



Kennisnotitie

**Strategieën voor inbedding van de Gecombineerde
Leefstijlinterventie bij gemeenten
Domeinoverstijgend samenwerken aan een lokale aanpak**

1. Inleiding

De Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) wordt sinds 2019 onder voorwaarden vergoed vanuit de basisverzekering. Er zijn verschillende erkende en effectieve GLI-programma's die in steeds meer gemeenten in Nederland worden aangeboden.^{1,2,3} Deelnemers aan deze leefstijlinterventies werken gedurende twee jaar aan hun leefstijl en duurzame gedragsverandering, met als doel het verbeteren van hun gezondheid.

Gezond en Actief Leven Akkoord: ketenaanpak GLI en netwerksamenwerking

In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, GGD GHOR Nederland, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt om te werken aan een lokale en regionale aanpak voor preventie, gezondheid en sociale basis.⁴ De focus in het GALA voor de ketenaanpak GLI^a ligt op een goede inbedding hiervan binnen gemeentelijke activiteiten^b. In het verlengde van de ketenaanpak beschrijft ook het basismodel 'Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas' van het Partnerschap Overgewicht Nederland deze zorg- en ondersteuningsonderdelen, met als belangrijke spil de centrale zorgcoördinator.⁵ Gemeenten kunnen ervoor kiezen om te werken aan deze netwerkaanpak. Voor zowel de keten- als de netwerkaanpak is goede samenwerking tussen het medisch en sociaal domein nodig.

Onderzoeksvragen

De GALA-monitor⁶ rapporteert op hoofdlijnen over de voortgang van de inrichting van de keten- en netwerkaanpak GLI. Het RIVM voerde in opdracht van VWS in 2025 een verdiepend onderzoek uit naar het verloop van deze inbedding in de context van het GALA. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in factoren en strategieën die bijdragen aan een succesvolle inbedding van de GLI's in een lokale ketenaanpak voor volwassenen met overgewicht of obesitas. De vragen die in dit onderzoek centraal staan zijn:

1. Wat bevordert of belemmert de inbedding van de GLI in een gemeentelijke keten- of netwerkaanpak GLI?
2. Wat zijn mogelijke strategieën om de inbedding van de GLI te versterken?

^a Ketenaanpak GLI: Voor overgewicht en obesitas bij volwassenen zijn in het GALA afspraken gemaakt over de inrichting van een ketenaanpak GLI. Leefstijl is een van de vele factoren die samenhangen met het ontstaan van overgewicht en obesitas. Andere factoren zoals schulden, eenzaamheid en mentale problemen kunnen ook een rol spelen. Om die reden is het belangrijk dat een GLI-programma goed aansluit op het aanbod vanuit andere domeinen binnen de gemeente.

^b Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek naar inbedding van de GLI is op 30-8-'25 het [Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord](#) getekend. Daarin is afgesproken de ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen (voorheen: ketenaanpak GLI) structureel te implementeren als basisfunctionaliteit.

RIVM

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

T 088 689 89 89

Auteurs:

D. Schokker, J. Brouwer,
T. Hulshof, M. Rodriguez,
E. Vos, A. Spijkerman

Centrum:

Preventie, Leefstijl en
Gezondheid

Contact:

annemieke.spijkerman@rivm.nl

Kenmerk:

KN-2025-0040

DOI:

10.21945/RIVM-KN-2025-0040

Datum:

18-12-2025

2. Methode

Als startpunt voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van drie typen bronnen. De rapportage van de GALA-monitor 2025 geeft een kwantitatief beeld van de stand van zaken van de inbedding van de GLI binnen gemeenten, de succes- en belemmerende factoren.⁶ De tweede informatiebron is een analyse van documenten en literatuur die factoren met invloed op de inbedding van de GLI beschrijven. Als derde bron zijn drie groepsinterviews gehouden met professionals en beleidsmakers die lokaal of regionaal werken aan de inbedding van de GLI. De informatie uit deze drie bronnen is geanalyseerd en geïntegreerd. Vervolgens is een dialoogsessie georganiseerd om de opbrengsten te toetsen bij professionals en beleidsmakers die betrokken zijn bij inbedding van de GLI om de resultaten waar nodig aan te scherpen. De methoden worden hier in meer detail beschreven.

2.1 GALA-monitor: kwantitatieve gegevens

Voor de GALA-monitor is in maart 2025 een vragenlijst uitgezet onder alle gemeenten en preferente zorgverzekeraars in de IZA-regio's. Op basis van de analyse van deze gegevens wordt een kwantitatief beeld geschetst van de inbedding van de GLI. Het rapport is gepubliceerd op 3 juli 2025.⁶ In de vragenlijst waren een aantal open vragen opgenomen over de randvoorwaarden voor de inbedding van de GLI. Deze zijn voor dit onderzoek aanvullend geanalyseerd.

2.2 Documentanalyse

De documentenanalyse richt zich op het in kaart brengen van de bevorderende en belemmerende factoren voor de inbedding van de GLI in het gemeentelijk aanbod. Deze factoren zijn op vier niveaus beschreven: het systeem, de organisaties, de professionals in de zorg en het sociaal domein en de interventie zelf.

Voor de documentanalyse zijn allereerst de notulen van de Learning Community van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) uit maart en april 2024^{7,8} meegenomen. Deze notulen bevatten bijdragen van de gemeenten die actief inzetten op het implementeren van de door PON beschreven netwerkaanpak. Daarnaast zijn de *Handreiking Realisatie Netwerkaanpak Overgewicht*⁹ van PON en twee door PON beschreven best practices^{10,11} meegenomen in deze analyse. De andere documenten die zijn geanalyseerd zijn de volgende: een factsheet van het Mulier Instituut over de GLI in gemeenten¹², een ZonMw rapportage over geleerde lessen bij de integrale implementatie van de GLI¹³, de VWS-handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten over de ketenaanpak GLI¹⁴ en een studie van Den Hartog et al over de succesfactoren en belemmeringen bij lokale samenwerkingen binnen leefstijlinterventies.¹⁵

2.3 Groepsinterviews

De drie groepsinterviews vonden plaats in september en oktober 2025. Deelnemers waren professionals en beleidsmakers die zich lokaal of regionaal bezighouden met de inbedding van de GLI binnen gemeenten. De werving voor deze interviews vond plaats door deelnemers aan het oud-leernetwerk GLI van RIVM-afdeling Gezond Leven uit te nodigen voor dit onderzoek en hen te vragen deze oproep te delen in hun netwerk, en via de nieuwsbrieven van PON. Geïnteresseerden meldden zich bij de onderzoekers. Vooraf ontvingen de deelnemers informatie over het onderzoek en verleenden zij toestemming voor deelname.

Twee groepsinterviews werden online via Teams gehouden. Hieraan deden respectievelijk vier en vijf deelnemers mee. Van hen waren er zes regionaal projectleider of coördinator, waardoor zij de ervaringen van meerdere gemeenten inbrachten, en drie projectleiders in

één gemeente. In totaal hadden zij ervaring met de inbedding van de GLI in 37 gemeenten. Een derde groepsinterview was tijdens een bijeenkomst van de Learning Community van PON. Hierin zitten zeven gemeenten die bezig zijn met het implementeren van de netwerkaanpak. Er waren vijf gemeentelijke GLI-projectleiders aanwezig, twee anderen hadden schriftelijke input gegeven die door de PON-programmamanager werd ingebracht en er waren nog enkele medewerkers van PON als toehoorder bij het gesprek.

Voor de groepsinterviews was een gespreksleidraad^c opgesteld die bestond uit drie onderdelen:

- De actuele situatie: wat is er in gemeenten gerealiseerd met betrekking tot de inbedding van de GLI?
- Terugblik op de afgelopen jaren: welke strategieën en activiteiten waren succesvol om de inbedding te versterken?
- Vooruitblik: welke ambities zijn er om inbedding van de GLI te versterken, en welke strategieën en activiteiten zetten gemeenten daarvoor in?

Alle groepsinterviews zijn opgenomen en uitgewerkt in gespreksverslagen die door de aanwezige onderzoekers is doorgelopen op juistheid en volledigheid. Vervolgens hebben twee onderzoekers deze verslagen gebundeld en geïntegreerd. Daarna bespraken zij de verschillen en overeenkomsten en zijn de verslagen van de twee onderzoekers samengevoegd tot één overzichtsdocument met de bevindingen uit de groepsinterviews.

2.4 Dialoogsessie

In oktober 2025 vond een dialoogsessie plaats. De voorlopige bevindingen werden hierin voorgelegd aan beleidsmedewerkers en professionals die werken aan de inbedding van de GLI. Deelnemers werden uitgenodigd voor deze sessie via de nieuwsbrieven van RIVM-afdeling Gezond Leven en PON. Er waren 15 deelnemers, van zowel gemeenten en GGD'en als landelijke organisaties, zoals eigenaars van een GLI, het PON en de beroepsvereniging voor leefstijlcoaches (BLCN). Twee van hen waren ook aanwezig bij een groepsinterview, alle anderen waren niet eerder betrokken bij dit onderzoek.

De resultaten werden in vier onderdelen gepresenteerd. De dialoog werd steeds gevoerd na twee onderdelen, aan de hand van twee vragen: 'Wat is wel/niet herkenbaar?' (*juistheid van de bevindingen*), en 'Zijn er aanvullingen?' (*volledigheid van factoren en strategieën*). Aan het eind van de sessie werd een overzicht van strategieën gepresenteerd, en ook daarover werd de dialoog gevoerd.

Van de dialoogsessie is een verslag gemaakt waarin de reacties van de deelnemers op de voorlopige bevindingen zijn beschreven. Aan de hand van deze bevindingen zijn de thema's, strategieën en de verwoording hiervan verder aangescherpt.

^c Voor geïnteresseerden is de gespreksleidraad op te vragen bij de onderzoekers.

3. Resultaten

3.1 Inbedding van de GLI: stand van zaken uit de GALA-monitor 2025

Uit de GALA-monitor 2025⁶ blijkt dat er in 72% van de gemeenten (229 van 317) is gestart met de inrichting van de ketenaanpak GLI. Veertig van deze gemeenten gaven aan dat zij voor de inrichting van de ketenaanpak GLI werken volgens het basismodel van de netwerkaanpak van PON⁵, dus met een centrale zorgcoördinator. Er zijn verschillende stappen in de inbedding nagevraagd. De 229 gemeenten die zijn gestart met de inrichting van de ketenaanpak GLI hebben meestal een projectleider aangesteld (68%) en hebben een overzicht van beweegmogelijkheden in de openbare ruimte en beweegaanbod in de wijk (68%). In 81% van de gemeenten worden GLI-deelnemers doorverwezen naar lokaal sport- en beweegaanbod. Ongeveer de helft van de gemeenten heeft een overzicht van aanbod van interventies (m.n. uit het sociaal domein) die ondersteunend kunnen zijn aan de GLI (52%). Ook is er in ongeveer de helft van de gemeenten een samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijnsprofessionals (51%) en bestuurlijk draagvlak voor de ketenaanpak (48%).

Van de 229 gemeenten die gestart zijn met de ketenaanpak GLI zijn er 72 (31%) die het samenwerkingsverband hebben uitgebreid met professionals uit het sociaal domein, bij de andere 157 gemeenten was dat nog niet het geval. Uit aanvullende analyses van de open vragen uit de GALA-monitor 2025 blijkt dat het veelal om de buurtsportcoach en de welzijnscoach of het welzijnswerk gaat. De uitbreiding van het samenwerkingsverband met het sociaal domein heeft geen invloed op het deel van de gemeenten dat belemmeringen ervaart in de verdere implementatie van de ketenaanpak GLI: in beide groepen gemeenten is dat 64%. Het type belemmeringen dat zij ervaren is in grote lijnen vergelijkbaar. In beide groepen wordt onzekerheid over de structurele middelen voor deze ketenaanpak ervaren als belangrijkste belemmering (65% van de gemeenten). Van de twintig overige mogelijke belemmeringen die aangevinkt konden worden, zijn er vijf waarbij het percentage gemeenten dat deze belemmering ervaart meer dan 10% verschilt tussen de groepen. Gemeenten die het samenwerkingsverband *niet* hebben uitgebreid met professionals uit het sociaal domein geven vaker aan dat er prioriteit wordt gegeven aan andere ketenaanpakken/projecten (36% vs. 4%), dat beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij de gemeente een belemmering vormt (36% vs. 20%), dat er geen samenwerkingsafspraken zijn met professionals uit resp. het zorgdomein (16% vs. 0%) en het sociaal domein (15% vs. 4%). Opvallend is dat gemeenten die het samenwerkingsverband *wel* hebben uitgebreid met professionals uit het sociaal domein vaker aangaven dat er te weinig betrokkenheid is vanuit de zorgverzekeraar dan gemeenten die het samenwerkingsverband niet hebben uitgebreid met professionals uit het sociaal domein (26% vs. 12%).

Wat betreft de borging van de ketenaanpak GLI geven de gemeenten waarbij professionals uit het sociaal domein opgenomen zijn in het samenwerkingsverband vaker aan dat de aanpak is opgenomen in meerjarige beleidsplannen (26% vs. 20%) en dat er meerjarige samenwerkingsafspraken zijn met aanbieders uit het medisch domein en het sociaal domein (18% vs. 6%).

Gemeenten die het samenwerkingsverband nog niet hebben uitgebreid met professionals uit het sociaal domein, hebben hier vooral het volgende voor nodig^d: tijd van professionals (50%), vergoeding voor professionals (50%), voldoende personeel (26%)

^d Percentages tellen niet op tot 100%, er konden meerdere antwoordopties worden aangevinkt.

en een lokale projectleider^e (18%). Uit de open vraag naar wat zij nodig hebben, komen dezelfde factoren naar voren. Aanvullend worden *draagvlak en motivatie van partners* en het *aanbieden van passend beweegaanbod en nazorg* genoemd als bevorderende factoren voor het verbreden van het samenwerkingsverband.

3.2 Inbedding van de GLI: factoren en strategieën van invloed

In deze sectie worden de resultaten van het verdiepende onderzoek beschreven in drie onderdelen, waarin respectievelijk de factoren en strategieën op lokaal, regionaal en landelijk niveau worden beschreven.

- A. Inbedding GLI: aansluiting bij de lokale context.
- B. Domeinoverstijgende samenwerking aan inbedding van de GLI.
- C. Inbedding GLI: ontwikkeling van programma naar keten- en netwerkaanpak.

Het is belangrijk om te weten dat de factoren en strategieën weliswaar beschreven zijn op landelijk, regionaal en lokaal niveau, maar dat dit in de praktijk echter niet zo duidelijk afgebakend is. Goede inbedding van de GLI is een complex samenspel tussen factoren op verschillende niveaus. Waar deze niveaus elkaar duidelijk beïnvloeden, is dit beschreven in de tekst. Ook als dit niet expliciet is beschreven, geldt echter dat een factor samenhangt met andere factoren en niet los van deze context kan worden gezien.

Centrale boodschap

Er is niet één manier om de GLI stevig in te bedden bij alle gemeenten.

Succesvolle inbedding vraagt om aansluiting bij de lokale context en het betrekken van professionals uit het medisch en het sociaal domein en inwoners. Zo kan landelijk beleid op maat vertaald worden naar regionale samenwerkingsafspraken en lokale uitvoering.

A Inbedding GLI: aansluiting bij de lokale context

Factoren en strategieën op lokaal niveau

Beelden over inbedding

Het GALA spreekt van 'inbedding van de GLI'. Gemeenten brachten bij het bespreken van de inbedding de volgende twee elementen consequent in: 1. De samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein en 2. Voldoende passend aanbod voor inwoners. Naast deze overeenkomsten was opvallend dat niet iedere gemeente hetzelfde verstaat onder 'inbedding'. Voor de één betekent goede inbedding dat er voldoende doorverwijzingen naar de GLI zijn vanuit de huisarts, of dat deelnemers na het volgen van de GLI doorstromen naar lokaal sport- en beweegaanbod. In andere gemeenten wordt goede inbedding breed gezien, bijvoorbeeld door een brede uitvraag van wat er speelt bij een inwoner in een netwerkaanpak of bij een leefstijlloket. De GLI is in dat geval één van de (vele) verwijsmogelijkheden.

De inbedding van de GLI moet uiteindelijk lokaal vorm krijgen. Landelijke kaders en regionale afspraken spelen een grote rol bij de inrichting van de keten- of netwerkaanpak en worden in onderdeel B en C besproken. In deze sectie zoomen we in op factoren die volgens gemeenten een rol spelen bij de inbedding in de lokale context. Goede aansluiting bij deze lokale context is essentieel. Andere aandachtspunten zijn de rol en het belang van een lokale projectleider, de centrale zorgcoördinator, een breed en

^e In de GALA-vragenlijst is dit 'Gemeentelijk coördinator/projectleider'. In dit rapport gebruiken we 'lokale projectleider' voor deze rol, voor een onderscheid met de rol 'centrale zorgcoördinator'.

passend GLI-aanbod en het betrekken van inwoners. Deze elementen worden hier in meer detail beschreven.

Variatie tussen gemeenten: welke factoren zijn van invloed?

Bij de start van de groepsgesprekken vroegen wij deelnemers een rapportcijfer te geven voor de mate van inbedding van de GLI in hun gemeente(n). Vervolgens lichtten zij dit cijfer toe: welke elementen zijn aanwezig, wat is er nog niet gerealiseerd? Hierbij vielen de grote verschillen tussen gemeenten op. De rapportcijfers varieerden tussen onvoldoende, voldoende, ruim voldoende of zelfs goed. Regiocoördinatoren gaven aan dat er ook vaak grote verschillen tussen gemeenten *binnen* een regio zijn. Zij gaven bijvoorbeeld een range aan rapportcijfers (zoals: tussen een 5 en een 9).

Diverse factoren spelen volgens de deelnemers aan de groepsgesprekken een rol bij de verschillen tussen gemeenten. De *grootte van de gemeente* is van belang, omdat grote gemeenten veelal meer (*financiële*) *ruimte en capaciteit* hebben om in te spelen op nieuwe opgaven en subsidiemogelijkheden zoals die van ZonMw te benutten. Diverse gemeenten gaven aan dat het onduidelijk is *welke rol* zij precies hebben bij de inbedding van de GLI en hoe ze die rol invulling moeten geven ('wanneer doe je het goed'). Niet bij alle gemeenten wordt de *urgentie* gevoeld om met overgewicht en obesitas aan de slag te gaan, bijvoorbeeld omdat er veel opgaven op het bord van de gemeente liggen en zij overgewicht en de GLI meer zien als een probleem dat vanuit de zorg moet worden aangepakt. Als een *bestuurder* hier wel *enthousiast* voor is, of als een lokale *ambassadeur of projectleider* anderen weet te motiveren, helpt dit enorm om stappen te zetten in verdere inbedding. Een andere factor is de aanwezigheid van een ziekenhuis of gezondheidscentrum met een *leefstijlloket* in de gemeente, omdat daar vaak een breed gesprek wordt gevoerd en vanuit daar naar diverse activiteiten uit het medisch en het sociaal domein wordt doorverwezen. Ten slotte gaven gemeenten waarin ruimte was voor (*kleinschalige*) *experimenten* aan hier voordeel van te hebben: doordat zij de opgedane ervaring op een *geschikt moment* konden inbrengen in het beleidsproces, bijvoorbeeld bij het opstellen van de lokale gezondheidsnota, konden zij mooie stappen zetten om de inbedding van de GLI te borgen.

De lokale context

Veel landelijke afspraken en ambities moeten uiteindelijk lokaal worden uitgevoerd. Door verschillen in onder andere de kenmerken van inwoners en het beleid dat een gemeente voert, is elke gemeente anders. Dat betekent dat voor inbedding van de GLI *lokaal maatwerk* nodig is: wat is er al, hoe kun je daarbij aansluiten, welke netwerken bestaan er, wie kennen elkaar en werken samen? Bij domeinoverstijgend samenwerken (zie 3.2B) schrijven we over de meerwaarde van *enthousiaste ambassadeurs*: dit zijn op lokaal niveau veelal bekende gezichten met een actieve rol in het lokale netwerk.

Gemeenten die kunnen voortbouwen op *succesvolle bestaande aanpakken of netwerken* kunnen de inbedding van de GLI sneller of met minder moeite versterken. In de groepsinterviews werd bijvoorbeeld genoemd dat een gemeente al een goedlopend netwerk had rond de ketenaanpak Kind naar Gezond Gewicht, waarop met grotendeels dezelfde professionals kon worden voortgebouwd aan een aanpak voor volwassenen. In andere gemeenten wordt de verbinding tussen de GLI en Welzijn op Recept gemaakt: een (gezamenlijke) brede uitvraag vormt dan de basis voor doorverwijzing naar aanbod uit het sociaal en het medisch domein. Dat de welzijnscoaches soms ook fysiek naast de POH bij de huisarts te vinden zijn, vergemakkelijkt deze samenwerking.

Ook het *leefstijlloket* werd veel genoemd als succesfactor voor de lokale inbedding van de GLI. Doordat deze loketten in steeds meer ziekenhuizen en gezondheidscentra hun plaats vinden, en een brede uitvraag van wat er speelt bij een inwoner vaak al onderdeel is van de werkwijze van deze loketten, kan de GLI hier makkelijk aansluiting bij vinden. Het bestaande netwerk rond de GLI en de aanpak van het leefstijlloket versterken elkaar.

Rol en belang van een lokale projectleider

Gemeenten waarin een goede lokale projectleider actief is, gaven een hoger rapportcijfer voor de mate van inbedding van de GLI. Deze projectleider geeft uitvoering aan de gemaakte samenwerkingsafspraken, fungeert als vraagbaak voor professionals en organiseert de verbinding tussen professionals in het netwerk. Deze persoon speelt een sleutelrol in de communicatie en voortgang van de keten of het netwerk.^{12,15} Wanneer deze persoon ook een andere rol vervult – zoals buurtsportcoach of beleidsadviseur – kan dit ook weer domeinoverstijgende samenwerking bevorderen.¹² In 22% van de gemeenten is er echter geen projectleider of ander aanspreekpunt voor leefstijlcoaches.¹²

Daarnaast vormt deze projectleider een belangrijke schakel naar de regio en naar landelijke ontwikkelingen. Door regionaal of landelijk actief te zijn, kunnen deze projectleiders ervaringen uitwisselen en doen zij nieuwe inzichten en inspiratie op die ze weer meenemen naar het lokale veld.

De rol van de centrale zorgcoördinator

De rol, positionering en financiering van de centrale zorgcoördinator is een ander vraagstuk waar landelijke ontwikkelingen, regionale afspraken en lokale uitvoeringsmogelijkheden bij elkaar komen. In het basismodel van de netwerkaanpak van PON wordt de rol van de centrale zorgcoördinator (CZC) omschreven als ‘cruciaal’, vanwege zijn of haar verbindende rol tussen de persoon met overgewicht, zijn of haar sociale omgeving en relevante professionals uit medisch en sociaal domein.⁹

Deze rol kan door een professional uit het netwerk ingevuld worden. Op dit moment is hier nog onduidelijkheid over: professionals nemen de rol van CZC soms op zich, maar vrijwel altijd naast hun andere werkzaamheden. Op die manier hebben zij niet altijd de *tijd, prioriteit* en *motivatie* om deze rol goed in te vullen. De literatuur laat zien dat een *gebrek aan prioriteit* en *beperkte capaciteit* de inbedding kan belemmeren.¹¹ Zo is er een voorbeeld van professionals die aangeven moeite te hebben met de extra taken zonder de extra uren.⁸

Bij de aanpak Kind naar Gezond Gewicht is de vergoeding van de vergelijkbare rol van de centrale zorgverlener gekoppeld aan het volgen van een GLI-programma^f. Voor de GLI voor volwassenen zijn deze kaders nog in ontwikkeling. De financiering van een CZC is daarom een puzzel voor gemeenten die uitvoering willen geven aan de netwerkaanpak van PON. Belangrijke lessen van gemeenten die al op deze manier werken, is om *goed aan te sluiten bij de professionals die al betrokken zijn, helderheid over de rol en verantwoordelijkheid* van de CZC te scheppen en *geen nieuwe functies* te creëren. Passende afspraken over beschikbare tijd, financiering en verantwoordelijkheden zorgen ervoor dat een professional op een goede manier uitvoering kan geven aan de rol van de CZC, en dit niet ziet als ‘iets voor erbij’ naast zijn of haar andere werkzaamheden.

^f Dit betekent dat als het kind (nog) geen GLI gaat doen, de uren van de CZV niet worden vergoed vanuit de Zvw. De gemeente neemt deze kosten dan meestal op zich, maar niet overal.

Opvallend is dat de rol van de CZC in verschillende gemeenten bij andere professionals wordt belegd: waar de ene gemeente een medische achtergrond voor een CZC belangrijk vindt, kiest een andere gemeente juist met overtuiging voor een welzijnsprofessional voor de invulling van deze rol.

Breed en passend GLI-aanbod

Vrijwel alle gemeenten noemden een *breed en passend GLI-aanbod* in hun onderbouwing van de mate van inbedding in hun eigen gemeente. Waar in sommige gemeenten eerder nog een enkele GLI werd aangeboden, is dit aanbod inmiddels diverser, al blijven kleinere gemeenten hierin soms wat achter.¹² Een meer divers aanbod is positief: niet elke GLI past bij iedere inwoner. Door een breder aanbod voor inwoners is er meer ruimte voor maatwerk is de verwachting dat de uitval vermindert.¹⁶ De focus op leefstijlverandering zorgt er voor dat onderliggende sociaalmaatschappelijke problemen onderbelicht kunnen blijven.^{7,8} Voor een effectieve aanpak is er ruimte nodig voor *maatwerk*, afgestemd op het bewustwordingsproces en de context van de GLI-deelnemer.^{7,8}

Gemeenten hebben autonomie in de keuzes voor interventies en kunnen zo lokaal maatwerk realiseren.⁸ Er zijn gemeenten waar geëxperimenteerd wordt met *ondersteunend aanbod* naast of voorafgaand aan de GLI. Bijvoorbeeld met laagdrempelig beweegaanbod voor groepen waarvoor een GLI te intensief lijkt, of met websites voor inwoners om passend aanbod te kiezen. Andere gemeenten kiezen voor interventies als Voel Je Goed (gericht op taal- en gezondheidsvaardigheden) om doelgroepen te bereiken waarvoor een GLI op dit moment nog niet passend is, maar op termijn wel een goede optie kan zijn. Nog enkele ontwikkelingen waar gemeenten mee bezig zijn, zijn de GLI+ voor mensen die meer ondersteuning nodig hebben bij het aanpassen van hun leefstijl dan de reguliere GLI kan bieden, of een online of digitaal GLI-programma voor specifieke doelgroepen. Een *overzicht van de bestaande interventies* ondersteunt het maken van passende keuzes.¹⁴

Bijna alle gemeenten die een GLI aanbieden, zetten acties in om de doorstroom naar het beweegaanbod te bevorderen, bijvoorbeeld door middel van beweegcoaches of met informele beweeglessen.¹² De succesfactoren hierbij zijn regelmatige contactmomenten en een persoonlijke benadering. Bestaande beweegprogramma's sluiten niet altijd goed aan op de GLI en zijn vaak tijdelijk. Dat belemmert de inbedding van de GLI.¹² Het blijft een uitdaging om kwetsbare doelgroepen te bereiken om deel te nemen aan het aanbod. Vaak is er niet voldoende laagdrempelig en passend vervolg- of beweegaanbod beschikbaar.

Betrekken van inwoners

Waar de GLI en de ketenaanpakken tot dusverre vooral bij beleidsmakers en professionals bekend waren, betreft een aantal gemeenten hier recent ook de inwoners erbij. Een onderzoek van een GGD (*GGD NOG, nog niet gepubliceerd*) leerde dat de GLI bij veel inwoners nog onbekend is, ook als zij aan criteria voor deelname aan een GLI voldoen. Soms vonden ze dat prima ('geen interesse'), maar anderen waren geïnteresseerd en wilden graag meer weten. Gemeenten zetten communicatieactiviteiten in om de bekendheid van de GLI onder inwoners te vergroten. Voor het succesvol leveren van maatwerk en goede aansluiting van het aanbod bij de behoeften van de inwoners, het 'breed en passend GLI-aanbod' van hierboven, is betrokkenheid van inwoners essentieel.

Strategieën – Inbedding van de GLI op lokaal niveau	
Sluit aan bij de lokale situatie en bestaande structuren. Er is niet één aanpak die overal werkt. De sleutel ligt in een goede vertaling van landelijke en regionale ambities naar de lokale context en inwoners. - Analyseer goed wat lokaal al aanwezig is aan aanbod, netwerken, coördinatie en samenwerkingsstructuren (zoals wijkteams of lokale zorg-netwerken) om de inbedding van de GLI te versterken. - Sluit aan bij de lokale beleidsprocessen: met goede timing kunnen pilots of experimenten worden ingebed in het lokale beleid, bijv. de gezondheidsnota. - Een breed aanbod aan GLI's en andere ondersteuning zorgt er voor dat maatwerk geboden kan worden aansluitend bij de vraag en behoefte van inwoners. - Vermijd te sterke focus op één belemmerende factor: bouw verder op de bestaande succesvolle structuren. - Kijk waar samenwerking of gezamenlijke verwijsstructuren met andere ketenaanpakken mogelijk zijn, bijvoorbeeld Kind naar Gezonder Gewicht en Welzijn op Recept.	Stimuleer lokale samenwerking en enthousiasme. De kracht van de GLI ligt in het netwerk van professionals die elkaar weten te vinden en zorgen voor aansluiting bij de behoefte van de inwoners. - Investeer in relaties met leefstijlcoaches, welzijnscoaches en, cruciaal, huisartsen en POH's. - Versterk de samenwerking het medisch en het sociaal domein via gezamenlijke netwerkbijeenkomsten en wijkcoördinatie. - Betrek waar mogelijk ziekenhuizen, leefstijlloketten en regionale zorgpartners bij de lokale keten. - Werk met lokale ambassadeurs: mensen die enthousiast zijn over de GLI en dit actief uitdragen. - Betrek inwoners bij de GLI voor het bereiken van de doelgroep en het goed aansluiten van het aanbod bij hun behoeften. - Zorg dat gezondheid en leefstijl regelmatig zichtbaar zijn en blijven binnen lokale beleids- en overlegstructuren.

B Domeinoverstijgende samenwerking aan inbedding van de GLI

Factoren en strategieën op regionaal niveau

Voor het goed inbedden van de GLI is samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein een belangrijke voorwaarde. Dit werd door alle gemeenten naar voren gebracht in de interviews. Die samenwerking is echter complex: zowel landelijke, regionale als lokale partijen spelen een rol. In de gesprekken werden diverse organisaties en professionals genoemd. Op landelijk niveau worden afspraken gemaakt tussen partijen als VWS, VNG, GGD GHOR en ZN, in akkoorden zoals het GALA en het AZWA. Op regionaal niveau zijn bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, de zorggroep, de GGD en (samenwerkende) gemeente(n) betrokken, en op lokaal niveau zijn er afspraken tussen de gemeente en uitvoerend professionals. Daarnaast zijn er ook nog 'verticale' afspraken per beroepsgroep: afspraken tussen een uitvoerend professional, zijn of haar regionale koepelorganisatie en een landelijk opererende beroepsvereniging.

Regionale samenwerking als schakel tussen landelijk en lokaal

De inspanningen op de verschillende niveaus staan niet los van elkaar. Goede samenwerking tussen het regionale en lokale niveau kan een sterke impuls vormen voor de landelijke ambities rond de inbedding van de GLI. *Tempoverschillen* tussen het landelijke, regionale en lokale niveau bemoeilijken juist de voortgang.^{10,13} Gemeenten geven bijvoorbeeld aan dat *helder landelijk beleid* en *goede regionale governance* voorwaarden zijn om *lokaal* echt vooruit te kunnen. Een lokale projectleider krijgt dan bijvoorbeeld een duidelijke en haalbare opdracht. Een ander voorbeeld is het

regionaal aanbieden van scholing: als professionals uit verschillende domeinen hieraan deelnemen, helpt dit bij het omgaan met *cultuurverschillen tussen domeinen* en bevordert dit goede lokale samenwerking. Ook verbetering van de infrastructuur door het gebruik van *uniforme protocollen en dezelfde digitale tools (systemen)* faciliteren doorverwijzing en goede terugkoppeling over de voortgang van deelnemers aan de GLI. Dit wordt bevestigd in de literatuur waarbij is aangegeven dat zonder *goede ICT-koppelingen en afspraken over privacy en informatie-uitwisseling* de doorverwijzing naar passende hulp stagneert, vooral wanneer er meerdere domeinen bij betrokken zijn.⁷ In enkele regio's werden *netwerkbijeenkomsten* georganiseerd om aan dit soort vraagstukken te werken.

Samenwerken kost tijd en vraagt om inzet en continuïteit

In het algemeen geldt dat domeinoverstijgende samenwerking vraagt om *tijd*: het opbouwen van een samenwerkingsverband kost tijd en moeite, net als het onderhouden, borgen en uitbouwen van zo'n netwerk. Uit de GALA-monitor⁶ bleek ook dat gemeenten die verder zijn met de inrichting van de ketenaanpak GLI gemiddeld wat eerder zijn gestart dan andere gemeenten. Gemeenten vinden het belangrijk om een betrouwbare partner te zijn. Dat de financiering vanuit de GALA/SPUK-middelen afloopt aan het eind van 2025 werd genoemd als grote barrière (zie ook '*Landelijke kaders: duidelijke opdracht & financiële middelen*' op pagina 11).

Zowel in de regio als lokaal en landelijk zijn er ook andere uitdagingen voor goede, duurzame samenwerking. *Personeelstekorten* bij uitvoerders of gemeenten spelen een rol, en ook *wisselingen in functies* of verantwoordelijkheden zorgen voor belemmeringen en verlies van opgebouwde netwerken.^{7,12} Taken van buurtsport- en beweegcoaches zijn regelmatig *niet goed verankerd in het beleid*, waardoor hun inzet ad hoc kan zijn.^{7,12} De zorgverzekeraars spelen ook een belangrijke rol. In sommige regio's loopt de *samenwerking met de zorgverzekeraars* soepel, op andere plekken kost het maken van samenwerkingsafspraken meer moeite. Uit de GALA-monitor bleek dat slechts 43 gemeenten die zijn gestart met de inrichting van de ketenaanpak samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar hebben gemaakt (19%).

Rollen en taakverdeling

Een *gedeelde visie en betrokkenheid* van alle ketenpartners (gemeente, zorgverzekeraar, zorg- en sociaal domein) dragen bij aan een goede inbedding. Goede samenwerking is geholpen bij *heldere kaders, duidelijke rollen en draagvlak*; het *ontbreken van samenwerkingsafspraken* is een belemmerende factor. In de regio Achterhoek wordt bijvoorbeeld een regionaal [stroomschema](#) gebruikt dat de basis vormt voor lokale samenwerkingsafspraken. De literatuur bevestigt dat de samenwerking tussen de ketenpartners kan worden bevorderd met *duidelijke taakverdelingen, een gedeelde langetermijnvisie, betrokkenheid van lokale partners* en *korte communicatielijnen*.^{13,15,17} De aanwezigheid van een *lokale projectleider* die als taak heeft het netwerk op te zetten en te beheren en uitvoering geeft aan de gemaakte afspraken blijkt van groot belang (meer informatie onder '*Rol en belang van een lokale projectleider*' op pagina 7).

Draagvlak

Vanwege de vele schakels die bijdragen aan goede, domeinoverstijgende samenwerking, is het creëren en behouden van draagvlak bij alle betrokken organisaties en professionals een uitdaging. Een *enthousiaste, lokale ambassadeur*, zoals een wethouder of arts, kan daarin een enorm verschil maken. Uit de documentenanalyse blijkt het belang van *bestuurlijk draagvlak* bij de gemeentelijke organisatie en haar partners voor een succesvolle GLI-inbedding. Het gaat dan over zowel *prioriteit* als *daadkracht* op

beleidsniveau.^{9,13} Duidelijke communicatie, het vieren van successen, het inzetten van ambassadeurs en het delen van ervaringsverhalen zijn goede manieren om de partners betrokken te houden en meer draagvlak te creëren.^{11,13}

Strategieën – Domeinoverstijgende samenwerking	
Een goed functionerende lokale projectleider is cruciaal voor het verbinden van partijen en voor het vertalen van beleid en afspraken naar uitvoering. • Kies een projectleider met kennis van de lokale context én gevoel voor (regionale) samenwerking. • Stimuleer in de regio uitwisseling tussen lokale projectleiders om van elkaars ervaringen en werkwijzen te leren. • Bied kleine gemeenten gerichte ondersteuning en meedenkkraft zodat zij haakjes kunnen vinden met bestaand beleid (bijv. middels regionale netwerkregisseurs). • Deel succesverhalen tussen gemeenten om inspiratie te bieden en vertrouwen te vergroten.	Voor succesvolle samenwerking is het belangrijk om heldere afspraken te maken over rollen en verantwoordelijkheden. Duidelijkheid voorkomt ruis in de samenwerking. • Stel samen concrete afspraken op over ieders rol, verantwoordelijkheden en communicatielijnen. • Biedt regionale scholing aan voor professionals uit zowel medisch als sociaal domein en zorg voor uniformiteit in gebruik van tools en systemen. • Zorg voor landelijke kaders voor de centrale zorgcoördinator, zodat regionale samenwerkingsverbanden en gemeenten een basis hebben voor het maken van lokale afspraken. • Gebruik visuele hulpmiddelen zoals stroomschema's om de keten inzichtelijk te maken.

C Inbedding GLI: ontwikkeling van programma naar keten- en netwerkaanpak **Factoren en strategieën op landelijk niveau**

Landelijke kaders: veelheid van beleid

Gemeenten ervaren dat er een veelheid aan opgaven bij hen wordt belegd. De overlap van en gebrekkige afstemming tussen deze opgaven zorgen voor verwarring bij lokale partijen.¹² Dat is bijvoorbeeld te zien bij de vijf ketenaanpakken: deze zijn als losse opgaven bij gemeenten neergelegd, terwijl samenwerking tussen het medisch- en sociaal domein voor al deze opgaven van belang is. Lokaal bestaat daarom de wens om deze te integreren waar mogelijk, om zo de uitvoering behapbaar te houden voor alle betrokkenen. Sommige gemeenten combineren de aanpak voor overgewicht en obesitas bij volwassenen met andere ketenaanpakken, zoals sociaal verwijzen of kind naar gezond gewicht. Daarvoor moeten zij lokaal een aanpak ontwikkelen: landelijke ondersteuning ervaren gemeenten hierin nog als (te) verkokerd.

Landelijke kaders: duidelijke opdracht & financiële middelen

Gemeenten hebben behoefte aan een duidelijke opdracht en passende financiële middelen voor de uitvoering daarvan. Een gebrek aan duidelijkheid in de landelijke kaders zorgt voor obstakels in de uitvoering. Heldere financiële afspraken kunnen de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein versterken, maar de complexiteit, onzekerheid over de middelen en het ontbreken van standaardisatie werken belemmerend.^{7,17} Duidelijkheid over (structurele) financiering voor de GLI is voor sommige gemeenten een voorwaarde om verder te gaan met (het inbedden van) de GLI. Op het moment waarop de groepsinterviews werden gehouden, in september en oktober 2025, wisten gemeenten nog niet of zij in 2026 nog over financiële middelen voor inbedding van de GLI zouden beschikken. Een illustratie van deze afwachtende houding

van gemeenten is te vinden in het aanwijzen van een centrale zorgcoördinator: in slechts 12% van de gemeenten is afgesproken welke professional deze rol op zich neemt, en in maar een fractie van de gemeenten (7 van de 229; 2%) is deze rol structureel financieel geborgd. De ondertekening van het AZWA gedurende dit onderzoek wordt gezien als mogelijkheid om met elkaar door te gaan op de ingezette weg, al was het voor gemeenten nog onduidelijk wat het AZWA precies voor hen gaat betekenen.

Landelijke uitwisseling en ondersteuning

Het delen van praktijkverhalen, successen en best practices over implementatie via leernetwerken werkt bevorderend: gemeenten leren van elkaar en het benadrukt het belang van de GLI.^{13,15,17} Landelijke handreikingen worden door gemeenten echter niet altijd ervaren als toepasbaar op hun eigen lokale context^{10,13}, hoewel er in de groepsgesprekken ook gemeenten aangaven dat zij enthousiast zijn over deze producten.

Strategieën – Inbedding van de GLI in een keten- of netwerkaanpak	
Verbind de GLI aan bredere maatschappelijke opgaven en bied landelijke (financiële) kaders. • Positioneer de GLI als onderdeel van een breder verhaal van preventie, positieve gezondheid en transformatie in het sociaal domein. • Breng ook landelijk samenhang aan in de opgaven die bij gemeenten worden belegd. Bijvoorbeeld door het verbinden van (ondersteuning bij) de ketenaanpakken. • Zorg voor heldere landelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden ('wanneer doe je het goed'). Dit faciliteert goede regionale en lokale uitvoeringsafspraken. • Kijk wat mogelijk is om structurele financiering te realiseren, zodat gemeenten hun rol bij de inbedding van de GLI betrouwbaar en duurzaam kunnen vervullen.	Benut landelijke kennis en communicatie, om tijd te besparen en kwaliteit te waarborgen. • Maak gebruik van de communicatie en richtlijnen van PON en andere landelijke ondersteuningsorganisaties. • Deel op landelijk niveau goede voorbeelden van lokale uitwerkingen voor positieve inspiratie: 'zo kan het' en zorg voor concrete tools en ondersteuning 'zo doe je dat'. • Zorg dat er op lokaal en regionaal niveau landelijke ontwikkelingen en implementatietips worden gedeeld en besproken in netwerken of werkgroepen. • Stimuleer deelname aan landelijke netwerken en kennisuitwisseling, zodat de gemeenten kunnen leren van elkaars praktijkervaringen.

4. Beschouwing en conclusie

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een tweejarig programma waarin mensen met overgewicht en obesitas aan duurzame gedragsverandering en een gezonde leefstijl werken. In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) zijn afspraken gemaakt over de ketenaanpak GLI, waarbij de focus ligt op het goed inbedden van een GLI in een gemeente. In dit verdiepende onderzoek is onderzocht welke factoren en strategieën bijdragen aan een succesvolle inbedding van de GLI in een lokale aanpak.

Reflectie op de methoden

Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens afkomstig uit verschillende bronnen: de rapportage van de GALA-monitor, een documentanalyse en groepsinterviews. In een dialoogsessie zijn de bevindingen getoetst.

De afzonderlijke bronnen, zoals de documentanalyse en de groepsinterviews, waren beperkt in omvang. Toch schatten we in dat we veel factoren in kaart hebben kunnen brengen die van invloed zijn op goede inbedding van de GLI: uit de verschillende bronnen kwamen vergelijkbare factoren naar voren. Ook in de dialoogsessie waarin de bevindingen werden getoetst bij andere betrokkenen bij de GLI, kwamen geen nieuwe factoren of strategieën naar voren. Tegelijkertijd zijn er mogelijk perspectieven gemist van bepaalde groepen of gemeenten (bijvoorbeeld GLI-uitvoerders of gemeenten die niet actief inzetten op de GLI).

Reflectie op de resultaten

Ten behoeve van deze rapportage zijn de bevindingen in drie delen beschreven: de lokale context, domeinoverstijgend samenwerken en landelijke ambities ten aanzien van de inbedding van de GLI. In de praktijk staan deze elementen en de factoren die er beschreven staan in sterke verbinding met elkaar. Het inbedden van de GLI is een complex geheel waarin diverse factoren samenhangen.

Er is niet één manier om de GLI goed in te bedden bij alle gemeenten.

Gemeenten verschillen van elkaar in diverse opzichten: als het gaat om het bestaande aanbod vanuit het medisch en sociaal domein, om de betrokken professionals, de inwoners, de rol die de gemeente vervult in preventie, de wijze waarop regionaal wordt samengewerkt, het enthousiasme van de bestuurders, et cetera. Goede inbedding vraagt om aansluiting bij die lokale context en de behoeften van inwoners. De factoren die zijn opgehaald in dit onderzoek worden breed herkend en zijn vrij algemeen geldend. De strategieën die ingezet kunnen worden om in te spelen op deze factoren, zijn meer divers en talrijker, omdat deze in de lokale context moeten passen.

Sluit aan bij de lokale situatie, bestaande structuren en samenwerking tussen professionals en betrek inwoners bij de GLI.

Lokaal is er al heel veel. Het is belangrijk daar te beginnen: welk aanbod is er, welke partijen zijn actief en werken samen, wie zijn enthousiast over de GLI, wat loopt goed vanuit het sociaal domein, et cetera. Op die manier kan de GLI goed ingebed worden in bestaande structuren. Goede relaties met professionals zijn belangrijk. Ook enthousiaste lokale ambassadeurs kunnen een grote rol spelen bij agendering en uitrol. Het betrekken van inwoners zorgt voor breed draagvlak en passend aanbod. Een breed aanbod zorgt

ervoor dat maatwerk kan worden geleverd: er kan worden aangesloten bij de behoeften van meer inwoners. Dat kan ook breder dan de GLI, bijvoorbeeld door samen te werken met een leefstijlloket of Welzijn op recept en hier meerdere thema's in te betrekken.

Domeinoverstijgende samenwerking vraagt om heldere rollen en verantwoordelijkheden. Een lokale projectleider is essentieel.

Inbedding van de GLI kan niet zonder netwerksamenwerking, over domeinen heen, zowel lokaal als op regionaal niveau. Concrete afspraken over rollen, verantwoordelijkheden en communicatie zijn belangrijk. Een lokale projectleider die zorgt voor het maken van goede afspraken en hier uitvoering aan geeft, is essentieel. Het uitwisselen van ervaringen en succesverhalen zorgt ervoor dat met elkaar geleerd kan worden: dat geldt voor projectleiders, maar ook voor professionals uit het medisch en sociaal domein die bijvoorbeeld samen een training kunnen volgen over de GLI.

Verbind de GLI aan bredere maatschappelijke opgaven en bied hiervoor landelijke kaders. Faciliteer toepassing in de lokale praktijk.

Inbedding van de GLI is één van de opgaven die gemeenten hebben in de transformatie van zorg naar gezondheid. Heldere positionering van de GLI in dit bredere verhaal helpt gemeenten om samenhangend beleid te kunnen voeren. Als op landelijk niveau duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden rond de GLI worden gemaakt, is voor gemeenten helder wat van hen verwacht wordt. Passende, structurele financiering is een belangrijke voorwaarde voor duurzame samenwerking – en dus inbedding. Het delen van goede voorbeelden inspireert gemeenten om op passende wijze goede invulling te geven aan hun lokale samenwerkingsafspraken.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat er niet één manier is om de GLI stevig in te bedden bij alle gemeenten. Succesvolle inbedding vraagt om aansluiting bij de lokale situatie en inwoners. De factoren en strategieën die in dit onderzoek zijn opgehaald kunnen gemeenten handvatten bieden bij het versterken van de lokale inbedding van de GLI. Daarnaast geeft dit regionale en landelijke partijen inzicht in wat zij kunnen doen om de lokale inbedding en samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein te faciliteren.

Referenties

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2025). *Gecombineerde leefstijlinterventie*. Loket gezond leven. Geraadpleegd op 22-08-2025 via <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie>
2. M. Oosterhoff et al. (2024). Jaarrapportage monitor Gecombineerde leefstijl interventie (GLI). RIVM-rapport 2024-0166. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2025). *Gecombineerde leefstijlinterventie | Kaartje aanbod gecombineerde leefstijlinterventies*. Loket gezond leven. Geraadpleegd op 22-08-2025 via <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie/kaartje-aanbod-GLI>
4. GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord. (2023). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Den Haag.
5. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). (2023). *Basismodel Netwerkaanpak Obesitas Volwassenen*.
6. P. Kemper et al. (2025). GALA-monitor 2025: Van ambitie naar actie. RIVM-rapport 2025-0062. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
7. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). (2024). *Leernetwerk notulen april 2024*
8. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). (2024). *Leernetwerk notulen maart 2024*
9. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). (2023). *Handreiking realisatie netwerkaanpak overgewicht*.
10. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). *Best practice Gemeente Den Bosch*.
11. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). *Best practice Gemeente Rotterdam*.
12. D. Smit & M. Heerschop (2025). De gecombineerde leefstijlinterventie in de gemeente. Factsheet 2025/36. Mulier Instituut, Utrecht.
13. GALA-vragenlijst. (2023). In *ZonMw – Geleerde lessen integrale implementatie GLI*. ZonMw.
14. Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij de ketenaanpak (GLI). (2024). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Den Haag.
15. F.G. Den Hartog-van den Esker et al. (2014). Alliances in the Dutch BeweegKuur lifestyle intervention. *Health Education Journal* (73/5).
16. M. Oosterhoff et al. (2025). Deelname en uitval bij de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Wie en Waarom? RIVM-rapport 2025-0085. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
17. GGD GHOR Nederland. (2025). *Kennis- en adviesrol GGD bij implementatie van ketenaanpakken*.