

Module Kinderarts

Werkwijze aanpak overgewicht kinderen



Proeftuin aanpak overgewicht kinderen 's-Hertogenbosch

Versienummer: 2.0
Datum: 01-04-2019

Inhoud

1. Vooraf	2
1.1 Hoe is deze module ontstaan?	2
1.2 Waarom deze module?	2
1.3 Voor wie is deze module bedoeld?	2
1.4 Wat kun je met deze module?	3
1.5 Leeswijzer	3
1.6 Wat verder belangrijk is	3
2. De aanpak en de rol van de kinderarts	5
2.1 Een aanpak in 6 stappen	5
2.2 De rol en positie van de kinderarts in het netwerk.....	6
2.3 Rol van de kinderarts in 's-Hertogenbosch	7
3. De taken en activiteiten van de kinderarts	8
3.1 Stap 1 Overgewicht constateren	10
3.2 Stap 2 Vaststellen wat er speelt	11
3.3 Stap 3 Samenhang en aanpak bespreken	16
3.4 Stap 4 Plan maken en taken verdelen	16
3.5 Stap 5 Aan de slag	16
3.6 Stap 6 Zorgen dat het blijft werken.....	17
Bijlagen	18
Begrippenlijst	19

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 kinderarts 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 kinderarts 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 kinderarts 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.

1.3 Voor wie is deze module bedoeld?

Deze module is bedoeld voor personen die het als zijn of haar verantwoordelijkheid zien de kinderarts 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 kinderarts 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 kinderarts: 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 kinderarts en de samenwerking tussen kinderarts, de jeugdgezondheidszorg en de huisarts en andere professionals in het medische of sociale domein;
- Ter informatie: onderdelen uit de module worden gebruikt om betrokkenen te informeren en te stimuleren om meer samenwerking te realiseren, eventueel op andere aandachtsgebieden, aandoeningen of thema's.

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

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

1.5 Leeswijzer

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

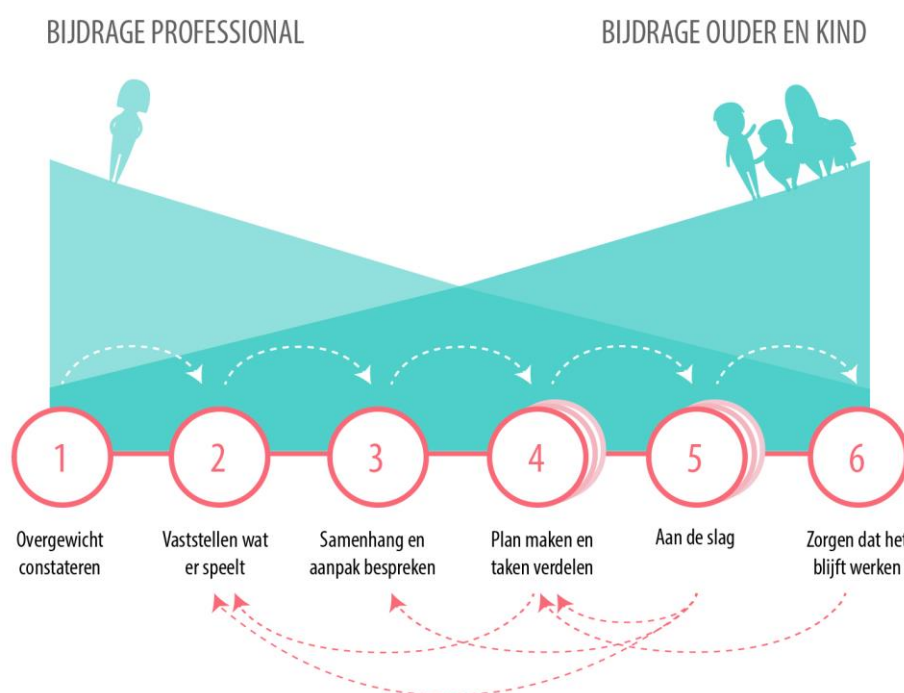
De Zorgstandaard Obesitas en de CBO richtlijn Obesitas, inclusief de beide addenda voor kinderen, de NHG-richtlijn Overgewicht en de JGZ-richtlijn Overgewicht zijn als basis gebruikt om de werkwijze voor de kinderarts invulling te geven. Uitgangspunt bij het vertalen van de zorgstandaard en de richtlijnen naar een werkwijze voor kinderarts is geweest dat de werkwijze vooral handzaam, eenvoudig en praktisch toepasbaar moet zijn en dat het een duidelijke aanvulling biedt op het aandeel dat door de huisartsen en/of de jeugdgezondheidszorg geleverd wordt.

2. De aanpak en de rol van de kinderarts

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 kinderarts 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 kinderarts 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 kinderarts is van belang bij stap 1 'Overgewicht constateren', stap 2 'vaststellen wat er speelt' en stap 5 'Aan de slag'. Op indicatie kan de kinderarts ook een rol spelen bij stap 3 'Samenhang en aanpak bespreken'.

Er zijn diverse redenen die de rol van de kinderarts in de aanpak van overgewicht bij kinderen gewenst maken. Bij een groot deel van de groep kinderen met overgewicht is het nodig dat er medisch onderzoek gedaan wordt om eventuele comorbiditeit en medische aandoeningen die het overgewicht veroorzaken uit te sluiten of aan te tonen. Dit medisch onderzoek kan grotendeels door de jeugdarts of huisarts uitgevoerd worden. Redenen om de kinderarts erbij te betrekken of om de kinderarts het volledige medisch onderzoek te laten doen zijn o.a. de volgende:

- Medisch specialistische competenties zijn gewenst;
- De kinderarts kan vanuit zijn positie als medische professional in het netwerk een extra bijdrage leveren aan het wegnemen van vermoedens van onderliggend lijden (fysieke oorzaken) en daarmee impliciet helpen de ouder(s) en kind te motiveren om te streven naar een gewenste leefstijlverbetering.

Vrijwel alle kinderen worden gemeten en gewogen bij een bezoek aan de kinderarts, wat de kinderarts eveneens bij uitstek een signalerende functie geeft. De kinderarts draagt vanuit zijn signalerende rol bij aan de 'kracht van de herhaling' in het overbrengen van de boodschap dat het kind (toekomstige) gezondheidsrisico's loopt vanwege het gewicht.

De vergaande kennis van de kinderarts op het gebied van ziekte en gezondheid in de periode van preconceptie naar volwassenheid maakt hem/haar bij uitstek de aangewezen expert voor beantwoording van een veel gestelde vraag van ouder(s), namelijk: 'waarom is mijn kind zo dik'?

2.3 Rol van de kinderarts in 's-Hertogenbosch

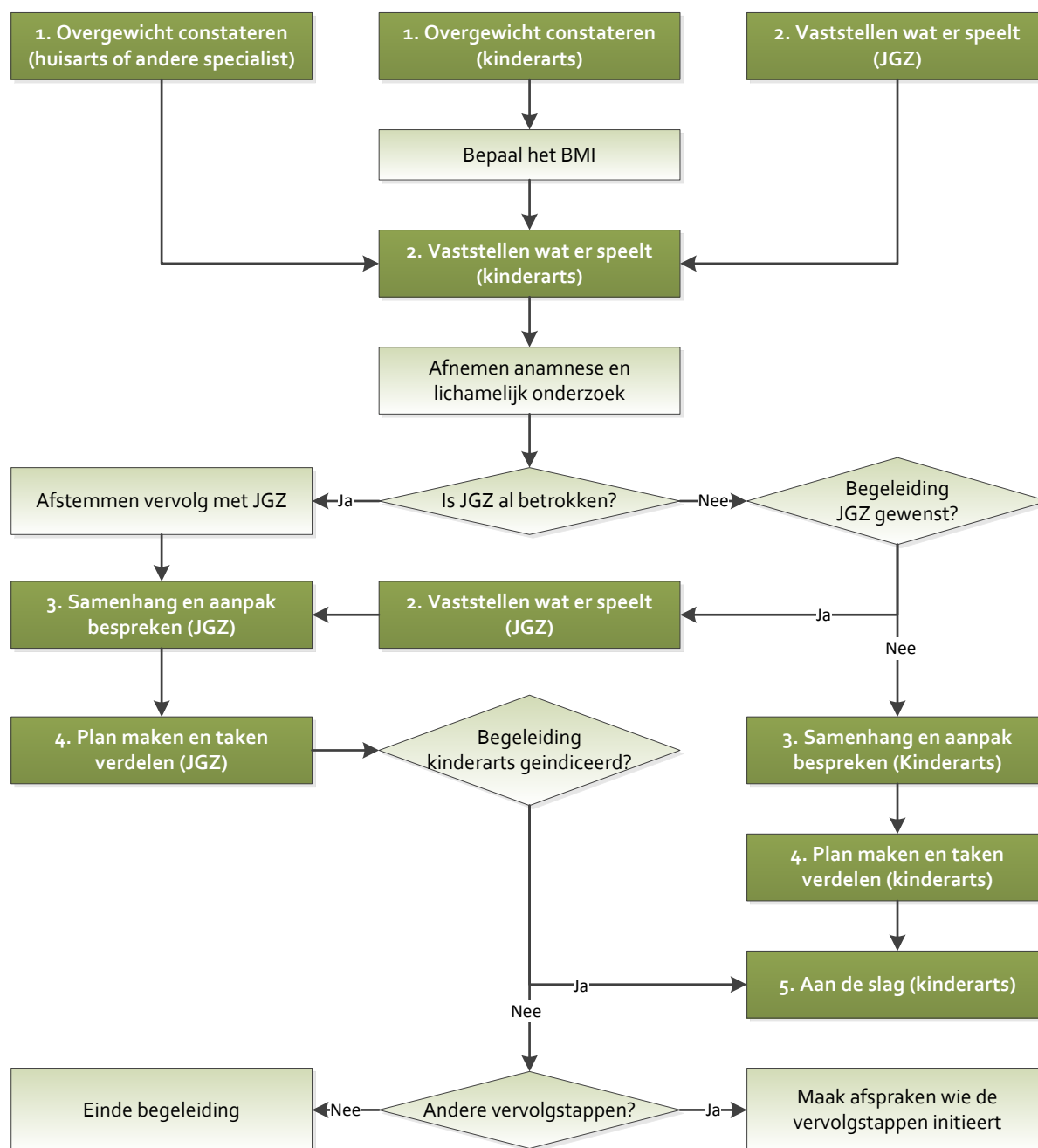
In het Jeroen Bosch ziekenhuis in 's-Hertogenbosch is er een onderscheid te maken tussen grofweg 3 situaties.

1. Alle kinderartsen hebben een rol in het constateren van overgewicht (stap 1). Dit gaat om kinderen die voor overgewicht of een andere reden de kinderarts bezoeken.
2. Kinderen kunnen verwezen worden naar de kinderarts voor een bijdrage aan stap 2 'Vaststellen wat er speelt'. Op basis van de complexiteit van de casus worden kinderen ingedeeld in:
 - a. het reguliere zorgpad, waarbij een kinderarts en pedagogisch hulpverlener zijn betrokken, of
 - b. het gespecialiseerde zorgpad, waarbij een kinderarts-endocrinoloog, verpleegkundig specialist kinderendocrinologie, kinderverpleegkundigen, medisch psychologen, pedagogisch hulpverleners, fysiotherapeuten en diëtisten zijn betrokken. Waar nodig wordt deze groep aangevuld met professionals van andere specialismen, zoals een klinisch geneticus, KNO-arts, longarts of neuroloog.

In deze module beschrijven we de taken van de kinderarts van situatie 1 en 2a. Het gespecialiseerde zorgpad (situatie 2b) is beschreven in de [module Gespecialiseerd Zorgpad](#).

3. De taken en activiteiten van de kinderarts

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 kinderarts weer.



Figuur 3 Processchema taken en activiteiten

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

- A. Constatering van overgewicht door de kinderarts bij een kind wat om een andere reden de kinderarts bezoekt.
- B. Instroom in het zorgpad na constatering van het overgewicht door de huisarts of een andere specialist, waaronder op eigen verzoek ouder(s)/kind (bij voorkeur is de JGZ al betrokken en heeft een brede anamnese afgenomen).
- C. Instroom in het zorgpad na verwijzing door de JGZ voor een medisch onderzoek (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.

Input

- Meet- en weeggegevens kind bij binnenkomst poli.

Acties

1. Bepaal BMI aan de hand van tabel 1 Afkapwaarden BMI kinderen (bijlage KA.1).
2. Bespreek het resultaat, eventueel met behulp van de gewichtsverloopkaarten (bijlage Alg.1).

Hulpmiddelen

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

Extra informatie

Het is vooral van belang dat bij afwijkend gewicht de zorg over het gewicht van het kind met ouder(s) wordt gedeeld. Indien het overgewicht van het kind niet besproken wordt na meting en weging, wordt er impliciet het signaal afgegeven dat het gewicht van het kind geen reden tot zorg is. Jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen treffen regelmatig ouder(s) die aangeven dat zij zich geen zorgen maken over het gewicht van hun kind omdat de kinderarts er onlangs ook niets over gezegd heeft, terwijl het kind gemeten en gewogen was.

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 brede anamnese JGZ inclusief de groeicurven
- Indien verwezen door de huisarts of andere specialist: relevante informatie uit de verwijzing.

Acties

De acties zijn onderverdeeld in 2 delen, afhankelijk van de startsituatie A, B of C (zie inleiding hoofdstuk 3).

Na constatering overgewicht door kinderarts bij bezoek om andere reden (situatie A)

1. Vraag groeicurven op (lengte, gewicht en BMI) indien deze nog niet ontvangen zijn.
2. Bespreek verloop van het gewicht, lengte en BMI van het kind.
3. Ga na: waarom komen deze ouder(s) en kind op dit moment bij mij op het spreekuur? (zie extra informatie)
4. In stap 1 is het BMI bepaald. Indien ouders (en kind) open staan om het overgewicht te bespreken, vertel dan dat aanvullend onderzoek nodig is om het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) te bepalen om de mate van ernst van het overgewicht nader te kunnen duiden.
5. Uitvoeren lichamelijk onderzoek aan de hand van het Diagnostisch instrument kinderarts, op indicatie inclusief bloedonderzoek en bloeddruk bepaling (bijlage KA.1).
6. Bepaal het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (GGR) (tabel 5) en neem daarin de overgewicht bevorderende en beschermende factoren mee.
 - a. Indien het GGR licht of matig verhoogd is: inventariseer of de JGZ al betrokken is (centrale zorgverlener), bespreek de samenwerking met de JGZ (zie extra informatie wat de meerwaarde van inzet JGZ is/ kan zijn) en verwijs indien ouder en kind akkoord zijn.
 - b. Indien het GGR sterk of extreem verhoogd is, doorloop de indicatiewijzer voor verwijzing naar het zorgpad en verwijs zo nodig door naar het zorgpad overgewicht. Middels een screening door het team van het zorgpad wordt bepaald of het kind in het reguliere zorgpad of het gespecialiseerde zorgpad zal instromen.
7. Indien ouders (en kind) niet open staan om het overgewicht te bespreken:
 - a. Toon begrip en benoem het belang van tijdig signaleren. Voorkomen is beter en makkelijker dan genezen;
 - b. Nodig ze uit om er nog een keer verder over te praten;
 - c. Of informeer of je naar de JGZ of huisarts mag verwijzen om er verder over te praten;
 - d. Benoem in elk geval dat je ook de huisarts van de uitkomst op de hoogte zal stellen;

8. Informeer huisarts bij verwijzing naar JGZ of bij instroom in het zorgpad overgewicht kinderen.
9. Indien andere vervolgstappen belangrijk zijn of de voorkeur hebben van ouder(s) of kind, maak afspraken over wie deze vervolgstappen initieert.
10. 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.
11. Registreer gemaakte afspraken en ondernomen acties in het digitaal dossier.

Het zorgpad

Instroom in het zorgpad na verwijzing door huisarts, JGZ, andere specialist (situatie B of C) of vanuit actie 4b van bovenstaande

1. Registreer het kind voor de aanmelding van het zorgpad.
2. Stuur de voorbereidende anamneselijsten (zie bijlage KA.2 voor de vragenlijst die in het Jeroen Bosch Ziekenhuis gebruikt wordt. Daarnaast wordt een kwaliteit van leven vragenlijst (IWQOL gestuurd).
3. Vraag groeicurven op (lengte, gewicht en BMI) indien deze nog niet ontvangen zijn.
4. Consult pedagogisch hulpverlener:
 - a. Voorbereiding met behulp van de ingevulde vragenlijsten en de verwijzing.
 - b. Brede anamnese aan de hand van de checklist psychosociale anamnese (Bijlage KA.3)
 - c. Bepaal aan de hand van verkregen informatie wat een passend vervolgtraject zou zijn. Hiervoor kunnen de assessmenttools (bijlage ALG.2 Assessmenttool eenvoudig, ALG.3 Assessmenttool meervoudig en ALG.4 Assessmenttool complex) een hulpmiddel zijn.
 - d. Bespreek met ouder(s) het vervolg op dit gesprek.
 - e. Plan een afspraak bij een kinderarts in.
 - f. Rapporteer bevindingen psychosociale anamnese in het patiëntdossier waarin opgenomen:
 - conclusie over de oorzakelijke en in stand houdende factoren van het overgewicht en
 - advies voor de kinderarts over de voorgestelde ondersteuning en zorg.
5. Consult kinderarts:
 - a. Voorbereiding met behulp van de ingevulde vragenlijsten, de verwijzing en rapportage pedagogisch hulpverlener.
 - b. Krijg inzicht in de vraag 'Waarom komen deze ouder(s) en kind op dit moment bij mij op het spreekuur?' (zie kopje extra informatie).
 - c. Uitvoeren lichamelijk onderzoek aan de hand van het Diagnostisch instrument kinderarts, op indicatie inclusief bloedonderzoek en bloeddruk bepaling (bijlage KA.1).
 - d. Bepaal aan de hand van tabel 4 (bijlage KA.1) of er een verhoogde kans is op een onderliggend medisch probleem.
 - e. Geef uitleg aan ouder(s) en kind hoe de 'aanleg' voor overgewicht bij dit kind te verklaren is aan de hand van het overzicht 'overgewicht bevorderende en beschermende factoren' op het Diagnostisch instrument.
 - f. Bespreek eerste bevindingen van het onderzoek en de mogelijkheden voor een vervolgtraject. Gebruik eventueel bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart om inzicht te geven in het potentieel gewichtsverloop.

- g. Communiceer dat de pedagogische hulpverlener telefonisch contact opneemt met ouder(s) om het in te zetten vervolgetraject in meer detail te bespreken.
 - h. Plan een telefonisch consult na 5 werkdagen voor bespreking uitslagen aanvullende onderzoek (indien afgenomen).
 - i. Rapporteer bevindingen in patiëntdossier.
6. Indien er aanvullend onderzoek is afgenomen geeft de kinderarts in een vervolg (telefonisch) consult de uitslagen door.
 7. Indien de casuïstiek complexer is dan in eerste instantie gedacht kan het kind worden doorverwezen naar het gespecialiseerde zorgpad (zie module gespecialiseerd zorgpad).
 8. Registreer gemaakte afspraken en ondernomen acties in het digitaal dossier en stel de huisarts en de verwijzer op de hoogte.

Hulpmiddelen

- [Bijlage KA.1 Diagnostisch instrument](#)
- [Bijlage KA.2 Anamnesevragenlijsten Jeroen Bosch Ziekenhuis](#)
- [Bijlage KA.3 Checklist \(psychosociale\) anamnese zorgpad overgewicht](#)
- [Bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage ALG.2 Assessment tool eenvoudig](#)
- [Bijlage ALG.3 Assessment tool meervoudig](#)
- [Bijlage ALG.4 Assessment tool complex](#)

Extra informatie

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.

De eerst te beantwoorden vraag: Waarom komen deze ouder(s) en kind op dit moment bij mij op het spreekuur?

Hulpvragen (de relevante informatie die reeds is verkregen in het voortraject, kan benut worden om vragen te bespreken):

- Verwijzing of op eigen initiatief?
- Staan ouders achter de verwijzing?
- Wanneer is het overgewicht ontstaan?
- Hebben ouders een idee van de oorzaak van het overgewicht?
- Wat hebben ouder(s) en kind er tot nu toe aan gedaan?
- Is al eerder hulp gezocht / ingezet naar aanleiding van het overgewicht?
- Hoe is leefstijl in het systeem?
- Hoe is de opvoedingsstijl in het systeem?
- Herkent één van of beide ouder(s) het gewichtsbeloop van hun kind m.b.t eigen gewichtsbeloop of van oudere kinderen?
- Wie is de regiehouder in het systeem?

Verwijzing naar de jeugdverpleegkundige

In de Bossche aanpak 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 (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

Afhankelijk van alle bevindingen wordt overlegd met het gezin om, indien nodig, passende ondersteuning en zorg in de 0^e en 1^e lijn in te gaan schakelen in overleg met de centrale zorgverlener. In 's-Hertogenbosch is dit meestal de jeugdverpleegkundige. Daarbij wordt onder andere gekeken welke ondersteuning en zorg al betrokken is bij het gezin en een rol in het integrale plan van aanpak kan gaan spelen. Daarnaast wordt er gekeken welke rol het gezin zelf op zich kan nemen.

Indien wenselijk kan de casus worden ingebracht in de kindbespreking. De kinderarts 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).

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. Indien er geen centrale zorgverlener aanwezig is, zal deze taak door de pedagogisch hulpverlener en de kinderarts worden uitgevoerd.

3.5 Stap 5 Aan de slag

Doel

Het uitvoeren van het integrale plan van aanpak conform afspraak. De kinderarts kan één van de professionals zijn die een aandeel levert door behandeling van medische oorzaken of complicaties. Dit vindt plaats binnen het zorgpad.

Acties

1. Begeleiden van het kind conform gemaakte afspraken in het integrale plan.
2. Periodieke evaluaties (afhankelijk van gemaakte afspraken):
 - a. Behandel conform reguliere behandelprotocollen behorende bij geconstateerde aandoeningen.
 - b. Bepaal verandering en/of voortgang.
 - c. Bepaal eventuele hobbels voor voortgang en/of mogelijke borging van het resultaat.
 - d. 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 het ziekenhuis in deze stap gewenst.

Situatie 1: Begeleiding door het ziekenhuis zelf.

De begeleiding naar passende ondersteuning en zorg vanuit het ziekenhuis kan overwogen worden op het moment dat er bezwaren of drempels zijn om naar de jeugdgezondheidszorg te gaan voor een begeleidingstraject, in combinatie met medische indicatie waarvoor betrokkenheid van het ziekenhuis gewenst is. Advies is om de centrale zorgverlener (JGZ) te raadplegen voor bij het kind/gezin passende ondersteuning en zorg.

Situatie 2: Autoriteit kinderarts.

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

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

Bijlagen

- [Bijlage KA.1 Diagnostisch instrument](#)
- [Bijlage KA.2 Anamnesevragenlijsten Jeroen Bosch Ziekenhuis](#)
- [Bijlage KA.3 Checklist \(psychosociale\) anamnese zorgpad overgewicht](#)
- [Bijlage ALG.1 Gewichtsverloopkaart](#)
- [Bijlage ALG.2 Assessment tool eenvoudig](#)
- [Bijlage ALG.3 Assessment tool meervoudig](#)
- [Bijlage ALG.4 Assessment tool complex](#)

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