



Overgewicht en obesitas bij volwassenen

Handreiking voor het uitvoeren
van de basisfunctionaliteit

Inhoudsopgave

Over deze basisfunctionaliteit en deze handreiking	3
1 Aanleiding en doel	5
2 Doelgroep	7
3 De stappen in de ketenaanpak	8
4 Interventies en aanbod	12
5 Samenwerkingsafspraken tussen betrokken professionals	13
6 Organisatie en samenwerking	14
7 Financiën	16
8 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring	17
9 Kennisdeling	19
10 Inhoudelijke regionale uitwerking	21
Bijlage 1: Verbinding gezonde en sociale basisinfrastructuur	22
Bijlage 2: Van signaleren naar route bepalen (stap 1 en 2 in de ketenaanpak)	23
Bijlage 3: De aanpak in beeld: voorbeeld van een regionale aanpak	24

Meer informatie

Meer handreikingen voor basisfunctionaliteiten en informatie over de onderdelen D5 en D6 van het AZWA vind je op zorgakkoorden.nl/azwa.

Over deze basisfunctionaliteit en deze handreiking

Basisfunctionaliteiten in het AZWA

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt over inzet op zogenaamde 'basisfunctionaliteiten': een landelijk afgesproken, minimaal noodzakelijke functie op het snijvlak van zorg en sociaal domein en/of publieke gezondheid. De samenwerking vanuit de domeinen zorg, sociaal en publieke gezondheid is hierbij noodzakelijk.

Het doel van basisfunctionaliteiten is tweeledig:

1. Gezondheidsgelijkheid: vergroten van gelijke kansen op gezond leven en daartoe het verkleinen van gezondheidsverschillen.
2. Voorkomen van (zwaardere) zorg en ondersteuning: het beperken van de toestroom naar zorg en ondersteuning door het versterken van de samenwerking tussen het zorg-, sociaal en publiek gezondheidsdomein, met netto minder inzet (hetzij financieel, hetzij arbeidskracht in zorg, sociaal domein en publieke gezondheidsdomein).

De basisfunctionaliteiten in het AZWA omvatten ieder een ketenaanpak of netwerkaanpak, met in elk geval inzet van professionals gericht op het:

1. Opsporen en signaleren van kwetsbare omstandigheden (breder dan sec zorg)
2. Handelen: ondersteuning – en waar nodig zorg – bieden en/of dat bijschakelen om
3. (Zwaardere) zorg en ondersteuning te voorkomen.

De aanpak omvat ook de coördinatie op de bovenstaande onderdelen. Per basisfunctionaliteit zijn diverse interventies of activiteiten mogelijk – passend bij de context in de regio.

Basisfunctionaliteit ketenaanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen

Eén van de basisfunctionaliteiten is de ketenaanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen.

Voor een adequate signalering en aanpak van overgewicht (en het terugdringen van het daarmee gepaard gaande gezondheidsrisico) is samenwerking tussen professionals in het zorg- en sociaal domein van groot belang. De ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen valt binnen het AZWA-leeftijdgebied 'Leefstijl' en hangt samen met de basisfunctionaliteiten 'Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen' en 'Sociaal verwijzen'.

Doel en totstandkoming van deze handreiking

Deze handreiking is de opvolger van de '*Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij de ketenaanpak Gecombineerde Leefstijl interventie (GLI)*' (uit 2023). In die eerste handreiking lag het accent op de Gecombineerde Leefstijlinterventie als onderdeel van de aanpak van overgewicht en obesitas. Deze AZWA-handreiking bevat verbreding en verdieping op o.a. de samenwerking in het sociaal domein en samenwerking tussen sociaal domein en zorgdomein.

Zoals afgesproken in het AZWA beschrijft deze handreiking welke rollen, taken en verantwoordelijkheden de betrokken partijen hebben. De handreiking maakt duidelijk wat alle partijen moeten doen.

Deze AZWA-handreiking is opgesteld door de VNG, GGD-GHOR, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en het ministerie van VWS. Andere stakeholders hebben hierop meegelezen en input geleverd.

Afbakening van deze basisfunctionaliteit

• Deze basisfunctionaliteit en het basismodel netwerkaanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen

Een belangrijk vertrekpunt voor de uitwerking van deze basisfunctionaliteit is het in 2023 verschenen '[Basismodel Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas](#)'. Qua scope en ontwikkelstadium vallen het basismodel en de basisfunctionaliteit niet geheel samen. Enkele overeenkomsten en verschillen:

- Het basismodel netwerkaanpak betreft 0e (sociaal domein), 1e, 2e en 3e lijn. De huidige basisfunctionaliteit betreft **alleen het deel 0e t/m 1e lijn**.
- Sommige elementen uit het basismodel worden (ook) uitgewerkt en geïmplementeerd via richtlijnen en zorgstandaarden. Dit valt buiten de invloedssfeer van deze basisfunctionaliteit, maar draagt in de praktijk bij aan de verdere ontwikkeling van de aanpak van overgewicht en obesitas.
- In de basisfunctionaliteit wordt gesproken van een **ketenaanpak**, in het basismodel van een **netwerkaanpak**. Ongeacht de benaming gaat het om optimale samenwerking tussen relevante professionals, waarbij de persoon met overgewicht centraal staat. Qua werkwijze bedoelen we met ketenaanpak en netwerkaanpak in de praktijk dus hetzelfde. Om het onderscheid in scope te markeren, duiden we de AZWA-basisfunctionaliteit aan met de term 'Ketenaanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen'.
- **Centrale zorg coördinator**
Het basismodel geeft afstemming en samenwerking vorm via de centrale zorg coördinator. Voor structurele inzet en verankering in de praktijk is op dit punt nog nadere (beleidsmatige) uitwerking noodzakelijk. Daarom is de **inzet en uitvoering van deze specifieke rol nog geen onderdeel van deze handreiking**.

• Coördinatie in de keten: concept en beleidsmatige uitwerking

- Een samenhangende en op de persoon afgestemde aanpak is van belang bij personen met overgewicht. De betrokken professionals in sociaal en/of zorgdomein hebben hier een rol in, zowel binnen de domeinen als domeinoverstijgend.
- In de *domeinoverstijgende afstemming* kan een rol zoals de centrale zorg coördinator of een coördinator gezond gewicht een belangrijke rol spelen.
- De domeinoverstijgende rol vraagt qua invulling, positionering en randvoorwaarden nog uitwerking. Daar waar deze rol wordt benoemd in deze handreiking, is dit bedoeld als perspectief voor de toekomst.
- Vooruitlopend op deze landelijke uitwerking en randvoorwaarden, staat het partijen vrij om in de lokale context (en binnen bestaande wet- en regelgeving) invulling te geven aan de domeinoverstijgende rol, rekening houdend met draagvlak, capaciteit en beschikbare middelen.

Vervolgproces

- De opstellers hebben afgesproken dat deze handreiking een 'levend' document is. Periodiek wordt nagegaan of aanpassingen nodig zijn.
- Op het punt van **coördinatie** worden komende periode de volgende aspecten uitgewerkt:
 - Uitwerking/verfijning rol en taakhoud coördinatie (binnen en tussen domeinen);
 - Vaststellen competentieprofielen;
 - Aanwijzen welke professionals (gelet op competenties) in aanmerking komen voor het vervullen van de rol;
 - Bepalen waar de rol(len) belegd (kunnen) worden;
 - Bij domeinoverstijgende coördinatie (nu nog aangeduid als czc): vertaling naar taakhoud en bekostiging van bestaande professionals; Hierbij wordt ook meegewogen hoe zich dit verhoudt tot capaciteit;
 - Bepalen voor welke doelgroep welke rol wordt ingezet.

Deze vraagstukken worden in de hiervoor geëigende processen/tafels op landelijk niveau opgepakt en uitgewerkt. Na besluitvorming wordt dit aangevuld in een volgende versie van deze handreiking.

1 Aanleiding en doel

Aanleiding

Ruim de helft van de volwassen Nederlanders heeft overgewicht (BMI ≥ 25) en bijna 16% heeft ernstig overgewicht (BMI ≥ 30). De prognose is dat deze aantallen alleen nog maar verder toenemen. In het AZWA is de ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen opgenomen als een basisfunctionaliteit onder het leefgebied gezonde leefstijl. De implementatie van deze basisfunctionaliteit is essentieel om volwassenen met overgewicht¹ passende zorg en ondersteuning te bieden bij het bereiken van een gezond(er) gewicht. Overgewicht kan leiden tot vele chronische ziekten en daarmee tot een grotere zorgvraag. Inzetten op het verminderen van overgewicht kan de zorgvraag voorkomen of verminderen.

Overgewicht hangt veelal samen met een ongezonde leefstijl, zoals voeding, beweging en slaap. Maar ook andere factoren kunnen de oorzaak zijn of bijdragen aan het overgewicht. Denk hierbij aan sociale factoren zoals schuldenproblematiek of eenzaamheid en medische factoren zoals het gebruik van medicatie die een gewichtsverhogende bijwerking hebben, hormonale en/of genetische factoren of mentale problematiek. Het verminderen van overgewicht vraagt dus om een domeinoverstijgende aanpak. In de praktijk is echter vaak sprake van versnippering en onvoldoende aansluiting tussen interventies binnen zorg en sociaal domein. Hierdoor worden kansen op effectieve preventie en behandeling en duurzame gedragsverandering gemist. Het tijdig signaleren en goed in kaart brengen van de oorzaken van of bijdragende factoren aan overgewicht is essentieel. Op basis daarvan kan passende ondersteuning en/of zorg worden geboden op het juiste moment, de juiste plek en door de juiste professional. En kan zwaardere zorg in de toekomst worden voorkomen. Goede samenwerking tussen de professionals uit het zorg- en sociaal domein is om die reden noodzakelijk voor een goede aanpak van overgewicht. De voor overgewicht aanwezige relevante factoren zullen naast elkaar of na elkaar op de juiste wijze aangepakt moeten worden. Voor een gezonde leefstijl is het daarnaast essentieel dat de sociale basis op orde is en de leefomgeving gezond gedrag stimuleert.

Wat is de ketenaanpak volwassenen met overgewicht en obesitas?

De ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen is een domeinoverstijgende samenwerking gericht op volwassenen met overgewicht waar ook sociale factoren een rol spelen. De inzet van interventies is afgestemd op de situatie van de betreffende persoon, de ernst van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (hierna: GGR)² en de onderliggende medische, sociale en leefstijlfactoren. O.a. vanuit het GALA is door betrokken partijen de afgelopen jaren veel inzet geweest op de doorontwikkeling en implementatie van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI). De basisfunctionaliteit richt zich op verdieping en verbreding van de samenwerking in de keten. Deze handreiking biedt handvatten bij het inrichten en uitvoeren van de ketenaanpak en beschrijft de te nemen stappen voor verschillende betrokken partijen.

Doel van de aanpak

Het doel van de ketenaanpak is dat het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (GGR) afneemt en de kwaliteit van leven voor mensen toeneemt. De ambitie is dat er in 2030 voor elke volwassene met overgewicht en obesitas een passend en samenhangend zorg- en ondersteuningsaanbod is en hiervoor een sluitend netwerk in alle regio's is geïmplementeerd. Om het doel te bereiken is de aanpak ingericht als ketensamenwerking tussen partners uit zorg en sociaal domein, waarbij professionals uit beide domeinen goed met elkaar samenwerken, afstemmen en gericht doorgeleiden of doorverwijzen.

1 In deze handreiking spreken we over overgewicht, ook als het over obesitas gaat.

2 Uit definities obesitaszorg bij de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen: Het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (GGR) geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door BMI in combinatie met de aanwezigheid van een vergrote buikomvang, dan wel van reeds gediagnosticeerde comorbide aandoeningen. De ernstgraad van het GGR kent vier niveaus: licht verhoogd, matig verhoogd, sterk verhoogd en extreem verhoogd.

Meer generieke doelen zijn (gelijk aan de andere basisfunctionaliteiten in het AZWA):

1. Gezondheidsgelijkheid: vergroten van gelijke kansen op gezond leven en daartoe het verkleinen van gezondheidsverschillen.
2. Voorkomen van (zwaardere) zorg en ondersteuning: het beperken van de toestroom naar zorg en ondersteuning door het versterken van de samenwerking tussen het zorg-, sociaal en publiek gezondheidsdomein, met netto minder inzet (hetzij financieel, hetzij arbeidskracht in zorg, sociaal domein en publieke gezondheidsdomein).

Net als de andere basisfunctionaliteiten omvat deze ketenaanpak inzet van professionals gericht op het:

1. Opsporen en signaleren

Vroegtijdige signalering en bespreekbaar maken van overgewicht vindt plaats binnen zowel het zorgdomein als het sociaal domein, onder andere door welzijnsmedewerkers en zorgprofessionals zoals de huisarts en paramedici.

2. Handelen: ondersteunen – en waar nodig- zorg bieden

Wanneer meerdere aandachtspunten een rol spelen bij het overgewicht kan het nodig zijn om coördinatie in te zetten binnen het betreffende domein, of (indien relevant) domeinoverstijgend. Deze coördinator heeft kennis van, en houdt contact met, zowel het zorg- als sociaal domein (zie hoofdstuk 3, stap 2).

3. Voorkomen van (zwaardere) zorg

Door vroegtijdig signaleren, bespreken en handelen, neemt de kans op zwaardere problemen en escalaties af. Daardoor is minder zwaardere zorg en ondersteuning in de toekomst nodig. Dit leidt tot betere gezondheidsuitkomsten en betere kwaliteit van leven.

2 Doelgroep

De ketenaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas richt zich op volwassenen vanaf 18 jaar met overgewicht of obesitas. De aanpak is gericht op volwassenen met een gezondheidsrisico dat gewicht-gerelateerd is. Dat kan variëren van een licht verhoogd GGR tot een matig of zelfs sterk verhoogd GGR.³

In lijn met de hierboven genoemde AZWA-doelen en inzet van de basisfunctionaliteiten, is ook deze aanpak niet alleen, maar wel bij uitstek, gericht op personen waarbij ook kwetsbare omstandigheden spelen (of die om andere redenen niet automatisch de weg vinden naar passend aanbod of de ondersteuning), denk aan mensen met laaggeletterdheid en/of mensen met beperkte digitale vaardigheden en/of gezondheidsvaardigheden. Opsporen en vroegsignaleren is daarom een belangrijk element.

Het signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht kan plaatsvinden binnen zowel het zorg- als sociaal domein (zie ook hoofdstuk 3). Daarbij lopen eigen regie en het aansluiten bij wensen en behoeften van de persoon als een rode draad door de aanpak heen en dient dit verankerd te zijn in het handelen van betrokken professionals.

Gemeenten en zorgverzekeraars zorgen gezamenlijk voor inzicht in de omvang en kenmerken van de doelgroep in hun regio, onder meer op basis van regiobeelden en gegevens van de GGD. Dit inzicht vormt de basis voor een passende inrichting van het regionale en lokale aanbod. Afspraken hierover worden gemaakt in de regionale werkagenda samenwerking zorg-sociaal D5.

Ook bij kinderen (< 18 jaar) komen overgewicht en obesitas voor. Er is een aparte handreiking voor de ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen waarin staat beschreven hoe de hulp en ondersteuning voor deze doelgroep het beste kan worden ingericht. Soms vinden deze beide aanpakken elkaar in één gezin. Het is belangrijk dat daar een doorlopende lijn ontstaat. Meer informatie hierover is te vinden in de handreiking [De aanpak voor kinderen en die voor volwassenen in samenhang realiseren](#).

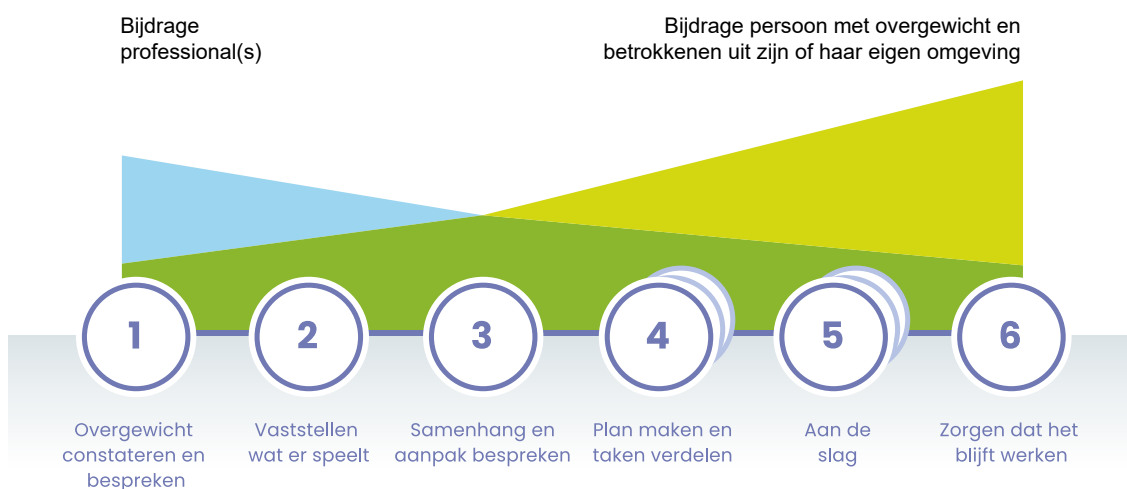
3 Het GGR wordt conform bestaande richtlijnen bepaald door een combinatie van BMI, buikomvang en gediagnosticeerde aandoeningen die met overgewicht samenhangen (comorbiditeiten).

3 De stappen in de ketenaanpak

Het basismodel netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas (PON, 2023) beschrijft zes processtappen. Dit sluit aan bij de stappen die onderdeel uitmaken van elke AZWA-basisfunctionaliteit, namelijk het *opsporen en signaleren*, het *passend handelen* en ervoor zorgen dat *zwaardere zorg wordt voorkomen*. In elke stap staat de regie van de persoon zelf centraal.

De zes stappen uit het basismodel (zie figuur 1):

1. Overgewicht signaleren en bespreekbaar maken
2. Inzichtelijk maken wat er speelt en route bepalen
3. Samenhang in aanpak bespreken
4. Plan maken en taken verdelen
5. Aan de slag
6. Zorgen dat het blijft werken



Figuur 1 De aanpak in zes stappen

Stap 1. Overgewicht signaleren en bespreekbaar maken

Het signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht kan plaatsvinden binnen zowel het zorg- als sociaal domein. De signalering dat er sprake is van overgewicht kan op verzoek van de persoon met overgewicht plaatsvinden, maar ook professionals kunnen dit initiëren, bijv. als er klachten spelen die een verband kunnen hebben met het overgewicht. Voorbeelden van professionals uit sociaal domein die hieronder vallen zijn wijkprofessionals, professionals in sport, cultuur en welzijnsactiviteiten, en gewichtsconsulenten. Voorbeelden van professionals uit het zorgdomein die hieronder vallen zijn huisartsen, praktijkondersteuners (POH), paramedici, apothekers, bedrijfsartsen en medisch specialisten. Professionals kunnen overgewicht signaleren via formele instrumenten, maar ook in het dagelijks contact ('met het blote oog') en bespreekbaar maken. Belangrijk hierin is om altijd eerst toestemming te vragen om het overgewicht te hebben als de betrokken persoon dit niet zelf initieert.

Tips om respectvol en oordeelvrij over dit gevoelige onderwerp te praten zijn te vinden op [Stappenplan behandeling - Behandelovergewicht.nl](https://www.behandelovergewicht.nl).

Stap 2. Inzicht verkrijgen en route bepalen (zie ook illustratie in bijlage 2)

Inzicht verkrijgen

Een eerste stap na het signaleren of vermoeden van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico, is het inzicht krijgen in de omvang van het risico (licht verhoogd, matig verhoogd) en de onderliggende problematiek. Dit geeft handvatten bij het bepalen welke ondersteuning gewenst is en welke route verder gevolgd kan worden.

Het is daarbij belangrijk (zowel voor de persoon zelf als voor de professional) om naast het gezondheidsrisico ook een compleet beeld te krijgen van de persoon en diens (leef)omgeving. Het gaat hierbij om de leefstijlfactoren, gezondheidsvaardigheden, motivatie, persoons- en omgevingskenmerken en andere relevante factoren in de lichamelijke en mentale gezondheid alsook het bredere welzijn van de persoon.

Gespreks- en screeningstools

Om goed in kaart te brengen wat er bij iemand speelt, zijn er verschillende hulpmiddelen beschikbaar. De tool [Checkoorzakenovergewicht.nl](https://www.checkoorzakenovergewicht.nl) geeft inzage in mogelijke oorzaken en bijdragende factoren van het overgewicht, via een gevalideerde vragenlijst. De betrokken persoon kan deze vragenlijst zelf invullen, met hulp van een persoon uit de eigen omgeving of van een professional uit sociaal domein of zorgdomein. Voor deze gesprekken zijn er ook gesprekstools beschikbaar die kunnen helpen bij het voeren van het goede gesprek, zoals Samen Beslissen, het Leefstijlroer of het positieve gezondheidsgesprek. Specifiek voor zorgprofessionals zijn er Zorgmodules gericht op alle leefstijlfactoren (voeding, beweging, etc.)

Route bepalen

Nadat inzichtelijk is wat er speelt, zijn er verschillende routes hoe professionals de persoon het beste kunnen helpen.

Voor professionals in het sociaal domein:

- Als er **geen aandachtspunten** blijken te zijn (dus niet op sociaal vlak én niet op medisch vlak), geeft de professional algemeen advies over een gezonde leefstijl. De basis van een gezonde leefstijl bestaat uit voedingsadviezen conform de Richtlijnen Goede Voeding (Schijf van Vijf), beweegadviezen volgens de Beweegrichtlijnen, voldoende slaap en het verminderen van (chronische) stress. Daarnaast wijst de professional de inwoner op regulier aanbod vanuit de sociale basis, zoals universeel preventief aanbod gericht op gezondheid, of lokaal sport- en beweegaanbod.
- Bij **aandachtspunten op sociaal vlak** kan de persoon verder geholpen worden in het sociaal domein. Via de route van Sociaal verwijzen kan een professional in het sociaal domein de persoon wijzen op (of toeleiden naar) naar regulier aanbod vanuit de sociale basis of naar doelgroepgericht aanbod indien inwoner niet op eigen kracht aan regulier aanbod kan deelnemen.
- Bij **aandachtspunten op medisch vlak of beperkt of geen inzicht** in wat er speelt, moedigt de professional de persoon aan om met de uitslag van Checkoorzakenovergewicht.nl naar de huisartsenpraktijk te gaan voor vaststellen van het GGR en een gesprek over een passend vervolg. Wanneer op het betreffende aandachtspunt al sprake is van een behandelend arts, kan de persoon dit punt rechtstreeks aankaarten met de behandelend arts.

Voor professionals in het zorgdomein:

- Bij een **licht verhoogd GGR** en **geen aandachtspunten** geeft de professional algemeen advies over een gezonde leefstijl. Dit kan iemand zelf doen of opzoeken, met hulp van zijn of haar omgeving. De basis van een gezonde leefstijl bestaat uit voedingsadviezen conform de Richtlijnen Goede Voeding (Schijf van Vijf), beweegadviezen volgens de Beweegrichtlijnen, voldoende slaap en het verminderen van (chronische) stress. Daarnaast wijst de professional de persoon op regulier aanbod vanuit de sociale basis, zoals universeel preventief aanbod gericht op gezondheid of lokaal sport- en beweegaanbod.
- Bij een **licht verhoogd GGR** en **aandachtspunten op sociaal vlak** geeft de professional algemeen advies over een gezonde leefstijl en wijst de persoon op een professional in het sociaal domein, bijvoorbeeld via Sociaal verwijzen. Via deze route kan geïnventariseerd worden welke thema's/vraagstukken spelen en/of kan de persoon geïnformeerd worden over, of toegeleid worden naar een professional of naar passend aanbod in het sociaal domein. In veel regio's zijn al coördinerende punten aanwezig waarnaar verwezen kan worden, denk aan leefstijlpunten in de wijk, buurthuis of in het gezondheidscentrum. Indien dit niet aanwezig is of niet bekend, dan wordt de route van Sociaal verwijzen aanbevolen.

- Vanaf een **matig verhoogd GGR** en medische aandachtspunten (en dus geen aandachtspunten op sociaal vlak), zorgt de zorgprofessional voor passende zorg volgens de geldende richtlijn. Afhankelijk van de professional kan diegene doorverwijzen (naar bijvoorbeeld een GLI of andere interventie), of de persoon adviseren zich te wenden tot de huisarts of een passende (para-)medicus.
- Vanaf een **matig verhoogd GGR** en **aandachtspunten op sociaal vlak én aandachtspunten op medisch vlak** is het van belang dat een samenhangende aanpak tot stand komt. Dit geldt in de praktijk waarschijnlijk met name bij personen met verminderde gezondheidsvaardigheden. Op basis van wat er speelt, wordt de best passende route besproken. Op termijn wordt een CZC (centrale zorgcoördinator) (of vergelijkbare rol) ingezet om een samenhangend plan van aanpak met de persoon te maken. Zolang deze rol niet gerealiseerd is, wordt met de persoon besproken op welke punten hij/zij als eerste ondersteuning nodig heeft en verwijst de betrokken professional door naar het juiste domein en professional in het desbetreffende domein. Opties hiervoor zijn om te verwijzen naar doelgroepgericht aanbod of regulier aanbod vanuit de sociale basis of om eerst of gelijktijdig te verwijzen naar de GLI (via de huisarts), verwijzen naar doelgroepgericht aanbod of regulier aanbod vanuit de sociale basis. Een tool die hierbij kan helpen is Behandelovergewicht.nl.

Stap 3 en 4 zijn van belang als sprake is van meerdere aandachtspunten binnen een domein of beide domeinen. (Zie verdere toelichting na stap 5 en 6).

Stap 3 Samenhang en aanpak bespreken

De betrokken professional bespreekt de samenhang van de aanwezige problematiek en bespreekt samen met de persoon wat de best passende route van zorg en/of ondersteuning is. Zo ontstaat de samenhang die nodig is om mensen goed te ondersteunen. Indien nodig wordt de route via Sociaal verwijzen of ketenaanpak overgewicht kinderen genoemd.

Stap 4 Plan van aanpak maken

De betrokken professional stemt samen met de persoon af welke hulp of ondersteuning nodig is en in welke volgorde. Het is van belang dat de persoon met overgewicht achter het plan staat en gemotiveerd is om hiermee aan de slag te gaan. De persoon heeft dan ook de regie voor de volgorde van ondersteuning indien meerdere mogelijkheden beschikbaar zijn.

Stap 5 Aan de slag

Nu kan de persoon aan de slag, met ondersteuning van betrokkenen uit zijn omgeving en - voor zover nodig en afgesproken - onder begeleiding van professionals uit het sociaal domein en/of uit het zorgdomein. Er zijn verschillende interventies, programma's of behandelingen beschikbaar. Zie hoofdstuk 4. Interventies voor meer informatie.

Stap 6 Zorgen dat het blijft werken

Het gaat er in deze stap om dat de resultaten van voorgaande stappen worden bestendigd, en dat de aanpak duurzaam gaat werken. Op welke manier kan iemand zelfstandig verder, zo nodig met ondersteuning van mensen in diens omgeving, gebruik van collectief aanbod of onder begeleiding van reguliere zorg. Monitoring en aandacht voor terugvalpreventie en duurzame gedragsverandering is hierbij belangrijk. Denk daarbij bijvoorbeeld aan goede doorgeleiding naar structureel beweegaanbod en duurzaam beweeggedrag. De professionals uit het netwerk, en indien van toepassing de coördinerend professional (binnen een domein of domeinoverstijgend) hebben hierin een stimulerende, adviserende en informerende rol; uiteindelijk ligt de regie bij de betrokken persoon zelf.

Toelichting bij stap 3 en 4: (domeinoverstijgende) coördinatie

Het komt voor dat overgewicht wordt veroorzaakt door meerdere problemen op verschillende leefgebieden. Problemen die met elkaar verweven zijn en elkaar in stand houden. Het kan zijn dat daarvoor een of meer professionals in zorg en/of sociaal domein nodig zijn. Of misschien zijn deze professionals al betrokken. In deze gevallen is het belangrijk om de verwevenheid tussen de aanpak van overgewicht en de andere trajecten goed inzichtelijk te maken. Zo ontstaat de samenhang die nodig is om mensen goed te ondersteunen. Hiervoor is een brede blik, kunnen doorverwijzen en/of afstemmen belangrijk voor betrokken professionals in beide domeinen.

Idealiter is er een aangewezen professional die hierin een coördinerende rol heeft, iemand die naast de persoon met overgewicht staat, de brede inventarisatie doet van onderliggende problematiek, processtappen bewaakt, die kan toeleiden naar de juiste professionals en interventies en de voortgang monitort. In het 'Basismodel netwerkaanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen' wordt de professional met de domeinoverstijgende coördinatie aangeduid als de centrale zorg coördinator. Deze rol wordt qua inhoud en positionering verder uitgewerkt (zie ook: 'Over deze handreiking', onder 'Vervolgstappen').

4 Interventies en aanbod

Afhankelijk van de oorzaken, mogelijkheden en behoeften van de persoon met overgewicht is er verschillend aanbod beschikbaar. De inzet van interventies richt zich niet uitsluitend op leefstijl, maar (waar nodig) ook op psychosociale factoren en omstandigheden, bestaanszekerheid, participatie en (para)medische inzet. De keuze voor interventies volgt op een integrale beoordeling en afweging wat nodig is en wat het best passend is qua moment/volgorde.

Hieronder staan de interventies die per domein minimaal moeten worden aangeboden. Dit is niet volledig maar dient ter illustratie.

Aanbod vanuit het sociaal domein

Gemeenten zorgen voor een regulier aanbod vanuit de sociale basis in het sociaal domein, zoals preventief aanbod gericht op gezondheid, hulp bij eenzaamheid of financiële hulpverlening. Deze interventies zijn breed toegankelijk. Specifiek voor de doelgroep van deze basisfunctionaliteit zijn er interventies die van meerwaarde zijn en aanvullend worden georganiseerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- Laagdrempelig en passend beweegaanbod voor de doelgroep.
- Aanbod gericht op gezondheidsvaardigheden en een gezonde leefstijl (voeding, beweging, gedrag, ontspanning).
- Individuele (of groepsgerichte) ondersteuning vanuit bijvoorbeeld buurtsportcoaches, leefstijlcoaches, gewichtsconsulenten en beweegmakelaars, georganiseerd vanuit een leefstijlpunt, buurtvoorziening of vergelijkbaar.
- Professional uit het sociaal domein die de coördinerende rol binnen het sociaal domein kunnen vervullen (zie hoofdstuk 3). Dit kan een sociaal werker, welzijnscoach, beweegagoog, leefstijlcoach of andere professional zijn, die bijvoorbeeld via Sociaal verwijzen deze rol heeft.
- Inzet op toeleiding: Aanwezigheid van passend beweegaanbod is vaak niet voldoende, zeker voor de doelgroep die bij uitstek baat heeft bij deze basisfunctionaliteit, is toeleiding van belang. In het bekend maken van en toeleiden naar het laagdrempelig beweegaanbod kunnen diverse professionals een rol spelen. Zo kunnen via de buurtsportcoaches personen deelnemen aan beweeggroepen voor personen met overgewicht. Het laagdrempelig beweegaanbod kan dienen als opstapje naar regulier beweegaanbod bij sportverenigingen.

Aanbod vanuit het zorgdomein

Vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn verschillende interventies en/of behandelingen beschikbaar die kunnen worden ingezet. Voorbeelden hiervan zijn:

- Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI). Deze interventie wordt voor personen met matig, sterk of extreem verhoogde GGR vergoed uit de basisverzekering.
- Paramedische zorg op het gebied van leefstijl, GGZ, of medisch specialistische zorg.

Gereedchapskist

In het AZWA is afgesproken dat de regio voor de interventies/activiteiten in de basisfunctionaliteit gebruik kunnen maken van een gereedchapskist. De gereedchapskist is een dynamisch overzicht van effectieve interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Het uitgangspunt van de gereedchapskist is dat het dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten. Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen wat er al bestaat, bijvoorbeeld de al bestaande databanken met interventies die verschillende kennisinstellingen in beheer hebben. Het is niet nodig dat regio's met implementatie van de handreiking wachten op de gereedchapskist. ZN, VNG en VWS werken, in overleg met relevante (kennis)partijen, de komende periode de gereedchapskist verder uit voor punten als: governancevraagstukken, gebruik van de interventies in de gereedchapskist door de regio's, criteria voor interventies, toegang tot de gereedchapskist en eigenaarschap. In een volgende versie van deze handreiking zal op deze plek worden verwezen naar de gereedchapskist. Totdat de landelijke gereedchapskist beschikbaar is, kunnen gemeenten en regio's gebruik maken van bestaande kennisbanken zoals het interventieoverzicht op het Loket Gezond Leven, het Voedingscentrum en Kenniscentrum Sport en Bewegen. Voor het inclusiever maken van bijvoorbeeld leefstijlinterventies staan informatie en tips op de kennisbank van Pharos.

5 Samenwerkingsafspraken tussen betrokken professionals

Om uitvoering te geven aan de ketenaanpak zijn afspraken nodig over de inzet en taken van betrokken professionals op uitvoeringsniveau. Het gaat dan om afspraken over de rol en taakverdeling binnen de ketenaanpak, onderlinge communicatie, bereikbaarheid en terugkoppeling, waarborgen van continuïteit wanneer de ondersteuningsbehoefte verandert en toeleiding en overdracht en de inzet en positionering van coördinerend professional over de domeinen heen.

De tabel hieronder geeft een indicatie van de taken en verantwoordelijkheden van professionals die betrokken zijn bij de netwerkaanpak. Dit is ter illustratie en beeldvorming, lokaal kan worden aangesloten bij de organisatie en taakverdeling die in de praktijk al staat.

NB: uiteraard zal de vormgeving altijd moeten aansluiten bij landelijke kaders en standaarden (wet- en regelgeving) omtrent de genoemde beroepsbeoefenaren.

Betrokken professionals vanuit eerstelijnszorg en sociaal domein: taken en verantwoordelijkheden

Professional	Indicatieve taken en verantwoordelijkheden
Huisartsenpraktijk	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Inzichtelijk maken wat er speelt, vaststellen GGR. Verwijzen naar GLI, of ander passend aanbod binnen zorg of sociaal domein, beoordelen of domein overstijgende coördinatie wenselijk is.
Paramedici	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Waar nodig bieden van aanvullende diagnostiek, behandeling en begeleiding binnen de aanpak.
Overige medische beroepsgroepen (bedrijfsarts, apothekers)*	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Waar nodig betrokken bij aanvullend onderzoek, medische diagnostiek, behandeling en begeleiding, bespreken van de casus of als aanbieder van ondersteuning of zorg en toeleiden naar HA, coördinerende professional in de wijk, dicht bij de woonplek van de betrokken persoon.
Sociaal team/ wijkprofessionals	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Inzichtelijk maken wat er speelt. Verbinding leggen coördinerende professional, ondersteuning bieden via interventie in het sociaal domein.
Beweegprofessionals	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Bieden van ondersteuning bij bewegen en leefstijl. Soms rol in uitvoeren GLI.
Gewichtsconsulenten	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Geven van algemene adviezen en ondersteuning m.b.t. leefstijl. Afstemming met coördinerend professional (indien aan de orde).
Leefstijlcoaches	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Uitvoeren GLI, verbinding leggen met andere professionals uit zorg en sociaal domein.
Professional in sociaal domein met coördinerende rol en (op termijn) Centrale Zorgcoördinator (CZC)	Signaleren en bespreekbaar maken van overgewicht. Eerste aanspreekpunt voor persoon met overgewicht. Opstellen van plan van aanpak. Bewaken van samenhang en voortgang, schakelen tussen zorg en sociaal domein, en zorgen dat afspraken daadwerkelijk worden uitgevoerd.

*) Medisch specialisten hebben ook een signalerende rol. Eventuele verdere uitwerking van hun verantwoordelijkheden maakt geen deel uit van deze basisfunctionaliteit.

6 Organisatie en samenwerking

Om optimaal effect te bereiken is het belangrijk dat de basisfunctionaliteit meer is dan een optelling van losse zorg- en ondersteunings-onderdelen waarvan volwassenen met overgewicht gebruik kunnen maken. Gemeenten en zorgverzekeraars dragen ieder verantwoordelijkheid voor onderdelen van de basisfunctionaliteit. Voor een geslaagde ketenaanpak is het noodzakelijk dat alle onderdelen die aan bod kunnen komen ook voldoende beschikbaar zijn, in de gemeente of regio en dat er onderlinge afstemming, samenhang en samenwerking is.

Met **samenwerkingsafspraken** zorgen de partijen voor:

- Duidelijkheid over rol- en taakverdeling
- Samenhang tussen sociaal domein en zorgdomein
- Voldoende capaciteit
- Kwaliteitsborging
- Monitoring en bijsturing

Regionale afspraken

In de **werkagenda** beschrijven de regio's hoe de doelgroep en opgave eruitziet, welk aanbod er in een regio nodig is, en hoe zij in de periode tot 2030 komen tot een regionaal dekkend aanbod van de ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen.

De gemandateerde gemeente en preferente zorgverzekeraar zorgen er – als financiers - voor dat alle onderdelen van de aanpak voldoende beschikbaar zijn en dat er onderlinge samenhang met de andere basisfunctionaliteiten en samenwerking is.

De gemandateerde gemeente en preferente zorgverzekeraar beschrijven in de regionale werkagenda voor basisfunctionaliteiten de gezamenlijke opgave, waarbij zij (ten minste) verantwoordelijk zijn voor:

- Het inrichten van een Regionale Preventie Infrastructuur (zie de oplegger bij de handreikingen). Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierin een sturende rol en de GGD heeft hierin de coördinerende rol.
- Een gedeelde visie op de maatschappelijke opgave en de basisfunctionaliteit overgewicht volwassenen, die zij met professionals uit de eerste lijn en het sociaal domein opstellen.
- De afweging of een nadere afbakening van doelgroep(en) en/of het benoemen van focusgebieden gewenst is. Zo ja, dan worden deze benoemd.
- Monitoring en evaluatie op regioniveau.
- De invulling van een regionaal dekkend aanbod, waarbij zij kennisnemen van de informatie over landelijke streefwaarden.

Relevante vragen/handvatten voor dit proces staan benoemd in hoofdstuk 9 (Regionale uitwerking).

Aanbieders van zorg en ondersteuning in de regio maken afspraken over een actueel en toegankelijk overzicht van het GLI-aanbod. Dit helpt verwijzers en professionals uit het sociaal domein om inwoners gericht toe te leiden naar passend aanbod.

Dit overzicht bevat minimaal:

- welke GLI-aanbieders beschikbaar zijn
- voor welke doelgroepen het aanbod passend is
- welke capaciteit er is en hoe verwijzing plaatsvindt

De regionale partij of het samenwerkingsverband kan hierin een faciliterende rol spelen, bijvoorbeeld door aanbod te coördineren, instroom te ondersteunen, intervisie te organiseren, verbinding met het sociaal domein te leggen en regionale inzichten uit monitoring te benutten voor verbetering.

Rol en verantwoordelijkheden van gemeenten

- Gemeenten zijn als financier/medefinancier, opdrachtgever, transformatiebegeleider en (gedeeltelijk) uitvoerder verantwoordelijk voor de inzet vanuit het sociaal domein. Zij moeten waarborgen dat de ketenaanpak logisch aansluit bij de organisatie van het sociaal domein – die per wijk kan verschillen-, de basisfunctionaliteit Sociaal verwijzen en bij hun ambities om in te zetten op de gezondheid van inwoners. Daarmee zijn gemeenten de partij om, samen met de zorgverzekeraars, initiatief te nemen tot het proces van totstandkoming en doorontwikkeling van de samenwerking.
- De gemeente zorgt voor een lokale en regionale projectleider/netwerkregisseur. Dit kan iemand zijn bij de gemeente, de GGD of een andere organisatie. De lokale en regionale projectleiders zijn verantwoordelijk voor het vormen en onderhouden van een lokaal en/of regionaal netwerk.
- Gemeenten zorgen voor het benodigde ondersteuningsaanbod vanuit het sociaal domein, zoals passend leefstijlaanbod (bewegen, voeding, gedrag, ontspanning, etc.) en een professional uit het sociaal domein met coördinerende rol (zie hoofdstuk 4: Interventies en aanbod). Hoe het aanbod precies vormgegeven wordt en hoe groot het aanbod moet zijn, verschilt per gemeente en wordt door gemeenten zelf ingericht. Van belang is dat er aanbod van goede kwaliteit is.
- Gemeenten zorgen ervoor dat de doelgroep en relevante (zorg)professionals bekend zijn met het benodigde ondersteuningsaanbod.

Rol en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraar

- De zorgverzekeraar is vanuit de Zvw in het algemeen verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en stuurt hier in toenemende mate niet alleen op als financier (c.q. medefinancier) en opdrachtgever, maar ook als transformatiebegeleider in de zorg. Ook kan de zorgverzekeraar een rol spelen bij het stimuleren van doorontwikkelingen en innovaties die aansluiten op de ketenaanpak.
- De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en kwaliteit van het aanbod dat binnen het zorgdomein valt, zoals de GLI's. Dit doen zorgverzekeraars door voldoende aanbod in te kopen vanuit het zorgdomein (zie [hoofdstuk 4: Interventies en aanbod](#)).
- Zorgverzekeraars werken in toenemende mate met volgbeleid, waardoor afspraken met één zorgverzekeraar leidend zijn. Dit is echter een keuze van zorgverzekeraars en geen vaste afspraak.
- Voor deze ketenaanpak dienen zorgverzekeraars ook onderling afspraken te maken wie vanuit hen wordt afgevaardigd en op welke manier zij betrokken zijn in een regio. De mate van betrokkenheid kan per samenwerking verschillen. Het is van belang dat zij hier minimaal met gemeenten afspraken over maken en bij de start aangeven of dit aansluit bij hun beoogde transformatiedoelen in de regio (onder meer met het oog op substitutie) en afspraken maken over de monitoring.
- Volgens de duiding⁴ van het Zorginstituut Nederland is de huisarts de primaire verwijzer voor de GLI Volwassenen, maar kunnen ook medisch specialisten verwijzen.
- Zorgverzekeraars bepalen dit in hun polisvoorwaarden en zullen de komende periode verkennen in hoeverre ze hier uniform beleid op kunnen maken.
- Zorgverzekeraars maken regionaal via de werkagenda afspraken met (eerstelijns) professionals over het signaleren, bespreekbaar maken en verwijzen van personen die behoren tot de doelgroep van deze netwerkaanpak.

Daarnaast staan de mandaatgemeente⁵ en preferente zorgverzekeraar gezamenlijk aan de lat voor het opstellen van een regionale werkagenda om te komen tot een regionaal dekkend aanbod van basisfunctionaliteiten.⁶

RESV's

De Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden zijn een relevante ontwikkeling en bieden kansen voor de verdere versterking van de ketenaanpak overgewicht. In de toekomst kan het raadzaam zijn om de verbindingen op regionaal niveau te verkennen.

4 [Link naar duiding en addendum van het Zorginstituut: Standpunt gecombineerde leefstijlinterventie \(GLI\) bij overgewicht en obesitas | Zorginstituut Nederland.](#)

5 Een mandaatgemeente is de gemeente die namens alle gemeenten in een IZA-regio de regionale middelen aanvraagt en verantwoordt, en hierover afspraken kan maken met andere partijen.

6 [Opdracht voor het opstellen van de werkagenda.](#)

7 Financiën

De basisfunctionaliteit voor volwassenen met overgewicht en obesitas is een domeinoverstijgende aanpak en vraagt om domeinoverstijgende financiering. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn hier gezamenlijk verantwoordelijk voor. Voor de uitvoering van de basisfunctionaliteit overgewicht en obesitas volwassenen zijn vanaf 2027 middelen beschikbaar vanuit het AZWA voor gemeenten. In het AZWA is afgesproken dat de middelen voor het sociaal domein en gezondheid aan gemeenten worden verstrekt. Op dit moment wordt de passende financieringsvorm uitgewerkt, daarbij is het uitgangspunt dat er wordt ingezet op zo min mogelijk administratieve lasten en wanneer van toepassing verantwoordingslast. In elk geval worden monitoringsafspraken gemaakt die recht doen aan het bewaken van de voortgang op de afspraken in dit akkoord. Naar verwachting vindt voor de zomer 2026 besluitvorming plaats over de financieringsvorm. Dit zal in een volgende versie van de handreiking worden toegevoegd.

Hieronder staat een weergave van het aanvullend aanbod dat vanuit deze basisfunctionaliteit georganiseerd moet worden en de bijbehorende financieringsopties.

Wat	Voorbeelden	Financiering
Aanbod sociaal domein voor de doelgroep van deze basisfunctionaliteit	Passend leefstijlaanbod (bewegen, voeding, ontspanning, etc.) voor de doelgroep, activiteiten gericht op gezondheidsvaardigheden, individuele ondersteuning van een beweegmakelaar of buurtsportcoach	Gemeente (o.a. AZWA-financiering, maar ook BRC en reguliere gemeentelijke financiering van de sociale basis)
Professional uit het sociaal domein met een coördinerende rol binnen het sociaal domein	Sociaal werker, welzijnscoach of andere professional	Gemeente (o.a. AZWA-financiering, maar ook BRC en reguliere gemeentelijke financiering van de sociale basis)
Projectleider/netwerkgeregisseur	Coördinatie op de keten en netwerkregie	Gemeente (AZWA-financiering)
Erkende en vergoede Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI)	Zie complete lijst op Gecombineerde leefstijlinterventie Loketgezondleven.nl	Zvw (volgens geldende vergoedingscriteria)
Domeinoverstijgende coördinatie	Centrale zorg coördinator	Dit is een uitwerkingpunt; taak, competenties, positionering en bekostiging (zie kader 'Over deze handreiking').

Bekostiging vanuit gemeenten

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de bekostiging van de implementatie van de aanpak (opstart- en ontwikkelkosten) en coördinatie in de keten. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor de bekostiging van het benodigde ondersteuningsaanbod vanuit het sociaal domein (zie hoofdstuk 4: Interventies en aanbod). Deze inzet wordt bekostigd vanuit de daarvoor bestemde AZWA-middelen en, waar van toepassing, vanuit reguliere middelen binnen de sociale basis en het sociaal domein.

Bekostiging vanuit de zorgverzekeringswet

Vanuit de zorgverzekeringswet vergoeden zorgverzekeraars de inzet van een GLI. Deze vergoeding is voor volwassenen met minimaal een matig verhoogd GGR en alleen voor erkende GLI's.

Daarnaast is reguliere (medische) zorg beschikbaar, zoals huisartsenzorg, diëtetiek, fysiotherapie en GGZ-zorg.

8 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring

Uitgangspunten

Datastandaardisatie voor registratie, gegevensuitwisseling en monitoring is fundamenteel voor goede samenwerking tussen de betrokken domeinen. Professionals uit verschillende organisaties moeten gegevens registreren en in sommige gevallen informatie delen om mensen goed te kunnen helpen. Daarnaast vormen deze gegevens de basis voor inzicht en monitoring. Uitgangspunt is eenmalige registratie voor meervoudig gebruik (zowel primair als secundair) om administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Momenteel wordt gewerkt aan een gedragen afsprakenstel die gebruikt kan worden om gegevensuitwisseling in deze samenwerking te faciliteren. Deze afsprakenstel is naar verwachting eind 2026 (dit is afhankelijk per basisfunctionaliteit) gereed en gaat gepaard met een implementatietraject (waar nog afspraken over worden gemaakt). Het [5 lagenmodel](#) (Nictiz) dient hierbij als uitgangspunt waarin alle lagen in samenhang moeten worden benaderd om gegevensuitwisseling te verbeteren.

De afsprakenstel bevat afspraken over gegevensuitwisseling - binnen de huidige mogelijkheden en infrastructuur van de verschillende stakeholders - vanuit primair en secundair perspectief over o.a.:

- **Proces:** Voorstel met wie er in welke processtap aan zet is
- **Informatie:** Welke gegevens er kunnen worden vastgelegd door de verschillende betrokkenen
- **Eenheid van taal:** Het gebruik van definities en terminologie over de domeinen heen, zodat men van elkaar begrijpt wat er bedoeld wordt
- Eventueel aanvullingen m.b.t. het juridisch kader en beveiliging & privacy

Gegevensuitwisseling

Welke gegevens zijn mogelijk nodig voor samenwerking?

- Medische- en sociale voorgeschiedenis
- Medische risicofactoren
- Onderliggende sociale problematiek en kwetsbare omgevingsfactoren
- Verslaglegging van consulten
- Verwijzingen
- Medicatiegebruik

Monitoring

Landelijke monitoring

Landelijk worden de afspraken uit het GALA, IZA en (vanaf 2027) AZWA gevolgd met diverse monitors. M.i.v. juni 2026 wordt de rapportage van de GALA-monitor gecombineerd met de IZA-deelmonitor regionale samenwerking waarin de beweging naar meer regionale samenwerking rondom preventie wordt gevolgd.

De afspraken uit D5 en D6 uit het AZWA worden vanaf 2027 meegenomen in de geïntegreerde GALA-monitor en IZA-deelmonitor regionale samenwerking. In 2026 wordt gezamenlijk met de betrokken AZWA-partijen uitgewerkt hoe deze monitor door te ontwikkelen.

Dit gebeurt, waar van toepassing, in samenhang met de trajecten rondom datastandaardisatie en gegevensuitwisseling (afsprakenstel) zoals ook beschreven in de handreiking.

Links naar bestaande monitors:

- [IZA-monitor: Beweging naar een sterkere eerste lijn 2024-2026 | Nivel](#)
- [Monitor - Passende zorg als norm | Zorginstituut Nederland](#)
- [IZA-monitor Beweging meer hybride zorg 2024-2026 | Nivel](#)
- [IZA-deelmonitor, Naar meer regionale samenwerking](#)
- [GALA-monitor | RIVM](#)
- [Monitor doelgroepen IZA | Regiobeeld](#)

Gegevensdeling t.a.v. monitoring

Welke gegevens kunnen worden geregistreerd om de effectiviteit van de ketenaanpak te meten?

- Gezondheidsuitkomsten (zoals GGR en kwaliteit van leven)
- Aantal afspraken van betrokken professionals in het zorg- en sociaal domein
- Doorverwijzingen (CZC, GLI, Sociaal verwijzen, paramedici)
- Deelname aan beweeggroepen, leefstijlinterventies
- Ervaringen van cliënten (tevredenheid, beleving van zorg, kwaliteit van leven)
- Ervaringen van professionals (tevredenheid, kwalitatieve effecten bij cliënt)

Het is belangrijk om te kijken of deze beschikbaar zijn zonder grote toename van administratieve lasten bij professionals. Ook hierbij dient aandacht te zijn voor de privacyaspecten van datadeling (anoniem en op geaggregeerd niveau) en de benodigde veiligheidsmaatregelen, maar dit wordt op landelijk niveau geadresseerd.

Het punt van datastandaardisatie, gegevensdeling, monitoring landelijk en overkoepelend voor D5 wordt opgepakt om de regio's richting te geven bij het inrichten van hun data infrastructuur t.b.v. monitoring.

9 Kennisdeling

De ketenaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas is geen statisch model, maar een lerend systeem. De effectiviteit van de keten wordt versterkt wanneer praktijkervaringen, knelpunten en succesvolle werkwijzen actief worden gedeeld.

Kennisdeling draagt bij aan:

- Kwaliteitsverbetering
- Versnelling van implementatie
- Vermindering van regionale en lokale verschillen

Kennisdeling is daarmee een integraal onderdeel van de netwerkaanpak. Zoals eerder aangegeven, bouwen we met deze handreiking en afspraken door op de resultaten van afgelopen jaren. Onder het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is door veel gemeenten, regio's en zorgverzekeraars hard gewerkt aan de inbedding van een GLI in het netwerk van professionals uit zorg- en sociaal domein (de eerdergenoemde vorige handreiking ketenaanpak GLI). Ook zijn een aantal gemeenten al langere tijd bezig met de implementatie van het [Basismodel Netwerkaanpak overgewicht volwassenen](#), naar het landelijke model van regiehouder PON. Er zijn dus tal van goede voorbeelden die kunnen inspireren en helpen bij de implementatie of doorontwikkeling van deze ketenaanpak. Daarnaast zijn er verschillende hulpmiddelen beschikbaar voor professionals uit het zorg- en sociaal domein om de zorg en ondersteuning aan volwassenen met overgewicht of obesitas zo goed mogelijk in te richten en te bieden. Zie hiervoor www.partnerschapovergewicht.nl.

Regionale kennisdeling

Regio's dragen verantwoordelijkheid voor het organiseren van kennisdeling binnen de eigen samenwerkingsstructuur. Dit betekent dat zij:

- Praktijkervaringen periodiek bespreken
- Signalen uit de uitvoering benutten voor verbetering
- Uitkomsten van monitoring vertalen naar concrete acties
- Professionals ruimte bieden voor intervisie en reflectie

Kennisdeling vindt plaats binnen bestaande overlegstructuren en sluit aan bij regionale samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. De GGD en gemeenten dragen actief bij aan kennisdeling door het inbrengen van signalen uit de praktijk, populatiedata en duiding van trends binnen de regio.

Gemeenten en GGD'en verbinden bevindingen uit individuele casuïstiek aan trends op populatieniveau, waarmee zij een belangrijke brug vormen tussen uitvoering en beleidsontwikkeling. Daarnaast is het belangrijk dat professionals en partijen die niet direct een rol hebben in handelen, maar wel in signaleren en verwijzen, duidelijk weten hoe de zij dit kunnen doen en hoe de ketenaanpak eruitziet.

Landelijke kennisdeling

Naast regionale kennisontwikkeling is landelijke kennisuitwisseling noodzakelijk. Door ervaringen tussen regio's te delen, wordt versnippering voorkomen en ontstaat landelijke samenhang. Landelijke kennisuitwisseling richt zich onder meer op:

- Verdere professionalisering van de rol van Centrale Zorgcoördinator
- Ontwikkeling en actualisatie van kwaliteitsregisters
- Effectieve samenwerking tussen sociaal domein en zorgdomein
- Aanpak van structurele knelpunten
- Landelijke leernetwerken van GGD-GHOR voor regiocoördinatoren

Landelijke partijen en kennisinstituten faciliteren deze uitwisseling en dragen zorg voor het beschikbaar maken van handreikingen, tools en praktijkvoorbeelden.

Loket Gezond Leven RIVM

Het RIVM bundelt actuele relevante informatie en handelingsperspectieven over de netwerkaanpak overgewicht volwassenen, naast de andere ketenaanpakken. Het RIVM ondersteunt hiermee gemeenten, GGD'en en zorgverzekeraars bij de samenwerking tussen preventie en zorg en de implementatie van de netwerkaanpakken. Er zijn cijfers over overgewicht terug te vinden, praktische handvatten, goede voorbeelden en een databank van erkende interventies.

Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)

Het Partnerschap Overgewicht Nederland is een koepelorganisatie van medische en paramedische beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties, wetenschappelijke en publieke gezondheidsorganisaties en zorgverzekeraars. PON streeft naar het verbeteren van de aanpak van overgewicht en obesitas, waaronder een stevige verbinding tussen de zorg en sociaal domein. Het PON heeft verschillende hulpmiddelen voor professionals uit de zorg en het sociaal domein.

10 Inhoudelijke regionale uitwerking

Deze landelijke handreiking geeft richting aan de implementatie van de ketenaanpak overgewicht en obesitas bij volwassenen. De basisfunctionaliteit wordt echter regionaal ingebed en moet passen bij de regionale werkwijze en samenwerking. Onderstaande vragen kunnen helpen om regionaal hierover in gesprek te gaan:

- Hoe past deze basisfunctionaliteit bij de gezondheidsdoelen van de regio?
- Gezien de gezondheidsdoelen, welke doelgroepfocus wil de regio leggen binnen deze basisfunctionaliteit? Wat verwacht de regio dat inwoners zelf doen?
- Gezien de doelgroepfocus: welke onderdelen van de basisfunctionaliteit worden lokaal of juist regionaal verankerd? Wat betekent dat voor de lokale en regionale samenwerkingsafspraken?
- Voor alle onderdelen van de basisfunctionaliteit: welke interventie(s) gaat de regio inzetten (keuze uit de gereedschapskist)?
- Wie koopt wat in om te zorgen voor goede en volledige dekking van de basisfunctionaliteit?
- Hoe wordt zowel binnen als buiten de regio kennis over de implementatie gedeeld?
- Hoe wordt inwonersparticipatie bij besluitvorming vormgegeven?
- Sluit de basisfunctionaliteit voldoende aan op de bestaande infrastructuur in medisch en sociaal domein? Is extra inzet vereist en hoe kan deze georganiseerd worden, gelet op de rollen en verantwoordelijkheden?
- Hoe sluit de basisfunctionaliteit aan op wat er al door inwoners georganiseerd wordt?
- Hoe bereiken en ondersteunen we binnen deze regio inwoners met beperkte basisvaardigheden met deze basisfunctionaliteit?
- Hoeveel inwoners van de gemeente hebben overgewicht of obesitas. Wat zijn de kenmerken van deze inwoners. Wat zijn de nadelige effecten in de regio.
- Breng het huidige aanbod in kaart. Welke programma's voor de doelgroep zijn al beschikbaar? Welke programma's worden vergoed? Hoe zit het met de deelname? Welke doelgroepen blijven onderbelicht? Hoe ziet het beweegaanbod eruit?
- Breng de wensen in kaart. Wat zijn de behoeften van inwoners? Wat zijn de doelstellingen van de aanpak overgewicht in de regio? Binnen welk termijn kunnen doelstellingen worden behaald?
- Hoe geven we de betrokkenheid van de inwoners/specifieke doelgroep vorm in alle stadia van de aanpak, en met name inwoners die gezondheidsongelijkheid ervaren en/of niet vanzelf hun ervaringen of wensen inbrengen, of via traditionele participatie niet bereikt worden? Evt. kan een regionale 'participatiehub'⁷ hierbij ingeschakeld worden als kennis- of samenwerkingspartner.

Implementatiestrategie

- In een implementatiewerkgroep kunnen de belangrijkste partners betrokken worden; ook input en expertise op ondersteunende diensten zoals ICT en communicatie is hierbij belangrijk. De implementatiewerkgroep stelt een plan van aanpak voor implementatie op. Hierin is ook aandacht voor monitoring, privacy-onderdelen en communicatie.

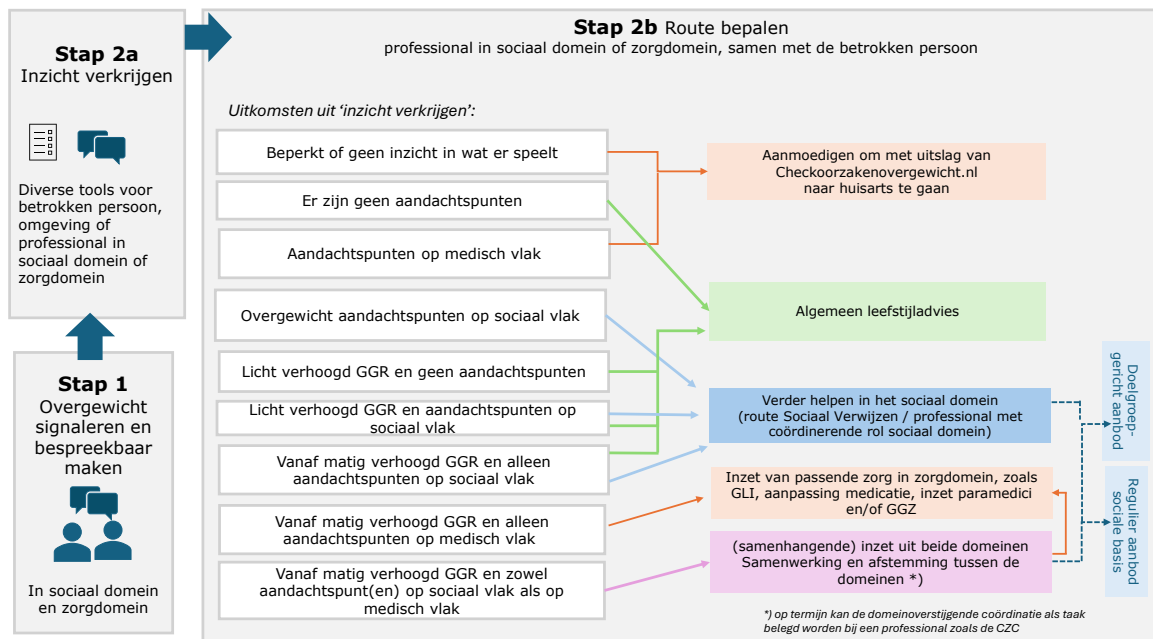
7 Een participatiehub is een netwerk van organisaties en mensen die in de regio 'de mensen om wie het gaat' vertegenwoordigen bij regionale vraagstukken over gezondheid, zorg en ondersteuning. In de regionale participatiehubs komen verschillende participanten bij elkaar: vanuit de patiënten- en cliëntenparticipatie, vanuit de medezeggenschap (bijvoorbeeld in cliëntenraden) en vanuit de burgerparticipatie (bijvoorbeeld inwonersinitiatieven).

Bijlage 1: Verbinding gezonde en sociale basisinfrastructuur

Om basisfunctionaliteiten te kunnen borgen, is er een basisinfrastructuur nodig in de wijk voor verschillende leefgebieden. Deze basisinfrastructuur is een onderdeel van de brede sociale basis binnen gemeenten. De gezonde en sociale basisinfrastructuur vormt het fundament voor de domeinoverstijgende samenwerking in de basisfunctionaliteiten. Vanuit deze basisinfrastructuur worden ondersteunings- en zorgbehoeften gesignaleerd, waarna waar nodig wordt doorverwezen. Tegelijkertijd kan door collectieve inzet ondersteuning en zorg in veel gevallen worden voorkomen.

Op dit moment wordt er gewerkt aan het uitwerken van de Inloopvoorzieningen sociaal en gezond (opgave D6 uit het AZWA). Hierin wordt op het niveau inloopvoorzieningen en professionals aangegeven wat er nodig is in de gemeenten en wijken ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten. Naar verwachting Q2 2026 zullen deze afspraken worden vastgesteld. In een volgende versie van de handreiking kan worden verwezen naar deze landelijke afspraken.

Bijlage 2: Van signaleren naar route bepalen (stap 1 en 2 in de ketenaanpak)



Bijlage 3: De aanpak in beeld: voorbeeld van een regionale aanpak

Netwerkaanpak Overgewicht volwassenen

Samen sterk & gezond in een domeinoverstijgende samenwerking



Deze publicatie is een uitgave van:

AZWA-partijen onder regie van de VNG,
ZN en het ministerie van VWS.

Meer informatie is te vinden op
zorgakkoorden.nl/azwa.

Mei 2026