



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

**Plan van aanpak 2021-2023 | 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 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 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, de landelijke basis die is gelegd door Kind naar Gezonder Gewicht(KnGG), 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 2021-2023 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
Kind Naar Gezonder Gewicht
MUMC+ (inclusief Limburgs Consortium kinderartsen)
Programmabureau Trendbreuk
Stichting Your Coach Next Door
Zorgverzekeraars CZ & VGZ

Met vriendelijke groet,
Ashley Wevers & Jorn van Harwegen den Breems

Inhoudsopgave

Voorwoord	0
Inhoudsopgave	1
Inleiding & achtergrondinformatie	2
Verbinding zorg- & sociaal domein	5
Doelstelling / beoogde resultaten	7
3.1. Ambitie.....	7
3.2. Hoofddoelstelling	7
3.3. Uitgangspunten op basis van de hoofddoelstelling	7
Bouwstenen van de Limburgse netwerkaanpak	9
4.1. Initiatieffase en modules netwerkaanpak Limburg	9
4.2. De begeleiding van een kind/gezin	10
4.3. De centrale zorgverlener	12
4.4. (Kinder)leefstijlcoach	13
4.5. Differentie in de regio's.....	13
De Limburgse netwerkaanpak in de praktijk	14
5.1. Signalering.....	14
5.2. Indicatiestelling	14
5.3. Intake & brede anamnese	14

5.4. Implementatie.....	15
5.5. Regionale coördinatie	15
5.6. Lokale coördinatie	15
5.7. Zorggroep.....	16
5.8. De Jeugdgezondheidszorg en haar rol als CZV	16
5.9. MUMC+/- en overige ziekenhuizen Limburg	17

Monitoring/onderzoek	18
-----------------------------------	-----------

Opleiding en training	19
------------------------------------	-----------

7.1. Opleiding Your Coach Next Door.....	19
7.2. Opleiding Kind naar Gezonder Gewicht.....	20

Projectstructuur	21
-------------------------------	-----------

8.1. Stuurgroep Trendbreuk Zuid Limburg	21
8.2. Stuurgroep Noord- en Midden-Limburg	21
8.3. Programmteam op Limburgs niveau	21
8.4. Regionale projectleider	22
8.5. De lokale projectleider.....	23

Partners in de uitvoering	24
--	-----------

Begroting	26
------------------------	-----------

Referenties	27
--------------------------	-----------

Bijlagen	28
-----------------------	-----------

Inleiding & achtergrondinformatie

Ongeveer 1 op de 7 Nederlandse kinderen (4 t/m 17 jaar) is te zwaar.¹ Professionals van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) meten en wegen kinderen in verschillende leeftijdsgroepen. Onderstaande tabel laat de meest recente cijfers zien van kinderen met overgewicht en obesitas in Limburg, gemeten door JGZ.

	Overgewicht		Obesitas	
	Zuid-Limburg	Midden- en Noord-Limburg	Zuid-Limburg	Midden- en Noord-Limburg
2 jarigen	7%	7%	1%	1%
3 jarigen	6%	7%	1%	1%
4 jarigen	8%	7%	2%	1%
5-6 jarigen	7%	8%	2%	2%
10 jarigen	13%	13%	3%	3%
13-14 jarigen	13%	13%	3%	3%

Tabel 1. Kinderen met overgewicht en obesitas in Limburg.

Bij de 13-14 jarigen in Limburg zien we het percentage kinderen met overgewicht en obesitas de laatste jaren iets toenemen.² Deze trend is ook landelijk zichtbaar.³ Op basisschoolleeftijd lijkt het er op dat aanpakken als JOGG en Gezonde School hun vruchten beginnen af te werpen. Op tienerleeftijd gaan jongeren steeds meer eigen keuzes maken op het gebied van voeding en bewegen en is het belangrijk om hen hierin te blijven ondersteunen.

Overgewicht is een groot maatschappelijk thema en sinds 2003 één van de speerpunten van het preventiebeleid van het ministerie van VWS. Het terugdringen van overgewicht is één van de doelen van het Nationaal Preventieakkoord. De ambitie van het akkoord is om overgewicht bij kinderen terug te dringen tot het niveau van 1995: 9,1% voor 4-20 jarigen.⁴

Door het hebben van overgewicht kunnen kinderen op jonge leeftijd al gezondheidsproblemen krijgen zoals diabetes mellitus 2 of een voorstadium hiervan. Vergeleken met kinderen met een gezond gewicht hebben ze vaker een hoog cholesterolgehalte, vaker astma en slaapapneu en meer klachten aan het bewegingsapparaat.^{5,6,7} Op latere leeftijd hebben kinderen met overgewicht meer risico op diabetes mellitus type 2, hypertensie, hart- en vaatziekten en zelfs vroegtijdige sterfte.⁸ Wanneer iemand al vanaf jonge leeftijd overgewicht heeft, zijn de gezondheidsgevolgen op latere leeftijd extra groot.⁹

Behalve lichamelijke problemen hebben kinderen met overgewicht vaker last van psychosociale problemen dan kinderen met een gezond gewicht. Voorbeelden van deze problemen zijn eetstoornissen, een laag zelfvertrouwen en stigmatisering. Meisjes hebben hier meer last van dan jongens.¹⁰ Er zijn ook aanwijzingen dat een ongezonde leefstijl de cognitieve ontwikkeling en schoolprestaties belemmert.¹¹ Overgewicht en obesitas hebben ook maatschappelijke en economische gevolgen. Het aantal ongezonde levensjaren als gevolg van overgewicht vergroot de maatschappelijke kosten.¹²

De gezondheid van jonge kinderen bevorderen heeft daarom veel voordelen. Jong geleerd is immers oud gedaan. (On)gezonde gewoonten en gebruiken worden voor een groot deel bepaald door opvoeding en

ervaringen in de kindertijd. Het aanleren van gezond gedrag kan dan ook het best zo jong mogelijk beginnen, en het is belangrijk om de ouders, het hele gezin, actief te betrekken, aangezien ouders een belangrijke verantwoordelijke rol spelen in de gewoonten en gebruiken die het kind ontwikkelt. De focus op een goede start in de kinderjaren sluit aan bij de ambitie van het [programma Trendbreuk](#), de regionale uitrol van Kansrijke Start en het gezondheidsbeleid van de gemeenten in Noord- en Midden-Limburg.

Aanpakken gericht op het voorkomen en terugdringen van overgewicht en obesitas

Het borgen van een gedegen aanpak omtrent leefstijl en het zorgen voor een duurzame gedragsverandering vraagt een lange adem. Om écht een gezonde leefomgeving voor onze jeugd te creëren, is het noodzakelijk dat zowel publieke als private partners in zowel het sociaal domein als zorgdomein met elkaar (gaan) samenwerken.

Daarnaast is een gezonde(re) leefstijl aanleren een belangrijke onderdeel van gezond opgroeien, dat begint met de opvoeding thuis. Ouders zijn dus net als professionals cruciale partners.

De JOGG-aanpak

In het sociaal domein wordt ingezet op preventie van ongezond gewicht. In het kader van universele en selectieve preventie implementeren veel gemeenten bijvoorbeeld een Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG)-aanpak. Hierbij wordt de gezonde keuze de makkelijke keuze gemaakt, bijvoorbeeld door een gezond voedingsaanbod te creëren in school- en bedrijfskantines, of het beweegvriendelijker maken van de omgeving. Deze aanpak om een gezonde leefstijl te bevorderen en overgewicht te voorkomen is gericht op alle jeugd, of op specifieke risicogroepen (bijvoorbeeld VMBO-scholen).

Tot op heden blijkt de JOGG-aanpak succesvol op het preventieve vlak. Gezondheid staat steeds vaker op de agenda van private en publieke partners en er worden steeds meer activiteiten en interventies georganiseerd waarbij (preventief) aandacht is voor een gezonde leefstijl. Dit wordt ook steeds vaker verankerd in beleid van allerlei partijen. De verbinding tussen alle partijen is de afgelopen jaren sterk toegenomen waardoor beter wordt samengewerkt en van elkaars expertise gebruik wordt gemaakt.

Binnen de preventieve JOGG-aanpak kent JOGG ook de aanpak [Kind naar Gezonder Gewicht](#), waarmee gemeenten een netwerkstructuur kunnen inrichten voor passende ondersteuning en zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. Professionals uit zowel sociaal- als zorgdomein werken hierin nauw met elkaar samen. Eén professional neemt hierbij de rol van centrale zorgverlener op zich. Deze staat naast het gezin en zorgt voor samenhang tussen gezin en professionals. Gezamenlijk wordt gekeken naar het brede spectrum van de eventuele achterliggende problematiek, om zo gericht de juiste ondersteuning en zorg aan te bieden. Met deze gezamenlijke aanpak verbetert niet alleen de gezondheid van het kind, maar ook de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie op korte en lange termijn. Het aanstellen van een lokale projectleider is een van de voorwaarde die nodig is om een goede netwerkstructuur in te richten.

De zorgaanpak

Voor kinderen met overgewicht en obesitas waarbij sprake is van een matig of hoog gezondheidsrisico is preventie niet meer aan de orde. Vanuit de ziekenhuizen (MUMC+, Viecuri Venlo en het Laurentius Ziekenhuis Roermond) wordt voor kinderen met een hoog gezondheidsrisico en overgewicht, of zelfs obesitas, een uitgebreid behandelprogramma aangeboden aan kinderen en gezinnen. Hierin is aandacht voor allerlei aspecten zoals voeding, beweging, gedrag en ontwikkeling van het gezin.

In deze programma's zijn (zorg)professionals in de 1^e, 2^e en 3^e lijn betrokken. In het MUMC+ en Viecure Venlo heet dit programma [COACH](#). Het programma COACH is ontwikkeld door het MUMC+ en bewezen effectief; dat wil zeggen dat gewicht, gedrag, gezondheid en kwaliteit van leven van kinderen langdurig significant verbeteren na deelname aan het programma. Op de lange termijn zijn deze effecten nog niet inzichtelijk. Het programma is vervolgens succesvol geïmplementeerd in het VieCure Ziekenhuis. Kinderartsen vanuit elk van de Limburgse ziekenhuizen hebben een consortium gevormd waarin de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas (2e en 3e lijnszorg) en de samenwerking met de 0e en 1^e lijn wordt afgestemd. Binnen de Limburgse Netwerkaanpak zal er naar toe gewerkt worden dat de scheidingslijn tussen preventie, geïndiceerde preventie en de zorggerelateerde preventie steeds vager zal worden. Ook kinderen met een hoger GGR niveau kunnen prima vanuit het netwerk in de wijk geholpen worden. Voor medische aspecten kan dan het ziekenhuis aangesloten worden als onderdeel van de netwerkaanpak.

De netwerkaanpak

Echter is er ook nog een doelgroep die behandeling en begeleiding behoeft, maar waar het programma van de ziekenhuizen weer te zwaar of niet passend voor de doelgroep is. Het landelijk model van Kind Naar Gezond Gewicht heeft betrekking heeft op zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie. Het landelijk model is voor alle kinderen met overgewicht en obesitas. Landelijk staan het model voor een generieke basis van handelen, ongeacht het GGR-niveau van het kind. De kans is echter groot dat hoe hoger het GGR-niveau van het kind er zwaardere (medische) zorg op maat wordt ingezet, dit zien we in de Limburgse aanpak als onderdeel van het totaal.

Your Coach Next Door (YCND), geïmplementeerd en doorontwikkeld in Maastricht, is een voorbeeld van een netwerkaanpak die de afgelopen

twee jaar als een pilot gedraaid heeft. Gezinnen werden in deze netwerkaanpak via een passend zorg op maat traject door een centrale zorgverlener (CZV) ondersteund bij het aanpassen van leefstijlgewoonten en krijgen hulp bij het veranderen van factoren die een gezonde leefstijl in de weg staan. Tevens zijn er in de gemeente Venlo ook twee lopende initiatieven namelijk [Gezond, Fit & Sterk](#) en [WEET & BEWEEG](#).

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

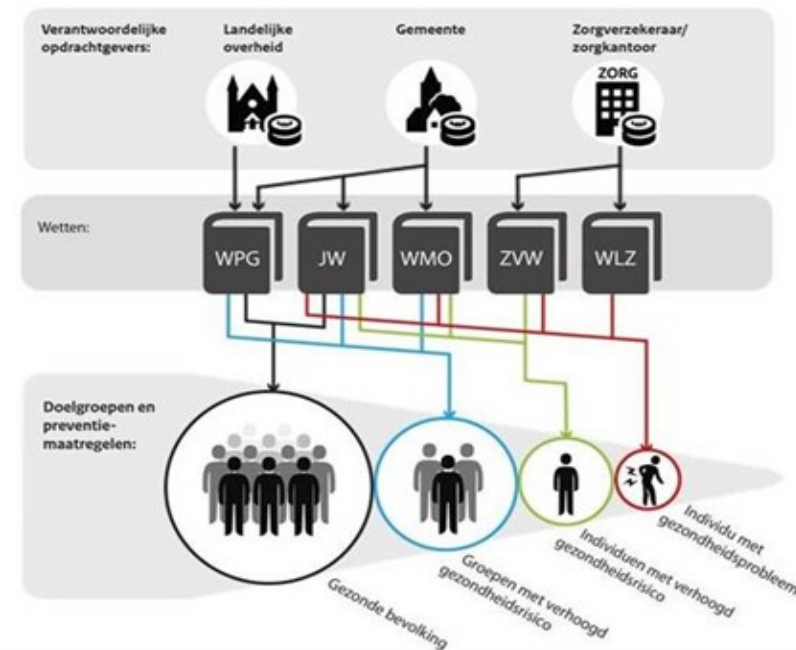
Tabel 2. Vergoeding van de centrale zorgverlener en kinderleefstijlcoach door de gemeente/zorgverzekeraar op basis van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) onder de toegekende NZA beleidsregel innovatie 'Leefstijlinterventie Jeugd'.

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 kwetsbare groepen en inwoners.

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 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 taal. 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 zorgkosten in te perken.

Er is een optimale verbinding met andere Trendbreuk aanpakken en overige relevante initiatieven in de regio zoals o.a. De Gezonde

Basisschool van de Toekomst, de aanpak Kansrijke Start en de Limburgse Netwerk aanpak voor kinderen met (risico op) overgewicht & obesitas;



Doelstelling / beoogde resultaten

3.1. Ambitie

Met het implementeren en het borgen van de Limburgse netwerkaanpak hebben we in de provincie Limburg een brede domein-overstijgende (bestaande uit zowel sociaal- als medisch-zorgdomein) aanpak gecreëerd waarin op maat gemaakte ondersteuning en hulp wordt geboden aan kinderen en gezinnen die obstakels ervaren op het gebied van een gezonde(re) leefstijl. Hierin staat altijd de eigen regie van een kind en gezin centraal. Met de netwerk aanpak zorgen we in Limburg samen voor een langdurige gedragsverandering en gezondere en gelukkigere kinderen.

Provinciaal is deze Limburgse aanpak op hoofdlijnen eenduidig. Lokaal is er, indien dit beter passend is bij de lokale situatie, ruimte mogelijk voor variatie. Denk hierbij aan lokale initiatieven zoals Gezondr, Fittr & Sterkr die reeds al in Venlo gestart zijn.

De opzet, implementatie en uitrol zal in de aanloopfase starten in de vijf centrumgemeenten, namelijk Heerlen, Maastricht, Roermond, Sittard-Geleen en Venlo. Gedurende de projectperiode kunnen overige Limburgse gemeenten, zodra alle benodigde randvoorwaarden lokaal georganiseerd zijn, inhaken op de provinciaal georganiseerde basis- en infrastructuur.

3.2. Hoofddoelstelling

Experiment uitvoeren in de provincie Limburg voor periode van 3 jaar waarin maximaal 800 kinderen met een matig, sterk en extreem GGR en 500 kinderen met een licht verhoogde GGR ondersteund worden met passende hulp om het overgewicht terug te brengen, weerbaarder te worden en regie te pakken over hun eigen gezondheid.

3.3. Uitgangspunten op basis van de hoofddoelstelling

Duurzame borging

- ♦ **Stevige preventieve gezondheidszorginfrastructuur:** via de verschillende preventiegerichte gezondheidsprogramma's zoals o.a. de aanpak JOGG dragen we zorg voor een stevige preventieve gezondheidsinfrastructuur welke er zorg voor draagt dat er minder verwijzingen naar de netwerkaanpak worden gedaan. Er is een optimale verbinding met andere Trendbreuk aanpakken en overige relevante initiatieven in de regio zoals o.a. De Gezonde Basisschool van de Toekomst, de aanpak Kansrijke Start en de Limburgse Netwerk aanpak voor kinderen met (risico op) overgewicht & obesitas;
- **(Vroeg)signalering:** we zorgen voor (vroeg)signalering en (vroeg)tijdige toeleiding naar passende hulp waardoor de gezondheid van jeugdigen (nu en op latere leeftijd) niet in het geding komt.

- **Verbinding en samenwerking tussen de domeinen:** er vindt uitbreiding en verbinding van het bestaande netwerk binnen het zorg- en sociaal domein plaats, waarbij aandacht is voor meer en betere samenwerking. Sociaal- en zorgdomein leren van elkaar en versterken hiermee het doel van de netwerkaanpak (zelfregie, participatie, medische kennis, samenhang overgewicht met psychosociale problemen.)
- **Financiële borging:** op basis van de ervaringen uit de experimentfase: we realiseren een netwerkaanpak die financieel duurzaam geborgd wordt door zorgverzekeraars en gemeenten in Limburg. Op termijn is, door tijdig signaleren van (multi)problematieken en bieden van de juiste begeleiding en ondersteuning, een afname te zien van Wmo/Jeugd-arrangementen en instroom van kinderen met overgewicht en obesitas in de (curatieve) zorg.



Passende ondersteuning bij eigen regie

- **Kind en gezin centraal:** er wordt gewerkt volgens matched en stepped care, aansluitend bij de behoefte, draagkracht en draaglast van het gezin, en gegeven de ernst van de aandoening altijd beginnen met de minst ingrijpende behandeling. We doorbreken hiermee het denken in zorg en medicalisering. Door middel van toetsing van de eigen Positieve Gezondheid, zien we een toename van een positievere beleving van deze eigen gezondheid gedurende het begeleidingstraject. Indien nodig kan er i.v.m. gezondheidsrisico's ook voor gekozen worden om juist wel met de meest ingrijpende behandeling te beginnen, ook dit valt onder matched care.
- **Quadruple aim;** we gaan uit van het principe quadruple aim: betere gezondheid uitkomstmaten, betere ervaring van kind en gezin in kwaliteit en tevredenheid, doorverwijzing door professionals wordt als prettig/meerwaarde ervaren, en waarbij de zorgkosten worden verlaagd door preventie in het voorliggend veld en zorg geïndiceerde preventie.
- **Toename kinderen op gezond gewicht:** kinderen die in de netwerkaanpak begeleid worden (door zowel de centrale zorgverlener als de kinderleefstijlcoach) vindt een afname plaats van overgewicht en obesitas. Hierbij gaan we uit van de volgende subdoelstellingen;
 - Bmi z-score daling 0.10 op groepsniveau
 - 60% van overgewicht/obesitas naar gezond gewicht
 - 75% van de kinderen hebben hun behandeldoelen bereikt
 - Kwaliteit van leven bij 80% omhoog

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.)

4.1. 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 zicht 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 belangrijkste 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 en 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, diëtiste of fysiotherapeut. 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. De onderstaande tabellen geven de inhoud van deze modules weer per gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR).

Laag GGR			
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			
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

4.2. De begeleiding van een kind/gezin

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.

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.

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 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 2 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 voorliggende veld.

De behandeling duurt een 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 bereidt 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 2, 3 en 4.

Ongeacht het gezondheidsgerelateerd risico (GGR) is het van belang dat de Centrale zorgverlener of Kinderleefstijlcoach gedurende module 2, 3 of 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 problematieken: doorverwijzing naar POH Jeugd, POH somatiek, Sociaal-maatschappelijk of jongerenwerker, etc.
- Systeem problematieken: doorverwijzing naar opvoedondersteuning, jeugd- en jongerenwerker, etc.
- 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.

In [bijlage V](#) vindt u een overzicht van het aantal uren per module.

4.3. 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.



4.4. (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.
- coaching/positief opvoeden.

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 kinderleefstijlcoach 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.

4.5. 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 is o.a. ook een van de te onderzoeken scenario's.

De Limburgse netwerkaanpak in de praktijk

5.1. Signalering

De netwerkaanpak richt zich op een doelgroep waarbij het gaat om een beladen onderwerp; dit vraagt dan ook om een specifieke signalering. Signalering gebeurt door de volgende professionals:

1. Jeugdverpleegkundige(n) en jeugdartsen van de Jeugdgezondheidszorg,
2. Zorgdomein: Professionals uit de eerste- en tweedelijnszorg; huisarts/kinderarts/jeugdarts/tandarts, POH jeugd- en somatiek, fysio-oefen- en ergotherapeuten diëtisten, Centrale zorgverlener en kinderleefstijlcoach, KLSC enz.,
3. Sociaal domein: gemeentelijke toegang, , wijkprofessionals, maatschappelijk werk, jeugdhulpverlening, schuldhulpverlening etc.,
4. Onderwijs: Intern Begeleiders, leerkrachten, mentoren, decaan
5. Ouders/verzorgers uit de wijk.

Het signaleren en door begeleiden van deze doelgroep behoort tot de initiatiefase zoals eerder genoemd in hoofdstuk bouwstenen van de Limburgse Netwerkaanpak.

5.2. Indicatiestelling

Aan de hand van vastgelegde inclusie- en exclusiecriteria kan de doorverwijzer een potentiële deelnemer(s) selecteren en via de reguliere kanalen aanmelden voor een intake- en adviesgesprek bij een centrale zorgverlener. Het is daarom van belang om 'overgewicht' onderdeel te

maken van de benadering van positieve gezondheid en positieve opvoeding. Het signaleren is succesvol als het leidt tot bereidheid bij kind en ouders om stappen te zetten en tot deelname aan de netwerkaanpak.

5.3. Intake & brede anamnese

Het kind/gezin wordt na aanmelding uitgenodigd voor een persoonlijk intake- en adviesgesprek. Dit vindt plaats met een centrale zorgverlener. Bij de intake wordt gebruik gemaakt van verschillende gespreksinstrumenten. Deze brede anamnese zal voor zowel de centrale zorgverleners als het kind/gezin zicht geven op de vragen, zorgen, behoeften, belemmeringen en mogelijkheden van dat moment. Tijdens dit gesprek wordt samen met het kind/gezin een plan op maat opgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met de persoonlijke en fysieke situatie, alsmede de gezinssituatie waarin het kind verkeerd.

Een op leefstijl gericht plan heeft alleen kans van slagen als er geen andere voorliggende problemen zijn die prioriteit behoeven of die dusdanig energie vragen dat er nog geen ruimte is voor leefstijlverandering. Als dit zo blijkt te zijn zal het oplossen hiervan prioriteit krijgen en wordt de focus verlegd van overgewicht naar het oplossen of aanpakken van deze belemmerende factoren. Samen met de Centrale zorgverlener wordt in het plan opgenomen hoe deze belemmeringen, een voor een, aangepakt worden en wie het kind/gezin hierbij kan ondersteunen. Een verwijzing naar partners in het sociaal- en of zorgdomein kan voor de hand liggend zijn. De Centrale zorgverlener ondersteunt, waar gevraagd het kind/gezin met de totstandkoming van de verwijzing.

Als onderdeel van de brede intake en advies kunnen professionals betrokken zijn. Plan van aanpak volgt vaak op een inventarisatiefase van onderliggende problematiek. Consult(en) bij zorgprofessionals om e.e.a.

medisch uit te zoeken is vaak onderdeel van deze inventarisatie. Dit betekent dat een plan van aanpak pas opgemaakt kan worden als deze mensen zijn geconsulteerd (indien nodig). Ook professionals uit het sociaal domein kunnen al betrokken zijn bij het kind en gezin. Hun inbreng is van groot belang om tot de juiste keuze te komen in het plan van aanpak.

Indien mogelijk wordt de deelnemer doorverwezen naar bestaand, regulier beweegaanbod. Is er sprake van een beweegbeperking, dan is bewegen onder deskundige begeleiding, die aansluit bij de behoefte van kind en gezin, een tussenstap naar regulier aanbod.

Als er geen tussenstap nodig is zal de centrale zorgverlener het kind/gezin bijeen laag GGR zelf verder begeleiden met de verkorte GLI. Vanaf een matig verhoogd GGR zal de centrale zorgverlener het kind/gezin doorverwijzen naar de kinderleefstijlcoach.

5.4. Implementatie

Het implementatiemodel van de netwerkaanpak is gebaseerd op een samenwerking tussen verschillende partijen, namelijk:

- (huisartsen)zorggroep in de regio,
- preferente zorgverzekeraar(s) in de regio van de zorggroep,
- de Jeugdgezondheidszorg inclusief Jeugdarts,
- gemeente(n) inclusief lokale projectleiders en gemeentelijke toegang,
- sociaal-maatschappelijk en welzijnswerk,
- formele en informele zorg,
- maatschappelijke partners,
- ziekenhuis,
- scholen.

5.5. Regionale coördinatie

De regionale coördinatie van de netwerkaanpak vindt plaats vanuit twee regio's, namelijk Zuid-Limburg en Noord- en Midden-Limburg. In de regio Zuid-Limburg vindt deze rol plaats vanuit de GGD in de regio. In Noord- en Midden-Limburg dient deze rol nog belegd te worden. Deze regionale coördinatie wordt uitgevoerd door een regionale kwartiermaker.

5.6. Lokale coördinatie

De lokale coördinatie per gemeente wordt gedeeld en geleid door de zorggroep en de lokale projectleider van de gemeente en de GGD die, aan de hand van de lokale situatie, een lokaal kernteam vormen met de lokale partijen.

Hierbij valt te denken aan o.a.;

- Lokale projectleider van de gemeente,
- Coördinator zorggroep,
- JOGG Regisseur,
- Jeugdgezondheidszorg in de rol van centrale zorgverlener en/of leefstijlcoach,
- Centrum voor Jeugd & Gezin,
- Sociale buurtteams/wijkteam,
- Formele en informele zorg,
- Beleidsmedewerker van de gemeente,
- Sportservice zoals Ecsploré, Heerlen Beweegt, Maastricht Sport, Sportservice Roermond en Venlo Fit,
- Kinderarts/vertegenwoordiger obesitasprogramma Ziekenhuis.

5.7. Zorggroep

In de laatste jaren zien we in de verschillende regio's een steeds belangrijkere rol in de wijk weggelegd voor de huisartsenpraktijk. Steeds meer praktijken zoeken de verbinding met het sociaal domein, werken van uit het gedachtegoed Positieve Gezondheid en kijken breder mee met de patiënt.

De inkoop van de zorgverzekeraar vindt plaats bij de regionale zorggroep. De zorggroep wordt betrokken bij de opzet, implementatie van de netwerkaanpak. Hieronder een aantal uitgangspunten op rij;

- Huisarts en Praktijkondersteuner Huisarts (POH) hebben een belangrijke rol in de signalering en doorverwijzing van de doelgroep,
- Kinderleefstijlcoaches op contract zorggroep,
- Registratie, declaratie, facturatie
- Signalering en doorverwijzing via zorgregistratiesysteem.

Een compleet overzicht van de rol van de zorggroepen vindt u in [bijlage IV](#).

5.8. De Jeugdgezondheidszorg en haar rol als CZV

Keten

Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zijn een belangrijke schakel in de signalering, beoordeling van GGR en toeleiding naar netwerkaanpak. In de keten screent de JGZ al middels de periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO) in de verschillende leeftijdscategorieën, zie [bijlage II](#).

Door dit gegeven nemen neemt de JGZ het grootste deel voor haar rekening betreft het mogelijkwerijs includeren van kinderen met (risico op) overgewicht, dit neemt niet weg dat andere professionals uit het zorg- en

sociaal domein nog steeds een essentiële rol vervullen bij het signaleren van kinderen in de keten.

Diagnostiek (GGR vaststellen)

Het vaststellen van het GGR en het doen van aanvullende diagnostiek kan zoveel mogelijk binnen de Jeugdgezondheidszorg plaatsvinden, verwijzing naar huisarts of kinderarts is afhankelijk van competenties, lokale afspraken en de complexiteit van de (medische) problematiek.

Inhoud

- De JGZ voert haar wettelijke taken uit en vervult een essentiële rol in de individuele en collectieve preventie door vroegtijdig problemen te signaleren.
- Daarbij richt de JGZ zich niet alleen op het opgroeiende kind, maar uitdrukkelijk ook op de omgeving waarin dit opgroeit.
- Bovendien geldt de JGZ als een logische en onafhankelijke verbinder tussen preventie en curatie en tussen het medische en sociale domein. Zij vormen al de verbinding tussen het medisch-zorgdomein en sociaal domein door hun werkwijze en bekendheid met de lokale sociale kaart en wijk.
- De verwachting is dat het belang van preventie en vroegsignalering alleen maar toe zal nemen en gemeenten via de JGZ actief kunnen sturen op inzet en aandacht aan de voorkant en het versterken van de inzet aan het begin van een traject.
- Met name die vroegsignalering, de kennis van een gezonde ontwikkeling van kinderen en de centrale plek die JGZ in het netwerk inneemt maakt dat de JGZ verpleegkundige bij uitstek de rol van CZV kan uitvoeren.

- Gedurende de begeleiding ondergaan de kinderen ook een aantal meetmomenten, deze werkzaamheden worden in de PGO's ook al uitgevoerd door de Jeugdverpleegkundigen. Het meten van lengte & gewicht wordt door kinderen niet altijd even gemakkelijk ervaren, bij de jeugdverpleegkundigen zijn de kinderen al vaker geweest wat deze drempel kan verlagen.

Daarbij is (over)gewicht een gevoelig onderwerp. Het ongevraagd of op onjuiste wijze ter sprake brengen van het gewicht, kan de relatie met het kind en gezin schaden. Vanuit oudsher is het bespreken van het (over)gewicht van een kind door de JGZ voor ouders gebruikelijk, en is daardoor een logische en passende plek.

Continuïteit

De centrale zorgverlener vervult een essentiële rol in de netwerkaanpak. Het is heel belangrijk dat er continuïteit geboden kan worden aan de kinderen en gezinnen die begeleiding nodig hebben. Het opzetten van een degelijk netwerk in het sociaal- en zorgdomein kost tijd. Door de rol van CZV bij de JGZ te positioneren blijft dit netwerk en de kennis en expertise van de CZV behouden en het afbreukrisico wordt hiermee geminimaliseerd.

Ook hebben zij een belangrijke rol in het betrekken en Informeren van de andere kinderartsen in het consortium. Kinderartsen in de ziekenhuizen in Limburg hebben rol in de signalering van en doorverwijzing naar de CZV, het medische evalueren (signalering secundaire obesitas en gevolgen obesitas) en het behandelen van medische problemen met betrekking tot overgewicht/obesitas.

5.9. MUMC+/ en overige ziekenhuizen Limburg

Samen met CZ en VGZ is MUMC+ verantwoordelijk voor de wetenschappelijke evaluatie van de NZA-innovatiebeleidsregel. Daarbij hebben zij een 'Last resort' functie voor kinderen die met de aanpak in de wijk en in de andere ziekenhuizen onvoldoende geholpen zijn, door middel van een 2e en 3e lijns-behandeling van medische problemen die samenhangen met overgewicht/obesitas en die kindergeneeskundige zorg behoeft.

Monitoring/onderzoek

Om de effectiviteit en doeltreffendheid van het experiment te bepalen is monitoring en onderzoek noodzakelijk.

Als programmamanager, en in het bijzonder de zorgverzekeraars en gemeenten als zijnde financier, moet gezamenlijk worden bepaald wat de Key Performance Indicators (KPI's) in dit experiment zijn, waarbij advies kan ingewonnen bij een aantal (externe) partijen.

Deze KPI's hangen samen met de ambitie en doelstellingen en met de gemaakte afspraken vanuit de NZA-innovatiebeleidsregel.

Denk hier o.a. aan:

- Indicatoren kwaliteit van leven van kind en gezin (BMI, Positieve Gezondheid, behalen van individuele doelen, klanttevredenheid,);
- Indicatoren zorgverzekeraar (aantal doorverwijzingen);
- Indicatoren zorgpad (procesevaluatie, implementaties van interventies in zorgpad);
- Indicatoren verbinding sociaal- en medisch-zorgdomein (tevredenheid samenwerking, op- en afschalen, etc.)
- Het inzichtelijk maken wat de besparingen (o.a. in euro's) aan de achterkant zijn, voor zowel het sociaal domein als het zorgdomein
- Wat de maatschappelijke effecten zijn

Voor dit onderdeel zijn in de provincie verschillende partijen die hier uitvoering aan kunnen geven, zoals de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, GGD Limburg-Noord en de GGD Zuid Limburg en het MUMC+. Ook kan er gedacht worden aan een aantal hogescholen.

Het inzichtelijk maken van het effect van het experiment kan dus op meerdere manieren gebeuren, zoals:

- Vanuit de resultaten van de Gezondheidsmonitor Jeugd;
- Vanuit het onderzoek van MUMC+ in het kader van de netwerkaanpak en de monitoring van kinderen met overgewicht & obesitas
- Vanuit het RIVM, onderzoek naar alle landelijke implementatieprojecten;
- Vanuit de lokale monitor netwerkaanpak (module monitor netwerkaanpak, Care for Obesity). De module monitor netwerkaanpak monitort op de volgende niveaus:
 - Ketenontwikkeling;
 - Interprofessionele samenwerking;
 - Ondersteuning en zorg;
 - Casusregie en logistiek;
 - Kind en gezin.

De regionale projectleiders, GGD's, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid en MUMC+ zijn verantwoordelijk voor het opzetten van het raamwerk van de monitoring. Dit concept wordt getoetst door gemeenten en zorgverzekeraars. Vervolgens is een of meerdere van bovengenoemde partners verantwoordelijk voor de dataverzameling en oplevering van de resultaten. Het inrichten van het proces wat nodig is om de data te verzamelen gebeurt in overleg met de regionale en lokale projectleiders.

Opleiding en training

De rol van CZV en KLSC vraagt flink wat van professionals, zowel richting kind en gezin als richting netwerkpartners. Het gaat vaak om complexe problematiek, waarbij een brede blik, weten welke andere problemen bijdragen bij aan overgewicht/obesitas, een coachende houding en leiderschap een vereiste is en niet te vergeten, het effectief kunnen omgaan met dilemma's. Om CZV's en KLSC-es te ondersteunen in deze benodigde competenties zijn er landelijk en regionaal verschillende opleidingen en trainingen ontwikkeld die elkaar aanvullen en ervoor zorgen dat CZV's en KLSC-es goed voorbereid aan hun opdracht kunnen beginnen. Daarnaast bieden de opleidingen een vangnet van ondersteuning tijdens de uitvoering en zorgt het ervoor dat CZV's en KLSC-es steeds op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen.

7.1. Opleiding Your Coach Next Door

YCND biedt in de basis twee opleidingen aan, namelijk;

Opleiding tot centrale zorgverlener

- Inzicht verkrijgen in de doelgroep die in aanmerking komt voor YCND;
- Inzicht verkrijgen in bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de beoogde leefstijlverandering;
- Inzicht verkrijgen in de modulair opgebouwde leefstijlinterventie YCND;
- Inzicht verkrijgen in en ervaring opdoen met de beschikbare tools vanuit YCND;

- Oefenen met gespreksvaardigheden (o.a. motiverende gespreksvoering) d.m.v. rollenspellen;
- Inzicht verkrijgen in ondersteuningsmogelijkheden die vanuit YCND geboden kunnen worden;
- Inzicht verkrijgen in de vormgeving en onderhoud van een lokaal netwerk en de positionering van de centrale zorgverlener;
- Inzicht verkrijgen en groei doormaken in persoonlijk handelen door het deelnemen aan intervisie-bijeenkomsten.

Module voor leefstijlcoach tot kinderleefstijlcoach

- Inzicht verkrijgen in de doelgroep 'kinderen met overgewicht en obesitas met medische indicatie, dus vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)' die in aanmerking komt voor YCND;
- Inzicht verkrijgen in de interpretatie van groeidiagrammen;
- Inzicht verkrijgen in de comorbiditeit bij de doelgroep;
- Inzicht verkrijgen in de inhoud van de te behandelen basisonderwerpen en aanvullende onderwerpen binnen het thema Voeding;
- Inzicht verkrijgen in de inhoud van de te behandelen basisonderwerpen en aanvullende onderwerpen binnen het thema Houding en Beweging;
- Inzicht verkrijgen in de inhoud van de te behandelen basisonderwerpen en aanvullende onderwerpen binnen het thema Gedrag (o.a. slaap en stress);
- Inzicht verkrijgen in het voortraject wat wordt doorlopen voor aanmelding;
- Inzicht verkrijgen in de modulaire opbouw van YCND en de rolverdeling Centrale Zorgverlener en Kinderleefstijlcoach in de verschillende modules;
- Kunnen werken met de Handleiding YCND;
- Inzicht verkrijgen in de beschikbare tools vanuit YCND;

- Inzicht verkrijgen in het werken met het werkboek voor kind en gezin met basisonderwerpen en aanvullende onderwerpen bij de thema's Voeding, Beweging en Gedrag (o.a. slaap en stress);
- Ervaring opdoen met het gebruik van de tools en het werkboek;
- Oefenen met gespreksvaardigheden (o.a. motiverende gespreksvoering) d.m.v. rollenspellen;
- Inzicht verkrijgen in de vormgeving van een lokaal netwerk en de samenwerking met de kinderleefstijlcoach;
- Inzicht verkrijgen in ondersteuningsmogelijkheden die vanuit YCND geboden kunnen worden.

- Samenwerking met ketenpartners: Wat is een succesvolle samenwerking en wat vraagt dat van een CZV? En hoe zorg je voor een goede samenwerking tussen kind & gezin en de ketenpartners?
- Effectief omgaan met dilemma's: hoe om te gaan met dilemma's, complexe situaties en komen tot morele besluitvorming, hoe blijf je effectief en proactief?

Het programmateam zal kijken naar welke elementen van de verschillende opleidingen samen de passende opleiding voor de CZV en KLSC kunnen vormen.

7.2. Opleiding Kind naar Gezonder Gewicht

Ook Kind naar Gezonder Gewicht heeft een leerlijn ontwikkeld die (aankomende) CZV-ers zo goed mogelijk ondersteunen in deze (nieuwe) rol. De leerlijn is praktisch en ervaringsgericht ingestoken. Het is een 'blended learning' traject waarbij online sessies worden afgewisseld met face to face bijeenkomsten. Het traject bestaat uit verschillende bouwstenen die essentieel zijn in de rol van CZV en die nauw verbonden zijn met het dagelijkse werk. De training/scholing gaat in op:

- De rol van een CZV in de netwerkaanpak;
- De coachende houding als CZV (regie blijft bij kind en/gezin): Hoe neem je een coachende houding aan en versterk je het zelfmanagement van kind & gezin en in samenwerking met ketenpartners?
- Werken vanuit een brede blik: wat is een brede blik en hoe breed kijk jij? En wat betekent dit voor de samenwerking met kind/gezin en samenwerkingspartners?
- De zes stappen in een begeleidingsproces volgens Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG);

DANKJIJ MIJN CENTRALE ZORGVERLENER BEN IK...



Projectstructuur

Zie voor een schematische weergave van de projectstructuur [bijlage I](#).

8.1. Stuurgroep Trendbreuk Zuid Limburg

- Bewaakt de voortgang en coördinatie ten aanzien van de netwerkaanpak op Limburgse schaal,
- Bewaakt de integraliteit m.b.t. de brede netwerkaanpak waarbij nadrukkelijk de samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten naar voren komt,
- Bewaakt en stuurt op het proces van borging na de pilotperiode,
- Is bestuurlijk opdrachtgever voor de opgave zoals deze in dit plan is uitgewerkt,
- Vergadert 2 x per jaar inhoudelijk over de netwerkaanpak

Leden van de stuurgroep Trendbreuk Zuid Limburg:

- Provincie Limburg,
- Zorgverzekeraar CZ,
- 16 Zuid-Limburgse gemeenten,
- GGD Zuid Limburg.

8.2. Stuurgroep Noord- en Midden-Limburg

- Bewaakt de voortgang en coördinatie ten aanzien van de netwerkaanpak op Limburgse schaal,
- Bewaakt de integraliteit m.b.t. de brede netwerkaanpak waarbij nadrukkelijk de samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten naar voren komt,

- Bewaakt en stuurt op het proces van borging na de pilotperiode,
- Is bestuurlijk opdrachtgever voor de opgave zoals deze in dit plan is uitgewerkt,
- Vergadert 2 x per jaar inhoudelijk over de netwerkaanpak

Momenteel vinden er in de regio Noord- en Midden-Limburg gesprekken plaats over het vormen van deze stuurgroep. Dit zal in afstemming gebeuren met de stuurgroep Trendbreuk Zuid Limburg. Op een later moment wordt deze structuur toegevoegd aan het projectplan.

8.3. Programmteam op Limburgs niveau

In de voorbije maanden is gesproken over het vormen van een programmteam tussen de Stichting Your Coach Next Door (YCND), MUMC+/kinderartsen, zorgverzekeraars CZ en VGZ, de Zorggroep, de GGD Zuid Limburg, Provincie Limburg, Kind naar Gezonder gewicht/JOGG NL en het Programmabureau Trendbreuk (inclusief gemeenten) die gezamenlijk en ieder vanuit een eigen verantwoordelijkheid, als doel hebben deze netwerkaanpak waar nodig verder vorm en inhoud te geven zodat er een succesvolle opzet, implementatie en uitrol in Limburg plaats kan vinden. Middels het vormen van een programmteam willen we er gezamenlijk zorg voor dragen dat de netwerkaanpak zo goed als mogelijk volgens één integrale aanpak verloopt waarbij we zo veel mogelijk uit gaan van bestaande structuren en de netwerkaanpak conform alle richtlijnen te borgen is binnen de verschillende domeinen.

Het programmateam bestaat uit de volgende leden;

- Mevr. Vreugdenhil namens de Stichting Your Coach Next Door
- Mevr. Johannesma namens zorgverzekeraar CZ,
- Dhr. Van Herpen namens zorgverzekeraar VGZ,
- Dhr. Boots namens de GGD Limburg Noord,
- Dhr. Bovens namens de GGD Zuid Limburg,
- Mevr. Pieper namens Kind Naar Gezond Gewicht,
- Dhr. Blankwater namens JOGG Nederland,
- Dhr. Gelissen namens het Programmabureau Trendbreuk,
- Dhr. Bongaerts namens gemeenten Heerlen, Sittard-Geleen en Maastricht en Kerkrade,
- Mevr. Van Summeren/Mevr. Wevers namens gemeente Roermond
- Dhr. Verheijden namens Venlo.
- Mevr. Mertens namens MUMC+
- Mevr. Jansen namens Academische Werkplaats Publieke Gezondheid.

Het programmateam;

- Stemt de definitieve randvoorwaarden voor de opzet, implementatie en uitrol vast,
- Bespreekt de voortgang en coördinatie ten aanzien van de netwerkaanpak op Limburgse schaal,
- Beheert/coördineert subsidies,
- Vergadert 6x per jaar.

8.4. Regionale projectleider

In zowel Zuid-Limburg als Noord-midden Limburg wordt er een regionale projectleider aangesteld. De regionale projectleider werkt nauw samen met de eerder vermeldde ketenpartners in de provincie.

Deze regionale coördinatie wordt uitgevoerd door een regionale projectleider en heeft onderstaande taken;

- Is aanspreekpunt voor de eerder vermelde partijen en zorgt voor verbinding en samenwerking tussen deze partijen,
- Zorgt voor samenhang en verbinding tussen de lokale, provinciale en landelijke ontwikkelingen en adviseert hierin de lokale projectleiders,
- Draagt bij aan het vergroten van draagvlak voor en bekendheid over de netwerkaanpak in Limburg,
- Is verantwoordelijk voor het bewaken van het proces van de opzet, implementatie en uitrol van de Limburgse netwerkaanpak,
- Verzamelt relevante informatie die inzage geeft over de voortgang en de effectiviteit van de netwerkaanpak,
- Is medeverantwoordelijk voor de borging van de Limburgse netwerkaanpak op provinciaal niveau,
- Begeleidt (beginnend) lokale projectleiders en beleidsmedewerkers bij wegwijs worden in de Limburgse netwerkaanpak,
- Zorgt samen met de andere regionale projectleider voor afstemming tussen de twee regio's in de provincie Limburg,
- Stimuleert kennisuitwisseling en regionale samenwerking op onderwerpen die de (lokale) netwerkaanpak kunnen versterken,
- Signaleert en inventariseert behoeften en knelpunten van gemeenten en bespreekt deze in het programmateam Limburgse Netwerkaanpak,
- Heeft een strategische overview over de regio en de verschillende beleidsterreinen.

8.5. De lokale projectleider

In elke gemeente wordt een lokale projectleider aangesteld.

De lokale projectleider heeft onderstaande taken;

- Is verantwoordelijk voor het lokaal bewaken van het proces van de opzet, implementatie en uitrol van de Limburgse netwerkaanpak in de eigen gemeente,
- Is lokaal aanspreekpunt voor de ketenpartners in de gemeente en zorgt voor verbinding en samenwerking tussen deze (lokale) partijen,
- Schakelt lokaal op bestuurlijk, management- en uitvoerend niveau
- Is verantwoordelijk voor de lokale borging van de Limburgse netwerkaanpak,
- Zorgt voor een lokale vertaling in de gemeente als het gaat om lokale, provinciale en landelijke ontwikkelingen,
- Draagt bij aan het vergroten van draagvlak voor en bekendheid over de netwerkaanpak in Limburg,
- Signaleert en inventariseert behoeften en knelpunten binnen zijn/haar gemeente en bespreekt deze met de regionale projectleider.



Partners in de uitvoering

Stichting YOUR COACH NEXT DOOR

De stichting Your COACH Next Door heeft in Maastricht een pilot opgezet van een netwerkaanpak met begeleiding dicht bij huis voor kinderen met (beginnend) overgewicht en obesitas. De Limburgse netwerkaanpak is ontwikkeld op basis van het bewezen effectieve programma COACH van het MUMC+ en de ervaringen vanuit de pilot YCND in Maastricht (project 2019-2020 van blauwe zorg). De stichting Your COACH Next Door verzorgt trainingen en opleidingen in de Limburgse netwerkaanpak, en voert de monitoring uit van de aanpak.

Programmabureau Trendbreuk

Het Programmabureau Trendbreuk, dat is ondergebracht bij GGD Zuid-Limburg, ondersteunt de regio Zuid-Limburg bij het inlopen van de gezondheidsachterstanden. Het programmabureau brengt gemeenten, provincie, zorgverzekeraars, kennisinstututen, maatschappelijke instellingen en het bedrijfsleven bij elkaar, om samen uitvoering te geven aan de ambities zoals vastgelegd in de nota [‘Zuid Springt Eruit’](#). De Limburgse netwerkaanpak valt binnen het programma Trendbreuk.

GGD Zuid Limburg en GGD Limburg-Noord

GGD Zuid Limburg en GGD Limburg-Noord adviseren gemeenten, leveren data en kennis, verbinden partijen en nemen initiatieven om de gezondheid van de Limburgers te verbeteren. Deze taken vervullen beide GGD'en ook in de Limburgse netwerkaanpak. De regionale coördinatie van de Limburgse netwerkaanpak wordt in de regio Zuid-Limburg gedaan vanuit GGD Zuid Limburg. In Noord- en Midden-Limburg dient deze rol nog belegd te worden.

Gemeenten

In elke gemeente wordt een lokale projectleider aangesteld voor de Limburgse netwerkaanpak. Hier ligt ook de verantwoordelijkheid om de netwerkaanpak op een juiste manier en onder juiste randvoorwaarden passend bij de lokale situatie te implementeren. Ook vergoeden de gemeenten in Limburg de inzet (signaleren, ondersteunen en doorverwijzen binnen het sociaal domein) van de centrale zorgverlener in de Limburgse netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht met een licht gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en zijn zij aan zet om de juist hulp en ondersteuning voor haar inwoners te organiseren in de gemeente.

Kind Naar Gezonder Gewicht/JOGG

Kind naar Gezonder Gewicht maakt onderdeel uit van de JOGG-aanpak en geeft invulling aan benodigde individuele ondersteuning en zorg voor die kinderen met overgewicht en obesitas. Daar waar de JOGG aanpak eerder vooral gemeenten ondersteuning bood op universele en selectiepreventie, is de deze met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht uitgebreid zodat ook ondersteuning geboden kan worden op de geïndiceerde of zorggerelateerde preventie voor deze specifieke doelgroep. Op dit moment zijn 32 gemeenten aan de slag met de werkwijze Kind naar Gezonder Gewicht. Kind naar Gezonder Gewicht begeleidt en adviseert deze gemeenten (waaronder ook de Limburgse) bij het implementeren van de werkwijze en faciliteert het lokale leerproces door het organiseren van leerbijeenkomsten voor lokale projectbetrokkenen. Daarnaast werkt Kind naar Gezonder Gewicht aan het borgen van het gedachtengoed achter de werkwijze in richtlijnen en het leeraanbod voor professionals, opdat verschillende professionals bekwaam zijn om de werkwijze uit te voeren. Ook evalueert Kind naar Gezonder Gewicht het proces van evaluatie van de verschillende lokale varianten, zet in op verdiepend onderzoek en maakt zich hard voor het vergemakkelijken van financiering van de werkwijze. Het partnerschap van Kind naar Gezonder Gewicht binnen deze coalitie maakt mogelijk dat het

Limburgse initiatief aansluit bij de landelijke activiteiten en bij de initiatieven van de overige niet-Limburgse gemeenten, waarbij onder andere wederzijds kennis en ervaring uitgewisseld kan worden.

CZ GROEP en VGZ

CZ Groep en VGZ zijn de zorgverzekeraars die de Limburgse netwerkaanpak vergoeden voor kinderen met obesitas, of overgewicht + comorbiditeit/risicofactoren. Daarnaast leveren beide zorgverzekeraars een essentiële bijdrage bij de implementatie in de verschillende regio's.

CZ werkt in enkele regio's, waaronder de Mijnstreek, volgens het regioregie-model. Dit houdt in dat samen met de partners in de Mijnstreekcoalitie wordt gewerkt aan een betere gezondheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en aan meer werkplezier bij de zorgprofessionals. Het bevorderen van een gezonde leefstijl maakt deel uit van deze aanpak.

Begroting

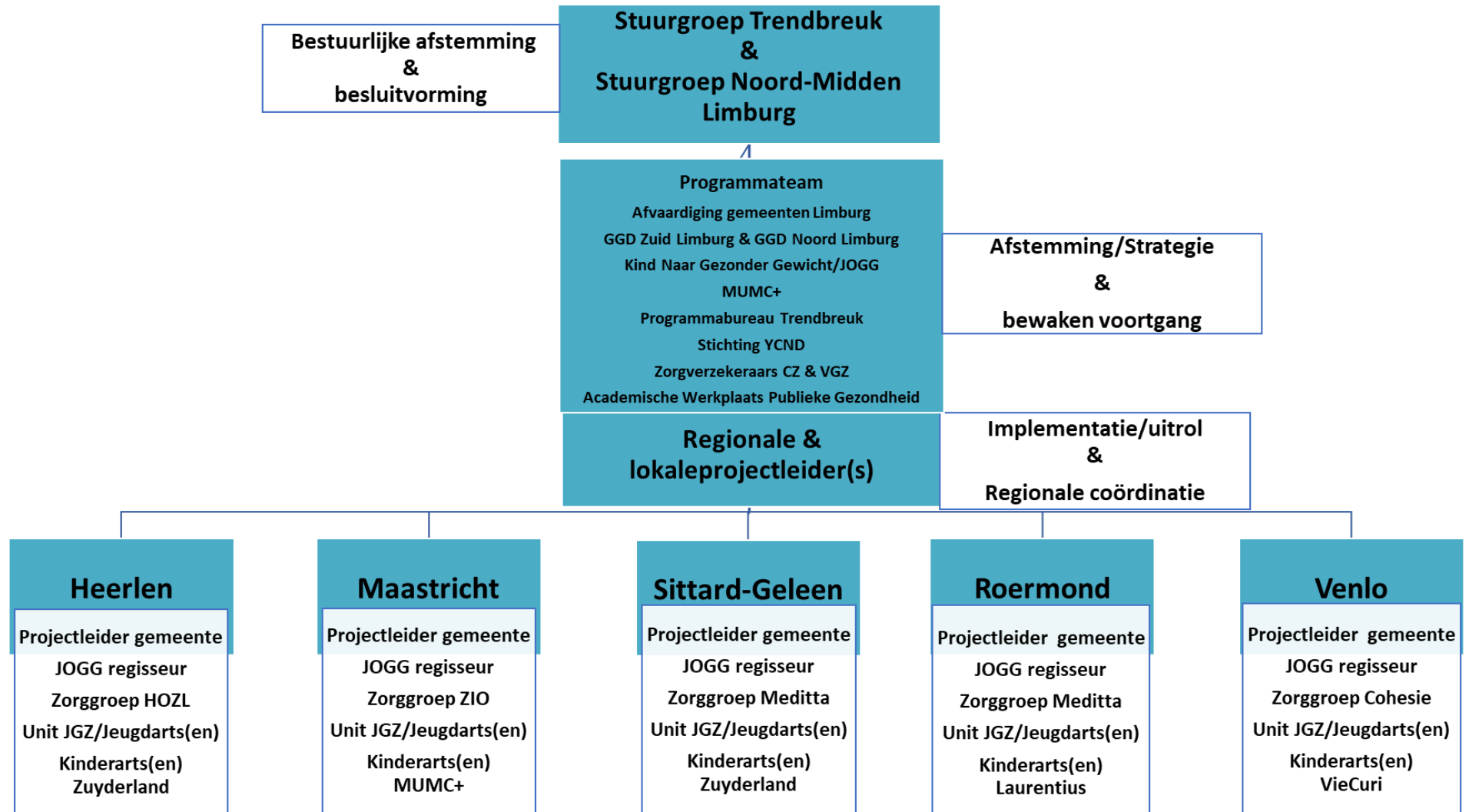
Conceptbegroting Limburg		Bekostiging vanuit:	Uitvoering jaar 1 1 jan. 2021 - 31 dec. 2021	Uitvoering jaar 2 1 jan.2022 - 31 dec.2022	Uitvoering jaar 3 1 jan. 2023 - 31 dec. 2023
Kwartiermaker/regionaal projectleiderschap Zuid Limburg 0,5 FTE	GGD Zuid Limburg		64.000	67.000	70.000
Kwartiermaker/regionaal projectleiderschap Noord- en Midden Limburg 0,5 FTE	Regio Midden en Noord		64.000	67.000	70.000
Implementatie Limburg *	Aanvraag Provincie Limburg		300.000	200.000	150.000
Coördinatie zorggroepen (middels een VEZN aanvraag)	Zorgverzekeringen		160.000	160.000	160.000
Centrale Zorgverlenerschap + verkorte GLI (zonder medische indicatie)	Gemeenten		340.000	340.000	340.000
Centrale Zorgverlenerschap + GLI (medische indicatie)	Zorgverzekeringen		729.442	218.832	218.832
Landelijke ondersteuning Kind Naar Gezonder Gewicht / JOGG	KnGG/JOGG		25.000	25.000	18.000
Monitoring en evaluatie **	Aanvraag Provincie Limburg		23.490	23.490	23.490
Wetenschappelijk onderzoek	MUMC+		72.000	72.000	72.000
PR & Marketing	Aanvraag Provincie Limburg		35.000	35.000	35.000
Onvoorziene kosten	Aanvraag Provincie Limburg		25.000	25.000	25.000
Totaal			1.837.932	1.233.322	1.182.322
					4.253.576
Inkomsten		Verduidelijking	Uitvoering jaar 1 1 jan 2021 - 31 dec 2021	Uitvoering jaar 2 1 jan 2022 - 31 dec 2022	Nazorg 1 jan 2023 - 31 dec 2023
Gemeente Heerlen, Maastricht, Roermond, Sittard-Geleen en Venlo (inclusief deel implementatie Limburg)	per gemeente per jaar 68.000 euro voor rol CZV+VNG		373.500	373.500	373.500
Zorgverzekeraars CZ & VGZ (inclusief VEZN aanvraag en implementatie Limburg)	Bedragen zijn vanuit ZV en VEZN aangedragen		929.442	408.832	398.832
GGD Noord Limburg of regio Midden/Noord	Kosten regionale projectleider Midden en Noord		64.000	67.000	70.000
GGD Zuid Limburg	Kosten regionale projectleider Zuid		64.000	67.000	70.000
Kind naar Gezonder Gewicht (JOGG Nederland)	Inkind Bijdrage/commitment		25.000	25.000	18.000
MUMC+	Wetenschappelijk onderzoek (promovendus)		72.000	72.000	72.000
Provincie Limburg	Aanvraag aan de provincie (volgt)		P.M.	P.M.	P.M.
Totaal			1.527.942	1.013.332	1.002.332
					3.543.606
Verschil			309.990	219.990	179.990
					709.970

Referenties

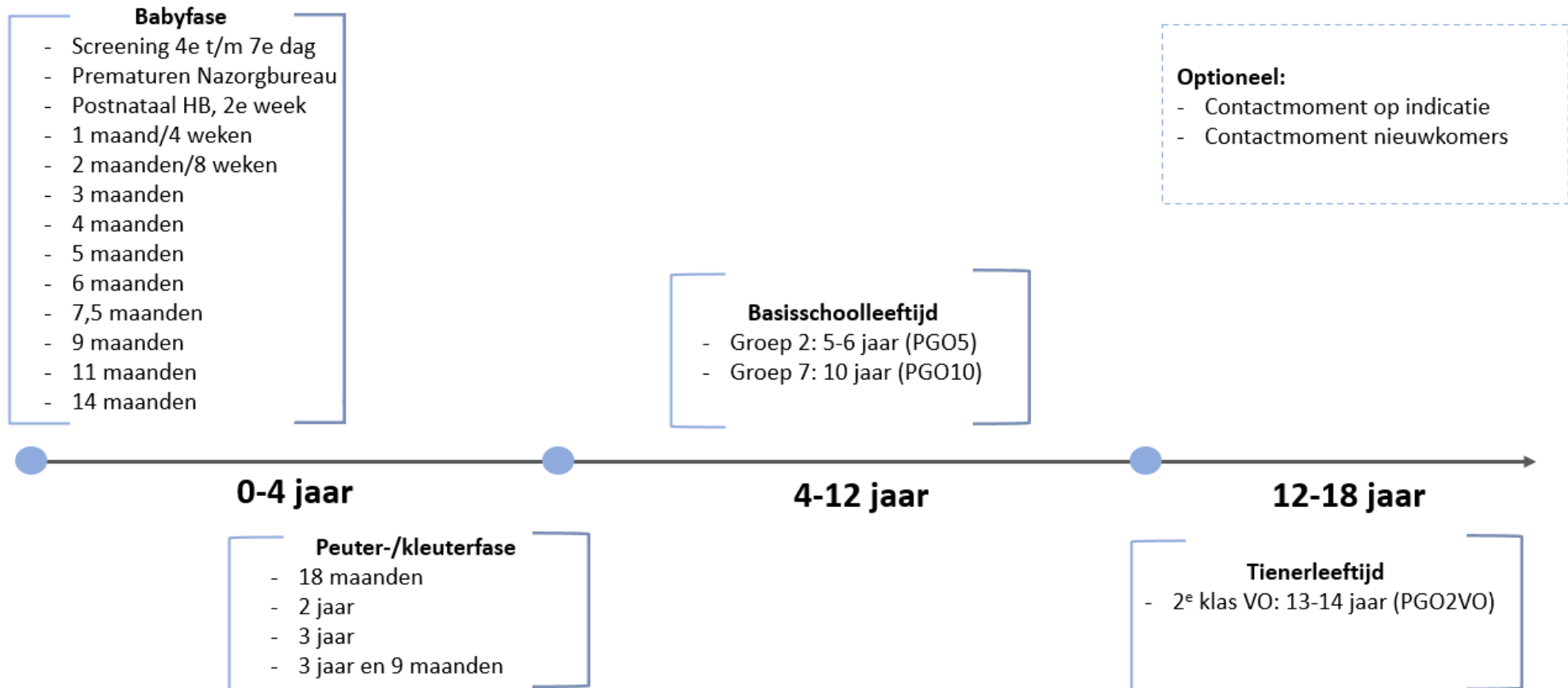
1. CBS i.s.m. RIVM (2019). Kinderen met overgewicht en obesitas naar leeftijd 2019. Geraadpleegd op 19 augustus 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#bron--node-tabel-bronnen-bij-de-cijfers-over-overgewicht>
2. GGD Zuid Limburg & GGD Limburg-Noord (2018). Interne gegevens (niet publiekelijk toegankelijk) van metingen van lengte en gewicht van de Jeugdgezondheidszorg van GGD Zuid Limburg en GGD Limburg-Noord (2016-2018).
3. CBS i.s.m. RIVM (2018). Trend kinderen met overgewicht naar leeftijd 1990-2018 en Trend kinderen met obesitas naar leeftijd 1990-2018. Geraadpleegd op 19 augustus 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-kinderen-naar-leeftijd> en <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-obesitas-kinderen-naar-leeftijd>
4. RIVM (2020). Aanbod preventie van overgewicht. Geraadpleegd op 19 augustus 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/preventie-zorg/preventie#node-aanbod-preventie-van-overgewicht>
5. Kang, K-T., Lee, P-L., Weng, W-C. & Hsu, W-C (2012). Body weight status and obstructive sleep apnea in children. International Journal of Obesity, 36(7), 920-924.
6. Krul, M., van der Wouden, J.C, Schellevis, F.G, van Suijlekom-Smit, L.W.A. & Koes, B.W. (2009). Musculoskeletal Problems in Overweight and Obese Children. The Annals of Family Medicine, 7(4), 352-356.
7. Yamaki, K., Rimmer, J.H., Lowry, B.D. & Vogel, L.C (2011). Prevalence of obesity-related chronic health conditions in overweight adolescents with disabilities. Research in Developmental Disabilities, 32(1), 280-288.
8. Park, M.H., Falconer, C., Viner, R.M. & Kinra, S. (2012). The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. Obesity Reviews, 13(11), 985-1000.
9. Reis, J.P., Loria, C.M., Lewis, C.E., Powell-Wiley, T.M., Wei, G.S., Carr, J., et al. (2013). Association Between Duration of Overall and Abdominal Obesity Beginning in Young Adulthood and Coronary Artery Calcification in Middle Age. JAMA, 310(3), 280.
10. Gibson, L.Y., Allen, K.L., Davis, E., Blair, E., Zubrick, S.R. & Byrne, S.M. (2017). The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. European Journal of Pediatrics, 176(7), 925-933.
11. Florence, M.D., Asbridge, M. & Veugelers, P.J. (2008). Diet quality and academic performance. Journal of School Health, 78(4), 209-215.
12. Crawford, D., Jeffery, R. W., Ball, K. & Brug, J. (2011). Obesity epidemiology: from aetiology to public health. Oxford University Press.
13. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) (2010). Zorgstandaard Obesitas. Geraadpleegd op 19 augustus 2020, van <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Richtlijnen/Zoek-een-richtlijn/325753-Richtlijnen/Zorgstandaard-Obesitas>

Bijlagen

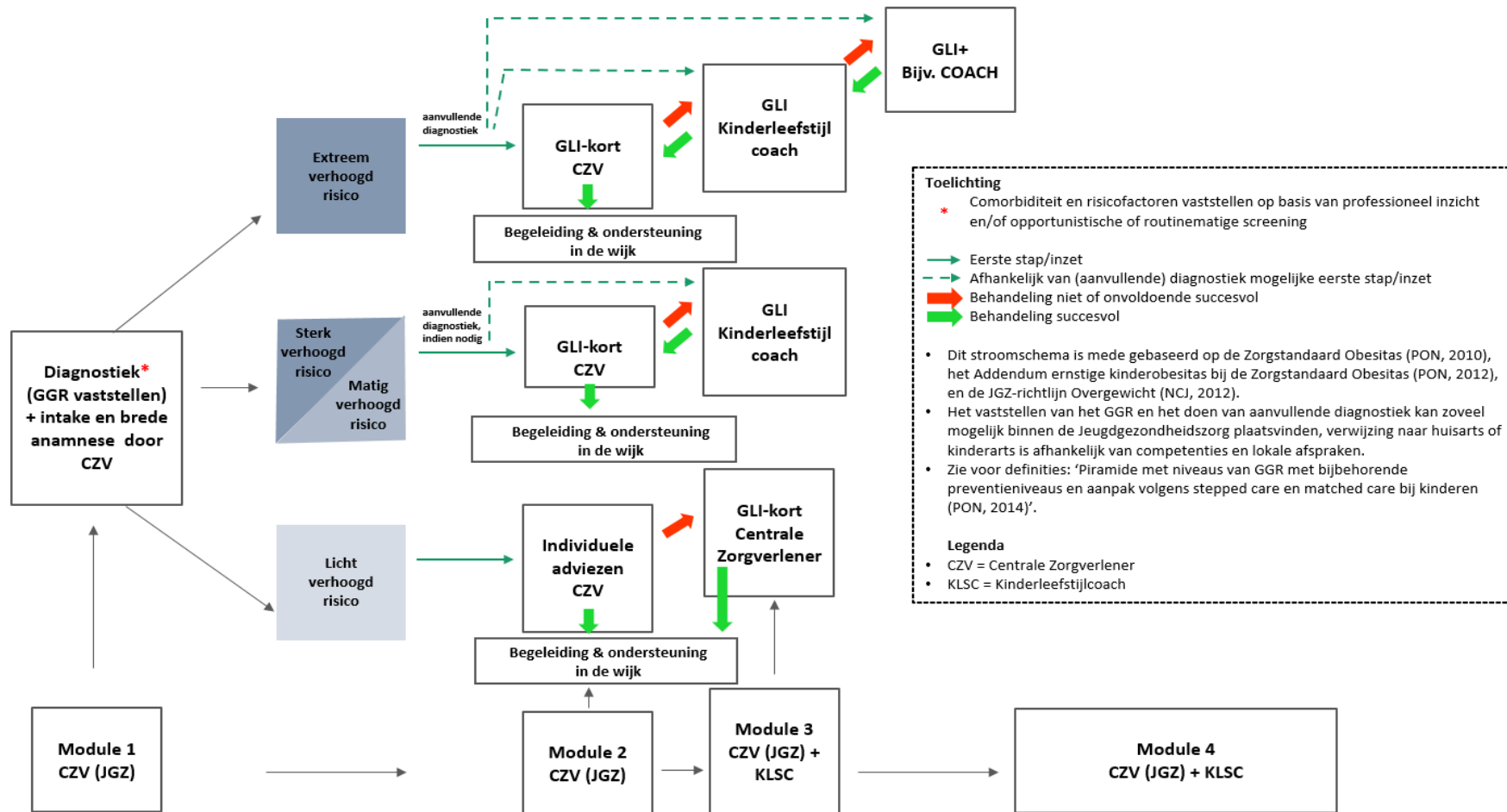
Bijlage I. Projectstructuur



Bijlage II. Contactmomenten JGZ 0-18 jaar



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”

Bijlage IV. Rol Zorggroepen

In de laatste jaren zien we in de verschillende regio's een steeds belangrijkere rol in de wijk weggelegd voor de huisartsenpraktijk. Steeds meer praktijken zoeken de verbinding met het sociaal domein, werken van uit het gedachtegoed Positieve Gezondheid en kijken breder mee met de patiënt.

De zorggroep wordt betrokken bij de opzet, implementatie en uitrol van de netwerkaanpak. De zorggroep maakt onderdeel uit van de lokale coördinatie binnen de gemeente. De lokale projectleider zal samenwerken met o.a.; de zorggroep, GGD, CJG, ziekenhuis en andere partners uit het sociale- en zorg domein om tot een succesvolle netwerkaanpak te komen.

Hieronder een aantal uitgangspunten op rij, verdeeld in verschillende thema's;

Inkoop

- De inkoop van de preferente zorgverzekeraar vindt plaats bij de regionale zorggroep.

Coördinatie

- X-aantal uren (per week) coördinatie bij de zorggroep betreft de opzet, implementatie en uitrol.
- Eerste aanspreekpunt voor HA/POH bij vragen, klachten etc.
- Verbinding sociaal- en zorgdomein.
- Eerste aanspreekpunt kinderleefstijlcoaches
- Bijdragen aan doorontwikkeling netwerkaanpak

Implementatie

- Verantwoordelijk voor de uitrol bij praktijken die bij de zorggroep aangesloten zijn.
Bij voorkeur in samenwerking met de lokale projectleider van de gemeente.

- De zorggroep informeert de huisartsencoöperatie en/of huisartsengroep over de GLI.
Dit kan digitaal, maar bij voorkeur door middel van een persoonlijke presentatie tijdens een regulier overleg.

Signalering & doorverwijzing

- Huisarts en Praktijkondersteuner Huisarts (POH) hebben een belangrijke rol in de signalering en doorverwijzing van de doelgroep
- Signalering en doorverwijzing via zorgregistratiesysteem zorggroep

Kinderleefstijlcoaches

- Kinderleefstijlcoaches op contract zorggroep
- Registratie, declaratie, facturatie
- Intervisies worden door zorggroep gefaciliteerd
- Indien mogelijk ontvangt de kinderleefstijlcoach een account van de zorggroep waarmee hij/zij kan communiceren met de centrale zorgverlener
- Middels dit account kan de kinderleefstijlcoach een terugkoppeling geven aan de huisarts/praktijkondersteuner over de voortgang van de patiënt (kind/gezin)

Centrale zorgverlener (CZV) van de GGD

- Indien mogelijk ontvangt de Centrale Zorgverlener een account van de zorggroep waarmee hij/zij verwijzingen van de huisarts kan ontvangen.
- Middels dit account kan de CZV kinderen/gezinnen in module 3 en 4 doorverwijzen naar de kinderleefstijlcoach
- Middels dit account kan de CZV een terugkoppeling geven aan de huisarts/praktijkondersteuner over de voortgang van de patiënt (kind/gezin)
- Registratie, facturatie en declaratie ureninvestering CVZ voor kinderen met een medische indicatie

Monitoring

- Indien nodig in overleg afstemmen

Randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie bij de huisarts en POH

- Persoonlijke presentatie per praktijk middels een gesprek door de lokale projectleider met huisarts/POH. Huisartsen hebben gedurende de uitrol van de GLI voor volwassenen aangegeven dat zij willen meewerken aan het project omdat de projectleider persoonlijk het project heeft toegelicht en daardoor betrokkenheid heeft gecreëerd. Indien projecten niet persoonlijk worden toegelicht, blijkt er duidelijk minder aandacht vanuit de huisartsen.
- Kind/gezin staat centraal. De belangrijkste beweegreden van het project is het bevorderen van een gezonde(re) leefstijl bij de patiënt, alsmede het Positief Welbevinden.
- Niet-commercieel, om als huisartsenpraktijk een neutrale rol in de wijk te behouden.
- Eén centraal aanspreekpunt voor huisartsen en POH. Voor vragen, klachten, verbeter suggesties en doorontwikkeling is er één aanspreekpunt, namelijk de projectleider.
- Een zorgregistratiesysteem, de communicatie over het kind/gezin vindt plaats in een beveiligde omgeving, namelijk het zorgregistratiesysteem.
- Na intake mogelijkheid tot doorverwijzing naar het sociaal domein, indien nodig en met toestemming van het kind/gezin.
- Deelname voor kind/gezin is gratis, zowel voor de begeleiding, behandeling en of ondersteuning door zowel de centrale zorgverlener als de kinderleefstijlcoach. Huisartsen vinden het belangrijk dat het project toegankelijk is voor iedereen, ook voor mensen met een lage sociaal economische status (SES).
- Communicatiemiddelen zijn beschikbaar: narrowcasting, informatiebrochures, flyers, posters, screeningskaarten.

Deze communicatiemiddelen ondersteunen de huisartsen bij het informeren en doorverwijzen van kinderen/gezinnen.

- Kinderleefstijlcoaches werken vanuit eenzelfde visie en werkwijze. Binnen de regio van de zorggroep komen dezelfde thema's aan bod. Sommige POH's werken in verschillende huisartsenpraktijken verspreid over de regio. Een eenduidige werkwijze maakt voor hen het begeleiden van kinderen en gezinnen naar een gezondere leefstijl eenvoudiger. Anderzijds kent het programma voldoende flexibiliteit om in te spelen op de behoeften van een specifieke groep.

Randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie bij het kind/gezin

- Locaties bevinden zich dichtbij het kind/gezin, in de wijk of buurt. Voor individuele gesprekken is een besloten ruimte beschikbaar die voldoende privacy borgt. Er wordt gebruik gemaakt van ruimtes in buurt-wijkcentra, gezondheidscentra of huisartsenpraktijken.
- Deelname is gratis.
- Duidelijke informatie en communicatie vanaf doorverwijzing vanuit huisarts/POH tot en met start van het programma.
- 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. Alles met het doel om kinderen en gezinnen passende ondersteuning te bieden, hun zelfredzaamheid te vergroten en waarbij zij zelf regie nemen en houden.

Bijlage V. Overzicht Centrale Zorgverlener + Kinderleefstijlcoach (matig, sterk en extreem verhoogd GGR)

Module I

Prestatie:

- kennismakingsgesprek a 60 minuten
- brede anamnese a 60 minuten

Totaal 2 uur

Module II – Tussenfase (optioneel)

Prestatie:

- MDO (optioneel) a 30 minuten
- bespreken pva met kind/gezin a 45 minuten
- monitoren, coördinatie en communicatie a 60 minuten
- 1 consult a 30 minuten bij afsluiten module (max na 6 maanden)

Maximaal een half jaar.

Totaal 2 uur en 45 minuten

Module III – Behandelfase (GLI)

Jaar 1: behandeling

- MDO (optioneel) a 30 minuten
- bespreken behandelplan met kind/gezin a 45 minuten
- 7 consulten a 30 minuten
- monitoren, coördinatie en communicatie a 120 minuten

Totaal 6 uur en 45 minuten

Jaar 2: Onderhoudsfase

- Evaluatie / indicatiestelling behandeljaar 2 a 60 minuten
- MDO (optioneel) a 30 minuten
- bespreken behandelplan met kind/gezin a 45 minuten
- 5 consulten a 30 minuten
- monitoren, coördinatie en communicatie a 30 minuten

Totaal 5 uur en 15 minuten, gedurende 2 jaar

Module IV – Terugvalpreventie

- evaluatie / indicatiestelling terugvalpreventie a 60 minuten
- MDO (optioneel) a 30 minuten
- bespreken behandelplan met kind/gezin a 45 minuten
- 3 consulten a 30 minuten

Totaal 3 uur en 45 minuten