenten geven aan dat ze wel bezig zijn met concrete activiteiten, zoals het vormgeven van lokale suïcidepreventie op basis van de Wet integrale suïcidepreventie.

Duidingssessie: rol van het GALA bij thema Mentale gezondheid
De gemeenten die deelnamen aan de duidingssessie geven aan Mentale gezondheid een lastig thema te vinden omdat meerdere teams (zoals Jeugd en Onderwijs) betrokken moeten worden. Gemeenten benoemen dat er weinig budget is, maar dat initiatieven wel van de grond komen. Ook geven ze aan dat veel acties uit het GALA al liepen. Voor nieuwe initiatieven, zoals het opzetten van mentale gezondheidscentra, is meer samenwerking nodig met verschillende teams en externe partners, waarbij het niet altijd duidelijk is wie verantwoordelijk is. Gemeenten vinden het vanuit het AZWA concreter wat van hen gevraagd wordt.

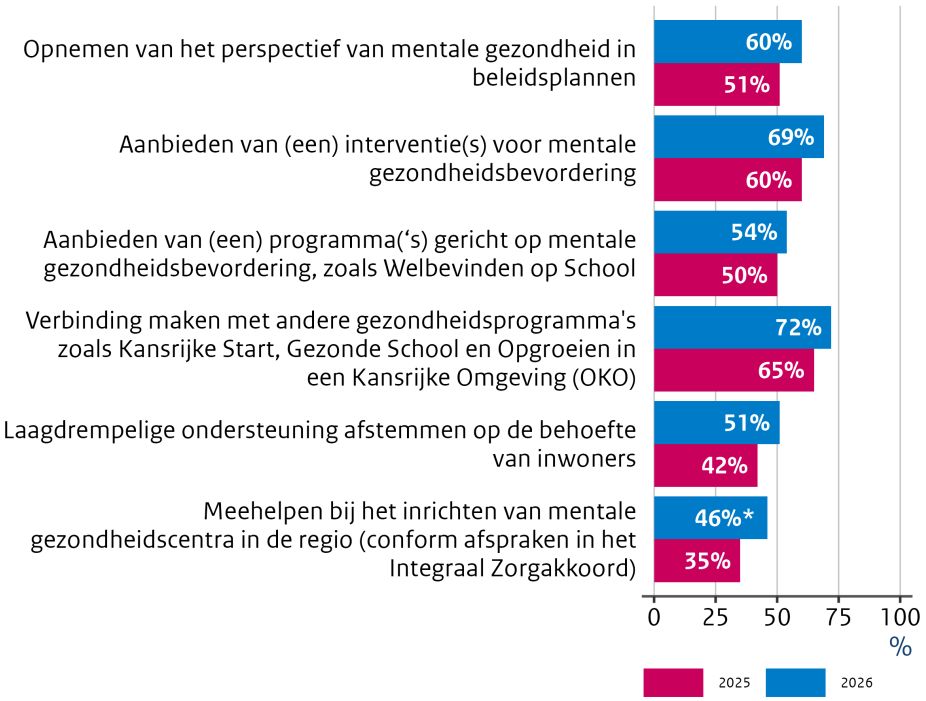
[38] Deze vraag is gesteld aan gemeenten waarbij het enigszins, wel of helemaal wel lukt om ambities om te zetten in acties.

7.7.3 *Stand van zaken van afzonderlijke acties*

Beleid, programma's en interventies

In de GALA-vragenlijst zijn gemeenten gevraagd naar het realiseren van afzonderlijke acties voor het versterken van de mentale gezondheid. Drie op de vijf gemeenten (60%) geeft aan dat het lukt om het perspectief van mentale gezondheid op te nemen in beleidsplannen (figuur 7.5). Bij de vorige meting was dit 51 procent. De gemeenten die aangeven dat het (helemaal) niet lukt (5%), noemen gebrek aan capaciteit en minder prioriteit als redenen. Ook is er in sommige gemeenten nog geen duidelijke visie op dit thema en wordt mentale gezondheid impliciet meegenomen in gezondheidsbeleid. Wel zien gemeenten dat de aandacht voor mentale gezondheid groeit, ook door nieuwe cijfers uit gezondheidsmonitors, en verwachten ze dat het de komende jaren meer aandacht zal krijgen in beleid. Bij andere gemeenten zijn beleidsplannen waarin mentale gezondheid wordt meegenomen nog in ontwikkeling of moeten nog worden vastgesteld.

Figuur 7.5 Percentage gemeenten dat aangeeft dat het (helemaal) lukt om de acties voor het versterken van de mentale gezondheid te realiseren (n=327 (2025) en 320 (2026).



* Betekenisvol verschil tussen de vorige en de huidige meting (effectgrootte (Cohen's h) van ten minste 0,2).
Bron: GALA-vragenlijst: 2025 en 2026.

54 procent van de gemeenten geeft aan dat het hen lukt om programma's aan te bieden die gericht zijn op mentale gezondheidsbevordering, zoals Welbevinden op School. Bij de vorige meting was dit 50 procent. 11 procent geeft dat het hen (helemaal) niet lukt. Redenen die gemeenten hiervoor geven, zijn een gebrek aan capaciteit en financiële middelen. Veel gemeenten gaan in op redenen waarom het niet lukt om het programma Welbevinden op School van de

grond te krijgen. Gemeenten geven aan dat scholen niet nog meer programma's/interventies willen/kunnen uitvoeren omdat ze al zoveel doen. En scholen kiezen er soms ook voor om met andere thema's dan mentale gezondheid aan de slag te gaan. Gemeenten geven aan dat ze scholen hierin niet kunnen verplichten, maar alleen stimuleren. Ook geven gemeenten aan dat scholen hun eigen programma's en professionals hebben die zij inzetten.

Bij 72 procent van de gemeenten lukt het om de verbinding te maken met andere gezondheidsprogramma's zoals Kansrijke Start, Gezonde School en OKO (Opgroeien in een Kansrijke Omgeving). Bij de vorige meting was dit 65 procent. 3 procent geeft dat het hen (helemaal) niet lukt. Door gemeenten genoemde redenen hiervoor zijn gebrek aan capaciteit en middelen en dat het thema minder prioriteit heeft in de gemeente. Enkele gemeenten geven aan deze programma's wel uit te voeren, maar dat het tijd nodig heeft om verbindingen te leggen met mentale gezondheid.

Daarnaast geeft 69 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om interventies aan te bieden voor mentale gezondheidsbevordering. Dit was 60 procent bij de vorige meting. 3 procent geeft aan dat het hen (helemaal) niet lukt. De meest genoemde redenen zijn gebrek aan capaciteit en financiële middelen. Sommige gemeenten zijn nog in de opstartfase of wachten op uitvoering van regionale plannen.

Laagdrempelige ondersteuning en mentale gezondheidscentra
In het GALA is afgesproken dat gemeenten zorg dragen voor een goed sluitende (en laagdrempelige) ondersteuning, afgestemd op de behoefte van de eigen inwoners. In de GALA-vragenlijst geeft 51 procent van de gemeenten aan dat dit hen lukt. Bij de vorige meting was dit 42 procent. 6 procent geeft aan dat het hen (helemaal) niet lukt. Gemeenten geven aan belemmerd te worden door beperkte capaciteit en middelen. Gemeenten geven ook als reden dat het moeilijk is om goed zicht te krijgen op de behoeften van inwoners, mede doordat de doelgroep voor laagdrempelige ondersteuning soms lastig te bereiken is. Sommige initiatieven zijn nog in ontwikkeling of in de opstartfase. Gemeenten geven aan er in 2026 mee aan de slag te gaan, bijvoorbeeld als onderdeel van het IZA-transformatieplan.

Daarnaast wordt vanuit het IZA, en recent vanuit het AZWA, ingezet op het opzetten van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (zoals zelfregie- en herstelcentra), waar iedereen - en vooral mensen met een ernstige psychische aandoening - terecht kan voor ondersteuning. In oktober 2024 waren er 278 laagdrempelige steunpunten in beeld [28]. En in oktober 2025 zijn dat er 318 [29]. De toename komt deels door daadwerkelijk nieuwe plekken en deels door bestaande steunpunten die in 2024 nog niet in beeld waren.

Ook is in het GALA afgesproken dat gemeenten bijdragen aan het verbeteren van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de GGZ, door onder andere het mee helpen inrichten van mentale gezondheidscentra in de regio (conform afspraken in het IZA). In de GALA-vragenlijst geeft 46 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om mee te helpen bij het inrichten van mentale

gezondheidscentra. Dit is een stijging van 11 procentpunt in vergelijking met de vorige meting. 15 procent geeft dat het hen (helemaal) niet lukt. Gemeenten geven als redenen gebrek aan middelen, capaciteit en prioriteit. In veel regio's zijn plannen en samenwerkingen nog in ontwikkeling, wachten gemeenten op de uitkomsten van transformatieplannen, of is de uitvoering nog in de opstart- of ontwikkelfase. Meerdere gemeenten geven aan dat onduidelijk is wat precies bedoeld wordt met een gezondheidscentrum.

In de GALA-vragenlijst onder zorgverzekeraars is gevraagd naar samenwerkingsafspraken met gemeenten in de regio voor het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken. 89 procent van de zorgverzekeraars geeft aan dat zij deze afspraken op regionaal niveau hebben met gemandateerde gemeente(n) of met alle gemeenten in de regio afzonderlijk. Dit is een toename van 20 procentpunt ten opzichte van de vorige meting. Samenwerkingsafspraken voor het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken tussen gemeente(n) en zorgverzekeraar gaan het vaakst (85% van de zorgverzekeraars noemt dit) over de inzet van financiële middelen en over welke professionals worden ingezet binnen het netwerk en wie daarin welke rol heeft (eveneens 85%)[39].

7.7.4 Samenwerking

In de vragenlijst is aan gemeenten gevraagd met welke afdelingen/beleidsdomeinen binnen de gemeente wordt samengewerkt aan het thema mentale gezondheid. Hierbij zijn het Sociaal domein/welzijn (98%), Jeugd (94%) en Volksgezondheid (93%) het vaakst genoemd (zie tabel 1a van bijlage 3). Dat was ook bij de vorige meting zo. Daarnaast is gevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt aan het thema Mentale gezondheid. Hierbij worden het vaakst genoemd: welzijnsorganisatie (90%), GGD (89%), school (80%) en huisartsenorganisatie (77%) (zie tabel 1b van bijlage 3). Dit waren bij de vorige meting ook de meest genoemde organisaties.

In de GALA-vragenlijst voor zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij het thema Versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid. Hierbij geeft 92 procent van de zorgverzekeraars aan dat ze betrokken zijn. Bij de vorige meting was dit een vergelijkbaar aandeel (89%). Aan deze zorgverzekeraars is een open vraag gesteld over de manier waarop ze betrokken zijn. Dit is vooral voor het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken in de regio.

7.8 Vitaal ouder worden

7.8.1 Inleiding

In de vorige rapportages van de GALA-monitor is beschreven dat vitaal ouder worden steeds meer aandacht krijgt, zowel vanuit beleid als vanuit de samenleving. Landelijke initiatieven, zoals het GALA en het WOZO-programma (nu Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg), hebben bijgedragen aan deze ontwikkeling, door gemeenten en andere betrokken partijen te stimuleren om op veel plekken in Nederland activiteiten en interventies te organiseren die ouderen ondersteunen bij

[39] Omdat in 2026 de antwoordcategorieën zijn gewijzigd, zijn de cijfers niet met 2025 te vergelijken.

gezond, actief en zelfstandig ouder worden. In de GALA-monitor 2025 lag de focus op een aantal aspecten die raken aan vitaliteit. In deze GALA-monitor 2026 ligt de nadruk op de acties zoals die voor gemeenten zijn geformuleerd in het GALA.

In deze paragraaf beschrijven we de succesfactoren die gemeenten noemen voor het verder brengen van het thema Vitaal ouder worden en wat er volgens gemeenten nog nodig is om (nog) verder te komen met dit thema (7.8.2) Daarna volgt de stand van zaken van de acties voor gemeenten die in het GALA zijn opgesteld op het gebied van passend beweegaanbod, versterken van de uitvoeringspraktijk van artikel 5a van de Wet publieke gezondheid en het vroegtijdig signaleren van ondervoeding (7.8.3). Vervolgens gaan we in op de samenwerking rondom het thema Vitaal ouder worden (7.8.4). Ook bespreken we hoe dit thema is opgenomen in de beleidsnota's (7.8.5).

7.8.2 Van ambities naar acties

In 2026 geven meer gemeenten (85% ten opzichte van 76% in meting 2) in de GALA-vragenlijst aan dat het hen (helemaal) lukt om in 2025 ambities voor vitaal ouder worden om te zetten in acties. Aan gemeenten[40] is gevraagd wat de belangrijkste succesfactoren voor het verder brengen van het thema in de gemeente waren. Hierbij noemen gemeenten[41] de volgende factoren:

- het beter bereiken of betrekken van ouderen;
- het hebben staan of uitbreiden van de ketenaanpak valpreventie;
- meer of betere samenwerkingen met zowel beleidsafdelingen binnen de gemeente als externe partners;
- meer (toeleiding tot) passend beweegaanbod;
- meer inzet op onder andere mantelzorgondersteuning; dementievriendelijkheid en Sociaal Vitaal.

Op de vraag wat er nodig is om verder te komen op dit thema, geven gemeenten het volgende aan:

- borging van de ketenaanpak Valpreventie;
- verbreding naar andere thema's binnen Vitaal ouder worden (bijvoorbeeld wonen);
- structureel of meer budget;
- regionale afspraken met de zorgverzekeraar.

7.8.3 Stand van zaken van afzonderlijke acties

In het GALA zijn meerdere acties voor gemeenten opgesteld op het gebied van Vitaal ouder worden. Bij de huidige meting is aan gemeenten voor het eerst gevraagd in hoeverre het lukt om de acties rond vitaal ouder worden te realiseren. De resultaten laten zien dat op sommige gebieden voortgang wordt geboekt, terwijl andere acties nog aandacht vragen (figuur 7.6). In totaal geeft 86 procent van de gemeenten aan dat het lukt om de mogelijkheden voor ouderen te verbeteren om elkaar (laagdrempelig) te ontmoeten, zich te ontplooien, te ontspannen en elkaar te helpen en 85 procent van de gemeenten geeft aan dat het

[40] Deze vraag is gesteld aan gemeenten waarbij het enigszins, wel of helemaal lukt (99%) om ambities om te zetten in acties. Daarvan hebben 251 gemeenten (79%) de vraag ingevuld over succesfactoren en wat er nodig is om verder te komen.
[41] Deze vraag is gesteld aan gemeenten waarbij het enigszins, wel of helemaal lukt om ambities om te zetten in acties.

(helemaal) lukt om aandacht te hebben voor de specifieke behoeften van ouderen rond bewegen en dit te ondersteunen met passend beweegaanbod.

Figuur 7.6 Percentage gemeenten dat aangeeft dat het (helemaal) lukt om de acties voor het vitaal ouder worden te realiseren (n= 320).



Bron: GALA-vragenlijst: meting 3 (2026).

Er zijn ook acties waarbij het volgens gemeenten minder goed lukt om deze te realiseren. Zo is het bereiken van kwetsbare groepen ouderen, bijvoorbeeld ouderen met een klein sociaal netwerk of met beperkte digitale vaardigheden, voor veel gemeenten nog een uitdaging. Veertig procent geeft aan dat dit (helemaal) lukt en 12 procent geeft aan dat het hen (helemaal) niet lukt. Verder geeft een derde van de gemeenten aan dat het (helemaal) lukt om de uitvoeringspraktijk van artikel 5a van de Wet Publieke Gezondheid te versterken en geeft 11 procent aan dat het (helemaal) niet lukt. Het minst lukt het gemeenten om ondervoeding bij ouderen door professionals in het sociaal domein vroegtijdig te laten signaleren: 13% lukt dit (helemaal) wel en 32 procent geeft aan dat dit (helemaal) niet lukt.

7.8.4 Samenwerking

In de GALA-vragenlijst geven gemeenten aan binnen de gemeente met verschillende beleidsdomeinen/afdelingen samen te werken voor het thema Vitaal ouder worden. Dit is vooral met domeinen Sport en bewegen (98%), Sociaal domein/welzijn (98%) en Volksgezondheid (94%) (zie tabel 1a van bijlage 3). Dit waren bij de vorige meting ook de meest genoemde domeinen/afdelingen.

Ook geven gemeenten in de GALA-vragenlijst aan met verschillende partijen buiten de gemeentelijke organisatie samen te werken aan vitaal ouder worden. Hierbij worden welzijnsorganisaties (94%), paramedische zorgorganisaties zoals fysiotherapeuten en diëtisten (85%) en ouderenorganisaties (82%) het vaakst genoemd (zie tabel 1b van bijlage 3). Dit is voor de welzijnsorganisaties geen verschil met de vorige meting en voor de paramedische zorgorganisaties en ouderenorganisaties een kleine stijging ten opzichte van de vorige meting (effectgrootte (Cohen's h) van ten minste 0,2).

In de GALA-vragenlijst voor zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij het thema Vitaal ouder worden en op welke manier. Hierbij geeft 86% aan (helemaal) betrokken te zijn. Dit was 89% in de vorige meting. Zij zijn betrokken via het IZA-regioplan of regionale samenwerking, via een coalitie Ouderen/Vitaal ouder worden, via de ketenaanpak Valpreventie, via het (inkoop)beleid of via projecten op buurt of wijkniveau.

7.8.5 Beleidsnota

De helft van de gemeenten geeft aan dat het thema Vitaal ouder worden is opgenomen in de lokale nota gezondheidsbeleid of het lokale preventieakkoord en 24 procent geeft aan dat dit thema niet is opgenomen. Uit de antwoorden bij 'anders, namelijk' blijkt dat een aantal gemeenten het voornemen heeft dit thema op te nemen in nieuw of toekomstig beleid. Vaak wordt verwezen naar gezondheidsnota's of beleidskaders die in de komende jaren worden opgesteld. Ook geven sommige gemeenten aan geen specifiek programma voor vitaal ouder worden te hebben, maar het thema te hebben geïntegreerd in bredere thema's, zoals gezonde leefstijl, vergrijzing, welzijn of wonen en zorg. Hierbij geeft een aantal gemeenten aan dat het thema opgenomen is of gaat worden in het beleidsplan of de visie rondom het sociaal domein of de sociale basis, of dat het opgenomen is in het GALA-plan-van-aanpak of de uitvoeringsagenda hiervan. Daarnaast geeft een klein aantal aan dat het wordt opgenomen in integraal beleid, in de woonzorgvisie of in regionale plannen.

7.9 Reflectie

In het GALA zijn verschillende acties opgesteld die door meerdere partijen worden uitgevoerd. In dit hoofdstuk zijn de ervaringen van vooral gemeenten en zorgverzekeraars met de uitvoering hiervan aan bod gekomen. Uit de huidige meting van de GALA-vragenlijst blijkt dat gemeenten steeds beter in staat zijn ambities om te zetten in acties. Dit is zichtbaar voor alle zes de thema's, waarbij het bij vier thema's om een betekenisvolle toename ten opzichte van de vorige meting gaat: Sociale basis, Gezonde leefstijl, Mentale gezondheid, en Vitaal ouder worden. Gemeenten noemen bij alle zes de thema's domeinoverstijgende samenwerking en samenwerking met externe partijen als succesfactor bij het omzetten van ambities naar acties. Tegelijkertijd geven gemeenten aan dat op deze samenwerking nog meer kan worden ingezet om verder te komen met de thema's. Verder noemen gemeenten concrete projecten en programma's als succesfactoren, zoals preventieve programma's op scholen en de opgezette ketenaanpakken. Een andere succesfactor die gemeenten

vaak noemen, is het aanstellen van een coördinator of beleidsadviseur op een specifiek thema. Gemeenten geven ook aan dat de financiële middelen vanuit het GALA het mogelijk hebben gemaakt om projecten te starten en nieuwe samenwerkingen aan te gaan. Echter, structurele financiële middelen zijn volgens gemeenten nodig om verder aan de thema's te kunnen werken. Ook noemen gemeenten het bereiken van specifieke doelgroepen als aandachtspunt om verder te komen met de thema's.

Bij zorgverzekeraars lijkt er ten opzichte van vorig jaar weinig veranderd te zijn in de mate waarin zij betrokken zijn bij de GALA-thema's in hun regio. Bij de thema's Vitaal ouder worden en Mentale gezondheid ligt het aandeel zorgverzekeraars dat aangeeft betrokken te zijn het hoogst. En bij het thema Gezonde leefomgeving is de betrokkenheid van zorgverzekeraars het laagst.

Recent zijn er verschillende akkoorden en programma's gelanceerd rondom gezondheidsthema's waaraan gemeenten en zorgverzekeraars werken, zoals de vervolgaanpak Eén tegen eenzaamheid, de Wet suïcidepreventie, het Actieprogramma Mentale gezondheid en ggz, het AZWA, het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) en de Samenhangende Preventiestrategie. Ook bij deze initiatieven wordt ingezet op domeinoverstijgende samenwerking en een omgevingsgerichte aanpak van (leefstijl)thema's. Hiermee kunnen de samenwerkingsverbanden die met het GALA zijn opgebouwd, voortgezet en verder vormgegeven worden.

8 Verdieping: praktijkvoorbeelden ‘Versterken sociale basis’ en ketenaanpak Sociaal verwijzen

Kernboodschappen

1. De praktijkvoorbeelden laten zien hoe het GALA zorgt voor meer inzet op het versterken van de sociale basis en de ketenaanpak Sociaal verwijzen. Hierdoor is er meer netwerkvorming en samenwerking tussen domeinen op verschillende niveaus. Dit leidt tot (door)ontwikkeling en integratie van het aanbod binnen de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis.
2. Voor duurzame borging van een versterkte sociale basis is naast structurele financiering ook blijvende aandacht nodig voor relatieopbouw, samenwerking en gezamenlijk leren. Hierbij is het belangrijk om aan te sluiten bij behoeften van inwoners en is de samenwerking op het regionale niveau vooral voorwaardenscheppend voor de uitvoering op het lokale niveau.

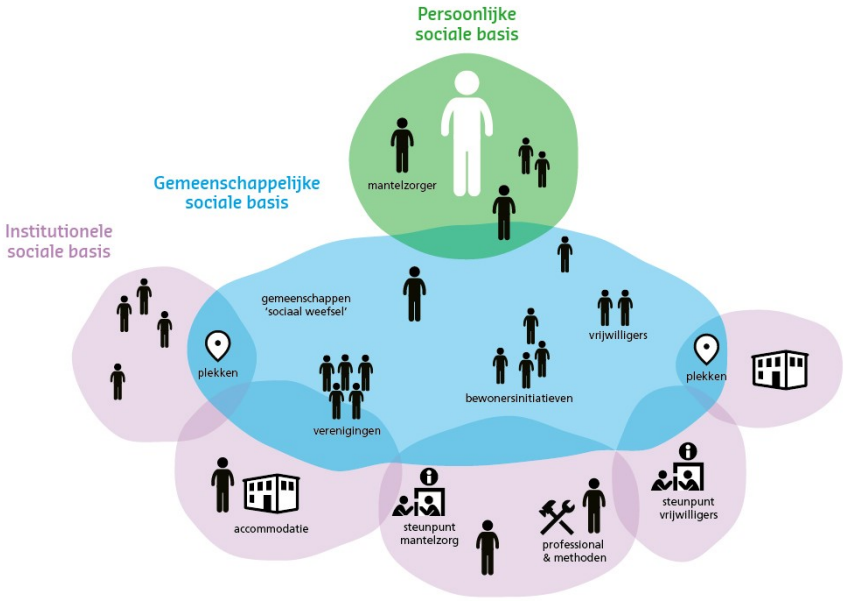
8.1 Inleiding

Het GALA beoogt een beweging naar een meer integrale aanpak van preventie en meer domeinoverstijgende samenwerking. De afspraken in het GALA zijn met name gericht op de ondertekenaars van het akkoord: gemeenten, zorgverzekeraars en GGD’en. In de vorige rapportages van de GALA-monitor is vooral hun perspectief beschreven [12, 30]. Om de ingezette beweging door te zetten, zijn ondertekenaars afhankelijk van samenwerking met de regionale en lokale uitvoerende partijen in het zorg- en sociaal domein.

Om het perspectief van de regionale en lokale uitvoerende partijen op de beoogde impact van het GALA nader te belichten is gekozen om bij gemeenten een verdiepend onderzoek te doen op een van de GALA-thema’s. Hierbij is gekozen voor het thema ‘Versterken van de sociale basis’, omdat dit thema door gemeenten het meest verbonden wordt aan de andere GALA-thema’s [12]. In de praktijk blijkt de definitie van de sociale basis niet eenduidig. Als hulpmiddel voor gemeenten om tot een definitie en beleidsvorming te komen, hebben Movisie en het Verwey-Jonker Instituut het ‘Gespreksmodel sociale basis’ ontwikkeld [31]. Dit model geeft verbindingen weer binnen de sociale basis in drie overlappende sferen: de persoonlijke, gemeenschappelijke en institutionele sfeer (figuur 8.1).

De persoonlijke sociale basis omvat de inwoner en diens netwerk. In de gemeenschappelijke sociale basis gaat het om deel uitmaken van allerlei vormen van gemeenschappen. Van zowel formele netwerken, zoals verenigingen, als van informele verbanden, zoals een wandelclub. De institutionele sociale basis bestaat onder andere uit accommodaties, collectieve voorzieningen, steunpunten voor mantelzorg en vrijwilligers en betaalde krachten.

Figuur 8.1 De verschillende sferen van de sociale basis [32].



In dit verdiepende kwalitatieve onderzoek gaat het om de ervaren impact van het GALA op het versterken van de sociale basis op twee niveaus: tactisch en operationeel. Op het tactische niveau is gekeken naar welke partijen regionaal en lokaal beleid en samenwerkingsafspraken hebben gemaakt rondom het versterken van de sociale basis. Op het operationele niveau is gekeken naar de ketenaanpak Sociaal verwijzen[42]. Deze ketenaanpak is in het GALA onderdeel van het versterken van de sociale basis. Hierbij is gekeken naar de samenwerking rondom deze ketenaanpak tussen verwijzers, professionals met een brugfunctie in het sociaal domein en aanbieders vanuit de sociale basis.

Selectie praktijkvoorbeelden
Belangrijke inclusiecriteria voor deelname van gemeenten aan dit verdiepende onderzoek waren het hebben van een beleidsvisie Sociale basis, en gestart zijn met de ketenaanpak Sociaal verwijzen. Daarnaast mochten gemeenten geen naast elkaar liggende IZA-regio's zijn. Drie gemeenten die aan deze criteria voldeden zijn benaderd voor een verkennend gesprek over deelname. Uiteindelijk waren twee gemeenten (niet gemandateerd, matig stedelijk) bereid tot (anonieme) deelname aan interviews op de verschillende niveaus met relevante partijen (zie tekstbox 8.1). De ervaringen binnen deze gemeenten dienen als illustratie van hoe de sociale basis is ingericht en hoe het GALA de inzet op het thema, de netwerkvorming en de samenwerking heeft beïnvloed.

[42] Sociaal verwijzen betreft het verbinden van het zorg- en sociaal domein voor mensen met (milde) psychosociale problemen, waarbij eerstelijnszorgverleners patiënten doorverwijzen naar een brugfunctionaris die meestal werkzaam is bij een welzijnsorganisatie. Deze sociaal domein professional met een brugfunctie leidt mensen waar nodig naar ondersteuning vanuit welzijn of het sociaal domein.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beschrijft de praktijkvoorbeelden op het 'tactisch niveau: versterken van de sociale basis' (8.2) en het 'operationele niveau: ketenaanpak Sociaal verwijzen' (8.3). Het hoofdstuk sluit af met een reflectie (8.4).

Tekstbox 8.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Interviews (n=12) op tactisch niveau over het versterken van de sociale basis, afgenomen in januari en februari 2026 bij vijftien vertegenwoordigers van gemeente, zorgverzekeraar, welzijnsorganisatie, regionale huisartsenorganisatie, GGD en inwonersinitiatief in de twee praktijkvoorbeeld gemeenten.
- Interviews (n=9) op operationeel niveau over de ketenaanpak Sociaal verwijzen, afgenomen in januari tot en met maart 2026 bij negen professionals (sociaal domein professionals met een brugfunctie, praktijkondersteuner huisartsen (POH's) en aanbieders vanuit de institutionele sociale basis) in de twee praktijkvoorbeeld gemeenten.
- GALA-vragenlijst onder gemeenten (meting 3) voor de twee praktijkvoorbeeldgemeenten.

8.2 Tactisch niveau: versterken van de sociale basis

In deze paragraaf wordt de impact van het GALA op het versterken van de sociale basis op het tactische niveau beschreven.
Na de kenmerken van de praktijkvoorbeelden (tekstbox 8.2) komen de volgende punten aan de orde:

- inzet op het versterken van de sociale basis;
- netwerkvorming/ integraal werken;
- domeinoverstijgende samenwerking;
- aanbevelingen.

Tekstbox 8.2 Kenmerken praktijkvoorbeelden vormgeving van de sociale basis
Beide gemeenten gebruiken het Movisie-model van de sferen van de sociale basis als kapstok voor hun visiedocument [32]. Verder geven beide gemeenten aan dat een sterke sociale basis in hun regio als fundament voor preventie wordt gezien. Ook worden beide gemeenten als voorloper gezien in de regio als het gaat om specifieke onderdelen van het versterken van de sociale basis.

In beide gemeenten worden veel verschillende activiteiten en interventies aangeboden binnen de sociale basis. Zo hebben ze beide 'inlooplocaties' waar mensen kunnen meedoen aan sociale activiteiten. Deze locaties worden ondersteund door de welzijnsorganisatie. Ook werken beide gemeenten mee aan inwonersinitiatieven. Dit varieert van het inhuren van inwoners die sociale activiteiten organiseren tot het subsidiëren van buurtinitiatieven. Beide gemeenten zetten ook opbouwwerkers, community builders, dorps-en wijkondersteuners of wijkteams in.

Hoewel beide gemeenten niet gemandateerd zijn, is in gemeente 1 wel rechtstreeks contact met de preferente zorgverzekeraar en in gemeente 2 niet. Dit gebeurt via regionale overlegtafels waar het thema Versterken sociale basis geagendeerd is. Daarnaast werken beide gemeenten samen met de GGD, maar is dit verschillend ingevuld. Bij gemeente 1 is de GGD op regionaal niveau mede-trekker van het thema Versterken van de sociale basis en heeft zij in die hoedanigheid contact met de gemeente. Bij gemeente 2 staat de GGD op wat meer afstand van het GALA-thema, maar levert zij bijvoorbeeld wel cijfers uit de gezondheidsmonitors aan die laten zien op welke wijken de focus gelegd moet worden.

Meer inzet op versterken sociale basis door GALA
De komst van het GALA heeft volgens de geïnterviewden geleid tot meer inzet op het versterken van de sociale basis. In de jaren voor het GALA werd ook al aan verschillende onderliggende thema's en interventies gewerkt, maar door het GALA is hier meer aandacht voor gekomen. De bijbehorende middelen zijn ingezet voor het clusteren, uitbreiden of opschalen van het aanbod aan activiteiten en interventies binnen de sociale basis. Op deze manier is de sociale basis volgens de geïnterviewden versterkt.

"*Ik denk dat GALA een mooie stimulans en boost is geweest om een aantal nieuwe projecten en initiatieven te ontwikkelen op dat wat we al deden, en daar juist een plusje op te geven. Voor ons is dat echt een meerwaarde geweest*." (vertegenwoordiger gemeente)

Om de vanuit het GALA opgetuigde of uitgebreide interventies en activiteiten te kunnen borgen is er behoefte aan structurele financiering. Geïnterviewden vragen zich in dit kader ook af wat de invloed van het AZWA en ook de nieuwgekozen gemeenteraad zal zijn op de beschikbaarheid van middelen voor borging.

"En nu zitten we in een periode…, nu is er weer een afwachting in de komende tijd: in het kader van de afspraken komen daar weer middelen specifiek voor Welzijn op Recept vrij? Nu heb ik het gesprek: oké, we gaan door. De gemeenten zijn echt heel enthousiast en willen het door, maar er zit een beetje de rem inderdaad op de formatie en de duur van de formatie-inzet. Dus dat is waar we nu even mee te dealen hebben."
(vertegenwoordiger regionale huisartsenorganisatie)

"*Ja, nou ja, de financiële onduidelijkheid, dat blijft een heet hangijzer. […] Want als wij nu iets opstarten en we weten niet of we volgend jaar het geld hebben om ermee door te gaan, dan zit dat ook heel erg in die samenwerking, want dan weet de samenwerkingspartner ook niet waar hij aan toe is. Dus dat blijft denk ik een hele belangrijke*."
(vertegenwoordiger gemeente)

Verder noemen geïnterviewden van de gemeenten dat de samenwerking rondom het versterken van de sociale basis geborgd is of dat het functieprofiel van de professional met een brugfunctie in het sociaal domein vastgelegd is, maar de benodigde middelen hiervoor niet. Voor

de borging van inwonersinitiatieven is (blijvende) beschikbaarheid van een locatie voor activiteiten belangrijk.

Het GALA heeft bijgedragen aan netwerkvorming en integraal werken rond versterken sociale basis
Het vormgeven van het thema Versterken van de sociale basis vraagt om zowel lokale als regionale afstemming. Het GALA heeft mede bijgedragen aan vorming van nieuwe netwerken en versterking en uitbreiding van bestaande netwerken. Afstemming rond het thema vindt plaats in netwerken die gevormd of versterkt zijn naar aanleiding van het GALA (lokaal) en het IZA-regioplan en/of -transformatieplan (regionaal), maar ook in andere vaak al eerder bestaande netwerken. In gemeente 1 is er bijvoorbeeld nog een netwerk rondom het verzorgingsgebied van het ziekenhuis en een overkoepelend bovenregionaal netwerk. Gemeente 2 ligt in een grensgebied en heeft te maken met twee verschillende IZA-regio's, twee GGD'en en twee regionale huisartsenorganisaties. Hierdoor moet er met meer verschillende netwerkpartners samengewerkt worden. Voor beide gemeenten geldt dat deels dezelfde partijen in de verschillende netwerken zitten, maar deels dus ook niet.

Hoewel er al uitgebreide netwerken op verschillende niveaus zijn in beide gemeenten, ontbreken desgevraagd nog wel enkele partijen. Hierbij noemt een welzijnsorganisatie specifieke aanbieders, bijvoorbeeld voor rouw- of verliesverwerking. Een gemeente noemt het ziekenhuis als mogelijke doorverwijzer voor Welzijn op Recept. Daarnaast noemt de gemeente inwoners als ontbrekende partij, bijvoorbeeld als representatieve inwonersvertegenwoordiging. Verder wordt door een regionale huisartsenorganisatie de ggz genoemd omdat mentale problematiek vaak op de scheidslijn van ggz en sociaal domein ligt.

Verbeterde domeinoverstijgende samenwerking door het GALA
In beide gemeenten geven geïnterviewden aan dat de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein rondom het versterken van de sociale basis mede door het GALA verbeterd is en naar tevredenheid verloopt.

"Ik zie wel dat door het GALA meer samenwerking met andere partijen is ontstaan, waar we eerst minder… Ik bedoel bijvoorbeeld de woningbouwcorporaties. Dat was voor ons voorheen niet een vanzelfsprekende partij, maar je ziet hoeveel kennis en informatie die hebben over echt de lokale situatie." (vertegenwoordiger GGD)

"*Nou, het [de samenwerking tussen huisartsenorganisatie en gemeente] is juist versterkt. Ik merk dat we nu kortere lijnen hebben met de gemeente. Waar we drie jaar terug, zeg maar, incidenteel overleg hadden met de gemeente, hebben wij nu, ik niet alleen, maar ook mijn collega's, echt regelmatig overleg met de gemeente*."
(vertegenwoordiger regionale huisartsenorganisatie)

Voor een aantal partijen, zoals de welzijnsorganisatie en de huisartsen, geldt dat zowel op lokaal als op regionaal niveau wordt samengewerkt. Zo worden regionaal afspraken tussen de gemeenten,

huisartsenorganisatie(s) en welzijnsorganisatie gemaakt over Sociaal verwijzen, en werken huisartsen, lokale afdelingen van de welzijnsorganisaties en hun sociaal domein professionals met een brugfunctie samen om de gemaakte afspraken lokaal uit te voeren. Een ander manier waarop tussen regionaal en lokaal geschakeld wordt, is door middel van kennisdeling en het organiseren van netwerk- en leerbijeenkomsten.

"Maar als je kijkt naar hoe het [sociaal verwijzen] uitgerold wordt, vind ik die eenduidigheid bij de regionale huisartsenorganisatie wel prettig. Want dan loopt het ook meteen en heb je uniforme afspraken, en dan ben je minder aan het strijden om dat ene contactmomentje met die huisartsen om het even voor elkaar te krijgen." (vertegenwoordiger welzijnsorganisatie)

"*Daarnaast hebben we dus twee keer per jaar een regiobijeenkomst. Afgelopen jaar hadden we één keer van die twee bijeenkomsten een themabijeenkomst over de samenwerking. Maar in reguliere zin zijn die twee bijeenkomsten per jaar ook om uit te wisselen met de achterban. Dus daar zijn alle huisartsen in de regio voor uitgenodigd. En daar nemen we ze mee in de ontwikkelingen, ook om ze bij te praten, maar ook om daar input op te halen. In het voorjaar van vorig jaar stond bijvoorbeeld de projectleider Welzijn op Recept daar, om ze mee te nemen in de ontwikkelingen en nog eens te schetsen waarvoor kun je het inzetten.*" (vertegenwoordiger regionale huisartsenorganisatie)

Verschillende geïnterviewden uit zowel het zorg- als sociaal domein, geven aan dat er continu in de samenwerkingsrelaties geïnvesteerd moet worden, zowel op lokaal als regionaal niveau. In beide praktijkvoorbeelden bewegen beleidsadviseurs en/of coördinatoren vanuit de verschillende partijen zich tussen de verschillende niveaus en netwerken om bij overleggen aan te sluiten en de relaties te onderhouden. Beide gemeenten werken bovendien zowel lokaal als regionaal samen met één en dezelfde welzijnsorganisatie wat de samenwerking vergemakkelijkt. In gemeente 2 wordt samengewerkt met twee verschillende regionale huisartsenorganisaties, waarbij de samenwerking met de één soms soepeler verloopt dan met de ander.

Elkaar kennen en vertrouwen belangrijk bij samenwerking aan versterken sociale basis
Geïnterviewden is gevraagd wat volgens hen de geleerde lessen zijn bij samenwerking aan het versterken van de sociale basis. Een les die vaak terugkomt is dat het belangrijk is elkaar te leren kennen, ook om op de hoogte te zijn van elkaars aanbod, en elkaar te blijven opzoeken.
Een heldere verwijsstructuur tussen het zorg- en sociaal domein en terugkoppeling aan verwijzers geeft vertrouwen en is samen met een ondersteunend informatie/communicatiesysteem, een belangrijke randvoorwaarde voor succesvolle domeinoverstijgende samenwerking.
Een andere les is dat het versterken van de sociale basis een noodzakelijke, gezamenlijke opgave is, die samenwerking vereist, zowel binnen als buiten de gemeente en op lokaal én regionaal niveau.

"*Ik denk toch wel echt dat je het met elkaar moet doen, dat klinkt heel soft. Maar dat het niet alleen maar kan vanuit mensen van gezondheid.*

Dat je daar ook de ruimtelijke ordening mensen voor nodig hebt, de jeugdmensen, de mensen vanuit welzijn: dat al die domeinen juist nog beter gaan samenwerken. Dat betekent niet dat we het perfect doen - dat is absoluut niet waar. Ik denk dat we allemaal dingen hebben die beter kunnen. Maar dat je elkaar beter weet te vinden, en dat al die dingen bijdragen aan het versterken van de sociale basis." (vertegenwoordiger gemeente)

Ook is het belangrijk om samen te werken rondom concrete onderwerpen in plaats van grote en brede thema's, zodat je daar de juiste partijen en mensen bij kunt zoeken en mensen daar gevoel bij hebben en zich eigenaar voelen. Mensen fysiek bij elkaar brengen voor een overleg of een jaarlijks uitje om successen te vieren helpt ook.

Aanbevelingen voor versterking sociale basis
De geïnterviewden hebben een aantal punten die ze graag aan landelijke partijen zoals VWS willen meegeven. Zo wordt genoemd dat een structurele financiering voor collectieve preventie nodig is zonder te strikte voorwaarden (bijvoorbeeld zonder deadline voor besteding of tussentijds veranderende spelregels/kaders) waardoor flexibiliteit in de besteding mogelijk is. Daarnaast is het van belang dat er in het sociaal domein voldoende middelen beschikbaar zijn, bijvoorbeeld ook voor deelname aan wijksamenwerkingsverbanden, om wijkgericht te kunnen werken aan het versterken van de sociale basis. Verder wordt door geïnterviewden genoemd dat voor een echte transitie ook bestaande organisatiestructuren en rollen binnen zorg en welzijn moeten worden losgelaten. Dit om inwoners beter te kunnen ondersteunen om zelf een meer proactieve rol te pakken als het gaat om het opbouwen van een sociaal netwerk en een gemeenschap die naar elkaar omziet.

"We moeten echt loslaten hoe we het altijd deden en echt een keer het anders willen doen. Een echte transitie betekent, dat we het ook echt anders gaan doen. Dus functies die dan gewoon niet meer bestaan, want het is niet wat nu nodig is. Dit is niet wat die inwoner van Nederland nodig heeft. Willen we het houdbaar maken, dan heeft dat echt wat anders nodig" (vertegenwoordiger GGD)

"En dan kom ik weer terug op die veerkracht in die groepen, want je vraagt wel echt iets heel anders van inwoners. En dat ga je niet altijd doen door alleen maar te zorgen dat je de instituties beter aan elkaar verbindt... dat is heel hard nodig... maar we hebben ook echt iets in die samenleving aan samenlevingsopbouw nodig. Veel meer: verbindingen van mensen onder elkaar. Bel nog eens bij elkaar aan, ga eens met elkaar in gesprek: "Hoe gaat het met je?" Als we dat niet meer organiseren, vooral in een tijd van polarisatie, dan kan je hoog in de boom organiseren wat je wil, maar in de wijk moet het gebeuren." (vertegenwoordiger welzijnsorganisatie)

Geïnterviewden noemden ook dat er veel verschillende en opeenvolgende akkoorden liggen die feitelijk hetzelfde nastreven, terwijl die nu in de praktijk allemaal, lokaal of regionaal, een eigen uitwerking krijgen en daardoor soms met elkaar gaan wringen (bijvoorbeeld het IZA versus het GALA).

"Maar ik moet zeggen: GALA loopt natuurlijk nog even door, maar met de komst van IZA is die aandacht weer een beetje verschoven, of zo. Dat vind ik wel zonde, want je hebt echt wel mooi in GALA ambities en alles afgesproken, en dan komt het volgende akkoord weer en dan laat je die andere weer een beetje liggen." (vertegenwoordiger GGD)

Tot slot willen geïnterviewden meegeven dat Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) niet werken in preventie en welzijn en dat er andere methoden nodig zijn om de impact van het versterken van de sociale basis te meten.

8.3 Operationeel niveau: ketenaanpak Sociaal verwijzen

In deze paragraaf wordt de impact van het GALA op de ketenaanpak Sociaal verwijzen op operationeel niveau beschreven. De resultaten zijn gebaseerd op de interviews gehouden in de twee gemeenten die als praktijkvoorbeeld dienen. Het merendeel van de professionals op het operationele niveau is niet bekend met het GALA zelf, of de precieze details, maar wel met de uitwerking van de ketenaanpak Sociaal verwijzen in de praktijk. De ervaringen vanuit het operationele niveau zijn aangevuld met informatie over Sociaal verwijzen die is opgehaald in de interviews op het tactische niveau over het versterken van de sociale basis (zie paragraaf 8.2). Na de kenmerken van de praktijkvoorbeelden Sociaal verwijzen (tekstbox 8.3) komen de volgende punten aan de orde:

- inzet op de ketenaanpak Sociaal verwijzen;
- domeinoverstijgende samenwerking;
- integraal werken.

Tekstbox 8.3 Kenmerken praktijkvoorbeelden Sociaal verwijzen
In beide gemeenten is deze ketenaanpak Sociaal verwijzen genoemd naar, en gebaseerd op, de interventie Welzijn op Recept. In de praktijk blijkt dat Sociaal verwijzen in beide gemeenten verschilt van de interventie zoals beschreven door het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept, vandaar dat we in deze paragraaf spreken over Sociaal verwijzen.

De ketenaanpak Sociaal verwijzen loopt in gemeente 1 sinds 2021 en in gemeente 2 sinds 2023. In beide gemeenten kunnen alle huisartsenpraktijken verwijzen naar een van de vier sociaal domein professionals met een brugfunctie. Daarnaast kunnen in gemeente 1 ook Wmo-consulenten en thuiszorgmedewerkers verwijzen naar sociaal domein professionals met een brugfunctie. Ondanks dat er in beide gemeenten vier van deze sociaal domein professionals beschikbaar zijn, werden zij in 2025 in gemeente 1 voor ongeveer 1 fte meer ingezet en ontvingen zij ongeveer 50 verwijzingen meer dan in gemeente 2.

Extra inzet op en uitbreiding van Sociaal verwijzen door het GALA
Door de komst van het GALA is in beide gemeenten de inzet van professionals met een brugfunctie in sociaal domein de afgelopen jaren flink gestegen. Van pilots in enkele huisartsenpraktijken binnen de gemeente naar de inzet van ongeveer 30 tot 90 uur per week aan sociaal domein professionals met een brugfunctie voor alle huisartsenpraktijken in beide gemeenten. Gemeente 1 beschikt over een

projectleider om Sociaal verwijzen verder uit te bouwen, partijen met elkaar te verbinden, de randvoorwaarden te organiseren en de samenwerking met verwijzers te faciliteren. In gemeente 1 is (boven)regionaal de keuze gemaakt om naast SPUK-gelden ook extra middelen beschikbaar te stellen voor Sociaal verwijzen. Met financiering via Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) is in gemeente 2 een deel van de huisartsen getraind op Sociaal verwijzen.

Beide gemeenten hebben de wens om op korte termijn het aantal verwijzers (verder) uit te breiden. In gemeente 1 kunnen Wmo-consulenten en thuiszorgmedewerkers al verwijzen naar de sociaal domein professionals met een brugfunctie. Daarnaast zijn de projectleider en een van de sociaal domein professionals met een brugfunctie in deze gemeente in gesprek met ziekenhuizen, fysiotherapeuten en apothekers om na te gaan of Sociaal verwijzen ook via deze partijen kan plaatsvinden. In gemeente 2 geven wijkverpleegkundigen aan dat zij graag 'sociaal' zouden willen kunnen 'verwijzen'. Sociaal domein professionals met een brugfunctie zijn enthousiast over de uitbreiding van verwijzers en zijn zich ervan bewust dat deze uitbreiding ook bij hen een investering vergt in de afstemming rondom passende verwijzingen.

"Inmiddels, zeker nadat je dan een paar jaar draait, merk je wel dat de huisartsen en de praktijkondersteuners echt goed weten wie ze wel en niet kunnen doorverwijzen. Ja, dan zou je bij de wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld weer helemaal opnieuw in moeten gaan investeren natuurlijk. Dus dit jaar gaan we kijken of dat de mogelijkheid is en welke route dat dan zou moeten zijn qua verwijzen." (sociaal domein professional met een brugfunctie)

Wat opvalt is dat de geïnterviewde professionals in beide gemeenten niet goed weten of en hoe Sociaal verwijzen geborgd is. Sociaal domein professionals met een brugfunctie geven aan dat de financiering vanuit SPUK-middelen tot eind 2026 loopt. Vrijwel alle professionals vermoeden dat Sociaal verwijzen na 2026 wordt voortgezet omdat er plannen zijn voor doorontwikkeling en stopzetten de gemaakte investeringen vanuit verschillende partijen teniet zou doen.

Versterking van domeinoverstijgende samenwerking door Sociaal verwijzen
In het GALA staan onder andere afspraken over de inrichting van de ketenaanpak Sociaal verwijzen. Deze ketenaanpak vereist dat huisartsenpraktijken en sociaal domein professionals met een brugfunctie samenwerken. Vanuit het perspectief van zowel verwijzers (in dit geval POH's) als sociaal domein professionals met een brugfunctie wordt de samenwerking tussen het zorg- en het sociaal domein steeds sterker en groeit deze mee met de extra inzet op en de uitbreiding van de ketenaanpak. Sociaal domein professionals met een brugfunctie ervaren daarbij dat het belangrijk is om regelmatig op bezoek te gaan bij huisartsenpraktijken (om zo op de radar te blijven) af te stemmen over passende verwijzingen, en samen te bouwen aan onderling vertrouwen.

"Precies daarom pakken we deze aanpak, want de huisarts wil weten: naar wie verwijs ik nou iemand? Dus die wil zeker een gezicht hebben, en ook: hoe werkt die? Dus we vinden die praktijkbezoeken door [sociaal domein professionals met een brugfunctie] echt cruciaal voor die vertrouwensrelatie onderling." (vertegenwoordiger regionale huisartsenorganisatie)

Zowel vanuit het perspectief van POH's als sociaal domein professionals met een brugfunctie is een digitaal communicatiesysteem voor verwijzing en terugkoppeling (zoals VIPLive) cruciaal voor succesvolle domeinoverstijgende samenwerking. Idealiter is een digitaal communicatiesysteem voor alle verwijzers en sociaal domein professionals met een brugfunctie beschikbaar. Dat is in gemeente 1 nu (nog) niet het geval voor verwijzers buiten de huisartsenpraktijk en in gemeente 2 (nog) niet voor huisartsenpraktijken aangesloten bij een van de twee regionale huisartsenorganisaties. In deze gevallen verloopt de verwijzing en/of terugkoppeling per mail of via een webformulier.

"En nu met de mailbox gaat het al iets soepeler, want voorheen lagen die verwijzingen bij één [sociaal domein professional met een brugfunctie]. En als die dan eventjes tijdelijk afwezig was, dan zaten we met een probleem, want dan had er niemand toegang tot die verwijzingen. Dus daarin is al wel een ontwikkeling gemaakt, maar dat heeft echt nog wel aandacht nodig." (sociaal domein professional met een brugfunctie)

Door het GALA en de extra inzet op de ketenaanpak Sociaal verwijzen ervaren meerdere geïnterviewden dat de versterking van de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein ook andersom doorwerkt. Aanbieders vanuit de sociale basis vinden het makkelijker om bij vermoedens van bepaalde klachten (zoals dementie), met toestemming van de betrokkene, contact te leggen met de huisarts. Daarnaast blijkt de afstemming met huisartsenpraktijken voor andere projecten ook soepeler te verlopen (zoals de organisatie van een vitaliteitsdag voor ouderen). Ook voor de route van welzijn naar zorg geldt hetzelfde als eerder aangegeven; soepele samenwerking vraagt om heldere communicatie. Dit is in de beide gemeenten nog niet vanzelfsprekend.

Meer integraal aanbod binnen de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis door Sociaal verwijzen
Aanbieders vanuit de sociale basis merken een duidelijke toename van het aantal aanmeldingen voor hun aanbod sinds de start van, en extra inzet op Sociaal verwijzen. Dit maakt de professional met een brugfunctie in het sociaal domein een belangrijke toeleidingsroute naar activiteiten in de sociale basis. De extra inzet die in het kader van het GALA op Sociaal verwijzen is gedaan maakt dat in gemeente 1 het aanbod binnen de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis (sociale kaart) inmiddels is ingedeeld in arrangementen, zoals sport en bewegen, kunst en cultuur, ontwikkelen en leren, zingeving en financiën. Om volledig op de hoogte te kunnen zijn van alle activiteiten binnen een bepaald arrangement, zijn contactpersonen aangesteld met wie professionals met een brugfunctie in het sociaal domein kunnen sparren en enkele keren per jaar kunnen overleggen. In gemeente 2 is

naast sociaal/maatschappelijker werkers, ook een buurtsportcoach werkzaam als sociaal domein professional met een brugfunctie. Zo zijn de sociaal domein professionals met een brugfunctie samen op de hoogte van alle activiteiten binnen de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis.

"Ik vind dat overleggen heel goed, dat dat zo regelmatig is, want je kan ook afspreken: we zoeken elkaar op als er wat is, maar dan verwatert het toch weer. Dus als je bij elkaar zit en van elkaar hoort waar je mee bezig bent, daardoor ontstaan er ter plekke vaak haakjes dat je denk: o, doe je dat? Maar dat past ook wel heel mooi hierbij, of heb je die al gesproken? Met elkaar heb je zo'n groot netwerk." (aanbieder vanuit de institutionele sociale basis)

Als bestaand aanbod binnen de gemeenschappelijke of institutionele sociale basis niet aansluit, dan kijken sociaal domein professionals met een brugfunctie en aanbieders in beide gemeenten naar gezamenlijke behoeften van inwoners. Om beter aan te sluiten bij wat inwoners nodig hebben, worden (deels vanuit SPUK-gelden) doorlopend nieuwe activiteiten ontwikkeld en gekeken hoe bestaand aanbod doorontwikkeld en toegankelijker kan worden gemaakt. Voorbeelden hiervan zijn filosofische wandelingen en het sociaal café. Bij de filosofische wandelingen gaan deelnemers in gemeente 1 wandelend in gesprek over grote thema's van het leven. In gemeente 2 bestaat het sociaal café uit ontmoetingsavonden met activiteiten en een WhatsApp community met thema subgroepen waarin deelnemers elkaar mee kunnen vragen.

"Een jaar of tien geleden nog, denk ik, werd ons aanbod op gebied van activiteiten heel er top-down bepaald. Nu proberen we juist heel erg te zoeken naar wat horen we van partners, wat horen we van inwoners? Wat speelt er, wat is er nodig en daar het liefst samen met inwoners aanbod creëren." (aanbieder vanuit de institutionele sociale basis)

Hoewel het aanbod binnen de gemeenschappelijke en institutionele sociale basis door het GALA uitgebreid en meer integraal is geworden, is het voor sommige doelgroepen nog niet toereikend. Zo is het vanuit het perspectief van professionals met een brugfunctie in het sociaal domein lastig om specifiek voor de groep van jongere mensen met mobiliteitsproblemen passend aanbod te vinden. Daarnaast zijn deze sociaal domein professionals samen met cliënten soms lang zoekende, zijn cliënten niet gemotiveerd, of is er toch geen passend aanbod te vinden binnen de gemeenschappelijke of institutionele sociale basis, vanwege de keuzes die daarin zijn gemaakt door de gemeente.

8.4 Reflectie

De bevindingen vanuit verschillende niveaus en partijen in de praktijkvoorbeelden geven inzicht in de ervaren impact van het GALA. Door de komst van het GALA zetten de verschillende partijen in beide praktijkvoorbeelden meer in op het versterken van de sociale basis en de ketenaanpak Sociaal verwijzen. Deze inzet heeft mede geleid tot meer netwerkvorming, meer domeinoverstijgende samenwerking (tussen het zorg- en sociaal domein) en meer integraal werken (aanbod van activiteiten binnen de sociale basis). Deze ontstane veelheid aan netwerken, samenwerkingen en integraliteit is nodig om met

verschillende partijen op lokaal en regionaal niveau te kunnen schakelen op een breed thema als het versterken van de sociale basis.

Het laat ook zien dat het GALA niet alleen invloed heeft op de samenwerking tussen initiërende partijen als de gemeente, zorgverzekeraar en GGD, maar ook op die tussen andere partijen op het regionale en tactische niveau (zoals welzijnsorganisaties, huisartsorganisaties) en partijen op het lokale operationele niveau (zoals professionals met een brugfunctie en aanbieders in de institutionele sociale basis). Ook geeft het meer inzicht in hoe de verschillende niveaus zich tot elkaar verhouden. Zo dient de samenwerking op het regionale en tactische niveau vooral om randvoorwaarden te scheppen voor de uitvoering op het lokale niveau, bijvoorbeeld door procesafspraken te maken over de inrichting van de ketenaanpak Sociaal verwijzen en door netwerk- en leerbijeenkomsten te organiseren. Op het lokale operationele niveau ligt de focus van de samenwerking tussen professionals vooral op het toeleiden tot en het creëren en integreren van aanbod dat past bij de hulpvragen van de inwoners. Uitdagingen liggen met name nog op het gebied van bestaande financierings- en organisatiestructuren in het zorg- en sociaal domein en blijvende inzet op en het creëren van randvoorwaarden voor de samenwerking rondom gezamenlijke opgaven (zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau).

9 Verdieping GALA-monitor: inwonersperspectief

Kernboodschappen

1. De brede blik op gezondheid die in het GALA gehanteerd wordt sluit aan op de percepties die de geïnterviewde inwoners hebben over hun gezondheid en wat ze daarvoor nodig hebben. Daarbij benadrukken inwoners het belang van sociale contacten en een ondersteunende omgeving voor het behoud van een gezond en actief leven.
2. Deelnemers aan de straatinterviews zijn vaak niet bekend met activiteiten die in het kader van het GALA worden aangeboden. Het is nog een uitdaging om het lokale GALA-aanbod beter af te stemmen op de persoonlijke behoeften van inwoners en de bekendheid en daarmee het eventuele gebruik ervan te vergroten.

9.1 Inleiding

Om inzicht te geven in de visie van inwoners op een gezond en actief leven, en of de GALA-inspanningen hierop aansluiten, is in 2026 ook het inwonersperspectief meegenomen in de GALA-monitor.

Bij het onderzoek onder inwoners is uitgegaan van de volgende drie vragen bij het onderzoek onder inwoners:

- Wat verstaan inwoners onder gezond en actief leven?
- Wat hebben inwoners nodig om gezond en actief te kunnen leven?
- Welke inspanningen vanuit het GALA helpen inwoners om gezond en actief te kunnen leven?

Allereerst is een beknopt literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij recente wetenschappelijke publicaties en rapporten over de visie van inwoners op gezondheid, gezond leven en hun ervaringen met GALA-activiteiten (ketenaanpakken) zijn verzameld en relevante resultaten en bevindingen zijn opgenomen bij de te beantwoorden onderzoeksvragen. Daarnaast zijn straatinterviews in twee gemeenten gehouden, waarin inwoners is gevraagd naar hun visie op gezond en actief leven, en hun behoeften daarbij. Zie tekstbox 9.1.

Leeswijzer
Paragraaf 9.2 beschrijft de resultaten van dit onderzoek bij inwoners. Vervolgens volgt een reflectie daarop (paragraaf 9.3).

Tekstbox 9.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Beknopt literatuuronderzoek, recente wetenschappelijke publicaties en rapporten (vanaf 2020).
- Straatinterviews met 49 inwoners, gehouden in februari 2026 in twee gemeenten.

9.2 Resultaten van onderzoek onder inwoners

9.2.1 *Vraag via straatinterviews: Wat verstaan inwoners onder gezond en actief leven?*

Om een idee te krijgen wat inwoners verstaan onder gezond en actief leven is aan deelnemers van de straatinterviews gevraagd wat ze belangrijk vinden als het gaat om gezond en actief leven.

Gezond Leven

Op de vraag wat ze belangrijk vinden als het gaat om gezond leven, werden gezond eten en voldoende bewegen het meest genoemd door de bevraagde inwoners. Daarnaast werden op tijd naar bed gaan, een gezonde leefomgeving, mentale gezondheid en sociale contacten als belangrijke factoren voor een gezond leven genoemd (zie figuur 9.1 voor een volledig overzicht van de gegeven antwoorden, gepresenteerd als woordenwolk). Enkele respondenten benoemen bovendien het belang van een goede werk-privébalans en zingeving. Sommige geïnterviewden geven aan dat ze vinden dat mensen zelf verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun gezondheid, en dat dit volgens hen momenteel nog te weinig gebeurt.

Figuur 9.1 Woordenwolk gezond leven.



Actief Leven

Wanneer de geïnterviewde inwoners gevraagd wordt wat zij belangrijk vinden aan een actief leven, wordt bewegen veruit het meest genoemd. Daarbij noemen zij specifiek activiteiten als wandelen, tuinieren en sporten als belangrijke manieren om actief te blijven. Ook benadrukken enkele inwoners het belang van betrokken blijven bij het sociale leven, bijvoorbeeld door deel te nemen aan verenigingen, naar feestjes te gaan of voor kleinkinderen te zorgen.

Literatuuronderzoek

Uit drie andere recente onderzoeken waarbij Nederlanders is gevraagd wat gezond zijn voor hen betekent en wat ze verstaan onder gezond

leven, blijkt ook dat gezondheid als een breed concept wordt gezien dat veel verschillende aspecten bevat. Uit de studie van De Jong et al (2020) [33] blijkt dat burgers vinden dat gezondheid meer inhoudt dan de afwezigheid van ziekte. De Jong et al. vonden zeven percepties die als het belangrijkst werden ervaren als het gaat om gezondheid: (1) sociale relaties en interacties, (2) lichamelijke activiteit, (3) positieve levenshouding, (4) gevoel van controle, (5) gezonde voeding, (6) mentale rust en (7) natuurlijke omgeving. Lichamelijke beperkingen, handicaps en chronische ziekten werden gezien als barrières voor een goede gezondheid. Sommige mensen met een (chronische) ziekte beschouwen zichzelf echter als gezond zolang ze niet worden beperkt in hun dagelijks functioneren.

Volgens het burgerpanel (569 burgers) dat bevraagd is in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2024 [34] is gezondheid heel belangrijk en is het een essentieel onderdeel voor het hebben van een fijn leven. Zij benoemen verschillende waarden en aspecten van gezondheid. Als waarden worden voornamelijk genoemd: gelukkig zijn/levensvreugde ervaren, zelfstandig kunnen functioneren zonder of met minimale hulp, en de vrijheid hebben om te kunnen doen wat men wil. Panelleden noemen zowel positieve aspecten als de afwezigheid van negatieve aspecten van gezondheid. Een veel genoemd aspect is ‘het goed kunnen functioneren, zonder beperkingen’. De genoemde aspecten kunnen grofweg in drie domeinen onderverdeeld worden: in fysiek functioneren (bijvoorbeeld het hebben van een goede conditie), mentaal welbevinden (bijvoorbeeld geen stress hebben) en sociaal netwerk (bijvoorbeeld contacten met familie en naasten).

In 2024 is door van der Grient et al. [35] een rapport gepubliceerd over onderzoek naar leefstijlgedragingen. Onderzocht is wat Nederlanders onder gezond leven verstaan. De onderzoekers concluderen dat gezond leven wordt gezien als een combinatie van bewuste voeding, regelmatige lichaamsbeweging, mentale zorg (zoals stressreductie, voldoende ontspanning en het vinden van een goede werk-privé balans) en het maken van verstandige leefstijlkeuzes.

9.2.2 *Vraag via straatinterviews: Wat hebben inwoners nodig om gezond en actief te kunnen leven?*

Om bovenstaande onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is via straatinterviews aan inwoners gevraagd wat ze doen om gezond en actief te leven en wat ze hierbij helpt. En als ze aan specifieke activiteiten deelnemen, waarom ze daaraan deelnemen.

Wat doen inwoners om gezond en actief te blijven en wat helpt hen daarbij?

De geïnterviewde inwoners ondernemen een breed scala aan activiteiten om gezond en actief te leven. Dit varieert van individuele bezigheden tot deelname aan georganiseerde activiteiten (zie woordenwolk, figuur 9.2). Voor sommige inwoners speelt het sociale contact tijdens georganiseerde activiteiten een belangrijke rol. Andere inwoners geven juist aan geen behoefte te hebben aan dergelijke activiteiten, bijvoorbeeld omdat zij liever zelfstandig actief zijn of vinden dat zij op eigen gelegenheid al voldoende in beweging zijn.

Over het algemeen ervaren de geïnterviewde inwoners dat het aanbod van activiteiten binnen hun gemeente ruim voldoende voor hen is en ze de mogelijkheid hebben om op een eigen manier invulling te geven aan een gezonde en actieve leefstijl. Op de vraag wat hen helpt bij een actieve leefstijl, geven de inwoners aan dat onder andere het samen kunnen sporten, de gezondheidsvoordelen van actief zijn en de intrinsieke motivatie hieraan bijdragen. Voor sommige inwoners is het gezamenlijk sporten belangrijk, terwijl anderen aangeven dat hun persoonlijke motivatie voldoende is om actief te blijven.

Figuur 9.2 Woordenwolk activiteiten.



Literatuuronderzoek
In twee recente studies is aan burgers gevraagd wat ze nodig hebben om gezond te zijn [34] of om hun gezondheid te kunnen verbeteren [33]. Ook hierbij blijkt dat de antwoorden heel divers zijn en dat er zowel interne (waar iemand zelf aan kan werken) als externe factoren (wat nodig is van omgeving) te onderscheiden zijn. Als antwoord op de vraag wat burgers nodig hebben om gezond te zijn geven de burgerpanelleden van de VTV 2024 diverse antwoorden zoals gezonde voeding, (toegang tot) voldoende beweging, gezonde leefstijl, voldoende slaap, ontspanning en rust, plezier, een sociaal netwerk van vrienden en familie, voldoende financiële middelen, veilig en prettig werk, een woning, een gezonde leefomgeving en (toegang tot) goede (gezondheids)zorg/goede voorzieningen.

In het onderzoek van de Jong et al. uit 2020 [33] zijn de leden van burgergroepen in een groepssessie bevraagd over hun behoeften en wensen voor het behouden en verbeteren van de gezondheid. Samen dingen doen met anderen en het hebben van collega's, vrienden of familieleden om je heen ter ondersteuning, worden daarbij vaak genoemd. Ook geven mensen aan dat factoren als zelfvertrouwen of zelfredzaamheid, denken in mogelijkheden in plaats van barrières, acceptatie, en praten over problemen en vervolgens om hulp vragen, een goede gezondheid ondersteunen.

9.2.3 *Vraag via straatinterviews: Welke inspanningen vanuit het GALA helpen inwoners om gezond en actief te kunnen leven?*

Om hier een indruk van te krijgen, is aan inwoners gevraagd of zij bekend zijn met GALA-activiteiten, of ze deelnemen aan deze activiteiten en waarom wel of niet.

Bekendheid met GALA-activiteiten

De meeste van de geïnterviewde inwoners geven aan niet bekend te zijn met GALA-activiteiten in hun gemeente. Degenen die hier wél van hebben gehoord, noemen vooral valpreventie als bekende activiteit. Ze komen hiermee in aanraking via familie, vrienden of kennissen, hebben hierover een brief ontvangen, of zijn geïnformeerd door een gezondheidsprofessional. Enkele inwoners nemen op het moment van het interview deel aan een valpreventiecursus of het programma 'Fit en Vitaal'. Daarnaast geven sommige inwoners aan dat ze wel van deze activiteiten hebben gehoord, maar zichzelf niet als de doelgroep zien.

Literatuuronderzoek: Ervaringen met ketenaanpakken

Om na te gaan of de inspanningen vanuit het GALA aansluiten bij de behoeften van inwoners is eerder onderzocht wat de ervaringen zijn van deelnemers aan de ketenaanpakken, die onderdeel uitmaken van het GALA. Voor twee van de ketenaanpakken, namelijk Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), heeft het RIVM hier recentelijk onderzoek naar gedaan. Voor de ketenaanpak Valpreventie zal in het najaar van 2026 over de ervaringen van deelnemers gerapporteerd worden.

Uit het onderzoek naar de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht [36] blijkt dat zowel de geïnterviewde ouders als de kinderen die deelnemen aan de aanpak over het algemeen positief zijn over de aanpak. Ze noemen verschillende elementen in de aanpak die ze waarderen: de regierol van een centrale zorgverlener (CZV), het laagdrempelige contact met de CZV, de breedte van de aanpak, dat de behoeften van het kind en gezin centraal staan en dat hulpverleners direct actie ondernemen. De ouders en kinderen geven aan dat er ook verbeterpunten zijn, waaronder het beter aansluiten bij de leefwereld van kinderen door visuele hulpmiddelen te gebruiken en steungroepen te organiseren voor kinderen die deelnemen aan de aanpak. Ook raden ouders aan om meer bekendheid te genereren over de aanpak en de ervaringen van gezinnen die al hebben deelgenomen te delen met anderen.

Uit het onderzoek over de GLI [37] blijkt dat deelnemers de GLI vaker afronden als zij meerwaarde ervaren van de geboden informatie, praktische adviezen krijgen, de groepsdynamiek als prettig ervaren, er ruimte is voor maatwerk en er beweegaanbod binnen de GLI is. Ook intrinsieke motivatie, verantwoordelijkheidsgevoel richting de groep en het ervaren van resultaat, werken bevorderend. Als belemmerende factoren worden genoemd: mentale of fysieke problemen, een opzet van de GLI die niet aansluit bij persoonlijke voorkeuren, en conflicterende prioriteiten zoals werk of zorgtaken. Tijdens de interviews en groepsgesprekken over de GLI zijn verschillende suggesties gedaan om deelname aan de GLI te verbeteren. Zo is genoemd dat het belangrijk is om meer aandacht te geven aan psychologische ondersteuning, zowel

binnen als naast de GLI. Ook is voorgesteld om praktische hulpmiddelen en buddy's in te zetten, de bijeenkomsten beter te spreiden over de twee jaar van de GLI, en vooraf een vragenlijst te gebruiken om meer maatwerk te kunnen bieden.

9.3 Reflectie

Hoewel de uitkomsten uit de literatuurstudie en de straatinterviews geen volledig beeld kunnen geven van het perspectief van inwoners van Nederland op het GALA, geeft het wel inzicht in wat inwoners doen om gezond en actief te kunnen leven, wat hen hierbij helpt en in hoeverre de inspanningen uit het GALA hier een ondersteunende rol in spelen.

De uitkomsten van de straatinterviews laten zien dat de geïnterviewde inwoners gezondheid breed opvatten. Zij noemen naast fysieke en mentale componenten ook sociale componenten. Ook in het literatuuronderzoek komen deze componenten naar voren. Uit het literatuuronderzoek en de straatinterviews blijkt ook dat inwoners een breed scala aan aspecten nodig hebben om gezond en actief te kunnen leven, bestaande uit zowel interne (persoonsgebonden) als externe (omgevingsgebonden) factoren. Deze brede benadering van gezondheid en de diverse factoren die de inwoners aangeven nodig te hebben om gezond te zijn en te blijven, sluiten aan bij inmiddels gangbare brede gezondheidsconcepten, waaronder 'Positieve Gezondheid' en 'Van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag'. Het GALA gaat ook uit van bij deze brede benadering van gezondheid.

De deelnemers aan de straatinterviews geven aan dat zij zelf voldoende in staat zijn gezond en actief te leven, mede door het brede aanbod aan activiteiten in hun gemeente. Of dit ook aanbod vanuit het GALA betreft kunnen de inwoners niet zeggen, behalve als het specifiek over de ketenaanpak Valpreventie gaat. De kanttekening hierbij is dat het om een selecte groep inwoners uit twee gemeenten gaat. De uitkomsten geven een beeld van hoe er onder een deel van de inwoners in twee gemeenten in Nederland over gezond en actief leven gedacht wordt maar de uitkomsten zijn niet te veralgemeniseren. De vraag of de inspanningen vanuit het GALA aansluiten op de behoefte van de inwoners is lastig te beantwoorden. De twee onderzoeken onder deelnemers aan de GLI en KnGG geven wel verbeterpunten aan voor de aansluiting van de interventie op de persoonlijke behoeften. Er is meer onderzoek op lokaal niveau nodig naar hoe aanbod (nog) beter passend gemaakt kan worden en in hoeverre inwoners dit aanbod vervolgens weten te vinden en daar gebruik van maken.

10 Ontwikkelingen in uitkomsten van domeinoverstijgende regionale samenwerking

Kernboodschappen

1. Domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) beoordelen zichzelf doorgaans als 'gemiddeld effectief', met relatief hoge scores op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en lagere scores op het verkleinen van gezondheidsverschillen. De subgroep IZA-regio's beoordeelt de eigen effectiviteit over het algemeen relatief laag.
2. Trends in wachttijden en kosten per hoofd van de bevolking veranderen nog niet in de mate zoals beoogd in het IZA. Toch zijn er bescheiden ontwikkelingen zichtbaar.
3. Er is ontwikkeling in methoden van monitoring en databeschikbaarheid nodig, voor bijvoorbeeld meer zicht op het sociaal domein, om de beweging van het zorg- naar sociaal domein beter te kunnen volgen en de rol van regionale samenwerking daarin te kunnen duiden.

10.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft in hoeverre regionale, domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) ervaren dat zij hun gezamenlijke doelen realiseren op het gebied van (systeem)uitkomsten. Daarnaast wordt een analyse gepresenteerd van de landelijke ontwikkeling in toegankelijkheid en betaalbaarheid, thema's waarop DSV's vaak hun ambities en opgaven richten. Deze laatste analyse is uitgevoerd met behulp van relevante objectieve indicatoren.

Allereerst worden actuele cijfers gepresenteerd over de mate waarin DSV's zichzelf als effectief beoordelen bij het realiseren van hun doelen op het gebied van gezondheidsuitkomsten, kwaliteit van het aanbod, kosten, welzijn van professionals, arbeidsmarkt, sociaaleconomische gezondheidsverschillen en toegankelijkheid. Deze cijfers bouwen voort op de resultaten van meting 2 van de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking, waaruit bleek dat de ervaren effectiviteit van DSV's tussen 2023 en 2024 niet is veranderd [4]. De meeste samenwerkingsverbanden beoordelen zichzelf als 'enigszins tot gemiddeld effectief' en slechts zelden als 'zeer effectief', met name bij het terugdringen van arbeidsmarkttekorten en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Deze scores geven vooral een indruk, aangezien objectieve gegevens en methoden om effectiviteit vast te stellen ontbreken.

Naast de resultaten uit de vragenlijst onder DSV's worden recente cijfers uit registraties gepresenteerd over wachttijden en uitgaven aan zorg en ondersteuning. Deze indicatoren, geselecteerd via een Delphi-onderzoek [38] bieden een landelijk cijfermatig beeld van relevante probleemgebieden waarop DSV's hun plannen richten, in lijn met het IZA-beleid (zoals 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' als aspect van passende zorg). Regionale samenwerking is mede gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg (verkorten van wachttijden), een meer

geïntegreerde organisatie van zorg over sectoren en domeinen heen (substitutie tussen eerste lijn, tweede lijn en sociaal domein), en het beheersbaar houden van de groei van de totale zorguitgaven (betaalbaarheid).

Het is van belang om vooraf op te merken dat deze indicatoren niet aan alle bruikbaarheidscriteria voldoen voor toeschrijving aan regionale domeinoverstijgende samenwerking [38]. Zo ontbreekt vaak een duidelijke onderbouwing voor hoe de indicator een uitkomst (gevolg) is van samenwerkingsactiviteiten of een voldoende domeinoverstijgend karakter heeft, bijvoorbeeld door het ontbreken van uniforme landelijke wachtlijstgegevens uit het sociaal domein. Desondanks bieden deze indicatoren relevante aanvullende inzichten in ontwikkelingen in de problematiek waarop regionale domeinoverstijgende samenwerking zich richt, en die elders in deze rapportage niet aan bod komen.

Het vorige rapport van de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking liet zien dat wachttijden in meerdere sectoren verder waren opgelopen, waardoor steeds meer mensen langer wachtten dan de Treeknormen toestaan (wisselende perioden sinds begin 2022) [4]. Tegelijkertijd waren de uitgaven in de eerstelijnszorg ten opzichte van de tweedelijnszorg relatief sterk gegroeid (begin 2022 – eind 2023). Hetzelfde gold voor het sociaal domein ten opzichte van de totale medische zorg (inclusief curatieve en langdurige zorg). Dit ging echter niet gepaard met een duidelijke afname van zorgkosten of uitgaven in de medisch-specialistische zorg en de medische zorg als geheel. Dit wees erop dat veranderingen in systeemuitkomsten door regionale samenwerking en andere zorgtransformaties mogelijk pas op langere termijn zichtbaar worden.

In tekstbox 10.1 staan de voor dit hoofdstuk gebruikte databronnen.

Leeswijzer
De eerste paragraaf (10.2) vat uitkomsten van de DSV-vragenlijst (2023-2025) samen over ervaren effectiviteit bij het bereiken van door betrokken organisaties gezamenlijk geformuleerde doelen.
Paragraaf 10.3 beschrijft kort de sinds het vorige rapport nieuw beschikbare cijfers over de systeemuitkomsten toegankelijkheid en betaalbaarheid:

- het aantal wachtenden en de wachttijden in langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg en medisch-specialistische zorg (begin 2022 of eerste beschikbare jaar tot minstens einde 2025), en;
- de verhoudingen en totalen van kosten of uitgaven per verzekerde of inwoner: zowel tussen het sociaal domein en de medische zorg, als binnen de medische zorg tussen huisartsen- of multidisciplinaire zorg en medisch specialistische zorg (begin 2022 – einde 2024).

Het hoofdstuk sluit af met een reflectie (paragraaf 10.4).

Tekstbox 10.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- Meting 1 (2023), meting 2 (2024) en meting 3 (2025) van de netwerkinventarisatievragenlijst voor DSV's, die wordt ingevuld door programmamanagers van DSV's (meting 3 is ingevuld door 90 DSV's waarvan 29 IZA-regio's zijn en 61 geen IZA-regio's zijn; 25 DSV's vulden de vragenlijst in alle drie de jaren in).
- Secundair gebruikte gegevens over zorgkosten per verzekerde en wachttijden voor langdurige zorg van Zorginstituut Nederland (ZiNL), over zorg- en welzijnszorguitgaven van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), en over wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg en de ggz-zorg (binnen de Zorgverzekeringswet) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

10.2 Ervaren effectiviteit op gestelde doelen

DSV's is gevraagd voor welke uit zeven thema's (systeemuitkomsten) zij zichzelf gezamenlijke doelen hebben gesteld (zie tabel 10.1). Vervolgens is voor elk van de relevante thema's gevraagd in hoeverre het samenwerkingsverband zichzelf als effectief beschouwt in het realiseren van doelen op dat gebied (1: 'helemaal niet effectief' - 5: 'extreem effectief', of 'weet niet'[43]). In deze paragraaf wordt gerapporteerd over het percentage DSV's dat zichzelf als 'zeer' of 'extreem effectief' beoordeelt[44].

Uit de huidige meting van de DSV-vragenlijst blijkt dat de ervaren effectiviteit het hoogst is voor het thema 'verbeteren van kwaliteit van zorg of ondersteuning' (40%) (zie tabel 10.1). De DSV's scoren de ervaren effectiviteit relatief laag als het gaat om het 'verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen' (13%). Voor geen van de categorieën zijn de scores bij de huidige meting significant verschillend van die van de vorige meting. Dit is bekeken binnen de groep DSV's die in beide jaren deelnamen. Opvallend is dat meer DSV's in 2025 doelen stellen op het gebied van het afwenden van het arbeidsmarkttekort (52% tegenover 34% in 2024), en dat ook het aandeel DSV's dat zichzelf als zeer effectief ziet op dit punt is toegenomen (van 14% naar 29%). Dit verschil is niet statistisch significant, maar is vanwege recent gemaakte AZWA-afspraken wel relevant.

Onder de subgroep IZA-regio's van de DSV's ligt de ervaren effectiviteit lager. Zo ervaart 1 op de 16 zeer of extreem effectief te zijn op het gebied van het 'beperken van arbeidsmarkttekorten' (zie tabel 10.1).

[43] De formulering van de vraag was: 'Hoe effectief vindt u dat uw DSV tot op heden is geweest in het bereiken van de gestelde doelen op deze gebieden?'. De antwoordcategorie 'weet niet' is van belang, omdat effecten voor betrokkenen niet/beperkt objectiveerbaar zijn. Vertegenwoordigers van IZA-regio's kozen dit antwoord relatief vaak, bijvoorbeeld: namens 8 van de 22 IZA-regio's werd er 'weet ik niet' geantwoord bij 'het verbeteren van de gezondheid van de populatie'.
[44] Deze keuze is gemaakt met het vaststellen van de indicatoren voor de IZA-monitor 'Meer regionale samenwerking'. Selectief zijn er (gevoeligheids-)analyses uitgevoerd waarbij antwoorden ook als een continue of ordinale (inclusief alle antwoord categorieën) variabelen zijn verwerkt. Dit leidt niet tot andere interpretaties van de mate van ervaren effectiviteit of de ontwikkeling daarvan over de tijd.

Tabel 10.1 Ervaren effectiviteit van DSV's: percentage DSV's dat zichzelf beoordeelt als zeer of extreem effectief in het bereiken van gezamenlijk gestelde doelen.

Indicatoren	**Gehele groep DSV's 2025**	**IZA-regio's 2025**	**DSV's die deelnamen in 2024 en 2025**	
	2025	2025	2025	2024
Bij minstens 1 van de 7 thema's minimaal 'zeer' of 'extreem effectief'	40% (n=68)	11% (n=18)	48% (n=43)	44% (n=43)
Naar soort systeemuitkomst:				
1. Kwaliteit van zorg en ondersteuning	40% (n=43)	9% (n=11)	44% (n=30)	47% (n=30)
2. Gezondheid	16% (n=38)	0% (n=14)	17% (n=8)	17% (n=8)
3. Kosten	28% (n=25)	11% (n=9)	25% (n=8)	50% (n=8)
4. Welzijn professionals	26% (n=42)	0% (n=8)	25% (n=20)	25% (n=20)
5. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	13% (n=23)	0% (n=3)	17% (n=6)	0% (n=6)
6. Arbeidsmarkttekorten	23% (n=30)	6% (n=16)	29% (n=7)	14% (n=7)
7. Toegankelijkheid zorg en ondersteuning	34% (n=50)	6% (n=16)	48% (n=25)	36% (n=25)

Bron: DSV-vragenlijst 2024 en 2025.

10.3 Ontwikkelingen wachttijden, kosten en uitgaven

Deze paragraaf beschrijft resultaten van drie indicatoren op basis van nieuw beschikbare gegevens:

- het totaal aantal wachtenden in de langdurige en geestelijke gezondheidszorg, en de gemiddelde wachttijden voor diagnostiek of behandeling binnen de medisch specialistische zorg;
- de totalen van en verhouding tussen de kosten per verzekerde binnen de huisartsen- of multidisciplinaire zorg en de medisch specialistische zorg;
- de totalen van en verhouding tussen van de uitgaven per inwoner aan zorg en ondersteuning, uitgesplitst naar domein (sociaal domein versus geneeskundige en langdurige zorg).

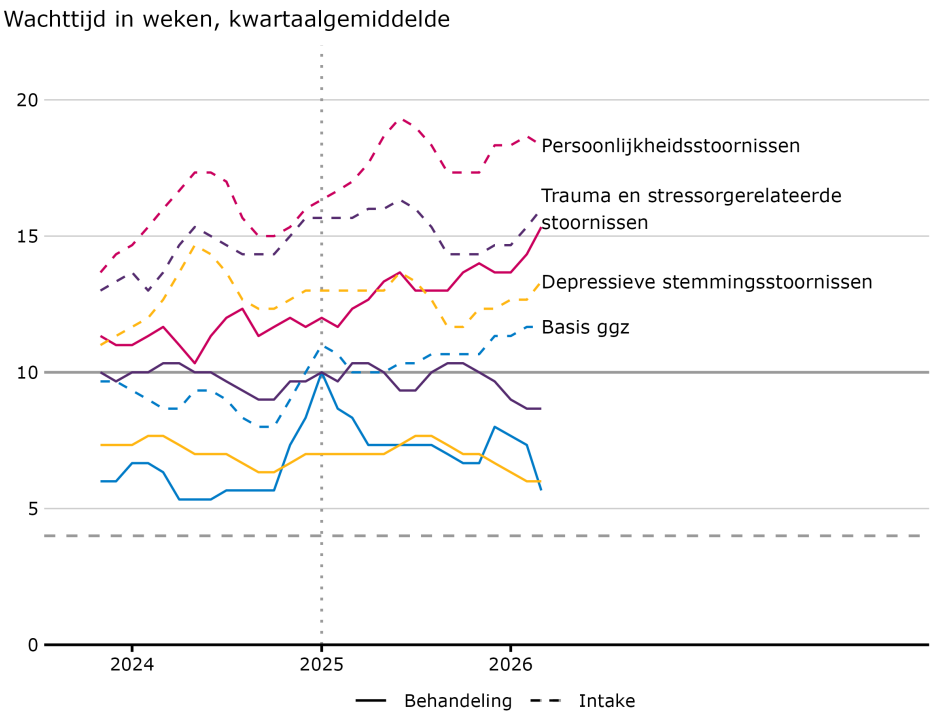
10.3.1 Wachtlijsten in de curatieve en langdurige zorg

Een integraal perspectief op wachttijden over curatieve, langdurige, eerstelijns-, sociale- en informele zorgdomeinen geeft inzicht in toegankelijkheidsproblemen, en of deze worden opgelost of vooral worden verschoven binnen het bredere zorg- en ondersteuningssysteem. Wachttijden ontstaan bij een disbalans tussen vraag en aanbod en weerspiegelen het functioneren van het zorgsysteem als geheel, waarbij patiënten door een keten van

zorgvoorzieningen met beperkte capaciteit[45] bewegen [39]. Wachttijden zijn in Nederland vooral bij geestelijke gezondheidszorg relatief lang. De beweging van "zorg naar gezondheid" (bijvoorbeeld door mentale gezondheidsnetwerken) en versterking van het sociaal domein worden hierbij als oplossingsrichting gezien bij niet-primair medische problematiek [39, 40]. De rol van de eerste lijn is onderwerp van het IZA-monitoringsonderdeel 'Versterking van de eerste lijn'.

Uit nieuwe gegevens van de NZa blijkt dat de gemiddelde wachttijden voor een intake voor de basis-ggz en de zorg voor vier veelvoorkomende psychische stoornissen (vallend onder de Zorgverzekeringswet (Zvw)) tussen januari 2024 en januari 2026 met gemiddeld één tot drie weken zijn gestegen (figuur 10.1).

Figuur 10.1 Wachttijden geestelijke gezondheidszorg (Zvw) bij instellingen met meerdere locaties naar peildatum.*

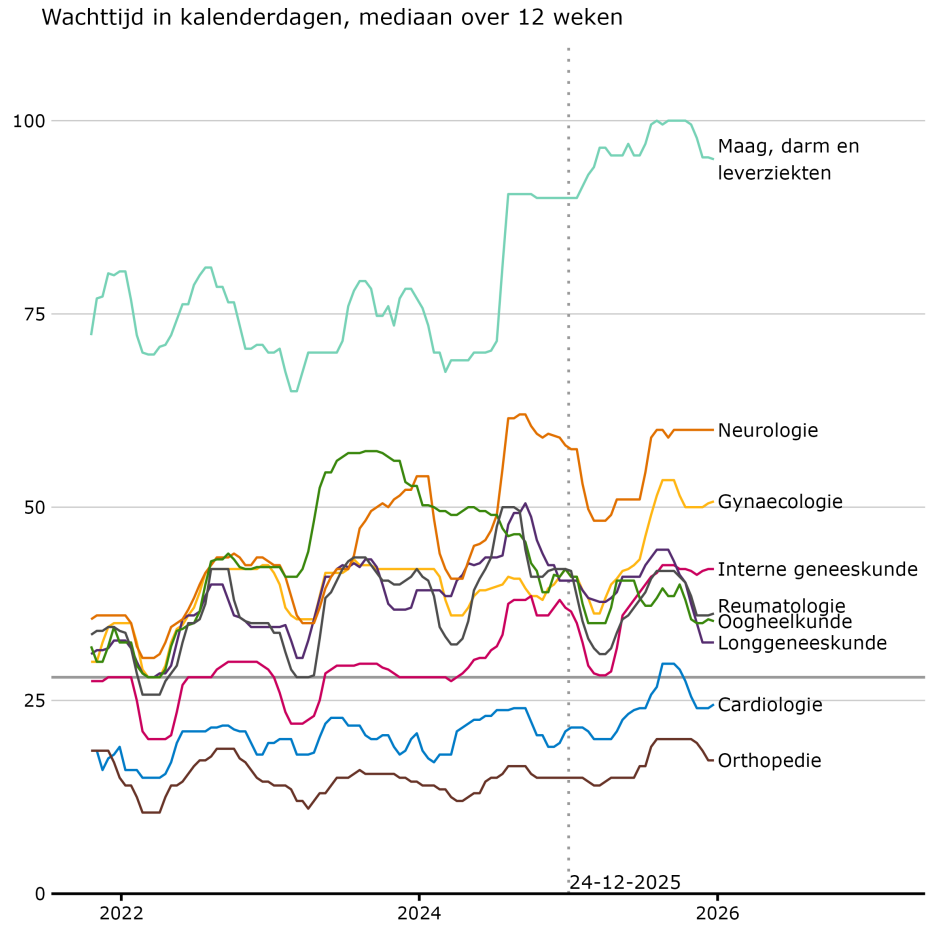


Bron: NZa[46]
*Dit betreft andere gegevens ten opzichte van het vorige rapport van de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking, zie bijlage 1.

Binnen de medisch-specialistische zorg is de ontwikkeling van mediane wachttijden tot polikliniekbezoeken berekend over perioden van 12 weken tot eind 2024 en eind 2025. De ontwikkeling varieert per specialisme: voor 6 onderzochte specialismen is er een toename (tot +9 dagen) en bij 3 andere specialismen een afname (tot -8 dagen) (zie figuur 10.2).

[45] Regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden hebben aandacht voor (inzicht in) capaciteit, maar dit staat minder centraal in de gezamenlijke opgaven [39]
[46] Cijfers verkregen via https://www.zichtopzorgaanbieders.nl/.

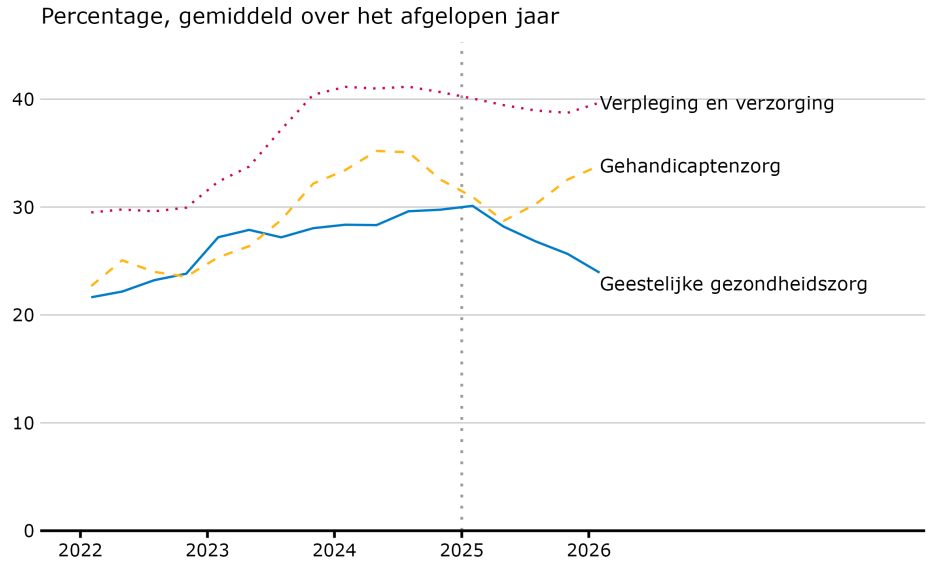
Figuur 10.2 Mediane wachttijd voor een polikliniekbezoek over 12 weken (6 14-daagse metingen samen), naar peildatum voor verschillende medisch specialismen.



Bron: NZa [41]

Binnen de langdurige zorg nam tussen eind 2024 en eind 2025 het aandeel actief of urgent wachtende cliënten dat op de peildatum langer wachtte dan de toepasselijke treeknorm af in de geestelijke gezondheidszorg (-5 procentpunt) en in de verpleging en verzorging (-2 procentpunt). In de gehandicaptenzorg bleef het aandeel in dezelfde periode ongeveer gelijk (figuur 10.3).

Figuur 10.3 Percentage actief of urgent wachtende cliënten dat langer dan de treeknorm heeft moeten wachten op Wlz-zorg of -opname naar peildatum.



Bron: Zorginstituut Nederland[47]

10.3.2 *Verhouding zorgkosten eerste- en tweedelijnsbehandelingen*

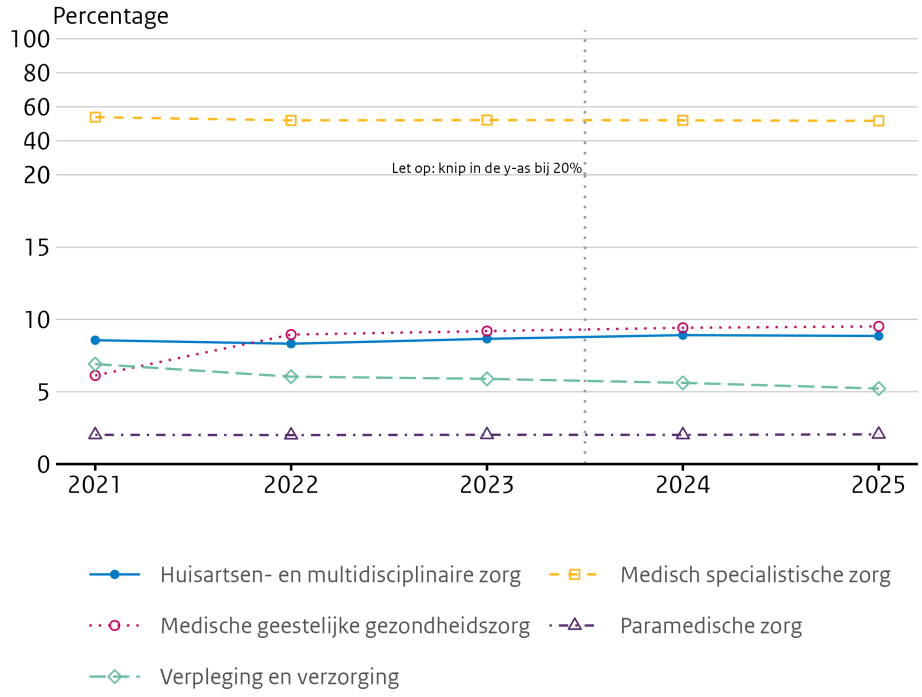
Verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn wordt gezien als belangrijk onderdeel van passende zorg waarbij regionale samenwerking een rol speelt. De onderbouwing hierbij is dat het leveren van eerstelijnszorg waarmee bepaalde vormen van tweedelijnszorg niet meer nodig zijn, een kostenbesparing oplevert. Belangrijk om op te merken is dat deze indicator verhoudingen (d.w.z. niet direct verschuivingen) meet die zowel ontwikkelingen in prijzen[48] als volumes weerspiegelen. De verhoudingen betreffen bovendien verschillende 'sectoren' en niet verschillende 'domeinen'.

In 2025 bedroegen de totale zorgkosten per verzekerde voor huisartsenzorg (inclusief zorg waarin de huisarts samenwerkt met andere zorgverleners) 17 procent van de kosten per verzekerde aan medisch-specialistische zorg. Deze verhouding was hetzelfde in 2024. Figuur 10.4 toont dat de kosten per verzekerde voor eerstelijnszorg (huisartsen-, multidisciplinaire en paramedische zorg) en tweedelijnszorg (medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging) zich marginaal hebben ontwikkeld ten opzichte van de totale kosten binnen de Zvw. Een uitzondering hierop is de daling van het aandeel verpleging en verzorging van 5,6 procent in 2024 naar 5,2 procent in 2025. Het aandeel huisartsen- en multidisciplinaire zorg bleef in 2025 stabiel op 8,9 procent, terwijl in de periode 2022-2024 nog sprake was van een stijging. Het aandeel van de medisch-specialistische zorg is sinds 2022 geleidelijk afgenomen. In totaal lagen de zorgkosten binnen de Zvw 5

[47] Cijfers verkregen via https://www.zorgcijfersdatabank.nl/algemeen/wachtlijsten-instellingsniveau.
[48] In zowel 2024 als 2025 bedroeg de inflatie 3,3%. Daardoor is de inflatiecorrectie tussen deze twee jaren gelijk, en verandert een vergelijking tussen 2024 en 2025 niet wezenlijk. De inflatiecijfers varieerden wel in eerdere jaren. De cijfers in figuur 10.4 zijn hiervoor niet gecorrigeerd.

procent hoger in 2025 dan in 2024; gecorrigeerd voor de consumentenprijsindex komt deze stijging uit op 2 procent.

Figuur 10.4 Zorgkosten per verzekerde voor eerstelijnszorg en medisch-specialistische zorg als percentage van de totale kosten per verzekerde binnen de zorgverzekeringswet.



Bron: Zorgcijfersdatabank.nl (Zvw)[49].

10.3.3 *Uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon*

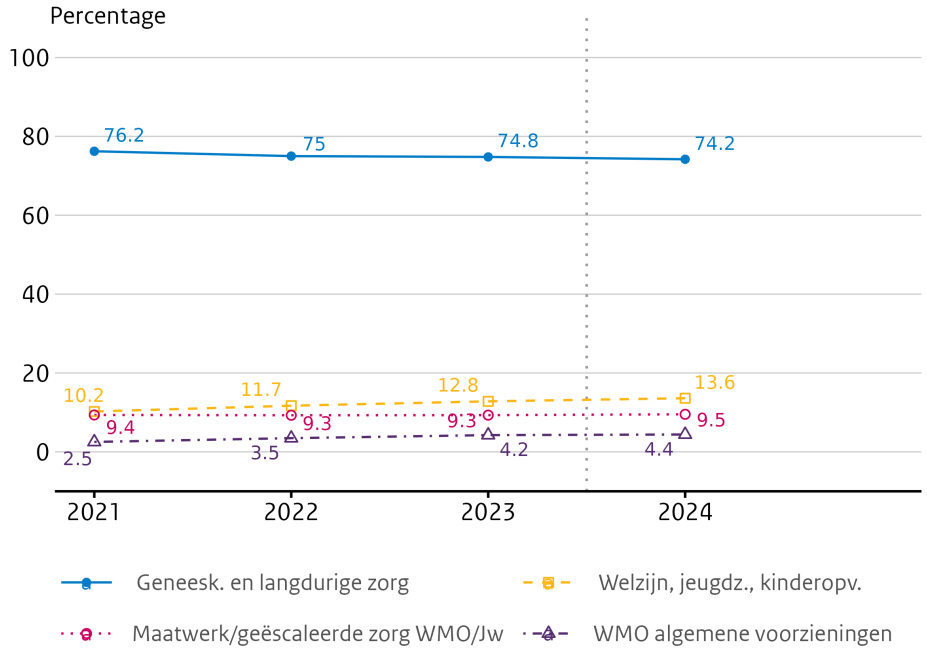
Vanuit de gedachte dat samenwerking bijdraagt aan een "beweging naar de voorkant" kijken we naar zorg- en welzijnsuitgaven. Met een beweging naar de voorkant wordt bedoeld dat door tijdige en passende ondersteuning – vaak door gemeenten gefinancierd – zwaardere, duurdere en meer specialistische zorg wordt voorkomen.

In 2024 werd naar schatting gemiddeld €1.171 per inwoner uitgegeven aan zorg en ondersteuning binnen het sociaal domein[50], een stijging van 12 procent ten opzichte van 2023 (gecorrigeerd voor 3,3% inflatie). Binnen het zorgdomein bedroegen de uitgaven gemiddeld €6.389 per inwoner, wat een gecorrigeerde stijging van 4,2 procent betekent ten opzichte van 2023. Dit resulteert in een verhouding waarbij voor elke

[49] Cijfers verkregen via https://www.zorgcijfersdatabank.nl.
[50] Deze definitie van totale uitagaven in het sociaal domein (CBS) omvat alle uitgaven voor gezondheids- en welzijnszorg aan aanbieders van kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke opvang en sociaal werk. De totale uitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg omvatten: 1) aanbieders van medische, paramedische en preventieve zorg; onderzoeksdiensten & diagnostiek en ondersteunende diensten; en: 2) aanbieders van langdurige zorg: behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding en opvang voor patiënten die langdurig afhankelijk zijn van die zorgdiensten, zoals diensten van verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorginstellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg. De totale uitgaven aan gezondheids- of welzijnszorg omvatten ook andere aanbieders die diensten van gezondheidszorg en welzijnszorg aanbieden als hoofdactiviteit zoals apotheken, opticiens, audiciens, tandtechnici, hulpmiddelen, gezinshuishoudingen betaald uit persoonsgebonden budget en beleid- en beheerorganisaties voor het systeem van zorg en welzijn. Alle cijfers zijn op basis van actuele, niet voor inflatie gecorrigeerde, prijzen.

euro besteed in het sociaal domein, ongeveer €5,40 wordt uitgegeven in het zorgdomein. Ter vergelijking: in 2022 was deze verhouding 1:6,4 en in 2023 1:5,8. Figuur 10.5 toont het aandeel van de uitgaven per inwoner aan geneeskundige en langdurige zorg, en aan sociale zorg (ook uitgesplitst naar algemene voorzieningen en maatwerk/geëscaleerde zorg), ten opzichte van de totale uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg. Hieruit blijkt dat de uitgaven per inwoner aan geneeskundige en langdurige zorg dalen, terwijl de uitgaven binnen het sociaal domein toenemen, vooral bij algemene sociale voorzieningen.

Figuur 10.5 Aandeel binnen het totaal aan uitgaven aan zorg en ondersteuning per persoon.



Bron: CBS[51]

10.4 Reflectie

Dit hoofdstuk onderzocht de ervaren effectiviteit van DSV's op het gebied van (systeem)uitkomsten. Daarnaast werden met objectieve indicatoren landelijke ontwikkelingen in toegankelijkheid en betaalbaarheid geanalyseerd, thema's waar prioritaire opgaven van veel DSV's liggen.

Ten opzichte van meting 2 (vorige rapport van de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking) bij DSV's is er voor diverse systeemuitkomsten geen aantoonbare verandering in de mate waarin DSV's zichzelf effectief achten in het bereiken van gestelde doelen [5]. Wel liet de laatste uitvraag (eind 2025) meer gerichtheid en een hogere ervaren effectiviteit zien waar het gaat om het afwenden van

[51] Cijfers verkregen via https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/86015NED https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83474NED https://mlzopendata.cbs.nl/portal.html?_la=nl&_catalog=MLZ&tableId=40050NED&_theme=51. Een toelichting op de berekening staat in Bijlage 1.

arbeidsmarkttekorten. Mogelijk weerspiegelt dit de AZWA-afspraken op dit gebied. Een grotere steekproef of hogere respons was nodig om met meer zekerheid een verschuiving in focus of ervaren effectiviteit op dit gebied vast te stellen.

Wachttijden en uitgaven per hoofd van de bevolking nemen nog steeds minder af dan beoogd. Toch zijn er bescheiden ontwikkelingen zichtbaar in de door DSV's en IZA beoogde richting. Wachttijden in geestelijke gezondheidszorg en medisch-specialistische zorg blijven vaak boven de geldende treeknormen en zijn voor veel patiëntgroepen gestegen, maar bij sommige specialismen en in de langdurige zorg is sprake van een afname. De verhouding eerstelijns- en tweedelijnszorgkosten bleef in 2025 stabiel ten opzichte van 2024, terwijl het aandeel sociale zorguitgaven per inwoner groeide en het aandeel medische zorguitgaven daalde.

Afgenomen wachttijden voor langdurige geestelijke gezondheidszorg kunnen deels het gevolg zijn van betere coördinatie. Bijvoorbeeld door activiteiten van (voorlopers van) mentale gezondheidsnetwerken zoals verkennende gesprekken. Tegelijkertijd zijn er andere mogelijke verklaringen voor afname van wachttijden, zoals selectie-effecten of het herdefiniëren van wie als wachtende wordt geregistreerd. Daarnaast is het aandeel ggz-cliënten binnen de Wlz relatief klein vergeleken met de Zvw, waar wachttijden juist blijven toenemen. Om deze reden betekent een afname van geregistreerde wachtenden in de Wlz-ggz wellicht minder frictie, maar nog geen structurele verbetering van toegankelijkheidsproblemen binnen de ggz-keten.

Kosten en uitgavencijfers laten verschuivingen zien die aansluiten bij de in het IZA afgesproken volumenormen. In aanvulling hierop liet de IZA-(deel) monitor 'De beweging naar een sterkere eerste lijn' (uitgevoerd door Nivel) zien dat tussen 2021 en 2024 meer zorg binnen de eerste lijn werd opgevangen, ondanks aanhoudende capaciteitsdruk. Dit gebeurde onder andere met taakherschikking binnen huisartsenpraktijken en inzet van POH-GGZ [42]. Het blijft echter onduidelijk in hoeverre deze observaties het gevolg zijn van effectieve substitutie, die georganiseerd is door samenwerkende partijen in de regio en die bijdraagt aan betaalbaardere zorg. De kosten worden immers beïnvloed door een combinatie van volume-effecten en prijseffecten, zoals loonstijgingen en inflatie, of van een samenspel van beide factoren. Bovendien kunnen kostendrijvers ook binnen sectoren zelf veranderen in plaats van door daadwerkelijke substitutie.

Hoewel twee op de vijf DSV's zichzelf in bepaalde opzichten als zeer effectief beoordelen en er beperkte verbeteringen in toegankelijkheid en betaalbaarheid via registraties zichtbaar zijn, is er onvoldoende bewijs voor grote verbeteringen of duidelijke effecten van regionale, domeinoverstijgende samenwerking. De invloed van DSV's is lastig los te zien van bredere maatschappelijke trends, zoals demografische ontwikkelingen, een groeiende zorgvraag en vele andere factoren. Het beeld blijft ook onvolledig door het ontbreken van data, zoals uniforme registraties uit het decentraal georganiseerde sociaal domein. Veel DSV's zijn relatief kortgeleden gestart, bevinden zich nog in de opbouwfase (van doelconsensus, vertrouwen en governance) en zijn pas

gestart met uitvoering op beperkte schaal. Landelijke veranderingen in systeemuitkomsten zijn daarom nog niet te verwachten. Dit hoofdstuk benadrukt het belang om het samenwerkingsproces niet als maatstaf voor succes te nemen [43]. Investeringen in samenwerking dienen altijd vergezeld te gaan van de vraag of ze op termijn daadwerkelijk bijdragen aan betere systeemuitkomsten, ook als dit niet met zekerheid is vast te stellen. Sturing op systeemtransformatie vraagt daarom om gerichte, gezamenlijke en langdurige inspanning en het erkennen van onzekerheden in uitkomsten. Monitoring en evaluatie is gebaat bij doorontwikkeling van methoden en moet vooral het leren van ervaring actief ondersteunen.

11 Verandering en bijsturing: het leerproces in de praktijk

Kernboodschappen

1. Effectieve leerprocessen vragen om duidelijke rolafspraken, eigenaarschap, voldoende tijd en betrokkenheid, en voortdurende aansluiting op de regionale context. Daarbij is balans nodig tussen flexibiliteit en een doelgerichte procesaanpak, gericht op actuele ontwikkelingen én langetermijndoelen.
2. Reflectie helpt om aan de slag te gaan met veranderopgaven. Tegelijkertijd zijn concrete leervragen, acties en opvolging essentieel om inzichten te vertalen naar de praktijk en duurzame regionale verandering te ondersteunen.

11.1 Inleiding

Domeinoverstijgende samenwerking en integraal werken aan gezondheid zijn complexe opgaven. Lerende evaluaties kunnen hierbij ondersteunen. In een lerende evaluatie staat samen leren en kort-cyclische interactie tussen praktijk, beleid en onderzoek centraal. Dit geeft de mogelijkheid om gedurende de beweging op basis van tussentijdse inzichten te leren en waar mogelijk bij te sturen, zowel in de regionale en landelijke praktijk als in het onderzoek.

In dit hoofdstuk worden de leerprocessen uit twee lerende evaluaties beschreven (tekstbox 11.1): leercasussen van de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking (LeRS) en het GALA-leernetwerk voor gemeenten. Deze leerprocessen richten zich op twee verschillende niveaus. De leercasussen van de LeRS richten zich op domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's). In deze leercasussen worden de samenwerkingsverbanden ondersteund in verandervragen ten behoeve van de transformatie van zorg naar gezondheid. Het GALA-leernetwerk richt zich op beleidsmedewerkers van gemeenten die werken aan realisatie van de GALA-doelen. Het leernetwerk ondersteunt hen daarbij, en bij actiegericht leren.

Beide leerprocessen hadden twee doelen:

1. DSV's respectievelijk gemeenten ondersteunen bij hun veranderopgave;
2. Leren van ervaringen in deze veranderopgave en generieke lessen ontwikkelen die breder toepasbaar zijn voor andere DSV's respectievelijk gemeenten.

Actiegericht leren stond centraal. Bij actiegericht leren ligt de focus op de praktijk, worden kennis en ervaringen laagdrempelig gedeeld, en worden kleine geleerde lessen steeds teruggekoppeld. Het leerproces start bij het opstellen van leervragen. Vervolgens formuleren deelnemers concrete acties waarmee ze aan de slag gaan.

Leeswijzer
Paragraaf 11.2 beschrijft de bevindingen uit de leercasussen van DSV's. Het betreft de doorgemaakte leerprocessen van de geselecteerde

samenwerkingsverbanden en de bredere lessen voor het tot stand komen van leercycli en veranderprocessen. In paragraaf 11.3 wordt het GALA-leernetwerk voor gemeenten beschreven. Het betreft de aanpak van het leerproces en de ervaringen met het leerproces. Paragraaf 11.4 reflecteert overkoepelend op de bevindingen uit dit hoofdstuk.

Uit het GALA-leernetwerk volgden ook inhoudelijke lessen en inzichten over integraal werken aan gezondheid. Deze lessen worden niet gepresenteerd in dit rapport, maar in een aparte inspiratiegids voor gemeenten. Deze gids is samen met de deelnemers van het leernetwerk gemaakt.

Tekstbox 11.1 Gebruikte databronnen
Voor dit hoofdstuk zijn de onderstaande databronnen gebruikt (meer informatie over de databronnen staat in bijlage 1):

- leercasussen van de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking, waarbij in drie regio's individuele leertrajecten van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden zijn opgestart;
- GALA-leernetwerk voor beleidsmakers bij gemeenten, gericht op het uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken (het aantal deelnemers varieerde tussen 15 en 25).

11.2 Leercasussen LeRS

11.2.1 Context: leercasussen binnen DSV's

Het RIVM heeft vanuit LeRS onderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de leerprocessen van de DSV's. Dit deelonderzoek is uitgevoerd in de periode 2025–2026. De veranderopgaven binnen domeinoverstijgende samenwerking kenmerken zich door complexiteit, uiteenlopende belangen en afhankelijkheden tussen organisaties en beleidsniveaus. Een partij die met enige afstand kan reflecteren op het veranderproces, verdieping aanbrengt en verbinding legt met vergelijkbare vraagstukken in andere DSV's, kan helpend zijn om veranderopgaven verder te brengen. Het RIVM vervult deze rol vanuit een lerende en faciliterende positie, gericht op het ondersteunen van gezamenlijk leren en het versterken van het verandervermogen van betrokken partijen. De precieze invulling van deze ondersteunende rol vanuit het RIVM verschilt per DSV en is afhankelijk van de specifieke leervraag (zie bijlage 1).

Ter reflectie op de inrichting en uitvoering van de leerprocessen zijn gesprekken gevoerd met zowel onderzoekers als contactpersonen binnen de samenwerkingsverbanden. Op basis hiervan zijn lessen geformuleerd over het organiseren van leerprocessen en de rol van een lerende partner binnen de DSV's. In de volgende paragraaf wordt eerst ingegaan op de wijze waarop de leerprocessen zijn vormgegeven, waarna de belangrijkste overkoepelende lessen uit deze processen worden beschreven.

11.2.2 Beschrijving DSV leervragen

De centrale leervragen van de drie regio's liepen inhoudelijk sterk uiteen. De specifieke regionale uitdagingen waren hierin leidend. Vanuit het RIVM was er aandacht voor het waarborgen van variatie in de transformatiebouwstenen waarop werd geleerd, zoals inwonerparticipatie, governance en bekostiging, met als doel om

uiteenlopende ervaringen en lessen op te halen. Op basis hiervan zijn drie DSV's geselecteerd, waarin de volgende leervragen centraal kwamen te staan:

- Hoe kunnen geleerde lessen uit de praktijk effectief bij bestuurders terechtkomen, zodat zij deze kennis meenemen in hun besluitvorming?
- Hoe gaan we om met onderlinge relaties, mandaat en (financiële) verantwoordelijkheid? Hoe kan governance zo worden ingericht dat niet iedereen overal bij hoeft aan te sluiten?
- Hoe kunnen bruikbare monitoringswijzen ten behoeve van de transformatie worden ontwikkeld als randvoorwaarde voor nieuwe, duurzame vormen van regionale bekostiging?

Het leerproces in de drie samenwerkingsverbanden kenmerkte zich door afstemming tussen regionale behoeften en de bredere onderzoeksdoelen van het RIVM, waarbij leervragen en bijbehorende acties gedurende het traject regelmatig werden bijgesteld op basis van actuele ontwikkelingen en inzichten. De invulling van het leerproces verschilde per DSV en was sterk afhankelijk van de leervraag. In de volgende paragraaf worden de overkoepelende lessen uit deze leerprocessen beschreven, die inzicht geven in wat nodig is om leerprocessen effectief in te richten en bij te laten dragen aan de regionale transformatie.

11.2.3 Lessen uit het leerproces

Houd rekening met de context van de leercasus

In de reflectiegesprekken benadrukten deelnemers dat continu zicht op de regionale context en het bredere actoren- en krachtenveld essentieel is voor de effectieve inrichting van leertrajecten in de DSV's. In de verkenningsfase van de leerprocessen was expliciet aandacht voor regionale knelpunten, maar de ervaring leert dat het essentieel is om deze aandacht gedurende het hele traject vast te houden en met alle betrokkenen te blijven bespreken. Dit helpt om het leertraject goed te positioneren ten opzichte van andere initiatieven binnen het DSV. Zo blijft de meerwaarde van het leertraject zichtbaar en is de samenhang tussen het leertraject en andere ontwikkelingen binnen het DSV voor betrokken partijen helder. Deze les heeft daarmee een overkoepelend karakter en raakt aan de verdere inrichting van het leerproces: een scherp beeld van de context is een belangrijke voorwaarde voor het effectief vormgeven van de concrete handelingsperspectieven die in de volgende lessen worden uitgewerkt.

Maak verwachtingen en rollen vooraf expliciet

Het expliciet maken van verwachtingen en rollen tussen betrokken partijen aan de voorkant van het leertraject, vormt een belangrijke basis voor het functioneren van het leerproces. In de praktijk bleken er uiteenlopende ideeën te bestaan over het doel en de opbrengst van leerprocessen. Wanneer deze impliciet blijven, kan onduidelijkheid ontstaan over de inrichting van het proces, de beoogde uitkomsten en de inzet van betrokken partijen. Het gezamenlijk expliciteren van verwachtingen en aannames helpt om tot een gedeeld vertrekpunt te komen. Daarin verduidelijken partijen de rolverdeling en de inrichting van het leerproces en stemmen zij de balans tussen reflectie en actie af. Hierbij is het van belang om helderheid te creëren over eigenaarschap en initiatief: ligt de verantwoordelijkheid primair bij de DSV, of is er

sprake van een gezamenlijke invulling met externe partijen, zoals een betrokken lerende partner? Duidelijkheid hierover is nodig om concrete stappen te zetten die aansluiten bij de regionale behoefte.

Balans tussen flexibel en procesmatig werken
Leerprocessen lijken zich daarnaast te kenmerken door een spanningsveld tussen flexibiliteit en structuur. Aansluiten bij de dynamiek en actuele vraagstukken in de regio vraagt om flexibiliteit, omdat behoeften en vraagstukken tijdens het traject verschoven en niet altijd vooraf scherp te formuleren waren. Tegelijkertijd laat de praktijk zien dat dit meebewegen ertoe kan leiden dat het proces sterk wordt gestuurd door de waan van de dag. Daardoor wordt het lastig om vast te houden aan een langetermijngerichte ontwikkellijn en de voortgang van de regionale transformatie te borgen. Om dit spanningsveld te overbruggen, zou een meer gestructureerde procesaanpak kunnen helpen. Suggesties die werden genoemd zijn concrete werkvormen en methodieken die helpen om leervragen te vertalen naar acties en vervolgstappen. Tegelijkertijd werd ook benadrukt dat het belangrijk is om ruimte te behouden om het proces aan te passen aan veranderende behoeften en inzichten in de regio. Juist het bewust omgaan met deze balans lijkt bepalend voor de mate waarin het leerproces zowel aansluit bij de regionale praktijk als leidt tot concrete resultaten.

Tijd, nabijheid en betrokkenheid
Met name uit de gesprekken met de betrokken onderzoekers werd duidelijk dat de invulling van een lerende rol binnen een DSV veel tijd en betrokkenheid vraagt. Zo werd meermaals benoemd dat continuïteit en herhaald contact nodig zijn om de regionale context te begrijpen en bij lopende processen aan te sluiten. Wanneer tijd en betrokkenheid beperkt zijn, blijkt het lastig om aangehaakt te blijven bij de dynamiek in de regio en het leerproces richting te geven. Nabijheid, zowel in frequent contact als in fysieke aanwezigheid, zou het mogelijk maken om beter zicht te krijgen op wat er speelt en om de leervraag gezamenlijk verder te concretiseren. Zo kan er tijdig worden ingespeeld op ontwikkelingen in de DSV, waardoor het leerproces beter kan aansluiten op de praktijk en daadwerkelijk in beweging komt.

Ervaren meerwaarde: van reflectie naar handelen
De ervaren meerwaarde van het leerproces bleek ten slotte afhankelijk van de mate waarin betrokkenen uit de DSV's ervaren dat er concrete stappen worden gezet richting de doelen van het samenwerkingsverband. Uit de gesprekken kwam naar voren dat reflectie en gezamenlijke duiding van belang zijn, maar dat de ervaren opbrengst beperkt blijft wanneer deze niet worden vertaald naar concrete acties. In die situaties dreigt het leerproces op de achtergrond te raken en neemt de betrokkenheid af, waardoor het lastiger wordt om gezamenlijk tot voortgang te komen. Dit werd in de gesprekken verbonden met de formulering van de leervraag: wanneer deze te abstract blijft, is het lastig om tot actie te komen, terwijl te concrete vragen de bredere relevantie kunnen beperken. De formulering van de leervraag lijkt daarmee in belangrijke mate te bepalen in hoeverre stappen kunnen worden gezet die zowel uitvoerbaar zijn als bijdragen aan de regionale transformatieopgave.

11.3 Leernetwerk GALA

11.3.1 Context

Eind 2024 is er een GALA-leernetwerk voor gemeenten gestart met als thema 'van ambitie naar actie'. Het GALA-leernetwerk voor gemeenten is onderdeel van de lerende evaluatie van de GALA-monitor[52]. Het GALA-leernetwerk biedt een platform om elkaar te ontmoeten en inspireren, samen te leren en te reflecteren op: hoe bereik je als gemeente de GALA-doelen, hoe pak je dit op en waar loop je tegenaan?

Het GALA-leernetwerk richt zich bewust op gemeenten, omdat voor deze groep nog geen GALA-leernetwerk bestond. LeRS richtte zich op de DSV's en de GGD'en hadden hun eigen leernetwerk voor de ketenaanpakken. Uit een korte rondvraag bleek onder gemeenten veel behoefte en enthousiasme.

11.3.2 Actiegericht leren met leervragen

Het GALA-leernetwerk bestaat uit beleidsmakers vanuit 15-25 gemeenten (het aantal varieerde over tijd), verspreid over Nederland. Tijdens de eerste bijeenkomst in november 2024 hebben deelnemende gemeenten elkaar beter leren kennen, verwachtingen gedeeld en leervragen besproken. Op basis van de individuele leervragen van gemeenten zijn er drie thema's geformuleerd: ketenaanpakken, gezondheidsverschillen en monitoren. In het GALA-leernetwerk staat actiegericht leren met leervragen centraal: deelnemers leren door concrete acties te formuleren en aan de slag te gaan (zie bijlage 1).

Centrale leervragen bij de drie thema's waren:

- *Thema ketenaanpakken:* Hoe kan ik vanuit mijn rol bij de gemeente – zowel organisatiebreed als met samenwerkingspartners – integraal werken aan de ketenaanpakken en deze aanpakken aan elkaar verbinden, met als doel om deze duurzaam te borgen, ondanks wisselende landelijke kaders?
- *Thema gezondheidsachterstanden:* Hoe breng je het terugdringen van gezondheidsachterstanden in de praktijk? Hoe betrek je lastig te bereiken groepen? Hoe zet je andere thema's zoals gezonde leefomgeving effectief in om gezondheidsverschillen duurzaam te verkleinen?
- *Thema monitoren:* Welke mogelijkheden zijn er om integraal werken aan preventie te monitoren? En hoe kun je de resultaten uit die monitoring delen?

11.3.3 Plenaire sessies, thema-specifieke leergroepen en een handreiking

De afgelopen anderhalf jaar werkten gemeenten aan het beantwoorden van bovenstaande (en meer) leervragen in één van de drie thema-specifieke leergroepen. In plenaire leernetwerk-bijeenkomsten deelden gemeenten de inzichten uit de thema-specifieke leergroepen en wisselden ze kennis uit over overkoepelende onderwerpen. In de bijeenkomsten is gewerkt met creatieve werkvormen om uitwisseling te stimuleren. Daarnaast waren er presentaties van (externe) sprekers, bijvoorbeeld over gezondheidsverschillen, inwonerparticipatie en de ontwikkelingen rond het AZWA.

[52] https://www.rivm.nl/GALA-monitor/lerende-evaluatie

Naast het ondersteunen van het leerproces van de deelnemende gemeenten, had het GALA-leernetwerk als doel om inzichten uit dit leerproces te delen met andere gemeenten. Gemeenten hebben gewerkt aan een gezamenlijk product: de inspiratiegids *'Integraal werken aan gezondheid – Ervaringen van gemeenten uit het GALA-leernetwerk'.* Deze inspiratiegids biedt praktische handvatten, concrete tips en inspirerende voorbeelden en is vanaf de zomer van 2026 beschikbaar op www.rivm.nl/gala-monitor.

11.3.4 Ervaringen en inzichten

Gemeenten in het GALA-leernetwerk gaven aan dat zij het uitwisselen van ervaringen en de mogelijkheden om van en met elkaar te leren heel waardevol vonden. Volgens de deelnemers bood het GALA zelf een mooie basis, maar is er ook veel ruimte voor eigen invulling. Juist daarom vonden zij het gesprek met andere gemeenten over de implementatie belangrijk. Deelnemers waren enthousiast om te horen hoe andere gemeenten vergelijkbare vraagstukken en uitdagingen aanpakken; goede voorbeelden van anderen werkten vaak inspirerend. Het gaf herkenning en steun om te zien dat anderen tegen dezelfde dingen aanlopen. Voor sommige deelnemers voelde de leergroep als een sparringpartner, waarbij ze ideeën konden voorleggen en spiegelen aan collega's uit andere regio's. Het GALA-leernetwerk bood daarnaast ruimte voor de deelnemers om even uit de 'waan van de dag' te stappen en te reflecteren op hun werk en wat zij graag anders zouden willen zien en doen.

Het gezamenlijke leerproces zorgde voor verdieping en bracht kansen en knelpunten (zoals inhoudelijk terug te lezen in de handreiking) in beeld. De actieve inbreng en betrokkenheid van deelnemers bleek belangrijk, net als het uitwisselen van ervaringen tussen mensen vanuit verschillende regio's in vergelijkbare functies/posities. Ook vonden deelnemers de combinatie van verschillende werkvormen in kleine leergroepen en informatieve plenaire sessies met ruimte voor uitwisseling een effectieve ondersteuning van het leerproces.

Bij gemeenten liggen veel opgaven, waardoor deelnemers soms beperkt tijd hadden. In de praktijk bleek het daarom soms lastig om concrete acties uit te voeren. Ook was het een uitdaging om opgedane kennis breder in de eigen organisatie en regio te delen en tot uitvoering te brengen. Toch is het gelukt om stappen vooruit te zetten en hierop met elkaar te reflecteren.

Mede door personele wisselingen en hoge werkdruk bij gemeenten bleek het soms een uitdaging om voldoende mensen structureel bij de leergroepen en het GALA-leernetwerk te betrekken. Tijdens de looptijd van het leernetwerk (1,5 jaar) wisselden verschillende deelnemers van baan of rol binnen de gemeente. Dat vraagt om flexibiliteit in de organisatie van een leernetwerk: het bewaken van de balans tussen ruimte voor nieuwe deelnemers en voortgang van het geheel, en samen reflecteren op rollen en verwachtingen van deelnemers en organisatoren.

11.3.5 GALA-leernetwerk in bredere GALA-monitor

Als onderdeel van de lerende evaluatie zijn inzichten uit de leergroepen gebruikt om duiding en context te geven aan de resultaten binnen de bredere GALA-monitor. Zo zijn er voorbeelden over de uitvoering van specifieke thema's als monitoring en gezondheidsverschillen opgenomen in de GALA-monitor 2025. Ook is de inbreng van deelnemers verwerkt in de leeswijzer bij de monitor, om zo beter aan te sluiten bij de behoeften van beleidsmedewerkers.

11.4 Reflectie

De lerende evaluaties hebben inzicht gegeven in de aanpak van complexe veranderopgaven op lokaal en regionaal niveau. Vanuit deze inzichten zijn in dit hoofdstuk geleerde lessen gedeeld rond lerend evalueren met DSV's en gemeenten. Sommigen geleerde lessen lijken vanuit de theorie vanzelfsprekend te zijn, maar juist vanuit de lerende evaluaties blijken deze lessen toch relevant voor de praktijk.

Ondanks de verschillen in doelgroepen en insteek van de twee leerprocessen, komen er een aantal overkoepelende lessen uit voort, namelijk:

- Een succesvol leerproces vraagt een aanzienlijke investering in tijd en betrokkenheid van zowel deelnemers als facilitators en onderzoekers. Het is noodzakelijk om vaak stil te staan bij het leerproces; als dit niet wordt gedaan, raakt het leerproces snel ondergesneeuwd door de vele verantwoordelijkheden in het dagelijks werk van deelnemers. Het creëren van eigenaarschap bij deelnemers is daarom ook van belang. Het kan ook helpen om in de beginfase verwachtingen, rollen en verantwoordelijkheden te verhelderen.
- In een leerproces wordt snel gefocust op uitwisseling van perspectieven en op gezamenlijk reflecteren. Hoewel dit een belangrijke rol speelt en door deelnemers wordt gezien als waardevol, is het formuleren en uitvoeren van concrete acties essentieel om ook daadwerkelijk te kunnen leren. Daarvoor is het van belang om een concrete leervraag op te stellen, op basis waarvan deelnemers stappen kunnen zetten.
- In een leerproces is het belangrijk om aandacht te besteden aan veranderde context, zoals nieuwe landelijke kaders of de regionale actualiteit, om te zorgen dat het traject aansluit op actuele behoeften. Tegelijkertijd is het nodig om een concrete leervraag en heldere doelstellingen te formuleren, om te voorkomen dat het proces te veel gestuurd wordt door de waan van de dag en langetermijndoelen uit het oog worden verloren.

Samenvattend vraagt het organiseren van effectieve leerprocessen om voortdurende aandacht voor context, eigenaarschap, en het expliciteren van rollen en verwachtingen. Door concrete leervragen te formuleren en deze te vertalen naar actie, ontstaat ruimte voor duurzame verandering. Dit hoofdstuk biedt daarmee handvatten voor het vormgeven van lerende evaluaties die het verandervermogen van samenwerkingsverbanden, organisaties en instituties versterken in de beweging van zorg naar preventie en gezondheid.

12 Beschouwing

Dit rapport 'Samen werken aan de beweging naar gezondheid en welzijn' is een integratie van verschillende onderzoeken over domeinoverstijgende samenwerking in het kader van het GALA en het IZA. Deze samenwerking is een belangrijke katalysator achter de beweging van zorg naar gezondheid en het vormgeven van preventie voor risicogroepen. Het rapport bouwt voort op de bevindingen uit de GALA-monitor, de Lerende evaluatie Regionale Samenwerking en de IZA-deelmonitor Regionale samenwerking. Elk hoofdstuk uit dit rapport belicht een eigen aspect van domeinoverstijgend samenwerken of onderwerpen die in het verlengde daarvan liggen. De kernboodschappen staan vooraan in elk hoofdstuk.

In deze beschouwing reflecteren we overstijgend op de bevindingen rondom domeinoverstijgende samenwerking om de beweging van zorg naar gezondheid te maken. Hierbij staan drie onderwerpen centraal: 1) domeinoverstijgende samenwerking op drie niveaus, 2) niveau-overstijgende aanbevelingen en 3) de stap van samenwerking naar gezondheid. Voor deze thema's worden de bevindingen uit de verschillende onderdelen van dit rapport beschouwd en worden (beleids)aanbevelingen gedaan die daaruit volgen. Daarna volgt een reflectie op de methode en een vooruitblik op het AZWA.

12.1 Domeinoverstijgende samenwerking: drie niveaus

Dit rapport laat zien dat er in Nederland een beweging gaande is naar verder ontwikkelde domeinoverstijgende samenwerking binnen preventie, zorg en welzijn. Dit is terug te zien op zowel lokaal als regionaal niveau. De samenwerking is breder dan de afspraken over de regionale preventie-infrastructuur, zoals gesteld in het IZA en het GALA. Zowel lokaal als regionaal is ook sprake van andere domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden die werken aan gezondheid met elk eigen doelstellingen en betrokkenheid van uiteenlopende partijen.

Uit het rapport blijkt dat domeinoverstijgend samenwerken op regionaal niveau een schakel is in het geheel, om de beweging te maken van zorg naar gezondheid en preventie voor risicogroepen vorm te geven. De samenwerking vindt plaats in verschillende 'verticale' lagen (landelijk, regionaal en lokaal niveau), die in grote lijnen overeenkomen met strategisch, tactisch en operationeel niveau. Deze niveaus bouwen op elkaar voort; de landelijke strategie vormt de basis voor regionale tactiek, die op haar beurt het lokale operationele werk aanstuurt en faciliteert. Tegelijkertijd geven lokale ervaringen en resultaten weer input voor bijsturing op regionaal en landelijk niveau, zodat het systeem continu kan leren en verbeteren.

Binnen de niveaus is sprake van 'horizontale' samenwerking. Hierbij wordt de verbinding gelegd tussen de verschillende domeinen op hetzelfde niveau. Waar de verticale as zorgt voor sturing en doorvertaling van beleid naar praktijk, zorgt de horizontale as voor de

daadwerkelijke samenwerking tussen zorg- en sociaal domein. Op strategisch niveau kan het bijvoorbeeld gaan om het harmoniseren van beleidskaders tussen landelijke koepelorganisaties. Op tactisch niveau is het bouwen van een regionale preventie-infrastructuur een voorbeeld. Op operationeel niveau kan gedacht worden aan de uitvoering door verschillende professionals van bijvoorbeeld een van de ketenaanpakken. Met stevige horizontale verbindingen op elk niveau kan de verticale wisselwerking optimaal functioneren. Deze werking van verticale en horizontale samenwerking is goed terug te zien in het praktijkvoorbeeld rondom het versterken van de sociale basis (zie hoofdstuk 3 en 8).

Uit het rapport komen verschillende observaties en aanbevelingen naar voren, die passend zijn bij een specifiek niveau. In tekstbox 12.1, 12.2 en 12.3 wordt hiervan een overzicht gegeven. Sommige aanbevelingen kunnen overigens ook relevant zijn voor een van de andere niveaus. In paragraaf 12.2 staan aanbevelingen die op alle niveaus van toepassing zijn.

Tekstbox 12.1 Aanbevelingen en observaties rondom domeinoverstijgend samenwerken op strategisch (landelijk) niveau op basis van de bevindingen in het rapport

Strategisch niveau: De visie en de kaders

Op dit niveau worden de langetermijnvisie, de financieringsstromen en het beleid bepaald. Dit speelt met name op landelijk niveau.

Aanbevelingen op het strategische niveau zijn:

- Zorg voor duidelijke kaders en langetermijnvisie: Er is behoefte aan heldere, landelijke kaders en een gezamenlijke langetermijnvisie die richting geeft aan de regionale en lokale samenwerking. Deels is dit met het sluiten van de akkoorden gebeurd. Hierbij is het wel belangrijk om:
  - Duidelijkheid te creëren in de samenhang. Vaak worden de akkoorden nog als aparte trajecten gezien, terwijl er grote overlap is en de akkoorden in elkaars verlengde liggen.
  - De eerste ‘A’ van aanvullend uit het AZWA juist te framen. Met het sluiten van het AZWA bestaat de kans dat er ‘weer een nieuw akkoord’ komt, terwijl het aanvullend is op de bestaande akkoorden. Het risico bestaat dat met het sluiten van het AZWA de afspraken rondom het IZA en het GALA naar de achtergrond verdwijnen.
- Richt financiering structureel in, met ruimte voor flexibiliteit: Zorg voor voldoende en structurele middelen, met ruimte om te kunnen aansluiten op de regionale en lokale context. Onzekerheid over toekomstige financiering is de meest genoemde belemmering bij zowel de ketenaanpakken als de GALA-thema's.
- Investeer vanuit beleid in ondersteunende randvoorwaarden: Ontwikkel landelijke handreikingen voor implementatie en monitoring. Rond de ketenaanpakken is er bijvoorbeeld vraag naar duidelijkheid rondom uitwerking, rollen en financiering.

Tekstbox 12.2 Aanbevelingen en observaties rondom domeinoverstijgend samenwerken op tactisch (regionaal) niveau op basis van de bevindingen in het rapport

Tactisch niveau: De verbinding en afstemming

Dit is de schakel tussen landelijk beleid en de praktijk. Strategische doelen worden vertaald naar de regionale doelen op de middellange termijn. Dit is in het huidige rapport met name op regionaal niveau, maar het kan ook op lokaal niveau zijn, bijvoorbeeld bij het opstellen van integraal gezondheidsbeleid binnen gemeenten. Een belangrijk onderdeel van het tactische niveau is de preventie-infrastructuur. Het rapport laat zien waar deze infrastructuur staat, maar er is een verschil in de perceptie tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de kwaliteit van de samenwerking. Daarnaast is de ervaren effectiviteit binnen de preventie-infrastructuur in de IZA-regio's lager in vergelijking met de andere domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden.

Aanbevelingen op het tactische niveau zijn:

- Investeer in de relatie rondom de preventie-infrastructuur om het gedeelde eigenaarschap van de maatschappelijke opgaven in de regio te versterken.
- Versterk regionale afspraken: Maak concretere afspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en de GGD over rollen, verantwoordelijkheden, coördinatie en financiering. Herzie deze afspraken periodiek om te blijven aansluiten bij de regionale ontwikkelingen. Zorg wel voor voldoende ruimte om indien mogelijk lokaal maatwerk te kunnen toepassen.
- Zorg voor daadkracht. De samenwerking wordt nog onvoldoende vertaald naar gezamenlijke besluitvorming. In veel regio's is wel sprake van overleg en afstemming, maar blijven scherpe keuzes en concrete afspraken over verantwoordelijkheden, prioriteiten en middelen nog beperkt.

Tekstbox 12.3 Aanbevelingen en observaties rondom domeinoverstijgend samenwerken op operationeel (lokaal) niveau op basis van de bevindingen in het rapport

Operationeel niveau: De uitvoering in de praktijk

Dit is het niveau waar de plannen zichtbaar en voelbaar worden. Vaak kent dit een meer lokaal karakter.

Aanbevelingen op het operationele niveau zijn:

- Stel een coördinator aan: Een veel genoemde bevorderende factor is het aanstellen van een coördinator of projectleider die de samenwerking en uitvoering van aanpakken aanjaagt.
- Zorg voor capaciteit en borging: Activiteiten, waaronder de ketenaanpakken, bevinden zich vaak nog in een opstart- of ontwikkelfase. Zorg dat er voldoende structurele financiering en personele inzet is, bijvoorbeeld in beleidsplannen en functies.
- Investeer in inwonerparticipatie: Betrek inwoners actief bij het vormgeven van beleid, activiteiten en besluitvorming (co-creatie), en investeer in het faciliteren van inwonersinitiatieven en vrijwilligerswerk.
- Realiseer duurzame samenwerking en monitoring: Maak heldere samenwerkingsafspraken tussen verschillende domeinen en externe partijen. Monitor gezamenlijk de voortgang, uitkomsten en impact van gezondheidsbeleid. Gebruik lokale leerprocessen en netwerken om kennis te delen en te verbeteren.

- Bereik mensen in een kwetsbare situatie: Het is belangrijk dat er blijvende aandacht is voor mensen in een kwetsbare situatie en dat er (meer) handvatten komen om hen te bereiken. Mogelijkheden hiervoor zijn onder andere het betrekken van de domeinen armoede, schuld, werk, inkomen, wonen en het betrekken van wijkverenigingen en de doelgroep zelf bij vormgeving en inrichting van de aanpak.

12.2 Niveau-overstijgende aandachtspunten

Er zijn ook aandachtspunten die niveau-overstijgend zijn. Deze gelden voor alle niveaus, zoals het hebben van goede samenwerkingsrelaties, of ze gaan over het schakelen tussen de verschillende niveaus. Hieronder staan de aanbevelingen beschreven.

Continue wisselwerking tussen regionaal en lokaal is nodig
De verschillende niveaus roepen de vraag op wat regionaal (tactisch) en wat lokaal (operationeel) het beste opgepakt kan worden. Een kort antwoord is niet te geven. Kijkend naar de bevindingen heeft het regionale niveau schaalvoordelen; de mogelijkheid om doelstellingen breder te trekken, meer partijen aan zich te binden en een breder platform te bieden om te kunnen leren van elkaar. Nadeel is de complexiteit die het werken met meerdere partijen met zich meebrengt, het vertalen van regionale ambities naar lokale uitvoering, en de ervaren traagheid waarmee veranderingen worden bereikt.

Lokale samenwerking heeft maatwerk als voordeel; er kan worden ingespeeld op specifieke behoeftes van de inwoners. Er zijn korte lijntjes, want professionals staan dicht bij de doelgroep en voelen een hoge mate van betrokkenheid. Het nadeel van een lokale aanpak van preventie is dat het kan leiden tot versnippering en ongelijkheid tussen gemeenten in het aanbod en de kwaliteit van preventie. Daarom is het belangrijk om ook op regionaal niveau samen te komen, van elkaar te leren en duidelijke kaders te formuleren voor de aanpak van preventie. Een voortdurende wisselwerking tussen het regionale en lokale niveau is dus essentieel en dit vraagt om een scherp gesprek. Deze balans staat ook beschreven in een essay van de Raad van Volksgezondheid & Samenleving [44].

Samenwerken vraagt om continue investering in relatie
De horizontale samenwerking op verschillende niveaus is geen statisch gegeven. Doelen veranderen, nieuwe partijen sluiten aan. Daarnaast staat de samenwerking onder continue druk door bijvoorbeeld snelle veranderingen in landelijk beleid, zoals een nieuw akkoord of andere financieringsstromen. Deze druk leidt soms tot een nieuwe dynamiek, die enerzijds kan bijdragen aan versnelling, maar anderzijds spanning kan oproepen ten opzichte van een eerder ontwikkelde samenwerkingsrichting. Om domeinoverstijgend samen te werken is er vertrouwen, draagvlak, gedeelde urgentie en een sterke motivatie nodig. Dit zijn geen onbekende begrippen. Recentelijk is bijvoorbeeld ook de handreiking gepubliceerd waarin een aantal basiselementen voor het opzetten van domeinoverstijgende samenwerking worden benoemd [45]. Uit het rapport blijkt dat deze elementen nog niet overal zijn

bereikt. En waar dit wel is bereikt, vraagt het om een continue investering in de samenwerkingsrelatie.

Blijven leren is belangrijk
Teruggaan naar de basis waarom de (domeinoverstijgende) samenwerking nodig is en elkaar daarin vinden, blijft essentieel. Samen leren en het ontwikkelen van eigenaarschap over regionale opgaven vraagt om tijd en ruimte voor het ontwikkelen van vertrouwen en het delen van kennis. Dit zijn aspecten waarbij een langetermijnvisie essentieel is. Het kan hierbij behulpzaam zijn om hier in gezamenlijkheid op te reflecteren. De lerende evaluatie regionaal samenwerken (LeRS) en het RIVM GALA-leernetwerk onder gemeenten en de LeRS leercasussen laten hierbij mooie voorbeelden zien.

Meer inzicht in aanbod en bereik
Op alle niveaus is het van belang om (meer) cijfers te hebben. Hiermee kan bepaald worden of de akkoorden daadwerkelijk ergens toe leiden en kan de beweging van het zorgdomein naar het sociaal domein beter gevolgd worden. Door meer te kwantificeren is het daarnaast mogelijk om te kunnen leren en om vergelijkingen te kunnen maken, zowel lokaal, regionaal als landelijk.

Het zou helpen als er (landelijk uniforme) registratiedata uit het sociaal domein beschikbaar komt. Een eerste stap is cijfers over het aanbod en bereik van activiteiten die in het kader van de akkoorden worden uitgevoerd. Hierbij zijn in het bijzonder de ketenaanpakken van belang. Deze moeten blijvend gevolgd worden, omdat ze bijna één op één als basisfunctionaliteit in het AZWA zijn opgenomen. Het registreren rondom de ketenaanpakken geldt zowel voor het sociaal domein als voor registraties in de zorg. Tot op heden zijn deze cijfers nog beperkt beschikbaar. Daarom moet de komende tijd gewerkt worden aan hoe die informatie geregistreerd kan worden, voor zowel de ketenaanpakken als andere relevante interventies.

Structurele en voldoende financiering op alle niveaus wenselijk en te organiseren
Op alle lagen komt de wens naar structurele en voldoende financiering terug. Hierbij wordt vaak alleen gekeken naar het strategisch niveau voor een landelijke regeling. Uiteraard is dat nodig en zorgt het voor duidelijkheid en stabiliteit. Tegelijk bleek uit de duidingssessie met een aantal gemeenten dat met de nodige wil en creativiteit op het lokale niveau de budgetten aangevuld kunnen worden of toereikend zijn.

12.3 Van samenwerken naar gezondheid

Het derde deel van deze beschouwing is de stap van samenwerken naar gezondheid. Met het GALA en het IZA wordt gestreefd naar een goede gezondheid van de Nederlandse bevolking. Het GALA stelt een gezonde generatie 2040 als stip op de horizon. In het IZA staat, naast toegankelijkheid en betaalbaarheid, samenwerken voor passende zorg en ondersteuning - samen met de patiënt, op de juiste plek – centraal, en ligt de nadruk op gezondheid in plaats van ziekte. Het is echter de verwachting dat veranderingen in gezondheid zelf pas op de langere termijn zichtbaar worden (zie ook paragraaf 15.3 van het eerste rapport

van de GALA-monitor [12]. Het is daarom belangrijk om ook inzicht te hebben in de tussenstappen die gezet worden. Hierboven gaat het veelal over samenwerkingen, processen en procesafspraken. Hieronder wordt een aantal stappen van samenwerking richting een gezondere generatie uitgelicht; het komen van ambitie naar actie bij GALA-thema's, van afspraken naar aanbod in de ketenaanpakken en van aanbod naar bereik. De aanbevelingen die hieruit volgen, spelen op het operationele niveau en zijn opgenomen in tekstbox 12.3.

GALA-thema's: van ambitie naar actie
Een manier om te kijken in hoeverre de beweging die is ingezet met het IZA en het GALA inwoners bereikt, is door te kijken of er activiteiten worden ontwikkeld. Uit de resultaten bij de GALA-thema's blijkt dat gemeenten steeds beter in staat zijn hun ambities om te zetten in acties. Ook DSV's blijken in te zetten op de GALA-thema's. Gemeenten noemen bij het uitvoeren van de activiteiten rondom de GALA-thema's de domeinoverstijgende samenwerking en samenwerking met externe partijen als een van de bevorderende factoren.

Ketenaanpakken: van afspraken naar aanbod
In het GALA en het IZA spelen de ketenaanpakken een belangrijke rol om te komen tot een gezonde generatie. Ook bij de inrichting van de ketenaanpakken wordt vooruitgang gezien. Dat blijkt zowel uit de toename van het aantal gemeenten waarin gestart is met de inrichting, als het aantal stappen dat daarbij al is gezet in gemeenten. De volgende stap is die naar aanbod. In lang niet alle gemeenten waarin is gestart, blijkt er ook daadwerkelijk aanbod te zijn (hoeveel mensen worden doorverwezen/ nemen deel). Belemmeringen die (ook) hier worden genoemd zijn onduidelijkheid over en onvoldoende structurele middelen, beperkte capaciteit bij professionals in het zorg- en sociaal domein, en geen optimale samenwerking met huisartsen.

Cijfers over het aanbod bij de ketenaanpakken zijn nog beperkt beschikbaar. Voor sociaal verwijzen had vorig jaar minder dan de helft van de gemeenten zicht op hoeveel verwijzingen naar een brugfunctionaris worden gedaan [15]. Voor Valpreventie zijn wel cijfers beschikbaar over het aantal ouderen waarbij een valrisicotest wordt afgenomen of het aantal ouderen dat meedoet aan een valcursus. Uit een eerdere rapportage blijkt echter dat het aanbod nog achterblijft ten opzichte van de gestelde doelen [14].

Van aanbod naar bereik: mensen in een kwetsbare situatie
Om te komen tot een gezonde generatie is het belangrijk dat áls er aanbod is, de juiste mensen worden bereikt; de mensen die het (het hardst) nodig hebben. Zowel in het GALA als het IZA is het terugdringen van gezondheidsverschillen en -achterstanden een belangrijk thema. Op verschillende plekken in dit rapport komt naar voren dat het bereiken van mensen in een kwetsbare situatie echter nog een uitdaging is. Hoewel in dit rapport de gezondheidsverschillen niet gekwantificeerd worden, lijkt het op basis van deze geconstateerde uitdaging erop, dat op de huidige manier de ambitie van het terugdringen van verschillen niet gehaald gaat worden. Het is overigens al langer bekend dat gezondheidsverschillen hardnekkig zijn en moeilijk terug te dringen, ondanks vele (beleids)inspanningen [1, 46].

12.4 Reflectie op dit rapport (methode)

De kracht van het huidige rapport is dat de bevindingen en inzichten zijn gestoeld op een mix van methoden en bronnen. Hiermee is de beweging rondom domeinoverstijgende samenwerking vanuit verschillende perspectieven en op diverse niveaus belicht.

Voor de vragenlijsten over het GALA onder zowel gemeenten, zorgverzekeraars als GGD'en is een hoge respons behaald (respectievelijk 320 van de 342 gemeenten, 36 van de 38 zorgverzekeraars, en 21 van de 25 GGD'en). Naast deze hoge respons is door respondenten ook goed gebruikgemaakt van de open antwoorden, zeker bij de gemeenten. Dit heeft waardevolle aanvullende kwalitatieve inzichten gegeven in hoe de uitkomsten van de vragenlijst geduid moeten worden. Daarnaast was het ook bevestigend (validerend) op bevindingen uit eerder kwalitatief onderzoek, bijvoorbeeld op bevorderende en belemmerende factoren bij de uitvoering van de ketenaanpakken. De respons voor de DSV's is niet te bepalen, aangezien het totaal aantal DSV's in Nederland onbekend is. Met een reactie van 90 programmamanagers van DSV's verdeeld over Nederland kan echter wel een beeld worden gegeven. Met de reacties vanuit de IZA-regio's, waarvan 70% heeft gereageerd, kan ook een informatieve vergelijking worden gemaakt tussen de totale groep DSV's en de specifieke subgroep van IZA-regio's binnen de totale groep.

Bij het interpreteren van de bevindingen moet worden meegewogen dat deze zijn gebaseerd op het perspectief van de respondenten van de verschillende dataverzamelingen. Het is mogelijk dat als iemand anders van dezelfde organisatie had deelgenomen, een ander beeld was verkregen. Er zijn echter tussen de diverse dataverzamelingen in dit rapport en in vergelijking met soortgelijke onderzoeken geen grote verschillen. In de vragenlijsten die voor het GALA zijn uitgezet onder gemeenten en zorgverzekeraars zijn bij sommige vragen de antwoorden van het jaar ervoor ingevuld. Hiermee wordt voorkomen dat veranderingen over de tijd veroorzaakt worden doordat iemand anders de vragenlijst invult dan het jaar ervoor. Een risico hiervan is echter dat de respondenten wat meer beïnvloed werden door het vooraf ingevulde antwoord. Ook als andere partijen bevraagd zouden zijn, zou het beeld wellicht anders zijn. De resultaten moeten dus echt gezien worden als een indicatie van de voortgang.

Bij de resultaten van de ketenaanpakken wordt vaak gesproken over het aantal gemeenten waarin een ketenaanpak is gestart of processtappen zijn gezet. Hierdoor lijkt het misschien dat de verantwoordelijkheid bij de gemeenten ligt, terwijl het opzetten van de ketenaanpakken per definitie een gezamenlijke opgave is van de ketenpartners. Door zorgverzekeraars ook te vragen naar processtappen is geprobeerd het beeld van de voortgang van de ketenaanpakken breder neer te zetten. Daarnaast zijn in de verdiepende praktijkvoorbeelden partijen uit bijvoorbeeld het zorgdomein meer bevraagd.

De verzamelde gegevens gaan veelal over samenwerkingen en processen en procesafspraken. Dit wordt als tussenstap gezien richting uiteindelijke veranderingen in gezondheid. Om te bepalen of de

akkoorden daadwerkelijk ergens toe leiden, is het van belang om ook andere gegevens in beeld te gaan brengen. Zoals cijfers over het aanbod en bereik van keten- of andere aanpakken (zie paragraaf 12.2). Het zal echter wel complex blijven om de meerwaarde van (domeinoverstijgende) samenwerking aan te tonen via veranderingen in uitkomsten. Daarom blijft het belangrijk om ook door middel van een kwalitatieve verdieping domeinoverstijgend samenwerken in de transformatie van zorg naar gezondheid te volgen.

Het rapport geeft een landelijk beeld van de voortgang op verschillende onderdelen van het GALA en het IZA. Deze inzichten kunnen ook relevant zijn voor de regio's. Verschillende cijfers uit dit rapport staan op regioniveau gepresenteerd op www.regiobeeld.nl. Voor de komende tijd is het belangrijk om met de regio's en GGD'en te kijken hoe regio's de cijfers en bevindingen uit dit rapport kunnen gebruiken.

12.5 Op naar het AZWA

Inmiddels is het AZWA ondertekend en worden de daarin gemaakte afspraken uitgewerkt. In het AZWA wordt gesteld dat partijen op de goede weg zijn en door willen met de ingezette beweging, maar dat het wel beter moet en kan. Daarom worden met de komst van het AZWA de bestaande akkoorden (naast het IZA en het GALA gaat het ook over het WOZO/HLO) verbreed, geconcretiseerd en geïntensiveerd. Dit gebeurt onder andere door afspraken te maken over het versterken en verankeren van de samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein via basisfunctionaliteiten (onderdeel D5) en een basisinfrastructuur (onderdeel D6). Veel van de ketenaanpakken uit het GALA en het IZA vallen onder deze basisfunctionaliteiten.

AZWA: Aanvullend en niet vervangend
Het is belangrijk dat het AZWA de gewenste stabiliteit brengt en echt aanvullend is op de bestaande akkoorden en deze niet vervangt. Dit is ook benoemd bij de aanbevelingen op het strategische niveau. De term preventie-infrastructuur komt in het AZWA bijvoorbeeld maar twee keer terug, terwijl dit wel een belangrijk onderdeel is voor het vormgeven van preventie in het GALA en het IZA en hier de afgelopen jaren hard aan is gewerkt. Tegelijk wordt een nieuwe term geïntroduceerd, te weten de basisinfrastructuur. Hiermee wordt beoogd een basis te leggen voor herkenbare en lokale voorzieningen waarmee het sociaal domein en de zorg samenwerken aan preventie. Dit speelt zich vooral af op het lokale niveau. Het risico is daarbij dat door de afspraken rondom de basisinfrastructuur de opgezette samenwerking rondom de preventie-infrastructuur naar de achtergrond verschuift, terwijl met de preventie-infrastructuur juist de verbinding tussen de lokale basisinfrastructuur, de basisfunctionaliteiten en de regionale en langjarige inzet op preventie kan worden gemaakt. Ook is het belangrijk dat de aandacht voor bepaalde thema's, zoals gezonde leefomgeving, blijft bestaan, ook al komt dit in het AZWA niet of nauwelijks terug.

Structurele financiering
Duidelijkheid over structurele financiering is een wens die ook in de eerdere rapportages van de GALA-monitor naar voren kwam. Er wordt momenteel een SPUK voorbereid om financiële middelen uit te keren

aan gemeenten voor het uitvoeren van de basisfunctionaliteiten en het uitbouwen van de sociale en gezonde basisinfrastructuur [47].[53] Hoewel wordt onderzocht wat vanaf 2030 een structurele bekostigingswijze is, is de financiering opnieuw tijdelijk (looptijd is drie jaar) en met het oog op gewenste continuïteit aan de late kant. De onzekerheid rondom de financiering is een terugkerend knelpunt (ref GALA-rapport 2024 en 2025) en wordt vooralsnog hiermee dus niet weggenomen.

Handreikingen met balans tussen kaders en lokaal maatwerk
Een onderdeel van de afspraken in het AZWA is het uitwerken van handreikingen per basisfunctionaliteit[54]. Hierin worden per basisfunctionaliteit rollen, taken en verantwoordelijkheden beschreven. Ook voor de preventie-infrastructuur is een handreiking geschreven, hoewel niet als onderdeel van de afspraken in het AZWA. Uit de bevindingen in dit rapport blijkt dat er zeker behoefte is aan deze handreikingen, met name op tactisch niveau. Het werkt bevorderend als partijen weten wat er van elkaar verwacht mag worden en welke rol iedereen heeft. Bij het opstellen van de handreikingen is het wel zaak een balans te vinden tussen het geven van kaders en de ruimte om lokaal maatwerk te kunnen toepassen.

Daarnaast is het aan te bevelen om naast rollen en verantwoordelijkheden in de handreiking ook een advies voor (basale/minimale) monitoring op te nemen voor de gehele keten (zowel zorg als sociaal). Dit zou helpend zijn voor de monitoring rondom de basisfunctionaliteiten, zowel landelijk, regionaal als lokaal. Hierbij moeten wel scherpe keuzes gemaakt worden welke data voor monitoring nodig zijn, om de registratielast te beperken.

12.6 Tot slot

Domeinoverstijgend samenwerken rondom de beweging naar gezondheid is meer dan een afspraak tussen partijen op landelijk niveau, is meer dan een plan van partijen op regionaal niveau in een preventie-infrastructuur en is meer dan een lokale samenwerking bij het aanbieden van een ketenaanpak. Samenwerking vindt op veel verschillende manieren plaats. Het is een complex veld van interacterende netwerken, onder continue druk van beleid, doelstellingen en financiële mogelijkheden. Dit vraagt creativiteit van betrokken actoren om vanuit een gedeelde visie en ambitie binnen de mogelijkheden tot oplossingen te komen. Op landelijk niveau zijn rust, stabiliteit en duidelijkheid gewenst. Het regionale niveau vraagt om regie, coördinatie en gezamenlijke visie. Lokaal moet de stap naar uitvoering gemaakt worden, met ruimte voor maatwerk.

[53] De dataverzameling voor dit rapport heeft plaatsgevonden voordat deze kamerbrief uitkwam.
[54] De handreikingen worden gepubliceerd op https://www.zorgakkoorden.nl/. Ten tijde van het schrijven van dit rapport waren deze nog niet gepubliceerd.

Dankwoord

Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van vele anderen. We zijn dank verschuldigd aan de deelnemers van de vragenlijsten en de mensen die we mochten interviewen. Ook danken we de deelnemers aan de focusgroepen, de leertrajecten en aan het RIVM leernetwerk GALA-monitor.

Literatuur

1. Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid, *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. 2018, WRR: Den Haag.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Integraal Zorg Akkoord, Samen werken aan gezonde zorg*. 2022, Rijksoverheid: Den Haag.
3. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *GALA Gezond en Actief Leven Akkoord. Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
4. van Vooren, N., et al., *IZA-deelmonitor. Naar meer regionale samenwerking; 1-meting*. 2025, RIVM: Bilthoven.
5. Vugts, M., et al., *Vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden voor de transformatie van zorg naar gezondheid. Tussenrapportage Lerende evaluatie Regionale Samenwerking*. 2025, RIVM: Bilthoven.
6. Keij, B., et al., *IZA-deelmonitor. Naar meer regionale samenwerking. Nulmeting*. 2024, RIVM: Bilthoven.
7. Provan, K.G. and P. Kenis, *Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness.* Journal of public administration research and theory, 2008. **18**(2): p. 229–252.
8. Provan, K.G. and H.B. Milward, *Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks.* Public administration review, 2001. **61**(4): p. 414–423.
9. van Vooren, N.J., et al., *Cross-sector collaboration for a healthy living environment—which strategies to implement, why, and in which context?* International journal of environmental research and public health, 2020. **17**(17): p. 6250.
10. Termeer, C.J. and A. Dewulf, *A small wins framework to overcome the evaluation paradox of governing wicked problems.* Policy and Society, 2019. **38**(2): p. 298–314.
11. VNG. *Werkwijze & structuur van de samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars*. 2017 [cited 2024 16 oktober]; Available from: https://vng.nl/artikelen/werkwijze-structuur-van-de-samenwerking-gemeenten-en-zorgverzekeraars#:~:text=Samenwerken%20met%20zorgverzekeraars%20(en%20zorgkantoren)%20is%20voor%20gemeenten.
12. Kemper, P., et al., *GALA-monitor 2025. Van ambitie naar actie*. 2025, RIVM: Bilthoven.
13. Loket Gezond Leven. *Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij het landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas*. 2025 [cited 2025 6 juni]; Available from: https://www.loketgezondleven.nl/documenten/handreiking-voor-zorgverzekeraars-en-gemeenten-bij-landelijk-model-ketenaanpak-voor.

14. Baâdoudi, F., et al., *Valpreventie in Beweging. Monitor Valpreventie: Stand van zaken ketenaanpak in 2024 en eerste kwartaal 2025*. 2025, RIVM: Bilthoven.
15. Pelle-Geijen, P., et al., *Ketenaanpak sociaal verwijzen 2025. Een stand van zaken op basis van de GALA-monitor*. 2025, RIVM: Bilthoven.
16. Storm, I., et al., *Measuring stages of health in all policies on a local level: the applicability of a maturity model.* Health policy, 2014. **114**(2-3): p. 183–191.
17. Brus, I., et al., *Van herkennen tot harmoniseren: de stand van lokaal integraal gezondheidsbeleid rond GALA.* Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2026.
18. RIVM, *Integraal werken aan gezondheid. Ervaringen van gemeenten uit het GALA-leernetwerk*. 2026, RIVM: Bilthoven.
19. Gemeente Roosendaal, *The road to impact 2025*. 2026, Gemeente Roosendaal: Roosendaal.
20. RIVM, *Gezonde leefomgeving in de regionale en lokale praktijk: monitoringsonderzoek Programma Gezonde Leefomgeving (2023-2026)*. 2026, RIVM: Bilthoven.
21. Kennisportaal klimaatadaptatie. *Nieuwe handreiking in de maak die gemeenten helpt bij hitteplannen*. 2025 [cited 2026 15 juni]; Available from: https://klimaatadaptatienederland.nl/actueel/actueel/nieuws/2025/nieuwe-handreiking-hitteplannen/.
22. Vader, S., et al., *Sociale basis in de gemeentelijke beleidsvisies*. 2026, RIVM: Bilthoven.
23. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kamerbrief laatste voortgangsrapportage eén tegen eenzaamheid en aanpak eén tegen eenzaamheid 2026* 2025, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
24. Trimbos Instituut. *Over opgroeien in een kansrijke omgeving*. 2025 [cited 2025 26 mei]; Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/programmas/opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/over-opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/#oko-gemeenten.
25. van Huizen, N. and R. van der Hoeve, *Locatiemonitor gemeenten 2025*. 2025, Ipsos I&O: Amsterdam.
26. JOGG, *Overzicht maart 2026, op basis van de samenwerkingsovereenkomsten tussen JOGG en gemeenten. Opgevraagd bij JOGG*. 2026, JOGG.
27. Evaluatie gezonde school, *Cijfers opgevraagd bij afdeling Gezond Leven, RIVM*. 2025, RIVM: Bilthoven.
28. Anthonio, G. and J. Kooistra, *Onderzoek- en adviesrapport, "Verkennend onderzoek naar de stand van zaken en ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten"*. 2024, Galan Groep.
29. Landelijk ondersteuningsteam laagdrempelige steunpunten, *Landelijk en regionaal beeld laagdrempelige steunpunten - monitoring*. 2025, Significant groep, Mind en Pluut & Partners.
30. van den Brink, C., et al., *Rapportage GALA-monitor 2024. Eerste stand van zaken*. 2024, RIVM: Bilthoven.

31. Movisie. *Wat rekenen we wel tot de sociale basis en wat niet?* 2024 [cited 2024 17 oktober]; Available from: https://www.movisie.nl/publicatie/wat-rekenen-we-wel-tot-sociale-basis-wat-niet.
32. Movisie. *Wat is sociale basis precies?* 2024 [cited 2024 27 september]; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/wat-sociale-basis-precies.
33. De Jong, M.A., A. Wagemakers, and M.A. Koelen, *"We Don't assume that everyone has the same idea about health, do we?" Explorative study of citizens' perceptions of health and participation to improve their health in a low socioeconomic city district.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020. **17**(14): p. 4958.
34. Broeder, L.d., et al., *Kiezen voor een gezonde toekomst. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024*. 2024, RIVM: Bilthoven.
35. van der Grient, N., et al., *Onderzoek naar leefstijlgedragingen. Eindrapportage juli 2024*. 2024, D&B.
36. Rodriguez, M., et al., *Het belang van een brede aanpak en persoonlijk contact. Ervaringen van kinderen en gezinnen met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht*. 2025, RIVM: Bilthoven.
37. Oosterhoff, M., et al., *Deelname en uitval bij de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Wie en waarom?* 2025, RIVM: Bilthoven.
38. Vugts, M., et al., *Indicatoren om de verandering naar de Juiste Zorg Op de Juiste Plek te volgen: een Delphi-studie*. 2023, RIVM: Bilthoven.
39. OECD, *Health at a glance 2025. OECD indicators*. 2025, OECD.
40. NZa. *NZa: wachttijden ggz blijven lang*. 2025 [cited 2026 4 juni]; Available from: https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/02/11/nza-wachttijden-ggz-blijven-lang.
41. Nederlandse Zorgautoriteit. *Dataset wachttijden medisch-specialistische zorg*. 2026 [cited 2026 9 juni]; Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_651798_22/1/.
42. Arslan, I., et al., *De beweging naar een sterkere eerste lijn. 1-meting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord* 2025, Nivel: Utrecht.
43. Peeters, R., et al., *Getting our hopes up: How actors perceive network effectiveness and why it matters.* Social science & medicine, 2023. **325**: p. 115911.
44. Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving. *De regio als redding? Over de dilemma's rond regionaal werken aan gezondheid en zorg en het belang van balanceren*. 2026 [cited 2026 4 juni]; Available from: https://adviezen.raadrvs.nl/de-regio-als-redding/.
45. RIVM, *Handreiking voor gemeente en GGD: vanuit sociaal en ruimtelijk perspectief samen werken aan een gezonde leefomgeving*. 2026, RIVM: Bilthoven.
46. Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving. *Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. 2025 [cited 2026 4 juni]; Available from: https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/.

47. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *AZWA-afspraken D5 en D6 en financieringsinstrument* 2026, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport: Den Haag.
48. Peeters, R., et al., *So happy together: a review of the literature on the determinants of effectiveness of purpose-oriented networks in health care.* Medical Care Research and Review, 2023. **80**(3): p. 266–282.
49. Van Vooren, N., et al., *Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives.* Health Policy, 2020. **124**(1): p. 37–43.
50. Lasker, R.D., E.S. Weiss, and R. Miller, *Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage.* The Milbank Quarterly, 2001. **79**(2): p. 179–205.
51. Simons, T.L. and R.S. Peterson, *Task conflict and relationship conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust.* Journal of applied psychology, 2000. **85**(1): p. 102.
52. Cramm, J.M., M.M. Strating, and A.P. Nieboer, *Development and validation of a short version of the Partnership Self-Assessment Tool (PSAT) among professionals in Dutch disease-management partnerships.* BMC research notes, 2011. **4**(1): p. 224.
53. Hearld, L.R., J.A. Alexander, and J.N. Mittler, *Fostering change within organizational participants of multisectoral health care alliances.* Health Care Management Review, 2012. **37**(3): p. 267–279.
54. Nundy, S., L.A. Cooper, and K.S. Mate, *The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity.* Jama, 2022. **327**(6): p. 521–522.
55. Lips, S.R., et al., *Gezonde geboortezorg met de dynamische leeragenda: Toolbox Reflectie en Actie voor verloskundige samenwerkingsverbanden.* 2015.

Bijlage 1 Methode

Deze bijlage geeft een nadere beschrijving van de databronnen die in deze rapportage zijn gebruikt (zie tabel 1) met toelichting per databron.

De kracht van het huidige rapport ligt in het feit dat de bevindingen en inzichten zijn gestoeld op een mix van methoden en bronnen. Hiermee is de beweging rondom domeinoverstijgende samenwerking vanuit verschillende perspectieven en op diverse niveaus belicht. Er is gebruikgemaakt van vragenlijstonderzoek, interviews, focusgroepen, duidingssessies en rapporten van andere organisaties. Daarbij zijn verschillende stakeholders (programmamanagers van DSV's, vertegenwoordigers van gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en professionals uit zorg- en welzijn) bevraagd en is een brede scope gehanteerd, met aandacht voor zowel verschillende bestuurlijke als geografische niveaus. De praktijkvoorbeelden en leercasussen geven een verdiepend beeld van de dynamiek rondom samenwerken, succesfactoren en knelpunten.

Tabel 1 Gebruikte databronnen per hoofdstuk.

	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11
A. DSV-vragenlijst onder programmamanagers	X	X							X	
B. DSV-focusgroepen		X								
C. GALA-vragenlijsten onder gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en			X	X	X	X	X			
D. GALA-duidingssessies met gemeenten en zorgverzekeraars			X			X				
E. GALA-leernetwerk voor gemeenten						X				X
F. GALA-interviews gezondheidsverschillen						X				
G. GALA-interviews praktijkvoorbeelden							X			
H. GALA-literatuuronderzoek								X		
I. GALA-straatinterviews								X		
J. LeRS-leercasussen										X
K. Secundair gebruikte gegevens									X	

A. DSV-vragenlijst onder programmamanagers

Opzet en data-verzameling
Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van gegevens uit een vragenlijst, ingevuld door een programmamanager of andere persoon die een DSV (als geheel) kon vertegenwoordigen. Met deze vragenlijst zijn er in drie opeenvolgende rondes gegevens verzameld: ronde één vond plaats tussen september en december 2023, ronde twee tussen november 2024 en januari 2025, en ronde drie tussen november 2025 en januari 2026. Met deze longitudinale opzet worden ontwikkelingen en veranderingen binnen DSV's over een langere periode gevolgd.

De vragenlijst is ontworpen op basis van inzichten uit de literatuur over effectiviteit van doelgerichte netwerken en principes voor duurzame gezondheids- en welzijnssystemen [48, 49]. Daar waar vragen gericht zijn op latente constructen, zoals leiderschap en vertrouwen, is er zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gevalideerde instrumenten. Hierbij is zowel aandacht besteed aan validiteit, praktische toepasbaarheid binnen de Nederlandse context en het beperken van de lengte van de vragenlijst als geheel.

De vragenlijst is digitaal verspreid onder programmamanagers en coördinatoren van actieve DSV's in Nederland. Een combinatie van uitnodigingen via email en open disseminatiekanalen, waaronder nieuwsbrieven, LinkedIn-berichten en relevante leer- en beleidsnetwerken zijn gebruikt. In elke ronde werden er twee reminder e-mails verstuurd naar contacten die nog niet hadden gereageerd, om de respons te verhogen en non-respons te beperken.

Potentiële partnerschappen zijn geïdentificeerd op basis van meerdere bronnen:

- openbare registraties van samenwerkingsinitiatieven;
- bestaande contactlijsten van het RIVM;
- professionele netwerken van onderzoekers;
- eerdere inventarisaties van regionale samenwerking;
- nationale subsidieprogramma's gericht op populatiegerichte samenwerking.

In de eerste ronde (2023) werden circa 246 initiatieven rechtstreeks per email benaderd, aangevuld met uitnodigingen verstuurd door ZonMW aan ongeveer 176 projecten die deelnamen aan recente subsidieprogramma's. Voor de tweede ronde (2024/2025) is een geactualiseerde database van circa 533 potentiële initiatieven gebruikt. In ronde 3 zijn directe uitnodigingen verstuurd aan de 172 DSV's die in ronde 1 of in ronde 2 de vragenlijst hadden ingevuld en aan alle 42 IZA-(sub)regio's. Op deze manier werd gestreefd naar een zo representatief mogelijke afspiegeling van actieve DSV's in Nederland. De populatie van DSV's kan niet worden vastgesteld. Aangenomen kan worden dat deze inter-organisatorische netwerken flexibel zijn en de populatie voortdurend verandert.

Om te waarborgen dat de steekproef daadwerkelijk bestond uit DSV's, zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- Het partnerschap bestaat uit ten minste drie organisaties die samen een duidelijke ambitie delen om zorg of ondersteuning voor inwoners in een afgebakende geografische regio te verbeteren.
- De deelnemende organisaties opereren in minimaal twee verschillende beleidsdomeinen, te weten:
  - Sociale domein (Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet, Wet publieke gezondheid, Participatiewet),
  - Langdurige zorg (Wet langdurige zorg),
  - Curatieve zorg (Zorgverzekeringswet).
- Het initiatief is gericht op een afgebakend gebied, variërend van meerdere wijken tot één of meer aangrenzende gemeenten of

regio's, met de focus op het bevorderen van de gezondheid van de populatie.
- De samenwerking heeft een beoogde duur van meer dan één jaar en is actief betrokken bij ten minste twee concrete gezamenlijke activiteiten (bijvoorbeeld projecten, interventies) die gericht zijn op de behoeften en het functioneren van inwoners of patiënten.

Vertegenwoordigers van samenwerkingsverbanden die niet aan deze criteria voldeden, werden geïnstrueerd om de vragenlijst niet verder in te vullen.

Deelnemers zijn vooraf geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de vrijwilligheid van deelname en de wijze waarop hun gegevens vertrouwelijk en conform de AVG werden behandeld. De surveydata zijn geanonimiseerd opgeslagen en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

Meetinstrumenten
De onderstaande tabel geeft aanvullende informatie over wijze van formulering van de vragen uit de vragenlijst waarvan de antwoorden ten behoeve van de hoofdstukken 2, 3 en 10 zijn verwerkt.

Begrip	**Vraagstelling(en) en validiteit**
Hoofdstuk 2	
Betrokken organisatie(soorten)	Kunt u hieronder aangeven welke soorten organisaties: - Mede verantwoordelijkheid nemen voor het realiseren van de ambitie of bijdragen aan het uitvoeren van activiteiten binnen het DSV (eerste kolom); - Vertegenwoordigd zijn in een stuurgroep of het bestuur van het DSV (tweede kolom)? Graag aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden zijn mogelijk
Governance vorm	Welke van onderstaande opties beschrijft de governance structuur van uw DSV het beste? - Vertegenwoordigers van deelnemende organisaties sturen het netwerk samen aan ('Self-governed') - Één van de deelnemende organisaties stuurt het netwerk aan ('Lead organization') - Een specifieke hiertoe opgerichte entiteit stuurt het netwerk aan ('Network Administrative Organization', of NAO) - Weet ik niet* - Anders, namelijk
Bekostiging	In welke mate maken deelnemers in uw DSV formele afspraken over diverse onderwerpen? Geef in de tabel hieronder bij elk onderwerp aan of de gemaakte afspraken daarover volgens u 'afwezig', 'informeel' of 'formeel' zijn.

Begrip	Vraagstelling(en) en validiteit
	- Bij 'informeel' kan het gaan om mondelinge afspraken die niet zijn vastgelegd. - Bij 'formeel' kan het gaan om afspraken die schriftelijk, juridisch en/of contractueel zijn vastgelegd.
Financiering	Onderwerp 4: Afspraken over financieel risico in het geval van verandering van zorg- of ondersteuningsaanbod in lijn met DSV ambities Het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de gemeente hebben alle drie een functie in het beheren van geldstromen ten behoeve van zorg of ondersteuning. U heeft aangegeven dat minstens twee van deze organisaties betrokken zijn in uw DSV. Graag willen we van u weten of deze organisaties – in verband met de ambitie of activiteiten van het DSV – met elkaar zijn overgegaan tot uitwisseling van financiële middelen in verband met zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen. Hieronder verstaan we elke vorm van: 1) cofinanciering voor het betalen van of investeren in zorg- of ondersteuningsaanbod of 2) verdeling van baten/besparingen. Kunt u aangeven, indien van toepassing, hoe structureel er sprake is van uitwisseling van financiële middelen tussen de onderstaande organisaties ten behoeve van uw DSV? Er is sprake van uitwisseling van financiële middelen (i. h.k.v. zorgaanbod/zorginhoudelijk samenwerken) door; 0) gemeente(n) en zorgverzekeraar(s); 1) zorgverzekeraar(s) en het zorgkantoor; 2) het zorgkantoor en gemeente(n) Antwoordopties: - Weet ik niet - Dit is niet gebeurd - Dit gebeurt incidenteel - Dit gebeurt structureel
Inwonerparticipatie	(Vertegenwoordiging van) patiënten/cliënten/inwoners... Graag aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden zijn mogelijk. - wordt niet betrokken in het DSV - wordt geïnformeerd - wordt geraadpleegd - geeft (on)gevraagd advies

Begrip	Vraagstelling(en) en validiteit
	- is actief betrokken bij het vormgeven van activiteiten (co-creatie) - is actief betrokken bij het uitvoeren van activiteiten - beslist mee bij bestuurlijke besluitvorming binnen het DSV - Weet ik niet - Anders; namelijk
Doelconsensus	De volgende stellingen gaan over de mate van overeenstemming over doelen binnen uw netwerk in het afgelopen jaar (januari t/m december 2025). Met 'netwerk' bedoelen we alle partners die bij de samenwerking betrokken zijn. Geef voor elke stelling aan in hoeverre u het eens bent op basis van uw eigen ervaringen. Indien u geen goed beeld heeft, kies dan voor 'Weet ik niet'. - De netwerkpartners zijn het in het afgelopen jaar eens geweest over de belangrijkste doelen van het netwerk. - De netwerkpartners delen een gezamenlijk beeld van wat het netwerk op de lange termijn wil bereiken. - De netwerkpartners begrijpen elkaars belangen en zijn het eens over hoe deze aansluiten bij de gezamenlijke doelen van het netwerk. - Bij belangrijke beslissingen binnen het netwerk wordt expliciet gekeken of deze passen bij de afgesproken doelen. Antwoordopties: - Helemaal mee oneens - Mee oneens - Neutraal - Mee eens - Helemaal mee eens - Weet ik niet Deze schaal is geconstrueerd voor ronde 3, op basis van het begrip doelconsensus [7] en om dit begrip meer te onderscheiden van het begrip 'partnerschapssynergie' [50]. De interne consistentie is goed: Cronbach's α=0.81, n=80
Vertrouwen	Kruis aan in hoeverre u het eens bent met elk van de volgende verklaringen. - Ik verwacht van andere partijen binnen het DSV dat zij de hele waarheid vertellen - Ik ben er zeker van dat ik andere partijen binnen het DSV volledig kan vertrouwen - Ik reken erop dat andere partijen binnen het DSV hun beloften volledig nakomen

Begrip	Vraagstelling(en) en validiteit
	Antwoordopties: - Volledig oneens - Oneens - Enigszins oneens - Niet eens noch oneens - Enigszins eens - Eens - Volledig eens Dit is een aangepaste versie van de gevalideerde schaal van Simons & Peterson (2000) t.b.v. beantwoording vanuit het perspectief van (alleen) de programmamanager [51] Deze aangepaste versie heeft een goede interne consistentie: Cronbach's (unieke DSV's ronde 1 en ronde 2) α=0.88, n=146).
Leiderschap	Denk aan alle mensen die zowel formeel als informeel leiderschap bieden in uw DSV. Wilt u de totale effectiviteit van het leiderschap in uw DSV beoordelen op elk van de volgende gebieden: - Verantwoordelijkheid nemen voor het DSV - Inspireren of motiveren van mensen die betrokken zijn bij de samenwerking - Mensen die betrokken zijn bij de samenwerking in staat stellen om bij te dragen - Diverse mensen en organisaties werven voor de samenwerking Short-PSAT [52], goede interne consistentie: Cronbach's α (unieke DSV's ronde 1 en ronde 2)=0.81, n=143
Kwaliteit van samenwerking (synergie)	Denk bij de volgende lijst met verklaringen aan de mensen en organisaties in uw DSV. Door samen te werken, in hoeverre zijn deze deelnemers in staat om: - diverse manieren te vinden om problemen op te lossen? - rekening te houden met de standpunten en prioriteiten van de mensen die beïnvloedt worden door het werk van de samenwerking? - doelen te stellen die breed begrepen en ondersteund worden door de deelnemers? - te beantwoorden aan de behoeften en problemen van de populatie? - strategieën te implementeren die waarschijnlijk het beste werken voor de populatie? - hulp te verkrijgen van individuen en organisaties in de gemeenschap die ofwel

Begrip	Vraagstelling(en) en validiteit
	de plannen van de samenwerking kunnen tegenhouden of kunnen helpen deze vooruit te brengen? - veelomvattende activiteiten uit te voeren waarbij meerdere diensten, programma's of systemen met elkaar worden verbonden? Short-PSAT [52], goede interne consistentie: Cronbach's α (unieke DSV's ronde 1 en ronde 2)=0.83, n=146
Hoofdstuk 9 Verandering in deelnemende organisaties overeenstemmend met DSV-ambities	Sinds de start van uw DSV, hoeveel verandering in overeenstemming met de gestelde doelen ervaart u dat er heeft plaatsgevonden op de onderstaande gebieden bij de deelnemende organisaties? - De strategische plannen van organisaties - De uitvoering van het strategische plan van organisaties - Het aanbod en/of de diensten van organisaties - De personeelsbezetting van organisatie(s) - De bestuursstructuur van organisatie - De visie en/of missie van organisaties Antwoordopties: - Geen of zeer weinig - Weinig - Niet veel of weinig - Veel - Zeer veel Geïnspireerd op een eerder in wetenschappelijk onderzoek toegepaste antwoordschaal [53], goede interne consistentie: Cronbach's α (unieke DSV's ronde 1 en ronde 2)=0.84, n=135
Hoofdstuk 10 Effectiviteit in het bereiken van gestelde gezamenlijke doelen m.b.t. relevante systeemuitkomsten	Hoe effectief vindt u dat uw DSV tot op heden is geweest in het bereiken van de gestelde doelen op deze gebieden? - Het verbeteren van de gezondheid van inwoners - Het verbeteren van de kwaliteit van zorg en/of ondersteuning - Het beheersen van de kosten van zorg en/of ondersteuning per inwoner - Het verbeteren van het welzijn van professionals in zorg en/of ondersteuning - Het verkleinen van sociaal economische gezondheidsachterstanden - Het afwenden van arbeidsmarkttekort

Begrip	Vraagstelling(en) en validiteit
	- Het verbeteren van toegankelijkheid van zorg en/of ondersteuning Antwoordopties: - Helemaal niet effectief - Enigszins effectief - Gemiddeld effectief - Zeer effectief - Extreem effectief - Weet ik niet Geformuleerd op basis van de quintuple aims [54]. Items over toegankelijkheid en arbeidsmarkttekorten zijn toegevoegd vanaf ronde 2. Interne consistentie (Cronbach's α) op basis van de oorspronkelijke 5 quintuple aims en unieke DSV's deelnemend in ronde 1 en 2: 0.91, n= (zeer goed).

*Weet ik niet optie: Dit is van belang omdat de vragenlijst door één vertegenwoordiger namens het gehele samenwerkingsverband en de betreffende doelpopulatie werd ingevuld. Het is niet realistisch om te verwachten dat iedere respondent over volledige en onbevooroordeelde kennis beschikt, bijvoorbeeld ten aanzien van de effectiviteit van het samenwerkingsverband als geheel. Om deze reden dienen de antwoorden ook als subjectieve impressies te worden beschouwd. Ze zijn niet bedoeld, en ook niet geschikt, om een normatief oordeel te vellen over een DSV.

Analyses
Trends over de tijd in de indicatoren, binair gecodeerd zoals in de hoofdtekst is beschreven, zijn getoetst met behulp van diverse R-packages. Per indicator is een gegeneraliseerd lineair mixed-effect model (GLMM) met logistische link gebruikt (lmer). Hierbij is gecorrigeerd voor clustering van meerdere metingen met betrekking tot dezelfde DSV's in de 4 vragenlijstrondes en is het effect van tijd (t = jaar - 2023) onderzocht. Odds ratios en p-waarden zijn gebruikt ter beoordeling van statistische significantie van de mate van verandering over tijd.

Om de robuustheid van de resultaten te beoordelen, zijn per indicator gevoeligheidsanalyses uitgevoerd. Voor initiatieven met volledige data over drie jaren is de Cochran Q-test (via het DescTools-package) toegepast om te toetsen op gelijke verdeling van de uitkomst over de tijd. Indien alleen data van de laatste twee jaren beschikbaar waren, zijn McNemar-tests uitgevoerd op complete paren om veranderingen tussen deze jaren te beoordelen. De uitkomsten van deze toetsen (teststatistiek, p-waarde en aantal cases) zijn gebruikt om per indicator te bepalen of het resultaat bij gebruik van alle beschikbare data gevoelig is voor variatie in de samenstelling van de steekproef over de jaren. Veranderingen over de tijd zijn alleen als statistisch significant aangemerkt wanneer zowel de mixed-effect modelanalyse als de full-case analyses dit aantonen.

B. DSV-focusgroepen

Om de succesverhalen van DSV's in kaart te brengen zijn in januari 2026 bij vier verschillende DSV's focusgroepen gehouden over de totstandkoming van de veranderde werkwijze in de praktijk.
De deelnemende DSV's zijn geselecteerd op basis van de uitkomsten van de vragenlijst in het kader van Lerende evaluatie Regionale Samenwerking was ingevuld. DSV's kwamen in aanmerking voor selectie indien ze in ronde 2 als breed georiënteerd werden gekenmerkt (dat wil zeggen: een relatief groot samenwerkingsverband met een brede doelgroep, meerdere beleidsdoelen en aandacht voor preventie). Daarnaast diende er sprake te zijn van minimaal één positief beoordeelde uitkomst, wat wil zeggen dat respondenten voor ten minste één domein van effectiviteit of verandering binnen deelnemende organisaties een score hoger dan 3 op een vijfpuntsschaal hebben gegeven. Vervolgens is gekeken naar spreiding in geografie en in het type uitkomst dat positief was beoordeeld, en zijn er uiteindelijk vier DSV's geselecteerd voor verdere analyse. Voorafgaand aan de focusgroepen is met de programmamanagers van de desbetreffende DSV's een startgesprek gevoerd om de specifieke verandering vast te stellen.

De focusgroepen vonden plaats op locatie en hadden drie tot acht deelnemers die betrokken waren geweest bij het succesverhaal. In de focusgroepen werd gezamenlijk nogmaals de precieze veranderde werkwijze vastgesteld en onderzocht welke factoren aan de totstandkoming van deze verandering hadden bijgedragen.
De opnamen van de focusgroepen zijn getranscribeerd en gecodeerd met behulp van MAXQDA. De uitvoering van de analyse is geïnspireerd op de realist evaluation benadering. Deze benadering voor evaluatieonderzoek richt zich op het begrijpen van hoe, onder welke omstandigheden en waarom een programma of interventie effect heeft. Het uitgangspunt is dat resultaten ontstaan doordat een interventie bepaalde mechanismen in gang zet, waarbij de werking altijd afhankelijk is van de context. Dit wordt systematisch onderzocht met zogenaamde CMO-configuraties: Context (de situatie waarin iets plaatsvindt), Mechanism (de processen of reacties die door de interventie worden geactiveerd) en Outcome (het resultaat dat hieruit volgt). Voor elke casus zijn één of meerdere gewenste resultaten vastgesteld in de vorm van 'veranderde werkwijzen' (outcomes). Via een focusgroep met diverse betrokkenen is gezamenlijk onderzocht welke onderliggende mechanismen (zoals intrinsieke motivatie) in gang werden gezet, en welke contextkenmerken (zoals concrete omstandigheden buiten het DSV, bijvoorbeeld het IZA, of binnen het DSV, zoals financiële constructies en governance structuren) hierbij een rol speelden.

C. GALA-vragenlijsten onder gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en

Dit deel van de bijlage beschrijft de methoden van het vragenlijstonderzoek onder vertegenwoordigers van gemeenten, (preferente) zorgverzekeraars en GGD'en in elke regio met een regioplan. De vragenlijsten voor gemeenten en zorgverzekeraars zijn tot stand gekomen in afstemming met interne (projectleiders ketenaanpakken en andere monitors) en externe adviseurs (ZN, VNG,

GGD-GHOR NL, VWS[55]). De vragenlijst voor de GGD'en is opgesteld door GGD-GHOR NL en uitgezet door het RIVM. De vragen in de vragenlijst gaan over de verschillende GALA-thema's, over regionale afspraken over gezondheidsbevordering en preventie en over de inrichting van de ketenaanpakken. Hieronder komen de volgende punten aan de orde: 1) hoe de data is verzameld, 2) de respons, 3) de analyse van de gegeven antwoorden.

Dataverzameling
Voor de vorige uitvraag heeft de VNG een overzicht gemaakt van contactpersonen per gemeente, ZN van de vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraar per IZA-regio en GGD-GHOR van vertegenwoordigers van alle GGD'en.

Voor de huidige uitvraag zijn deze contactpersonen en vertegenwoordigers opnieuw benaderd om de vragenlijst in te vullen. Indien het bekende e-mailadres niet meer geldig was, zijn via de koepelorganisaties nieuwe contactgegevens verkregen. Voor het opzetten van de vragenlijsten en het versturen en verzamelen van de antwoorden is een digitaal platform (Formdesk) gebruikt. Binnen de vragenlijst onder gemeenten bestond de optie dat delen van de vragenlijst door een andere collega werd ingevuld. In de vragenlijst voor zorgverzekeraars en de GGD zat deze optie niet.

Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst zijn alle deelnemers geïnformeerd over het doel en de procedures van het vragenlijstonderzoek. De antwoorden op de meeste vragen zijn beschikbaar per individuele gemeente of regio. Een deel van de vragen - bijvoorbeeld over het beoordelen van onderlinge samenwerkingsrelaties tussen (gemandateerde) gemeenten en (preferente) zorgverzekeraars - is gemarkeerd als 'vertrouwelijk'. De bevindingen op basis van deze vragen zijn niet per individuele gemeente of regio gepubliceerd en worden ook niet gedeeld. Op de website van de GALA-monitor zijn de volledige vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars te bekijken: https://www.rivm.nl/GALA-monitor/vragenlijsten-GALA-monitor.

Respons
De vragenlijst is door vertegenwoordigers van 320 van de 342 gemeenten (gedeeltelijk) ingevuld. De onderdelen over de ketenaanpakken zijn door iets minder gemeenten ingevuld. De vragenlijst is ingevuld door 316 gemeenten voor Kansrijke Start, 316 voor Kind naar Gezonder Gewicht, 314 voor de ketenaanpak GLI, 311 voor Sociaal verwijzen en 318 voor Valpreventie. De vragenlijst onder zorgverzekeraars is door 36 van de 38 regio's ingevuld (respons 92%). De vragenlijst onder GGD'en is voor 32 van de 38 IZA-regio's ingevuld.

Analyse
De data zijn geanalyseerd met het statistisch programma R ('tidyverse', 'sf', 'psych', 'naniar' en 'lavaan'.

[55] ZN: Zorgverzekeraars Nederland, VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, GGD-GHOR NL: Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst - Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio, VWS: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bevindingen op basis van de vragen zijn beschreven in aantallen en percentages. De percentages zijn berekend op basis van het aantal respondenten dat een antwoordoptie heeft gekozen in verhouding tot het aantal respondenten dat de betreffende vraag heeft beantwoord. Het aantal respondenten dat een vraag beantwoordde, hangt mede af van of een vraag is gesteld, gegeven het antwoord op een eerdere vraag. De vragen konden niet worden opengelaten. Alleen het geven van toelichting op een gemaakte keuze in vrije tekst was niet verplicht.

Een deel van de bevindingen is gevisualiseerd in geografische kaartjes waarin de grenzen van gemeenten en regio's zijn weergegeven en het betreffende gebied op basis van de gegeven antwoorden is ingekleurd.

Naast het beschrijven van bevindingen in aantallen en percentages zijn enkele verdiepende analyses uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de mate van integrale aanpak in gemeenten (maturity-index).

Maturity Model Health in All Policies (MM-HiAP)
Het MM-HiAP bestaat uit 16 stellingen die op een vijf-puntsschaal gescoord worden, variërend van helemaal niet (1) tot helemaal wel van toepassing (5). Een gemeente kan zich in één van de volgende fasen bevinden: niet herkennen, herkennen, erkennen, realiseren, integreren en harmoniseren. Bij elke fase (met uitzondering van 'niet herkennen') van integraal gezondheidsbeleid horen 3 tot 4 stellingen. Om in een bepaalde fase te worden ingedeeld moeten gemeenten zowel op de stellingen behorende bij die fase als op stellingen behorende bij voorgaande fasen gemiddeld >3,0 scoren. Als een gemeente bijvoorbeeld gemiddeld >3,0 scoort op de stellingen behorende bij de fasen herkennen en erkennen, en ≤3 op de stellingen bij realiseren, dan wordt deze gemeente ingedeeld in de fase van erkennen. De validiteit van het model is gecontroleerd met een confirmatieve factoranalyse. Daarnaast is de interne consistentie van de fasen gecontroleerd met Cronbach's alpha en composite reliability. Ook zijn de associaties tussen verschillende fasen van integraal gezondheidsbeleid en het gemiddelde aantal betrokken gemeentelijke afdelingen/beleidsdomeinen en het gemiddelde aantal samenwerkende externe organisaties bij de GALA-thema's onderzocht door middel van variantieanalyses (ANOVA's) en Tukey's Honestly Significant Difference (THSD).

D. GALA-duidingssessies met gemeenten en zorgverzekeraars

Er zijn twee duidingssessies georganiseerd, een met gemeenten en een met zorgverzekeraars. Het doel van de sessie was om de resultaten uit de vragenlijst te bespreken, met name over het onderwerp preventie-infrastructuur waarbij de samenwerking tussen deze partijen in detail is uitgevraagd. Hierbij ging het over de verschillen tussen de onderdelen van de preventie-infrastructuur, de trend over de tijd en de verschillen tussen gemeente en zorgverzekeraar. Bij de gemeente is daarnaast ook nog aandacht besteed aan de uitkomsten op de GALA-thema's. De sessie met de zorgverzekeraars duurde een uur, die met de gemeenten twee uur.

De werving van de duidingssessie ging voor de gemeenten via een oproep bij het GALA-leernetwerk voor gemeenten van het RIVM en via de VNG nieuwsbrief. Daarnaast zijn gemeenten benaderd die in de eerste meting van de vragenlijst hadden aangegeven mee te willen werken in eventueel vervolgonderzoek. In totaal hebben acht vertegenwoordigers van zeven verschillende gemeenten deelgenomen. Deze gemeenten zijn verdeeld over Nederland, gevarieerd in grootte que inwoneraantal en stedelijkheid.

De werving van de zorgverzekeraars ging via Zorgverzekeraars Nederland. Via een oproep op het intranet zijn zeven vertegenwoordigers van vier zorgverzekeraars bereid gevonden om deel te nemen.

De duidingssessie zijn georganiseerd nadat de dataverzameling met de vragenlijsten voor gemeenten en zorgverzekeraars was afgerond. De sessies waren digitaal om deelname zo laagdrempelig mogelijk te houden.

De bijeenkomst startte met een korte kennismaking. Daarna volgde een korte inleiding op het onderzoek en het doel van de sessie om met elkaar in gesprek te gaan om bepaalde resultaten uit de vragenlijst te duiden. Daarna werd er steeds kort een resultaat gepresenteerd en hier vervolgens op gereflecteerd met de vraag of het herkenbaar was, wat mogelijke verklaringen zijn voor het resultaat en hoe (eventueel) een stap verder gemaakt kan worden. Tot slot was er nog ruimte tot het geven van feedback of het maken van een slotopmerking.

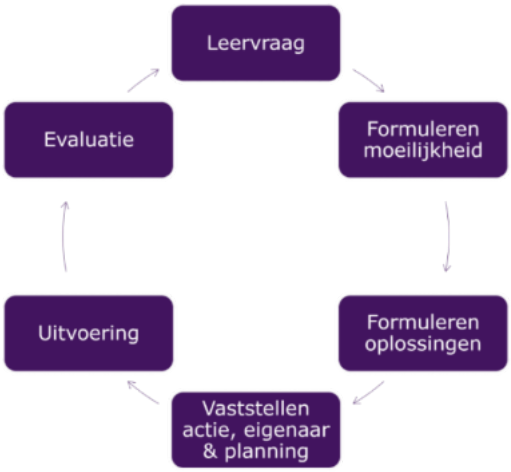
E. GALA-leernetwerk voor gemeenten van het RIVM

Dit betreft het GALA-leernetwerk voor gemeenten over voortgang in de praktijk, uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken met 19 tot 26 deelnemende beleidsmakers.

In het GALA-leernetwerk staat actiegericht leren met leervragen centraal: deelnemers leren door concrete acties te formuleren en aan de slag te gaan. Bij actiegericht leren ligt de focus op de praktijk, worden kennis en ervaringen laagdrempelig gedeeld, en worden kleine geleerde lessen steeds teruggekoppeld.

Het leerproces binnen het GALA-leernetwerk start bij de gezamenlijke leervragen vanuit de gemeenten. Een leervraag is een vraag die duidelijk maakt wat je wilt bereiken, maar ook wat het moeilijk maakt om daar te komen. Bij het uitwerken van deze leervragen wordt onderstaande leercyclus gebruikt. Na het verscherpen van een leervraag wordt achterhaald waar kansen en knelpunten liggen om een leervraag op te pakken, waarna beleidsmedewerkers aan de slag kunnen gaan in hun eigen praktijk. De inzichten die ze daarbij opdoen worden gebruikt om de leervraag te beantwoorden of verder aan te scherpen, en worden breder met elkaar gedeeld en uitgewisseld.

Figuur B1.1 Zes stappen van de leercyclus [55].



F. GALA-interviews gezondheidsverschillen

Voor de tekstbox over de aanpak van gezondheidsverschillen in de gemeente Roosendaal zijn interviews gehouden met een beleidsmedewerker en de coördinator buurtsportcoaches van de gemeente Roosendaal. Het interview met de beleidsmedewerker is verwerkt in een door de beleidsmedewerker opgestelde tekst. Het interview met de buurtsportcoach is opgenomen in Teams en verwerkt in de tekstbox.

G. GALA-interviews praktijkvoorbeelden

Er zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van stakeholders en uitvoerend professionals uit twee gemeenten. De interviews zijn gehouden in de periode januari tot maart 2026. In totaal zijn er 21 interviews gehouden, waarvan drie duo-interviews. Hierbij zijn 24 respondenten geïnterviewd, twaalf voor gemeente 1 en twaalf voor gemeente 2.

De twee gemeenten zijn geselecteerd op basis van een aantal criteria: het hebben van een beleidsvisie specifiek voor de sociale basis, gestart zijn met de ketenaanpak Sociaal verwijzen en geografische spreiding over Nederland. Gemeenten die aan deze criteria voldeden zijn benaderd voor een verkennend gesprek over deelname via de contactgegevens van de GALA-vragenlijst voor gemeenten. Drie verkennende gesprekken leiden tot twee gemeenten die bereid waren tot deelname aan de interviews. Via vertegenwoordigers van de gemeente en een welzijnscoach zijn de andere geïnterviewden geworven. Na geïnformeerde toestemming zijn interviews opgenomen en getranscribeerd.

Per gemeente zijn vertegenwoordigers van gemeente, zorgverzekeraar, welzijnsorganisatie, regionale huisartsenorganisatie, GGD en een inwonersinitiatief geïnterviewd over het versterken van de sociale basis. Daarnaast zijn er uitvoerend professionals (sociaal domein professionals met een brugfunctie, POH’s en aanbieders vanuit de institutionele sociale basis) geïnterviewd over de ketenaanpak Sociaal verwijzen. De interviews

waren half-gestructureerd. De respondenten zijn aan de hand van een interviewleidraad gevraagd naar integraal werken
en domeinoverstijgende samenwerking rondom het versterken van de sociale basis en/of de ketenaanpak Sociaal verwijzen. Alle interviews zijn online gehouden door een of twee onderzoekers. In totaal hebben vier verschillende onderzoekers interviews uitgevoerd.

Alle transcripten zijn in MAXQDA gecodeerd. De gebruikte codebomen zijn gemaakt aan de hand van de interviewleidraden. Na het coderen van de interviews is per code een puntsgewijze samenvatting van de resultaten gemaakt en zijn illustratieve citaten geselecteerd. Zowel de resultaten als de citaten zijn niet herleidbaar tot de persoon, regio of organisatie verwerkt in het rapport.

H. GALA-literatuuronderzoek

Bij het beknopte literatuuronderzoek is in de grijze literatuur en wetenschappelijke artikelen gezocht naar recente publicaties (vanaf 2020) over het perspectief van burgers op gezondheid, gezond zijn, gezond leven en wat daarvoor nodig is. Om zicht te krijgen op de mening van burgers over de GALA-activiteiten is ook gezocht naar publicaties over het GALA waarin het inwonersperspectief is meegenomen.

Voor het onderzoek werd gebruikgemaakt van internetsearches (via Google en Google scholar) met als zoektermen: gezondheid, gezond en actief leven, gezond zijn, GALA, inwonersperspectief,
leefstijl, leeftstijlinterventies, bewegen, ketenaanpak, health, wellbeing, review, citizens' perspective, citizens' opinion,
attitude towards own health,
health, healthy and active lifestyle, interventions to promote health, health promoting local initiatives, health promotion by government en public health perspective.

Hieruit zijn vervolgens de publicaties geselecteerd waarvan de onderzoeksresultaten gebruikt kunnen worden om de geformuleerde onderzoeksvragen (zie paragraaf 8.1.1 en 8.1.2) te beantwoorden.

I. GALA-straatinterviews

Door middel van straatinterviews in twee gemeenten zijn 49 inwoners bevraagd over hun visie op gezond en actief leven. De deelnemers varieerden in leeftijd van eind twintig tot begin negentig, met een meerderheid van 60-plussers. Zowel mannen als vrouwen namen deel aan de interviews, die werden afgenomen in de bibliotheken van de betreffende gemeenten. Elk interview duurde gemiddeld vijf tot tien minuten. De gesprekken zijn opgenomen en vervolgens geanalyseerd met behulp van Excel en Maxqda. Er werden vragen gesteld over wat de inwoners belangrijk vinden als het gaat om gezond en actief leven, welke activiteiten zij ondernemen, aan welke (GALA-gerelateerde) initiatieven zij deelnemen en waarom.

Er werden weinig tot geen verschillen in de uitkomsten tussen de twee gemeenten gevonden. Om die reden is in deze paragraaf geen onderscheid gemaakt in de resultaten tussen de gemeenten.

J. LeRS-leercasussen

Om te komen tot leercasussen heeft het RIVM in 2025 elf DSV's benaderd die via ZonMw-subsidie werken aan het stimuleren van leren in regionale samenwerking. Deze verkenning had als doel om in kaart te brengen waar de behoefte en mogelijkheden lagen voor het opzetten van leertrajecten. Uiteindelijk zijn in drie regio's individuele leertrajecten gestart.

De selectie van deze drie regio's vond plaats in afstemming tussen het RIVM en de regionale partners. De benadering van de regio's verliep grotendeels via bestaande contacten, bijvoorbeeld via het landelijk Netwerk Leren Transformeren. In de voorbereidende fase van het leertraject zijn in een reeks gezamenlijke gesprekken met de regio's leervragen geformuleerd. Dit was een iteratief proces, waarin het expliciteren van regionale knelpunten en het gezamenlijk verkennen van verandervragen centraal stonden. Deze werkwijze resulteerde uiteindelijk in één document per regio, waarin de voorgestelde leercasus werd uitgewerkt. In dit document werden de achtergrond, de leervraag en de voorgenomen vervolgstappen vastgelegd. Het formuleren van de uiteindelijke leervraag kostte in alle gevallen enkele maanden en werd beïnvloed door zowel de dynamiek binnen de regio als de onderzoeksdoelstellingen van het traject.

Als methodologische basis wordt gebruikgemaakt van principes uit Reflexieve Monitoring in Actie (RMA). In deze benadering functioneert het RIVM als lerend partner, waarbij het veranderproces niet alleen wordt gevolgd, maar ook wordt verdiept en aangescherpt. De veranderopgave wordt samen met betrokken partners expliciet gemaakt en geplaatst in relatie tot de bredere context waarin het samenwerkingsverband opereert, bijvoorbeeld via gezamenlijke sessies of verdiepende gesprekken.

De reflexieve monitoring richt zich op het organiseren van gezamenlijk leren dat leidt tot aanpassing van werkwijzen. Hiervoor wordt gewerkt met een terugkerende cyclus van observeren, analyseren, bespreken en aanpassen. Concreet omvat dit onder meer het opstellen en bijhouden van een leeragenda, het expliciet maken van knelpunten en aannames, het volgen van ingezette acties en het duiden van resultaten in relatie tot de beoogde verandering. Monitoring is daarmee niet enkel evaluatie achteraf, maar een doorlopend onderdeel van het proces dat helpt patronen te herkennen, keuzes te onderbouwen en activiteiten bij te stellen.

K. Secundair gebruikte gegevens

Voor deze analyses is gebruikgemaakt van secundair gebruikte gegevens afkomstig van verschillende landelijke organisaties. Het betreft gegevens over zorgkosten per verzekerde en wachttijden voor langdurige zorg van het Zorginstituut Nederland (ZiNL), over zorg- en welzijnszorguitgaven van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), en over wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg en ggz-zorg (binnen de Zorgverzekeringswet) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De gebruikte indicatoren zijn geselecteerd op basis van een Delphi-studie gericht op het ontwikkelen van een indicatorenset voor Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) [38], overleg met de IZA-tafel Regionale Samenwerking (een periodiek overleg tussen zorg- en welzijnspartijen voor het versterken van regionale samenwerking binnen het Integraal Zorgakkoord), en voortschrijdend inzicht in de onderliggende gegevens (bijvoorbeeld: gebruik van wachtlijstgegevens in plaats van 'verkeerd bed'-prestaties, aangepaste wachtlijstgegevens ggz, mediane in plaats van gemiddelde wachttijden, welzijns- en zorguitgaven per hoofd, en kosten per verzekerde in plaats van aantallen declaraties) ten opzichte van eerdere metingen van de IZA-deelmonitor 'Naar meer regionale samenwerking'.

Voor alle indicatoren zijn de data indien nodig geschoond, geharmoniseerd en samengevoegd, waarna indicatoren zijn berekend (bijvoorbeeld uitgaven delen door het aantal inwoners, of het berekenen van de mediane wachttijd over alle zorginstellingen per periode) en als tijdreeksen gevisualiseerd. Bij de aggregaties van wachttijdgegevens is geen correctie toegepast voor ontbrekende data als gevolg van veranderingen in de populatie van zorgaanbieders of wisselende respons; de resultaten zijn gebaseerd op de feitelijk aangeleverde gegevens per periode.

Wachttijden geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
Op basis van de nieuwe methodiek voor het in kaart brengen van wachttijden in de ggz (onder de Zorgverzekeringswet), zoals verzameld door de NZa[56], zijn vanaf 1 september 2023 tot en met 1 maart 2026 andere maandelijkse wachttijdcijfers beschikbaar gekomen. Deze gegevens zijn aangeleverd door zorgaanbieders met meerdere vestigingen en verschillen van eerdere metingen. De data omvatten per vestiging de gemiddelde wachttijd (in weken) voor intake en start van behandeling, onderscheiden naar basis ggz en specialistische ggz (voor deze laatste zijn diagnosegroepen apart geanalyseerd). Instroomaantallen binnen en buiten de Treeknorm (maximaal aanvaardbare wachttijd: 4 weken voor intake, 10 weken voor behandeling) zijn verwerkt. De data zijn geschoond, gehercodeerd en geaggregeerd naar landelijk en diagnosegroepniveau. Trends zijn geanalyseerd met rollende gemiddelden en weergegeven in tijdreeksen.

Wachttijden langdurige zorg (Wlz)
Wachttijdentabellen voor de langdurige zorg zijn automatisch geëxtraheerd uit PDF-bestanden van ZiNL[57]. De tabellen bevatten het aantal cliënten dat wacht op zorg, gesplitst naar urgentie, duur van wachten ten opzichte van de Treeknorm, en sector (verpleging/verzorging, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg). Bij de verwerking van de PDF-bestanden zijn gegevens uit drie rijen met onduidelijke AGB-codes verwijderd. Dit betreft een minimaal aandeel van de totale dataset en heeft geen invloed op de representativiteit van de resultaten. Per sector en peildatum is het totaal aantal wachtenden, het aantal wachtenden

[56] Via zichtopzorgaanbieders
[57] Via https://www.zorgcijfersdatabank.nl/algemeen/wachtlijsten-instellingsniveau

langer dan de Treeknorm, en het percentage wachtenden langer dan de Treeknorm berekend.

Wachttijden medisch-specialistische zorg (MSZ)
Wachttijdendata voor medisch-specialistische zorg zijn verzameld uit csv-bestanden van de NZa[58]. Voor geselecteerde specialismen zijn mediaan- en rollende gemiddelden van wachttijden berekend per peilperiode. De ontwikkeling varieert per specialisme: voor sommige specialismen is sprake van een toename, bij andere van een afname.

Zorgkosten en uitgaven aan zorg en welzijn
De data over zorgkosten per verzekerde en de uitgaven aan zorg en welzijn zijn afkomstig van de Zorgcijfersdatabank[59] . Deze databank bevat actuele cijfers over zorgkosten, uitgesplitst naar verschillende zorgsectoren en type kosten. De gebruikte indicatoren zijn gebaseerd op declaratiegegevens die periodiek worden aangeleverd door zorgaanbieders en verzekeraars. Kosten zijn omgerekend naar aandeel van de totale zorgkosten (per verzekerde) binnen de zorgverzekeringswet.
Uitgaven aan zorg en welzijn zijn afkomstig uit downloads van CBS-tabellen (86015NED[60], 83474NED[61], 40050NED[62]). Uitgaven zijn omgerekend naar euro's per inwoner en als percentage van de totale zorguitgaven gerapporteerd. De verhouding tussen uitgaven in het sociaal domein en het zorgdomein is berekend en trends zijn gevisualiseerd. Alle gepresenteerde kosten en uitgaven zijn op basis van actuele, niet voor inflatie gecorrigeerde prijzen.

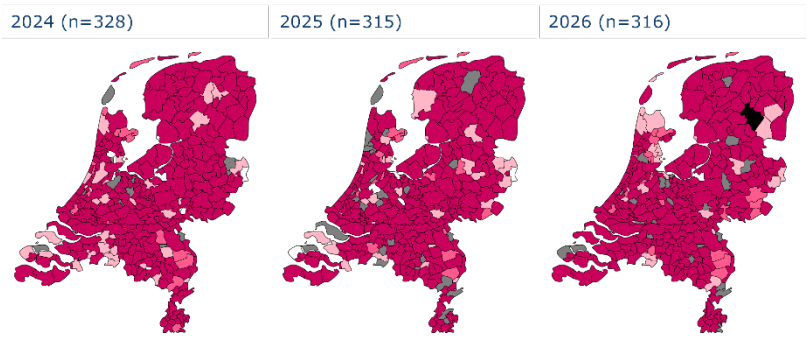
[58] Via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_651798_22/1/
[59] Via https://www.zorgcijfersdatabank.nl
[60] Via https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/86015NED
[61] Via https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83474NED
[62] Via https://mlzopendata.cbs.nl/portal.html?_la=nl&_catalog=MLZ&tableId=40050NED&_theme=51

Bijlage 2 Aanvullende tabellen en figuren bij hoofdstuk 5

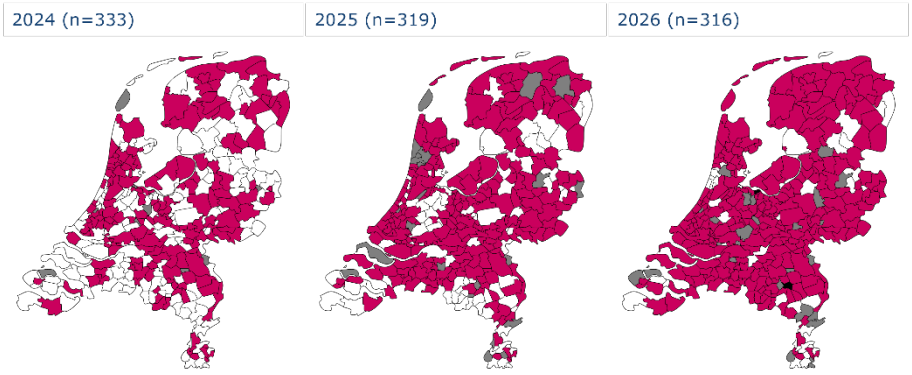
Deze bijlage bevat extra tabellen en figuren ter aanvulling van de informatie in hoofdstuk 5. Figuur 1 geeft weer in welke gemeenten in 2024, 2025 en 2026 was gestart de inrichting van de ketenaanpakken. In daaropvolgende tabellen (tabel 1A-E) geven per ketenaanpak een overzicht van de uitgevraagde processtappen en het aantal gestarte gemeenten dat deze stap heeft gezet. Tabel 3 beschrijft de resultaten van de kwalitatieve analyse (codering) van de antwoorden op de (open) vraag over de belangrijkste obstakels voor de uitvoering van de ketenaanpakken volgens gemeenten. De cijfers in de tabellen en figuren zijn gebaseerd op de vragenlijsten onder gemeenten.

Figuur 1a Gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de ketenaanpakken in 2024, 2025 en 2026.

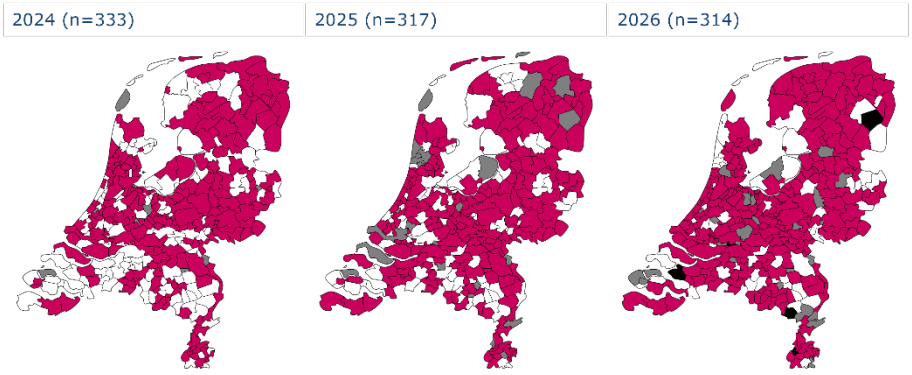
A. Kansrijke Start



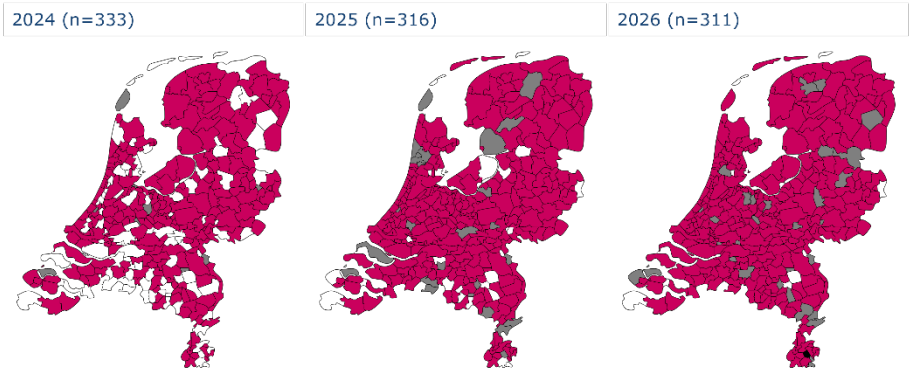
B. Kind naar Gezonder Gewicht



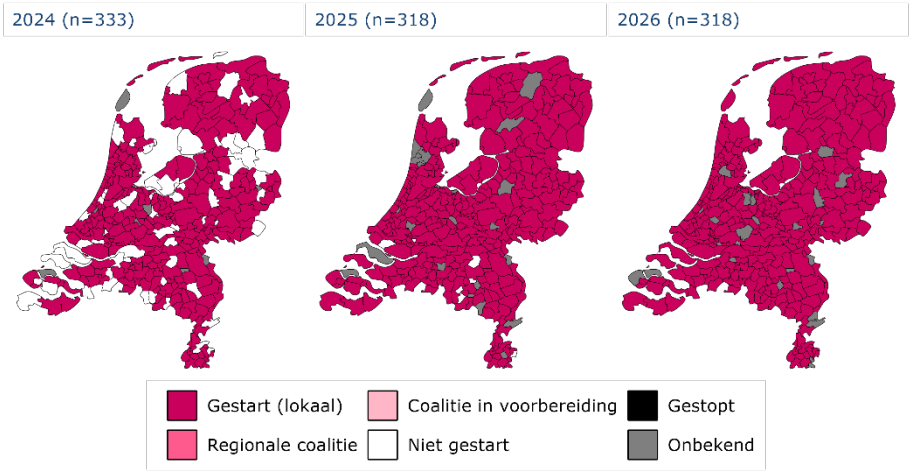
C. Gecombineerde leefstijlinterventie



D. Sociaal verwijzen



E. Valpreventie



De aantallen in de figuur hebben betrekking op het aantal gemeenten dat het onderdeel van de vragenlijst over de ketenaanpak heeft ingevuld in het betreffende jaar. De antwoordopties 'regionale coalitie' en 'coalitie in voorbereiding' gaan alleen over Kansrijke Start. Met 'coalitie in voorbereiding' wordt gedoeld op een lokale coalitie.

Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025 en 2026.

Tabel 1a Gezette stappen in gemeenten waarin gestart is met inrichting van Kansrijke Start (n=314).

Inrichtingsstappen	**N**	**%**
Er is bestuurlijk draagvlak om Kansrijke Start te realiseren.	262	83%
Er zijn met samenwerkingspartners doelstellingen en/of gezamenlijke ambities rondom Kansrijke Start geformuleerd.	267	85%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en ervaringsdeskundigen en/of (aanstaande) ouders.	50	16%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en medisch domein.	193	61%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en sociaal domein.	216	69%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	29	9%
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	12	4%
Er is een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar.	6	2%
Er is samen met samenwerkingspartners een plan van aanpak of stappenplan specifiek voor Kansrijke Start opgesteld.	180	57%
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	238	76%
Er is een overzicht van het aanbod aan activiteiten dat beschikbaar is voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context binnen de gemeente.	201	64%
Er is voldoende en passend aanbod van activiteiten voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context in de gemeente om aan deel te kunnen nemen.	185	59%
Kansrijke Start is al langer ingericht in onze gemeente en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	179	57%
Er is aandacht voor het voortzetten van Kansrijke Start (in het bijzonder na 2025).	272	87%

Tabel 1b Gezette stappen in gemeenten waarin gestart is met inrichting van Kind naar Gezonder Gewicht (n=273).

Inrichtingsstappen	**N**	**%**
Er is bestuurlijk draagvlak om deze ketenaanpak te realiseren.	202	74%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	76	28%
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	79	29%
Er is een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar.	20	7%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieders.	117	43%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en aanbieders uit het sociaal domein (bijvoorbeeld schuldhulpverlening en ondersteuning gezinnen kleine beurs, opvoedondersteuning, beweegaanbod, activiteiten gezonde voeding, activiteiten sociaal emotionele ontwikkeling).	127	47%

Inrichtingsstappen	N	%
Er wordt een projectplan opgesteld waarin wordt beschreven welke stakeholders en organisaties betrokken zijn, wat ieders bijdrage is en wat risico's zijn.	176	64%
De betrokken organisaties (zorgverzekeraar, gemeente en aanbieders) hebben op basis van het projectplan een overeenkomst opgesteld en getekend.	26	10%
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen en het projectplan uit te voeren.	234	86%
Er is een centrale zorgverlener aangesteld.	196	72%
Er is in ieder geval één centrale zorgverlener opgeleid volgens de opleiding van de NSPOH of Your Coach Next Door (YCND).	162	59%
Er zijn afspraken gemaakt over doorverwijzing tussen de centrale zorgverlener en professionals uit het zorg- en sociaal domein (bijv. kinderarts, fysio, schuldhulpverlening).	128	47%
De begeleiding van kinderen en hun gezin door de centrale zorgverlener is gestart.	152	56%
De centrale zorgverlener verwijst kinderen door naar andere professionals uit het zorg- en sociaal domein (bijvoorbeeld kinderarts, fysio, schuldhulpverlening).	140	51%
Er is een plan van aanpak voor periodieke monitoring en evaluatie van de ketenaanpak.	83	30%
De ketenaanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	63	23%

Tabel 1c Gezette stappen in gemeenten waarin gestart is met inrichting van Gecombineerde leefstijlinterventie (n=251).

Inrichtingsstappen	N	%
Er is vanuit onze gemeente bestuurlijk draagvlak om (de inbedding van) de ketenaanpak GLI te realiseren.	135	54%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	52	21%
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	35	14%
Er is een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar.	11	4%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en GLI aanbieders.	121	48%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en welzijnsaanbieders.	84	33%
Er is een gemeentelijk coördinator of projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	154	61%
Er is een stakeholderanalyse gemaakt van de organisaties die nodig zijn om (de inbedding van) een GLI te realiseren.	88	35%
Er is een overzicht van ander aanbod van interventies (met name vanuit het sociaal domein) dat ondersteunend kan zijn aan een GLI.	143	57%
Er is een overzicht van beweegmogelijkheden in de openbare ruimte en beweegaanbod in de wijk (onder andere buurtsportcoaches, sportverenigingen, lokale sportaanbieders).	197	78%

Inrichtingsstappen	N	%
Er is een samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijns professionals zoals huisartsen of regionale huisartsenorganisatie en paramedici (bijvoorbeeld fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen).	136	54%
Het samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijnsprofessionals is uitgebreid met professionals uit het sociaal domein (buurtsportcoaches, welzijnsorganisaties).	103	41%
De implementatie van de netwerkaanpak overgewicht bij volwassenen volgens het landelijk basismodel is al gestart.	64	25%
Er is afgesproken welke professional uit het netwerk de centrale zorgcoördinatie (CZC) op zich neemt.	30	12%
De aanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	63	25%

Tabel 1d Gezette stappen in gemeenten waarin gestart is met inrichting van Sociaal verwijzen (n=301).

Inrichtingsstappen	N	%
Er is bestuurlijk draagvlak om deze ketenaanpak te realiseren.	216	72%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	53	18%
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	34	11%
Er is een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar.	27	9%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieders.	142	47%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en welzijnsaanbieders.	252	84%
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	212	70%
Er is/zijn brugfunctionaris(sen)[63] aangesteld en opgeleid.	231	77%
Er is een overzicht van het aanbod aan activiteiten dat ondersteunend kan zijn aan het uitvoeren van sociale verwijzingen (b.v. een sociale kaart).	215	71%
Er zijn afspraken met sleutelfiguren of buurtinitiatieven in wijken.	102	35%
De ketenaanpak is gestart, dat wil zeggen mensen worden doorverwezen.	237	79%
De ketenaanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	207	69%

[63] In de Handreiking Sociaal verwijzen (2026) wordt gesproken van 'sociaal domein professional(s) met een brugfunctie' in plaats van 'brugfunctionaris'.

Tabel 1e Gezette stappen in gemeenten waarin gestart is met inrichting van Valpreventie (n=318).

Inrichtingsstappen	**N**	**%**
Er is bestuurlijk draagvlak om deze ketenaanpak te realiseren.	267	84%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar om deze ketenaanpak te realiseren.	115	36%
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	88	28%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieders voor het signaleren/opsporen en doorverwijzen van ouderen met een verhoogd valrisico.	255	80%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en welzijnsmedewerkers voor het signaleren/opsporen en doorverwijzen van ouderen met een verhoogd valrisico.	250	79%
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgaanbieders voor de uitvoering van de screening (valrisicobeoordeling).	239	75%
Er zijn afspraken gemaakt over de doorverwijzing van ouderen met een verhoogd valrisico naar een valpreventieve beweeginterventie binnen de gemeente.	296	93%
Er zijn afspraken gemaakt over de doorverwijzing van ouderen met een hoog valrisico en onderliggend lijden naar een valpreventieve beweeginterventie in het zorgdomein.	212	67%
Er zijn afspraken gemaakt over het aanbieden van voldoende en passend structureel sport en beweegaanbod voor ouderen.	275	86%
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	301	95%
De ketenaanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	189	59%

Tabel 3 Belangrijkst obstakels in de uitvoering van de ketenaanpakken volgens gemeenten; aantal keer dat code voorkomt in open antwoorden.

	KS	**KG**	**GLI**	**SV**	**VP**
Totaal aantal unieke open antwoorden	295	260	233	284	299
Totaal aantal toegekende codes	542	550	363	479	602
Urgentie/draagvlak	**42**	**14**	**18**	**44**	**18**
Er wordt prioriteit gegeven aan andere ketenaanpakken/projecten	4	2	3	1	1
Geen gedeelde urgentie bij ketenpartners	5	2	5	1	3
Onvoldoende bekendheid van ketenaanpak/agenderen van het belang van ketenaanpak	10	6	5	30	5
Onvoldoende draagvlak bij professionals/organisaties	23	4	5	12	9
Financiering	**85**	**150**	**66**	**113**	**112**
Geen structurele middelen beschikbaar voor ketenaanpak	47	59	36	54	25
Onzekerheid over toekomstige financiering van ketenaanpak	29	51	17	32	25

	KS	KG	GLI	SV	VP
Vergoedingen voor aanbieders van interventies zijn te laag	2	12	4	1	11
Interventie is te duur/vergoeding is niet kostendekkend (voor gemeente)	2	12	3	18	17
Ontbreken van afspraken over vergoeding van onderdelen van ketenaanpak	5	16	6	8	34
Samenwerking	**121**	**130**	**67**	**144**	**164**
Samenwerking met/medewerking van huisartsen (onder andere verwijzing) is lastig	8	6	15	70	69
Samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein is lastig	22	16	15	20	19
Samenwerking met/betrokkenheid van zorgverzekeraar is lastig	25	43	12	12	48
Samenwerking met/tussen andere partijen **binnen een** domein is lastig	13	12	1	8	12
Problemen met delen van gegevens/registratie van gegevens rond ketenaanpak	4	8	2	18	4
Onduidelijkheid over rollen en taken van ketenpartners	16	29	11	6	8
Succesvolle samenwerking leunt op individuele personen	8	3	0	5	0
Verschillende regio-indelingen en samenwerkingsverbanden bemoeilijken samenwerken	15	4	2	0	1
Mismatch lokale uitvoering versus regionale afspraken (leidt tot wachtstand)	4	5	4	5	0
Ketenaanpak is omvangrijk/(te) veel organisaties betrokken	6	4	5	0	3
Bereiken en behouden doelgroep	**47**	**0**	**0**	**10**	**110**
Signaleren/opsporen/bereiken van doelgroep (vooral kwetsbare groepen) is lastig	34	22	9	1	79
Ontbreken van intrinsieke motivatie bij potentiële deelnemers	3	14	14	2	19
Interventies/traject duren te lang en/of zijn te intensief voor deelnemers	0	2	2	1	5
Uitval van deelnemers tijdens traject (onvoldoende begeleiding, niet tevreden)	0	2	8	0	5
In interventie/traject is onvoldoende oog/aandacht voor sociale problematiek	0	1	4	1	2
Handelingsverlegenheid van professionals in medisch domein richting inwoners/verwachtingen vanuit inwoners	1	5	1	5	0
Onvoldoende betrokkenheid/samenwerking met de doelgroep in uitvoering ketenaanpak	9	2	0	0	0

	KS	KG	GLI	SV	VP
Aanbieders/uitvoerders	**146**	**119**	**55**	**88**	**91**
Onvoldoende tijd/capaciteit bij uitvoerende professionals/organisaties	108	38	19	58	45
Te weinig aanbod van interventies/niet passende interventies	4	31	13	7	20
Verwijsroutes tussen het zorg- en sociaal domein zijn onduidelijk	1	9	4	16	11
Ontbreken professionals met juiste competentieprofiel voor uitvoering van onderdelen van ketenaanpak	1	15	4	5	8
Ontbreken van duidelijkheid over invulling van rol van centrale zorgverlener/coördinator	16	15	7	0	1
Voor kleine gemeente moeilijker te organiseren (onder andere qua capaciteit en middelen)	12	10	7	1	5
Professionals doen ketenaanpak 'erbij', is geen onderdeel takenpakket	4	1	1	1	1
Vervolgaanbod	**5**	**6**	**14**	**5**	**27**
Ontbrekend/beperkt (lokaal) structureel aanbod om naar door te stromen	0	0	4	3	24
Wachtlijsten/vraag overstijgt (vervolg)aanbod	3	4	4	2	2
Verschillend aanbod op elkaar aansluiten is een uitdaging	2	2	6	0	1
Borging	**70**	**60**	**26**	**39**	**49**
Structurele borging van (onderdelen van) ketenaanpak is lastig	26	23	3	19	31
Rol van kartrekker/coördinator/regievoerder niet of onvoldoende vervuld of geborgd	22	13	12	4	4
Doorontwikkeling/uitbreiding ketenaanpak stagneert	9	4	3	2	3
Positioneren van ketenaanpak ten opzichte van soortgelijke interventies/werkwijzen is lastig	1	4	0	5	0
(Effect)monitoring en evaluatie/datagestuurd werken gebeurt nog onvoldoende	4	1	2	8	3
Onduidelijkheid over landelijke kaders en vervolgplannen ketenaanpak	3	9	4	1	7
Zoektocht in doel en richting van ketenaanpak	5	6	2	0	1
Overig					
Wel obstakel, maar geen passende code	12	11	57	16	9
Geen obstakels	14	12	22	20	22

Bijlage 3 Aanvullende tabellen en figuren bij hoofdstuk 6

Deze bijlage bevat extra tabellen en figuren ter ondersteuning van de informatie in hoofdstuk 6. In Tabel 1a wordt weergegeven met welke gemeentelijke beleidsdomeinen/afdelingen wordt samengewerkt aan de verschillende GALA-thema's. Tabel 1b laat zien welke externe organisaties gemeenten betrekken het werken aan deze thema's. Vervolgens geeft tabel 2 een overzicht van stellingen uit het Maturity Model Health in All Policies (MM-HiAP) en het aandeel gemeenten waarvoor de stellingen van toepassing zijn. Tot slot presenteert Tabel 3 de resultaten van de confirmatieve factoranalyse en interne consistentie van de gebruikte stellingen. De gegevens zijn afkomstig uit de vragenlijst onder gemeenten van 2026.

Tabel 1a Overzicht met welke beleidsdomeinen- of afdelingen binnen de gemeente wordt samengewerkt aan de GALA-thema's.

	GA	**LO**	**SB**	**LS**	**MG**	**VO**
Volksgezondheid	93%	89%	92%	97%	93%	94%
Sport en bewegen	98%	95%	91%	99%	82%	98%
Jeugd	90%	56%	91%	92%	94%	8%
Onderwijs	81%	57%	74%	92%	89%	8%
Sociaal domein/welzijn	97%	84%	99%	95%	98%	98%
Werk & inkomen	63%	9%	65%	40%	38%	19%
Ruimtelijke ordening/ fysieke omgeving*	57%	81%	40%	61%	17%	53%
Openbare ruimte/stadsbeheer/ Groenbeleid	-	89%	-	-	-	-
Cultuur	58%	25%	67%	42%	48%	44%
Mobiliteit	18%	37%	22%	26%	5%	37%
Wonen/huisvesting**	29%	56%	46%	20%	20%	69%
Veiligheid	22%	23%	34%	21%	29%	23%
Armoede/schulden	80%	15%	76%	63%	54%	42%
Anders	5%	8%	15%	10%	13%	7%

*Voor gezonde fysieke leefomgeving geformuleerd als 'Ruimtelijke ordening en economie'
**Voor gezonde fysieke leefomgeving geformuleerd als 'Wonen/huisvesting/vastgoed'
GA= Terugdringen gezondheidsachterstanden; LO=Gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten; SB= Versterken van (de verbinding met) de sociale basis; LS= Een gezonde leefstijl; MG= Het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid; VO= Vitaal ouder worden.
NB1. Het GALA-thema over de regionale preventie-infrastructuur is hierbij niet uitgevraagd.
NB2. Een lege cel betekent dat deze organisatie niet voor dat specifieke thema is uitgevraagd.
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2026

Tabel 1b Overzicht van welke organisaties worden betrokken door de gemeente bij GALA-thema's.

	GA	LO	SB	LS	MG	VO
Bedrijfsleven	-	6%	-	-	-	-
Buurthuis	51%	-	74%	48%	43%	63%
Buurtinitiatief	43%	-	67%	38%	33%	49%
Externe adviesbureaus	-	26%	-	-	-	-
GGD	91%	80%	70%	95%	89%	79%
GGZ-instelling	31%	-	39%	23%	72%	17%
Huisartsenorganisatie	71%	-	66%	79%	77%	81%
Instelling voor verslavingszorg	36%	-	28%	46%	51%	11%
Inwonersvertegenwoordiging	38%	31%	55%	-	23%	44%
Kennisorganisatie*	34%	24%	30%	38%	34%	27%
Kinderopvang	49%	-	31%		12%	1%
Leefstijlcoach	-	-	-	78%	-	50%
Levensbeschouwelijke/religieuze organisatie	-	-	34%	-	19%	22%
Lokaal beweeginitiatief	68%	47%	54%	78%	29%	63%
Maatschappelijk werk	66%	-	78%	58%	73%	61%
Omgevingsdiensten	-	18%	-	-	-	-
Ouderenorganisatie	46%	-	67%	55%	34%	82%
Paramedische zorgorganisatie (zoals fysiotherapeuten, diëtisten)	63%	-	44%	77%	24%	85%
Patiënten/cliënten- en naastenorganisatie	15%	-	20%	11%	17%	25%
Politie/crisisdienst	-	-	-	-	34%	-
Provincie	-	28%	-	-	-	-
Regionale ondersteuningsstructuur (ROS)	13%	-	13%	17%	11%	14%
School	74%	51%	59%	86%	80%	3%
Sociaal (wijk)team	71%	-	80%	67%	73%	67%
Sportschool (commercieel)	-	-	-	42%	-	26%
Sportvereniging	69%	55%	64%	87%	44%	67%
Thuiszorg	26%	-	36%	23%	20%	64%
Uitvoerders (bijv. projectontwikkelaars)	-	25%	-	-	-	-
Voedselbank	-	-	34%	-	-	-
Welzijnsorganisatie	93%	-	96%	91%	90%	94%
Woningbouworganisatie	30%	-	47%	-	21%	47%
Ziekenhuis	-	-	-	31%	-	26%
Anders	20%	13%	18%	15%	21%	14%

*Voor gezonde fysieke leefomgeving geformuleerd als 'Kennisinstellingen'

GA= Terugdringen gezondheidsachterstanden; LO=Gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten; SB= Versterken van (de verbinding met) de sociale basis; LS= Een gezonde leefstijl; MG= Het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid; VO= Vitaal ouder worden.
NB1. Het GALA-thema over de regionale preventie-infrastructuur is hierbij niet uitgevraagd.
NB2. Een lege cel betekent dat deze organisatie niet voor dat specifieke thema is uitgevraagd.
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2026.

Tabel 2 Stellingen van het Maturity Model Health in All Policities (MM-HiAP) en het percentage gemeenten waarvoor de stelling als (helemaal) van toepassing werd beoordeeld (n=320).

Fase		**Stelling GALA**	**%**	**Gem. (SD)**
1. Herkennen	A	Het belang om met meerdere beleidsdomeinen samen te werken aan GALA-doelen wordt herkend binnen mijn gemeente	83%	4,2 (0,8)
	B	Het gesprek over samenwerking aan GALA-doelen tussen meerdere beleidsdomeinen is gestart binnen mijn gemeente	79%	4,0 (0,8)
	C	Het is duidelijk welke activiteiten van verschillende beleidsdomeinen bijdragen aan GALA-doelen binnen mijn gemeente	61%	3,7 (0,8)
2. Erkennen	D	De samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen aan GALA-doelen is vastgelegd in beleid binnen mijn gemeente	38%	3,1 (1,0)
	E	De uitvoering van de samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen aan GALA-doelen is van start binnen mijn gemeente	68%	3,8 (0,9)
	F	Vanuit meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente zijn activiteiten vastgesteld om te werken aan de GALA-doelen	64%	3,7 (1,0)
3. Realiseren	G	Er zijn heldere samenwerkingsafspraken gemaakt tussen meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente om de GALA-doelen en activiteiten te realiseren	32%	3,0 (1,0)
	H	Er zijn structurele overlegvormen tussen meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente die zich specifiek richten op de uitvoering van het GALA	49%	3,3 (1,2)
	I	Er is een trekker of coördinator binnen mijn gemeente die verantwoordelijk is voor het coördineren van de samenwerking	68%	3,8 (1,2)

Fase		Stelling GALA	%	Gem. (SD)
		tussen meerdere beleidsdomeinen in het kader van GALA		
	J	De activiteiten worden door meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente gerealiseerd in het kader van GALA	66%	3,8 (1,0)
4. Integreren	K	De visie om met meerdere beleidsdomeinen aan GALA te werken wordt binnen mijn gemeente als breed strategisch uitgangspunt genomen	41%	3,1 (1,1)
	L	Het werken met meerdere beleidsdomeinen aan GALA is opgenomen in het gemeentelijk collegeprogramma of coalitieakkoord	16%	2,3 (1,1)
	M	De uitvoering van de GALA-plannen wordt in mijn gemeente in samenhang in meerdere beleidsdomeinen gemonitord/geëvalueerd	28%	2,8 (1,1)
5. Harmoniseren	N	De ambities zoals benoemd in de GALA-plannen zijn structureel verankerd in de beleidsplanning van meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente	39%	3,1 (1,1)
	O	Er is sprake van een integrale begroting van meerdere beleidsdomeinen om te werken aan de GALA-plannen in mijn gemeente	34%	2,9 (1,2)
	P	Er wordt in mijn gemeente op basis van monitoring en evaluatiegegevens structureel bijgestuurd op de uitvoering van de GALA-plannen in meerdere beleidsdomeinen	20%	2,6 (1,0)

Tabel 3 Resultaten van confirmatieve factoranalyse en interne consistentie.

Fasen	Cronbach's alpha[1]	Stelling	Factorlading
Herkennen	0,78	A	0,71
		B	0,76
		C	0,74
Erkennen	0,81	D	0,68
		E	0,78
		F	0,86
Realiseren	0,81	G	0,73
		H	0,64
		I	0,65

		J	0,84
Integreren	0,78	K	0,76
		L	0,63
		M	0,81
Harmoniseren	0,77	N	0,75
		O	0,67
		P	0,77

[1] Toelichting van Cronbach's alpha: <0,50: onacceptabel; 0,50-0,69: slecht; 0,60- 0,69: twijfelachtig; 0,70- 0,79: acceptabel; 0,80-0,89: goed; 0,90-1,00: uitstekend.

P. Kemper | F. Baâdoudi | I. Brus | U. Chavez Baldini | R. Eilers |
M. Huiberts | S. Hundersmarck | L. Janssen | N. Koopman |
K. Leenaars | L. Lemmens | J. Molenaar | P. Pelle-Geuijen |
C. Rompelberg | Z. Scheefhals | S. Vader | J. Vermeij |
A. Verweij | N. van Vooren | M. Vugts | C. van den Brink

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juni 2026

De zorg voor morgen begint vandaag

[016982]