



Kinderen met overgewicht en obesitas

Handreiking voor het uitvoeren
van de basisfunctionaliteit

Inhoudsopgave

Waarom deze handreiking?	3
Begrippenlijst	4
1 Doel	5
2 Doelgroepafbakening	7
3 Hoe loopt de keten?	8
4 Interventies en aanbod	10
5 Samenwerkingsafspraken: wie doet wat in de keten?	13
6 Organisatie en samenwerking: wat moet waar in de regio vastgelegd worden?	17
7 Financiën: wie financiert wat en hoe?	20
8. Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring	22
9 Kennisdeling	23
10 Stappenplan voor starten met, of opschalen/optimaliseren van de basisfunctionaliteit	25

Meer informatie

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

Waarom deze handreiking?

De ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas is een van de aanpakken op ontwikkelagenda 1 opgenomen in afspraak D5 'samenwerking op het snijvlak (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein' van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (hierna: AZWA). De aanpak maakt onderdeel uit van het leefgebied Kansrijk Opgroeien.

In het AZWA zijn afspraken gemaakt over inzet op de 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 betreft 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.

Deze keten- of netwerkaanpak omvat ook de coördinatie op de bovenstaande onderdelen. Per basisfunctionaliteit zijn diverse interventies of activiteiten mogelijk – passend bij de context in de regio.

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).

In het AZWA is afgesproken dat voor de basisfunctionaliteiten en tevens voor de aanpakken op de ontwikkelagenda helder is omschreven welke rollen, taken en verantwoordelijkheden de betrokken partijen hebben. Dit wordt gedaan vanuit handreikingen per aanpak.

Over deze handreiking

Deze handreiking voor de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas is opgesteld door GGD GHOR Nederland, JOGG, VNG, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS, in samenwerking met veldpartijen. De GALA handreiking is als basis gebruikt. De landelijke partijen hebben afgesproken dat deze handreiking een 'levend' document is. Periodiek wordt door de landelijke partijen nagegaan of aanpassingen nodig zijn.

Deze handreiking geeft richting aan de gezamenlijke opgave om overgewicht bij kinderen vroegtijdig en samenhangend aan te pakken. Deze handreiking is aanvullend op alle bestaande documenten die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld door Care for Obesity (VU) en JOGG ten behoeve van de implementatie van de aanpak Kind naar Gezond Gewicht. De handreiking is nadrukkelijk geen normerend protocol, maar biedt kaders waarbinnen regio's, gemeenten en uitvoerende partijen passende keuzes maken, aansluitend bij hun lokale context en uitvoeringspraktijk.

Begrippenlijst

AVG:	Algemene verordening gegevensbescherming
AZWA:	Aanvullend Zorg- en Welzijns Akkoord
Basisfunctionaliteit:	Landelijk afgesproken, noodzakelijke functies op het snijvlak van zorg, welzijn en publieke gezondheid. Het doel van basisfunctionaliteiten is om vroegtijdig te signaleren en te ondersteunen, om zo zwaardere zorg te voorkomen
BMI:	Body Mass Index
CZV:	Centrale Zorgverlener
GALA:	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD:	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGR:	Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. In de richtlijn voor diagnostiek, ondersteuning en zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas, bij definitiebepalingen, is een uitleg opgenomen over het GGR en de verschillende niveaus
(kinder-)GLI:	(kinder-) Gecombineerde Leefstijl Interventie
IZA:	Integraal Zorg Akkoord
JGZ:	Jeugdgezondheidszorg
KLSC:	Kinderleefstijlcoach
KnGG:	Kind naar Gezonder Gewicht
NCJ:	Centrum Jeugdgezondheid
POH:	Praktijkondersteuner Huisarts
RIVM:	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Wpg:	Wet publieke gezondheid
Zvw:	Zorgverzekeringswet

1 Doel

Overgewicht en obesitas ontstaan door een samenspel van biologische, sociale en omgevingsfactoren, waarbij leefstijlkeuzes worden beïnvloed door de omstandigheden waarin een kind opgroeit. Zo kan er sprake zijn van onvoldoende kennis over hoe gezonde leefstijlkeuzes te maken. Daarnaast kunnen onderliggende problemen een gezonde leefstijl in de weg staan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan medische, psychische en psychosociale factoren of sociaal-maatschappelijke problemen zoals schulden of werkloosheid. Voor een duurzame verandering is daarom meer nodig dan alleen ondersteuning gericht op voeding, beweging en slaap. Het hebben van overgewicht of obesitas brengt niet alleen fysieke gezondheidsrisico's met zich mee, maar kan ook het welbevinden aantoonbaar negatief beïnvloeden; tijdige herkenning is belangrijk om het risico op negatieve sociale en mentale gevolgen te beperken.

Deze handreiking is bedoeld voor zorgverzekeraars, gemeenten, GGD'en en betrokken partijen vanuit het zorgdomein en het sociaal domein. Het doel is dat zij deze handreiking gebruiken om gezamenlijk, volgens het [Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas](#), zorg en ondersteuning te realiseren en duurzaam te borgen, met als doel gezondheidsrisico's te verminderen en te voorkomen en zo bij te dragen aan een beter welbevinden.

Het gesprek tussen zorgverzekeraars en gemeenten in de regio richt zich op de mate waarin de regionale inrichting van zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas aansluit bij het Landelijk model, dat daarbij als inhoudelijk en procesmatig kader dient. Gemeenten en partners hebben ruimte voor lokale invulling, mits de kernprincipes en essentiële onderdelen van het Landelijk model aantoonbaar zijn geborgd.

a. Doel van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas

Het [Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas](#) is in december 2018 vastgesteld. Dit model beschrijft de werkwijze van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas, 'Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG), van JOGG.

De ketenaanpak is een samenwerking tussen zorg en sociaal domein, gericht op gezinnen waarbij er bij het kind sprake is van obesitas of overgewicht én waarbij psychosociale en/of sociaal maatschappelijke problematiek speelt binnen het gezin. De zorg en ondersteuning die een kind, ouders en het gezin vanuit de ketenaanpak krijgen, verschilt per situatie. De inzet van interventies wordt afgestemd op de situatie van het kind en het gezin, de ernst van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) en de onderliggende medische, sociale en omgevingsfactoren.

b. Omschrijving van de aanpak

Ieder kind (2-18 jaar) waarbij overgewicht (en (het vermoeden van) psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problemen in het gezin) of obesitas geconstateerd wordt komt in aanmerking voor een brede anamnese bij een Centrale Zorgverlener (hierna: CZV). De CZV bespreekt samen met het kind en het gezin op welke gebieden ondersteuning nodig is, waarbij het gezin zelf aangeeft waar de behoeften liggen en welke ondersteuning passend is. Hierbij is aandacht voor zowel lichamelijke gezondheid als voor psychisch functioneren, sociaal welbevinden en de mate waarin het kind kan meedoen thuis, op school en in de vrije tijd.

Begeleiding door een CZV is niet in alle gevallen noodzakelijk. Bij kinderen met een licht verhoogd GGR (zie ook hoofdstuk 2 Doelgroepafbakening) kan ondersteuning plaatsvinden binnen de reguliere Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en/of via laagdrempelig aanbod in het sociaal domein.

Wanneer aanvullend sprake is van psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problematiek bij het kind of gezin, onvoldoende samenhang in ondersteuning of behoefte aan aanvullende regie, kan begeleiding door een CZV worden overwogen. Deze afweging vindt plaats op casusniveau en binnen regionale afspraken.

In deze handreiking onderscheiden we drie werkzame elementen om deze basisfunctionaliteit te borgen: signaleren en opsporen, handelen en voorkomen van (zwaardere) zorg.

1. Signaleren en opsporen

Vroegtijdige signalering vindt plaats binnen zowel het zorgdomein als het sociaal domein, onder andere door de JGZ, vanuit het sociaal wijkteam, in het onderwijs, via de buurtsportcoach en door zorgprofessionals zoals de huisarts, kinderarts, kindersporttherapeut, kinderdieëtist en de kinderoefentherapeut. Het is daarnaast van belang dat kinderen en gezinnen bekend zijn met de beschikbare ondersteuning en laagdrempelig hun weg weten te vinden naar passende hulp. Signalering leidt, waar nodig, tot verwijzing door bevoegde zorgprofessionals, zoals de huisarts of jeugdarts, naar de CZV, zodat tijdig passende ondersteuning binnen de ketenaanpak kan worden ingezet.

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

De CZV heeft een coördinerende rol, is het vaste aanspreekpunt voor het gezin en bouwt een vertrouwensband met hen op. De CZV put uit het aanbod van de gemeente, regio en het zorgdomein en maakt op basis daarvan een plan van aanpak, toegesneden op de behoefte van het kind en gezin. Meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 4.

3. Voorkomen van (zwaardere) zorg

Vroegtijdig signaleren, bespreken en handelen helpt zwaardere lichamelijke en psychosociale problemen voorkomen en ondersteunt het kansrijk opgroeien van het kind. Dit draagt bij aan een betere kwaliteit van leven, minder schoolverzuim en lagere maatschappelijke kosten, doordat problemen eerder worden voorkomen en ondersteuning duurzaam effect heeft, ook op latere leeftijd.

c. Inbedding in een brede preventieve aanpak

Deze ketenaanpak staat niet op zichzelf en maakt onderdeel van een bredere preventieve aanpak gericht op gezond en kansrijk opgroeien. Waar relevant wordt verbinding gelegd met de ketenaanpak voor volwassenen, zodat een doorlopende lijn ontstaat binnen het gezin. Daarnaast wordt in veel gemeenten de verbinding gezocht met bestaande lokale structuren en initiatieven, zoals Kansrijke Start en sport- en beweegaanbod. Ook kan aansluiting worden gezocht bij de JOGG-aanpak (Gezonde Jeugd, Gezonde Toekomst), die zich richt op het bevorderen van een gezonde leefomgeving. Door deze verbindingen ontstaat samenhang tussen individuele en collectieve preventie en een doorlopende lijn van preventie, vroeg signalering en passende ondersteuning en zorg voor kinderen en gezinnen.

d. Verbinding sociale en gezonde basisinfrastructuur

Voor een effectieve uitvoering van een brede preventieve aanpak én het borgen van de basisfunctionaliteiten is 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 de uitwerking 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 zullen deze afspraken in Q2 2026 worden vastgesteld.

2 Doelgroepafbakening

De ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas richt zich op kinderen en jongeren van 2 tot 18 jaar met overgewicht of obesitas. De aanpak is van toepassing vanaf een licht verhoogd GGR,¹ conform de geldende landelijke [richtlijn](#). Voor kinderen jonger dan 2 jaar is het vaststellen van BMI en GGR niet van toepassing. Voor deze leeftijdsgroep is een algehele klinische beoordeling leidend, conform de geldende richtlijnen van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).

Signalering, begeleiding en eventuele verwijzing vinden plaats binnen de reguliere JGZ en via de huisarts of kinderarts. Waar relevant wordt aangesloten bij bestaande preventieve programma's, zoals Kansrijke Start. Gemeenten hebben ruimte om deze werkwijze lokaal nader vorm te geven. Jongeren die vóór hun 18e jaar starten met de ketenaanpak, kunnen het ingezette traject na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar afronden, zodat continuïteit van ondersteuning gewaarborgd blijft.

Deze handreiking is geschreven voor zowel kinderen met een licht verhoogd GGR (in geval van (het vermoeden van) psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problemen in het gezin of behoefte aan aanvullende regie) als voor kinderen met een matig verhoogd GGR of hoger. Voor beide groepen kan de CZV in kaart brengen wat de onderliggende factoren zijn en ligt de nadruk op ondersteuning en inzet vanuit het sociaal domein. Afhankelijk van de situatie kan ook inzet vanuit het zorgdomein of andere vormen van ondersteuning aan de orde zijn. Vanaf een matig verhoogd GGR wordt de inzet van de CZV vergoed vanuit het zorgdomein, bij een licht verhoogd GGR vanuit het sociaal domein.

Bij kinderen met een licht verhoogd GGR waarbij geen sprake is van psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problemen in het gezin is het uitgangspunt dat ondersteuning primair plaatsvindt binnen het sociaal domein en de reguliere JGZ. Deze ondersteuning kan bestaan uit leefstijlgerichte interventies, opvoedondersteuning en activiteiten die participatie en gezond gedrag bevorderen. De ondersteuning is bij voorkeur laagdrempelig en dichtbij georganiseerd. De inzet van interventies volgt altijd uit een integrale inschatting van wat nodig en passend is voor kind en gezin. De inzet van zorg vanuit de basisverzekering is voor deze groep niet aan de orde.

Gemeenten hebben beleidsruimte om, passend bij de lokale context en beschikbare middelen, te bepalen wanneer en welk ondersteuningsaanbod vanuit de sociale basis wordt ingezet, naast de inzet van de CZV bij (het vermoeden van) psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problemen in het gezin of bij behoefte aan aanvullende regie.

Signalering van overgewicht vindt plaats binnen zowel het zorgdomein als het sociaal domein. De vaststelling van het GGR gebeurt conform bestaande professionele richtlijnen. Deze handreiking schrijft geen aanvullende landelijke instrumenten voor.

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 aanbod regionaal en lokaal. Meer hierover is te vinden in hoofdstuk 6. Waar relevant wordt aangesloten bij de aanpak voor volwassenen, zodat een doorlopende lijn ontstaat binnen het gezin. Meer informatie is te vinden op [JOGG-Academy | Samenwerken met de ketenaanpak overgewicht voor volwassenen](#).

1 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 risicofactoren voor een bepaalde aandoening, dan wel van reeds gediagnosticeerde co morbiditeitsaandoeningen. In het verleden werd het vaststellen van het vereiste niveau van zorgverlening mede bepaald op basis van het GGR. De ernstgraad van het GGR kent vier niveaus: licht verhoogd, matig verhoogd, sterk verhoogd en extreem verhoogd. Voor kinderen geldt:

- Licht verhoogd GGR = overgewicht.
- Matig verhoogd GGR = overgewicht in combinatie met risicofactoren en/of co morbiditeit of obesitas klasse/graad I zonder risicofactoren of co morbiditeit.
- Sterk verhoogd GGR = obesitas klasse/graad I in combinatie met risicofactoren en/of co morbiditeit of obesitas klasse/graad II zonder risicofactoren of co morbiditeit.
- Extreem verhoogd GGR = obesitas klasse/graad II in combinatie met risicofactoren en/of co morbiditeit en obesitas klasse/graad III met of zonder risicofactoren of co morbiditeit."

3 Hoe loopt de keten?

a. Het Landelijk model

Het [Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas](#) is in december 2018 vastgesteld. Dit Landelijk model beschrijft de werkwijze van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas (aanpak Kind naar Gezonder Gewicht) van JOGG. Het landelijk model beschrijft 6 processtappen:

1. Overgewicht constateren;
2. Het vaststellen van oorzaken en gevolgen van het overgewicht;
3. De samenhang hier tussen en mogelijke aanpak bespreken;
4. Plan maken en taken verdelen;
5. Kind en ouders voeren het plan uit;
6. Zorgdragen dat kind en ouders niet terugvallen naar de ongezonde leefstijl.

In dit hoofdstuk wordt op onderdelen specifiek ingezoomd op de rol van de JGZ, omdat de JGZ in veel regio's een belangrijke vindplaats is voor kinderen met overgewicht en obesitas en een logische verwijzer naar de CZV. De beschreven rollen en verantwoordelijkheden kunnen in de praktijk ook bij andere partijen belegd zijn, afhankelijk van de regionale organisatie van de ketenaanpak.

Stap 1: Overgewicht constateren

De keten start met het signaleren van overgewicht bij het kind. Dit gebeurt onder andere binnen de JGZ tijdens de reguliere contactmomenten gericht op groei, leefstijl, opvoed- en psychosociale omstandigheden, maar kan ook plaatsvinden via andere professionals in het zorg- of sociaal domein. Het duiden van het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) gebeurt conform geldende professionele richtlijnen. Afhankelijk van de situatie en regionale afspraken kan deze duiding plaatsvinden binnen de JGZ, of in samenwerking met of door de huisarts of kinderarts, wanneer aanvullende medische diagnostiek nodig is.

Stap 2: Vaststellen wat er speelt bij kind en gezin

Daarna volgt een brede anamnese door de CZV, aangevuld met lichamelijk onderzoek en optionele overige onderzoeken. De CZV brengt alle factoren van kind en gezin in kaart en coördineert en volgt de benodigde inzet. Wanneer de JGZ een duurzame vertrouwensrelatie met het gezin heeft, wordt in afstemming bepaald hoe de overdracht en samenwerking met de CZV wordt vormgegeven.

JGZ-professionals blijven, ook na inzet van de CZV, betrokken bij monitoring, terugvalpreventie en afstemming rond opvoed- en ontwikkelingsvragen. Wanneer de CZV-rol binnen de JGZ is belegd, worden deze taken in die rol uitgevoerd.

Stap 3: Samenhang en aanpak bespreken

Als de onderliggende factoren van overgewicht worden veroorzaakt door meerdere problemen op verschillende leefgebieden dan is het belangrijk de aanpak van het overgewicht te integreren met de aanpak van andere problemen. Daarvoor is vaak de inzet van professionals op psychosociaal en/of medisch gebied nodig. De coördinerende taken die hierbij horen en het bewaken van de samenhang van alle activiteiten, worden vervuld door de CZV. De CZV bouwt een vertrouwensrelatie op met het kind en het gezin, die essentieel is voor het bieden van passende en duurzame ondersteuning.

Stap 4: Plan maken en taken verdelen

De CZV put uit het aanbod vanuit het sociaal domein (lokaal of regionaal) en het zorgdomein en stelt op basis daarvan samen met het kind en gezin een plan van aanpak, toegesneden op de behoefte van het kind en gezin.

Stap 5: Aan de slag

Nu kan het gezin aan de slag, met ondersteuning van betrokkenen uit zijn omgeving en - voor zover nodig en afgesproken - onder begeleiding van professionals uit het sociaal domein of uit de zorg. Er zijn verschillende interventies, programma's of behandelingen beschikbaar (zie hoofdstuk 4 Interventies en ook stap 4 van het Landelijk model).

Stap 6: Zorgen dat het blijft werken

Het gaat er in deze stap om dat de resultaten van voorgaande stappen worden bestendigd. Op welke manier kan het gezin zelfstandig verder, zo nodig met ondersteuning van mensen in diens omgeving, gebruikmakend van collectief aanbod of onder controle van reguliere zorg. Aandacht voor terugvalpreventie en duurzame gedragsverandering is hierbij belangrijk. Denk daarbij bijvoorbeeld aan goede doorgeleiding naar laagdrempelig lokaal sport- en beweegaanbod en duurzaam beweeggedrag.

4 Interventies en aanbod

a. Uitgangspunten

De ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas bestaat uit een samenhangend geheel van interventies in het sociaal domein en het zorgdomein. Interventies worden ingezet op basis van de situatie van het kind en het gezin, de ernst van het GGR en de onderliggende medische, psychische, psychosociale en sociaal-maatschappelijke omgevingsfactoren.

De ketenaanpak staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van een bredere preventieve aanpak gericht op gezond en kansrijk opgroeien. Er is een toegankelijke sociale basis beschikbaar in wijken en buurten die helpt om gezinnen vroegtijdig te bereiken en passende ondersteuning te bieden. Daarbij is een gezonde leef- en voedingsomgeving een belangrijke randvoorwaarde voor het ondersteunen en volhouden van gezond gedrag. In de eerste levensjaren sluit de ketenaanpak aan bij Kansrijke Start, waar geboortezorg, JGZ en wijkteams samenwerken om gezinnen tijdig te ondersteunen en onderliggende factoren van overgewicht vroeg te signaleren. Wanneer kinderen ouder worden, spelen scholen een belangrijke rol. Initiatieven zoals Gezonde School en de inzet van JOGG (Gezonde Jeugd, Gezonde Toekomst) dragen bij aan een samenhangende aanpak waarin gezond gedrag wordt gestimuleerd, zowel in de klas als in de buurt. Deze gezonde leefomgeving versterkt de ondersteuning die kinderen krijgen binnen de ketenaanpak en maakt het eenvoudiger om gezond gedrag vol te houden. Door de verbinding tussen collectieve preventie en individuele preventie (o.a. Kansrijke Start en KnGG) ontstaat een doorlopende lijn van preventie, vroeg signalering en passende ondersteuning en zorg voor kinderen en gezinnen.

De inzet van interventies richten zich niet uitsluitend op leefstijl, maar (waar nodig) ook op psychosociale omstandigheden, opvoedsituatie, bestaanszekerheid en participatie (sociaal-maatschappelijke factoren). De keuze voor interventies volgt op een integrale beoordeling van wat nodig is voor het kind en het gezin. De CZV speelt een belangrijke rol bij het verbinden van interventies uit het sociaal en zorgdomein, het monitoren van de voortgang en het waar nodig opschalen of afschalen van de ondersteuning.

Gemeenten en zorgverzekeraars dragen gezamenlijk zorg voor een dekkend en samenhangend aanbod binnen de regio. De uitvoering ligt bij de professionals uit het zorgdomein en het sociaal domein, waaronder de CZV, JGZ en andere betrokken uitvoerende professionals. De GGD ondersteunt gemeenten op strategisch en beleidsmatig niveau bij het inzichtelijk maken en duiden van passend aanbod, onder andere op basis van populatiegegevens, landelijke erkenning (zoals via het RIVM Loket Gezond Leven) en lokale en regionale ondersteuningsbehoeften. De keuze en inzet van interventies op individueel casusniveau vindt plaats door uitvoerende professionals, zoals de CZV, in afstemming met het kind en het gezin en betrokken partners.

b. CZV

De CZV coördineert de zorg voor kinderen vanaf een licht verhoogd GGR (in geval van psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problemen in het gezin of behoefte aan aanvullende regie) en is het vaste aanspreekpunt voor het kind en het gezin binnen het sociaal domein. De CZV voert een brede anamnese uit en stelt op basis daarvan een plan van aanpak op. Vanaf een matig verhoogd GGR wordt, indien de kinder-GLI onderdeel uitmaakt van het plan van aanpak, de CZV gefinancierd vanuit de basisverzekering. In alle andere gevallen wordt deze gefinancierd vanuit het sociaal domein.

De CZV stemt af met betrokken professionals binnen sociaal en zorgdomein en zet, waar nodig, aanvullende zorg en ondersteuning in. De CZV heeft daarbij een rol in het motiveren van gezinnen tot deelname; het beoordelen of aanvullende sociale of medische factoren interventie-inzet beïnvloeden; afstemming met GLI-uitvoerders over voortgang; herkennen van terugvalrisico's en opschaling waar nodig.

c. Aanbod sociaal domein

Gemeenten zorgen voor een samenhangend en toegankelijk aanbod binnen het sociaal domein. De omvang en diversiteit van dit aanbod sluiten aan bij de lokale context en behoeften. Bij de inrichting van het aanbod wordt rekening gehouden met regionale spreiding en bereikbaarheid, zodat niet in elke afzonderlijke gemeente alle vormen van aanbod aanwezig hoeven te zijn, mits kinderen en gezinnen toegang hebben tot passend aanbod in de nabijgelegen omgeving.

Gemeenten maken hierover onderling en met betrokken partners afspraken, passend bij de regionale samenwerking. Van belang is dat er voldoende en kwalitatief goed aanbod beschikbaar is binnen alle relevante categorieën, gericht op het versterken van beschermende factoren binnen het gezin.

Het aanbod omvat in ieder geval voorzieningen binnen de vijf categorieën:

1. Schuldhulpverlening en ondersteuning bij bestaanszekerheid;
2. Opvoedondersteuning;
3. Laagdrempelig en lokaal sport- en beweegaanbod;
4. Activiteiten gericht op gezonde voeding;
5. Ondersteuning bij sociaal-emotionele ontwikkeling.

Het aanbod hoeft niet specifiek voor de doelgroep te zijn ingericht, maar moet wel daadwerkelijk direct toegankelijk (zonder wachttijden) en passend voor de doelgroep zijn. Wanneer dit niet zo is en dat deelname belemmert, kan het nodig zijn het aanbod (tijdelijk) doelgroepgericht vorm te geven. Dat betekent ook dat professionals overzicht hebben van het beschikbare aanbod, weten hoe zij kunnen toeleiden en dat wachttijden of uitvoeringscapaciteit geen structurele belemmering vormen.

In verschillende gemeenten blijkt dat er vaak al passend aanbod aanwezig is, maar dat onduidelijk is of dit aanbod goed vindbaar en toegankelijk is voor kinderen met overgewicht en hun gezin, en/of voldoende is bekend bij professionals. Een goed overzicht van het lokale aanbod en duidelijke rol- en taakverdeling tussen professionals helpt om dit aanbod te benutten.

Ter verdieping en ter illustratie van hoe gemeenten het aanbod binnen het sociaal domein momenteel vormgeven, wordt verwezen naar het document '[verkenning Aanbod Sociaal Domein](#)' op de JOGG-Academy.

Bij kinderen met een licht verhoogd GGR vindt ondersteuning in eerste instantie plaats binnen het sociaal domein en de reguliere JGZ. Deze ondersteuning kan bestaan uit leefstijlgerichte interventies, opvoedondersteuning en activiteiten gericht op participatie en gezond gedrag. De inzet van interventies volgt altijd uit een integrale inschatting van wat nodig en passend is voor kind en gezin.

Leefstijlinterventies voor kinderen met een licht verhoogd GGR

Deze interventies zijn idealiter laagdrempelig, betrekken ouders of verzorgers actief en sluiten waar mogelijk aan bij de leefomgeving van het kind, zoals school, wijk of sportvereniging. Het kan hierbij gaan om zowel leefstijlgerichte interventies als ondersteuning op het versterken van opvoedingsvaardigheden en sociale omstandigheden binnen het gezin.

Deze interventies zijn gericht op:

1. Het versterken van gezonde leefstijlgewoonten;
2. Het verminderen of voorkomen van verdere toename van het GGR;
3. Het ondersteunen van ouders en gezin bij gedragsverandering.

Waar mogelijk wordt gebruikgemaakt van interventies die zijn erkend binnen landelijke erkennings-systematieken, zoals opgenomen in het Loket Gezond Leven. Er bestaat echter ruimte voor lokaal of regionaal ontwikkeld aanbod dat (nog) niet erkend is, mits dit passend, toegankelijk en van aantoonbare kwaliteit is. Gemeenten maken hierin, in overleg met betrokken partners, bewuste keuzes.

Partners met algemene medische kennis

Binnen het sociaal domein vervullen professionals met medische en gezondheidskundige expertise een belangrijke rol in de ketenaanpak. Het gaat hierbij met name om de JGZ, waar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werken vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Aanvullend kan vanuit het de Jeugdwet specialistische psychosociale ondersteuning worden ingezet, zoals een psycholoog of orthopedagoog, in afstemming met de CZV.

d. Aanbod zorgdomein

Partners met algemene medische kennis

Partners met algemene medische kennis (zoals huisarts, kinderarts of verpleegkundige kindergeneeskunde) kunnen zowel een signalerende rol vervullen als, waar nodig, betrokken worden voor nadere diagnostiek, duiding of behandeling. Zo nodig kan de CZV deze partners betrekken. Zij leveren een bijdrage aan het vaststellen van het GGR en onderbouwen van het plan van aanpak.

Gespecialiseerde partners

Deze partners (zie hieronder) hebben een signalerende rol en kunnen, waar nodig, betrokken worden voor aanvullend onderzoek, het bespreken van de casus of als aanbieder van gespecialiseerde ondersteuning of zorg.

- Specialistische medische zorg;
- Paramedici (bijvoorbeeld diëtist, (kinder)fysiotherapeut of (kinder) oefentherapeut);
- Overige beroepsgroepen.

Kinder-GLI

Voor kinderen met een matig verhoogd GGR of hoger wordt een GLI voor kinderen vergoed vanuit de basisverzekering, conform de geldende wet- en regelgeving. De kinder-GLI:

- Maakt onderdeel uit van het samenhangend plan van aanpak zoals opgesteld door de CZV;
- Wordt uitgevoerd door de kinderleefstijlcoach;
- Omvat begeleiding gericht op leefstijlverandering door in te zetten op voeding, bewegen en gedrag bij het kind én het gezin;
- Wordt vergoed via aparte betaaltitels. Deze bekostiging wijkt af van de reguliere eerstelijnszorg, zoals die van diëtisten of fysiotherapeuten, doordat de kinder-GLI als integraal programma wordt vergoed en niet via losse verrichtingen.

De in te zetten kinder-GLI betreft een interventie die is erkend volgens de geldende landelijke erkenningssystematiek (RIVM) én voldoet aan de voorwaarden zoals gehanteerd door zorgverzekeraars.

e. Samenhang en doorlopende route binnen de keten

Interventies binnen het sociaal domein en het zorgdomein, waaronder de kinder-GLI, vormen geen afzonderlijke trajecten, maar maken deel uit van één keten. Afhankelijk van de situatie wordt doorlopend afgestemd wat passend is, in samenspraak met kind en gezin. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat ondersteuning wordt aangepast, uitgebreid, gecombineerd of afgebouwd, in samenhang binnen de keten.

Door deze samenhang te borgen wordt voorkomen dat ondersteuning versnipperd raakt en wordt continuïteit voor kind en gezin gewaarborgd. De CZV coördineert en bewaakt deze samenhang, waarbij een goed functionerend lokaal netwerk van professionals een belangrijke randvoorwaarde vormt om elkaar te kennen en te vinden.

f. Landelijke gereedheidskist interventies

In het AZWA is afgesproken dat de regio voor de interventies/activiteiten in de basisfunctionaliteit gebruik kunnen maken van een gereedheidskist. De gereedheidskist is een dynamisch overzicht van effectieve interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid. Het uitgangspunt van de gereedheidskist 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 gereedheidskist. ZN, VNG en VWS werken, in overleg met relevante (kennis)partijen, de komende periode de gereedheidskist verder uit voor punten als: governancevraagstukken, gebruik van de interventies in de gereedheidskist door de regio's, criteria voor interventies, toegang tot de gereedheidskist en eigenaarschap. In een volgende versie van deze handreiking zal op deze plek worden verwezen naar de gereedheidskist.

Totdat de landelijke gereedheidskist beschikbaar is, kunnen gemeenten en regio's gebruik blijven maken van bestaande kennisbronnen, zoals het interventieoverzicht op het Loket Gezond Leven en kennisproducten van JOGG en KnGG, zie hiervoor: jogg-academy.nl/aan-de-slag-met-kngg.

5 Samenwerkingsafspraken: wie doet wat in de keten?

a. Uitgangspunten

De ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas kan alleen functioneren wanneer de betrokken partijen expliciet afspraken maken over verantwoordelijkheden, samenwerking, kwaliteit en financiering.

Gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en betrokken partijen vanuit zorg en ondersteuning dragen ieder verantwoordelijkheid voor onderdelen van de keten. Gemeenten en zorgverzekeraars vanuit hun rol als financierende partij, uitvoerende partijen vanuit hun verantwoordelijkheid voor (delen van) de uitvoering. Het goed functioneren van de keten vraagt om gezamenlijke regie en actieve inzet van alle betrokken partijen. Deze handreiking schrijft geen vaste governance-structuur voor, maar biedt richting voor het maken van regionale afspraken.

Samenwerkingsafspraken zorgen voor:

1. Duidelijkheid over rol- en taakverdeling;
2. Samenhang tussen sociaal domein en zorg;
3. Voldoende capaciteit;
4. Kwaliteitsborging;
5. Monitoring en bijsturing;
6. Duurzame financiële borging.

Samenwerkingsafspraken worden regionaal gemaakt, met ruimte voor lokale uitwerking. Dit hoofdstuk gaat in op samenwerking van de verschillende partijen direct gekoppeld aan de inhoud van zorg en ondersteuning. In hoofdstuk 6 is meer te lezen over de samenwerking en rollen en verantwoordelijkheden, bekeken vanuit een meer formeel en minder inhoudelijk perspectief.

b. Samenwerken rond kind en gezin

De ketenaanpak krijgt betekenis in de begeleiding van kinderen en hun gezinnen, die zowel door ouders als kinderen als positief wordt ervaren. Gewaardeerd worden onder meer de regierol van de CZV, het laagdrempelig contact, de breedte van de aanpak, het centraal stellen van de behoeften van kind en gezin en het feit dat hulpverleners direct actie ondernemen [RIVM, 2025]. Voor kind en gezin moet de samenwerking merkbaar zijn: de ondersteuning vormt één samenhangend geheel, ook wanneer meerdere professionals en organisaties betrokken zijn. Vanaf matig verhoogd GGR is altijd een CZV als regievoerder of coördinator betrokken. Bij licht verhoogd GGR kan een CZV deze rol vervullen wanneer dit wenselijk is, bijvoorbeeld bij psychosociale en/of sociaal-maatschappelijke problematiek binnen het gezin, en hierover regionale afspraken zijn gemaakt en bekostiging is geregeld. Bij lichtere ondersteuningsvragen die binnen de JGZ en/of het sociaal domein worden opgepakt, is geen formele regierol nodig, maar vindt afstemming en coördinatie plaats binnen de bestaande ondersteuning.

Maak hierover afspraken

Niveau: professioneel en lokaal

Partijen: betrokken professionals uit zorg- en sociaal domein, uitvoerende organisaties (bijvoorbeeld Regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV), gemeenten en GGD)

- Rol- en taakverdeling binnen de keten;
- Inzet en positionering van de CZV;
- Onderlinge bereikbaarheid en terugkoppeling;
- Hoe continuïteit wordt geborgd wanneer de ondersteuningsbehoefte van het gezin verandert;
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor samenhang rond het gezin;
- Beschikbaarheid, kwaliteit en continuïteit van interventies (zie hoofdstuk 3) (afspraken over toeleiding, overdracht, terugvalpreventie en wijziging van ondersteuning).

c. Samenhang tussen sociaal/publiek domein en zorg

De ketenaanpak overstijgt de grenzen van afzonderlijke domeinen. Gemeenten dragen verantwoordelijkheid voor onderdelen binnen het sociaal domein op basis van de Jeugdwet en binnen het publiek domein op basis van de Wet publieke gezondheid. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor onderdelen binnen de Zvw. Voor gezinnen moet deze domeinscheiding niet voelbaar zijn.

Samenwerkingsafspraken beschrijven daarom hoe beide domeinen op elkaar aansluiten. Dat betekent onder meer dat werkwijzen elkaar niet tegenwerken, dat verwijzingen wederzijds worden erkend en dat er geen hiaten ontstaan tussen financieringsstromen. Ook wordt waar mogelijk aangesloten bij andere ketenaanpakken waarbij domeinoverstijgend wordt samengewerkt, zodat inzet vanuit beide domeinen in samenhang plaatsvindt. Regionale afspraken sluiten daarbij aan op het landelijk vastgestelde inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

Maak hierover afspraken

Niveau: regionaal en organisatieniveau

Partijen: gemeenten (gezamenlijk gemandateerd), zorgverzekeraar(s), GGD/JGZ waar relevant

- Verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraar;
- Regionale samenwerkingsafspraken tussen gemeenten; tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorg en sociaal domeinpartijen;
- Afspraken over capaciteit, regionale dekking en financiering;
- Borging van één herkenbare werkwijze voor gezinnen.

d. Verantwoordelijkheid financierende partijen

Gemeenten (vertegenwoordigd door VNG) zijn verantwoordelijk voor:

- De beschikbaarheid en kwaliteit van aanbod binnen het sociaal domein;
- De bekostiging van de inzet van de CZV waarin geen aanspraak wordt gemaakt op de basisverzekering: bij 1) een licht verhoogd GGR en bij 2) een matig verhoogd GGR zonder aangewezen inzet van een kinder-GLI;
- Het faciliteren van samenhang tussen ondersteuningsvoorzieningen;
- Het organiseren van de lokale coördinatie van de ketenaanpak en het netwerk van betrokken partijen;
- Het monitoren van de uitvoering en voortgang van de aanpak, inclusief de ingezette onderdelen en interventies uit de gereedschapskist, om te beoordelen of deze aansluiten bij de beoogde doelen en doelgroep.

Zorgverzekeraars (vertegenwoordigd door ZN) zijn, binnen de wettelijke kaders van de Zvw, verantwoordelijk voor:

- De beschikbaarheid en kwaliteit van het aanbod dat binnen het zorgdomein valt: de kinder-GLI en de CZV voor zover het kinderen vanaf een matig verhoogd GGR betreft waarbij een kinder-GLI noodzakelijk wordt geacht.

e. Verantwoordelijkheid uitvoerende partijen

Rol van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ, 0–18 jaar)

De JGZ is een vaste partner in de uitvoering van de ketenaanpak. De JGZ levert inhoudelijke, medische en psychosociale duiding van kind en gezin. De JGZ kan uitgevoerd worden door een GGD, een private stichting of als gemeentelijke afdeling.

Kerntaken JGZ:

- Vroegsignalering: objectieve meting van groei en gewicht; herkennen van signalen van overgewicht en risicofactoren;
- Diagnostiek & GGR-duiding: vaststellen van BMI, gewichtscategorie en GGR volgens
- JGZ-richtlijnen (de volledige duiding van het GGR, inclusief eventuele medische comorbiditeit,
- vindt plaats conform richtlijnen en zo nodig in afstemming met huisarts of kinderarts);

- Brede verkenning & duiding met gezin: bespreken van leefstijl, opvoeding, psychosociaal functioneren en omgeving;
- Toeleiding en warme overdracht: beoordelen of centrale zorgverlening passend is; verwijzen naar CZV of sociaal domein;
- Monitoring en terugvalpreventie: reguliere contactmomenten gebruiken voor follow-up en ondersteuning;
- Ondersteuning van ouders: motiveren, informeren en versterken van zelfregie.

NB: Bij inzet van een CZV binnen de JGZ worden aanvullende coördinerende taken belegd bij die professional. Dit laat de reguliere JGZ-taken onverlet, waaronder vroegsignalering, monitoring en begeleiding.

Rol van de GGD – publieke gezondheid

De GGD (of een andere uitvoerende organisatie van de Wet publieke gezondheid) bewaakt de preventieve en publieke gezondheidsinfrastructuur, ondersteunt gemeenten en regio's en zorgt voor verbinding tussen domeinen. Deze rol richt zich op collectief beleid, populaties en infrastructuur.

Kerntaken GGD:

- Regionale monitoring & dataduiding: analyseren van groeicijfers, gezondheidsmonitor, omgevingsdata; vertalen naar regionale beelden (regiobeelden);
- Adviesfunctie richting gemeenten & regio's: adviseren over prioritering, doelgroep keuze en preventiestrategieën;
- Verbinder binnen AZWA D5/D6-infrastructuur: leggen van verbindingen tussen zorg, sociaal domein, publieke gezondheid;
- Afstemming met bredere preventieprogramma's: Kansrijke Start, Gezonde School, JOGG, gezonde leefomgeving, mentale gezondheid, armoede, sport;
- Toezien op samenhang: bewaken dat medische preventie, sociaal domein en eerstelijnszorg aansluiten.

Rol van de GGD – regiocoördinatie

Deze rol is niet verplicht, maar veel regio's kiezen ervoor de GGD als neutrale partner deze opdracht te geven. Het is een organisatorische, niet inhoudelijk-medische rol.

Kerntaken regiocoördinator:

- Regionale coördinatie van implementatie: planning, organisatie, overlegstructuren, voortgangsbewaking;
- Netwerkmanagement: opbouwen en onderhouden van regionaal netwerk (gemeenten, JGZ, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, sociaal domein);
- Stimuleren van duurzame bekostiging: overzicht houden, afspraken helpen maken, voortgang bewaken;
- Bewaken van governance: rollen, verhoudingen, besluitvorming, werkprocessen;
- Ondersteunen praktische randvoorwaarden: ICT-monitoring, juridische zaken (werkafspraken), communicatie;
- Koppeling met landelijke ontwikkelingen: IZA, GALA, AZWA, preventie-infrastructuur.

Overige zorg

Naast de kinder-GLI/inzet van de kinderleefstijlcoach (KLSC) moeten er samenwerkingsafspraken worden gemaakt met andere zorgprofessionals zoals kinderartsen, kinderfysiotherapeuten, kinderdietisten en (kinder)oefentherapeuten.

Ook beroepsverenigingen zijn betrokken op uitvoeringsniveau, doordat zij de betrokken professionals vertegenwoordigen en bijdragen aan de randvoorwaarden voor goede uitvoering, waaronder kwaliteitsafspraken en deskundigheidsbevordering. De verdere uitwerking van kwaliteitsborging is opgenomen in hoofdstuk 5.

JOGG NL is verantwoordelijk voor:

- Het ondersteunen en stimuleren van gemeenten en regio's met expertise, advies en materialen, waaronder e-learnings, trainingen, bijeenkomsten en toegang tot een groot landelijk netwerk voor lokale KnGG-projectleiders en regiocoördinatoren;
- Het vrijmaken van randvoorwaarden voor lokale implementatie op landelijk niveau door gesprekken te voeren met financiers, beroepsverenigingen en kennisinstellingen;
- Het verbinden van bestuurders, beleidsmakers, ondernemers en professionals op landelijk niveau en het benutten van landelijke ervaringskennis van ouders, kinderen en jongeren. Dit gebeurt o.a. door deelname aan de landelijke kerngroep en landelijke doorontwikkeling van de aanpak;
- Hiermee ondersteunt JOGG NL de randvoorwaarden uit het JOGG impactmodel (zoals gedeelde ambities, politiek bestuurlijk draagvlak, mensen en middelen, publiek private samenwerking, continu leren en aanpassen, en communiceren). En versterkt het de lokale JOGG teams in hun sleutelrol bij verbinden, agenderen, faciliteren (en adviseren en aanjagen) en het zichtbaar maken van successen.

Partijen erkennen dat deze rolverdeling alleen effectief is wanneer zij actief afstemmen en elkaar aanspreken op het functioneren van de ketenaanpak op proces en inhoud.

g. Kwaliteit

De deskundigheid van professionals binnen de keten wordt geborgd via uniforme kwaliteitsafspraken en kwaliteitsregisters voor de CZV en de KLSC. Sinds de start in 2023 zijn samen met het veld uniforme kwaliteitsafspraken opgesteld en is advies uitgebracht over de inrichting van de registers en de kwaliteitsborging.

Uniforme kwaliteitsafspraken

Voor zowel de CZV als de KLSC zijn een competentieprofiel en registratie- en herregistratie eisen vastgesteld. Deze documenten vormen de basis voor de kwaliteitsborging van beide rollen.

De beroepsverenigingen hebben afgesproken de registraties decentraal onder te brengen bij hun eigen beroepsregisters. Voor beide rollen is een coalitie van beroepsverenigingen gevormd.

Voor de rol van **CZV** zijn betrokken:

- **V&VN** ([Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland](#))
- **BPSW** ([Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk](#))
- **BLCN** ([Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland](#))

Voor de rol van **kinderleefstijlcoach** zijn betrokken:

- **BLCN** ([Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland](#))
- **KNGF** ([Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie](#))
- **NVKF** ([Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapeuten](#))
- **NVD** ([Nederlandse Vereniging van Diëtisten](#))
- **VvO** ([Vereniging voor Oefentherapeuten](#))
- **BPSW** ([Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk](#))

Deze coalities zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor:

- Het beheer, toepassen en doorontwikkeling van uniforme kwaliteitsafspraken;
- De afstemming tussen de kwaliteitsafspraken en de verschillende beroepsregisters;
- Het instellen van een gezamenlijke accreditatiecommissie voor opleidingen en bij- en nascholing.

Door deze gezamenlijke structuur wordt de kwaliteit van de rollen binnen de keten landelijk geborgd, terwijl registratie plaatsvindt binnen bestaande beroepsregisters.

6 Organisatie en samenwerking: wat moet waar in de regio vastgelegd worden?

In dit hoofdstuk worden de te maken regionale en lokale afspraken over organisatie en samenwerking verder toegelicht.

a. Regionale afspraken

Samenwerkingsafspraken worden gemaakt op het niveau van de IZA regio door de gemandateerde gemeente en de preferente zorgverzekeraar. Dit gebeurt in nauwe samenspraak met de GGD en aanbieders van zorg en welzijn. 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 basisfunctionaliteit ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen.

De gemandateerde gemeente en de preferente zorgverzekeraar zorgen ervoor dat alle onderdelen van de ketenaanpak voldoende beschikbaar zijn en dat er voldoende onderlinge samenhang en samenwerking met de andere basisfunctionaliteiten is.

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

- Een gedeelde visie op de maatschappelijke opgave voor de ketenaanpak kinderen met overgewicht en obesitas, die zij in samenspraak met professionals uit het gezondheids-, zorg- en sociaal domein opstellen;
- De afweging of een nadere prioritering of afbakening van doelgroep(en) en/of het benoemen van focusgebieden gewenst is op basis van de regionale opgave;
- Het inrichten van een regionale samenwerkingsstructuur met betrokken organisaties uit zorg en sociaal domein. Hierin wordt aangesloten bij en voortgebouwd op de bestaande infrastructuur;
- Monitoring en evaluatie op regionaal niveau;
- Een regionaal dekkend aanbod van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Zie voor meer informatie de Opdracht voor de werkagenda op zorgakkoorden.nl/azwa (en een beknopte weergave in het kader hieronder);
- De gegevensuitwisseling tussen de JGZ, CZV en GLI-uitvoerders conform data-standaardisatie en AVG.

Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen (Opdracht voor de werkagenda)

Doelgroep: Kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar met overgewicht of obesitas. De aanpak is van toepassing vanaf een licht verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR)

Benodigd landelijk dekkend aanbod (eerste inschatting, evaluatie in 2028):

- Centrale zorgverlener (CZV): 0,2 fte per 1000 jeugdigen
- Kinder-GLI-aanbieder: 0,2 fte per 1000 jeugdigen
- 0,2-0,4 fte regionale coördinatie per 100.000 jeugdigen

Belangrijkste inhoudelijke aandachtspunten/opgaven:

- Voor kinderen vanaf een matig verhoogd GGR wordt de intake, analyse en het opstellen van het plan van aanpak door de CZV ingekocht door zorgverzekeraars.
- Wanneer de kinder-GLI onderdeel uitmaakt van het plan van aanpak, wordt de CZV voor de rest van het traject ook ingekocht door zorgverzekeraars. Voor kinderen met een licht verhoogd GGR of kinderen vanaf een matig verhoogd GGR waarvan de kinder-GLI geen onderdeel uitmaakt van het PVA wordt de CZV ingekocht door de gemeente.
- Gemeenten dragen zorg voor coördinatie op lokaal niveau. Samenhang met andere basisfunctionaliteiten/aanpakken: ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen, Kansrijke Start.

B. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor:

- Voldoende beschikbaarheid van uit de Zvw gefinancierde onderdelen van de ketenaanpak zoals benoemd in de inzet onder A en in paragraaf 5.4;
- Afspraken met (eerstelijns) zorgverleners over het signaleren en verwijzen van kinderen die behoren tot de doelgroep van deze ketenaanpak.

C. De gemeente is verantwoordelijk voor:

- Voldoende beschikbaarheid en regionale spreiding van de onderdelen van deze basisfunctionaliteit die vanuit de SPUK AZWA en eventueel andere gemeentelijke middelen gefinancierd worden, zoals benoemd in de inzet onder A en in paragraaf 5.4;
- Voldoende gespreid en bereikbaar aanbod in de sociale basis en de basisinfrastructuur op het gebied van bewegen, leefstijl en ontmoeting die nodig is om overgewicht bij kinderen te voorkomen;
- De structurele betrokkenheid van de JGZ bij de signalering, GGR-duiding, verwijzing en monitoring;
- De wijze waarop de GGD wordt ingezet voor monitoring, regionale dataduiding en governance (AZWA D6);
- De wijze waarop de JGZ betrokken wordt bij casuïstiekbespreking, kwaliteitsborging en professionalisering.

D. Aanbieders van zorg en ondersteuning zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor:

- Het voldoende aanbieden van de interventies die onderdeel zijn van de ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen;
- Samenwerkingsafspraken met de regisserende en uitvoerende partijen in deze ketenaanpak;
- De invulling van de warme overdracht vanuit JGZ naar CZV en sociaal en zorg domein.

b. Lokale afspraken

A. Gemeente en zorgaanbieders zijn samen verantwoordelijk voor:

- De organisatie en coördinatie van de aanpak, het volgen van de voortgang en bijsturing waar nodig. Dat kan bijvoorbeeld via een kernteam met vertegenwoordiging uit zorg, sociaal domein en gemeente;
- Het organiseren van de verwijzroute inclusief terugkoppeling binnen de ketenaanpakken en zo nodig met andere ketenaanpakken en basisfunctionaliteiten.

B. De gemeente is verantwoordelijk voor:

- Afspraken met de JGZ-uitvoerder en welzijnsorganisaties waar sociaal domein professionals werken, over uitvoering en financiering van de ketenaanpak;
- Inzet en beschikbaarheid van sociaal domein en gezondheidsprofessionals die een rol spelen in de ketenaanpak, in overeenstemming met de afspraken in de regionale werkagenda AZWA;
- Voldoende lokaal aanbod vanuit het sociaal domein en de sociale basis met name op het gebied van sport, bewegen, leefstijl en ontmoeting voor de doelgroep.

c. Financiën

Gemeenten en zorgverzekeraars bepalen aan de hand van de regionale opgaven en doelgroepen en de afspraken die zij maken in de werkagenda onder het regioplan, hoe geprioriteerd wordt en waar gemeenten de beschikbare middelen aan besteden met betrekking tot deze basisfunctionaliteit. Dit leggen zij ook vast in de werkagenda.

Gemeenten kunnen de inzet van de sociaal domein professionals financieren vanuit gelden uit de AZWA-middelen, de Brede Regeling Combinatiefuncties (BRC) en/of uit reguliere budgetten voor het sociaal- en gezondheidsdomein. Dit geldt ook voor het structureel aanbod in de sociale basis en coördinatie van de basisfunctionaliteit. Zorgverzekeraars financieren de inzet waarvoor dit van toepassing is vanuit de door de NZa vastgestelde prestaties binnen de Zvw.

d. Wederkerigheid en aanspreekbaarheid

De samenwerkingsafspraken in dit hoofdstuk zijn wederkerig. Dat betekent dat zowel de zorgpartijen als het sociaal domein nodig zijn om de uitvoering tot een succes te maken. In de regionale werkagenda AZWA hebben de financierende en uitvoerende partijen vastgelegd wat hun ambitie is in de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas, regionaal en lokaal.

Daarmee is afgesproken wat dit van elke partij aan inspanningen vraagt op het gebied van financiering, coördinatie en uitvoering. Partijen mogen erop vertrouwen dat deze afspraken worden nagekomen.

Voor het geval dat dit naar het oordeel van een van de partijen niet het geval mocht zijn, is het wenselijk dat er in de governance van de regionale preventie infrastructuur is geregeld waar dit kan worden geagendeerd, bij voorbeeld aan de regionale IZA-tafel, met als resultaat een uitkomst waar alle partijen zich aan kunnen conformeren.

Evenals dat bij het opstellen van de regionale werkagenda AZWA het geval is, wordt van de (mandaat) gemeente en de preferente zorgverzekeraar verwacht dat zij zich vanuit hun regierol inspannen om in de regio goede afspraken te maken en te zorgen dat deze worden uitgevoerd. Mocht het ondanks ieders inspanningen niet lukken om in de regio tot het afgesproken niveau van uitvoering van samenwerkingsafspraken te komen, dan mag ook van landelijke systeempartijen (VWS, VNG, ZN) en koepelorganisaties verwacht worden dat zij hun leden aanspreken op het uitvoering geven aan de gemaakte afspraken.

7 Financiën: wie financiert wat en hoe?

De ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas is een domein overstijgende aanpak en vraagt daarom om domein overstijgende financiering. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn hier gezamenlijk verantwoordelijk voor. Een deel van de aanpak wordt uit het sociaal domein door gemeenten bekostigd. Daarnaast kunnen onderdelen van de aanpak vanuit de basisverzekering bekostigd worden, zie onderstaande tabel.

		Licht verhoogd GGR	Matig t/m extreem verhoogd GGR
Implementatie	Projectcoördinatie Netwerkopbouw en onderhoud Monitoring en evaluatie	Betaald door gemeente	Betaald door gemeente
Coördinatie (en brede anamnese)	CZV	Betaald door gemeente	Betaald vanuit basisverzekering, mits kinder-GLI onderdeel van plan van aanpak Anders: betaald door gemeente
Aanbod sociaal domein	Zie hoofdstuk 4	Betaald door gemeente	Betaald door gemeente
Aanbod zorgdomein	Zie hoofdstuk 4		Betaald vanuit de basisverzekering

a. Bekostiging vanuit gemeenten

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de bekostiging van de implementatie van de aanpak en voor de inzet van de CZV voor kinderen met een licht verhoogd GGR en bij kinderen vanaf een matig verhoogd GGR die niet zijn aangewezen op een kinder-GLI.

Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor de bekostiging van het benodigde ondersteuningsaanbod vanuit het sociaal domein (zie ook hoofdstuk 4: Interventies en aanbod). Deze inzet wordt bekostigd vanuit de daardoor bestemde AZWA-middelen en, waar van toepassing, vanuit reguliere middelen binnen de sociale basis en het sociaal domein.

De taken van de JGZ binnen de ketenaanpak – zoals signalering, monitoring en begeleiding – sluiten aan bij bestaande wettelijke taken. De wijze waarop deze taken zijn belegd en bekostigd kan regionaal verschillen, afhankelijk van lokale afspraken en organisatievormen. De handreiking erkent deze verschillen en beoogt geen landelijke uniformering van bekostiging van JGZ-taken.

b. Financieringsvorm AZWA-middelen

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 voor de zomer vindt er besluitvorming plaats over de financieringsvorm. Dit zal in een volgende versie van deze handreiking worden toegevoegd.

c. Bekostiging vanuit de basisverzekering: CZV en de kinder-GLI voor kinderen vanaf een matig verhoogd GGR

Bepaalde delen van de ketenaanpak voor ondersteuning en zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas, wordt vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering.

Het gaat hierbij om de volgende onderdelen:

1. De brede anamnese en coördinatie en begeleiding door de CZV;
2. De kinder-GLI.

Voorwaarden voor vergoeding zijn:

1. Er is recht op vergoeding vanaf een matig verhoogd GGR;
2. Een erkende kinder-GLI (zie hoofdstuk 4 voor geldende voorwaarden) is onderdeel van het plan van aanpak;
3. Er is sprake van een erkend kinder-GLI programma.

Voor kinderen met een licht verhoogd GGR wordt de inzet van de CZV niet vergoed vanuit de basisverzekering. Wanneer gemeenten ervoor kiezen de CZV bij deze doelgroep in te zetten, vindt bekostiging plaats vanuit gemeentelijke middelen. Gemeenten bepalen hierbij, in afstemming met regionale partners, in welke situaties inzet van aanvullende coördinatie wenselijk en haalbaar is.

d. Meer weten?

Meer informatie over de financiering van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas is te vinden op de [JOGG-academy](#). Hier is ook de bijlage [financiering ketenaanpak](#) die hoort bij het 'Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' te vinden. Deze laat zien hoe de financiering van de verschillende onderdelen van die ketenaanpak is geregeld.

Voorts is op de webpagina van de [Nza](#) nog specifieke informatie te vinden over de prestaties en tarieven voor de onderdelen van de aanpak die in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering.

8. Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring

Het uitwisselen van gegevens is belangrijk voor goede samenwerking tussen medische zorg, sociaal werk en preventie. Professionals uit verschillende organisaties moeten soms informatie delen om mensen goed te kunnen helpen. Uitgangspunt is eenmalige registreren voor meervoudig gebruik (zowel primair als secundair) om administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken.

Momenteel werkt de VNG aan een gedragen afsprakenset die gegevensuitwisseling in deze samenwerking kan faciliteren. Ook het RIVM zal bij de landelijke voortgangsrapportage zoveel mogelijk werken met deze gegevens.

De afspraken gaan bijvoorbeeld over:

- **Proces:** hoe organisaties samenwerken en wie wat doet.
- **Informatie:** welke gegevens worden vastgelegd en welke termen worden gebruikt? Daarnaast wordt ook uitleg gegeven over: het juridisch kader en beveiliging & privacy.

Monitoring

Landelijke monitoring

Landelijk wordende afspraken uit het GALA en IZA gevolgd met diverse monitors. Alle huidige informatie over de landelijke monitoring van het GALA (uitgevoerd door het RIVM) is te vinden op de website van de GALA-monitor (rivm.nl/gala-monitor). 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.

Ook voor de afspraken van het AZWA wordt een monitor opgezet, waarbij in de ontwikkeling goed gekeken wordt naar de bestaande monitors. De afspraken D5 en D6 uit het AZWA worden vanaf 2028 meegenomen in de geïntegreerde GALA-monitor en IZA-deelmonitor regionale samenwerking. In 2026 wordt gezamenlijk met de betrokken AZWA-partijen uitgewerkt wat er t.a.v. de afspraak over basisfunctionaliteiten in het AZWA (extra) uitgevraagd wordt.

Regionale en lokale monitoring gericht op leren en verbeteren van de aanpak

Op de [JOGG academy](#) zijn meer informatie en praktische uitwerkingen te vinden voor regionale en lokale monitoring en evaluatie.

9 Kennisdeling

a. De keten als lerend systeem

De ketenaanpak voor kinderen 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:

1. Verbetering van kwaliteit;
2. Versnelling van implementatie;
3. Vermindering van regionale verschillen;
4. Doorontwikkeling van rollen en werkwijzen.

Kennisdeling is daarmee geen optionele activiteit, maar een integraal onderdeel van de ketenaanpak.

b. Landelijke kennisdeling

Landelijke partijen en kennisinstituten faciliteren deze uitwisseling en dragen zorg voor het beschikbaar maken van handreikingen, tools en praktijkvoorbeelden. JOGG vervult hierin een landelijke verbindende en ondersteunende rol door gemeenten en uitvoerende professionals te ondersteunen met kennisdeling, scholing en praktijkgerichte tools, onder meer via de JOGG Academy. Andere landelijke partijen die hierbij ondersteunen zijn onder andere Care for Obesity (C4O) die verdiepend wetenschappelijk onderzoek doet naar de componenten van de aanpak en implementatie; RIVM met toegepast wetenschappelijk onderzoek naar o.a. de stand van zaken rond de implementatie van en ervaringen met componenten van de ketenaanpak; en het Mulier Instituut die samen met JOGG elk jaar de lokale KnGG-monitor uitvoert.

Daarnaast worden via het landelijke leernetwerk voor regiocoördinatoren, dat JOGG nu samen met GGD GHOR NL organiseert, ervaringen tussen regio's gedeeld, waardoor versnippering wordt voorkomen en landelijke samenhang ontstaat.

Landelijke kennisuitwisseling richt zich onder meer op:

1. Verdere professionalisering van de rol van CZV;
2. Ontwikkeling en actualisatie van kwaliteitsregisters;
3. Implementatie van de kinder-GLI;
4. Effectieve samenwerking tussen sociaal domein en (publieke gezondheids)zorg;
5. Aanpak van structurele knelpunten.

Binnen deze structuur verzorgt het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) netwerkbijeenkomsten voor CZV's en verbindt JOGG wetenschap, beleid en praktijk met elkaar. Ook vindt er uitwisseling plaats tussen de verschillende ketenaanpakken om samen een solide basis te vormen en om overlap in aanpakken tegen te gaan.

c. Regionale kennisdeling

Naast landelijke kennisuitwisseling is regionale kennisdeling noodzakelijk. Regio's dragen verantwoordelijkheid voor het organiseren van kennisdeling binnen de eigen samenwerkingsstructuur. Dit betekent dat zij:

1. Praktijkervaringen periodiek bespreken;
2. Signalen uit de uitvoering benutten voor verbetering;
3. Uitkomsten van monitoring vertalen naar concrete acties;
4. Professionals ruimte bieden voor intervisie en reflectie.

Kennisdeling vindt plaats binnen bestaande regionale overlegstructuren en sluit aan bij regionale samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

De GGD, gemeenten en de JGZ dragen actief bij aan kennisdeling door het inbrengen van signalen uit de praktijk, populatiedata en duiding van trends binnen de regio. Zij verbinden bevindingen uit individuele casuïstiek aan trends op populatieniveau, waarmee zij een belangrijke brug vormen tussen uitvoering en beleidsontwikkeling.

Daarnaast is het wenselijk om kennisdeling vanuit het gehele leefgebied kansrijk opgroeien te bezien. De verschillende aanpakken als Kansrijke Start en de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas zijn niet los van elkaar te zien.

10 Stappenplan voor starten met, of opschalen/optimaliseren van de basisfunctionaliteit

Voor het starten met, opschalen van of optimaliseren van de ketenaanpak zijn verschillende ondersteuningsmiddelen beschikbaar. JOGG stelt hiervoor adviseurs, kennis en praktische tools beschikbaar die gemeenten en professionals ondersteunen bij de implementatie van de ketenaanpak. Meer informatie is te vinden op de website [‘Aan de slag met Kind naar Gezonder Gewicht.’](#)

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