Zorginstituut Nederland

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas

Datum 27 januari 2021
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2021003820
Contactpersoon	Jolanda Latta 06-22721155
Afdeling	Zorg

Inhoud

Colofon—1

Inleiding—5
Vraagstelling—5
Werkwijze—6
Conclusie—6

1 Hoe ziet de zorg aan een kind met overgewicht of obesitas er uit?—7
1.1 Ketenaanpak—7
1.2 Centrale zorgverlener—7
1.2.1 Multidisciplinair overleg (MDO)—8
1.2.2 Plan van aanpak en stepped care—8
1.2.3 Taken centrale zorgverlener—9
1.3 Mogelijke hulpverlening naast de leefstijlinterventie—9
1.4 Leefstijlinterventie voor kind én gezin—10

2 Is de zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas te verzekeren zorg?—11
2.1 Centrale zorgverlener—11
2.2 Hulp voor problematiek binnen het systeem—12
2.3 Gecombineerde leefstijlinterventie—13
2.3.1 Deelname ouders/verzorger—13
2.3.2 Gecombineerde leefstijlinterventie op maat—13
2.3.3 Advies en begeleiding bij gezond bewegen—13
2.4 Samenvattende conclusie: wat valt onder de Zvw?—14

3 Omvang van de te verzekeren zorg—15
3.1 Duur zorg- en ondersteuning—15
3.2 GLI—15
3.3 Centrale Zorgverlener—15
3.4 MDO—15

4 Implementatie—17

5 Verantwoording—19

Bijlage 1 Competenties centrale zorgverlener—21

Bijlage 2 Uren centrale zorgverlener—23

Bijlage 3 Beschrijving CZV leefstijlinterventie voor kinderen met overgewicht obesitas—25

Inleiding

In dit addendum gaan wij in op de zorg en ondersteuning voor kinderen tot 18 jaar met overgewicht en obesitas teneinde te verduidelijken welke onderdelen van deze zorg onder welke voorwaarden ten laste van de Zorgverzekeringswet kunnen komen. Wij baseren ons hierbij onder andere op het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas[1]. De zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas conform dit model is nog niet landelijk uitgerold en de invulling kan regionaal verschillen.

Volgens het Landelijk model Ketenaanpak komt het zorgaanbod uit meerdere domeinen en kenmerkt het aanbod zich door een ketenaanpak[2]. De aangeboden zorg of ondersteuning wordt op de zorgbehoefte van het kind én het gezin afgestemd. Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) kan onderdeel uitmaken van de aangeboden hulp.
Het Zorginstituut heeft in 2009 de GLI geduid en geconcludeerd dat deze zorg tot het basispakket behoort. Met het addendum van 2018 heeft het Zorginstituut de voorwaarden voor opname in het basispakket voor volwassenen nader aangegeven. In dit addendum gaan we in op de zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas, waar de GLI onderdeel van kan uitmaken.

Het *Addendum voor kinderen op de Zorgstandaard overgewicht en obesitas*[3] van het PON geeft aan dat vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd risico (GGR) een kind is aangewezen op een gecombineerde leefstijlinterventie. In de *Handreiking Zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas* van augustus 2015 heeft het Zorginstituut aangegeven dat deze zorg onder de basisverzekering valt. In deze handreiking zijn we echter nog niet ingegaan op de ketenaanpak en op de rol van centrale zorgverlener waarvan sprake is bij het zorgaanbod aan kinderen. Vanuit zijn taak als pakketbeheerder beschouwt het Zorginstituut in het onderhavige addendum de GLI en de rol van de centrale zorgverlener in het perspectief van het landelijk model. We maken duidelijk of en in hoeverre de verschillende taken van de centrale zorgverlener en onderdelen van het zorgaanbod voor kinderen met overgewicht of obesitas tot de te verzekeren zorg behoren. We gaan hierbij uit van de huidige reguliere rolverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

Het doel van dit addendum is tweeledig:
- een verduidelijking waarin het Zorginstituut aangeeft in hoeverre de zorg tot de te verzekeren zorg kan worden gerekend en
- een basis bieden voor een prestatiebeschrijving door de NZa (inclusief eventueel een tarief).

Zonder een inhoudelijke verduidelijking kan de NZa geen prestatiebeschrijving opstellen. Een Wmg-prestatiebeschrijving is op zijn beurt noodzakelijk voor het in rekening kunnen brengen en vergoeden van de zorg.

Vraagstelling
De zorg voor kinderen ziet er anders uit dan de zorg voor volwassenen met overgewicht of obesitas: bij kinderen is sprake van een ketenaanpak waar de GLI

[1] Sijben, M., van der Velde, M., van Mil, E., Stroo, J. & Halberstadt, J. (december 2018). Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam: Care for Obesity

[2] Sommige organisaties geven de voorkeur aan de term ketenaanpak, andere prefereren de term netwerkaanpak. Het Zorginstituut laat het graag aan partijen over een term te kiezen.

[3] Partnerschap Overgewicht Nederland, *Addendum voor kinderen op de Zorgstandaard overgewicht en obesitas,* 2011

deel van kan uitmaken en er is een centrale zorgverlener[4]. Wat is precies de inhoud van de zorg en welke taken moeten worden vervuld en welke competenties horen daarbij? Antwoorden op die vragen zijn nodig om te kunnen aangeven tot in hoeverre die zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas behoort tot het basispakket van de Zvw. Deze antwoorden markeren dan ook de grens met de ondersteuning die uit het gemeentelijk domein moet komen

Werkwijze
Voor de totstandkoming van dit document hebben wij in 2019 en begin 2020 diverse overleggen gevoerd met drie projecten: Gemeente Amsterdam, Maastricht Universitair Medische Centrum en Ziekenhuis Rijnstate Arnhem. Daarnaast hebben we gezamenlijk overleg gehad met de drie projecten en met JOGG, NZa, ZN en de zorgverzekeraars CZ en Zilveren Kruis en de VNG. Doel van de overleggen was te komen tot een eenduidige, uniforme, inhoudelijke beschrijving van de ketenaanpak in termen van 'aanspraak' zoals we die term uit de Zorgverzekeringswet kennen. De beschrijving moest dienen als basis voor een nadere duiding.

Wij hebben gebruik gemaakt van de volgende documenten:
- Sijben, M., van der Velde, M., van Mil, E., Stroo, J. & Halberstadt, J. (december 2018). Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam: Care for Obesity
- Beschrijving CZV en leefstijlinterventie voor kinderen met overgewicht en obesitas (een weergave van de samengevoegde werkwijzen gehanteerd door Gemeente Amsterdam, Maastricht Universitair Medisch Centrum en Ziekenhuis Rijnstate, zie bijlage 2)
- Document Beleidsregel Innovatie Your Coach Next Door.

Conclusie
Wij concluderen dat delen van de zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas ten laste van de Zvw kunnen komen en bepaalde delen níet. Die laatste behoren tot het sociale domein. De anamnese afgenomen door een centrale zorgverlener beschouwen wij als zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en kan ten laste van de Zvw worden gebracht. Hetzelfde geldt voor de coördinatie van de centrale zorgverlener: die kan ten laste van de Zvw komen vanaf een matig verhoogd GGR én indien een GLI onderdeel uitmaakt van het plan van aanpak.
Dat de kosten van de centrale zorgverlener ten laste van de Zvw kunnen komen is geen nieuw standpunt: Het Zorginstituut heeft in 2011 het standpunt ingenomen dat casemanagement bij verschillende aandoeningen geschaard kan worden onder zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, en daarmee onder de te verzekeren zorg van de Zvw valt[5].

[4] De term Centrale Zorgverlener is overgenomen uit de Zorgstandaard Obesitas en wordt als volgt omschreven: 'De centrale zorgverlener binnen de zorggroep is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, is aanspreekpunt voor andere zorgverleners, ziet er op toe dat afspraken aansluiten op de wensen van de patiënt, afspraken over de behandeling op elkaar zijn afgestemd en afspraken zoals vastgelegd in het individueel zorgplan, worden nageleefd.' De CZV is dus niet per se een behandelaar die zelf zorg verleent, maar iemand die de zorg coördineert. Centrale Zorgcoördinator zou ook een passende term kunnen zijn, maar met het oog op de terminologie in de landelijke Ketenaanpak sluiten we hier in het onderhavige addendum bij aan.
[5] Zorginstituut, Standpunt casemanagement 25 maart 2011. Verduidelijking Standpunt casemanagement 22 maart 2018.

1 Hoe ziet de zorg aan een kind met overgewicht of obesitas er uit?

Zoals hiervoor al aangegeven kenmerkt de zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas zich door een ketenaanpak. Dit betekent dat een zorgpad wordt vormgeven waarin ook aandacht wordt besteed aan onderliggende en/of additionele problematiek die een rol speelt bij het overgewicht. Een brede anamnese is nodig om tot een volledig beeld te komen van de problematiek. De zorg en ondersteuning kan derhalve uit diverse onderdelen bestaan, afkomstig uit verschillende domeinen. Voor het welslagen van de behandeling is coördinatie en afstemming tussen deze domeinen van belang. De coördinatie en afstemming is een rol voor een centrale zorgverlener, evenals de brede anamnese. Een ander kenmerk van deze zorg voor kinderen is dat bij het aanbieden van de zorg en ondersteuning het systeem (gezin, verzorgers) van het kind wordt betrokken.

1.1 Ketenaanpak

De uitvoering van het zorgaanbod is gebaseerd op het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Dit landelijke model beschrijft een structuur om de lokale ketenaanpak in te richten. Het proces van de ketenaanpak start bij het signaleren van overgewicht. Bij de start van de keten hebben professionals nog een grote bijdrage. Naarmate het traject vordert, neemt hun aandeel af en het zelfmanagement van het gezin toe. Uiteindelijk moet het gezin een succesvolle gedragsverandering bereiken en die ook kunnen vasthouden. De afnemende bijdrage van de professionals is een belangrijke voorwaarde om uiteindelijk tot een succesvolle, duurzame gedragsverandering te komen.
De ketenaanpak onderscheidt zes processtappen:
1. overgewicht constateren,
2. vaststellen wat er speelt,
3. samenhang en aanpak bespreken,
4. plan maken en taken verdelen,
5. aan de slag,
6. zorgen dat het blijft werken.

Bij iedere processtap kunnen verschillende professionals betrokken zijn: zorgprofessionals en/of professionals uit het sociaal domein hebben een rol vanaf het signaleren en vaststellen van overgewicht en obesitas en de aanpak. Het signaleren van overgewicht kan binnen de Jeugdgezondheidszorg gebeuren. Het beginpunt voor de Zvw in deze keten ligt bij 1. overgewicht constateren. Hier verstaan wij onder het vaststellen van het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Dit gebeurt na een verwijzing naar Zvw-zorg bijvoorbeeld door de huisarts of, op verwijzing, zonodig door de kinderarts.

Eén van de belangrijkste onderdelen van dit model is het creëren van een goed werkbare samenwerking tussen de verschillende professionals in iedere stap van de keten. Dit vraagt om een extra functie gericht op het coördineren en bewaken van de samenhang van alle activiteiten. Deze taken wordt uitgevoerd door iemand die de functie van centrale zorgverlener vervult.

1.2 Centrale zorgverlener

Aan de hand van het Addendum voor kinderen op de Zorgstandaard overgewicht en

obesitas van het PON kan het individuele gewichtsgerelateerde risico (GGR) worden vastgesteld. Het GGR kent vier gradaties: licht, matig, sterk en extreem en wordt bepaald op basis van het BMI en risicofactoren en comorbiditeit. Het Addendum van het PON geeft aan dat vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd risico een kind is aangewezen op een gecombineerde leefstijlinterventie. In termen van de Zvw start de keten bij het constateren van overgewicht bij het kind: het vaststellen van het GGR.

Na het vaststellen van het matig verhoogd GGR door de professional (huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige) verwijst deze professional het kind door naar de centrale zorgverlener voor een intake.

In termen van de Zorgverzekeringswet komt de centrale zorgverlener dus pas in beeld als het matig verhoogd GGR is vastgesteld. Omdat er vaak méér aan de hand is dan alleen medische problemen, bijvoorbeeld ook problemen op psychisch of sociaal gebied, neemt de centrale zorgverlener een brede anamnese af. De brede anamnese moet tot een duidelijk beeld leiden van de problematiek die ten grondslag ligt aan het overgewicht. Ook moet duidelijk worden welke hulp succesvol kan zijn en hoe het met de motivatie van kind en gezin is gesteld om tot de gewenste gedragsverandering te komen. Hieronder gaan we nader in op het afnemen van de brede anamnese en de motivatie.

1.2.1 Multidisciplinair overleg (MDO)

De CZV kan na het afnemen van de brede anamnese een domeinoverstijgend multidisciplinair overleg organiseren met professionals uit zowel het sociaal- als medisch domein om de doelen van de zorg en ondersteuning te bespreken. Disciplines uit het medisch domein kunnen bijvoorbeeld zijn: de kinderarts, huisarts, diëtist, verpleegkundige en fysiotherapeut. Vanuit het sociaal domein kunnen deelnemen jeugdarts, wijkprofessionals zoals jeugdhulpverleners, maatschappelijk werk en opvoedadviseurs, jeugdpsychologen, professionals met kennis van het sport- en beweegaanbod. De centrale zorgverlener bepaalt in de individuele gevallen óf er een MDO moet plaatsvinden en welke disciplines deelnemen aan het MDO.

1.2.2 Plan van aanpak en stepped care

De bevindingen dienen als basis voor het op te stellen plan van aanpak. Het plan van aanpak wordt in samenspraak met kind en gezin opgesteld. Doel is te komen tot een duurzame gedragsverandering van kind en gezin opdat de fysieke gezondheid en kwaliteit van leven van het kind verbetert. De centrale zorgverlener zet daarom in op het vergroten van zelfmanagement en de ontwikkeling van vaardigheden bij kind en ouders/verzorgers. In het plan van aanpak worden leefstijlcomponenten en, waar nodig, ondersteuningscomponenten zoals opvoedondersteuning, sociaal-maatschappelijke hulpverlening e.d. geïdentificeerd: zie verder paragraaf 2.3.

Het huidige ondersteuningsaanbod uit de gemeenten is erg divers. De mogelijkheden die de gemeenten bieden ter ondersteuning van het kind en gezin verschillen onderling en maken het lastig alle mogelijke variaties in aanbod van zorg en ondersteuning op papier te zetten. Dit betekent dat in de huidige situatie de centrale zorgverlener kan putten uit het aanbod van de gemeente en op basis daarvan zijn plan van aanpak kan maken, toegesneden op de behoefte van kind en gezin. Hierbij zal de centrale zorgverlener het stepped care principe volgen: beginnen met een lage inzet van zorg en ondersteuning met de mogelijkheid om later zonodig op te schalen. In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld dat bij

voedingsproblematiek niet meteen een diëtist hoeft te worden ingezet zolang de verwachting is dat kan worden volstaan met voedingsadviezen van de JGZ. Tegelijkertijd sluit de stepped care niet uit dat als dat later nodig blijkt, alsnog de zorg door een diëtist kan worden ingezet (via de Zvw). Tevens betekent het stepped care principe dat niet alle hulp uit één domein hoeft te komen: de zorg voor een kind dat onder behandeling is bij een kinderarts kan gecombineerd worden met voedingsadviezen uit de JGZ. Het is steeds aan de CZV om te kijken welk aanbod er lokaal is en te besluiten welke gepast is voor de betrokken jeugdige en het gezin (systeem).

1.2.3 Taken centrale zorgverlener

Het afnemen van de brede anamnese, het opstellen van het plan van aanpak met kind en gezin en het coördineren en bewaken van de samenhang in de keten, kunnen we de kern van de rol van de centrale zorgverlener noemen, waarbij de coördinatietaken een substantieel deel van zijn taken omvatten. Hij doet dit vanuit een coachende, motiverende houding met aandacht voor het versterken van zelfmanagement van kind en gezin.

Puntsgewijs zijn de taken van de centrale zorgverlener:
- Motiveren en begeleiden van kind en gezin
- Versterken zelfmanagement
- Zo nodig doorverwijzen
- Coördineren van zorg en ondersteuning

De opleidingseisen voor het uitvoeren van de functie centrale zorgverlener is een HBO+ opleiding vanuit een sociaal-maatschappelijke of (para)medische opleiding, aangevuld met een specifieke opleiding tot CZV met aandacht voor kennis van het sociaal- en zorgdomein, specifiek gericht op jeugd en gezin. De competenties die hier bij horen zijn opgenomen in bijlage 1. Hierbij merken we op dat de competenties van de centrale zorgverlener en de competenties van een zorgverlener die bijvoorbeeld de GLI aanbiedt verschillend zijn, maar dat zij ook in één persoon vertegenwoordigd kunnen zijn: de zorgverlener die als centrale zorgverlener functioneert kan tevens een GLI aanbieden, mits hij hiervoor de benodigde competenties heeft. Dit is geredeneerd vanuit Zvw-termen: in Zvw-termen is dit mogelijk. Dit principe kan echter het risico met zich meebrengen dat andere professionals onvoldoende worden aangehaakt.

1.3 Mogelijke hulpverlening naast de leefstijlinterventie

Uit de brede anamnese kan multi-problematiek naar voren zijn gekomen: het komt vaak voor dat aan het overgewicht niet alleen een ongezonde leefstijl ten grondslag ligt, maar dat de ongezonde leefstijl gerelateerd is aan andere problemen van het kind (sociaal, emotioneel, psychisch) of aan problematiek binnen het gezin (bijvoorbeeld schulden- of opvoedproblematiek) of anders. Het kan dan, afhankelijk van de individuele situatie, noodzakelijk zijn eerst hulp te bieden op deze problematiek omdat een leefstijlinterventie anders niet de verwachte resultaten zal kunnen bewerkstelligen. Tegelijkertijd moet men zich realiseren dat het niet altijd mogelijk en wellicht ook niet nodig is om alle achterliggende problematiek op te lossen voordat met de leefstijlaanpak wordt gestart.

Zoals gezegd is het doel van de behandeling het mogelijk maken van een duurzame leefstijlverandering. Omdat er vaak meer aan de hand is, moet de aanpak in de meeste gevallen niet alleen op het overgewicht gericht zijn. De zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas kan uit diverse componenten bestaan die in het plan

van aanpak zijn opgenomen: bijvoorbeeld onderdelen van een GLI en daarnaast zo nodig psychologisch en/of sociaal maatschappelijke hulp voor het gezin en diverse andere combinaties. De samenhang en afstemming tussen de mogelijke zorgonderdelen wordt bewaakt door de centrale zorgverlener.

1.4 Leefstijlinterventie voor kind én gezin

De zorg en begeleiding richten zich op het kind met overgewicht of obesitas en op zijn systeem (gezin/verzorgers). Gezien de inhoud van een GLI (een combinatie van advies en begeleiding bij voeding en eetgewoontes, gezond bewegen slaap en gedragsverandering) ligt het voor de hand dat het systeem hierbij wordt betrokken. Een kind is nog afhankelijk van zijn ouders en opvoeders en kan bijvoorbeeld een gedragsverandering niet in zijn eentje realiseren. De ouders worden ondersteund bij het bevorderen van aan een gezonde leefstijl gerelateerde aspecten zoals voeding en slaapritme en gestimuleerd om ondersteuning te zoeken voor eventuele onderliggende problemen op psychisch of sociaal-maatschappelijk gebied. In het plan van aanpak zal zijn aangegeven hoe de participatie van de ouders wordt vormgegeven.

We hebben in dit hoofdstuk gezien
1. De zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas kenmerkt zich door een ketenaanpak,
2. Een centrale zorgverlener neemt een brede anamnese af, stelt het plan van aanpak op en coördineert de uitvoering door verschillende zorgverleners.
3. Naast het overgewicht kan er problematiek in het systeem spelen waarop eerst hulp moet worden geboden.
4. Bij het aanbieden van de zorg en/of ondersteuning aan het kind wordt zijn systeem betrokken.

In het volgende hoofdstuk gaan we nader op deze aspecten in om de vraag te beantwoorden of en wanneer sprake is van zorg die ten laste van de Zorgverzekeringswet kan worden gebracht. Uitgangspunt hierbij is de reguliere rolverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars; wij zien daarin geen wijzigingen en gaan alleen nader in op de functie van de centrale zorgverlener.

2 Is de zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas te verzekeren zorg?

We recapituleren nog even dat een gecombineerde leefstijlinterventie een combinatie is van
- advies en begeleiding bij voeding en gezonde eetgewoontes,
- advies en begeleiding bij gezond bewegen en
- gedragsverandering die gericht is op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl.

Het in samenhang aanbieden van deze drie onderdelen maakt een leefstijlinterventie effectiever dan de inzet van de afzonderlijke componenten (zie ook paragraaf 3.3.2). Op basis hiervan heeft het Zorginstituut in 2009 geconcludeerd dat de GLI effectieve zorg is bij overgewicht en obesitas en tot de te verzekeren zorg van het basispakket behoort.

Om de plaats van de GLI binnen de ketenaanpak en de taken van de centrale zorgverlener nader te kunnen beschouwen in het kader van de te verzekeren zorg, hanteren we twee uitgangspunten:
- De gecombineerde leefstijlinterventie is effectieve zorg bij overgewicht en obesitas.
- Een ander uitgangspunt is geformuleerd in de Handreiking Zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht en obesitas van het Zorginstituut van 2015: Vanaf een matig verhoogd GGR is bij een kind sprake van een medisch probleem en kunnen de kosten van de gecombineerde leefstijlinterventie ten laste van de Zvw komen .

2.1 Centrale zorgverlener

In de ketenaanpak van de zorg aan kinderen ligt de focus op de samenwerking tussen de betrokken professionals die uit verschillende domeinen kunnen komen. De coördinerende taken die hierbij horen, worden vervuld door een centrale zorgverlener. Onder 1.2 zijn we hierop ingegaan.

In de Zorgverzekeringswet is de te verzekeren zorg functioneel omschreven. Daarom gaan wij voor een verduidelijking van de zorg in termen van de Zvw uit van een functionele omschrijving. De functionele omschrijving van de zorg in de Zvw betekent dat de uitvoering van de diverse taken niet is voorbehouden aan ‘de’ centrale zorgverlener, of ‘de’ fysiotherapeut of ‘de’ diëtist. Om te kunnen duiden of de zorg onder de geneeskundige zorg van de Zvw geschaard kan worden, volstaat het vermelden van een professional (zoals centrale zorgverlener of fysiotherapeut of diëtist) niet, maar is inzicht in de inhoud van de zorg door de professionals noodzakelijk. Met inhoudelijk omschreven zorgcomponenten is de uitvoering daarvan niet meer voorbehouden aan specifieke beroepsgroepen, maar kan iedere professional, die daartoe bekwaam en bevoegd is, de zorg leveren.

Het Landelijk model Ketenaanpak sluit hier bij aan en spreekt van een rol van een centrale zorgverlener die door verschillende professionals die bij de zorg of ondersteuning zijn betrokken, uitgevoerd kan worden, afhankelijk van de situatie. Professionals kunnen deze rol vervullen naast hun werkzaamheden als zorgverlener of ondersteuner mits zij beschikken over de gevraagde achtergrond, kennis, vaardigheden en houding en er voldoende tijd voor beschikbaar hebben.
De vraag is nu of de uitvoering van deze rol onder de basisverzekering kan worden geschaard.

Omdat de GLI te verzekeren zorg is vanaf een matig verhoogd GGR, kunnen we, wanneer de GLI onderdeel van de ketenaanpak is, de bijbehorende coördinerende rol van een centrale zorgverlener onder de te verzekeren zorg scharen. Het GGR is hiermee aanknopingspunt voor het verlenen van een GLI, en tevens aanknopingspunt voor de financiering van de coördinerende rol van een centrale zorgverlener. Anders gezegd: De rol van een centrale zorgverlener kan voor vergoeding ten laste van de Zvw in aanmerking komen als een GLI in het plan van aanpak is opgenomen. Uit het plan van aanpak moet gemotiveerd blijken dat het kind op een GLI is aangewezen.

De opname van de GLI in het plan van aanpak als randvoorwaarde voor de vergoeding van de centrale zorgverlener ten laste van de Zvw, kan een verkeerde prikkel vormen de GLI in het plan van aanpak op te nemen. Uit het plan van aanpak moet daarom gemotiveerd blijken dat het kind is aangewezen op een GLI. In hoofdstuk 1.2.2 hebben we bovendien gezien dat niet alle leefstijlgerelateerde zorg uit het domein van de Zvw hoeft te komen, bijvoorbeeld voedingsadviezen door de JGZ. Er is dan geen sprake van een GLI. De omschrijving GLI reserveren voor de leefstijlinterventie die in combinatie en samenhang adviseert en begeleidt op de componenten voeding, beweging, gedragsverandering (waaronder ook gedrag als gezond slaapritme, stresshantering), met als doel het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl.

De taken van een centrale zorgverlener bij het verlenen van de zorg aan een kind met overgewicht en obesitas - het afnemen van een brede anamnese, het opstellen van een plan van aanpak, het coördineren en bewaken en van de samenhang en het realiseren van de verbinding tussen medisch en sociaal domein - beschouwt het Zorginstituut als zorg zoals huisartsen en verpleegkundigen die plegen te bieden. Het behoort tot de geneeskundige en verpleegkundige zorg zoals bedoeld in het Bzv. Deze anamnese, begeleiding en coördinatie kunnen dus ten laste van het basispakket van de Zvw worden gebracht.

We geven hieronder vier voorbeelden waarin de centrale zorgverlener een brede anamnese afneemt, nadat een matig verhoogd GGR is vastgesteld. De kosten van de anamnese komt in alle gevallen ten laste van de Zvw. We hebben immers vastgesteld dat dit beschouwd kan worden als zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Op basis van de brede anamnese zijn verschillende zorgpaden mogelijk:

- Het kind is aangewezen op een GLI. We hebben al gezien dat een GLI te verzekeren zorg is vanaf een matig verhoogd GGR en ten laste van de Zvw kan worden gebracht.
- Vooruitlopend op een GLI, is eerst ondersteuning uit het sociale domein nodig (zie 1.3). Als de inzet van deze hulp uiteindelijk toeleidt naar de GLI, is de coördinerende rol van de centrale zorgverlener aan te merken als onderdeel van de geneeskundige behandeling en behoort tot het domein van de Zvw. Dit betekent niet dat de CZV de ondersteuning binnen het sociale domein coördineert, maar dat hij de vinger aan de pols houdt bij de vorderingen binnen het sociale domein.
- Er wordt een GLI aangeboden en tegelijkertijd vindt ondersteuning vanuit het sociaal domein plaats. De coördinatiekosten van de centrale zorgverlener komen ten laste van de Zvw.
- Er is alléén ondersteuning uit het sociale domein nodig. De coördinatiekosten van de centrale zorgverlener komen níet ten laste van de Zvw.

2.2 Hulp voor problematiek binnen het systeem

Onder 1.3 gaven we aan dat aan het overgewicht en obesitas andere problematiek

binnen het systeem ten grondslag kan liggen (bijvoorbeeld opvoedproblematiek, schuldenproblematiek). Deze problematiek kan belemmerend zijn voor het slagen van een GLI en hulp bij deze problematiek is dan ook aangewezen. Hulp bij sociaal maatschappelijke problematiek behoort echter niet tot het domein van de Zvw en kan niet ten laste van het basispakket komen.

2.3 Gecombineerde leefstijlinterventie

Er zijn nog geen GLI-programma's voor kinderen. Tot nu toe spreken we in dit addendum weliswaar over de GLI voor kinderen, maar er zijn nog geen programma's gebaseerd op de generieke beschrijving, zoals we die bij volwassenen wel kennen (bijvoorbeeld SLIMMER, CooL en de Beweegkuur). Als we spreken over de GLI voor kinderen refereren we aan de generieke beschrijving van een GLI.
Aan het begin van dit hoofdstuk hebben we gememoreerd dat het gecombineerd aanbieden van de drie onderdelen van een GLI effectieve zorg is. We gaan er daarom vanuit dat de drie onderdelen gecombineerd worden aangebonden.

2.3.1 Deelname ouders/verzorger

Bij de behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas is een systeemaanpak aangewezen. De ouders worden betrokken bij de aanpak van het overgewicht en de obesitas voor wat betreft het 'gezonde gedrag' (zie 2.4). Vanaf een matig verhoogd GGR zal in het individuele plan van aanpak staan aangegeven hoe de ouders worden betrokken bij de betreffende zorgonderdelen. Voor zover de behandeling van het kind onder de Zvw valt, valt ook het betrekken van de ouders bij de betreffende zorgonderdelen onder de Zvw. Dit geldt ook voor contactmomenten van een zorgverlener met alleen de ouders in afwezigheid van het kind.

2.3.2 Gecombineerde leefstijlinterventie op maat

Bij het aanbod van een GLI is uitgangspunt dat alle drie de componenten; gedrag, voeding en bewegen integraal worden aangeboden. Afhankelijk van de op basis van de afgenomen brede anamnese vastgestelde zorgbehoefte van het kind en zijn systeem, kunnen de onderdelen binnen een GLI op maat worden aangeboden: de intensiteit per onderdeel kan verschillen afhankelijk van de op basis van de afgenomen brede anamnese vastgestelde zorgbehoefte van het kind en zijn systeem.

Het variëren binnen de GLI kan echter niet zo ver gaan dat één van de drie onderdelen van een GLI in zijn geheel niet wordt aangeboden. Dan zou er immers voorbijgegaan worden aan de effectiviteit van de interventie waarvan sprake is als de drie onderdelen gecombineerd worden aangeboden . Bij het aanbieden van een GLI is er altijd aandacht voor alle facetten van leefstijl. De nadruk en volgorde kan verschillen per kind naar gelang de behoeften van dat kind en zijn systeem. De ontwerp-richtlijn van de NVK omschrijft in de aanbeveling: Geef een gecombineerde leefstijlinterventie die ten minste bestaat uit het aanleren van gezond gedrag op drie gebieden: voeding, bewegen en slapen.

2.3.3 Advies en begeleiding bij gezond bewegen

In het standpunt van 2009 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat het daadwerkelijk begeleiden bij bewegen niet onder de Zvw valt, tenzij er sprake is van een medische indicatie (bijvoorbeeld bij ernstige obesitas begeleiding door een fysiotherapeut). Dit betekent dat begeleiden bij het alledaags bewegen, bijvoorbeeld sporten, buitenactiviteiten en sociaal aanbod buiten de GLI vallen en dus buiten de Zvw. Dit is ook het uitgangspunt van het onderhavige Addendum: kinderen die aangewezen zijn op een GLI moeten een gezond beweeggedrag gaan realiseren in hun eigen woon-/leefomgeving, bij sportverenigingen of bij een beweegaanbod in het sociale domein. Het is dan ook van belang dat de GLI aansluit bij de

mogelijkheden die er lokaal zijn en die het sociale domein biedt.

2.4 Samenvattende conclusie: wat valt onder de Zvw?

- De taken van een centrale zorgverlener bij het verlenen van de zorg aan een kind met overgewicht en obesitas beschouwt het Zorginstituut als zorg zoals huisartsen en verpleegkundigen die plegen te bieden en deze anamnese, begeleiding en coördinatie kan ten laste van het basispakket van de Zvw worden gebracht.
- Hulp bij sociaal maatschappelijke problematiek behoort niet tot het domein van de Zvw en kan niet ten laste van het basispakket komen.
- Voor zover de behandeling van het kind onder de Zvw valt, valt ook de begeleiding van de ouders bij de betreffende zorgonderdelen onder de Zvw.
- De intensiteit waarmee een onderdeel binnen de GLI wordt aangeboden kan variëren, gezien de individuele behoefte van het kind, maar altijd worden alle drie de onderdelen van de GLI integraal aangeboden.
- Het daadwerkelijk begeleiden bij bewegen valt niet onder de Zvw.

3 Omvang van de te verzekeren zorg

In het vorige hoofdstuk hebben we aangegeven welke onderdelen van de ketenaanpak onder welke voorwaarden onder de Zvw geschaard kunnen worden. In de Inleiding is al vermeld dat voor het in rekening kunnen brengen en vergoeden van de zorg door zorgaanbieders en zorgverzekeraars een Wmg-prestatiebeschrijving noodzakelijk is. Voor het opstellen van een prestatiebeschrijving heeft de NZa kwantitatieve gegevens nodig over de omvang van de rol van de centrale zorgverlener en over de omvang van de GLI voor kinderen. Waarschijnlijk zal voor beide een afzonderlijke prestatiebeschrijving en tarief vastgesteld moeten worden.

3.1 Duur zorg- en ondersteuning

De zorg en ondersteuning bij kinderen met overgewicht en obesitas duurt 2 a 2,5 jaar.

3.2 GLI

De GLI kan weliswaar op maat worden geleverd, maar er zal wel sprake zijn van een zekere bandbreedte waarbinnen een GLI op maat wordt verleend, zowel qua inhoud als duur. Daarom zal één prestatiebeschrijving voor de GLI waarschijnlijk afdoende zijn. De Zorgstandaard vormt hierbij het inhoudelijk uitgangspunt.

Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuwe richtlijn met betrekking tot de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen (ter vervanging van de huidige Zorgstandaard en de richtlijn obesitas). De planning is dat de nieuwe richtlijn eind 2021 gereed is. Tot die tijd geldt de huidige richtlijn en Zorgstandaard.
In de nieuwe richtlijn wordt rekening gehouden met de specifieke omstandigheden van het individuele kind en zijn gezin en wordt aangegeven hoe het aanbod van de GLI voor kinderen daarop kan worden afgestemd. Dit sluit aan bij de aanpak waarop de beschrijving in deze notitie is gebaseerd. We hebben gezien dat dit betekent dat de inzet van de afzonderlijke componenten binnen de GLI kan variëren per kind. Deze informatie over de inzet van de GLI op maat is noodzakelijk voor het opstellen van een Wmg-prestatiebeschrijving door de NZa. De opstellers van de richtlijn streven er naar deze specifieke informatie op te leveren ruim vóór de totstandkoming van de totale richtlijn.

3.3 Centrale Zorgverlener

Op basis van cijfers van Amsterdam, Arnhem en Maastricht varieert de inzet van de centrale zorgverlener tussen de 23,5 en 26 uur per kind per 2 à 2,5 jaar (de totale duur van het zorg- en ondersteuningstraject) voor zowel de coördinatie als behandelen op onderdelen.

In bijlage 2 is een specificatie van deze uren weergegeven

3.4 MDO

Een multidisciplinair overleg is optioneel en kan bij elkaar worden geroepen wanneer de centrale zorgverlener het van belang acht om diverse disciplines te betrekken bij de anamnese en het op te stellen plan van aanpak. Deelname van de professionals aan het MDO is onderdeel van de zorg zoals de genoemde professionals plegen te bieden. In 1.2.1 hebben we gezien welke disciplines dit kunnen zijn. In de prestatiebeschrijving kan ingegaan worden op de vraag of het reguliere tarief toereikend is. In de experimenten was de frequentie van samenkomst van het MDO

vier maal per maximaal 2,5 jaar. De vraag of het MDO additioneel bekostigd wordt, beantwoordt de NZa. Wij beperken ons tot de conclusie dat een MDO onder de Zvw kan vallen.

4 Implementatie

Wij baseren ons in dit addendum op het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas, naast de beschrijving van de aangewezen zorg in zorgstandaard en richtlijn. De ketenaanpak voor een kind met overgewicht en obesitas beslaat twee domeinen: sociaal domein en het domein van de Zvw. Deze keten- of ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas conform dit model is nog niet landelijk uitgerold.

Voor een verdere implementatie van deze ketenaanpak is een samenwerkingsstructuur tussen gemeenten en zorgverzekeraars nodig en tussen professionals uit sociaal domein en domein van de Zvw. Deze structuur is op dit moment nog niet in alle gemeenten beschikbaar, terwijl deze structuur wel voorwaardelijk is voor het kunnen uitvoeren van de rol van de centrale zorgverlener.

Gemeenten en zorgverzekeraars moeten gezamenlijk optrekken om een sluitende aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas te realiseren. Tevens moeten zij afstemmen over het contracteren van de centrale zorgverlener: bij GGD, Jeugdverpleegkundige of elders, zodat een centrale zorgverlener zijn rol kan vervullen en duidelijk is waar die rol wordt belegd.

Al met al heeft een implementatie van de zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas nogal wat voeten in de aarde. Met verschillende betrokken organisaties en zorgverzekeraars is het Zorginstituut voorstander van een tijdelijke beleidsregel. In een tijdelijke beleidsregel kan de verduidelijking uit dit addendum worden getoetst en gemonitord. De ervaringen die de tijdelijke beleidsregel oplevert, kan input zijn voor de definitieve beleidsregel.
Zo kan er gedurende de beleidsregel innovatie bijvoorbeeld worden gemonitord of onnodig wordt gemedicaliseerd (veelvuldig indiceren van een GLI om te bewerkstellingen dat de centrale zorgverlener ten laste van de Zvw wordt gebracht). Een ander aandachtspunt kan voortkomen uit het feit dat het aanbod van zorg en ondersteuning uit twee verschillende domeinen komt en de invulling van de ondersteuning op maat vooralsnog verschilt per gemeente. Een uitputtende opsomming van alle mogelijke inhoudelijke combinaties is (nog) niet te geven. Een tijdelijke beleidsregel biedt de mogelijkheid (een aantal) mogelijke combinaties van inhoudelijke componenten te monitoren.

5 Verantwoording

Een concept-versie van dit addendum hebben wij in juni 2020 aan de drie projecten Gemeente Amsterdam, Maastricht Universitair Medische Centrum en Ziekenhuis Rijnstate Arnhem voorgelegd en aan JOGG en ZN met het verzoek om commentaar. Tevens hebben wij een concept voorgelegd aan individuele zorgverzekeraars DSW, CZ, Menzis en Zorg en Zekerheid.

Van de drie projecten hebben wij schriftelijke reactie gekregen. Op basis van de reactie hebben wij de notitie aangepast en bepaalde tekstgedeelten verduidelijkt. Met de individuele zorgverzekeraars hebben we gesprekken gehad en dat heeft geleid tot tekstuele aanpassingen en verduidelijkingen.

Hoewel dit addendum geen nieuw standpunt bevat (Zie de Inleiding onder conclusie: Het Zorginstituut heeft in 2011 het standpunt ingenomen dat casemanagement bij verschillende aandoeningen geschaard kan worden onder zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden) wilde ZN graag bestuurlijk reageren op dit addendum.
De bestuurscommissie van ZN (BCZ) heeft in december 2020 gereageerd op het concept. De BCZ kan zich op hoofdlijnen vinden in het addendum. Zij geven ook een paar aandachtspunten mee, waar wij hieronder op ingaan.

- De BCZ mist een goede beschrijving van de taken van gemeenten.
  Het Zorginstituut heeft geen zeggenschap over de inhoudelijke invulling van de taken van gemeenten. Om die reden zijn wij daar in dit addendum niet op ingegaan.
- De BCZ mist een beschrijving van de aard en inhoud van de GLI voor kinderen.
  Het Zorginstituut gaat er van uit dat aard en de inhoud van de GLI voor kinderen conform is aan de GLI voor volwassenen. De intensiteit van de onderdelen kan variëren, afhankelijk van de zorgbehoefte van het kind (en zijn systeem).
  Een beschrijving van de aard en inhoud zoals gehanteerd wordt in de innovatiebeleidsregel waar CZ/VGZ mee werken kan gebruikt worden in een tijdelijke beleidsregel.
- Het lijkt de BCZ wat voorbarig om te stellen dat eén prestatie voldoende zou zijn.
  Het Zorginstituut is van mening dat het uitgangspunt één concept van de GLI is. Daarbinnen kan de zorg op maat worden bepaald en kan er sprake zijn van een bandbreedte voor wat betreft de tarifering, maar het uitgangspunt moet toch één GLI zijn.
- Het Zorginstituut is het eens met de BCZ dat de centrale zorgverlener zich alleen op gemotiveerde gezinnen moet richten. Het checken van de motivatie geeft de kans op succes aan en kan volgens het Zorginstituut door de centrale zorgverlener gebeuren mits deze de competenties daarvoor heeft en hierop is getraind.
- De BCZ stelt dat bij het bepalen van het overgewicht het van belang is dat onnodig bezoek aan een kinderarts wordt voorkomen.
  Volgens het Zorginstituut is de inzet van een kinderarts niet nodig bij het bepalen van overgewicht. De inzet van een kinderarts moet plaatsvinden conform de richtlijnen.

De beschrijving van de taken en werkzaamheden van de CZV zoals bijgevoegd in bijlage 3 is een gezamenlijk product van Amsterdam, Maastricht en Arnhem en was voor het Zorginstituut aanknopingspunt voor de beschrijving van de CZV waarop wij

ons in deze notitie hebben gebaseerd. De beschrijving van de inhoud van de CZV is wat het Zorginstituut betreft echter niet dwingend voor andere projecten en kan nader ingevuld worden.

Bijlage 1 Competenties centrale zorgverlener

- Communicatieve vaardigheden (zowel mondeling als schriftelijk).
- Motiverend en stimulerend.
- Analytisch vermogen.
- Positioneert zich naast het kind en de ouders.
- Een coachende in plaats van adviserende houding.
- Gericht op samenwerking met kind en gezin en andere professionals.
- Een open, niet veroordelende houding.
- Doortastend en ondersteunend.
- Cultuursensitief.
- Reflecteert op eigen handelen.
- Goed bekend met de sociale kaart van zorg- en ondersteuningsaanbod in de buurt.
- Spreekt anderen aan op gemaakte afspraken.
- Pragmatisch.
- Ketener.
- Kan werken met geautomatiseerde systemen.
- Basiskennis van sociaal wetenschappelijke theorieën over menselijk gedrag, socialisatie- en systeemtheorieën, incluis het versterken van zelfmanagement.
- Creatief.
- Kan prioriteren.
- Empathisch en sensitief.
- Flexibel.
- Innovatief.
- Aandacht voor kwaliteit.
- Pro-actief

Bijlage 2 Uren centrale zorgverlener

Uit de beleidsregel Innovatie van Your Coach Next Door (Maastricht) ontlenen we de volgende cijfers:
Assesment: 2 uur
Tussenfase (optioneel): 3 uur en 45 minuten
Behandeling
jaar 1: 8 uur en 15 minuten
jaar 2: 6 uur en 45 minuten
Follow up: 5 uur en 15 minuten.

Totaal 26 uren.

GO Arnhem
1. Rol als CVZ: 5-10 uur per kind/jaar 10-20 uur per 2 jaar > gemiddeld 15 uur per kind per 2 jaar

2. Kind gebonden coach uren 7 uur (15 consulten over 2 jaar) 7 uur +1.5 uur intake: 8.5 uur per 2 jaar

Totaal 23,5 uren

Gemiddelde uren inzet van de Centrale Zorgverlener in Amsterdam van 2016-2018.

Taak	**Uren inzet[6]**
Brede anamnese	2 uur (incluis dossier onderzoek voortraject)
Leef&actieplan[7] incluis afstemming en terugkoppeling kind/gezin	3 uur
Afstemmen keten (o.a. inbreng kerteam)[8]	45 minuten
Actiefase[9]	14 uur en 15 minuten
Begeleidingsfase (afronding, terugvalpreventie)[10]	5 uur en 30 minuten

Totaal 25,5 uren.

Note:
-De gegevens zijn een weergave van de rol van centrale zorgverlener over de pilot van 2016-2018.

[6] Het gaat om *gemiddelde* uren inzet. Per casus kan de inzet afwijken.

[7] Hieronder valt: opstellen behandelplan, afstemmen met ketenpartners en eerste snelle acties uit behandelplan uitzetten.

[8] Gemiddelde doorlooptijd van brede anamnese, leef&actieplan en ketenafstemming is 5,3 maanden.

[9] Actieve behandelfase. Conform stap 5 'aan de slag' van het landelijk model. Gemiddelde doorlooptijd is 18,2 maanden.

[10] Gemiddelde doorlooptijd is 6,3 maanden.

-Doelgroep: kinderen die obesitas graad 1 met multiproblematiek of obesitas graad 2 of 3 hebben.
-Uren registratie gaat op het kwartier, dus alle tijden worden afgerond op het kwartier.
- N=2.145

Bijlage 3 Beschrijving CZV leefstijlinterventie voor kinderen met overgewicht obesitas

1

Programmatische behandeling voor kinderen met een matig, sterk of extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico.

Er is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de aanpak van overgewicht bij kinderen. De ervaringen laten zien dat kinderen vaak meer nodig hebben dan een aanpak die alleen gericht is op het verminderen van het overgewicht. Aandacht voor leefstijl – voeding, beweging - en eventuele medische problemen is dan niet voldoende. Kortdurende programma's met een uniforme inhoud zijn voor veel kinderen onvoldoende effectief. Vooral bij kinderen en gezinnen met meerdere problemen is een langdurige en brede integrale aanpak nodig.

Een effectieve aanpak van overgewicht bij kinderen begint met het erkennen en analyseren van de biologische, psychologische en omgevingsfactoren of een wisselwerking daartussen. Door middel van een brede anamnese wordt inzicht verkregen in de onderliggende factoren die de leefstijl van een kind beïnvloeden, zoals hoe het kind eet, beweegt en slaapt. De leefstijl beïnvloedt op zijn beurt de gezondheid en het welzijn van het kind en het gezin.

Om de ondersteuning en zorg efficiënt doch afgestemd op individuele behoeften te kunnen leveren, is de inrichting van een netwerk, vanuit sociaal- en zorgdomein noodzakelijk. Dit netwerk maakt het mogelijk om multiproblematiek op te pakken wanneer dit wordt vastgesteld.

De behandeling richt zich op zowel de leefstijl- als de geanalyseerde onderliggende factoren. Ondersteuning en zorg is passend en samenhangend vanuit de specifieke situatie van kind en gezin. Professionals uit zowel het medische, als het sociale domein spelen hierbij een rol. Om tot een duurzame verandering van leefstijl te komen is het noodzakelijk dat kind en gezin zelf zoveel mogelijk de regie over deze aanpak voeren. De centrale zorgverlener maakt een behandelplan op maat met het gezin en probeert het gezin zo veel als mogelijk toe te laten groeien naar zelfevaluatie van behoeften en nemen van eigen initiatief in het vinden van hulpaanbod.

Definitie Centrale Zorgverlener (CZV)

Een CZV is een rol die wordt vervuld in de keten binnen de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Deze rol is niet gekoppeld aan een specifieke functie, maar kan worden ingevuld door verschillende beroepsgroepen. De CZV heeft als kerntaken behandeling van kind en gezin en de bijbehorende coördinatie van de integrale en multidisciplinaire ondersteuning en zorg voor deze kinderen. De CZV zet in op het versterken van zelfmanagement van het gezin, zodat zij steeds meer zelfstandig in staat zijn om duurzame leefstijlverandering te bereiken.

Scholing Centrale Zorgverlener (CZV)

De CZV is geen vaststaande functie, maar een rol, die vervuld kan worden door verschillende professionals uit het sociale of het zorgdomein. Zij kunnen de rol van CZV binnen of aanvullend op hun huidige beroep vervullen. De CZV is geen ketenregisseur, maar zet in op individuele casussen. Het gaat om een HBO + functie vanuit een sociaal-maatschappelijke of (para)medische opleiding. Aanvullend is een specifieke opleiding tot CZV met onder andere oog voor kennis en verbinding van het sociaal- en zorgdomein specifiek gericht op jeugd en gezin nodig, en inzet op de competenties zoals opgenomen in het profiel CZV en op het bereiken van de doelstellingen van de behandeling zoals onderstaand beschreven.

Behandeling door de centrale zorgverlener als onderdeel van de ketenaanpak

Met de behandeling door de centrale zorgverlener, zoals beschreven in dit document, wordt bedoeld: De behandeling van kinderen met overgewicht en obesitas en een medische indicatie (matig verhoogd GGR en hoger). De inhoudelijke behandeling richt zich op leefstijlinterventie betreffende de drie thema's voeding, beweging en gedrag (o.a. slaap en stress). De behandeling vindt plaats op een positieve manier, gericht op het vergroten van motivatie en het aanleren van gezondheidskennis en -vaardigheden. In de behandeling worden naast het kind ook ouders en systeem betrokken. Opvoedondersteuning en psychosociale ondersteuning van kind en gezin bij de leefstijlverandering maken deel uit van de brede evaluatie en integrale aanpak. De definitie van een gecombineerde leefstijl interventie is vanuit ons perspectief dan ook een zeer brede. De behandeling betreft daarmee een gecombineerde leefstijl interventie, incluis inzet op het adresseren van onderliggende factoren ongeacht de herkomst van de factoren en de inzet die nodig is om deze samenhang te coördineren bij kind en gezin en het netwerk op casusniveau. Met deze term wordt een aanpak bedoeld waarin er altijd aandacht is voor de drie thema's (voeding, beweging, gedrag) en waarin altijd wordt gewerkt aan factoren die ongezonde gewoontes in stand houden[1] en er een op maat gemaakt plan van aanpak wordt gevolgd. Onder de hier beschreven leefstijl interventie voor kinderen met overgewicht en obesitas wordt hier NIET verstaan een GLI die bestaat uit een kortdurend programma met uniforme inhoud en alleen oog voor de leefstijlcomponenten, niet rekening houdend met persoonlijke variabelen en behoeften.
De CZV vervult een verbindende rol tussen sociaal- en zorgdomein door in contact te staan met alle relevante professionals, zowel in sociaal- als zorgdomein. De CZV heeft kennis van de sociale kaart van zijn regio zodat deze als spin-in-het web voor de gezinnen kan functioneren en kan doorverwijzen waar nodig.
De CZV sluit aan bij kind en gezin en zet in op het versterken van zelfmanagement. Waar nodig zet de centrale zorgverlener onderdelen in vanuit verschillende domeinen, uitgevoerd door daartoe specifiek opgeleide professionals. Coördinatie van deze onderdelen is noodzakelijk. Deze coördinatie houdt onder andere in dat er contacten worden onderhouden met professionals in de verschillende domeinen en dat er zo nodig periodiek een MDO wordt georganiseerd. Deze coördinatie wordt, vanuit casusniveau, uitgevoerd door de centrale zorgverlener. De coördinatietaken van een centrale zorgverlener zijn een belangrijk onderdeel van de totale zorginzet die de centrale zorgverlener biedt.

Doelstellingen

De behandeling van kinderen met overgewicht/obesitas en een medische indicatie wordt verricht door een geschoolde CZV.

Een CZV is beschikbaar voor ieder kind met een matig, sterk en extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). De behandeling van de CZV heeft als doel:

---

[1] Deze factoren kunnen ook buiten het medische domein liggen. Juist in die gevallen is het van belang dat belemmerende en bevorderende factoren in beeld worden gebracht en de juiste partners, zowel in het sociaal- als het zorgdomein, worden betrokken en geactiveerd om deze aan te pakken met als doel de leefstijlondersteuning optimaal te laten slagen.

- Het op termijn verminderen van leefstijlgerelateerde gezondheidsaandoeningen, zoals diabetes mellitus type II, hypertensie en non-alcoholische leververvetting;
- Het op termijn verkleinen van het gewichtsgerelateerd risico, en daarmee het voorkomen van het ontstaan van nieuwe gewichtsgerelateerde aandoeningen (secundaire, geïndiceerde preventie).
- Het toewerken naar en handhaven van een gezonder gewicht, een betere lichamelijke fitheid, betere psychische gezondheid en betere kwaliteit van leven. Dit gebeurt door het stapsgewijs aanbrengen van veranderingen in de leefstijl om zo de kans op een duurzame verandering van leefstijl en een betere kwaliteit van leven te vergroten.
- Het bevorderen van zelfmanagement van kind en gezin. De betrokken professionals uit zorg- en sociaal domein, inclusief de CZV, ondersteunen kind en gezin hier gedurende het gehele behandeltraject bij.
- Het creëren van de juiste randvoorwaarden voor duurzame leefstijlverandering, door de inzet op aanwezige onderliggende problemen, welke in de brede anamnese zijn geanalyseerd. Ondersteuning op die levensgebieden waarop zij knelpunten ervaren en die hen belemmeren om hun leefstijl te verbeteren.

De inhoudelijke behandeling richt zich op (het mogelijk maken van) leefstijlverandering ten aanzien van voeding, bewegen en gedrag. De centrale zorgverlener richt zich op het versterken van het zelfmanagement met betrekking tot deze leefstijl(verandering) van het gezin. Opvoedondersteuning en psychosociale ondersteuning van kind en gezin zijn integraal onderdeel van de behandeling om te komen tot een duurzame leefstijlverandering. Waar nodig worden specialisten ingezet, op de specifieke thema's. De aanleiding voor behandeling is primair het overgewicht van het kind maar ouders en het systeem worden intensief betrokken in de behandeling (noodzakelijk gezien benodigde opvoedvaardigheden, invloed welzijn van ouders op gezinsdynamiek, voorbeeldfunctie, inkoopgedrag). Dit vindt plaats op een positieve manier, gericht op het vergroten van motivatie en het aanleren van zelfmanagement en waar nodig gezondheidskennis en -vaardigheden. Dat de aanleiding voor behandeling primair het overgewicht is, wil niet zeggen dat de aanpak gericht is op alleen het overgewicht. Zoals later omschreven in dit document, wordt ingezet op het uitvragen van een brede anamnese waarin met nadruk wordt gekeken wat onderliggende oorzaken (kunnen) zijn van het overgewicht. Op die manier wordt gewaarborgd dat problematiek met een integrale blik benaderd wordt. Vervolgens wordt op basis van de brede anamnese, en in samenspraak met kind en gezin, gekeken welke aanpak passend is om ook deze onderliggende oorzaken te adresseren/aan te pakken. Het uitvragen van de brede anamnese, vormgeven van de behandeling op basis van de brede anamnese incluis onderliggende oorzaken en conform de behandeling doorverwijzen naar ander professionals, zijn allen taken van de CZV. Met nadruk hoort ook de coördinatie op casusniveau van professionals die nodig is om deze taken met goed gevolg uit te voeren bij de CZV.

Specifiek voor de thema's voeding en beweging werkt de behandelaar toe naar de opgestelde Nederlandse richtlijnen op het gebied van voeding en beweging, zoals hieronder specifieker toegelicht per thema. Om de behandeling te kunnen uitvoeren, wordt van de CZV verwacht over verschillende competenties te beschikken (zie profiel CZV).

Gezondheid en overgewicht zijn niet meer alleen het speelveld van kind, ouders en zorgprofessionals. Ook professionals in het sociaal domein spelen een belangrijke rol. Dit vraagt om een integrale aanpak met ondersteuning en zorg vanuit zowel het sociaal als het medisch domein. Ondersteuning en zorg is passend en samenhangend vanuit de specifieke situatie van kind en gezin. Het kunnen bieden van de juiste ondersteuning en zorg vraagt om goede samenwerking tussen kind en gezin en de verschillende professionals. Hierbij is het van belang dat deze professionals volgens dezelfde visie te werk gaan met de juiste houding, competenties, kennis en vaardigheden. In dit document wordt uitgegaan van een continue samenspel tussen inzet vanuit het sociaal- en zorgdomein, met als leidend principe op-maat-behandeling van kind en gezin.

Signaleren

Overgewicht kan op zicht gesignaleerd worden, dus zonder te meten en te wegen. Maar daadwerkelijk constateren of er sprake is van overgewicht of obesitas kan alleen door meten en wegen. Dit moet dus altijd op de signalering volgen en worden uitgevoerd door een daarvoor opgeleide professional. Het signaleren in geen onderdeel van de behandeling door de CZV. Een jeugdverpleegkundige/jeugdarts, huisarts of kinderarts stelt de BMI vast middels meten en wegen en verwijst naar de CZV.

Intake De intake is opgebouwd uit diverse componenten, waaronder een brede anamnese incluis een diagnostisch traject met het vaststellen van het GGR, een analyse van de motivatie en een toelichting op de werkwijze van de centrale zorgverlener.

De brede anamnese omvat de gehele fase waarin met een integrale blik gekeken wordt naar het kind en gezin en de (onderliggende) oorzaken van het overgewicht. Geëvalueerd wordt welke belemmerende en bevorderende factoren (voeding, beweging, opvoeding, gedrag, psychosociaal functioneren, het systeem, de omgeving, financiële situatie) aanwezig zijn met betrekking tot leefstijlverandering. Het diagnostisch traject is ook onderdeel van de brede anamnese.

Gedurende het diagnostisch traject wordt het gewichtsgerelateerd risico (GGR) bepaald. Huisarts, jeugdarts en/of kinderarts wordt hierbij betrokken, volgens de richtlijnen overgewicht en obesitas van JGZ, NHG, NVK of Zorgstandaard Obesitas.

Na het bepalen van het GGR, en voorafgaand aan behandeling wordt er een brede anamnese afgenomen waarin kind en gezin centraal staan. De brede anamnese leidt tot een duidelijk beeld van:

- de factoren die het overgewicht bij dit kind, in dit gezin, veroorzaken en in stand houden;
- de hulpvraag waarvoor kind en gezin een oplossing zoeken en die uiteindelijk kan bijdragen aan leefstijlverandering;
- factoren die kind en gezin een basis geven om succesvol met de hulpvraag aan de slag te gaan;
- fase van motivatie t.a.v. gedragsverandering, zodat hier in plan van aanpak rekening mee worden gehouden.

Tevens wordt een inschatting gemaakt van de leefstijl van kind en gezin op het gebied van voeding, beweging en gedrag. Bekeken wordt in welke mate het kind voldoet aan de gestelde richtlijnen voeding en beweging waar in de behandeling naartoe wordt gewerkt. Ook worden de factoren die een duurzame leefstijlverandering, in de weg staan of kunnen ondersteunen in kaart gebracht. Denk hierbij aan de factoren gerelateerd aan het (psychisch) welzijn van het kind en de ouders, de

dynamiek binnen het gezin en de opvoedvaardigheden van de ouders. Verder wordt een inschatting gemaakt over de mate waarin kind en ouders in staat zijn tot zelfmanagement en daarmee de mate waarin kind en ouders ondersteuning en zorg nodig hebben.
Wanneer de CZV vanuit zijn professioneel handelen geen conclusie kan of mag trekken, is verwijzing voor aanvullend onderzoek naar een andere zorgprofessional of professional uit het sociaal domein nodig. De CZV maakt met behulp van de brede anamnese een voorselectie voor welk kind dit nodig is.

De CZV coördineert de samenhang van het ***aanvullend*** onderzoek **(op indicatie)**, in zowel het sociaal- als het zorgdomein:

- Een onderzoek op gebied van voeding wordt afgenomen door een diëtist (Zorgverzekeringswet (Zvw)).
- Lichamelijk onderzoek in geval van bewegingsbeperking, pijn bij bewegen gebeurt meestal door de kinderarts en/of fysiotherapeut of revalidatiearts, afhankelijk van welk extra onderzoek nodig is (Zvw).
- Een onderzoek op psychisch of psychosociaal gebied, bijvoorbeeld bij het vermoeden van een psychisch of psychosociaal probleem of een trauma. Dit onderzoek wordt afgenomen door een opvoedadviseur, orthopedagoog, jeugdhulpverlener, maatschappelijk werker, (jeugd)psycholoog of psychiater, afhankelijk van welk extra onderzoek nodig is (JeugdWet (JW)).
- Medisch of genetisch onderzoek als het vermoeden bestaat dat een medisch of genetisch aspect in het spel is of specialistische kennis nodig is om een onderliggende ziekte uit te sluiten. Verwijzing naar aanvullende medisch of genetisch specialisten vindt plaats door de kinderarts (Zvw).

Tenslotte is een toelichting op de werkwijze van de centrale zorgverlener, wat de centrale zorgverlener mogelijk kan bieden en een toetsing van de wens tot deelname onderdeel van de intake. De motivatie van kind en ouders ten aanzien van leefstijlverandering speelt een belangrijke rol bij het slagen van de behandeling. Tijdens de intake wordt een indruk verkregen in welke fase van gedragsverandering een kind en gezin zich bevinden (bijv. door inzet van Motivational Interviewing).

Samenhang bespreken en opstellen Behandelplan

Op basis van de brede anamnese wordt op maat een behandelplan opgesteld, in samenspraak met kind en gezin. In het behandelplan wordt ook de aanpak van factoren die ongezonde gewoontes in stand houden of belemmeren opgenomen. Indien toeleiding naar een aanbod gericht op het verminderen van deze factoren wenselijk is (bijvoorbeeld naar gemeentelijke instanties/aanbod/andere professionals) zal de CZV dit initiëren. Het is dus zeer goed mogelijk dat een kind en gezin voor het aanpakken van belemmerende factoren verwezen wordt naar professionals uit het sociaaldomein, zowel een (jeugd)psycholoog, schuldhulpverlener e.a.

Afstemming

Na het diagnostisch traject en integrale brede anamnese organiseert de CZV een, waar nodig domeinoverstijgend, multidisciplinair overleg met professionals die betrokken zijn bij de brede anamnese. In het multidisciplinair overleg wordt besproken welke verbeterpunten en behandeldoelen op te stellen. Tevens wordt de prioritering besproken van de behandeldoelen. De uitkomst van het multidisciplinair overleg moet vertaald worden naar heldere en voor ouder en kind haalbare doelen die de motivatie en actiebereidheid van hen ondersteunen of vergroten. Een plan van aanpak maakt de centrale zorgverlener dus ook altijd samen met ouders en kind.

De CZV heeft naast het organiseren de taak om de casus(sen) in te brengen in het multidisciplinair overleg en stemt met betrokken professionals en ouders en kind af wat nodig is voor een kansrijk behandelplan. Hierbij zijn de wensen en mogelijkheden van ouders en kind leidend. De afspraken en inzichten die verkregen worden, worden verwerkt in het behandelplan. Wanneer er sprake is van multiproblematiek, wordt onderzocht wat de primaire interventie moet zijn, alvorens wordt besloten overgewicht/obesitas van het kind te behandelen. Hierbij wordt geredeneerd vanuit het kind en gezin en wordt domeinoverstijgend gekeken naar het behandelplan.

Ook kan de CZV gedurende het behandeltraject beslissen om het multidisciplinair team in te zetten, om gezamenlijk afspraken te maken, knelpunten te bespreken of om advies te vragen. Hierbij wordt van de CZV een proactieve en open houding verwacht, waarbij hij of zij de patiëntcasus gestructureerd bespreekt en concrete vragen voorlegt aan het multidisciplinaire team. De CZV heeft de rol om de belangen van kind en gezin voorop te stellen.

Focus en prioritering

Het behandelplan beschrijft doelstellingen met bijbehorende acties gericht op een duurzame leefstijlverandering. In het behandelplan en ook gedurende de behandeling is er bijzondere aandacht voor planning en prioritering. Door prioritering in de benodigde leefstijlveranderingen toe te passen, en aandacht te hebben voor kleine stap-voor-stap veranderingen, wordt getracht duurzame leefstijlveranderingen te laten plaatsvinden, passend bij kind en gezin. Het nastreven van kleine succeservaringen kan de motivatie vergroten, leidend tot grotere succeservaringen.

Het kan voorkomen dat de focus van de behandeling ligt op één van de eerder genoemde thema's. Ook kan de focus gedurende de behandeling verschuiven. De frequentie van contact tussen de CZV en ouders en kind kan gedurende de behandeling verschillen, volgens het stepped care principe. Indien niet alle thema's aandacht krijgen binnen de behandeling, of in mindere intensiteit, zal de CZV moeten kunnen motiveren in het behandelplan waarom op bepaalde thema's (op dat moment) geen of minder nadruk ligt (bijvoorbeeld omdat het eet- of beweeggedrag van het kind al aan de gestelde voeding- of beweegrichtlijnen voldoet).

Monitoren en bijstellen behandelplan

Na het opstellen van het behandelplan kunnen het kind en het gezin aan de slag - voor zover nodig en afgesproken - ook onder behandeling van (andere) professionals. Gedurende de behandeling worden de persoonlijke doelstellingen en acties uit het behandelplan opgevolgd, gecoördineerd en waar nodig bijgestuurd door de CZV. Ook hier geldt met nadruk dat deze inzet domeinoverstijgend is.

Thema's van het behandelplan

7

Een effectieve aanpak van overgewicht bij kinderen begint met het erkennen en analyseren van de biologische, psychologische en omgevingsfactoren. Vaak is er sprake van een wisselwerking tussen deze factoren: de ene factor beïnvloedt de andere. Voorbeelden van deze factoren zijn: lichamelijke en psychische gezondheid van het kind; de sociale participatie, het welzijn van ouders, de dynamiek in het gezin en de opvoedkundige vaardigheden van ouders. Door middel van de brede anamnese krijgt de professional inzicht in de onderliggende factoren die de leefstijl van een kind beïnvloeden, zoals hoe het kind eet, beweegt en slaapt. De leefstijl beïnvloedt op zijn beurt de gezondheid en het welzijn van het kind en zijn gezin. Zoals omschreven kan de CZV voor de behandeling uitgaan van inzet omschreven in diverse richtlijnen en zorgstandaarden en verwijzen naar diverse professionals.

Gedrag

Uitgangspunt is een positieve en coachende benadering door de CZV, gericht op (het beteren van) gezondheid en vergroten van zelfredzaamheid.

Doel hierbij is het vergroten van het zelfmanagement en de gezondheidsvaardigheden van kind en gezin. Hierbij worden geen specifieke richtlijnen in acht genomen. Behandeling is gepersonaliseerd naar behoeften van kind en gezin. Het in kaart brengen van de motivatie van kind en gezin om leefstijlveranderingen toe te passen is essentieel. Daarnaast wordt bij het opstellen van het behandelplan rekening gehouden met potentieel bevorderende en belemmerende factoren (zoals financiële status, huisvesting, sociale status, cultuur etc) die reeds in kaart zijn gebracht met de brede anamnese.

Leefstijlverandering dient plaats te vinden in het systeem waarbinnen het kind opgroeit. De behandeling richt zich hier uitdrukkelijk op, waarbij de (voorbeeld)rol van ouders binnen het gezin continu wordt besproken en aandacht krijgt gedurende diagnose en behandeling.

Er is gedurende de behandeling bijzondere aandacht voor onder andere psychosociale factoren, opvoedondersteuning & systeemdynamiek in het gezin en slaapgedrag.

Behandeling op dit thema door de centrale zorgverlener bestaat uit:

Psychosociale factoren van het kind

- Het in kaart brengen en blijvend evalueren van belemmeringen in het gedrag van kind en gezin alsmede andere psychosociale (omgevings)factoren waardoor leefstijlveranderingen niet of moeizaam plaats kunnen vinden.
- Het in kaart brengen van interactie van kind met gezin en omgeving, bijvoorbeeld zelfvertrouwen en pestgedrag op school. Het kind krijgt op een laagdrempelige en positieve manier inzicht in gewoonten en hoe deze invloed hebben op leefstijl en gezondheid.

Opvoedondersteuning & Systeemdynamiek in het gezin

- Het vergroten van pedagogische vaardigheden van ouders, welke leefstijlveranderingen kunnen ondersteunen.

- Het welzijn van de ouders: de mate waarin ouders wel of niet (psychische) problemen hebben of ervaren.
- De dynamiek in het gezin, bijvoorbeeld bij het vermoeden van een psychisch of psychosociaal probleem of een trauma (zoals een overleden ouder, vechtscheiding of oorlogstrauma).
- Het gebruik van gesprekstechnieken (waaronder motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken) om kind en gezin inzicht te geven in (leefstijl)gedrag /gewoontes en motivatie voor leefstijlverandering te vergroten.

Gedragsverandering ten aanzien van slaap

- Het slaapgedrag van het kind. Hierbij wordt uitleg gegeven over de invloed van voldoende slaap van goede kwaliteit op de gezondheid van het kind. Er is aandacht voor slaaphygiëne.
- Stress en ontspanning.
- Samenhang en balans tussen welbevinden, psychosociale factoren, bewegen, stress / ontspanning, slaap en voeding.

Als op een van de bovenstaande onderdelen de inzet van de CZV niet toereikend is, worden de professionals uit het sociaal domein betrokken. Voorbeelden hiervan zijn de POH-jeugd, de (jeugd)psycholoog, (ortho)pedagoog, opvoedondersteuner, jeugdhulpverlener, maatschappelijk werker, psychiater. Deze professionals nemen na doorverwijzing zelf een aanvullende anamnese af (zie intake), brengen de problematiek in kaart en koppelen de conclusies terug aan de CZV. De CZV heeft hierbij als taak de verwachting van deze professional te specificeren. In gezamenlijk overleg en samenspraak met kind en gezin wordt een plan van aanpak voorgesteld. De CZV heeft hierbij als taak te verwijzen en te coördineren.

Voeding

De behandeling gericht op voeding werkt toe naar een eetpatroon volgens de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum[2]. Bij de behandeling is ook aandacht voor de zorgmodule Voeding door het Partnerschap Overgewicht Nederland uit 2012, ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport[3]. Dit houdt in dat een gevarieerd en gestructureerd eetpatroon moet worden bereikt bestaande uit producten binnen de Schijf van Vijf (zoals volkoren graan producten, groenten en fruit, zuivel en het drinken van water), met aandacht voor portiegrootte en

[2] Voedingscentrum. **Schijf van Vijf**. Te bereiken via: https://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf.aspx

[3] Ontwikkel- en onderhoudsgroep onder leiding van Partnerschap Overgewicht Nederland (2012). **Zorgmodule Voeding**. In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

(de vermindering van) ongezonde producten welke buiten de Schijf van Vijf vallen, zoals gesuikerde (fris)dranken en energierijke tussendoortjes.

Behandeling op dit thema door CZV bestaat uit:

- Inzetten op zelfmanagement bij kind en gezin. Stapsgewijs wordt de regie voor het aanpakken en zelf oplossingen zoeken ten aanzien van het voedingsgedrag bij het kind en gezin belegd (Zorgmodule zelfmanagement 1.0, Zorgmodule voeding).
- Het in kaart brengen van de kennis over gezonde voeding bij kind en gezin.
- Het verminderen van kennislacunes door informeren over gezonde voeding, met hierbij ook speciale aandacht voor vaardigheden met betrekking tot het lezen van etiketten.
- Het opstellen van een globaal voedingsadvies voor het kind op vraag van kind en/of gezin.
- Het motiveren van kind en gezin richting een volwaardig en gestructureerd eetpatroon door gebruik te maken van gespreksvoeringstechnieken (zoals motiverende- of oplossingsgerichte gespreksvoering) en tools van het Voedingscentrum.
- Het voorbereiden en evalueren van risicomomenten, zoals omgaan met feestjes, vakanties en traktaties.
- Het signaleren van psychosociale factoren die eetgedrag en -patronen beïnvloeden, zoals emotioneel en extern eten, eetbuien en peer pressure. Op basis van deze signalering kan worden doorverwezen naar diëtist en/of psycholoog.
- Het inzetten van externe professionals in het netwerk, zoals een diëtist, bij vastgestelde voedingsproblematiek, als allergieën, diëten, selectief eetgedrag of eetbuien ofwel indien het gezin intensievere behandeling op het gebied van voeding nodig heeft gedurende de behandelfase. De CZV heeft hierbij als taak de verwachting van deze professional te specificeren, met concrete vra(a)g(en) en de ondersteuning en zorg te coördineren.
- Het evalueren en bijstellen van gemaakte afspraken en leerdoelen.

Beweging

De CZV heeft gedurende de behandeling de Beweegrichtlijnen voor kinderen, opgesteld door de Gezondheidsraad in 2017 en de zorgmodule bewegen als uitgangspunt[4]. Deze doelen houden voor kinderen van vier tot achttien jaar in:

- Het verhogen van lichamelijke activiteit (beweging is goed, meer beweging beter);
- Minimaal elke dag één uur matig intensieve inspanning (denk bijvoorbeeld aan: fietsen, trampolinespringen of paardrijden).
- Minimaal driemaal per week spier- en botversterkende activiteiten. Spierversterkende activiteiten zijn activiteiten die kracht en uithoudingsvermogen van de spieren verbeteren. Ingezet kan worden op specifieke krachtoefeningen, maar ook op sporten waar rennen, springen en versterken van spieren onderdeel van uitmaken.
- Het verminderen van sedentair gedrag.

Behandeling op dit thema door de centrale zorgverlener bestaat uit:

- Inzetten op zelfmanagement bij kind en gezin. Stapsgewijs wordt de regie voor het aanpakken en zelf oplossingen zoeken ten aanzien van het beweeggedrag bij het kind en gezin gelegd.
- Informeren over gezondheidsvoordelen van meer beweging en het motiveren van kind en gezin richting meer dagelijkse beweging in hun eigen woon-/leefomgeving, zoals lopen en het gebruik van fiets en het stimuleren van buiten spelen. Hierbij maakt de CZV gebruik van gesprekstechnieken (zoals oplossingsgerichte – of motiverende gespreksvoering).
- Het informeren en motiveren van het kind en gezin richting bestaand sportaanbod in de wijk.
- Het verminderen van sedentair gedrag, door educatie en motivatie. Hierbij verdient het reduceren van beeldschermgebruik bijzondere aandacht.
- Het gebruik van netwerkmogelijkheden, indien regulier sportaanbod niet mogelijk, passend of gewenst is. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit de inzet van bijzonder of aangepast sportaanbod, inzet van buurtsportcoaches of inzet van Jeugdfondsen. De CZV maakt hiervoor gebruik van de lokale toegangswegen en de mogelijkheden aanwezig in het sociaal domein.
- Het inzetten van externe zorgprofessionals in het netwerk, zoals een huisarts of fysiotherapeut indien er sprak is van bewegingsbeperkingen en/of pijnklachten bij beweging. Dit is het geval wanneer lichamelijke beperkingen reden zijn om niet deel te kunnen nemen aan (regulier) beweegaanbod. De CZV heeft hierbij als taak de verwachting van deze zorgprofessional te specificeren, met concrete vra(a)g(en) en de geleverde ondersteuning en zorg te coördineren.
- Het evalueren en bijsturen van opgestelde doelen.

Blijvende monitoring en bijstellen van behandelplan

Gedurende de behandelfase, wordt het traject gemonitord. Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd en afspraken en doelen zo nodig bijgesteld.

Afsluiting behandeltraject

De lange duur van de interventie maakt het mogelijk duurzame leefstijlveranderingen te bewerkstelligen, zelfmanagement te vergroten en mede daardoor terugval te voorkomen. Wanneer ouders en kinderen in staat zijn om de in gang gezette gedragsverandering in stand te houden, wordt expliciet aandacht besteed aan het voorkomen van terugval in het oude gedrag. De laatste fase van behandeling door de CZV is ingegaan. Kinderen en hun ouders leren signalen voor terugval te herkennen en hier acties op uit te zetten om daadwerkelijke terugval te voorkomen. Wanneer kind en gezin zelf een terugvalpreventieplan hebben gemaakt en getest hebben in de praktijk op werkzaamheid wordt de behandeling afgebouwd. De regie wordt hiermee teruggegeven aan ouders en kind zelf.

Kwaliteitseisen

Om het CZV-schap uit te kunnen voeren zijn een aantal kwaliteitseisen bepaald. Ten eerste dient elke CZV te voldoen aan een bepaald profiel zodat basis kennis, vaardigheden en denk-nivo zijn gewaarborgd. Daarnaast zijn bovenal een aantal competenties essentieel om het CZV-schap goed uit te kunnen voeren. Uitsluitend personen met het vastgestelde profiel en die beschikken over deze competenties komen in aanmerking voor een opleiding tot CZV en uitvoering van de functie.

Profiel

De ervaring van de proeftuinen laat zien dat het centraal zorgverlenerschap niet exclusief uitgevoerd hoeft te worden door één specifieke beroepsgroep. Het gaat juist om het uitvoeren van een specifieke rol. Uit de ervaring tot nu blijkt wel dat niet iedereen met een willekeurige opleiding deze rol kan oppakken. Een vereiste voor uitvoer van centraal zorgverlenerschap is een HBO + opleiding vanuit een sociaal-maatschappelijke of (para)medische opleiding. Aanvullend is een specifieke opleiding tot CZV met onder andere oog voor kennis en verbinding van het sociaal- en zorgdomein, inzet van de juiste gesprekstechnieken, kennis rond de leefstijl thema's en fysieke/mentale gezondheid en context van kind/gezin nodig.

Competenties

Vanuit de opgedane ervaring wordt verder geadviseerd om rekening te houden met het beschikken over diverse competenties van de CZV zoals opgenomen in het profiel CZV. Deze competenties kunnen worden ondergebracht onder de volgende competentiegebieden: coördinator, samenwerkingspartner, communicator, reflectieve professional, kwaliteitsbevorderaar en gezondheidsbevorderaar.

Competenties van de CZV die onder de competentiegebieden vallen en nodig zijn voor een goede uitvoer van deze rol, zijn onder andere:

- Uitstekende communicatieve vaardigheden (zowel mondeling als schriftelijk).
- Motiverend en stimulerend.
- Analytisch vermogen.
- Positioneert zich naast het kind en de ouders.
- Een coachende in plaats van adviserende houding
- Gericht op samenwerking met kind en gezin en andere professionals.
- Een open, niet veroordelende houding.
- Doortastend en ondersteunend.
- Cultuursensitief
- Reflecteert op eigen handelen
- Goed bekend met de sociale kaart van zorg- en ondersteuningsaanbod in de buurt.
- Spreekt anderen aan op gemaakte afspraken.
- Pragmatisch.
- Netwerker.
- Kan werken met geautomatiseerde systemen.
- Basiskennis van sociaal wetenschappelijke theorieën over menselijk gedrag, socialisatie- en systeemtheorieën, incluis het versterken van zelfmanagement.
- Creatief.
- Kan prioriteren.
- Empathisch en sensitief
- Flexibel.
- Innovatief
- Aandacht voor kwaliteit.
- Pro-actief.

Het profiel Centrale Zorgverlener[5] geeft een gedetailleerde uitwerking met uitgebreide toelichting over de competenties van de CZV.

Te verwachten resultaten van behandeling.

Op individueel nivo mag verwacht worden dat de doelen van de behandeling worden behaald. In eerste instantie betreft dit het behalen van de individuele doelen van het kind en gezin op het gebied van voeding, bewegen, gedrag, psychosociale problematiek en slapen en het vaardig zijn in het behoud van de ingezette leefstijlverandering. Daarnaast mag verwacht worden dat na interventie kind en gezin zelfmanagement effectief kunnen toepassen en er een terugval(preventie)plan is opgesteld op basis waarvan kind en gezin in staat zijn in de toekomst de juiste acties te ondernemen

---

5 https://www.ketenaanpakovergewichtkinderen.nl/images/Aanvullende_producten/profiel_centrale_zorgverlener.pdf

om terugval te signaleren en te voorkomen. Bovendien mag verwacht worden dat na interventie het overgewicht is afgenomen of gestabiliseerd, het GGR is afgenomen en de kwaliteit van leven is verbeterd. Op procesnivo mag verwacht worden dat er efficienter (en domeinoverstijgend) wordt samengewerkt in de zorg en begeleiding rond het kind en gezin.

Gezondheidsraad (2017). **Beweegrichtlijnen 2017**, te bereiken via: https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017.

[1] M. Sijben, M. Van der Velde, E. Van Mil, J. Stroo en J. Halberstadt (2018): **Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas**. Amsterdam: Care for Obesity.

Werkinstructie Brede Anamnese Overgewicht (2018). Te bereiken via: https://www.ketenaanpakovergewichtkinderen.nl/images/Aanvullende_producten/2018-12-06_Werkinstructie_brede_anamnese_overgewicht.pdf

Profiel Centrale Zorgverlener. Voor kinderen met overgewicht en obesitas (2018). Te bereiken via: https://www.ketenaanpakovergewichtkinderen.nl/images/Aanvullende_producten/profiel_centrale_zorgverlener.pdf

CBO. Zorgmodule zelfmanagement 1.0 (2014). Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met een of meerdere chronische ziekten.

Kerngroep Zorgmodule Bewegen (2015). Zorgmodule bewegen. Te bereiken via: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/kwaliteit/richtlijnen/zorgmodule-bewegen-15122015.pdf

DISCLAIMER

De inhoud van dit document is met zorg samengesteld. Dit document is geen 1 op 1 uitwerking van de werkwijze zoals gehanteerd door Gemeente Amsterdam, Maastricht Universitair Medisch Centrum+ of Ziekenhuis Rijnstate. Dit document omschrijft wel een weergave van de samengevoegde werkwijzen gehanteerd door Gemeente Amsterdam, Maastricht Universitair Medisch Centrum+ en Ziekenhuis Rijnstate. In dit document is tevens rekening gehouden met, en mogelijke oplossingsrichtingen geformuleerd voor, een aantal knelpunten uit de huidige uitvoeringspraktijk. Waarbij betrokkenen rekening hebben gehouden met landelijk opschaling. Het document is opgesteld om als input te dienen bij het opstellen van een verdere duiding om te komen tot zorgaanspraken voor kinderen met overgewicht. Maak je gebruik van teksten en/of beelden dan gaan wij er vanuit dat je de juiste inhoud en afbeeldingen gebruikt en deze niet zelf aanpast. Overnemen van de tekst mag alleen met goedkeuring van de opstellers. Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+), ziekenhuis Rijnstate en Gemeente Amsterdam aanvaarden geen aansprakelijkheid voor of door onjuist gebruik.

Copyright © 2020. Gemeente Amsterdam, Maastricht Universitair Medisch Centrum+ en Ziekenhuis Rijnstate