



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

GALA-monitor 2025

Van ambitie naar actie

RIVM-rapport 2025-0062



GALA-monitor 2025

Van ambitie naar actie

RIVM-rapport 2025-0062

Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2025-0062

P. Kemper (auteur), RIVM
F. Baâdoudi (auteur), RIVM
L. Bel (auteur), RIVM
I. Brus (auteur), RIVM
U. Chavez Baldini (auteur), RIVM
P. Geuijen (auteur), RIVM
M. Huiberts (auteur), RIVM
T. Jansen (auteur), RIVM
N. Koopman (auteur), RIVM
H. Kruize (auteur), RIVM
L. Lemmens (auteur), RIVM
P. Reckman (auteur), RIVM
A. Verweij (auteur), RIVM
M. Vugts (auteur), RIVM
C. van den Brink (auteur), RIVM

Contact:

Peter Kemper

Centrum Volksgezondheid, Zorg & Maatschappij

monitorGALA@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

GALA-monitor 2025

Van ambitie naar actie

Op 3 februari 2023 is het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) ondertekend. Het ministerie van VWS, gemeenten, GGD-en en zorgverzekeraars willen hiermee mensen gezonder en actiever laten leven en zo gezondheidsproblemen voorkomen. Deze partijen hebben afspraken gemaakt om lokaal en regionaal samen te werken aan zeven thema's. Voorbeelden zijn een gezonde leefomgeving, een gezonde leefstijl en vitaal ouder worden.

Het RIVM volgt wat de betrokken partijen voor de gezondheidsthema's doen en hoe de samenwerking zich ontwikkelt. De nadruk ligt op de acties die worden uitgevoerd. Deze tweede rapportage laat zien hoe in 2024 aan de uitvoering van de gemaakte plannen is gewerkt. De samenwerking tussen partijen in de regio is verbeterd, onder andere omdat het steeds duidelijker is wie wat moet doen. In gemeenten worden gezondheidsthema's ook aan elkaar gekoppeld, zoals gezondheidsachterstanden, leefstijl en eenzaamheid. Verschillende domeinen binnen de gemeenten werken met elkaar samen aan deze gezondheidsthema's.

Een voorbeeld van de samenwerking tussen verschillende partijen zijn de vijf 'ketenaanpakken', zoals Kansrijke Start en Valpreventie. De monitor laat zien dat deze 'aanpakken' in steeds meer gemeenten worden aangeboden en wat de partijen hebben gedaan om dat te organiseren en uit te voeren.

De betrokken partijen ervaren dezelfde knelpunten als uit de vorige rapportage bleek. Vooral het gebrek aan blijvende financiering en de onduidelijkheid daarover voor de toekomst zet de samenwerking tussen partijen onder druk. Ook kan het ervoor zorgen dat nieuwe activiteiten niet worden uitgevoerd.

Het is belangrijk dat de positieve ontwikkelingen doorgaan en dat partijen blijven samenwerken aan het GALA. Het kost namelijk tijd om de gezondheid te verbeteren.

Kernwoorden: monitor, GALA, ketenaanpak, preventie, gezondheid, gemeenten, GGD, zorgverzekeraars, samenwerking

Synopsis

GALA monitor 2025

From ambition to action

In early 2023, the Healthy Active Living Agreement (GALA) was signed. The emphasis in GALA is on prevention; in other words, on preventing health problems. GALA contains agreements on local and regional approaches to seven themes to encourage people in the Netherlands to adopt healthier and more active lifestyles. Examples are a healthy living environment, a healthy lifestyle and a good mental health. The Ministry of Health, Welfare and Sport, municipalities, healthcare insurers and Municipal Public Health Services collaborate within GALA on existing and new preventive measures.

RIVM monitors the activities of the parties involved on the health themes and how their cooperation is developing, with an emphasis on the action taken. This second report shows the progress made in 2024 on the implementation of the plans drawn up earlier. The cooperation between the parties at the regional level has improved, among other things because it has become ever clearer what each party's responsibilities are. Health themes including health inequities, lifestyle and loneliness are also being brought together at the municipality level. Various domains in the municipalities are working together on these themes.

A good example of the cooperation between the various parties are the five 'chain approaches', such as *Kansrijke Start* (Promising Start) and *Valpreventie* (Fall Prevention). The monitor shows that these 'approaches' are being offered in an increasing number of municipalities and what the parties have done to organise and implement them.

The parties involved are still experiencing the same bottlenecks as highlighted in the previous report. The lack of long-term funding and the uncertain prospects in this regard for the future remains the main source of tension in the cooperation between parties. This may also lead to new activities not being implemented.

It is important that the positive developments continue and that the parties continue to work together under the GALA. After all, improving public health takes time.

Keywords: monitor, GALA, chain approach, prevention, health, municipalities, Municipal Public Health Services, care insurers, cooperation

Inhoudsopgave

Samenvatting — 11

1 Inleiding — 15

- 1.1 Context — 15
- 1.2 Het huidige rapport: actualisatie en nieuwe onderwerpen — 16
 - 1.2.1 Domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak — 16
 - 1.2.2 Overkoepelend beeld ketenaanpakken — 16
 - 1.2.3 Kennisbehoefte en -uitwisseling rondom GALA — 17
 - 1.2.4 GALA-thema's — 17
- 1.3 Onderbouwing van de GALA-monitor — 17
- 1.4 Methode — 18
- 1.5 Leeswijzer — 19

2 Domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak — 21

- 2.1 Inleiding — 21
- 2.2 Regionale samenwerking rondom de regionale preventie-infrastructuur — 23
 - 2.2.1 Regionale afspraken rondom de preventie-infrastructuur — 23
 - 2.2.2 Verbinding tussen regionaal en lokaal niveau — 25
- 2.3 Vormgeven integrale aanpak preventie op lokaal niveau — 26
 - 2.3.1 Verbinding thema's, beleidsdomeinen en organisaties — 26
 - 2.3.2 Samenwerking tussen gemeentelijke beleidsdomeinen aan GALA doelen — 28
- 2.4 Ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak — 29
 - 2.4.1 Ervaringen met de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar — 30
 - 2.4.2 Ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak — 32
 - 2.4.3 Ervaren bevorderende en belemmerende factoren voor behalen ambities en borging — 33
 - 2.4.4 Opbrengsten van het GALA en suggesties richting VWS — 34
- 2.5 Reflectie en vervolg — 34

3 Overkoepelend beeld inrichting ketenaanpakken — 37

- 3.1 Inleiding — 37
- 3.2 Voortgang inrichting ketenaanpakken in gemeenten — 39
 - 3.2.1 Gemeenten waarin is gestart met inrichting — 39
 - 3.2.2 Gezette stappen in de inrichting van ketenaanpakken in gemeenten — 42
 - 3.2.3 Samenhang tussen IZA-regio en voortgang inrichting ketenaanpakken in gemeenten — 47
- 3.3 Belemmeringen voor verdere inrichting voor gemeenten — 47
- 3.4 Borging van ketenaanpakken in gemeenten — 48
- 3.5 Samenwerking rondom ketenaanpakken — 49
 - 3.5.1 Samenwerking gemeente en zorgverzekeraar — 49
 - 3.5.2 Samenwerking met andere partijen — 51
- 3.6 Reflectie en vervolg — 52

4	Kennisbehoefte en –uitwisseling rondom GALA — 55
4.1	Inleiding — 55
4.2	Inzet van de GGD door gemeenten — 57
4.3	Kennis- en ondersteuningsbehoefte van gemeenten — 58
4.3.1	Informatiebronnen — 58
4.3.2	Kennis- en ondersteuningsbehoefte per GALA-thema — 59
4.4	Monitoring en evaluatie door gemeenten — 60
4.4.1	Lokale monitoringsplannen — 60
4.4.2	Inrichting en invulling monitoringsplannen — 61
4.4.3	Ervaringen uit de praktijk in het RIVM-leernetwerk GALA-monitor — 61
4.4.4	Voortgangsrapportages — 62
4.5	Reflectie en vervolg — 62
5	GALA-thema's — 65
5.1	Algemeen — 66
5.2	Terugdringen gezondheidsachterstanden — 68
5.2.1	Terugblik en inleiding — 68
5.2.2	Samenwerking — 68
5.2.3	Acties van gemeenten en zorgverzekeraars — 69
5.2.4	Ervaringen uit de praktijk — 70
5.2.5	Reflectie en vervolg — 70
5.3	Gezonde leefomgeving — 71
5.3.1	Terugblik en inleiding — 71
5.3.2	Werken aan een gezonde leefomgeving — 71
5.3.3	Acties van gemeenten — 72
5.3.4	Reflectie en vervolg — 75
5.4	Sociale basis — 75
5.4.1	Terugblik en inleiding — 75
5.4.2	Samenwerking — 76
5.4.3	Doelen — 76
5.4.4	Acties — 76
5.4.5	Reflectie en vervolg — 78
5.5	Gezonde leefstijl — 79
5.5.1	Terugblik en inleiding — 79
5.5.2	Samenwerking — 79
5.5.3	Acties: middelengebruik — 79
5.5.4	Acties: overgewicht, sport en bewegen — 80
5.5.5	Impuls aan activiteiten door GALA — 81
5.5.6	Reflectie en vervolg — 81
5.6	Mentale gezondheid — 82
5.6.1	Terugblik en inleiding — 82
5.6.2	Samenwerking — 82
5.6.3	Acties: beleid en doelgroepen — 82
5.6.4	Acties: programma's en interventies — 83
5.6.5	GALA-acties: laagdrempelige ondersteuning en gezondheidsnetwerken — 83
5.6.6	Reflectie en vervolg — 84
5.7	Vitaal ouder worden — 84
5.7.1	Terugblik en inleiding — 84
5.7.2	Samenwerking — 85
5.7.3	Bewegen bij ouderen als onderdeel van vitaliteit — 85
5.7.4	Perspectief van ouderen zelf op vitaal ouder worden — 85
5.7.5	Andere relevante ontwikkelingen rondom vitaal ouder worden — 86
5.7.6	Reflectie en vervolg — 87

6 Beschouwing — 89

- 6.1 Reflectie op het GALA — 89
- 6.2 Reflectie op de GALA-monitor — 92
- 6.3 Conclusie — 94

Dankwoord — 95

Referenties — 97

Bijlage 1 Methoden GALA-monitor — 101

- A. Vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars — 101
- B. Interviews over regionale en lokale samenwerking — 104
- C. Lerende Evaluatie — 105
- D. Beleidsvisies sociale basis — 106

Bijlage 2 Tabellen en figuren — 107

Samenvatting

H1 Inleiding

Op 3 februari 2023 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGD GHOR Nederland het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) ondertekend. Centraal staan zeven gezondheidsthema's¹ waarop afspraken zijn gemaakt in de vorm van doelen en beoogde resultaten. Om beweging op deze thema's mogelijk te maken, stimuleert het GALA meer domeinoverstijgende samenwerking op lokaal en regionaal niveau en een meer integrale aanpak van preventie. Als concretisering van deze doelen zijn in het GALA de vijf ketenaanpakken² benoemd om invulling te geven aan het integraal werken over de domeinen heen. Deze gaan ook over sommige van de zeven thema's.

De GALA-monitor geeft inzicht in de stand van zaken en ontwikkelingen rondom het GALA. In dit rapport van de GALA-monitor bekijkt het RIVM of het de betrokken partijen lukt om de voorgenomen plannen en ambities om te zetten in acties. Daarnaast brengt het RIVM in kaart of de beweging naar domeinoverstijgende samenwerking en een (meer) integrale aanpak op gang is gekomen of verder is voortgezet. Ook wordt een beeld gegeven van de voortgang rondom de ketenaanpakken.

In november 2024 bracht het RIVM het eerste rapport over de GALA-monitor uit. Het voorliggende rapport is het tweede. Omdat dit rapport relatief kort op het voorgaande volgt, zijn niet alle metingen herhaald. Ook was er geen ruimte om voor alle bevindingen de diepte in te gaan. Wel is er aandacht voor nieuwe onderwerpen die in het vorige rapport onderbelicht zijn gebleven. Een belangrijke bron van gegevens is de vragenlijst die opnieuw is uitgezet onder alle gemeenten en alle preferente zorgverzekeraars in een regio. Daarnaast zijn er interviews gehouden met vertegenwoordigers van diverse partijen in zes regio's en is gebruikgemaakt van ervaringen van gemeenten die zijn opgehaald uit het uit het leernetwerk van deze GALA-monitor. Ook is informatie uit andere rapporten en onderzoeken meegenomen.

H2 Domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak

De partijen die het GALA ondertekend hebben, proberen een beweging in gang te zetten naar meer domeinoverstijgende samenwerking en een meer integrale aanpak van preventie. Deze GALA-beweging speelt zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. In dit rapport wordt de beweging regionaal en lokaal in kaart gebracht door op regionaal niveau de ontwikkelingen rondom de preventie-infrastructuur te volgen en op lokaal niveau te kijken naar de integrale aanpak van preventie binnen de gemeente.

¹ Gezondheidsachterstanden, gezonde fysieke leefomgeving, sociale basis, gezonde leefstijl, mentale weerbaarheid en mentale gezondheid, vitaal ouder worden, domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur.

² Kansrijke Start, Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht), Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen, Valpreventie.

De resultaten laten zien dat de ontwikkelingen rondom domeinoverstijgende samenwerking twee kanten kennen. Enerzijds zijn er positieve geluiden. Geïnterviewden vanuit zes regio's geven aan dat in de afgelopen periode meer de stap naar uitvoering is gezet en dat daarnaast de samenwerkingen zijn versterkt. Uit de vragenlijst blijkt ook dat er meer concrete uitvoeringsafspraken zijn gemaakt met zorg- en hulpverleners over taken en verantwoordelijkheden rondom de preventie-infrastructuur. Anderzijds zijn er ook negatieve signalen. Door landelijke ontwikkelingen is er onzekerheid over de financiering, wat leidt tot terughoudendheid om samenwerkingsrelaties voor de lange termijn aan te gaan. Daarnaast laat de vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars een achteruitgang zien in de mate waarin er regionale afspraken zijn gemaakt en in de onderlinge waardering. Dit heeft ook zijn weerslag op de eerder gestelde ambities voor het GALA en de borging.

Wat betreft de integrale aanpak binnen de gemeente blijkt dat GALA-thema's met elkaar worden verbonden en meerdere beleidsdomeinen binnen een gemeente samen aan GALA-thema's en doelen werken. Ook wordt met meerdere partijen buiten de gemeentelijke organisatie samengewerkt. De maturity-index, een maat voor samenwerking tussen beleidsdomeinen binnen gemeenten, laat zien dat gemeenten onderweg zijn met deze samenwerking. Door deze metingen in de toekomst te herhalen, kan over de tijd gekeken worden wat de ontwikkelingen op dit vlak zijn. Hierbij is het ook van belang om breder te kijken dan alleen binnen gemeenten. Een ruime meerderheid van gemeenten geeft aan dat het GALA een positieve invloed heeft gehad op de samenwerking tussen beleidsdomeinen binnen gemeenten.

H3 Overkoepelend beeld inrichting ketenaanpakken

Dit hoofdstuk schetst een overkoepelend beeld van de voortgang van de vijf ketenaanpakken: Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, Gecombineerde Leefstijlinterventie, Sociaal verwijzen en Valpreventie.

Uit de resultaten blijkt dat bij alle ketenaanpakken in minimaal 70 procent van de gemeenten is gestart met de inrichting ervan. Voor een meer gedetailleerd beeld van de voortgang is aan gemeenten gevraagd welke stappen zijn gezet in de inrichting. Op basis hiervan kunnen gemeenten in groepen worden ingedeeld. Hieruit blijkt dat er groepen van gemeenten zijn waar in meer of juist mindere mate stappen zijn gezet. In de meeste gemeenten is bijvoorbeeld wel een coördinator/projectleider, maar nog niet overal worden mensen doorverwezen naar zorg- en welzijnsaanbieders. Uit deze indeling blijkt ook dat hoewel in veel gemeenten is gestart met de ketenaanpakken, dit niet betekent dat er in deze gemeenten ook sprake is van aanbod van de ketenaanpak. De karakterisering van de groepen verschilt tussen de ketenaanpakken. De voortgang van een ketenaanpak lijkt weinig beïnvloed te worden door de andere gemeenten uit de regio.

Als belangrijkste belemmerende factor om de volgende stap te zetten in de inrichting van een ketenaanpak, geven gemeenten onzekerheid over de structurele middelen over deze ketenaanpak aan. Per ketenaanpak worden ook nog specifieke belemmeringen genoemd, zoals beperkte

beschikbaarheid van personeel bij Kansrijke Start of in afwachting zijn van regionale afspraken bij Kind naar Gezonder Gewicht.

H4 Kennisbehoefte en -uitwisseling rondom GALA

In dit hoofdstuk worden verschillende onderwerpen besproken over het uitwisselen van en de behoefte aan kennis rondom het GALA.

In het GALA staat de rol van de GGD beschreven bij zowel de preventie-infrastructuur als bij de kennisinfrastructuur. In deze rapportage zijn beide onderwerpen samengenomen. Gemeenten geven aan dat de GGD vaak een adviserende of coördinerende rol heeft bij meerdere thema's rondom het GALA. Uit de vragenlijst blijkt dat het GALA de kennis- en adviesfunctie van de GGD heeft versterkt. De geïnterviewden geven wel aan dat de precieze invulling van deze rol nog niet eenduidig wordt toegepast.

Gemeenten geven aan dat GGD'en en de GGD-Gezondheidsmonitor de meest gebruikte bronnen van informatie zijn. Voor vrijwel alle GALA-thema's geven gemeenten aan de meeste behoefte te hebben aan (meer) kennis en ondersteuning voor financieringsmogelijkheden, monitoring en evaluatie en inspirerende voorbeelden uit andere gemeenten. Tot slot geven de meeste gemeenten aan een monitoringsplan te hebben of dit nog van plan te zijn op te stellen. De groep die niet van plan is een monitor op te zetten, is echter groter geworden ten opzichte van de vorige meting.

Hoewel in deze rapportage de kennisbehoefte vooral beschreven is vanuit het perspectief van gemeenten, is dit ook voor de andere partijen van belang.

H5 GALA-thema's

Dit hoofdstuk gaat in op de stand van zaken rondom de GALA-thema's: Terugdringen gezondheidsachterstanden, Gezonde fysieke leefomgeving, Sociale basis, Gezonde leefstijl, Mentale gezondheid, en Vitaal ouder worden. In de vragenlijst is aan gemeenten gevraagd in hoeverre het voor de verschillende GALA-thema's lukt om de ambities om te zetten in acties. Gemeenten geven aan dat dat het beste lukt voor sociale basis en vitaal ouder worden. Voor leefomgeving en mentale gezondheid blijkt dat het moeilijkst, maar lukt het nog wel bij ongeveer de helft van de gemeenten.

Op basis van de vragenlijst onder zorgverzekeraars blijkt dat ze het meest betrokken zijn bij de thema's vitaal ouder worden en mentale gezondheid. Bij het thema gezonde fysieke omgeving ligt het aandeel zorgverzekeraars dat aangeeft betrokken te zijn het laagst.

Uit de resultaten van de vragenlijst komt ook naar voren dat gemeenten in meer of mindere mate werken aan alle acties uit het GALA. Zo lukt het gemeenten bij het thema leefomgeving om gezondheid mee te nemen bij de besluitvorming in het fysieke domein. Bij het thema sociale basis geven gemeenten aan dat het hen lukt om de mogelijkheden te verbeteren voor inwoners om elkaar te ontmoeten, zich te ontplooien, te ontspannen en elkaar te helpen. Gemeenten geven aan dat het GALA

vooral een impuls heeft gegeven om te werken aan ‘sport en bewegen’ en ‘overgewicht’. Het thema gezondheidsachterstanden wordt door gemeenten als complex ervaren.

Ook zijn er onderdelen van het GALA die nog wat minder goed tot ontwikkeling lijken te komen. Zo komt bij het thema gezonde leefomgeving naar voren dat de samenwerking tussen het fysieke en sociale domein nog weinig van de grond komt. Bij het thema sociale basis lijkt het (door)ontwikkelen van respijtzorg in slechts een deel van de gemeenten te lukken. Ook lukt het bij dit thema in minder dan de helft van de gemeenten om een lokale aanpak eenzaamheid langs vijf pijlers te realiseren. Bij het thema mentale gezondheid komt naar voren dat het zorgdragen voor een goed sluitende (en laagdrempelige) ondersteuning afgestemd op de behoefte van de eigen inwoners en het meehelpen inrichten van mentale gezondheidsnetwerken in minder dan de helft van de gemeenten lukt.

H6 Beschouwing

De focus van deze rapportage ligt op de stap van ambitie naar actie. In de resultaten van de verschillende hoofdstukken is te zien dat er vooruitgang is geboekt. Zo zijn er stappen gezet in de verdere inrichting van de ketenaanpakken en worden op de GALA-thema's de afgesproken acties uitgevoerd. Verdere stappen en borging staan echter wel onder druk. Een reden hiervoor is onder andere de onzekerheid over (vervolg)financiering. Hoewel de monitor nuttige informatie oplevert, is het niet altijd mogelijk om verklaringen te geven voor de bevindingen. Bijvoorbeeld over waarom gemeenten variëren in de stappen die zijn gezet en verschillen tussen gemeenten en zorgverzekeraars in de ervaren samenwerking. Hier zal in een volgende rapportage meer aandacht aan worden besteed.

Voor het GALA is het belangrijk dat de beweging die is ingezet, verankerd wordt. Op lokaal niveau kan verantwoordelijkheid worden genomen om duurzame samenwerkingen aan te gaan en te blijven leren in deze aanpak. Daarbij helpt het als landelijke partijen voldoende aandacht hebben voor ondersteunende randvoorwaarden. Investerings en een lange adem blijven nodig om te komen tot een ‘gezonde generatie 2040’.

1 Inleiding

1.1 Context

Op 3 februari 2023 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGD GHOR Nederland het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) ondertekend. Deze partijen beogen met het GALA te bouwen aan een gezamenlijk fundament voor een gerichte lokale en regionale aanpak van preventie, gezondheid en sociale basis. In het GALA komen bestaande en nieuwe programma's en interventies samen, met als doel samenhang en een integrale aanpak van preventie te bevorderen. De overkoepelende doelen van het GALA zijn dan ook: meer domeinoverstijgende samenwerking op lokaal en regionaal niveau en meer werken volgens een integrale aanpak van preventie. Het GALA is onderverdeeld in zeven gezondheidsthema's om tot een gezonde generatie in 2040 te komen (zie Tekstbox 1.1). In dit rapport worden deze gezondheidsthema's de GALA-thema's genoemd. De overkoepelende doelen worden in het GALA onder andere geconcretiseerd met vijf ketenaanpakken³.

Tekstbox 1.1 De zeven gezondheidsthema's van het GALA

- A. Terugdringen gezondheidsachterstanden.
- B. Een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten.
- C. Versterken van (de verbinding met) de sociale basis.
- D. Een gezonde leefstijl.
- E. Het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid.
- F. Vitaal ouder worden.
- G. Domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur, opgesplitst in:
 - a. Bouwstenen regionale preventie-infrastructuur;
 - b. Werkagenda Inrichting ketenaanpakken.

Naast het GALA zijn er in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt om de zorg toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. Beide akkoorden gaan over de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorg- en welzijnsprofessionals en andere betrokken partijen om gezondheid te bevorderen. De afspraken rondom de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar (regionale preventie-infrastructuur) en de ketenaanpakken staan zowel in het GALA als het IZA. De akkoorden verschillen qua focus en doelgroep. Het GALA richt zich op preventie en welzijn en het IZA richt zich meer op de toekomstbestendigheid van de zorg(sector).

Het ministerie van VWS heeft het RIVM namens de ondertekenende partijen gevraagd een GALA-monitor in te richten en uit te voeren. Monitoring is essentieel om te bepalen hoe het in de regionale en lokale

³ Kansrijke Start, Aanpak kinderen met overgewicht en obesitas (Kind naar Gezonder Gewicht), Gecombineerde Leefstijlinterventie, Sociaal verwijzen (waaronder Welzijn op Recept), Valpreventie.

praktijk gaat met de afspraken in het GALA en of de gewenste beweging richting domeinoverstijgende samenwerking en het meer werken volgens een integrale aanpak ontstaat en zich voortzet. In november 2024 bracht het RIVM het eerste rapport over de GALA-monitor uit [1]. Het voorliggende rapport is het tweede.

Het eerste rapport van de GALA-monitor liet zien dat het GALA een impuls gaf aan domeinoverstijgend samenwerken en het starten met of verder brengen van de ketenaanpakken. Ook heeft het GALA de samenwerking rondom het vormgeven van preventie minder vrijblijvend gemaakt en het werken aan gezondheid meer urgent en vanzelfsprekend. Daarnaast heeft het GALA partijen geholpen om focus aan te brengen in de lokale en regionale plannen. Er kwamen ook enkele knelpunten naar voren die een verdere beweging in de weg staan. Zoals onzekerheid over de duur van de financiering voor de plannen uit het GALA en het onderling meer verbinden van de GALA-thema's.

1.2 Het huidige rapport: actualisatie en nieuwe onderwerpen

In dit tweede rapport van de GALA-monitor bekijkt het RIVM of het de betrokken partijen lukt om de voorgenomen plannen en ambities om te zetten in acties. Daarnaast brengt het RIVM in kaart of de beweging naar domeinoverstijgende samenwerking en een (meer) integrale aanpak op gang is gekomen of verder is voortgezet. De informatie in dit rapport geeft vooral een beeld op landelijk niveau. Regionale en lokale cijfers worden gepresenteerd op de website van Regiobeeld.nl. Dit rapport heeft andere accenten dan het vorige rapport. Hoewel een aantal onderdelen is herhaald, is er ook aandacht voor onderwerpen die in het vorige rapport onderbelicht bleven. Hieronder staat een beschrijving van deze nieuwe en herhaalde onderwerpen. Dit rapport volgt vanwege de tijdslijn van andere publicaties (zoals de IZA-monitor) kort op het vorige rapport. Hierdoor was er geen ruimte om voor alle bevindingen de diepte in te gaan.

1.2.1 *Domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak*

De gewenste beweging naar meer domeinoverstijgende samenwerking en een (meer) integrale aanpak van thema's op lokaal niveau is in kaart gebracht. Hierbij is onder meer beschreven in hoeverre wordt voldaan aan de criteria voor een regionale preventie-infrastructuur uit het GALA. Daarnaast wordt ingegaan op de ervaringen over domeinoverstijgende samenwerking en een (meer) integrale aanpak van onder andere gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en in zes regio's. Ook is er aandacht voor verbinding van de GALA-thema's op lokaal niveau, samenwerking tussen gemeentelijke beleidsdomeinen en organisaties waarmee gemeenten samenwerken aan de verschillende GALA-thema's. Als laatste is er ook aandacht voor veertien stellingen over de mate van samenwerking tussen gemeentelijke beleidsdomeinen, als indicatie voor een (meer) integrale aanpak in gemeenten.

1.2.2 *Overkoepelend beeld ketenaanpakken*

Naast de regionale preventie-infrastructuur krijgt de domeinoverstijgende inzet in het GALA ook vorm via de inrichting van ketenaanpakken. Dit rapport schetst een overkoepelend beeld van de huidige vijf ketenaanpakken door inzicht te geven in de voortgang en de

ervaren belemmeringen. Nieuw in dit rapport is dat, naast het wel of niet gestart zijn met de ketenaanpakken, wordt beschreven welke stappen er in gemeenten zijn gezet in de inrichting van de verschillende ketenaanpakken. Het gaat hierbij om basisstappen in de inrichting, zoals draagvlak, het aanstellen van een coördinator/projectleider, samenwerkingsafspraken met ketenpartners, doorverwijzingen, kwaliteitsverbetering en opschaling. Daarnaast zijn er specifieke stappen per ketenaanpak uitgevraagd, zoals de aanstelling van een centrale zorgverlener bij Kind naar Gezonder Gewicht en de aanstelling van brugfunctionarissen bij Sociaal verwijzen.

1.2.3 *Kennisbehoefte en -uitwisseling rondom GALA*

Een van de randvoorwaarden voor het GALA is een kennisinfrastructuur voor alle ondertekenende partijen. In dit rapport is beschreven welke kennisbehoefte gemeenten hebben en van welke informatiebronnen en thema-instituten zij gebruikmaken. Daarnaast is in kaart gebracht in hoeverre gemeenten een monitoringsplan hebben en in hoeverre zij rapportages over het GALA hebben gemaakt. Ook is er specifiek aandacht voor de rol die de GGD heeft gekregen van de gemeente. Het thema kennisbehoefte en -uitwisseling is nieuw in deze GALA-monitor.

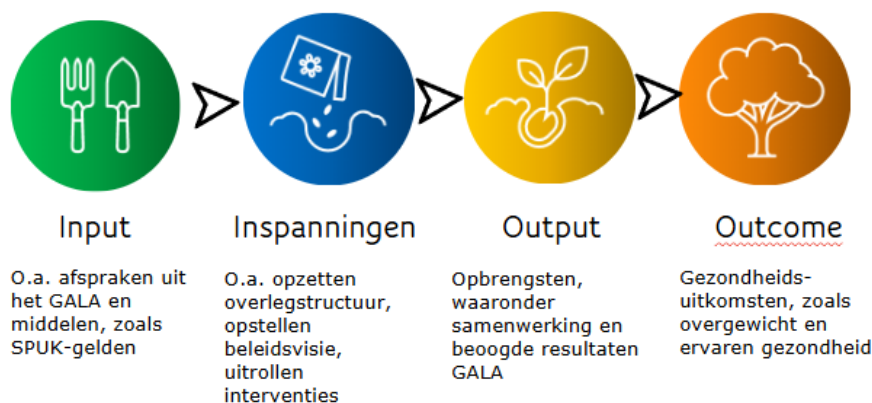
1.2.4 *GALA-thema's*

Voor de GALA-thema's (met uitzondering van domeinoverstijgende inzet) is in beeld gebracht in hoeverre gemeenten ervaren dat het lukt om de plannen en ambities om te zetten in acties. Daarnaast is, waar mogelijk, specifiek gekeken naar de voortgang van acties van gemeenten en zorgverzekeraars zoals afgesproken in het GALA. Voor de meeste GALA-thema's is dat nieuw ten opzichte van het vorige rapport.

1.3 **Onderbouwing van de GALA-monitor**

In Figuur 1.1 staat een logisch model dat beschrijft hoe een akkoord als het GALA uiteindelijk tot gezondheidseffecten kan leiden. Dit model is de onderbouwing voor de opzet van de GALA-monitor. Om de doelen te behalen, zijn verschillende stappen nodig. Het doorlopen van de stappen kost tijd. Na gedane inspanningen zie je eerst effect op bijvoorbeeld de samenwerking tussen partijen of het aantal deelnemers aan een ketenaanpak of andere interventie (output). Het effect op gezondheid zelf, bijvoorbeeld overgewicht, duurt langer (outcome).

Figuur 1.1 Logisch model dat de stappen beschrijft van het sluiten van het GALA tot de uitkomsten, via geleverde inspanningen en eerste opbrengsten.



De focus van dit rapport is de beweging van ambitie naar actie. Daar waar de nadruk in het vorige rapport vooral lag op de plannen (inspanningen), is er in dit rapport ook aandacht voor de uitvoering van de in het GALA beschreven acties (inspanningen) van gemeenten en zorgverzekeraars. Deze acties zijn nodig om tot output en outcome te komen. In het GALA staan meer acties beschreven voor gemeenten dan voor zorgverzekeraars, vandaar dat er in dit rapport meer aandacht is voor acties voor gemeenten. Hoewel er ook andere partijen aan zet zijn in het GALA (zoals GGD'en en het ministerie van VWS), zijn er keuzes gemaakt vanwege de korte doorlooptijd van dit rapport. Het vorige rapport beschreef ook uitkomsten (outcome) voor de verschillende GALA-thema's, zoals eenzaamheid en overgewicht. Deze uitkomsten kunnen gezien worden als nulmeting voor het GALA. In dit rapport zijn geen uitkomsten gepresenteerd, omdat bekend is dat veranderingen van dit soort uitkomsten pas op de lange termijn zichtbaar zijn.

1.4 Methode

Een belangrijke bron van informatie voor dit rapport is de vragenlijst die in maart 2025 is uitgezet onder alle gemeenten en alle preferente zorgverzekeraars in de IZA-regio's. Hoewel ernaar gestreefd is om de vragen van 2024 te herhalen, is dit vanwege voortschrijdend inzicht niet altijd gebeurd. Hierdoor zijn vergelijkingen tussen de eerste en tweede meting niet altijd mogelijk. Daarnaast zijn er vragen toegevoegd voor onderwerpen die in de vorige rapportage nog niet waren meegenomen (leefomgeving, leefstijl, mentale gezondheid).

Aanvullend zijn er in maart tot en met mei 2025 in totaal 14 interviews gehouden met 24 vertegenwoordigers van gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en andere regionale partijen uit 6 regio's. Waar mogelijk zijn hiervoor dezelfde personen benaderd als vorig jaar om in kaart te brengen of de beweging richting meer domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak op gang is gekomen of is voortgezet. De uitvoering van de interviews liep parallel aan de dataverzameling van de vragenlijst. Dit betekent dat de interviews gebruikt zijn om bevindingen uit de vragenlijst te duiden; ze vormen geen verdieping op de resultaten uit de vragenlijsten. Verder is eind 2024 een GALA-leernetwerk voor gemeenten gestart (zie Tekstbox

1.2). Een groep van 23 gemeenten werkt samen aan de vraag hoe je als gemeente de GALA-doelen bereikt, hoe je dit oppakt en waar je tegenaan loopt. Inzichten uit het GALA-leernetwerk zijn daar waar relevant opgenomen in dit rapport.

Naast de dataverzameling door het RIVM, is gebruikgemaakt van informatie uit andere rapporten en onderzoeken. Dit is in de betreffende teksten aangegeven en voorzien van een referentie. Per hoofdstuk zijn de gebruikte methoden en databronnen kort omschreven. Een uitgebreidere beschrijving van de methoden staat in bijlage 1. In het rapport slaat meting 1 op de dataverzameling die voor het vorige rapport is gedaan in het voorjaar van 2024. Meting 2 slaat op de dataverzameling voor het huidige rapport in het voorjaar van 2025.

Tekstbox 1.2 GALA-leernetwerk voor gemeenten

Het GALA-leernetwerk voor gemeenten is onderdeel van de lerende evaluatie van de GALA-monitor (zie bijlage 1). Gemeenten buigen zich gezamenlijk over de vraag hoe je van ambitie naar actie komt. Dit levert verdiepende informatie voor de monitor op over ontwikkelingen op lokaal niveau en meer grip op de vraag waarom het de ene gemeente lukt om ambities om te zetten in acties en andere (nog) niet. Voor gemeenten biedt het leernetwerk bovendien een mogelijkheid om kennis en ervaringen uit te wisselen.

In drie leergroepen wordt stilgestaan bij vragen over verschillende thema's door het stellen van leervragen. Zo willen gemeenten samen leren hoe ze een integrale aanpak kunnen monitoren, welke stappen je kan zetten om een ketenaanpak te borgen, en hoe passend ingezet kan worden op het verkleinen van gezondheidsverschillen. Bij het afpellen van de leervragen per thema wordt duidelijker welke acties gemeenten hieraan kunnen koppelen om via kleine stappen verder te komen.

In het eerste half jaar van het GALA-leernetwerk hebben gemeenten elkaar leren kennen, gezamenlijke doelen opgesteld en leervragen geformuleerd. In het komende jaar zullen gemeenten acties die in het leernetwerk naar voren komen uitvoeren en hier gezamenlijk op reflecteren. Door het uitwisselen van ervaringen zullen de effecten van verschillende acties duidelijk worden. Inzichten worden onder andere gedeeld via de website van de GALA-monitor (<https://www.rivm.nl/GALA-monitor/lerende-evaluatie>), via deelnemende gemeenten en andere leernetwerken.

1.5 Leeswijzer

Het rapport begint in hoofdstuk 2 met domeinoverstijgende samenwerking vanuit een regionale preventie-infrastructuur en integrale aanpak op lokaal niveau. Hoofdstuk 3 geeft een overkoepelend beeld van de ontwikkeling van de ketenaanpakken. Hoofdstuk 4 gaat over de kennisbehoefte en- uitwisseling rondom het GALA en hoofdstuk 5 beschrijft de voortgang op de verschillende GALA-thema's. De hoofdstukken beginnen met een beschrijving van de kernboodschappen. De hoofdstukken 2, 3 en 4 en de paragrafen in hoofdstuk 5 eindigen

met een reflectie. Het rapport sluit in hoofdstuk 6 af met een algemene beschouwing over de verschillende onderwerpen en hoofdstukken heen.

2 Domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak

Kernboodschappen

- De plannen die in het kader van het GALA zijn gemaakt, worden gezamenlijk opgepakt en uitgevoerd, zo zijn er stappen gemaakt in de inrichting van de ketenaanpakken (zie ook hoofdstuk 3). De regionale en lokale samenwerkingen zijn versterkt en meer constructief geworden, onder andere doordat partijen uit verschillende domeinen een gezamenlijk doel hebben, taken en verantwoordelijkheden duidelijker of beter belegd zijn en doordat leerervaringen worden uitgewisseld.
- GALA-thema's worden met elkaar verbonden en per GALA-thema wordt met meerdere beleidsdomeinen binnen de gemeente en ook met meerdere partijen buiten de gemeentelijke organisatie samengewerkt. De mate van samenwerking tussen gemeentelijke beleidsdomeinen bij het werken aan de GALA-doelen varieert per gemeente. In de meeste gemeenten is er sprake van gezamenlijke inspanningen en acties rond het GALA vanuit de diverse domeinen (op basis van de maturity-index).
- Regionale en lokale samenwerkingsrelaties staan onder druk door landelijke ontwikkelingen. Dit leidt tot terughoudendheid om voor de lange termijn samenwerkingsrelaties aan te gaan en stagnatie bij ketenaanpakken en andere GALA-activiteiten. En heeft zijn weerslag op de eerder gestelde ambities voor het GALA en de borging.

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft hoe het ervoor staat met de beweging naar meer domeinoverstijgende samenwerking en een meer integrale aanpak van preventie, zoals door het GALA beoogd is. Ook wordt beschreven wat de mogelijke bijdrage van het GALA daaraan is en waar nog (steeds) knelpunten liggen. Deze GALA-beweging speelt zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. Om deze beweging in kaart te brengen hebben we in dit rapport gekeken naar twee niveaus: regionaal en lokaal. Op het regionale niveau staat de samenwerking rondom de preventie-infrastructuur centraal en op het lokale niveau de mate waarin de integrale aanpak van preventie binnen gemeenten vorm krijgt. Beide niveaus worden toegelicht in Tekstbox 2.1.

Huidige meting versus vorige meting

Uit de vorige meting bleek dat het GALA de domeinoverstijgende samenwerking een impuls heeft gegeven [1]. De komst van het GALA heeft de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars rondom preventie minder vrijblijvend gemaakt. Ook is het urgenter en vanzelfsprekender geworden dat partijen uit verschillende domeinen samenwerken aan gezondheid. Tegelijkertijd was er nog een aantal knelpunten, zoals onduidelijkheid over de continuïteit van de financiering en capaciteitsgebrek in het sociaal domein. Daarnaast was de vraag in hoeverre het in de praktijk lukt om tot een meer integrale aanpak te komen. In de huidige meting wordt de verdere voortgang op de domeinoverstijgende samenwerking in kaart gebracht. Ook wordt de

beweging naar een meer integrale aanpak uitgediept. Het RIVM heeft hiertoe gegevens verzameld onder gemeenten en zorgverzekeraars via vragenlijstonderzoek en via interviews in zes regio's (zie Tekstbox 2.2). In de vragenlijst zijn specifieke (nieuwe) vragen opgenomen over de integrale aanpak.

Tekstbox 2.1 Domeinoverstijgende samenwerking en een meer integrale aanpak van preventie: twee niveaus in dit hoofdstuk

Regionaal: samenwerking rondom de preventie-infrastructuur

Het samenwerken rondom de preventie-infrastructuur vindt plaats op het niveau van de IZA-regio [2,3]. Hierbij ligt de focus op de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar voor het vormgeven van preventie voor risicogroepen. De regionale afspraken die hierover gemaakt worden in het regioplan vormen de basis van de preventie-infrastructuur. Onderdelen waarover regionale afspraken moeten worden gemaakt, zijn [2]:

- Het vaststellen van gezondheidsdoelen.
- De selectie van risicogroepen en patiënten.
- Het organiseren van activiteiten voor de gehele populatie en voor risicogroepen (ten minste de ketenaanpakken).
- Het maken van afspraken over wat regionaal en lokaal wordt opgepakt.
- Het maken van afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen gemeente en zorgverzekeraar.
- Het maken van concrete uitvoeringsafspraken met hulp- en zorgverleners.
- Het maken van afspraken over de coördinatie.
- Het maken van afspraken over evaluatie en rapportage.
- Het maken van financiële afspraken.

Ook wordt aangegeven dat de GGD betrokken moet worden bij de totstandkoming van de regionale afspraken. Dit hangt vaak nauw samen met de kennisfunctie van de GGD. Hoewel de rol van de GGD dus een onderdeel is van de preventie-infrastructuur, is gekozen dit te beschrijven in het hoofdstuk over de kennisbehoefte (hoofdstuk 4).

Lokaal: vormgeven integrale aanpak preventie

In dit hoofdstuk gaat het om het vormgeven van een integrale aanpak van preventie binnen gemeenten. Hierbij is ook specifieke aandacht voor het verbinden van GALA-thema's. Binnen de gemeentelijke organisatie betekent dit dat samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen of -afdelingen nodig is, bijvoorbeeld tussen publieke gezondheid en het fysieke domein. Buiten de gemeentelijke organisatie gaat het om de samenwerking met partijen zoals onderwijspartijen en inwonersinitiatieven.

Leeswijzer

Paragraaf 2.2 gaat in op de regionale samenwerking rondom de preventie-infrastructuur. Vervolgens beschrijft paragraaf 2.3 het vormgeven van een integrale aanpak van preventie op lokaal niveau en paragraaf 2.4 gaat over ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking en een integrale aanpak op beide niveaus. Paragraaf 2.5 sluit af met een reflectie op de resultaten en het vervolg.

Tekstbox 2.2 Gebruikte databronnen

Dataverzameling GALA-monitor 2025 (zie bijlage 1):

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in maart en april 2025 door 327 van de 342 gemeenten.
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in maart en april 2025 door 35 van de 38⁴ vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld (hierna aangeduid als 'zorgverzekeraars').
- Interviews (n= 14) over de voortgang in de regionale en lokale samenwerking, afgenomen in maart en april 2025 bij 24 professionals (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en projectleiders/programmamanagers vanuit zes regio's).
- Het GALA-leernetwerk voor een verdiepend beeld op de voortgang in de praktijk, gericht op het uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken met deelnemende beleidsmakers bij gemeenten, in het afgelopen jaar varieerde het aantal deelnemers tussen 19 en 26.

2.2 Regionale samenwerking rondom de regionale preventie-infrastructuur

Deze paragraaf beschrijft de regionale afspraken rondom de preventie-infrastructuur (2.2.1) en daarna de verbinding tussen regionaal en lokaal niveau (2.2.2).

2.2.1 *Regionale afspraken rondom de preventie-infrastructuur*

Het GALA beschrijft dat per 1 januari 2025 de regionale preventie-infrastructuur tot stand gekomen moet zijn [2]. In deze paragraaf wordt een beeld gegeven van de voortgang van de regionale samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraar en de afspraken met hulp- en zorgverleners die onderdeel zijn van deze preventie-infrastructuur (Tekstbox 2.1). Een belangrijke randvoorwaarde voor de preventie-infrastructuur is dat gemeenten zich organiseren in een mandaatstructuur. Dit houdt in dat op regionaal niveau (IZA-regio) afspraken worden gemaakt tussen de preferente zorgverzekeraar en een gemandateerde gemeente. Deze gemeente doet dit namens de gemeenten uit de betreffende regio [4]. Dit houdt in dat niet alle gemeenten binnen de regio rechtstreeks contact hebben met de zorgverzekeraar als het gaat om het maken van de regionale afspraken. In deze paragraaf wordt daarom, waar relevant, een splitsing gemaakt tussen gemandateerde en niet-gemandateerde gemeenten.

Mate waarin afspraken over preventie-infrastructuur worden gemaakt neemt af

Om de voortgang van de samenwerkingsafspraken rondom de preventie-infrastructuur in kaart te brengen is in de vragenlijst een aantal stellingen over de totstandkoming van regionale afspraken aan gemeenten en zorgverzekeraars voorgelegd. Deze stellingen (Tabel 2.1) zijn deels gebaseerd op onderdelen van een preventie-infrastructuur, zoals genoemd in Tekstbox 2.1. De stellingen zijn gescoord op een schaal van 1 (helemaal niet van toepassing) tot en met 5 (helemaal wel

⁴ Ten opzichte van de voorgaande meting is dit een regio minder omdat regio Eemland met de regio Utrecht is samengenomen.

van toepassing). In Tabel 2.1 is aangegeven in hoeverre de stellingen van toepassing zijn volgens gemeenten en zorgverzekeraars. Hierbij is het percentage '(helemaal) wel van toepassing' vermeld (scores 4 en 5 samen).

Ten opzichte van de vorige meting heeft een kleiner aandeel van zowel gemandateerde gemeenten als zorgverzekeraars bij vrijwel alle stellingen(helemaal) van toepassing ingevuld door (Tabel 2.1). Alleen bij de stelling over het periodiek gestructureerd overleg is er bij beide partijen geen verschil tussen deze en de vorige meting. Gemandateerde gemeenten geven, net als in de vorige meting, over het algemeen minder vaak aan dat de stelling (helemaal) wel van toepassing is dan de zorgverzekeraars. De grootste verschillen tussen gemandateerde gemeenten en zorgverzekeraars in veranderingen tussen beide metingen zijn te zien bij de gezamenlijke besluitvorming (daling van 31 procentpunt versus 11 procentpunt) en financiële afspraken (daling van 11 procentpunt versus stijging van 16 procentpunt). Op deze verschillen komen we in de reflectie van dit hoofdstuk terug. De uitkomsten van gemandateerde gemeenten en zorgverzekeraars hangen wel samen. Dat wil zeggen dat gemeenten die relatief positief scoren op de stellingen, vaak samengaan met een meer positief scorende zorgverzekeraar en andersom.

Toename in concrete afspraken met hulp- en zorgverleners

Gemeenten en zorgverzekeraars moeten voor de preventie-infrastructuur ook concrete uitvoeringsafspraken met hulp- en zorgverleners maken. Deze afspraken gaan over verantwoordelijkheden en taken, waaronder doorverwijzing en coördinatiefuncties van professionals over de domeinen heen (netwerkstructuur professionals). Hierover zijn twee stellingen voorgelegd in de vragenlijst met de vraag in hoeverre deze van toepassing zijn (1= helemaal niet en 5= helemaal wel). Ten opzichte van de vorige meting zijn volgens gemeenten vaker afspraken gemaakt met uitvoerende partijen over verantwoordelijkheden en taken (van 37% in meting 1 naar 46% in meting 2). Bij de zorgverzekeraars ligt dit op bijna twee derde (63%). Ten opzichte van de vorige meting is dat een sterke toename, want toen gaf een derde van de zorgverzekeraars aan hierover afspraken te hebben. Als het gaat om doorverwijzingen en coördinatiefuncties van professionals over de domeinen heen, geeft 39 procent van de gemeenten aan dat afspraken hierover '(helemaal) wel' gemaakt zijn met hulp- en zorgverleners. Dit is een hoger percentage dan bij de vorige meting (27%). Bij zorgverzekeraars is dit 57 procent, wat ook een stijging is ten opzichte van de voorgaande meting (33%).

Tabel 2.1 Stellingen over regionale afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars rondom preventie en gezondheidsbevordering met het percentage (helemaal) wel van toepassing.

Stellingen	Gemandateerde gemeente		Zorgverzekeraar	
	Meting 1 (n= 42)	Meting 2 (n= 42)	Meting 1 (n= 39)	Meting 2 (n= 35)
Er is periodiek gestructureerd overleg* tussen de (vertegenwoordiging van de) gemeente en (de preferente) zorgverzekeraar	67%	64%	87%	86%
Er wordt een gedeelde urgentie gevoeld ten aanzien van het naleven van de (regionale) afspraken	64%	52%	95%	89%
De besluitvorming over de inrichting en uitvoering van de afspraken worden gezamenlijk gedaan	67%	36%	77%	66%
Er zijn afspraken gemaakt over het verdelen van de verantwoordelijkheden	55%	43%	74%	57%
Er zijn afspraken gemaakt over wat gezamenlijk met alle gemeenten (regionaal) wordt opgepakt en wat gemeenten voor zichzelf (lokaal) doen	57%	52%	-	57%
Er zijn afspraken over hoe en door wie de uitvoering gecoördineerd wordt	60%	48%	82%	77%
Er zijn financiële afspraken gemaakt	52%	41%	44%	60%

Bron: vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024 en 2025.

* Er is sprake van een gestructureerd overleg wanneer er minimaal een vooraf vastgestelde agenda is en een besluitenlijst.

2.2.2 *Verbinding tussen regionaal en lokaal niveau*

Het GALA en het IZA komen op regionaal niveau samen via (bestuurlijke) thematafels en werkgroepen. Uit de interviews in de zes regio's blijkt dat het maken van regionale afspraken meerwaarde heeft voor gemeenten. Deze meerwaarde zit in gezamenlijke inkoop voor de ketenaanpakken, gezamenlijke opdrachtverlening aan de GGD, het bundelen van SPUK-GALA-middelen voor meer slagkracht, het kunnen inzetten van SPUK-IZA-middelen, het afstemmen met regionale organisaties van zorg- en welzijnsaanbieders en het opstellen van regionale kaders voor de organisatie van ketenaanpakken. Regionale afspraken worden vervolgens voor de uitvoering vertaald naar het lokale niveau zodat maatwerk mogelijk is. Tegelijkertijd zijn er volgens geïnterviewden gemeenten die terughoudend zijn in het maken van regionale afspraken. Zij houden vast aan hun eigen autonomie en lokaal

beleid, bijvoorbeeld omdat zij al verder zijn met de inrichting van de ketenaanpakken of vanwege de tijdelijkheid van de SPUK-middelen.

2.3 Vormgeven integrale aanpak preventie op lokaal niveau

De beoogde GALA-beweging naar een meer integrale aanpak wordt in de huidige meting van de GALA-monitor gemeten als het vormgeven van een integrale aanpak voor preventie op lokaal niveau (zie ook Tekstbox 2.1). Met nieuw toegevoegde vragen over de integrale aanpak in de vragenlijst onder gemeenten wordt hier in deze tweede meting op twee manieren inzicht in gegeven. Ten eerste is geïnterviewd in hoeverre thema's aan elkaar worden verbonden, organisaties worden betrokken en beleidsdomeinen met elkaar optrekken bij een GALA-thema (2.3.1). Ten tweede is met stellingen uitgevraagd in welke mate gemeenten met meerdere beleidsdomeinen samen aan de GALA-doelen werken (2.3.2). De huidige resultaten geven een eerste beeld, in de volgende metingen kan de voortgang op het vormgeven van een integrale aanpak gevolgd worden.

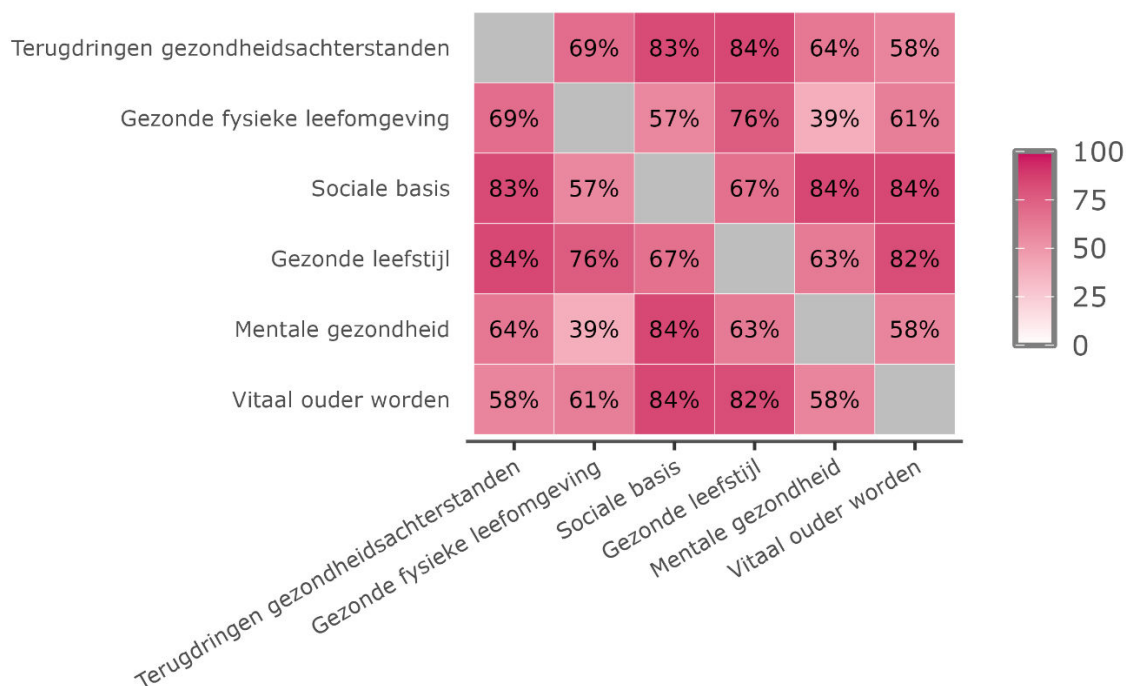
2.3.1 *Verbinding thema's, beleidsdomeinen en organisaties*

Een directe manier om te inventariseren in hoeverre er sprake is van een integrale aanpak is door te kijken in hoeverre GALA-thema's worden verbonden en met welke beleidsdomeinen en organisaties wordt samengewerkt per GALA-thema.

Gemeenten verbinden GALA-thema's

In de vragenlijst onder gemeenten is gevraagd welke GALA-thema's met elkaar verbonden worden, bijvoorbeeld door een gedeeld plan of gezamenlijke activiteiten. Voor alle thema's geldt dat meer dan de helft van de gemeenten aangeeft dat deze worden verbonden met andere thema's (Figuur 2.1). Het thema sociale basis wordt het meeste verbonden met de andere thema's en het thema gezonde fysieke leefomgeving het minst. Uit de figuur is af te leiden dat er variatie zit in welke thema's met elkaar verbonden worden. Zo valt op dat gezonde fysieke leefomgeving in mindere mate aan mentale gezondheid wordt gekoppeld, terwijl sociale basis weer vaker met vitaal ouder worden wordt verbonden.

Figuur 2.1 Percentage gemeenten dat aangeeft dat specifieke GALA-thema's met elkaar worden verbonden (n=327).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Meeste samenwerking met volksgezondheid en sociaal domein

In de vragenlijst onder gemeenten is per GALA-thema uitgevraagd met welke beleidsdomeinen/afdelingen binnen de gemeente wordt samengewerkt voor de verschillende thema's. Voor alle thema's geldt dat vaak wordt samengewerkt met volksgezondheid, sociaal domein/welzijn en sport en bewegen. Met veiligheid en mobiliteit wordt het minst samengewerkt rondom de thema's. In bijlage 2 (Tabel 2) is een volledig overzicht opgenomen van de betrokken domeinen per GALA-thema. In hoofdstuk 5 over de GALA-thema's wordt hier per thema op ingegaan.

Meeste samenwerking met bekende preventiepartijen

Ook is per GALA-thema een lijst van partijen voorgelegd en gevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt. Omdat de uitgevraagde partijen per thema enigszins verschillen, is het niet mogelijk om exacte percentages over de thema's heen te geven, maar er is wel een overkoepelend beeld te schetsen. De partijen die volgens gemeenten het vaakst betrokken zijn bij de samenwerking rondom GALA-thema's zijn de GGD, welzijnsorganisaties, huisartsen, sociale (wijk)teams en scholen. Met patiënten/cliënten- en naastenorganisaties en regionale ondersteuningsstructuren (ROS-sen) wordt het minst samengewerkt. Meer details over de samenwerking met partijen rondom specifieke GALA-thema's staan in het hoofdstuk over de GALA-thema's (hoofdstuk 5). Een volledige tabel met antwoorden per thema is in bijlage 2 (Tabel 1) opgenomen.

2.3.2

Samenwerking tussen gemeentelijke beleidsdomeinen aan GALA doelen

Een andere manier om te kijken in hoeverre binnen gemeente sprake is van een integrale aanpak is de maturity-index. Deze index gaat in op de samenwerking tussen gemeentelijke beleidsdomeinen bij het werken aan de GALA-doelen. Hierbij doorlopen gemeenten vijf fasen in het samenwerken tussen gemeentelijke beleidsdomeinen bij het werken aan de GALA-doelen (zie Tekstbox 2.3).

Tekstbox 2.3 Vijf fasen van de maturity-index

Gemeenten doorlopen vijf fasen, steeds een trede hoger, om te groeien in het integraal werken aan gezondheid en preventie. De vijf fasen zijn:

- A. Herkennen: creëren van bewustzijn bij gemeentelijke domeinen en partijen van de mogelijkheden om integraal te werken rondom het GALA. Integraal werken staat hier nog in de kinderschoenen.
- B. Erkennen: beleggen van het belang van integraal werken aan het GALA in beleid bij diverse gemeentelijke domeinen. De gemeente heeft zicht op relevante partijen om een integrale aanpak tot stand te brengen.
- C. Realiseren: uitvoeren van acties om aan de slag te gaan met het GALA. Er zijn inspanningen vanuit diverse domeinen en partijen.
- D. Integreren: werken vanuit een brede, door diverse gemeentelijke domeinen gedeelde beleidsvisie op het GALA. De gemeente maakt ook concrete resultaten zichtbaar (proces en uitkomsten).
- E. Harmoniseren: verankering van integraal werken aan het GALA binnen diverse gemeentelijke domeinen. Er is monitoring en evaluatie van doelen, acties en uitkomsten, waardoor bijsturing kan plaatsvinden.

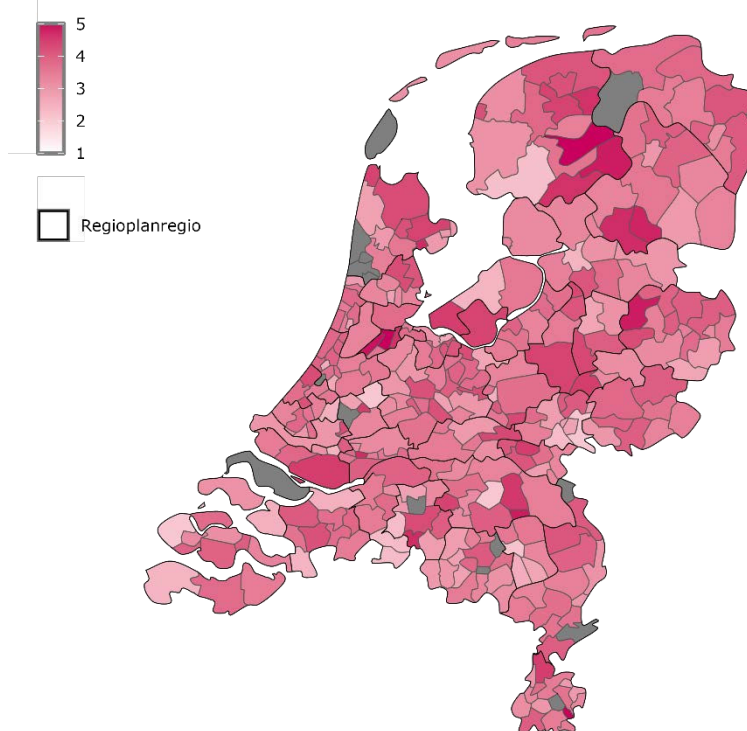
De index bestaat uit veertien stellingen die op een 5-puntsschaal gescoord kunnen worden, variërend van helemaal niet tot helemaal wel van toepassing. Op basis van de scores op de stellingen is per gemeente een gemiddelde berekend. Een relatief laag gemiddelde betekent dat een gemeente meer in de fase zit waarin het beleid vooral wordt vastgelegd in plannen en nota's, maar nog niet concreet in acties is vertaald. Bij een relatief hoog gemiddelde is een gemeente bezig met het verankeren van het gezondheids- en preventiebeleid op de lange termijn vanuit een gedeelde visie.

De maturity-index is vaker in onderzoek gebruikt rondom het vormgeven van integraal gezondheidsbeleid [5], maar nog niet eerder toegepast in de context van het GALA. De schaal kan, indien deze herhaald wordt gemeten, een beeld geven van de ontwikkeling over de tijd in hoeverre en sprake is van een integrale aanpak binnen gemeenten.

In Figuur 2.2 is de gemiddelde score op de maturity-index weergegeven voor iedere gemeente in Nederland die de vragenlijst hebben ingevuld. De gemiddelde score ligt met 3,6 boven het schaalgemiddelde van 3. Dat geeft aan dat er in het algemeen wel samenwerkingen worden gerealiseerd tussen de beleidsdomeinen rondom het GALA. Geen van de gemeenten heeft een gemiddelde lager dan 2 en 25 procent van de gemeenten scoort boven de 4. De gemeenten die een hogere score hebben zijn dus al verder met integraal werken rond het GALA. De

maturity-index lijkt dat goed weer te geven. Ter informatie staat in bijlage 2 (Tabel 3) een overzicht van de scores op de afzonderlijke stellingen.

Figuur 2.2 Gemiddelde score op de maturity-index per gemeente.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Respondenten konden aangeven in hoeverre het GALA van invloed is geweest op de samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen in de gemeente. Bijna alle respondenten geven aan dat het GALA invloed heeft gehad: 29 procent zegt matige invloed, 21 procent zegt enigszins invloed, 46 procent aanzienlijke invloed en 3 procent zeer grote invloed.

De score op de maturity-index blijkt samen te hangen met het aantal verbonden GALA-thema's, het aantal samenwerkende beleidsdomeinen en externe organisaties, zoals gepresenteerd in de vorige paragraaf. Naarmate een gemeente hoger scoort op de index hangt dit positief samen met deze uitkomsten. Dit kan gezien worden als validatie van de index.

2.4 Ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak

Deze paragraaf beschrijft de ervaringen van de verschillende betrokken partijen met de domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak. Eerst komen in 2.4.1 de ervaringen met de samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten aan bod en in 2.4.2 de ervaringen met de domeinoverstijgende samenwerking en de integrale aanpak. In 2.4.3 worden de ervaren bevorderende en belemmerende factoren voor het behalen van ambities en borging beschreven. Tot slot

worden in 2.4.4. beknopt de opbrengsten van het GALA en suggesties van geïnterviewden voor het ministerie van VWS beschreven.

2.4.1 *Ervaringen met de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar*

In de bevindingen komen verschillende aspecten van de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar rondom het GALA naar voren.

Gemandateerde gemeenten scoren qua samenwerking nog steeds lager dan zorgverzekeraars

In de vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars is gevraagd om de samenwerking met de ander rondom het GALA te scoren met een rapportcijfer bij vijf activiteiten om te bouwen aan de preventie-infrastructuur. De gemiddelde cijfers staan weergegeven in Tabel 2.2. Hierbij is voor de gemeenten alleen het rapportcijfer van gemandateerde gemeenten meegenomen, omdat deze veelal het contact met de preferente zorgverzekeraar hebben voor het GALA. Uit de tabel blijkt dat de gemandateerde gemeenten de samenwerking met de zorgverzekeraar net als in de vorige meting over het algemeen een lager rapportcijfer geven dan de zorgverzekeraars de samenwerking met de gemandateerde gemeenten. Voor de twee activiteiten die in beide jaren zijn uitgevraagd, geldt dat ten opzichte van de vorige meting de rapportcijfers, vooral bij de zorgverzekeraars, omhoog zijn gegaan. De activiteit 'bereikbaarheid van de contactpersonen' krijgt van zowel gemeente als zorgverzekeraar het hoogste rapportcijfer (hiervan is geen cijfer uit de vorige meting beschikbaar). Tegelijkertijd blijkt uit de interviews dat contactpersonen en projectleiders van functie veranderen bij zowel de gemeente als zorgverzekeraar waardoor er soms minder voortgang in de samenwerking rondom preventie is dan gewenst.

Samenwerkingsrelatie gemeente en zorgverzekeraar beïnvloed door landelijke ontwikkelingen

Uit de interviews in de zes regio's blijkt dat de samenwerking tussen (gemandateerde) gemeenten en preferente zorgverzekeraar in de afgelopen periode een tweeledig beeld laat zien. Enerzijds is er door het GALA en ook het IZA juist een meer constructieve samenwerking ontstaan met regionaal overleg en samenwerking op bestuurlijk en beleidsmedewerkersniveau. Anderzijds geven geïnterviewden aan dat landelijke ontwikkelingen zoals onzekerheid over continuïteit van financiering van het sociaal domein, het opstappen van de VNG bij de gesprekstafel over het IZA, onvoldoende betrokkenheid van gemeenten bij de transformatieplannen, en onduidelijkheid over tarieven en erkende interventies voor ketenaanpakken de samenwerkingsrelatie onder druk zetten. Zowel geïnterviewden van gemeenten als zorgverzekeraars ervaren deze invloed van de landelijke ontwikkelingen op de samenwerkingsrelatie. Voor gemeenten wegen deze laatste redenen mogelijk zwaarder, waardoor zij de samenwerking negatiever waarderen dan zorgverzekeraars.

Tabel 2.2 Gemiddelde rapportcijfers van gemeenten en zorgverzekeraars voor de onderlinge samenwerking bij vijf activiteiten in het kader van de preventie-infrastructuur.

Activiteiten	Gemiddeld rapportcijfer (standaardafwijking)			
	Gemandateerde gemeenten		Zorgverzekeraars	
	Meting 1 (n= 42)	Meting 2 (n per activiteit)	Meting 1 (n= 39)	Meting 2 (n= 35)
Voelen van gedeelde verantwoordelijkheid voor preventie en gezondheidsbevordering	-	5,8 (2,3 (n= 38))	-	7,6 (1,6)
Afspraken maken over preventie en gezondheidsbevordering	5,0 (1,7)	5,1 (2,2) (n= 37)	6,6 (1,4)	7,1 (1,7)
Naleven van afspraken over preventie en gezondheidsbevordering	-	5,8 (2,1) (n= 32)	-	7,0 (1,6)
Bereikbaarheid van de contactperso(n)en(en)	-	7,0 (2,3) (n= 38)	-	7,9 (1,8)
Rol bij het implementeren van ketenaanpakken	5,0 (1,7)	5,4 (2,0) (n= 39)	6,6 (1,4)	7,4 (1,1)

Bron: vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024 en 2025.

Verskil in perceptie over verantwoordelijkheid zorgverzekeraar

Net als in de interviews van de vorige meting hebben sommige gemeenten het idee dat de zorgverzekeraar hen niet voldoende tegemoet komt en onvoldoende verantwoordelijkheid neemt. Dit komt enerzijds omdat zorgverzekeraars regionaal afspraken, over bijvoorbeeld de ketenaanpakken, willen maken met de gemandateerde gemeente en niet lokaal met gemeenten apart. Anderzijds komt dit doordat zij als zorgverzekeraar vasthouden aan wat wettelijk vergoed moet worden volgens de Zorgverzekeringswet. In sommige regio's komt de zorgverzekeraar de gemeenten wel meer tegemoet door meer mee te denken over de invulling van preventie en te zoeken naar experimenteerruimte binnen de huidige financieringsvormen.

Besluitvormingsprocessen in gemeenten worden als verdragend ervaren

Er is bij de geïnterviewde zorgverzekeraars en regionale projectleiders/ programmaleiders naar eigen zeggen meer inzicht in de niveaus van besluitvorming in de gemeente. Tegelijkertijd ervaren ze de besluitvormingsprocessen bij gemeenten als verdragend en weten ze niet altijd op welk niveau de besluitvorming moet plaatsvinden. Zaken die in het regionale overleg worden afgesproken met de gemandateerde gemeente(n) moeten soms alsnog binnen die regio langs de niet-gemandateerde gemeenten voor besluitvorming door directeurs, wethouders, en/of het gehele college. In een regio stemmen ze daarom de timing van de verschillende bestuurlijke besluitvormingsprocessen op elkaar af, zodat het efficiënt langs de verschillende partijen kan. In een andere regio zijn ze bezig om scherper in beeld te brengen wat er wel of niet aan inhoudelijke zaken (onder andere bij valpreventie) langs het college binnen een gemeente moet en wat op het niveau van de directeurs besloten kan worden.

2.4.2 *Ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak*

In de bevindingen komen verschillende aspecten rondom domeinoverstijgende samenwerking en integrale aanpak naar voren.

Regionale samenwerking is versterkt, maar uitdagingen blijven bestaan
 Uit de interviews in de zes regio's blijkt dat er over het algemeen sprake is van een (redelijk) positief gevoel over de ontwikkelingen en onderlinge samenwerking in de afgelopen periode. De eerder gemaakte plannen worden gezamenlijk opgepakt en uitgevoerd, zo zijn er stappen gemaakt in de inrichting van de ketenaanpakken (zie hoofdstuk 3). De samenwerkingen zijn versterkt onder andere doordat men een gezamenlijk doel heeft, overlegstructuren zijn ingericht, taken en verantwoordelijkheden duidelijker of beter belegd zijn en doordat leerervaringen worden uitgewisseld.

Net als in de vorige meting geven geïnterviewden aan dat het werken met een mandaat- en governancestructuur nog wel een uitdaging is. Zo is niet altijd helder wie met welk mandaat aan de overlegtafel zit. Of is niet elke partij evenredig vertegenwoordigd aan de bestuurlijke regionale overlegtafel. Daarnaast geeft het werken met subregio's binnen een IZA-regio een extra laag, die volgens geïnterviewden tot ongelijke verhoudingen kan leiden. Bijvoorbeeld doordat de GGD niet voor een hele regio gecontracteerd kan worden of doordat een zorgverzekeraar de focus van de samenwerking legt op specifieke subregio's binnen de regio.

Integrale aanpak van preventie een stap verder
 Uit de interviews blijkt dat gemeenten het werken met een integrale aanpak van preventie nog wel als uitdaging zien, maar dat er stappen worden gemaakt. Zo ontstaan er vaker teams of werkgroepen waarin meerdere domeinen vertegenwoordigd zijn en worden gezamenlijke beleidsvisies geschreven. Tegelijkertijd zijn het vaak ook al bestaande samenwerkingen en verbindingen van thema's die verder worden versterkt door het GALA en blijven nieuwe verbindingen in de ogen van sommige geïnterviewden uit. Belangrijke belemmeringen voor een integrale aanpak zijn dat het tijd kost om deze op te zetten, er gebrek aan sturing is op integraliteit en dat het onderhouden van een goede samenwerkingsrelatie soms moeilijk is omdat er veel personeelsverloop is. Ervaringen vanuit het leernetwerk laten een soortgelijk beeld zien.

Terughoudendheid bij gemeenten bij maken afspraken
 Zowel uit de interviews met gemeenten als ervaringen die zijn opgehaald in het leernetwerk blijkt dat gemeenten er tegenaan lopen dat het lastig is om samenwerkingsafspraken te maken. Enerzijds omdat zij bijvoorbeeld niet zelf de zorgaanbieders financieren (bij huisartsen) of omdat tarieven onduidelijk zijn (bij fysiotherapeuten voor valpreventie in het sociaal domein). Anderzijds omdat gemeenten door onzekerheid over de financiering terughoudend zijn om contracten voor de lange termijn aan te gaan met bijvoorbeeld welzijnsorganisaties of bij de inhuur van projectleiders of coördinatoren voor een aantal ketenaanpakken.

Betrekken van inwoners blijft lastig

Uit de interviews in de zes regio's blijkt verder dat regio's nog zoekende zijn hoe ze (een representatieve groep) inwoners kunnen betrekken en hoe ze ervoor kunnen zorgen dat de betrokkenheid verder gaat dan informeren en adviseren. Inwoners worden wel geleidelijk meer betrokken bij de planvorming, maar minder in de fasen daarna. De resultaten van de vragenlijst lieten ook zien dat er nog weinig met patiënten/cliënten- en naastenorganisaties wordt samengewerkt rondom de GALA-thema's (zie 2.3.1). In sommige regio's of gemeenten is er inwonersparticipatie via de ABCD-methode⁵, door het betrekken van inwonersinitiatieven en vrijwilligersorganisaties of via beleidsadviseurs leefomgeving en wijkmanagers die dichterbij de inwoners staan. Ook wordt geprobeerd via de wijkgerichte aanpak van Kansrijke Start inwoners meer te betrekken.

2.4.3 *Ervaren bevorderende en belemmerende factoren voor behalen ambities en borging*

In de bevindingen komen verschillende bevorderende en belemmerende factoren naar voren die een rol spelen bij het behalen van ambities en de verdere borging.

Ambities worden bijgesteld en keuzes voor de toekomst gemaakt

In de interviews in de zes regio's is gevraagd of de ambities voor het GALA bijgesteld zijn of gaan worden. Dit levert een wisselend beeld op; soms zijn de ambities aangepast en soms (nog) niet. Ook zijn ambities uitgesteld, zoals de inrichting van een deel van de ketenaanpakken of het opzetten van (regionale) monitoring om inzicht te krijgen in de opbrengsten van het GALA (zie hoofdstuk 4). Geïnterviewden geven aan dat het de vraag is of zij hun ambities kunnen behalen en dat zij keuzes voor de toekomst moeten maken vanwege de onzekerheid over de continuïteit van de financiering na het GALA, het 'ravijnjaar 2026' en capaciteitstekort voor het sociaal domein. Keuzes die gemaakt (zullen) worden zijn uitstel van uitvoeringsagenda's of -plannen, het niet continueren van projecten die met GALA-middelen zijn gestart en het aangaan van kortdurende contracten met aanbieders en projectleiders. Er wordt aangegeven dat vooral eerder bestaande activiteiten (dus van voor het GALA) zullen worden voortgezet, omdat die (zowel lokaal als regionaal) al verweven zijn in gezamenlijke beleidsvisies.

Borging hangt van uitgangssituatie en landelijke randvoorwaarden af

In de interviews is ook gevraagd naar borging van de GALA-activiteiten. Het lijkt erop dat vooral in de regio's waar voor het GALA al werd gewerkt aan GALA-thema's en/of bepaalde ketenaanpakken borging aan de orde is. Daarbij geldt ook dat hoe verder gevorderd en ingebed activiteiten en ketenaanpakken in regulier aanbod zijn, hoe beter de borging te realiseren is. Voor de borging helpt ook het hebben van al bestaande samenwerkingsverbanden en duidelijke rollen en afspraken daarbinnen. Verder werkt het samenbrengen van thema's in transformatieplannen of sociale agenda's bevorderend.

Geïnterviewden uit de zes regio's geven aan dat ze nog volop bezig zijn met het tot uitvoer brengen van de plannen en dat borging doorgaans

⁵ <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/abcd>.

nog een stap te ver is. Zij geven aan dat een transitie meer tijd vraagt en dat de doorlooptijd van het GALA te kort is. Ook lopen regio's achter met de inrichting van bepaalde ketenaanpakken doordat landelijke randvoorwaarden niet op orde zijn (zie hoofdstuk 3). Verder ervaren vooral gemeenten een tekort aan capaciteit voor de uitvoering.

Daarnaast wachten regio's af wat nieuwe landelijke akkoorden brengen over toekomstige middelen voor het sociaal domein. Een vraag die een gemeente hierbij naar voren bracht, is hoe je goede afspraken met elkaar kunt maken als je weet dat de financiering weer ophoudt. Dit vereist borging binnen reguliere middelen van de betrokken organisaties. In het leernetwerk houdt een leergroep zich momenteel bezig met het vraagstuk over het duurzaam vormgeven en borgen van de ketenaanpakken, ook bij onzekere landelijke financiering. De leergroep heeft als doel om *best practices* uit te wisselen, concrete acties in de eigen gemeenten uit te voeren en hiervan te leren om strategische keuzes te maken bij het duurzaam wegzetten van de ketenaanpakken en het GALA.

2.4.4 *Opbrengsten van het GALA en suggesties richting VWS*

In de interviews is ruimte opgenomen om aan te geven waar zij trots op zijn en of zij nog suggesties hebben richting het ministerie van VWS.

Positieve ontwikkelingen door het GALA

Aan de geïnterviewden van de zes regio's is gevraagd waar zij trots op zijn en wat volgens hen de grootste opbrengst van het GALA is tot nu toe. Geïnterviewden zijn trots op de netwerkvorming, samenwerking tussen en commitment van formele en informele partijen, zowel op regionaal als lokaal niveau. Daarnaast zijn zij trots op de versterking van (aanpakken binnen) het sociaal domein en de uitbreiding van bestaand aanbod en initiatie van nieuw aanbod in de wijk. Als grootste opbrengst van het GALA tot nu toe benoemen geïnterviewden dat ze meer integraal moeten samenwerken, er meer nadruk is op preventie en gezondheid en dat ze andere domeinen beter begrijpen.

Suggesties vanuit interviews voor een meer coördinerende rol van VWS

In de interviews is gevraagd of er nog suggesties waren richting het ministerie van VWS. Enkele geïnterviewden benoemen de wens tot een meer coördinerende rol van het ministerie. Enerzijds als het gaat om het vormgeven van gezondheid in alle beleidsdomeinen (health in all policies), en dit zou moeten voorkomen dat andere ministeries beleid maken dat de gezondheid niet ten goede komt. Anderzijds door het bundelen van versnipperde subsidies en middelen om meer effect te sorteren en om te voorkomen dat regio's ondersneeuwen in allerlei losse projecten en trajecten. Verder zou het 'oude denken' vanuit het medisch domein losgelaten moeten worden. Zo oppert een gemeente om te spreken over sociaal-medische samenwerking in plaats van andersom, omdat het begint bij het sociaal domein.

2.5 **Reflectie en vervolg**

De resultaten uit de vragenlijst en de interviews geven inzicht in de beweging naar meer domeinoverstijgend samenwerken en een meer integrale aanpak van preventie.

Domeinoverstijgende samenwerking kent positieve en negatieve kanten

De voortgang op het vlak van domeinoverstijgende samenwerking heeft twee kanten. Enerzijds zijn er positieve geluiden. Uit de interviews blijkt dat waar men eerder vooral plannen maakte, men nu meer is overgegaan tot de daadwerkelijke uitvoering ervan, bijvoorbeeld bij de inrichting van de ketenaanpakken of activiteiten rondom de GALA-thema's. De regionale en lokale samenwerkingen zijn versterkt en zorgen voor een meer gezamenlijke aanpak van de uitdagingen rondom het vormgeven van preventie.

Anderzijds blijkt dat domeinoverstijgende samenwerking niet ongevoelig is voor ontwikkelingen op landelijk niveau. Lokale en regionale samenwerkingsrelaties zijn onder druk komen te staan door onder andere de onzekerheid over toekomstige financiering van het sociaal domein en langdurige onzekerheid over tarieven en erkende interventies voor een aantal ketenaanpakken (zie ook hoofdstuk 3). Hierdoor is er terughoudendheid om langetermijnrelaties aan te gaan en stagneert, volgens de geïnterviewden, de (verdere) inrichting en uitvoering van een deel van de ketenaanpakken en activiteiten binnen het GALA. Ook denken regio's al na over de keuzes die ze moeten gaan maken vanaf 2026. Dit alles heeft zijn weerslag op de eerder gestelde ambities voor het GALA en de borging. In het leernetwerk van de GALA-monitor wordt in een van de leergroepen het vraagstuk van borging opgepakt. Mogelijk komen hier oplossingsrichtingen uit voort.

Meer duiding samenwerkingsrelatie gemeenten-zorgverzekeraar nodig

Uit de vragenlijsten komt het beeld naar voren dat de regionale samenwerking tussen gemandateerde gemeenten en zorgverzekeraars niet optimaal is. Zowel gemandateerde gemeenten als zorgverzekeraars geven in de vragenlijst aan dat er minder sprake is van onderlinge regionale afspraken rondom de preventie-infrastructuur dan in de vorige meting het geval was. Waarbij de gemandateerde gemeenten net als in de vorige meting over het algemeen lager op alle stellingen scoren dan de zorgverzekeraar. Hoewel dit niet is uitgevraagd zou een mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen met de vorige meting kunnen zijn dat de afspraken rondom de preventie-infrastructuur vooral gemaakt zijn toen de plannen voor het IZA en het GALA werden opgesteld en dat de focus nu meer ligt op de (lokale) uitvoering van die afspraken. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars hebben nu namelijk wel meer uitvoeringsafspraken met zorg- en hulpverleners gemaakt dan bij de vorige meting.

Verder is er een behoorlijk verschil in de rapportcijfers die gemandateerde gemeenten en zorgverzekeraars geven aan aspecten van de regionale samenwerking. Zorgverzekeraars zijn in de vragenlijst positiever over de regionale samenwerking rondom de preventie-infrastructuur dan gemandateerde gemeenten. Een directe vergelijking van deze cijfers is lastig, omdat de zorgverzekeraar een cijfer geeft voor alle gemeenten in de regio en de gemandateerde gemeente alleen over de betreffende zorgverzekeraar. Verklaringen voor deze verschillen zouden verder onderzocht moeten worden.

Integrale aanpak krijgt steeds meer vorm

Op basis van zowel de vragenlijsten als de interviews is te zien dat er sprake is van een integrale aanpak van preventie als het gaat om het verbinden van thema's, domeinen binnen de gemeente en samenwerking met organisaties buiten de gemeentelijke organisatie. Wel wordt hierbij vooral nog samengewerkt met de voor de hand liggende domeinen en organisaties. Er wordt beperkt samengewerkt met patiënten/cliënten- en naastenorganisaties. De resultaten over integrale aanpak uit de vragenlijst zijn nog niet te vergelijken met de voorgaande meting omdat de vragen dit jaar voor het eerst gesteld zijn.

De maturity-index, de maat voor samenwerking tussen beleidsdomeinen binnen gemeenten, geeft een beeld dat deze samenwerking al veel voorkomt. Deze maat hangt samen met het aantal verbonden thema's en beleidsdomeinen en het aantal betrokken organisaties. Daarmee lijkt het een goede indicatie te zijn van samenwerking tussen beleidsdomeinen die over de tijd gevolgd kan worden. Een ruime meerderheid van de gemeenten geeft aan dat het GALA van positieve invloed is geweest op de samenwerking tussen beleidsdomeinen binnen gemeenten. Binnen het leernetwerk houdt een leergroep zich bezig met vraagstukken over interne samenwerking, integraal werken ondanks beperkte capaciteit, en het monitoren van een integrale aanpak. Deze groep gaat de komende tijd aan de slag met lokale monitoring voor een integrale aanpak en heeft als doel om een handzaam format vorm te geven voor gemeenten ter ondersteuning van de monitoring van een integrale aanpak.

Vervolg

De maturity-index zou als schaal verder doorontwikkeld kunnen worden. Nu is gewerkt met één totaalscore, maar op termijn zou het mogelijk moeten zijn om concreter aan te geven in welke fasen gemeenten zitten al naar gelang de antwoorden op de schaal. Hiermee kan een gemeente zelf ook beter inzicht krijgen in haar eigen positie en hoe een verdere groei in het integraal werken bereikt kan worden. Daarvoor dient de schaal echter nog verder aangescherpt te worden, mede op basis van de gegeven antwoorden in deze monitor.

Verder zal nog een beter beeld geschetst kunnen worden van de samenwerkingsrelaties tussen sociaal en medisch domein ook gezien de uitdagingen die daar liggen. Hiertoe zou in een volgende meting ook (meer) het perspectief van aanbieders van zorg en welzijn, GGD en inwoners kunnen worden meegenomen in de lerende evaluatie (zie bijlage 1). Ook zou de relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars verder onderzocht kunnen worden wat betreft het verschil in perceptie over de regionale samenwerking rondom preventie.

3 Overkoepelend beeld inrichting ketenaanpakken

Kernboodschappen

- Voor alle vijf de ketenaanpakken geldt dat in meer dan 70 procent van de gemeenten is gestart met de inrichting. Dit betekent echter niet dat er overal aanbod is. Ook zijn voor alle ketenaanpakken, behalve Kansrijke Start, in het merendeel van de regio's samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraar en de gemandateerde gemeente.
- Gemeenten kunnen in groepen worden ingedeeld op basis van de gezette stappen in de inrichting van een ketenaanpak. Hieruit blijkt dat er groepen van gemeenten zijn waar in meer of juist mindere mate stappen zijn gezet. In veel gemeenten is bijvoorbeeld wel een coördinator/projectleider, maar worden mensen nog niet doorverwezen naar zorg- en welzijnsaanbieders. De karakterisering van de groepen verschilt tussen de ketenaanpakken.
- Het merendeel van de gemeenten en zorgverzekeraars ervaart belemmeringen bij de verdere inrichting van de ketenaanpakken en bij het maken van samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraar en gemeente. Onzekerheid over structurele middelen bij gemeenten, evenals beperkte middelen, zijn voor beide partijen belangrijke belemmeringen voor het zetten van volgende stappen.
- Verschillen tussen gemeenten in de stappen in de inrichting van de ketenaanpakken die zijn gezet, kunnen slechts deels verklaard worden door regionale samenhang en verschillen in startjaar. Deze verschillen hebben mogelijk te maken met factoren in de lokale context.

3.1 Inleiding

Een van de doelen uit het GALA is het bevorderen van een domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur. Dit doel is uitgewerkt in twee onderdelen: 1) bouwstenen voor een regionale preventie-infrastructuur (zie hoofdstuk 2) en 2) de werkagenda Inrichting ketenaanpakken. Dit hoofdstuk richt zich op onderdeel 2. Het beoogde resultaat bij de werkagenda Inrichting ketenaanpakken is een landelijk dekkend aanbod van de vijf ketenaanpakken: Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen en Valpreventie. Om tot dit landelijk dekkend aanbod te komen, zou elke regio uiterlijk 1 januari 2024 starten met de inrichting van de vijf ketenaanpakken in zoveel mogelijk gemeenten. Dit hoofdstuk schetst een overkoepelend beeld van de vijf ketenaanpakken wat betreft de voortgang van de inrichting, vanuit het perspectief van gemeenten.

De huidige meting versus de vorige meting

In de vorige rapportage van de GALA-monitor was te zien dat in het merendeel van de gemeenten een start was gemaakt met de inrichting van de ketenaanpakken. In het huidige rapport wordt de stand van zaken beschreven op basis van de nieuwe gegevens en ligt de focus op

de fase waarin een ketenaanpak zich bevindt als er gestart is. Zijn er bijvoorbeeld alleen bestuurlijke afspraken of zijn er ook al concrete activiteiten ondernomen? Hierbij wordt gekeken naar stappen zoals het creëren van draagvlak, de aanstelling van een coördinator/projectleider, samenwerkingsafspraken met ketenpartners, of er concreet cliënten worden geholpen, kwaliteitsverbetering en opschaling. Naast dit verdiepende beeld worden de belemmeringen voor het zetten van de volgende stap bij de inrichting van de ketenaanpak in beeld gebracht en is er aandacht voor de samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en andere partijen rondom de ketenaanpakken.

De gebruikte databronnen staan in Tekstbox 3.1. Voor deze meting zijn gegevens beschikbaar vanuit gemeenten en zorgverzekeraars. Gegevens worden voornamelijk gepresenteerd vanuit het perspectief van de gemeente, maar gemeenten en zorgverzekeraars werken samen aan de inrichting van de ketenaanpakken en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de inrichting in de regio.

Voor Kansrijke Start en Sociaal Verwijzen worden gelijktijdig met dit rapport afzonderlijke rapportages uitgebracht. Voor Kind naar Gezonder Gewicht, de Gecombineerde Leefstijlinterventie en Valpreventie volgen later dit jaar nog aparte rapportages. Zodra de rapportages uitkomen, wordt hiernaar gelinkt op de website van de GALA-monitor⁶.

Leeswijzer

Paragraaf 3.2 beschrijft de voortgang van de inrichting van de ketenaanpakken en de stappen die zijn gezet vanuit het perspectief van gemeenten. In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op de belemmeringen voor de verdere inrichting indien gestart en in paragraaf 3.4 op de borging van de ketenaanpakken in gemeenten. In paragraaf 3.5 komt vanuit het perspectief van zorgverzekeraars de status van de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar rondom de ketenaanpakken en belemmeringen aan bod. Ook samenwerkingen van gemeenten en zorgverzekeraars met andere partijen rondom de ketenaanpakken worden hier beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een reflectie (paragraaf 3.6).

⁶ Zie <https://www.rivm.nl/GALA-monitor/ketenaanpak-binnen-GALA>.

Tekstbox 3.1 Gebruikte databronnen*Dataverzameling GALA-monitor 2025* (zie bijlage 1)

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in maart en april 2025 door 327 van de 342 gemeenten. De onderdelen van de vragenlijst over de ketenaanpakken zijn ingevuld door 315 gemeenten voor Kansrijke Start, 319 voor Kind naar Gezonder Gewicht, 317 voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie, 316 voor Sociaal verwijzen en 318 voor Valpreventie.
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in maart en april 2025 door 35 van de 38 vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld (hierna aangeduid als 'zorgverzekeraars').
- Het GALA-leernetwerk voor een verdiepend beeld op de voortgang in de praktijk, gericht op het uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken met deelnemende beleidsmakers bij gemeenten, in het afgelopen jaar varieerde het aantal deelnemers tussen 19 en 26.

3.2 Voortgang inrichting ketenaanpakken in gemeenten

Om de voortgang van de ketenaanpakken in kaart te brengen, is aan gemeenten gevraagd welke stappen ze hebben gezet in de inrichting, waaronder het creëren van bestuurlijk draagvlak, de aanstelling van een coördinator/projectleider, samenwerkingsafspraken met ketenpartners, of er concreet cliënten worden geholpen, kwaliteitsverbetering en opschaling. Deze stappen worden per ketenaanpak weergegeven in bijlage 2 (Tabellen 4-8). Als gemeenten minimaal één stap hebben gezet, worden ze gezien als gestart, tenzij de gemeente zelf aangeeft niet gestart te zijn. De geformuleerde stappen zijn onder andere gebaseerd op richtlijnen en handreikingen voor het praktisch inrichten van de ketenaanpakken, zoals de Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij het Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas [6]. Omdat het inrichtingsproces er per ketenaanpak anders uitziet, verschillen ook de uitgevraagde stappen tussen de vijf ketenaanpakken.

3.2.1 Gemeenten waarin is gestart met inrichting

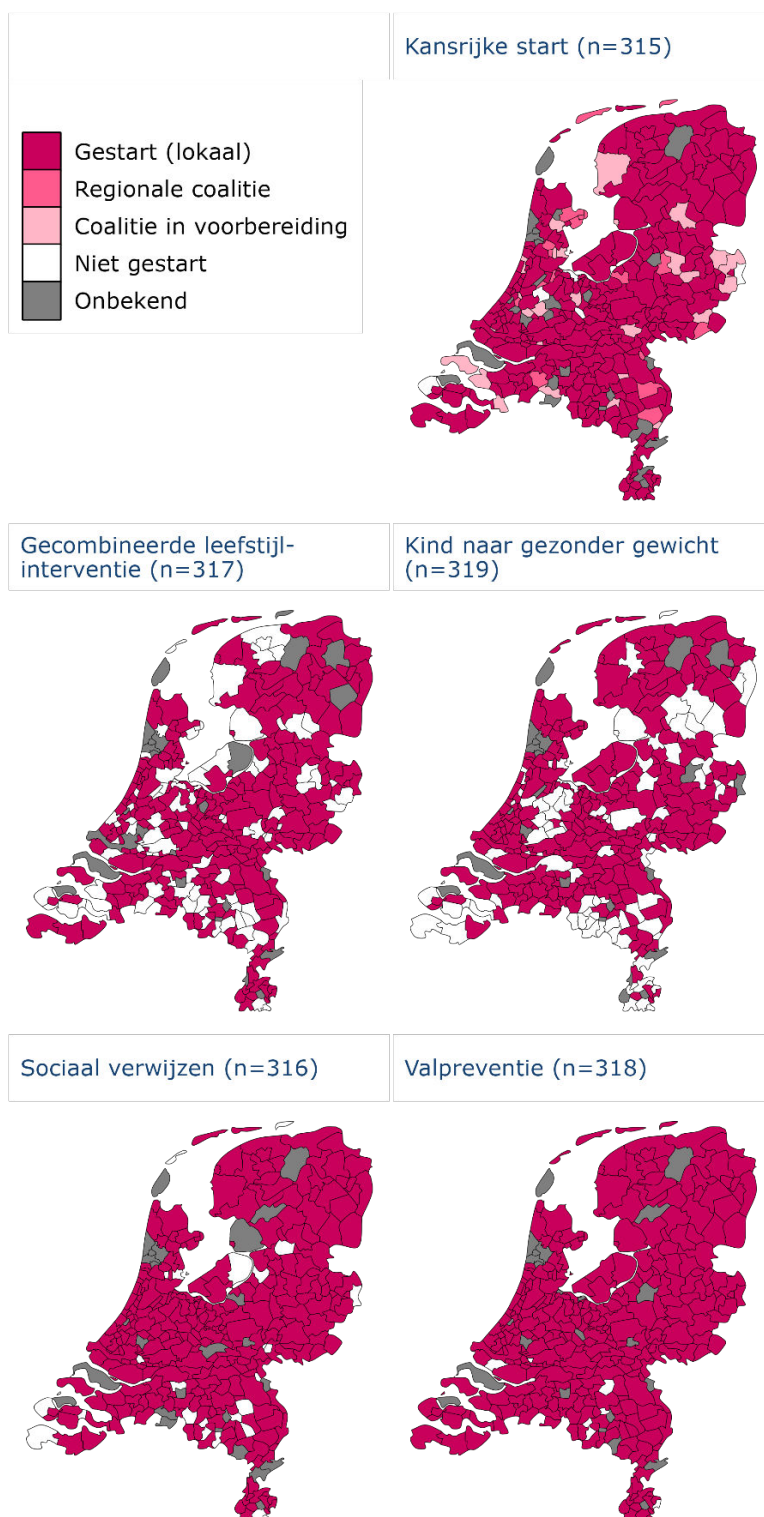
Het aandeel deelnemende gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de ketenaanpak is het hoogst voor Valpreventie (98%; 312 van 318), Sociaal verwijzen (92%; 292 van 316) en Kansrijke Start⁷ (90%; 283 van 315). Het aandeel is het laagst voor Kind naar Gezonder Gewicht⁸ (73%; 234 van 319) en de Gecombineerde Leefstijlinterventie⁹ (72%; 229 van 317) (Figuur 3.1). In elke deelnemende gemeente is gestart met de inrichting van minimaal één ketenaanpak.

⁷ Bij Kansrijke Start is gevraagd of gemeenten een lokale coalitie hebben gevormd, een lokale coalitie in voorbereiding/ontwikkeling hebben of geen lokale coalitie hebben, maar wel onderdeel zijn van een regionale coalitie. 'Gestart' met Kansrijke Start is gedefinieerd als: er is lokale coalitie is gevormd of de gemeente is onderdeel van een regionale coalitie.

⁸ De definitie van 'gestart' met de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht in deze rapportage wijkt af van de definitie die toegepast wordt door JOGG/KnGG. JOGG/KnGG classificeert gemeenten als 'gestart' wanneer er een projectleider voor Kind naar Gezonder Gewicht is aangesteld.

⁹ In dit rapport wordt met de Gecombineerde Leefstijlinterventie de ketenaanpak GLI bedoeld, waarbij het gaat om het goed inbedden van een GLI als leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas in een gemeente en de daarbij benodigde netwerkvorming en samenwerking tussen medisch en sociaal domein. Er zijn verschillende erkende en effectieve GLI-programma's die sinds 2019 vergoed mogen worden vanuit de basiszorgverzekering. Deze GLI-programma's worden sinds 2019 in veel gemeenten aangeboden.

Figuur 3.1 Gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de ketenaanpakken. Achter elke ketenaanpak staat het aantal gemeenten weergegeven waarvan gegevens bekend zijn. De antwoordopties 'regionale coalitie' en 'coalitie in voorbereiding' gaan alleen over Kansrijke Start. Met 'coalitie in voorbereiding' wordt bedoeld op een lokale coalitie.



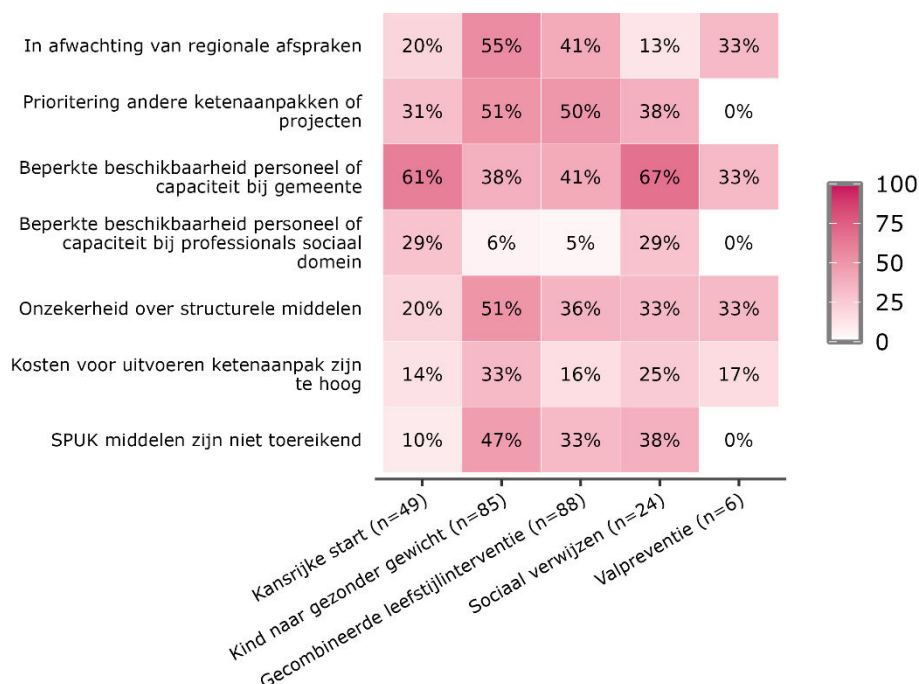
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

In totaal geven 145 gemeenten aan dat ze zijn gestart met de inrichting van alle vijf ketenaanpakken. Daarnaast is in vrijwel alle regio's voor elke ketenaanpak ten minste één gemeente gestart met de inrichting. De enige regio waarvoor dit niet geldt, bestaat uit twee gemeenten waarvan voor één gemeente geen gegevens bekend zijn.

Een directe vergelijking van het aantal gemeenten waarin is gestart met de inrichting van de ketenaanpakken tussen deze en de vorige meting is niet mogelijk omdat de vraagstelling is aangepast. Bij de voorgaande meting werd onder 'gestart' verstaan dat er minimaal afspraken over de ketenaanpak zijn gemaakt tussen zorgverzekeraar en gemeente. Uit de feedback op de vragenlijst vanuit gemeenten bleek dit echter tot interpretatieverschillen te leiden bij het invullen. Daarom is deze 'definitie' losgelaten en is alleen naar de gezette stappen in de inrichting gekeken.

De meest genoemde redenen vanuit gemeenten waarom er nog niet gestart is met de inrichting van een ketenaanpak verschillen per ketenaanpak (Figuur 3.2). Voor alle ketenaanpakken staat de reden 'beperkte beschikbaarheid personeel/capaciteit bij gemeente' in de top vijf. Dit was ook bij de vorige meting het geval. Voor Kansrijke Start en Sociaal verwijzen is dit ook de meest genoemde reden. Voor Kind naar Gezonder Gewicht en de Gecombineerde Leefstijlinterventie worden verder 'in afwachting van regionale afspraken' en 'prioritering van andere ketenaanpakken/projecten' vaak genoemd. Ook 'onzekerheid over structurele middelen' en 'SPUK-middelen zijn niet toereikend' spelen bij Kind naar Gezonder Gewicht een belangrijke rol.

Figuur 3.2 Meest genoemde redenen waarom gemeenten niet gestart zijn met de inrichting van ketenaanpakken (alleen redenen die voor ten minste één ketenaanpak door ≥ 25 procent van de gemeenten zijn genoemd). Meerdere antwoorden mogelijk; percentages tellen op tot meer dan 100. Achter de ketenaanpakken is het aantal gemeenten aangegeven dat deze vraag heeft beantwoord, omdat ze nog niet zijn gestart met de inrichting van de ketenaanpak.*



* Voor Kansrijke Start luidde stelling 4 "Er is beperkte beschikbaarheid personeel of capaciteit bij samenwerkingspartners".
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

3.2.2

Gezette stappen in de inrichting van ketenaanpakken in gemeenten

Per ketenaanpak is aan gemeenten gevraagd welke stappen in de inrichting van de ketenaanpak gezet zijn. De meest gezette stappen worden hieronder per ketenaanpak beschreven (zie ook bijlage 2, Tabellen 4-8). Daarnaast is er een latente klassenanalyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in verschillen tussen gemeenten (zie ook bijlage 1). Hierbij zijn gemeenten die vergelijkbare stappen aankruisten gegroepeerd. Door het identificeren van deze groepen wordt de voortgang van de ketenaanpakken in beeld gebracht en wordt inzicht verkregen in hoe de inrichting van een ketenaanpak binnen gemeenten aangepakt wordt. Op basis van de latente klassenanalyses zijn per ketenaanpak twee tot vier groepen van gemeenten onderscheiden. Deze groepen worden hieronder per ketenaanpak beschreven, gesorteerd van minst naar meest gezette stappen.

Kansrijke Start

In de gemeenten die een lokale coalitie Kansrijke Start hebben gevormd of in voorbereiding hebben of die onderdeel zijn van een regionale

coalitie¹⁰ (n= 309¹¹), heeft het merendeel een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen (80%) (zie bijlage 2, Tabel 4). Ook hebben de meeste gemeenten bestuurlijk draagvlak om de ketenaanpak te realiseren (77%), doelstellingen/gezamenlijke ambities met samenwerkingspartners geformuleerd (76%), en aandacht voor het voortzetten van Kansrijke Start (in het bijzonder na 2025) (71%). Bij de vorige meting zijn de gezette stappen voor Kansrijke Start niet uitgevraagd. Omdat er ook een aparte uitvraag werd gedaan voor de Monitor Kansrijke Start was slechts een beperkt aantal vragen opgenomen in de GALA-vragenlijst.

Op basis van de latente klassenanalyse kunnen voor Kansrijke Start drie groepen van gestarte gemeenten worden onderscheiden (zie bijlage 2, Tabel 4):

1. In de eerste groep, waartoe 29 procent van de gestarte gemeenten behoort, zijn minder stappen gezet dan in de andere twee groepen. In deze groep is gedeeltelijk al bestuurlijk draagvlak en een coördinator/ projectleider aangesteld.
2. De tweede groep vertegenwoordigt 21 procent van de gestarte gemeenten en hierin zijn al wat meer stappen in de inrichting gezet. Naast bestuurlijk draagvlak en een coördinator/projectleider is er in de meeste gevallen ook een plan van aanpak opgesteld, zijn doelstellingen/ambities geformuleerd met samenwerkingspartners en is er aandacht voor het voortzetten van de ketenaanpak.
3. Tot slot is er de derde groep, waartoe 50 procent van de gestarte gemeenten behoort. Naast de eerder genoemde stappen hebben deze gemeenten veelal ook voldoende en passend aanbod van activiteiten voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context om aan deel te kunnen nemen en is Kansrijke Start al langer ingericht. Gemeenten hebben vrijwel allemaal samenwerkingsafspraken met het medisch en sociaal domein.

Stappen in de inrichting die nog vrijwel niet zijn gezet door alle geïdentificeerde groepen gemeenten voor Kansrijke Start zijn het maken van samenwerkingsafspraken met ervaringsdeskundigen of (aanstaande) ouders. Daarnaast zijn afspraken over financiering en het tekenen van een overeenkomst met de zorgverzekeraar nog niet tot stand gekomen.

Kind naar Gezonder Gewicht

In de gemeenten waarin is gestart met de inrichting van Kind naar Gezonder Gewicht (n= 234) is meestal een coördinator/projectleider aangesteld om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen (77%), is er bestuurlijk draagvlak om de ketenaanpak te realiseren (62%) en is een projectplan opgesteld (57%) (zie bijlage 2,

¹⁰ Het percentage 'gestart' met Kansrijke Start is gedefinieerd als: er is lokale coalitie is gevormd of de gemeente is onderdeel van een regionale coalitie. Omdat gemeenten die een lokale coalitie in voorbereiding hebben echter ook stappen in de inrichting kunnen hebben gezet is die groep meegenomen in de analyse van deze vraag.

¹¹ In totaal hebben 310 gemeenten aangegeven een lokale coalitie te hebben gevormd, deze in voorbereiding te hebben of onderdeel te zijn van een regionale coalitie. Eén gemeente die onderdeel is van een regionale coalitie heeft het onderdeel Kansrijke Start echter gedeeltelijk ingevuld. Daarvoor zijn van 309 gemeenten gegevens beschikbaar over de gezette stappen in de inrichting.

Tabel 5). In de helft van de gemeenten is een centrale zorgverlener aangesteld. Ten opzichte van de vorige meting hebben gestarte gemeenten vaker een coördinator/projectleider (meting 1: 60%) en een centrale zorgverlener aangesteld (meting 1: 28%).

Op basis van de latente klassenanalyse kunnen voor Kind naar Gezonder Gewicht vier groepen van gestarte gemeenten worden onderscheiden (zie bijlage 2, Tabel 5). De eerste drie groepen lijken stapsgewijs het proces te volgen zoals verwacht, waarbij de tweede groep meer stappen heeft gezet dan de eerste groep en de derde meer dan tweede. Daarnaast is er een vierde kleine groep gemeenten die hiervan afwijkt.

1. In de eerste groep, waartoe 60 procent van de gestarte gemeenten behoort, zijn minder stappen gezet dan in de andere groepen. De eerste groep kenmerkt zich door de aanwezigheid van een coördinator/projectleider. Ook heeft ongeveer de helft van de gemeenten in deze groep bestuurlijk draagvlak en een projectplan.
2. De tweede groep vertegenwoordigt 21 procent van de gestarte gemeenten en heeft bovenstaande stappen ongeveer even vaak gezet als de eerste groep. Daarnaast hebben gemeenten in deze groep een centrale zorgverlener aangesteld en zijn afspraken over doorverwijzing gemaakt tussen de centrale zorgverlener en professionals uit het zorg- en sociaal domein. In deze tweede groep is de begeleiding van kinderen en hun gezin door de centrale zorgverleners veelal gestart en verwijst de centrale zorgverlener kinderen door naar andere professionals uit het zorg- en sociaal domein.
3. In de derde groep, die bestaat uit 17 procent van de gestarte gemeenten zijn, naast de eerder genoemde stappen, ook samenwerkingsafspraken tussen gemeente en zorgaanbieders en gemeente en aanbieders uit het sociaal domein. Verder is in ieder geval één centrale zorgverlener opgeleid volgens de opleiding van de NSPOH of Your Coach Next Door (YCND) en wordt er gekeken naar kwaliteitsverbetering/opschaling. Deze derde groep is over het algemeen eerder gestart met de inrichting van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht dan de eerste en tweede groep.
4. De vierde groep betreft een kleine groep gemeenten (3 procent) die afwijkt van de voorgaande groepen. Deze groep bestaat uit gemeenten die recent zijn gestart met de inrichting, maar in tegenstelling tot de andere groepen, wel al samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar heeft, zowel over financiering als een getekende overeenkomst. Ook is er een coördinator/projectleider, een projectplan en een centrale zorgverlener aangesteld. De begeleiding en doorverwijzing van kinderen door de centrale zorgverlener is echter veelal nog niet gestart.

Gecombineerde Leefstijlinterventie

Gemeenten waarin is gestart met de inrichting van de ketenaanpak Gecombineerde Leefstijlinterventie (n=229) hebben meestal een coördinator/projectleider aangesteld (68%) en hebben een overzicht van beweegmogelijkheden en beweegaanbod in de gemeente (68%) (zie bijlage 2, Tabel 6). Daarnaast heeft de helft van de gemeenten een

overzicht van ander aanbod van interventies dat ondersteunend kan zijn aan de Gecombineerde Leefstijlinterventie, een samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijns professionals, en bestuurlijk draagvlak vanuit de gemeente om de ketenaanpak te realiseren. In vergelijking met de vorige meting hebben gemeenten vaker een coördinator/projectleider aangesteld (meting 1: 57%), maar is er minder vaak bestuurlijk draagvlak om deze ketenaanpak te realiseren (meting 1: 62%).

Op basis van de latente klassenanalyse kunnen voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie twee groepen van gestarte gemeenten worden onderscheiden (zie bijlage 2, Tabel 6):

1. In de eerste groep, waartoe 61 procent van de gestarte gemeenten behoort, zijn minder stappen gezet dan in de tweede groep. De eerste groep kenmerkt zich door de aanwezigheid van een coördinator/projectleider en de helft heeft ook een overzicht van beweegmogelijkheden in de openbare ruimte en beweegaanbod in de wijk.
2. De tweede groep vertegenwoordigt 39 procent van de gestarte gemeenten en hierin zijn meer stappen in de inrichting gezet. Er is veelal bestuurlijk draagvlak voor het realiseren van de ketenaanpak en er zijn samenwerkingsafspraken met GLI-aanbieders. Er is een samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijns professionals en dit samenwerkingsverband is meestal ook uitgebreid met professionals uit het sociaal domein. Ook is er een overzicht van ander aanbod van interventies dat ondersteunend kan zijn aan een GLI. Gemeenten in de tweede groep zijn gemiddeld iets eerder gestart met de inrichting van de ketenaanpak, maar de verschillen in startjaar tussen de eerste en tweede groep zijn klein.

Stappen in de inrichting die nog vrijwel niet gezet zijn door beide groepen gestarte gemeenten zijn het maken van samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar. Er is veelal niet afgesproken welke professional uit het netwerk de centrale zorgcoördinatie op zich neemt en er is in de meeste gevallen nog niet gestart met de netwerkwerkaanpak overgewicht bij volwassenen volgens het landelijk basismodel.

Sociaal verwijzen

Gemeenten waarin gestart is met de inrichting van Sociaal verwijzen (n=292) hebben veelal samenwerkingsafspraken met welzijnsaanbieders (74%), verwijzen mensen door naar brugfunctionaris(sen) (69%) en hebben brugfunctionarissen aangesteld en opgeleid (67%) (zie bijlage 2, Tabel 7). Ook hebben ze vaak een coördinator/projectleider (64%), een overzicht van aanbod aan ondersteunende activiteiten (64%) en bestuurlijk draagvlak (61%). Deze resultaten zijn grotendeels vergelijkbaar met de vorige meting, maar gemeenten geven in de huidige meting aan dat er minder vaak bestuurlijk draagvlak is om de ketenaanpak te realiseren (meting 1: 77%).

Op basis van de latente klassenanalyse kunnen voor Sociaal verwijzen drie groepen van gestarte gemeenten worden onderscheiden (zie bijlage 2, Tabel 7):

1. In de eerste groep, waartoe 27 procent van de gestarte gemeenten behoort, zijn nog weinig stappen in de inrichting gezet. De stappen die zijn gezet, verschillen tussen gemeenten.
2. De tweede groep vertegenwoordigt 65 procent van de gestarte gemeenten en hierin zijn meer stappen in de inrichting gezet. In deze groep vindt veelal al doorverwijzing plaats naar brugfunctionaris(sen). De groep kenmerkt zich verder door het hebben van bestuurlijk draagvlak en de aanwezigheid van een coördinator/projectleider. Ook zijn er samenwerkingsafspraken met welzijnsaanbieders, zijn er brugfunctionarissen aangesteld en opgeleid en is er een overzicht van het aanbod aan activiteiten dat ondersteunend kan zijn aan het uitvoeren van sociale verwijzingen
3. Tot slot is er de derde groep, waartoe 8 procent van de gestarte gemeenten behoort. In deze groep hebben gemeenten, naast de al eerder genoemde stappen, ook allemaal samenwerkingsafspraken en afspraken over financiering met de zorgverzekeraar. Daarnaast hebben gemeenten in deze groep meestal ook afspraken met zorgaanbieders gemaakt.

Een stap in de inrichting die door alle geïdentificeerde groepen gemeenten voor Sociaal verwijzen nog weinig is gezet, is het maken van afspraken met sleutelfiguren of buurtinitiatieven in wijken. Verschillen in startjaar van de inrichting van de ketenaanpak tussen de groepen zijn klein.

Valpreventie

Van de gemeenten waarin is gestart met de inrichting van de ketenaanpak Valpreventie (n= 312) hebben de meesten een coördinator/projectleider (90%) en bestuurlijk draagvlak om de aanpak te realiseren (74%) (zie bijlage 2, Tabel 8). Ook heeft het merendeel afspraken over het signaleren en doorverwijzen van ouderen met een verhoogd valrisico met zorgaanbieders (71%) en welzijnswerkers (70%) en afspraken met zorgaanbieders over de valrisicobeoordeling (63%). 84 procent van de gestarte gemeenten heeft afspraken over de doorverwijzing van ouderen met een verhoogd risico naar een valpreventieve beweeginterventie. 75 procent heeft afspraken over het aanbieden van voldoende en passend structureel aanbod voor ouderen. Ten opzichte van de vorige meting hebben gestarte gemeenten alle stappen vaker gezet, behalve bestuurlijk draagvlak: bij de huidige meting geven gemeenten iets minder vaak aan dat ze bestuurlijk draagvlak hebben om de ketenaanpak Valpreventie te realiseren (vorige meting: 80%).

Op basis van de latente klassenanalyse kunnen voor Valpreventie drie groepen van gestarte gemeenten worden onderscheiden (zie bijlage 2, Tabel 8):

1. De eerste groep, waartoe 15 procent van de gestarte gemeenten behoort, kenmerkt zich door de aanwezigheid van een coördinator/projectleider.
2. De tweede groep vertegenwoordigt 61 procent van de gestarte gemeenten en hierin zijn al wat meer stappen in de inrichting gezet. Naast een coördinator/projectleider is er in de meeste gevallen ook bestuurlijk draagvlak, samenwerkingsafspraken met

zorg- en welzijnsaanbieders voor het signaleren/opsporen en doorverwijzen van ouderen met een verhoogd valrisico en met zorgaanbieders voor de uitvoering van de screening. Verder zijn er afspraken over de doorverwijzing van ouderen met een verhoogd valrisico naar een valpreventieve beweeginterventie binnen de gemeente, afspraken over de doorverwijzing van ouderen met een hoog valrisico en onderliggend lijden naar een valpreventieve beweeginterventie in het zorgdomein en afspraken over het aanbieden van voldoende en passend structureel sport- en beweegaanbod voor ouderen.

3. Tot slot is er de derde groep, waartoe 24 procent van de gestarte gemeenten behoort. In deze groep hebben gemeenten, naast de al eerder genoemde stappen, ook vrijwel allemaal samenwerkingsafspraken en afspraken over financiering met de zorgverzekeraar.

Verschillen in startjaar van de inrichting van de ketenaanpak tussen de groepen zijn klein.

3.2.3 *Samenhang tussen IZA-regio en voortgang inrichting ketenaanpakken in gemeenten*

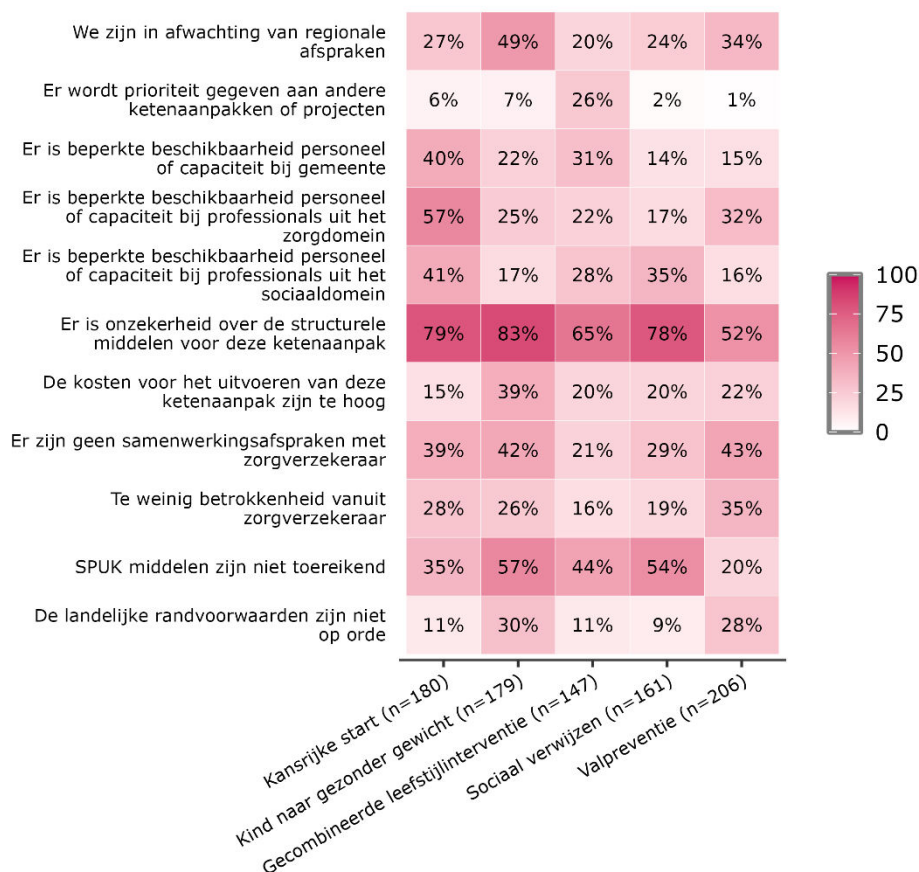
Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is toegelicht, is het bevorderen van een domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur in het GALA uitgewerkt in twee onderdelen, waarvan het eerste onderdeel de bouwstenen voor een regionale preventie-infrastructuur betreft en het tweede onderdeel de werkagenda Inrichting ketenaanpakken. Omdat er sprake is van een regionale werk- en mandaatstructuur (zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.1) en op regionaal niveau afspraken zijn gemaakt over de ketenaanpakken, is de verwachting dat de voortgang van de ketenaanpakken regionaal samenhangt. Daarom hebben we verkend in welke mate de voortgang van de ketenaanpakken samenhangt met de IZA-regio waarin gemeenten zich bevinden. Hierbij is gekeken naar het aantal stappen dat gemeenten aangeven gezet te hebben in de inrichting van de ketenaanpakken (zie ook bijlage 1). Uit deze analyses blijkt dat het aantal gezette stappen binnen een gemeente beperkt samenhangt met de IZA-regio. Maximaal een derde van de verschillen tussen gemeenten in het aantal gezette stappen wordt verklaard door de regio waartoe een gemeente behoort. Het grootste deel van de verschillen tussen gemeenten hangt dus samen met andere factoren. In de reflectie van dit hoofdstuk (paragraaf 3.6) wordt ingegaan op factoren die hierbij mogelijk een rol spelen.

3.3 **Belemmeringen voor verdere inrichting voor gemeenten**

Van de gemeenten waarin gestart is met de inrichting van ketenaanpakken geeft meer dan de helft aan belemmeringen te ervaren bij het zetten van volgende stappen. Dit is vooral het geval bij Kind naar Gezonder Gewicht (76%), Valpreventie (66%) en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (64%). In Figuur 3.3 staan de belemmeringen die deze gemeenten ervaren, weergegeven. Voor alle ketenaanpakken is 'er is onzekerheid over de structurele middelen voor deze ketenaanpak' de meeste genoemde belemmering. Voor Kind naar Gezonder Gewicht, de Gecombineerde Leefstijlinterventie en Sociaal verwijzen wordt ook

‘SPUK-middelen zijn ontoereikend’ veel genoemd. Voor Kansrijke Start wordt ‘beperkte beschikbaarheid personeel of capaciteit bij professionals uit het zorgdomein’ vaak genoemd. Voor Kind naar Gezonder Gewicht is ook ‘in afwachting van regionale afspraken’ een veelgenoemde belemmering. Voor Valpreventie staat het ontbreken van samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar op de tweede plek. Aan gemeenten die belemmeringen ervaren, is ook gevraagd wat ze zien als de belangrijkste belemmering. Ook dan wordt de onzekerheid over structurele middelen het vaakst genoemd.

Figuur 3.3 Door gemeenten meest genoemde belemmeringen voor de verdere inrichting van ketenaanpakken (alleen redenen die door ≥ 25 procent van de gemeenten zijn genoemd). Alleen gemeenten die gestart zijn en aangeven belemmeringen te ervaren bij de verdere inrichting. Meerdere antwoorden mogelijk; percentages tellen op tot meer dan 100.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

3.4 Borging van ketenaanpakken in gemeenten

Gemeenten waarin gestart is met de ketenaanpakken is gevraagd in hoeverre de ketenaanpakken geborgd worden in gemeenten. Over het algemeen lijkt er in beperkte mate sprake van borging. Gemeenten geven voor de ketenaanpak Kansrijke Start het vaakst aan dat de aanpak is opgenomen in meerjarige beleidsplannen (51%) en dat de rol van kartrekker/projectleider is geborgd in structurele functie(s) (59%). Het opnemen in meerjarige beleidsplannen en borgen in structurele functies zijn minder vaak geselecteerd voor Sociaal verwijzen

(respectievelijk 38% en 29%) en Valpreventie (28% en 29%) en het minst voor de ketenaanpakken Kind naar Gezonder Gewicht (respectievelijk 18% en 7%) en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (22% en 3%). Meerjarige samenwerkingsafspraken met aanbieders uit het zorg- en sociaal domein zijn het vaakst gemaakt voor Sociaal verwijzen (24%) en het minst voor Kind naar Gezonder Gewicht (6%) en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (10%).

3.5 Samenwerking rondom ketenaanpakken

3.5.1 *Samenwerking gemeente en zorgverzekeraar*

Aandeel regio's met samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraar en gemeente verschilt per ketenaanpak

Zorgverzekeraars geven in de vragenlijst van de GALA-monitor aan dat er niet in alle regio's (regionale) samenwerkingsafspraken zijn gemaakt over de ketenaanpakken met de (vertegenwoordiging van de) gemandateerde gemeente(n). Het aandeel regio's waarin geen samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, is het hoogst voor Kansrijke Start¹² (69%) en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (29%), gevolgd door Valpreventie (17%), Sociaal verwijzen (17%) en Kind naar Gezonder Gewicht (11%). Ook gemeenten geven aan dat samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar het minst worden gemaakt voor Kansrijke Start.

De meest genoemde redenen door zorgverzekeraars voor het ontbreken van (regionale) samenwerkingsafspraken verschillen per ketenaanpak. Bij Kansrijke Start noemen zij onder andere dat er geen noodzaak is tot regionale samenwerkingsafspraken en dat de benodigde zorg al voorafgaand aan het GALA werd ingekocht via de Zorgverzekeringswet. Voor Kind naar Gezonder Gewicht en Sociaal verwijzen spelen de onzekerheid over structurele middelen bij gemeenten en de niet toereikende SPUK-middelen een rol. Bij de Gecombineerde Leefstijlinterventie wordt onder andere genoemd dat de coördinatie voornamelijk belegd is bij Regionale Huisartsenorganisaties (RHO's). Bij Valpreventie wordt het gebrek aan capaciteit bij zorgaanbieders (huisartsen) en gemeenten genoemd.

Beperkte middelen en onzekerheid over middelen zijn belemmering voor samenwerkingsafspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar

Aan de zorgverzekeraars die aangeven dat er (regionale) samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, is gevraagd naar de belemmeringen rondom het maken van deze afspraken. Het merendeel geeft aan belemmeringen te ervaren, variërend van 73 procent bij Kansrijke Start tot 97 procent bij Kind naar Gezonder Gewicht. De meest genoemde belemmeringen door zorgverzekeraars bij het maken van samenwerkingsafspraken in de betreffende regio's verschillen per ketenaanpak. Bij Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, de Gecombineerde Leefstijlinterventie en Sociaal verwijzen wordt 'er is onzekerheid bij gemeenten over de structurele middelen voor deze ketenaanpak' het meest genoemd. Voor Valpreventie is dit 'er is

¹² Het hoge aandeel regio's waarin geen (regionale) samenwerkingsafspraken zijn met de (vertegenwoordiging van de) gemandateerde gemeente(n) voor Kansrijke Start hangt mogelijk samen met de beperkte rol van zorgverzekeraars in het vormen van coalities Kansrijke Start. De coalities Kansrijke Start werden sinds de start van het landelijk actieprogramma Kansrijke Start in 2018 vooral vanuit gemeenten gevormd met als doel de samenwerking tussen professionals in het sociaal en medisch domein te bevorderen.

beperkte beschikbaarheid personeel of capaciteit bij zorgaanbieders'. Bij Kind naar Gezonder Gewicht staat ook 'de landelijke randvoorwaarden zijn niet op orde' hoog en bij Sociaal verwijzen worden verder 'financiering van gemeenten via SPUK-middelen is niet toereikend' en 'er is beperkte beschikbaarheid personeel of capaciteit bij gemeenten' vaak genoemd. Daarnaast is aan zorgverzekeraars gevraagd wat ze zien als de belangrijkste belemmering voor het maken van (regionale) samenwerkingsafspraken. Bij alle ketenaanpakken noemen zij hierbij het vaakst 'er is onzekerheid bij gemeenten over de structurele middelen voor deze ketenaanpak'.

Vooraf afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar over samenwerking professionals zorg- en sociaal domein

Volgens gemeenten die aangeven dat er samenwerkingsafspraken zijn, afspraken over de financiering en/of een getekende overeenkomst is met de zorgverzekeraar, gaan deze afspraken voor alle ketenaanpakken vaak over hoe zorgprofessionals onderling samenwerken binnen de keten en hoe zorgprofessionals samenwerken met het sociaal domein. Voor Kind naar Gezonder Gewicht zijn het ook vaak afspraken over de hoogte van de beschikbare middelen en wat elke partij daaraan bijdraagt en over hoeveel kinderen de ketenaanpak kunnen volgen. Ook vanuit zorgverzekeraars blijkt dat (regionale) samenwerkingsafspraken met de (vertegenwoordiging van de) gemandateerde gemeente(n) meestal gaan over hoe zorgprofessionals onderling samenwerken binnen de keten en hoe zorgprofessionals samenwerken met het sociaal domein. Voor de ketenaanpakken Kind naar Gezonder Gewicht en de Gecombineerde Leefstijlinterventie zijn dit echter het vaakst andere afspraken, zoals deelname van gemeenten aan pilots voor Kind naar Gezonder Gewicht. Ook geven gemeenten hierbij veelal aan dat er wel overleg is over inrichting van de ketenaanpak, maar dat er nog geen formele afspraken zijn gemaakt.

Voor alle zorgverzekeraars geldt dat de samenwerkingsafspraken over het algemeen gemaakt zijn met (de vertegenwoordiging van de) gemandateerde gemeente van de IZA-regio. Dit aandeel varieert van 41 procent van de zorgverzekeraars voor Valpreventie tot 64 procent voor Kansrijke Start. Ook bij de vorige meting maakten zorgverzekeraars voornamelijk samenwerkingsafspraken op regionaal niveau met de gemandateerde gemeente.

Betrokkenheid zorgverzekeraar bij onderdelen ketenaanpak verschilt per ketenaanpak

Aan zorgverzekeraars die (regionale) samenwerkingsafspraken hebben gemaakt voor de ketenaanpakken is gevraagd bij welke onderdelen van de ketenaanpak ze betrokken zijn. Voor alle ketenaanpakken is het merendeel betrokken bij periodiek overleg en coördinatie van de ketenaanpak. Voor alle ketenaanpakken behalve Kansrijke Start is de meerderheid ook betrokken bij het maken van samenwerkingsafspraken met zorgaanbieders. De betrokkenheid bij andere onderdelen, zoals de financiering van de ketenaanpak en de afstemming van het aanbod, verschilt per ketenaanpak.

Van de zorgverzekeraars die geen (regionale) samenwerkingsafspraken voor de ketenaanpakken hebben met gemeenten geeft het merendeel

aan dat er wel contact is met de gemandateerde gemeente over de ketenaanpak. Dit contact betreft vooral periodiek overleg waarin de stand van zaken en de voortgang van de ketenaanpak wordt besproken.

3.5.2 *Samenwerking met andere partijen*

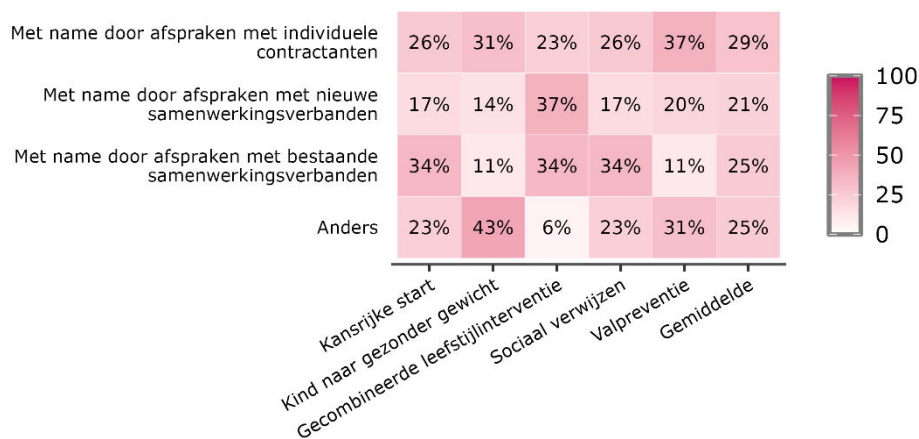
Van de gemeenten die gestart zijn met de inrichting van de ketenaanpakken geeft meer dan de helft aan samen te werken met gemeenten uit de IZA-regio, vooral voor Valpreventie (67%) en Kind naar Gezonder Gewicht (63%). Dit geldt niet voor Kansrijke Start: dat aandeel is 34 procent. Het aandeel dat samenwerkt met directe buurgemeente(n) varieert van 35 procent voor Sociaal verwijzen tot 61 procent voor Valpreventie¹³. In vergelijking met de vorige meting werken gemeenten ongeveer even vaak samen met de IZA-regio, maar zijn ze vaker gaan samenwerken met directe buurgemeente(n), vooral voor Valpreventie (vorige meting: 36%).

Gemeenten geven verder aan voor de ketenaanpakken veel samen te werken met onder andere welzijnsorganisatie(s)/-aanbieders (57-95%) en huisartsengroep(en)/regionale huisartsenorganisaties (56-96%).

Om inzicht te krijgen in het niveau waarop afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de mogelijke aanjagende invloed van het GALA hierop, is aan zorgverzekeraars gevraagd op welke manier deze afspraken voornamelijk worden georganiseerd. Daaruit blijkt dat afspraken van zorgverzekeraars met zorgaanbieders in ongeveer de helft van de gevallen voornamelijk worden gemaakt met bestaande of nieuwe samenwerkingsverbanden (Figuur 3.4). Dit aandeel is het hoogst voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie en het laagst bij Kind naar Gezonder Gewicht. Er is echter ook een aanzienlijk deel van de zorgverzekeraars die voornamelijk afspraken maken met individuele contractanten (23-37%) of op een andere manier. Vooral bij Kind naar Gezonder Gewicht en Valpreventie wordt vaak 'anders' aangegeven. Bij Kind naar Gezonder Gewicht wordt de RHO (Regionale Huisartsenorganisatie) en de centrale zorgverlener veel genoemd en bij Valpreventie worden de RHO en individuele huisartsen aangegeven.

¹³ Voor Kansrijke Start is samenwerking met buurgemeenten niet uitgevraagd.

Figuur 3.4 Manier waarop afspraken door zorgverzekeraars met zorgaanbieders voornamelijk worden georganiseerd (n= 35).



Bron: vragenlijst onder zorgverzekeraars 2025.

3.6 Reflectie en vervolg

Voor alle ketenaanpakken is in meer dan 70 procent van de gemeenten gestart met de inrichting. En in gemeenten waarin gestart is, zijn meer stappen gezet in de inrichting dan bij de vorige meting, zoals het aanstellen van een coördinator/projectleider en het maken van samenwerkingsafspraken met zorg- en welzijnsaanbieders. Voor alle ketenaanpakken (met uitzondering van Kansrijke Start) zijn in het merendeel van de regio's samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraar en gemandateerde gemeente(n).

Onzekerheid en beperkte middelen belemmering voor inrichting ketenaanpak in gemeenten en voor samenwerkingsafspraken

Een belangrijk knelpunt voor starten met een ketenaanpak is beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit binnen de gemeente. Onzekerheid over structurele middelen en beperkte middelen zijn belangrijke belemmeringen voor het zetten van volgende stappen in de inrichting van de ketenaanpakken. Ook zorgverzekeraars zien de onzekerheid over structurele middelen als belemmering voor het maken van (regionale) samenwerkingsafspraken met gemandateerde gemeenten. Ook voor de ketenaanpakken waarvoor structurele middelen beschikbaar zijn, zoals Kansrijke Start, lijkt onzekerheid te bestaan over de financiering voor de lange termijn en de omvang van die financiering. Verder valt op dat het bestuurlijk draagvlak voor het realiseren van de ketenaanpakken ten opzichte van de vorige rapportage licht is gedaald, terwijl de meeste andere stappen juist vaker zijn gezet. Dit komt mogelijk voort uit de onzekerheid over toekomstige financiering van het sociaal domein en de keuzes die gemeenten moeten maken richting 2026.

Vooraf zicht op gezette processtappen in gemeenten, minder op uitvoering en perspectief andere ketenpartners

Hoewel in veel gemeenten is gestart met de ketenaanpakken betekent dat niet direct dat er in deze gemeenten ook sprake is van aanbod van deze ketenaanpakken. In de meeste gemeenten is bijvoorbeeld wel een coördinator/projectleider, maar nog niet overal worden mensen

doorverwezen. Ook bij de groepen gemeenten die het verst zijn met de inrichting zijn nog niet alle inrichtingsstappen gezet. Bovendien gaan de uitgevraagde stappen voornamelijk over het inrichtingsproces, waaronder het maken van afspraken met betrokken partijen. Het bestaan van samenwerkingsafspraken betekent echter niet dat deze samenwerkingen probleemloos verlopen. Zo blijkt uit de resultaten bijvoorbeeld dat in het merendeel van de gestarte gemeenten afspraken met zorgaanbieders zijn gemaakt over de valrisicobeoordeling voor de ketenaanpak Valpreventie. Maar in het rapport van de Monitor Valpreventie wordt aangegeven dat de inrichting van de valrisicobeoordeling een grote belemmering is voor het realiseren van de ketenaanpak [7]. Op basis van de vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars is met name zicht op de processtappen die zijn gezet, maar is in mindere mate zicht op het verloop, het bereik en de kwaliteit van de uitvoering. Om meer zicht te krijgen op deze aspecten is het van belang om ook de rol van andere ketenpartners beter in beeld te krijgen. In de huidige rapportage wordt voornamelijk gefocust op de voorgang binnen gemeenten, maar gemeenten en zorgverzekeraars zijn samen verantwoordelijk voor de inrichting van de ketenaanpakken. Aanvullende informatie over activiteiten en knelpunten vanuit het perspectief van zorgverzekeraars en van andere ketenpartners is daarom gewenst.

Vooraf groepen gemeenten geïdentificeerd op basis van aantal gezette stappen in inrichting, maar ook groepen die andere aanpak volgen
 Uit de latente klassenanalyses komen voor de vijf ketenaanpakken enkele groepen gemeenten naar voren die in meer of juist mindere mate stappen hebben gezet in de inrichting van de ketenaanpakken. De volgorde waarin stappen worden gezet, lijkt grotendeels overeen te komen tussen de ketenaanpakken. Zo lijkt veelal eerst een coördinator/projectleider te worden aangesteld, worden vervolgens afspraken gemaakt tussen gemeente en professionals uit zorg- en sociaal domein en volgen samenwerkingsafspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar later of, zoals bij Kansrijke Start, niet. Er zijn echter ook verschillen tussen de ketenaanpakken: afspraken tussen gemeente en professionals uit het zorgdomein lijken voor Valpreventie bijvoorbeeld eerder te zijn gemaakt dan voor Sociaal verwijzen.

Niet alle gemeenten zijn echter in te delen in een groep die meer of minder stappen heeft gezet. Bij Kind naar Gezonder Gewicht is er een kleine groep gemeenten die afwijkt van de andere groepen. Deze groep gemeenten heeft al samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar, maar biedt de ketenaanpak nog niet aan. Andere groepen gemeenten hebben deze samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar niet, maar verwijzen al wel cliënten door.

Verschillen tussen gemeenten slechts deels verklaard door regio en startjaar

Gemeenten verschillen van elkaar in het aantal en type ketenaanpakken waarmee gestart is en in de stappen die al zijn gezet in de inrichting van deze ketenaanpakken. Een relatief klein deel kan verklaard worden door de IZA-regio waarin een gemeente zich bevindt, maar het grootste deel van de variatie tussen gemeenten hangt samen met andere factoren. Ondanks de regionale werk- en mandaatstructuur vanuit het IZA en het

GALA zijn er dus andere factoren die ook van belang zijn. Te denken valt aan factoren uit de lokale context, bijvoorbeeld een inspirerende projectleider of zekerheid rondom de lokale financiering. Ook het startjaar van inrichting blijkt niet sterk uiteen te lopen tussen groepen gemeenten en kan de verschillen niet altijd verklaren. Mogelijk zijn factoren zoals al eerder opgezette vergelijkbare aanpakken en programma's of lokale prioritering hierbij van invloed. In volgende rapportages van de GALA-monitor kan verder worden ingegaan op de (lokale) factoren die een rol spelen, door deze uit te diepen in de vragenlijsten en interviews. Daarnaast is in deze rapportage met name ingegaan op de belemmerende factoren voor de inrichting van de ketenaanpakken. Het uitvragen van bevorderende factoren kan mogelijk ook inzicht bieden in redenen voor de verschillen tussen gemeenten.

4 Kennisbehoefte en –uitwisseling rondom GALA

Kernboodschappen

- Gemeenten maken vooral afspraken met de GGD over coördinatie en advies rondom het GALA. De opdrachtverstrekking aan de GGD door gemeenten is echter niet altijd eenduidig.
- Gemeenten hebben behoefte aan meer kennis- en ondersteuning over financieringsmogelijkheden, monitoring en evaluatie en praktijkvoorbeelden.
- De meeste gemeenten willen de voortgang van het GALA lokaal monitoren, maar bij de grootste groep is dit nog een intentie.

4.1 Inleiding

Een stevige kennisbasis is belangrijk om nu en in de toekomst goed onderbouwde keuzes te kunnen maken [2]. Dit hoofdstuk beschrijft diverse onderwerpen die te maken hebben met de uitwisseling van, en behoefte aan, kennis rondom het GALA. Dit hangt samen met de kennisinfrastructuur die staat beschreven in hoofdstuk 4D van het GALA, waarop hieronder kort wordt ingegaan. Dit dient als vertrekpunt voor de verdere uitwerking en duiding van de verschillende onderwerpen in dit hoofdstuk.

Kennisinfrastructuur in het GALA

In het GALA omvat de kennisinfrastructuur de samenwerking en uitwisseling van (bestaande) kennis en/of data tussen gemeenten (lokaal), de GGD'en (regionaal), het RIVM Gezond Leven en het ministerie van VWS (landelijk) [2]. Het GALA beoogt de bestaande kennisinfrastructuur te versterken en benoemt concrete acties voor onder andere gemeenten en GGD'en. Enkele voorbeelden van acties die relevant zijn voor dit hoofdstuk staan in Tekstbox 4.1.

Kennisinfrastructuur in relatie tot de preventie-infrastructuur

In de praktijk worden de termen kennisinfrastructuur en preventie-infrastructuur soms verward met elkaar. De *kennisinfrastructuur* (zoals beschreven in hoofdstuk 4D van het GALA) richt zich op het versterken van de samenwerking op het gebied van en uitwisseling van kennis tussen partijen op lokaal (gemeenten), regionaal (GGD'en) en landelijk niveau (het RIVM Gezond Leven en VWS). De (regionale) *preventie-infrastructuur* (zoals beschreven in hoofdstuk 3G van het GALA) is specifiek toegespitst op de regionale samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar. De GGD dient betrokken te worden bij de totstandkoming van de regionale afspraken. De kennisinfrastructuur wordt, in tegenstelling tot de preventie-infrastructuur, niet als beoogd (eind)resultaat beschouwd in het GALA. De kennisinfrastructuur wordt omschreven als een randvoorwaarde om de GALA-doelen te kunnen behalen en is daarmee ondersteunend aan de regionale preventie-infrastructuur.

Tekstbox 4.1 Een aantal voorbeelden van de acties over de kennisinfrastructuur voor gemeenten en GGD'en zoals benoemd in het GALA:

Gemeenten

- maken gebruik van lokaal- en regionaal afgestemde data over de gezondheidssituatie om keuzes te onderbouwen, en schakelen hiervoor (desgewenst) de GGD in;
- zorgen voor een stevig opdrachtgeverschap naar de GGD;
- gebruiken, in samenwerking met de GGD, landelijk beschikbare kennis met betrekking tot integraal werken, planmatig werken en (erkende) interventies of aanpakken en de landelijke kennis op de verschillende thema's van de thematische kennisinstellingen.

GGD'en

- hebben vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) een rol in de dataverzameling en het verschaffen van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking en ook in de advisering van gemeenten over gezondheidsbevordering;
- kunnen vanuit hun kennisfunctie worden ingezet voor taken, zoals bijvoorbeeld het in kaart brengen van de gezondheidssituatie, ondersteunen bij het stellen van lokale (beleids)doelen, adviseren over bovengemeentelijke samenwerkingsafspraken in de regioplannen en/of monitoren van de voortgang van beleid en aanpak.

Voor een volledig overzicht van de acties van de diverse betrokken partijen, zie hoofdstuk 4D van het GALA.

Kennis- en adviesfunctie van de GGD

De GGD'en hebben van oudsher een belangrijke kennis- en adviesfunctie richting gemeenten. Taken die hierbij horen zijn bijvoorbeeld het adviseren van gemeenten over gezondheidsbevordering, dataverzameling en verschaffing van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taken zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg) en vormen de basis voor een relatie tussen gemeente en de GGD in het kader van het GALA. Het GALA stelt bovendien dat tot en met 2025 een deel van de SPUK-middelen kan worden ingezet voor het versterken van de kennisfunctie van de GGD. Hiermee hebben de gemeenten de ruimte om de inzet van de GGD te laten aansluiten op de prioriteiten die ze zelf stellen. De GGD heeft dus zowel in de preventie-infrastructuur als de kennisinfrastructuur een rol. De bevindingen uit de vragenlijst over deze beide rollen van de GGD worden in dit hoofdstuk beschreven.

De huidige meting versus de vorige meting

In het vorige rapport van de GALA-monitor is de kennisinfrastructuur en lokale monitoring door gemeenten relatief onderbelicht gebleven, hoewel er wel informatie was verzameld. In dit hoofdstuk worden daarom resultaten beschreven uit de eerste én tweede meting van de GALA-monitor. Het RIVM verzamelde gegevens onder gemeenten via vragenlijstonderzoek en via interviews in zes regio's, zie Tekstbox 4.2. Er zijn in de huidige meting, ten opzichte van de vorige, meer vragen

opgenomen over de gemaakte afspraken met de GGD, informatie- en kennisbehoefte van gemeenten en monitoring van de voortgang.

Tekstbox 4.2 Gebruikte databronnen

Dataverzameling GALA-monitor 2025 (zie bijlage 1):

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in maart en april 2025 door 327 van de 342 gemeenten.
- Verkennende analyse van monitoringsplannen en voortgangsrapportages van gemeenten (n=10), gedeeld via de vragenlijsten in 2024 en 2025.
- Interviews over de voortgang in de regionale en lokale samenwerking, afgenomen in maart en april 2025 bij 24 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en projectleiders/programmamanagers vanuit zes regio's).
- Het RIVM-leernetwerk GALA-monitor voor een verdiepend beeld op de voortgang in de praktijk, gericht op het uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken met deelnemende beleidsmakers bij gemeenten, in het afgelopen jaar varieerde het aantal deelnemers tussen 19 en 26.

Leeswijzer

De nadruk ligt in dit hoofdstuk op de uitwisseling van kennis en samenwerking tussen gemeenten en GGD'en. De inzet van de GGD door gemeenten komt als eerste aan bod (paragraaf 4.2). Vervolgens komt de kennis- en ondersteuningsbehoefte van gemeenten aan bod (paragraaf 4.3). Vervolgens wordt beschreven in hoeverre gemeenten een monitoringsplan of voortgangsrapportage hebben (paragraaf 4.4). Paragraaf 4.5 sluit dit hoofdstuk af met een reflectie en een vooruitblik op het vervolg.

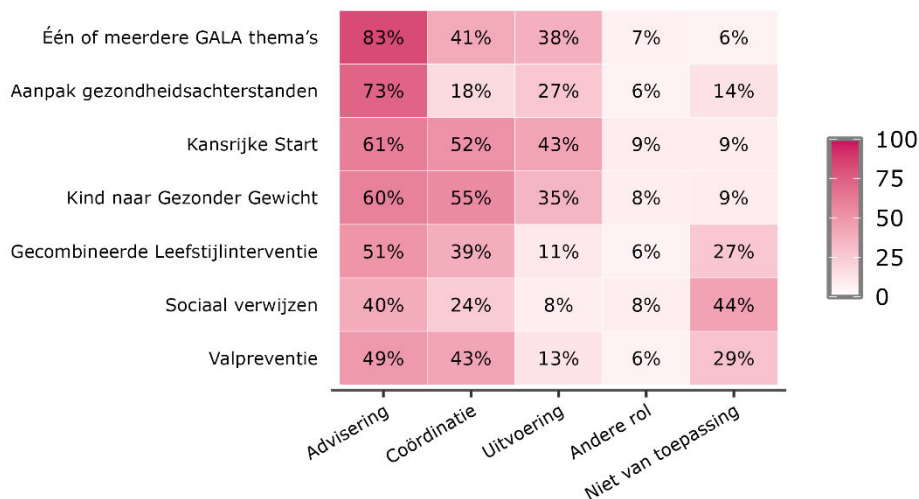
4.2 Inzet van de GGD door gemeenten

Deze paragraaf geeft inzicht in de inzet van de GGD in de lokale uitvoering van de plannen rondom het GALA. Hierbij wordt specifiek ingegaan op de rol die gemeenten de GGD geven. Dit is gebaseerd op de vragenlijst (huidige meting) onder gemeenten. Daarnaast worden ervaringen en voorbeelden gegeven van welke opdrachten GGD'en van gemeenten kregen op basis van de interviews in zes regio's.

GGD in adviserende of coördinerende rol

Om meer zicht op de rol van de GGD te krijgen, is aan gemeenten gevraagd welke afspraken zij lokaal of regionaal hebben gemaakt met de GGD over de invulling van hun rol in het kader van het GALA (Figuur 4.1). Uit de figuur blijkt dat de gemeenten vooral afspraken maken met de GGD over een of meerdere GALA-thema's, de aanpak van gezondheidsachterstanden en de ketenaanpakken Kansrijke Start en Kind naar gezonder gewicht. Over de ketenaanpak Sociaal verwijzen maken gemeenten minder vaak afspraken. De GGD doet op de verschillende thema's en onderdelen voornamelijk de advisering en coördinatie. Alleen bij de aanpak van gezondheidsachterstanden heeft de GGD naast een adviserende rol vaker een uitvoerende dan een coördinerende rol.

Figuur 4.1 Afspraken over rol van de GGD op verschillende thema's/onderdelen van het GALA uitgevraagd aan gemeenten (n= 327) in 2025. Per thema/onderdeel konden meerdere rollen worden aangegeven.



Bron: vragenlijst onder zorgverzekeraars 2025.

GGD krijgt opdrachten vanuit GALA, maar opdrachtverlening niet eenduidig

Uit de interviews in de zes regio's blijkt, net zoals uit de vragenlijst, dat GGD'en over het algemeen worden ingezet bij GALA-activiteiten, zoals de coördinatie van een of meerdere ketenaanpakken of monitoring. Ook worden GGD'en volgens geïnterviewden uit de regio's nadrukkelijker uitgenodigd aan verschillende overlegtafels dan voorheen, op zowel bestuurlijk- als uitvoeringsniveau.

Tegelijk is de opdrachtverlening met betrekking tot het GALA aan de GGD door gemeenten niet altijd eenduidig. Geïnterviewden geven aan, net als in de vorige meting, soms nog zoekende te zijn naar de rol van de GGD bij het GALA. Variatie in opdrachten vanuit gemeenten lijkt soms te maken te hebben met hoe tevreden de gemeenten zijn over de samenwerkingsrelatie met de GGD. Zo geeft een geïnterviewde aan dat gemeenten de GGD in hun regio te reactief vond wat betreft de invulling van de kennis- en adviesfunctie. In een andere regio wordt de GGD juist als proactief ervaren, omdat deze zelf overleg met gemeenten initieert.

4.3 Kennis- en ondersteuningsbehoefte van gemeenten

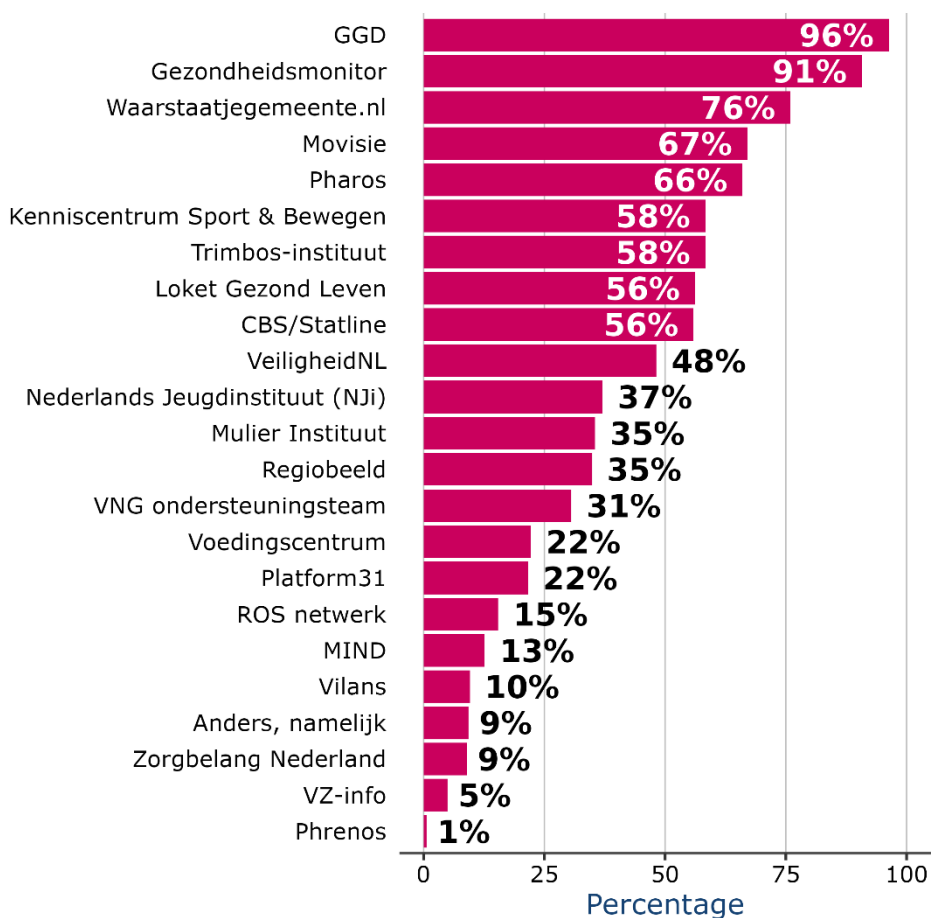
Deze paragraaf geeft inzicht in mate waarin gemeenten gebruikmaken van beschikbare kennis bij het vormgeven of uitvoeren van beleid op de GALA-thema's. Eerst wordt beschreven welke informatiebronnen en thema-instituten gemeenten het meest raadplegen en vervolgens wordt beschreven in hoeverre gemeenten behoefte hebben aan (meer) kennis en ondersteuning op de verschillende GALA-thema's.

4.3.1 Informatiebronnen

In de vragenlijst van de huidige meting is aan gemeenten gevraagd welke bestaande informatiebronnen en/of thema-instituten zij raadplegen bij het vormgeven of het uitvoeren van beleid op de GALA-thema's. Drie kwart (74%) van de gemeenten gebruikt minimaal zeven

verschillende informatiebronnen en/of thema-instituten. De informatiebronnen (zie Figuur 4.2) die gemeenten het vaakst noemen, zijn de GGD (96%), de GGD-Gezondheidsmonitor (91%) en de website waarstaatjegemeente.nl (76%). Van de thema-instituten raadplegen gemeenten het meest Movisie (67%), Pharos (66%), Trimbos-instituut (58%) en het Kenniscentrum Sport en Bewegen (58%).

Figuur 4.2 Percentage gemeenten (n=324) dat een specifieke informatiebron of thema-instituut raadpleegt bij het vormgeven of uitvoeren van beleid op de GALA-thema's. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

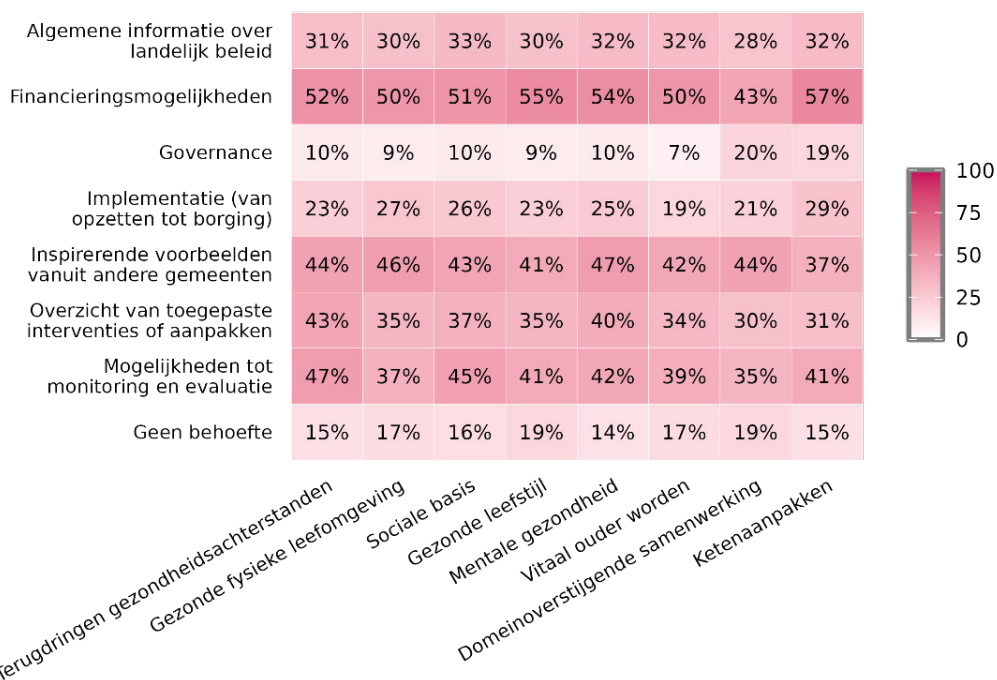


Bron: vragenlijst onder zorgverzekeraars 2025.

4.3.2 Kennis- en ondersteuningsbehoefte per GALA-thema

In de vragenlijst onder gemeenten is per GALA-thema gevraagd in hoeverre er behoefte is aan (meer) kennis en/of ondersteuning (Figuur 4.3). Voor vrijwel alle GALA-thema's geven gemeenten aan de meeste behoefte te hebben aan (meer) kennis en ondersteuning voor financieringsmogelijkheden, monitoring en evaluatie en inspirerende voorbeelden uit andere gemeenten.

Figuur 4.3 Percentage gemeenten (n=325) dat behoefte heeft aan (meer) kennis en/of ondersteuning per weergegeven GALA-thema. Meerdere antwoorden waren mogelijk.



Bron: vragenlijst onder zorgverzekeraars 2025.

4.4 Monitoring en evaluatie door gemeenten

Deze paragraaf geeft inzicht in de mate waarin gemeenten zelf, of in samenwerking met de GGD, lokale voortgang op de GALA-doelen en activiteiten monitoren in aanvulling op de landelijke GALA-monitor. Eerst wordt benoemd hoeveel gemeenten monitoringsplannen hebben opgesteld en vervolgens wordt de inhoudelijke invulling van de monitoringsplannen en/of de voortgangsrapportages besproken.

4.4.1 Lokale monitoringsplannen

In zowel de eerste als de tweede meting van de GALA-monitor is aan gemeenten gevraagd in hoeverre zij van plan zijn om lokaal hun plannen en inzet op de GALA-doelen te monitoren en te evalueren. De meeste gemeenten geven aan een monitoringsplan te hebben of nog van plan te zijn deze op te stellen (zie Tabel 4.1). De groep die niet van plan is een monitor op te zetten, is echter toegenomen ten opzichte van de vorige meting.

Tabel 4.1 Percentage gemeenten dat een plan heeft om het GALA (eventueel in samenhang met het IZA) te monitoren en evalueren.

	Eerste meting (n= 335)		Tweede meting (n= 327)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ja, heeft een monitoringsplan	76	23	84	26
Nee, nog wel van plan	221	66	129	39
Nee, ook niet van plan	20	6	65	20
Weet ik niet	18	5	49	15

Bron: vragenlijst GALA-monitor onder gemeenten 2024 en 2025.

In de interviews is uitgevraagd wat de redenen zijn waarom een monitor niet van de grond komt, terwijl er wel vaak een intentie is. Hierbij komt naar voren dat geïnterviewden het lastig vinden te bepalen waar ze met monitoring moeten beginnen. Daarnaast wordt gebrek aan mankracht genoemd of dat men in afwachting is van (enige vorm van) landelijke sturing op de lokale GALA-monitoring. Deze bevindingen komen overeen met de ervaringen uit het RIVM-leernetwerk GALA-monitor.

4.4.2 *Inrichting en invulling monitoringsplannen*

Om inzicht te krijgen in de invulling van de monitoringsplannen is gemeenten in de vragenlijst gevraagd om hun plannen te delen of deze kort toe te lichten. Van de gedeelde plannen zijn er tien in een verkennende analyse doorgelicht. Hieruit blijkt een grote variatie in hoe gemeenten het monitoringsplan invullen. Veelal wordt verwezen naar de paragraaf over monitoring in de SPUK-plannen of transformatieplannen. De monitoring op de GALA-activiteiten wordt bij sommige gemeenten ook meegenomen in het IZA-regioplan of er wordt een selectie gemaakt van bepaalde onderdelen uit het GALA vanwege de beperkte capaciteit binnen de gemeente. Andere manieren blijken het integreren van de voortgang op de GALA-activiteiten in bestaande monitoringscycli van sociale- of gezondheidsnota's en het bundelen van krachten met buurgemeenten en de regio om gezamenlijk de monitoring vorm te geven. Uit de monitoringsplannen, de interviews en het RIVM-leernetwerk GALA-monitor blijkt dat lokale verantwoording aan de gemeenteraad of het college de voornaamste reden is.

Gemeenten beschrijven over het algemeen dat ze vooral van plan zijn om gebruik te maken van bestaande databronnen en monitoringsinstrumenten (zoals data-dashboards van de GGD of eigen indicatorensets) of om die in samenwerking met de lokale GGD te gaan ontwikkelen. Alhoewel de GGD regelmatig wordt benoemd als uitvoerder of adviseur op het onderdeel monitoring, noemt ook een aantal (vaak grotere) gemeenten zelf de benodigde expertise en capaciteit in huis te hebben. Bijvoorbeeld om aanvullende evaluaties te doen of eigen monitoringsinstrumenten te ontwikkelen.

4.4.3 *Ervaringen uit de praktijk in het RIVM-leernetwerk GALA-monitor*

In het RIVM-leernetwerk GALA-monitor richt een leergroep van zes deelnemers zich op de vraag hoe je integrale monitoring het best kan inrichten. De groep heeft als doel om toe te werken naar een handzaam

format voor gemeenten ter ondersteuning van de lokale monitoring op de GALA-doelen. Er zijn inspirerende voorbeelden gedeeld, bijvoorbeeld over het gebruik van een zelfontwikkeld Excel-format om de voortgang van de integrale aanpak bij te houden. Het inzichtelijk maken van de impact blijkt voor gemeenten nauwelijks te doen. Naast dat de impact pas over een langere termijn te zien is, is vaak niet een-op-een te herleiden wat de impact is van gebundelde activiteiten in een integrale aanpak. Daarom wordt het gebruik van erkende interventies aangeraden, omdat de impact daarvan al bewezen is. Gemeenten zijn op zoek naar andere manieren van monitoring, bijvoorbeeld het gebruik van narratieven, het delen van ervaringen van betrokkenen. Het gebruik van het logisch model wordt door gemeenten aangeraden bij het opzetten van monitoring. Hierdoor kunnen ook stappen op kortere termijn zichtbaar worden, zoals het aanbod en bereik van de ketenaanpakken.

4.4.4 *Voortgangsrapportages*

Tot slot is in de vragenlijst aan gemeenten gevraagd naar voortgangsrapportages die in het kader van het GALA zijn gemaakt. In totaal hebben 23 gemeenten een voortgangsrapportage gedeeld. Voortgangsrapportages voor het GALA worden veelal gemaakt om de gemeenteraad, collega's en inwoners te informeren over de voortgang op de GALA-doelen en bewustwording te creëren over de ontwikkelingen. Deze rapportages komen in verschillende vormen voor; van (beknopte) notities of brieven voor het bestuur tot aantrekkelijk vormgegeven documenten en inhoudelijke jaarverslagen. Verder kiezen sommige gemeenten er voor om de voortgang mondeling te delen met relevante partners.

4.5 **Reflectie en vervolg**

Effect GALA op kennis- en adviesfunctie GGD tweeledig

De kennisinfrastructuur, in het GALA beschreven als de uitwisseling van kennis tussen gemeenten, GGD'en en landelijke kennispartners, is een belangrijke randvoorwaarde om de GALA-doelen te bereiken. De resultaten uit de vragenlijsten en de interviews laten enerzijds zien dat er een positief effect te merken is van het GALA op de profilering van de GGD naar gemeente toe en de mate waarin zij worden betrokken op bestuurlijk- en uitvoeringsniveau in de regio. Anderzijds zijn er binnen én tussen regio's aanzienlijke verschillen te zien in opdrachtverstrekking van gemeenten aan de GGD. GGD'en zijn soms nog zoekende naar hun rol binnen het GALA.

Gemeenten hebben behoefte aan meer kennis- en ondersteuning over financieringsmogelijkheden, monitoring en praktijkvoorbeelden

De grote hoeveelheid beschikbare kennis over bijvoorbeeld het gebruik van data, inzet van erkende interventies en/of integrale aanpakken, is vaak versnipperd (over onderwerpen en over geografische niveaus) en er zijn veel verschillende (kennis)partijen actief. Resultaten laten zien dat gemeenten veel verschillende informatiebronnen en/of thema-instituten benutten in de planvorming en de uitvoering van het GALA. In hoeverre gemeenten het overzicht weten te behouden in de veelheid aan beschikbare kennis is in deze meting niet expliciet uitgevraagd. Uit de vragenlijst blijkt wel dat voor vrijwel alle GALA-thema's een

aanzienlijk aantal gemeenten aangeeft nog steeds een informatiebehoefte te hebben. Er was lange tijd (en soms nog steeds) onduidelijkheid over de landelijke randvoorwaarden van specifieke onderdelen uit het GALA en de ketenaanpakken in het bijzonder. Gemeenten hebben baat bij meer eenduidige informatie en ondersteuning, met name over financieringsmogelijkheden, monitoring en evaluatie en relevante praktijkvoorbeelden uit andere gemeenten. Het ministerie van VWS zou hier, in samenwerking met andere landelijke kennispartijen, meer een regierol in kunnen vervullen. Dit past ook binnen de versterkingsagenda kennis die GGD-GHOR Nederland, VNG, RIVM en landelijke kennisinstituten hebben opgesteld (niet openbaar).

Opzetten en uitvoeren lokale GALA-monitoring beperkt gestart

Het blijkt dat de meeste gemeenten het lokaal monitoren van de voortgang op de GALA-doelen niet doen en ook niet van plan zijn dit te doen. Een kwart van de gemeenten heeft een monitoringsplan. Gemeenten zijn onder andere in afwachting van wat er op landelijk niveau met de GALA-monitor wordt opgehaald en in hoeverre zij dit naar het lokale niveau kunnen vertalen. De vereiste bijdrage van gemeenten aan de landelijke GALA-monitor, het jaarlijks invullen van de vragenlijst, lijkt voor vele respondenten vooralsnog het uitgangspunt van hun monitoringsplannen. Wat gemeenten hier aanvullend lokaal op willen en kunnen monitoren, al dan niet in samenwerking met de GGD, is een stap waar niet iedereen aan toe komt. Landelijke partijen en/of GGD'en zouden hier wellicht een meer richtinggevende of begeleidende rol in kunnen vervullen. Vanuit het GALA-leernetwerk worden momenteel de eerste stappen gezet in een poging om het struikelblok rondom monitoring weg te nemen. Een van de leergroepen werkt aan een handreiking voor (kleine) gemeenten over het lokaal monitoren van een integrale aanpak.

5 GALA-thema's

Kernboodschappen

- Terugdringen gezondheidsachterstanden: een klein deel van de gemeenten richt zich binnen de ketenaanpakken specifiek op doelgroepen met een lage sociaaleconomische status (SES). Op dit thema wordt met veel domeinen samengewerkt. Het thema wordt door gemeenten uit het leernetwerk als complex ervaren. De meerderheid van de zorgverzekeraars is ook betrokken bij dit thema, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij aanpakken (zoals schuldenproblematiek) in de gemeente.
- Gezonde fysieke omgeving: bijna alle gemeenten werken in meer of mindere mate aan een gezonde leefomgeving. Het merendeel zegt gezondheidskennis, vanuit vooral de GGD of eigen organisatie, te benutten bij de besluitvorming over de fysieke leefomgeving. De grootste uitdaging blijft de samenwerking tussen het fysiek en sociaal domein. Wel zijn sinds de start van het GALA nieuwe overlegstructuren opgezet waarin meer wordt samengewerkt tussen het fysiek en sociaal domein.
- De meeste gemeenten zetten stappen op het gebied van klimaat met kennis en maatregelen om mensen in een kwetsbare situatie zo goed mogelijk te beschermen tegen onder andere hitte en uv-straling. Er is nog winst te behalen door aan te sluiten bij het Schone Lucht Akkoord of lokale hitteplannen meer als instrument in te zetten.
- Sociale basis: twee op de drie gemeenten hebben een beleidsvisie sociale basis. Wat betreft het ontlasten van mantelzorgers blijkt het (door)ontwikkelen van respijtzorg in slechts een deel van de gemeenten te lukken. Twee van de vijf gemeenten lukt het om een lokale aanpak eenzaamheid langs vijf pijlers (zoals werken aan een duurzame aanpak) te realiseren.
- Gezonde leefstijl: gemeenten zijn volop bezig met de GALA-acties op het gebied van leefstijl. Gemeenten geven zelf ook aan dat het GALA hen een impuls heeft gegeven om aan leefstijlthema's te werken; vooral op het gebied van de onderwerpen 'sport en bewegen' en 'overgewicht'.
- Mentale gezondheid: gemeenten geven aan op het gebied van mentale gezondheid meer moeite te hebben om ambities om te zetten in acties dan bij andere gezondheidsthema's. In (meer dan) de helft van de gemeenten lukt het om mentale gezondheid op te nemen in beleidsplannen en programma's en/of interventies aan te bieden gericht op mentale gezondheidsbevordering. Het zorgdragen voor een goed sluitende (en laagdrempelige) ondersteuning afgestemd op de behoefte van de eigen inwoners en het mee helpen inrichten van mentale gezondheidsnetwerken lukt in minder dan de helft van de gemeenten.
- Vitaal ouder worden: in gemeenten houden buurtsportcoaches zich veel bezig met het stimuleren van ouderen om vitaal oud te worden en het aanbieden van speciaal sport- en beweegaanbod voor ouderen. Op het doorstromen van ouderen naar structureel

sport- en beweegaanbod als onderdeel van de ketenaanpak Valpreventie is nog beperkt zicht. Om goed aan te sluiten bij de behoeften van ouderen is een integrale aanpak, die sociale, mentale en fysieke factoren combineert van belang.

5.1 Algemeen

Dit hoofdstuk gaat over de eerste zes gezondheidsthema's zoals die in het GALA beschreven staan (zie Tekstbox 1.1; het zevende thema wordt in hoofdstuk 2 beschreven). Via integraal en domeinoverstijgend werken aan deze thema's beoogt het GALA te komen tot een gezonde generatie 2040. In het vorige rapport bleek dat de meeste gemeenten plannen hadden gemaakt om deze thema's vorm te geven. In dit rapport wordt bekeken in hoeverre het lukt om die ambities om te zetten in acties. Hiervoor wordt onder andere gekeken naar de acties zoals die in het GALA voor gemeenten en zorgverzekeraars genoemd staan. In tegenstelling tot het vorige rapport, worden geen cijfers over uitkomstindicatoren (zoals overgewicht of gevoelens van angst en depressie) gepresenteerd. De reden hiervoor is dat bekend is dat deze op populatieniveau niet sterk veranderen binnen één jaar.

Het RIVM heeft gegevens verzameld onder gemeenten en zorgverzekeraars via vragenlijstonderzoek. Hierbij is vooral aandacht besteed aan thema's die vorig jaar minder zijn uitgevraagd (leefomgeving, gezonde leefstijl en mentale gezondheid). Ook is gebruikgemaakt van rapportages van andere RIVM-onderzoeken en van andere instituten die zich op specifieke thema's richten (zie Tekstbox 5.1).

Leeswijzer

In de afzonderlijke paragrafen wordt beschreven hoe het gaat met de thema's en met welke domeinen en organisaties wordt samengewerkt. Paragraaf 5.2 gaat over gezondheidsachterstanden, paragraaf 5.3 over leefomgeving, paragraaf 5.4 over sociale basis, paragraaf 5.5 over leefstijl, paragraaf 5.6 over mentale gezondheid en paragraaf 5.7 over vitaal ouder worden. Elke paragraaf sluit af met een korte reflectie.

Tekstbox 5.1 Gebruikte databronnen

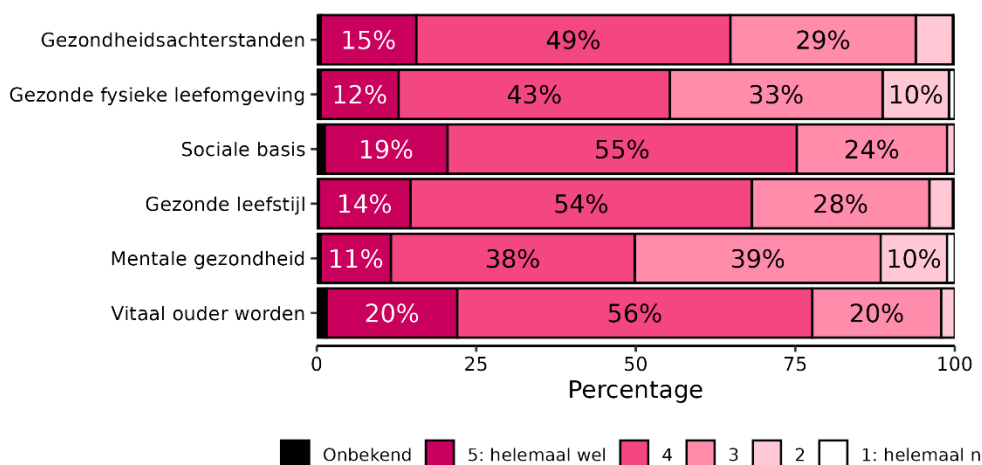
Dataverzameling GALA-monitor 2025 (zie bijlage 1)

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in maart en april 2025 door 327 van de 342 gemeenten.
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in maart en april 2025 door 35 van de 38 vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld (hierna aangeduid als 'zorgverzekeraars').
- Statusmeting leefomgeving. Vragenlijst onder 225 professionals van gemeenten (fysiek en sociaal domein), GGD'en, provincies, omgevingsdiensten, adviesbureaus, projectontwikkelaars en kennisinstellingen [8]. Afgenomen door het RIVM in najaar 2024.
- Het GALA-leernetwerk voor een verdiepend beeld op de voortgang in de praktijk, gericht op het uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken met deelnemende beleidsmakers bij gemeenten, in het afgelopen jaar varieerde het aantal deelnemers tussen 19 en 26.
- Beleidsvisies sociale basis, door 109 gemeenten gedeeld met het RIVM naar aanleiding van de GALA-vragenlijst 2025.

Gemeenten zetten ambities om in actie

In de vragenlijst is expliciet gevraagd aan gemeenten in hoeverre het voor de verschillende thema's lukt om de ambities om te zetten in acties. Voor sociale basis en vitaal ouder worden lukt dat het best (74 respectievelijk 76% geeft aan dat dat (helemaal) wel lukt). Voor leefomgeving en mentale gezondheid blijkt dat het lastigst, maar lukt het nog wel voor ongeveer de helft van de gemeenten (54 respectievelijk 49%, zie Figuur 5.1).

Figuur 5.1 Mate waarin het gemeenten lukt om ambities om te zetten in actie. Percentages kleiner dan 10 staan niet in het figuur.



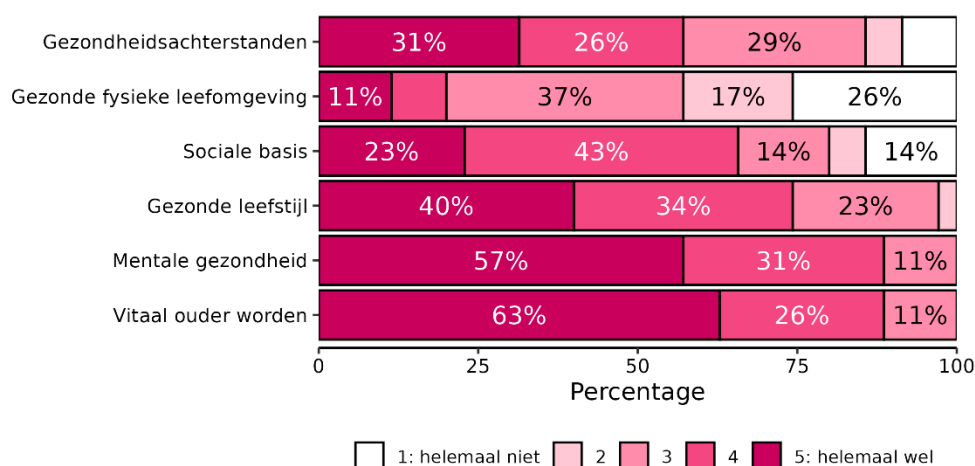
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Betrokkenheid zorgverzekeraar

In de vragenlijst van de GALA-monitor is aan zorgverzekeraars gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij de GALA-thema's in hun regio. Zorgverzekeraars blijken het meest betrokken te zijn bij de thema's

vitaal ouder worden en het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid. Bij beide thema's geeft 89 procent van de zorgverzekeraars aan betrokken te zijn. Bij het thema gezonde fysieke omgeving ligt het aandeel zorgverzekeraars dat aangeeft betrokken te zijn het laagst, namelijk 20 procent (zie Figuur 5.2).

Figuur 5.2 Mate waarin zorgverzekeraars aangeven betrokken te zijn bij de GALA-thema's in hun regio. Percentages kleiner dan 10 staan niet in het figuur.



Bron: vragenlijst onder zorgverzekeraars 2025.

5.2 Terugdringen gezondheidsachterstanden

5.2.1 Terugblik en inleiding

Een doel van het GALA is het terugdringen van gezondheidsachterstanden, wat zowel een doel op zichzelf is als een onderdeel van de andere thema's binnen het GALA. In de eerste rapportage van de GALA-monitor is beschreven hoe groot sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland zijn en welke ontwikkelingen daarin de afgelopen decennia te zien zijn geweest. Op basis van de plannen van aanpak van gemeenten voor de aanvraag van SPUK-gelden is vervolgens beschreven wat de (voorgenomen) acties waren van gemeenten om gezondheidsachterstanden terug te dringen. In alle plannen was aandacht voor het thema. Vertaling naar concrete acties was in enkele plannen beschreven. In de vragenlijst van de vorige meting gaf een beperkt aantal gemeenten aan dat binnen de ketenaanpakken specifiek aandacht werd besteed aan doelgroepen met een lage sociaaleconomische status.

In deze paragraaf beschrijven we de stand van zaken voor samenwerking op het thema gezondheidsachterstanden (5.2.2), de acties die door gemeenten en zorgverzekeraars worden uitgevoerd (5.2.3), ervaringen vanuit de leergroep van het GALA-leernetwerk (5.2.4) en de paragraaf sluit af met een reflectie op de bevindingen en het vervolg (5.2.5).

5.2.2 Samenwerking

In de vragenlijst van de GALA-monitor is aan gemeenten gevraagd met welke GALA-thema's het thema terugdringen gezondheidsachterstanden wordt verbonden en met welke domeinen binnen de gemeente en

organisaties buiten de gemeente aan dit thema wordt gewerkt. De meeste gemeenten verbinden de GALA-thema's gezonde leefstijl (84%, n=275) en sociale basis (83%, n=270) aan gezondheidsachterstanden. Qua beleidsdomeinen worden sport en bewegen (96%) en sociaal domein/welzijn (96%) door de meeste gemeenten genoemd voor de samenwerking aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Ook volksgezondheid (90%) en jeugd (86%) worden vaak genoemd. Samenwerken met andere organisaties voor gezondheidsachterstanden doen gemeenten het meest met welzijnsorganisaties (87%) en de GGD (86%). Ongeveer twee derde van de gemeenten noemen scholen, sociale (wijk)teams, sportverenigingen en huisartsenorganisaties als samenwerkingspartner.

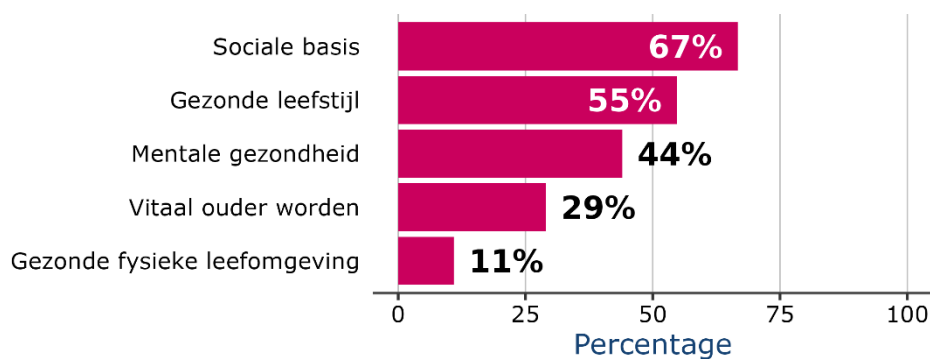
De meerderheid van de zorgverzekeraars heeft in de vragenlijst aangegeven betrokken te zijn bij het thema terugdringen van gezondheidsachterstanden. Die betrokkenheid wordt het vaakst genoemd in de vorm van opgaven in het regioplan of werkagenda, enkele keren worden de ketenaanpakken genoemd en ook het aanbieden van een minimapolis.

5.2.3 *Acties van gemeenten en zorgverzekeraars*

Bij bijna twee derde van de gemeenten lukt het naar eigen zeggen om de ambities in het terugdringen van gezondheidsachterstanden om te zetten naar actie. Bij een klein deel van de gemeenten krijgt dat onder andere vorm door ketenaanpakken specifiek te richten op groepen met een lage SES. In de rapportage van de vorige GALA-monitor staat beschreven dat een klein deel van de ketenaanpakken (ook) specifiek op doelgroepen met een lage SES is gericht. Op basis van de vragenlijst van de huidige meting blijkt dat binnen de gemeenten waar een ketenaanpak wordt ingericht, de ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht het vaakst van alle ketenaanpakken (ook) wordt gericht op kinderen met een lage SES (24%, n=55). Voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie is dat in 16% van de gemeenten (n=37), voor Sociaal verwijzen 14% (n=42) en voor Valpreventie 6% (n=18). Door de aangepaste vraagstelling in de vragenlijst aan gemeenten is niet te zeggen of er een verandering heeft plaatsgevonden. Verder geeft de vragenlijst geen inzicht in hoe deze doelgroep wordt bereikt.

Vanuit de andere GALA-thema's is aan gemeenten gevraagd of een thema aan het beleidsdomein armoede of schulden wordt verbonden. Dit wordt door gemeenten het vaakst genoemd voor de thema's Sociale basis (67%) en het minst vaak voor gezonde fysieke leefomgeving (11%), zie Figuur 5.3.

Figuur 5.3 Percentage gemeenten dat aangeeft dat GALA-thema's verbonden worden aan armoede/schulden.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

In het kader van het GALA noemen de meeste zorgverzekeraars acties om mensen met gezondheidsachterstanden te bereiken. Voorbeelden hiervan zijn het taalgebruik op de website, de ketenaanpakken, aanbieden van een minimapolis, gericht ziektegerelateerde zorg inkopen in buurten waar dat nodig is en aansluiten bij de schuldenaanpak van gemeenten. Acht zorgverzekeraars benoemen in de vragenlijst de actie op meer inzet op schuldhulpverlening, bijvoorbeeld door de inzet van schuldhulpmaatjes en aansluiting bij de Alliantie tegen armoede.

5.2.4 *Ervaringen uit de praktijk*

Binnen het GALA-leernetwerk (zie bijlage 1) heeft een leergroep van zes gemeenten gekozen om zich te richten op het thema terugdringen gezondheidsachterstanden. Binnen de leergroep wisselen de gemeenten ervaringen en goede voorbeelden uit. Verder werken ze toe naar een plan van aanpak met concrete acties om dit thema binnen de gemeente aan te pakken. De deelnemers ervaren dit thema als complex, lastig om te operationaliseren en moeilijk om concrete doelstellingen aan te koppelen. Het thema heeft raakvlak met veel onderwerpen en domeinen, waardoor gemeenten inzetten op veel verschillende activiteiten en initiatieven. De gemeenten zijn op zoek naar manieren om de verbinding te zoeken, zodat inzichtelijk wordt wat de impact is en hoe het elkaar versterkt. Domeinoverstijgende samenwerking en het betrekken van inwoners bij het in kaart brengen van de uitdagingen én oplossingen blijkt hierbij van belang. De leergroep zal zich de komende tijd richten op het in praktijk brengen van deze acties. Doel hierbij is om hier gezamenlijk van te leren.

5.2.5 *Reflectie en vervolg*

In een kamerbrief (december 2024) heeft het ministerie van VWS een beleidsagenda 'Gezondheid in alle beleidsdomeinen' uiteengezet voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen [9]. Hierin reageert het ministerie op het briefadvies van de Sociaal-Economische Raad (SER) dat in het GALA was aangekondigd. Naast de eigen verantwoordelijkheid van mensen wordt het belang van een domeinoverstijgende aanpak voor het aanpakken van onderliggende oorzaken van gezondheidsverschillen herhaald. In de kamerbrief wordt benoemd dat er geen snelle makkelijke oplossingen zijn, en dat de

complexiteit van de opgave samenwerking van het Rijk, GGD'en en gemeenten vraagt, tegen de achtergrond van onder andere schaarse financiële middelen en arbeidskrachten. Binnen gemeenten wordt er vooral bij de beleidsdomeinen sport en bewegen, volksgezondheid en jeugd (samen)gewerkt aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Hoewel in het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid¹⁴ ook het domein veiligheid wordt verbonden aan gezondheidsachterstanden, noemt maar een klein deel van de gemeenten dat domein.

Behalve de kennis dat een klein deel van gemeenten de ketenaanpakken (ook) specifiek richt op de doelgroep met een lage SES en de praktijkervaringen uit het GALA-leernetwerk, is er nog weinig bekend over hoe gemeenten de plannen omzetten naar acties. Uit de resultaten blijkt wel dat bijna twee derde van de gemeenten aangeeft hiermee bezig te zijn. Ook wordt het thema verbonden aan andere GALA-thema's en wordt er samengewerkt met verschillende domeinen. De meerderheid van de zorgverzekeraars geeft aan betrokken te zijn bij dit thema.

5.3 Gezonde leefomgeving

5.3.1 *Terugblik en inleiding*

In de eerste rapportage van de GALA-monitor was het beperkt mogelijk om zicht te krijgen op de voortgang van de beoogde GALA-acties op gezonde leefomgeving, omdat er in de vragenlijst onder gemeenten geen vragen waren opgenomen over dit thema. In de huidige meting zijn hierover wel vragen in de vragenlijst meegenomen. Deze resultaten zijn aangevuld met informatie uit andere bronnen, waaronder inzichten uit de statusmeting van het Programma Gezonde Leefomgeving (PGLO) [10].

In deze paragraaf beschrijven we de stand van zaken over het werken aan een gezonde leefomgeving (5.3.2), de samenwerking op het thema gezonde leefomgeving (5.3.3), de acties die door gemeenten worden uitgevoerd (5.3.4) en de paragraaf sluit af met een reflectie op de bevindingen en het vervolg (5.3.5).

5.3.2 *Werken aan een gezonde leefomgeving*

In de vragenlijst van de GALA-monitor is aan gemeenten gevraagd of er op dit moment aan een gezonde fysieke leefomgeving wordt gewerkt. Bijna alle gemeenten (98%) werken aan een gezonde leefomgeving, maar wel in verschillende mate. Iets meer dan de helft (53%) geeft aan dat er draagvlak is en/of dat gezonde leefomgeving als thema onderdeel in andere projecten/initiatieven/lokaal beleid wordt meegenomen. Een kwart (25%) werkt enigszins aan een gezonde leefomgeving; er zijn bestuurlijke of ambtelijke intenties om eraan te werken. 11 procent van de gemeenten werkt er veel aan. Voor hen is het een centraal onderdeel van hun beleid. 9 procent werkt beperkt aan een gezonde leefomgeving; er vindt op dit moment een verkenning plaats. De overige 2 procent van de gemeenten werkt niet aan een gezonde fysieke leefomgeving maar is het wel van plan of wil het wel.

¹⁴ <https://www.leefbaareveilig.nl/>.

Als we deze uitkomsten vergelijken met resultaten uit de statusmeting van het PGLO, dan blijkt dat ongeveer een gelijk percentage (96%) van de gemeentelijke respondenten aangaf aan een gezonde leefomgeving te werken. Daarbij zijn er verschillen naar gemeentegrootte: negen procent van de kleine gemeenten werkt (nog) niet aan een gezonde leefomgeving, alle grote en middelgrote gemeenten doen dit wel. Respondenten van gemeenten uit het fysieke domein werken vooral aan de thema's groen in de buurt (89%) en beweegvriendelijke omgeving (52%). Voor het sociaal domein is dit beweegvriendelijke omgeving (71%) en sociaal gezonde omgeving (71%).

Samenwerking

De meerderheid van alle respondenten (62%) geeft aan dat er sinds de start van het GALA nieuwe overlegstructuren zijn opgezet waarin meer domeinoverstijgend wordt samengewerkt tussen het fysieke en sociale/gezondheidsdomein. De thema's zijn uiteenlopend: van gezonde leefomgeving in brede zin, tot specifiek op een thema als hitte of lucht. In het kader van de Omgevingswet, integraal werken of specifieke wijkaanpakken zijn ook overlegstructuren opgezet.

Binnen de meeste gemeenten wordt voor dit thema samengewerkt met sport en bewegen (92%), gevolgd door volksgezondheid (86%), openbare ruimte/stadsbeheer/groenbeleid (81%), sociaal domein/welzijn (77%) en ruimtelijke ordening en economie (71%).

Buiten de gemeentelijke organisatie is de GGD (79%) de belangrijkste samenwerkingspartner. Bewoners volgen hierop (63%), gevolgd door lokale beweeginitiatieven (60%), sportverenigingen (59%) en scholen (54%).

Financiële stromen

76 procent van de gemeenten geeft aan dat er projecten worden uitgevoerd waarin financiële stromen van GALA-aanpakken, andere aanpakken en/of bestaand beleid worden gecombineerd bij het werken aan een gezonde leefomgeving. Er is in de vragenlijst een breed spectrum aan projecten genoemd, zoals wijkaanpakken en projecten rondom het stimuleren van bewegen en ontmoeten. Een genoemd voorbeeld van gecombineerde geldstromen is de koppeling van SPUK-middelen aan budget vanuit beheer openbare ruimte voor het aanleggen van dementievriendelijke wandelroutes. Een ander voorbeeld is de realisatie van een nieuwe speel- en ontmoetingsplek door de koppeling van een rioleringsproject, SPUK-middelen en subsidie uit de provincie.

5.3.3

Acties van gemeenten

Een doel van het GALA is een gezonde fysieke leefomgeving, die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten. Om dit doel te bereiken zijn er acties voor gemeenten geformuleerd. De eerste actie is dat gezondheidskennis over gezondheidsbevordering én gezondheidsbescherming wordt toegepast bij besluitvorming over de fysieke leefomgeving (zoals in omgevingsplannen). De tweede actie is het verkennen van de mogelijkheid om bij het Schone Lucht Akkoord (SLA) aan te sluiten als dit niet het geval is. De derde actie is dat gemeenten inzetten op meer kennis en maatregelen om mensen in een

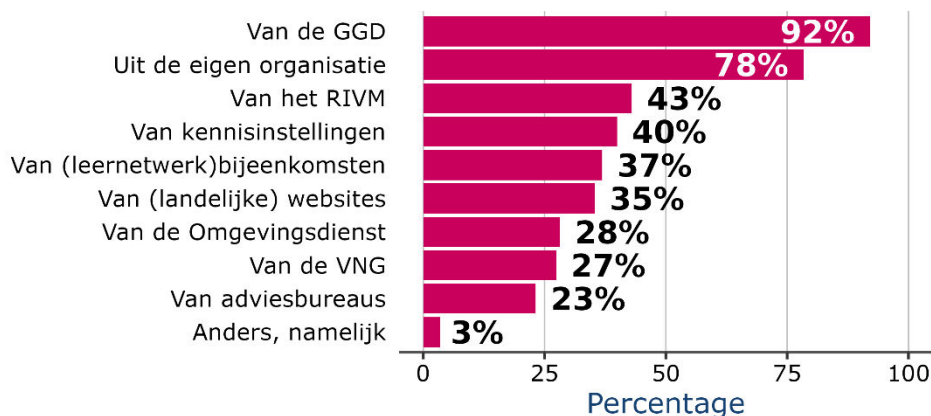
kwetsbare positie zo goed mogelijk te beschermen tegen hitte, en uv-straling.

Actie 1: Gezondheidskennis toepassen in besluitvorming over de fysieke leefomgeving

Uit de vragenlijst van de GALA-monitor komt naar voren dat bij het merendeel van de gemeenten gezondheidskennis wordt toegepast bij de besluitvorming over de fysieke leefomgeving (82%). Bij kleine gemeenten gebeurt dit minder (77%) dan bij middelgrote (91%) en grote (88%) gemeenten¹⁵.

Waar deze kennis vandaan wordt gehaald, is verschillend (Figuur 5.4). Bijna alle gemeenten (92%) verkrijgen kennis vanuit de GGD, gevolgd door informatie vanuit de eigen organisatie (78%). Daarbij gebruiken grote gemeenten meer kennis uit de eigen organisatie (89%), dan middelgrote (75%) en kleine gemeenten (78%). Verder maken grote gemeenten meer gebruik van kennisinstellingen (64%) dan middelgrote (51%) en kleine (33%) gemeenten. Grote gemeenten (54%) halen ook meer kennis vanuit (leernetwerk)bijeenkomsten dan middelgrote (36%) en kleine gemeenten (35%).

Figuur 5.4 Waar gemeenten hun gezondheidskennis vandaan halen bij de besluitvorming over de fysieke leefomgeving (n=236).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Bij vergelijking met de resultaten uit de statusmeting van het PGLO zien we eenzelfde beeld. Aanvullend inzicht daaruit is dat grote gemeenten kennis en expertise vanuit koepelorganisaties (11%) en landelijke websites (30%) minder benutten dan kleine gemeenten (31% en 45%) en middelgrote gemeenten (31% en 81%).

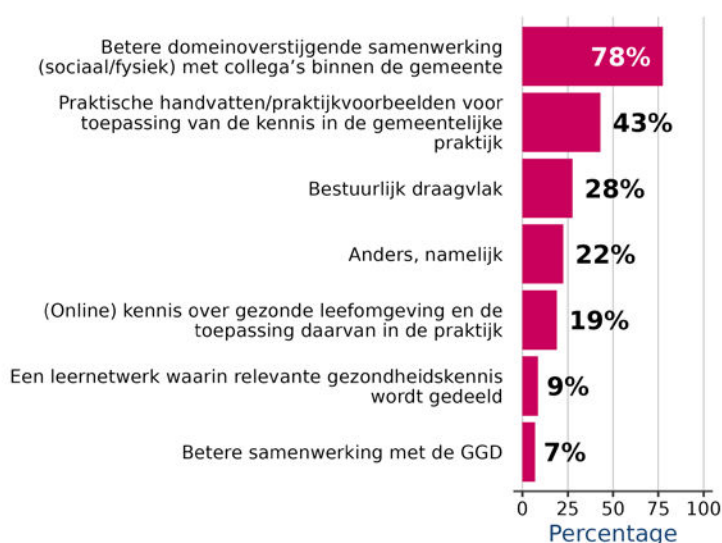
Van de respondenten van de vragenlijst van de GALA-monitor die aangeven dat er bij de besluitvorming over de fysieke leefomgeving geen gezondheidskennis wordt meegenomen (18%), geeft het merendeel aan een betere domeinoverstijgende samenwerking (sociaal/fysiek) met collega's binnen de gemeente nodig te hebben

¹⁵ In de analyse van de GALA-vragenlijst onder gemeenten is de volgende indeling van gemeentegrootte gehanteerd: klein < 50.000 inwoners, middelgroot 50.000-100.000 inwoners en groot > 100.000 inwoners.

(78%) (Figuur 5.5). Dit speelt sterker bij kleine en middelgrote (80%) gemeenten dan bij grote gemeenten (50%).

Ook is er behoefte aan praktische handvatten/praktijkvoorbeelden voor toepassing van de kennis in de gemeentelijke praktijk (43%). Bij kleine gemeenten is deze behoefte het sterkst (50%). Daarnaast is er behoefte aan bestuurlijk draagvlak. Deze is voor grote (75%) en middelgrote (80%) gemeenten groter is dan voor kleine gemeenten (18%).

Figuur 5.5 Wat er nodig is om gezondheid meer mee te nemen in de besluitvorming over de fysieke leefomgeving bij de gemeenten waar dit nu nog niet lukt (n=58).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Ook op dit punt komt het beeld overeen met de statusmeting van het PGLO. Bijna de helft van het totaal aantal respondenten van de statusmeting ervaart belemmeringen in de domeinoverstijgende samenwerking. Dit komt volgens de respondenten door onduidelijkheid over kennis en rollen en 'het spreken van een andere taal'. Naast de behoefte aan een betere domeinoverstijgende samenwerking benoemen de respondenten van de statusmeting dat er meer financiële middelen, (bestuurlijk) draagvlak en handvatten nodig zijn om beter te kunnen werken aan een gezonde leefomgeving.

Kleine gemeenten ervaren meer belemmeringen rond het ontbreken van een nota/plan/visie rondom gezonde leefomgeving, vergeleken met grotere gemeenten. Voor grote gemeenten is te weinig experimenteerruimte vaker de bottleneck.

Actie 2: Aansluiting bij het Schone Lucht Akkoord

Het GALA benoemt als actie het verkennen van de mogelijkheid om bij het Schone Lucht Akkoord (SLA) aan te sluiten als dit (nog) niet het geval is. Uit een meting van het Schone Lucht Akkoord blijkt dat in het voorjaar van 2025 122 van de 342 gemeenten zich bij het SLA hebben aangesloten. Inclusief provincies en het Rijk telt het SLA nu 137 deelnemers [11].

Actie 3: Beschermen tegen hitte en uv-straling

Gemeenten coördineren de inzet van maatregelen in hun gemeente om (kwetsbare) mensen zo goed mogelijk te beschermen tegen onder andere hitte en uv-straling. Zij maken daarover afspraken met maatschappelijke partners, zorgverzekeraars, bedrijven en inwoners en bereiden de inzet en coördinatie van maatregelen tijdens een hitteperiode voor. Het opstellen van een lokaal hitteplan is daarvoor een geschikt instrument. In de vragenlijst van de GALA-monitor geeft een grote meerderheid van gemeenten (84%) aan stappen te hebben gezet in het kader van klimaat om in te zetten op meer kennis en maatregelen om inwoners zo goed mogelijk te beschermen tegen hitte en uv-straling. 108 gemeenten (34%) geven aan momenteel een hitteplan te hebben. Dit aandeel is hoger voor middelgrote (45%) en grote gemeenten (38%), en lager voor kleine gemeenten (30%).

In 2023 waren er twintig gemeenten in Nederland met een hitteplan [8]. Het GALA heeft hier volgens het Klimaatverbond zeker aan bij gedragen, door de extra middelen die er beschikbaar zijn [12]. Het initiatief van een lokaal hitteplan ligt doorgaans bij het sociaal domein van een gemeente en de GGD, maar bereikt ook veel partijen buiten de gemeente, zoals zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties blijkt uit het onderzoek van het Klimaatverbond [12].

5.3.4 *Reflectie en vervolg*

Een groot deel van de gemeenten is op het gebied van gezonde fysieke leefomgeving bezig met acties uit het GALA. De meerderheid lukt het om gezondheidskennis mee te nemen bij de besluitvorming in het fysieke domein. Meer dan een derde van de gemeenten is aangesloten bij het Schone Lucht Akkoord. En een grote meerderheid van gemeenten heeft stappen gezet in het kader van klimaat om inwoners zo goed mogelijk te beschermen tegen hitte en uv-straling. Maar er zijn ook belemmeringen om hier aan te werken. Zo blijft de samenwerking tussen het fysiek en sociaal domein de grootste uitdaging. In het GALA ligt de nadruk nu op gezonde fysieke leefomgeving. Het thema gezonde leefomgeving verbreden met ook een focus op gezonde sociale leefomgeving draagt wellicht ook bij aan een betere verbinding tussen de domeinen. Voor de monitoring van het Programma Gezonde Leefomgeving worden na de statusmeting de komende tijd verdere inzichten opgehaald om verder te verdiepen in doelgroepen en thema's van het Programma Gezonde Leefomgeving. Deze PGLO-monitoring bestaat uit een verdiepende meting (rapportage zomer 2025) en een eindmeting (rapportage begin 2026). Samen met de GALA-monitor geeft dit inzicht in de verdere ontwikkelingen en wat nog nodig is om beter te kunnen (samen)werken aan een gezonde leefomgeving.

5.4 Sociale basis**5.4.1** *Terugblik en inleiding*

Uit de vorige rapportage van de GALA-monitor bleek dat bijna alle gemeenten een beleidsvisie sociale basis hadden of bezig waren met het opstellen daarvan en dat drie kwart van de gemeenten was aangesloten bij het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid [1]. Daarbij is aangekondigd dat we de ontwikkelingen op het thema sociale basis

blijven volgen en verkennen welke aanvullende informatie kan worden opgehaald.

Hieronder beschrijven we de stand van zaken voor samenwerking op het thema sociale basis (5.4.2) en van de in het GALA geformuleerde doelen (5.4.3) en acties (5.4.4) [2]. Hierbij is niet onderzocht wat de kwaliteit van de uitvoering is en of deze uitvoering volgens inwoners passend is.

5.4.2 *Samenwerking*

In de vragenlijst van de GALA-monitor is aan gemeenten gevraagd met welke afdelingen/beleidsdomeinen binnen de gemeente wordt samengewerkt aan het thema sociale basis. Hierbij zijn het sociaal domein/welzijn (99%), volksgezondheid (87%), sport en bewegen (87%) en jeugd (84%) het vaakst genoemd. Daarnaast is gevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt aan het thema sociale basis. Hierbij zijn welzijnsorganisatie (93%), sociaal (wijk)team (73%), maatschappelijk werk (70%) en buurthuis (67%) het vaakst genoemd.

Aan de zorgverzekeraars die aangaven betrokken te zijn bij een of meerdere thema's is per thema een open vraag gesteld over de manier waarop de zorgverzekeraar hierbij betrokken is. Bij het thema versterken van (de verbinding met) de sociale basis, geven veertien zorgverzekeraars aan dat zij betrokken zijn via de IZA-regio, voorzorgcirkels en/of leefstijlloketten.

5.4.3 *Doelen*

In de vragenlijst geeft drie kwart van de gemeenten aan dat het hen lukt om de mogelijkheden voor inwoners om elkaar (laagdrempelig) te ontmoeten, zich te ontplooiën, te ontspannen en elkaar te helpen, te verbeteren. Daarnaast geeft iets meer dan de helft van de gemeenten (54%) aan dat het hen lukt om de mogelijkheden voor laagdrempelige ondersteuningsvormen (zoals zelfregie- of zelfhulpgroepen) en voorzieningen in de sociale basis (zonder indicatie) te verbeteren.

5.4.4 *Acties*

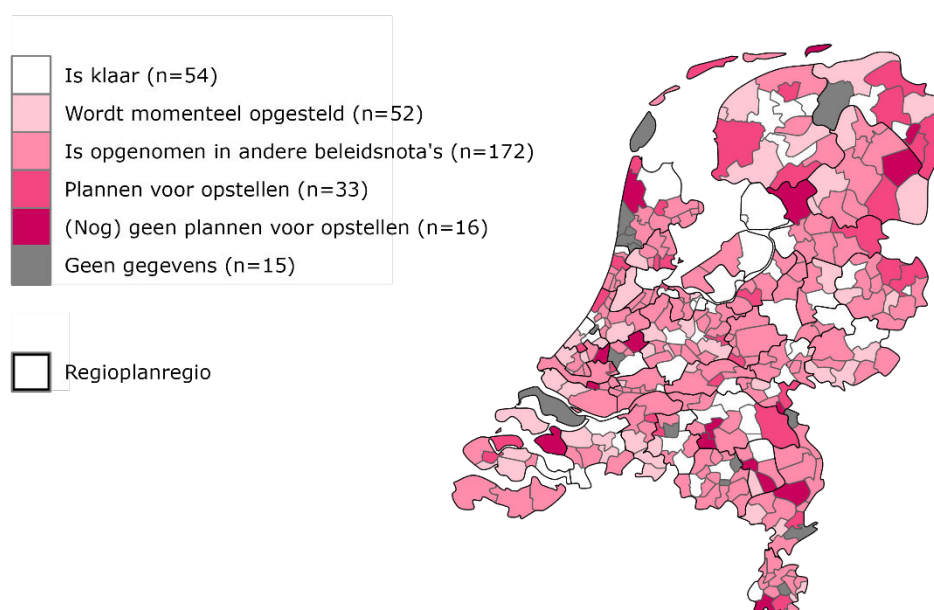
In het GALA staat beschreven dat gemeenten bij het opstellen van de beleidsvisie sociale basis aandacht hebben voor gebiedsgerichte uitvoering¹⁶. In de vorige vragenlijst van de GALA-monitor gaf 60 procent van de gemeenten aan dat de beleidsvisie sociale basis klaar was of opgenomen was in andere beleidsvisies (zoals de gezondheidsvisie of de visie op het sociaal domein). Dit is inmiddels gestegen naar 69 procent (Figuur 5.6). Deze gemeenten hebben de visie op de sociale basis veelal opgenomen in een andere beleidsvisie (n= 172), in plaats van een beleidsvisie specifiek voor de sociale basis (n= 54).

Andere gemeenten gaven in de huidige meting aan dat zij momenteel werken aan het opstellen van de beleidsvisie (16%) of plannen hebben

¹⁶ Gebiedsgerichte uitvoering gaat over de wijze waarop op dorps-, kern-, wijk- of buurtniveau gepeild wordt wat er nodig is om het gebied te versterken (zie de website van Movisie: <https://www.movisie.nl/artikel/aan-slag-gebiedsgerichte-uitvoering#:~:text=Gebiedsgerichte%20uitvoering%20gaat%20over%20een,het%20gebied%20zinvol%20moe%20zijn>).

om deze op te stellen (10%). Een klein deel van de gemeenten (5%) heeft (nog) geen plannen om de beleidsvisie sociale basis op te stellen, vanwege beperkte beschikbaarheid van capaciteit of omdat de gemeente beleidsarm werkt. Met betrekking tot aandacht voor gebiedsgerichte uitvoering geeft meer dan de helft van de gemeenten (57%) aan dat het hen lukt om met gebiedsgerichte uitvoering te kijken naar wat er nodig is om de sociale basis van het gebied te versterken.

Figuur 5.6 Mate waarin gemeenten een beleidsvisie sociale basis hebben.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Het merendeel van de gemeenten die een beleidsvisie hebben, voegde deze toe aan de vragenlijst (n= 109) en/of gaf een korte toelichting op de beleidsvisie (n= 146). Voor deze rapportage zijn vijf beleidsvisies geselecteerd (zie bijlage 1) voor een beknopte verkennende analyse op de zoektermen 'mantelzorg', 'eenzaamheid' en 'vrijwillige'. Deze drie onderwerpen worden in het GALA expliciet genoemd als onderdeel van de beleidsvisie sociale basis. Uit deze verkennende analyse blijkt dat de betreffende gemeenten willen inzetten op de ondersteuning van mantelzorgers. Hoe deze gemeenten ondersteuning van mantelzorgers willen vormgeven, is niet uitgewerkt in de betreffende beleidsvisies. Gemeenten gaan in hun beleidsvisie verschillend om met het thema eenzaamheid. Meestal is eenzaamheid niet expliciet als thema opgenomen in de beleidsvisie, maar komt het verminderen van eenzaamheid bij diverse onderdelen in de beleidsvisie terug. Wat betreft vrijwillige inzet geven de vijf gemeenten in hun beleidsvisie aan dat zij willen inzetten op het stimuleren en ondersteunen van vrijwillige inzet door het belang/het waardevolle te benadrukken van als inwoners iets voor elkaar te betekenen.

Specifiek voor mantelzorgers bieden gemeenten verschillende vormen van individuele en collectieve ondersteuning aan, waaronder

respijtzorg¹⁷. Het realiseren van extra ondersteuning voor mantelzorgers lukt volgens vragenlijst van 2025 in twee op de drie gemeenten (66%). Hierbij gaat het om het verbeteren van de toegang tot regelingen en ondersteuningsvormen of het toegankelijker maken van informatie en advies. Het in samenspraak met mantelzorgers versterken en doorontwikkelen van lichte vormen van respijtzorg lukt volgens iets meer dan een derde van de gemeenten (37%).

In het GALA staan geen specifieke acties voor zorgverzekeraars beschreven op het thema sociale basis [2]. Bij de acties voor gemeenten wordt de zorgverzekeraar wel genoemd bij het (in regionaal verband) overleggen over een domeinoverstijgend aanbod van zwaardere vormen van respijtzorg. In een op de vier regio's (24%) geven zorgverzekeraars in de vragenlijst van de GALA-monitor aan dat zij inzetten op respijtzorg. Een klein deel van de gemeenten (17%) geeft aan dat het hen lukt om (regionaal) te overleggen met zorgverzekeraars en zorgkantoren over een domeinoverstijgend respijtzorgaanbod. Daarnaast geeft 12 procent van de gemeenten aan dat ze op deze actie geen uitvoering hebben beoogd.

Wat betreft eenzaamheid werkt het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid (2018-2025) aan meer verbinding en ontmoeting in het dagelijks leven van mensen [13]. In 2024 zijn, volgens de jaarlijkse voortgangsrapportage Eén tegen eenzaamheid, 268 van de 342 gemeenten (78%) aangesloten bij het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid. Deze gemeenten hebben getekend voor een lokale aanpak eenzaamheid langs vijf pijlers¹⁸. In de vragenlijst van de GALA-monitor vragenlijst geven echter slechts twee op de vijf gemeenten (43%) aan dat het hen lukt om een lokale aanpak eenzaamheid langs deze vijf pijlers te realiseren.

5.4.5 *Reflectie en vervolg*

Bij het thema versterken van (de verbinding met) de sociale basis, lijkt het bijna drie kwart van de gemeenten te lukken om ambities om te zetten in actie. En het lukt in drie kwart van de gemeenten om de mogelijkheden te verbeteren voor inwoners om elkaar te ontmoeten, zich te ontplooiën, te ontspannen en elkaar te helpen en hebben twee op de drie gemeenten een beleidsvisie sociale basis.

Anderzijds lukt het in minder dan de helft van de gemeenten om een lokale aanpak eenzaamheid langs vijf pijlers te realiseren. De staatsecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg heeft reeds aangegeven dat de maatschappelijke opgave om eenzaamheid te voorkomen en verminderen blijft. Vandaar dat het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid vanaf 2026 een vervolg krijgt met de Structurele aanpak Eén tegen eenzaamheid [13]. Specifiek voor mantelzorg geeft minder dan de helft van de gemeenten aan dat het hen lukt om het respijtzorgaanbod te versterken en door te ontwikkelen. Eind 2024 gaf

¹⁷ Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven (zie de website van Movisie: <https://www.movisie.nl/respijtzorg-overzicht>).

¹⁸ 1) bestuurlijk commitment, 2) creëren van een sterk netwerk, 3) betrokkenheid van mensen met gevoelens van eenzaamheid, 4) werken aan een duurzame aanpak en 5) monitoring en evaluatie (zie de website van Een tegen Eenzaamheid: <https://www.eentegeneenzaamheid.nl/gemeenten-en-organisaties/deelnemen-aan-het-actieprogramma>).

de staatsecretaris van Langdurige en Maatschappelijke Zorg aan dat zij graag wil inzetten op een passende oplossing voor het knelpunt bij respijtzorg [14].

5.5 Gezonde leefstijl

5.5.1 *Terugblik en inleiding*

Uit het GALA-rapport van 2024 bleek dat gemeenten de intentie hebben om in te zetten op het voorkomen van middelengebruik onder jongeren, maar dat de uitvoering hiervan in veel gemeenten nog niet was begonnen. Ook was nog onduidelijk in hoeverre netwerksamenwerkingen voor de vroegsignalering van alcoholproblematiek worden opgezet. Deze paragraaf gaat over de stand van zaken van deze en andere acties voor gemeenten die in het GALA opgesteld zijn op het gebied van leefstijl.

In deze paragraaf beschrijven we de stand van zaken voor samenwerking op het thema Gezonde leefstijl (5.5.2), de GALA-acties waaraan gemeenten werken op het gebied van middelengebruik (5.5.3) en overgewicht, sport en bewegen (5.5.4), en in hoeverre het GALA een impuls heeft gegeven aan activiteiten op het gebied van leefstijl (5.5.5). De paragraaf sluit af met een reflectie op de bevindingen en het vervolg (5.5.6).

5.5.2 *Samenwerking*

In de GALA-vragenlijst geven gemeenten aan binnen de gemeente met verschillende afdelingen/beleidsdomeinen samen te werken voor het thema Gezonde leefstijl, vooral met sport en bewegen (99%), volksgezondheid (94%), sociaal domein/welzijn (92%), jeugd (90%) en onderwijs (85%). Buiten de gemeentelijke organisatie wordt voornamelijk samengewerkt met de GGD (90%), welzijnsorganisaties (83%), sportverenigingen (81%) en scholen (78%).

In de GALA-vragenlijst voor zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn bij het thema Gezonde leefstijl en op welke manier. Hierbij geven 26 zorgverzekeraars (74%) aan dat ze betrokken zijn bij dit thema. Bij de vraag op welke manier ze betrokken zijn, worden de ketenaanpak GLI en leefstijlloketten genoemd. Ook noemen zorgverzekeraars dat ze via coalities of samenwerkingsverbanden betrokken zijn en dat het thema onderdeel is van het regioplan of thematafels preventie.

5.5.3 *Acties: middelengebruik*

In het GALA staan meerdere acties voor gemeenten op het gebied van middelengebruik onder jongeren. In de GALA-vragenlijst geeft 50 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om interventies en aanpakken aan te bieden op het gebied van alcohol, tabak en drugsgebruik onder jongeren. Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO) wordt in het GALA genoemd als een aanpak waarmee gemeenten op een effectieve manier middelengebruik door jongeren kunnen voorkomen. Uit cijfers van het Trimbos-instituut blijkt dat het aantal gemeenten waarin met de OKO-aanpak wordt gewerkt tussen februari 2024 en mei 2025 is gestegen van 46 (13%) naar 58 (17%) [15].

In de GALA-vragenlijst geeft een kwart van de gemeenten (23%) aan dat het hen lukt om in te zetten op een strengere handhaving van de leeftijdsgrens bij alcoholverkoop. De helft (50%) geeft dat het hen (helemaal) niet lukt of dat ze hier niet op inzetten. Ook de inzet van gemeenten op het terugdringen van roken wordt in het GALA genoemd, bijvoorbeeld door het invoeren van een rookvrije omgeving te stimuleren. Vanaf maart 2025 wordt in opdracht van GGD GHOR Nederland en de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij de vierde meting van de Locatiemonitor uitgevoerd: een vragenlijst onder gemeenten over rookvrij beleid [16]. De uitkomsten hiervan worden in het najaar van 2025 verwacht.

Ook wordt in het GALA over middelengebruik genoemd dat gemeenten aan zet zijn om op dit gebied netwerksamenwerkingen op te zetten, met relevante partijen waaronder in ieder geval de GGD en de verslavingszorg. In de GALA-vragenlijst geeft 36 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om een netwerksamenwerking in het kader van drugspreventie op te zetten. Een vergelijkbaar deel van de gemeenten (38%) lukt het om een netwerksamenwerking op te zetten voor de uitvoering van een aanpak vroegsignalering alcoholproblematiek. Een groter deel van de gemeenten, namelijk 46 procent, lukt het om een netwerksamenwerking in het kader van alcohol, tabak en drugs onder jongeren op te zetten. Grote gemeenten geven iets vaker aan dat het hen lukt om netwerksamenwerkingen op te zetten dan middelgrote of kleine gemeenten.

5.5.4 *Acties: overgewicht, sport en bewegen*

In het GALA wordt als actie van gemeenten het werken aan een gezonde omgeving voor kinderen en jongeren genoemd, via interventies en aanpakken als de JOGG-aanpak¹⁹, Gezonde School en Gezonde Kinderopvang. In de GALA-vragenlijst geeft 70 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om interventies en aanpakken aan te bieden die tot doel hebben bij te dragen aan een gezonde omgeving (zoals school, sport en buurt/wijk) voor kinderen en jongeren. Daarnaast blijkt uit cijfers van het Loket Gezond Leven dat het aandeel JOGG-gemeenten de afgelopen jaren is gestegen: van 57 procent in 2022 naar 60 procent in 2023 en 66 procent in 2024. Ook het aandeel gemeenten waarin wordt gewerkt aan Gezonde Kinderopvang is gestegen van 76 procent in 2022 naar 80 procent in 2023 en 82 procent in 2024. Het aandeel gemeenten waarin wordt gewerkt aan Gezonde School is ongeveer gelijk gebleven tussen 2022 en 2024 (85-86%). Bovenstaande cijfers worden gepresenteerd per gemeente, maar deze programma's worden niet perse geïnitieerd door gemeenten: de Gezonde School-aanpak kan bijvoorbeeld ook door scholen zelf worden geïnitieerd.

Een van de acties voor gemeenten uit het GALA op het gebied van bewegen is het aansluiten bij initiatieven en acties van de Beweegalliantie. In 2023 werd het Actieplan 'Nederland beweegt' aangeboden aan de Tweede Kamer, waarmee wordt ingezet op het vergroten van bewustwording van het belang van bewegen, het creëren

¹⁹ De JOGG-aanpak werd voorheen voluit Jongeren Op Gezond Gewicht genoemd en heet nu Gezonde Jeugd, Gezonde Toekomst in combinatie met JOGG.

van meer maatschappelijk initiatief voor bewegen via de Beweegalliantie en het vergroten van de inzet op een lokale/regionale aanpak van bewegen [17]. Uit de voortgangsrapportage van de Evaluatie van het Actieplan Nederland Beweegt blijkt dat het aantal partijen dat aangesloten is bij de Beweegalliantie sinds 2023 sterk is gestegen [18].

Uit de Monitor Lokaal Sportbeleid 2024 van het Mulier Instituut blijkt dat het GALA een rol heeft gespeeld in het agenderen van sport op de gemeentelijke beleidsagenda: 88 procent van de 126 deelnemende gemeenten gaf aan dat de ontwikkeling van het GALA hieraan heeft bijgedragen [19].

5.5.5 *Impuls aan activiteiten door GALA*

Naast vragen over specifieke acties is aan gemeenten de overkoepelende vraag voorgelegd in hoeverre het GALA een extra impuls heeft gegeven aan de activiteiten van gemeenten op verschillende leefstijlonderwerpen: roken, vaperen, drugsgebruik, alcoholgebruik, overgewicht, en sport en bewegen. Voor het onderwerp sport en bewegen is het aandeel gemeenten dat aangeeft dat het GALA een extra impuls heeft gegeven het grootst (82%), gevolgd door het onderwerp overgewicht (69%) en alcohol (43%). Bij de onderwerpen roken (35%), drugs (33%) en vaperen²⁰ (26%) is het aandeel gemeenten dat aangeeft dat het GALA een extra impuls heeft gegeven het kleinst. Middelgrote gemeenten geven het vaakst aan dat het GALA een extra impuls heeft gegeven aan activiteiten op gebied van roken, vaperen, alcohol, drugs en overgewicht, gevolgd door kleine gemeenten. Voor het onderwerp sport en bewegen geven kleine gemeenten het vaakst aan dat GALA een extra impuls heeft gegeven.

5.5.6 *Reflectie en vervolg*

Voor het thema Gezonde leefstijl geeft het merendeel van de gemeenten in de vragenlijst aan dat het hen lukt om ambities om te zetten in actie (zie inleiding van dit hoofdstuk). Ook geven gemeenten aan dat het GALA hen een impuls heeft gegeven om aan leefstijlthema's te werken; vooral op het gebied van de onderwerpen 'sport en bewegen' en 'overgewicht'.

Als we kijken naar de stand van zaken van de acties op het gebied van leefstijl die in het GALA staan, komt naar voren dat het de meerderheid van de gemeenten lukt om interventies en aanpakken aan te bieden die tot doel hebben bij te dragen aan een gezonde omgeving (zoals school, sport en buurt/wijk) voor kinderen en jongeren. Ook lukt het de helft van de gemeenten om interventies en aanpakken aan te bieden op het gebied van alcohol, tabak en drugsgebruik onder jongeren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de OKO-aanpak. Daarnaast blijkt dat netwerksamenwerkingen op het gebied van middelengebruik van de grond komen, al is dat nu nog bij de minderheid van de gemeenten het geval. De inzet op strengere handhaving van de leeftijdsgrens bij alcoholverkoop lijkt minder te lukken, in vergelijking met de andere acties op het gebied van leefstijl in het GALA. Tegen welke knelpunten

²⁰ Vaperen wordt in het GALA niet genoemd, maar is wel uitgevraagd in de GALA-monitor vragenlijst vanwege de recent toegenomen aandacht voor dit onderwerp.

gemeenten hier en bij de andere acties aanlopen, kan verder onderzocht worden bij een volgende meting van de GALA-monitor.

5.6 Mentale gezondheid

5.6.1 *Terugblik en inleiding*

De vorige rapportage gaf aan dat de GALA-monitor de komende jaren verder zou kunnen onderzoeken in hoeverre gemeenten mentale gezondheid in hun beleidsplannen laten terugkomen en tot welke activiteiten dat leidt. Deze paragraaf beschrijft de stand van zaken voor deze en andere in het GALA opgenomen acties voor gemeenten en zorgverzekeraars ter versterking van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid.

In deze paragraaf beschrijven we de stand van zaken voor samenwerking op het thema Mentale gezondheid (5.6.2), de GALA-acties waaraan gemeenten werken op het gebied van beleid en doelgroepen (5.6.3), programma's en interventies (5.6.4) en laagdrempelige ondersteuning en gezondheidsnetwerken (5.6.5). De paragraaf sluit af met een reflectie op de bevindingen en het vervolg (5.6.6).

5.6.2 *Samenwerking*

In de vragenlijst van de GALA-monitor is aan gemeenten gevraagd met welke afdelingen/beleidsdomeinen binnen de gemeente wordt samengewerkt aan het thema mentale gezondheid. Hierbij werden het sociaal domein/welzijn (94%), volksgezondheid (91%) en jeugd (88%) het vaakst genoemd. Daarnaast is gevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt aan het thema mentale gezondheid. Hierbij werden het vaakst genoemd: welzijnsorganisatie (83%), GGD (82%), school (68%), huisartsenorganisatie (64%), maatschappelijk werk (63%), GGZ-instelling (63%) en sociaal (wijk)team (62%).

Aan de zorgverzekeraars die aangaven betrokken te zijn bij een of meerdere GALA-thema's is per thema een open vraag gesteld over de manier waarop de zorgverzekeraar hierbij betrokken is. Bij het thema mentale gezondheid geven de zorgverzekeraars aan dat zij betrokken zijn vanwege de IZA-regio, mentale gezondheidsnetwerken en/of het zogenoemde 'verkennend gesprek'²¹.

5.6.3 *Acties: beleid en doelgroepen*

In de vragenlijst van de GALA-monitor zijn gemeenten gevraagd naar het realiseren van doelen en acties voor het versterken van de mentale gezondheid. De helft van de gemeenten (51%) geeft aan dat het lukt om het perspectief van mentale gezondheid op te nemen in beleidsplannen. Bij twee op de drie gemeenten (65%) lukt het om de verbinding te maken met andere gezondheidsprogramma's zoals Kansrijke Start, Gezonde School en OKO.

²¹ Dat is een gesprek tussen de persoon om wie het gaat, professionals uit GGZ en sociaal domein en (meestal ook) naaste(n) van de persoon. Tijdens dit gesprek wordt verkend waar die persoon het beste naar verwezen kan worden: naar de GGZ, het sociaal domein, of naar een combinatie van beiden.

Twee op de drie gemeenten (67%) richten zich voor het versterken van de mentale gezondheid op drie of meer doelgroepen. De doelgroepen adolescenten (12 tot 18 jaar; 69%), jongvolwassenen (18 tot 25 jaar; 62%) en de algemene bevolking (48%) zijn het vaakst genoemd.

5.6.4 *Acties: programma's en interventies*

De helft van de gemeenten (50%) geeft aan dat het hen lukt om programma's aan te bieden die gericht zijn op mentale gezondheidsbevordering (zoals Welbevinden op School). Daarnaast geeft drie op de vijf gemeenten (60%) aan dat het hen lukt om interventies aan te bieden voor mentale gezondheidsbevordering. Drie gemeenten kruisten hierbij 'niet van toepassing (geen uitvoering beoogd)' aan. Alle andere gemeenten kregen een vervolgvraag over welke interventie(s)²² zij uitvoeren. Hierbij zijn Voorzorg (rondom de geboorte; 43%), KIES - Kinderen In Een Scheiding (7 tot 12 jaar; 39%) en M@ZL op het voortgezet onderwijs (12 tot 18 jaar; 32%) het vaakst genoemd. Twee op de drie (67%) gemeenten geven aan dat zij (ook) een andere interventie inzetten, zoals weerbaarheidstraining (waaronder Rots en Water) en de STORM-aanpak (Strong Teens and Resilient Minds). Zie bijlage 2 (tabel 9) voor een overzicht met alle interventies die zijn uitgevraagd.

5.6.5 *GALA-acties: laagdrempelige ondersteuning en gezondheidsnetwerken*

In het GALA is afgesproken dat gemeenten zorg dragen voor een goed sluitende (en laagdrempelige) ondersteuning, afgestemd op de behoefte van de eigen inwoners. In de GALA-monitor vragenlijst geeft 42 procent van de gemeenten aan dat dit hen lukt. Daarnaast wordt vanuit het IZA ingezet op het opzetten van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (zoals zelfregie- en herstelcentra), waar iedereen - en vooral mensen met een ernstige psychische aandoening - terecht kan voor ondersteuning. In oktober 2024 waren er 278 laagdrempelige steunpunten in beeld [20].

Ook is in het GALA afgesproken dat gemeenten bijdragen aan het verbeteren van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de GGZ, door onder andere het mee helpen inrichten van mentale gezondheidsnetwerken in de regio (conform afspraken in het IZA). In de GALA-monitor vragenlijst geeft 35 procent van de gemeenten aan dat het hen lukt om mee te helpen bij het inrichten van mentale gezondheidsnetwerken.

In de GALA-monitor vragenlijst voor zorgverzekeraars is gevraagd naar samenwerkingsafspraken met gemeenten in de regio voor het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken. Twee op de drie zorgverzekeraars (69%) geven aan dat zij deze afspraken op regionaal niveau hebben met gemandateerde gemeente(n) of met alle gemeenten in de regio afzonderlijk. De andere zorgverzekeraars geven aan dat deze afspraken er niet met alle gemeenten zijn of dat gesprekken hierover lopen (binnen de IZA-regio).

²² In de vragenlijst zijn interventies voorgelegd met eerste/goede/sterke aanwijzingen voor effectiviteit volgens het Loket Gezond Leven.

Als er in de regio samenwerkingsafspraken zijn voor het opzetten van mentale gezondheidsnetwerken, dan gaan deze het vaakst (92% van de zorgverzekeraars noemt dit) over hoe zorgprofessionals onderling samenwerken binnen de keten en met het sociaal domein. Daarnaast zijn er vaak afspraken over beschikbare middelen (84%), inzet van personeel (80%), planning (80%) en over hoeveel mensen geholpen worden (80%).

5.6.6 *Reflectie en vervolg*

Bij het thema 'het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid' lijken gemeenten het moeilijker te vinden om ambities om te zetten in acties dan bij andere gezondheidsthema's (zie inleiding van dit hoofdstuk). Bij een deel van de acties geeft nog steeds de helft van de gemeenten aan dat het hen lukt om de beoogde doelen te realiseren. Zo lukt het een meerderheid van de gemeenten om de verbinding te maken met andere gezondheidsprogramma's. Eveneens een meerderheid van de gemeenten geeft aan dat het hen lukt om programma's en/of interventies aan te bieden die gericht zijn op mentale gezondheidsbevordering. Bij andere acties op het gebied van mentale gezondheid is de uitvoering minder ver gevorderd. Dat geldt voor het zorgdragen voor een goed sluitende (en laagdrempelige) ondersteuning afgestemd op de behoefte van de eigen inwoners en voor het mee helpen met het inrichten van mentale gezondheidsnetwerken. Zorgverzekeraars geven wel aan dat er in de meerderheid van de regio's afspraken met gemeenten zijn voor het opzetten van deze netwerken.

5.7 **Vitaal ouder worden**

5.7.1 *Terugblik en inleiding*

Uit de vorige rapportage kwam naar voren dat er zowel vanuit beleid als vanuit de samenleving meer aandacht is voor vitaal ouder worden. Op veel plekken in Nederland worden activiteiten en interventies georganiseerd waarbij er aandacht is voor de doelgroep ouderen (65+). In die rapportage gaven we aan dat met onder andere de komst van het GALA en het WOZO-programma er in het sociaal en medisch domein invulling wordt gegeven aan het thema vitaal ouder worden.

In de huidige rapportage van de GALA-monitor ligt de focus op een aantal aspecten die raken aan vitaliteit. Dit zijn bewegen (specifiek voor de doelgroep ouderen), het perspectief van ouderen op vitaliteit en andere relevante ontwikkelingen rondom vitaal ouder worden. Hierover is in het afgelopen jaar nieuwe informatie beschikbaar gekomen uit andere onderzoeken of monitors. In de vragenlijsten van de GALA-monitor is het thema Vitaal ouder beperkt aan bod gekomen vanwege van de omvang van de vragenlijst.

In deze paragraaf beschrijven we de stand van zaken voor samenwerking op het thema vitaal ouder worden (5.7.2). Daarna gaat deze paragraaf achtereenvolgens in op bewegen bij ouderen als onderdeel van vitaliteit (5.7.3), het perspectief van ouderen zelf op vitaal ouder worden (5.7.4) en andere relevante ontwikkelingen rondom vitaal ouder worden (5.7.5). De paragraaf sluit af met een reflectie op de bevindingen en het vervolg (5.7.6)

5.7.2 *Samenwerking*

In de vragenlijst van de GALA-monitor is aan gemeenten (n=327) gevraagd met welke beleidsdomeinen/afdelingen binnen de gemeente wordt samengewerkt aan het thema vitaal ouder worden. Uit de antwoorden blijkt dat de domeinen sport en bewegen (95%), sociaal domein/welzijn (94%) en volksgezondheid (92%) het vaakst worden genoemd. Ook is gevraagd met welke partijen buiten de gemeentelijke organisatie wordt samengewerkt aan vitaal ouder worden. Hieruit blijkt dat gemeenten buiten hun organisatie vooral samenwerken met welzijnsorganisaties (91%), paramedische zorgorganisaties (75%) en ouderenorganisaties (73%).

5.7.3 *Bewegen bij ouderen als onderdeel van vitaliteit*

Binnen het GALA is het streven dat er aandacht is voor specifieke behoeften van ouderen en dat dit ondersteund wordt met passend beweegaanbod. Gemeenten kunnen vanuit de Brede Regeling Combinatiefuncties (BRC) buurtsportcoaches inzetten. Het Mulier Instituut heeft onderzoek gedaan onder sportverenigingen, stakeholders binnen ouderensport en onder buurtsport- en beweegcoaches. Dit onderzoek laat zien dat er bij sportverenigingen vaak geen speciaal sport- en beweegaanbod voor ouderen is. Terwijl dit bij buurtsport- en beweegcoaches en aanbieders van beweegprogramma's voor ouderen vaak wel het geval is [21]. Uit een verdiepend onderzoek onder buurtsportcoaches (n=74) blijkt dat 62 procent naar eigen zeggen werkt aan het doel 'ouderen stimuleren om vitaal oud te worden (bijvoorbeeld valpreventie)' [22].

Met de komst van het GALA en daarbij behorende financiële middelen is er op veel plekken ingezet op valpreventie bij ouderen, zie hoofdstuk 3. Bewegen onder de doelgroep ouderen is een belangrijk onderdeel van de ketenaanpak Valpreventie. Het stimuleren van de doorstroom van ouderen naar structureel sport- en beweegaanbod is ook een van de beoogde resultaten in het GALA voor het thema vitaal ouder worden. Uit de monitor Valpreventie, gepubliceerd in 2024, kwam naar voren dat er op veel plekken gestart is met de inrichting van de ketenaanpak Valpreventie, maar dat er nog weinig zicht is op de doorstroom van ouderen naar het reguliere sport- en beweegaanbod binnen de ketenaanpak Valpreventie. Het Mulier Instituut rapporteerde in 2024 dat het doorverwijzen van ouderen naar structureel sport- en beweegaanbod als onderdeel van de ketenaanpak Valpreventie nog beperkt gebeurt [21]. Een belemmerende factor is dat er vaak een overzicht ontbreekt van het sport- en beweegaanbod in de gemeente.

5.7.4 *Perspectief van ouderen zelf op vitaal ouder worden*

Inwoners hebben unieke inzichten en ervaringen vanuit hun dagelijks leven die kunnen helpen bij het vormgeven en laten slagen van preventiebeleid. Het RIVM is in 2023 gestart met het onderzoek Vital4all waarin wordt onderzocht hoe oudere inwoners (55+) zelf over vitaal ouder worden denken met behulp van Group Model Building (GMB). Het onderzoek wordt uitgevoerd in gemeente Het Hogeland en in gemeente Almere. In drie sessies met oudere inwoners is verkend wat zij verstaan onder vitaal ouder worden, welke factoren hierop van invloed zijn, en hoe deze factoren onderling samenhangen. Van de GMB-sessies in Het

Hogeland, met twaalf oudere inwoners, zijn de resultaten inmiddels beschikbaar [23].

Op basis van de gesprekken met oudere inwoners van de gemeente Het Hogeland is een samenhangend model ontwikkeld (zie bijlage 2, Figuur 1). Op basis van de genoemde factoren zijn er drie clusters gevormd: mentale, sociale en leefstijlfactoren. Vooral de mentale en sociale factoren spelen een rol als het gaat om vitaal ouder worden. Dit komt overeen met bevindingen uit andere recente onderzoeken [24-26]. Factoren die meer over de lichamelijke aspecten gaan, zoals het hebben van een ziekte, zijn wel besproken maar uiteindelijk niet opgenomen in het model. Volgens de oudere inwoners hoort het hebben van een ziekte bij het ouder worden en gaat het er vooral om hoe je daar mee omgaat (factor 'omgaan met ziekte' in het model). Vervolgens gaven zij aan dat een 'positieve instelling' en ook de 'steun van de nabije omgeving' hen helpt om om te gaan met een ziekte (positieve relatie). Verder werden de leefstijlfactoren 'gezonde voeding' en 'dagelijkse beweging' vaak gerelateerd aan mentale en sociale factoren. Zo leidt meer 'stress' volgens de oudere inwoners tot minder gezond eten (negatieve relatie). En kan meer dagelijks bewegen juist stress verminderen (negatieve relatie) en ook zorgen voor meer 'betekenisvolle sociale interacties' (positieve relatie). Deze onderlinge verbondenheid van de factoren maakt duidelijk dat een integrale aanpak wenselijk is, waarbij er een verbinding gemaakt wordt tussen sociale, mentale en leefstijlfactoren die van invloed zijn op vitaal ouder worden.

5.7.5

Andere relevante ontwikkelingen rondom vitaal ouder worden

Naast het GALA heeft ook het WOZO-programma een rol bij het thema vitaal ouder worden. De WOZO-monitor die Q-consult heeft uitgevoerd, laat zien dat er in het afgelopen jaar verschillende ontwikkelingen zijn geweest die mogelijk bijdragen aan het stimuleren van vitaal ouder worden [27]. Zo zijn diverse subsidies binnen het WOZO-programma goedgekeurd voor het bevorderen van sociale cohesie en het ondersteunen van langer zelfstandig thuis wonen. Momenteel wordt in een andere WOZO-monitor, uitgevoerd door het RIVM, onderzocht in hoeverre de beweging naar de 'nieuwe norm' zoals gedefinieerd in het WOZO (zelfstandig als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan) plaatsvindt. Dit onderzoek levert inzichten op over hoe ouderen omgaan met deze principes in de praktijk [28]. De resultaten hiervan worden eind 2025 verwacht.

Op het moment van de totstandkoming van deze GALA-rapportage vinden onderhandelingen plaats over de invulling van een hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) [29]. Hierin moeten onder andere afspraken komen te staan over de verbetering van de zorg voor ouderen en het ondersteunen van zorgprofessionals in dit proces. Dit sluit aan bij het GALA dat ernaar streeft dat ouderen zo lang mogelijk regie houden over hun eigen leven en vitaal blijven. De ontwikkelingen binnen een akkoord als het HLO kunnen mogelijk van invloed zijn op het GALA, doordat beide akkoorden streven naar een verbeterde zorg en ondersteuning voor ouderen, waarbij de vitaliteit en zelfstandigheid van ouderen centraal staan. Gemeenten spelen een belangrijke rol in de uitvoering van beide akkoorden, vooral binnen de Wet maatschappelijke

ondersteuning en de Zorgverzekeringswet. Samen dragen ze bij aan een integrale aanpak voor vitaal ouder worden.

5.7.6 *Reflectie en vervolg*

Voor deze rapportage van de GALA-monitor heeft het RIVM weinig informatie zelf verzameld over het thema vitaal ouder worden, omdat er keuzes gemaakt moesten worden in de vragenlijst. Vitaal ouder worden omvat meerdere aspecten. Ondanks dat er op verschillende plekken aandacht is voor het thema vitaal ouder worden, lijkt dit zich vaak te richten op slechts een gedeelte van de factoren die bijdragen aan vitaliteit. Bij beleidsvorming ligt doorgaans de nadruk op lichamelijke aspecten zoals bewegen, terwijl ouderen zelf meer de nadruk op de sociale en mentale aspecten van vitaliteit leggen. Dit benadrukt het belang van het perspectief van ouderen in de verdere uitwerking en uitvoering van plannen in het kader van het GALA. In de kamerbrief van april 2025 wordt benadrukt hoe belangrijk het is om een stevig fundament te leggen voor publieke gezondheid, met een focus op preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl, vooral voor ouderen [30]. Voor het stimuleren van vitaal ouder worden is echter een integrale benadering nodig van vitaal ouder worden, waarbij zowel aandacht is voor lichamelijke als sociale en mentale vitaliteit. Hierbij is het belangrijk dat specifieke groepen ouderen extra ondersteuning nodig hebben om vitaal te blijven. Het erkennen van deze verschillende behoeftes en het daarop afstemmen van beleid, bijvoorbeeld met gerichte beweeg- of welzijnsprogramma's, kan bijdragen aan het bereiken van de doelstelling van vitaal ouder worden voor iedereen.

6 Beschouwing

De GALA-monitor volgt de ontwikkelingen rondom het GALA op de zeven gezondheidsthema's en geeft inzicht in de domeinoverstijgende samenwerking op regionaal niveau en de integrale aanpak op lokaal niveau. Daarnaast geeft de GALA-monitor een beeld van de uitrol van de ketenaanpakken en van de kennisbehoefte en-uitwisseling om effectief te werken aan gezondheid en preventie. In deze rapportage van de GALA-monitor staat de stap van ambitie naar actie centraal.

Deze rapportage volgt relatief kort op de publicatie van december 2024 over de eerste stand van zaken. Een deel van de huidige meting is een herhaling van de vorige meting en geeft een indruk van de verdere GALA-beweging. Daarnaast zijn bij de huidige meting enkele nieuwe elementen aan de monitor toegevoegd die in de vorige meting nog ontbraken of die aanscherping verdienen. Zo is er bijvoorbeeld meer aandacht voor de uitvoering van integrale aanpak op lokaal niveau.

In de afgelopen jaren zijn regioplannen voor de IZA-regio's opgesteld en hebben gemeenten plannen gemaakt in het kader van de brede-SPUK-regeling die het financiële arrangement vormt van het GALA. In de resultaten van de verschillende hoofdstukken is te zien dat de GALA-beweging verder vorm krijgt, maar dat er ook nog belemmeringen zijn. Voor alle ketenaanpakken geldt dat in minimaal 70 procent van de responderende gemeenten is gestart met de inrichting. Voor sommige ketenaanpakken is dit 90 procent (Valpreventie en Sociaal verwijzen). Dit betekent echter niet dat er overal aanbod is en mensen overal worden doorverwezen naar zorg- en welzijnsaanbieders. Op verschillende manieren is in dit rapport zichtbaar gemaakt dat gemeenten integraal werken aan gezondheid en preventie. Voor elk van de GALA-thema's geldt dat minstens de helft van de gemeenten zelf aangeeft dat het lukt om ambitie naar actie om te zetten. Het beste lukt dat voor de thema's sociale basis en vitaal ouder worden (drie kwart van de gemeenten) en het minst goed voor de relatief nieuwe thema's leefomgeving en mentale gezondheid (ongeveer de helft van de gemeenten). Zorgverzekeraars zijn vooral betrokken bij de thema's vitaal ouder worden en mentale gezondheid.

6.1 Reflectie op het GALA

Zoals in het vorige rapport ook is aangegeven, heeft de beweging die het GALA beoogt tijd nodig. Robuust voorspelbaar gezondheidsbeleid, dat programma's, akkoorden en regeerperiodes overstijgt, is belangrijk om uiteindelijk effecten te zien op de volksgezondheid [1]. Dit vraagt van landelijke partijen en de politiek om visie en randvoorwaarden en op regionaal en lokaal niveau de wil en soms creativiteit om de stap naar uitvoering en borging te blijven zetten. Zaken zullen structureel ingericht moeten worden om de stip op de horizon (gezonde generatie in 2040) te bereiken. Het huidige rapport laat zien dat er weer vooruitgang is geboekt, maar dat verdere stappen en borging onder druk staan.

Samenwerking op regionaal niveau

De beoogde GALA-beweging naar meer domeinoverstijgende samenwerking om gezondheid te bevorderen is nog steeds in ontwikkeling. In het vorige rapport werd aangegeven dat het GALA een impuls aan deze beweging had gegeven en dit lijkt zich in de afgelopen periode te hebben voortgezet. De geïnterviewden in de zes regio's geven aan dat er concrete stappen worden gezet bij het implementeren van interventies en dat de samenwerking meer structuur heeft gekregen. De nadruk lijkt daarbij vooral te liggen op het verstevigen van bestaande initiatieven en beleid binnen de gemeenten. Tegelijkertijd is de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar wel veranderd. Dit is bijvoorbeeld te zien in de afgenomen mate waarin de afspraken voor een regionale preventie-infrastructuur zijn gemaakt. Een reden hiervoor kan zijn dat de focus inmiddels meer op de uitvoering van de afspraken ligt dan op de afspraken zelf. Maar uit de interviews blijkt ook dat de samenwerking onder druk staat door landelijke ontwikkelingen rondom bestaande (IZA) en nieuw te ontwikkelen akkoorden (zoals het Aanvullend Zorg- en Welzijns Akkoord (AZWA)) en onzekerheid rondom financiering. Dit alles heeft ook zijn weerslag op de plannen voor verdere borging van de samenwerking, en op de verankering van de ketenaanpakken. De ondertekenende partijen van het GALA lijken zich in te willen zetten om de regionale preventie-infrastructuur verder vorm te geven, zoals aangegeven in de Midterm Review van het GALA [31].

Financiering van GALA-activiteiten

Uit de resultaten blijkt dat de beschikbare SPUK-middelen voor het GALA worden aangewend om de gemaakte plannen uit te voeren. Zo worden nieuwe ketenaanpakken gestart, bestaande ketenaanpakken verder ingericht of opgeschaald en worden projecten rondom GALA-thema's gestart of uitgebreid. Uit de resultaten blijkt tegelijkertijd dat op meerdere vlakken de onduidelijkheid over de vervolffinanciering als belangrijkste belemmering wordt aangegeven voor de voortgang van GALA-activiteiten, nog los van de vraag of de bestaande middelen toereikend zijn om alle beoogde acties te kunnen uitvoeren. Zowel bij de interviews over regionale en lokale samenwerking als bij de vragen in de vragenlijst over verdere implementatie van de ketenaanpakken, komt deze belemmering net als in de vorige meting veel naar voren. Met het sluiten van het GALA werd juist ingezet op het structureel beschikbaar stellen van geoormerkt budget voor een aantal onderdelen, zodat gemeenten plannen voor de lange termijn kunnen maken. Het lijkt er echter op dat de bekende knelpunten rondom incidentele middelen voor preventie en structurele borging, nog niet zijn opgelost [1]. In de Midterm Review van het GALA (april 2025) is aangegeven dat de inzet van structurele middelen wel weer een van de gesprekspunten is in het kader van een nieuw op te zetten akkoord (AZWA) [31, 32]. En de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport geeft in zijn brief over een versterkte infrastructuur publieke gezondheid aan dat verkend wordt of er wettelijke verankering kan komen van bepaalde thema's voor gemeenten (gezondheidsachterstanden, seksuele gezondheid en ketenaanpakken zoals Kansrijke Start en Valpreventie).

Integrale aanpak van preventie

Op verschillende manieren is in dit rapport zichtbaar gemaakt dat gemeenten integraal werken aan gezondheid en preventie. De scores op

de maturity-index laten zien dat alle responderende gemeenten op weg zijn in het samenwerken met andere beleidsdomeinen en bezig zijn met het realiseren van hun plannen rond het GALA; een kwart van de gemeenten is zelfs al verder gevorderd. Bij de integrale aanpak van de GALA-thema's op lokaal niveau is er sprake van verbinding tussen de thema's, van samenwerking tussen verschillende domeinen binnen de gemeente en samenwerking met organisaties buiten de gemeentelijke organisatie. Hoewel ten minste een deel van de gemeenten voorafgaand aan het GALA ook al werkte met een integrale aanpak, geeft twee derde van de gemeenten aan dat het GALA hierop van invloed is (geweest). Mogelijk kan de nieuwe beleidsagenda 'Gezondheid in alle beleidsdomeinen' (voorheen 'Health in All Policies') hier een verdere impuls aan geven. De staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport heeft samen met bewindspersonen van andere departementen de eerste contouren hiervan geschetst [30]. Dit kan gemeenten helpen om verder te groeien in het samenwerken tussen beleidsdomeinen aan gezondheid en preventie.

Ketenaanpakken

Het GALA beoogt een landelijk dekkend aanbod van de vijf ketenaanpakken, waarvoor per 1 januari 2024 in elke regio in zoveel mogelijk gemeenten gestart moest zijn met de inrichting. Inmiddels is in elke regio gestart met de inrichting van alle ketenaanpakken en voor elke ketenaanpak geldt dat in minimaal 70 procent van de gemeenten is gestart. Gestart zijn betekent echter niet dat er ook aanbod is (en dus dat er een landelijk aanbod is) en dat mensen worden doorverwezen naar zorg- en welzijnsaanbieders. Daarom is het belangrijk om niet alleen te kijken naar wel of niet gestart zijn, maar ook naar de gezette stappen, zoals de aanstelling van een coördinator/projectleider, samenwerkingsafspraken met ketenpartners en of er al concreet cliënten worden geholpen. Cijfers over doorverwijzingen en het bereik van interventies kunnen in de toekomst meer duidelijkheid geven over het aanbod. Binnen de monitors over Valpreventie en Kansrijke Start worden al steeds meer gegevens gepresenteerd over het aanbod voor deze ketenaanpakken [7].

In dit rapport is gekeken naar verklaringen voor de verschillen tussen gemeenten in de stappen die zijn gezet in de inrichting van de ketenaanpakken. Zo is er gekeken of gemeenten die tot een IZA-regio behoren meer op elkaar lijken qua gezette stappen, dan gemeenten van verschillende IZA-regio's.. Dit zou kunnen betekenen dat ketenaanpakken in de regio gezamenlijk worden uitgevoerd. De IZA-regio waarin een gemeente zich bevindt, lijkt echter maar een beperkte invloed te hebben, ondanks de regionale werk- en mandaatstructuur vanuit het IZA en het GALA. Ook het startjaar van de inrichting van de ketenaanpakken hangt weinig samen met het type gezette stappen. Mogelijk zijn al eerder opgezette aanpakken en programma's en lokale prioritering meer bepalend. Het RIVM zal daar voor de volgende rapportage van de GALA-monitor verder onderzoek naar doen.

GALA-thema's

In veel gemeenten blijkt het te lukken om de acties, zoals in het GALA beschreven voor de verschillende thema's, uit te voeren. Op sommige thema's lijkt er echter nog wel ruimte te zijn voor verbetering,

bijvoorbeeld mentale gezondheid, sociale basis en gezonde leefstijl. Acties waar het voor deze thema's wat minder goed lukt, zijn het opzetten van netwerksamenwerkingen op het gebied van middelengebruik en van mentale gezondheidsnetwerken, inzet op strengere handhaving van de leeftijdsgrens bij alcoholverkoop, aanpak van eenzaamheid volgens vijf pijlers en laagdrempelige ondersteuning op het gebied van mentale gezondheid afgestemd op de behoefte van inwoners. Gemeenten blijken ook moeite te hebben met het vormgeven van het thema gezondheidsachterstanden. Uit de peiling naar informatiebehoefte blijkt dat gemeenten vooral voor dit thema behoefte hebben aan interventies en aanpakken. Voor dit thema is ook geen specifieke landelijk aanpak. Wat interventies betreft, lukt het de helft van de gemeenten om voor mentale gezondheidsbevordering programma's en interventies aan te bieden. Bij de helft van de gemeenten lukt het om aanpakken aan te bieden op het gebied van alcohol, tabak en drugsgebruik en bij 70 procent interventies voor gezonde omgeving (thema leefstijl). Voor het thema leefstijl komt er hernieuwde aandacht vanuit de samenhangende preventiestrategie die de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport onlangs heeft aangekondigd [33]. Voor kinderen en jongeren wordt volgens deze strategie gewerkt aan aanvullende afspraken voor onder andere de thema's roken, overgewicht en alcoholgebruik. De omgeving waarin kinderen en jongeren opgroeien wordt centraal gezet.

Voor het thema mentale gezondheid is momenteel veel aandacht. De staatssecretaris vindt dat er op dit thema meer inzet nodig is en de landelijke aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal', die onderdeel is van het GALA, loopt eind van dit jaar af. Er komt een actieprogramma 'mentale gezondheid en ggz' en in de beleidsagenda 'Gezondheid in alle beleidsdomeinen' van eind 2024 staan maatregelen voor andere beleidsdomeinen die mentale gezondheid moeten versterken [9]. Maar ook in het IZA is mentale gezondheid een thema. Wat de verbinding met andere thema's (domeinen) betreft, blijkt dat het thema nog meer te verbinden is met het domein fysieke leefomgeving.

6.2 Reflectie op de GALA-monitor

De GALA-monitor is bedoeld om een beweging in beeld te brengen. Daarom ligt de focus van deze monitor op de inspanningen (acties) en opbrengsten, zie ook het logische model (zie Figuur 1.1). Hoewel de monitor op hoofdlijnen nuttige informatie oplevert, roept het wel vragen op die in een vervolgonderzoek uitgediept kunnen worden. Waardoor komt het bijvoorbeeld dat de ene gemeente of regio een stuk verder is dan de andere? Een dergelijke vraag is een belangrijk thema voor het GALA-leernetwerk, maar er kan ook verdere verdieping plaatsvinden voor een volgende voortgangsrapportage door bijvoorbeeld interviews te houden of verdere analyses op de verzamelde gegevens uit te voeren. Deze verdieping zou helpend kunnen zijn voor betrokken partijen om verder te werken aan de GALA-doelen en -acties.

Het GALA is door vier partijen ondertekend. Naast de acties voor gemeenten en zorgverzekeraars, waarop de nadruk ligt in dit rapport, is er in het GALA ook een rol weggelegd voor het ministerie van VWS en GGD'en. Hoewel er wel informatie is opgehaald over de rol van GGD'en,

zijn zij zelf heel beperkt aan het woord geweest. Voor een volgende versie van de monitor is dat wel een optie. Hetzelfde geldt voor het ministerie van VWS. De landelijke randvoorwaarden blijken een sterke invloed te hebben op lokaal en regionaal niveau, waardoor het nuttig is om ook in beeld te brengen wat de voortgang op de acties van het ministerie van VWS is.. Ook voor kennisbehoefte en -uitwisseling en de regionale preventie-infrastructuur geldt dat het perspectief van andere partijen in beeld kan worden gebracht.

Hoewel inwoners geen ondertekenende partij zijn, is het ook van belang deze groep aan het woord te laten of te inventariseren in hoeverre zij betrokken worden in de planvorming rondom het GALA. Uit de interviews blijkt dat het lastig is om inwoners te betrekken bij de planvorming en de uitwerking van plannen. Voor het thema leefomgeving blijken bewoners wel al een belangrijke samenwerkingspartner te zijn. Op basis van de bevindingen bij het thema vitaal ouder blijkt dat het nog meer van toegevoegde waarde kan zijn om inwoners te betrekken. Voor de komende rapportage proberen we dan ook het inwonersperspectief mee te nemen. Door van inwoners te horen wat zij merken van de inspanningen die vanuit het GALA worden gedaan en wat zij vinden dat zij zelf nodig hebben om gezond en actief te leven. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan een motie daarover [32].

Voor de huidige rapportage van de GALA-monitor is een mix van vragenlijstonderzoek, interviews en rapporten van andere organisaties gebruikt om tot de genoemde inzichten te komen. Belangrijke bronnen van gegevens voor deze rapportage zijn de vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars. Daarbij is een hoge respons gehaald. Het is echter niet bekend in hoeverre de groep respondenten (contactpersonen van gemeenten en zorgverzekeraars) representatief is voor de totale groep. Ook is niet bekend of de vragenlijst is ingevuld door degenen met de meeste kennis van zaken, of er is overlegd met collega's en of er wellicht een rooskleurige voorstelling van de voortgang is gegeven. Wat betreft de interviews in de zes regio's zijn er voor deze tweede meting minder betrokkenen geïnterviewd. Aanbieders van zorg en welzijn zijn deze keer niet gesproken. De focus lag bij deze meting op het perspectief van gemeente en zorgverzekeraar aangevuld met het perspectief van de GGD en/of regionale projectleiders/programmamanagers. Ondanks bovengenoemde beperkingen, komt er vanuit de verschillende bronnen en perspectieven een consistent beeld naar voren.

Voor een aantal onderdelen van de vragenlijst zijn de vraagstellingen van de eerste meting herhaald. Datzelfde geldt voor de interviews. Hierdoor kunnen ontwikkelingen en bewegingen in beeld worden gebracht. Sommige vraagstellingen zijn vanwege voortschrijdend inzicht aangepast. Hierdoor is er een verbetering in de dataverzameling gemaakt, maar konden niet altijd vergelijkingen met de vorige meting worden gedaan. Ook kan niet worden uitgesloten dat eventuele verschillen in de resultaten tussen deze en de vorige meting veroorzaakt zijn doordat de vragenlijst dit keer door een andere persoon is ingevuld. In deze rapportage zijn geen uitkomstindicatoren (zoals het percentage rokers of mensen met psychische klachten) gepresenteerd. De reden

hiervoor is dat veranderingen in dit soort indicatoren langere tijd in beslag nemen. Over een aantal jaren zullen deze weer worden opgenomen in de GALA-monitor. Een lastige bijkomstigheid is dat er in het GALA geen doelstellingen zijn geformuleerd op deze indicatoren. Met uitzondering van de leefstijlthema's waarvoor doelstellingen in het Nationaal Preventie Akkoord staan. De Raad van Volksgezondheid en Samenleving adviseerde in 2023 om gezondheidsdoelen wettelijk te verankeren om continuïteit van beleid te garanderen [34]. De staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport heeft in zijn reactie aangegeven, te zullen verkennen of gezondheidsdoelen kunnen bijdragen aan een gezamenlijk perspectief van betrokken partijen [30]. Het stellen van doelen is volgens hem complex vanwege de gezamenlijke verantwoordelijkheid die bij dit soort doelen komt kijken.

6.3 Conclusie

Deze rapportage over de tweede meting van de GALA-monitor laat zien dat de stap van ambitie naar actie zeker gezet wordt. Zo zijn er stappen gezet in de verdere inrichting van de ketenaanpakken en worden de afgesproken acties bij de GALA-thema's uitgevoerd. Tegelijkertijd zijn er signalen over factoren die een verdere voortgang (kunnen) belemmeren, zoals onduidelijkheid over een visie voor de lange termijn, over financiering en over het structureel samenwerken tussen partijen. Daarom is het belangrijk dat de beweging die is ingezet met het GALA duurzaam geborgd wordt. Op lokaal niveau kan verantwoordelijkheid worden genomen om duurzame samenwerkingen aan te gaan en te blijven leren in de aanpak. Het helpt daarbij als de landelijke partijen voldoende aandacht hebben voor ondersteunende randvoorwaarden om een stap verder te komen op regionaal en lokaal niveau. Denk aan een stevige kennisbasis om goed onderbouwde keuzes te maken. Investerings en een lange adem blijven nodig om te komen tot een gezonde generatie 2040.

Dankwoord

Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van vele anderen.

Allereerst willen we de overige leden van ons onderzoeksteam bedanken voor hun hulp en bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport: Joyce Molenaar, Cathy Rompelberg, Sarah Vader en Natascha van Vooren.

We zijn dank verschuldigd aan de deelnemers van de vragenlijsten, de mensen die we mochten interviewen en deelnemers van het RIVM-leernetwerk GALA-monitor. Ook danken we de leden van het kernteam met de ondertekenaars van het GALA voor hun bijdrage.

We danken verder de experts die we hebben geraadpleegd bij het schrijven van het rapport: Roos Scherpenzeel en Karin Verbeek (Movisie) voor hun bijdrage aan hoofdstuk 5. En, tot slot, onze RIVM-collega's Djoeke van Dale, Jolanda van der Heide, Karlijn Leenaars en Annemieke Spijkerman.

Referenties

1. Van den Brink C, Baâdoudi F, Bel L, Brus I, Buijs M, Dinnissen C, et al. Rapportage GALA-monitor 2024. Eerste stand van zaken. Bilthoven: RIVM; 2024.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. GALA Gezond en Actief Leven Akkoord. Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zeten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2023.
3. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Integraal Zorg Akkoord, Samen werken aan gezonde zorg. Den Haag: Rijksoverheid; 2022.
4. VNG. Werkwijze & structuur van de samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars Den Haag: VNG; 2017 [Available from: [https://vng.nl/artikelen/werkwijze-structuur-van-de-samenwerking-gemeenten-en-zorgverzekeraars#:~:text=Samenwerken%20met%20zorgverkeeraars%20\(en%20zorgkantoren\)%20is%20voor%20gemeenten](https://vng.nl/artikelen/werkwijze-structuur-van-de-samenwerking-gemeenten-en-zorgverzekeraars#:~:text=Samenwerken%20met%20zorgverkeeraars%20(en%20zorgkantoren)%20is%20voor%20gemeenten)].
5. Storm I. Towards a HiAP cycle. Health in All Policies as a practice-based improvement process. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2016.
6. Loket Gezond Leven. Handreiking voor zorgverzekeraars en gemeenten bij het landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas Bilthoven: RIVM; 2025 [Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/handreiking-voor-zorgverzekeraars-en-gemeenten-bij-landelijk-model-ketenaanpak-voor>].
7. Baâdoudi F, van der Heide J, de Bekker A, Reckman P, Lemmens L. Monitor Valpreventie. Stand van zaken ketenaanpak Valpreventie in 2023 en eerste half jaar 2024. Bilthoven: RIVM; 2024.
8. Klimaatverbond Nederland. Verslag CoP Themabijeenkomst Hitte: Lokale hitteplannen (13 april 2023) 2024 [Available from: <https://klimaatverbond.nl/wp-content/uploads/2023/05/Verslag-CoP-Themabijeenkomst-Hitte-lokale-hitteplannen-230413.pdf>].
9. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kabinetsreactie SER briefadvies sociaaleconomische gezondheidsverschillen: Beleidsagenda 'Gezondheid in alle beleidsdomeinen'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024. Contract No.: Kamerbrief 4029905-1076714-PG.
10. Programma Gezonde Leefomgeving. Publieke samenvatting statusmeting 2024: Programma Gezonde Leefomgeving; 2024 [Available from: [https://static1.squarespace.com/static/65b5243137329b5f0dd72b7f/t/67b6d2497cc1f55e38c142e2/1740034634141/Publieke+ same nvatting+ PGLO+ -+ iresearch.pdf](https://static1.squarespace.com/static/65b5243137329b5f0dd72b7f/t/67b6d2497cc1f55e38c142e2/1740034634141/Publieke+same nvatting+ PGLO+ -+ iresearch.pdf)].
11. Schone Lucht Akkoord. (z.d.). Deelnemers Schone Lucht Akkoord 2025 [Available from: <https://www.schoneluchtakkoord.nl/sla-0/deelnemers/>].

12. Klimaatverbond Nederland. Route Hitte-adaptatie: 100% hittebestendig Nederland 2025 [Available from: https://klimaatverbond.nl/wp-content/uploads/2025/04/Route-Hitte-adaptatie_100procent_20250324.pdf].
13. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Voortgangsrapportage Eén tegen eenzaamheid 2024. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2025. Contract No.: 4047507-1078513-DMO.
14. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Hoofdlijnenbrief wet maatschappelijke ondersteuning. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024. Contract No.: 4009772-1075532-DMO.
15. Trimbos Instituut. Over opgroeien in een kansrijke omgeving Utrecht: Trimbos; 2025 [Available from: <https://www.trimbos.nl/aanbod/programmas/opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/over-opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/#oko-gemeenten>].
16. Ipsos I&O. Werken (meer) gemeenten aan rookvrije omgeving? Locatiemonitor 2025 gaat van start! Enschede: Ipsos I&O; 2025 [Available from: <https://www.ipsos-publiek.nl/actueel/werken-meer-gemeenten-aan-rookvrije-omgeving-locatiemonitor-2025-gaat-van-start/>].
17. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Nederland beweegt. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2023.
18. Van Mourik-Boelema M, Vos E, de Valk T, Lemmens L, Brus I, van den Berg S. Evaluatie actieplan Nederland beweegt. Voortgangsrapportage 2024. Bilthoven: RIVM; 2025.
19. Mulier Instituut. Landelijk beleid werkt door in lokaal sportbeleid Utrecht: Mulier Instituut; 2025 [Available from: <https://www.mulierinstituut.nl/nieuws/landelijk-beleid-werkt-door-in-lokaal-sportbeleid/>].
20. Anthonio G, Kooistra J. Onderzoek- en adviesrapport, “Verkenkend onderzoek naar de stand van zaken en ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten”. Galan Groep; 2024.
21. Melman M, van der Heijden J, van Gorp M, Smit D. Sport- en beweegaanbod voor ouderen. Wat is de aandacht voor valpreventie? Utrecht: Mulier Instituut; 2024.
22. Baggen W, van Stam W, Keijzer M, Greven A, Gómez Berns A. De Buurtsportcoach. Profiel van de brede regeling combinatiefuncties. Utrecht: Mulier Instituut; 2024.
23. Besselink D, van der Lucht F, Barsties L, Jansen-van der Vliet M, Kuijpers T, Lemmens L, et al. Uncovering the dynamic system driving older adults’ vitality: a causal loop diagram co-created with Dutch older adults [geaccepteerd door Health Expectations] 2025.
24. Jongeneelen M, Wieringa C, den Elzen W, Langeveld K, Gussekloo J, Drewes Y. The definition of vitality—the perspectives of Dutch older persons. BMC Public Health. 2025;25(1):383.
25. Huber M, Jung HP, van den Brekel-Dijkstra K. Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk: Samenwerken aan betekenisvolle zorg. Houten; 2021.

26. Ten Bruggencate T, Luijkx KG, Sturm J. Social needs of older people: A systematic literature review. *Ageing & Society*. 2018;38(9):1745-70.
27. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. WOZO monitoring output 2024. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2024.
28. Van der Heide J, Baâdoudi F, Brus I, Busch M, Koopman N, van den Bogaard C. Plan van aanpak WOZO monitor niveau 3: Beweging in de maatschappij – zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan. Bilthoven: RIVM; 2024. Contract No.: RIVM Kennisnotitie KN-2024-0047.
29. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kamerbrief over hoofdlijnenakkoord ouderenzorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2025.
30. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Stevig fundament publieke gezondheid: Reactie op advies 'Op onze gezondheid' van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2025. Contract No.: Kamerstuk 2025D17468.
31. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Gezond en Actief Leven Akkoord. Mid-term review april 2025. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2025.
32. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kamerbrief mid-term review Gezond en Actief Leven Akkoord. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2025. Contract No.: 4083713-1081048-PG.
33. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Samenhangende preventiestrategie: eerste contouren. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2025. Contract No.: 32793-820.
34. Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving. Op onze gezondheid - de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg Den Haag: RVS; 2023 [Available from: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/18/op-onze-gezondheid>].
35. Sinha P, Calfee CS, Delucchi KL. Practitioner's guide to latent class analysis: methodological considerations and common pitfalls. *Critical care medicine*. 2021;49(1):e63-e79.
36. Weller BE, Bowen NK, Faubert SJ. Latent class analysis: a guide to best practice. *Journal of black psychology*. 2020;46(4):287-311.

Bijlage 1 Methoden GALA-monitor

Deze bijlage geeft een nadere beschrijving van de databronnen die in het kader van de GALA-monitor zijn gebruikt (zie tabel 1). Deze databronnen zijn:

- A. Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in maart en april 2025 door 327 van de 342 gemeenten, en vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in maart en april 2025 door 35 van de 38 vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.
- B. Interviews (n=14) over de voortgang in de regionale en lokale samenwerking, afgenomen in maart en april 2025 bij 24 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en projectleiders/programmamanagers vanuit zes regio's).
- C. Het GALA-leernetwerk voor een verdiepend beeld op de voortgang in de praktijk, gericht op het uitwisselen van ervaringen en actiegericht werken met 19-26 deelnemende beleidsmakers bij gemeenten.
- D. Beleidsvisies sociale basis, door 109 gemeenten gedeeld met het RIVM naar aanleiding van de GALA-vragenlijst 2025.

Tabel 1 Gebruikte databronnen per hoofdstuk.

	H2	H3	H4	H5
Vragenlijst:				
- gemeenten	x	x	x	x
- zorgverzekeraars	x	x		x
Interviews over regionale en lokale samenwerking	x			
GALA-leernetwerk voor gemeenten	x		x	x
Beleidsvisies sociale basis				x

Het vervolg van deze bijlage beschrijft de vier databronnen afzonderlijk. Toegang tot de data (met uitzondering van vertrouwelijke of persoonsgegevens), bijbehorende code en documentatie is opvraagbaar (monitorGALA@rivm.nl).

A. Vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars

Dit eerste deel van de bijlage beschrijft de methoden van het vragenlijstonderzoek onder vertegenwoordigers van gemeenten en (preferente) zorgverzekeraars in elke regio met een regioplan. De vragenlijsten voor gemeenten en zorgverzekeraars zijn tot stand gekomen in afstemming met interne (projectleiders ketenaanpakken en andere monitors) en externe adviseurs (ZN, VNG, GGD-GHOR NL, VWS²³). De vragen in de vragenlijst gaan over de verschillende GALA-

²³ ZN: Zorgverzekeraars Nederland, VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, GGD-GHOR NL: Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst - Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio, VWS: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

thema's, over regionale afspraken over gezondheidsbevordering en preventie en over de inrichting van de ketenaanpakken. Hieronder komen de volgende punten aan de orde: 1) hoe de data is verzameld, 2) de respons, 3) de analyse van de gegeven antwoorden.

Dataverzameling

Voor de vorige uitvraag heeft de VNG een overzicht gemaakt van contactpersonen per gemeente en ZN van de vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraar per IZA-regio. Voor de huidige uitvraag zijn deze contactpersonen en vertegenwoordigers opnieuw benaderd om de vragenlijst in te vullen. Indien het bekende e-mailadres niet meer geldig was, zijn via de VNG en ZN nieuwe contactgegevens verkregen. Voor het opzetten van de vragenlijsten en het versturen en verzamelen van de antwoorden is een digitaal platform (Formdesk) gebruikt. Binnen de vragenlijst onder gemeenten bestond de optie dat een deel van de vragenlijst – over specifieke ketenaanpakken – door een andere collega werd ingevuld. In de vragenlijst voor zorgverzekeraars zat deze optie niet.

Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst zijn alle deelnemers geïnformeerd over het doel en de procedures van het vragenlijstonderzoek. De antwoorden op de meeste vragen zijn beschikbaar per individuele gemeente of regio. Een deel van de vragen - bijvoorbeeld over het beoordelen van onderlinge samenwerkingsrelaties tussen (gemandateerde) gemeenten en (preferente) zorgverzekeraars - is gemarkeerd als 'vertrouwelijk'. De bevindingen op basis van deze vragen zijn niet per individuele gemeente of regio gepubliceerd en worden ook niet gedeeld. Op de website van de GALA-monitor zijn de volledige vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars te bekijken: <https://www.rivm.nl/GALA-monitor/vragenlijsten-GALA-monitor>.

Respons

De vragenlijst is door vertegenwoordigers van 327 van de 342 gemeenten (gedeeltelijk) ingevuld (respons 96%). De onderdelen over de ketenaanpakken zijn door iets minder gemeenten ingevuld: voor Kansrijke Start is dit 92 procent, voor Kind naar Gezonder Gewicht 93 procent, voor Gecombineerde Leefstijlinterventie 93 procent, voor Sociaal verwijzen 92 procent en voor Valpreventie 93 procent. De vragenlijst onder zorgverzekeraars is door 35 van de 38 regio's ingevuld (respons 92%).

Analyse

De data zijn geanalyseerd met het statistisch programma R (versie 4.4.3) en de 'packages' 'readxl 1.4.5', 'tidyverse 2.0.0', 'sf 1.0-20', 'janitor 2.2.1', 'psych 2.5.3', 'naniar 1.1.0', '1.1-37'rlang 1.1.6', 'poLCA 1.6.0.1', 'lme4 1.1-37'.

Bevindingen op basis van de vragen zijn beschreven in aantallen en percentages. De percentages zijn berekend op basis van het aantal respondenten dat een antwoordoptie heeft gekozen in verhouding tot het aantal respondenten dat de betreffende vraag heeft beantwoord. Het aantal respondenten dat een vraag beantwoordde, hangt mede af van of een vraag is gesteld, gegeven het antwoord op een eerdere vraag. De

vragen konden niet worden opengelaten. Alleen het geven van toelichting op een gemaakte keuze in vrije tekst was niet verplicht.

Een deel van de bevindingen is gevisualiseerd in geografische kaartjes waarin de grenzen van gemeenten en regio's zijn weergegeven en het betreffende gebied op basis van de gegeven antwoorden is ingekleurd.

Naast het beschrijven van bevindingen in aantallen en percentages zijn enkele verdiepende analyses uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de mate van integrale aanpak in gemeenten (maturity-index) en de stappen die door gemeenten zijn gezet in de inrichting van de ketenaanpakken (latente klassenanalyses).

Maturity-index

De samenhang tussen de maturity-index somscore en het aantal verbonden GALA-thema's en de mate waarin wordt samengewerkt tussen beleidsdomeinen en externe organisaties is getoetst met regressieanalyses.

Latente klassenanalyse

Latente klassenanalyse (LCA) is een statistische methode die helpt om subgroepen binnen een dataset te identificeren op basis van overeenkomende antwoordpatronen. Deze analyse is toegepast om subgroepen van gemeenten te ontdekken die specifieke stappen hebben gezet in de inrichting van de vijf ketenaanpakken. In deze analyse zijn antwoorden gebruikt van vertegenwoordigers van gemeenten op vijf meerkeuzevragen (Kansrijke Start vraag 5, Kind naar Gezonder Gewicht vraag 1, Gecombineerde Leefstijlinterventie vraag 1, Sociaal verwijzen vraag 1, Valpreventie vraag 1) uit de vragenlijst van de GALA-monitor. Bij elk van deze vragen konden er meerdere antwoordopties worden aangekruist om aan te geven dat relevante voorwaarden of stappen voor de inrichting van de ketenaanpak gerealiseerd zijn.

De analyses zijn uitgevoerd met de poLCA-package (1.6.0.1) in R (4.3). Om te bepalen welk model het beste bij de data past zijn modellen getest met verschillende aantallen klassen (1 tot en met 4). Daarbij is gekeken naar fit-statistieken waaronder de Akaike Information Criterion (AIC) en de Bayesian Information Criterion (BIC). Ook is de entropie berekend en is gekeken naar verschillen in startjaar van inrichting. Een hoge entropie-score wijst op een sterke scheiding tussen de klassen, wat betekent dat respondenten met hoge waarschijnlijkheid in hun juiste klasse vallen. Een entropie-waarde van boven de 0,8 wordt doorgaans als acceptabel beschouwd [35, 36].

Uit de analyse bleek voor Valpreventie een model met twee klassen het beste te passen, voor Kansrijke Start, de Gecombineerde Leefstijlinterventie, Sociaal verwijzen een model met drie klassen en voor Kind naar Gezonder Gewicht een model met vier klassen (zie ook Tabel 2). In deze modellen lag de genormaliseerde entropiewaarde tussen de 0,95 en 0,98.

Tabel 2 BIC-waarden voor modellen met 1-4 klassen per ketenaanpak.

Ketenaanpak	BIC			
	1 klasse	2 klassen	3 klassen	4 klassen
Kansrijke Start	4593	4137	4136	4162
Kind naar Gezonder Gewicht	2095	1857	1849	1880
Gecombineerde Leefstijlinterventie	3063	2946	2934	2980
Sociaal verwijzen	2623	2461	2378	2401
Valpreventie	2414	2204	2218	-

B. Interviews over regionale en lokale samenwerking

Hieronder beschrijven we de wijze waarop gegevens uit interviews zijn verzameld en geanalyseerd.

Dataverzameling

Er zijn net als in de vorige meting interviews gehouden met vertegenwoordigers van zes regio's. Alle interviews zijn online gehouden door een of twee onderzoekers. De interviews zijn gehouden in de periode maart en april 2025. In totaal zijn er 14 interviews gehouden en zijn 24 respondenten geïnterviewd.

De zes regio's zijn hetzelfde als die van vorig jaar. Ze zijn geselecteerd op basis van een aantal criteria: geografische spreiding over Nederland, preferente zorgverzekeraar en grootte (aantal gemeenten in regio/ eventuele subregio's). Per regio zijn (vertegenwoordigers van) gemeenten (gemandateerd en niet-gemandateerd), preferente zorgverzekeraar, GGD en regionale projectleiders/ programmamanagers geïnterviewd. Indien mogelijk zijn dezelfde respondenten als vorig jaar geïnterviewd. In een aantal gevallen was de respondent niet meer werkzaam in de regio of bij een specifieke organisatie. In dat geval zijn de vervangers van deze personen geïnterviewd. Alle respondenten ontvingen eerst een uitnodiging per e-mail met daarbij een informatiebrief. Na geïnformeerde toestemming zijn de interviews opgenomen. Van alle interviews is een gespreksverslag (puntsgewijze samenvatting per (sub)vraag) gemaakt dat ter check en aanvulling aan de respondenten is teruggestuurd. Resultaten uit de interviews worden niet tot de persoon, regio of organisatie herleidbaar gerapporteerd.

De interviews zijn ten opzichte van de vorige meting enigszins ingekort. Het doel was om de informatie uit het vorige interview te actualiseren. De onderzoeker die het interview uitvoerde, las voor elk interview het transcript van het vorige interview door om een beeld te krijgen van wat toen de belangrijkste punten waren. De respondenten zijn aan de hand van een leidraad gevraagd wat de belangrijkste ontwikkelingen rondom GALA in de afgelopen periode waren, wat de ervaringen met de domeinoverstijgende samenwerking zijn op lokaal en regionaal niveau, en wat zij als opbrengsten van het GALA zien en wat geleerde lessen zijn.

Analyse

De onderzoekers hebben over de gespreksverslagen heen per (sub)vraag de rode draden/gemene delers geïdentificeerd en deze

gezamenlijk besproken om tot consensus hierover te komen. De resultaten van de interviews zijn anoniem verwerkt in het rapport.

C. **Lerende Evaluatie**

Een lerende evaluatie geeft tijdens het proces inzichten over de voortgang. Binnen de GALA-monitor is hiervoor gekozen om een verdiepend beeld te krijgen vanuit de praktijk. Door gedurende het proces lessen op te halen en deze laagdrempelig te delen, vormt de evaluatie een gezamenlijk lerend proces. De interviews in de zes regio's (methode B) en het GALA-leernetwerk voor gemeenten vormen de lerende evaluatie van de GALA-monitor. Voor verdere verdieping wordt per jaar bekeken of er nog andere vormen van dataverzameling ingezet kunnen worden.

GALA-leernetwerk voor gemeenten

In het GALA-leernetwerk voor gemeenten staat het doel 'van ambitie naar actie' centraal. Hoe bereik je als beleidsmaker bij de gemeente de doelen van het GALA, wat werkt wel en wat werkt niet? Gemeenten wisselen ervaringen uit en werken actiegericht samen aan hun leervragen:

- Plenaire bijeenkomsten (twee tot drie keer per jaar) waarbij ruimte is voor kennisuitwisseling, terugkoppeling vanuit leergroepen, presentaties van (externe) sprekers en interactie.
- Kleinere leergroepbijeenkomsten waarbij actiegericht aan een bepaald thema wordt gewerkt. Hoe vaak een leergroep bijeen komt is afhankelijk van de behoefte binnen de groep.

Inzichten vanuit het leernetwerk worden laagdrempelig en kortcyclisch gedeeld via de website van de GALA-monitor (<https://www.rivm.nl/GALA-monitor/lerende-evaluatie>), in de jaarlijkse rapportages, via presentaties en deelnemende gemeenten. De opzet voor het leernetwerk is tot stand gekomen na gesprekken met experts op het gebied van lerend evalueren. Verder is er afstemming met het GALA-kernteam en andere kennisinstituten als Movisie en Pharos.

Werving deelnemers

Beleidsmakers bij gemeenten zijn geworven voor het GALA-leernetwerk via oproepen in nieuwsbrieven van Gezond Leven (RIVM) en de VNG, op de Inspiratiedag GALA 2024 en via de GALA vragenlijst onder gemeenten uitvraag 2025. Geïnteresseerden zijn uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek waarin verwachtingen zijn besproken en leervragen gedeeld.

In november 2024 vond de kick-off van het GALA-leernetwerk plaats in Utrecht. De deelnemers vanuit 19 gemeenten verspreid over Nederland zijn van start gegaan. Vier deelnemers zijn afgehaakt in verband met een wisseling van baan, waarvan bij één gemeente de opvolger in mei 2025 is aangesloten. In mei 2025 is er een tweede plenaire bijeenkomst georganiseerd in Utrecht. Dit was ook een moment voor nieuwe deelnemers om in te stromen. Sinds mei 2025 zijn er 26 participerende gemeenten in het GALA-leernetwerk. Ongeveer twee derde van de deelnemers werkt voor een kleinere gemeente met minder dan 35.000

inwoners. Verder is er landelijke spreiding, maar deze is (nog) niet volledig IZA-regio dekkend.

Aanpak GALA-leernetwerk

Tijdens de kick-off in november 2024 maakten deelnemers kennis met elkaar en deelden zij hun verwachtingen. Vervolgens hebben de deelnemers hun leerbehoeften en -vragen verder uitgediept bij vijf thematafels. Uiteindelijk is gezamenlijk besloten om vanuit deze vijf thematafels drie leergroepen te vormen die het meest passen bij de leervragen van deelnemers. Deze leergroepen betreffen 1) Integrale aanpak, 2) Ketenaanpakken en 3) GALA-thema's. Elke leergroep werkt met actiegericht leren:

- Leercyclus: 1. het formuleren van de leervraag en het afpellen van de leervraag met vragen als: Wat is het lastige deel van de vraag? Wie zijn er betrokken? Wie is de eigenaar van het probleem? Wat zijn de moeilijkheden van de vraag? Wat wil je bereiken? 2. Het formuleren van concrete acties. 3. Het uitvoeren van de concrete acties in de praktijk. 4. Evaluatie van het proces.
- Intervisie: delen van een casus uit de praktijk waarop gezamenlijk wordt gereflecteerd en die gezamenlijk wordt geanalyseerd, en waaruit concrete stappen voor verbetering en verder leren worden geformuleerd.

De drie leergroepen zijn ieder twee of drie keer bijeengekomen in 2025. Om richting te geven aan de acties, hebben de leergroepen een gezamenlijk doel opgesteld. De leergroepen hebben dit gekoppeld aan een gezamenlijk product om tot een concreet resultaat te komen. Tijdens de tweede plenaire bijeenkomst hebben de deelnemers een terugkoppeling gegeven vanuit de leergroepen. Daarnaast is het thema monitoring verder uitgediept en is er gedeeld hoe monitoring landelijk, regionaal en lokaal kan worden ingericht.

Vooruitblik

Het GALA-leernetwerk als onderdeel van de lerende evaluatie van de GALA-monitor loopt tot eind 2026. Tot die tijd zal het leernetwerk zowel plenair als in leergroepen bijeenkomen. Bij de volgende plenaire bijeenkomst in het najaar van 2025 zal gereflecteerd worden op het proces en de aanpak.

D. Beleidsvisies sociale basis

Aan gemeenten die in de GALA-monitor vragenlijst 2025 aangaven dat zij bezig of klaar zijn met de beleidsvisie sociale basis is gevraagd of zij de betreffende beleidsvisie met ons willen delen of deze kort willen toelichten. Ruim honderd gemeenten deelden hun beleidsvisie en bij twintig van deze visies stond de term 'sociale basis' in de titel. Vanuit deze twintig visies zijn op basis van stedelijkheidsgraad en geografische spreiding vijf beleidsvisies geselecteerd. Voor elk van de vijf geselecteerde beleidsvisies vond een beknopte verkennende analyse plaats. Hierbij is gebruikgemaakt van de zoektermen 'eenzaamheid', 'mantelzorg' en 'vrijwillige'. De betreffende stukken tekst zijn vervolgens per zoekterm samengevat.

Bijlage 2 Tabellen en figuren

Hoofdstuk 2

Tabel 1a Overzicht van welke organisaties worden betrokken door de gemeente bij vijf GALA-thema's. Gezonde leefomgeving staat apart in tabel 1b.

Betrokken organisaties	GA		SB		LS		MG		VO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buurthuis	154	46%	220	65%	130	39%	108	32%	180	54%
Buurtinitiatief	116	34%	196	58%	110	33%	82	24%	138	41%
GGD	282	84%	195	58%	295	88%	268	80%	234	70%
GGZ-instelling	79	23%	103	31%	67	20%	205	61%	44	13%
Huisartsenorganisatie	208	62%	188	56%	236	70%	209	62%	243	72%
Instelling voor verslavingszorg	104	31%	66	20%	135	40%	140	42%	35	10%
Inwonersvertegenwoordiging	114	34%	159	47%	-	-	61	18%	109	32%
Kennisorganisatie	89	26%	89	26%	105	31%	88	26%	73	22%
Kinderopvang	133	39%	77	23%	-	-	28	8%	2	1%
Leefstijlcoach	-	-	-	-	232	69%	-	-	140	42%
Levensbeschouwelijke/religieuze organisatie	197	58%	84	25%	-	-	53	16%	58	17%
Lokaal beweeginitiatief	-	-	150	45%	237	71%	84	25%	182	54%
Maatschappelijk werk	195	58%	230	68%	152	45%	206	61%	170	51%
Ouderenorganisatie	127	38%	188	56%	158	47%	95	28%	237	71%
Paramedische zorgorganisatie (zoals fysiotherapeuten, diëtisten)	177	53%	114	34%	221	66%	62	18%	245	73%
Patiënten/cliënten- en naastenorganisatie	39	12%	57	17%	34	10%	49	15%	61	18%
Politie/crisisdienst	-	-	-	-	-	-	91	27%	-	-
Regionale ondersteuningsstructuur (ROS)	38	11%	33	10%	43	13%	24	7%	35	10%
School	222	66%	163	48%	255	76%	223	66%	5	1%
Sociaal (wijk)team	211	63%	241	72%	186	55%	202	60%	180	54%
Sportschool (commercieel)	-	-	-	-	115	34%	-	-	70	21%
Sportvereniging	210	62%	186	55%	264	79%	116	35%	191	57%
Thuiszorg	60	18%	98	29%	61	18%	49	15%	172	51%
Voedselbank	-	-	85	25%	-	-	-	-	-	-
Welzijnsorganisatie	286	85%	305	91%	273	81%	271	81%	299	89%
Woningbouworganisatie	81	24%	129	38%	-	-	46	14%	119	35%
Ziekenhuis	-	-	-	-	77	23%	-	-	62	18%

Betrokken organisaties	GA		SB		LS		MG		VO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anders, namelijk [open veld]	56	17%	44	13%	41	12%	58	17%	35	10%

GA= Terugdringen gezondheidsachterstanden; LO= Gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten; SB= Versterken van (de verbinding met) de sociale basis; LS= Een gezonde leefstijl; MG= Het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid; VO= Vitaal ouder worden.

NB1. Het GALA-thema over de regionale preventie-infrastructuur is hierbij niet uitgevraagd.

NB2. Een lege cel betekent dat deze organisatie niet voor dat specifieke thema is uitgevraagd.

Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Tabel 1b Overzicht van welke organisaties worden betrokken door de gemeente voor het thema Gezonde leefomgeving

Betrokken organisaties	Aantal	Percentage
Bedrijfsleven	35	10%
Bewoners	202	60%
Externe adviesbureaus	114	34%
GGD	254	76%
Kennisinstellingen	89	27%
Lokale beweeginitiatieven	193	58%
Omgevingsdiensten	79	24%
Provincie	109	33%
Scholen	182	54%
Sportverenigingen	189	56%
Uitvoerders (bijv. projectontwikkelaars)	100	30%
Anders, namelijk [open veld]	42	13%

Tabel 2 Overzicht met welke beleidsdomeinen of -afdelingen binnen de gemeenten wordt samengewerkt voor de verschillende GALA-thema's.

Beleidsdomeinen of -afdelingen	GA		LO		SB		LS		MG		VO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Volksgezondheid	297	90%	278	86%	287	87%	308	94%	298	91%	301	92%
Sport en bewegen	317	96%	296	92%	287	87%	325	99%	231	71%	309	94%
Jeugd	283	86%	153	47%	277	84%	295	90%	287	88%	21	6%
Onderwijs	241	73%	152	47%	220	67%	278	85%	257	79%	23	7%
Sociaal domein/welzijn	316	96%	249	77%	326	99%	301	92%	308	94%	307	94%
Werk & inkomen	167	51%	23	7%	173	53%	95	29%	84	26%	46	14%
Ruimtelijke ordening/fysieke omgeving	173	53%	229	71%	94	29%	164	50%	41	13%	133	41%
Openbare ruimte/stadsbeheer/groenbeleid*			262	81%								
Cultuur	161	49%	60	19%	201	61%	136	42%	141	43%	115	35%

Beleidsdomeinen of -afdelingen	GA		LO		SB		LS		MG		VO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mobiliteit	45	14%	98	30%	55	17%	66	20%	11	3%	95	29%
Wonen/huisvesting	80	24%	146	45%	132	40%	50	15%	44	13%	181	55%
Veiligheid	55	17%	44	14%	89	27%	54	17%	67	20%	58	18%
Armoede/schulden	241	73%	35	11%	219	67%	179	55%	144	44%	95	29%
Anders, namelijk [open veld]	19	6%	24	7%	23	7%	12	4%	14	4%	12	4%

GA= Terugdringen gezondheidsachterstanden; LO= Gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten; SB= Versterken van (de verbinding met) de sociale basis; LS= Een gezonde leefstijl; MG= Het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid; VO= Vitaal ouder worden.

NB. Het GALA-thema over de regionale preventie-infrastructuur is hierbij niet uitgevraagd.

* Alleen uitgevraagd voor het thema leefomgeving.

Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Tabel 3 Stellingen van de maturity-index en het percentage gemeenten waarvoor de stelling als (helemaal) van toepassing werd beoordeeld (n= 327).

Stelling	% (helemaal) van toepassing
Het belang om met meerdere beleidsdomeinen samen te werken aan GALA-doelen wordt (h)erkend binnen mijn gemeente	91%
Het is duidelijk welke activiteiten van verschillende beleidsdomeinen bijdragen aan GALA-doelen binnen mijn gemeente	73%
De samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen aan GALA-doelen is vastgelegd in de GALA-plannen en/of het beleid binnen mijn gemeente	67%
De samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen aan GALA-doelen vindt in mijn gemeente plaats op projectbasis	44%
De samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen aan GALA-doelen is van start binnen mijn gemeente (bijv. volksgezondheid, ruimtelijke ordening, sociaal domein)	73%
Vanuit meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente zijn activiteiten vastgesteld om te werken aan de GALA-doelen	66%
Er zijn heldere samenwerkingsafspraken gemaakt tussen meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente om de GALA-doelen en activiteiten te realiseren	35%
Er zijn structurele overlegvormen tussen beleidsdomeinen binnen mijn gemeente die zich specifiek richten op de uitvoering van het GALA	50%
Er is een sleutelpersoon binnen mijn gemeente die verantwoordelijk is voor het coördineren van de samenwerking tussen meerdere beleidsdomeinen in het kader van GALA	70%

Stelling	% (helemaal) van toepassing
De activiteiten worden door meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente gerealiseerd in het kader van GALA	73%
De visie om met meerdere beleidsdomeinen aan GALA te werken wordt door alle beleidsmakers, zowel strategisch als uitvoerend, als uitgangspunt genomen in mijn gemeente	48%
De uitvoering van de GALA-plannen wordt in mijn gemeente in samenhang in meerdere beleidsdomeinen gemonitord/geëvalueerd	29%
De ambities zoals benoemd in de GALA-plannen zijn verankerd in de beleidsplanning en (integrale) begroting van meerdere beleidsdomeinen binnen mijn gemeente	43%
Er wordt binnen de gemeente structureel bijgestuurd op de uitvoering van de GALA-plannen in meerdere beleidsdomeinen op basis van (integrale) systematische evaluaties/monitoring	15%

Bron: vragenlijst onder gemeenten 2025.

Hoofdstuk 3

Tabel 4 Inrichtingsstappen Kansrijke Start voor alle gestarte gemeenten en per groep gemeenten op basis van de latente klassenanalyse. De kleurcodering geeft aan of de inrichtingsstap is gezet; lichtroze¹ betekent dat 0-30 procent van de gemeenten in de groep deze stap heeft gezet, donkerroze² betekent dat 30-60 procent van de gemeenten de stap heeft gezet en paars³ betekent dat meer dan 60 procent de stap heeft gezet.

Inrichtingsstappen Kansrijke Start	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten		
	N	%	1 (29%)	2 (21%)	3 (50%)
Er is bestuurlijk draagvlak om Kansrijke Start te realiseren.	238	77%			
Er zijn met samenwerkingspartners doelstellingen en/of gezamenlijke ambities rondom Kansrijke Start geformuleerd.	236	76%			
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en medisch domein.	168	54%			
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en sociaal domein.	194	63%			
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en ervaringsdeskundigen en/of (aanstaande) ouders.	48	16%			
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	37	12%			

Inrichtingsstappen Kansrijke Start	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten		
	N	%	1 (29%)	2 (21%)	3 (50%)
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	13	4%			
Er is een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar.	6	2%			
Er is samen met samenwerkingspartners een plan van aanpak of stappenplan specifiek voor Kansrijke Start opgesteld.	174	56%			
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	246	80%			
Er is een overzicht van het aanbod aan activiteiten dat beschikbaar is voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context binnen de gemeente.	200	65%			
Er is voldoende en passend aanbod van activiteiten voor (aanstaande) ouders en kinderen in een kwetsbare context in de gemeente om aan deel te kunnen nemen.	173	56%			
Kansrijke Start is al langer ingericht in onze gemeente.	190	61%			
Er is aandacht voor het voortzetten van Kansrijke Start (in het bijzonder na 2025).	218	71%			

Tabel 5 Inrichtingsstappen Kind naar Gezonder Gewicht voor alle gestarte gemeenten en per groep gemeenten op basis van de latente klassenanalyse. De kleurcodering geeft aan of de inrichtingsstap is gezet; lichtroze¹ betekent dat 0-30 procent van de gemeenten in de groep deze stap heeft gezet, donkerroze² betekent dat 30-60 procent van de gemeenten de stap heeft gezet en paars³ betekent dat meer dan 60 procent de stap heeft gezet.

Inrichtingsstappen Kind naar Gezonder Gewicht	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten			
	N	%	1 (59%)	2 (21%)	3 (17%)	4 (3%)
Er is bestuurlijk draagvlak om deze ketenaanpak te realiseren.	145	62%				
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	47	20%				
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	42	18%				
Er is een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar.	9	4%				
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieders.	71	30%				

Inrichtingsstappen Kind naar Gezonder Gewicht	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten			
	N	%	1 (59%)	2 (21%)	3 (17%)	4 (3%)
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en aanbieders uit het sociaal domein (bijvoorbeeld schuldhulpverlening en ondersteuning gezinnen kleine beurs, opvoedondersteuning, beweegaanbod, activiteiten gezonde voeding, activiteiten sociaal emotionele ontwikkeling)	76	32%				
Er wordt een projectplan opgesteld waarin wordt beschreven welke stakeholders en organisaties betrokken zijn, wat ieders bijdrage is en wat risico's zijn.	134	57%				
De betrokken organisaties (zorgverzekeraar, gemeente en aanbieders) hebben op basis van het projectplan een overeenkomst opgesteld en getekend.	19	8%				
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen en het projectplan uit te voeren.	180	77%				
Er is een centrale zorgverlener aangesteld.	117	50%				
Er is in ieder geval één centrale zorgverlener opgeleid volgens de opleiding van de NSPOH of Your Coach Next Door (YCND).	81	35%				
Er zijn afspraken gemaakt over doorverwijzing tussen de centrale zorgverlener en professionals uit het zorgdomein en sociaal domein (bijv. kinderarts, fysio, schuldhulpverlening).	74	32%				
De begeleiding van kinderen en hun gezin door de centrale zorgverlener is gestart.	76	32%				
De centrale zorgverlener verwijst kinderen door naar andere professionals uit het zorgdomein en sociaal domein (bijv. kinderarts, fysio, schuldhulpverlening).	81	35%				
Er is een plan van aanpak voor periodieke monitoring en evaluatie van de ketenaanpak.	50	21%				
De ketenaanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	47	20%				

Tabel 6 Inrichtingsstappen Gecombineerde Leefstijlinterventie voor alle gestarte gemeenten en per groep gemeenten op basis van de latente klassenanalyse. De kleurcodering geeft aan of de inrichtingsstap is gezet; lichtroze¹ betekent dat 0-30 procent van de gemeenten in de groep deze stap heeft gezet, donkerroze² betekent dat 30-60 procent van de gemeenten de stap heeft gezet en paars³ betekent dat meer dan 60 procent de stap heeft gezet.

Inrichtingsstappen Gecombineerde Leefstijlinterventie	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten	
	N	%	1 (61%)	2 (39%)
Er is vanuit onze gemeente bestuurlijk draagvlak om (de inbedding van) de ketenaanpak GLI te realiseren.	110	48%	 ²	 ³
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	43	19%	 ¹	 ²
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en GLI aanbieders.	93	41%	 ¹	 ³
Er is een gemeentelijk coördinator of projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	156	68%	 ²	 ³
Er is een stakeholderanalyse gemaakt van de organisaties die nodig zijn om (de inbedding van) een GLI te realiseren.	73	32%	 ¹	 ²
Er is een overzicht van ander aanbod van interventies (m.n. vanuit het sociaal domein) dat ondersteunend kan zijn aan een GLI.	119	52%	 ²	 ³
Er is een overzicht van beweegmogelijkheden in de openbare ruimte en beweegaanbod in de wijk (o.a. buurtsportcoaches, sportverenigingen, lokale sportaanbieders).	155	68%	 ²	 ³
Er is een samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijns professionals zoals huisartsen of regionale huisartsenorganisatie en paramedici (bijv. fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen).	116	51%	 ¹	 ³
Het samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijnsprofessionals is uitgebreid met professionals uit het sociaal domein (buurtsportcoaches, welzijnsorganisaties, Wmo-consulenten, schuldhulpverleners, sociaal wijkteam, ROS, GGD).	72	31%	 ¹	 ²
Er is afgesproken welke professional uit het netwerk de centrale zorgcoördinatie (CZC) op zich neemt.	27	12%	 ¹	 ¹

Inrichtingsstappen Gecombineerde Leefstijlinterventie	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten	
	N	%	1 (61%)	2 (39%)
De netwerkaanpak overgewicht bij volwassenen volgens het landelijk basismodel is al gestart.	40	17%		
De aanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	61	27%		

Tabel 7 Inrichtingsstappen Sociaal verwijzen voor alle gestarte gemeenten en per groep gemeenten op basis van de latente klassenanalyse. De kleurcodering geeft aan of de inrichtingsstap is gezet; lichtroze¹ betekent dat 0-30 procent van de gemeenten in de groep deze stap heeft gezet, donkerroze² betekent dat 30-60 procent van de gemeenten de stap heeft gezet en paars³ betekent dat meer dan 60 procent de stap heeft gezet.

Inrichtingsstappen Sociaal verwijzen	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten		
	N	%	1 (27%)	2 (65%)	3 (8%)
Er is bestuurlijk draagvlak om deze ketenaanpak te realiseren.	178	61%			
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	39	13%			
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	25	9%			
Er is een getekende overeenkomst tussen gemeente en zorgverzekeraar.	17	6%			
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieders.	118	40%			
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en welzijnsaanbieders.	217	74%			
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	188	64%			
Er is/zijn brugfunctionaris(sen) aangesteld en opgeleid (b.v. een welzijnscoach).	196	67%			
Er is een overzicht van het aanbod aan activiteiten dat ondersteunend kan zijn aan het uitvoeren van sociale verwijzingen (b.v. een sociale kaart).	188	64%			
Er zijn afspraken met sleutelfiguren of buurtinitiatieven in wijken.	83	28%			
De ketenaanpak is gestart, dat wil zeggen mensen worden doorverwezen.	201	69%			

Inrichtingsstappen Sociaal verwijzen	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten		
	N	%	1 (27%)	2 (65%)	3 (8%)
De ketenaanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	158	54%	 ²	 ²	 ³

Tabel 8 Inrichtingsstappen Valpreventie voor alle gestarte gemeenten en per groep gemeenten op basis van de latente klassenanalyse.
De kleurcodering geeft aan of de inrichtingsstap is gezet; lichtroze¹ betekent dat 0-30 procent van de gemeenten in de groep deze stap heeft gezet, donkerroze² betekent dat 30-60 procent van de gemeenten de stap heeft gezet en paars³ betekent dat meer dan 60 procent de stap heeft gezet.

Inrichtingsstappen Valpreventie	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten		
	N	%	1 (15%)	2 (61%)	3 (24%)
Er is bestuurlijk draagvlak om deze ketenaanpak te realiseren.	231	74%	 ²	 ³	 ³
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar om deze ketenaanpak te realiseren.	97	31%	 ¹	 ¹	 ³
Er zijn afspraken over de financiering gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.	76	24%	 ¹	 ¹	 ³
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieders voor het signaleren/opsporen en doorverwijzen van ouderen met een verhoogd valrisico.	221	71%	 ¹	 ³	 ³
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeente en welzijnsmedewerkers voor het signaleren/opsporen en doorverwijzen van ouderen met een verhoogd valrisico.	218	70%	 ¹	 ³	 ³
Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgaanbieders voor de uitvoering van de screening (valrisicobeoordeling).	197	63%	 ¹	 ³	 ³
Er zijn afspraken gemaakt over de doorverwijzing van ouderen met een verhoogd valrisico naar een valpreventieve beweeginterventie binnen de gemeente.	263	84%	 ¹	 ³	 ³
Er zijn afspraken gemaakt over de doorverwijzing van ouderen met een hoog valrisico en onderliggend lijden naar een valpreventieve beweeginterventie in het zorgdomein.	159	51%	 ¹	 ²	 ³
Er zijn afspraken gemaakt over het aanbieden van voldoende en passend	234	75%	 ¹	 ³	 ³

Inrichtingsstappen Valpreventie	Gestarte gemeenten		Per groep gemeenten		
	N	%	1 (15%)	2 (61%)	3 (24%)
structureel sport en beweegaanbod voor ouderen.					
Er is een coördinator/projectleider om de samenwerking tussen de betrokken organisaties tot stand te brengen.	282	90%	 ³	 ³	 ³
De ketenaanpak is al langer ingericht en er wordt gekeken naar kwaliteitsverbetering en/of opschalen.	101	32%	 ¹	 ²	 ²

Hoofdstuk 4

Voor dit hoofdstuk zijn geen aanvullende tabellen.

Hoofdstuk 5

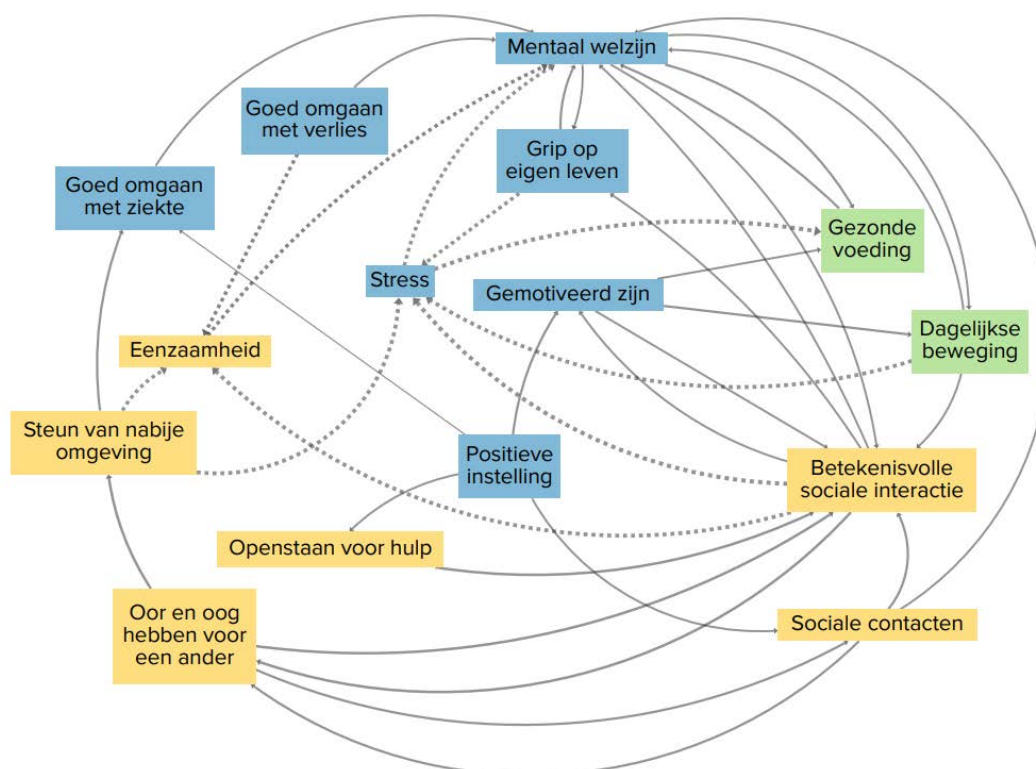
Mentale gezondheid:

Tabel 9 Percentage gemeenten dat heeft aangegeven de betreffende interventie voor mentale gezondheidsbevordering uit te voeren. De uitgevraagde interventies zijn volgens het Loket Gezond Leven interventies waarvoor eerste/goede/sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit.

Uitgevraagde interventies	Percentage
VoorZorg (rondom de geboorte)	43
KIES – Kinderen In Een Scheiding (7 tot 12 jaar)	39
Plezier op school (11 tot 13 jaar)	10
Vrienden (4 tot 16 jaar)	3
M@ZL op het vo (12 tot 18 jaar)	32
M@ZL op het mbo (12 tot 18 jaar)	10
De Groeifabriek (12 tot 23 jaar)	1
Grip op je dip online (16 tot 25 jaar)	11
The Lab of Life vitaliteitstraining (werkende volwassenen)	1
Preventie van langdurig ziekteverzuim en depressie bij werknemers met een hoog risico (werkende volwassenen)	2
Op Verhaal Komen (40 jaar en ouder)	2
GRIP & GLANS de groepscursus (50 jaar en ouder)	7
Anders, namelijk [open veld]	67

Vitaal ouder worden

Figuur 1 Model van Het Hogeland. De factoren van invloed op vitaal ouder worden, zijn verdeeld in drie clusters: blauw= mentale factoren, geel= sociale factoren en groen= leefstijlfactoren. De lijnen geven de oorzaak-gevolg relaties tussen de factoren aan. De doorgetrokken lijnen zijn positieve relaties (als de oorzaak toeneemt, neemt ook het gevolg toe of beide nemen af). De stippellijnen zijn negatieve relaties (als de oorzaak toeneemt, neemt het gevolg af of andersom).



P. Kemper | F. Baâdoudi | L. Bel | I. Brus | U. Chavez Baldini |
P. Geuijen | M. Huiberts | T. Jansen | N. Koopman | H. Kruise |
L. Lemmens | P. Reckman | A. Verweij | M. Vugts | C. van den Brink

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juli 2025

De zorg voor morgen
begint vandaag