



**Werkagenda
Basisfunctionaliteiten en
Regionale Preventie
Infrastructuur**

Gooi en Vechtstreek

2027-2029

Inhoud

1 - Inleiding	3
Leeswijzer	6
Begrippen en definities	7
2 – Financiën	9
3 - Regionale Preventie Infrastructuur en Gezondheidsdoelen	11
4- Leefgebied Mentale Gezondheid Welzijn op Recept.....	15
4- Leefgebied Mentale Gezondheid Mentaal gezondheidsnetwerk	18
4- Leefgebied Mentale Gezondheid Herstelvoorziening	20
5 - Leefgebied Waardig Ouder Worden Valpreventie	23
5 - Leefgebied Waardig Ouder Worden Ketenaanpak Dementie (Ontwikkelagenda)	29
6 - Leefgebied Leefstijl Gooi naar gezonder gewicht (18- en 18+)	31
7. Leefgebied Kansrijk Opgroeien A. Lokale coalities Kansrijke Start	39
7. Leefgebied Kansrijk Opgroeien B. Nu Niet Zwanger	39
7. Leefgebied Kansrijk Opgroeien C. Integrale Gezinspoli	40

1 - Inleiding

De zorg in Nederland staat al een tijd onder druk. Mensen worden steeds ouderen hebben op op late leeftijd veel zorg en ondersteuning nodig. Ook werken er niet genoeg mensen in zorg en welzijn om kwalitatief goede hulp te blijven bieden. Tegelijkertijd zijn er allerlei technologische ontwikkelingen. Die bieden nieuwe mogelijkheden. Zorg- en welzijnsorganisaties bereiden zich daarom voor op de toekomst. Er zijn al belangrijke stappen gezet. Onder andere met de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Na het IZA komt er een nieuw akkoord: Het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Het AZWA draagt bij aan twee doelen:

- Het personeelstekort laten dalen met 100.000 mensen tot en met 2028¹;
- Meer gelijkwaardige toegang tot zorg;

In het AZWA staan afspraken om de doelen sneller te bereiken. Ook zijn er een aantal nieuwe afspraken gemaakt. De afspraken gaan over vijf verschillende onderwerpen:

A & B. Afwenden prognose onbeheersbaar

arbeidsmarkttekort: Maximaal 20% administratietijd; de juiste inzet van medewerkers en vergroten vakmanschap.

C. Gelijkwaardigere toegang tot zorg: Gelijkwaardigere toegang tot zorg tussen met name hoger opgeleiden die de weg beter kennen en mensen voor wie dat lastiger is.

D. Beweging naar de voorkant: Zorgvragers eerder en beter helpen (van 3e lijn tot in het sociaal domein) zodat ze minder snel een medische zorgvraag krijgen.

E. Passende zorg: Zorgmedewerkers inzetten op de meest effectieve zorg voor de meest urgente patiënten.

Alle regio's hebben de opdracht gekregen om het AZWA uit te werken in een regionale "werkagenda". Met de werkagenda werken regio's toe naar een regionaal dekkend aanbod voor voorzieningen in 2030, zodat alle inwoners in Nederland (en dichterbij, in de Gooi en Vechtstreek) gebruik kunnen maken van aanbod dat hen helpt gezonder en gelukkiger te leven.

Basisfunctionaliteiten en Basisinfrastructuur

Twee belangrijke begrippen in het AZWA zijn "Basisfunctionaliteiten" en "Basisinfrastructuur". De werkagenda is bedoeld om met name richting te geven aan de basisfunctionaliteiten, maar ook over de basisinfrastructuur zal het een en ander beschreven worden.

Basisfunctionaliteit: Bewezen effectieve voorziening op het snijvlak tussen het sociaal domein en het zorgdomein, waarbij inspanningen in het sociaal domein in samenwerking met zorgprofessionals ervoor moet zorgen dat er minder gebruik wordt gemaakt van zorgverzekerde zorg. In het AZWA is afgesproken dat er in 2030 een landelijk dekkend netwerk van basisfunctionaliteiten is.

Basisinfrastructuur: De structuur en basis in de wijk die nodig is om basisfunctionaliteiten goed te laten landen. Het gaat om basisvoorzieningen in wijken en buurten op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg.

Regioscan en Rodedradenanalyse

Om alle regio's te helpen met de werkagenda is in begin 2026 een Regioscan uitgevoerd. Met de regioscan werd de startsituatie in beeld gebracht: hoe ziet onze regio eruit op het gebied van zorg en ondersteuning? De uitkomsten van alle regioscans zijn samengevoegd

¹ Op basis van het inwoneraantal van de Gooi en Vechtstreek betekent dit een regionale opgave (zorg- en sociaal domein) van ongeveer 1.400 arbeidsplaatsen.

in een Rodedradenanalyse². De uitkomsten uit de regioscan en de rode dradenanalyse zijn benut om, de in deze werkagenda opgenomen basisfunctionaliteiten en afspraken over de Regionale Preventie Infrastructuur (RPI, zie pagina xxx), te verrijken. Uit de Regioscan bleek dat de ambities van de Gooi en Vechtstreek hoog zijn, maar dat voldoende financiering noodzakelijk is om dit mogelijk te maken. Dit signaal blijkt in meer regio's te spelen, zo blijkt uit de Rodedradenanalyse.

Regionale context

Het AZWA geeft iedere regio de opdracht om basisfunctionaliteiten en een basisinfrastructuur te realiseren. Dit moet onder meer leiden tot meer samenhang en samenwerking tussen thema's en domeinen. De samenwerking tussen zorg- en sociaal domein start niet op nul, waardoor de werkagenda AZWA onderdeel uitmaakt van een stevig verweven regionale context. In verschillende samenwerkingsverbanden werken zorg- en welzijnsorganisaties met elkaar samen voor een gezondere Gooi en Vechtstreek, waarbij de zorg en ondersteuning kwalitatief goed en toegankelijk is:

- **Gezond Gooi:** netwerksamenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten en de zorgverzekeraar, met als doel het kwalitatief goed en toegankelijk houden van de zorg en inwoners in de Gooi en Vechtstreek gezonder te maken. Binnen de coalitie Gezond Gooi worden de ambities uit het Regioplan Gooi en Vechtstreek uitgevoerd, in verschillende inhoudelijke "Coalities". De coalities houden zich bezig met de volgende onderwerpen:
 - o Digitalisering
 - o Gezond Leven en Preventie
 - o Mentale Gezondheid
 - o Samenwerking in de Keten

² <https://www.zorgakkoorden.nl/actueel/nieuws/rodedradenanalyse-regioscans-biedt-handvatten-voor-werkagenda%E2%80%99s/>

o Waardig Ouder Worden

- **Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV):** Samenwerkingsverband dat afspraken maakt over het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg. Gemeenten dragen hieraan bij door (via de lokale teams) aan te sluiten bij de Hechte Wijkverbanden. In het RESV worden op regionale schaal afspraken gemaakt over hoe de Hechte Wijkverbanden het beste gefaciliteerd kunnen worden.
- **Regionale Preventie Infrastructuur (RPI):** Onderdeel van de AZWA opdracht is dat iedere regio tot een RPI moet komen. In die RPI worden gezondheidsdoelen opgesteld en samenwerkingafspraken gemaakt op het gebied van gezondheid en preventie. In deze werkagenda wordt een voorstel gedaan over de RPI in het Gooi ingericht kan worden.
- **Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN):** een regionaal samenwerkingsverband waarin huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het sociaal domein gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de passende zorg en ondersteuning.

Ruimte voor aanvulling 80% versie:

Doel en positionering van de werkagenda

Deze werkagenda geeft richting aan de gezamenlijke uitvoering van de AZWA-afspraken in de Gooi en Vechtstreek. Daarbij geldt dat de werkagenda:

- Een aanvulling op het bestaande regioplan binnen het IZA is;

- Voortbouwt op bestaande afspraken en samenwerkingen binnen IZA, GALA en andere regionale trajecten;
- Afspraken bundelt en structureert op het snijvlak van zorg en sociaal domein die nodig zijn om de AZWA-doelen te realiseren;
- Beschrijft hoe bestaande ketenaanpakken worden doorontwikkeld tot samenhangende basisfunctionaliteiten die voor alle inwoners toegankelijk zijn.

Regie op de Werkagenda

De regie voor het opstellen van deze werkagenda ligt bij de mandaatgemeente Hilversum en zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Zij hebben samen met de GGD Gooi en Vechtstreek en Versa Welzijn regie gevoerd op de totstandkoming ervan.

De werkagenda is opgesteld in nauwe samenwerking met de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek, GGD, Versa Welzijn, Zilveren Kruis en de IZA-coalities van Gezond Gooi. Daarmee is voortgebouwd op bestaande kennis, ervaringen, structuren en samenwerkingsrelaties in de regio.

Het realiseren van de ambities en afspraken uit de werkagenda is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, zorgorganisaties en de regiogemeenten. Daarbinnen blijft iedere partij verantwoordelijk voor de inzet en uitvoering binnen het eigen domein.

Met de vaststelling van deze werkagenda committeren Zilveren Kruis en de Gooise gemeenten zich aan de regionale ambities en het afgesproken groeipad naar een regionaal dekkend aanbod in 2030. Zij vertalen dit commitment, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid en financiële kaders, naar beleid en naar afspraken met gecontracteerde of gesubsidieerde partijen binnen het zorg- en sociaal domein. Dit betekent niet dat iedere gemeente dezelfde uitvoering of hetzelfde aanbod moet organiseren. Er is juist ruimte voor lokale keuzes, zolang

deze bijdragen aan een gelijkgerichte ambitie en het regionaal dekkende aanbod.

Uitvoerende partijen in zorg en welzijn verbinden zich via de samenwerkings- en ketenafspraken aan hun bijdrage aan de uitvoering.

Deze samenwerking is wederkerig. Partijen maken zichtbaar hoe zij bijdragen aan de regionale ambities, bespreken de voortgang en knelpunten tijdig, sturen waar nodig gezamenlijk bij en kunnen elkaar aanspreken op het nakomen van de gemaakte afspraken.

De governance voor de uitvoering, monitoring en bijsturing wordt begin 2027 nader uitgewerkt.

Zilveren Kruis en de gemeente Hilversum agenderen de voortgang van de werkagenda periodiek in het bestuurlijk overleg van Gezond Gooi.

Leeswijzer

De volgende hoofdstukken vormen de kern van de werkagenda: wat gaan we doen op het gebied van regionale samenwerking en de basisfunctionaliteiten. Op pagina's xxx tot en met xxx staat een overzicht van afkortingen, begrippen en definities die belangrijk zijn om deze werkagenda goed te kunnen lezen.

Hoofdstuk 2 geeft inzicht in de financiering van de werkagenda en wie waarvoor verantwoordelijk is. In Hoofdstuk 3 staat de Regionale Preventie Infrastructuur (RPI) beschreven, en worden de Ambities en Gezondheidsdoelen per leefgebied voor deze werkagenda en voor het RPI benoemd.

Vanaf Hoofdstuk 4 omvat ieder hoofdstuk uit één leefgebied, met binnen dat leefgebied de bijpassende basisfunctionaliteiten. Ieder leefgebied kent dezelfde opbouw: korte inleiding en toelichting, ambities en gezondheidsdoelen, hoe bereikt de doelgroep de

voorzieningen in dit leefgebied, en vervolgens uitwerking van de specifieke basisfunctionaliteiten inclusief een mijlpalenplanning. Deze hoofdstukken, op basis van de leefgebieden, heten:

- Hoofdstuk 4 Mentale Gezondheid, met daarin Welzijn op Recept, Mentaal Gezondheidsnetwerk en Herstelvoorzieningen
- Hoofdstuk 5 Waardig Ouder Worden, met daarin Valpreventie en de Ketenaanpak Dementie (Ontwikkelaanpak)
- Hoofdstuk 6 Leefstijl, met de basisfunctionaliteit Gooi naar Gezonder Gewicht
- Hoofdstuk 7 Kansrijk opgroeien, met daarin Kansrijke Start

Begrippen en definities

AZWA	Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Opvolger van het IZA.
IZA	Integraal Zorgakkoord. Gericht op het toegankelijk houden van de zorg en domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg en welzijn.
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord. Gericht op het stimuleren van een gezondere leefstijl, onder anderen door middel van “ketenaanpakken” zoals Valpreventie, Welzijn op Recept en Kansrijke Start. Dit zijn nu “basisfunctionaliteiten”.
SPUK	Specifieke Uitkering. Financieringsvorm voor gemeenten. Anders dan een “algemene uitkering” is een SPUK gekoppeld aan concrete beleidsvelden, waardoor gemeenten dit budget gericht moeten besteden.
Basisfunctionaliteit	Bewezen effectieve voorziening op het snijvlak tussen het sociaal domein en het zorgdomein, waarbij inspanningen in het sociaal domein in samenwerking met zorgprofessionals ervoor moet zorgen dat er minder gebruik wordt gemaakt van zorgverzekerde zorg. In het AZWA is afgesproken dat er in 2030 een landelijk dekkend netwerk van basisfunctionaliteiten is. Op dit moment (najaar 2026) zijn de basisfunctionaliteiten: • Welzijn op Recept (Sociaal Verwijzen) • Herstelvoorziening (Laagdrempelige Steunpunten EPA) • Valpreventie • Mentaal Gezondheidsnetwerk (o.a. Verkennend Gesprek) • Gooi naar Gezonder Gewicht (Kind naar Gezonder Gewicht en Volwassene naar Gezonder Gewicht) • Kansrijke Start: - o Lokale coalitie - o Nu Niet Zwanger - o Integrale Gezinspoli
Basisinfrastructuur	Infrastructuur die nodig is om basisfunctionaliteiten goed in te bedden in de lokale samenleving.
HLO	Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg. Gericht op het toegankelijk houden van specifiek de ouderenzorg.
Ontwikkelagenda	Een aantal aanpakken maakt kans om als basisfunctionaliteit te worden aangemerkt, waarmee structurele financiering beschikbaar komt voor gemeenten. Deze aanpakken zijn nu nog onvoldoende onderbouwd, en moeten dus worden

ontwikkeld tot basisfunctionaliteit. De VNG heeft alle regio's gevraagd een keuze te maken voor één van de onderdelen van de Ontwikkelagenda om nader uit te werken. Het gaat hierbij om:

- Ketenaanpak dementie
- Rookvrije Start
- Nicotinevrij
- Multiproblematiek aanpak.

RPI	Regionale Preventie Infrastructuur. Een vastgelegde samenwerkingsstructuur, die gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars, welzijnsorganisaties en zorgpartijen aan elkaar verbindt met als doel gezondheid en preventie duurzaam te organiseren.
RESV	Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband. Samenwerkingsverband tussen eerstelijns zorgpartijen zoals huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, samen met ouderenzorg (wijkverpleging en specialisten ouderengeneeskunde).
MGN	Mentaal Gezondheidsnetwerk. Een regionaal samenwerkingsverband waarin huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het sociaal domein gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de passende zorg en ondersteuning.
PFHO	Portefeuillehoudersoverleg. Het regionale overleg van de wethouders van de Gooi en Vechtstreek over de portefeuille gezondheid en ondersteuning.
Positieve Gezondheid	Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, en draait om het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan.

Commentaar [AK1]: Missen de adviesraden nog definities of afkortingen?

2 – Financiën

Financiële middelen en verantwoordelijkheden

Voor de uitvoering van deze werkagenda ontvangen gemeenten van 2027 tot en met 2029 middelen via de SPUK AZWA. Binnen deze SPUK worden verschillende bestaande en nieuwe middelen samengebracht. Een deel wordt rechtstreeks aan gemeenten uitgekeerd (lokaal deel) en een deel regionaal via mandaatgemeente Hilversum (regionaal deel). De middelen zijn bedoeld voor de basisfunctionaliteiten, de ontwikkelagenda, de versterking van de sociale en gezonde basisinfrastructuur en voor het versterken van mantelzorgondersteuning en respijtzorg.

De SPUK AZWA is aanvullend op bestaande gemeentelijke middelen, financiering vanuit de Zorgverzekeringswet, tijdelijke transformatiemiddelen en andere beschikbare budgetten. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inzet en verantwoording van de SPUK AZWA-middelen. Zilveren Kruis financiert de verzekerde zorg binnen de Zorgverzekeringswet. Andere betrokken organisaties dragen waar nodig en mogelijk bij vanuit hun eigen taken en financieringsstromen.

De lokale en regionale SPUK AZWA vormen afzonderlijke geldstromen, maar worden gelijkgericht ingezet. Daarbij wordt aangesloten bij de regionale gezondheidsdoelen en de lokale opgaven. Gemeenten stellen zelf een lokale begroting op, waarmee de basisfunctionaliteiten worden ingericht. Mandaatgemeente Hilversum stelt in overleg met alle regiogemeenten de regionale begroting op. In de begroting van de regionale SPUK AZWA middelen wordt ook rekening gehouden met de benodigde uitvoeringscapaciteit, monitoring en communicatie, regiocoördinatie en eventuele opschaling die met lokale middelen niet gefinancierd kan worden. Zilveren Kruis wordt bij de begroting betrokken vanwege de samenhang met de inzet en financiering vanuit

de Zorgverzekeringswet. De regionale begroting wordt separaat van de Werkagenda ter vaststelling voorgelegd aan het PFHO Sociaal Domein.

Reguliere inzet van zorg- en sociaal-domeinprofessionals wordt zoveel mogelijk bekostigd vanuit de bestaande financiering binnen onder meer de Zorgverzekeringswet, de Wet publieke gezondheid, de Jeugdwet en de Wmo. Dit geldt bijvoorbeeld voor verzekerde zorg binnen de ketenaanpakken, de inzet van de jeugdgezondheidszorg en bestaand lokaal ondersteunings- en beweegaanbod.

Voor enkele basisfunctionaliteiten zijn tot slot tijdelijk transformatiemiddelen beschikbaar, via het *Transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk* (voor Herstelvoorzieningen en Verkennend Gesprek) en het *Transformatieplan Van Klacht naar Kracht* (voor Welzijn op Recept). Voor de looptijd van de transformatieplannen hoeven gemeenten de extra kosten voor deze basisfunctionaliteiten niet uit SPUK AZWA te financieren.

Nadere financiële uitwerking

Per basisfunctionaliteit moeten bijpassende financiële afspraken worden gemaakt. Daarbij worden per basisfunctionaliteit de volgende afwegingen gemaakt:

Welzijn op Recept: de inzet van Welzijnscoaches wordt tot en met 2027 primair bekostigd uit transformatiemiddelen. Gedurende de looptijd van het Transformatieplan wordt inzichtelijk gemaakt welke lokale capaciteit daadwerkelijk nodig is en in hoeverre bestaande gemeentelijke middelen en SPUK-AZWA-middelen toereikend zijn om de beoogde regionale dekking van deze basisfunctionaliteit te realiseren. Eventuele tekorten kunnen mogelijk vanuit de regionale SPUK AZWA middelen worden meegefinancierd.

Verkennd gesprek: de inzet van de ggz-professional wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Voor de inzet en opvolging vanuit het sociaal domein zijn gedurende het transformatieplan

transformatiemiddelen beschikbaar. Vanaf 2028 wordt hier in de lokale AZWA begrotingen budget voor gereserveerd.

Herstelvoorzieningen: voor 2026 en 2027 zijn transformatiemiddelen beschikbaar voor het inrichten en uitvoeren van de Herstelvoorzieningen. Mogelijk lopen de transformatiemiddelen door tot en met 2028. Dit zou betekenen dat er pas in 2029 SPUK AZWA dekking nodig is in de regionale begroting.

Valpreventie: de aanpak Valpreventie staat in alle gemeenten al stevig. Voorlopig wordt voorzien in een lichte opschaling in kosten, en moet worden bekeken of gemeenten dit lokaal kunnen financieren of dat een deel van de Valpreventiekosten uit het regionale deel gedekt kunnen worden.

Ketenaanpak Dementie: de Ketenaanpak Dementie is onderdeel van de Ontwikkelagenda, en hiervoor is binnen SPUK AZWA geen extra budget beschikbaar gekomen. Lokaal kan hier geen ruimte voor worden gemaakt, dus er wordt onderzocht of deze aanpak uit de regionale SPUK AZWA middelen gefinancierd kan worden.

Gooi naar Gezonder Gewicht: Zilveren Kruis financiert de verzekerde zorg voor volwassenen, waaronder de GLI. Gemeenten financieren de inzet vanuit het sociaal domein en het lokale leefstijl- en beweegaanbod. De benodigde SPUK AZWA-middelen voor coördinatie, ketenafspraken, monitoring en regionaal dekkend aanbod worden nader bepaald, waarbij een deel lokaal en een deel regionaal is. Voor kinderen geldt dat de centrale zorgverleners (CZV) worden ingezet door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Zilveren Kruis financiert de kinder-GLI, uitgevoerd door daarvoor opgeleide kinderleefstijlcoaches, vanuit de Zorgverzekeringswet.

Kansrijke Start: bestaande financiering vanuit gemeenten, publieke gezondheid en verzekerde zorg blijft het uitgangspunt. De voormalige GALA-middelen binnen de SPUK AZWA kunnen ook worden ingezet voor Kansrijke start.

Nu Niet Zwanger: gemeenten financieren de regionale coördinatie, expertise en ondersteuning van professionals via het regionale deel van SPUK AZWA. Verzekerde zorg wordt bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet.

Integrale Gezinspoli: de reguliere professionele inzet wordt vanuit bestaande wettelijke financieringsstromen bekostigd. De benodigde SPUK AZWA-middelen voor ontwikkeling en opstart, waaronder projectleiding, coördinatie, scholing, multidisciplinair overleg, gegevensuitwisseling en monitoring, worden nader uitgewerkt.

3 - Regionale Preventie Infrastructuur en Gezondheidsdoelen

Als onderdeel van het AZWA heeft iedere regio de taak om een “Regionale Preventie Infrastructuur” (RPI) in te richten. Dit is een vastgelegde samenwerkingsstructuur, die de gemeenten in de Gooi- en Vechtstreek, GGD Gooi- en Vechtstreek, RESV Gooi en omstreken, Versa Welzijn en Zilveren Kruis aan elkaar verbindt met als doel gezondheid en preventie duurzaam te organiseren. Doel van de RPI is zorg en ondersteuning voorkomen door aan de voorkant in te zetten op gezondheid en leefstijl. Hiertoe dienen regionale gezondheidsdoelen, duidelijke rolverdeling en concrete werkafspraken worden gemaakt. In deze werkagenda wordt het RPI van de Gooi en Vechtstreek als integraal onderdeel van de AZWA-samenwerking gezien.

Uitgangspunten RPI

Ambitie Regioplan Gooi en Vechtstreek — Het Regioplan heeft als overkoepelende ambitie: kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg in 2040, met de nadruk op preventie, eigen regie en samenredzaamheid. Hierbij bouwen we aan sterke, verbonden gemeenschappen waarin inwoners elkaar ondersteunen. De organisaties van Gezond Gooi zetten zich in op het vergroten van bewustwording rond gezondheid en welzijn, het normaliseren van uitdagingen die horen bij het leven en het versterken van de weerbaarheid van inwoners en gemeenschappen. De RPI draagt hieraan bij door domeinoverstijgende samenwerking op preventie en het bevorderen van de fysieke, mentale en sociale gezondheid.

Positieve Gezondheid als vertrekpunt — Het gedachtegoed van Positieve Gezondheid hanteren we binnen de regio Gooi en Vechtstreek en de regionale preventie infrastructuur (RPI) als vertrekpunt. Dit betekent dat bij alle basisfunctionaliteiten gewerkt wordt vanuit hetzelfde gedachtegoed: gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte, maar het vermogen om mee te doen en het

leven aan te kunnen. Met als doel dat meer inwoners grip ervaren op hun eigen leven - ook als er gezondheidsproblemen zijn. Door een grotere bewustwording over wat gezondheid betekent, zal de veerkracht en zelfredzaamheid van inwoners verbeteren en weten ze beter de weg naar hun netwerk dichtbij of passende ondersteuning. Dit vraagt van professionals dat zij handelen vanuit een brede blik op gezondheid, het ‘andere gesprek’ voeren, het informele netwerk van inwoners benutten en waar nodig tijdig verwijzen naar passende ondersteuning in het sociale domein. Ons doel is ook om te normaliseren: Met het ouder worden komen gebreken, maar ook bij opgroeiende kinderen horen uitdagingen soms bij het leven. Niet iedere uitdaging of klacht vraagt om een professionele oplossing.

Verkleinen gezondheidsverschillen — In de regio Gooi en Vechtstreek zetten we ons in op het verkleinen van gezondheidsverschillen. Dit komt terug in alles wat we doen: bij elke basisfunctionaliteit is er bijzondere aandacht voor inwoners in kwetsbare situaties. Daarom beschouwen wij het “terugdringen van gezondheidsachterstanden” (in tegenstelling tot in het AZWA) niet als afzonderlijk leefgebied. Een gezonde sociale en fysieke leefomgeving is een belangrijke randvoorwaarde die deze ambitie ondersteunt en versterkt.

Versterken collectieve kracht gemeenschap — We werken aan het zelfherstellend vermogen van gemeenschappen. Dat vraagt een verschuiving van zorg naar gemeenschap. Inwoners nemen zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en voor elkaar. Dit vraagt samenwerking tussen inwoners onderling, en met (zorg) professionals. Uitgangspunt is dat inwoners eerst kijken wat zij zelf of samen met hun netwerk kunnen oplossen, voordat professionele ondersteuning wordt ingezet.

Een *gezonde sociale en fysieke leefomgeving* vormt een belangrijke randvoorwaarde voor gezondheid. Hoewel de ontwikkeling van die leefomgeving geen expliciet onderdeel is van de basisfunctionaliteiten

beschreven in deze werkagenda, is dit van grote invloed is op gezondheid, welzijn en gezondheidsverschillen. Verschillende partners binnen de regio zijn vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid hiervoor aan zet

Monitoring en Evaluatie

Met monitoring willen we weten of de beweging die we met de basisfunctionaliteiten in gang zetten vooruitkomt en voortgang maakt in de uitvoering. Monitoring is primair gericht op proces, samenwerking, bereik en implementatie. Tegelijk moet het bijhouden daarvan behapbaar blijven voor de uitvoering. Monitoring dient daarbij vooral als hulpmiddel om inzicht te krijgen, van elkaar te leren en waar nodig bij te sturen, niet om elkaar af te rekenen.

Hoe we de monitoring voor de basisfunctionaliteiten en de RPI inrichten wordt in 2027 verder uitgewerkt.

Gezondheidsdoelen RPI

Gezondheidsdoelen zijn geclusterd in 4 leefgebieden: leefstijl, kansrijk opgroeien, waardig ouder worden en mentale gezondheid. De basisfunctionaliteiten beschreven binnen deze werkagenda dragen bij aan deze doelen. Daarnaast zijn er andere activiteiten binnen de regio die bijdragen aan bovengenoemde gezondheidsdoelen. In deze werkagenda zijn de hoofdstukken ingedeeld per leefgebied.

Ambities & Gezondheidsdoelen RPI

	Leefstijl	Kansrijk Opgroeien	Waardig Ouder Worden	Mentale Gezondheid
Ambitie	<i>Gezonde en vitale bevolking</i> In de regio Gooi en Vechtstreek leven inwoners zo gezond, vitaal en zelfstandig mogelijk in een omgeving die het maken van gezonde keuzes vanzelfsprekend (of: eenvoudig) maakt.	<i>Ieder kind kansrijk laten opgroeien</i> Alle kinderen en jongeren in de regio Gooi en Vechtstreek krijgen de kans om veilig, gezond en kansrijk op te groeien en hun talenten optimaal te ontwikkelen.	<i>Waardig en zelfstandig ouder worden</i> Ouderen in de regio Gooi en Vechtstreek kunnen zo lang mogelijk zelfstandig, beteken isvol en waardig leven, met behoud van kwaliteit van leven.	<i>Mentaal veerkrachtige samenleving</i> Inwoners van de regio Gooi en Vechtstreek ervaren mentale veerkracht, voelen zich verbonden met anderen en kunnen volwaardig deelnemen aan de samenleving.
Gezondheidsdoelen	<i>Gezond gedrag en eigen regie</i> Inwoners nemen regie over hun gezondheid en maken, passend bij hun mogelijkheden, gezonde keuzes op het gebied van bewegen, voeding, middelengebruik en ontspanning. Zij maken gebruik van ondersteuning wanneer dat nodig is en versterken daarmee hun gezondheid en zelfredzaamheid.	<i>Vroegsignalering, ondersteuning en gezonde ontwikkelomgeving.</i> Kinderen groeien op in een veilige en stimulerende omgeving die hun gezondheid, ontwikkeling en participatie bevordert. (Aanstaande) ouders, kinderen en jongeren krijgen tijdig passende ondersteuning, zodat ontwikkel-, gezondheids- en opvoedvragen vroeg worden gesignaleerd en aangepakt.	<i>Veerkracht, voorbereiding en passende ondersteuning.</i> Ouderen behouden of versterken hun fysieke, mentale en sociale veerkracht, bereiden zich tijdig voor op veranderingen die horen bij het ouder worden en maken gebruik van hun netwerk, voorzieningen en ondersteuning wanneer nodig.	<i>Tijdige toegang tot passende hulp</i> We zorgen voor voorzieningen waar inwoners die mentaal kwetsbaar zijn drempelloos, dichtbij en zonder lang te wachten kunnen werken aan hun zelfherstellend vermogen.

Signalering: De belangrijke rol van leefstijlpunten in de regio Gooi en Vechtstreek

Een effectieve uitvoering van de basisfunctionaliteiten vraagt om goede regionale afspraken over signalering en opsporing. Het vroegtijdig herkennen van leefstijl- en welzijnsvraagstukken en het laagdrempelig toeleiden van inwoners naar passende ondersteuning zijn essentieel om zwaardere zorg te voorkomen en gelijke kansen op gezondheid te vergroten.

In alle gemeenten in de Gooi en Vechtstreek vervullen de **leefstijlpunten** een belangrijke rol in de toeleidingsfunctie. De leefstijlpunten zijn ingericht als laagdrempelige (inloop)punten waar inwoners terecht kunnen voor niet-medische hulpvragen, met focus op leefstijl, welzijn en Positieve Gezondheid. Daarmee vormen ze een belangrijke schakel tussen professionals uit het zorgdomein die gezondheid- of welzijnsrisico's signaleren (zoals (huis)artsen, praktijkondersteuners, verpleegkundigen) en passende ondersteuning uit het gezondheids- en sociaal domein.

Binnen de leefstijlpunten wordt het **gesprek gevoerd vanuit het gedachtegoed Positieve Gezondheid**. Dit brede gesprek richt zich niet alleen op klachten, maar op wat voor de inwoner belangrijk is en waar ondersteuning kan helpen om de eigen regie en zelfredzaamheid te versterken. Op basis van dit gesprek wordt, indien nodig, gericht doorverwezen naar passend aanbod, waaronder de basisfunctionaliteiten (ketenaanpak overgewicht volwassenen, valpreventie of welzijn op recept).

De regio zet zich in op het versterken van de samenwerking en het toewerken naar een centrale aanpak van de leefstijlpunten, zodat bij inwoners en verwijzers meer bekendheid en één **duidelijk en herkenbaar beeld** ontstaat. Door te werken met één naam ('leefstijlpunt'), een regionale communicatiestrategie, een minimaal herkenbaar aanbod en een eenduidige werkwijze, wordt de vindbaarheid verbeterd en wordt het voor signalerende professionals

makkelijker om inwoners toe te leiden. De implementatie van eenduidige verwijsprocessen (VIPLive) waaraan gewerkt wordt ondersteunt dit verder. Op deze manier dragen de leefstijlpunten bij aan een samenhangend systeem van signaleren en toeleiden naar passend aanbod van de inwoner.

Organisatie RPI

De RPI vormt de regionale samenwerking voor gezondheid en preventie in Gooi en Vechtstreek. De volgende partijen nemen hier aan deel: de gemeenten in Gooi en Vechtstreek, GGD Gooi- en Vechtstreek, RESV Gooi en omstreken, Versa Welzijn en Zilveren Kruis. Door verbinding te leggen tussen de verschillende ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en preventie, draagt de RPI bij aan een samenhangende en domeinoverstijgende aanpak van gezondheidsvraagstukken.

De organisatie van de RPI wordt in de komende periode aan bestuurlijke tafels besproken en nader uitgewerkt.

1. Leefgebied Mentale Gezondheid

Ambitie

Mentaal veerkrachtige samenleving

Inwoners van de regio Gooi en Vechtstreek ervaren mentale veerkracht, voelen zich verbonden met anderen en kunnen volwaardig deelnemen aan de samenleving.

Gezondheidsdoel

Tijdige toegang tot passende hulp

We zorgen voor voorzieningen waar inwoners die mentaal kwetsbaar zijn drempelloos, dichtbij en zonder **lang te wachten kunnen werken aan hun zelfherstellend vermogen.**

Inleiding

Welzijn op Recept³ richt zich op (jong)volwassen inwoners die met (milde) psychosociale problemen (met veelal een sociaal-maatschappelijke oorzaak) bij een eerstelijnszorgverlener zoals een huisarts, fysiotherapeut of apotheker komen. Welzijnscoaches helpen inwoners met lichte psychosociale klachten sneller de weg te vinden naar passend aanbod door middel van brede vraagverheldering. Denk aan inwoners die nu met vragen of klachten bij de huisarts komen die eigenlijk te maken hebben met stress, sociale eenzaamheid of gebrek aan zingeving. In zulke gevallen is een verwijzing naar het sociaal domein vaak passender dan een medische behandeling of GGZ-behandeling. De welzijnscoach dient als brug, als verbinder, tussen het medisch- en sociaal domein.

Welzijn op Recept biedt een **laagdrempelige manier om die brede hulpvragen op te vangen**. Het helpt inwoners om samen met een welzijnscoach te verkennen wat zij nodig hebben om zich beter te voelen. Daarbij sluit de aanpak aan op het gedachtegoed van Positieve Gezondheid: het gesprek draait om wat iemand belangrijk vindt en wat er wél mogelijk is.

Welzijn op Recept

³ Deze basisfunctionaliteit wordt in het AZWA “Sociaal Verwijzen” genoemd, maar in de Gooi en Vechtstreek hanteren we “Welzijn op Recept”.

Huidige situatie

Welzijn op Recept wordt al een paar jaar in alle gemeenten in de Gooi en Vechtstreek uitgevoerd. Dit werd in eerste instantie op relatief kleine schaal gedaan vanuit GALA-middelen, maar wordt in 2026 flink opgeschaald dankzij extra middelen vanuit het Transformatieplan “Van Klacht Naar Kracht”. Bij het transformatieplan zijn huisartsen de verwijzers.

Per 1 januari 2026 was de situatie als volgt:

- Huizen: 0,5 fte (1 coach) - 2 HA praktijken
- BEL (Blaricum, Eemnes en Laren) 0,03 fte (2 coaches) - 1 HA praktijk
- Gooise Meren 0,25 fte (6 coaches) - 5 HA praktijken
- Hilversum & Wijdmeren 0,6 fte (3 coaches)/ - 7 HA praktijk

In 2026 wordt het aantal welzijnscoaches in de regio opgeschaald van 1,38 fte naar 8,6 fte als onderdeel van het Transformatieplan Van Klacht Naar Kracht. De caseload van een welzijnscoach is op jaarbasis momenteel begroot op 140 cases per FTE voor bestaande coaches en 120 cases voor nieuwe coaches.

Het transformatieplan heeft een looptijd tot en met 2027. Er is een monitor opgezet die inzicht geeft in een passend aantal Fte welzijnscoach is voor de verschillende gemeenten, in relatie tot het aantal doorverwijzingen door huisartsen. Ook brengt de monitor eventuele knelpunten aan het licht die we de komende jaren kunnen oppakken. Daarnaast loopt de implementatie van de ketenaanpak WoR (het fasenplan), waarbinnen werkafspraken verder worden doorontwikkeld.

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

Voor Welzijn op Recept hebben we de ambitie dat (jong)volwassen inwoners passende ondersteuning krijgen; dat huisartsen en andere

eerstelijns professionals (paramedici) hun patiënten met milde psychische, dan wel sociale problematiek, doorverwijzen naar een welzijnscoach; dat deze welzijnscoach mensen verbindt met passende ondersteuning in het sociaal domein.

De landelijke streefwaarde voor sociaal verwijzen is 0,2 tot 0,5 fte inzet van een “brugfunctionaris” (Gooi: Welzijnscoach) per 10.000 inwoners. Voor onze regio betekent dit een bandbreedte van 5 tot 12,5 fte. Het is onze ambitie om, op basis van de onderzoeksresultaten van het Transformatieplan “Van Klacht naar Kracht” en aanvullend praktijkonderzoek vast te stellen hoeveel fte per gemeente nodig is. Onder andere gaat het dan ook om verwijsmogelijkheden door andere eerstelijns zorgprofessionals. Daarom is het nu te vroeg om al een exact aantal fte aan te wijzen als ambitie voor het regionaal dekkend netwerk van Welzijn op Recept.

Onze ambitie is om in 2030 tussen de 5 fte en de 12,5 fte aan Welzijnscoaches te hebben, in aansluiting op te verwachten verwijzingen door de eerstelijns zorgprofessionals en mogelijkheden mensen ook daadwerkelijk in het sociaal domein te kunnen helpen.

In deze ambitie bestaat dus een afhankelijkheid van de eerstelijns zorgverleners: hoe meer zij verwijzen naar Welzijn op Recept, hoe meer welzijnscoaches er nodig zullen zijn. Hierbij is een limiterende factor de beperkte middelen die gemeenten via SPUK AZWA vervangen. Onafhankelijk van hoeveel door huisartsen en paramedici wordt doorverwezen naar Welzijn op Recept blijft het totale beschikbare budget voor alle basisfunctionaliteiten gelijk – terwijl het besparende effect op de zorg juist toeneemt. Hierin zullen gemeenten en zorgverzekeraar zoveel mogelijk samen optrekken om de aanpak van Welzijn op Recept in de Gooi en Vechtstreek zo effectief mogelijk in te richten.

Projectdoelstellingen

Een passend aantal gekwalificeerde welzijnscoaches (binnen de bandbreedte van 5 tot 12,5 Fte) zijn gecontracteerd door de gemeenten van de regio en gekoppeld aan de huisartsenpraktijken.

Huisartsen (en andere eerstelijnszorgprofessionals) verwijzen, hun patiënten met milde psychische en sociale problemen door naar een welzijnscoach.

Samenwerkingsafspraken

Welijnscoaches zijn in dienst van Versa welzijn. Versa draagt zorg voor de kwaliteit van de betreffende dienstverlening.

Huisartsen en andere eerstelijnszorg professionals die zorgdragen voor doorverwijzing

Sterke sociale basis om mensen in de sociale basis te kunnen helpen (formeel en informeel)

Financiering

Tot en met 2027 wordt het grootste deel van de welzijnscoaches in de regio gefinancierd uit SPUK Transformatiemiddelen. Vanaf 2028 moeten gemeenten de lokale inzet van Welzijnscoaches uit de lokale SPUK AZWA financieren, waar nodig aangevuld door regionale SPUK AZWA middelen.

Mentaal gezondheidsnetwerk

Inleiding

Mentale Gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische klachten: het gaat om het vermogen van inwoners om met uitdagingen in het leven om te gaan, mee te doen en regie te voeren over de eigen situatie. Hiervoor is integrale, domeinoverstijgende samenwerking nodig. Daarom is in het IZA en het AZWA afgesproken dat er in iedere regio een Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) komt: een regionaal samenwerkingsverband waarin huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het sociaal domein gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de passende zorg en ondersteuning.

Huidige situatie

In het voorjaar van 2026 is het Transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk goedgekeurd. Hierdoor komen er voor 2026 en 2027 middelen beschikbaar om te investeren in het mentaal gezondheidsnetwerk van de Gooi en Vechtstreek. De doelgroep van het Transformatieplan bestaat uit individuen en hun naasten met psychische klachten en uitdagingen op meerdere levensdomeinen, waarbij het niet direct duidelijk is wat de best passende zorg en/of ondersteuning is in de verschillende domeinen. Het Transformatieplan heeft als doel met de tijdelijke middelen een Mentaal Gezondheidsnetwerk in te richten, dat bestaat uit de volgende onderdelen:

a. Verkennend Gesprek

Inwoners met meervoudige problematiek krijgen een laagdrempelig, integraal gesprek met een GGZ-professional, een professional uit het sociaal domein, de inwoner zelf en diens naasten. Het gesprek wordt gevoerd volgens het model van Positieve Gezondheid, waarbij zes levensdomeinen centraal staan. Door deze holistische benadering wordt niet alleen gekeken naar mentale klachten, maar ook naar onderliggende oorzaken zoals schulden, eenzaamheid of problemen

op andere leefgebieden. Doel is om snel passende zorg en/of ondersteuning te organiseren, over meerdere domeinen heen. Het verkennend gesprek is bedoeld voor inwoners met een psychische hulpvraag, waarbij er ook (vermoedens van) problemen zijn op andere leefgebieden zoals financiën of sociale contacten. De huisarts verwijst door naar het Verkennend Gesprek als het voor de huisarts onduidelijk is wat de passende hulp of ondersteuning is voor deze inwoners.

b. De Overlegtafel

Doel van een overlegtafel is om met verschillende partijen binnen het MGN een passende oplossing te vinden voor inwoners met complexe problematiek. Er is op dit moment een domeinoverstijgende overlegtafel, maar die werkt niet optimaal. De huidige overlegtafel is onvoldoende bekend in de regio, er wordt weinig casuïstiek ingebracht en de focus ligt met name op instroom van cliënten in de ggz en minder op uitstroom vanuit de specialistische ggz. De overlegtafel wordt daarom geëvalueerd en op bovenstaande punten zullen er verbeteringen worden doorgevoerd.

c. De Transfertaal⁴

Om vraag en aanbod binnen de GGZ beter te matchen, is de Transfertaal ingericht. Hier maken GGZ-partijen gezamenlijk afspraken over het overnemen van cliëntgroepen om wachttijden te verkorten. Het doel van de Transfertaal is het verminderen van druk op de specialistische ggz, door knelpunten in beeld te brengen en vraag en aanbod beter bij elkaar aan te sluiten. Daarnaast moet de Transfertaal druk bij de huisartsen verlichten doordat huisartsen sneller de juiste ggz-aanbieder kunnen vinden. Op dit moment staan er regelmatig veel inwoners op wachtlijsten bij een ggz-instelling, terwijl andere instellingen voldoende capaciteit hebben. De huidige situatie leidt tot onnodig lange wachttijden en inefficiënte benutting van de beschikbare zorgcapaciteit.

⁴ De Transfertaal en Inzicht in wachttijden GGZ vallen buiten de scope van deze werkagenda, maar staan voor de volledigheid toch benoemd

d. Herstelvoorzieningen (Laagdrempelige steunpunten EPA)

De Gooi en Vechtstreek heeft al meerdere initiatieven rondom persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het Herstelnetwerk (ervaringsdeskundigen, maatschappelijke partners en gemeenten) concludeerde dat het bestaande aanbod uitgebreid dient te worden met vaste, specifiek voor deze doelgroep ingerichte plekken waar inwoners samen of alleen kunnen werken aan hun herstel. Op dit moment zijn er nog geen Herstelvoorzieningen in de regio. Deze basisfunctionaliteit wordt in het volgende hoofdstuk nader toegelicht.

e. De Gooise EPA-aanpak

Voor inwoners met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA) wordt de samenwerking tussen zorg en sociaal domein versterkt. Op dit moment is de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep versnipperd en inefficiënt georganiseerd. Er zijn veel betrokken partijen, maar samenwerking is ad hoc en persoonsafhankelijk. Wet- en regelgeving, bijvoorbeeld rondom privacy, belemmert goede domeinoverstijgende samenwerking. De Gooise EPA-aanpak richt daarom zich op betere afstemming en integrale ondersteuning. Betrokken partijen zijn onder andere de FACT-teams van GGZ Centraal en Jellinek, OGGZ-partijen en de gemeenten in de Gooi en Vechtstreek. Doel is één samenhangende, herstelgerichte aanpak rondom de inwoner met EPA.

f. Inzicht in wachttijden GGZ

Bij veel GGZ-partijen zijn er langere wachttijden dan de treetnorm. Er is weinig zicht op de actuele wachttijden en het diverse aanbod van GGZ-partijen in de regio. Er wordt gewerkt aan een digitale tool die actueel inzicht geeft in wachttijden en aanbod binnen de GGZ. Dit stelt onder andere huisartsen in staat gerichter te verwijzen naar aanbieders met de kortste wachttijd, wat bijdraagt aan betere toegankelijkheid en snellere hulp voor inwoners.

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

In 2030 participeren alle gemeenten in de Gooi en Vechtstreek samen met de partners in de GGZ, de RHOGO en de zorgverzekeraar in een regionaal Mentaal Gezondheidsnetwerk. Dit betekent dat alle onderdelen van a t/m f op dat moment operationeel zijn. De basis hiervoor is gelegd met het Transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk. Voor de Herstelvoorziening (Laagdrempelige Steunpunten) geldt dat dit een “basisfunctionaliteit” is waarover in deze werkagenda afspraken moeten worden gemaakt. Zie hiervoor het volgende hoofdstuk.

Projectdoelstellingen

Hoofddoel MGN: Inwoners met psychische kwetsbaarheid en hun naasten ondersteunen in hun herstelproces. Waar mogelijk door te normaliseren, en te zoeken naar steun in het netwerk. Als er meer nodig is, krijgen zij snel en adequaat hulp wat leidt tot tijdige en passende zorg en ondersteuning. Dit voorkomt escalatie van problemen en onnodige toestroom naar de GGZ

Hoofddoel Gooise EPA-aanpak: Het bieden van flexibele en geïntegreerde zorg- en ondersteuning voor mensen met EPA om stabiliteit te handhaven en escalatie of verergering van problematiek te voorkomen.

- Doel: verminderen instroom GGZ:
 - o Minimaal 5% van het aantal inwoners dat een Verkennend Gesprek heeft gehad komt niet in een GGZ behandeling terecht en wordt doorgeleid naar het sociaal domein
 - o In Q4 van 2027 is de instroom in de sggz met 5% afgenomen ten opzichte van Q4 2024 (Gecorrigeerd voor autonome ontwikkelingen)
- Doel: verkorten van wachttijd binnen de SGGZ:
 - o In Q4 2027 is de doorlooptijd op de wachtlijst tot start van een sggz behandeling afgenomen met 25% ten opzichte van hetzelfde kwartaal in 2024

Herstelvoorziening

Samenwerkingsafspraken

Voor alle onderdelen geldt dat er een afhankelijkheid is van elkaar om de projecten te laten slagen. Afspraken over aansprakelijkheid en wederzijdse verantwoordelijkheid worden eind 2026 in de vorm van een Samenwerkingsovereenkomst tussen gemeenten, RHOGO en alle GGZ partijen.

Financiering

Tot en met 2027⁵ worden de kosten voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk gefinancierd uit het Transformatieplan. Vanaf 2028 wordt aanspraak gemaakt op diverse andere vormen van financiering. Voor het sociaal domein wordt SPUK AZWA (lokaal en regionaal) aangewend.

Inleiding

In het AZWA is “Laagdrempelig Steunpunt EPA” aangemerkt als basisfunctionaliteit. In het Gooi kiezen we voor een iets andere invalshoek, en noemen we deze plekken “Herstelvoorzieningen”. Met Herstelvoorzieningen bouwen we aan een herstelgemeenschap die een belangrijke rol speelt in het verbeteren van de geestelijke gezondheid in de regio. Dit wordt gedaan door laagdrempelige, herstelgerichte voorzieningen te ontwikkelen, die gerund worden door ervaringsdeskundigen.

Deelnemers aan de Herstelvoorziening moeten de mogelijkheid krijgen om autonoom aan hun herstel te werken, zonder tussenkomst van zorg- en/of hulpverleners, in een veilige omgeving met professionele, ervaringsdeskundige ondersteuning. De doelgroep is iedere inwoner en naaste die na een ontwrichtende situatie vast is gelopen en wil werken aan persoonlijk en/of maatschappelijk herstel, zonder onderscheid te maken tussen specifieke doelgroepen (er worden geen labels geplakt of afbakeningen gemaakt).

Huidige situatie

Er zijn op dit moment geen voorzieningen die voldoen aan de definitie van Herstelvoorzieningen. Er is al wel een netwerksamenwerking met een aanbod van activiteiten. Het project Herstelvoorziening wordt gefinancierd uit Transformatiemiddelen. In dit project wordt samengewerkt in het Herstelnetwerk, samen met gemeenten, GGZ Centraal, Kwintes, Versa Welzijn, Jellinek, Leger Des Heils en Stichting MEE. Er wordt op dit moment gezocht naar twee locaties voor Herstelvoorzieningen.

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

De landelijke streefwaarde is 1 Laagdrempelig Steunpunt per gemeente. Dit betekent echter dat er keuzes moeten worden gemaakt op het gebied van locatie, openingstijden, herkenbaarheid en vindbaarheid die de kwaliteit niet ten goede komen. Daarom heeft de Gooi en Vechtstreek de ambitie om twee grotere Herstelvoorzieningen te realiseren in plaats van zes kleinere.

⁵ Mogelijk tot en met 2028

Deze twee Herstelvoorzieningen, gerund door ervaringsdeskundigen, zijn in 2030 7 dagen per week geopend – als in de praktijk blijkt dat hier daadwerkelijk behoefte aan is - en er wordt gewerkt vanuit het idee dat je door anderen te helpen, ook jezelf helpt. Deelnemers kunnen op hun eigen manier iets voor zichzelf en voor een ander betekenen, zoals luisteren, een activiteit organiseren of als vrijwilliger meehelpen de voorziening draaiende te houden. Daarnaast is er een goede uitwisseling en signalering tussen ervaringsdeskundigen, behandelaren en huisartsen om escalaties en crisissituaties te voorkomen en het bevorderen van herstel.

Er is een gelijkwaardige, integrale samenwerking tussen het voorliggende veld (herstelvoorzieningen, ervaringsdeskundigheid), behandelaren, huisartsen en sociaal domein.

Een Herstelvoorziening is succesvol wanneer ervaringsdeskundigen, samen met de eerste deelnemers, een cultuur en veilige omgeving creëren waar mensen graag willen zijn. Vervolgens krijgen mensen via- via te horen over de herstelvoorziening en 'proeven' of het iets voor ze is. Datzelfde geldt voor professionals (verwijzers); ze worden niet allemaal gelijktijdig geïnformeerd. Ze komen langs omdat ze ervan gehoord hebben, van een collega of een cliënt. Daarmee groeit de samenwerking en de voorziening organisch.

De gevoelsmatig tegenstrijdige regionale afspraak is dan ook dat we proberen niet te veel te sturen op wat er gebeurt, en het van onderaf te laten ontstaan.

Projectdoelstellingen

- In 2030 zijn 2 Herstelvoorzieningen gerealiseerd.
- In 2030 bereiken we 1000 (niet unieke) deelnemers per maand;
- De locaties zijn 7 dagen per week geopend, als daar behoefte aan blijkt te zijn;

- Gemiddeld is een locatie 6 uur per dag geopend. Dit kan per dag verschillen;
- Er is altijd minstens 1 professionele (en dus betaalde) ervaringsdeskundige aanwezig;
- Openingsuren zijn zowel in de ochtend, middag als avond;
- Er zijn jaarlijks minstens 10 stagiaires van diverse opleidingen die stagelopen bij de herstelvoorziening;
- Er vindt minstens 1 herstelgerichte activiteit per dag plaats;
- Aandachtspunten: Reistijd (t.o.v. landelijke norm) en structurele financiering

Samenwerkingsafspraken

Er is vooral bestuurlijk aandacht nodig voor een andere manier van verantwoorden. Aangezien de herstelvoorziening werkt op basis van anonimiteit, is het niet mogelijk 'traditioneel' te sturen op aantallen unieke deelnemers, instroom en uitstroom. Via de Maatschappelijke Business Case wordt er gestuurd op gerealiseerde waarde. Dit vraagt aandacht van bestuurders bij verantwoording en de verdeling van publieke middelen.

Financiering

De financiering voor twee Herstelvoorzieningen vindt in 2027 en 2028 plaats vanuit de Transformatiemiddelen van het Transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerken. Vanaf 2029 worden deze twee regionale voorzieningen gefinancierd vanuit het regionale deel van SPUK AZWA. Daarnaast is er vanuit het regionale beleidsplan Bescherming en Opvang tot en met 2033 € 500.000 beschikbaar voor 1 herstelvoorziening, mochten de middelen vanuit IZA en AZWA niet toereikend zijn. Regionaal is afgesproken dat IZA en AZWA voorliggend zijn.

De kosten voor een Herstelvoorziening zijn ongeveer € 500.000. Dit bedrag is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Personeelskosten € 335.000
- Organisatiekosten € 45.000
- Huisvestingskosten € 70.000
- Activiteitenkosten € 15.000
- Totaal per jaar € 465.000
- Onvoorzien en overige: € 35.000

CONCEPT

2. Leefgebied Waardig Ouder Worden

Valpreventie

Inleiding

Met de aanpak “Valpreventie” wordt het risico op vallen door oudere inwoners verkleind. Dit is belangrijk omdat vallen op latere leeftijd een enorme impact kan hebben op de gezondheid en het functioneren van inwoners. Iedere val die voorkomen wordt kan voor extra gezonde levensjaren zorgen. Daarom wordt Valpreventie in het Gooi gezien als een brede leefstijlinterventie, die verder gaat dan slechts het ‘trainen zodat je niet valt’. Valpreventie richt zich in het algemeen op thuiswonende ouderen van 65 jaar en specifiek op ouderen met een verhoogd valrisico. Alle professionals (eerstelijns, tweedelijns en sociaal domein) hebben een belangrijke rol in het opsporen van mogelijke valrisico's en het toeleiden naar passende vervolgstappen/ondersteuning.

Huidige situatie

Voor Valpreventie is er in onze regio al een goede basis neergezet rondom verschillende onderdelen van de aanpak. In iedere gemeente in het Gooi is een lokale projectleider en lokale netwerkgroep Valpreventie. Er zijn ook regionale projectleiders die de verschillende lokale aanpakken en partners samenbrengen en er is een regionale netwerkgroep aanwezig. De interventies In Balans en Vallen Verleden Tijd worden aangeboden. Voor de valpreventieve beweeginterventie Otago zijn trainers opgeleid, echter doordat er geen overeenstemming is bereikt over de tarieven wordt Otago nog niet breed aangeboden binnen de netwerkaanpak Valpreventie.

Divers Structureel sport- en beweegaanbod is aanwezig in iedere gemeente. Buurtsportcoaches gaan langs bij interventiegroepen om het aanbod te promoten en om inwoners te stimuleren en motiveren

Ambitie
<i>Waardig en zelfstandig ouder worden</i>
Ouderen in de regio Gooi en Vechtstreek kunnen zo lang mogelijk zelfstandig, betekenisvol en waardig leven, met behoud van kwaliteit van leven.
Gezondheidsdoel
<i>Veerkracht, voorbereiding en passende ondersteuning</i>
Ouderen behouden of versterken hun fysieke, mentale en sociale veerkracht, bereiden zich tijdig voor op veranderingen die horen bij het ouder worden en maken gebruik van hun netwerk, voorzieningen en ondersteuning wanneer nodig.

om na de interventie te blijven bewegen en te werken aan hun valrisico. In de hele regio zijn leefstijlpunten aanwezig waar inwoners terecht kunnen voor de Valrisicotest en een bijbehorend valpreventieadviesgesprek. Op basis van de uitslag van de test worden ze verwezen naar een passende vervolgstap. Daarnaast worden er ook informatiebijeenkomsten georganiseerd waarbij de inwoners getest kunnen worden.

De valrisicobeoordeling, die kan worden uitgevoerd bij inwoners met een hoog valrisico, staat als verlengde armconstructie in deze regio sinds mei 2025 en wordt uitgevoerd door geschoolde fysio- oefen- en ergotherapeuten. Huisartsen kunnen hiernaar verwijzen via Zorgdomein. De RHOGO faciliteert dit.

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

De landelijke doelstellingen houden in dat jaarlijks 14% van de thuiswonende 65+-ers een valrisico-inschatting krijgt en dat tenminste 3% van de 65+-ers met verhoogd valrisico deelneemt aan valpreventieve activiteiten. Deze landelijke doelstellingen blijven ons vergezicht, maar zijn op dit moment niet haalbaar voor 2030. Een en ander is namelijk afhankelijk van de beschikbare financiering vanuit de gemeenten. Onze ambitie is om jaarlijks steeds meer 65+-ers te bereiken met de valpreventieaanpak en dat de leefstijlpunten hierin een centrale plaats innemen. Daarnaast willen we dat in 2030 de belemmeringen rondom de financiering van Otago zijn opgelost zodat alle ouderen waar nodig een passende valpreventieve beweeginterventie kunnen volgen. Onze ambities worden concreter verwoord in de projectdoelstellingen en de mijlpalenplanning.

Projectdoelstellingen

1. **Iedere gemeente beschikt over een lokale projectleider en lokaal netwerk Valpreventie**, verbonden met een regionale projectstructuur voor afstemming, kennisdeling en borging van de aanpak.
2. **De uitvoering en resultaten van de aanpak worden structureel gemonitord en geëvalueerd**, onder andere via halfjaarlijkse gegevensverzameling, een regionale factsheet en fasenplannen. Hiermee worden voortgang, resultaten en aandachtspunten binnen de gemeenten en de regio inzichtelijk gemaakt.
3. **Steeds meer professionals herkennen de urgentie en het belang van valpreventie** en zijn zich bewust van hun signalerende en verbindende rol. Zij weten hoe zij inwoners met een verhoogd valrisico kunnen herkennen, zijn op de hoogte van de regionale en lokale route binnen de netwerkaanpak en kunnen inwoners gericht doorverwijzen naar passende ondersteuning.
4. **Inwoners worden actief geïnformeerd over het belang van valpreventie en waar nodig gesignaleerd op hun valrisico**. Het Leefstijlpunt vervult hierin een belangrijke centrale rol en draagt bij aan het informeren, adviseren en gericht toeleiden van inwoners naar passende ondersteuning.
5. **Valrisicobeoordeling in een verlengde armconstructie blijft structureel beschikbaar voor inwoners met een hoog valrisico**, zodat inwoners met een hoog valrisico tijdig in beeld worden gebracht en kunnen worden toegeleid naar passende valpreventieve ondersteuning.
6. **Voor 65-plussers zijn valpreventieve beweeginterventies beschikbaar en structureel sport- en beweegaanbod beschikbaar**. Inwoners met een matig of hoog valrisico worden toegeleid naar passende valpreventieve beweeginterventies en vervolgens naar structureel sport- en beweegaanbod. Ook 65-plussers met een laag valrisico

worden actief geattendeerd op en toegeleid naar passend beweegaanbod, zodat zij hun spierkracht, balans en mobiliteit kunnen behouden en versterken en een verhoogd valrisico voorkomen kan worden.

7. **De regionale samenwerking en eenduidigheid in de keten worden versterkt** door het regionale stroomschema breed onder professionals te verspreiden. Hierdoor zijn rollen, verantwoordelijkheden en verwijsroutes helder en weten

professionals en samenwerkingspartners hoe zij binnen de regionale netwerkaanpak kunnen handelen.

8. **Inwoners worden actief betrokken bij de aanpak om mee te denken binnen de netwerkaanpak Valpreventie.** Hun expertise kan bijvoorbeeld gebruikt worden om de toegankelijkheid en communicatie van de netwerkaanpak te beoordelen en verbeteren.

Samenwerkingsafspraken

Bij de start van de netwerkaanpak valpreventie zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt in opdracht van Zilveren Kruis. Deze zijn ondertekend door alle gemeenten, de RHOGO als regionale huisartsenorganisatie en de FVGO. Valpreventie wordt hierin gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het zorgdomein en het

sociaal domein. In onderstaande tabel worden de stappen binnen de netwerkaanpak benoemd en aangegeven wie wat doet en hoe we met elkaar samenwerken.

Onderdeel	Resultaat	Actie/ interventie	Wie is aan zet?
Opsporen van ouderen en het vaststellen van het valrisico	a. Laag valrisico	Doorstromen naar structureel sport- en beweegaanbod in de gemeente en/of voorlichtingsbijeenkomsten	• Coördinatie/organisatie: gemeente d.m.v. de leefstijlpunten • Uitvoering: i.s.m. aanbieders van structureel sport- en beweegaanbod. Iedere gemeente beschikt over een toereikend sport- en beweegaanbod voor zowel deelnemers van de valpreventieve beweeginterventies als voor inwoners met een laag valrisico • Financiering: gemeentelijk domein • Professionals in het medisch domein kunnen vanuit hun professie signaleren en het valrisico vaststellen. Dan kan het onder ZvW vallen. Professionals kunnen naar het leefstijlpunt verwijzen voor een valrisicotest en valpreventieadviesgesprek.
	b. Matig valrisico	Het aanbieden van erkende Valpreventieve beweeginterventies: Vallen Verleden tijd en In Balans	• Coördinatie/organisatie: gemeente • Uitvoering: geschoolde trainers valpreventieve beweeginterventies. • Financiering: gemeentelijk domein
	c. Hoog valrisico	Valrisicobeoordeling	• Verantwoordelijk: huisarts • Uitvoering: <i>getrainde</i> fysio-/oefen- en ergotherapeuten via <i>verlengde arm constructie</i> • Verwijzing via ZorgDomein • Financiering: vanuit de ZvW.

Verwijzing na de valrisicobeoordeling		Vanuit valrisicobeoordeling volgt een rapport met adviezen naar de huisarts. Opties: 1. <i>Verwijzen naar beweginginterventie Otago</i> 2. <i>Advies op maat.</i>	- Huisarts bepaalt en verwijst aan de hand van rapport (is eindverantwoordelijk) - Financiering: vanuit de ZvW. - Omdat er geen overeenstemming is over het Otagotarief, kan dit binnen regio Gooi- en Vecht nog niet worden aangeboden
---------------------------------------	--	--	---

Voor succesvolle netwerkaanpak Valpreventie zijn gemeenten, zorg- en welzijnspartners gezamenlijk verantwoordelijk voor een samenhangende netwerkaanpak. Geen enkele partij kan de aanpak zelfstandig uitvoeren:

Gemeenten zorgen voor verbinding tussen het sociaal en zorgdomein. Opsporen en vaststellen valrisico gebeurt in de gemeenten op de leefstijlpunten en informatiebijeenkomsten. Gemeenten zorgen ervoor dat er meerdere leefstijlpunten zijn waar inwoners valrisicotesten kunnen laten afnemen en valpreventie adviesgesprekken kunnen voeren. Daarnaast zorgen ze op het leefstijlpunt ook voor warme toeleiding naar bijvoorbeeld valpreventieve beweginginterventies en de valrisicobeoordeling. Gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk om een lokale projectleider aan te stellen voor de lokale coördinatie, implementatie en netwerkvorming ten behoeve van de aanpak.

GGD heeft een regionale coördinatierol en ondersteunt, adviseert en verbindt gemeenten. Daarnaast zorgt de GGD voor kennisdeling, het regionaal uitrollen en implementeren van de Valpreventie aanpak en het monitoren en evalueren ervan.

RHOGO ondersteunt de regionale samenwerking binnen de eerstelijnszorg en zorgt voor afstemming met huisartsen en andere zorgverleners. Daarnaast heeft de RHOGO ook een regionale coördinatierol en werkt samen met de GGD aan het regionaal uitrollen van de aanpak.

Zilveren Kruis draagt zorg voor de contractering en financiering van onderdelen die onder de Zorgverzekeringswet vallen zoals de valrisicobeoordeling en het aanbod voor inwoners met hoog valrisico.

Fysio/oefen/ergo therapeuten en buurtsportcoaches voeren de valpreventieve beweginginterventies uit. De fysio/oefen/ergo therapeuten voeren de valrisicobeoordeling uit in verlengde armconstructie. De RHOGO faciliteert dit.

Diverse professionals (zoals onder andere apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen, ziekenhuis, VVT, welzijnsprofessionals) hebben een belangrijke signalerende rol in de netwerkaanpak en dragen bij aan het signaleren van valrisico en het toeleiden naar passende vervolgstappen.

Financiering

De aanpak is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het sociaal domein en het zorgdomein.

De interventies In Balans en Vallen Verleden Tijd (VVT) voor inwoners met een matig valrisico worden gefinancierd vanuit gemeentelijke middelen.

De valrisicobeoordeling wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Voor inwoners met een hoog valrisico kan de interventie Otago ingezet worden, dit is onderdeel van het zorgdomein en valt onder de vergoeding van de zorgverzekeraar. Deze interventie wordt momenteel

nog niet breed uitgevoerd in onze regio, omdat er nog geen overeenstemming is bereikt over de tarieven.

Naarmate meer inwoners worden getest en doorverwezen, neemt de behoefte aan passende interventies toe, terwijl de beschikbare financiering niet meegroeit. Daarnaast is er ook extra financiering nodig om toe te groeien naar de ambitie om steeds meer ouderen te bereiken en te testen. Hiervoor zullen ook meer wervingsactiviteiten en middelen moeten worden ingezet. Het is daarbij belangrijk om te kijken naar de mogelijkheden om aanvullend budget beschikbaar te stellen. Primair is de lokale SPUK AZWA hiervoor bedoeld, maar aanvullend is het mogelijk om de regionale SPUK AZWA middelen hiervoor in te zetten.

CONCEPT

Ketenaanpak Dementie (Ontwikkelagenda)

Inleiding

Dementie is een groeiende maatschappelijke opgave die vraagt om samenhangende zorg, ondersteuning en preventie over de domeinen heen. In de praktijk ervaren mensen met dementie en hun naasten vaak versnippering, onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden, en een gebrek aan samenhang. Daarom er binnen het AZWA extra aandacht voor dementie. De beoogde Ketenaanpak Dementie is onderdeel van de AZWA “Ontwikkelagenda” – aanpakken die verder moeten worden uitgewerkt om “basisfunctionaliteit” te worden, maar waarvan wel wordt geconstateerd dat er aandacht op nodig is. Alle IZA regio’s is gevraagd één of meerdere onderwerpen van de Ontwikkelagenda op te nemen in de werkagenda, en zo bij te dragen aan de bewijslast die nodig is om van deze voorzieningen ook basisfunctionaliteiten te maken.

Dementie is tot op heden een onderbelicht thema in de Gooi en Vechtstreek, terwijl er wel degelijk urgentie is. In deze regio wonen 7.150 inwoners met dementie⁶. Dat is 7,6% van het totaal aantal ouderen in het Gooi. Van de mensen met dementie woont 68,9% (nog) thuis. Het aantal inwoners met dementie zal de komende jaren naar verwachting blijven toenemen als gevolg van de vergrijzing. Daardoor wordt de vraag op de samenleving, mantelzorgers en de zorg steeds groter.

Het doel van de Ketenaanpak Dementie is daarom om een samenhangend, toegankelijk en regionaal ingebed netwerk van preventie, ondersteuning en zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) dementie en hun naasten, door:

- Selectieve risicoreductie;
- Tijdige opsporing en signalering van problemen en ondersteuningsbehoeften;
- Passende ondersteuning en zorg op het juiste moment;
- Het versterken van eigen regie, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie;
- Het voorkomen, uitstellen of beperken van intensievere zorg en crisissituaties.

Huidige situatie

Op dit moment is er in het Gooi een samenwerkingsverband tussen een aantal zorg- en welzijnsorganisaties: Het Dementie Netwerk. Dementie Netwerk Gooi en Vechtstreek houdt zich bezig met zorg en het welzijn van mensen met dementie en hun mantelzorgers in de regio. Het netwerk bestaat uit een vertegenwoordiging van hieronder genoemde organisaties in zorg en welzijn. Gezamenlijk zetten zij zich in voor het optimaliseren van de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Deelnemende organisaties: Alzheimer Nederland Afd. Gooi en Vechtstreek, Amaris Zorggroep, HilverZorg, Dovidia, Inovum, King Arthur Groep, RHOGO, Versa Welzijn, Vivium Zorggroep.

De gemeenten in de Gooi en Vechtstreek maken nog geen onderdeel uit van het Dementie Netwerk.

Meerjarenplan Dementie Netwerk

De partijen in het Dementie Netwerk hebben een meerjarenplan 2026-2028. Daarin staat de volgende ambitie: “*Samen bouwen we aan een toegankelijk netwerk waarin iedereen met dementie en hun naasten vanaf de eerste signalen wordt gezien, gehoord, ondersteund en begeleid, met focus op samenwerking, positieve gezondheid en normalisering.*” Daarbij richt het netwerk zich op 4 strategische doelen

⁶ <https://www.dementieinkaat.nl/> (cijfers 2024)

die nauw samenvallen met de doelstellingen van de Ketenaanpak Dementie:

1. Vroegtijdige signalering en toegankelijkheid van zorg.
2. Effectieve Samenwerking in de keten.
3. Inclusieve samenleving en positieve beeldvorming.
4. Duurzame en integrale financiering

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

Om van de bestaande situatie en de samenwerking binnen het Dementie Netwerk naar een regionaal dekkende Ketenaanpak Dementie in 2030 te komen moet een aantal zaken worden geregeld.

Allereerst zullen de regiogemeenten moeten bezien of zij onderdeel kunnen en willen gaan uitmaken van het regionale Dementie Netwerk. Daarna moet een gezamenlijke aanpak worden opgezet op de volgende onderdelen: selectieve risicoreductie en vroegsignalering, casemanagement dementie en domeinoverstijgende coördinatie, ontmoetingsvoorzieningen, ondersteuning van naasten en mantelzorg, en meedoen in de samenleving. Gemeenten kunnen hierin de volgende rollen vervullen:

- Inrichten, aansluiten en onderdeel uitmaken van de aanpak dementie op de sociale basis en het sociaal domein.
- Afspraken over uitvoering en financiering van de Wmo i.r.t. de aanpak dementie.
- Inzet en beschikbaarheid van professionals sociaal domein.
- Zorgen voor voldoende lokaal aanbod vanuit het sociaal domein/de sociale basis waarnaar kan worden doorverwezen door de casemanager – zowel voor mensen met dementie als hun naasten/mantelzorgers.

- Zorgen voor goede doorgeleiding naar basisinfrastructuur op het gebied van bewegen en leefstijl waar mensen met dementie baat bij kunnen hebben.

In 2027 wordt in samenwerking tussen gemeenten en het huidige Netwerk Dementie gewerkt aan een Ketenaanpak Dementie. Dit doen we aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe past de ketenaanpak dementie bij de gezondheidsdoelen in het Gooi?
- Welke onderdelen van de aanpak dementie pakken we lokaal op? Wat doen we regionaal?
- Welke interventies uit de “gereedschapskist” gaan we inzetten?
- Wie organiseert welke voorzieningen, zodat er een goede en volledige dekking is?
- Hoe borgen we kennisdeling, binnen en buiten de regio?
- Hoe nemen we ervaringsdeskundigen in dit hele traject mee?

Projectdoelstellingen

De Ketenaanpak Dementie is nog geen vastgestelde basisfunctionaliteit, wat wil zeggen dat ook de aanpak moet worden doorontwikkeld. In deze werkagenda besluiten we om in de Gooi en Vechtstreek in te zetten op de Ketenaanpak Dementie en nemen we de tijd om deze aanpak goed op te zetten. Hier volgt in 2027 een projectvoorstel voor.

Gooi naar gezonder gewicht (18- en 18+)

Inleiding

Een gezond gewicht is een belangrijke voorspeller voor een langer, gezonder leven. Inwoners met een gezond gewicht zijn vaak energieke, leven meestal langer en hebben over het algemeen minder gezondheidsklachten. Dit geldt zowel voor volwassenen als voor kinderen, en voor zowel overgewicht als ondergewicht. Landelijk wordt gesproken van een aanpak "overgewicht en obesitas", maar in het Gooi richten we ons in bredere zin op het "gezondere gewicht" — omdat ook ondergewicht, met name onder jongeren, voor ons ook een belangrijk aandachtspunt is.

Een gezond gewicht is echter geen doel op zich, maar het resultaat van duurzaam gezonder gedrag. Gewicht wordt beïnvloed door meerdere factoren: leefstijl, omgeving, gewoontes, én de vaardigheden die iemand heeft om daar grip op te krijgen en te houden. Structureel gezonder gedrag ontstaat pas wanneer inwoners niet alleen weten wát gezond is, maar ook de vaardigheden en handvatten hebben om hier blijvend naar te handelen. Structureel gezonder gedrag ontstaat pas wanneer deze factoren in balans zijn — en dus ook wanneer de onderliggende oorzaken van iemands (on)gezonde gewicht zijn aangepakt en er een stabiel, gezond fundament kennen om op voort te bouwen. Deze onderliggende factoren liggen vaak niet primair in de zorg, maar in de sociale basis: denk aan financiële zekerheid, stabiele gezin/thuisssituatie en sociale verbondenheid. Een sterke sociale basis vormt daarmee het fundament waarop duurzaam gezonder gedrag kan groeien. Daarom zet GNGG in op een integrale aanpak, zodat inwoners een blijvend positief effect op hun gezondheid ervaren.

Ambitie

Gezonde en vitale bevolking

In de regio Gooi en Vechtstreek leven inwoners zo gezond, vitaal en zelfstandig mogelijk in een omgeving die het maken van gezonde keuzes eenvoudig maakt.

Gezondheidsdoel

Gezond gedrag en eigen regie

Inwoners nemen regie over hun gezondheid en maken, passend bij hun mogelijkheden, gezonde keuzes op het gebied van bewegen, voeding, middelengebruik en ontspanning. Zij maken gebruik van ondersteuning wanneer dat nodig is en versterken daarmee hun gezondheid en zelfredzaamheid.

In het Gooi hebben we de basisfunctionaliteiten KnGG (kinderen) en VnGG (volwassenen naar gezonder gewicht) samengevoegd tot één geïntegreerde aanpak: Gooi naar Gezonder Gewicht, voor alle leeftijden en voor zowel over- als ondergewicht.

De onderstaande uitwerking richt zich in eerste instantie op KnGG en VnGG en daarmee op de doelgroep met overgewicht en obesitas, aansluitend bij de landelijke basisfunctionaliteiten binnen het AZWA. Ondergewicht is een belangrijk aandachtspunt en wordt in een later stadium verder uitgewerkt, op basis van verdere verkennende gesprekken.

Huidige situatie

Op dit moment melden inwoners met overgewicht zich onder andere bij de huisarts of rechtstreeks bij een diëtist. De huisarts verwijst direct naar een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), diëtist of andere disciplines. Er wordt geen breed gesprek gevoerd om te onderzoeken welke onderliggende factoren tot het overgewicht hebben geleid. De behandeling bestaat vaak uit één enkelvoudige interventie, waarbij niet wordt gekeken naar wat de inwoner écht nodig heeft. Dat willen we anders in regio Gooi en Vechtstreek. We streven naar een netwerkaanpak waarbij de inwoner centraal staat en waarbij middels een breed gesprek de verschillende domeinen in kaart worden gebracht. Op deze manier kan écht worden gekeken naar wat een inwoner nodig heeft.

Netwerkaanpak Gooi naar Gezonder Gewicht (GnGG)

De Netwerkaanpak Gooi naar Gezonder Gewicht (GnGG) is nog in ontwikkeling. De diverse organisaties in de regio werken samen om de netwerkaanpak te realiseren. Per september 2026 zijn de volgende stappen gezet betreft de netwerkaanpak GnGG:

- Er zijn regionale coördinatoren aangesteld voor de aanpak GnGG, bestaande uit regionale projectleiders van de GGD en een regionale projectleider van de RHOGO

- Er zijn lokale projectleiders vanuit uitvoeringsorganisaties aangesteld door de gemeenten
- Er is een partij (gemeente) aangewezen voor de verantwoordelijkheid voor de Centrale Zorgcoördinator (CZC), van belang voor de netwerkaanpak Volwassenen naar Gezonder Gewicht (VnGG)
- Er is een partij (GGD) aangewezen verantwoordelijk voor de contractering van de centrale zorgverleners (CZV), van belang voor de netwerkaanpak Kinderen naar Gezonder Gewicht (KnGG)
- Er is een hoofdaannemer (RHOGO) aangewezen voor de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor kinderen, uitgevoerd door de kinderleefstijlcoach (KLSC)
- Er heeft een scholing plaatsgevonden voor de CZV'ers en de KLSC's in de regio, zij zijn nu opgeleid en klaar voor uitvoering
- Er is een regionale netwerkgroep ingericht, bestaande uit regionale projectleiders, de lokale projectleiders vanuit elke gemeente, beleidsadviseurs en betrokken stakeholders, zoals de CZV en KLSC.
- Er is een stroomschema ontwikkeld die ingezet kan worden bij alle professionals in alle domeinen waarbij professionals in een duidelijk overzicht kunnen zien waar kind/gezin of volwassene naar verwezen kan worden
- Er is een werkwijze/verwijsstructuur uitgewerkt waarbij de Leefstijlpunten in de regio een prominente plek hebben voor uitvoering van het Breed Verkennend Gesprek bij volwassenen met overgewicht, alvorens al dan niet doorgestuurd te worden voor een traject bij de Centrale Zorgcoördinator (CZC)
- Er is een werkwijze/verwijsstructuur uitgewerkt waarbij de JGZ én de Leefstijlpunten in de regio een prominente plek hebben voor uitvoering van het Breed Verkennen Gesprek bij kinderen met overgewicht, alvorens al dan niet

doorgestuurd te worden voor een traject bij de Centrale Zorgverlener (CZV)

- Er is inzichtelijk gemaakt per netwerkaanpak wat de in- en exclusiecriteria zijn
- Er is een concept regionale samenwerkingsafspraken ingediend bij de betrokken organisaties, gemeenten en zorgverzekeraar (ZK) voor de netwerkaanpak Kinderen naar Gezonder Gewicht (KnGG). Deze overeenkomst is verplicht gesteld door de zorgverzekeraar voordat de KnGG daadwerkelijk van start kan gaan. In deze overeenkomst staan de samenwerkingsafspraken en de verantwoordelijkheden per organisatie/stakeholder
- Er is per gemeente het al aanwezige aanbod voor volwassenen en kinderen met overgewicht in kaart gebracht door de lokale projectleiders
- Er wordt een communicatieplan ontwikkeld om alle professionals in de diverse domeinen mee te nemen in de netwerkaanpak
- Er is een monitorings- en evaluatiecyclus opgesteld
- Er is een keuze gemaakt voor een netwerkinformatiesysteem (NIS). Alle betrokken partijen worden stapsgewijs toegevoegd aan het NIS

Leefstijlpunten en de JGZ

Uniek in regio Gooi en Vechtstreek zijn de bestaande Leefstijlpunten. Elke gemeente heeft inmiddels één of meerdere Leefstijlpunten waar inwoners van 0-100 terecht kunnen met leefstijlgerelateerde vragen. De Leefstijlpunten hebben een prominente plek binnen de netwerkaanpakken, met name voor volwassenen. In de netwerkaanpak KnGG speelt naast het Leefstijlpunt de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) een grote rol. Op zowel de Leefstijlpunten als bij de JGZ (voor kinderen) wordt het Brede Gesprek uitgevoerd. Het Brede Gesprek heeft als doel in kaart brengen of enkelvoudige of meervoudige aanpak (CZC/CZV)

gewenst is middels een open gesprek over de verschillende levensdomeinen.

Op dit moment:

- Zijn er in elke gemeente Leefstijlpunten aanwezig
- Zijn de lokale projectleiders voor de KnGG/VnGG tevens de coördinatoren van de Leefstijlpunten
- Wordt er gewerkt aan een scholing voor de (buurtsport/leefstijl-)coaches op de Leefstijlpunten om:
 - o Het Brede Gesprek goed te kunnen voeren – hiervoor wordt ingezet op een scholing voor Positieve Gezondheid en het uitvoeren/interpreteren van de Check Oorzaken Overgewicht (COO)
 - o Het Brede Gesprek goed uit te kunnen voeren bij kind/gezin
- Worden er op de Leefstijlpunten al volwassenen gezien met overgewicht
- Worden de Leefstijlpunten toegevoegd aan het Netwerkinformatiesysteem (NIS)

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

In 2030 is het vanzelfsprekend(er) om bij (on)gezond gewicht breder te kijken dan het gewicht alleen. Inwoners en professionals hebben oog voor wat er speelt in het dagelijks leven en voor zowel de lichamelijke, als de sociale maatschappelijke en sociaal psychische factoren die van invloed kunnen zijn op gezondheid en welzijn.

Professionals in zorg en sociaal domein weten elkaar te vinden, vertrouwen op elkaars expertise en kijken samen naar wat nodig is. Zij weten elkaar te vinden indien zij signaleren dat er ondersteuning vanuit de sociale basis of het zorg- of sociaal domein passend kan zijn.

Inwoners voelen zich vrij en vertrouwd om vragen en zorgen rondom (on)gezond gewicht te bespreken met professionals uit het zorg en sociaal domein. Het is voor hen vanzelfsprekender geworden om samen te kijken naar wat er speelt en wat kan helpen.

Een sterk en samenhangend netwerk zorgt ervoor dat passende ondersteuning daadwerkelijk beschikbaar en toegankelijk is. Inwoners ervaren daarbij zo min mogelijk drempels tussen professionals en domeinen.

Zo werken inwoners en professionals samen aan een regio waarin kinderen, volwassenen en gezinnen zich gezien, gesteund en welkom voelen om te werken aan een gezond en prettig leven

Projectdoelstellingen

Iedere gemeente beschikt over een lokale projectleider en lokaal netwerk voor Gooi naar Gezonder Gewicht, waarin de aanpakken Kinderen naar Gezonder Gewicht (KnGG) en Volwassenen naar Gezonder Gewicht (VnGG) zijn geborgd. De lokale netwerken zijn verbonden met een regionale projectstructuur, bestaande uit regionale projectleiders en een regionale netwerkgroep, voor afstemming, kennisdeling en borging van de aanpak.

De uitvoering en resultaten van de aanpakken worden structureel gemonitord en geëvalueerd, onder andere via halfjaarlijkse gegevensverzameling, een regionale factsheet en fasenplannen. Hiermee worden de voortgang, resultaten en ontwikkelingen binnen de gemeenten en de regio inzichtelijk gemaakt en kunnen waar nodig de aanpak en uitvoering worden bijgestuurd.

Steeds meer professionals zijn in staat om overgewicht en obesitas tijdig te signaleren en bespreekbaar te maken. Professionals beschikken over voldoende kennis, praktische handvatten en

vertrouwen om het gesprek over gewicht op een passende en respectvolle manier te voeren. Zij zijn zich ervan bewust dat overgewicht en obesitas niet uitsluitend samenhangen met voeding en bewegen, maar dat ook onderliggende factoren, zoals stress, schulden, medische, psychosociale en sociaal-maatschappelijke problematiek, een rol kunnen spelen bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht.

Professionals kennen de route binnen de aanpakken KnGG en VnGG en weten welke vormen van ondersteuning beschikbaar zijn.

Zij kunnen inwoners en gezinnen met overgewicht of obesitas gericht toeleiden naar een breed verkennend gesprek bij de JGZ of het Leefstijlpunt. Voorafgaand aan dit gesprek wordt de *Check Oorzaken Overgewicht*-vragenlijst ingevuld door het kind/gezin of de volwassene, zodat mogelijke onderliggende oorzaken en ondersteuningsbehoeften in kaart kunnen worden gebracht.

Professionals in zorg en sociaal domein vertrouwen op elkaars expertise en weten elkaar te vinden. Zij herkennen wanneer ondersteuning vanuit een ander domein passend is, weten welke rol zij daarin zelf hebben en voelen zich voldoende toegerust om inwoners en gezinnen naar elkaar toe te leiden.

Professionals die het brede verkennende gesprek voeren, zijn toegerust om de verschillende leefgebieden en onderliggende oorzaken van overgewicht en obesitas in kaart te brengen. Zij kunnen de *Check Oorzaken Overgewicht*-vragenlijst op een passende manier met de inwoner of het gezin bespreken en op basis van het gesprek samen bepalen welke ondersteuning het meest passend is: enkelvoudige ondersteuning wanneer dat volstaat, of ondersteuning vanuit een Centrale Zorgcoördinator (CZC) bij volwassenen of een Centrale Zorgverlener (CZV) bij kinderen wanneer sprake is van meerdere onderliggende factoren of multiproblematiek.

Voor kinderen, volwassenen en gezinnen is binnen iedere gemeente voldoende passend en toegankelijk en samenhangend aanbod beschikbaar op verschillende domeinen. Dit betreft zowel ondersteuning op het gebied van leefstijl en bewegen als ondersteuning op andere relevante leefgebieden, zoals mentale gezondheid, financiën, zorg, opvoeding en participatie. Het beschikbare aanbod sluit aan bij de verschillende ondersteuningsbehoeften en maakt het mogelijk om inwoners gericht toe te leiden naar passende ondersteuning.

Inwoners en gezinnen zijn zich meer bewust van de verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij overgewicht en obesitas, weten waar zij terecht kunnen voor passende ondersteuning en voelen ruimte en vertrouwen om het bespreekbaar te maken.

Het wordt vanzelfsprekender om daarbij te kijken vanuit een brede benadering van gezondheid, waarbij niet alleen voeding en bewegen centraal staan, maar ook factoren zoals stress, financiële zorgen, psychosociale omstandigheden, medische oorzaken, slaap en de leefomgeving.

De regionale samenwerking en eenduidigheid in de netwerkaanpak worden versterkt door de regionale aanpak, werkwijze en verwijsroutes actief onder professionals en samenwerkingspartners te verspreiden. Hierdoor zijn rollen, verantwoordelijkheden en routes binnen KnGG en VnGG helder. Professionals en samenwerkingspartners weten elkaar te vinden, vertrouwen op elkaars expertise en werken vanuit een gezamenlijke, brede blik op (on)gezond gewicht.

Samenwerkingsafspraken

Kinderen en volwassenen

Voor succesvolle netwerkaanpakken naar gezonder gewicht zijn gemeenten, zorg- en welzijnspartners gezamenlijk verantwoordelijk voor een samenhangende ondersteuning van kinderen en gezinnen. Geen enkele partij kan de aanpak zelfstandig uitvoeren.

Gemeenten zorgen voor lokaal preventief aanbod, netwerkontwikkeling en verbinding tussen het sociaal en zorgdomein. Daarnaast zorgen ze dat er in iedere gemeente een Centraal Zorgcoördinator aanwezig is op de leefstijlpunten die een brede anamnese kan uitvoeren en samen met de volwassene een plan van aanpak op stelt en het traject coördineert. Verder zorgen gemeenten dat er op de leefstijlpunten buurtsport/leefstijlcoaches zitten die een breed verkennend gesprek kunnen voeren waarbij bepaald wordt of volwassenen/kinderen voldoende hebben aan enkelvoudige ondersteuning, of eerder baat hebben bij meervoudige ondersteuning door de CZC/CZV.

JGZ vervult de rol van Centraal Zorgverlener (CZV), voert de brede analyse uit, stelt samen met het gezin een plan van aanpak op en coördineert het traject. Daarnaast signaleert de JGZ tijdens reguliere consulten kinderen met overgewicht, waarbij via een breed verkennend gesprek in kaart wordt gebracht welke ondersteuning passend is: enkelvoudige ondersteuning of, bij meervoudige problematiek, ondersteuning vanuit een Centrale Zorgverlener (CZV).

GGD heeft een regionale coördinatierol en ondersteunt, adviseert en verbindt gemeenten. Daarnaast zorgt de GGD voor kennisdeling en het regionaal uitrollen en implementeren van de aanpak naar Gezonder Gewicht.

RHOGO ondersteunt de regionale samenwerking binnen de eerstelijnszorg en zorgt voor afstemming met huisartsen en andere zorgverleners. Daarnaast heeft de RHOGO ook een regionale

coördinatierol en werkt samen met de GGD aan het regionaal uitrollen van de aanpak naar Gezonder Gewicht.

Zilveren Kruis draagt zorg voor de contractering en financiering van onderdelen die onder de Zorgverzekeringswet vallen.

Alle **professionals** dragen bij aan signaleren, overgewicht bespreekbaar maken en leiden toe naar passende vervolgstappen en ondersteuning. Hierbij is het van belang dat het kind/gezin/volwassene wordt toegeleid naar een breed verkennend gesprek om te bepalen welke ondersteuning passend is. Alle professionals dragen daarnaast bij aan warme overdrachten, afstemming rondom gezinnen en volwassenen, gegevensuitwisseling, monitoring en evaluatie van de aanpak. Partijen hebben elkaar nodig om kinderen en volwassenen tijdig te signaleren, passende ondersteuning te bieden, een sluitende zorgroute te realiseren en de continuïteit van begeleiding en nazorg te waarborgen.

Daarnaast de regionale projectleiders van de GGD, de projectleider van de RHOGO, de gemeenten en het Zilveren Kruis voor KnGG een samenwerkingsovereenkomst opgesteld waarin afspraken en verantwoordelijkheden staan beschreven.

Hoe komen inwoners bij GNKG terecht?

Alle professionals uit het zorg-, sociaal- en gemeentelijk domein spelen een rol in het signaleren van knelpunten op het gebied van leefstijl. Hoewel een aantal basisfunctionaliteiten zich richten op specifieke onderdelen van leefstijl, zoals overgewicht bij KnGG en VnGG, en valrisico bij ouderen (beschreven in leefgebied waardig ouder worden), wordt voorafgaand aan het inzetten van basis functionaliteiten altijd gestart vanuit een breed verkennend gesprek. Hierbij wordt gekeken wat voor de inwoner belangrijk is en welke ondersteuning passend is. We hanteren daarmee een brede definitie van leefstijl, waarin naast voeding en bewegen ook thema's als mentaal welbevinden, slaap, stress, zingeving, sociale relaties en participatie worden meegenomen (in aansluiting op het gedachtegoed positieve gezondheid). De

leefstijlpunten die binnen de diverse gemeenten zijn ingericht, vormen een belangrijke schakel tussen signalering, verkenning van ondersteuningsbehoeften en toeleiding naar passend aanbod.

Financiering

Lokale SPUK AZWA middelen

Vanuit de lokale SPUK AZWA-middelen wordt de inzet van Centrale Zorgcoördinatoren (CZC's) voor volwassenen gefinancierd. In iedere gemeente wordt minimaal één CZC aangesteld om begeleidingstrajecten voor volwassenen aan te kunnen bieden. Ook voor de lokale coördinatie van de aanpakken naar Gezonder Gewicht is vanuit de lokale middelen budget beschikbaar. In iedere gemeente is hiervoor een lokale projectleider aangesteld, die de aanpak voor zowel kinderen als volwassenen in samenhang coördineert. Daarnaast zijn vanuit de lokale SPUK AZWA-middelen middelen gereserveerd voor de ontwikkeling en uitvoering van passend aanbod t.b.v. onderliggende sociaal maatschappelijke en sociaal psychische factoren.

Regionale SPUK AZWA middelen

Vanuit de regionale AZWA-middelen wordt de inzet van Centrale Zorgverleners (CZV's) gefinancierd. Voor de doelgroep matig t/m hoog GGR is dit een voorfinanciering en wordt dit (gedeeltelijk) gecrediteerd middels vergoede zorg (zie ook vergoeding ZV). Daarnaast is het gereserveerde regionale budget ook bedoeld voor CZV-trajecten voor kinderen met multiproblematiek die i.v.m. hun GGR niet in aanmerking komen voor vergoede zorg. Dit vanuit het oogpunt van preventie: zo vroeg mogelijk signaleren en ondersteunen.

Ook voor de regionale coördinatie van de aanpakken naar Gezonder Gewicht is vanuit de regionale middelen budget opgenomen.

Aanvullend worden de kosten voor communicatie, campagnes, leerbijeenkomsten, monitoring en evaluatie nog nader uitgewerkt. Ook deze kosten zullen vanuit de regionale middelen worden gefinancierd.

Vergoeding vanuit de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar vergoedt de inzet van de Centrale Zorgverlener (CZV) voor kinderen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR), mits een GLI onderdeel is van het plan van aanpak. Voor kinderen met een matig of hoog verhoogd GGR kan een Kind-GLI onderdeel zijn van de aanpak en daarmee kan ook de coördinerende rol van de CZV vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden vergoed. Voor volwassenen is de vergoeding van de coördinerende rol van een Centrale Zorgcoördinator (CZC) op dit moment nog niet op dezelfde wijze als bij kinderen vanuit de Zvw geregeld. Er worden hier wel landelijk gesprekken over gevoerd om dit in de toekomst in te regelen.

Zowel voor volwassenen als voor kinderen kan een GLI onder voorwaarden worden vergoed vanuit de basisverzekering. Voor volwassenen gelden de volgende voorwaarden:

- De volwassene heeft een BMI tussen 25 en 35 kg/m², in combinatie met een grote buikomvang. Voor vrouwen is dat 88 cm of meer. Voor mannen is dat 102 cm of meer.
- De volwassene heeft een BMI tussen 25 en 35 kg/m² én een of meer ziekten die met overgewicht samenhangen (comorbiditeit).
- De volwassene heeft een BMI vanaf 35 kg/m².

Voor overige interventies/inzet van zorgprofessionals die onder de Zvw vallen, is het afhankelijk van de zorgverzekeraar welke behandelingen worden vergoed. Dit is bijvoorbeeld van toepassing bij inzet van een (kinder-)diëtist of (kinder-)fysio- of oefentherapeut.

Commentaar [AK2]: Dit moet nog worden geverifieerd

Kansrijke Start

Ambitie
<i>Ieder kind kansrijk laten opgroeien</i>
Alle kinderen en jongeren in de regio Gooi en Vechtstreek krijgen de kans om veilig, gezond en kansrijk op te groeien en hun talenten optimaal te ontwikkelen.
Gezondheidsdoel
<i>Vroegsignalering, ondersteuning en gezonde ontwikkeling</i>
Kinderen groeien op in een veilige en stimulerende omgeving die hun gezondheid, ontwikkeling en participatie bevordert. (Aanstaande) ouders krijgen ondersteuning tijdig passende ondersteuning, zodat ontwikkel-, gezondheids- en opvoedvragen vroeg worden gesignaleerd en aangepakt.

De eerste duizend dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede start. De omstandigheden vóór de zwangerschap, de omstandigheden waarin een kind geboren wordt, en hoe en waar een kind opgroeit bepalen in grote mate de kansen voor later. Tijdens de eerste 1000 dagen wordt de basis gelegd voor de lichamelijke en mentale/sociaal-emotionele vaardigheden van een kind. Daarom is een kansrijke start voor pasgeboren kinderen zo belangrijk. De afgelopen jaren is er daarom geïnvesteerd in de Kansrijke Start aanpak, waarbij integraal wordt samengewerkt door ouders en professionals in het sociaal domein en het medisch domein om kinderen een zo goed mogelijke start te geven. Het doel is om ervoor te zorgen dat:

- Meer kinderen gezond geboren worden;
- (toekomstige) ouders zich gesteund voelen bij het bieden van een liefdevolle, veilige en gezonde basis voor hun kind;
- (zwaardere) zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen.

Kansrijke Start is als basisfunctionaliteit opgenomen in het AZWA, met als doel om de bestaande aanpakken op Kansrijke Start door te ontwikkelen en te versterken. Deze aanpak richt zich op de actielijnen “vóór de zwangerschap”, “Tijdens de zwangerschap” en “Na de geboorte”.

De basisfunctionaliteit Kansrijke Start bestaat uit een aantal verschillende onderdelen:

1. Lokale en regionale coalities
2. Nu Niet Zwanger
3. Integrale Gezinspoli

A. Lokale coalities Kansrijke Start

Inleiding

Een lokale Kansrijke Start coalitie ziet welke vragen en knelpunten spelen dichtbij en rondom toekomstige ouders en hun kinderen, bundelt de informatie op lokaal niveau en staat in verbinding met de stevige (lokale) teams in de gemeente. Een succesvolle coalitie werkt samen met de inwoners om wie het gaat en sluit aan bij hun behoeften, leefwereld en werkpraktijk.

Op regionaal niveau kunnen samenwerkingsafspraken worden gemaakt met partijen die (sub)regionaal werken, zoals verloskundigen en zorgverzekeraars. Landelijke ontwikkelingen worden gevolgd en vertaald naar lokale uitvoeringspraktijk. Een regionale Kansrijke Start coördinator verbindt de diverse lokale coalities aan elkaar, heeft een aanjagende functie en bevordert kruisbestuiving en informatie-uitwisseling tussen de lokale coalities.

Huidige situatie

In verschillende gemeenten zijn ontwikkelingen gaande om de samenwerking rondom Kansrijke Start verder te versterken. Dit gebeurt onder andere via netwerkbijeenkomsten waarin betrokken partners elkaar ontmoeten en verkennen hoe lokaal vorm kan worden gegeven aan een Kansrijke Start-aanpak. De mate waarin lokale coalities zijn ingericht verschilt daarbij per gemeente en op sommige plekken ontbreekt nog lokale coördinatie of projectleiding. Ook op regionaal niveau is momenteel nog geen coördinator Kansrijke Start beschikbaar. Om de regionale samenwerking te versterken en de verdere ontwikkeling en borging van Kansrijke Start te ondersteunen, zal een regionale coördinator worden geworven

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

In 2030 is in alle Gooise gemeenten een sterke lokale coalitie Kansrijke Start actief met duidelijke werkafspraken over rollen en taakverdeling.

Projectdoelstellingen (SMART)

In 2027 wordt een regionale coördinator voor de lokale coalities Kansrijke Start aangesteld

Financiering

De lokale coalities worden gefinancierd uit de lokale SPUK AZWA middelen. De regionale coördinator wordt gefinancierd uit de regionale SPUK AZWA middelen.

B. Nu Niet Zwanger

Inleiding

Een kind krijgen verandert je leven. Iedereen moet die keuze bewust en vrijwillig kunnen maken – ook in kwetsbare omstandigheden. Nu Niet Zwanger (NNZ) ondersteunt inwoners en traint professionals in het voeren van open gesprekken over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. De aanpak richt zich op het ondersteunen bij het nemen van regie op de kinderwens, en faciliteert een proces waarin inwoners een weloverwogen keuze kunnen maken. Door regie over de eigen kinderwens te verbeteren, wordt leed door ongewenste zwangerschappen voorkomen. Proactieve gespreksvoering staat centraal. Met de Nu Niet Zwanger methodiek krijgen professionals praktische tools voor een respectvol, open en eerlijk gesprek.

Huidige situatie

Het programma Nu Niet Zwanger loopt als sinds 2024 in de regio. Al 25 organisaties zijn aangesloten bij het programma en voeren de kinderwensgesprekken. Ook wordt regelmatig casuïstiek opgeschaald naar het regionale team, zodat zij cliënten kunnen helpen bij anticonceptie. Het programma loopt dus al goed. In juli 2026 is

besloten om de Nu Niet Zwanger-aanpak te bestendigen, zodat het vanaf 2027 geborgd is.

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

Nu Niet Zwangersprekken worden in de hele regio gevoerd door betrokken professionals, waardoor het aantal ongewenste zwangerschappen is afgenomen. Omdat het Gooi een relatief kleine regio is wordt de landelijke streefwaarde van 2 fte aan coördinatiekracht losgelaten, en zetten wij in plaats daarvan in op een efficiënte 32 uur verdeeld over twee personen.

Projectdoelstellingen (SMART)

Het programma Nu Niet Zwanger loopt als sinds 2024 in de regio. Al 25 organisaties zijn aangesloten bij het programma en voeren de kinderwensgesprekken. Ook wordt regelmatig casuïstiek opgeschaald naar het regionale team, zodat zij cliënten kunnen helpen bij anticonceptie. Het programma loopt dus al goed dus er is geen sprake van smart doelstellingen gericht op de implementatie. Het belangrijkste doel is om het programma nog beter te implementeren binnen bestaande organisaties en om nog meer organisaties aan te laten sluiten.

Mijpalenplanning

Niet van toepassing. Er is al sprake van een lopende aanpak die wordt gecontinueerd.

Samenwerkingsafspraken

Het programmateam van NNZ zet zich ervoor in dat alle organisaties in de regio die werken met mensen in een vruchtbare leeftijd en een kwetsbare positie, zich aansluiten bij het programma. Binnen deze organisaties verzorgen zij in company trainingen en adviseren ze hoe de gespreksvoering onderdeel kan worden gemaakt van het inwerkprogramma van de organisatie. Dankzij deze werkwijze heeft het programma een groot en duurzaam bereik: kinderwensverkenning door professionals wordt hiermee genormaliseerd en zo gaan steeds meer zorgverleners het gesprek over kinderwens en anticonceptie voeren.

Organisaties hebben het regionaal projectteam nodig voor training. En andersom hebben wij organisaties nodig om te zorgen dat we de doelgroep bereiken en het gesprek wordt gevoerd.

Financiering

Vanuit de regionale SPUK AZWA middelen wordt een regionaal coördinator gefinancierd alsmede een aantal materiele kosten.

C. Integrale Gezinspoli

Inleiding

Een Integrale Gezinspoli (IGP) is een sociaal-medische netwerksamenwerking, die (aanstaande) gezinnen in kwetsbare omstandigheden integraal ondersteunt. IGP gaat over het verbinden van zorg, sociaal en publiek gezondheidsdomein. Het doel is om (aanstaande) gezinnen die (zware) zorg nodig hebben én waarbij kwetsbare sociale omstandigheden spelen passend en tijdig te ondersteunen. Hierdoor ervaren deze gezinnen snellere en betere ondersteuning, passende hulp, minder problemen en minder stress. Het IGP wordt ingericht als een netwerksamenwerking tussen partners uit het sociaal domein en het zorgdomein, van welzijn tot huisarts en ziekenhuis. De zorg en ondersteuning rond een gezin wordt integraal georganiseerd. De insteek van ondersteuning is niet-medisch waar mogelijk, en medisch waar nodig.

Huidige situatie

De Integrale Gezinspoli is een nieuwe basisfunctionaliteit binnen Kansrijke Start, naast de bestaande basisfunctionaliteiten lokale coalities en Nu Niet Zwanger (NNZ). In veel IZA-regio's moet deze vorm van sociaal-medische netwerksamenwerking nog worden ontwikkeld en ingericht. Dit geldt ook voor de regio Gooi en Vechtstreek. In juni

2026 is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een landelijke handreiking opgesteld waarin de werkzame elementen van een IGP zijn beschreven. De handreiking biedt een gezamenlijk kader, waarbij regio's ruimte houden om de concrete inrichting af te stemmen op de eigen regionale situatie. De landelijke ambitie is dat gemeenten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, jeugdgezondheidszorg (JGZ) en lokale coalities Kansrijke Start gezamenlijk vóór 2030 zorgen voor een regionaal dekkend aanbod van Integrale Gezinspoli's.

Hierbij kan vanuit de volgende uitgangspunten:

- a. Eén kernteam met vaste gezichten vanuit medisch, publieke gezondheid en sociaal domein, met een brede blik op zowel medische als sociale factoren en daarmee een bundeling van expertise over kwetsbare sociale en medische omstandigheden die van invloed kunnen zijn op (aanstaande) gezinnen in de eerste 1.000 dagen.
- b. Eén aanspreekpunt voor het gezin, in elk geval voor hun vragen/behoefte over inzet vanuit/contacten met partijen uit het sociaal domein.
- c. De benodigde expertise is op één plek beschikbaar, waar mogelijk buiten het ziekenhuis in een 'huiskamercontext' in plaats van een medische context zodat gezinnen zich snel op hun gemak voelen.
- d. Multidisciplinair overleg (MDO) met afvaardiging vanuit medisch, publieke gezondheid en sociaal domein. Bijvoorbeeld elke week of twee weken per poli over de (aanstaande) gezinnen in kwetsbare sociale omstandigheden.
- e. Samenwerkingsafspraken over hoe informele steunorganisaties met vrijwilligers en ervaringsdeskundigen kunnen worden benut om (aanstaande) gezinnen te ondersteunen.

Ambities Gooi en Vechtstreek 2030

De ontwikkeling van een Integrale Gezinspoli bevindt zich in de regio nog in de verkennende fase. Er is gestart met het in kaart brengen van de bestaande sociaal-medische samenwerking en de mogelijkheden om deze verder te versterken. Deze verkenning is nog niet afgerond en wordt de komende periode verder uitgevoerd.

In deze verkenning zal worden gekeken naar:

- bestaande samenwerkingsstructuren en werkwijzen;
- ervaren knelpunten in de samenwerking tussen domeinen;
- behoeften van professionals;
- behoeften en ervaringen van ouders en (aanstaande) ouders;
- bestaande sterke punten en succesvolle werkwijzen;
- beschikbare ondersteuning binnen het sociale en informele domein;
- de mate waarin de werkzame elementen uit de landelijke handreiking aansluiten bij de regionale situatie.

Binnen de regio bestaan verschillende overlegstructuren vanuit het medische domein:

Binnen deze overlegstructuren participeren onder andere professionals vanuit het ziekenhuis, de kraamzorg, verloskundige praktijken, JGZ en GGZ. Zij brengen expertise samen, bespreken casuïstiek en adviseren over mogelijke vervolgstappen.

Deze bestaande MDO-structuren vormen een belangrijke basis voor de verdere ontwikkeling van de IGP. Zij dragen bij aan betere ondersteuning van gezinnen, versterking van de samenwerking en verbreding van expertise. Verkend zal worden hoe deze structuren beter kunnen functioneren als één samenhangend sociaal-medisch netwerk.

Projectdoelstellingen (SMART)

In de periode 2026–2030 wordt gefaseerd toegewerkt naar een regionaal passende invulling van de Integrale Gezinspoli als sociaal-medische netwerksamenwerking binnen Kansrijke Start.

De regionale aanpak sluit aan bij de landelijke werkzame elementen en wordt tegelijkertijd afgestemd op:

- bestaande regionale en lokale structuren;
- de behoeften van gezinnen;
- de behoeften van professionals;
- regionale knelpunten;
- beschikbare capaciteit;
- organisatorische en financiële randvoorwaarden

Het uitgangspunt is dat de IGP geen losstaande voorziening wordt, maar onderdeel vormt van een duurzaam en samenhangend regionaal netwerk rondom gezinnen in de eerste 1.000 dagen

Samenwerkingsafspraken

De belangrijkste partijen bij een IGP zijn regionale partners: het ziekenhuis, VSV, GGD/JGZ, gemeente en welzijn (Versa). De partijen hebben elkaar nodig voor het maken van regionale afspraken over de gewenste samenwerking, verantwoordelijkheden, capaciteit, financiering, monitoring en kwaliteitsverbetering. Hierbij is het van belang om aan te sluiten op lokale coalities Kansrijke Start en verbinding te leggen met regionale zorg- en ondersteuningsstructuren.

Financiering

Voor 2027 en de jaren erna wordt een regionaal projectleider gefinancierd vanuit de regionale AZWA middelen. In 2027 dient te worden vastgesteld welke bedragen nodig zijn voor de uitvoering van de Integrale Gezinspoli.

Bijlage 1 - Mijlpalenplanning per Basisfunctionaliteit

Welzijn op Recept	2026				2027				2028				2029				2030			
Onderdelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Uitvoeren Transformatieplan Pos gezondheid – pijler WoR																				
Besluitvorming overbrugging gap ambitie T-plan en mogelijkheden AZWA																				
Ophogen/ afschalen aantal Fte welzijnscoach per gemeente en herijking koppeling met huisartsenpraktijken																				
Implementatie activiteiten																				
Ketenaanpak, waaronder verwijzing																				
Informereren en draagvlak vergroten tav verwijzen door huisartsen en andere eerstelijns professionals																				
Vaststellen eenduidige aanpak per gemeente tav gebruik verwijzen - platform en werkwijze																				
Deskundigheidsbevordering welzijnscoaches																				
Activiteiten – term verzinnen – voor continue aandacht vragen bij eerstelijns voor sociaal verwijzen																				
Borging																				

Mentaal Gezondheidsnetwerk	2026				2027				2028				2029				2030			
Onderdelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Verkenkend Gesprek																				
Fase 1: Basissysteem - Vaststellen van de werkwijze - Vaststellen van de Verkennerspool - Inrichten van digitale en organisatorische basis - Selecteren en activeren kleine groep betrokken huisartsen - Opleiden van eerste groep Verkenners - Opzetten van frequente monitoring - Communicatieplan maken																				
Fase 2: Productiekern - Opbouwen van inzetbare Verkennerspool - Actief sturen op instroom vanuit huisartsen - Verkennen en benutten van aanvullende instroom - Opschalen van capaciteit - Optimaliseren van proces - Verbeteren digitale ondersteuning																				
Fase 3: Gefaseerde opschaling - Uitbreiden van Verkennerspool - Vergroten van instroom door huisartsen - Opschalen van productievolume - Verbeteren van capaciteitsplanning - Verbeteren digitale ondersteuning - Continu optimaliseren van proces en samenwerking																				
Fase 4: Stabilisatie en borging - Structureel beleggen van capaciteit - Borgen van een stabiele Verkennerspool - Realiseren van een autonome instroom vanuit huisartsen - Standaardiseren van werkwijze en proces - Vaststellen van werkwijzen binnen de digitale ondersteuning																				

Herstelvoorziening	2026				2027				2028				2029				2030			
Onderdelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Herstelvoorziening																				
Governance en financieringsvorm voor herstelvoorziening is geregeld.																				
Geschikte locaties vinden (2x huurovereenkomst)																				
Geschikt maken van locatie voor activiteiten (verbouwen, bereikt na openen voorziening)																				
Inrichten organisatie (personeel in dienst, administratieve organisatie. Bereikt bij openen voorziening)																				
Opstarten voorziening 1 (minstens 10 dagdelen open)																				
Opstarten voorziening 2(minstens 10 dagdelen open)																				
Maatschappelijke businesscase opgeleverd: eerste effecten in beeld																				
Eerste evaluatie. Wat gaat er goed en wat kan er anders in het concept (specifiek gericht op het Gooi, rapport voor regio)																				

Valpreventie	2026				2027				2028				2029				2030			
Onderdelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Vormgeven van de AZWA werkagenda en regionale begroting																				
Betrokkenheid van de VVT vergroten en hen meenemen in de netwerkaanpak																				
Netwerk uitbreiden met betrokken professionals zoals bijvoorbeeld diëtisten, podotherapeuten, opticiens, woonadviseurs																				
Voortzetting 6-wekelijks regionaal overleg																				
Organiseren Week van de Valpreventie																				
Regionaal uitrollen grieprik/coronavaccinatie combinatie met valrisicotesten																				
Organiseren van regionale leerbijeenkomst																				
Inrichten van een ouderenadvies groep																				
Uitzetten van een regionale voorjaarscampagne valpreventie (aandacht verspreiden over het jaar)																				

Professionals handelen naar hun signalerende rol																				
Professionals kennen het stroomschema en begrijpen de route van de netweraanpak Valpreventie																				
Verspreiden van het stroomschema onder netwerk van professionals																				
Inwoners weten de leefstijlpunten en informatiebijeenkomsten te vinden voor informatie over valpreventie en de valrisicotest																				
Valpreventie krijgt een lokale prioriteit in de hechte wijkverbanden																				
Professionals (eerstelijns, tweedelijns, sociaal domein) verwijzen inwoners met hoog valrisico door naar eerstelijns valrisicobeoordeling (verwijzing huisarts nodig)																				
Professionals (eerstelijns, tweedelijns, sociaal domein) verwijzen inwoners door naar de leefstijlpunten voor informatie/testen																				
Nieuw ontwikkeld communicatieplan uitvoeren																				
NIS (VIPLive) mogelijkheden Valpreventie regionaal verkennen																				

Gooi naar Gezonder Gewicht	2026				2027				2028				2029				2030			
Onderdelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Samenwerkingsafspraken opstellen.																				
CZV's en Kinderleefstijlcoaches selecteren en opleiden.																				
Monitoring, stroomschema en werkprocessen inrichten																				
Vormgeven van de AZWA-werkagenda																				
Regionale samenwerking verder vormgeven.																				
Start brede netwerkaanpak.																				
Uitvoering en monitoring.																				
Doorontwikkeling van samenwerking en aanbod.																				
Borging van samenwerking tussen zorg en sociaal domein.																				
Opschaling van de capaciteit van Centrale Zorgverleners conform de groeiplanning.																				
NIS (VIPLive) mogelijkheden regionaal verkennen																				

Nieuw ontwikkeld communicatieplan uitvoeren																				
Verspreiden van de regionale klantreis onder netwerk van professionals																				
Professionals handelen naar hun signalerende rol																				
Professionals kennen het stroomschema en begrijpen de route van de aanpak naar gezonder gewicht																				
De aanpakken naar gezonder gewicht krijgen een lokale prioriteit in de hechte wijkverbanden																				
Inwoners weten de leefstijlpunten en JGZ te vinden om in gesprek te gaan over overgewicht																				

Integrale Gezinspoli	2026				2027				2028				2029				2030			
Onderdelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Goedkeuren werkagenda AZWA																				
Analyse van bestaande werkwijzen																				
Inventarisatie van behoeften en knelpunten																				
Regionaal ontwerp vastgesteld																				
Regionale pilot																				
Evaluatie pilot																				
Structurele borging																				