

Voorkomen of verminderen van overgewicht in de eerste 1000 dagen van het leven **Eerste 1000 dagen aanpak**



Proeftuin Amsterdam
Proeftuin 's-Hertogenbosch

Versie: 6 december 2018

Inhoud

1. Vooraf	1
1.1	Waarom een eerste 1000 dagen aanpak 2
1.2	Verkenning van mogelijkheden voor het inrichten van een eerste 1000 dagen aanpak om overgewicht te voorkomen of te verminderen 2
1.3	Voor wie is dit document bedoeld 3
1.4	Wat verder belangrijk is 4
1.5	Leeswijzer 4
2. Visie	5
2.1	Welke factoren spelen een rol in de eerste 1000 dagen 5
2.2	Het belang van de eerste 1000 dagen in de preventie van overgewicht en obesitas 5
3. Proces	7
3.1	Een aanpak in 6 stappen 7
4. Partners	13
4.1	Wat vraagt deze aanpak van betrokken professionals 13
4.2	Wie zijn bij de aanpak betrokken 14
4.3	Regieteam..... 14
4.4	Geboortezorgpartners..... 15
4.5	Medische partners..... 16
4.6	Gespecialiseerde partners..... 17
4.7	Wijkpartners 17
5. Praktijkvoorbeelden	19
5.1	Signaleren van risicofactoren 19
5.2	Inzet van prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg..... 20
5.3	Inzet van informele netwerken 21
5.4	Leefstijl en voortplantingsgeneeskunde 22
6. Aanbevelingen	24
Bijlagen	26
Begrippenlijst	27

1. Vooraf

1.1 Waarom een eerste 1000 dagen aanpak

De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen, zowel fysiek, mentaal als sociaal, op latere leeftijd¹. *In de eerste duizend dagen van het leven, vanaf de bevruchting tot de tweede verjaardag, worden we gevormd tot wie we zijn. Invloeden in deze periode zijn bepalend voor de rest van het leven. De ontwikkeling die we doormaken van de eerste cel tot aan tweejarige peuter is fenomenaal. In geen enkele andere periode in het leven worden zo veel mijlpalen bereikt. Deze periode is dan ook cruciaal voor een goede ontwikkeling van jonge kinderen, hun gezondheid op volwassen leeftijd en de gezondheid van volgende generaties. Als je deze periode niet goed doorloopt, dan is het alsof je een valse start maakt.*²

Bovenstaande laat het belang van de eerste 1000 dagen zien en daarmee de kans die (toekomstige) ouders en professionals hebben om de gezonde ontwikkeling van (ongeboren) kinderen positief te beïnvloeden. Deze inzichten laten zien dat preventie en passende, vroegtijdige ondersteuning en zorg in de eerste fase van het leven een goede start beter mogelijk maken.

1.2 Verkenning van mogelijkheden voor het inrichten van een eerste 1000 dagen aanpak om overgewicht te voorkomen of te verminderen

Landelijk model voor aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen

Dit document beschrijft hoe je een eerste 1000 dagen aanpak kunt inrichten, naar voorbeeld van het landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas'. 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. 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, Smallingerland en Zaanstad het landelijk model ontwikkeld.

Het model beschrijft hoe professionals een ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas kunnen inrichten, welke onderliggende visie daarbij hoort en wat deze visie vraagt van professionals. Het is gericht op kinderen en jongeren met overgewicht of obesitas. Specifieke mogelijkheden voor begeleiding van de jongste doelgroep (kinderen van -9 maanden tot 2 jaar) in het voorkomen en verminderen van overgewicht zijn nog niet in het model opgenomen. Hetzelfde geldt voor de partners uit de integrale geboortezorg die bij deze doelgroep betrokken zijn³.

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*.

² Roseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.

³ College Perinatale Zorg. (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*.

De opdracht: toevoegen van een eerste 1000 dagen aanpak bij het landelijk model

Proeftuinen Amsterdam en 's-Hertogenbosch hebben de opdracht gekregen om het landelijk model zodanig aan te vullen dat de ondersteuning en zorg ook voor de jongste doelgroep zo optimaal mogelijk wordt. Dit document beschrijft de verkenning die is uitgevoerd in beide gemeenten naar het uitbreiden van het landelijk model met een eerste 1000 dagen aanpak. De stappen uit het landelijk model zijn vertaald naar stappen voor een eerste 1000 dagen aanpak. De beschrijving van de aanpak is gebaseerd op pilots uit Amsterdam en 's-Hertogenbosch. In beide steden is de aanpak nog niet volledig geïmplementeerd; in 2019 wordt de werkwijze verder doorontwikkeld.

De focus vanuit proeftuin Amsterdam

De focus in Amsterdam lag op de uitwerking van de rol van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de eerste 1000 dagen. In Amsterdam-Noord heeft een pilot plaatsgevonden met verloskundigen en jeugdverpleegkundigen over de inzet van een prenataal huisbezoek (zie bijlage 1). Dit prenataal huisbezoek is onder andere onderdeel van het zorgpad kwetsbare zwangeren, wat is ontwikkeld vanuit het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) in Amsterdam Noord. Daarnaast heeft de JGZ een handreiking ontwikkeld voor jeugdverpleegkundigen voor het signaleren van een te snelle gewichtstoename bij kinderen tussen de 0-2 jaar (zie bijlage 2).

De focus van proeftuin 's-Hertogenbosch

Proeftuin 's-Hertogenbosch heeft zich gericht op de uitwerking van de rol van de volgende partners: de (klinisch) verloskundige, gynaecologisch zorgverleners, professionals van de kindergeneeskunde, professionals van de voortplantingsgeneeskunde, kraamverzorgende en prenatale jeugdgezondheidszorg door de jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen. Daarnaast is er een verkenning geweest van de rol van de beroepsgroepen huisarts, diëtist 1^e lijn, klinisch verpleegkundige en medisch maatschappelijk werk. Verder is er nauwe samenwerking geweest met het VSV van 's-Hertogenbosch en de werkgroepen van @VerlosDenBosch (het lokale samenwerkingsverband voor integrale geboortezorg), welke onder andere verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van zorgpaden voor kwetsbare zwangeren. In 's-Hertogenbosch heeft een pilot plaatsgevonden met een vertegenwoordiging van de verschillende beroepsgroepen (zie bijlage 3).

1.3 Voor wie is dit document bedoeld

Dit document is bedoeld voor degene die het als zijn of haar verantwoordelijkheid ziet om de eerste 1000 dagen aanpak onderdeel te maken van zijn of haar werk. Dit kunnen professionals zijn die zelf een actieve rol in deze ondersteuning en zorg (willen) verlenen zoals de verloskundige of de jeugdgezondheidszorg. Dit kunnen ook projectleiders of beleidsmakers zijn die daartoe opdracht hebben gekregen vanuit betrokken of verantwoordelijke organisaties zoals het ziekenhuis, de gemeente of de GGD/JGZ. De aanpak zoals geschetst in dit document biedt een goede basis om lokaal of regionaal het gesprek op gang te brengen tussen partijen die een eerste 1000 dagen aanpak willen gaan ontwikkelen en implementeren.

1.4 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' (C4O, 2018). De lezer van dit document wordt verondersteld bekend te zijn met het genoemde model.

In de eerste 1000 dagen aanpak gaat het om vrouwen (en partners) met een zwangerschapswens (preconceptie fase), de zwangere en hun partners, mede-opvoeders en eventuele oudere kinderen in het gezin. Voor de leesbaarheid wordt in dit document waar mogelijk de term 'gezin' gebruikt.

Het thema 'overgewicht en obesitas' is als uitgangspunt genomen voor deze 1000 dagen aanpak. Dit document kan worden gebruikt om een brede eerste 1000 dagen aanpak te ontwikkelen, maar dient in dat geval wel te worden aangevuld met andere onderwerpen uit de preventie en integrale zorg rondom zwangerschap en geboorte in de breedste zin van het woord.

Zowel het landelijk model als de eerste 1000 dagen aanpak gaan uit van een visie die een samenwerking vraagt over domeinen heen, waarin (toekomstige) ouders en kind centraal staan en professionals werken vanuit een brede blik met aandacht voor alle kind-, gezins- en omgevingsfactoren. Zowel professionals uit het sociaal- als zorgdomein kunnen een gezin ondersteunen en richten zich daarbij zo veel mogelijk op het versterken van de eigen regie van het gezin.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat de visie op de eerste 1000 dagen aanpak beschreven, daarna volgen in hoofdstuk 3 de verschillende processtappen van de aanpak en in hoofdstuk 4 wordt specifiek ingegaan op de rol van de verschillende professionals. Hoofdstuk 5 gaat in op praktijkvoorbeelden uit Amsterdam en 's-Hertogenbosch en tot slot worden in hoofdstuk 6 aanbevelingen gedaan die verdere ontwikkeling en uitrol van de aanpak ondersteunen.

2. Visie

Elk kind verdient de best mogelijke start in het leven en een optimale kans op een gezonde en kansrijke toekomst. *Om dit te kunnen realiseren is een goede ontwikkeling van de lichamelijke, emotionele en psychische gezondheid in de eerste jaren belangrijk. In deze periode worden alle organen aangelegd, onze afweer wordt opgebouwd, we hechten ons aan anderen, we leren kruipen, staan en lopen, we leren eten en drinken, we leren communiceren, spreken onze eerste woordjes, en leren essentiële levenslessen over oorzaak en gevolg. Op dit fundament bouwen we de rest van ons leven⁴.* De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van zowel fysieke, sociale als mentale problemen op latere leeftijd⁵.

Een goed begin wordt bevorderd door goede preventie, vroegsignalering en passende ondersteuning en zorg rond preconceptie, zwangerschap, kraamperiode en de eerste twee levensjaren van het kind. Zowel (toekomstige) ouders als professionals hebben hier een rol in. Gezamenlijk dragen ze bij aan het verkleinen van de kans op gezondheidsproblemen bij het kind op korte én lange termijn. Kinderen met een valse start bij de geboorte krijgen later vaker groei- en (psychische) ontwikkelingsproblemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht. Andere voorbeelden zijn het op termijn nodig hebben van extra sociale begeleiding zoals speciaal onderwijs of psychische hulp of het gegeven dat het kind later ook kinderen krijgt met vergelijkbare problemen.

2.1 Welke factoren spelen een rol in de eerste 1000 dagen

Uiteenlopende medische, psychische en sociale factoren kunnen van invloed zijn, bijvoorbeeld opvoeding, gezinssamenstelling, systeemdyndiek, leefstijl, relatieproblemen, stress, huiselijk geweld, licht verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek, leefomstandigheden, werkloosheid, schulden of huisvestingsproblemen. Voorbeelden van kindfactoren zijn aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, te laag of te hoog geboortegewicht of gedragsproblematiek.

2.2 Het belang van de eerste 1000 dagen in de preventie van overgewicht en obesitas

De zwangerschap en het eerste levensjaar zijn kritieke periodes voor de aanleg van allerlei aspecten van eet-, slaap- en beweeggedrag en de metabole programmering⁶ van het lichaam⁷. Deze programmering bepaalt onder andere hoe het lichaam met energie omgaat en is van invloed op de kans op het ontwikkelen van (later) overgewicht en andere (welvaarts)ziekten⁸.

⁴ Roseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.

⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma Kansrijke Start*.

⁶ Toelichting cijfers Amsterdam: in Amsterdam hebben veel jonge kinderen al een ongezond metabool profiel al dan niet in combinatie met overgewicht. 23% van de 5 en 6-jarige met een gezond gewicht hebben een ongezond metabool profiel.

⁷ T.L. Blake-Lamb, L.M. Locks, M.E. Perkins et al. (2016). Interventions for childhood obesity in the first 1000 days; A systematic review. *AM Journ Prev Med*, 50(6), 780-789.

Vanuit het perspectief van de sociaal-emotionele ontwikkeling kunnen diverse factoren zoals onveilige hechting, stress en trauma's een negatieve impact hebben op de ontwikkeling van het (ongeboren) kind⁹. Een kind zonder goede gezondheid en stimulerende omgeving tijdens de geboorte en zijn of haar eerste levensjaren heeft later een grotere kans op overgewicht¹⁰ (zie bijlage 4).

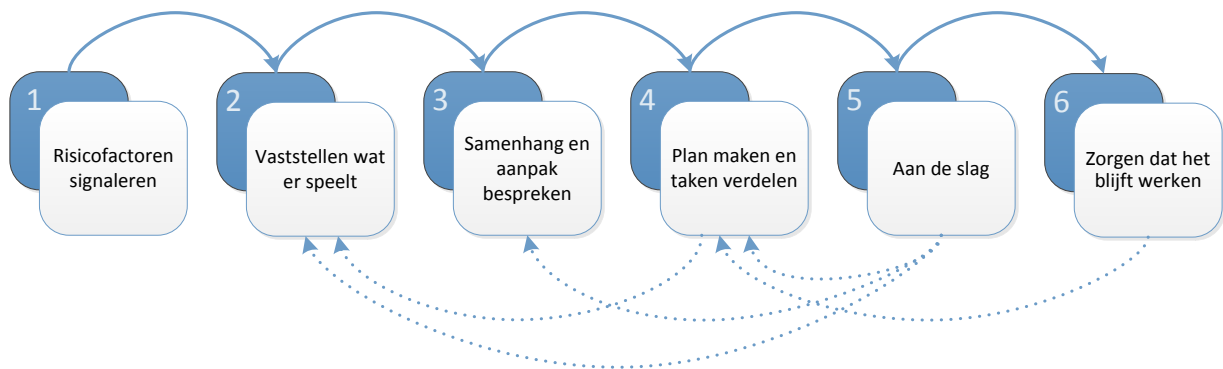
⁸ Eijdsen M. van den, Vrijkotte, T., Gemke, R., Wal, M. van der, (2011). Cohort Profile: The Amsterdam Born Children and their Development (ABCD) Study, *International Journal of Epidemiology*, 40,1176–1186.

⁹ Mil, E. van, Struik, A. (2015). Overgewicht en obesitas bij kinderen. Verder kijken dan de kilo's. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

¹⁰ Roseboom, T. (2018). De eerste 1000 dagen: Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom

3. Proces

3.1 Een aanpak in 6 stappen



De aanpak is onderverdeeld in verschillende processtappen. Bij elke processtap is beschreven wat het inhoudt, wat het oplevert en wie erbij betrokken zijn. In hoofdstuk 4 is meer informatie te vinden over de verschillende professionals en hun taken.

De aanpak 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.

Stap 1. Risicofactoren signaleren

Veel problemen kunnen voorkomen worden door aanwezige risicofactoren, maar ook beschermende factoren, te beïnvloeden. De eerste 1000 dagen aanpak begint daarom met het signaleren van risicofactoren. Door deze vervolgens te bespreken met het gezin, wordt er bewustzijn gecreëerd over de factoren en de impact die deze kunnen hebben op het kind. In het hoofdstuk 'visie' zijn de mogelijke risicofactoren al aan bod gekomen.

Het signaleren op de aanwezigheid van risicofactoren vindt plaats door *elke* betrokken professional, bij *elk* contact met het gezin. Daarnaast zijn er binnen de integrale geboortezorg op vaste momenten contacten waarbij een intakevragenlijst wordt afgenomen, bijvoorbeeld de eerste intake bij de verloskundige. Er bestaan landelijke gespreksprotocollen en vragenlijsten voor het signaleren van risicofactoren (zie Hulpmiddelen). Deze vragenlijsten zijn gericht op zowel de medische als sociale omstandigheden, zodat de professional een breed beeld van het gezin krijgt. Mochten relevante risicofactoren nog ontbreken op de bestaande instrumenten, kan onderzocht worden of deze factoren kunnen worden toegevoegd.

Het bespreken van aanwezige risicofactoren bij signaleren kan alleen als daarvoor een duidelijke aanleiding is en door personen met een verantwoordelijkheid die dit legitimeert. Het is belangrijk dat het signaleren zorgvuldig gebeurt omdat het om gevoelige onderwerpen kan gaan en een verkeerde aanpak de relatie met het gezin onder druk kan zetten. Dat vraagt om heldere afspraken over:

- Wie signaleert;
- Wanneer je signaleert;
- Hoe je signaleert en hoe je het bespreekbaar maakt.

Wat levert het op?

Een goed systeem van signaleren brengt het (ongeboren) kind met een risico op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen vroegtijdig in beeld. Zo kan sneller de nodige ondersteuning en zorg worden ingezet.

Wie zijn erbij betrokken?

Signaleren en bespreken van risicofactoren gebeurt door alle professionals die betrokken zijn bij het gezin. Dit zijn in ieder geval de geboortezorgpartners. Indien er medische partners, gespecialiseerde partners of wijkpartners reeds betrokken zijn bij het gezin, hebben ook zij een rol in deze stap.

Hulpmiddelen

- Bijlage 4: Risicofactoren op het ontstaan van overgewicht en obesitas
- Bijlage 2: Handreiking signaleren van een te snelle gewichtstoename bij kinderen tussen 0-2 jaar
- Landelijke gespreksprotocollen en vragenlijsten zoals: ALPHA-NL, R4U, Mind2Care, checklist vroegsignalering in de kraamtijd, SPARK of SamenStarten.

Stap 2. Vaststellen wat er speelt

Nadat er geconstateerd is dat er risicofactoren op het ontstaan van overgewicht en obesitas aanwezig zijn, is het van belang om een completer beeld te krijgen van het gezin en de leefomgeving. Hoe ziet het leven van dit gezin eruit en wat is belangrijk voor hen? Wat speelt er en waardoor zijn de risicofactoren ontstaan? Hoe verhouden de aanwezige risicofactoren zich tot elkaar? Wat heeft dit gezin nodig? Welke motivatie heeft dit gezin en welke beschermende factoren zijn aanwezig?

Als al direct duidelijk is dat er sprake is van een complexe situatie waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn en/of er veel verschillende factoren spelen binnen het gezin, heeft het de voorkeur om zowel prenataal als postnataal de jeugdverpleegkundige in te zetten voor het afnemen van een brede anamnese. In de prenatale fase kan de jeugdverpleegkundige door de verloskundige of gynaecoloog ingezet worden door middel van een prenataal huisbezoek (PHB-JGZ).

Om vast te kunnen stellen wat er speelt is het nodig dat de anamnese inzicht geeft in:

- De factoren die een gedragsverandering in de weg staan of kunnen ondersteunen, denk hierbij aan de factoren over het (psychisch) welzijn van ouders, de dynamiek binnen het gezin en de opvoedvaardigheden van de ouders;
- De mate waarin (toekomstige) ouders in staat zijn problemen (deels) te managen en daarmee de mate waarin ouders ondersteuning nodig hebben;
- De leefstijl van het gezin: voeding, beweging en slaap.

De inzichten uit de brede anamnese worden gedeeld met het gezin. Op basis van deze informatie kan het gezin een hulpvraag formuleren. Professionals kunnen ouders hierbij helpen indien gewenst.

Voor zowel het gezin als andere betrokken professionals is het zinvol als er één professional is die de coördinatie op zich neemt. In de praktijk betekent dit niet dat deze coördinerend professional alle stappen ook daadwerkelijk zelf uitvoert. Wie deze rol op zich neemt is afhankelijk van de fase waarin het gezin zich bevindt (preconceptie, zwangerschap, kraamperiode of het jonge kind). De professional die direct betrokken is bij het gezin spreekt af wie het eerste aanspreekpunt voor het gezin wordt en wie de ondersteuning en zorg coördineert. In hoofdstuk 4 wordt beschreven wie deze rol op zich kan nemen.

Wat levert het op?

Een duidelijk beeld van:

- De oorzaken van de risicofactoren voor overgewicht en hoe deze in stand gehouden worden;
- De hulpvraag waarvoor het gezin een oplossing zoekt en die uiteindelijk kan bijdragen aan een gedragsverandering;
- Factoren die het gezin een basis geven om succesvol met de hulpvraag aan de slag te gaan.

En afspraken over wie de rol van coördinerend professional vervult.

Wie zijn erbij betrokken?

Vaststellen wat er speelt gebeurt in ieder geval door de geboortezorgpartners en de coördinerend professional. Daarnaast kunnen in deze stap de betrokken medische partners worden geraadpleegd.

Hulpmiddelen

- Bijlage 1: Handreiking prenataal huisbezoek jeugdgezondheidszorg Amsterdam
- [Handreiking prenataal huisbezoek](#) van het NCJ (2014, via www.NCJ.nl)
- Landelijke gespreksprotocollen en vragenlijsten zoals: ALPHA-NL, R4U, Mind2Care, checklist vroegsignalering in de kraamtijd, SPARK of SamenStarten.

Stap 3. Samenhang en aanpak bespreken

Het kan voorkomen dat er meerdere problemen spelen binnen het gezin waarbij verschillende professionals ingezet kunnen worden. Ook kan het zo zijn dat er al professionals (uit het sociaal- of zorgdomein) betrokken zijn bij het gezin. Het is belangrijk om dit te inventariseren en indien nodig samen met het gezin en andere professionals de aanpak te bespreken en op elkaar af te stemmen. Als er geen andere professionals betrokken hoeven te worden, wordt deze processtap beperkt tot het verhelderen van de rol en bijdragen van het gezin en hun sociale netwerk.

Wat levert het op?

Afstemming met alle reeds betrokken professionals en inzicht in de rol en bijdrage van het gezin, zodat duidelijk is wie en wat nodig is voor een plan van aanpak.

Wie zijn erbij betrokken?

Bij het bespreken van de samenhang en aanpak zijn in ieder geval het gezin en de coördinerend professional betrokken. Afhankelijk van de casuïstiek en eventuele eerder betrokken professionals kunnen daarnaast geboortezorgpartners, medische partners, gespecialiseerde partners of formele wijkpartners betrokken zijn.

Stap 4. Een plan maken en de taken verdelen

De vorige processtappen hebben geleid tot een goed beeld van het gezin. Het is bekend wie en wat er nodig is om een plan van aanpak op te stellen. De coördinerend professional ondersteunt het gezin bij het opstellen van een plan dat aansluit bij hun persoonlijke situatie en draagkracht. Het gezin wordt geholpen met het formuleren van de hulpvraag, het stellen van doelen en prioriteiten, het maken van een plan en een taakverdeling. Er worden duidelijke afspraken gemaakt wat het gezin zelf doet en waarbij anderen kunnen ondersteunen.

Wat levert het op?

Een plan op maat dat aansluit bij het gezin en hun draagkracht.

Wie zijn erbij betrokken?

Het gezin maakt in samenspraak met de coördinerend professional een plan op maat.

Stap 5. Aan de slag

Er is een plan van aanpak, de taken zijn verdeeld. Het gezin gaat aan de slag, voor zover nodig en afgesproken, onder begeleiding van professionals.

Iedere regio heeft andere mogelijkheden voor de inzet van aanbod en professionals. Dit is mede afhankelijk van het inkoopbeleid van de gemeente én mogelijkheden vanuit het gezin zelf (bijvoorbeeld vanuit verzekerde zorg). Extra ondersteuning en zorg kunnen onder andere worden geboden door een diëtist, (jeugd)psycholoog, maatschappelijk werker, leefstijlcoach, fysiotherapeut, sociaal wijkteam, jeugdteam etc. Daarnaast zijn er ook lokale en landelijke programma's die kunnen worden ingezet. Regio 's-Hertogenbosch werkt bijvoorbeeld met [Voorzorg, Centering Parenting, Stevig ouderschap](#) en het [Medisch Kindzorg Systeem](#). Amsterdam werkt onder andere met: Voorzorg, [Centering Pregnancy](#), Centering Parenting en [Rondom de geboorte](#). In andere regio's worden nog andere programma's aangeboden zoals [Nu niet zwanger](#).

De coördinerend professional monitort de voortgang, ondersteunt het gezin, helpt zo nodig om het plan bij te stellen en stemt waar nodig af met andere professionals. Het is van belang dat de coördinerend professional die verwijst naar andere professionals of interventies ook krijgt teruggekoppeld hoe het gaat en wat de vervolgafspraken zijn. Hiervoor is samenwerking en overdracht tussen betrokken professionals van belang.

Wat levert het op?

Een situatie waarin het gezin zoveel mogelijk onder eigen verantwoordelijkheid het plan uitvoert. Daarnaast ontstaan er ook succeservaringen die leiden tot meer eigen regie en een duurzame gedragsverandering.

Wie zijn erbij betrokken?

Het gezin, de coördinerend professional en de professionals die (delen van) het plan uitvoeren.

Stap 6. Zorgen dat het blijft werken

In deze laatste processtap streven alle betrokkenen naar voldoende zelfstandigheid voor het gezin. De coördinerend professional maakt met het gezin afspraken over de overgangsfase waarin het gezin van lichte ondersteuning naar zelfstandigheid gaat. De afspraken gaan over:

- De verantwoordelijkheid van het gezin;
- De inhoud en intensiteit van de ondersteuning;
- De afronding van de ondersteuning.

Wat levert het op?

In deze laatste stap kan het traject succesvol afgerond worden in de wetenschap dat de kans op terugval beperkt is en dat het gezin voldoende in staat is om tijdig hulp te vragen als er toch een terugval is.

Wie zijn erbij betrokken?

Naast het gezin en de coördinerend professional kunnen in deze fase ook nog de jeugdgezondheidszorg professionals, de huisarts en de wijkpartners betrokken zijn. Door hun langdurige betrokkenheid bij het gezin, kunnen zij vanuit hun eigen professionaliteit ondersteunen bij het borgen van behaalde resultaten.

4. Partners

4.1 Wat vraagt deze aanpak van betrokken professionals

Zwangerschap en geboorte zijn life events waarin mensen vaak 'open staan' voor gedragsverandering, het verbeteren van leefstijl en op de persoon toegesneden ondersteuning en zorg¹¹. Deze periode is dan ook uitermate geschikt voor het creëren van bewustwording en tot actie aanzetten. Ondanks dat (toekomstige) ouders allereerst zelf de verantwoordelijkheid hebben voor het veranderen van gedrag en leefstijl, is ondersteuning en zorg door professionals van belang.

Het uitgangspunt bij de inzet van professionals is dat iedereen zoveel mogelijk bijdraagt vanuit de rol en verantwoordelijkheden die bij zijn of haar functie horen en conform de lokale afspraken. Een vertaling van rol naar concreet takenpakket vraagt om goede afstemming met andere partners binnen de aanpak, om zo tot een duidelijke taakafbakening en goed functionerende samenwerking te komen. Dat is van belang om het gezin kwalitatief de best mogelijke ondersteuning en zorg te bieden en de gewenste betrokkenheid van alle professionals te krijgen.

Alle betrokken professionals leveren ieder vanuit een eigen expertisegebied ondersteuning of zorg aan de gezinnen. Naast deze expertiserol wordt van professionals steeds meer gevraagd dat zij als netwerkprofessional gaan denken en handelen. Ze zijn niet meer alleen een schakel in een keten, maar onderdeel van een netwerk. Een gezinsbenadering met een brede blik met oog voor kind-gezins- en omgevingsfactoren en het leveren van maatwerk staat daarbij centraal.

De aanpak vraagt van professionals:

- Kennis over de ontwikkeling van het (ongeboren) kind in de eerste 1000 dagen en de impact op het verdere leven;
- Kennis over de factoren die direct of indirect van invloed zijn op het ontstaan van overgewicht of andere gezondheidsproblemen op latere leeftijd;
- Kennis over de inrichting en wijze van samenwerking binnen lokale netwerken (sociaal- en zorgdomein) en wie hierin als coördinerend professional functioneert;
- Een proactieve en enigszins sturende houding;
- Een coachende houding in plaats van een adviserende;
- Vaardigheden om vanuit een brede blik maatwerk te leveren met oog voor de omstandigheden van het gezin;
- Vaardigheden om de zelfredzaamheid van gezinnen te vergroten vanuit gelijkwaardigheid, veiligheid, vertrouwen en eigen regie door gezondheidsvaardigheden te ontwikkelen, competenties om zelf oplossingen te vinden te vergroten, het netwerk van het gezin in te zetten of op te zetten en het gezin eigenaar te maken van de aanpak;
- Vaardigheden om in te kunnen schatten wanneer er ondersteuning of zorg van andere professionals nodig is en deze professionals te consulteren en inzetten.

¹¹ College Perinatale Zorg. (2018). *Integrale Geboortezorg en Preventie. Samen aan de start voor een beter Nederland. Preventieagenda voor de Geboortezorg 2018-2022.*

4.2 Wie zijn bij de aanpak betrokken

Meestal spelen er in een gezin meerdere factoren. Deze zijn vaak nauw met elkaar verbonden en dat vraagt om een intensieve samenwerking van partners uit verschillende domeinen. Deze partners zijn ingedeeld in de volgende categorieën:

- Regieteam;
- Geboortezorgpartners;
- Medische partners;
- Gespecialiseerde partners;
- Wijkpartners.

Afhankelijk van de fase waarin een gezin zich bevindt (preconceptie, zwangerschap, kraamperiode of het jonge kind) hebben ouders contact met één of meer partners vanuit de reguliere zorg (geboortezorg of jeugdgezondheidszorg) die zij ontvangen. Daarnaast kunnen ook andere medische-, gespecialiseerde partners of partners uit de wijk betrokken zijn of worden betrokken, afhankelijk van de persoonlijke situatie van het gezin.

4.3 Regieteam

Het regieteam bestaat uit de (toekomstige) ouders en de coördinerend professional. De (toekomstige) ouders staan centraal in de aanpak. Zij dragen de verantwoordelijkheid, samen met de professionals die hen bijstaan. Het streven is dat zij zoveel als mogelijk zelf doelen stellen en aan de slag gaan, waar nodig ondersteund door professionals.

De rol van coördinerend professional kan worden ingevuld door verschillende professionals, afhankelijk van de fase waar het gezin zich in bevindt en de professionals die vanwege reguliere zorgverlening al betrokken zijn.

Preconceptie	<i>Huisarts, voortplantingsgeneeskunde of een formele wijkpartner.</i>
Van zwangerschap t/m overdracht JGZ	<i>Coördinerend Verloskundig Zorgverlener (CVZ): meestal ingevuld door een (klinisch) verloskundige of gynaecoloog. De CVZ kan ervoor kiezen om een jeugdverpleegkundige of professional uit de wijk (bv cliëntondersteuner, maatschappelijk werker of jeugdhulpverlener) extra coördinerende taken te geven.</i>
Kinderen tussen 0-2 jaar met een te snelle gewichtstoename of andere risicofactoren	<i>Snelle gewichtstoename: Centrale Zorgverlener (CZV), uitgevoerd door een jeugdverpleegkundige binnen de ketenaanpak overgewicht en obesitas in zowel Amsterdam als 's-Hertogenbosch. Overige risicofactoren: jeugdgezondheidszorg professional of een formele wijkprofessional.</i>

4.4 Geboortezorgpartners

Betrokken geboortezorgpartners kunnen zijn:

- Verloskundige 1^e lijn;
- Gynaecologisch zorgverleners (2^e lijn), zoals de gynaecoloog, klinisch verloskundige en obstetrie & gynaecologie verpleegkundige;
- Kraamverzorgende;
- Jeugdgezondheidszorg professionals, zoals de jeugdverpleegkundige en jeugdarts¹².

Dit zijn de partners die vanuit reguliere geboortezorg betrokken zijn in de eerste 1000 dagen van het kind. Deze partners hebben allemaal een signalerende rol en zullen vaststellen wat er speelt binnen een gezin. Afhankelijk van de fase waarin het gezin zich bevindt en de complexiteit daarvan, kunnen ze ook een rol hebben bij de andere processtappen.

Verloskundige 1^e lijn

De verloskundige 1^e lijn is degene die het grootste deel van alle zwangerschappen begeleidt. Onderdeel hiervan is het afnemen van een brede anamnese aan het begin van de zwangerschap. Door de langdurige intensieve begeleiding ontstaat er een vertrouwensband. Vanuit hun positie in het netwerk hebben ze een belangrijke signalerende en begeleidende rol. De verloskundige 1^e lijn biedt daarnaast ook preconceptie consulten aan. Hierdoor heeft deze beroepsgroep de kans om het gezin te treffen, nog voordat er sprake is van een zwangerschap.

Gynaecologisch zorgverleners

De gynaecoloog, klinisch verloskundige en verpleegkundigen begeleiden zwangerschappen met medische indicatie. De klinisch verloskundige heeft samen met de verpleegkundige binnen de afdeling een belangrijke rol in het afnemen van een anamnese en het voorlichten van het gezin. Zij zijn hiervoor bij uitstek geschikt om het belang van de eerste 1000 dagen te bespreken en te signaleren. Vanuit hun positie in het netwerk kunnen zij doorpakken op eerder ingezette ondersteuning en zorg door al behaalde resultaten op een positieve manier te bekrachtigen.

Kraamverzorgende

De kraamverzorgende heeft een rol als voorlichter om ouders de beginselen te leren van voeding, verzorging en gedrag van een kind. De kraamverzorgende heeft een medebepalende rol in de start van de (op)voeding. Door intensieve aanwezigheid in de thuissituatie van het gezin, hebben kraamverzorgenden de mogelijkheid andere (eerder onopgemerkte) zaken te signaleren. Tevens kunnen zij vanuit hun positie in het netwerk doorpakken op eerder ingezette ondersteuning en zorg door al behaalde resultaten op een positieve manier te bekrachtigen.

¹² De jeugdverpleegkundige en jeugdarts worden ook in deze categorie genoemd omdat integrale geboortezorg gaat over overdracht t/m de jeugdgezondheidszorg.

Jeugdgezondheidszorg professionals

De jeugdverpleegkundige en jeugdarts hebben expertise in het bevorderen van het welzijn en een gezonde groei en ontwikkeling van kinderen op alle leefgebieden. De JGZ heeft een belangrijke rol als preventie expert, juist ook voor de jongste doelgroep. Indien de JGZ al tijdens de zwangerschap wordt ingezet ontstaat de mogelijkheid om te werken aan een vertrouwensband met het gezin, hierdoor kan de JGZ makkelijker ondersteuning en zorg bieden bij (potentieel) zorgwekkende situaties. De JGZ heeft als enige partij in de gezondheidszorg vrijwel alle jeugdigen van -9 maanden tot 18 jaar in Nederland in beeld en biedt hen regelmatige ondersteuning en zorg aan vanuit het basispakket JGZ. Tijdig signaleren van problemen of potentiële risicofactoren, is een essentieel onderdeel van deze zorg aan jeugdigen.

4.5 Medische partners

Betrokken medische partners kunnen zijn:

- Huisarts;
- Professionals van de kindergeneeskunde, zoals kinderarts, verpleegkundige of pedagogisch hulpverlener;
- Professionals van de voortplantingsgeneeskunde, zoals gynaecoloog, fertiliteitsarts en verpleegkundige.

Huisarts

De huisarts heeft de kans om het gezin al te treffen tijdens een preconceptie consult, nog voordat er sprake is van een zwangerschap. Dit is dan ook een belangrijk moment om aanwezige risicofactoren in kaart te brengen en aan te kunnen pakken. Verder is de huisarts eerste aanspreekpunt voor (toekomstige) ouders en kind ten aanzien van hun totale gezondheid en welzijn. Vaak is er een vertrouwensband opgebouwd door het langdurig contact met het gezin, soms zelfs al met eerdere generaties van de familie. Een huisarts heeft daarnaast vaak uitgebreide medische kennis van het gezin en kent het systeem.

Professionals van de kindergeneeskunde

De kinderarts speelt soms al een rol voor of tijdens de zwangerschap, zodra ziektes die in de familie voorkomen, aangeboren afwijkingen of problemen tijdens de zwangerschap, gevolgen voor de (nog ongeboren) baby kunnen hebben. De kinderarts kan vanuit zijn positie in het netwerk doorpakken op eerder ingezette ondersteuning en zorg door al behaalde resultaten op een positieve manier te bekrachtigen. Een verpleegkundige of pedagogisch hulpverlener kan binnen de afdeling een rol hebben in het afnemen van een anamnese en het voorlichten van de patiënt. Zij zijn hiervoor bij uitstek geschikt om het belang van de eerste 1000 dagen te bespreken en te signaleren.

Professionals van de voortplantingsgeneeskunde

Ook de professionals van de voortplantingsgeneeskunde hebben de kans om het gezin te treffen, nog voordat er sprake is van een zwangerschap. Dit is dan ook een belangrijk moment om aanwezige risicofactoren aan te kunnen pakken. Daarnaast kan leefstijl (zoals obesitas en roken) een rol spelen bij het uitblijven van een gewenste zwangerschap. De verpleegkundige heeft binnen de afdeling de grootste rol in het afnemen van een anamnese en het voorlichten van het gezin. Zij zijn hiervoor bij uitstek geschikt om de visie te bespreken en te signaleren.

4.6 Gespecialiseerde partners

Betrokken gespecialiseerde partners kunnen zijn:

- Specialisten psychosociale zorg, zoals een gespecialiseerde jeugdhulpverlener, psycholoog, psychiater en orthopedagoog;
- Paramedici, zoals een (kinder-)fysiotherapeut en diëtist.

Gespecialiseerde partners hebben vaak een signalerende rol en kunnen betrokken worden voor aanvullend onderzoek en - zo nodig - voor het bespreken van de casus of als aanbieder van gespecialiseerde ondersteuning of zorg.

4.7 Wijkpartners

Partners uit de wijk kunnen grofweg worden ingedeeld in 2 groepen: de formele wijkpartners en de informele wijkpartners. Formele ondersteuning en zorg wordt geboden door professionals die daarvoor opgeleid zijn en betaald worden, zoals:

- Wijkprofessionals zoals een maatschappelijk werker, welzijnsmedewerker, leefstijlcoach of opvoedadviseur;
- Professionals werkzaam op kinderdagverblijven;
- Kinderthuiszorgorganisatie of kinderverpleegkundigen in de wijk;
- Aanbieders van gecombineerde leefstijlinterventies of andere interventies, zoals een weerbaarheidstraining of opvoedtraining.

Informele wijkpartners zijn bijvoorbeeld mantelzorgers, actieve bewoners, zelfstandig ondernemers, vrijwilligersorganisaties, buurtorganisaties of religieuze organisaties. Zij hebben een grote rol in het preventief uitdragen van het belang van de eerste 1000 dagen. Zij kunnen door de coördinerend zorgverlener betrokken worden bij de uitvoer of nazorg.

Wijkpartners kunnen op indicatie betrokken worden bij het bespreken en/of de uitvoer van de aanpak. Ook in de nazorg kunnen zij nog een rol vervullen.

Op de volgende pagina wordt schematisch weergegeven welke professional een rol heeft in de verschillende processtappen.

Schema Partners

	1. Risicofactoren signaleren	2. Vaststellen wat er speelt	3. Samenhang en aanpak bespreken	4. Plan maken en taken verdelen	5. Aan de slag	6. Zorgen dat het blijft werken
Regieteam						
Ouders	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Coördinerend professional	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Geboortezorgpartners						
Verloskundige 1 ^e lijn	☒	☒	☐	☐	☐	-
Gynaecologisch zorgverleners	☒	☒	☐	☐	☐	-
Kraamverzorgende	☒	☒	☐	-	☐	-
Jeugdgezondheidszorg professionals	☒	☒	☐	☐	☐	☐
Medische partners						
Huisarts	☒	☐	☐	-	☐	☐
Professionals van de kindergeneeskunde	☒	☐	☐	-	-	-
Professionals van de Voortplantingsgeneeskunde	☒	☐	☐	-	-	-
Gespecialiseerde partners						
Specialisten psychosociale zorg	☒	-	☐	-	☐	-
Paramedici	☒	-	☐	-	☐	-
Wijkpartners						
Formele wijkpartners	☒	-	☐	☐	☐	☐
Informele wijkpartners	☒	-	-	-	☐	☐

☒ = kerntaak

☐ = indien nodig/op indicatie

5. Praktijkvoorbeelden

5.1 Signaleren van risicofactoren

Signaleren door de verloskundigen: de brede anamnese en inzet van passende zorgpaden (Amsterdam en 's-Hertogenbosch)

Tussen de 6 en 9 weken zwangerschap vindt een intake (met behulp van de Alpha NL vragenlijst in Amsterdam Noord) en een zelfontworpen vragenlijst ('s-Hertogenbosch) plaats waarin onder andere een medische, obstetrische, psychische en sociale anamnese wordt afgenomen door de verloskundige/gynaecoloog. Op basis van de persoonlijke situatie van de zwangere wordt een individueel en passend zorgpad ingezet. De zorgpaden zijn opgesteld voor medische zorg, zoals zwangerschapsdiabetes of hoge bloeddruk, en voor kwetsbare zwangeren, zoals tienerzwangerschap en zwangeren met psychiatrische problematiek. De coördinatie van de ondersteuning en zorg en het zorgpad ligt bij de coördinerend verloskundig zorgverlener (vaak de verloskundige of gynaecoloog).

Digitale intake bij start zwangerschap en MDO ('s-Hertogenbosch)

In 's-Hertogenbosch wordt de intake zoveel mogelijk door de zwangere zelf ingevuld, veelal digitaal, en voorafgaand aan het intakegesprek met de verloskundige 1^e lijn. Tijdens het intake gesprek wordt de ingevulde vragenlijst besproken. Daarna worden de gegevens besproken in een multidisciplinair overleg waar de verloskundige en een gynaecoloog bij aanwezig zijn. In dat overleg wordt tevens bepaald welk zorgpad doorlopen gaat worden.

Signaleren door jeugdverpleegkundigen (Amsterdam)

SamenStarten wordt in Amsterdam toegepast door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen om de psychosociale ontwikkeling van kinderen vanaf de geboorte te ondersteunen. Het wordt toegepast tijdens de contactmomenten tot twee jaar. De methodiek wordt gebruikt om op gestructureerde wijze het gesprek met ouders aan te gaan over de ontwikkeling van het kind in zijn omgeving. De professional brengt gezamenlijk met het gezin de situatie in kaart op basis van vijf domeinen: competentie van de ouders, rol van de partner, sociaal netwerk, gebeurtenissen en omstandigheden en het welbevinden van het kind. Op basis van de uitkomsten kijkt de jeugdverpleegkundige welke andere inzet vanuit het netwerk (zoveel mogelijk in de wijk) nodig is.

De jeugdverpleegkundige is onderdeel van het ouder en kindteam (het sociaal wijkteam jeugd). In Amsterdam wordt de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd door de GGD en SAG. Andere professionals in deze teams zijn ouder- en kindadviseurs, jeugdartsen, jeugdpsychologen en assistenten vanuit verschillende disciplines zoals jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg jeugd en instellingen voor jeugd met een beperking. De jeugdverpleegkundige is onderdeel van dit team en heeft hierdoor een brede blik op de problematiek, kan domeinoverstijgend werken en gemakkelijk contact met het netwerk van het sociaal- en zorgdomein inzetten.

Signaleren van een te snelle gewichtstoename door jeugdverpleegkundigen (Amsterdam)

Een van de risicofactoren op het ontstaan van overgewicht en obesitas is een te snelle gewichtstoename bij het jonge kind onder de 2 jaar. JGZ Amsterdam heeft een handreiking ontwikkeld voor professionals om kennis te vergroten en handvaten te geven om te kunnen signaleren (zie bijlage 2).

5.2 Inzet van prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg

Inzet van prenatale huisbezoeken (Amsterdam en 's-Hertogenbosch)

Prenatale huisbezoeken door de jeugdgezondheidszorg (PHB-JGZ) zijn een mogelijkheid om al in een vroeg stadium ondersteuning aan ouders te bieden. Door deze vroege ondersteuning kan de JGZ een gezonde en veilige ontwikkeling van het ongeboren kind bevorderen en het ontstaan van gezondheids- en ontwikkelingsrisico's voor het kind helpen beperken. Een andere reden voor een PHB-JGZ is dat deze activiteit aansluit bij de gemeentelijke verantwoordelijkheid (Wet publieke gezondheid) voor prenatale voorlichting. Ook versterkt een PHB-JGZ de continuïteit in de jeugdgezondheidszorg, omdat het contact al in de zwangerschap gelegd wordt en er in potentieel zorgwekkende situaties vroeg de basis voor een vertrouwensrelatie gelegd kan worden.¹³

In Amsterdam Noord hebben jeugdverpleegkundigen samen met verloskundigen de inzet van het prenataal huisbezoek opgezet, een pilot uitgevoerd en geëvalueerd. Onder een PHB-JGZ vallen ook de andere contactmomenten (bv telefonisch) naast de huisbezoeken. Een belangrijke succesfactor was het persoonlijke contact tussen beide beroepsgroepen om elkaar wederzijds te leren kennen. Gezamenlijk is geïnvesteerd in bijvoorbeeld goede voorlichting, hoe te verwijzen en hoe informatie terug te koppelen. Jeugdverpleegkundigen hebben ook samen met andere collega's uit het sociaal wijkteam jeugd huisbezoeken uitgevoerd, afhankelijk van de situatie en vraag. Vanuit het wijkteam wordt met een brede blik naar het gezin gekeken (somatisch, psychisch, maatschappelijk, systeem).

In 's-Hertogenbosch is in 2018 een inventarisatie gestart door de JGZ naar de inrichting van het PHB-JGZ. Daarbij is de huidige prenatale zorgverlening vergeleken met zorg zoals beschreven in de Handreiking prenataal huisbezoek van het NCJ. De belangrijkste conclusie was vooral dat het PHB-JGZ onvoldoende wordt ingezet. Daar is vanaf najaar 2018 de focus op gelegd in de regio.

In beide gemeenten is duidelijk geworden dat prenatale zorg door de JGZ niet zomaar op de agenda staat, zowel bij de JGZ zelf als bij de geboortezorgprofessionals zoals de verloskundige en gynaecoloog, het vraagt om een investering van alle partijen. Daarnaast is de mogelijke inzet van een PHB-JGZ afhankelijk van het inkoopbeleid van de gemeente.

¹³ Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2014). *Handreiking Prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg*.

Workshop prenatale zorg voor jeugdverpleegkundigen

In Amsterdam worden workshops gegeven hoe prenatale zorg door de jeugdverpleegkundigen kan worden ingezet. Thema's die aan de orde komen zijn: hoe ga je 'werven' en contact leggen met verwijzers; hoe houd je contacten warm met verwijzers; tips en tricks: wat werkt vanuit de praktijk?

5.3 Inzet van informele netwerken

Amsterdam

De eerste 1000 dagen aanpak binnen de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) richt zich op beïnvloeding van de (sociale) infrastructuur in de nabije omgeving van (toekomstige) ouders en kind. Dat gebeurt omdat bekend is dat de directe sociale omgeving van grote invloed is op het gedrag van de toekomstige en jonge ouders^{14,15}. De directe sociale omgeving bevindt zich in de buurt en bestaat slechts voor een deel uit mensen of organisaties die specifiek met de '1000 dagen' verbonden zijn. Het doel vanuit de AAGG is dat (toekomstige) ouders door hun directe (sociale) omgeving gestimuleerd worden tot gezonde keuzes en gezonde gedragsveranderingen en daarbij ondersteund worden waar nodig.

Er wordt in de buurten ingezet op beïnvloeding van de sociale norm en het stimuleren van gezond gedrag door de gezonde keuze in de omgeving makkelijker en aantrekkelijker te maken. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van informele netwerken, eigen kanalen en vindplaatsen. Dat zijn bijvoorbeeld de speeltuinen, de spelothek, de buurthuizen, de moskee of kerk en thuis: familie, vrienden en buren hebben een enorme invloed. Er wordt aangesloten bij de lokale community door sleutelfiguren te betrekken om vervolgens met hen vanuit hun eigen culturele context te onderzoeken waar kansen liggen om gezond gedrag en gezonde gedragsveranderingen te stimuleren.

Belangrijk voor het slagen van de eerste 1000 dagenaanpak is dat het een onderdeel is van de integrale en multidisciplinaire Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht waarin, door een samenwerking met professionals, scholen, ondernemers, buurtpartners, kinderen en hun opvoeders, wordt ingezet op alle verschillende factoren die een rol spelen in het leven van een kind.

Amsterdam Zuidoost is een van de twee buurten waar de buurtaanpak gericht is op de eerste 1000 dagen. In deze buurt wordt vanuit de AAGG al nauw samengewerkt met verschillende partijen. Zuidoost bestaat uit vele verschillende culturen en community's, met eigen sleutelfiguren, zelforganisaties en religieuze leiders. Deze sleutelfiguren hebben een training gevolgd over een gezonde leefstijl. Hierbij werd uitgegaan van positieve kracht en aandacht voor iemands persoonlijke geschiedenis, met de nadruk op het benoemen van wat wél al goed gaat.

¹⁴ Zeinstra, G., Timmers, M., Velden, N. van der, Warmenhoven, N. (2014). *Bevorderen van gezond gewicht -9 maanden tot 4 jaar*.

¹⁵ Veen, S. Van, Buzink, A., Dedding, C. (2016) *Samen ervaringen uitwisselen en de samenwerking verbeteren. Een exploratieve studie in het kader van de 1000 dagen aanpak in Amsterdam Zuidoost*.

Er wordt veel gebruik gemaakt van eigen radio en televisiestations. Zo wordt er door actieve bewoners bijvoorbeeld zelf verteld over het belang van een gezonde zwangerschap via de kanalen die mensen binnen hun gemeenschap al gebruiken. Op deze manier bereikt de aanpak moeders al voor en tijdens de zwangerschap. De leefstijl van moeders hangt immers sterk samen met de gezondheid van hun kinderen. Deze moeders varen vaker op adviezen uit de eigen gemeenschap dan op de gezonde leefstijl adviezen van professionele ondersteuning en zorg.

Een ander voorbeeld in de buurtaanpak is de inzet van gezondheidsambassadeurs. Actieve bewoners worden getraind om als gezondheidsambassadeurs gezonde acties in de buurt op te zetten zoals het geven van interactieve workshops aan ouders over gezonde eerste hapjes. Zij zijn actief in hun eigen netwerken, op buurt evenementen, maar óók spelinlopen (het ontmoeten van andere ouders en gebruik maken van spelletjes en speelgoed) in het sociaal wijkteam jeugd (ouder- en kindteam) en ontmoetingscentra. Het onderwerp 'eerste 1000 dagen' is een specifiek onderdeel geworden in de training van de ambassadeurs.

's-Hertogenbosch

In 's-Hertogenbosch is er ook sprake van een kleine lokale buurtaanpak. Deze wordt onder andere gevormd door het initiatief Bij Katrien. In dit inloophuis/buurthuis in het centrum worden meerdere activiteiten georganiseerd voor buurtbewoners. Zo zijn er onder andere bijeenkomsten voor moeders om met hun kleine kinderen te bewegen onder het genot van een kopje koffie.

Ook wordt er op een school in een aandachtswijk een cursus babymassage gegeven voor moeders met jonge baby's. De moeders zijn zeer ontvankelijk voor alles wat met hun baby te maken heeft. Door de massage wordt er een belangrijke basis gelegd voor een veilige hechting tussen moeder en kind. Na de cursus raken moeders met elkaar in gesprek: het delen van onderlinge ervaringen is belangrijk en geeft moeders het gevoel niet alleen te zijn.

Een ander voorbeeld is het mamacafé: ouders kunnen elkaar ontmoeten en kinderen kunnen met elkaar spelen. Iedere maand staat er een nieuw onderwerp centraal. Zo krijgen ouders bijvoorbeeld tips over babymassage, voorlezen en buitenspelen.

5.4 Leefstijl en voortplantingsgeneeskunde

In 's-Hertogenbosch is een gespecialiseerd centrum voor voortplantingsgeneeskunde, onderdeel van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Daar wordt specifieke aandacht gegeven aan leefstijl van (toekomstige) ouders. Tijdens de intake in het centrum worden er uitgebreide vragen gesteld over de medische en psychosociale gesteldheid. In een multidisciplinair overleg met gynaecoloog, fertiliteitsarts en –verpleegkundigen en medisch maatschappelijk werk worden casussen besproken.

Vanuit de visie van de eerste 1000 dagen aanpak worden gezinnen begeleid waar nodig. Indien er sprake is van overmatig rookgedrag of extreem overgewicht bij de vrouw wordt er gekeken of fertiliteitsbehandeling wel mogelijk en gerechtvaardigd is. De afdeling beschikt over 2 leefstijlverpleegkundigen die mensen begeleiden in het aanpassen van hun leefstijl. Ze kijken daarbij verder dan het gesignaleerde probleem, zoals roken of overgewicht, en zetten in op factoren die het gedrag hebben veroorzaakt of in stand houden.

6. Aanbevelingen

We komen tot de onderstaande aanbevelingen en inzichten die verdere ontwikkeling en uitrol van de aanpak ondersteunen. Deze zijn gebaseerd op de leerervaringen uit de verkenning van mogelijkheden voor het inrichten van een eerste 1000 dagen aanpak om overgewicht te voorkomen of te verminderen in Amsterdam en 's-Hertogenbosch.

- *Zie de eerste 1000 dagen aanpak om overgewicht en obesitas te voorkomen of verminderen niet los van een eerste 1000 dagen aanpak van andere onderwerpen.* Integreer het thema obesitas binnen een brede eerste 1000 dagen werkwijze binnen de integrale geboortezorg waarin partners uit alle domeinen samenwerken.
- *Zorg voor een heldere opdracht met opdrachtgever en opdrachtnemer.* Onderzoek in hoeverre er in jouw gemeente/regio behoefte is aan een eerste 1000 dagen aanpak en welke partners hierin minimaal een rol zouden moeten vervullen. Commitment van lokale partners is cruciaal om een breed gedragen domeinoverstijgende aanpak te kunnen ontwikkelen. Denk hierbij ten minste aan de gemeente, ziekenhuizen, verloskundigen, kraamzorgorganisaties en de jeugdgezondheidszorg. Zorg dat er partners zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau zijn aangesloten.
- *Besef dat implementatie tijd kost:*
 - *Uit ervaring blijkt dat het initiatief nemen tot en het ontwerpen van een keten/netwerk een gemiddelde doorlooptijd heeft van enkele jaren.* Dit is afhankelijk van de complexiteit van de lokale situatie, betrokken partners en de mate waarin vanuit de integrale geboortezorg al samenwerkingsvormen tussen sociaal- en zorgdomein zijn gerealiseerd. Neem de tijd om mensen mee te nemen en te enthousiasmeren en verwacht niet binnen enkele maanden je resultaten te hebben bereikt.
 - *Inrichten van een lokaal netwerk kost tijd.* Het eigen maken van nieuwe samenwerkingsafspraken binnen een netwerk vraagt veel van professionals. Denk hierbij aan het uitvoeren van zorgpaden, duidelijkheid over wie de rol van coördinerend professional vervult, wanneer en hoe je een prenataal huisbezoek inzet en welke programma's en interventies je in kunt zetten. Je kunt de aanpak niet uitvoeren zonder dat je onderdeel bent van een netwerk.
 - *Het eigen maken van nieuwe vaardigheden kost tijd.* Het uitvoeren van de aanpak vraagt mogelijk om een andere houding of andere vaardigheden van professionals zoals het werken vanuit een brede blik, samenwerking in het netwerk en het werken vanuit een coachende houding. Uit de praktijk is gebleken dat het eigen maken van dit soort vaardigheden extra tijd kost en dat investeren in extra scholing wenselijk is.

- *Sluit op inhoud zoveel mogelijk aan bij regionale werkwijzen en ontwikkelingen.* Onderzoek op welke wijze je regio bezig is met het implementeren van de zorgstandaard integrale geboortezorg en welke organisaties en professionals daarbij zijn aangesloten (0^e, 1^e en 2^e lijn). Sluit aan bij al ontwikkelde zorgpaden, programma's en/of samenwerkingsafspraken. Mogelijk kan een bestaande intakevragenlijst of een bestaand zorgpad (bv kwetsbare zwangeren) met kleine aanpassingen nog beter aansluiten bij het gedachtengoed van een eerste 1000 dagen aanpak.
- *Sluit zoveel mogelijk aan bij landelijke ontwikkelingen.* In september 2018 is het programma 'Kansrijke Start' gelanceerd. Dit biedt bij uitstek kansen op het ontwikkelen van een (brede) eerste 1000 dagen aanpak en het op de kaart te zetten daarvan.
- *Het inzetten van prenatale zorg vanuit jeugdgezondheidszorg is een belangrijk onderdeel van de aanpak.* De JGZ vormt een belangrijke verbindende schakel tussen sociaal- en zorgdomein omdat de JGZ vaak al onderdeel is van dit netwerk. Het inrichten van prenatale huisbezoeken door de JGZ kost echter wel tijd en komt niet automatisch van de grond door de extra opstarturen, scholing, het ontwikkelen van materialen en het initiëren en onderhouden van contacten tussen de JGZ en alle andere partners.

Voor meer tips bij het implementeren van een regio brede aanpak verwijzen we ook naar het document *Realisatie lokale ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas; een handreiking voor initiatiefnemers en projectleiders (C4O, 2018)*.

Bijlagen

1. [Handreiking prenataal huisbezoek jeugdgezondheidszorg Amsterdam](#)
2. [Handreiking signaleren van een te snelle gewichtstoename bij kinderen tussen 0-2 jaar jeugdgezondheidszorg Amsterdam](#)
3. [Eerste 1000 dagen; Resultaten van de interviews en praktijkevaluatie 's-Hertogenbosch](#)
4. [Risicofactoren op het ontstaan van overgewicht en obesitas 's-Hertogenbosch](#)
5. [Vuistregelkalender zwangerschap AAGG](#) (2017, via www.amsterdam.nl)
6. [Vuistregelboekje eerste 12 maanden AAGG](#) (2017, via www.amsterdam.nl)

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 (CZV)

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 multi-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.

Coördinerend professional

Binnen de eerste 1000 dagen aanpak is het van belang dat er één professional is die de coördinatie op zich neemt. Deze coördinerend professional monitort de voortgang, ondersteunt het gezin, helpt zo nodig om het plan bij te stellen en stemt waar nodig af met andere professionals. De rol kan worden ingevuld door verschillende professionals, afhankelijk van de fase waar het gezin zich in bevindt en de professionals die vanwege reguliere zorgverlening al betrokken zijn.

Coördinerend Verloskundig Zorgverlener (CVZ)

Binnen de integrale geboortezorg heeft de zwangere c.q. kraamvrouw een vast aanspreekpunt. Dit is de coördinerend zorgverlener. Het is meestal de verloskundige, maar kan ook de verloskundig actieve huisarts, de klinisch verloskundige of de gynaecoloog zijn. Deze zorgverlener is vanaf de intake, het eerste consult tot na de bevalling (maximaal zes weken voor de moeder en tot en met de tiende dag voor de pasgeborene) verantwoordelijk voor de coördinatie van de benodigde zorg, totdat deze is overgedragen aan respectievelijk huisarts en jeugdgezondheidszorg of kinderarts. Zij/hij heeft primair de taak om ten behoeve van de zwangere de professionele zorgverlening te coördineren en zorg te dragen voor continuïteit in de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode tot maximaal zes weken na de bevalling voor de moeder en tot en met de tiende dag na de bevalling voor de pasgeborene (zorgstandaard integrale geboortezorg, 2016).

Gezondheidsvaardigheden

Het zelf vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie over gezondheid.

Integrale geboortezorg

Het gehele traject van zorg vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte, inclusief de samenwerking met en/of overdracht naar de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisarts en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners, zoals de kinderarts.

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.

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.

Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)

Partners betrokken bij integrale geboortezorg zijn regionaal verenigd binnen een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). In groot stedelijke gebieden zijn vaak meerdere VSV's actief. Betrokken professionals kunnen zijn: verloskundig zorgverleners, kraamzorgorganisaties, huisartsen, kinderartsen, jeugdgezondheidszorg en regionale adviesraden van zwangeren/(jonge) ouders. Het VSV is onder andere verantwoordelijk voor het vaststellen en evalueren van regionaal beleid (bv implementeren van protocollen, ontwikkelen van zorgpaden, casuïstiekbespreking en de wijze van informatie-uitwisseling). Zorgstandaard integrale geboortezorg. 2016

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 alleen met goedkeuring van de opstellers. Gemeente Amsterdam en Samen Gezond 's-Hertogenbosch aanvaarden geen aansprakelijkheid voor of door onjuist gebruik.

Copyright © 2018. Gemeente Amsterdam en Samen Gezond 's-Hertogenbosch