

Handreiking voor netwerkcoördinatoren: regeling specifieke uitkering AZWA en HLO (SPUK AZWA en HLO)

Initiatief van PZNL en Agora

Oktober 2026

Doel van deze handreiking

Deze handreiking is bedoeld om netwerkcoördinatoren informatie te geven over Regeling specifieke uitkering AZWA en HLO (SPUK AZWA en HLO) en waarom er nú urgentie is bij gemeenten aan te geven hoe palliatieve zorg en ondersteuning kan aansluiten op hun werkagenda's. De insteek is niet: "zet palliatieve zorg op de agenda", maar: "waar sluit ondersteuning van inwoners en naasten in kwetsbare levensfasen aan bij wat gemeenten al willen bereiken?"

1. De kernboodschap

Gemeenten en regio's werken de komende periode aan werkagenda's rond AZWA, HLO en SPUK. Daarin maken zij keuzes over sociale basis, mantelzorg, vitaal ouder worden, gezondheid, welzijn, wonen en samenwerking tussen zorg en sociaal domein. Palliatieve zorg en ondersteuning sluit hier logisch op aan, omdat inwoners in deze levensfase te maken kunnen krijgen met samenhangende vragen over wonen, welzijn, mantelzorg, sociale contacten, bestaanszekerheid, verlies, rouw en passende ondersteuning.

Voor netwerkcoördinatoren ligt de kans in het verbinden van palliatieve zorg en ondersteuning aan opgaven waar gemeenten al aan werken. Op de website van Agora staat veel informatie over de integrale benadering, de rol van gemeenten, sociaal domein en gemeenschappen.

2. Wat zijn AZWA, HLO en SPUK en waar zitten haakjes voor palliatieve zorg?

Onderdeel	looptijd	Waar gaat het over?	Kans voor palliatieve zorg en ondersteuning
AZWA	2025-2028	Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord richt zich op betere toegankelijkheid van zorg en ondersteuning, minder druk op professionals en een beweging naar de voorkant. Voor gemeenten zijn vooral D5 en D6 * interessant: samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociaal domein en het versterken van de sociale basisinfrastructuur.	Sluit aan bij vroegsignalering, ondersteuning dichtbij huis, sociaal verwijzen, mantelzorg, vitaal ouder worden en gezondheidsachterstanden.
HLO	2025-2028	Het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg richt zich op kwaliteit van bestaan, eigen regie, langer thuis wonen, mantelzorgondersteuning, respijtzorg en zorgzame gemeenschappen.	Sluit aan bij inwoners met toenemende kwetsbaarheid, voorbereid ouder worden, ondersteuning van naasten en betekenisvol leven tot het laatst.

SPUK AZWA- HLO	2027- 2029	De specifieke uitkering voor gemeenten voor de periode 2027-2029. Gemeenten hoeven niet per onderdeel een losse aanvraag te doen, maar moeten wel een werkagenda indienen. De middelen kunnen lokaal en regionaal worden ingezet voor onder andere sociale basis, mantelzorg, gezondheid, welzijn, basisfunctionaliteiten, regionale coördinatie en respijt- en logeerszorg.	Biedt een praktische route om palliatieve zorg en ondersteuning mee te nemen in bestaande plannen, zonder er een los project van te maken.
----------------------	---------------	--	--

Tabel 1: korte uitleg AZWA, HLO en SPUK AZWA-HLO

Binnen de gemeentes heeft men het vaak over D5 en D6 uit het AZWA, terwijl in de inhoudsopgave van het AZWA(zie bijlage 1) bij c7 en c8 (terminale palliatieve zorg, stervensbegeleiding en vroegtijdige gesprekken over de laatste levensfase)het juist expliciet over palliatieve zorg gaat. Waarom daar niet op aanhaken?

C7 en C8 zijn belangrijk, maar voor veel gemeenten voelt dit nog vooral als een zorgonderwerp. Zij denken dan al snel aan huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuizen, hospices, zorgverzekeraars, Zvw of Wlz. Daardoor zien zij hun eigen rol minder vanzelfsprekend. Voor het gesprek met gemeenten bieden D5 en D6 daarom vaak een sterkere ingang. Daar gaat het namelijk over opgaven die gemeenten wél direct herkennen: samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociaal domein, vitaal ouder worden, mentale gezondheid, gezondheidsachterstanden, sociale basis, lokale teams, inloopvoorzieningen en regionale coördinatie. Vanuit die thema's kun je palliatieve zorg en ondersteuning positioneren als onderdeel van gemeentelijke verantwoordelijkheid voor inwoners en naasten in een kwetsbare levensfase.

3. Waarom is dit nu relevant?

Gemeenten en regio's stellen nu hun werkagenda's op. Voor de SPUK AZWA-HLO geldt dat werkagenda's tussen 8 december 2026 en 1 maart 2027 kunnen worden ingediend bij het ministerie van VWS. Wat niet zichtbaar wordt meegenomen in deze werkagenda's, is later moeilijker alsnog te verbinden aan middelen, afspraken en uitvoering. Daarom is dit het moment om het gesprek aan te gaan: niet met een zware beleidsvraag, maar met een concreet haakje bij waar gemeenten al aan werken.

4. Spreken we dezelfde taal?

Vanuit gemeentelijk perspectief omvat het sociaal domein alle beleid, voorzieningen en samenwerking die inwoners helpen om:

- zo zelfstandig mogelijk te leven;
- mee te doen in de samenleving;
- ondersteuning te krijgen bij problemen in het dagelijks leven;
- gezond en veilig op te groeien en ouder te worden;
- terug te vallen op een sociale omgeving of professionele ondersteuning wanneer dat nodig is.

Daaronder vallen onder meer de Wmo, jeugdbeleid, participatie, welzijn, mantelzorgondersteuning, ouderenbeleid, eenzaamheid, schuldhulpverlening, wijkteams, vrijwilligerswerk en de sociale basis. De gemeente is verantwoordelijk voor de inrichting en financiering van een belangrijk deel hiervan, maar voert niet alles zelf uit. Welzijnsorganisaties,

wijkteams, mantelzorgsteunpunten, vrijwilligersorganisaties, buurthuizen en andere lokale partners vormen samen het sociaal domein.

Het sociaal domein richt zich daarmee vaak op mensen die meer kwetsbaar zijn in het dagelijks leven.

Dat zijn bijvoorbeeld mensen met:

- problemen met wonen, werk of meedoen in de maatschappij
- financiële problemen
- een migratieachtergrond
- een lage sociaal-economische positie (lage SES)

Deze mensen lopen gemiddeld meer risico om vast te lopen. Het uitgangspunt is: extra aandacht waar de problemen zich opstapelen.

De zorg werkt meestal anders. In de zorg geldt in principe dat iedereen patiënt kan worden. Zorg is er dus voor alle mensen. Mensen die om wat voor reden dan ook extra kwetsbaar zijn, worden in de zorg vaak niet meteen gezien als een aparte doelgroep. Pas later, als blijkt dat 'standaardzorg' niet goed aansluit, wordt er meestal nagedacht over maatwerk of een speciale aanpak.

Dit verschil in denken kan soms tot misverstanden leiden:

- In de zorg kan het voelen alsof mensen in "hokjes" worden geplaatst.
- In het sociaal domein is doelgroepgericht werken juist bedoeld om ongelijkheid te verkleinen en mensen beter te bereiken.

Beide manieren hebben dus een eigen logica, maar gebruiken andere taal en brillen om naar dezelfde mensen te kijken.

Palliatieve zorg (medisch domein)	Sociaal domein / Positieve Gezondheid	Toelichting / verschil in toon
Patiënt	Inwoner / mens / cliënt / gast	Minder medische rol, meer mens als geheel
Zieke	Iemand met een kwetsbaarheid	Vermijdt label "ziek", meer normaliserend
Palliatieve fase	Laatste levensfase / laatste levensperiode	Minder technisch, meer begrijpelijke taal
Markering (palliatieve fase)	Erkennen dat iemand niet meer beter wordt	Minder jargon, meer betekenisgericht
Signaleren	Opmerken / zien dat het anders gaat	Toegankelijker voor niet-zorgprofessionals
Levensbedreigende aandoening	Ingrijpende ziekte / kwetsbare gezondheid	Zachter taalgebruik
Niet meer curatief behandelbaar	Herstel is niet meer mogelijk	Meer uitleg, minder vaktaal
Symptomatische behandeling	Verlichten van klachten	Actiever, begrijpelijker
Klachten en symptomen	Wat iemand last bezorgt	Menselijke formulering
Kwaliteit van leven	Leven dat voor iemand waarde heeft	Aansluiting bij betekenis
Stervensfase	Laatste dagen / laatste fase van het leven	Minder klinisch
Terminale zorg	Zorg in de allerlaatste fase	Neutraler, minder beladen
Proactieve Zorg Planning (PZP)	Praten over wat belangrijk is voor later	Sluit aan bij "het andere gesprek"

Gezamenlijke besluitvorming	Samen keuzes maken	Gelijkwaardiger taal
Regiebehandelaar	Samenwerkingspartner / vast aanspreekpunt	Minder hiërarchisch
Multidisciplinair overleg	Samen kijken: wie kan wat betekenen	Brede blik
Mantelzorger	Naaste / belangrijke ander	Relationeel perspectief
Nazorg voor nabestaanden	Aandacht voor rouw en verder leven	Continuïteit voorbij overlijden
Psychosociale en spirituele zorg	Aandacht voor mentaal welzijn en zingeving	Zelfde inhoud, andere woorden

Tabel 2: Taalverschillen zorg en sociaal domein

5. SPUK-AZWA-HLO Begin bij de gemeentelijke opgaven

Gemeentelijk thema	Haakje voor palliatieve zorg en ondersteuning	Mogelijke eerste stap	Niveau en ingang
Sociale basis	Ondersteuning rond kwetsbaarheid, verlies, rouw, ontmoeting en verbondenheid.	Verken of bestaande buurtvoorzieningen of inloopplekken ook ruimte bieden voor gesprekken over kwetsbare levensfasen.	Lokaal – welzijnsorganisatie, buurthuis, wijkteam
Mantelzorg	Mantelzorger goed ondersteunen zodat zij goed kunnen blijven zorgen voor hun naaste in de laatste levensfase.	Leg contact met mantelzorgsteunpunt of Wmo-beleidsadviseur en bied signalen of voorbeelden aan.	Lokaal – Wmo-beleid, mantelzorgsteunpunt
Ouderenbeleid	Goed voorbereid ouder worden, betekenisvol leven en ondersteuning bij toenemende kwetsbaarheid.	Sluit aan bij ouderenbeleid, lokale coalities of programma's rond langer thuis wonen.	Lokaal – ouderenbeleid, lokale coalitie
Eenzaamheid en ontmoeting	Aandacht voor inwoners die door ziekte, verlies of mantelzorgtaken sociaal kwetsbaarder worden.	Zoek aansluiting bij bestaande aanpakken rond eenzaamheid, buurthuizen, bibliotheken of vrijwilligersorganisaties.	Lokaal – beleidsadviseur sociaal domein of ouderenbeleid
Samenwerking zorg en sociaal domein	Vroegsignalering en soepele verwijzing naar passende ondersteuning dichtbij huis.	Bied een verkennend gesprek aan met welzijn, wijkteam, huisartsenorganisatie, wijkverpleging en netwerk palliatieve zorg.	Lokaal – beleidsadviseur sociaal domein
Logeer- en respijtzorg	Tijdelijke overname van zorg ontlast naasten in de palliatieve fase. Hospices en VPTZ-organisaties kunnen hun expertise inzetten bij passende ondersteuning en doorverwijzing.	Breng met gemeente, hospice, VPTZ en zorgpartners het regionale aanbod, de hiaten en mogelijke samenwerkingsafspraken in kaart.	Regionaal – regionaal overleg, mandaatgemeente

Regionale coördinatie en sociaal verwijzen	Regionale afspraken zorgen dat signalen uit zorg en sociaal domein snel worden opgepakt en inwoners en naasten tijdig naar passende ondersteuning worden verwezen.	Verken met gemeenten en regionale partners één herkenbare verwijzroute en leg vast wie het aanbod coördineert, actueel houdt en knelpunten opvolgt.	Regionaal – mandaatgemeente
---	--	---	------------------------------------

Tabel 3: overzicht gemeentelijke thema's en haakjes palliatieve zorg

6. Waar moet je zijn: lokaal of regionaal?

Zoals in tabel 3 aangegeven is er verschil in welke thema's regionaal of lokaal zijn belegd bij de gemeentes. Om in contact te komen over een bepaald onderwerp is het dus goed te bedenken met wie je contact zoekt: gemeente of mandaatgemeente. In bijlage 1 van de SPUK-AZWA-HLO: [Staatscourant 2026, 25830 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#) vind je welke gemeentes als mandaathouders zijn aangewezen.

Soms is een ingang via een bevlogen raadslid (als je er zelf geen kent, is het ook interessant om hier je netwerkpartners eens te bevragen op hun connecties) ook een mooie manier om in contact te komen met een beleidsmedewerker of wethouder bij een gemeente.

7. Rol van de netwerkcoördinator

De rol van de netwerkcoördinator is niet om namens de gemeente beleid te schrijven, maar om te verbinden, te vertalen en te concretiseren. Dat betekent: signalen uit de praktijk bundelen, zorgtaal vertalen naar gemeentelijke taal, partners uit zorg en sociaal domein bij elkaar brengen en één haalbare eerste stap voorstellen.

8. Praktische gesprekslijn

1. Verken waar de gemeente al mee bezig is: sociale basis, mantelzorg, ouderen, wonen-zorg, eenzaamheid, preventie of wijkteams.
2. Zoek een natuurlijke ingang via welzijn, ketenzorg dementie, mantelzorgsteunpunt, GGD, ROS, raadslid, wijkteam, hospice, VPTZ of een bestaande overlegtafel.
3. Gebruik gemeentelijke taal: kwetsbare levensfase, voorbereid ouder worden, kwaliteit van leven, ondersteuning van naasten, zorgzame gemeenschap.
4. Bied iets kleins en concreets aan: een gesprek van 30 minuten, een voorbeeldactiviteit, een lokale bijeenkomst, een sociale kaart of een verbinding met partners.
5. Werk toe naar één eerste afspraak: een contactpersoon, agendapunt, pilot, bijeenkomst, scholing of verkenning.

9. Concrete voorbeelden meerwaarde samenwerking

Voorbeeld 1 – Thuisadministratie voorkomt geldproblemen

Bij een inwoner met een levensbedreigende aandoening merkt de wijkverpleegkundige dat de post zich in de maanden na de diagnose opstapelt. Deze inwoner regelde voorheen altijd zelf de rekeningen, maar heeft daar door ziekte en zorgen al enige tijd geen ruimte voor. De wijkverpleegkundige vangt af en toe signalen van geldzorgen op. Het ordenen van de post en regelen van betalingen valt echter niet onder haar taak. Zij bespreekt dit met de inwoner en legt, met toestemming, contact met een organisatie voor thuisadministratie. Een vrijwilliger of ondersteuner helpt de post te openen, overzicht te krijgen en achterstallige betalingen af te handelen. Zo komt de administratie weer op orde en worden grotere schulden voorkomen. Dit voorbeeld laat zien hoe vroegsignalering door de zorg en praktische ondersteuning vanuit het sociaal domein elkaar aanvullen.

Voorbeeld 2 – Geestelijke verzorging biedt nieuw perspectief

Een inwoner met een levensbedreigende aandoening blijft sterk worstelen met de vraag: "Waarom overkomt mij dit?" De huisarts heeft de inwoner verwezen naar de praktijkondersteuner, maar deze begeleiding helpt onvoldoende. De inwoner is lusteloos en ziet weinig perspectief. Ook de naaste wordt steeds meer in deze gevoelens meegetrokken. De praktijkondersteuner herkent dat vooral vragen rond zingeving, verlies en betekenis spelen en verwijst door naar een geestelijk verzorger van het Centrum voor Levensvragen. Na drie gesprekken ervaren zowel de inwoner als de naaste weer lichtpuntjes en meer ruimte om met de situatie om te gaan. Dit voorbeeld laat zien hoe huisartsenzorg en geestelijke verzorging elkaar kunnen aanvullen bij levensvragen in de palliatieve fase.

Voorbeeld 3 – Mantelzorgondersteuning begint vóór de terminale fase

Een naaste zorgt intensief voor iemand met een levensbedreigende aandoening. Mantelzorgondersteuning richt zich niet alleen op de terminale fase, waarin bijvoorbeeld vrijwilligers palliatieve terminale zorg (VPTZ) kunnen worden ingezet voor aanwezigheid of waken. Juist eerder in de palliatieve fase is het belangrijk om mantelzorgers te ondersteunen zodat zij goed voor hun naaste kunnen blijven zorgen. Een wijkverpleegkundige of andere betrokken zorgprofessional bespreekt daarom tijdig hoe het met de mantelzorger gaat en verwijst, met toestemming, naar het mantelzorgsteunpunt. Samen wordt gezocht naar passende ondersteuning of tijdelijke overname van zorgtaken. Daardoor ontstaat ruimte voor de mantelzorger om iets voor zichzelf te blijven doen, zoals sporten of een dag met vrienden op pad gaan. Dit helpt de mantelzorger om de zorg langer vol te houden en draagt bij aan het welzijn van zowel de zieke als de naaste.

10. Looptijden: waarom nu handelen?

De looptijden van AZWA, HLO en SPUK maken duidelijk dat gemeenten nu keuzes moeten maken. AZWA en HLO lopen in hoofdlijnen van 2025 tot en met 2028. De SPUK AZWA-HLO biedt gemeenten vervolgens een uitvoerings- en financieringsroute voor de periode 2027 tot en met 2029. Omdat gemeenten hun werkagenda's al vóór de start van de SPUK-periode moeten voorbereiden en indienen, is dit hét moment om ondersteuning van inwoners in de laatste levensfase en hun naasten daarin zichtbaar mee te nemen.

Bijlage 1 overzicht inhoudsopgave van het AZWA

1. Inleiding

2. Impact van de afspraken

3. Introductie op de AZWA-afspraken

3.1 Afwenden prognose onbeheersbaar arbeidsmarkttekort

Inzet: Maximaal 20% administratietijd

A

- A1 Ontlasten medewerkers door opschaling van doorbraakprojecten tegen regeldruk
- A2 Verminderen regeldruk door machtigingen en aanvullende verklaringen
- A3 Verminderen regeldruk door inkoop- en verantwoordingseisen
- A4 Versnelde inzet van generatieve en diagnostische AI
- A5 Versnellen elektronische gegevensuitwisseling

Inzet: Juiste inzet van medewerkers en vergroten vakmanschap

B

- B1 Domeinoverstijgend indiceren
- B2 Arbeidsbesparende medische technologie
- B3 Lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen
- B4 Medische preventie en vaccinaties

3.2 Gelijkwaardigere toegang tot zorg

Inzet: betere toegang voor mensen die de weg naar zorg minder goed weten te vinden

C

- C1 Urgente problemen sneller zorg ontvangen
- C2 Landelijke voorziening voor vragen over digitale zorg
- C3 Transparantie en zorgbemiddeling
 - C3a Transparantie wachttijden ggz en proactieve bemiddeling
 - C3b Transparantie wachttijden medisch-specialistische zorg en proactieve bemiddeling
- C4 Verbeteren normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden
- C5 Structurele borging Thuisarts
- C6 Verbeteren toegankelijkheid ggz

Palliatieve zorg

- C7 Terminale palliatieve zorg en stervensbegeleiding ongehinderd leveren
- C8 Vroegtijdige gesprekken over de laatste levensfase (proactieve zorgplanning)

3.3 Beweging naar de voorkant

Inzet: zorgvragers eerder en beter helpen zodat zij minder snel een medische zorgvraag krijgen

D

- D1 Medisch-specialistische zorginstellingen werken samen in netwerken en verbinden hun aanbod aan de regionale zorgvraag
- D2 Versterking eerstelijnszorg structureel borgen
- D3 Huisartsen werken standaard met een vaste patiëntenpopulatie
- D4 Financieel maatwerk per regio voor duurzame continuïteit van huisartsenzorg
- D5 Versterken samenwerking tussen (eerstelijns)zorg en sociaal domein
- D6 Inrichten van een basisinfrastructuur in het sociaal domein ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten
- D7 Voldoende participatie voor avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten (ANW)

Subonderwerpen binnen D5

Leefgebieden / basisfunctionaliteiten

1. Mentale gezondheid

2. Vitaal ouder worden / ouderen
3. Leefstijl
4. Kansrijk opgroeien
5. Gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen

Subonderwerpen binnen D6

Basisinfrastructuur sociaal domein a. Inloopvoorzieningen sociaal & gezond

b. Lokale teams

c. Regionale coördinatie

d. (Mentale) Gezonde School

3.4 Passende zorg

Inzet: zorgmedewerkers inzetten op de meest effectieve zorg voor de meest urgente patiënten

E

- E1 Transparantie van kwaliteitsinformatie
- E2 Opschaling en contractering van impactvolle passende zorg
- E3 Professionele richtlijnen ondersteunen passende zorg
- E4 Iedereen levert een eerlijke bijdrage
- E5 Verbeteren toegang tot bestaande geneesmiddelen
- E6 Voorkomen, opsporen en bestrijden van fraude in de zorg

4. Financiën

Bijlagen financiën

- Bijlage 1: Financiële kaders per sector
- Bijlage 2: Overzicht afspraken via VWS-begroting
- Bijlage 3: Afspraken via contractering

5. Monitoring

- Monitoring
- Bijlage Monitoring

Bijlagen

- Bijlage D5: Basisfunctionaliteiten zorg-sociaal domein
- Bijlage Werkagenda team Rijksoverheid

Bijlage 2 – Conceptmail aan gemeenten

Onderwerp: Verkennend gesprek over sociale basis, mantelzorg en ondersteuning in kwetsbare levensfasen

Beste [naam],

Mijn naam is [naam] en ik ben netwerkcoördinator palliatieve zorg in [regio/netwerk]. In deze rol verbind ik organisaties en professionals in zorg en welzijn, zodat inwoners met een levensbedreigende aandoening of toenemende kwetsbaarheid en hun naasten tijdig passende zorg en ondersteuning krijgen. De ontwikkelingen rond de SPUK AZWA-HLO vormen een goede aanleiding om samen met gemeenten te verkennen hoe palliatieve zorg en ondersteuning kan aansluiten bij bestaande opgaven en plannen.

Palliatieve zorg begint niet pas in de laatste dagen van het leven. Zij is bedoeld voor mensen met een levensbedreigende aandoening of toenemende kwetsbaarheid en richt zich op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Daarbij gaat het niet alleen om lichamelijke zorg, maar ook om wonen, welzijn, zingeving, sociale contacten, mantelzorg, verlies en rouw. Veel van deze ondersteuning vindt plaats in de eigen leefomgeving en raakt daarom rechtstreeks aan gemeentelijke verantwoordelijkheden binnen het sociaal domein.

Door palliatieve zorg tijdig te verbinden met de sociale basis en de samenwerking tussen (eerstelijns)zorg en sociaal domein, kunnen inwoners en hun naasten eerder passende ondersteuning krijgen, dichtbij huis. Dat helpt om mantelzorgers te ondersteunen zodat zij goed voor hun naaste kunnen zorgen, eenzaamheid en escalatie van problemen te voorkomen. Voor gemeenten liggen er concrete kansen via mantelzorgsteunpunten, wijkteams, welzijnsorganisaties, inloopvoorzieningen, ouderenbeleid, respijtzorg en regionale overlegtafels.

Daarom maak ik graag kennis om samen te verkennen waar palliatieve zorg en ondersteuning al kan aansluiten bij uw bestaande agenda's en plannen. Het doel is nadrukkelijk niet om een nieuw, los project te starten, maar om bestaande gemeentelijke inzet slimmer te verbinden en zo de kwaliteit van leven van inwoners en de draagkracht van hun naasten te versterken.

In een verkennend gesprek kunnen we in kaart brengen:

- welke gemeentelijke opgaven rond sociale basis, mantelzorg, ouderen, welzijn en gezondheid kansen bieden voor aansluiting;
- welke partners uit zorg en sociaal domein al actief zijn en beter met elkaar verbonden kunnen worden;
- welke kleine, haalbare eerste stap direct meerwaarde kan bieden, bijvoorbeeld een agendapunt, bijeenkomst, verkenning of aansluiting bij een bestaand initiatief.

Zou u openstaan voor een kennismakingsgesprek van ongeveer 30 tot 45 minuten?

Ik hoor graag of hiervoor ruimte is en met wie ik hierover het beste een afspraak kan maken.

Met vriendelijke groet,