



**“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:



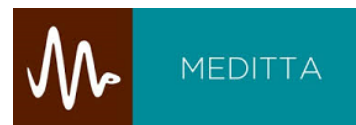
GGD:



Zorgverzekeraars:



Huisartsen zorggroepen:



Onderzoek:

Academische Werkplaats
Publieke Gezondheid Limburg



De Limburgse netwerkaanpak is een samenwerking van

Partners in de ontwikkeling:



Ziekenhuizen:



provincie limburg
gesubsidieerd door de Provincie Limburg



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. Dit doen ze door middel van verschillende preventiegerichte gezondheidsprogramma's zoals onder andere [Jongeren Op Gezond Gewicht](#), [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. Niet alleen doordat we kunnen voortborduren op de landelijke basis die is gelegd door [Kind naar Gezonder Gewicht](#), het fundament van het wetenschappelijk bewezen programma van [COACH/MUMC+](#), de pilot [Your COACH Next Door](#) 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 ambitie is vastgelegd in het Nationaal Preventieakkoord en is uitgewerkt in het programma Kind naar Gezonder Gewicht, alwaar zoveel mogelijk NL-gemeenten gestimuleerd en begeleid worden om met de aanpak aan de slag te gaan.

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 Limburg-Noord & GGD Zuid Limburg
Gemeenten Heerlen, Maastricht, Roermond, Sittard-Geleen en Venlo
Huisartsenzorggroepen Cohesie, HOZL, Meditta en ZIO
JOGG/Kind Naar Gezonder Gewicht
Laurentius, MUMC+, VieCuri en Zuyderland
Programmabureau Trendbreuk
Provincie Limburg (Sociale Agenda Limburg)
Stichting Your COACH Next Door
Zorgverzekeraars CZ & VGZ*

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inhoudsopgave	3
Inleiding & achtergrondinformatie	4
Doelstelling / beoogde resultaten	10
3.1. Ambitie.....	10
3.2. Hoofddoelstelling	10
3.3. Uitgangspunten op basis van de hoofddoelstelling	10
Bouwstenen van de Limburgse netwerkaanpak	12
4.1. Initiatieffase en modules netwerkaanpak Limburg	12
4.2. De begeleiding van een kind/gezin	13
4.3. De centrale zorgverlener	15
4.4. (Kinder)leefstijlcoach	16
4.5. Differentie in de regio's.....	16
4.6. Marketing & communicatie	16
De Limburgse netwerkaanpak in de praktijk	18
5.1. Signalering.....	18
5.2. Indicatiestelling	18
5.3. Intake & brede anamnese	18

5.4. Implementatie.....	19
5.5. Regionale coördinatie	19
5.6. Lokale coördinatie	19
5.7. Zorggroep.....	20
5.8. De Jeugdgezondheidszorg en haar rol als CZV	20
5.9. MUMC+/- en overige ziekenhuizen Limburg	21
5.10. Stichting YCND	21
5.11 Kind naar Gezond Gewicht.	22

Monitoring/onderzoek	23
-----------------------------------	-----------

Opleiding en training	24
------------------------------------	-----------

7.1. Opleiding Your Coach Next Door.....	24
7.2. Opleiding Kind naar Gezonder Gewicht.....	25

Projectstructuur	26
-------------------------------	-----------

8.1. Stuurgroep Trendbreuk Zuid Limburg	26
8.3. Programmteam op Limburgs niveau	26
8.4. Regionale projectleider Zuid Limburg	27
8.5. De lokale projectleider.....	27

Partners in de uitvoering	29
--	-----------

Begroting	31
------------------------	-----------

Referenties	31
--------------------------	-----------

Bijlagen	33
-----------------------	-----------

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.

JGZ heeft geen reguliere contactmomenten voor 15-17 jarigen. Het percentage jongeren met overgewicht en obesitas in deze leeftijdsgroep hebben we minder goed in beeld. Bij de 13-14 jarigen in Limburg zien we het percentage jongeren met overgewicht en obesitas de laatste jaren iets toenemen.² Deze trend is ook landelijk zichtbaar.³ Op basisschoolleeftijd lijkt het erop 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 ambities en strategie van alle netwerkpartners. Enkele voorbeelden hiervan zijn het Zuid-Limburgse [programma Trendbreuk](#) 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 belangrijk 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 universele en selectieve preventie. Gezondheid staat steeds vaker op de agenda van

private en publieke partners en er worden steeds meer activiteiten en interventies georganiseerd waarbij 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.

Sinds 2019 biedt JOGG ook de aanpak [Kind naar Gezonder Gewicht](#) gericht op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie van overgewicht bij de jeugd (beschreven in het landelijk model ketenaanpak¹³). Met deze aanpak richten gemeenten een netwerkstructuur in 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.

De werkwijze Kind naar Gezonder Gewicht is opgebouwd uit zes stappen, die het begeleidingstraject overzichtelijk en concreet maken. Bij iedere stap staat samenwerking centraal. Naarmate het traject vordert neemt het aandeel van het gezin toe. Het streven is dat de grip op de leefstijl bij het kind en het gezin toeneemt. Daarmee komt een succesvolle duurzame gedragsverandering tot stand. De stappen kennen een cyclisch proces. Soms ontstaan nieuwe inzichten, soms zijn er veranderingen in de omgeving of bij het kind. Een aantal processtappen worden op dat moment opnieuw doorlopen. Een interventie of behandelprogramma (zoals hieronder beschreven) kan onderdeel zijn van het aanbod, maar dat hoeft niet; afhankelijk van de behoeften van kind en gezin wordt telkens bekeken welk aanbod ingezet wordt.

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 voorwaarden die nodig is om een goede netwerkstructuur in te richten.

De zorgaanpak

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 Viecuri 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 VieCuri 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 ernaartoe 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

Het landelijk model van Kind Naar Gezond Gewicht heeft betrekking 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 [Gezondr, Fittir & Sterkr](#) en [wEET & BEWEEG](#).

De Zorgstandaard Obesitas (2010)¹⁴ 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

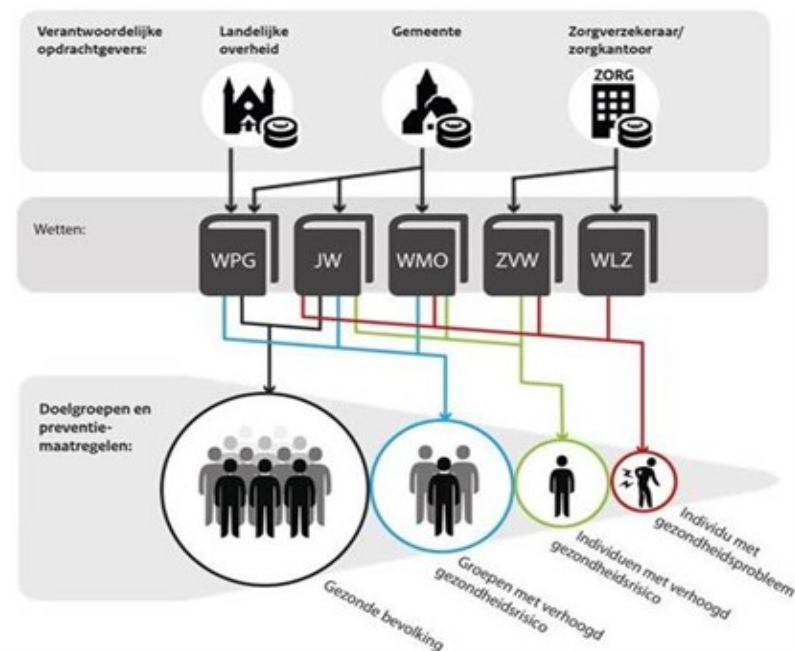
Tabel 2. Vergoeding van de centrale zorgverlener en kinderleefstijlcoach door de gemeente/zorgverzekeraar op basis van het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) onder de toegekende NZA-beleidsregel innovatie 'Leefstijlinterventie Jeugd'.



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.

Tevens is het van belang een optimale verbinding met andere Trendbreuk aanpakken en overige relevante initiatieven in de regio te maken zoals o.a. De Gezonde Basisschool van de Toekomst, de aanpak Kansrijke Start en de Limburgse Netwerkaanpak voor kinderen met (risico op) overgewicht & obesitas en Jongeren Op Gezond Gewicht.



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 zich signaleerd 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. De onderstaande tabellen geven de inhoud van deze modules weer per gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR).

Laag GGR (financiering door 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 → financiering Centrale Zorgverlener

Matig, sterk of extreem verhoogd GGR (financiering 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 vanaf een matig, sterk of extreem verhoogd GGR → financiering Centrale Zorgverlener en kinderleefstijlcoach

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. De financiering die hierin staat weergegeven betreft de professionals Centrale Zorgverlener en/of kinderleefstijlcoach.

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

Tabel 5. 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 voorliggen 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 gezondheidsgelateerd 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. In [bijlage V](#) vindt u een overzicht van het aantal uren per module.

4.3. De centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener heeft in de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht 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 hij/zij 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. Dagindeling of bewustwording van de signalen van het lichaam zijn ook voorbeelden.

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, beweging en 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 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.

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. In [paragraaf 5.8](#) wordt deze rol nader toegelicht.

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. Omdat dit momenteel nog niet helder is, wordt in paragraaf 5.8 volstaan met een uitwerking van de Zuid-Limburgse variant. Hierbij dient wel te blijven voldoen aan de kwaliteitseisen en competenties die behoren tot de rol van CZV. De JGZ is ook een van de te onderzoeken scenario's.

4.6. Marketing & communicatie

Netwerkpartners achten het van groot belang om in heel Limburg eenduidig en afgestemd te communiceren over de netwerkaanpak. Zij zullen voor de zomer 2021 een beknopt communicatieplan opstellen waarin in ieder geval aandacht is voor;

- Kick-off van het experiment
- Promotiemateriaal ten behoeve van kind & gezin
- Externe communicatie naar het werkveld
- Promotiemateriaal voor netwerkpartners
- Publicaties onderzoeksresultaten
- Voortgangsrapportages



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 zorgregistratiesystemen 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. De route wordt bepaald aan de hand van de indicatiestelling.

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 projectleider.

5.6. Lokale coördinatie

De lokale coördinatie per gemeente wordt gedeeld en geleid door de zorggroep, de lokale projectleider van de gemeente en een vertegenwoordiger van de organisaties(s) die de Centrale Zorgverlener leveren, die aan de hand van de lokale situatie, een lokaal kernteam vormen met de lokale partijen.

Hierbij valt te denken aan o.a.;

- JOGG Regisseur,
- Jeugdgezondheidszorg en/of CJG in de rol van centrale zorgverlener,
- Medewerker Stichting YCND,
- Sociale buurtteams/wijkteam,
- Formele en informele zorg,
- Beleidsmedewerker van de gemeente,
- Sportservice zoals Ecsplora, 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.

Zorg wordt ingekocht door zorgverzekeraars bij een (huisartsen) zorggroep.

De zorggroep wordt betrokken bij de opzet, implementatie van de netwerkaanpak. Hieronder een aantal uitgangspunten op rij:

- Huisarts en Praktijkondersteuner Huisarts (Jeugd) 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 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. Van 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.

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.

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.

Betrokken ziekenhuizen;

- Laurentiusziekenhuis Roermond
- MUMC+ Maastricht
- VieCuri Venlo
- Zuyderland MC Sittard en Heerlen

5.10. Stichting YCND

Tijdens de implementatie en uitrol is de stichting Your Coach Next Door verantwoordelijk voor;

- De trainingen van de Centrale Zorgverlener(s) en de Kinderleefstijlcoaches.
- Monitoring en evaluatie: Uitvoering geven aan het integraal plan dataverzameling m.b.t de netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht & obesitas. Dit geschiedt in nauwe samenwerking met de Academische werkplaats Publieke Gezondheid en beide GGD's.
- Indien gewenst kan de stichting op vraag van gemeente(n)/lokale projectleiders ondersteuning bieden bij (complexe) vraagstukken m.b.t. de kwaliteit/inhoud en organisatie.
- Doorontwikkeling van het programma en scholingsaanbod naar aanleiding van de ervaringen in de praktijk en de uitkomsten tijdens het experiment.

5.11 Kind naar Gezond Gewicht.

Het landelijke programma Kind naar Gezonder Gewicht stimuleert en begeleidt NL-gemeenten om aan de slag te gaan met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht staat beschreven in ‘het landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas’ (Care for Obesity/Vrije Universiteit Amsterdam, 2018) en vormt het uitgangspunt voor de Limburgse Ketenaanpak. Het programma Kind naar Gezonder Gewicht biedt de Limburgse netwerkaanpak:

- Informatie, advies en ondersteuning; gemeenten die interesse hebben in de aanpak Informatie of advies is te achterhalen via de JOGG-adviseur. Deze adviseur kan meer vertellen over de meerwaarde van deze methodiek en hoe anderen hiermee werken. Daarnaast kunnen de JOGG-adviseur en experts helpen bij het zetten van de juiste stappen, het betrekken van bestuur/management en bieden ondersteuning bij de voorbereiding en uitvoering van de aanpak.
- Aansluiten bij landelijk en de ervaringen en kennis van niet-Limburgse gemeenten: op het moment dat een gemeente aan de voorwaarden voldoet kunnen zij deelnemen aan het landelijk programma. Inmiddels zetten 32 gemeenten de aanpak in bij het terugdringen van overgewicht en obesitas bij kinderen. Die ervaringen worden benut en aangevuld met expertise op landelijk niveau. JOGG werkt hierin o.a. samen met vaste partners zoals NJI, NCJ, RIVM en VU/Care for Obesity. Maar ook met Partnerschap Overgewicht Nederland, Vilans,

Pharos, GGD GHOR en de VNG. Opgedane kennis en ervaring wordt vertaald in webinars, trainingen en bijeenkomsten.

- Tools en materialen: naast genoemde (online) bijeenkomsten kunnen deelnemende gemeenten gebruikmaken van uiteenlopende materialen om de aanpak zo lokaal te realiseren.
- Toegang tot de landelijke opleiding tot centrale zorgverlener: het programma Kind naar Gezonder Gewicht biedt de aangesloten gemeenten toegang tot de opleiding tot centrale zorgverlener. Daarnaast organiseert het programma voor de zittende centrale zorgverleners terugkomsessies, met onder andere intervisie waar knelpunten gesignaleerd kunnen worden en verder opgepakt door het programma.

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.

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 programma Kind naar Gezonder Gewicht, waarbij het RIVM-onderzoek doet naar alle landelijke implementatieprojecten;
- Vanuit de lokale monitor netwerkaanpak (module monitor netwerkaanpak, Care for Obesity ondersteund door programma Kind naar Gezonder Gewicht). De module monitor netwerkaanpak monitort op de volgende niveaus:
 - Ketenontwikkeling;
 - Interprofessionele samenwerking;
 - Ondersteuning en zorg;
 - Casusregie en logistiek;
 - Kind en gezin.

MUMC+ is in nauwe samenwerking met de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid en beide GGD's verantwoordelijk voor de opzet van het raamwerk van de monitoring. Dit is getoetst door gemeenten en zorgverzekeraars. Vervolgens zijn 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. In [bijlage VI](#) vindt u het definitieve integrale plan dataverzameling m.b.t. de netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht & obesitas.

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'ers 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'ers 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'ers 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.

7.2. Opleiding Kind naar Gezonder Gewicht

Ook Kind naar Gezonder Gewicht heeft een leerlijn ontwikkeld die (aankomende) CZV's 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;

- 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. Dit staat los van de afspraak dat in het kader van het integrale plan dataverzameling inzake de netwerkaanpak voor kinderen met overgewicht & obesitas de centrale zorgverlener en kinderleefstijlcoaches een instructie dienen te ontvangen voor het juiste gebruik van de digitale portal.

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.
- MUMC+

Momenteel vinden er in de regio Noord- en Midden-Limburg gesprekken plaats over bestuurlijke afstemming op dit thema.

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 huisartsen zorggroepen, 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 programmteam bestaat uit de volgende leden;

- Mevr. Vreugdenhil namens de Stichting Your Coach Next Door,
- Vertegenwoordiger MUMC+ (nader te benoemen),
- Mevr. Johannesma namens zorgverzekeraar CZ,
- Dhr. Van Herpen namens zorgverzekeraar VGZ,
- Dhr. Boots namens de GGD Limburg Noord,
- Mevr. Van der Goot namens de GGD Zuid Limburg,
- Dhr. Blankwater namens JOGG Nederland/Kind naar Gezond Gewicht,
- Dhr. Bongaerts namens gemeenten Heerlen, Sittard-Geleen en Maastricht,
- Mevr. Wevers namens gemeente Roermond,
- Dhr. Verheijden (tot mei 2021) namens Venlo,
- Mevr. Jansen namens Academische Werkplaats Publieke Gezondheid,
- Dhr. Van Harwegen den Breems, regionale projectleider JOGG & Netwerkaanpak Zuid Limburg,
- Dhr. Somers namens de huisartsenzorggroepen.

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,
- Vergadert 6x per jaar.

8.4. Regionale projectleider Zuid-Limburg

In Zuid-Limburg is 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 primair verantwoordelijk voor het opstellen van een gezamenlijk plan van aanpak, en het bewaken van de uitvoering,
- Is primair verantwoordelijk voor de implementatie en uitrol van de Limburgse netwerkaanpak in Zuid-Limburg,
- Is eerste aanspreekpunt voor de netwerkpartners en zorgt voor verbinding en samenwerking tussen deze partijen,
- Is eerste aanspreekpunt voor alle Zuid-Limburgse gemeenten inzake de netwerkaanpak,
- 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 medeverantwoordelijk voor de borging van de Limburgse netwerkaanpak op Zuid-Limburgs 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

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, kennisinstituten, 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 gewichtsgelateerd 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.

Stichting YOUR COACH NEXT DOOR

YCND heeft als doel om alle kinderen met overgewicht en obesitas en hun gezinnen te ondersteunen op weg naar een gezonder en gelukkiger leven. Ten behoeve van de organisatie van YCND is de Stichting Your COACH Next Door opgericht. De stichting beoogt de uitrol van de netwerkaanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen in de regio te faciliteren. De programmatische aanpak YCND zal worden opgeschaald naar de regio Zuid, Midden en Noord-Limburg. De stichting Your COACH Next Door verzorgt de opleiding van centrale zorgverleners en kinderleefstijlcoaches, die hen in staat stelt het programma YCND uit te voeren. Naast de scholingen verzorgt de stichting gedurende het jaar (online en fysieke) nascholingsmomenten en intervisie met als doel de kwaliteit van de begeleiding te borgen. De stichting kan vragen van de professionals beantwoorden, hen ondersteunen en meedenken bij op te lossen knelpunten, zowel procesmatig als inhoudelijk. YCND voorziet in een digitale omgeving die CZV en KLSC faciliteert en tegelijkertijd monitoring en evaluatie mogelijk maakt.

MUMC+ /Limburgs Collectief Kindzorg voor een gezonde generatie)

Vanuit Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare (COACH), onderdeel van het Maastricht UMC+, wordt zorg-op-maat begeleiding geleverd aan kinderen en jongvolwassenen met overgewicht en obesitas en door wetenschappelijk onderzoek nieuwe kennis gegenereerd over de juiste aanpak van overgewicht en obesitas. In 2010 is COACH opgericht binnen het Maastricht UMC+ hetgeen inmiddels is uitgegroeid tot een academisch expertisecentrum waarin kinderen met obesitas worden behandeld in multidisciplinaire teams, innovatie van zorg plaats vindt en wetenschappelijk onderzoek wordt verricht. Kinderen die worden verwezen naar COACH worden onderzocht op medische oorzaken en gevolgen van het overgewicht. Vervolgens worden geconstateerde medische problemen behandeld en wordt aan de gezinnen begeleiding en zorg geboden vanuit een extramuraal domein-overstijgend netwerk. Het leefstijlprogramma van COACH is wetenschappelijk bewezen effectief; er is een duurzaam gezonder gewicht en gezondheidswinst geconstateerd bij de kinderen die deelnamen aan het programma van COACH. Implementatie van COACH in een andere regio (COACH Noord Limburg in samenwerking met VieCuri) is in 2018 succesvol verlopen. De kinderartsen in Limburg betrokken bij de zorg voor deze doelgroep hebben zich verenigd in het Limburgs Collectief Kindzorg voor een gezonde generatie (LuCKi).

Begroting

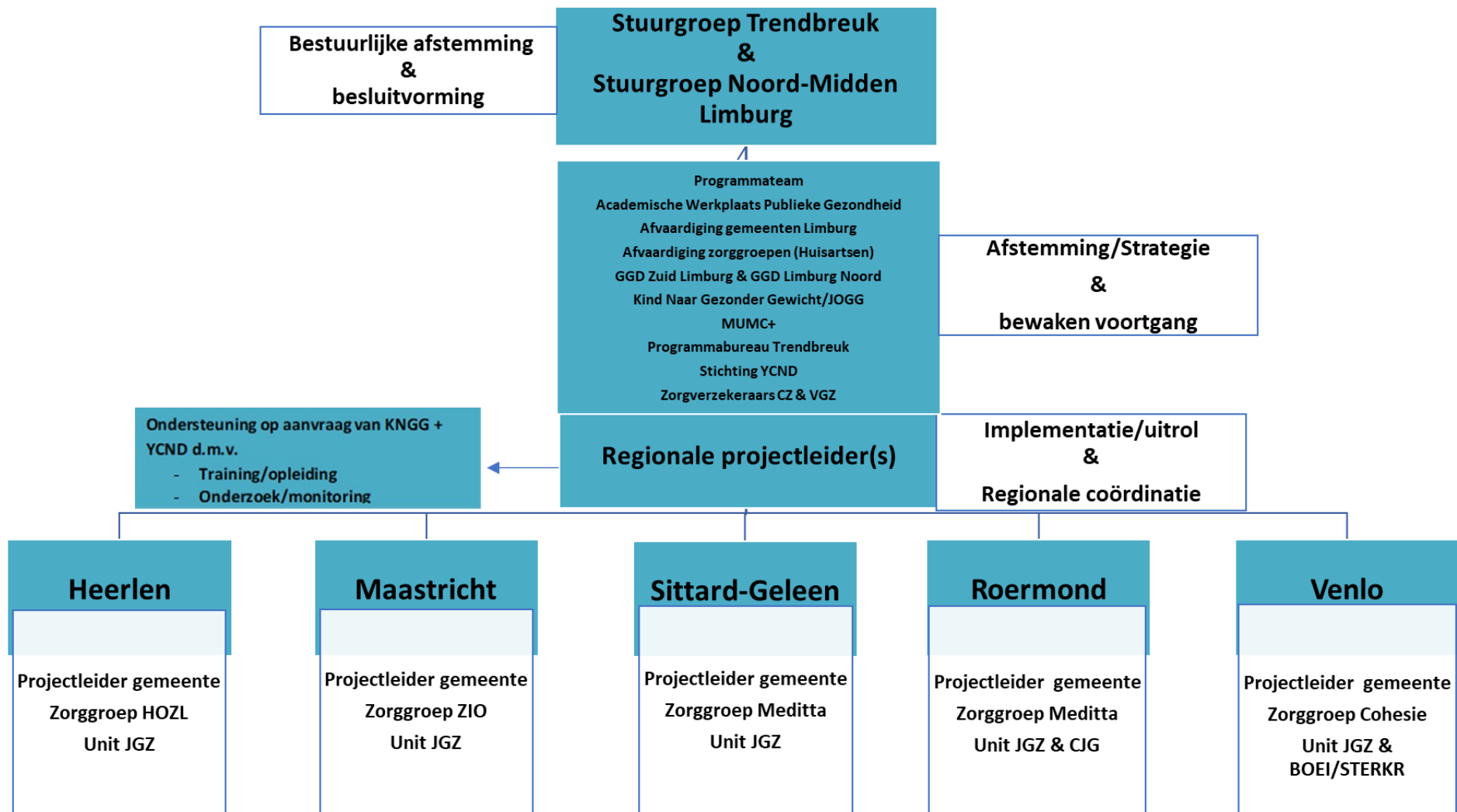
De begroting is in deze versie niet openbaar

Referenties

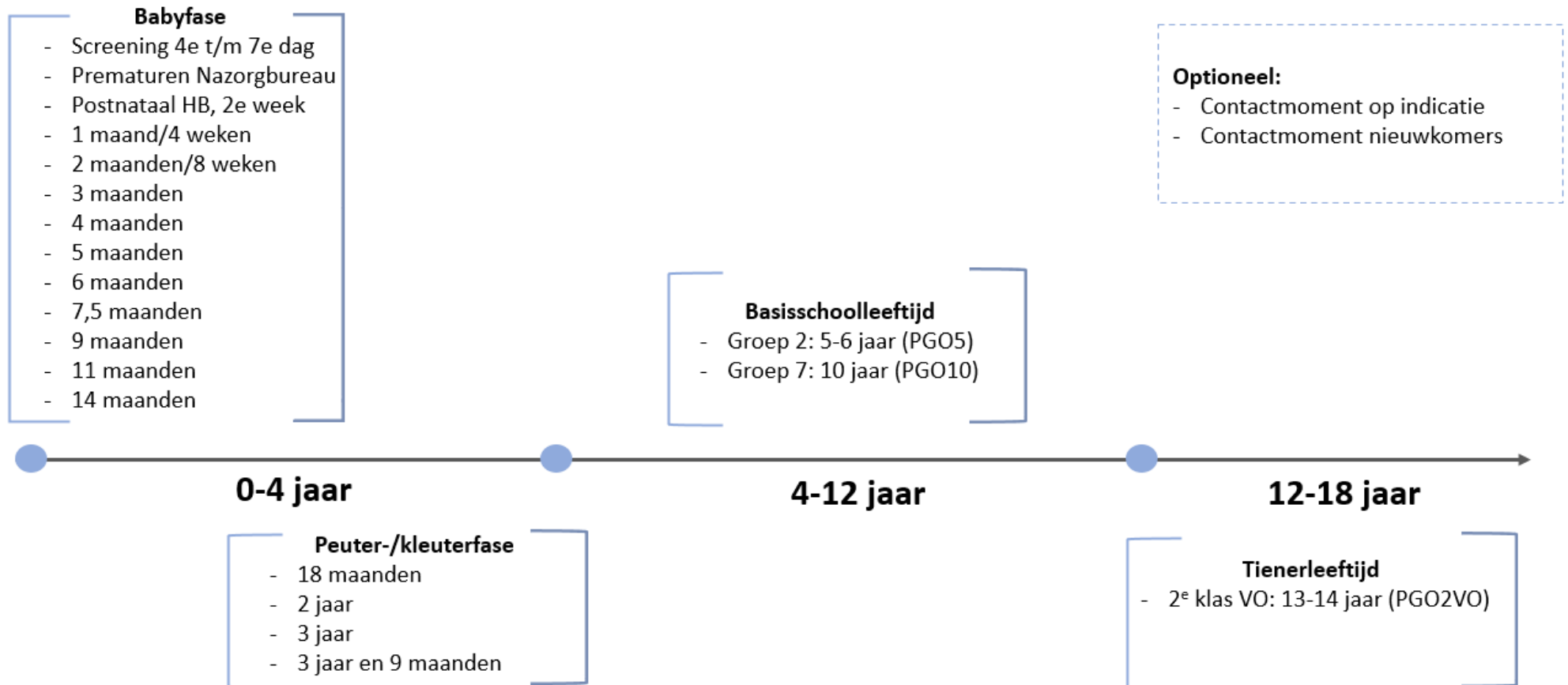
1. CBS i.s.m. RIVM (2019). Kinderen met overgewicht en obesitas naar leeftijd 2019. Geraadpleegd op 19 augustus 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#bron--node-tabel-bronnen-bij-de-cijfers-over-overgewicht>
2. GGD Zuid-Limburg & GGD 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. Sijben, M., van der Velde, M., van Mil, E., Stroo, J. & Halberstadt, J. (december 2018). Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam: Care for Obesity.
14. 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

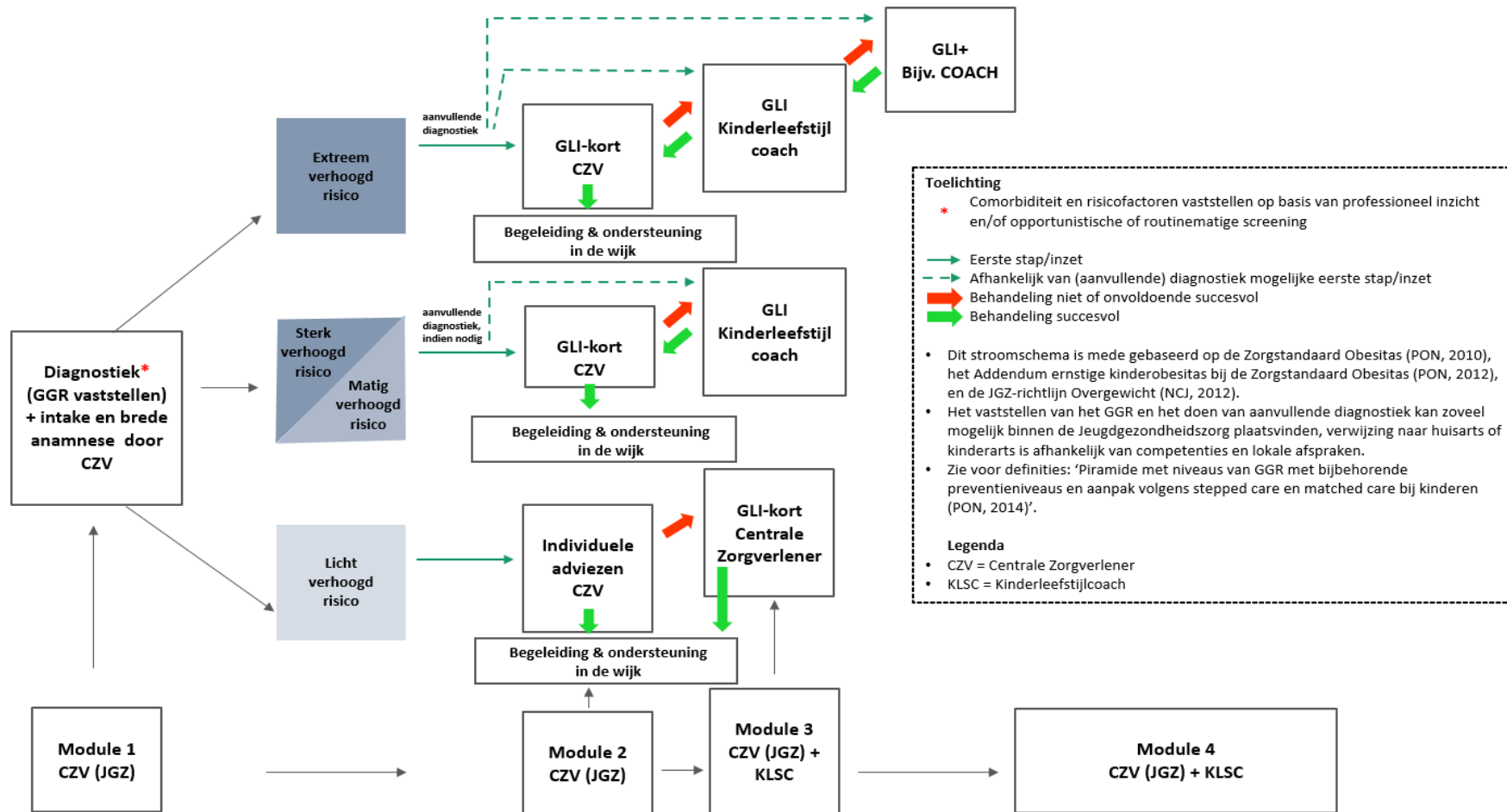
Bijlage I. Projectstructuur



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 of derden

- 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 sociaaleconomische 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 – Brede anamnese

Prestatie:

- Kennismakingsgesprek a 60 minuten
 - Brede anamnese a 60 minuten
- Maximaal 3 maanden.

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 à 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: Intensieve fase behandeling

Prestatie:

- MDO (optioneel) a 30 minuten
- Bespreken behandelplan met kind/gezin a 45 minuten
- 9 consulten a 30 minuten
- Monitoren, coördinatie en communicatie a 120 minuten

Totaal 7 uur en 45 minuten

Jaar 2: Onderhoudsfase

Prestatie:

- 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
- Evaluatie/afsluiting behandeljaar 2 a 60 minuten
- Monitoren, coördinatie en communicatie a 45 minuten

Totaal 6 uur en 30 minuten

Module IV – Begeleidingsfase

Prestatie:

- 2 consulten à 30 minuten

Maximaal 1 jaar

Totaal 1 uur

Bijlage VI. Plan integrale dataverzameling

INTEGRAAL PLAN DATAVERZAMELING LIMBURGSE NETWERKAANPAK			
IMPLEMENTATIE: GGD ZL/ GGD LN (regie netwerk, implementatie), Gemeenten (lokale regie), zorggroepen (coördinatie zorg)) UITVOERING: CZV & KLSC	Informatie mbt kinderen die niet deelnemen	Informatie mbt deelnemende kinderen /gezinnen	Informatie mbt professionals/netwerk
	DATA GGD ZL&LN/JGZ: Aantal kinderen met overgewicht en obesitas in Limburg/per gemeente Aantal en karakteristieken kinderen aan wie leefstijlinterventie YCND of deelname netwerkaanpak is voorgesteld Deelname %: Aantal kinderen aan wie YCND is voorgesteld en wel/ niet start met YCND of netwerkaanpak	 DIGITALE PORTAL (INFORMED CONSENT) Informatie van kind en gezin: (Woonplaats, school, gewicht, lengte, bloeddruk, comorbiditeit, gedrag (voeding, bewegen, slaap) kwaliteit van leven, behandeldoelen, leefomstandigheden, voorgeschiedenis, opvoeding,....) Klantwaardering moment/reden stoppen Aantal consulten, aantal modules Betrokkenheid professionals in sociaal en zorgdomein 	MUMC+/AWPG Interviews & vragenlijsten CZV/KLSC (proces, vaardigheden, opleiding, tevredenheid, werkbelasting, ...) Aantal MDO's. betrokken disciplines Totale tijdsinvestering 
	OPTIONEEL		
	COACH MUMC+/VieCuri (evtl ZuyderlandMC, Laurentius ZH) : Comorbiditeit, gezondheidsrisico's, aantal en indicatie verwijzing naar MUMC+/VieCuri		
	CZ/VGZ: DOT adipositas in Limburgse ziekenhuizen & zorgvolume 2e, 3e lijn koppeling Onderwijs Monitor Limburg. SROI: Lange termijn opvolging, kosten in zorg/sociaal domein mbv CBS?		
	StYCND/MUMC+ Instructie/ondersteuning dataregistratie, informeren stakeholders inhoud programma, inhoudelijke ondersteuning uitvoerenden en kwaliteitsborging, doorontwikkeling programma, opleveren rapportages data, ondersteunen interviews/mdo's/lokale projectteams/projectleiders, verbinding landelijke ontwikkelingen		

Informatie mbt deelnemende kinderen /gezinnen

DIGITALE PORTAL (INFORMED CONSENT)

Informatie van kind en gezin:
(Gewicht, lengte, bloeddruk, comorbiditeit, gedrag (voeding, bewegen, slaap) kwaliteit van leven, behandeldoelen, leefomstandigheden, voorgeschiedenis, opvoeding,...)

Klantwaardering
moment/reden stoppen

Aantal consulten, aantal modules

Betrokkenheid professionals in sociaal en zorgdomein

INFORMATIE IN DIGITALE PORTAL IN MEER DETAIL:

Kind & gezin

• Lft, geslacht, woonplaats

• Gezin en leefomgeving: broer/zus lft, geslacht, gewicht/lengte, lengte/gewicht ouders, getrouwd/gescheiden/een ouder, opleidingsnivo ouders, beroep ouders, omgeving

• Geboortegegevens en gezondheid: voorgeschiedenis gezondheid lichamelijk/mentaal, huidige gezondheidsproblematiek/klachten, medicatie, intoxicaties, gezondheid familie, lft ontstaan overgewicht

• Body Mass Index zscore (start module 1, start module 3, einde jaar 1 en 2 module 3, einde module 4).

• Eerdere begeleiding ivm leefstijl/overgewicht

• Motivatie voor leefstijlinterventie

• Ontwikkeling en school: type school (GBSVDT ja/nee), opleidingsnivo kind hoe het gaat op school, pesten, vrienden, hobby's, vrijetijd, toekomstperspectief

• Kwaliteit van leven (mbv PedsQL vragenlijst; start module 1, module 3 einde jaar 1 en einde jaar 2, einde module 4)

• Vastgestelde comorbiditeit: hypertensie, hypertriglyceridemie, verlaagde concentratie HDL cholesterol, prediabetes (IGT), DM type 2, NAFLD (echografisch vastgestelde leververvetting ofwel ALAT >2xULN), OSAS, GGR (Gewichts gerelateerd gezondheidsrisico) (einde jaar 1 en 2 module 3, einde module 4)

• Behalen van individuele doelen op het gebied van leefstijlgedrag zoals vastgesteld in het individuele behandelplan (einde jaar 1 en 2 module 3, einde module 4)

• Voeding (inclusief eetstoornissen) Beweging -Slaap gedrag dmv vragenlijsten (start module 1, start module 3, einde jaar 1 en 2 module 3, einde module 4).

• Behalen van individuele doelen op het gebied van psychosociale problematiek (einde module 2, einde jaar 1 en 2 module 3, einde module 4), sterke kanten en moeilijkheden (dmv vragenlijst SDQ), gevoelens en zelfbeeld (start module 1, start module 3, einde jaar 1 en 2 module 3, einde module 4).





INFORMATIE IN DIGITALE PORTAL IN MEER DETAIL:

Compliance en waardering programma en zorg

Informatie mbt deelnemende kinderen /gezinnen

DIGITALE PORTAL (INFORMED CONSENT)

Informatie van kind en gezin:
(Gewicht, lengte, bloeddruk,
comorbiditeit, gedrag (voeding,
bewegen, slaap) kwaliteit van
leven, behandeldoelen,
leefomstandigheden, voorgeschiedenis,
opvoeding,....)

Klantwaardering
moment/reden stoppen

Aantal consulten, aantal modules

Betrokkenheid professionals in
sociaal en zorgdomein

- Compliance: No shows per kind (per module)

- Klanttevredenheid t.o.v. programma en zorgverleners: (vragenlijst) bij stoppen (elk moment), einde jaar 1 en 2 module 3, einde module 4. Separaat rapportcijfer op een schaal van 0-10 voor de zorg en de zorgverleners (CZV en KLSC).

- Moment van stoppen met behandeling zonder dat er consensus is over stoppen met de leefstijlinterventie en reden van stoppen (per module)

Proces

- Type verwijzers; bv jeugdverpleegkundige, jeugdarts, huisarts, kinderarts, toeleiding van CZV naar KLSC.

- Aantal kinderen begeleid per CZV/KLSC

- Aantal consulten per kind (per module) opgesplitst in consulten CZV en KLSC

- Verwijzing/betrokkenheid diëtist, fysiotherapeut, kinderarts/medisch specialist, professional sociaal domein (maatschappelijk werker, POH GGZ/jeugd, GGZ, pedagoog, etc) per module en indicatie: eenmalig consult ivm evaluatie of behandeling.

VRAGEN DIE BEANTWOORD KUNNEN WORDEN TBV MONITORING EN EVALUATIE:

(uitvoering door stYCND, AWP, GGD ZL/GGD LN, gemeenten, CZ/VGZ)

KIND&GEZIN in de verschillende gemeenten/wijken:

Veranderen tijdens en na het doorlopen van de leefstijlinterventie YCND in de verschillende gemeenten/wijken/per zorgverlener :

- Leefstijl (fysieke activiteit, voedingsgewoonten, slaapgedrag)
- BMI z-score (bereiken kinderen een gezonder gewicht)
- Comorbiditeit: lichamelijk en mentaal/ GGR
- Kwaliteit van leven
- Zelfbeeld, sterke kanten en moeilijkheden
- Gewicht ouders en broertjes/zusjes
- Worden individuele doelen behaald op gebied van leefstijl en psychosociale aspecten.
- [Evtl schoolprestaties (indien koppeling data aan OML)]

PROCES:

Proces van verwijzen en betrokkenheid ketenpartners per gemeente/wijk/individuele zorgverleners. Hoe vaak resulteert een gesp rek over YCND tot effectieve toeleiding in jouw gemeente? Welk percentage kinderen in een gemeente/wijk is begeleid na 1, 2 en 3 jaar? welke JVK verwijst naar YCND in een gemeente/regio en wie niet? welke huisarts(praktijk) verwijst naar YCND en wie niet? Hoe zijn de MDO's georganiseerd per gemeente/wijk/CSV/KLSC en wie zijn betrokken op de verschillende locaties? Welke netwerkpartners zijn betrokken bij begeleiding van kinderen in YCND specifiek voor een bepaalde wijk/gemeente, wat ontbreekt nog, hoe verhoudt zich dat tot andere locaties? Welke ondersteuning hebben CZV, KLSC en lokale projectleiders nodig in een gemeente? Welke knelpunten ervaren zij? Worden afspraken nagekomen? Is de tijd en financiering voldoende t.o.v de inzet binnen een bepaalde gemeente?

Hoe is de betrokkenheid van de kinderartsen/ziekenhuizen: Zorgconsumptie 2^e en 3^e lijn per gemeente (drainage gebied van een bepaald ziekenhuis). Wordt er voldoende teruggeleid of blijven kinderen in zorg in het ziekenhuis? Worden kinderen ondanks YCND toch primair verwezen naar het ziekenhuis? Hoe is de klanttevredenheid per zorgverlener, per gemeente/wijk?

Maw wat loopt er goed en wat verdiend aandacht in een bepaalde gemeente of wijk.

KOSTEN:

Welke kosten worden er gemaakt in sociaal domein en zorgdomein door kinderen in YCND in een bepaalde gemeente of regio? Hoe verhoudt zich dat tot kinderen die niet in YCND begeleidt worden in die gemeente?

VRAGEN DIE BEANTWOORD KUNNEN WORDEN IN HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK:

(Onderdeel van promotieonderzoek, uitvoering door promovendus o.a Lianne Arrayes, supervisie door A.Vreugdenhil MUMC+ en Maria Jansen AWP)

Hoofdvragen:

1. Resulteert de leefstijlinterventie YCND in gezondheidswinst (gedrag, lichamelijke en mentale gezondheid, kwaliteit van leven)?

Veranderen tijdens en na het doorlopen van de leefstijlinterventie YCND:

- Leefstijl (fysieke activiteit, voedingsgewoonten, slaapgedrag)
- BMI z-score (bereiken kinderen een gezonder gewicht)
- Comorbiditeit: lichamenlijk en mentaal/ GGR
- Kwaliteit van leven
- Zelfbeeld, sterke kanten en moeilijkheden
- Gewicht ouders en broertjes/zusjes
- Worden individuele doelen behaald op gebied van leefstijl en psychosociale aspecten.
- [Evtl schoolprestaties (indien koppeling data aan OML)]

M.a.w: hebben kinderen winst in de brede zin van positieve gezondheid. Na hoeveel tijd? Welke factoren beïnvloeden deze veranderingen (wie is geholpen en wie niet?): bv karakteristieken kind/gezin, SES, opleidingsnivo, mate overgewicht, lft, geslacht, aantal consulten, woonplaats, type zorgverlener (CZV/KLSC), is de achtergrond van de CZV van invloed op het effect, etc.

2. Is de implementatie geslaagd en hoe ziet het proces er uit?

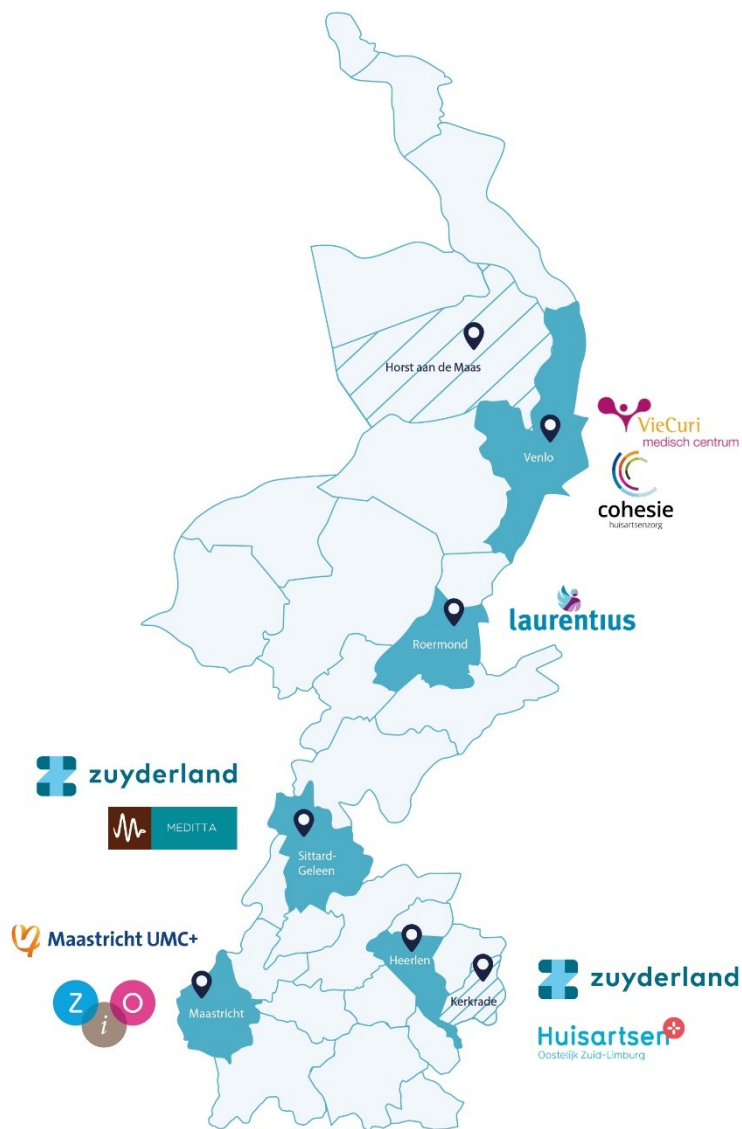
Hoe ziet het algemene proces er uit? Hoe vaak resulteert een gesprek over YCND tot effectieve toeleiding? Algemeen proces van verwijzen en betrokkenheid ketenpartners in Limburg, aantal kinderen dat begeleidt wordt door een centrale zorgverlener, aantal consulten, betrokkenen in MDO's, netwerkpartners betrokken bij begeleiding van kinderen in YCND.

Worden vigerende richtlijnen gevolgd door beroepsgroepen (JVK, JA, HA, KA) mbt diagnostiek bij kinderen met overgewicht/obesitas

Klanttevredenheid iha over het programma en de zorgverleners; welke factoren zijn daarop van invloed: is dit afhankelijk van gemeente, karakteristieken kind/gezin, type zorgverlener (CZV, KLSC), etc

3. Is de integrale aanpak YCND kosteneffectief?

Kosten-effectiviteitsanalyse obv betrokkenheid professionals in zorg en sociaal domein, zorgconsumptie 2^e en 3^e lijn mbt overgewicht/obesitas in Limburg (evtl koppeling met CBS data). Mogelijk vanaf 2022 (data CBS 2 jaar vertraagd)



**“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**