



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

Kennisnotitie

Het voortzetten en borgen van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht Strategieën en ervaringen van gemeenten en regio's in 2025 tijdens onzekere financiële omstandigheden

Doelstelling rapportage

Deze rapportage beschrijft de resultaten van een onderzoek naar de ervaringen met de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht binnen gemeenten en regio's. Het doel van het onderzoek was ervaringen met implementatie op te halen en strategieën te verkennen voor de borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht, met speciale aandacht voor veranderende financiële omstandigheden. Het onderzoek is uitgevoerd onder professionals die betrokken zijn bij de implementatie van de aanpak. Daarbij is gekeken naar de mogelijke strategieën die binnen gemeenten en regio's worden ingezet om de aanpak na 2026 voort te zetten en te borgen. Het RIVM heeft dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het onderzoek dient als een verdieping op de resultaten van de GALA monitor 2025 over de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht.

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 088 689 89 89

Auteurs:

E. Vos, F. Arrahmani,
N. van Vooren, J. Brouwer,
A. Spijkerman

Centrum:

Preventie, Leefstijl en
Gezondheid

Contact:

annemieke.spijkerman@rivm.nl

Kenmerk:

KN-2025-0039

DOI:

10.21945/RIVM-KN-2025-0039

Datum:

1 juni 2026

Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek is primair uitgevoerd onder professionals die betrokken zijn bij de implementatie en borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht, waaronder adviseurs Kind naar Gezonder Gewicht, regiocoördinatoren, lokale projectleiders en beleidsmedewerkers. Reflectie op de opgehaalde resultaten gebeurde in dialoogsessies met een bredere groep gemeenten, en daarnaast met zorgverzekeraars en de systeempartijen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZINL). Het onderzoek laat zien dat de implementatie vordert dankzij tijdelijke financiële impulsen, zoals die vanuit het GALA, en de mogelijkheden tot vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tegelijkertijd ervaren gemeenten en regio's belemmeringen bij de implementatie, waardoor het daadwerkelijk duurzaam borgen van de aanpak nog onvoldoende van de grond komt. Belangrijke oorzaken hiervan zijn de complexiteit van domeinoverstijgende samenwerking, onzekerheid over structurele financiering, regionale verschillen in voorwaarden voor Zvw-vergoedingen en ervaren knelpunten in de procedures om hier aanspraak op te maken. Dit leidt tot terughoudendheid binnen gemeenten en regio's in de implementatie van de kinder-GLI en de inzet van de centrale zorgverlener. Daarnaast ervaren zij dat het maken van langetermijnplannen, het aangaan van duurzame samenwerkingen en het investeren in lokale netwerken en professionals lastig is. Desondanks laten de resultaten zien dat er strategieën zijn om voortgang te boeken in de borging. Bijvoorbeeld door actief te investeren in bestuurlijk draagvlak, samenwerking over beleidsdomeinen en regio's heen te versterken, tijdelijke middelen slim in te zetten en de aanpak te koppelen aan breder gezondheids- en preventiebeleid. Op basis van de inzichten uit dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan: Investeer verder in de samenwerking tussen het sociaal en zorgdomein, en tussen gemeenten/regio's en zorgverzekeraars, met aandacht voor

wederzijds begrip van elkaars perspectieven, rollen in de aanpak en gezamenlijke vormgeving van de uitvoering. Investeer daarnaast in de erkenning van meerdere kinder-GLI's. Zorg ook voor goede monitoring van de aanpak binnen gemeenten. Het is daarbij van belang om beter inzichtelijk te maken hoeveel uren centrale zorgverleners besteden en welke kosten binnen de aanpak worden gemaakt. Het in beeld brengen van voortgang van de implementatie en van tussentijdse positieve opbrengsten is nodig voor bestuurlijk draagvlak.

Achtergrond

Aanpak Kind naar Gezonder Gewicht

Overgewicht en obesitas bij kinderen ontstaan door een samenspel van leefstijl, psychische, sociale en biomedische factoren. Niet alleen het kind zelf, maar ook gezin, school en wijk spelen hierbij een rol. Deze brede blik op overgewicht en obesitas is kenmerkend voor de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht, gebaseerd op het nationaal model¹ ontwikkeld door Care for Obesity. Sinds 2018/2019 wordt de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht in Nederland geïmplementeerd onder leiding van JOGG (Gezonde Jeugd, Gezonde Toekomst). Kind naar Gezonder Gewicht is de praktische uitvoering van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas - één van de vijf ketenaanpakken die in het kader van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) vanaf 2023 in alle Nederlandse gemeenten wordt uitgerold.² De aanpak bestaat uit een brede, domeinoverstijgende samenwerking van professionals waarbij het kind en gezin centraal staan. Zij krijgen ondersteuning van een centrale zorgverlener (CZV), die professionals uit het medisch en sociaal domein met elkaar verbindt. Begin 2025 gaven 234 van de 319 gemeenten (73%) die meededen aan de GALA Monitor 2025 aan dat zij waren gestart met de implementatie van de aanpak.² De aanpak en implementatie worden in de praktijk op uiteenlopende manieren vormgegeven, afhankelijk van de lokale context, conform de handreiking voor implementatie.³

Financieringsstromen van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht

Financiering vanuit wettelijke kaders

Afhankelijk van de behoeften van het kind en gezin is binnen deze aanpak ondersteuning mogelijk vanuit zowel het zorgdomein als het sociaal domein (bijvoorbeeld gericht op opvoedondersteuning en schuldhulpverlening). Bij een matig tot en met extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) bij het kind, kan sinds 1 januari 2024 een deel van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht worden vergoed vanuit de Zvw.⁴ Het gaat hierbij om de inzet van de CZV in combinatie met de begeleiding van een kinderleefstijlcoach binnen een erkende Gecombineerde Leefstijlinterventie (kinder-GLI).⁴ Andere onderdelen van de aanpak worden gefinancierd uit verschillende bronnen binnen de gemeente. Gemeenten kunnen hiervoor deels een beroep doen op onder andere de basisvoorzieningen binnen de Jeugdwet, de Wet publieke gezondheid en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Denk aan het inrichten van registratie- en declaratiesystemen voor het Zvw-gedeelte, de ondersteuning van kinderen buiten de Zvw-groep, de opbouw van het lokale samenwerkingsnetwerk met behulp van een lokale projectleider en de ondersteuning binnen het sociaal domein.

Financiering vanuit akkoorden

In de periode 2023–2026 konden gemeenten via een Specifieke Uitkering (SPUK) middelen aanvragen vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en GALA. Daarmee konden zij de implementatie van de aanpak starten en bijvoorbeeld een lokale projectleider aanstellen. In opvolging van GALA en IZA is in september 2025 het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) getekend.⁵ Dit biedt middelen voor zorg, welzijn en preventie

tot 2030. Hierbij zijn ook middelen aangekondigd voor de implementatie van de ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen. De aanpak is in het AZWA nog niet als basisfunctionaliteit opgenomen, maar staat op de eerste ontwikkelagenda. Dit betekent dat (structurele) financiering na 2030 vooralsnog onzeker is.

Tijdslijn

Voor de vergoeding vanuit de Zvw van de onderdelen van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht moesten na 1 januari 2024 nog veel processen worden ingeregeld om daadwerkelijk te kunnen declareren. Deze inregelperiode viel grotendeels samen met de periode van het IZA en GALA.

Onzekerheden over financiering van de aanpak

De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht kent verschillende financieringsstromen (zie sectie hierboven). De middelen voor implementatie vanuit GALA en het Integraal Zorgakkoord (IZA) lopen in 2026 af. Als opvolging van het GALA en IZA is in september 2025 het AZWA getekend. Hierin zijn extra middelen aangekondigd voor zorg, welzijn en preventie, waaronder de ketenaanpak overgewicht kinderen tot en met 2030.⁵ De verdeelsleutel en wijze waarop de budgetten naar de regio/gemeenten komen worden in het voorjaar van 2026 nog vastgelegd. Ten tijde van de uitvoering van dit onderzoek, was het AZWA nog niet ondertekend en daarmee was financiering na 2026 nog onzeker. Daarnaast waren landelijke bezuinigingen op preventie en een verlaging van de bijdrage aan het gemeentefonds aangekondigd. Gemeenten moesten daarom toen al nadenken over hoe zij de aanpak in de toekomst zouden kunnen voortzetten en borgen, ook als er onzekerheid is rondom (landelijke) financiering voor de aanpak.

Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die centraal staat is:

- *Welke vraagstukken spelen er volgens betrokkenen bij de implementatie binnen gemeenten en regio's rond de voortzetting en borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht? En welke strategieën worden ingezet om de aanpak, ook na 2026, te borgen?*

Leeswijzer

We beschrijven eerst de methoden, en daarna de resultaten in twee delen: 1) een korte beschrijving van de voortgang van de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht, op basis van gegevens uit de GALA-monitor 2025²; en 2): bevindingen uit een verdiepend kwalitatief onderzoek onder professionals die betrokken zijn bij de implementatie. Daarbij ligt de focus op de ervaringen binnen gemeenten met de implementatie en op strategieën voor de voortzetting en borging van de aanpak.

Methoden

Bredere context van dit onderzoek

Zoals eerder aangegeven wordt de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht gefinancierd vanuit wettelijke kaders en vanuit akkoorden. Beide financieringsstromen hebben invloed op de voortgang van de implementatie en borging van de aanpak. De periode die nodig was voor het inregelen van alle processen voor de vergoeding vanuit de Zvw viel grotendeels samen met de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht die ondersteund wordt vanuit de GALA en IZA akkoorden. Er zijn veel partijen betrokken bij de verschillende financieringsstromen en bij de organisatie en uitvoering van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. Zorgverzekeraars, ZN, de NZa, ZINL en het Rijk hebben bijvoorbeeld ieder hun rol in de totstandkoming van het besluit tot vergoeding vanuit de

Zvw en de daadwerkelijke vergoeding.⁶ Voor een zo evenwichtig mogelijk beeld van de implementatie en borging zijn al deze partijen betrokken in dit onderzoek. Ofwel in de primaire dataverzameling onder professionals betrokken bij de implementatie, ofwel in verschillende dialoogsessies voor de reflectie op de resultaten van deze primaire dataverzameling. Hieronder volgen meer details over de dataverzameling en reflectie, gebruikte bronnen en methoden.

GALA vragenlijst

De GALA-monitor 2025² bevat gegevens over de voortgang in gemeenten van de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht in 2024. Hiervoor hebben gemeenten in maart 2025 een vragenlijst ingevuld. In deze rapportage worden met de verwijzing 'GALA-monitor' de resultaten hiervan gebruikt om context te bieden bij de stand van zaken in 2024/2025 van de implementatie van de aanpak.

Primaire dataverzameling: Groepsgesprekken met professionals betrokken bij de implementatie

Voor een verdiepend inzicht in de borgingsvraagstukken en mogelijke strategieën zijn groepsgesprekken gehouden met verschillende partijen die direct betrokken zijn bij de implementatie van de aanpak binnen gemeenten en regio's. Alle gemeenten die bezig zijn met de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht konden deelnemen. Dit betekent ook dat betrokkenen uit zowel gemeenten die net gestart waren met de implementatie als uit gemeenten die al verder gevorderd waren konden meedoen. De werving verliep via het JOGG netwerk. JOGG ondersteunt een breed netwerk van gemeenten en professionals bij de implementatie van de aanpak. Daarnaast is ook een oproep verspreid binnen het 'GALA-leernetwerk voor gemeenten', dat wordt georganiseerd door het RIVM als onderdeel van de GALA-monitor.

In de periode april-augustus 2025 zijn zes (groeps)gesprekken gevoerd met in totaal 22 deelnemers:

- Eén groepsgesprek met **Kind naar Gezonder Gewicht-adviseurs** (3 deelnemers); Eén Kind naar Gezonder Gewicht-adviseur die niet aanwezig kon zijn bij het groepsgesprek is afzonderlijk geïnterviewd.
- Eén groepsgesprek met **lokale projectleiders** (2 deelnemers);
- Twee groepsgesprekken met **(GGD-)regiocoördinatoren** (8 deelnemers);
- Twee groepsgesprekken met gemengde groepen van **lokale projectleiders en gemeentelijke beleidsmedewerkers** (8 deelnemers).

Meer dan de helft van de deelnemers aan de groepsgesprekken hadden zicht op meerdere gemeenten vanwege hun coördinerende rol. Samen vertegenwoordigden de deelnemers een groot aantal gemeenten verspreid over Nederland. De gesprekken werden begeleid door onderzoekers met ervaring in kwalitatief onderzoek en vonden, op één na, online plaats (MS Teams). Deelnemers ontvingen vooraf informatie over het doel en de werkwijze, en gaven aan het begin toestemming voor deelname. Alle gesprekken zijn opgenomen en getranscribeerd. Drie onderzoekers codeerden de gesprekken met behulp van een codeboom, waarbij ook ruimte was voor nieuwe inzichten. De codes zijn vervolgens thematisch geanalyseerd tot hoofdthema's, die in overleg met het projectteam zijn verfijnd. In dit rapport verwijzen we met 'betrokkenen bij de implementatie' naar de professionals die hebben deelgenomen aan de groepsgesprekken tijdens de primaire dataverzameling. Met 'groepsgesprekken' bedoelen we de groepsgesprekken van de primaire dataverzameling.

Reflectie op de resultaten in dialoogsessies

De bevindingen uit de groepsgesprekken van de primaire dataverzameling zijn teruggekoppeld en getoetst op herkenning tijdens een dialoogsessie met een bredere groep gemeenten die zichzelf konden aanmelden (september 2025). De werving voor deze dialoogsessie vond plaats via een oproep bij de vragenlijst van het panel Gezonde Gemeente van het RIVM en in de JOGG-nieuwsbrief. In totaal namen 23 personen deel, bestaande uit een mix van GGD-regiocoördinatoren, lokale projectleiders en beleidsmedewerkers. De deelnemers hadden samen zicht op meerdere gemeenten verspreid over Nederland. Tijdens de dialoogsessie was er ook aandacht voor de ontwikkelingen rondom het AZWA en hoe deze invloed hebben op (de interpretatie van) de opgehaalde resultaten. De input uit de dialoogsessie is gebruikt om de thema's uit de groepsgesprekken van de primaire dataverzameling verder aan te scherpen en te verrijken met extra voorbeelden en nuances. In deze kennisnotitie verwijzen we in het vervolg met 'dialoogsessie met regio's en gemeenten' naar deze dialoogsessie.

Vervolgens zijn de resultaten van de groepsgesprekken van de primaire dataverzameling die specifiek betrekking hadden op de Zvw-financiering ook ter reflectie voorgelegd aan zorgverzekeraars en de systeempartijen ZN, de NZa en ZINL. Hiervoor zijn twee dialoogsessies georganiseerd: één met de koepelorganisatie ZN en individuele zorgverzekeraars; en één met de NZa en ZINL (januari en februari 2026). Voor de eerste sessie zijn deelnemers geworven via de ZN-werkgroep Ketenaanpak Overgewicht Kinderen, waarin alle zorgverzekeraars vertegenwoordigd zijn. In totaal namen drie zorgverzekeraars deel. Voor de NZa en ZINL zijn daarnaast de vertegenwoordigers benaderd die deelnemen aan de Landelijke Projectgroep Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas die door VWS wordt voorgezeten. De input uit de dialoogsessies met ZN en zorgverzekeraars en met NZa en ZINL is gebruikt om de resultaten rondom het thema financiering uit de groepsgesprekken van de primaire dataverzameling te bezien vanuit het aanvullend perspectief van deze systeempartijen. In deze kennisnotitie verwijzen we met 'dialoogsessie met ZN en zorgverzekeraars' en met 'dialoogsessie met de NZa en ZINL' naar deze dialoogsessies.

Resultaten**Deel 1: Voortgang van de implementatie en borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht**

De GALA-monitor vragenlijst voor Kind naar Gezonder Gewicht is begin 2025 door 319 gemeenten ingevuld.² Nederland heeft in totaal 342 gemeenten (1 januari 2025). In 234 van de 319 gemeenten (73%) is gestart met de inrichting van de aanpak. In de vragenlijst komen 16 stappen aan de orde die gemeenten kunnen zetten in de inrichting van de aanpak. 91 gemeenten hebben nog maar één stap gezet in de implementatie.⁶

Bijna twee derde van de gestarte gemeenten (62%) geeft aan dat er bestuurlijk draagvlak is om de ketenaanpak te realiseren. In 50% van de gemeenten is een centrale zorgverlener (CZV) aangesteld. Minder vaak zijn er afspraken over financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar (18%) of is er een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar (4%). Bij 20% van de gemeenten is de ketenaanpak al langer ingericht, en wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering en/of opschaling.

Ongeveer driekwart van de gemeenten die zijn gestart met de inrichting van de aanpak geeft aan belemmeringen te ervaren bij het zetten van volgende stappen (76%). Zowel gemeenten die net begonnen waren als gemeenten die al verder gevorderd waren met implementatie ervaren belemmeringen. De meeste genoemde belemmering is: 'Er is onzekerheid over de structurele middelen voor deze ketenaanpak'. Andere veelgenoemde

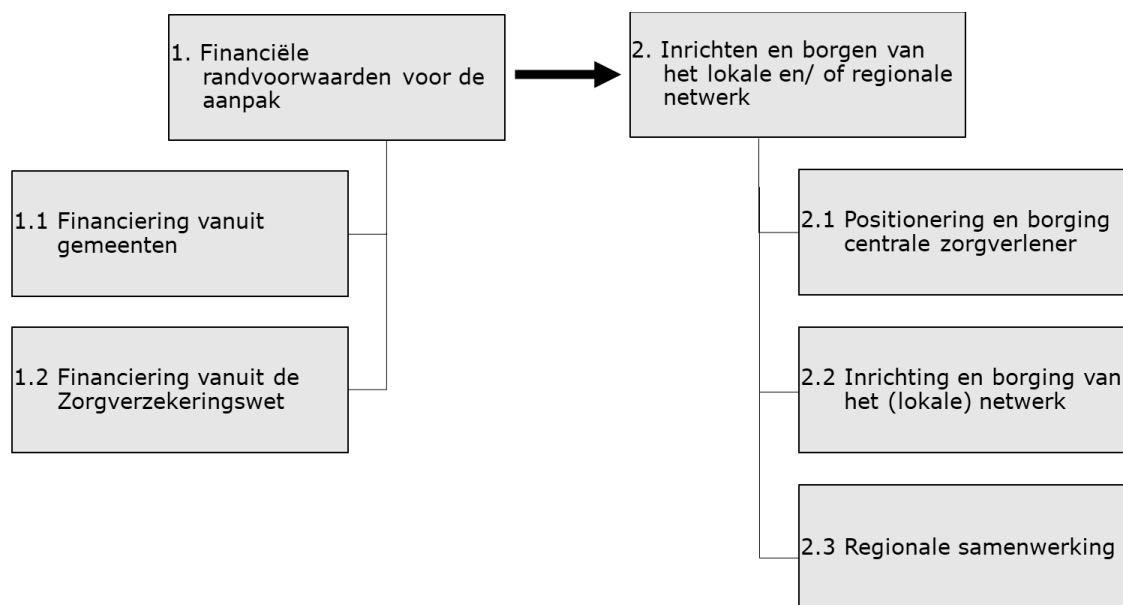
belemmeringen zijn: 'SPUK-middelen zijn ontoereikend' en 'In afwachting van regionale afspraken'.

Wat borging betreft geeft iets minder dan 1 op de 5 gemeenten aan dat de aanpak is opgenomen in meerjarige beleidsplannen (18%). De antwoordopties 'De rol van centrale zorgverlener is geborgd in een structureel gefinancierde functie' en 'Er zijn meerjarige samenwerkingsafspraken gemaakt met aanbieders uit het zorgdomein en sociaal domein' zijn minder vaak geselecteerd (respectievelijk 7% en 6%).

Deel 2: Vraagstukken en strategieën rondom voortzetting en borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht

Uit de groepsgesprekken blijkt dat er belangrijke vraagstukken zijn rondom de voortzetting en borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. Het gaat om: (1) de financiële randvoorwaarden voor de aanpak, en (2) het inrichten en borgen van het lokale en/of regionale netwerk (zie figuur 1). Financiële randvoorwaarden beïnvloeden de keuzes die gemaakt kunnen worden bij de verdere inrichting van de aanpak en het netwerk. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen rondom de vraagstukken toegelicht. Bijbehorende genoemde strategieën door deelnemers om de aanpak voort te zetten en te borgen zijn per vraagstuk weergegeven in een tabel.

Figuur 1. Vraagstukken rondom de voortzetting en borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht



1 Financiële randvoorwaarden voor de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht

Uit de groepsgesprekken blijkt dat ten tijde van de gesprekken de implementatie en borging van Kind naar Gezonder Gewicht in sommige gemeenten en regio's vertraging opliep doordat belangrijke financiële randvoorwaarden nog niet aanwezig, duidelijk of ingeregeld waren. Hierbij gaat het om de financiering van de aanpak binnen de gemeente, en aanspraak kunnen doen op de financiële vergoeding vanuit de Zvw.

1.1 Financiering vanuit gemeenten

Ontbreken van structurele financiering zorgt voor afwachtende houding

Professionals die betrokkenen zijn bij de implementatie noemen het ontbreken van structurele financiering binnen gemeenten als één van de grootste belemmeringen voor de uitvoering en borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. Ook ervaren ze de financieringsstructuur als ingewikkeld, met verschillende financieringsbronnen uit bijvoorbeeld transformatiemiddelen, IZA, GALA en Brede SPUK. Ten tijde van de groepsgesprekken bestond er daarnaast onzekerheid over de toekomstige financiering vanuit het AZWA en de bijbehorende voorwaarden. Uit de groepsgesprekken blijkt dat gemeenten en regio's verschillend omgaan met de financiële onzekerheid. In afwachting van duidelijkheid over het AZWA bespraken sommige gemeenten mogelijkheden om extra geld vrij te maken vanuit eigen middelen om de aanpak toch te starten of voort te zetten. Dit waren vaak kortetermijnoplossingen. Andere gemeenten geven aan in wachtstand te staan totdat er meer duidelijkheid over de financiering is. Ook geven betrokken professionals bij de implementatie aan dat gemeenten door bezuinigingsopdrachten soms scherpe keuzes moesten maken.

"We hebben een bestuursopdracht liggen waarbij we nog een flink bedrag moeten gaan besparen op subsidies het komend jaar. Dus eigenlijk op alle fronten loop ik tegen een muur aan. Of dat nou gaat om Kansrijke Start of Kind naar Gezonder Gewicht. Er blijft eigenlijk een soort gat waarvan we nu zeggen: ja, dan stopt het dus gewoon."

[Beleidsmedewerker, gemeente].

De ondertekening van het AZWA tijdens de periode van dit onderzoek werd in de dialoogsessie met gemeenten en regio's gezien als een kans om de aanpak in elk geval voorlopig voort te kunnen zetten. Tegelijkertijd bleef er onduidelijkheid bestaan over wat het AZWA concreet voor financiering vanuit de gemeenten zou gaan betekenen.

Strategieën voor financiering binnen gemeenten

- Optrekken met andere ketenaanpakken (zoals een ketenregisseur lokaal voor meerdere ketens inzetten) en/ of de aanpak breed interpreteren zodat het valt onder bestaand gezondheids- of welzijnsbeleid. Zo kunnen onderdelen van Kind naar Gezonder Gewicht verantwoord worden gefinancierd, ook al zijn de middelen formeel niet geormerkt voor de aanpak;
- Overgebleven gelden vanuit IZA of GALA doorschuiven naar het volgende jaar (2025 naar 2026) of met middelen schuiven binnen de SPUK van GALA/ IZA;
- Regionaal samenwerken om efficiënter te werken en kosten te besparen door deze te verdelen over meerdere gemeenten. Bijvoorbeeld door opzetten van regionale aanmeldstructuur of een pool van CZV's op te zetten;
- Cofinanciering met andere gemeentelijke onderdelen zoals jeugdgezondheidszorg (JGZ) of met een Centrum Jeugd en Gezin. Deze organisaties dragen een deel van de uren of middelen bij aan de rol van de CZV of aan de scholing van hun CZV's.

Bestuurlijk draagvlak vergroten door communiceren positieve opbrengsten

Uit de groepsgesprekken blijkt dat bestuurlijk draagvlak binnen gemeenten een belangrijke randvoorwaarde is om de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht te starten en voort te zetten. Door beperkte financiële middelen en gemeentelijke bezuinigingen is het voor gemeenten lastig om langdurig te investeren in nieuwe aanpakken. De keuze voor een bepaalde aanpak, zoals Kind naar Gezonder Gewicht of JOGG, wordt vaak bepaald door het beschikbare budget. Juist daarom is bestuurlijk draagvlak essentieel. Betrokkenen bij de implementatie geven aan dat het helpt om bestuurders actief te

betrekken bij bijeenkomsten en de positieve resultaten van de aanpak breed te delen. Ook blijkt het waardevol als professionals in het lokale werkveld duidelijk hun wens voor de aanpak uitspreken.

"Wat we zien, is dat als het lokale veld de vragen gaat neerleggen bij een gemeente, dat dit zo versterkend werkt. Dus een fysiotherapeut die zegt: 'Hey, in gemeente X doen we dit. Maar ik merk ook dat we dit in gemeente Y helemaal niet doen - waarom niet?'. Als het werkveld gaat roepen, wij willen deze aanpak, dan werkt dat voor de borging. Dan kan een gemeente bijna niet meer zeggen, als er straks middelen zijn, we willen dit niet meer. Want er is dus blijkbaar wel veel behoefte." **[Regiocoördinator]**

Strategieën voor het creëren van bestuurlijk draagvlak
• De aanpak blijven agenderen en actief communiceren over de (kleine) stappen die zijn gezet in de inrichting van de aanpak en de positieve opbrengsten daarvan;
• Monitoren van de aanpak en het proces evalueren. Door het opstellen van rapportages waarin netwerkactiviteiten en resultaten in kaart worden gebracht, krijgen o.a. wethouders een beeld van wat de aanpak oplevert en tot wat het kan leiden;
• Wethouders of beleidsmedewerkers laten aansluiten bij netwerkbijeenkomsten om bestuurlijke betrokkenheid en enthousiasme te vergroten;
• De aanpak verbinden aan bredere maatschappelijke opgaven of bestaand gemeentelijk beleid (zoals sociaal domein) om bestuurlijke aandacht voor langere tijd te waarborgen en middelen te bundelen;
• Gebruik maken van de uitgesproken behoefte van professionals in het veld om de meerwaarde van de aanpak binnen de gemeente zichtbaar te maken.

1.2 Financiering vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)

In de afgelopen jaren zijn er belangrijke stappen gezet om structurele vergoeding vanuit de Zvw mogelijk te maken voor de ondersteuning van kinderen vanaf een matig verhoogd GGR. Zo heeft de NZa prestaties en tarieven vastgesteld voor de inzet van de CZV en de kinder-GLI en is vergoeding vanuit de Zvw per 1 januari 2024 mogelijk voor sommige onderdelen van de aanpak. Ook is er één kinder-GLI erkend, waardoor de begeleiding door een kinderleefstijlcoach daarbinnen nu wordt vergoed. Betrokkenen bij de implementatie zien deze Zvw-vergoeding als een belangrijke ontwikkeling, omdat het helpt om een deel van de aanpak voor de lange termijn te borgen in gemeenten en regio's. Tegelijkertijd werden in de groepsgesprekken verschillende knelpunten benoemd waardoor, ten tijde van het onderzoek, nog niet altijd aanspraak kon worden gemaakt op deze vergoeding.

Voorwaarden voor Zvw-vergoeding verschillen soms per regio

Voor de vergoeding van de geleverde zorg uit de Zvw zijn landelijk kaders vastgesteld om onder andere de kwaliteit, doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg te waarborgen. Zo is bijvoorbeeld voor de vergoeding van de coördinerende taken van de CZV vereist dat er een kinder-GLI in het plan van aanpak voor een kind is opgenomen. De tijd van de CZV voor een brede anamnese wordt in alle gevallen vergoed. Tegelijkertijd hebben preferente zorgverzekeraars de mogelijkheid om eigen voorwaarden te stellen, bijvoorbeeld wat betreft hun inkoopbeleid voor zorg. Per regio kunnen dus verschillende eisen gelden. Door deze regionale verschillen is het volgens de betrokkenen bij de implementatie soms onduidelijk welke voorwaarden er precies gelden. Het kost gemeenten/regio's tijd om hierover af te stemmen met de zorgverzekeraar en hierop grip te krijgen.

Zoeken naar balans tussen (landelijke) kaders en lokale praktijk

Uit de groepsgesprekken blijkt dat ten tijde van de gesprekken in sommige regio's al afspraken zijn gemaakt en de samenwerking met de preferente zorgverzekeraar goed verloopt, maar in andere regio's nog van de grond moet komen. Regiocoördinatoren geven aan dat men in de samenwerking en afstemming met zorgverzekeraars soms nog zoekende is. Deze vorm van samenwerking wordt als relatief nieuw ervaren. Zowel regiocoördinatoren in de groepsgesprekken, als zorgverzekeraars in de dialoogsessie met ZN en zorgverzekeraars merken op dat het soms lastig is om zich tot elkaar te verhouden. Vanuit de groepsgesprekken blijkt dat de uitvoeringspraktijk verschillen ervaart in de mate waarin zorgverzekeraars vanuit hun voorgeschreven rol strak vasthouden aan bepaalde kaders, of juist meer meedenken met partijen door de grenzen van de kaders op te zoeken. De betrokkenen bij de implementatie lijken gebaat te zijn bij flexibiliteit waar mogelijk, zodat de aanpak beter kan aansluiten bij de lokale praktijk. Tegelijkertijd geven de zorgverzekeraars in de dialoogsessie met ZN en zorgverzekeraars aan dat zij hun best doen om flexibel te zijn, maar dat er vanuit de uitvoeringspraktijk niet altijd begrepen wordt dat er binnen de vastgestelde kaders van de Zvw gewerkt moet worden. Meer begrip van zorgverzekeraars, systeempartijen en gemeenten/regio's voor elkaars rol en context is van belang om helder te krijgen wie wat vergoedt en hoe er vanuit gezamenlijkheid aan de implementatie van de aanpak gewerkt kan worden. Dit lijkt echter nog niet vanzelfsprekend aanwezig te zijn of van de grond te komen.

"Maar ook voor hen [de zorgverzekeraar] is het nieuw om op deze manier samen te werken. En ik merk in ieder geval bij mijn zorgverzekeraars dat ze heel erg zoekende zijn van: hoe werk je in zo'n ketenaanpak nou samen? Hoe zoeken we die randjes op? Mijn zorgverzekeraars gaan hier wel over, maar ook zij zijn beperkt." **[Regiocoördinator]**

Strategieën voor samenwerking rondom de Zvw
• Regelmatig overleggen met zorgverzekeraars om inzicht te krijgen in elkaars perspectieven en samen passende afspraken te maken over de implementatie van de aanpak.

Kaders sluiten niet altijd goed aan bij lokale praktijk

Regiocoördinatoren, projectleiders en adviseurs noemen in de groepsgesprekken voorbeelden waarin lokale en regionale verschillen het lastig maken om goed aan te sluiten bij gestelde kaders voor vergoeding. In het landelijk implementatieoverleg dat wordt voorgezeten door VWS is afgesproken om eerst alleen te starten met het vergoeden van de beroepsgroep jeugdverpleegkundigen in de rol van CZV. Dit was onder andere omdat er op dat moment nog geen andere beroepsgroepen vergeleken waren met het competentieprofiel van de CZV. Uit groepsgesprekken blijkt echter dat de GGD, waar de JGZ vaak is belegd, in sommige gemeenten deze rol niet altijd kan of wil invullen. Ook ligt bij sommige gemeenten de keuze voor een andere professional, zoals een sociaal werker of pedagogisch adviseur van het Centrum voor Jeugd en Gezin, meer voor de hand. Dit komt bijvoorbeeld doordat in sommige gemeenten al wordt samengewerkt met deze professionals uit het sociaal domein binnen de lokale aanpak van overgewicht. Volgens het landelijk model van Kind naar Gezonder Gewicht¹ kunnen verschillende typen professionals de rol van CZV vervullen. Inmiddels is vastgelegd dat ook pedagogisch adviseurs en jeugd- en gezinsprofessionals zich kunnen registreren als CZV en een deel van de zorg die zij leveren vergoed kunnen krijgen vanuit de Zvw.

Knelpunten in het inregelen van de procedures voor vergoeding vanuit de Zvw

Daarnaast werden er in de groepsgesprekken verschillende voorbeelden genoemd van processen voor vergoeding vanuit de Zvw die nog niet goed waren ingeregeld. Zo belemmerde het ontbreken van een kwaliteitskader en een kwaliteitsregister de aanstelling van CZV's. Ook de benodigde activiteiten voor (her)registratie en de oprichting van een accreditatiecommissie om opleidingen te toetsen waren nog niet afgerond. Deze situatie leidde er volgens betrokkenen bij de implementatie toe dat lokale en regionale partijen nog niet toegekomen zijn aan daadwerkelijke borging van de aanpak. Sinds februari 2026 is een kwaliteitsregister voor de CZV ingeregeld waarin meerdere beroepsgroepen zijn aangesloten. Daarnaast zijn er ook belangrijke stappen gezet voor de registratie van de kinderleefstijlcoach.

Beperkt aanbod erkende kinder-GLI's bemoeilijkt implementatie en borging

Deelnemers aan de groepsgesprekken geven aan dat het beperkte aanbod aan erkende GLI's de implementatie en borging van de aanpak bemoeilijkt en kwetsbaar maakt. Alleen kinder-GLI's die erkend zijn door het RIVM op niveau II 'Eerste aanwijzingen voor effectiviteit' of hoger en met een positieve beoordeling van ZN, worden vergoed vanuit de Zvw. Sinds het voorjaar 2025 geldt dit alleen voor de GLI 'Your Coach Next Door'. Ten tijde van de groepsgesprekken werden er daarnaast ervaren knelpunten genoemd rondom wachttijden en verre reistijd voor de opleidingen van deze GLI. Lokale en regionale partijen zouden daarnaast graag meer keuze in GLI's hebben, zodat zij beter kunnen inspelen op verschillende behoeften van kinderen. Ook werken sommige gemeenten al met andere GLI-varianten, waardoor het aanbieden van een extra (nieuwe) variant als lastig wordt ervaren. Zorgverzekeraars geven in de dialoogsessie met ZN en zorgverzekeraars aan dat zij alleen erkende GLI's vergoeden vanwege de kwaliteitseisen, maar vinden het ook jammer dat er nu slechts één erkende variant is.

Ervaringen met de (uur)tarieven

Het aantal uren en de bijbehorende (uur)tarieven voor de rol van CZV zijn door de NZa vastgesteld op basis van informatie van zorgaanbieders uit eerdere experimenten met de aanpak in gemeenten. Tijdens de groepsgesprekken en dialoogsessie met regio's en gemeenten komt naar voren dat de uitvoering in de praktijk soms meer tijd vraagt dan op basis van deze experimenten is vastgesteld. De huidige tarieven voor CZV en kinderleefstijlcoach worden niet altijd als toereikend ervaren. Daarnaast ervaren sommige betrokkenen bij de implementatie dat bepaalde tijdsinvesteringen, zoals voor het opbouwen van een netwerk, niet altijd voldoende worden meegerekend in de vergoeding. De NZa benadrukt in de dialoogsessie met de NZa en ZINL dat de vastgestelde uren en tarieven zorgvuldig zijn gebaseerd op eerdere experimenten en dat in de tarieven ook ruimte is opgenomen voor bijvoorbeeld netwerkbijeenkomsten, monitoring en opleiding van de CZV. Ze geven aan dat er daarnaast binnen de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas mogelijkheden zijn voor extra tariefruimte: zo kan men gebruik maken van max-max tarieven, waarbij 10% bovenop het maximumtarief kan worden afgesproken met de verzekeraar. Vanaf 1 januari 2025 is het mogelijk om nog eens 10% extra met de verzekeraar af te spreken voor verdere implementatie en uitrol. Deze mogelijkheden tot verhoging van de tarieven zijn niet genoemd in de dialoogsessie met regio's en gemeenten. Het is daardoor niet duidelijk of deze een rol speelden in bovengenoemde ervaringen van betrokkenen bij de implementatie met het aantal bestede uren en de hoogte van de tarieven. Daarnaast werd tijdens de dialoogsessie met de NZa en ZINL benoemd dat het eerst nodig is om het daadwerkelijke aantal uren dat wordt besteed aan de begeleiding van kinderen beter inzichtelijk te maken. Hiervoor is een betere registratie van de bestede uren en kosten van de CZV nodig, zoals ook recentelijk is aanbevolen in een rapport van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.⁷

2 Het inrichten en borgen van het netwerk voor de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht

Ontbrekende financiële randvoorwaarden werken door op de implementatie

De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht is bewust domeinoverstijgend opgezet, waarbij het zorgdomein (Zvw) en sociaal domein samenwerken met de CZV als spil in de integrale aanpak. Door de sterke verwevenheid van beide domeinen werkt de eerder benoemde financiële onzekerheid soms ook door in de gemeentelijke activiteiten in het sociaal domein. Sommige gemeenten en regio's zijn namelijk terughoudend met het opzetten of opschalen van onderdelen van de aanpak in het sociaal domein, zolang er geen (structurele) gemeentelijke bekostiging is en er onvoldoende duidelijkheid is over voorwaarden van de zorgverzekeraar voor de Zvw-vergoeding, en procedures voor declaraties nog niet goed zijn ingeregeld. Tegelijkertijd heeft de gemeente wel een verantwoordelijkheid voor het opzetten van deze onderdelen, en zien we dat sommige gemeenten en regio's ondanks de ervaren onzekerheden al meer investeren hierin.

"Ik snap heel goed dat gemeenten nu in een soort van wachtstand staan. [...] Maar ik denk dat gemeenten toch heel veel kunnen, zoals gewoon starten met het aanstellen van een lokale projectleider en het inregelen van een centrale zorgverlener. En gewoon klein beginnen, zodat in ieder geval dat netwerk met elkaar gaat samenwerken in een casus." **[Adviseur Kind naar Gezonder Gewicht].**

Strategieën voor voortgang implementatie in afwachting van financiële randvoorwaarden

- CZV's alvast vinden, aanwijzen, opleiden en voorbereiden, ook als volledige registratie nog niet mogelijk is;
- Activiteiten starten en lokale initiatieven ontwikkelen in het sociaal domein, ook voor kinderen met een licht GGR, waardoor netwerken en interventies toch opstarten en men daar met het Zvw-gedeelte op kan aanhaken.

2.1 De positionering en borging van de centrale zorgverlener

Uitdagingen bij de borging van de CZV

Een veelgenoemde uitdaging in de groeps gesprekken bij het borgen van de rol van de CZV's, is het werven en aanstellen van voldoende aantallen CZV's per gemeente. Dit komt volgens hen onder andere door het tekort aan geschoolde en gekwalificeerde professionals, de hoge uurtarieven en personeelstekorten binnen de JGZ. Daarnaast wordt er van professionals een tijdsinvestering gevraagd terwijl er soms onzekerheid is over de voortzetting van de aanpak. Deze factoren maken het voor sommige gemeenten lastig om voldoende CZV's aan te stellen. Daarnaast is het met name in kleinere gemeenten moeilijk om vervanging te vinden voor CZV's bij uitval of vertrek.

"Wat ik aangaf, het knelpunt is de menskracht. Binnen de JGZ hebben ze al heel veel moeite om überhaupt de JGZ-taken uit te voeren. En dan vragen we ze nog wat extra te doen. Zij hebben gewoon geen mensen daarvoor. Dus wat je nu ziet, als zo'n centrale zorgverlener wegvalt, dan valt er ook meteen een gat. Want dit is nog best wel kwetsbaar. [...] Je zou dat gewoon iets breder op willen pakken. Zeker omdat dat dezelfde opleiding is voor de kinderleefstijlcoach, zou je kunnen kijken: hoe kan je dat dan die rollen slim combineren en wat meer verspreiden." **[Beleidsmedewerker gemeente]**

Strategieën voor het borgen van de rol van CZV

- Integreren van de rol van de CZV binnen de JGZ door CZV-taken onderdeel te maken van bestaande consulten en basistaken;
- Positioneren van de rol bij andere organisaties met een sterke lokale of sociale functie, waarbij de CZV-rol zoveel mogelijk onder reguliere werkzaamheden valt;
- Regionale samenwerking via pools van CZV's om continuïteit te waarborgen en kosten te besparen. Dit moet echter niet ten koste gaan van goede kennis van lokale netwerken van CZV's.

2.2 Inrichting en borging van het (lokale) netwerk

Investeren in gedeeld eigenaarschap is belangrijk voor continuïteit van het netwerk
 Vanwege de breedte van de aanpak is een goed georganiseerd netwerk van professionals uit verschillende domeinen noodzakelijk. Lokale projectleiders geven in de groepsgesprekken aan dat investeren in gedeeld eigenaarschap essentieel is om de continuïteit van dit (lokale) netwerk te waarborgen, ook bij wisselingen in personeel en wanneer de rol van projectleiders en regiocoördinatoren afloopt. Daarnaast geven projectleiders aan dat het belangrijk is om de rollen en verantwoordelijkheden in de ondersteuning van gezinnen goed af te stemmen om het netwerk verder duurzaam uit te bouwen. Om voortgang te boeken wordt binnen enkele gemeenten gestart met pilots met een klein aantal gezinnen zodat ze al doende kunnen leren wat werkt. In andere gemeenten is men hier vanuit de gemeente of vanuit de professionals binnen de aanpak terughoudender in. Men wil gezinnen niet teleurstellen wanneer blijkt dat de aanpak toch niet kan worden voortgezet.

"In onze gemeente waren er ook twee ondernemers die dachten: het is het uiteindelijk de wens om het bij de JGZ te doen, maar dit duurt te lang en wij staan hiervoor. Gedreven mensen. Dus een kinderfysio en een leefstijlcoach, zijn gestart met die gecombineerde opleiding voor centrale zorgverlener en kinder-GLI. Die zijn nu in de status van de opleiding dat ze gezinnen kunnen gaan begeleiden. Want als ik nu bij een huisarts zit en ik zeg: er is een aanpak, die eventueel over een jaar gaat lopen... Hè, dat werkt niet. Dus toen heb ik gezegd: we gaan met jullie proefgezinnen sowieso een pilot doen." **[Projectleider Kind naar Gezonder Gewicht]**

Strategieën voor het versterken en borgen van het lokale netwerk

- Investeren in relaties en duidelijke rolafspraken tussen de professionals in het netwerk om samenwerking duurzaam te maken;
- Waar mogelijk gebruik maken van bestaande (overleg)structuren van professionals voor Kind naar Gezonder Gewicht, zoals aansluiten bij het Multidisciplinair Overleg;
- Stimuleren van gedeeld eigenaarschap binnen het netwerk via gezamenlijke ontwikkeling, scholing en themabijeenkomsten, en het stimuleren van praktische uitwisseling tussen projectleiders;
- Zorgen voor continuïteit in het netwerk voor Kind naar Gezonder Gewicht door langdurige inzet van projectleiders of regiocoördinatoren;
- Actief blijven ontwikkelen van het netwerk ten tijde van onzekerheid over de aanpak door te starten met pilots, proefgezinnen en regionale afstemming.

2.3 Regionale samenwerking

Regionaal optrekken en lokaal implementeren

Tot slot blijkt uit de groepsgesprekken dat borging ook gaat over het (meerjarig) vastleggen van regionale afspraken en het organiseren van eigenaarschap op regioniveau voor de aanpak. De betrokkenen bij de implementatie geven aan dat regionaal

samenwerken waardevol is, maar dat het tegelijkertijd veel tijd en afstemming vraagt. In sommige regio's worden afspraken, zoals over samenwerking of taakverdeling, op regionaal niveau gemaakt, terwijl de uitvoering lokaal plaatsvindt. Zo kunnen bijvoorbeeld regionale afspraken over samenwerking met huisartsen lokaal worden toegepast. De keuze welke onderdelen van de aanpak regionaal of lokaal worden ingericht, verschilt per gemeente of regio.

Strategieën voor versterking en borging van de aanpak door regionale samenwerking
• Het opzetten van een gezamenlijk netwerkinformatiesysteem of regionaal communicatieplan, met toolkit voor regionale en lokale implementatie; • Het onderling uitwisselen van voorbeelden en lessen over implementatie en borging. Bijvoorbeeld door het instellen van regionale werkgroepen voor lokale projectleiders; • Het versterken van de aanpak door de inzet van een regiocoördinator die overleg voert met zorgverzekeraars; • Het regionaal stroomlijnen van de aanpak, zodat kinderen en hun ouders binnen een regio op vergelijkbare wijze worden ondersteund (bijvoorbeeld via een regionaal aanmeldformulier); • Het versterken van kleinere gemeenten, die vaak minder capaciteit hebben voor de uitvoer van de aanpak, door hen aan te laten haken bij regionale infrastructuur, netwerken of samenwerkingsverbanden.

Beschouwing

Ontbreken structurele financiering en financiële onzekerheid belemmeren de aanpak

Uit de GALA-monitor blijkt dat men in 2024 in 234 gemeenten bezig is met de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht.² Tegelijk laat de monitor zien dat veel gemeenten nog maar een beperkt aantal stappen hebben gezet en dat slechts een klein deel al werkt aan borging van de aanpak. Dit verdiepend onderzoek biedt extra inzicht in het complex samenspel van redenen hiervoor. De resultaten van zowel de GALA-vragenlijst als de groepsgesprekken laten zien dat het ontbreken van structurele financiering voor de aanpak binnen gemeenten een belangrijke belemmering vormt om verder te komen met de implementatie. Deze bevindingen sluiten aan bij signalen uit de meest recente JOGG-monitor.⁸ Daarnaast blijkt uit de groepsgesprekken dat ook de voortdurende onzekerheid en onduidelijkheid over de voortzetting van tijdelijke impuls gelden voor gemeenten een rol speelt. Deze onzekerheid verkleint de slagkracht en het draagvlak binnen lokale aanpakken Kind naar Gezonder Gewicht en onder netwerkpartners. Hierdoor is het lastig om te werken aan de borging, zoals het maken van langetermijnplannen, het opbouwen van duurzame samenwerkingen en het blijvend investeren in lokale netwerken en professionals.

Afstemming en inregelen van procedures en vertragen lokale implementatie

Vanuit landelijk beleid wordt verwacht dat gemeenten werk maken van de doorontwikkeling en borging van de integrale aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. Bij de start van het GALA moest echter binnen het zorg deel van Kind naar Gezonder Gewicht nog veel worden geregeld voor het mogelijk maken van de vergoeding vanuit de Zvw. Denk aan de erkenning van de kinder-GLI, het vaststellen van het kwaliteitskader en het opzetten van het kwaliteitsregister voor de CZV en de kinderleefstijlcoach voor de Zvw-vergoeding en het inregelen van procedures om zorg te kunnen declareren. Daarbij zorgt het feit dat preferente zorgverzekeraars per regio eigen voorwaarden mogen stellen wat betreft inkoop van zorg voor extra onduidelijkheid en afstemming. Betrokkenen bij de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht geven aan dat hierdoor

energie, capaciteit en budget weglekken naar het afwachten van (landelijke) ontwikkelingen en administratieve processen, in plaats van naar de uitvoering en borging van de aanpak. Tegelijkertijd ervaren gemeenten zelf ook onzekerheid over de financiële randvoorwaarden, wat het maken van keuzes en het opstarten of uitbreiden van onderdelen van het gemeentelijk deel van de aanpak bemoeilijkt.

Ruimte voor lokale verschillen en goede samenwerking tussen partijen essentieel

Uit de groepsgesprekken en de dialoogsessie met regio's en gemeenten blijkt dat het voor de borging van de aanpak belangrijk is dat randvoorwaarden voldoende ruimte laten voor lokale en regionale verschillen in de uitvoeringspraktijk. Door middel van de aanpak werken zorg- en systeempartijen, en betrokkenen bij de uitvoering binnen gemeenten en regio's gezamenlijk aan het terugdringen van overgewicht en obesitas bij kinderen. Tegelijkertijd hebben deze partijen elk hun eigen rol en verantwoordelijkheden rondom de implementatie van de aanpak. Soms botsen de werkwijzen en leefwerelden, omdat het sociaal domein, het zorgdomein, systeempartijen die de kaders opstellen en uitvoerende partijen allemaal samen moeten werken. Om daadwerkelijk voortgang te boeken en tot een samenhangende, integrale en uitvoerbare aanpak te komen die aansluit bij de lokale praktijk, is het van belang dat de verschillende partijen tijd investeren om elkaars rol en perspectieven beter te leren begrijpen. Dit onderlinge begrip is belangrijk, maar de benodigde uitwisseling en afstemming op alle niveaus - van landelijke en regionale kaders tot lokale uitvoering - komt nog niet overal vanzelfsprekend van de grond. Door deze samenwerking en afstemming door VWS meer te laten stimuleren kunnen belemmeringen in de implementatie tijdig gesignaleerd en gezamenlijk opgelost worden.

Reflectie op methoden

Dit onderzoek had als doel ervaringen met implementatie op te halen en strategieën te verkennen voor de borging van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht, met speciale aandacht voor veranderende financiële omstandigheden. De primaire dataverzameling is uitgevoerd onder professionals die direct betrokken zijn bij de organisatie, implementatie en borging van de aanpak (landelijke Kind naar Gezonder Gewicht-adviseurs, regiocoördinatoren, beleidsambtenaren en lokale projectleiders). Deelnemers konden zich vrijwillig aanmelden, waardoor mogelijk sprake is van een selectieve respons. Uit de samenstelling van de groepsgesprekken bleek echter dat het is gelukt om een mix van gemeenten in verschillende fasen van implementatie te betrekken. De meeste deelnemers hadden vanwege hun coördinerende rol zicht op meerdere gemeenten verspreid over heel Nederland. Hierdoor is een breed scala aan ervaringen en inzichten verzameld. Hetzelfde geldt voor de deelnemende gemeenten aan de dialoogsessie voor regio's en gemeenten. Voor onderdelen over de Zvw-vergoeding is ook gesproken met zorgverzekeraars en systeempartijen (ZN, NZa, ZINL). Hoewel de koepel ZN was vertegenwoordigd, namen slechts drie individuele zorgverzekeraars deel. Hierdoor is mogelijk de bestaande variatie in ervaringen en perspectieven van zorgverzekeraars niet volledig in beeld gebracht. Verder is met directe uitvoerders van zorg en ondersteuning niet gesproken, omdat hun perspectieven al zijn meegenomen in eerdere implementatieonderzoeken.^{9,10}

Strategieën en aanbevelingen om de aanpak voort te zetten en te borgen

Ondanks ervaren belemmeringen blijkt uit dit onderzoek dat er verschillende stappen worden gezet voor de verdere implementatie en borging van de lokale en regionale aanpak Kind naar Gezonder Gewicht.

Belangrijke strategieën uit dit onderzoek:

- Samenwerken met andere ketenaanpakken en/of het integreren van Kind naar Gezonder Gewicht binnen het bredere gezondheids- of sociale beleid, waardoor financiering mogelijk wordt vanuit bestaande middelen.
- Regionaal samenwerken met onder andere de GGD'en om efficiënter te werken, kosten te delen en gezamenlijke voorzieningen op te zetten, zoals een regionale aanmeldstructuur of een pool van CZV's.
- Het actief betrekken van bestuurders bij de aanpak en het actief terugkoppelen van tussentijdse opbrengsten om bestuurlijk draagvlak te creëren.
- Starten met pilots en kleinschalige initiatieven, zodat lokale netwerken actief en flexibel blijven, zelfs bij financiële onzekerheid.

Belangrijke aanbevelingen uit dit onderzoek:

- Verder investeren in de samenwerking tussen het sociaal en zorgdomein, en tussen gemeenten/regio's en zorgverzekeraars, met aandacht voor wederzijds begrip van elkaars perspectieven, rollen in de aanpak en gezamenlijke vormgeving van de uitvoering.
- Investeren in de erkenning van meerdere GLI-aanpakken.
- Zorgen voor een goede monitoring van de aanpak binnen gemeenten. Het is daarbij van belang om beter inzichtelijk te maken hoeveel uren centrale zorgverleners besteden en welke kosten binnen de aanpak worden gemaakt. Het in beeld brengen van voortgang van de implementatie en van tussentijdse positieve opbrengsten is nodig voor bestuurlijk draagvlak.

Referenties

1. M. Sijben, M. Van der Velde, E. Van Mil, J. Stroo en J. Halberstadt. (2018) Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam: Care for Obesity.
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2025). GALA-monitor 2025: Van ambitie naar actie. Bilthoven: RIVM.
3. M. Sijben, J. Koehoorn en J. Halberstadt. (2021) Realisatie lokale aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas; een handreiking voor initiatiefnemers, projectleiders en netwerkregisseurs. Amsterdam: Care for Obesity.
4. JOGG. (2023) Wegwijzer: financiering Kind naar Gezonder Gewicht.
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2025) Website Zorgakkoorden. [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#). Geraadpleegd 10-11-2025.
6. Zó werkt de zorg in Nederland. Website Zo werkt de zorg. [Visualisaties Zó werkt de zorg in Nederland - Zo werkt de zorg](#) Geraadpleegd 21-4-2026.
7. Willems, A., Staal, I. en O. Engelse (2025) Rapport ureninzet centrale zorgverleners Kind naar Gezonder Gewicht 2023-2024. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
8. Derix, N., van der Heijden, J. en I. Huiberts. (2026) JOGG monitor 2024. Ontwikkelingen en opbrengsten van de JOGG-aanpak en Kind naar Gezonder Gewicht. Utrecht: Mulier instituut.
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2021) Lokale implementatie aanpak Kind naar Gezonder Gewicht: waar staan we en wat kunnen we leren? Bilthoven: RIVM.
10. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2023) Procesevaluatie centrale zorgverlener. Kind naar Gezonder Gewicht. Bilthoven: RIVM.