

Module Jeugdgezondheidszorg

Werkwijze aanpak overgewicht kinderen



Proeftuin aanpak overgewicht kinderen 's-Hertogenbosch

Versienummer: 2.0
Datum: 11-04-2019

Inhoud

1. Vooraf	2
1.1 Hoe is deze module ontstaan?	2
1.2 Waarom deze module?	2
1.3 Voor wie is deze module bedoeld?	3
1.4 Wat kun je met deze module?	3
1.5 Leeswijzer	4
1.6 Wat verder belangrijk is	4
2. De aanpak en de rol van de jeugdgezondheidszorg	5
2.1 Een aanpak in 6 stappen	5
2.2 De rol en positie van de jeugdgezondheidszorg in het netwerk.....	6
3. De taken en activiteiten van de jeugdgezondheidszorg	9
3.1 Stap 1 Overgewicht constateren	11
3.2 Stap 2 Vaststellen wat er speelt	14
3.3 Stap 3 Samenhang en aanpak bespreken	16
3.4 Stap 4 Plan maken en taken verdelen	17
3.5 Stap 5 Aan de slag	18
3.6 Stap 6 Zorgen dat het blijft werken.....	20
Bijlagen	21
Begrippenlijst	22

1. Vooraf

1.1 Hoe is deze module ontstaan?

Deze module wordt aangeboden vanuit de Proeftuin aanpak overgewicht bij kinderen 's-Hertogenbosch. In de periode 2016-2018 heeft Care for Obesity (C4O) met behulp van financiering van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en in samenwerking met de acht proeftuingemeenten Amsterdam, Almere, Arnhem, 's-Hertogenbosch, Maastricht, Oss, Smalingerland en Zaanstad het landelijk model 'Ketenaanpak overgewicht en obesitas bij kinderen' ontwikkeld. Dit landelijk model is een doorontwikkeling van het eerder uitgebrachte basismodel 'Ketenaanpak overgewicht en obesitas bij kinderen' (2017), welke is gebaseerd op de aanpak van de proeftuinen Amsterdam en 's-Hertogenbosch en tevens is beschreven in het boek 'Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's' (Mil, van E. en Struik, A. 2015).

Het model beschrijft hoe professionals een aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas kunnen inrichten, welke onderliggende visie daarbij hoort en wat deze visie vraagt van professionals. Deze module is een aanvulling op het landelijk model en laat zien hoe de rol van de jeugdgezondheidszorg kan worden ingevuld, gebaseerd op de praktijk van de aanpak in 's-Hertogenbosch.

1.2 Waarom deze module?

Het doel van deze module is de centrale zorgverlenersrol van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) te faciliteren en zichtbaar te maken in het netwerk middels het bieden van een concreet uitgewerkte werkwijze met bijbehorende hulpmiddelen, instrumenten en een handreiking in de wijze waarop de werkwijze geïmplementeerd kan worden.

De JGZ heeft vanuit haar verantwoordelijkheid in het gemeentelijke gezondheidsbeleid diverse contactmomenten met alle kinderen in de gemeente. Deze contactmomenten zijn onder andere bedoeld voor het tijdig signaleren van afwijkingen of problemen in de ontwikkeling van het kind. Het kind wordt bij ieder contactmoment gemeten en gewogen. Hiermee bereikt de JGZ meer dan 95% van de kinderen. De JGZ biedt de mogelijkheid voor een kortdurende begeleiding bij overgewicht conform de JGZ-richtlijn Overgewicht. De JGZ is hiermee een unieke partner voor de preventie, het signaleren en interveniëren bij of het verwijzen van kinderen met overgewicht. In 's-Hertogenbosch is ervoor gekozen om de rol van de centrale zorgverlener bij de jeugdverpleegkundige neer te leggen.

De JGZ is in staat vanuit haar reguliere werkzaamheden een verbindende schakel te vormen tussen het zorgdomein en het sociale domein. Beide domeinen vormen het netwerk van de JGZ waardoor zij de taal van beide werelden verstaat. De JGZ staat enerzijds in contact met zorgverleners zoals de

huisarts, de kinderarts, de fysiotherapeut, de diëtist, logopedist en anderzijds met school, het wijkteam, welzijn, maatschappelijk werk en andere wijkprofessionals. Door deze verbanden en de bovengenoemde inhoudelijke rollen van de JGZ, is de JGZ dé partner die een centrale rol kan vervullen in de begeleiding van het kind met overgewicht en het bijbehorende gezin en/of de coördinatie daarvan. De rol kan eventueel belegd worden bij andere professionals als dat beter past bij de casuïstiek.

1.3 Voor wie is deze module bedoeld?

Deze module is bedoeld voor personen die het als zijn of haar verantwoordelijkheid zien de JGZ onderdeel te maken van het netwerk voor kinderen met overgewicht. Dit kunnen professionals van de JGZ zelf zijn die een actieve rol in de ondersteuning en zorg (willen) verlenen. Dit kunnen ook projectleiders zijn die daartoe opdracht hebben gekregen vanuit betrokken of verantwoordelijke organisaties zoals de gemeente of de GGD / JGZ.

1.4 Wat kun je met deze module?

Afhankelijk van de situatie ter plaatse kan op verschillende manieren de informatie uit deze module gebruikt worden:

- Ter invoering van een vergelijkbare werkwijze voor de JGZ: de werkwijze past grotendeels in de lokale situatie en wordt zoals in de module omschreven ingevoerd;
- Ter inspiratie: op basis van de hier uitgewerkte werkwijze zelf komen tot een variant voor de werkwijze van de JGZ en de samenwerking met school, de huisarts, de kinderarts, wijkprofessionals en interventieaanbieders;
- Ter informatie: onderdelen uit de module worden gebruikt om betrokkenen te informeren en te stimuleren om meer samenwerking te realiseren, eventueel op andere aandachtsgebieden, aandoeningen of thema's.

Belangrijk bij het gebruik van deze module is dat betrokken professionals altijd ruimte wordt geboden om de samenwerking op eigen wijze te realiseren. De module is niet bedoeld om in te zetten als dé manier waarop de samenwerking moet worden ingericht. Het is een 'best practice' en daarmee dus een voorbeeld. Iedere gemeente, GGD, wijk, gezondheidscentrum, huisartsenpraktijk en ziekenhuis heeft zijn eigen signatuur die van invloed kan zijn op een passende werkwijze.

Het voorbereiden, opzetten en uitvoeren van een aanpak volgens het landelijk model is een intensief proces met een lange doorlooptijd. Er zijn veel verschillende partners betrokken, elk met hun eigen visie, belangen en financiering. Daarom heeft Care for Obesity, in samenwerking met de acht proeftuinen, een [handreiking](#) 'Realisatie lokale ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' (Care for Obesity, december 2018) opgesteld. Het proces van implementatie, zoals die ook door 's-Hertogenbosch is uitgevoerd, staat daarin beschreven.

1.5 Leeswijzer

De processtappen van de aanpak overgewicht van kinderen in 's-Hertogenbosch wordt in hoofdstuk 2 toegelicht en vertaald naar de rol die de JGZ hierin heeft. In hoofdstuk 3 worden de werkwijze, taken en activiteiten van de JGZ in 's-Hertogenbosch beschreven.

1.6 Wat verder belangrijk is

In dit document wordt gesproken over het landelijk model. Dit refereert naar [het landelijk model](#) 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' (Care for Obesity, december 2018). De lezer van dit document wordt verondersteld bekend te zijn met het genoemde model.

Daar waar in dit document gesproken wordt over het kind met overgewicht wordt ook het kind met obesitas bedoeld. Met de term 'ouder' wordt de primaire verzorger van het kind bedoeld.

De Zorgstandaard Obesitas, de NHG-richtlijn Overgewicht en de JGZ-richtlijn Overgewicht zijn als basis gebruikt om de werkwijze voor de JGZ invulling te geven.

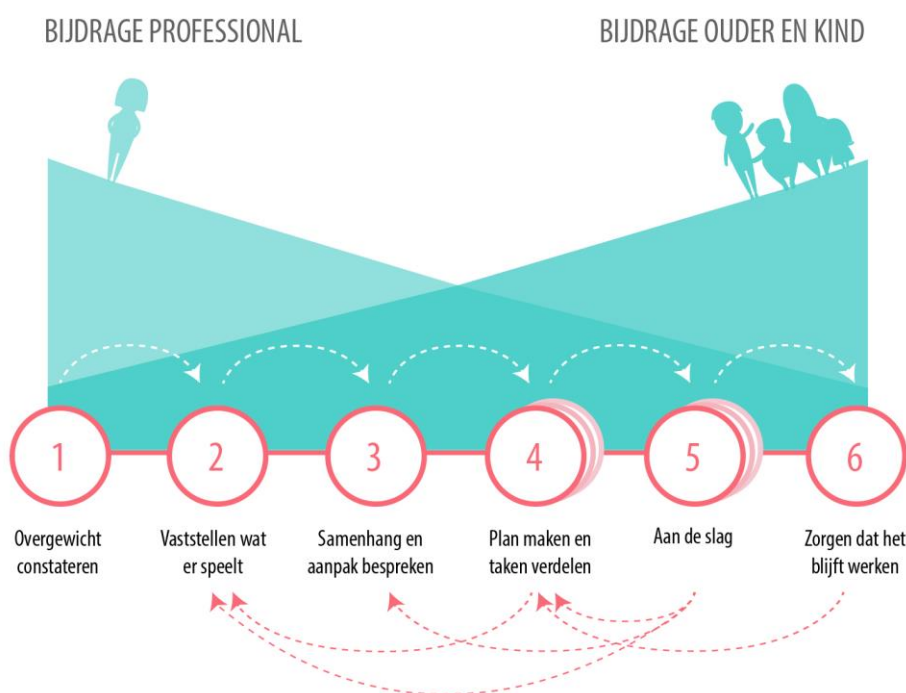
Uitgangspunt bij het vertalen van de zorgstandaard en de richtlijnen naar een werkwijze voor JGZ is geweest dat de werkwijze vooral handzaam, eenvoudig en praktisch toepasbaar moet zijn en dat het een duidelijke aanvulling biedt op het aandeel dat door andere partners geleverd wordt.

2. De aanpak en de rol van de jeugdgezondheidszorg

2.1 Een aanpak in 6 stappen

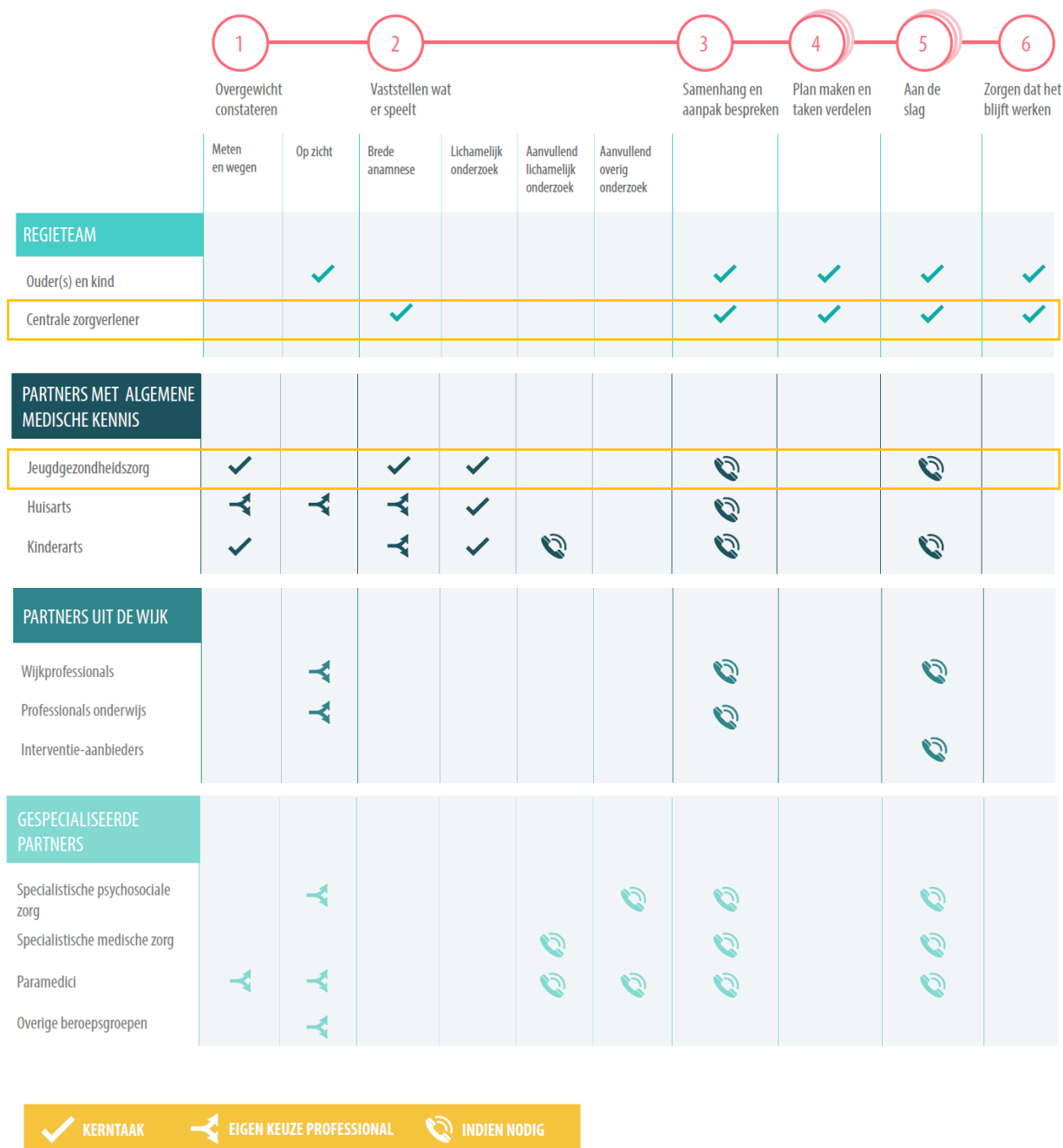
De aanpak is onderverdeeld in verschillende processtappen en kent een cyclisch ritme. Soms ontstaan er nieuwe inzichten, soms ook zijn er veranderingen in de omgeving of bij het gezin zelf die ertoe leiden dat een aantal processtappen opnieuw doorlopen moet worden.

Onderstaand figuur toont de verschillende processtappen. Deze worden uitgebreid beschreven in het hoofdstuk 'Proces' van het landelijk model. In de volgende paragraaf is beschreven wat de rol van de JGZ is in de aanpak in 's-Hertogenbosch. In hoofdstuk 3 wordt dieper ingegaan op de specifieke taken en activiteiten die horen bij deze rol.



Figuur 1 Processtappen van het landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' (Care for Obesity, december 2018).

2.2 De rol en positie van de jeugdgezondheidszorg in het netwerk



Figuur 2 Partner schema van het landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas' (Care for Obesity, december 2018)

De rol van de JGZ is bij alle stappen van belang. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat in 's-Hertogenbosch de centrale zorgverlenersrol door de jeugdverpleegkundigen van de JGZ worden uitgevoerd. De jeugdarts heeft in 's-Hertogenbosch geen rol als centrale zorgverlener.

Bij de rolverdeling tussen jeugdarts en jeugdverpleegkundige is de JGZ-Richtlijn Overgewicht leidend geweest. Zo heeft de jeugdarts onder andere een taak bij het vaststellen van het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) en het in gang zetten van een verwijzing naar bijvoorbeeld de huisarts of kinderarts. De afnamen van de brede anamnese, coördinatie en begeleiding van het gezin ligt juist vooral bij de jeugdverpleegkundige. Samenwerking tussen jeugdarts en jeugdverpleegkundige is van groot belang.

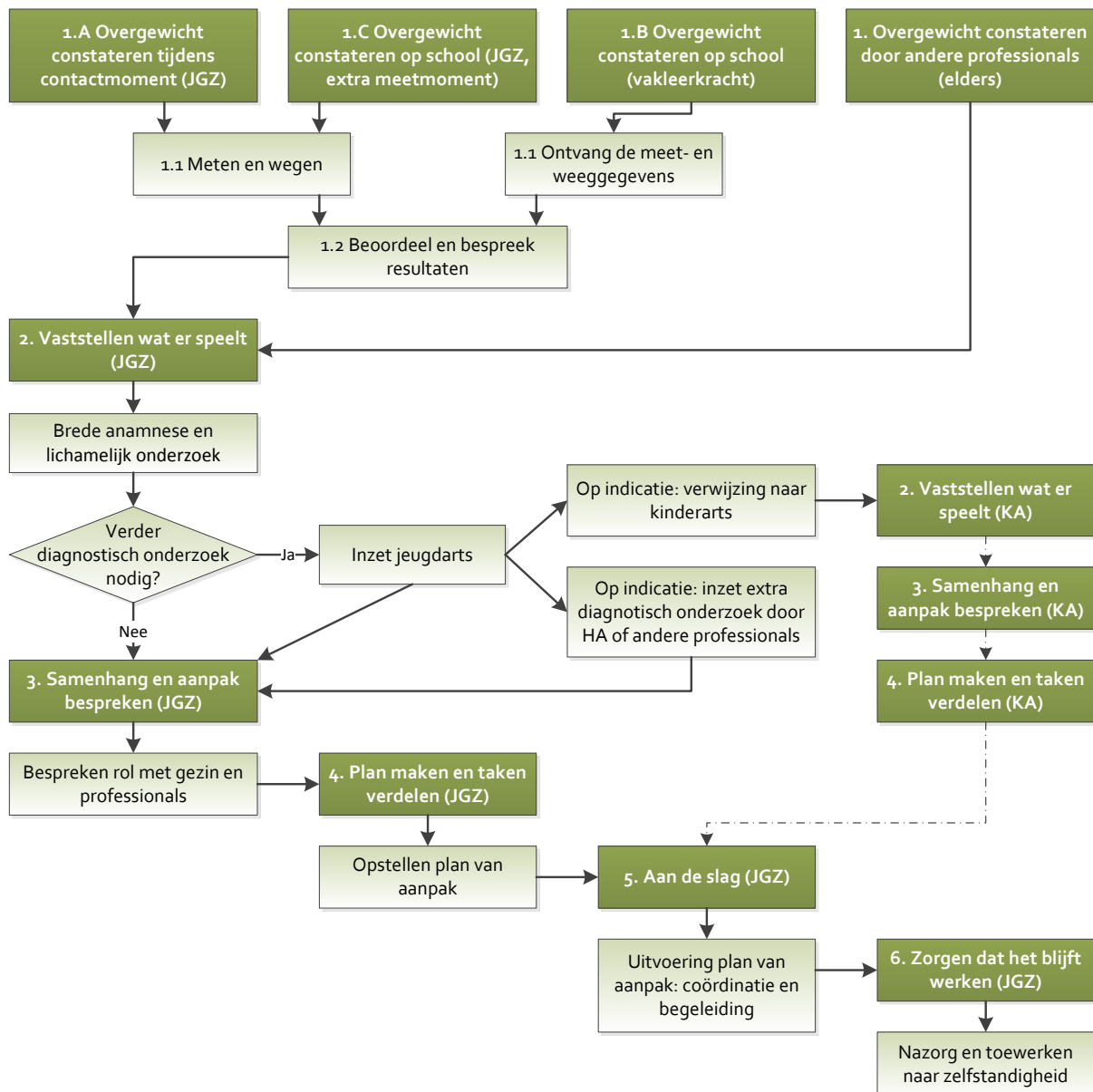
In onderstaand overzicht staat vermeld wanneer de taak een reguliere taak betreft vanuit het basispakket JGZ en JGZ-Richtlijn Overgewicht (*regulier*) of wanneer dit een extra taak is vanuit de aanpak overgewicht (*extra*). Alle taken die vanaf stap 2 bij de jeugdverpleegkundige staan als *extra* zijn specifiek taken voor de rol van centrale zorgverlener.

Stap	Jeugdarts	Jeugdverpleegkundige en tevens centrale zorgverlener
<p><i>1. Overgewicht signaleren</i></p>	<p>Onderzoekt het kind bij contactmomenten en signaleert daarbij eventueel overgewicht (<i>regulier</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoekt het kind bij contactmomenten en signaleert daarbij eventueel overgewicht (<i>regulier</i>); • Voert metingen uit bij scholen die lengte en gewicht niet standaard monitoren of werkt samen met scholen die wel lengte en gewicht monitoren (<i>extra</i>); • Heeft oudergesprekken op school over de gezondheid van het kind in het algemeen en de groei-ontwikkeling in het bijzonder (<i>extra</i>).
<p><i>2. Vaststellen wat er speelt</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoekt het kind om het GGR te bepalen (<i>regulier</i>); • Verwijst het kind naar de huisarts en/of kinderarts indien dat geïndiceerd is (<i>regulier</i>); • Motiveert en verwijst kind en ouders naar <i>jeugdverpleegkundige voor vervolg</i> (<i>extra</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Voert de brede anamnese uit en meet bloeddruk bij kinderen ≥ 5 jaar (<i>extra</i>); • Verwijst naar de jeugdarts om het GGR te bepalen (<i>regulier</i>);

Stap	Jeugdarts	Jeugdverpleegkundige en tevens centrale zorgverlener
3. <i>Samenhang en aanpak bespreken</i>	Wordt betrokken indien expertise gewenst is (<i>extra</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Stemt met kind en ouders af wat nodig is voor een kansrijk plan van (<i>extra</i>); • Bespreekt met kind en ouders of er ondersteuning en zorg nodig is en welke al betrokken zijn (<i>extra</i>); • Organiseert een overleg met professionals, (kind) en ouders, bijvoorbeeld een kindbespreking op school (<i>extra</i>).
4. <i>Plan maken en de taken verdelen</i>	Geen specifieke verantwoordelijkheid.	Stelt in samenspraak met kind en ouder(s) het integrale plan op voor ondersteuning en zorg op maat (<i>extra</i>).
5. <i>Aan de slag</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Blijft betrokken als dit is afgesproken in het integraal plan van aanpak (<i>extra</i>); • Wordt betrokken wanneer resultaten onverklaarbaar uitblijven en/of opschaling naar kinderarts nodig is (<i>regulier</i>); • Vervolgt, motiveert en/of verwijst naar jeugdverpleegkundige na verwijzing naar JGZ door kinderarts (<i>extra</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitort de voortgang en stelt zo nodig het plan bij in samenspraak met kind en ouders (<i>extra</i>); • Coördineert de ondersteuning en zorg als er meerdere professionals betrokken zijn (<i>extra</i>); • Consulteert jeugdarts als resultaten onverklaarbaar uitblijven (<i>regulier</i>).
6. <i>Zorgen dat het blijft werken</i>	Geen specifieke verantwoordelijkheid.	Begeleidt kind en ouders(s) van lichte ondersteuning naar zelfstandigheid (<i>extra</i>).

3. De taken en activiteiten van de jeugdgezondheidszorg

In onderstaand schema worden de taken en activiteiten in grote lijnen weergegeven. De donkergroene blokken geven steeds een van de processtappen weer (waarbij wordt aangegeven welke professional deze stap uitvoert). De lichtgroene blokken geven de belangrijkste activiteiten van de jeugdverpleegkundige/centrale zorgverlener weer.



Figuur 3 Processchema taken en activiteiten

Een kind met overgewicht kan op meerdere manieren instromen in het proces:

1. Tijdens stap 1 Overgewicht constateren:
 - A. De JGZ monitort de groei van kinderen en screent daarmee ook op overgewicht tijdens de contactmomenten (gepland, op indicatie of op verzoek van ouder/kind).
 - B. Op diverse basisscholen wordt jaarlijks lengte en gewicht van de kinderen door een vakleerkracht gemeten als onderdeel van het bewegingsonderwijs.
 - C. Op de basisscholen waar niet door een vakleerkracht wordt gewogen en gemeten, kan de JGZ, in overleg met school, één of meerdere extra meetmoment(en) op school (tijdens de gymles) uitvoeren. Gezien het huidige schema van de periodieke gezondheidsonderzoeken wordt geadviseerd een extra meting uit te voeren in groep 4 en/of groep 8.
2. Tijdens stap 2: Vaststellen wat er speelt.
 - A. Instroom na constatering van overgewicht door andere professionals, zoals huisartsen, kinderartsen of wijkprofessionals.

De samenwerking tussen de JGZ en primair onderwijs is van groot belang bij het tijdig signaleren van overgewicht en de aanpak ervan. Meer informatie hierover is te vinden in de module Primair onderwijs.

In de volgende paragrafen worden de verschillende stappen en activiteiten toegelicht. Deze passen bij de rol van de JGZ en/of de rol van centrale zorgverlener. Hier wordt in de module verder geen onderscheid in gemaakt omdat de jeugdverpleegkundigen de rol van centrale zorgverlener op zich nemen. De taken zijn dus niet een-op-een over te nemen door de JGZ die geen centrale zorgverlenersrol heeft.

3.1 Stap 1 Overgewicht constateren

Activiteit 1.1 Meten en wegen

Doel

Het constateren van het overgewicht bij het kind.

Acties

Situatie A – meten en wegen tijdens contactmoment JGZ

1. Meet en weeg het kind.
2. Bepaal de BMI aan de hand van groeicurves in het elektronisch kinddossier (EKD).
3. Bespreek het resultaat van de metingen, eventueel met behulp van de gewichtsverloopkaarten (bijlage Alg.1).
4. Indien er sprake is van overgewicht, geef uitleg over mogelijke vervolgstappen en motiveer tot het starten van stap 2 'vaststellen wat er speelt'. Maak vervolgspraken indien gewenst en geef een eet-, beweeg- en slaapdagboek mee ter voorbereiding op de anamnese.
5. Registreer uitkomsten contactmoment en gemaakte afspraken.

Situatie B – meten en wegen door vakleerkracht bewegingsonderwijs op school

1. Zorg voor ontvangst van het ingevulde overzicht resultaten BMI meting school (Bijlage PO.5) waarin de vakleerkracht de meetgegevens heeft geregistreerd van de kinderen waarvoor toestemming is verkregen om deze gegevens te delen.
2. Registreer de meetgegevens in het EKD.

Situatie C – meten en wegen tijdens extra contactmoment JGZ op school

1. Neem weegschaal en meetlat mee naar school.
2. Vertel de kinderen in de klas kort wat de bedoeling is (of laat de leerkracht dit vertellen).
3. Neem de klassenlijst in ontvangst met de namen en geboortedata van kinderen die gemeten en gewogen mogen worden.
4. Haal de kinderen één voor één uit de klas voor het meten van lengte en gewicht.
5. Registreer de meetgegevens op de klassenlijst en daarna in het EKD.

Hulpmiddelen

- [Bijlage Alg.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage PO.5 Overzicht resultaten BMI-meting school](#)

Activiteit 1.2 Beoordelen en bespreken van de resultaten (situatie B en C)

Doel

Het beoordelen van de resultaten om te bepalen of de gewichtsontwikkeling van gemeten kind zorgelijk is en indien geïndiceerd het bespreken van de resultaten met ouder(s) (en kind) op school.

Input

- Resultaten metingen lengte en gewicht van de vakleerkracht bewegingsonderwijs van school (situatie B) of
- Geregistreerde meetgegevens van de op de klassenlijst vermelde kinderen (situatie C)

Acties

1. Bekijk het EKD van de kinderen met overgewicht:
 - a. Hoe zien de groeicurves eruit en zijn er bijzonderheden af te leiden in de ontwikkeling van lengte, gewicht en/of BMI?
 - b. Is er onlangs nog contact met het kind en/of de ouder(s) geweest over de gezondheid van het kind?
 - c. Is het overgewicht onlangs nog besproken met het kind en/of de ouder(s)?
 - d. Zijn er bijzondere omstandigheden bekend? Bijvoorbeeld uit de kindbespreking van school of eerdere contactmomenten?
2. Selecteer de kinderen die in aanmerking komen voor een bespreking.
3. Stem af met school wie de ouder(s) benadert. Maak hiervoor eventueel gebruik van de uitnodigingskaart voor het gesprek (zie bijlage PO.4)
 - a. Indien school de ouders benadert: geef aan welke ouder(s) (en kinderen) uitgenodigd kunnen worden.
 - b. Indien JGZ de ouders benadert: informeer de ouder(s) over het geplande (10-minuten) gesprek.
4. Uitvoering van het (10-minuten) gesprek:
 - a. Ontvang de ouder(s) (en kind) en leg uit wat de bedoeling van het gesprek is.
 - b. Geef ouder(s) ruimte voor een eerste reactie.
 - c. Bespreek de gezondheid van het kind in het algemeen en de ontwikkeling van het gewicht in het bijzonder. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de groeicurven en de gewichtsverloopkaarten (bijlage ALG.1).
 - d. Indien er aanleiding is voor een vervolgtraject: geef uitleg over de mogelijke vervolgstappen, geef ouders ruimte voor een reactie, geef nadere uitleg en/of motiveer indien gewenst en bespreek de bereidheid tot vervolgstappen.
 - e. Sluit het gesprek af met een concrete afspraak over het vervolg.
5. Plan een vervolgspraak voor het starten van stap 2 'vaststellen wat er speelt' indien gewenst en geef een eet- beweeg- en slaapdagboek mee ter voorbereiding.
6. Registreer de bevindingen in EKD.

Hulpmiddelen

- [Bijlage Alg.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage PO.4 Voorbeeldteksten uitnodigingskaart 10-minutengesprek](#)

Extra informatie

Integrale samenwerking

In situatie B is de vakleerkracht bewegingsonderwijs bij het gesprek. Zo wordt duidelijk dat school en de JGZ het belangrijk vinden om samen op te trekken in het behouden en/of bevorderen van de gezondheid van het kind.

Concrete vervolgstap

Uitgangspunt is dat er geprobeerd wordt altijd een vervolgstap af te spreken. Het meest wenselijk is een vervolg met de centrale zorgverlener in stap 2 'Vaststellen wat er speelt', voor het afnemen van een brede anamnese.

Indien dit (nog) niet kan, motiveer dan tot een contactmoment over een bepaalde periode (met een maximum van een jaar). Deze kan dan weer plaatsvinden binnen de schoolomgeving via het jaarlijkse meet- en weegmoment, het extra meetmoment door de JGZ op school of via een nieuw te maken afspraak met de jeugdverpleegkundige.

3.2 Stap 2 Vaststellen wat er speelt

Doel

Inzicht krijgen in de factoren die het overgewicht, in dit gezin, veroorzaken en in stand houden.

Input

- verwijsbrief (in geval van verwijzing naar JGZ door andere professional)
- ingevuld eet-, beweeg- en slaapdagboek

Acties jeugdverpleegkundige en centrale zorgverlener

1. Bereid de brede anamnese voor (gebruik de bijlage werkinstructie brede anamnese).
2. Uitvoering van de brede anamnese:
 - a. Ontvang de ouder(s) (en kind) en leg uit wat de bedoeling van het gesprek is. Benoem de visie van de aanpak en het belang van samenwerking.
 - b. Geef ouder(s) ruimte voor een eerste reactie.
 - c. Neem de brede anamnese af met behulp van de bijlage brede anamnese overgewicht.
3. Voer een lichamelijk onderzoek uit. Gebruik hiervoor het Diagnostisch Instrument JGZ (bijlage JGZ.1).
 - a. Bepaal lengte, gewicht en BMI, indien er geen recente meetgegevens bekend zijn.
 - b. Bepaal bloeddruk bij een kind ouder dan 5 jaar.
 - c. Bij obesitas: verwijs het kind naar de jeugdarts voor het bepalen van het GGR.
4. Geef een samenvatting van het lichamelijk onderzoek en de brede anamnese. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de groeicurven en de gewichtsverloopkaarten (bijlage ALG.1).
5. Toets of ouder(s) en kind zich herkennen in de samenvatting.
6. Ondersteun ouder en kind met het formuleren van een hulpvraag/hulpvragen.
7. Vraag ouder(s) en kind aan welke vervolgstappen zij zelf denken. Bepaal met ouder(s) en kind het vervolgtraject.
8. Indien er aanleiding is voor een vervolgtraject: geef uitleg over de mogelijke vervolgstappen, geef ouders ruimte voor een reactie, geef nadere uitleg en/of motiveer indien gewenst en bespreek de bereidheid tot vervolgstappen.
9. Sluit het gesprek af met een concrete afspraak over het vervolg.
10. Informeer de verwijzer indien het kind verwezen is door een andere professional en het kind niet door de jeugdarts onderzocht wordt.
11. Registreer de verkregen informatie.

Acties jeugdarts (indien obesitas)

1. Neem aanvullend een medische anamnese en lichamelijk onderzoek af. Gebruik hiervoor het Diagnostisch Instrument JGZ (bijlage JGZ.1).
 - a. Bepaal lengte, gewicht en BMI, indien er geen recente meetgegevens bekend zijn.
 - b. Bepaal bloeddruk bij een kind ouder dan 5 jaar.
 - c. Bespreek de familiegeschiedenis.

- d. Vraag bij kinderen ≥ 10 jaar bloedonderzoek bij de huisarts aan (glucose nuchter, insuline, HDL, triglyceriden/totale cholesterol, TSH en vT_4).
- e. Bespreek de casus met de huisarts indien er sprake is van complexe systeemproblematiek, waarover de huisarts mogelijk meer informatie heeft (indien toestemming ouders).
2. Bepaal het GGR als alle gegevens bekend zijn.
3. Geef een samenvatting van de bevindingen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de groeicurven en de gewichtsverloopkaarten (bijlage ALG.1).
4. Geef uitleg over de vervolgstappen volgens bijlage JGZ.1. Motiveer indien benodigd en bespreek de bereidheid tot vervolgstappen.
5. Zet een van de volgende vervolgstappen in gang:
 - a. Vervolgafpraak bij de jeugdverpleegkundige voor verdere begeleiding.
 - b. Verwijzing naar de kinderarts.
6. Sluit het gesprek af met een concrete afspraak over het vervolg.
7. Vraag toestemming om de huisarts te informeren en stel de huisarts op de hoogte.
8. Informeer de verwijzer indien van toepassing.
9. Registreer de verkregen informatie.

Hulpmiddelen

- [Bijlage Alg.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage JGZ.1 Diagnostisch instrument JGZ](#)
- [Bijlage Brede anamnese overgewicht \(2-12 jaar en 12 jaar en ouder\)](#)
- [Bijlage Werkinstructie brede anamnese](#)

Extra informatie

Integrale samenwerking

In bovenstaande procesbeschrijving wordt duidelijk dat de jeugdverpleegkundige, jeugdarts, huisarts en kinderarts ieder vanuit hun eigen expertise en rol worden ingezet en waar de verbinding ligt. Zo wordt duidelijk dat de JGZ, de kinderarts en de huisarts het belangrijk vinden om samen op te trekken in het behouden en/of bevorderen van de gezondheid van het kind.

Verwijzing naar de kinderarts

Bij de verwijzing aan de kinderarts worden groeicurven, recente meetgegevens en relevante informatie uit de brede en medische anamnese met de aanvraag meegestuurd.

3.3 Stap 3 Samenhang en aanpak bespreken

Doel

Met kind en ouders afstemmen wie en wat nodig is voor een kansrijk plan van aanpak om hun doelen te behalen.

Acties jeugdverpleegkundige (centrale zorgverlener)

1. Bespreek met het gezin welke rol zij zelf zouden kunnen nemen in de aanpak (rol, competenties en inzet van het eigen sociale netwerk).
2. Bespreek, samen met ouders en kind, met reeds betrokken professionals hun mogelijke aandeel in de uitvoering van het plan van aanpak. Dit kan in zowel in een kindbespreking op school, een multidisciplinair overleg als een-op-een.

Extra informatie

Het aanmelden van een kind voor de kindbespreking kan gedaan worden door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige, maar ook door de pedagogisch medewerkers, leerkrachten of andere wijkprofessionals (met name (school) maatschappelijk werk).

3.4 Stap 4 Plan maken en taken verdelen

Doel

Het integraal plan van aanpak opstellen dat aansluit bij de leefwereld en situatie van kind en gezin. Het plan moet vertaald worden naar heldere en haalbare doelen die de motivatie en actiebereidheid van het kind en ouders vergroten.

Acties jeugdverpleegkundige (centrale zorgverlener)

1. Ontvang de ouder(s) (en kind) en leg uit wat de bedoeling van het gesprek is. Vul samen met ouder(s) en kind het integraal plan van aanpak in (zie bijlage Plan van aanpak).
2. Sluit het gesprek af met een concrete afspraak over het vervolg.
3. Vraag toestemming om de huisarts te informeren indien dit nog niet is gebeurd en stel de huisarts op de hoogte.
4. Informeer de verwijzer indien van toepassing.
5. Registreer de verkregen informatie.

Output

- Integrale plan van aanpak

Hulpmiddelen

- [Bijlage Plan van aanpak](#)

Extra informatie

Het maken van een plan is de voorbereidende fase voordat echt aan de slag wordt gegaan. Het is daarom belangrijk om aandacht te besteden aan het kiezen van de juiste ondersteuning en zorg. Houdt hierbij rekening met de draagkracht, behoeftes en interesses van kind en gezin en sluit aan bij het beschikbare aanbod in de regio.

Het is de bedoeling dat ouder(s) en kind zelf invulling geven aan het plan van aanpak en het opstellen van haalbare doelen. In de praktijk blijkt dat veel gezinnen hier (enige) hulp bij nodig hebben, met name in het vertalen van hun hulpvraag naar een concreet doel. Dit vraagt om een coachende rol van de centrale zorgverlener en om beheersing van gesprekstechnieken zoals motiverende- en/of oplossingsgerichte gespreksvoering.

3.5 Stap 5 Aan de slag

Doel

Het uitvoeren van het integrale plan van aanpak conform afspraak.

Input

Integrale plan van aanpak

Acties

1. Richt elk contact in op basis van de gemaakte afspraken in het plan van aanpak en evalueer de voortgang bij elk contact. De bijdrage van de jeugdverpleegkundige betreft:
 - a. Zelf een aandeel leveren in de begeleiding en/of
 - b. Coördineren van de ondersteuning en zorg indien andere professionals in het netwerk betrokken zijn.Zie 'extra informatie' voor de acties JGZ die bij deze twee activiteiten behoren.
2. Afhankelijk van de gemaakte afspraken in het plan, kan er opnieuw aanvullende diagnostiek plaatsvinden, zoals metingen van lengte, gewicht, bloeddruk en bloedwaarden.
3. Als de uitvoering van het plan niet naar wens verloopt;
 - a. onderzoek wat de reden hiervoor is en bespreek wat er in deze fase nodig is;
 - b. stel zo nodig het plan van aanpak bij;
 - c. schakel zo nodig andere ondersteuning en zorg in;
 - d. schakel zo nodig de jeugdarts in voor casusoverleg en/of om opschaling van zorg te bespreken.
4. Sluit elk gesprek af met een concrete afspraak over het vervolg.
5. Vraag toestemming om de huisarts te informeren en stel de huisarts op de hoogte.
6. Informeer de verwijzer indien van toepassing.
7. Registreer de verkregen informatie.

Extra informatie

De uitvoering van deze stap kan maanden tot jaren in beslag nemen. Het aantal contactmomenten staat niet vast maar wordt afgestemd op de situatie. In deze stap groeit de zelfstandigheid van kind en gezin en neemt de ondersteunende rol van de centrale zorgverlener (langzaam) af.

Rol van de jeugdverpleegkundige als centrale zorgverlener

De jeugdverpleegkundige kan zelf een aandeel leveren in de begeleiding:

1. Bespreek relevante aandachtspunten in leefstijl volgens JGZ-richtlijn Overgewicht.
2. Coach het gezin op:
 - a. Het realiseren van (kleine stapjes in) gedragsverandering in leefstijl;
 - b. Het versterken van zelfmanagement;
 - c. Het versterken van de opvoedkundige vaardigheden van ouder(s) als belangrijke randvoorwaarde voor leefstijlverandering kind en gezin.

Als er professionals ingezet worden voor de ondersteuning en zorg dan behoren de volgende acties ook tot het takenpakket:

1. Verwijs het kind naar de betreffende professionals in het netwerk of meld kind aan in geval van specifieke programma's.
2. Informeer naar de voortgang en ervaringen bij ouder(s), kind en de professionals.
3. Plan een extra consult bij uitval, onvoldoende resultaat, ontevredenheid bij ouder(s) en/of kind e.d. om het vervolgtraject te bespreken en eventueel bij te stellen.

3.6 Stap 6 Zorgen dat het blijft werken

Doel

Een nazorgtraject bieden om te volgen of de behaalde resultaten behouden worden. Indien nodig wordt het begeleidingstraject weer hervat bij terugval.

Acties

1. Bespreek of ouder(s) en kind in staat zijn om de ingezette gedragsverandering in stand te houden.
2. Bespreek welke vervolgspraken nodig zijn.
3. Plan vervolgspraak indien afgesproken.
4. Registreer resultaten gesprek

Bijlagen

- [Bijlage JGZ.1 Diagnostisch instrument JGZ](#)
- [Bijlage PO.4 Voorbeeldteksten uitnodigingskaart 10-minutengesprek](#)
- [Bijlage PO.5 Overzicht resultaten BMI-meting school](#)
- [Bijlage Alg.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage Werkinstructie brede anamnese](#)
- [Bijlage Brede anamnese overgewicht \(2-12 jaar en 12 jaar en ouder\)](#)
- [Bijlage Plan van aanpak](#)

Begrippenlijst

Brede anamnese

Een anamnese is bedoeld om inzicht te krijgen in een ziekte of aandoening. Een professional stelt hiervoor een aantal specifieke vragen. Bij kinderen met overgewicht of obesitas is een bredere anamnese nodig om inzicht te krijgen in de factoren die het overgewicht in stand houden of verergeren en die een duurzame gedragsverandering in de weg staan of kunnen ondersteunen. In het sociaal domein wordt vaak over vraagverheldering gesproken, waar een bredere (systemische) analyse over alle leefgebieden onderdeel van uitmaakt.

Centrale zorgverlener

Een centrale zorgverlener is een rol die kan worden vervuld door verschillende professionele functies in de keten binnen de aanpak van overgewicht en obesitas van kinderen. De centrale zorgverlener heeft twee kerntaken: de begeleiding van kind en gezin en de coördinatie van de ondersteuning en zorg voor deze kinderen. De centrale zorgverlener werkt vanuit een brede blik, domeinoverstijgend en als spin in het web en zorgt voor de samenhang. Zeker bij meervoudige problematiek is dat een belangrijke voorwaarde voor succes. Hierbij zet de centrale zorgverlener in op het versterken van het zelfmanagement van het gezin, zodat zij steeds meer zelfstandig in staat zijn om duurzame gedragsverandering te bereiken.

Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR)

Het interpreteren van het gezondheidsrisico van overgewicht en obesitas is sterk afhankelijk van het niveau van andere risicofactoren en aandoeningen. Daarom wordt in de zorgstandaard obesitas gesproken over het 'gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico' (GGR). Het GGR wordt bepaald door de BMI in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren en comorbiditeit en geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is.

Kindbespreking

In 's-Hertogenbosch worden kindbesprekingen gehouden. Dit is een multidisciplinaire bespreking bedoeld om kinderen te bespreken die extra ondersteuning nodig hebben. Aanwezig zijn de intern begeleider van school, schoolmaatschappelijk werk en de jeugdverpleegkundige. De ouders sluiten zoveel als mogelijk zelf aan en het kind indien mogelijk/wenselijk. Afhankelijk van de problematiek worden andere betrokkenen uitgenodigd. De kindbespreking is ook bekend onder de begrippen zorgteam, zorgadviesteam en basisteam jeugd en gezin.

Ketenaanpak

In een ketenaanpak werken verschillende organisaties en professionals samen in een netwerk dat gericht is op het bieden van goede en goed op elkaar aansluitende ondersteuning en zorg voor een speciale doelgroep. In dit geval voor kinderen met overgewicht en obesitas.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven gaat over hoe iemand zijn lichamelijke, geestelijke en sociale welbevinden ervaart. Hier gaat het om kwaliteit van leven in verband met gezondheid en de invloed van ziekte of gezondheid op het fysieke, psychische en sociale welbevinden vanuit het perspectief van het kind.

Obesitas

Obesitas is een chronische ziekte met een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. De waarde waarbij sprake is van obesitas bij kinderen verschilt per geslacht en leeftijd en komt overeen met een BMI van 30 bij volwassenen. Zie: [tabel Cole 2012](#).

Overgewicht

Overgewicht is een risico voor obesitas. De waarde waarbij sprake is van overgewicht bij kinderen verschilt per geslacht en leeftijd en komt overeen met een BMI van 25 bij volwassenen. Zie: [tabel Cole 2012](#).

Sociaal domein

Het domein omvat alle inspanningen die te maken hebben met de sociale kant van het gemeentelijke beleid op basis van de WMO, de Participatiewet en de Jeugdwet.

Zorgdomein

Het domein waarin zorg wordt geboden in de eerste tot en met de derde lijn. Onder eerstelijnszorg verstaan we algemene zorg (huisartsen, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten, tandartsen of verloskundigen), onder tweedelijnszorg verstaan we de meer specialistische zorg (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg), onder derdelijnszorg verstaan we hoog-specialistische zorg.

DISCLAIMER

De inhoud van dit document is met zorg samengesteld. Wij stimuleren het toepassen van dit document door anderen. Maak je gebruik van teksten en/of beelden dan gaan wij er vanuit dat je de juiste inhoud en afbeeldingen gebruikt en deze niet zelf aanpast. Overnemen van de tekst mag met vermelding van dit document als bron. Samen Gezond 's-Hertogenbosch aanvaardt geen aansprakelijkheid voor of door onjuist gebruik.

Copyright © 2019. Samen Gezond 's-Hertogenbosch