

**“Ieder kind met
(risico op)
overgewicht of
obesitas gun je een
gezonde toekomst”.**

**Plan van aanpak 2021-2024 | Limburgse Netwerkaanpak
voor kinderen met (risico op) Overgewicht & Obesitas**

De Limburgse netwerkaanpak is een samenwerking van

Gemeenten:



GGD:



Zorgverzekeraars:



Partners in de ontwikkeling:



Voorwoord

Ongeveer 1 op de 7 Nederlandse kinderen in Nederland is te zwaar. Ook in Limburg zijn er helaas te veel kinderen met overgewicht en obesitas. Zowel gemeenten, de GGD in beiden regio's als de Provincie Limburg zetten daarom in op het verbeteren van de gezondheid van onze jeugd door middel van verschillende preventiegerichte gezondheidsprogramma's/aanpakken zoals onder andere Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), Gezonde Basisschool van de Toekomst en De Gezonde School.

Toch zien we dat we in Limburg nog een mooie uitdaging hebben als het gaat om het ondersteunen van kinderen (en het gezin) met (beginnend) overgewicht en obesitas.

Om die reden hebben de regio's Noord-, Midden- en Zuid-Limburg een samenwerking opgestart om samen deze gemeenschappelijke opgave aan te gaan als één Limburgse alliantie.

Met deze Limburgse alliantie is er een unieke kans om landelijk voorop te lopen in het realiseren van een netwerkaanpak voor kinderen (en hun gezin) met (beginnend) overgewicht en obesitas. Niet alleen doordat we kunnen voortborduren op de landelijke basis die is gelegd door [Kind naar Gezonder Gewicht](#) (KnGG), het fundament van het wetenschappelijk bewezen programma van [COACH/MUMC+](#), de pilot [Your COACH Next Door \(YCND\)](#) in Maastricht en de inspanningen die daar al geleverd zijn, maar ook doordat de zorgverzekeraars CZ en VGZ reeds de bereidheid hebben uitgesproken deze Limburgse netwerkaanpak mee te willen ondersteunen.

Daarnaast is in Nederland de rol en positie van de Provincie Limburg uniek, haar actieve betrokkenheid bij dit thema is een landelijk voorbeeld.

Het realiseren van een netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas is eveneens een ambitie van de Rijksoverheid.

Deze is vastgelegd in het Nationaal Preventieakkoord en is uitgewerkt in het programma [Kind naar Gezonder Gewicht](#).

In dat kader heeft deze Limburgse alliantie uitgesproken een driejarig experiment te willen starten waarbij in Limburg zorgverzekeraars en gemeenten, in een voor Nederland unieke samenwerking, samen investeren in een aanpak die overgewicht en obesitas onder kinderen reduceert en de kwaliteit van leven bevordert. Daarbij speelt deze alliantie een belangrijke rol om de netwerkaanpak daar waar nodig is verder vorm en inhoud te geven zodat er een succesvolle opzet, implementatie en uitrol in Limburg plaats kan vinden. Alles met het doel om kinderen en gezinnen passende ondersteuning te bieden, hun zelfredzaamheid te vergroten en waarbij zij zelf regie nemen en houden. In totaal krijgen 1300 kinderen in de periode 2021-2024 met (risico op) overgewicht en obesitas ondersteuning en zorg die bij hem of haar past.

In het bijzonder danken wij alle partners en collega's voor hun essentiële bijdrage bij het vormgeven van dit projectplan, te benoemen;

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid
GGD Noord Limburg & GGD Zuid Limburg
Gemeenten Heerlen, Maastricht, Roermond, Sittard-Geleen en Venlo
JOGG / Kind Naar Gezonder Gewicht
MUMC+ (inclusief Limburgs Consortium kinderartsen)
Programmabureau Trendbreuk
Stichting Your Coach Next Door
Zorgverzekeraars CZ & VGZ

De Zorgstandaard Obesitas (2010)¹³ beschrijft de taken van partijen:

Op basis van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) kan de inzet van de hulp en ondersteuning, zoals de Centrale Zorgverlener en Kinderleefstijlcoach binnen de netwerkaanpak, voor vergoeding in aanmerking komen. Vanaf een matig verhoogd GGR is er, om te beginnen in een experimentele fase, de NZA experimenteerregeling, die MUMC+, CZ en VGZ hebben aangevraagd en is toegekend en waar de provincie Limburg breed op ingezet gaat worden.

Dit betreft kinderen met overgewicht en bijkomende risicofactoren of comorbiditeit of het betreft kinderen met obesitas, al dan niet met bijkomende risicofactoren of comorbiditeit. Voor deze doelgroep is altijd een verwijzing van een arts (huisarts, jeugdarts of kinderarts) noodzakelijk.

Kinderen met een licht verhoogd GGR kunnen deelnemen aan de netwerkaanpak indien er afspraken zijn gemaakt met de betreffende gemeente over de vergoeding van de inzet (signaleren, ondersteunen en doorverwijzen binnen het sociaal domein) van de centrale zorgverlener.

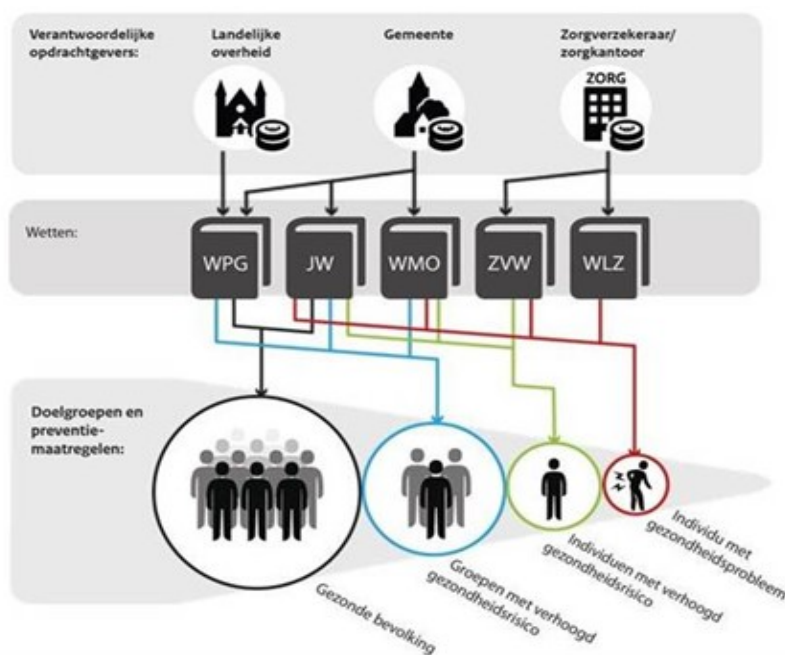
Tabel 2 geeft weer welke kinderen in aanmerking komen voor vergoeding van de netwerkaanpak door gemeenten en zorgverzekeraars op basis van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR).

GGR	Doelgroep	Financiering
Geen	Geen	Gemeente(n)
Licht	Overgewicht, Geen risicofactoren of comorbiditeit	Gemeente(n)
Matig	Overgewicht met risicofactoren of comorbiditeit Obesitas Graad I, geen risicofactoren of comorbiditeit Obesitas Graad I met risicofactoren of comorbiditeit	Zorgverzekeraar
Sterk	Obesitas Graad II, geen risicofactoren of comorbiditeit Obesitas Graad II, met risicofactoren of comorbiditeit	Zorgverzekeraar
Extreem	Obesitas Graad III, al/niet met risicofactoren of comorbiditeit	Zorgverzekeraar

Tabel 2. Vergoeding van de centrale zorgverlener en kinderleefstijlcoach door de gemeente/zorgverzekeraar op basis van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) onder de toegekende NZA beleidsregel innovatie 'Leefstijlinterventie Jeugd'.

Verbinding zorg- & sociaal domein

De aandacht van zorg- en welzijnsprofessionals voor een gezonde leefstijl maar ook allerlei andere achterliggende problematieken is belangrijk bij de hulp en ondersteuning van kinderen en gezinnen waar overgewicht of obesitas een rol speelt. Het is belangrijk dat er een gezonde basis wordt gelegd bij kind en gezin om een duurzame verandering in gedrag te kunnen doorvoeren. Om die gezonde basis te kunnen bereiken, is vaak inzet nodig van welzijnsprofessionals. De basis bij een groot deel van de kinderen met overgewicht en obesitas blijkt vaak onvoldoende door problematiek op gebied van armoede, schulden, psychisch problemen, ouders, onveiligheid in het gezin etc. Met leefstijl valt veel te winnen, maar ook een brede blik op de situatie van het kind of het gezin biedt veel kansen om in gezamenlijkheid te werken aan een goede gezondheid, betere kwaliteit van leven en verbeterde zelfredzaamheid. De problematiek rond overgewicht en obesitas is dus erg complex. Om individuen of gezinnen écht goed te ondersteunen is vaak inzet nodig op hulp en ondersteuning die zowel binnen het zorgdomein als het sociaal domein vallen. Zorgverzekeraars en gemeenten zijn beiden verantwoordelijk voor preventie, zorg en ondersteuning van inwoners. Goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is essentieel om tot goede zorg en ondersteuning te komen, die passend is voor de inwoner. Daarbij zijn beiden partijen financier van deze zorg en ondersteuning.



Afbeelding 1 geeft de verhoudingen tussen overheid, gemeenten en zorgverzekeraars weer.

Sociaal domein

Onder het sociaal domein, hetgeen waar gemeenten voor verantwoordelijk zijn, worden alle inspanningen verstaan die de gemeente verricht op basis van de Wmo 2015, de Participatiewet, Jeugdwet, de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening en de Wet Publieke Gezondheid. Dankzij de decentralisaties kunnen gemeenten een samenhangend en integraal beleid voeren en zorgen voor betere en snellere zorg en ondersteuning aan mensen in kwetsbare omstandigheden

Medisch zorgdomein

Zorgverzekeraars, en daarmee het zorgdomein, hebben een zorgplicht vanuit de Zorgverzekeringswet. Deze zorgplicht houdt in dat zij verplicht zijn zorg te regelen (of een vergoeding van de kosten van zorg te bieden) als een verzekerde een beroep doet op verzekerde zorg. De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars (voor preventie) richt zich op individuen met een GGR vanaf een matig, sterk en extreem verhoogd risico.

De verbinding

Een sluitende netwerkaanpak bevat dus preventie en zorg vanuit zowel sociaal- als zorgdomein, met een brede blik op de volledige problematiek van het kind of het gezin. Twee verschillende werelden, met twee verschillende financieringsstromingen en ieder hun eigen structuur en werkwijze. En tegelijkertijd met hetzelfde doel & opdracht: zorg en ondersteuning bieden, dichtbij de mensen en zo veel mogelijk te voorkomen dat (meer) zorg nodig is. En daarmee streven beide partijen het doel na om de stijgende (zorg)kosten in te perken.



Bouwstenen van de Limburgse netwerkaanpak

De Limburgse netwerkaanpak heeft als doel om kinderen met overgewicht en obesitas (en hun gezin) te ondersteunen op weg naar een gezonder en gelukkiger leven. Dat gebeurt met langdurige zorg en ondersteuning op maat volgens een programmatische aanpak. Het gaat daarbij om ondersteuning en hulp bij het veranderen van factoren die een ongezonde leefstijl in de weg staan of onderhouden en bij aanpassing van leefstijl (bewegen, gedrag, voeding, slaap en ontspanning.)

Initiatieffase en modules netwerkaanpak Limburg

De netwerkaanpak is opgebouwd uit vier modules. Echter om te starten in deze modules is er eerst nog een belangrijke stap nodig, namelijk het vinden, signaleren en toe begeleiden van kinderen en gezinnen naar module 1. Overgewicht kan al op zich gesignaleerd worden, denk hierbij aan de ouders of familielid, een leerkracht, trainer of (wijk)professional die al bij het kind of gezin betrokken is. Overgewicht wordt ook primair vanuit de JGZ basistaak uitgevoerd. Alle kinderen van specifieke leeftijdscohorten worden gemeten en gewogen en wordt overgewicht/obesitas vastgesteld en kan de doorverwijzing binnen het netwerk plaatsvinden.

Deze initiatieffase, waarin partners uit zowel het zorgdomein maar met name ook het sociaal domein een belangrijke spil zijn, vergt veel aandacht. Bij een kind dat zich ongelukkig of beperkt voelt kan de rol van overgewicht ter sprake komen. Het bespreekbaar maken van overgewicht vraagt om sensitiviteit en zorgvuldigheid. Voor degene die het overgewicht bespreekbaar wil maken maar waarbij dit onderwerp buiten zijn/haar kennis en expertise ligt is het van belang dat de routing naar betrokken professionals, die ze kunnen consulteren, bekend is. Op deze manier kan gekomen worden tot een respectvolle verwijzing van een gemotiveerde jeugdige en het gezin.

Om (het vermoeden van) overgewicht vast te stellen kan verwezen worden naar de GGD (jeugdverpleegkundige en jeugdarts), de huisarts. Daarnaast kan de kinderarts overgewicht vaststellen. Wanneer overgewicht vastgesteld is kan de jeugdige en ouders geattendeerd worden op de netwerkaanpak. Wanneer zij hiervoor open staan vindt verwijzing naar de Centrale Zorgverlener plaats.

Ook dit netwerk dient vooraf goed in beeld te zijn gebracht om uiteindelijk kind en gezin te kunnen verwijzen naar module 1. Na deze initiatieffase en doorverwijzing naar de netwerkaanpak, starten de vier modules. In Tabel 3 en 4 is zichtbaar hoe de processtappen afhankelijk van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) uit de 4 modules van de aanpak zich tot elkaar verhouden.

Laag GGR (financier gemeenten)			
Module I	Module II	Module III	Module IV
GGR vaststellen Intake & brede anamnese	Tussenfase voor begeleiding in sociaal- en of zorgdomein (begeleiding en ondersteuning in de wijk)	Begeleiding	Terugvalpreventie

Tabel 3: Modules Laag GGR

Matig, sterk of extreem verhoogd GGR (financier zorgverzekeraars)			
Module I	Module II	Module III	Module IV
GGR vaststellen Intake & brede anamnese	Tussenfase voor behandeling in sociaal- en of zorgdomein (begeleiding en ondersteuning in de wijk)	Behandeling	Behandeling & Terugvalpreventie

Tabel 4: Modules matig, sterk of extreem verhoogd GGR

De begeleiding van een kind/gezin

Opbouw modules en professionals

In de netwerkaanpak werkt één of twee verschillende professionals samen met het kind/gezin, afhankelijk van het GGR. Buiten deze twee professionals kan er binnen het sociaal- en zorgdomein indien nodig ook met andere professionals worden samengewerkt. Het figuur hieronder geeft weer welke professionals binnen welke module ingezet worden.

Doelgroep	Module I	Module II	Module III	Module IV
Laag GGR	CZV	CZV	CZV	CZV
Vanaf matig GGR	CZV	CZV	CZV + KLSC	CZV + KLSC

Figuur 2. Professionals binnen modules

Module 1 – de intake en brede anamnese (Laag GGR en matig, sterk of extreem GGR)

De eerste module binnen de netwerkaanpak betreft een uitgebreide intake & brede anamnese welke wordt afgenomen door een centrale zorgverlener. Deze brede uitvraag, waarin wordt gekeken naar zowel leefstijl als niet-leefstijl gerelateerde problematieken, dient als 0-meting en basis voor het aanbod dat volgt in de begeleiding en/of behandeling.

De eigen regie van het kind & gezin is de belangrijkste voorwaarde die nodig is om gedrag succesvol op lange termijn te veranderen.

(Optioneel) Module 2 – komen tot een plan (Laag GGR en matig, sterk of extreem GGR)

In de tweede module kijkt het kind/gezin samen met de centrale zorgverlener naar (niet-) leefstijl gerelateerde problematieken die het bevorderen van een gezonde(re) leefstijl in de weg kunnen staan. Hierbij kan het kind/gezin in overleg met de centrale zorgverlener doorverwezen of toe begeleid worden naar partners in het sociaal- en of zorgdomein om passende hulp, ondersteuning, begeleiding of behandeling te krijgen. Voor de partners in het zorgdomein is een indicatie nodig waarom bijvoorbeeld hulp van een diëtiste of fysiotherapeut gewenst is. De regie van kind/gezin staat hier voorop, waarbij ondersteuning van de centrale zorgverlener plaatsvindt. Module 2 is slechts voor een deel van de kinderen van toepassing.

Module 3 – aan de slag (Laag GGR)

In de derde module gaat de Centrale Zorgverlener samen met het kind/gezin aan de slag middels individuele adviezen of een verkorte gecombineerde leefstijlinterventie (GLI-kort). De GLI-kort is een kortdurende gezinsgerichte (groeps)interventie op wijkniveau gericht op voeding, bewegen en gedragsverandering

Module 3 – aan de slag (matig, sterk of extreem GGR)

Voor kinderen met een matig, sterk of extreem GGR ziet module 3 er anders uit. In de deze module start de kinderleefstijlcoach middels een GLI om gedurende 3 jaar (2 jaar behandeling opvolgend door 1 jaar terugvalpreventie) kinderen en het gezin te begeleiden naar een gezonde(re) leefstijl. Hierbij wordt o.a. begeleiding geboden op het gebied van

- het kind én het gezin en het systeem rondom het kind.
- leefstijl – voeding en beweging/slaap.
- coaching/positief opvoeden.

Indien er een extreem GGR wordt vastgesteld, kan het kind/gezin naar een GLI+. Dit zijn de uitgebreide behandelprogramma's in de ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld COACH. Belangrijk is om te benoemen dat dit niet in elk ziekenhuis in Limburg het geval is. Daarom willen we er in de Limburgse Netwerkaanpak naar toe werken dat de kinderen en gezinnen ondersteund worden in het voorliggend veld.

De behandeling duurt twee jaar en in het derde jaar (module 4) is er aandacht voor terugvalpreventie. Tussentijds houdt de kinderleefstijlcoach contact met de centrale zorgverlener over de voortgang van het kind en gezin. De centrale zorgverlener zal in dit jaar ook contact hebben met het kind/gezin.

Module 4 – Terugvalpreventie (Laag GGR)

In de vierde module zet de centrale zorgverlener in op het onderwerp terugvalpreventie. Een gedragsveranderingsproces gaat met vallen en opstaan. Een terugval kan daarbij horen. Waardoor een terugval wordt veroorzaakt, verschilt per persoon. Bij de één is langdurige stress een trigger, bij de ander slaapttekort of andere factoren. Het is daarom belangrijk dat een kind/gezin de symptomen leert herkennen die op hen van toepassing zijn zodat een mogelijke terugval voorkomen kan worden. Een ander belangrijk onderdeel van terugvalpreventie is het van tevoren bedenken wat iemand doet als hij/zij toch terugvalt. Het risico dat op een volledige terugval in oud gedrag wordt hiermee verkleind.

Module 4 – Terugvalpreventie (matig, sterk of extreem GGR)

In de vierde module zet de kinderleefstijlcoach in om kinderen binnen het gezin te begeleiden in het behouden van een gezonde(re) leefstijl en te ondersteunen bij een terugval. Tevens bereid de KLSC het kind en gezin voor op terugvaltriggers en hoe daar mee om te gaan.

Deze terugvalpreventie en ondersteuning duurt een jaar, tussentijds houdt de kinderleefstijlcoach contact met de centrale zorgverlener over de voortgang van het kind en gezin.

De centrale zorgverlener zal in dit jaar ook contact hebben met het kind/gezin.

Koppeling met het sociaal domein in module 3 en 4.

Ongeacht het gezondheidsgerelateerd risico (GGR) is het van belang dat de Centrale zorgverlener of Kinderleefstijlcoach ook in module 3 en 4 kinderen en gezinnen indien nodig kan doorverwijzen naar het sociaal domein. De koppeling met JOGG activiteiten, Gezonde School, Gezonde Basisschool van de Toekomst, (sport)verenigingen in de wijk, opvoedondersteuning en andere lokale (preventie)activiteiten en andere vormen van hulp & ondersteuning zijn hier een belangrijk onderdeel van.

Enkele voorbeelden op rij:

- Psychosociale ondersteuning: doorverwijzing naar POH Jeugd, basis GGZ, Sociaal-maatschappelijk of jongerenwerker
- Gezins-/systeemondersteuning: opvoedondersteuning, jeugd- en jongerenwerker, systeembehandelaar, jeugd GGZ, enzovoort.
- Leefstijl (bewegen, gedrag en voeding): Motorische Remedial Teaching (MRT), Buurt in Actie, Gezond in Actie, Vakantie in Actie, verenigingsondersteuning, sportpedagoog ([Ecsplora](#), [Maastricht Sport](#), [Heel Heerlen beweegt](#) , [Sportservice Roermond](#) en [Venlo Fit](#)), JOGG-interventies en activiteiten.

De nadruk ligt om zoveel mogelijk problematieken die het bevorderen van een gezondere leefstijl belemmeren aangepakt worden in module 2.

Het in de [bijlage III](#) aangepaste stroomschema 'stepped en matched care' kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas (PON, 2014) geeft bovenstaand proces van de verschillende modules visueel weer.

De centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener heeft in het landelijk model 'ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' en de Your Coach Next Door aanpak een cruciale rol. De centrale zorgverlener is een professional in het netwerk die de regierol op zich neemt naar kind, ouders en professionals uit het sociaal- en zorgdomein.

Vanuit die regierol worden eerder beschreven processtappen doorlopen. De mate van regie is afhankelijk van de zelfredzaamheid van het gezin. Hierin staat altijd de eigen regie van een kind en gezin centraal.

De centrale zorgverlener heeft vier belangrijke kerntaken:

1. de intake en brede anamnese (Laag GGR en matig, sterk of extreem GGR)
2. De begeleiding van kind en gezin (motiveren en ondersteunen).
3. De coördinatie van de ondersteuning en zorg voor deze kinderen.
4. Doorverwijzen naar, en het begeleiden van het op- en afschalen naar netwerkpartners in het sociaal- en of zorgdomein, daar waar nodig.

De centrale zorgverlener behoort tot de 1e lijnszorg. Kind en gezin kunnen hier rechtstreeks naar toe. De centrale zorgverlener is algemeen en breed opgeleid.

Landelijk is er een functieprofiel ontwikkeld voor de rol van de centrale zorgverlener. In Limburg wordt bij de werving van de Centrale Zorgverlener van dit profiel gebruik gemaakt.

(Kinder)leefstijlcoach

Een leefstijlcoach heeft verstand van leefstijl én coaching. Dat betekent dat een leefstijlcoach altijd vanuit het doel van de cliënt/deelnemer werkt en alle relevante leefstijlthema's betreft in de begeleiding. Denk daarbij aan voeding, bewegen, slaap en ontspanning, maar ook bijvoorbeeld dagindeling, of bewuster worden van de signalen van het lichaam. Net wat er nodig is voor iemand om gezonde(re) keuzes te kunnen maken in het dagelijks leven, die bij hem/haar passen en dus vol te houden zijn zodat er een duurzame gedragsverandering plaatsvindt.

Een leefstijlcoach fungeert vaak als spin in het web, doordat er breder gekeken wordt dan alleen de fysieke gesteldheid van een client en er ook andere problematieken naar voren kunnen komen. Hierdoor is een netwerk met andere professionals (zoals wijkteams, sociaal werkers, huisartsen, fysiotherapeuten) essentieel.

Een kinderleefstijlcoach begeleidt kinderen binnen het gezin naar een gezonde(re) leefstijl. Hierbij wordt o.a. begeleiding en behandeling geboden op het gebied van

- het kind én het gezin en het systeem rondom het kind.
- leefstijl – voeding en beweging/slaap.

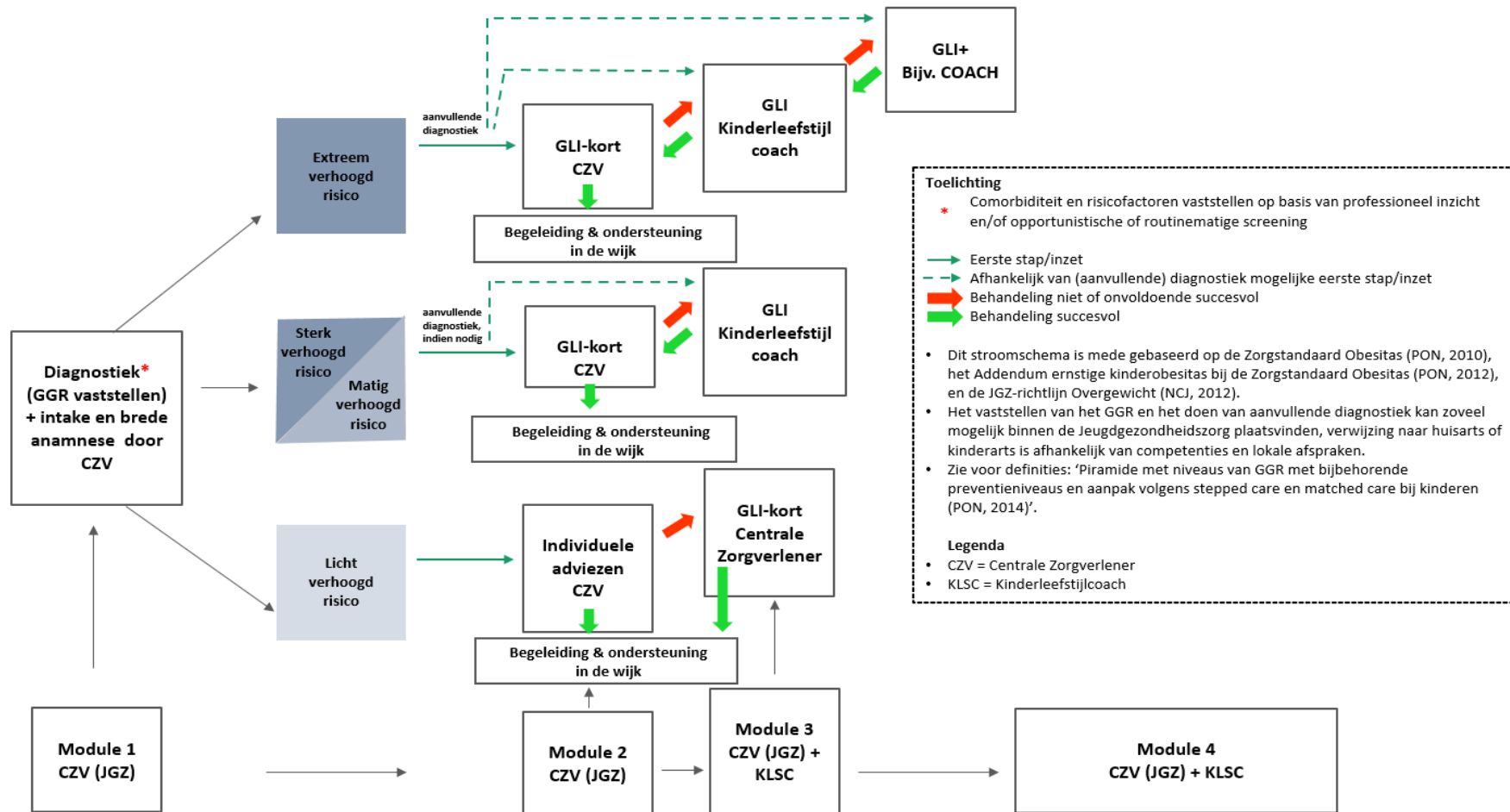
De Kinderleefstijlcoaches behoren tot de paramedische zorg, een doorverwijzing is noodzakelijk om toegang te krijgen tot deze hulp en ondersteuning. De kinderleefstijlcoaches die het kind/gezin gaan behandelen in de netwerkaanpak zijn gespecialiseerd opgeleid, staan als leefstijlcoach ingeschreven bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) en hebben daarnaast een specifieke opleiding gevolgd om de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) in de experimenteerfase aan te bieden.

Differentie in de regio's

De rol van Centrale Zorgverlener door de jeugdverpleegkundige wordt in het kader van Trendbreuk uitgebreid over alle 16 Zuid-Limburgse gemeenten. Voorlopig ligt in de start van de experimenteerfase de focus op Heerlen, Maastricht, Sittard-Geleen en Kerkrade

Noord- en Midden-Limburg is t.o.v. Zuid-Limburg anders georganiseerd. Daarom wordt er in deze regio's momenteel onderzocht waar de rol van CZV lokaal het beste geïmplementeerd kan worden in het experiment. Hierbij dient wel te blijven voldoen aan de kwaliteitseisen en competenties die behoren tot de rol van CZV. De JGZ, Centrum voor Jeugd en Gezin, Gemeentelijke wijkteams zijn een van de te onderzoeken scenario's

Bijlage III. Stroomschema stepped care en matched care kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas (PON, 2014).



“Ieder kind met (risico op) overgewicht of obesitas gun je een gezonde toekomst”