

Zorgaanspraken voor kinderen met  
overgewicht en obesitas: een handreiking

Datum 04 augustus 2015  
Status Definitief



## Colofon

Volgnummer	2015094593
Auteurs	Jolanda Latta, Freerkje van der Meer Nicole Boluyt, kinderarts
Afdeling	Zorg Dichtbij



## Inhoud

### **Colofon—1**

### **Inleiding—5**

<b>1</b>	<b>De zorg en de domeinen samengevat—7</b>
<b>2</b>	<b>Indicatie—11</b>
2.1	BMI en GGR—11
2.2	Comorbiditeit en risicofactoren—11
2.3	Andere problematiek—11
2.4	Motivatie—11
<b>3</b>	<b>Interventie: gecombineerde leefstijlinterventie—13</b>
3.1	GLI—13
3.2	Beweegcomponent—13
3.3	Opname—14
3.4	Systeemaanpak—14
3.5	Doelen en duur van de GLI—14
<b>4</b>	<b>Individueel gespecialiseerd advies rond voeding en bewegen—17</b>
<b>5</b>	<b>Psychosociale problematiek—19</b>
<b>6</b>	<b>Integrale zorg: organisatie en coördinatie van de zorg—21</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>De zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas in een aantal documenten—23</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Zvw-prestaties bij een gecombineerde leefstijlinterventie—25</b>



## Inleiding

Het aanbod van zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas bleek de afgelopen jaren niet van de grond te komen. Zorginstituut Nederland heeft in 2009 een standpunt uitgebracht over de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas.<sup>1</sup> Daarin hebben we beschreven welke zorg tot de Zvw behoort bij welke indicatie. Het CVZ concludeerde in dit standpunt dat de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor kinderen onder de basisverzekering valt. In 2012 is het *Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas; Ketenzorg voor kinderen met een extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en hun ouders* vastgesteld. Daarin is beschreven wat goede zorg is voor deze kinderen. In de praktijk bleek behoefte aan een praktische handreiking waaruit duidelijk wordt hoe de relatie is tussen de richtlijnen voor goede zorg en de aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het voorliggende document geeft daar antwoord op. Het is een praktische handreiking waarin duidelijk wordt op welke zorg een kind met overgewicht of obesitas is aangewezen en of deze zorg onder het domein van de Zvw valt, of dat andere domeinen zijn aangewezen

De zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas is beschreven in een aantal documenten, waaronder het *Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij kinderen en volwassenen'*, het reeds genoemde *Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas* en de *JGZ Richtlijn Overgewicht* (zie bijlage 1 voor volledige overzicht).

Het verschijnen van deze documenten leidde niet tot de totstandkoming van een zorgaanbod voor kinderen met overgewicht in de praktijk. Zowel bij zorgverzekeraars als bij gemeenten bestond onduidelijkheid over welke (onderdelen van de) zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas tot het domein van de Zvw gerekend moeten worden, en welke niet. De onduidelijkheid over begin- en eindpunt van de Zvw, belemmerde de totstandkoming van dit zorgaanbod.

Met het doel deze onduidelijkheid weg te nemen, heeft Zorginstituut Nederland diverse malen overleg gehad met afwisselend één of meer van de volgende organisaties: zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), gemeenten, Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), kinderartsen en het Ministerie van VWS. In de overleggen zijn de indicaties en interventies verduidelijkt, onduidelijkheden benoemd en suggesties ter verheldering aangedragen. Partijen zijn derhalve betrokken geweest bij het tot stand komen van deze handreiking. Met deze praktische handreiking maakt het Zorginstituut inzichtelijk in welke gevallen de zorg waarop een kind met overgewicht en obesitas is aangewezen op basis van de zorgstandaard onder het domein van de Zvw valt en dus vergoed wordt uit de basisverzekering, of dat een ander domein is aangewezen. Zorginstituut Nederland beoogt met de handreiking een bijdrage te leveren aan de realisering van een zorgaanbod voor deze kinderen conform de zorgstandaard.

<sup>1</sup> *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*. CVZ. 2009. <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2009/0902-preventie-bij-overgewicht-en-obesitas-de-gecombineerde-leefstijlinterventie/0902-preventie-bij-overgewicht-en-obesitas-de-gecombineerde-leefstijlinterventie/Preventie+bij+overgewicht+en+obesitas%3A+de+gecombineerde+leefstijlinterventie.pdf>

In de praktijk kunnen zich nieuwe vragen voordoen waarop deze versie van de handreiking nog geen antwoord biedt. Als vragen in de praktijk daar aanleiding toe geven, zal Zorginstituut Nederland, in samenspraak met genoemde organisaties, de handreiking aanpassen.

In hoofdstuk 1 geven we een schematisch overzicht van de indicaties en interventies die in deze handreiking aan de orde komen. Daarbij geven we ook het bijbehorende domein aan (Zvw-basisverzekering of gemeentelijk domein). In hoofdstuk 2 gaan we nader in op de indicatie. In hoofdstuk 3 gaan we in op de onderdelen van de interventie en geven we aan óf en in hoeverre de zorg onder het domein van de Zvw valt. In de hoofdstukken 4 en 5 bespreken we gezondheidsrisico's anders dan het gewichtsgelateerde, die van invloed kunnen zijn op het (ontstaan van) overgewicht en obesitas met bijbehorende interventie en domein. In hoofdstuk 6 gaan we in op het belang van de samenwerking tussen zorgverleners uit de verschillende domeinen die cruciaal is voor het realiseren van een adequaat zorgaanbod.

## 1 De zorg en de domeinen samengevat

De zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas, dat wil zeggen de indicatie, de bijbehorende interventie en de vaststelling of de zorg tot het domein van de Zvw hoort, hebben wij in tabel 1 op de volgende pagina weergegeven. In deze tabel is aangegeven wanneer een interventie aan de orde is die ingrijpt op het overgewicht en wat deze interventie inhoudt (inclusief systeemaanpak). Het Gewichtsgelateerd GezondheidsRisico (GGR) bepaalt de inhoud van de interventie. (In de praktijk is stepped care het uitgangspunt, dat wil zeggen dat met een lagere interventie gestart kan worden dan in de tabel gelezen wordt.)

In tabel 2 staan gezondheidsrisico's vermeld die invloed kunnen hebben op het (ontstaan van) overgewicht en obesitas, maar die hun eigen vorm(en) van zorg vergen (dat wil zeggen *niet* advies/coaching rond gezonde leefstijl of een gecombineerde leefstijlinterventie, maar bijvoorbeeld individuele gespecialiseerde adviezen rond voeding of bewegen).

	INDICATIE		INTERVENTIE	DOMEIN
	BMI & risico	GGR		
5	BMI $\geq$ 40 of $\geq$ 35 BMI < 40 & risicofactoren of co-morbiditeit	extreem verhoogd GGR	intensieve GLI (zonodig klinische opname <sup>2</sup> )	Zvw
4	$\geq$ 35 BMI < 40 of $\geq$ 30 BMI < 35 & risicofactoren of co-morbiditeit	sterk verhoogd GGR	GLI adviezen/coaching tav: • voeding • bewegen • gedragsverandering (gericht op het kind en zijn systeem)	Zvw
	$\geq$ 30 BMI < 35 of $\geq$ 25 BMI < 30 & risicofactoren of co-morbiditeit	matig verhoogd GGR	&  beweegaanbod in de wijk	&  gemeente <sup>3</sup>
2	$\geq$ 25 BMI < 30	licht verhoogd GGR	individuele adviezen over gezonde leefstijl  &  beweegaanbod in de wijk	Zvw  &  gemeente
1	BMI < 25	geen GGR	beweegaanbod in de wijk	gemeente

**tabel 1** Gewichtsgelateerd GezondheidsRisico (GGR) – interventie – domein

<sup>2</sup> Na verwijzing door een expertisecentrum voor obesitas bij kinderen

<sup>3</sup> De Wet publieke gezondheid (Wpg) vormt de basis voor de jeugdgezondheidszorg binnen de publieke gezondheidszorg: een landelijk preventief gezondheidszorgpakket dat actief wordt aangeboden aan alle jeugdigen tot 18 jaar. In het Besluit publieke gezondheid zijn de taken van de Jeugdgezondheidszorg uitgewerkt in een basistakenpakket. Het Besluit stelt dat de werkzaamheden *voorlichting, advies, instructie en begeleiding* omvatten en dat zij in ieder geval en *overgewicht en leefstijl* betreffen. Hieronder vallen taken op het gebied van *sport en bewegen*. Het staat de gemeentes vrij zelf te bepalen op welke wijze zij invulling geven aan deze taken. De wet of het besluit geven hierover geen aanwijzingen.

	<b>INDICATIE</b>	<b>INTERVENTIE</b>	<b>DOMEIN</b>
<b>A</b>	risico's op gebied van voeding (bijv voedselintolerantie)	individueel advies diëtist	Zvw
<b>B</b>	bewegbeperking (bewegingsapparaat/ energetisch)	fysiotherapie	Zvw
<b>C</b>	psychische aandoening (bijv depressie)	Jeugd GGZ	gemeente Jeugdwet
<b>D</b>	gezinsproblematiek (sociaal-maatschappelijk)	gezins-/ maatschappelijke ondersteuning	gemeente

**tabel 2** Andere risico's (niet-GGR) – interventie – domein



## 2 Indicatie

### 2.1 BMI en GGR

Voor kinderen met overgewicht en obesitas is de zorgbehoefte gebaseerd op de Body Mass Index (BMI) van het kind (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht), de aanwezigheid van risicofactoren of co-morbiditeit en het daaraan gekoppelde gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR).

De BMI wordt gehanteerd om obesitas vast te stellen; bij een BMI  $\geq 30$  wordt de diagnose obesitas gesteld. De mogelijke gezondheidsschade als gevolg van obesitas wordt echter niet enkel bepaald door de BMI, maar ook door additionele risicofactoren of aandoeningen. Voor het vaststellen van de zorgbehoefte en het vereiste niveau van zorgverlening wordt dan ook niet alleen naar de BMI gekeken, maar wordt uitgegaan van het GGR. Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is<sup>4</sup>.

Voorbeeld ter toelichting op het schema:

Ad 1. Een kind met een BMI lager dan 25 heeft geen gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) en daarmee geen indicatie voor geneeskundige zorg ten laste van de Zvw.

### 2.2 Comorbiditeit en risicofactoren

- Er is sprake van comorbiditeit bij de aanwezigheid van hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2
- Risicofactoren zijn<sup>5</sup>: hoge bloeddruk; afwijkend lipidenprofiel (vergroot de kans op hart- en vaatziekten); een verhoogde nuchtere glucose/ gestoorde orale glucose tolerantietest ((pre)diabetes type 2); ernstige OSAS (AHI>10); NASH/leverfibrose (de Zorgstandaard/het addendum geeft maat en getal bij deze risicofactoren.)

### 2.3 Andere problematiek

*(Tabel 2 onder A. en B., C. en D. kolom Indicatie)*

In de diagnostische fase moet het GGR onderscheiden worden van andere risico's zoals psychosociale omstandigheden, gezinsproblematiek en psychische aandoeningen van het kind (bijvoorbeeld depressie) en van onderliggende medische problematiek op het gebied van voeding en bewegen. Psychosociale en/of psychische problematiek kunnen het ongezonde gedrag van het kind beïnvloeden, terwijl medische beperkingen normaal bewegen en normale voeding in de weg kunnen staan. De verschillende probleemgebieden kennen alle hun eigen interventies. (Zie verder hoofdstuk 4 en 5).

Dit onderscheid is belangrijk om aan te geven uit welk domein de zorg, en daarmee de financiering moet komen. Zo hoort bij gezinsproblematiek gezins- en maatschappelijke ondersteuning en geen GLI (het gaat bij gezinsproblematiek niet om het betrekken van het systeem bij de behandeling van het kind zoals bij de GLI gebeurt (zie paragraaf 3.4), maar om de aanpak van specifieke problemen van dit gezin).

### 2.4 Motivatie

Indien een kind en/of zijn ouders ongemotiveerd zijn om de leefstijl ten aanzien van het overgewicht te veranderen, heeft een GLI weinig zin. Het gebrek aan motivatie kan als een contra-indicatie voor de inzet van de GLI worden beschouwd<sup>6</sup>. Dit

<sup>4</sup> De criteria staan vermeld in het addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen'.

<sup>5</sup> Het kan zijn dat de risicofactoren worden bijgesteld: zie voor de actuele risicofactoren het addendum bij de zorgstandaard.

<sup>6</sup> Dit is bij bijvoorbeeld stoppen met roken ook het geval: wanneer de roker niet gemotiveerd is, wordt het stoppen met roken-programma niet gestart.

betekent echter niet dat het kind geen zorg nodig heeft: nagegaan kan worden hoe de motivatie van het kind voor een GLI kan worden bevorderd en hoe het kind naar passende zorg kan worden toegeleid.

### 3 Interventie: gecombineerde leefstijlinterventie

#### 3.1 GLI

Het GGR geeft een indicatie welke interventie is aangewezen en in welke omvang. De interventie, de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), is gericht op gewichtsstabilisatie of gewichtsreductie (afhankelijk van de leeftijd van het kind) en stuurt op zelfmanagement: het verwerven en behouden van gezond gedrag om gewichtsreductie en lichamelijke fitheid te behouden.

- Een gecombineerde leefstijlinterventie omvat altijd adviezen en coaching over voeding, beweging en gedragsverandering voor het kind en zijn systeem (zie verder 3.4).

Onder coaching verstaan wij het ondersteunen van de gedragsverandering via motivational interviewing en technieken uit de cognitieve gedragstherapie. (Zie bijlage 2 voor de betreffende Zvw-prestaties).

- Een GLI kent verschillende niveaus van intensiteit. In het schema is aangegeven welke interventie (welke intensiteit van de GLI) het kind bij welke indicatie maximaal nodig heeft.

Uitgangspunt is stepped care, dat wil zeggen dat zorgverleners in de eerste plaats streven naar een interventie zo laag mogelijk in het schema (tabel 1)<sup>7</sup>, ook als het een matig, ernstig of extreem verhoogd GGR betreft.

De stepped- en matched care benadering geeft aan dat in principe met laag complexe zorg wordt gestart waar mogelijk en intensieve zorg waar noodzakelijk. Intensieve zorg betekent een GLI op maat waarin de intensivering zich vertaalt in een zo nodig meer op de persoon toegesneden (para-)medische begeleiding.

- Niet de inhoud van de zorg, maar de indicatie is bepalend voor het domein. Vanaf een matig verhoogd GGR (zie tabel 1 ad 3), is het kind aangewezen op een gecombineerde leefstijlinterventie. De zorg voor dit kind valt onder de basisverzekering, ook wanneer volgens het principe van stepped care met een lichter programma wordt gestart conform het niveau behorende bij een licht verhoogd GGR (zie tabel 1 ad 2).

Voorbeeld ter toelichting op het schema:

Ad 3., 4. en 5. Bij een BMI vanaf 30 of 25 mét andere risicofactoren of co-morbiditeit, is sprake van een meer dan licht verhoogd GGR en daarmee van een indicatie voor geneeskundige zorg, d.w.z. het kind is redelijkerwijs aangewezen op een gecombineerde leefstijlinterventie. De onderdelen advies en coaching over voeding, over gedrag en over bewegen komen ten laste van de Zvw.

#### 3.2 Bewegingcomponent

In het algemeen geldt voor het bewegen:

- Als onderdeel van een GLI valt *advisering en coaching* ten aanzien van bewegen onder de basisverzekering (dit is aan de orde bij niveau 3, 4 en 5 in het schema).
- Een beweegaanbod in de wijk, bijvoorbeeld in de zin van een collectieve voorziening valt niet onder de basisverzekering.

Onder *begeleiden*<sup>8</sup> bij bewegen verstaan wij het letterlijk aan de hand nemen of het *in levende lijve* door de zorgverlener (helpen) uitvoeren van een beweegprogramma. *Begeleiden* bij bewegen valt niet onder de basisverzekering, als louter sprake is van bewegingsarmoede en daaruit voortvloeiende problematiek. Begeleiden bij bewegen kan wel onder de basisverzekering vallen als sprake is van

<sup>7</sup> Zie ook de 'pyramide' uit het Addendum ernstige kinderobesitas, juli 2012

<sup>8</sup> Op sommige plekken in de Zorgstandaard wordt 'begeleiden' in een andere betekenis gebruikt.

medische beperkingen die het normaal bewegen in de weg staan. Hierbij zijn de volgende situaties te onderscheiden:

- Als sprake is van een medische beweegbeperking of energetische beperkingen door bijvoorbeeld hart- en longaandoeningen, kan er een indicatie zijn voor fysiotherapie (zie ook hoofdstuk 4). Deze zorg kan overeenkomstig de reguliere voorwaarden voor vergoeding van fysiotherapie, binnen de basisverzekering vallen<sup>9</sup>. (Let wel: overgewicht en obesitas op zich zijn geen indicatie voor fysiotherapie/begeleiding bij bewegen).
- Als voor het kind met overgewicht en obesitas een medische specialistische behandeling moet worden ingezet (vergelijk medische specialistische revalidatie), en als medische beperkingen het normaal bewegen van het kind in de weg staan, valt het bewegen in deze situatie onder de basisverzekering. De kinderarts is in deze situaties de hoofdbehandelaar en bewegen is een onderdeel van de medisch specialistische behandeling. (Bijvoorbeeld bij een extreem verhoogd GGR).
- Als de kinderarts op consultbasis wordt geraadpleegd (de centrale zorgverlener coördineert de zorg), is er geen sprake van medisch specialistische behandeling en valt het onderdeel bewegen niet onder de basisverzekering.

### 3.3 Opname

Bij een extreem verhoogd GGR kan het kind aanspraak maken op intensieve zorg. Een klinische opname kan nodig zijn. Voor een opname is verwijzing nodig van een door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde daartoe aangewezen expertisecentrum. (Zie ook het standpunt *Klinische opname voor kinderen met ernstige obesitas* van Zorginstituut Nederland van 26 juni 2014).

### 3.4 Systemaanpak

Bij de behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas is een systemaanpak aangewezen. Het systeem waarin het kind leeft, wordt in de behandeling betrokken. De advisering en coaching zal dan ook primair op het systeem en het kind gericht moeten zijn. De ouders participeren bij de aanpak van het overgewicht en de obesitas voor wat betreft het 'gezonde gedrag'. De ouders worden ondersteund bij het bevorderen van aan een gezonde leefstijl gerelateerde aspecten zoals voeding en slaapritme.

De aanpak moet dus in de mogelijkheid van participatie van de ouders voorzien. De inhoud, duur en mate van ondersteuning zijn van veel factoren afhankelijk. Deze hangen samen met de kenmerken van de ouders, het kind en het GGR, het gezin en de omgeving. Vanaf een matig verhoogd GGR zal in het individuele zorgplan staan aangegeven hoe de participatie van de ouders wordt vormgegeven.

Dus: voor zover de behandeling van het kind onder de Zvw valt, valt ook de participatie van de ouders onder de Zvw. Naarmate het GGR hoger is, zal de behandeling van het kind, en ook het begeleiden van de ouders intensiever worden.

### 3.5 Doelen en duur van de GLI

De zorgstandaard spreekt over een behandelingsfase van maximaal 12 maanden plus een onderhoudsfase van 12 maanden, gevolgd door een begeleidingsfase van onbepaalde tijd. Dit zijn maximale termijnen: het kind moet natuurlijk altijd redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen<sup>10</sup>.

Het uiteindelijke doel van de behandeling is gezondheidswinst en een verbetering

<sup>9</sup> Volgens de huidige regelgeving is voor kinderen tot 18 jaar de Chronische lijst niet van toepassing. Deze lijst beperkt het aantal indicaties waarbij fysiotherapie onder de Zvw valt. Voor kinderen tot 18 jaar gelden dus géén beperkingen van de indicaties.

<sup>10</sup> Een verzekerde heeft niet altijd recht op iedere vorm van zorg; hij moet hier redelijkerwijs op zijn aangewezen. Dit is geregeld in artikel 2.1, lid 3 van het Bvz, dit artikel luidt namelijk: Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

van de kwaliteit van leven. In de behandel fase is voor uitgegroeide kinderen met een extreem verhoogd GGR een gewichtsverlies van 10% het doel en voor andere uitgegroeide kinderen een gewichtsverlies van 5%, dan wel verbetering van het cardiometabole risicoprofiel. Bij kinderen die nog groeien is het doel gewichtsstabilisatie te krijgen<sup>11</sup>. De onderhoudsfase is gericht op bestendiging van het zelfmanagement: het zelf hernemen van de verantwoordelijkheid voor het gezonde gedrag en het duurzaam voortzetten van de bereikte resultaten.

---

<sup>11</sup> In deze handreiking kwantificeert het Zorginstituut vooralsnog alleen de gezondheidswinst omdat bij de beoordeling van de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie ook is uitgegaan van klinische uitkomstmaten op het gebied van gezondheidswinst. Het Zorginstituut kan niet, zonder het standpunt aan te passen, kwaliteit van leven opnemen, tenzij er binnen de beroepsgroep consensus is over de wijze van meten, kwantificeren en afkappunten.



## 4 Individueel gespecialiseerd advies rond voeding en bewegen

*(Tabel 2 onder A. en B., kolom Interventie)*

Los van het GGR kunnen er andere risico's bij deze kinderen zijn die een gezonde leefstijl in de weg staan en die zorg noodzakelijk maken. Bijvoorbeeld een kind bij wie adviezen over een gezond voedingspatroon worden gecompliceerd door een voedselintolerantie of een kind dat wel wil bewegen, maar knieproblemen heeft. Aanvullend aan de GLI kan in die situaties een individueel gericht advies nodig zijn van een meer gespecialiseerde zorgverlener.

In deze situaties wordt die zorgverlener op consultbasis geraadpleegd. Dit consult staat los van de gecombineerde leefstijlinterventie; voor een dergelijk consult gelden de reguliere voorwaarden voor vergoeding binnen de basisverzekering, bijvoorbeeld dieetadvisering, fysiotherapie of geneeskundige zorg door een specialist.



## 5 Psychische of psychosociale problematiek

*(Tabel 2 onder C. en D., kolom Interventie)*

Psychosociale en/of psychische problematiek kan het ongezonde gedrag van het kind beïnvloeden. Wanneer gezinsproblematiek (psycho-sociaal/maatschappelijk) of een psychische aandoening van het kind is vastgesteld, zal de interventie op deze problematiek gericht zijn: psychosociale gezinsondersteuning of psychische hulp.

Als bij voorbaat wordt ingeschat dat deze problematiek het succes van de behandeling van het kind in de weg staat, dan is het starten van de GLI nog niet aangewezen. Maar, indien het succesvol wordt geacht, kan er aanvullend een GLI worden gestart. De aanpak van de psychosociale problematiek op zich is geen voorwaarde om te mogen starten met de aanpak van het overgewicht bij het kind via adviezen of een GLI.

De behandeling van psychosociale problematiek en psychische aandoeningen bij kinderen vallen niet onder de basisverzekering. De geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd valt vanaf 1 januari 2015 onder de Jeugd GGZ die georganiseerd wordt door de gemeentes.

Als er naast de psychosociale gezinsondersteuning tegelijkertijd een GLI wordt aangeboden, komt het totale zorgaanbod voor het kind net als bij andere mogelijke indicaties dus ook hier uit twee verschillende domeinen.



## 6 Integrale zorg: organisatie en coördinatie van de zorg

Bij de zorgverlening aan de kinderen met overgewicht en obesitas werken zorgverleners uit verschillende disciplines en/of domeinen samen. De samenwerking van zorgverleners uit de verschillende domeinen is cruciaal voor het realiseren van een adequaat zorgaanbod.

De organisatie en coördinatie van de integrale zorg kenmerkt zich door:

- Multidisciplinaire zorg die mogelijk georganiseerd wordt vanuit verschillende domeinen: een combinatie van zorg en gemeente. (zie tabel 1, hierboven).
- De betrokkenen maken afspraken over de te verlenen zorg en leggen deze afspraken rond de zorg vast in een individueel zorgplan voor het kind. De zorgverleners werken in teamverband samen. Binnen het team is duidelijk wie verantwoordelijk is voor welk onderdeel. Hiermee is ook duidelijk welk onderdeel uit welk domein afkomstig is.
- Bij multidisciplinaire zorg (mogelijk uit meerdere domeinen) zal één van de zorgverleners een coördinerende rol vervullen: de centrale zorgverlener. De centrale zorgverlener kan zowel uit de zorg als uit het gemeentelijk domein afkomstig zijn (bijvoorbeeld de JGZ).
- De kosten verbonden aan de functie van centrale zorgverlener kunnen onder de basisverzekering vallen (ook als deze functie door een JGZ-arts of jeugdverpleegkundige wordt vervuld). Vanaf een matig verhoogd GGR valt de coördinatie door de centrale zorgverlener onder de Zvw.

Voorbeeld ter toelichting op het schema:

Ad 2. Kinderen met een  $> 25 \text{ BMI} < 30$  hebben een licht verhoogd GGR. Bij een licht verhoogd GGR schrijft de zorgstandaard individuele adviezen over gezond gedrag voor. Bij een licht verhoogd GGR vallen dan ook alleen deze individuele adviezen onder de basisverzekering. De individuele adviezen kunnen aangevuld worden met een programma dat gericht is op bewegen dat bijvoorbeeld georganiseerd wordt door de gemeente. Voor sommige kinderen in deze groep volstaat het beweegaanbod van de gemeente. Omdat de zorg uit twee domeinen komt, is samenwerking tussen de zorg en de gemeente van belang.



## Bijlage 1 De zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas in een aantal documenten

CBO: **Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen.** Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.; 2008.

Halberstadt J, Seidell JC. **Addendum ernstige kinderobesitas bij de Zorgstandaard Obesitas; Ketenzorg voor kinderen met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en hun ouders.** Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland; juli 2012.

Halberstadt J, Stevens B, Seidell JC. **De obesitascoach: hulp voor obese kinderen en hun gezin.** Rapportage voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2012.

Partnerschap Overgewicht Nederland. **Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen.** Amsterdam, maart 2011.

Partnerschap Overgewicht Nederland. **Care for Obesity. Chronic, coordinated care for children with overweight and obesity.** Amsterdam, mei 2013.

Partnerschap Overgewicht Nederland. **Zorgstandaard Obesitas.** Amsterdam, november 2010.

*(deze documenten zijn te vinden op [www.partnerschapovergewicht.nl](http://www.partnerschapovergewicht.nl))*

Zorginstituut Nederland. **Bariatrische chirurgie bij kinderen en jeugdigen met ernstige obesitas.** Standpunt uitgebracht 12 november 2012.

Zorginstituut Nederland. **De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk.** Augustus 2010.

Zorginstituut Nederland. **Klinische opname voor kinderen met ernstige obesitas.** Standpunt uitgebracht 26 juni 2014.

Zorginstituut Nederland. **Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie.** Standpunt uitgebracht 23 februari 2009.

*(deze documenten zijn te vinden op [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl))*



## Bijlage 2 Zvw-prestaties bij een gecombineerde leefstijlinterventie

In deze bijlage beschrijven we kort welke Zvw-prestaties aan de orde zijn bij een gecombineerde leefstijlinterventie. Een uitgebreidere beschrijving kunt u vinden in het rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*.<sup>12</sup>

De gecombineerde leefstijlinterventie is gericht op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. De interventie omvat altijd drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij gezonde voeding en eetgewoontes;
- advisering over en begeleiding bij gezond bewegen;
- advisering over en begeleiding bij het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl: gedragsverandering

### **Gezonde voeding en eetgewoontes**

Adviseren over gezonde voeding, het opstellen van een individueel dieet en het begeleiden bij het volgen en volhouden van het dieet behoren tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw. Het gaat dan om geneeskundige zorg. De advisering en de begeleiding, specifiek en algemeen, valt onder de prestatie diëtetiek, omschreven als zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, (art. 2.6 lid 6 Bzv).

Algemene dieetadviesing en de begeleiding kan ook vallen onder zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden, (art. 2.4 lid 1 Bzv).

Advisering en begeleiding in groepsverband valt ook onder de geneeskundige zorg: zowel onder diëtetiek, zorg zoals diëtisten die plegen te bieden (art. 2.6 lid 6 Bzv), als onder zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv).

### **Gezond bewegen**

Advisering over gezond bewegen maakt deel uit van de leefstijladviezen die onder de geneeskundige zorg te scharen zijn : zorg zoals huisartsen en ook

<sup>12</sup> Zorginstituut Nederland. Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. Standpunt uitgebracht

23 februari 2009. <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2009/0902-preventie-bij-overgewicht-en-obesitas-de-gecombineerde-leefstijlinterventie/0902-preventie-bij-overgewicht-en-obesitas-de-gecombineerde-leefstijlinterventie/Preventie+bij+overgewicht+en+obesitas%3A+de+gecombineerde+leefstijlinterventie.pdf>

verloskundigen, fysio- en oefentherapeuten, medisch-specialisten die plegen te bieden (zie : onder andere NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement*). Ook controle van de effecten van het bewegen is een normale geneeskundige taak die vaak binnen de huisartsenpraktijk zal plaatsvinden : controleren van het gewicht, cardiovasculaire gevolgen, blessurepreventie.

De begeleiding bij het bewegen vergt een nadere beschouwing. De begrippen adviseren en begeleiden zijn niet altijd duidelijk te onderscheiden. Het opstellen van een beweegprogramma met inachtneming van de omstandigheden van een patiënt, het motiveren tot het volhouden van het programma en het bewaken van de voortgang kunnen, naar believe, onder adviseren en begeleiden geschaard worden.

Begeleiden kan echter ook letterlijk 'vergezellen' inhouden. In die zin is er een verschil met 'adviseren'. Binnen de gecombineerde leefstijlinterventie vatten we de begeleiding bij het bewegen dan ook op als het *in levende lijve* door de zorgverlener instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen. Voor de goede orde : deze definitie van 'begeleiden' hanteren we om, specifiek bij bewegen, een onderscheid te kunnen maken met 'adviseren'. Dit betekent niet dat 'in levende lijve' in het algemeen inherent is aan begeleiding. Begeleiding bij het volgen van een dieet zal bijvoorbeeld zelden in levende lijve plaatsvinden.

Binnen de fysiotherapeutische praktijk worden tal van beweegprogramma's aangeboden gericht op specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld met chronische aandoeningen (COPD).

Voor patiënten met manifeste hartziekten zijn hartrevalidatieprogramma's beschikbaar. Deze programma's worden door een multidisciplinair team aangeboden, waarbij fysiotherapeuten veelal de uitvoering op zich nemen. Doel van het programma is onder andere het optimaliseren van het inspanningsvermogen en het ontwikkelen van een actieve leefstijl (zie: *Richtlijn hartrevalidatie 2004*).

Gezien deze voorbeelden scharen we begeleiding bij het daadwerkelijk bewegen binnen de gecombineerde leefstijlinterventie onder de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Voor de begeleiding geldt hetzelfde als we al bespraken in de paragraaf over het volgen van een 'dieet'. De wetenschappelijke literatuur geeft aanwijzingen dat begeleiding in groepsverband effectiever is dan individuele contacten. Ook blijkt dat vooral het langdurige continueren van contact tussen patiënt en behandelaar de effectiviteit van de interventie ten goede komt. In de paragraaf over de gedragsverandering en begeleidende interventies bespreken we de inhoud van de begeleiding gedetailleerder.

*Samenvattend*

*Advisering* over gezond bewegen behoort tot de geneeskundige zorg (art. 2.4 Bzv lid 1) en wel de zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch-specialisten die plegen te bieden.

*Advisering over*, al dan niet in combinatie met *begeleiding* bij gezond bewegen behoort tot de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden (art. 2.6 Bzv lid 2). Onder begeleiding verstaan we in dit verband het in levende lijve bijstaan van de patiënt bij de uitvoering van een beweegprogramma.

**Een gezonde leefstijl: gedragsverandering**

De CBO-richtlijn over obesitas geeft aan dat gedragsverandering een belangrijke voorwaarde is om de gecombineerde effecten van dieet en beweging vast te houden. Gedragsverandering betekent overigens niet altijd dat een psychologische of psychotherapeutische interventie vereist is. Het gaat eerder om technieken die onderdeel kunnen uitmaken van de begeleiding. De richtlijn noemt de volgende technieken :

1. *zelfmonitoring* van eetgedrag en fysieke activiteit;
2. *zelfcontrole maatregelen* : het anders omgaan met prikkels die aanleiding kunnen zijn voor overmatig eten;
3. *cognitieve herstructurering* : bijstellen onrealistische doelstellingen en inadequate overtuigingen rond gewichtsverlies, lichaamsbeeld en eten;
4. *problem-solving* : beter omgaan met moeilijke situaties rond eten en gewichtsverlies;
5. *sociale ondersteuning* : de directe omgeving kan helpen de gedragsverandering te ondersteunen.

Zoals we hiervoor al aangaven gaat het bij deze technieken voor gedragsverandering niet om psychologische of psychotherapeutische interventies in de zin van gestructureerde gesprekstherapie. Het gaat om praktische, ondersteunende technieken ter begeleiding van de primaire interventie (bijvoorbeeld *motivational interviewing*). Iedere zorgverlener die hierin getraind is, kan deze technieken in zijn begeleiding incorporeren. In de huisartsenpraktijk is bijvoorbeeld ook de praktijkondersteuner-GGZ een functionaris die dergelijke technieken kan uitvoeren. Het belang van begeleiding komt in de verschillende NHG-standaarden over leefstijlaandoeningen, ter sprake (*Diabetes Mellitus 2; Stoppen met roken; Cardio-vasculair risicomanagement.*)

*Samenvattend*

Praktische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering kunnen vervat zijn in de begeleiding bij een leefstijlprogramma, zoals beschreven in de standaarden voor huisartsenzorg. Ondersteuning bij gedragsverandering in deze zin maakt hiermee deel uit van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, maar kan bijvoorbeeld ook aan de orde zijn bij zorg zoals fysio- en oefentherapeuten of diëtisten die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv en art. 2.6 lid 2 Bzv).