

# Module Huisarts

## 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?	3
1.4 Wat kun je met deze module?	3
1.5 Leeswijzer	4
1.6 Wat verder belangrijk is	4
<b>2. De aanpak en de rol van de huisarts</b>	<b>5</b>
2.1 Een aanpak in 6 stappen	5
2.2 De rol en positie van de huisarts in het netwerk	6
<b>3. De taken en activiteiten van de huisarts</b>	<b>8</b>
3.1 Stap 1 Overgewicht constateren	9
3.2 Stap 2 Vaststellen wat er speelt	10
3.3 Stap 3 Samenhang en aanpak bespreken	14
3.4 Stap 4 Plan maken en taken verdelen	14
3.5 Stap 5 Aan de slag	14
3.6 Stap 6 Zorgen dat het blijft werken	15
<b>Bijlagen</b>	<b>16</b>
<b>Begrippenlijst</b>	<b>17</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 huisarts 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 huisarts een volwaardige en herkenbare rol in de aanpak van overgewicht bij kinderen te geven en te laten in nemen. Er zijn diverse redenen die de rol van de huisarts in de aanpak van overgewicht bij kinderen gewenst maken. Zo is het bij een groot deel van de groep kinderen met overgewicht nodig dat er een medisch onderzoek gedaan wordt om eventuele comorbiditeit en medische aandoeningen die samengaan met het overgewicht uit te sluiten of te diagnosticeren.

Als de huisarts op eigen initiatief het overgewicht van het kind bespreekbaar maakt, wordt er een signaal afgegeven dat overgewicht bij een kind niet 'normaal' is. In de Bossche aanpak wordt dit signaal door diverse professionals gegeven aan ouder(s) en kind vanuit verschillende settings (consultatiebureau, school en zorginstanties). De huisarts draagt dus op zijn beurt bij aan de 'kracht van de herhaling' in het overbrengen van de boodschap dat het kind gezondheidsrisico's loopt vanwege het gewicht. Het herhaaldelijk overbrengen van deze boodschap door diverse professionals heeft als doel een opening te creëren bij ouder(s) en kind voor (begeleiding in) leefstijlverandering bij het gezin.

### 1.3 Voor wie is deze module bedoeld?

Deze module is bedoeld voor personen die het als zijn of haar verantwoordelijkheid zien de huisarts 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 huisarts 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 huisarts: 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 huisarts en de samenwerking tussen huisarts, de jeugdgezondheidszorg en de kinderarts;
- Ter informatie: onderdelen uit de module worden gebruikt om betrokkenen te informeren en te stimuleren om meer samenwerking te realiseren, eventueel op andere aandachtsgebieden, aandoeeningen 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 of huisartsenpraktijk 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 wordt in hoofdstuk 2 toegelicht en vertaald naar de rol die de huisarts hierin heeft. In hoofdstuk 3 worden de werkwijze, taken en activiteiten van de huisarts 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.

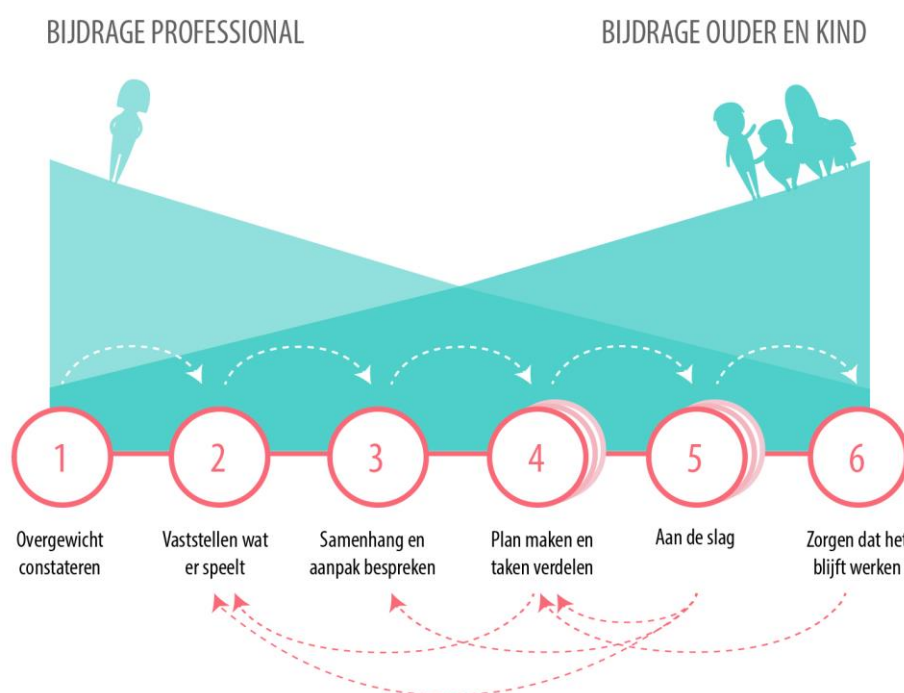
De Zorgstandaard Obesitas, de NHG-richtlijn Overgewicht en de JGZ-richtlijn Overgewicht zijn als basis gebruikt om de werkwijze voor huisartsen te bepalen. Uitgangspunt bij het vertalen van de zorgstandaard en de richtlijnen naar een werkwijze voor huisartsen is geweest dat de werkwijze vooral handzaam, eenvoudig en praktisch toepasbaar moet zijn.

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

### 2.1 Een aanpak in 6 stappen

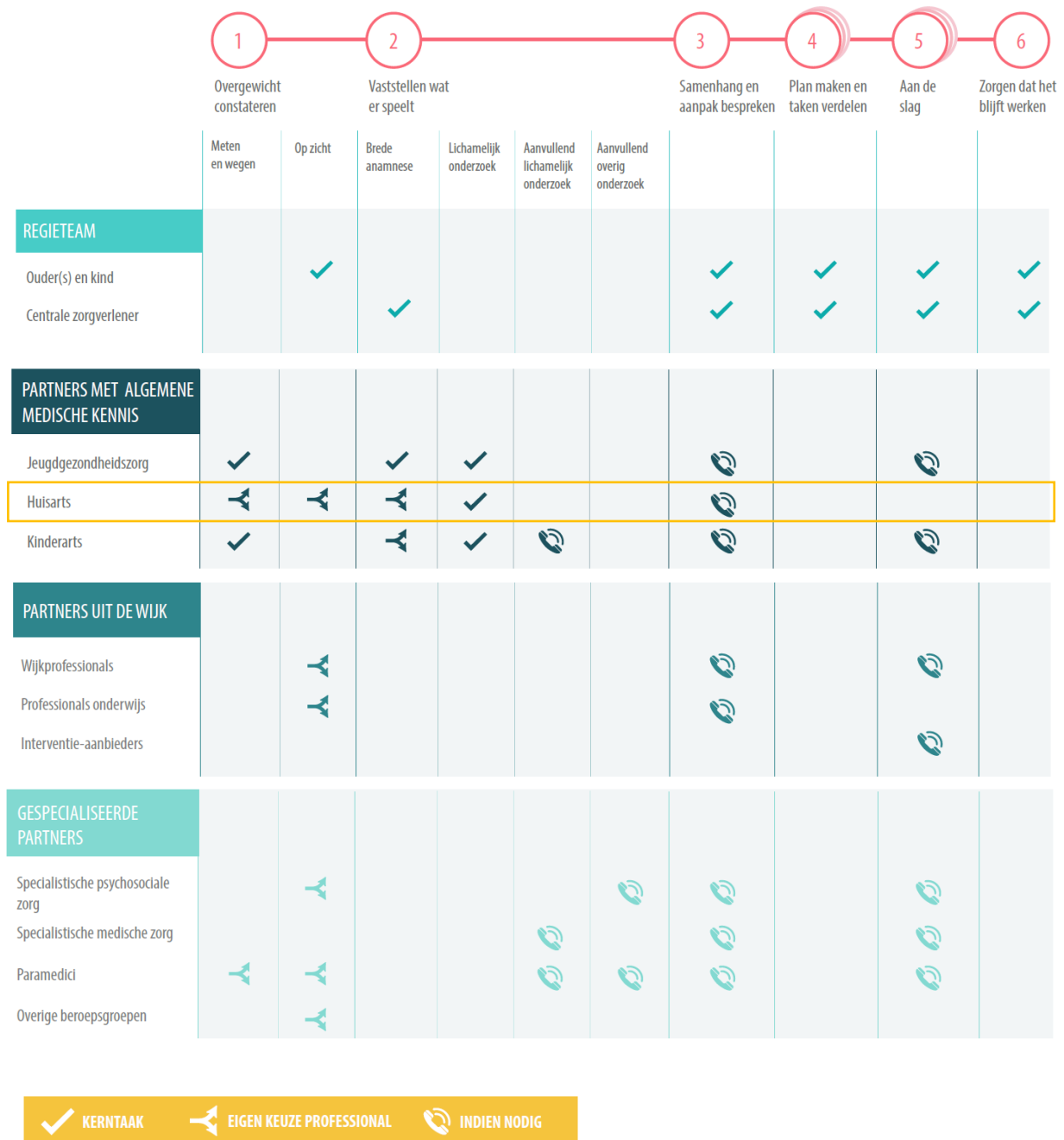
De aanpak is onderverdeeld in verschillende processtappen en kent een cyclisch ritme. Soms ontstaan er nieuwe inzichten, soms ook zijn er veranderingen in de omgeving of bij het gezin zelf die ertoe leiden dat een aantal processtappen opnieuw doorlopen moet worden.

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 huisarts 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 huisarts 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 huisarts kan bij iedere stap van belang zijn. Twee stappen sluiten echter bijzonder goed aan bij de primaire verantwoordelijkheden van de huisarts: het constateren van overgewicht

(stap 1) en vaststellen wat er speelt (stap 2). In de overige stappen vervult de huisarts een aanvullende rol.

Bij een groot deel van de groep kinderen met overgewicht is het nodig dat er een medisch onderzoek gedaan wordt om eventuele comorbiditeit en medische aandoeningen die samengaan met het overgewicht uit te sluiten of te diagnosticeren. Dit medisch onderzoek kan grotendeels door de jeugdarts van de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd worden. Redenen om de huisarts hierbij te betrekken of om de huisarts het volledige medisch onderzoek te laten doen zijn:

- De huisarts kan het benodigde bloedonderzoek aanvragen, de jeugdarts niet omdat deze kosten niet worden gedekt door de zorgverzekering;
- De huisarts heeft vaak een beter beeld van het gezin en de (medische) omstandigheden van gezinsleden en kan daardoor nog beter aansluiten bij het gezin bij het overbrengen van het belang van leefstijlverandering voor het gezin;
- De boodschap van de huisarts legt meer gewicht in de schaal dan die van de jeugdverpleegkundige of jeugdarts bij het bespreken van het overgewicht en het overbrengen van het belang van leefstijlverandering voor de gezondheid en het welbevinden van het kind;

Het medisch onderzoek bij de jeugdgezondheidszorg krijgt vaak direct een vervolg in het ziekenhuis. De huisarts kan echter bij een groot deel van deze kinderen ook de medische complicaties en oorzaken van overgewicht uitsluiten. Een bezoek aan de kinderarts is dan vaak niet meer nodig. Inzet van de huisarts voorkomt dus onnodige hoge zorgkosten.

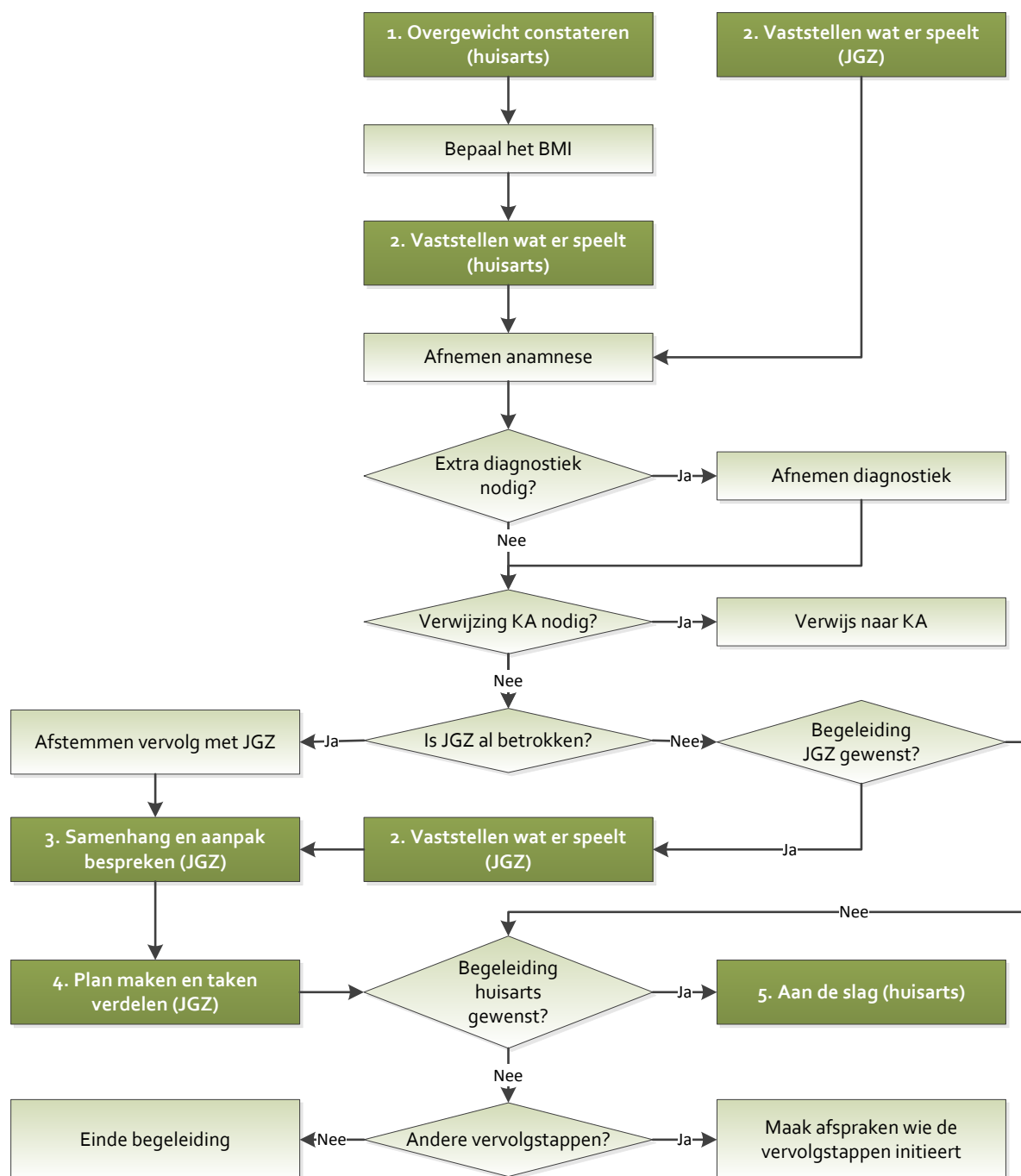
Als de huisarts op eigen initiatief het overgewicht van het kind bespreekbaar maakt, wordt er een signaal afgegeven dat overgewicht bij een kind niet 'normaal' is. In de Bossche aanpak wordt dit signaal door diverse professionals gegeven aan ouder(s) en kind vanuit verschillende settingen (consultatiebureau, school en zorginstanties). De huisarts draagt dus op zijn beurt bij aan de 'kracht van de herhaling' in het overbrengen van de boodschap dat het kind gezondheidsrisico's loopt vanwege het gewicht. Het herhaaldelijk overbrengen van deze boodschap door diverse professionals heeft als doel een opening te creëren bij ouder(s) en kind voor (begeleiding in) leefstijlverandering bij het gezin.

Doordat de huisarts in 's-Hertogenbosch betrokken is, is er een samenwerking ontstaan tussen de huisarts en de jeugdgezondheidszorg die nu ook benut wordt voor de uitvoering van verantwoordelijkheden die voortkomen uit de nieuwe Jeugdwet (als resultaat van de transitie jeugdzorg).



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

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 huisarts weer.



Figuur 3 Processchema taken en activiteiten

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

- A. Instroom na constatering van het overgewicht door de huisarts, waaronder op eigen verzoek ouder(s)/kind (er is nog geen brede anamnese afgenomen en JGZ is nog niet betrokken).
- B. Instroom door verwijzing door de JGZ voor een medisch onderzoek of doorverwijzing naar de kinderarts (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.

#### *Acties*

1. Meet en weeg het kind.
2. Bepaal BMI aan de hand van de tabel Afkapwaarden BMI kinderen (bijlage HA.1).
3. Bespreek het resultaat, eventueel met behulp van de gewichtsverloopkaarten (bijlage Alg.1).

#### *Hulpmiddelen*

- [Bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage HA.1 Diagnostisch instrument](#)
- [Bijlage HA.2 Poster meting kind in huisartsenpraktijk](#)

#### *Extra informatie*

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

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

Ouder(s) / kind komt op consult vanwege overgewicht kind. Huisarts start het diagnostisch onderzoek om te kunnen vaststellen wat er speelt.

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

Huisarts constateert overgewicht kind op basis van zicht terwijl het kind vanwege een andere reden de huisarts consulteert.

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

Ieder kind dat voor een consult bij de huisarts komt wordt gemeten en gewogen door de assistente bij binnenkomst of door de huisarts tijdens het consult. De huisarts bespreekt altijd kort het resultaat van de meting. Er kan gebruik gemaakt worden van bijlage 2, poster meting kind in huisartsenpraktijk, om ouder en kind te informeren over de werkwijze.

## 3.2 Stap 2 Vaststellen wat er speelt

### Doel

Het afnemen van een anamnese in het kader van het overgewicht van het kind. Hierbij gaat het om het achterhalen van mogelijke comorbiditeit die samengaan met het overgewicht en mogelijke medische oorzaken die het overgewicht kunnen verklaren.

### Input

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

### Acties

1. Vraag groeicurven op (lengte, gewicht en BMI) indien deze nog niet ontvangen zijn. Zie 'extra informatie' voor een toelichting op de relevantie van het opvragen van de curven.
2. In stap 1 is het BMI bepaald:
  - a. Indien BMI hoger is dan het equivalent van volwassenen BMI 35 kan actiepunt 3 gestart worden.
  - b. Indien BMI lager is dan het equivalent van volwassenen BMI 35:  
Bepaal aanwezigheid van comorbiditeit en risicofactoren conform de Beslisboom van het Diagnostisch Instrument huisarts (bijlage HA.1).
    - Bepaal of bloedonderzoek geïndiceerd is (vanaf 10 jaar). Zo ja, aanvraagformulier bloedonderzoek invullen en meegeven.
    - Bepaal bloeddruk (vanaf 5 jaar). Bij verhoogde bloeddruk is een tweede meting op een later moment geïndiceerd.
3. Doorloop de indicatiewijzer voor verwijzing naar kinderarts (bijlage HA.1).
4. Bespreek verloop van het gewicht, lengte en BMI van het kind indien de groeicurven aanwezig zijn.
5. Bespreek resultaten onderzoek met ouder(s) en kind.
6. Maak zo nodig een verwijzing naar:
  - a. De JGZ indien de JGZ nog niet betrokken is:
    - Beoordeel of betrokkenheid van de JGZ gewenst is.
    - Bespreek de samenwerking met de JGZ. Zie extra informatie wat de meerwaarde van inzet JGZ is/ kan zijn.
    - Vraag toestemming om patiëntgegevens te delen met JGZ indien contact gewenst is.
  - b. Of de kinderarts voor verder onderzoek.
7. Indien JGZ of kinderarts wordt betrokken, wordt er in deze fase een brede anamnese door hen afgenomen.
8. Indien andere vervolgstappen belangrijk zijn of de voorkeur hebben van ouder(s) of kind, maak afspraken over wie deze vervolgstappen initieert.
9. 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.
10. Registreer gemaakte afspraken en ondernomen acties in het digitaal dossier.

### Hulpmiddelen

- [Bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [bijlage HA.1 Diagnostisch instrument](#)

### Extra informatie

#### Redenen vervolgsconsult voor voortzetting van het diagnostisch onderzoek

Soms is het nodig om een vervolgsconsult te plannen:

1. Reden 1. De beschikbare tijd huisarts is onvoldoende  
Indien het kind voor een andere reden de huisarts bezoekt, verdient het de voorkeur een vervolgsconsult af te spreken voor het bespreken van het overgewicht in verband met de beperkte beschikbare tijd per consult. Het is voldoende om na de meting de zorg over het gewicht van het kind over te brengen en de bereidheid te polsen bij ouder(s) en kind om een vervolgsconsult te plannen om deze zorg verder te bespreken.
2. Reden 2. Er is een bloedonderzoek nodig  
Indien de BMI lager is dan dat van morbide obesitas (BMI waarde kleiner dan BMI vergelijkbaar aan volwassen-waarde 35), en het kind is 10 jaar of ouder(s), is het aan te bevelen een bloedonderzoek uit te laten voeren om bepaalde comorbiditeit en mogelijke oorzaken van het overgewicht uit te sluiten. Bij een kind waar duidelijk is dat het in aanmerking komt voor verwijzing naar kinderarts hoeft geen bloedonderzoek afgenomen te worden. Het bloedonderzoek zal dan plaatsvinden bij de kinderarts zodat het kind niet tweemaal bloed hoeft te prikken.
3. Reden 3. Er is sprake van verhoogde bloeddruk  
Als de bloeddruk van het kind verhoogd is en er geen andere reden is om te verwijzen naar de kinderarts, is een tweede meting op een later moment gewenst om incidenteel verhoogde bloeddruk uit te sluiten.
4. Reden 4. Er zijn meer gegevens gewenst  
De arts kan op basis van de anamnese vermoedens krijgen dat leefstijl niet de enige oorzaak is van het overgewicht. Door aanvullende gegevens op te vragen (bijv. groeicurven van de jeugdgezondheidszorg) kan de huisarts beter vaststellen wat er speelt en/of een verwijzing doen.

#### Toelichting op relevantie van opvragen groeicurven

De groeicurven bieden inzicht in:

- Het tijdsbestek waarin het overgewicht aanwezig is;
- De snelheid en mate waarmee het overgewicht zich ontwikkeld en
- Het verloop van de lengte en het gewicht in combinatie met de BMI en eventuele afwijkingen daarin

De groeicurven bieden de mogelijkheid om navraag bij ouder(s) en kind te doen naar specifieke omstandigheden die aanleiding kunnen zijn dat het gewichtsverloop van het kind is gewijzigd. Daarmee biedt het ook aanknopingspunten voor een eventuele begeleiding.

Het bespreken van de groeicurven draagt bij aan het onderkennen van het overgewicht en de mogelijke gevolgen ervan voor het kind door ouder(s) en/of kind. Het maakt het bespreken van de zorg rondom het gewicht makkelijker voor de professional.

Hieronder volgen twee voorbeelden van specifieke omstandigheden die aanknopingspunten bieden voor verdere begeleiding.

#### Voorbeeld I: analyse curven geeft inzicht in psychosociale problematiek

De 11-jarige Mariska heeft altijd een gezond en normaal gewichtsverloop gekend en laat rond de leeftijd van 9 jaar een plotseling sterke stijging van het gewicht zien. Bij navraag of er iets gewijzigd is in het leven van Mariska, wordt duidelijk dat haar ouder(s) zijn gescheiden toen zij 8 jaar was en dat Mariska sindsdien haar vader niet meer heeft gezien. In de verdere begeleiding is deze informatie belangrijk. Mariska begeleiden in haar leed over de scheiding en verlies van haar vader in combinatie met begeleiding op leefstijl, is waarschijnlijk effectiever dan alleen haar en haar moeder te begeleiden in het doorvoeren van een leefstijlverbetering.

#### Voorbeeld II: analyse curven geeft inzicht in medische problematiek

De 7-jarige Bas laat sinds zijn 3 jaar een geleidelijke toename van zijn overgewicht zien, terwijl er in de leefstijl van het gezin niet veel veranderd lijkt te zijn. Wel is hij gestopt met voetbal omdat hij de trainingen en de wedstrijden te zwaar vond. Andere kinderen pesten hem ook vanwege zijn gewicht. Ouder(s) willen nu echt wat aan het gewicht laten doen, want Bas lijdt er duidelijk onder. De groeicurven bevestigen de toename van de BMI vanaf zijn 3de jaar maar laten ook een langzame afname van zijn lengtegroei zien. Aanvullend onderzoek in het ziekenhuis brengt een partiële groeihormoon deficiëntie aan het licht.

#### **Verwijzing naar de kinderarts**

Verstuur een verwijsbrief naar afdeling kindergeneeskunde van het ziekenhuis met daarin opgenomen:

- Reden van verwijzing voor medisch onderzoek overgewicht in ziekenhuis
- Voorgeschiedenis
- Actuele meetgegevens en groeicurven (indien in bezit)
- Eventuele uitslagen van onderzoek
- Geschiedenis van hulpverlening

#### **Verwijzing naar de jeugdverpleegkundige**

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.

**In de verwijzing naar de JGZ dient het volgende te worden opgenomen (indien toestemming daarvoor verkregen van ouder(s) is):**

- BSN, NAW en geboortedatum kind
- Telefoonnummer en emailadres ouder,
- School en klas van het kind
- Algemene gegevens:
  - a. Hulpvraag ouder(s) en kind
  - b. Voorgeschiedenis van eerdere behandelingen (indien van toepassing)
  - c. Mate waarin ouders en kind gemotiveerd zijn / ingebrachte bezwaren voor begeleiding
  - d. Mogelijke belemmeringen voor succesvolle begeleiding
  - e. Met ouder / kind gemaakte afspraken over samenwerking met de JGZ
  - f. Aanvullende gegevens diëtist: voedingsgewoonten en/of wensen
  - g. Aanvullende gegevens fysiotherapeut: bewegingsmogelijkheden / beperkingen kind
  - h. Aanvullende gegevens huisarts: kopie verwijzing naar kinderarts (indien van toepassing)
- Gemeten waardes van lengte, gewicht, BMI en datum van meting (beschikbare groeigegevens bij kinderarts)
- Reeds ondernomen acties en bevindingen
- Specifieke vraagstelling voor de JGZ

### 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 huisarts 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 huisarts 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 huisarts 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.
  - 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.

#### *Extra informatie*

In een aantal situaties is een actieve bijdrage van de huisarts in deze stap gewenst.

#### **Situatie 1: Begeleiding door de huisarts zelf.**

De begeleiding naar passende ondersteuning en zorg invullen vanuit de eigen huisartspraktijk kan overwogen worden op het moment dat de huisarts:

- Merkt dat er bezwaren of drempels zijn om naar de jeugdgezondheidszorg te gaan voor een begeleidingstraject of
- Hierin zelf vanuit zijn praktijk een actieve rol in wil vervullen.

Dit kan bijvoorbeeld door inzet van de praktijkondersteuner huisarts (POH-er) gerealiseerd worden. Advies is om de jeugdverpleegkundige te raadplegen voor de inzet van passende ondersteuning en zorg.

**Situatie 2: Autoriteit huisarts.**

Als de jeugdverpleegkundige of jeugdarts merkt dat het advies van de huisarts meer gewicht in de schaal legt, wordt met de huisarts besproken wie welke bijdrage levert in de toeleiding naar passende ondersteuning en zorg.

**Situatie 3: Collegiaal overleg jeugdarts.**

Als er sprake is van medische complicaties als gevolg van het overgewicht waarvoor inzet van specifieke zorg nodig is, overlegt de jeugdarts met de huisarts welke vervolgstappen gewenst zijn en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van deze vervolgstappen.

### 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 huisarts gekozen hebben voor de coördinatie door de huisarts (en niet door de JGZ) wordt deze stap door de huisarts uitgevoerd. Indien nodig wordt het begeleidingstraject weer hervat bij terugval.



## Bijlagen

- [Bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage HA.1 Diagnostisch instrument](#)
- [Bijlage HA.2 Poster meting kind in huisartsenpraktijk](#)

## 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