Werkagenda AZWA

Helmond - de Peel

Inleiding

Deze werkagenda biedt een helder kader dat richting geeft aan onze gezamenlijke inspanningen en stelt de noodzakelijke prioriteiten om de leefkracht en het welzijn van onze inwoners structureel te vergroten.

De basis voor het slagen van deze transitie ligt in het realiseren van een duurzame en domein overstijgende samenwerking. Het is essentieel dat de medische zorg en een sterke, veerkrachtige sociale basis in de wijken naadloos op elkaar aansluiten. Door professionals, informele netwerken en inwonersinitiatieven met elkaar te verbinden, ontstaat een sluitend netwerk rondom de inwoner.

Om de vele lopende en nieuwe initiatieven in goede banen te leiden, zetten we in op een stevige regionale regie. Vanuit deze overkoepelende rol bewaken we de onderlinge samenhang, stimuleren we de kennisdeling en sturen we gezamenlijk op hoofdlijnen aan de hand van onze gedeelde bedoeling.

Om verder inrichtingskeuzes te kunnen maken en bestaande initiatieven te kunnen doorontwikkelen, vormt de inzet van monitoring een belangrijk uitgangspunt binnen onze aanpak. Door objectieve data en regionale inzichten te combineren, krijgen we een helder beeld van waar de grootste maatschappelijke behoeften en gezondheidsrisico's zich bevinden en de effectiviteit van ingezette interventies. Dit stelt ons in staat om de beschikbare middelen, en capaciteit op een evenwichtige en effectieve manier in te zetten daar waar de impact het grootste is.

Inhoudsopgave werkagenda

Van IZA en GALA naar AZWA 4
Huidige situatie 6
Totstandkoming werkagenda AZWA 7
Vervolg en verdere uitwerking 8

Regionale preventie infrastructuur 9

Leefgebieden: Mentale gezondheid, kansrijk opgroeien, leefstijl, vitaal ouder worden en gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen. 12

1. Mentale gezondheid 14
   a. Laagdrempelige steunpunten 14
   b. Sociaal verwijzen 17
   c. Mentale gezondheidsnetwerken 19
2. Kansrijk opgroeien 21
   d. Kansrijke start 21
   e. Nu niet zwanger 24
   f. Integrale gezinspoli 26
   a. Rookvrije start 27
   b. Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen 28
3. Leefstijl 31
   a. Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen 31
   b. Rookvrije thuiszorg 33
   c. Rookvrije wijkaanpak 33
4. Vitaal ouder worden 34
   a. Valpreventie 34
   b. Hoofdlijnen Akkoord Ouderen (HLO) 37
   c. Ketenaanpak Dementie 39
5. Gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen 40
   a. Multi probleem aanpak (NPLV) 40

Van IZA en GALA naar AZWA

De Nederlandse zorg en ondersteuning staan voor grote uitdagingen. Door de vergrijzing neemt de vraag naar zorg toe, terwijl er tegelijkertijd een groeiend tekort aan personeel ontstaat. Daarnaast zijn er grote verschillen in gezondheid tussen inwoners en is steeds meer aandacht nodig voor preventie, welzijn en een gezonde leefomgeving. Om de zorg en ondersteuning ook in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te houden, zijn de afgelopen jaren verschillende landelijke akkoorden gesloten.

Het **Integraal Zorgakkoord (IZA)** is in 2022 gesloten tussen het Rijk, zorgverzekeraars, gemeenten en partijen uit de zorg. Het doel van het IZA is om de zorg toekomstbestendig te maken door in te zetten op passende zorg, samenwerking tussen zorgaanbieders, digitalisering, vermindering van administratieve lasten en een verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en preventie. Regionale samenwerking vormt daarbij een belangrijk uitgangspunt.

Het **Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)** is in 2023 tot stand gekomen tussen het ministerie van VWS, gemeenten, GGD GHOR Nederland en zorgverzekeraars. GALA richt zich vooral op preventie, gezondheid, een sterke sociale basis en het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Het akkoord beschrijft de gezamenlijke ambitie om toe te werken naar een gezonde generatie in 2040 en ondersteunt gemeenten bij de uitvoering van preventieve en gezondheid bevorderende activiteiten.

IZA en GALA zijn nauw met elkaar verbonden. Waar het IZA zich voornamelijk richt op de houdbaarheid van het zorgstelsel en de organisatie van zorg, richt GALA zich op het versterken van gezondheid, preventie en de sociale basis. Beide akkoorden ondersteunen de beweging naar de voorkant: het voorkomen van zorgvragen en het versterken van het vermogen van inwoners om zo gezond en zelfstandig mogelijk te leven.

In 2025 is hierop voortgebouwd met het **Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)**. Dit akkoord bevat aanvullende afspraken om de transformatie uit het IZA te versnellen, te verdiepen en beter te verbinden met het sociaal domein. Een belangrijk onderdeel van het AZWA is de versterking van de samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeenten. Daarbij wordt ingezet op het organiseren van zogenoemde basisfunctionaliteiten op het snijvlak van zorg en sociaal domein en op het versterken van de sociale basisinfrastructuur.

AZWA is opgedeeld in 5 leefgebieden: Mentale gezondheid, kansrijk opgroeien, leefstijl, vitaal ouder worden en gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen.
Op elk leefgebied zijn basisfunctionaliteiten geformuleerd, bewezen effectieve interventies welke in elke regio voor 2030 geïmplementeerd moeten zijn. Daarnaast zijn er op verschillende leefgebieden interventies op de ontwikkelagenda geplaats, deze interventies zijn nog niet bewezen effectief gebleken en zullen de komende periode verder onderzocht worden.

In het AZWA is ook het Hoofdlijnen Akkoord Ouderen opgenomen. Dit akkoord is bedoeld voor betere ondersteuning van mantelzorgers door onder andere respijtzorg en logeeropvang.

Bronnen: rijksoverheid.nl, zorgakkoorden.nl, vng.nl, loketgezondleven.nl

	D5 Basis-functionaliteit onderbouwd	D5 ontwikkel-agenda 1	Ontwikkel-agenda deel 2	D6 Basis-infrastructuur
Leefgebied	Maatregel	Maatregel	Maatregel	Maatregel
1. Mentale Gezondheid	• Laagdrempelige steunpunten EPA • Sociaal Verwijzen	• Mentale Gezond-heidsnetwerken (onder andere verkennend gesprek)	• Aanpak eenzaamheid • Wachttijd ondersteuning • Lotgenotengroepen • Toeleiden naar werk • Verslavingspreventie	• Inloopvoorzieningen Socaal en Gezond (buurt en ziekenhuis) (inclusief gezond-heidsloketten) • Lokaal team - hechte wijkverbanen eerstelijn (inclusief aansluiting jgz) • Coördinatie (gemeenten) versterken samen-werking medisch sociaal (inclusief regie uitvoering basisfunctionaliteiten) • (Mentale) Gezonde school
2. Vitaal ouder worden/ ouderen	• Valpreventie	• Ketenaanpak dementie (incl. preventie)	• Ketenaanpak vitaal thuis	
3. Leefstijl	• Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen	• Nicotinevrij	• Samenwerking ziekenhuis & gemeenten • Seksuele gezondheid	
4. Kansrijk opgroeien	• Kansrijke start: integrale gezinspoli en Nu Niet Zwanger	• Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen • Kansrijke start: Rookvrije start	• Middelengebruik (roken, vapen, drugs, alcohol) • Mentale gezondheid jeugd • Stevig ouderschap • Gokken/gamen	• Lokale coalities Kansrijke Start • Buursportcoaches
5. Gezondheids-achterstanden verminderen en voorkomen		• Multiproblematiek aanpak (NPLV)	• Verhogen vaccinatiegraad • Aanpak armoede en schulden	• Suïcidepreventie • Middelen SPUK IZA

Schematisch overzicht van de Basisinfrastructuur, basisfunctionaliteiten en ontwikkelagenda.

Huidige situatie zorg en welzijn in regio Helmond-De Peel

De regio Helmond-De Peel kent een sterke traditie van samenwerking op het gebied van gezondheid, welzijn, preventie en passende ondersteuning. Binnen het netwerk Peel Duurzaam Gezond werken gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars, maatschappelijke partners en inwoners al jarenlang samen aan de gezamenlijke opgaven in de regio. Vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid wordt hierbij niet alleen gekeken naar zorg en ziekte, maar juist ook naar de factoren die bijdragen aan een gezond, zelfstandig en betekenisvol leven. Preventie en sociale basisvoorzieningen zijn hierbij van groot belang. Deze manier van samenwerken sluit aan bij de beweging die landelijk wordt ingezet via het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

In de Peelregio gebeurt al veel. Op lokaal en regionaal niveau zijn talrijke initiatieven, samenwerkingsverbanden, projecten en ketenaanpakken ontwikkeld die bijdragen aan preventie, gezondheid, participatie en passende ondersteuning. Voorbeelden hiervan zijn de inzet op Welzijn op Recept, Kansrijke Start, valpreventie, dementie en diverse initiatieven gericht op mentale gezondheid, gezond ouder worden, het versterken van de sociale basis en de verbinding tussen zorg en welzijn. Daarnaast worden binnen gemeenten, wijken en dorpen dagelijks talloze activiteiten georganiseerd die bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van inwoners. De verscheidenheid en kwaliteit van deze initiatieven zijn groot. Het is onmogelijk om alle voorbeelden afzonderlijk te benoemen, maar juist die veelheid laat zien hoeveel kennis, betrokkenheid en uitvoeringskracht in de regio aanwezig zijn.

De afgelopen jaren hebben deze samenwerkingen waardevolle ervaringen opgeleverd in het organiseren van domein overstijgende samenwerking rondom inwoners. Er zijn bestuurlijke en uitvoerende netwerken opgebouwd, regionale overlegstructuren ingericht en werkafspraken ontwikkeld die de samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeenten versterken. Daarmee beschikt de regio over een stevig fundament waarop verder kan worden gebouwd.

Het AZWA vraagt nadrukkelijk om het benutten en versterken van bestaande netwerken, structuren en succesvolle werkwijzen. Voor de Peelregio betekent dit dat niet opnieuw wordt begonnen, maar dat wordt voortgebouwd op wat al aanwezig is.

Deze werkagenda is daarom geen nieuw vertrekpunt, maar een volgende stap in een ontwikkeling die al jaren geleden is ingezet. De agenda brengt bestaande initiatieven en ambities met elkaar in verbinding en geeft richting aan de verdere ontwikkeling van de regionale preventie infrastructuur en basisfunctionaliteiten.

Totstandkoming werkagenda AZWA

Deze werkagenda is tot stand gekomen in samenwerking met de partners die binnen onze regio al betrokken zijn bij de uitvoering van regionale preventieopgaven en ketenaanpakken. Daarbij is nadrukkelijk gekozen voor een pragmatische aanpak die aansluit bij bestaande samenwerkingsstructuren en lopende ontwikkelingen binnen het IZA, GALA en AZWA.

Ter voorbereiding op deze werkagenda zijn twee regionale bijeenkomsten georganiseerd.
De eerste regionale bijeenkomst stond in het teken van de regionale preventie-infrastructuur. De tweede regionale bijeenkomst was gericht op de basisfunctionaliteiten zoals benoemd in het AZWA. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van gemeenten, de zorgverzekeraar, de GGD, welzijnsorganisaties en eerstelijnszorgverleners.
Tot slot is er meegeschreven en meegelezen door alle partners die betrokken zijn in Peel Duurzaam gezond. De opbrengsten van de sessies, gesprekken en feedback zijn verwerkt in de voorliggende werkagenda.

Tijdens de bijeenkomsten is een aantal belangrijke uitgangspunten benoemd voor de verdere ontwikkeling van de regionale preventie-infrastructuur en de basisfunctionaliteiten.
Partners hebben daarbij benadrukt dat de kracht van de Peelregio voor een belangrijk deel ligt in het kleinschalige karakter van de samenwerking. Dit maakt snelle afstemming, korte lijnen, onderling vertrouwen en ruimte voor innovatie mogelijk. Tegelijkertijd werd benadrukt dat regionale samenwerking alleen succesvol kan zijn wanneer voldoende ruimte blijft bestaan voor lokale verschillen in behoefte, ontwikkeltempo en uitvoering.

Breed gedeeld is daarnaast de wens om voort te bouwen op bestaande overlegstructuren, samenwerkingsverbanden en initiatieven. In de bijeenkomsten is dan ook de wens uitgesproken om AZWA onder Peel Duurzaam Gezond te positioneren. Door gebruik te maken van wat al aanwezig is, kunnen kennis, ervaring en bestaande netwerken optimaal worden benut.

Ook is aandacht gevraagd voor een sterkere verbinding tussen bestuurlijke, ambtelijke en uitvoerende overleggen, zodat besluitvorming, beleidsontwikkeling en uitvoering elkaar beter kunnen versterken. Er wordt gedacht aan een coördinatiestructuur waar de regio coördinator en de GGD een belangrijke rol in moeten vervullen. De uitwerking hiervan past binnen de opdracht die vanuit Peel Duurzaam Gezond al is uitgezet voor een lerend netwerk.

De betrokken partners hebben uitgesproken dat bestaande ketenaanpakken en samenwerkingsinitiatieven een belangrijke basis vormen voor de verdere ontwikkeling van de AZWA-basisfunctionaliteiten. Waar onderdelen van een basisfunctionaliteit al in ontwikkeling zijn of in de praktijk worden toegepast, worden deze inspanningen voortgezet.

Tegelijkertijd is vastgesteld dat niet alle basisfunctionaliteiten zich in dezelfde ontwikkelfase bevinden. Voor sommige thema's bestaat al een regionale structuur, terwijl voor andere onderdelen nog inhoudelijke, organisatorische en financiële keuzes moeten worden gemaakt. De komende periode wordt daarom benut om bestaande initiatieven verder door te ontwikkelen, hiaten in beeld te brengen en waar nodig nieuwe samenwerkingsafspraken te maken. Daarbij wordt steeds gekeken naar beschikbare capaciteit, expertise en financiële middelen.

De keuze om een basisfunctionaliteit regionaal te prioriteren betekent dan ook niet dat andere initiatieven stilvallen. Evenmin betekent dit dat deze basisfunctionaliteit direct volledig regionaal ingericht zal worden. De prioritering geeft richting aan de onderwerpen waarop in de komende periode gezamenlijk verdere stappen worden gezet. De lokale gemeenten blijven zelf de mogelijkheid houden om direct mee te doen of andere prioriteiten te stellen en later aan te sluiten.

Vervolg en verdere uitwerking
Deze werkagenda markeert geen eindpunt, maar een volgende stap in een ontwikkeling die binnen Peel Duurzaam Gezond al geruime tijd gaande is. De agenda biedt richting, brengt bestaande initiatieven en ambities met elkaar in verbinding en creëert focus op de belangrijkste regionale opgaven. Daarmee vormt zij de basis voor verdere besluitvorming, samenwerking en uitvoering, met als gezamenlijk doel een sterke regionale infrastructuur waarin preventie, sociale basis, welzijn en zorg elkaar duurzaam versterken.

Regionale preventie infrastructuur
De beschrijving voor de regionale preventie infrastructuur in deze werkagenda is een eerste aanzet waarbij het regioplan als uitgangspunt heeft gediend. Om te komen tot een goede regionale preventie infrastructuur is in gesprek blijven met elkaar en doorlopend de samenwerking evalueren en bijstellen noodzakelijk.
Er loopt al een opdracht vanuit Peel Duurzaam Gezond aan een kwartiermaker voor een lerend netwerk en voor monitoring. Beide onderdelen zijn nodig voor het neerzetten van een goede regionale preventie infrastructuur. Het vervolg voor de regionale preventie infrastructuur zal dan ook vanuit deze opdracht binnen Peel Duurzaam Gezond opgepakt worden.

De voorliggende initiatieven op het gebied van preventie en sociale basis die ook onder de regionale preventie infrastructuur vallen, verdienen lokaal ook voldoende aandacht.

Basisfunctionaliteiten
Voor de initiatieven en ketenaanpakken uit IZA/GALA waar regionaal al mee gestart is, neemt de betreffende projectleider de regie om tot een verbeterplan te komen om de huidige situatie door te ontwikkelen naar een basisfunctionaliteit. Dit geldt ook voor de onderwerpen die al wel gestart zijn, maar binnen het AZWA nog op de ontwikkelagenda staan (Kind naar gezond gewicht en Mentaal Gezondheidsnetwerk).
Afhankelijk van de ontwikkelfase van het betreffende initiatief worden in de vervolgstappen concrete afspraken uitgewerkt over beoogde resultaten, financiële dekking, monitoring, onderlinge aanspreekbaarheid en bestuurlijke besluitvorming.
.
In de werkagenda worden ook prioriteiten gesteld over basisfunctionaliteiten en de ontwikkelagenda. Wanneer er regionaal wordt besloten om een nieuw initiatief te starten wordt bepaald welke organisaties een trekkende, uitvoerende of ondersteunende rol vervullen.
Naast deze organisaties is er expliciet aandacht om partners die nog niet direct hebben deelgenomen aan de totstandkoming van deze werkagenda en inwoners te betrekken bij de verdere uitwerking, zodat oplossingen aansluiten bij de behoeften en ervaringen uit de dagelijkse praktijk.

Regionale preventie-infrastructuur (RPI)

De Regionale Preventie-infrastructuur (RPI) vormt het overkoepelende, strategische fundament om de samenhang tussen alle losse AZWA-basisfunctionaliteiten duurzaam te borgen. In plaats van versnipperde projecten creëert de Regionale Preventie-infrastructuur een dekkende structuur waarin gemeenten, zorgverzekeraars, het medische domein en de sociale basis intensief samenwerken. De focus wordt verschoven naar de voorkant, waarbij het stimuleren van preventie, sociale basis en het aansluiten bij inwonersinitiatieven centraal staan. Door de inzet van AZWA-middelen gezamenlijk af te stemmen op deze gedeelde bedoeling, ontstaat er een krachtig netwerk dat de regionale gezondheid structureel verbetert.

Onderdelen RPI	Uitwerking
Toelichting op RPI: Omschrijf beknopt hoe de regionale preventie-infrastructuur in jullie regio is georganiseerd (een visuele toelichting, bijvoorbeeld in de vorm van een afbeelding, volstaat ook).	Binnen de regio wordt voortgebouwd op de bestaande bestuurlijke samenwerking Peel Duurzaam Gezond, inclusief het huidige regioplan en de daarbij horende kernpartners. Deze structuur vormt het uitgangspunt voor de verdere inrichting van de bestuurlijke samenwerking rondom het AZWA. Op uitvoerend niveau is sprake van een goed functionerende samenwerking, zowel binnen specifieke ketenaanpakken als meer generiek tussen partners. Deze bestaande samenwerkingsrelaties vormen de basis voor de verdere ontwikkeling en versterking van een robuuste regionale preventie-infrastructuur. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat de verbinding tussen bestuurlijk en uitvoerend niveau versterking vraagt. Er is behoefte aan meer structurele afstemming, zodat bestuurders beter zicht hebben op de voortgang en uitvoering tijdig kan anticiperen op bestuurlijke besluitvorming. Om aan deze behoefte te voldoen wordt binnen Peel Duurzaam Gezond gewerkt aan het inrichten van een regionale coördinatiestructuur. Uitgangspunt hierbij is een coördinerende rol voor gemeenten en de GGD, waarbij de nadere invulling nog wordt uitgewerkt. In nauwe afstemming met kernpartners, zoals de zorgverzekeraar, welzijnsorganisaties en huisartsen, wordt zo ingezet op het versterken van de samenhang tussen beleid, besluitvorming en uitvoering. De verdere uitwerking en positionering van deze coördinatiestructuur maakt onderdeel uit van een lopende opdracht binnen Peel Duurzaam Gezond. De uitkomsten hiervan worden naar verwachting in het tweede kwartaal van 2027 vastgesteld.
Regionale gezondheidsdoelen: Omschrijf welke gezamenlijke gezondheidsdoelen in de regio zijn vastgesteld.	Eigen regie, zelf-en samenredzaamheid en zingeving door ruimte te maken voor inwonerinitiatieven en laagdrempelige hulp-en steunpunten, waarmee we zorgvraag voorkomen en afbuigen - Inwoners nemen eigen verantwoordelijkheid bij hulp-en ondersteuningsvragen en zijn zelf-en samenredzaam, waarbij inwonerinitiatieven en informele zorg een centrale rol krijgen - Een sterke sociale basis en veerkrachtige wijken met laagdrempelige steunpunten(o.a. ervaringsdeskundigen, dagbesteding, ontmoetplaatsen), middels domeinoverstijgende, wijkgerichte samenwerking (in directe samenhang met woon-zorgvisie en opbouw van wijken)1

	- Organiseren van netwerksamenwerking met formele en informele zorgaanbieders passend bij de behoefte van de individuele burger. Kennis en expertise laagdrempelig beschikbaar stellen. Waar nodig is passende, formele zorg snel beschikbaar vanuit een integraal perspectief Kwalitatief en modern zorgaanbod dat (1) gericht is op positieve gezondheid, (2) aansluit op eigen regie en leefwereld van inwoners, (3) verbonden is met andere domeinen en (4) passende formele zorg biedt, als dat nodig is en toevoegt aan kwaliteit van leven - Betere gezondheid van inwoners door inzet op positieve gezondheid als brede beweging in de regio, en daarin speciale aandacht voor gezondheidsachterstanden1 - Optimale aansluiting van de zorgorganisaties, het sociaal domein en maatschappelijke voorzieningen op de zelf-en samenredzaamheid van inwoners - Onderlinge samenhang in voorzieningen van zorgorganisaties, sociaal domein en maatschappelijke voorzieningen en optimale samenwerking binnen de zorgketen om hulp- en ondersteuningsvragen te signaleren en de inwoner gelijk naar de juiste plekte 'routen', waardoor doelmatigheid wordt nagestreefd - Organiseren van formele zorg met de focus om met minder zorgpersoneel tegemoet te kunnen blijven komen aan de zorgvragen waarvoor inzet van professionele zorg nodig blijft (o.a. door digitale (zelf)zorg, optimalisatie/innovatie van zorgprocessen in de keten) Deze doelen komen uit het regioplan Helmond – de Peel.
Financiële middelen: Omschrijf de financieringsafspraken over de coördinatie en uitvoering.	De financiering omvat een regionale en een lokale component. - De coördinerende taken worden gefinancierd uit de AZWA-middelen die de regio ontvangt. - De uitvoering van de interventies vindt plaats op lokaal niveau en wordt gefinancierd uit de AZWA-middelen die de individuele gemeenten ontvangen
Regionale samenwerkingsafspraken: Omschrijf welke afspraken er zijn gemaakt over verantwoordelijkheid.	Binnen Peel Duurzaam Gezond werken alle partijen vanuit een gezamenlijke ambitie aan gezondheid en welzijn. Iedere organisatie heeft daarbij zijn eigen verantwoordelijkheid voor het bieden of organiseren van goede zorg en ondersteuning en voor het doorvertalen van de afspraken die regionaal gemaakt worden naar de eigen organisatie. Deelnemende partijen zijn daarbij transparant over de mate waarin zij de gezamenlijk afgesproken ambities geïmplementeerd hebben en spreken elkaar, wanneer nodig, aan op ieders verantwoordelijkheid. Ook helpen zij elkaar als onvoorziene problemen optreden om gezamenlijk een oplossing te vinden zodat de doelen gerealiseerd kunnen worden. Kennis en data worden gedeeld, interventies zoveel mogelijk met elkaar afgestemd. Collectieve en randvoorwaardelijke activiteiten, zoals het bewaken van de voortgang en belangenbehartiging aan landelijke tafels, worden gezamenlijk opgepakt. Het komende jaar wordt onderzocht of bestaande afspraken moeten worden aangepast of aangevuld om de beweging vanuit AZWA mogelijk te maken.

Verantwoordelijkheidsverdeling: Omschrijf hoe de samenwerking over domeinen heen is georganiseerd in een netwerkstructuur en hoe aanspreekbaarheid op de rollen en verantwoordelijkheden is georganiseerd.	- Alle partijen (in de regionale samenwerking) hebben het lef om te experimenteren en aan de slag te gaan met de beoogde beweging en verandering – meerdere instellingen durven te kiezen voor innovatie en we tonen hierbij vertrouwen in elkaar. - Partijen zoeken de samenwerking op instelling- en sector overstijgende uitdagingen en knelpunten (bijvoorbeeld rondom doorstroom van patiënten in de keten) – hierbij prevaleert het gezamenlijke belang boven het individuele belang. - Collectief ondersteunende en rand voorwaardelijke activiteiten pakken partijen uit de regio in gezamenlijkheid op (bijvoorbeeld bewaken van voortgang, belangenbehartiging aan landelijke tafels, etc.) Het komende jaar wordt onderzocht of bestaande afspraken uit het regioplan moeten worden aangepast of aangevuld om de beweging vanuit AZWA te ondersteunen en versterken.
Kennis en monitoring: Omschrijf de regionale monitoring van de voortgang op gezondheidsdoelen, digitalisering en de gezamenlijke leer- en datacyclus.	Het doel van monitoring is om inzicht te bieden in het functioneren van de regionale preventie-infrastructuur en de bijdrage van de ingezette activiteiten aan de geformuleerde gezondheidsdoelen. Er loopt een opdracht van Peel Duurzaam Gezond aan een kwartiermaker om een structurele en toekomstbestendige monitoringsaanpak te ontwikkelen, die aansluit bij de bredere regionale ontwikkeling binnen Peel Duurzaam Gezond van lerende netwerken. Er wordt zoveel mogelijk gebruikgemaakt van bestaande data, kennis en monitoringsinitiatieven van regionale partners, waaronder de GGD. De monitoringsaanpak wordt de komende jaren stapsgewijs verder uitgewerkt, zodat deze kan meegroeien met de ontwikkeling van de basisfunctionaliteiten en de ontwikkelagenda, gezondheidsdoelen en regionale opgaven.

Leefgebieden: Mentale gezondheid, kansrijk opgroeien, leefstijl, vitaal ouder worden en gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen.

Gezondheidsdoelen

- Eigen regie, zelf-en samenredzaamheid en zingeving door ruimte te maken voor inwonerinitiatieven en laagdrempelige hulp--en steunpunten, waarmee we zorgvraag voorkomen en afbuigen.
- Kwalitatief en modern zorgaanbod dat 1: gericht is op positieve gezondheid, 2: aansluit op eigen regie en leefwereld van inwoners, 3: verbonden is met andere domeinen en 4: passende formele zorg biedt, als dat nodig is en toevoegt aan kwaliteit van leven.
- Een structurele, integrale samenwerking tussen ruimtelijk domein en zorg- en welzijnsdomein(en), zodat de leefomgeving de gezondheid van inwoners ondersteunt en stimuleert en daarmee zorgvraag voorkomt.
- Kwalitatief en modern zorgaanbod door het werk in de zorg anders te organiseren en de inzetbaarheid van mensen te verbreden (bekwaam is inzetbaar), het aantrekken en behouden van talent in de regio anders te organiseren en regionaal en domein overstijgend samen te werken op regionale arbeidsmarktvraagstukken (breder dan zorg--en welzijn).

Scope en samenhang

Het regioplan, waaruit bovenstaande doelstellingen voortkomen, is niet ingericht op afzonderlijke leefgebieden. In plaats daarvan is gekozen voor een integrale benadering, uitgewerkt langs vier samenhangende pijlers. Door de doelstellingen niet per leefgebied te structureren, maar te verbinden via overkoepelende pijlers, wordt de onderlinge samenhang tussen de verschillende leefgebieden expliciet geborgd en versterkt.

- Zelf- en samenredzaamheid
- Passende zorg en ondersteuning
- Leefomgeving
- Arbeidsmarkt

Binnen deze pijlers worden diverse initiatieven ontwikkeld en uitgevoerd.

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

Financierders: De financiering van dit leefgebied kent een gedeelde verantwoordelijkheid tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Deze gezamenlijke financieringsbasis sluit aan bij het integrale karakter van de opgaven binnen het sociaal domein, waarbij zowel zorg/ondersteuning en preventie samenkomen. Gemeenten dragen primair bij vanuit hun verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning, participatie en preventie, terwijl de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de curatieve zorg en (delen van) de eerstelijnszorg. Door deze financieringsstromen in samenhang te organiseren, wordt ingezet op het versterken van de verbinding tussen het sociaal domein en het zorgdomein.	Uitvoeringspartijen: De pijlers en onderliggende initiatieven uit het regioplan, worden op strategisch-bestuurlijk niveau besproken in het kernteamoverleg van Peel Duurzaam Gezond. Dit overleg fungeert als kaderstellend en richtinggevend gremium. De concretisering en uitvoering vinden plaats op het niveau van de afzonderlijke initiatieven. Voor elk initiatief wordt een uitvoeringsstructuur ingericht, waarin betrokken partijen samen werken aan de realisatie van de gestelde doelen. Deze werkwijze zorgt ervoor dat besluitvorming en uitvoering op elkaar aansluiten en dat er zowel bestuurlijke borging als operationele slagkracht aanwezig is. Tegelijkertijd biedt het ruimte voor maatwerk per initiatief, passend bij de aard en complexiteit van de opgave.

1. Mentale gezondheid

1a. Laagdrempelige steunpunten (basisfunctionaliteit)

Laagdrempelige steunpunten zijn informele, veilige plekken in de wijk. Zonder verwijzing of wachtlijst kunnen inwoners hier binnenlopen voor ontmoeting, herstelactiviteiten en wederzijdse steun. De opzet draait om zelfregie en herstel, waarbij het aanbod grotendeels wordt gerund 'voor en door' ervaringsdeskundigen en vrijwilligers. Door deze informele steunpunten stevig te verbinden met het medische domein en de mentale gezondheidsnetwerken, wordt onnodige medicalisering voorkomen en de formele ggz ontlast.

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	Binnen de regio wordt preventie en sociale basis als belangrijke pijlers in de transformatie gezien. Ontmoetingsplekken al dan niet in de vorm van lokale steunpunten zijn hierbij een belangrijk onderdeel. In de regio is het project hart voor de wijk al gestart, waarin per gemeente de huidige inlooppunten worden geïnventariseerd en beoordeeld op kwaliteit en bereik. Naast Hart voor de wijk zal er gekeken moeten worden welke doorontwikkeling nodig is om deze voorzieningen te versterken en beter te laten aansluiten op de regionale opgave en welke inlooppunten kunnen worden aangewezen en ingericht als officiële laagdrempelige steunpunten binnen de regio.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Binnen de regio is momenteel in de gemeente Helmond één steunpunt ingericht volgens de richtlijnen voor laagdrempelige steunpunten. In de overige gemeenten zijn weliswaar inlooppunten aanwezig, maar deze voldoen op dit moment (nog) niet aan de vastgestelde richtlijnen. Dit benadrukt de ontwikkelopgave om bestaande voorzieningen door te ontwikkelen naar een meer uniforme en kwalitatief geborgde invulling. Hiermee wordt toegewerkt naar een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten binnen de regio, wat we onder dekkend verstaan wordt nog nader uitgewerkt.
SOLL (gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	Er is op dit moment nog geen besluit genomen over de gewenste dekkingsgraad en het aantal te realiseren laagdrempelige steunpunten voor de regio. Deze keuze wordt in een later uitgewerkt. Hierbij wordt gestuurd op een evenwichtige spreiding in de regio en aansluiting bij de lokale behoefte. De uitkomsten vormen de basis voor de verdere inrichting van een regionaal dekkend netwerk laagdrempelige steunpunten.

	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	De keuzes ten aanzien van de inrichting van deze basisfunctionaliteit moeten nog worden gemaakt. Hiervoor kunnen de uitkomsten van het project *Hart voor de Wijk* gebruikt worden, waarmee wordt toegewerkt naar een onderbouwde inrichting en positionering van voorzieningen binnen de regio.
GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	In elke wijk of dorpskern zijn er drempelvrije ontmoetingsplekken, waar inwoners zich welkom en veilig voelen, anderen kunnen ontmoeten en ruimte krijgen om zichzelf te zijn en hun talenten te ontwikkelen. Deze plekken dragen bij aan het vergroten van sociale verbondenheid, eigen regie en zingeving.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Het project Hart voor de Wijk wordt gefinancierd door een subsidie. De kosten van de steunpunten worden gefinancierd uit verschillende bronnen, onder andere gemeentelijke subsidies. De doorontwikkeling naar een dekkend netwerk van lokale steunpunten zal vanuit AZWA middelen opgestart worden.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	De monitoring zal in de doorontwikkeling naar een dekkend netwerk van lokale steunpunten meegenomen moeten worden.

Mijlpalenplanning (LEV GROEP)

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
q4-2026	Q4 2026: Er is per gemeente vastgesteld wanneer zij gaan starten met Hart voor de Wijk.	Beleidsmedewerkers van de individuele gemeenten, thematrekker Eigen Regie en Zingeving en projectleider.	Starten met project in elke gemeente
?	Na het afronden van het project Hart voor de Wijk zal een nieuw project moeten worden opgestart voor het realiseren van een dekkend netwerk aan lokale steunpunten. Aandachtspunten die hierin moeten worden meegenomen: - Uitkomsten uit het project Hart voor de Wijk - Fysieke plekken die inspireren	Projectleider AZWA	

	- De expliciete koppeling maken met inrichting van de openbare ruimte (bereikbaarheid) en kansen voor nieuwbouw (evt. vanuit schaalsprong) - Verbinding sociaal en ggz - Er mag verschil zijn tussen plekken - Verlaag de drempel - Ervaringsdeskundigheid - Waar mogelijk op locaties waar ook andere functionaliteiten zijn, zodat inwoners er toch al komen - Weten hoe je de doelgroep bereikt - Faciliteren van de randvoorwaarden		

1b. Sociaal verwijzen (basisfunctionaliteit)

Sociaal verwijzen (voorheen welzijn op recept) betekent dat inwoners met vragen of klachten die niet uitsluitend medisch van aard zijn, vanuit bijvoorbeeld de huisarts gericht worden toegeleid naar passende ondersteuning in het sociaal domein of de sociale basis. Denk aan hulp bij eenzaamheid, geldzorgen, dag invulling, bewegen of welzijn. Daarbij gaat het niet alleen om het meegeven van informatie, maar om een warme overdracht, duidelijke afspraken over rollen en waar nodig terugkoppeling aan de verwijzer.

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	De inrichting van sociaal verwijzen is urgent, omdat het huidige gebrek aan centrale coördinatie en eenduidige afspraken leidt tot een versnipperde aanpak in de regio. Hoewel capaciteitsproblemen en oplopende de uitvoering op korte termijn complex maken, biedt de ambitie onder andere een huisartsenorganisatie een concreet vliegwiel voor een gefaseerde opbouw. Om deze gedeelde uitdaging effectief op te lossen, is het essentieel om sociaal verwijzen niet als een losstaand project te benaderen, maar te positioneren als één generieke, regionale toeleidingsfunctie. Deze integrale benadering verbindt direct meerdere ketenaanpakken en zorgt voor een duurzame ontlasting van zowel de zorg als de welzijnssector.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Binnen de individuele gemeenten zijn diverse initiatieven en samenwerkingsafspraken ontwikkeld. De mate van samenwerking verschilt echter per kern en gemeente: in sommige gebieden is sprake van een goed functionerende samenwerking, terwijl deze in andere gebieden nog onvoldoende tot stand is gekomen en initiatieven uitblijven. Dit leidt tot verschillen in uitvoering en effectiviteit binnen de regio. Het vraagt om nadere afstemming en stimulering om te komen tot een meer uniforme en dekkende samenwerking.
SOLL (gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	Binnen de regio bestaat behoefte aan een gestructureerd proces, ondersteund door eenduidige regionale afspraken. Deze afspraken zijn gericht op het versterken van de samenwerking, het verduidelijken van rollen en verantwoordelijkheden en het bevorderen van een consistente werkwijze. Dit vormt een belangrijke voorwaarde om te komen tot een samenhangende en effectieve uitvoering binnen de regio met voldoende ruimte voor de lokale situatie.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke	Er zijn nog geen ontwerp keuzes gemaakt voor sociaal verwijzen. Deze zullen in de opstartfase van het project gemaakt moeten worden.

	keuzes dienen nog gemaakt te worden?	
GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Er zijn nog geen projectdoelstellingen geformuleerd.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Voor het opstarten, ontwikkelen en inrichten van deze basisfunctionaliteit wordt gebruikgemaakt van de regionale AZWA-middelen. De daadwerkelijke uitvoering van deze basisfunctionaliteit wordt bekostigd vanuit de lokale AZWA-middelen. Deze verdeling sluit aan bij de gezamenlijke regionale ontwikkelopgave, met ruimte voor lokale invulling van de uitvoeringspraktijk.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Bij het starten van de regionale coördinatie op deze basisfunctionaliteit zal ook een plan gemaakt worden voor de monitoring van deze basisfunctionaliteit.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
Q3/Q4 - 2026	Bepalen of er voldoende gemeentelijke capaciteit is voor het opstarten van deze basisfunctionaliteit in 2027.	Projectleider AZWA	Keuze over moment van oppakken sociaal verwijzen
	Bij het opstarten van deze basisfunctionaliteit zijn de volgende aandachtspunten: - Huisartsen actief aanhaken - Goed bepalen wie welke rol heeft in de volle breedte van het sociaal domein en wie doorverwijst - Ondersteuning voor verwijzers om op een simpele manier te kunnen bepalen waar naar toe doorverwezen wordt. - Doorverwijzen digitaal ondersteunen en eenvoudig maken - Regionaal fundament, lokaal aansluiten bij bestaande initiatieven/ afspraken Bij het opstarten van deze basisfunctionaliteit worden partners en inwoners betrokken.		

1c. Mentale gezondheidsnetwerken (ontwikkelagenda)

Mentale Gezondheidsnetwerk (MGN) is bedoeld om de samenwerking tussen huisartsen, de ggz en het sociaal domein structureel te verbeteren. Via een multidisciplinaire aanpak, met als spil het verkennend gesprek, wordt bij inwoners met mentale klachten direct gekeken naar de onderliggende oorzaken van hun hulpvraag. Hierdoor worden mensen met levens brede problemen, zoals schulden of eenzaamheid, niet onnodig gemedicaliseerd, maar direct warm overgedragen naar passende ondersteuning in de wijk. Deze gerichte triage helpt de instroom in de formele ggz te beperken, vermindert de druk op de huisartsenpraktijk en verkort de regionale wachtlijsten aanzienlijk.

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	
IST (Huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze aanpak in de regio?	Er wordt een grote urgentie gevoeld voor deze basisfunctionaliteit binnen de regio vanwege wachtlijsten binnen de GGZ, druk op de huisartsen en inwoners die 'verkeerd' verwezen worden (waar iets anders mee aan de hand blijkt te zijn dan in eerste instantie gedacht)..
	Situatie: In hoeverre is deze aanpak (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Er is een vastgesteld transformatieplan MGN voor de regio Helmond en de Peel. Op dit moment wordt er gewerkt aan de vertaling van dit transformatieplan naar uitvoering en praktische afspraken.
SOLL (Gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De ambitie van het MGN is om (lokale) netwerken van samenwerkpartners (aanbieders van zorg en ondersteuning) en voorzieningen op te zetten zodat alle inwoners van de regio, die problemen hebben met mentale gezondheid, tijdig toegang hebben tot wat zij nodig hebben voor mentale gezondheid: de juiste zorg op de juiste plek. Het doel is enerzijds een gezonde en vitale Peelregio, waarin inwoners elkaar ondersteunen, waarin zelf- en samenredzaamheid centraal staan en waarin een sterke verbinding is tussen formele en informele zorg. En anderzijds om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisartsen, GGZ en sociaal domein voor passende en juiste zorg en toegankelijkheid Ondersteuning en zorg is (her)kenbaar, beschikbaar en vindbaar voor inwoners uit de regio. Er wordt geen drempel ervaren bij het zoeken en vinden van informatie en hulp. Lichtere problematiek wordt zo snel mogelijk opgepakt, door de inwoner en waar nodig passende partijen. Alle informatie die noodzakelijk is voor inwoners, hun dierbaren en eventuele mantelzorger is hiervoor beschikbaar. Op deze manier ligt de regie bij de inwoner.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze aanpak, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	Het MGN is een netwerkorganisatie met een ondersteunend programma om transformatie in gang te zetten. In de toekomst is het MGN een duurzaam, samenwerkend, lerend netwerk. In het transformatieplan zijn de keuzes over de invulling al gemaakt. De keuzes die nog gemaakt dienen te worden staan ook beschreven in dit transformatieplan.

GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	**Betere kwaliteit van verwijzen:** Alle inwoners met mentale uitdagingen ontvangen in één keer de juiste passende ondersteuning in het voorliggend veld en/of GGZ op de juiste plek – wachttijden zijn hierbij onder de streeknorm. Zo wordt escalatie van problemen en onnodige instroom in de GGZ voorkomen en waar mogelijk afgebogen naar het sociaal domein. Daarnaast zijn de inwoners en partijen die gebruikmaken van het MGN tevreden, onder andere doordat inwoners sneller en makkelijker de juiste hulp kunnen vinden of het proces soepeler doorlopen. **Afname van druk op de zorg:** Het aantal inwoners dat zich (herhaaldelijk) meldt bij de huisartsenpraktijk (eerstelijn) met mentale klachten en het aantal verwijzingen naar de GGZ neemt af. De wachttijden voor de GGZ zijn verkort, waarbij er specifiek aandacht is voor mensen met complexe problematiek. **Optimaal benutten van beschikbare capaciteit in de regio en meer mensen helpen:** met hetzelfde aantal professionals (vanuit alle domeinen) meer inwoners met een hulpvraag helpen, wat betekent dat de beschikbare capaciteit (GGZ, huisartsenzorg en sociaal domein) in de regio optimaal wordt ingezet.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Voor het uitvoeren van het transformatieplan worden SPUK transformatiemiddelen en IZA transformatiemiddelen ingezet. Voor de uitvoering op langere termijn zal er gekeken moeten worden naar middelen van de zorgverzekeraar en middelen vanuit AZWA.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Er zijn KPI's geformuleerd op zowel inspanningen als op resultaat. In het transformatieplan staat uitgebreid uitgelegd hoe deze KPI's er uit zien, hoe deze gemonitord zullen worden en hoe er met deze monitoring omgegaan zal worden.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
2026	Afspraken maken over praktische uitvoering van het transformatieplan	MGN-stuurgroep	Uitvoeringsplan
2026	Alle betrokkenen in dezelfde informatiepositie brengen	MGN projectleider	Iedereen is aangehaakt

2. Kansrijk opgroeien

2a. Kansrijke start (basisfunctionaliteit)

De ketenaanpak Kansrijke Start is bedoeld om elk kind een gezonde start te garanderen tijdens de cruciale eerste 1000 dagen. Lokale coalities van medische en sociale professionals slaan de handen ineen om (aanstaande) ouders in kwetsbare leefsituaties vroegtijdig in beeld te krijgen en integraal te ondersteunen. Regionale afspraken en kennisdeling ondersteunen deze lokale beweging.

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	De eerste 1000 dagen van een kind (vanaf preconceptie tot ca. 2 jaar) zijn bepalend voor een gezonde toekomst, maar (aanstaande) ouders in kwetsbare situaties worden nog niet altijd tijdig en passend ondersteund. In de regio Helmond-de Peel zien we dat samenwerking tussen het medisch domein, het sociaal domein en het informele netwerk nog onvoldoende samenhang kent. Dit leidt tot gemiste kansen in (voeg) signalering en ondersteuning. Het voortzetten van de regionale aanpak *Kansrijke Start* is daarom urgent om gezondheidsverschillen te verkleinen, ieder kind een goede start te bieden en ouders goed toe te rusten op het ouderschap.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Kansrijke start is in de gehele regio gestart (met uitzondering van de integrale gezinspoli). In alle gemeenten in de regio is een lokale aanpak Kansrijke start actief met een verantwoordelijke beleidsmedewerker en daarnaast soms extra ondersteuning van een projectleider. Daarnaast is een regionale aanpak Kansrijke Start gestart met een regionale coördinator. Met deze ketenaanpak bereiken we al concrete verbeteringen en samenwerkingen, echter de huidige situatie vraagt om meer afstemming, bundeling van krachten en een gezamenlijke structuur op regionaal niveau.
SOLL (gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	Onze ambitie is om de samenhang en samenwerking in de eerste 1000 dagen structureel te versterken, zowel lokaal als regionaal. We streven naar een situatie waarin (aanstaande) ouders met name in kwetsbare situaties beter in beeld zijn en passende ondersteuning ontvangen. Daarbij werken we toe naar een eenduidig en toegankelijk aanbod in de regio. Het moet niet uitmaken waar je wieg staat. Zo bouwen we gezamenlijk aan gezondere generaties en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	We continueren de aanpak Kansrijke Start waarin gemeenten en belangrijke ketenpartners zoals zorg, welzijn en verzekeraars zijn vertegenwoordigd in een coalitie. Vanuit deze coalitie maken we afspraken over gezamenlijk aanbod, regionale speerpunten en kennisdeling. We werken programmatisch met een coördinator en met ruimte voor aansluiting op bestaande structuren zoals Peel Duurzaam Gezond. De projectleider van de GGD zorgt voor verbinding, voortgang en afstemming tussen alle betrokken partijen. Afgesproken is om twee keer per jaar met de regionale coalitie samen te komen en één keer per jaar met alle beleidsambtenaren Kansrijke Start. Op basis van behoefte kunnen daarnaast bepaalde thema's regionaal geagendeerd worden in het Lerend netwerk Kansrijke Start Helmond-de Peel. Een regionaal uitvoeringsplan is opgesteld om richting te geven aan de regionale aanpak Kansrijke Start. De lokale coalities en samenwerkingen worden versterkt door deze regionale aanpak en kunnen daardoor meer ouders en kinderen bereiken met training en voorlichting.
GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Het project richt zich op het continueren van de regionale aanpak Kansrijke Start en het maken van samenwerkingsafspraken over een eenduidig aanbod in Helmond-de Peel. Daarnaast zetten we in op het verbeteren van zicht en ondersteuning voor (aanstaande) ouders in kwetsbare situaties. We organiseren regionale kennisdeling en deskundigheidsbevordering rondom relevante thema's. Tot slot werken we toe naar een voorstel voor monitoring, evaluatie en duurzame borging van de ketenaanpak.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Deze basisfunctionaliteit wordt bekostigd uit de incidentele middelen die gemeenten ontvingen vanuit IZA/GALA. Voor de voortzetting in 2027 zal gebruik gemaakt gaan worden van de middelen die gemeenten ontvangen vanuit AZWA.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Er wordt op dit moment nog geen monitoring uitgevoerd op kansrijke start. Dit wordt in de doorontwikkeling naar basisfunctionaliteit meegenomen.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
2026	GGD maakt een verbeterplan om de ketenaanpak te bestendigen als basisfunctionaliteit met daarin in ieder geval de volgende punten: - Prioriteren van deze aanpak door alle partners	GGD	Verbeterplan

	- Advies over de doorontwikkeling van lokale coalities: nu veel herhaling in gesprekken met lokale coalities. - Hoe de doelgroep goed bereikt kan worden. - Monitoring - Doelstellingen die we willen behalen - Kans: handreikingen Bij het opstellen van het verbeterplan worden partners en inwoners betrokken.		

2a.1 Nu Niet Zwanger - onderdeel van Kansrijke start (basisfunctionaliteit)

Nu niet zwanger is een aanpak om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen. Professionals uit zowel het medische als het sociale domein gaan hierbij proactief en op vrijwillige basis het eerlijke gesprek aan over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie met inwoners in kwetsbare omstandigheden. Door nauw aan te sluiten bij de leefwereld van de cliënt, helpt het programma barrières te doorbreken en wordt de toegang tot adequate anticonceptie direct gefaciliteerd.

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	Onbedoelde zwangerschappen in kwetsbare situaties hebben vaak grote impact op ouders, kinderen en hun omgeving. In de regio zien we dat deze doelgroep niet altijd tijdig in beeld is en passende begeleiding mist. Professionals ervaren handelingsverlegenheid in het bespreken van kinderwens, seksualiteit en anticonceptie en de samenwerking tussen domeinen kan nog beter. Een versterkte regionale aanpak *Nu Niet Zwanger* is daarom noodzakelijk om preventief te werken en duurzame ondersteuning te bieden.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Binnen de zes gemeenten wordt Nu Niet Zwanger al ingezet, Er is nog wel variatie in bereik, werkwijze en betrokkenheid van partners uit het zorg- en sociaal domein, Vanaf 2026 is Nu Niet Zwanger opgenomen in het basistakenpakket van GGD Brabant-Zuidoost.
SOLL (gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De ambitie is om Nu Niet Zwanger regionaal verder te versterken. We streven ernaar dat alle professionals in de regio het belang van kinderwensverkenning zien en dit actief toepassen in de dagelijkse praktijk en dat organisaties blijvend eigenaarschap tonen door Nu Niet Zwanger onderdeel te maken van reguliere hulp- en zorgverlening We willen dat professionals cliënten in kwetsbare situaties tijdig signaleren en het gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie op een passende manier voeren. Daarbij streven we naar een gelijkwaardig en toegankelijk aanbod voor alle inwoners in de regio. Uiteindelijk draagt dit bij aan betere kansen voor ouders en kinderen.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	We werken met een regionale structuur waarin gemeenten en ketenpartners gezamenlijk optrekken rondom Nu Niet Zwanger. Hierbij maken we afspraken over werkwijzen, rollen en samenwerking tussen sociaal en medisch domein. De projectleider van de GGD faciliteert kennisdeling, afstemming en doorontwikkeling van de aanpak. Er wordt aangesloten bij bestaande netwerken en programma's om samenhang en efficiëntie te borgen.

GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Het project richt zich op het versterken van de implementatie en samenwerking rondom Nu Niet Zwanger in de zes gemeenten. We zetten in op het vergroten van het bereik van de doelgroep en het ondersteunen van professionals in hun rol. Daarnaast stimuleren we eenduidige werkwijzen en kennisdeling binnen de regio.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Nu Niet Zwanger is per 2026 opgenomen in het basistakenpakket van GGD Brabant-Zuidoost, en daarmee onderdeel van de inwonersbijdrage.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	De GGD voert de monitoring van deze basisfunctionaliteit uit. Daarnaast wordt over de gehele linie van werkzaamheden binnen het sociaal domein op dit moment ook gewerkt aan een meer eenduidige manier van monitoring als regio en een betere uitwisseling van gegevens tussen de verschillende gemeenten en regio's. Hiervoor is een kwartiermaker aangesteld om dit op te zetten in samenwerking met onder andere de GGD.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
2026	GGD maakt een verbeterplan om de ketenaanpak te bestendigen als basisfunctionaliteit. Hierin wordt in ieder geval de verwachte toename van kosten voor anticonceptie opgenomen. Bij het opstellen van het verbeterplan worden partners en inwoners betrokken.	GGD	Verbeterplan

2a.2 Integrale gezinspoli - onderdeel van Kansrijke start (basisfunctionaliteit)

Op dit onderdeel is nog geen regionaal initiatief gestart. De ambitie wordt breed gedragen, maar de beschikbare uitvoeringscapaciteit is momenteel ontoereikend om deze opgave op korte termijn te operationaliseren.
De verwachting is dat de implementatie van deze basisfunctionaliteit een lange en intensief traject is, Om deze basisfunctionaliteit in 2030 ingericht te hebben is er binnen de regio afgesproken om in 2027 een verkenning uit te voeren naar de inhoudelijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden, inclusief een realistische tijdspanning. Daarbij wordt ook in kaart gebracht welke regionale initiatieven al lopen die passen binnen de nog op te zetten Integrale Gezinspoli en meegenomen dienen te worden in de verdere implementatie (bijvoorbeeld BOBP-overleg). Op basis van deze uitkomsten zal bepaald worden wanneer er gestart dient te worden met de basisfunctionaliteit om deze in 2030 ingericht te hebben.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
Q 1 2027	Verkenning uitvoeren naar de inhoudelijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden, inclusief een realistische tijdspanning.	Projectleider AZWA	Planning maken o.b.v. verkenning

2a.3 Rookvrije start (ontwikkelagenda)

Op dit moment is de beschikbare uitvoeringscapaciteit primair gericht op het realiseren van de basisfunctionaliteiten en de continuering van reeds gestarte initiatieven van de ontwikkelagenda. Hierdoor is er beperkt ruimte om nieuwe initiatieven vanuit de ontwikkelagenda op te starten.
Dit betekend dat er niet direct gestart zal worden met het ontwikkelen van rookvrije start.

2b. Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen (ontwikkelagenda)

De ketenaanpak heette voorheen Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG), In deze ketenaanpak slaan het medische en het sociale domein de handen ineen. Een centrale zorgverlener brengt samen met het gezin de psychosociale en leefstijlfactoren in kaart voor een aanpak op maat. Door vroege signalering en het inzetten van Gecombineerde Leefstijlinterventies (GLI) wordt de gezondheid en kwaliteit van leven van kinderen duurzaam verbeterd. De huidige ketenaanpak gaat naast de inzet van een centrale hulpverlener meer in op de ketensamenwerking.

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze aanpak in de regio?	In Nederland heeft 1 op de 8 kinderen overgewicht, waarvan ongeveer een kwart obesitas (RIVM). Overgewicht en obesitas bij kinderen vormen een groeiend probleem met grote gevolgen voor gezondheid en welzijn op de lange termijn. In de regio Helmond-de Peel zien we dat ondersteuning voor kinderen en gezinnen nog niet altijd samenhangend en tijdig wordt ingezet. De samenwerking tussen zorg- en wijkprofessionals kan sterker en meer eenduidig worden ingericht. Een regionale ketenaanpak is daarom noodzakelijk om passende, integrale ondersteuning te bieden en gezondheidsproblemen duurzaam terug te dringen.
	Situatie: In hoeverre is deze aanpak (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Binnen de vijf Peelgemeenten is inmiddels gestart met deze basisfunctionaliteit. Er zijn centrale zorgverleners aangewezen, er zijn netwerken gevormd en er zijn afspraken gemaakt met samenwerkingspartners. Helmond heeft wel meegedaan met de regionale planvorming, samenwerkingsafspraken etc., maar moet nog beginnen aan de implementatie.
SOLL (gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De ambitie is om te komen tot een samenhangende en effectieve ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas in de regio. We streven naar een regionaal dekkend aanbod van de gehele keten en willen dat elk kind en gezin passende ondersteuning ontvangt, met de CZV als centrale regisseur van het zorg- en ondersteuningsproces. Daarbij streven we naar een sterke samenwerking tussen medisch en sociaal domein op uitvoerings- en coördinatieniveau. Uiteindelijk draagt dit bij aan een duurzame gedragsverandering en een betere gezondheid en kwaliteit van leven voor kinderen.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze aanpak, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	We richten de ketenaanpak in rondom de inzet van Centrale Zorgverleners, die de verbindende schakel vormen tussen domeinen en leefstijlcoaches. Regionaal hebben we afspraken over inzet, scholing, intervisie en financiering van kinderleefstijlcoaches, CZV'ers en projectleiding. Daarnaast worden samenwerkingsafspraken gemaakt met belangrijke partners zoals het ziekenhuis, huisartsen, GGD en zorgverzekeraar. De projectleider van de GGD stuurt op samenhang, samenwerking, kennisdeling en

		monitoring. In Helmond is tussen GGD en Jibb+ besproken om de lokale projectleiding bij Jibb+ neer te leggen vanwege bestaande contacten en netwerk.
GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Het project richt zich op het maken van regionale afspraken over de inzet en organisatie van CZV'ers, kinderleefstijlcoaches en projectleiding. Daarnaast realiseren we een basis voor een aanmeldsysteem en maken we afspraken over registratie en uitwisseling. We versterken de samenwerking met belangrijke ketenpartners en andere ketenaanpakken. We zetten in op scholing, intervisie en kwaliteitsborging van de betrokken professionals. Tot slot sturen we bij met behulp van een monitorings- en evaluatie plan en werken we naar een duurzame borging van de ketenaanpak.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	De financiering van deze basisfunctionaliteit wordt georganiseerd vanuit meerdere financieringsbronnen: a. AZWA-middelen voor de implementatie van de aanpak, de inzet van de centrale zorgverlener bij een licht verhoogd GGR, en coördinatie van de aanpak. b. Basiszorgverzekering voor de inzet van de centrale zorgverlener en de kinder-GLI bij kinderen met een matig of hoger GGR.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	De GGD voert de monitoring van deze basisfunctionaliteit uit.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
2026	GGD maakt een verbeterplan om de ketenaanpak te bestendigen als basisfunctionaliteit met daarin in ieder geval de volgende punten: - Procesvoorstel hoe we een dekkend aanbod kunnen creëren qua leefstijlcoaches - Ketenaanpak meer integreren in dagelijkse werkwijze - Beschrijving van een duidelijke rolverdeling tussen sociaal domein, JGZ, zorg en Centrale Zorgverleners; - Hoe na signalering de toeleiding kan verbeteren, motiveren en vasthouden van gezinnen (voornamelijk vanuit het sociaal domein). - Monitoring	GGD	Verbeterplan

	- Welke doelstellingen willen we bereiken? Bij het opstellen van het verbeterplan worden partners en inwoners betrokken.		
2027	Helmond maakt een plan voor implementatie van deze basisfunctionaliteit	Helmond	Implementatieplan

3. Leefstijl

3a. Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen (basisfunctionaliteit)

De ketenaanpak overgewicht en obesitas voor volwassenen vormt een integrale samenwerking die het medische en het gemeentelijke sociale domein met elkaar verbindt. De aanpak richt zich op het realiseren van duurzaam gezonde inwoners door medische zorg, leefstijl coaching en welzijnsvoorzieningen op elkaar te laten aansluiten. Binnen dit netwerk fungeert de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) als de structureel vergoede medische basis voor duurzame gedragsverandering. Door gelijktijdig onderliggende sociale problematiek zoals schulden, eenzaamheid of andere problematiek aan te pakken, levert dit initiatief een direct resultaat op het vlak van preventie en het verkleinen van gezondheidsachterstanden.

IST / SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	Overgewicht en obesitas bij volwassenen vormen een belangrijke risicofactor voor chronische aandoeningen en verminderen de kwaliteit van leven. In de regio Helmond-de Peel is de druk op zorg en ondersteuning hierdoor toenemend. Tegelijkertijd is de ondersteuning nog versnipperd georganiseerd, wat leidt tot gemiste kansen in preventie en begeleiding. Het versterken van de basisfunctionaliteit is noodzakelijk om inwoners tijdig en passend te ondersteunen. Vanuit de zorgverzekeraar en eerstelijnspartners heeft deze aanpak grote prioriteit. De timing voor realisatie is echter afhankelijk van beschikbare capaciteit.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	De basisfunctionaliteit overgewicht en obesitas bij volwassenen is binnen de zes gemeenten nog niet ingericht. Er is wel een gedeeld besef van de meerwaarde van regionale samenwerking, met name rondom afstemming en kennisdeling. Een belangrijke belemmering in de huidige situatie is de beperkte capaciteit bij gemeenten en uitvoerende partners. Er zijn wel lokale en regionale (voorliggende) initiatieven op dit onderwerp zoals in het Elkerliek ziekenhuis de leefstijlpoli. Er is echter nog geen sprake van een ketenaanpak.
SOLL (Gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De ambitie is om te komen tot een samenhangende regionale basisfunctionaliteit voor volwassenen met overgewicht en obesitas. We streven naar een toegankelijk en eenduidig ondersteuningsaanbod, waarin preventie, zorg en begeleiding goed op elkaar aansluiten. Daarbij willen we samenwerking tussen het medisch en sociaal domein versterken. Op termijn draagt dit bij aan gezondere inwoners en het verminderen van de druk op zorg en voorzieningen.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	Er is nog niet gestart met het inrichten en opzetten van deze basisfunctionaliteit, waardoor er nog geen richtinggevende keuzes gemaakt zijn. Bij de verdere uitwerking is het noodzakelijk om zaken slim te organiseren om met beperkte capaciteit een passende inrichting op te zetten voor onze regio. Hierbij sluiten we aan bij bestaande initiatieven zoals de *ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen,*

		valpreventie, de leefstijlpoli in het Elkerliek ziekenhuis en het aanbod van de zorgverzekeraar in de vorm van de GLI.
GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Er zijn op dit moment nog geen projectdoelstellingen geformuleerd, aangezien deze basisfunctionaliteit nog niet is gestart. Binnen de regio bestaat echter brede consensus over de gewenste ontwikkelrichting. Deze richt zich op het realiseren van een regionale aanpak met eenduidige uitgangspunten en samenwerkingsafspraken. Dit vormt de basis voor ontwikkeling en realisatie.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Voor het opstarten, ontwikkelen en inrichten van deze basisfunctionaliteit wordt gebruikgemaakt van de regionale AZWA-middelen. De kosten die samenhangen met de uitvoering, in het kader van het opstarten en bestendigen worden bekostigd vanuit de lokale AZWA-middelen. Deze verdeling sluit aan bij de gezamenlijke regionale ontwikkelopgave, met ruimte voor lokale invulling van de uitvoeringspraktijk.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Bij het starten van de regionale coördinatie op deze basisfunctionaliteit zal ook een plan gemaakt worden voor de monitoring van deze basisfunctionaliteit.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
Q3/Q4 - 2026	Bepalen of er voldoende capaciteit is voor het opstarten van deze basisfunctionaliteit in 2027.	Projectleider AZWA	Keuze over het moment van oppakken overgewicht en obesitas volwassenen
?	Bij het opstarten van deze basisfunctionaliteit zijn de volgende aandachtspunten: - Coördinatie en verschillende interventies - Juiste mensen selecteren voor GLI's, huisarts helpen - Maak gebruik van bestaande netwerken en ervaring uit andere ketenaanpakken (bijvoorbeeld KnGG) - Monitoring - Doelstellingen Bij het opstarten van deze basisfunctionaliteit worden partners en inwoners betrokken.		

3b. Rookvrije Thuiszorg (ontwikkelagenda)

Op dit moment is de beschikbare uitvoeringscapaciteit primair gericht op het realiseren van de basisfunctionaliteiten en de continuering van reeds gestarte initiatieven van de ontwikkelagenda. Hierdoor is er beperkt ruimte om nieuwe initiatieven vanuit de ontwikkelagenda op te starten.
Dit betekend dat er voorlopig niet gestart kan worden met het ontwikkelen van rookvrije thuiszorg.

3c. Rookvrije Wijkaanpak (ontwikkelagenda)

Op dit moment is de beschikbare uitvoeringscapaciteit primair gericht op het realiseren van de basisfunctionaliteiten en de continuering van reeds gestarte initiatieven van de ontwikkelagenda. Hierdoor is er beperkt ruimte om nieuwe initiatieven vanuit de ontwikkelagenda op te starten.
Dit betekend dat er voorlopig niet gestart kan worden met het ontwikkelen van rookvrije wijkaanpak.

4. Vitaal ouder worden/ouderen

4a. Valpreventie (basisfunctionaliteit)

Valpreventie is een actieve samenwerking tussen het medische en het sociale domein om ouderen met een verhoogd valrisico vroegtijdig in kaart te brengen. Vervolgens krijgen zij gerichte ondersteuning en effectieve beweegprogramma's aangeboden om incidenten en zwaardere zorgvragen te voorkomen.

IST/ SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (Huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	Het valrisico van ouderen (65+) is in de Peelregio relatief hoog en wordt als een belangrijk maatschappelijk probleem gezien. Naar verwachting stijgt het aantal valincidenten de komende jaren. Zeker nu ouderen langer thuis wonen wordt goede voorlichting over valpreventie in de thuissituatie des te belangrijker. Zie hieronder het percentage ouderen met een verhoogd valrisico (bron: VeiligheidNL): • Gemeente Deurne: 29% • Gemeente Helmond: 28% • Gemeente Laarbeek: 31% • Gemeente Asten: 37% • Gemeente Someren: 24% • Gemeente Gemert-Bakel: 27%
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Deze basisfunctionaliteit is in alle zes de gemeenten geïmplementeerd en wordt volgens handreiking uitgevoerd met alle vier de stappen: opsporen, valrisicobeoordeling, interventie/advies op maat en structureel vervolgaanbod. Er is echter altijd ruimte voor verbetering, twee voorbeelden hiervan: Er worden vanuit de zorgverzekering nauwelijks valrisicobeoordelingen afgenomen. Op dit moment zijn er een aantal gemeenten waarin het aantal deelnemers terugloopt.
SOLL (Gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	Het doel van de ketenaanpak valpreventie is het voorkomen van valongevallen bij (zelfstandig wonende) ouderen van 65 jaar en ouder die zich onzeker voelen tijdens het lopen, bang zijn om te vallen en/of al vaker zijn gevallen. Door vroeg een verhoogd valrisico's te signaleren kun je veel leed en verlies van kwaliteit van leven bij ouderen voorkomen.

	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	In deze basisfunctionaliteit wordt uitgegaan van een regionale aanpak die grotendeels in iedere gemeente hetzelfde wordt uitgevoerd met uniforme samenwerkingsovereenkomsten en tarieven. Daarnaast is er veel aandacht geweest voor het signaleren en toeleiden van inwoners met een verhoogd valrisico naar de beschikbare interventies. Er zijn drie bewezen effectief gebleken interventies beschikbaar: In Balans, Otago en Vallen Verleden Tijd. De regionale coördinatie/ projectleiderschap is belegd bij Jibb+.
GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	Het hoofddoel is het verminderen van valincidenten en het vergroten van de zelfstandigheid, veiligheid en het zelfvertrouwen van deelnemers zodat zij langer veilig en zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Binnen de aanpak worden de volgende subdoelen nagestreefd: - Ouderen met een verhoogd valrisico vroegtijdig signaleren; - Deelnemers inzicht geven in hun persoonlijke valrisico; - Balans, spierkracht, mobiliteit en zelfvertrouwen vergroten; - Valangst en vermijdingsgedrag verminderen; - Deelnemers duurzaam toeleiden naar passend beweegaanbod in de wijk.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	De opzet en coördinatie van dit plan wordt regionaal bekostigd. De inzet wordt lokaal bekostigd vanuit de lokale gemeenten. Hiervoor is gebruik gemaakt van incidentele middelen vanuit IZA/GALA. Voortzetting in 2027 zal vanuit beschikbare AZWA middelen worden bekostigd.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang, prestaties en risico's worden gevolgd en gerapporteerd.	Jibb+ draagt samen met de lokaal coördinatoren valpreventie zorg voor monitoring van deze basisfunctionaliteit.

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
2026	JIBB+ maakt een verbeterplan om de ketenaanpak te bestendigen als basisfunctionaliteit met daarin in ieder geval de volgende punten: - Evaluatie van de ketenaanpak - Afspraken om nieuwe inwoners te bereiken, daarin meebewegen met verandering bevolkingsopbouw in relatie tot wie al bereikt is - Koppeling met financiering van de zorgverzekering - Hoe de samenwerking met de huisartsen wordt georganiseerd	JIBB+	Verbeterplan

	- Welke doelstellingen willen we bereiken? - Monitoring centraal op een hoger niveau tillen Bij het opstellen van het verbeterplan worden partners en inwoners betrokken.		

4b. Hoofdlijnen Akkoord Ouderen (HLO)

In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg is afgesproken dat gemeenten en partners samen moeten werken aan een beter vindbaar, voorspelbaar en passend ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers dat aansluit bij de lokale behoeften.

IST/ SOLL / GAP	Onderdelen	Uitwerking
IST (Huidige situatie)	**Urgentie**: Wat is er bekend over de urgentie van deze basisfunctionaliteit in de regio?	Door de vergrijzing neemt de behoefte aan ondersteuning van mantelzorgers toe, terwijl het risico op overbelasting groeit.
	Situatie: In hoeverre is deze basisfunctionaliteit (of onderdelen daarvan) al aanwezig in de regio?	Welzijnspartners bieden al ondersteuning en opleiding voor mantelzorgers in alle gemeenten. Er is echter nog verbetering mogelijk om dit aanbod gelijkgericht en beter vindbaar te maken. Daarnaast wordt er vanuit de Wmo respijtzorg en logeeropvang aangeboden wanneer een mantelzorger tijdelijk uitvalt of overbelast raakt.
SOLL (Gewenste situatie)	**Ambitie**: Wat is in de regio vastgesteld als een regionaal dekkend aanbod en wat is ervoor nodig om tot een regionaal dekkend aanbod te komen in de regio?	De regio streeft naar een vindbaar, toegankelijk en passend ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers, dat aansluit bij hun behoeften en bijdraagt aan het voorkomen van overbelasting. Waar mogelijk door regionale samenwerking en afstemming maar met behoud van de lokale invulling en maatwerk per gemeente.
	Ontwerp: Wat zijn expliciet gemaakte keuzes in de invulling van deze basisfunctionaliteit, en welke keuzes dienen nog gemaakt te worden?	Iedere gemeente heeft dit zelf georganiseerd met de eigen welzijnspartner. In iedere gemeente gelden nu andere inrichtingskeuzes en nuances. Het is belangrijk om dit te behouden om goed aan te kunnen sluiten bij de behoefte van de doelgroep.
GAP (Wat is er nodig om daar te komen)	**Projectdoelstellingen**: Omschrijf de SMART-afspraken die zijn gemaakt.	- Informatievoorziening, zodat mantelzorger en hun (maatschappelijke) omgeving informatie eenvoudiger kunnen vinden en toepassen. - Ondersteuning bij regeltaken, zoals de inzet van mantelzorgmakelaars. - Emotionele ondersteuning, zoals het faciliteren van lotgenotengroepen.
	Financieel plan (optioneel): Welke financiële middelen worden ingezet voor dit onderdeel?	Indien nodig, kunnen regionale onderdelen zoals coördinatie ook regionaal worden bekostigd.
	Monitoring (optioneel): Omschrijf de manier waarop de voortgang,	Voor monitoring zal zoveel mogelijk aangesloten worden bij bestaande monitoring en ontwikkelingen binnen het monitoren die op andere onderdelen gepland staat. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling voor elk los onderdeel aparte monitoring op te zetten.

	prestaties en risico’s worden gevolgd en gerapporteerd.	

Mijlpalenplanning

Kwartaal	Activiteiten	Verantwoordelijke	Deelresultaat
2027	Gemeenten kijken samen met hun partners naar de huidige situatie en wat de lokale behoefte is. Op basis hiervan worden er aanvullende afspraken gemaakt. Binnen de regio wordt samengewerkt waar mogelijk. Bij deze planvorming worden partners en inwoners betrokken.	Lokale gemeenten	Plan van aanpak

4b. Ketenaanpak dementie (ontwikkelagenda)

Rondom het thema dementie loopt het netwerk dementie Helmond – de Peel., dit is waardevol en willen we graag behouden. Er is echter regionaal nog geen start gemaakt met de ketenaanpak Dementie, gezien het feit dat deze ketenaanpak nog op de ontwikkelagenda staat en er dus voor gemeenten nog geen structurele financiële middelen beschikbaar komen voor deze ketenaanpak is er voorlopig voor gekozen enkel het bestaande netwerk voort te zetten. Dit betekend dat er voorlopig niet gestart kan worden met het ontwikkelen van de ketenaanpak dementie.

5. Gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen

5a. Multiproblematiek aanpak – NPLV (ontwikkelagenda)

Op dit moment is de beschikbare uitvoeringscapaciteit primair gericht op het realiseren van de basisfunctionaliteiten en de continuering van reeds gestarte initiatieven van de ontwikkelagenda. Hierdoor is er geen ruimte om nieuwe initiatieven vanuit de ontwikkelagenda op te starten.
Dit betekend dat er voorlopig niet gestart kan worden met het ontwikkelen van de multiproblematiek aanpak (NPLV).