

Bijlage Notulen knelpunteninventarisatie

Notulen invitational conference richtlijn obesitas bij volwassenen en kinderen

Datum: woensdag 5 februari 2020

Tijd: 14:00 – 16:30

Locatie: Domus Medica, Mercatorlaan 1200, Utrecht (vergadercentrum eerste verdieping)

Aanwezig: zie bijlage 1

Genodigd maar niet aanwezig: zie bijlage 1

1. Opening

Liesbeth van Rossum en Jaap Seidell heten iedereen van harte welkom bij deze invitational conference. Liesbeth van Rossum is de voorzitter voor het volwassenengedeelte van de richtlijn en Jaap Seidell is de voorzitter van het kindergedeelte van de richtlijn. De overkoepelende CBO-richtlijn uit 2008 is toe aan herziening evenals de Zorgstandaard Obesitas uit 2010. Het doel van deze herziening is een overkoepelende richtlijn, met een nauwe afstemming tussen het kinder- en volwassenengedeelte, waarin ook de herziening van de zorgstandaard wordt opgenomen. De doelgroep voor deze richtlijn is kinderen en volwassenen met overgewicht en comorbiditeit of obesitas.

2. Toelichting doel van de middag en proces richtlijnontwikkeling

Het doel van de middag is het verzamelen van input van de verschillende stakeholders, over welke knelpunten in de ondersteuning en zorg omtrent obesitas worden ervaren in de praktijk, wat aandachtspunten en suggesties zijn voor de te ontwikkelen richtlijn, en hoe deze geprioriteerd zouden moeten worden.

Het uiteindelijke doel is het maken van een helder afgebakende, overkoepelende multidisciplinaire richtlijn waarvan de inhoud aansluit bij de behoeften van het veld. Hierbij staat de patiënt centraal.

3. Knelpuntenanalyse

Gedurende deze middag is er in kleine groepen gediscussieerd over knelpunten in de praktijk. Als leidraad voor deze discussie waren er verschillende tafels met de volgende onderwerpen: “herkenning en diagnostiek”, “voeding, lichamelijke activiteit, psychologische interventies en gecombineerde leefstijlinterventies”, “bariatrische chirurgie en farmacologische interventies (volwassenen)”, en “onderhoudsfase en organisatie van zorg”. De volgende knelpunten zijn genoemd bij de verschillende tafels:

Alle aanwezigen kregen drie stickers, om de belangrijkste knelpunten mee aan te geven. Het aantal stickers per knelpunt is in bovenstaande knelpuntenanalyse weergegeven als (n*).

Volwassenen - Erkenning en herkenning

Er is een gebrek aan kennis over overgewicht en obesitas bij het publiek en in de zorg (*1). Denk hierbij aan de eerste en tweede lijn. Hierbij wordt ook specifiek gewichtstoename tijdens en na de zwangerschap genoemd.

Obesitas is vaak een uiting van een onderliggende oorzaak. Denk hierbij ook aan eetstoornissen, binge eating, trauma's, schuldenproblematiek en meer. Het is belangrijk om hieraan te denken (*2). De huisarts zou het gewicht (buikomvang) bespreekbaar moeten maken, moeten meten en vastleggen. Hetzelfde geldt voor comorbiditeiten.

De apotheek kan ook een rol spelen in preventieve screening, bijvoorbeeld bij gebruik van medicatie zoals psychofarmaca (*2).

We zouden meer gericht moeten zijn op de (behandeling van de) oorzaken, in plaats van de behandeling van symptomen.

We moeten oppassen voor medicalisering van het probleem.

Er is vaak sprake van stigmatisering, ook bij zorgverleners en doorverwijzers (*1). Een goede communicatie is belangrijk.

Volwassenen - Diagnostiek van obesitas

Er is een gebrek aan tools. Bijvoorbeeld om goede diagnostiek te doen, waarbij je ook rekening houdt met de verschillende subgroepen (geslacht, etniciteit et cetera). De afkappunten voor obesitas zouden ook beter gespecificeerd moeten worden naar subgroepen, zoals naar etniciteit (*4).

Er is een gebrek aan communicatie tussen de verschillende disciplines nadat de diagnose obesitas is gesteld (*1). Zo is een apotheek vaak niet op de hoogte, terwijl de diagnose van groot belang is voor bijvoorbeeld de juiste/passende medicatie en/of dosering et cetera.

Er is een predictiemodel nodig: welke patiënt gaat reageren op welke interventie? Wat werkt voor wie? Hierbij zouden er ook tools moeten komen om *shared decision making* mogelijk te maken.

Het is belangrijk om de (gezondheid gerelateerde) kwaliteit van leven meten, ook nadat er interventies zijn gedaan (evaluatie).

De meting van de lichaamssamenstelling in de eerste lijn kan een rol spelen in de diagnostiek van obesitas. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de bepaling van spier- en vetmassa, BMI, middelomtrek door de diëtist.

Liesbeth benoemt dat er net nieuwe PROMS uit zijn. De groep geeft aan dat ze het daar niet over gehad hebben. Wel geven ze aan dat het belangrijk is om te kijken wat de belangrijkste uitkomst van de zorg is. Nu wordt er veel focus gelegd op gewicht, maar kwaliteit van leven is bijvoorbeeld ook belangrijk. Mogelijk gaan de (nieuwe) patiënt reported outcome measures (PROMS) (onder andere ObesiQ) hierbij helpen.

Volwassenen - Voeding bij obesitas

Het is onduidelijk welk voedingspatroon effectief is bij obesitas. Ook een gepersonaliseerd voedingsadvies is van belang (*2). Verder zouden de voedselvaardigheden van de patiënten vergroot moeten worden.

De vraag is hoe we de competenties van zorgverleners met betrekking tot de individuele voedingsbehandeling en gespecialiseerde dieetbehandeling (zorgmodule voeding) op peil kunnen krijgen.

Ook zouden we de competenties van zorgverleners die zich bezighouden met leefstijlbegeleiding/GLI moeten optimaliseren (*1).

De patiënt heeft onvoldoende inzicht of de huidige voeding geschikt is/gezond genoeg is voor de persoonlijke situatie. Er is hier onvoldoende kennis over, maar ook over de verschillende mogelijkheden in de gemeenten, vergoedingen et cetera. Er zouden tools beschikbaar moeten komen op dit vlak (*3).

Er zouden specifieke voedingsadviezen gegeven moeten worden aan zwangere vrouwen met obesitas en overgewicht. Dit om zo bijvoorbeeld een reductie van het risico op complicaties bij moeder en kind te realiseren (1*).

Het aantal eetmomenten op een dag is van belang met name in relatie tot gebitspreventie (*2).

De overheid moet maatregelen nemen om zout/vetten/suikers te reduceren in voeding. Ook moet er een goed 'stoplicht' systeem komen op de voedingsmiddelen.

Volwassenen - Lichamelijke activiteit

De kennis over bewegingstraining moet geïmplementeerd worden in de praktijk.

De patiënt heeft onvoldoende inzicht of de huidige beweging voldoende is voor de persoonlijke situatie. Er is onvoldoende kennis hierover, maar ook over de verschillende mogelijkheden in de gemeenten, vergoedingen et cetera. Er zouden tools beschikbaar moeten komen op dit vlak.

Volwassenen - Psychologische interventies

De aansluiting naar de GGZ/psychologie is matig. Er is geen vergoeding en er zijn geen of weinig programma's beschikbaar. Er is vaak sprake van complexe psychologische problematiek. De koppeling naar GGZ en/of klinische psychologie is juist daarom erg belangrijk (*4).

Er zou aandacht moeten zijn voor positieve gezondheid (*3). Hierbij dienen meerdere disciplines betrokken te zijn. Zo kan het 'andere' gesprek gevoerd worden.

Volwassenen - Gecombineerde leefstijlinterventies

Er is veel negatieve beeldvorming over de GLI, bijvoorbeeld op het gebied van financiering (onder andere vergoeding), ook bij zorgverleners. Ook is de GLI niet voldoende bekend bij het publiek en de verwijzers (*4). De communicatie tussen zorgverleners die zich bezighouden met GLI en andere zorgverleners, zoals de medici, is niet voldoende. En de vraag is ook hoe je de kennis en vaardigheden over GLI bij professionals op peil houdt. Er is daarnaast een matige dekking van de GLI over Nederland en er is sprake van wachtlijsten (*1).

De GLI is niet voor iedereen geschikt. Zo zijn er vragen over de effectiviteit van de GLI bij een hogere BMI (*1). Ook lijkt de psychotherapeutische module zinvol voor mensen die niet in aanmerking komen voor de GLI+. Mogelijk is er sprake van 'concurrentie' tussen de GLI en de ketenaanpak voor Diabetes Mellitus type 2 (*mutual exclusive*) (*1). Ook is niet duidelijk wat de lange termijn effecten zijn van de GLI (*1).

Volwassenen - Farmacologische interventies

Er zouden tools moeten komen om na te gaan welke behandelmethode voor wie geschikt is. Hetzelfde geldt voor het meten van effect van de interventie. Het is belangrijk om hierbij rekening te houden met verschillende subgroepen, zoals geslacht, etniciteit et cetera. Het is ook vaak niet duidelijk welke patiënten een farmacologische interventie zouden moeten krijgen en welke patiënten bariatrische chirurgie zouden moeten ondergaan. Ook is het belangrijk dat er tools zijn die *shared decision making* faciliteren/mogelijk maken.

Er zou aandacht moeten zijn voor het feit dat 'reguliere' medicatie van invloed kan zijn op het gewicht. Veel mensen met overgewicht of obesitas gebruiken medicatie.

Er zou meer duidelijkheid moeten komen over het tijdstip van de interventie (*2). En op welke tijdstippen van de dag patiënten hun medicijnen in zouden moeten nemen.

Er zou meer duidelijkheid moeten komen over het effect van 'obesitas' medicatie voor vrouwen met obesitas in de fertiele fase en vrouwen met een kinderwens. De medicatie zou vergoed moeten worden (*2).

Vanuit de zaal wordt het volgende knelpunt aangedragen: er moet specifiek ook aandacht zijn voor de vrouwen met een kinderwens evenals voor zwangere vrouwen. Voor deze groep moeten er specifieke *evidence based* richtlijnen ontwikkeld worden.

Volwassenen - Bariatrische chirurgie

Er zouden andere selectiecriteria voor bariatrische chirurgie moeten komen dan BMI alleen (*2). Mogelijk zou de selectie ook strenger kunnen zijn/worden, en zouden de verwachtingspatronen beter besproken moeten worden met de patiënten.

Het nazorgtraject en de follow-up zouden beter ingericht moeten worden. Hierbij zou er ook aandacht moeten zijn voor de kwaliteit van leven. Er wordt veel aandacht gegeven aan gewicht; er zou juist ook meer aandacht moeten zijn voor andere factoren. Ook zou er een langere termijn follow-up mogelijk moeten zijn die ook vergoed wordt (5 jaar). De vergoeding zou ook mogelijk moeten zijn voor post-bariatrische chirurgie, bijvoorbeeld als er plastische chirurgie toegepast wordt (7*). Het is onduidelijk wat de lange termijn complicaties van bariatrische chirurgie zijn (10 jaar en verder). We zouden de post-bariatrische begeleiding op het gebied van leefstijl en gezondheid moeten intensiveren.

Er zou meer duidelijkheid moeten komen over bariatrische chirurgie in de fertiele levensfase/kinderwens en de complicaties van deze vorm van chirurgie bij zwangerschap (*1). Ook is preconceptie begeleiding na bariatrische chirurgie genoemd.

De apotheek weet niet altijd dat een patiënt bariatrische chirurgie heeft ondergaan; dat is echter wel belangrijke informatie voor de apotheker (*4).

Er is te weinig awareness onder professionals met betrekking tot de optie van bariatrische chirurgie. Het gaat veel over leefstijlprogramma's.

Het is onduidelijk wat het bewijs is voor een PEG-sonde.

Volwassenen - Onderhoudsfase en begeleiding

Er moet voldoende geld beschikbaar zijn voor het onderhoudstraject (*1).

Volwassenen - Organisatie van zorg

Er moet voldoende geld beschikbaar zijn voor de zorg. Hierbij moet er een realistische bijdrage verwacht worden van de patiënt.

De connectie met het sociale domein is belangrijk. Er moet meer samenhang komen tussen het publieke domein, het zorgdomein en het sociale domein. Een netwerkbundel (financieel) zou hier interessant kunnen zijn (*2).

Het is onduidelijk hoe de keten er precies uit ziet; wat zijn de onderdelen van de keten? En wie is de uiteindelijke regiehouder/verantwoordelijke en wat is de rol van de centrale zorgverlener? Wie heeft welke taak? Wie mag waar naar toe doorverwijzen? Naar wie verwijzen we terug als de interventie niet slaagt? Hoe zit het bij patiënten met morbide obesitas (*6)? De betrokken disciplines dienen voldoende kennis te hebben over het probleem en over het zorgpad (*1). Ze dienen eenzelfde boodschap af te geven. De zorgketen zou op een laagdrempelige manier toegankelijk moeten zijn. Waar leg je de hulpvraag neer als patiënt? Bij iedere patiënt met overgewicht dient een basischeck uitgevoerd te worden. Het is belangrijk om een juiste voorselectie te doen: groep/individu, voldoende motivatie, gezondheidsvaardigheden, belemmerende factoren) (*1). Er spelen vooroordelen bij doorverwijzers.

Kinderen - Erkenning en herkenning

Herkenning van obesitas door ouders/verzorgers en zorgverleners is belangrijk. Hier spelen ook over beschermende ouders en weerstand van ouders een belangrijke rol (*2). Daarnaast zijn er verschillende ideeën over een 'normaal' BMI. Een normaal BMI kan bijvoorbeeld gezien worden als 'te mager'. Ook herkenning door het kind zelf is belangrijk. Hier spelen bijvoorbeeld schaamte, maar ook de veranderende norm een rol.

Bij het bespreken van het gewicht is juist toongebruk, juist woordgebruik en een juiste houding belangrijk. Het is belangrijk om aan te sluiten bij de problematiek van zowel de ouders als het kind, door bijvoorbeeld in te zetten op pesten, niet passende kleding etc. Daarnaast kan het kind/gezin met weerstand binnenkomen bij de professionals, of zelfs helemaal niet komen.

Er zijn te weinig contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg, namelijk twee momenten op de basisschool. Dit bemoeilijkt de signalering van het probleem.

Het is belangrijk om rekening te houden met de gezondheidsvaardigheden, zoals taalbarrière, kennis & kunde en mogelijkheden. Het inschatten van de gevolgen op de lange termijn gebeurt vaak onvoldoende.

Kinderen - Diagnostiek van obesitas

Het is onduidelijk wie wat doet. Denk hierbij aan het lichamelijke onderzoek (onder andere BMI, buikomtrek, bloeddruk), bloedonderzoek (wat is nodig?), gezondheidsrisico's en beoordeling van comorbiditeit. Naast het 'wat', is dus ook het 'wie' onduidelijk. Wat is de rol van de centrale zorgverlener, jeugdarts/jeugdverpleegkundige, huisarts, kinderarts en het sociale domein? Dit alles heeft tijd nodig.

Een brede anamnese is nodig, die ook goed aansluit bij de situatie en het gezin (*4). De hulpvraag gaat vaak verder dan obesitas. Wat is dan essentieel om te vragen? Welke thema's dienen aan de orde te komen? Nu wordt er te veel gewerkt met een lijstje. Bewustwording van een brede blik bij diagnostiek is belangrijk. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor de psychosociale factoren, systeem/gezin en omgevingsfactoren (*4).

Er is een risico op uitval bij doorverwijzing (*1).

Kinderen - Voeding bij obesitas/Lichamelijke activiteit/Psychologische interventies*

Wat moet de inhoud van de interventie zijn, welke interventie moeten we toepassen en met welke frequentie (*1)? Hoe kunnen we de interventie/het aanbod aanpassen aan de behoefte van het gezin en het kind (mogelijkheden, financieel, tijd, fysieke beperkingen et cetera) maar ook aan de hulpverleners (*4)? Het is ook belangrijk om rekening te houden met de verschillen tussen subgroepen; oftewel een gedifferentieerde aanpak is belangrijk. Een brede blik is nodig, denk bijvoorbeeld aan de diëtist, fysiotherapeut et cetera (*1). Tegelijk is samenhang belangrijk.

Er moet kennis zijn van de brede context (*1). De sociale omgeving speelt een belangrijke rol, evenals de inrichting van het fysieke domein. Er moet een systeemaanpak komen, die breder is dan voeding, beweging, psychische gezondheid en GLI (*5).

Er moet tijd gemaakt worden door zowel de professionals, ouders et cetera (*1). Ook de drive en het bewustzijn van de professional wordt benoemd.

Het is belangrijk om in te zetten op wat echt nodig is. En wie doet wat?

Er zijn geen harde criteria/indicatiestelling voor de leefstijlinterventies; wie komt er in aanmerking? En wanneer moeten we stoppen met de interventie en terugverwijzen? En wat dan?

Het is lastig om sociale kaart up to date te houden. Hoe doen we dat en wie is daar verantwoordelijk voor?

Er is een normverschuiving.

Er zijn steeds andere inzichten over gezonde voeding, wat invloed heeft op de kennis van mensen over voeding. Voorlichtingsmateriaal zouden we simpel moeten houden (*2): visueel, het moeten kleine stappen zijn en het moet haalbaar zijn. Scholen en kinderopvang kunnen een grote invloed hebben, bijvoorbeeld door middel van voedingseducatie en bewegingseducatie.

Ook worden er enkele prijsmaatregelen benoemd. Zoals de BTW op gezonde voeding/de prijs van (on)gezonde voeding (*1).

Kinderen - Gecombineerde leefstijlinterventies

Er wordt een aantal aandachtspunten genoemd met betrekking tot de GLI. Zoals de landelijke dekking van de GLI en dat de GLI niet structureel is (*2). Ook zou er kennis moeten komen van het verschil tussen de ketenaanpak en GLI.

Kinderen - Organisatie van zorg

Wat is de rol/het takenpakket van de centrale zorgverlener? Wie zou dit moeten zijn (*1)?

Hoe is de financiering geregeld (GLI, CZV, organisatie van de keten) (*4)?

Het is belangrijk om de preventie en zorg met elkaar te verbinden, zodat er opvolging gegeven kan worden aan de signalering. Hoe werken de zorg en het sociale domein samen? Bijvoorbeeld op het gebied van informatie deling en de communicatie met - en over elkaar (*7). En hoe komen we tot 1 gezin & 1 plan? En hoe maken we dat werkbaar?

Wat is de rol van de verschillende betrokken professionals: huisarts, tandarts, jeugdgezondheidszorg, kinderarts, paramedici (*3)? In dit kader wordt specifiek de rol van de jeugdgezondheidszorg genoemd in het kader van signalering tijdens de contactmomenten. Er zijn te weinig

contactmomenten. Ook wordt de rol van het sociale domein genoemd. Tot slot, wie houdt je verantwoordelijk en hoe regel je het toezicht hierop?

De bewustwording bij professionals is belangrijk.

Er is een brede blik nodig bij alle partijen, waarbij er ook aandacht is voor kwetsbare groepen zoals mensen met een lage SES, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een migratieachtergrond, laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Er is maatwerk nodig (*8).

Er zijn verschillen tussen gemeenten. Hoe krijg je landelijk kwalitatief dezelfde zorg? Wat is het verschil tussen GLI en ketenaanpak (*1)?

Overige opmerkingen

Iemand uit de zaal geeft aan dat het moeilijk zal zijn om voor de besproken knelpunten bewijs van hoge kwaliteit te vinden. Hoe gaan we daarmee om en hoe voorkomen we dat we straks een richtlijn hebben waarin we nauwelijks aanbevelingen met hoge mate van bewijs kunnen geven? Idealiter worden aanbevelingen gebaseerd op evidence uit de literatuur en op overwegingen van de werkgroepleden. Bij gebrek aan geschikte literatuur is het ook een mogelijkheid om de aanbevelingen in de richtlijn te baseren op expert opinion, en kennislacunes aan te wijzen. Een belangrijk doel van deze richtlijn is tevens het samenvoegen van bestaande documenten (richtlijn, zorgstandaard, landelijk model et cetera) tot een kwaliteitsstandaard.

Iemand anders merkt op dat het erg belangrijk is dat we aandacht blijven houden voor de transitiezorg. Liesbeth geeft aan dat er binnen de VWS financiering voor de richtlijnen ruimte is om dit overkoepelende aspect mee te nemen.

*Er zijn nagenoeg geen punten genoemd die specifiek gelden voor voeding, lichamelijke activiteit of psychologische interventies. Om deze reden is deze categorie samengevoegd.

Vervolgprocedure

De notulen van deze middag worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. Er worden twee werkgroepen ingesteld: een werkgroep voor het volwassenendeel en een werkgroep voor het kinderdeel. Daarnaast worden er ook een klankbordgroep ingesteld voor het volwassenendeel en een klankbordgroep voor het kinderdeel. De werkgroepen zullen alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. De klankbordgroep zal mogelijkheid krijgen input te geven op het raamwerk. Alle aanwezigen ontvangen de overwegingen voor prioritering en het raamwerk.

Als de conceptrichtlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle genodigden van de invitational conference worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de werkgroepen is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of autorisatie vastgesteld (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

Sluiting

Iedereen bedankt voor de komst en actieve participatie.

Bijlage 1:

Aanwezigen

Genodigde organisatie	Naam participant
AJN Jeugdartsen Nederland	Sanne de Laat
AJN Jeugdartsen Nederland	Tess Miltenburg
Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland	Sandra Kok
Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland	Marianne Kramer
Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland	Anne-Marie Janssens
Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland	Sione Brugman
Care for Obesity (Vrije Universiteit Amsterdam)	Leandra Koetsier
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd	Jan Maarten van den Berg
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd	Cristien Hofstra
Jongeren op gezond gewicht	Carlijn Kuin
GGD Hart voor Brabant	Jolanda Pete Nemeth
Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (GGD Amsterdam)	Judith Stroo
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	Marloes Meurs
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	Wytse Brongers
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie	Froukje Harkes-Idzinga
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie	Karen de Leest
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde	Stan Banus
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde	Margot de Groot-Nievaart
Landelijke Vereniging Medische Psychologie	Evelyn Jongen-Sloots
Landelijke Huisartsen Vereniging	Lisette Romijn
Nederlandse Associatie Physician Assistants	Willy Theel
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid	Aniek van den Braak
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid	Marjon van Klaveren
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid	Selma van der Harst
Nederlandse Diabetes Federatie	Pauline Mourits
Nederlands Huisartsen Genootschap	Annemarie Schalkwijk
Nederlandse Internisten Vereniging	Arianne van Bon
Nederlandse Internisten Vereniging	Joyce Arnoldus
Nederlandse Internisten Vereniging	Maike van Leeuwen
Nederlandse Internisten Vereniging	Jan Steven Burgerhart
Nederlands Jeugdinstituut	Marjolein Wiegman
Nederlands Jeugdinstituut	Marielle Balledux
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose	Gert-Jan Braunstahl
Nederlandse Vereniging van Diëtisten	Monique Benhaddou
Nederlandse Vereniging van Diëtisten	Ellen Govers
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	Edgar van Mil
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	Anita Vreugdenhil
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen	Yvo Kortmann
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie	Annemieke Hoek
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie	Janneke Wittekoek
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	Marloes Emous
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie	Maarten Hoogbergen
Pharos	Joke van Wieringen
Stichting over gewicht	Inez van den Anker
Stichting over gewicht	Willy Jubels-Hatenboer
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	Marloes Heutmekers
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	Kris Bevelander

Voedingscentrum	Tessa van Elten
Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling	Joke Meulmeester
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck	Nicolette Slot
Zorginstituut Nederland	Freerkje van der Meer
Zelfstandige Klinieken Nederland	Heidi Veltmaat
Care for Obesity / Vrije Universiteit Amsterdam	Jutka Halberstadt
Vrije Universiteit Amsterdam	Jaap Seidell, voorzitter
PON	Liesbeth van Rossum, voorzitter
PON	Karen Freijer
Kennisinstituut	Sabine Zwakenberg
Kennisinstituut	Aleid Wirix
Kennisinstituut	Jose Maas
Kennisinstituut	Hanneke Olthuis-van Essen

Genodigd, maar niet aanwezig:

Harteraad
 KNMG - Artsenfederatie
 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
 Nederlands Instituut van Psychologen
 Nederlandse vereniging van klinische geriatrie
 Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen
 Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
 Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
 Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen
 Zorgverzekeraars Nederland
 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
 ActiZ
 AGORA
 Beter Onderwijs Nederland
 Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk
 GGD GHOR
 Lareb
 Nederlandse Associatie voor de Studie van Obesitas (NASO)
 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
 Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
 Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners
 RIVM/Centrum Gezond Leven
 Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
 Vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie
 Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)