

# Module Diëtist

## Werkwijze aanpak overgewicht kinderen



### Proeftuin aanpak overgewicht kinderen 's-Hertogenbosch

Versienummer: 2.0

Datum: 01-04-2019

## Inhoud

<b>1. Vooraf</b>	<b>2</b>
1.1 Hoe is deze module ontstaan?	2
1.2 Waarom deze module?	2
1.3 Voor wie is deze module bedoeld?	2
1.4 Wat kun je met deze module?	3
1.5 Leeswijzer	3
1.6 Wat verder belangrijk is	3
<b>2. De aanpak en de rol van de diëtist</b>	<b>5</b>
2.1 Een aanpak in 6 stappen	5
2.2 De rol en positie van de diëtist in het netwerk	6
<b>3. De taken en activiteiten van de diëtist</b>	<b>8</b>
3.1 Stap 1 Overgewicht constateren	10
3.2 Stap 2 Vaststellen wat er speelt	11
3.3 Stap 3 Samenhang en aanpak bespreken	13
3.4 Stap 4 Plan maken en taken verdelen	13
3.5 Stap 5 Aan de slag	13
3.6 Stap 6 Zorgen dat het blijft werken	13
<b>Bijlagen</b>	<b>14</b>
<b>Begrippenlijst</b>	<b>15</b>

## 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, Smallingerland 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 diëtist 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 diëtist een volwaardige en herkenbare rol in de aanpak van overgewicht bij kinderen te geven en te laten in nemen. Het heeft sterk de voorkeur dat er in het netwerk samengewerkt wordt met een diëtist vanwege de specialistische kennis over verantwoorde voeding voor kinderen met fysieke aandoeningen (o.a. allergieën, intoleranties, hormoon aandoeningen en stofwisselingsziekten) en voor kinderen met eetproblemen. De diëtist is in staat om een deskundig advies te geven over de problematiek van de voeding in relatie tot groei, metabole stoornissen of andere ziekten. Tevens is zij in staat om bij (dreigende) voedingsproblematiek doelmatig en doeltreffend te handelen en kind (en gezin) te begeleiden.

### 1.3 Voor wie is deze module bedoeld?

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

## 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 diëtist: 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 diëtist en de samenwerking tussen de diëtist en de jeugdgezondheidszorg;
- 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 relevante 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, school, wijk, gezondheidscentrum, huisartsenpraktijk, ziekenhuis en kinderopvang heeft zijn eigen signatuur die van invloed kan zijn op een passende werkwijze en het implementatieproces.

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 worden in hoofdstuk 2 toegelicht en vertaald naar de rol die de diëtist hierin heeft. In hoofdstuk 3 worden de werkwijze, taken en activiteiten van de diëtist 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, de JGZ-richtlijn Overgewicht, de JGZ-richtlijn Voeding en eetgedrag en de Artsenwijzer Diëtetiek zijn als basis gebruikt om de werkwijze te ontwikkelen.

Uitgangspunt bij het vertalen van de zorgstandaard en de richtlijnen naar een werkwijze voor de diëtist is geweest dat de werkwijze vooral handzaam, eenvoudig en praktisch toepasbaar moet zijn.

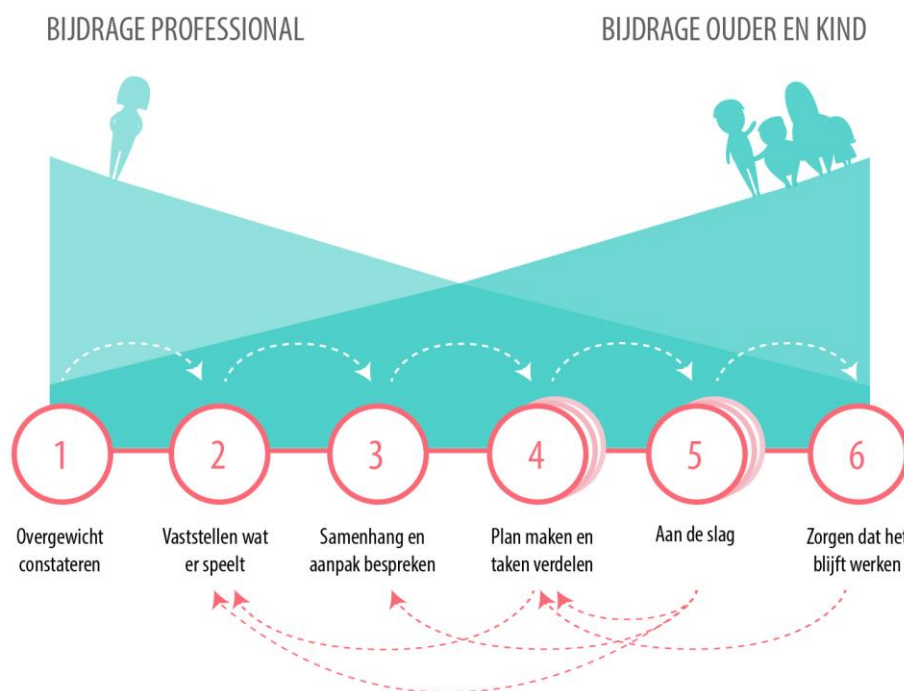
Dit document is opgesteld in samenwerking met een diëtist van Vivent, Diëtistenpraktijk Naomi de Werdt en Diëtistenpraktijk Hanneke Kuijpers.

## 2. De aanpak en de rol van de diëtist

### 2.1 Een aanpak in 6 stappen

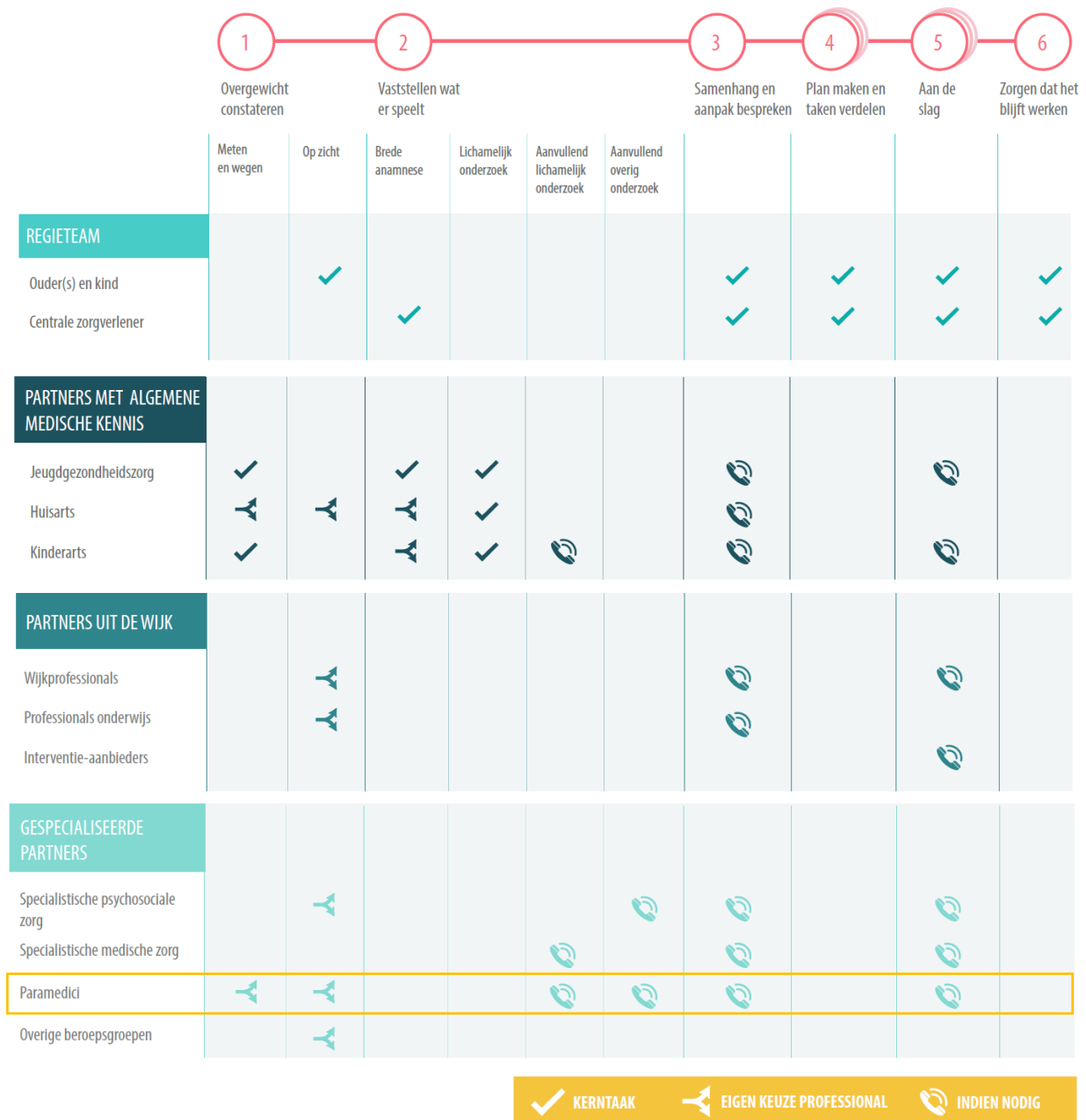
De aanpak is onderverdeeld in verschillende processtappen en kent een cyclisch ritme. Soms ontstaan er nieuwe inzichten, soms ook zijn er veranderingen in de omgeving of bij het gezin zelf die ertoe leiden dat een aantal processtappen opnieuw doorlopen moet worden.

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 diëtist 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 diëtist 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 diëtist is of kan van belang zijn bij het constateren van overgewicht (stap 1), vaststellen wat er speelt (o.a. problemen in voeding en eetgedrag van het kind) (stap 2), de samenhang en de aanpak bespreken (stap 3) en in de begeleiding indien dit door de diëtist geïndiceerd is (stap 5).

De diëtist is direct toegankelijk voor kinderen met overgewicht en hun ouders als zij actief hulp zoeken voor begeleiding bij de aanpak van het overgewicht. Er is vaak geen verwijfsbrief nodig en voor deze zorg wordt geen aanspraak gedaan op de eigen bijdrage van de zorgverzekering.

De diëtist is hierdoor een belangrijke partner in het signaleren van overgewicht, ook eventueel bij aanwezige broertjes of zusjes van het kind waarvoor het consult plaatsvindt.

De jeugdgezondheidszorg kan bij specifieke zorgen rondom voeding en het eetgedrag van een kind, een beroep doen op de diagnostiek van de diëtist vanwege hun expertise op dit gebied. Een nauwkeurige bepaling van gebruikte voedingsmiddelen en de eetgewoonten van het kind (en gezin) in combinatie met kennis over eventueel aanwezige aandoeningen of eetproblemen bij het kind, geven belangrijke informatie voor de wijze waarop het kind het best begeleid kan worden in het bevorderen van de gewenste leefstijl op voedingsgebied.

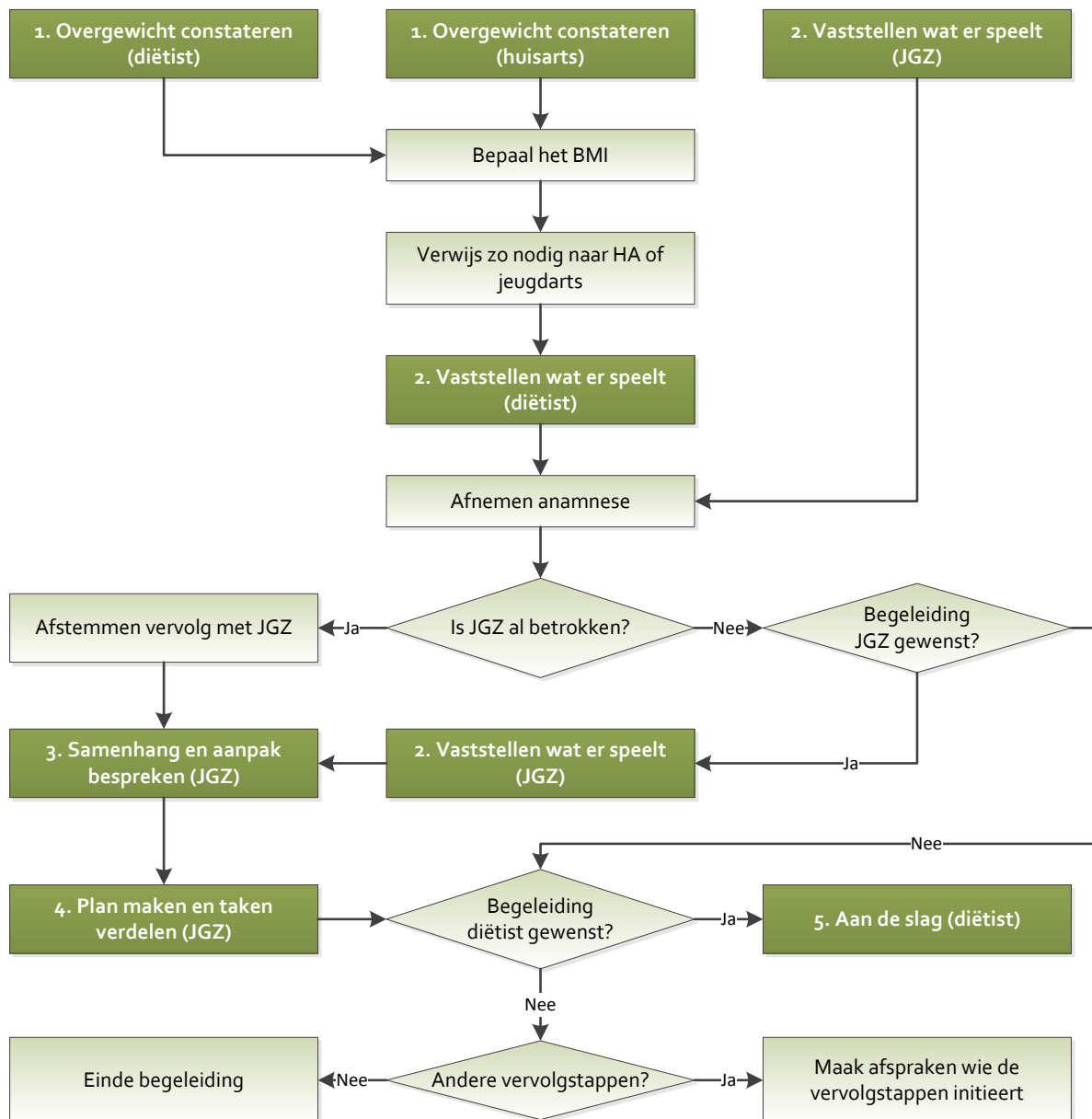
Indien bij het kind en gezin andere problemen aanwezig zijn die het doorvoeren van een gedragsverandering in leefstijl bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken, kan de diëtist omgekeerd een beroep doen op de jeugdgezondheidszorg om gewenste begeleiding hierbij in gang te zetten. Samenwerking binnen het netwerk biedt uitkomst bij problemen die niet tot de expertise van de diëtist behoren maar waarin andere partners in het netwerk wel van betekenis kunnen zijn.

Een samenwerking tussen de diëtist met de jeugdgezondheidszorg biedt dus extra mogelijkheden op tijdige signalering van overgewicht bij kinderen, een meer complete diagnostiek over de (on)mogelijkheden in de verdere begeleiding en inzet van gespecialiseerde zorg op gebied van voeding- en eetgedrag indien dit geïndiceerd is. Kinderen met overgewicht en hun ouders die zich direct wenden tot een diëtist voor begeleiding, krijgen door de samenwerking met de jeugdgezondheidszorg toegang tot een begeleidingstraject dat een grotere kans biedt op succes in het realiseren van de gewenste duurzame leefstijlverandering. Dit geldt met name in geval van meervoudige/complexere problematiek.



### 3. De taken en activiteiten van de diëtist

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 diëtist weer.



Figuur 3 Processchema taken en activiteiten

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

- A. Instroom na constatering van het overgewicht door de diëtist (waaronder op eigen verzoek van ouder of kind).
- B. Na verwijzing door huisarts (er is nog geen brede anamnese afgenomen en JGZ is nog niet betrokken).
- C. Instroom door verwijzing vanuit de JGZ voor een diëtetisch onderzoek of behandeling (JGZ heeft al een brede anamnese afgenomen).

In de volgende paragrafen worden de verschillende stappen en activiteiten toegelicht.

### 3.1 Stap 1 Overgewicht constateren

#### *Doel*

Het (vroegtijdig) constateren van overgewicht van het kind.

#### *Acties*

1. Meet en weeg het kind en bepaal BMI.
2. Bespreek het resultaat, eventueel met behulp van de gewichtsverloopkaarten (Bijlage ALG.1).
3. Indien BMI hoger is dan het equivalent van volwassenen BMI 35, dan is onderzoek door kinderarts geïndiceerd. Verwijs ouder en kind naar huisarts of jeugdarts voor verwijzing naar de kinderarts.
4. Indien BMI lager is dan het equivalent van volwassenen BMI 35:
  - a. Indien kind obesitas heeft (tussen equivalent volwassenen van BMI 30 en 35), verwijs kind naar JGZ of huisarts voor medisch onderzoek.
  - b. Stap 2 'vaststellen wat er speelt' kan direct gestart worden.

#### *Output*

- Eventuele verwijzing naar huisarts of jeugdgezondheidszorg

#### *Hulpmiddelen*

- [Bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart](#)

#### *Extra informatie*

De mate waarin de diëtist een actieve rol vervult in het constateren van overgewicht kan variëren en is afhankelijk van welke rol de diëtist zelf wenst te vervullen.

#### **Optie 1: Volgende rol**

Een kind komt op consult vanwege overgewicht. Diëtist start de anamnese (stap 2).

#### **Optie 2: Actieve rol**

Diëtist constateert overgewicht kind op basis van zicht terwijl het kind vanwege een andere reden dan overgewicht de diëtist consulteert of aanwezig is (bijv. moeder is de cliënt). Het kan ook gaan om broertjes of zusjes die meegekomen zijn. Aan ouder en kind wordt gevraagd of het vermoeden van overgewicht onderzocht mag worden door een BMI-bepaling.

#### **Optie 3: Proactieve rol**

Ieder kind dat voor een eerste consult bij de diëtist komt, wordt gemeten en gewogen (indien het kind hiermee akkoord gaat). De diëtist bespreekt altijd kort het resultaat van de meting.

## 3.2 Stap 2 Vaststellen wat er speelt

### *Doel*

Het afnemen van een anamnese in het kader van het overgewicht van het kind.

### *Input*

- Indien verwezen door de JGZ: relevante informatie uit brede anamnese JGZ.

### *Acties*

1. Neem een anamnese af en bespreek de bevindingen.
2. Inventariseer de hulpvraag van ouder en kind.
3. Registreer de verkregen informatie.
4. Indien de JGZ nog niet betrokken is:
  - a. Beoordeel of betrokkenheid van de JGZ gewenst is.
  - b. Bespreek de samenwerking met de JGZ. Licht toe dat een behandeling bij de diëtist bij voorkeur ingezet wordt als deze geïndiceerd is op basis van een brede anamnese van de JGZ. Zie extra informatie wat de meerwaarde van inzet JGZ is/ kan zijn.
  - c. Vraag toestemming om patiëntgegevens te delen met JGZ indien contact gewenst is.
5. Indien JGZ wordt betrokken, wordt er in deze fase een brede anamnese door de JGZ afgenomen. Vanuit de resultaten van deze anamnese kan de diëtist opnieuw worden ingeschakeld voor vervolg begeleiding. .
6. Indien andere vervolgstappen belangrijk zijn of de voorkeur hebben van ouder(s) of kind, maak afspraken over wie deze vervolgstappen initieert.
7. Indien er geen aanleiding is voor verdere begeleiding of ouder(s) en kind zien af van verdere begeleiding, dan stopt na dit consult het traject. Informeer in dit geval de verwijzer over het stopzetten van de begeleiding en registreer de gemaakte afspraken.
8. Registreer gemaakte afspraken en ondernomen acties in het digitaal dossier.

### *Output*

- Resultaten diëtetische anamnese.
- Indien gewenst afstemming met of verwijzing naar de JGZ.
- Afspraken over vervolgtraject

### *Extra informatie*

In de aanpak in 's-Hertogenbosch vervult bij voorkeur de JGZ de centrale zorgverlenersrol. Dit betekent onder andere dat de JGZ de zorg coördineert indien er meerdere partijen betrokken zijn in het zorgproces. Per casus wordt bekeken wie deze centrale zorgverlenersrol het best kan vervullen.

### **Inzet JGZ als samenwerkingspartner biedt:**

- Expertise in het afnemen van een uitgebreide brede anamnese en uitvoeren van het medisch onderzoek (in samenwerking met huisarts en kinderarts) om een goede inschatting te maken welk vervolgtraject nodig is dan wel het meest kansrijk is.

- Expertise in begeleiding van gezinnen. De JGZ heeft kennis van de relevante componenten van een gezonde leefstijl (voeding, beweging, slapen), beschikbare bewegingsaanbod in de wijk, begeleiden in gedragsverandering, begeleiding bij lichte systeemproblematiek, licht psychosociale problemen en licht opvoedingsproblematiek.
- Aansluiting met het sociale domein (wijkprofessionals) en school (kindbespreking) om bij meervoudige problemen de casuïstiek in breder verband te kunnen bespreken en te begeleiden.
- Beschikking over een groot netwerk voor inzet van ondersteuning en zorg.

### **Doorverwijzen naar jeugdgezondheidszorg**

In verwijzing opnemen, indien toestemming daarvoor verkregen van ouder(s):

- BSN, NAW en geboortedatum kind
- Telefoonnummer en emailadres ouder
- Gemeten waardes van lengte, gewicht, BMI en datum van meting
- Hulpvraag ouder(s) en kind (specifieke vraagstelling voor de JGZ)
- Voorgeschiedenis van eerdere behandelingen (reeds ondernomen acties en bevindingen, indien van toepassing)

Wenselijke gegevens (opnemen indien bekend)

- School en klas van het kind
- Mate waarin ouders en kind gemotiveerd zijn / ingebrachte bezwaren voor begeleiding
- Mogelijke belemmeringen voor succesvolle begeleiding
- Aanvullende gegevens diëtist: voedingsgewoonten en/of wensen
- Aanvullende gegevens fysiotherapeut: bewegingsmogelijkheden / beperkingen kind
- Aanvullende gegevens huisarts: kopie verwijzing naar kinderarts (indien van toepassing)

De jeugdgezondheidszorg neemt contact op met ouder/verzorgende om een afspraak te plannen.

### **Redenen voor verwijzing door huisarts of JGZ naar de diëtist:**

- Problematisch eetgedrag bij het kind (kritische eters/ eenzijdig eetpatroon)
- Medische aandoeningen die metabolisme beïnvloeden
- Medische aandoeningen die beperkingen geven in voeding
- Bij een licht, matig, sterk of zeer verhoogd GGR (gewichtsgelateerd gezondheidsrisico) praktische vragen rondom voeding/ extra ondersteuning rondom voedingswensen
- Verdieping op voedingsanamnese (bijvoorbeeld bij een vermoeden van onderrapportage)

### 3.3 Stap 3 Samenhang en aanpak bespreken

In deze stap is de centrale zorgverlener aan zet, in 's-Hertogenbosch is dit meestal de jeugdverpleegkundige. De diëtist brengt niet rechtstreeks een casus in voor bespreking in de kindbespreking. Dit verloopt via de jeugdarts, jeugdverpleegkundige, kinderopvang, school of andere wijkprofessionals (met name (school) maatschappelijk werk). Een diëtist kan deelnemen aan de kindbespreking op verzoek van een van de vaste deelnemers (o.a. de jeugdverpleegkundige/centrale zorgverlener) en/of het kind en de ouder(s).

### 3.4 Stap 4 Plan maken en taken verdelen

Een integraal plan van aanpak maken en de taken verdelen, aansluitend bij de persoonlijke situatie van het kind en gezin wordt door de centrale zorgverlener gedaan.

### 3.5 Stap 5 Aan de slag

#### *Doel*

Het uitvoeren van het integrale plan van aanpak conform afspraak. De diëtist kan één van de professionals zijn die een aandeel levert door behandeling van medische oorzaken of complicaties.

#### *Acties*

1. Begeleiden van het kind conform gemaakte afspraken in het integrale plan.
2. Periodieke evaluaties (afhankelijk van gemaakte afspraken):
  - a. Bepaal verandering en/of voortgang op voedingsgedrag/ gewicht.
  - b. Bepaal eventuele hobbels voor voortgang en/of mogelijke borging van het resultaat.
  - c. Nog in te zetten vervolg in het kader van begeleiding.
3. Indien JGZ betrokken is: informeer JGZ over de voortgang.

### 3.6 Stap 6 Zorgen dat het blijft werken

Het evalueren van het begeleidingstraject en bieden van een nazorgtraject om te volgen of behaalde resultaten behouden blijven, wordt gedaan door de centrale zorgverlener. In het geval ouder en kind in samenspraak met diëtist gekozen hebben voor de coördinatie door de diëtist (en niet door de JGZ) wordt deze stap door de diëtist uitgevoerd. Indien nodig wordt het begeleidingstraject weer hervat bij terugval.

## Bijlagen

- [Bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart](#)

## 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.

### Gewichtsgelateerd 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 'gewichtsgelateerd 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