

# Netwerkaanpak

BASIS  
MODEL

voor volwassenen met  
overgewicht en obesitas

VISIE



PROCES



PARTNERS



FINANCIERING



Samen naar passende zorg en ondersteuning  
voor volwassenen met overgewicht en obesitas



# Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas



Bijzonder waardevol dit basismodel 'Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas'. Een netwerkaanpak voor wat weleens de vergeten epidemie wordt genoemd. En dat is best bijzonder want meer dan 50 procent van de Nederlanders lijdt aan overgewicht en 15 procent aan obesitas. Het is dus een enorm maatschappelijk probleem.

Gezond leven en gezond blijven gaan niet vanzelf, weten we. De verleidingen zijn groot en we bewegen met z'n allen onvoldoende. Om nog maar niet te spreken van de medische, biologische en sociale oorzaken, zoals stress en schulden.

Daarom hebben we in Nederland de krachten gebundeld. Met veel partijen zetten we in Nederland in op de gezondheid en welzijn van iedere inwoner. In het Nationaal Preventieakkoord, het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) beschrijven we met elkaar wat daarvoor nodig is.

Dit basismodel is een mooi voorbeeld dat laat zien hoe deze doelen in de praktijk vormgegeven kunnen worden. Met de netwerkaanpak kunnen mensen worden begeleid bij het krijgen van inzicht. Wat is de samenhang van gezondheidsproblemen en persoonlijke omstandigheden? En hoe kom ik stapsgewijs tot de gewenste verbetering?

Of deze hulp nu in het sociale domein of in het medische domein geboden wordt, of in allebei. Ik denk dat de integrale aanpak op deze manier bijdraagt aan een betere gezondheid en kwaliteit van leven bij de mensen met overgewicht en obesitas.

Met deze gezamenlijke aanpak kan een belangrijke bijdrage worden geleverd aan het doel van het Nationaal Preventieakkoord om het aantal mensen met overgewicht in 2040 naar 38 procent terug te brengen.



**Maarten van Ooijen, MA**  
staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas



In Nederland heeft ruim de helft van de volwassenen overgewicht of obesitas. Dat heeft veel invloed op hun gezondheid en hun welbevinden. Het is bekend dat een teveel aan buikvet kan leiden tot talloze lichamelijke en mentale ziekten, lagere kwaliteit van leven, verminderde arbeidsparticipatie en daarnaast ook de behandeling kan bemoeilijken van ziekten die niet gerelateerd zijn aan obesitas.

Toch is de aanpak van overgewicht achtergebleven en worden in de medische wereld allerlei complicaties van overgewicht behandeld zonder iets aan het overgewicht zelf te doen. Een van de redenen is dat het zicht vaak ontbreekt op de factoren die op individueel niveau een rol spelen bij het ontstaan of in stand houden van het overgewicht. Veel van deze factoren kunnen verbeterd worden, wat de behandeling van overgewicht effectiever maakt en erger kan voorkomen.

In de netwerkaanpak brengt een centrale zorgcoördinator (CZC) alle sociale, psychische en medische factoren in kaart die van invloed kunnen zijn op het overgewicht. Ook relevante persoonskenmerken en leefstijl worden meegenomen. Een praktijkvoorbeeld: een vrouw met

overgewicht, een hoge bloeddruk en schulden komt in beeld bij de CZC. Ze slikt bloeddrukverlagende medicijnen met als bijwerking gewichtstoename. De CZC stemt af met de huisarts en samen met de vrouw wordt besloten de medicijnen af te bouwen. De CZC neemt contact op met schuldhulpverlening om een regeling voor haar te treffen. Zodra de druk van de schulden is afgenomen en de medicatie is afgebouwd, start de vrouw gemotiveerd met een gecombineerde leefstijlinterventie in haar eigen wijk. En ze bereikt hiermee een gezonder gewicht.

Zo maakt de netwerkaanpak optimaal gebruik van zorg en ondersteuning uit medisch en sociaal domein. Dit maakt de zorg voor mensen met overgewicht of obesitas effectiever en vormt, samen met collectieve preventieve overheidsmaatregelen, een basis voor meer welzijn en een betere gezondheid van de mensen in Nederland.



**Prof. Dr. Liesbeth van Rossum**

internist-endocrinoloog Erasmus MC  
Voorzitter Partnerschap Overgewicht Nederland

# Netwerkaanpak

voor volwassenen met  
overgewicht en obesitas



Dit basismodel is een uitgave van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON).

### AUTEURS

drs. Marian Sijben – Partnerschap Overgewicht Nederland/Sijben Advies  
drs. Claudia Bolleurs – Partnerschap Overgewicht Nederland  
dr. Karen Freijer – Partnerschap Overgewicht Nederland

### VORMGEVING

Angeline Taal – Artee Grafische Vormgeving

### TEKSTREDACTIE

Pauline van Tienhoven – Tienvoortekst

### FINANCIËEL MOGELIJK GEMAAKT DOOR

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van het Nationaal Preventieakkoord

April 2023

© Erasmus MC; Partnerschap Overgewicht Nederland,  
project Netwerkaanpak

### RECHTEN

Zowel verspreiden van als citeren uit het basismodel (tekst en/of beelden) moet altijd gebeuren onder vermelding van de volgende bron: Sijben M., Bolleurs C. en Freijer K.: *Basismodel Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas*. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), april 2023.

Gebruik van het logo van het PON is alleen toegestaan en zelfs vereist als de volledige producten van het PON worden gebruikt zonder dat er wijzigingen aan de opmaak en inhoud zijn aangebracht. Toevoegen van eigen logo's aan de producten van PON is dan toegestaan.

Gebruik van tekstdelen en enkele beelden in eigen documenten is toegestaan. Dan volstaat een bronvermelding zoals hierboven aangegeven. In dat geval is het niet toegestaan het logo van het PON te gebruiken. Bij gebruik van tekstdelen en/of beelden mogen alleen de juiste, ongewijzigde teksten en/of beelden gebruikt worden. Het integraal kopiëren van de volledige tekst en/of alle beelden uit de producten van het PON in eigen producten is niet toegestaan.

# INHOUDSOPGAVE

## Inleiding

Over de netwerkaanpak	7
Over dit basismodel	9
Doelgroep basismodel	9
Uitgangspunten	9
Leeswijzer	10
Wat verder belangrijk is	10

## Maatschappelijke context

Politiek	13
Sociaal-cultureel	13
Fysiek	14
Economisch	14
Tot slot	14

## Visie

Welke factoren spelen een rol bij overgewicht?	16
Wat kan de omgeving betekenen?	18
Wie zijn er bij de aanpak betrokken?	18
Wat vraagt deze aanpak van professionals?	19
Hoe komt de gedragsverandering tot stand?	20
Hoe houd je de verandering vast?	21

## 6

## Proces

<b>Stap 1</b> Overgewicht constateren en bespreekbaar maken	25
<b>Stap 2</b> Vaststellen wat er speelt	27
<b>Stap 3</b> Samenhang en aanpak bespreken	30
<b>Stap 4</b> Een plan maken en taken verdelen	33
<b>Stap 5</b> Aan de slag	35
<b>Stap 6</b> Zorgen dat het blijft werken	36

## Partners

De persoon zelf en betrokkenen uit zijn omgeving	39
De centrale zorgcoördinator (CZC)	40
Professionals uit het medisch domein	41
Professionals uit het sociaal domein	41
Uitvoerders leefstijlinterventies	42

## Financiering

Verschillen per gemeente en per individu	45
Aansluiten bij wat er al is	45
Financiering per processtap	46

## Bijlage Begrippenlijst

## Bijlage Achtergrond

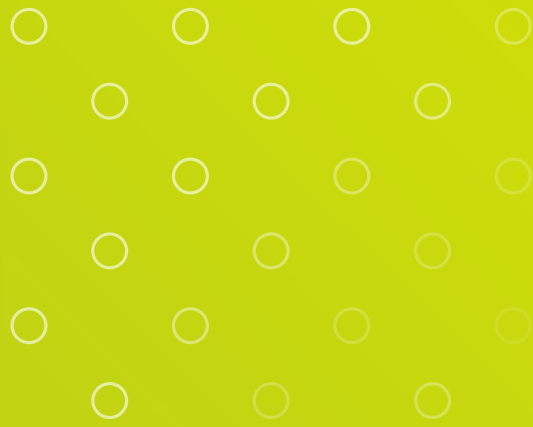
## 22

## 38

## 43

## 49

## 55



# INLEIDING



Het aantal mensen dat te maken krijgt met overgewicht groeit nog steeds. Overgewicht heeft vaak veel invloed op de lichamelijke en mentale gezondheid en op het welzijn van deze mensen. Niet voor niets hebben de Nederlandse Gezondheidsraad en de Wereldgezondheidsorganisatie obesitas als ziekte erkend en zijn in Nederland enige jaren geleden algemene en beroepsspecifieke richtlijnen en een Zorgstandaard Obesitas ontwikkeld. De afgelopen jaren is dan ook veel geïnvesteerd in het toepassen van alle kennis over het voorkomen en aanpakken van overgewicht en obesitas. Tot nu toe lag de nadruk daarbij meestal op leefstijl (voeding, beweging, slapen) en nog onvoldoende op andere factoren die tot overgewicht en bijbehorende gezondheidsrisico's leiden. Vooral mensen met meerdere problemen - bijvoorbeeld door ziekte, armoede of moeilijkheden in gezin of familie - zijn extra kwetsbaar. Zij hebben baat bij een brede aanpak op maat in een sluitend netwerk van zorg- en hulpverleners en betrokken mensen uit hun naaste omgeving.

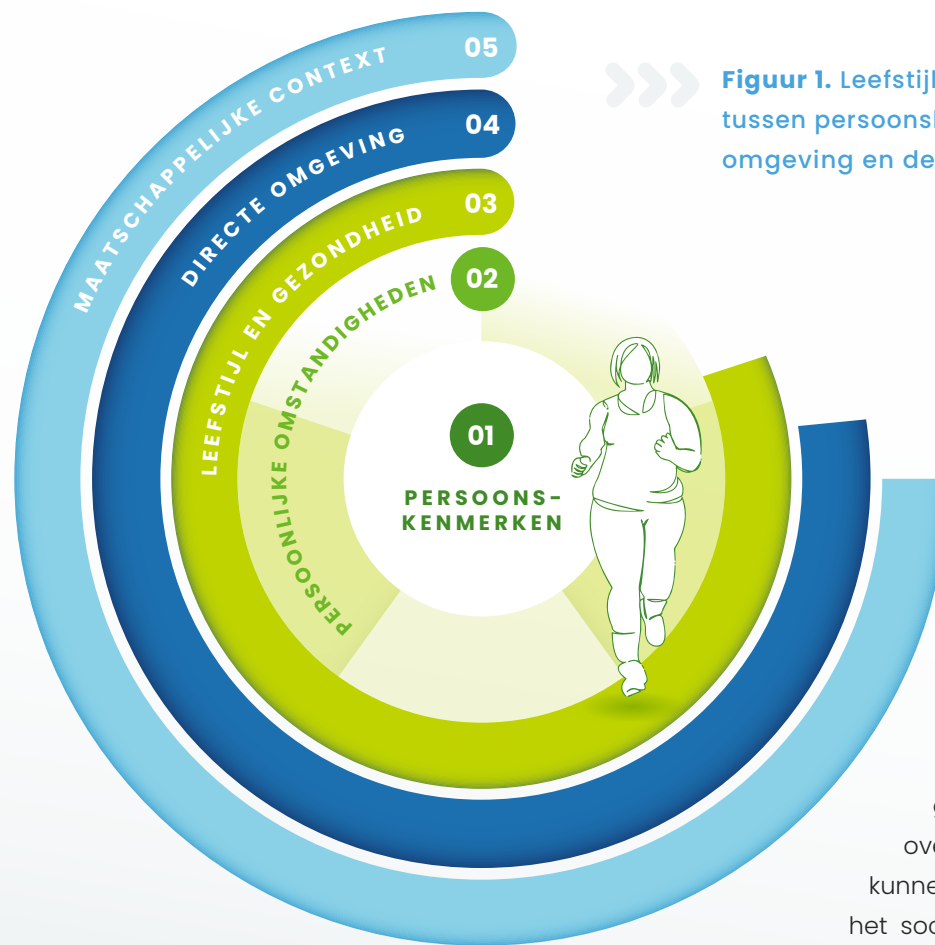
### Over de netwerkaanpak

In dit model beschrijven we een dergelijke netwerkaanpak. Doel van de aanpak is om op lokaal of regionaal niveau sluitende zorg en ondersteuning te organiseren voor volwassenen met overgewicht. Onder volwassenen verstaan we mensen van 18 jaar en ouder. Soms worden ook mensen jonger dan 18 jaar volgens de aanpak voor volwassenen geholpen, bijvoorbeeld omdat de aanpak voor kinderen niet meer passend is voor hen.

### Voor de leesbaarheid hebben we een aantal tekstuele keuzes gemaakt:

- In het model spreken we over overgewicht, ook als het over obesitas gaat.
- Overgewicht komt voor bij alle geslachten. Om de leesbaarheid te vergroten gebruiken we in dit model steeds de term 'hij' als we de volwassene met overgewicht bedoelen. Om dezelfde reden gebruiken we ook voor professionals de term 'hij'.
- Als we over professionals spreken bedoelen we alle relevante professionals uit zowel het medisch als het sociaal domein. Als het gaat over professionals uit een van beide domeinen, schrijven we expliciet medische professionals of professionals uit het sociaal domein.
- Als we spreken over medische professionals bedoelen we ook paramedische professionals.

In de netwerkaanpak staan drie vragen centraal: wie ben je, wat veroorzaakt je overgewicht en eventuele aanverwante gezondheidsproblemen en wat kan je helpen? Het achterhalen van deze informatie vormt een belangrijk onderdeel van de aanpak. Zo ontstaat inzicht in de factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van



**Figuur 1.** Leefstijl en gezondheid worden beïnvloed door de interactie tussen persoonskenmerken, persoonlijke omstandigheden, de directe omgeving en de maatschappelijke context

Maatschappelijke factoren zijn vooral indirect van invloed op iemands leefstijl en gezondheid, en dus ook op het gewicht. Het positief veranderen ervan is een collectieve ofwel maatschappelijke verantwoordelijkheid.

De afbeelding hiernaast laat zien welke factoren direct of indirect van invloed zijn op leefstijl en gezondheid.

De netwerkaanpak is een organisatie-model dat professionals helpt passende zorg en ondersteuning te organiseren. De netwerkaanpak valt of staat met een goed werkende samenwerking tussen de persoon met overgewicht, zo mogelijk mensen uit zijn omgeving die hem kunnen ondersteunen en een breed scala aan professionals uit het sociaal en medisch domein. Welke professionals dat zijn, verschilt per casus. Persoonlijke omstandigheden, leefstijlkeuzes en mogelijke medische problemen zijn daarbij leidend. Deze brede benadering vraagt andere kennis en vaardigheden en een andere houding van professionals. Zij staan naast de persoon met overgewicht, laten het probleem bij hem en bepalen samen met hem

het gewicht van de persoon. Sommige van die factoren hebben direct betrekking op de persoon en zijn omgeving en zijn daardoor op individueel niveau te beïnvloeden, andere zijn hoofdzakelijk gerelateerd aan de maatschappij waarin we leven. Deze maat-

wat nodig is en wie daar verder bij betrokken zijn. Belangrijke spil in de aanpak is een professional die de persoonlijke omstandigheden in kaart brengt, de betrokkenen bijstaat en de samenhang tussen alle activiteiten coördineert en bewaakt. In deze netwerk-aanpak noemen we degene die deze rol uitvoert de centrale zorgcoördinator (CZC).

### Over dit basismodel

Dit basismodel beschrijft hoe een netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht eruit kan zien, welke visie leidend is en wat die visie vraagt van alle betrokkenen. We vertellen welke processtappen nodig zijn om de aanpak goed uit te voeren, inclusief de organisatie en financiering ervan. Zo bieden we een kader om individuele trajecten vorm te geven en te verankeren in de lokale samenwerking. Op de lange termijn kan deze netwerkaanpak leiden tot minder zorg en ondersteuning op andere aandoeningen en persoonlijke problemen, en daarmee tot een efficiëntere inzet van capaciteit en middelen. Op individueel niveau draagt de aanpak bij aan een betere lichamelijke en mentale gezondheid en daardoor minder gezondheidsrisico's. Mensen kunnen gemakkelijker blijven meedoen in de maatschappij en vergroten daarmee hun kwaliteit van leven.

### Doelgroep basismodel

Beleidsmakers, bestuurders, managers en professionals uit het sociaal en medisch domein die actief betrokken (willen) zijn bij het opzetten en uitvoeren van een netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht of obesitas kunnen dit model als leidraad gebruiken. Met dit model kunnen initiatiefnemers en verantwoorde-

lijken het gesprek op gang brengen tussen partijen die een lokale of regionale variant van de aanpak mogelijk kunnen en willen maken. Ook helpt het model uitvoerend professionals hun aandeel in de uitvoering bespreekbaar te maken.

### Uitgangspunten

De netwerkaanpak in dit model is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- De persoon met overgewicht staat centraal. Zijn wensen, mogelijkheden en behoeften zijn leidend. Het gaat altijd om maatwerk waarbij de persoon met overgewicht zoveel mogelijk de touwtjes in handen houdt of kan nemen.
- Zorg en ondersteuning vinden plaats volgens de principes van stepped en matched care: de inzet is zo licht als mogelijk en zo intensief als nodig, afgestemd op de hulpvraag.
- De werkzaamheden van de professionals in het netwerk passen binnen hun huidige expertisegebied en hun reguliere bevoegdheden. De CZC bewaakt de samenhang.
- Zorg en ondersteuning worden zoveel mogelijk gefinancierd vanuit de huidige kaders en wetten. Voor sommige onderdelen is het wenselijk de financieringsbronnen uit te breiden, bijvoorbeeld voor de rol van CZC.

We realiseren ons dat de arbeidsmarkt op dit moment krap is en dat financiële middelen maar beperkt beschikbaar zijn. Dat vraagt om creativiteit en oplossingsgericht denken: hoe kun je met bestaande middelen en capaciteit het gedachtegoed van dit model realiseren en in stand houden?

### Leeswijzer

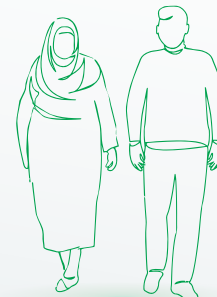
Dit basismodel bestaat uit vijf onderdelen en twee bijlagen.

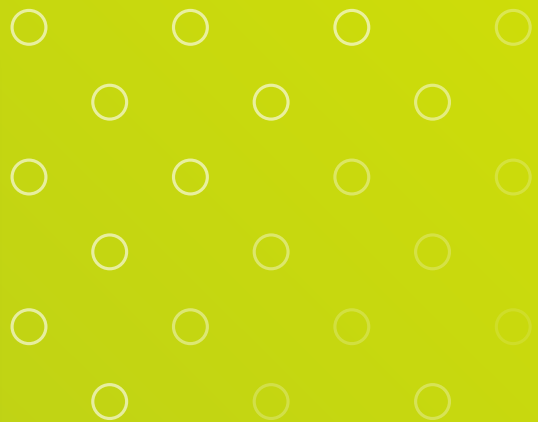
- **Maatschappelijke context:** de invloed van de maatschappij en de directe omgeving op leefstijl en gezondheid.
- **Visie:** de kerngedachte over het werken vanuit een brede blik.
- **Proces:** de zes stappen die het begeleidingstraject van de aanpak overzichtelijk en concreet maken.
- **Partners:** de betrokkenheid van diverse partners binnen de netwerkaanpak.
- **Financiering:** bronnen om tot financiering van een netwerk-aanpak te komen.
- **Bijlagen:**
  - **Begrippenlijst:** termen waarvan we denken dat ze toelichting nodig hebben.
  - **Achtergrond:** informatie over het ontstaan van dit model, wie erbij betrokken zijn, aanvullende producten en welke raakvlakken er zijn met het model voor kinderen.

### Wat verder belangrijk is

Dit model schrijft niet voor in welke vorm de activiteiten moeten plaatsvinden, hoe lang ze moeten duren en welke (gespreks) hulpmiddelen het beste gebruikt kunnen worden. Vanaf de start van de inrichting van het lokale netwerk is het aan betrokkenen om daar een passende vorm en invulling voor te vinden. Voor organisaties en professionals is het prettig om hier als volwaardige partner vanaf het begin in mee te denken zodat de manier van werken aansluit bij eventueel eerder gemaakte afspraken in andere netwerk- en samenwerkingsconstructies.

Extra informatie over het basismodel, de handreiking en praktijkvoorbeelden is te vinden op [www.aanpakovergewicht.nl](http://www.aanpakovergewicht.nl). Deze website biedt ook informatie over de lokale aanpak van gemeenten die hebben meegewerkt aan het model en links naar hun websites.





# MAATSCHAPPELIJK CONTEXT



## MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT 1/3

Ons gedrag en onze keuzes worden voor een groot deel bepaald door de omgeving waarin we leven. De keuze voor een gezondere leefstijl is daarom in de praktijk niet zo eenvoudig door te voeren en vol te houden. Een belangrijke succesfactor is een leefomgeving die dat stimuleert. Dat is een maatschappelijke verantwoordelijkheid met politieke, sociaal-culturele, fysieke en economische aspecten. Al deze aspecten hebben invloed op onze mogelijk-

heden en kansen en daarmee ook op ons gedrag. In het maken van gezonde keuzes hebben mensen een eigen verantwoordelijkheid, maar een niet-stimulerende omgeving zorgt ervoor dat het moeilijk is die keuzes te maken en vol te houden.

Met een aantal voorbeelden laten we zien hoe deze omgevingsaspecten van invloed zijn op ons leefstijl en gezondheid.



**Figuur 2.** Het maken van gezonde keuzes wordt sterk beïnvloed door de omgeving

## MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT 2/3

### Politiek

De mate waarin gezondheid en een gezonde leefstijl gezien wordt als een individuele of een maatschappelijke verantwoordelijkheid, vertaalt zich in beleid en verdeling van financiële middelen. Deze verdeling heeft weer gevolgen voor de fysieke, sociaal-culturele en economische omgeving. Ook de mate waarin de overheid erin slaagt haar burgers sociale en dus financiële zekerheid te geven, is een belangrijk aspect bij leefstijl en gezondheid. Relevante vragen voor lokale en landelijke bestuurders en beleidsmakers zijn dan bijvoorbeeld:

- Draagt dit beleid bij aan voldoende sociale zekerheid (bestaanszekerheid) als basis voor welzijn en gezondheid van de burger?
- Stimuleert dit beleid een gezonde leefstijl door gezonde keuzes makkelijk te maken?
- Wordt met dit beleid een ongezonde leefstijl voldoende ontmoedigd?
- Draagt het politieke klimaat bij aan meer empathie voor mensen met overgewicht?
- Helpt het politieke klimaat overgewicht te zien als een gevolg van de huidige maatschappelijke context?
- Hoe kun je bovenstaande punten als bestuurder of beleidsmaker beïnvloeden?

### Sociaal-cultureel

Heersende normen en waarden over uiterlijk en gezond gedrag zijn bepalend voor de mate waarin we overgewicht zien als een individuele of maatschappelijke verantwoordelijkheid. In een cultuur waarin slank zijn de norm is en je gewicht wordt gezien als

je eigen verantwoordelijkheid, wordt meer gestigmatiseerd. Met alle ongewenste gevolgen van dien. Denk bijvoorbeeld aan minder maatschappelijke participatie, zoals toegang tot passende zorg en onderwijs. Ook hebben mensen met overgewicht door stigmatisering vaak minder kansen op de arbeidsmarkt en ontwikkelen ze vaak minder sociale en betekenisvolle relaties. De kans is groter dat zij de (veronderstelde) negatieve oordelen van anderen voor waar houden en zo zichzelf stigmatiseren. Mensen met overgewicht vermijden ook vaker medische zorg uit angst voor vooroordelen en eerder ervaren stigmatisering door professionals. Dit alles kan leiden tot verminderd mentaal welbevinden, verminderde kwaliteit van leven en minder zingeving. Dat heeft vaak weer negatieve gevolgen voor hun leefstijl en gewicht en vergroot de bijbehorende gezondheidsrisico's. Als overgewicht meer gezien wordt als een maatschappelijke verantwoordelijkheid, is het aannemelijk dat het stigma en de negatieve gevolgen afnemen.

Ook de toenemende individualisering en het daarmee gepaard gaande verlies aan sociale cohesie kan nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid. Dat geldt ook voor ons jachtige bestaan met weinig rustmomenten. Deze sociaal-culturele kenmerken verhogen het risico op chronische stress en slaapttekort waardoor mensen minder energie en minder mentale ruimte voor zelfzorg ervaren en daardoor een barrière kunnen voelen om een gezonde leefstijl te organiseren. Chronische stress en slaapttekort kunnen ook fysieke effecten hebben, onder andere op de stofwisseling, het optimaal functioneren van onze organen en de eetlustregulatie. Ook dit kan weer leiden tot te veel en ongezond eten.

## MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT 3/3

### Fysiek

Het gemak waarmee we leefstijlkeuzes maken, wordt voor een groot deel bepaald door onze fysieke omgeving. Een drukke straat, geen (groen)voorzieningen in de naaste omgeving om te wandelen, fietsen of sporten of een onveilige buurt nodigen niet uit tot naar buiten gaan en bewegen. En als het aanbod van gezonde voeding beperkt, te duur of verder weg is, ligt de keuze voor ongezonde, goedkopere alternatieven voor de hand. Een omgeving die uitnodigt tot bewegen met voldoende gezonde, betaalbare voeding, verkleint de kans op overgewicht bij de populatie in die omgeving en maakt de keuze voor een gezonde leefstijl makkelijker.

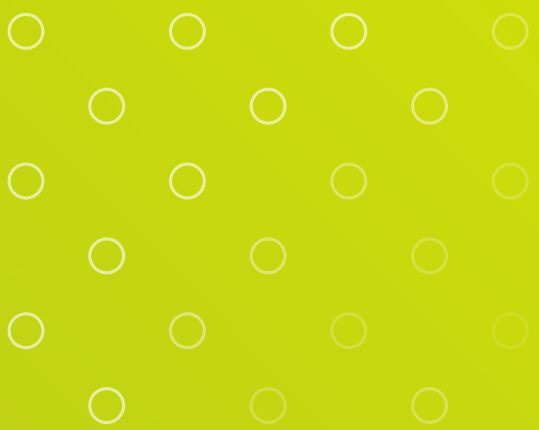
### Economisch

Economische belangen komen niet altijd overeen met gezondheidsbelangen. Een economie waarin welvaart gedefinieerd wordt aan de hand van economische groei en die gericht is op het stimuleren van consumptie, draagt niet bij aan het bevorderen van gezondheid en het beperken van gezondheidsrisico's. Mensen met een laag inkomen blijken vaker te worden blootgesteld aan marketing van ongezonde producten. Ze wonen vaak in wijken waar de omgeving onvoldoende uitnodigt tot bewegen en waar de meeste prijsstunters en fastfoodverkopers te vinden zijn.

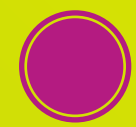
Financiële zorgen kunnen dan leiden tot ongezonde keuzes vanwege het gemak; er is dan weinig mentale ruimte om met andere zaken bezig te zijn dan overleven. Deze mensen lopen een groter risico te zwaar of chronisch ziek te worden. Daar komt nog bij dat leefstijlgewoontes vaak van generatie op generatie worden doorgegeven. Als je niet anders kent en niet gestimuleerd wordt iets te veranderen, is het lastig om het tij te keren en de gewoontes en verleidingen van je directe omgeving te weerstaan.

### Tot slot

De kenmerken van onze westerse maatschappij maken het kiezen voor een gezonde leefstijl niet onmogelijk, maar vaak wel lastig. Wat we eten, hoeveel we bewegen en hoeveel stress we ervaren is vooral het resultaat van (vaak onwillekeurige) reacties op onze politieke, sociaal-culturele, fysieke en economische omgeving. De mate waarin we in staat zijn tot bewuste keuzes varieert sterk van persoon tot persoon. Onze gevoeligheid voor stimuli en onze reactie daarop is zelfs deels genetisch bepaald. Het kleine deel van de keuzes dat we wel bewust maken, wordt sterk beïnvloed door prijs, smaak, gemak en mentale ruimte. Begrip van omstanders en professionals voor de omgeving waarbinnen iemand zijn gedrag moet veranderen en voor de invloed hiervan op het succes, is dus van groot belang bij de begeleiding en ondersteuning.



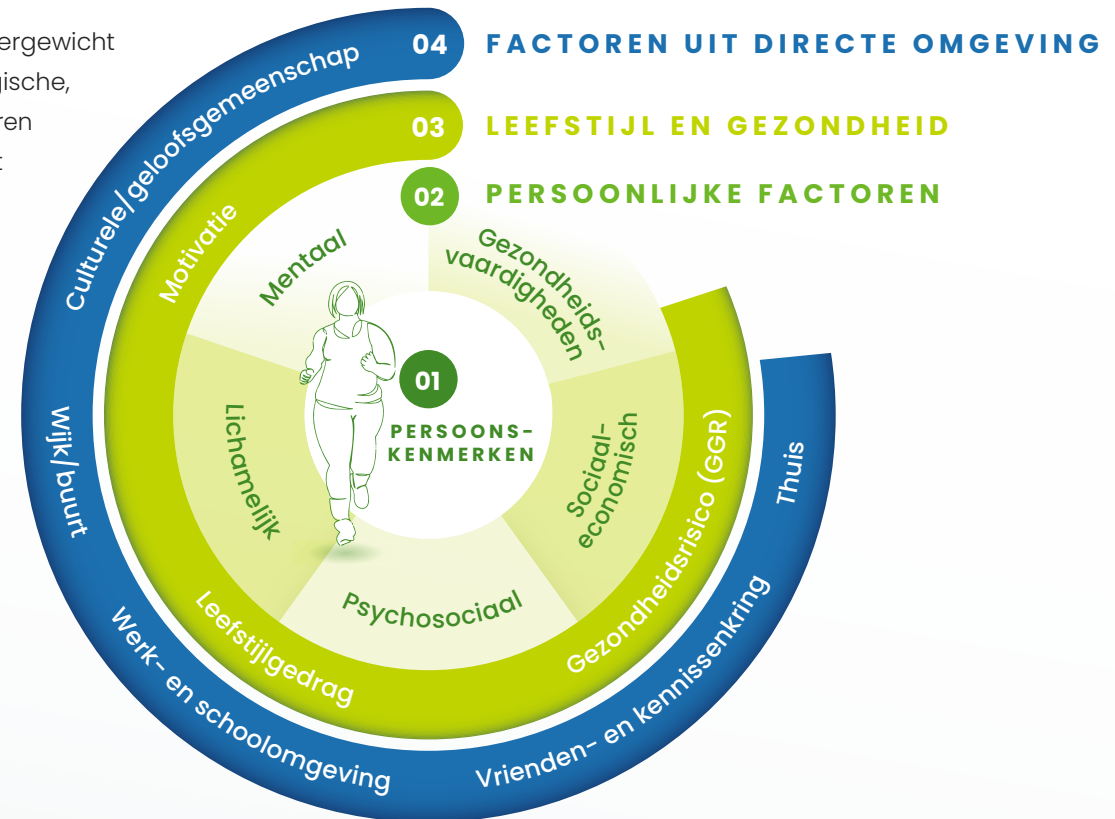
VISIE



De oorzaak van overgewicht is multifactorieel: overgewicht ontstaat door een wisselwerking tussen biologische, psychologische en omgevingsfactoren. Welke factoren precies van invloed zijn en in welke mate, verschilt van mens tot mens. Als we die factoren kunnen achterhalen die op individueel niveau te beïnvloeden zijn en daar ondersteuning op kunnen bieden, helpen we mensen met overgewicht de gezondheidsrisico's gerelateerd aan overgewicht te verminderen. Belangrijk is dat deze ondersteuning zo veel mogelijk aansluit bij iemands persoonlijke wensen en mogelijkheden en dat hij zo veel mogelijk zelf de touwtjes in handen houdt. Bij voorkeur bijgevoerd door mensen uit de eigen omgeving en waar nodig ondersteund door professionals die oog hebben voor zijn welzijn op alle leefgebieden.

### Welke factoren spelen een rol bij overgewicht?

De factoren die van invloed zijn op gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR), leefstijlgedrag en motivatie, zijn vaak nauw met elkaar verweven. In figuur 3 laten we dit zien: in groen de individuele factoren, in blauw de factoren uit de directe omgeving. Inzicht in deze factoren en hun onderlinge samenhang vormt de basis voor een passend en kansrijk plan van aanpak dat aansluit bij de hulpvraag.



»»» **Figuur 3.** Factoren die van invloed zijn op leefstijl en gezondheid zijn vaak nauw met elkaar verweven

## Mogelijke factoren bij het ontstaan in stand houden van overgewicht

Relevante factoren die van invloed kunnen zijn op het gezondheidsrisico gerelateerd aan gewicht (GGR), leefstijlgedrag en motivatie en dus een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht:

### Leefstijl:

- voeding, beweging, ontspanning, slaap, roken en alcohol- en middelengebruik
- eerdere pogingen tot leefstijlverandering

### Lichamelijke gezondheid:

- aan- of afwezigheid van ziekten
- andere mogelijk nog onbekende medische en lichamelijke factoren
- de door de persoon ervaren lichamelijke gezondheid

### Mentale gezondheid:

- de door de persoon ervaren mentale gezondheid, zoals mentaal welbevinden en zingeving
- de aan- of afwezigheid van psychische of psychiatrische aandoeningen

### Psychosociaal welzijn (iemand's functioneren in relatie tot anderen):

- de aanwezigheid, de mate en kwaliteit van sociale contacten en betekenisvolle relaties
- maatschappelijke participatie en maatschappelijke betrokkenheid
- het door de persoon zelf ervaren psychosociaal welzijn

### Sociaal-economisch welzijn (verworven eigenschappen en andere kenmerken waardoor iemand bij een bepaalde groep is gaan horen):

- de financiële situatie, huisvesting, werk (inhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden)
- opleiding, kennis en vaardigheden
- het door de persoon zelf ervaren sociaal-economisch welzijn

**Gezondheidsvaardigheden:** cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid

### Persoonskenmerken zoals:

- leeftijd en geslacht
- verstandelijke vermogens
- mate van geletterdheid, mate van zelfredzaamheid, taalbeheersing
- karaktereigenschappen
- culturele achtergrond
- normen, waarden, ideeën en gedachten die iemand heeft over zichzelf en de wereld om hem heen

### Directe omgeving (kenmerken van de fysieke en de sociale omgeving):

- wijk/buurt en typische kenmerken van de wijk op het gebied van voorzieningen, veiligheid en samenstelling
- woonsituatie, samenstelling huishouden, primair gesproken taal
- werk- of schoolomgeving
- culturele en geloofsgemeenschap
- vrienden- en kennissenkring
- leefwijzen, gebruiken, normen, waarden en overtuigingen van mensen in deze verschillende omgevingen

**Motivatie:** mate van intrinsieke motivatie om te veranderen, gevoel van autonomie, benodigde vaardigheden en steun bij verandering

Het is belangrijk om zicht te krijgen op:

- gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR);
- leefstijl;
- relevante factoren in de lichamelijke en mentale gezondheid;
- relevante factoren in het psychosociaal en sociaal-economisch welzijn;
- gezondheidsvaardigheden;
- relevante persoonskenmerken;
- relevante kenmerken van de directe omgeving;
- motivatie.

Het bespreken van de factoren geeft inzicht in wie de persoon is, wat er speelt in zijn leven, hoe hij daarmee omgaat en de invloed op zijn gezondheidsrisico (GGR), leefstijlgedrag en motivatie. Het is overigens niet de bedoeling om alle besproken problemen op te lossen. Het gaat om die factoren die direct invloed hebben op het gezondheidsrisico, leefstijlgedrag en motivatie, die de gewenste verandering bemoeilijken of juist ondersteunen, en die te veranderen zijn door hemzelf of mensen in zijn omgeving. Dat is de basis voor een goed geformuleerde hulpvraag en een plan van aanpak op maat.

### **Wat kan de omgeving betekenen?**

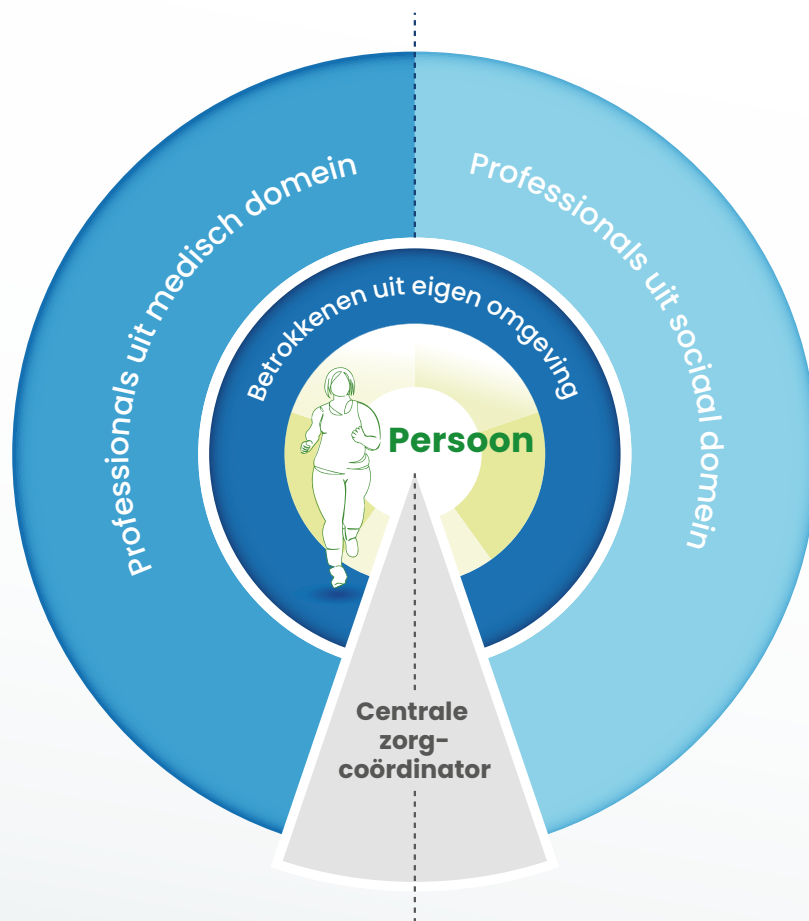
Een betrokken en ondersteunende omgeving is van grote toegevoegde waarde voor mensen met overgewicht. Iemand kan dit zelf in gang zetten door open te zijn over wat hij wil bereiken en wat hij daarvoor nodig heeft van de mensen om hem heen. Een

actieve bijdrage van een of enkele directbetrokkenen kan het begeleidingsproces vergemakkelijken en leiden tot 'samenredzaamheid' in plaats van 'zelfredzaamheid'. Het loont deze betrokkenen in een vroeg stadium mee te laten denken en praten en hen te betrekken bij de vervolgstappen. Zo komt er meer relevante informatie boven tafel en wordt het resultaat makkelijker behaald. Er ontstaat een cirkel van mensen die ondersteuning kunnen blijven bieden, ook als er geen professionals meer in beeld zijn. Belangrijk is wel dat de behoeften en de wensen van de persoon met overgewicht leidend blijven in het hele proces.

### **Wie zijn er bij de aanpak betrokken?**

Gezondheid en overgewicht zijn binnen de netwerkaanpak niet alleen het speelveld van medische professionals en aanbieders van leefstijlinterventies. Ook mensen uit de eigen omgeving (zoals familie, vrienden, werkgever en collega's) en professionals in het sociaal domein spelen een belangrijke rol. Een voorwaarde voor succes is dat al deze partijen goed met elkaar samenwerken. De rol van een centrale zorgcoördinator (CZC) is daarbij cruciaal. Een professional uit het netwerk kan deze rol vervullen, mits hij daarvoor voldoende geschoold is en gefaciliteerd wordt. Zijn belangrijkste taken:

- De relevante factoren voor het ontstaan en in stand houden van het overgewicht en de samenhang daartussen inzichtelijk maken.
- De persoon met overgewicht en betrokkenen uit zijn omgeving bijstaan in het doorlopen van de stappen van de aanpak.



»»» **Figuur 4.** De CZC heeft een verbindende rol tussen alle relevante betrokkenen: de persoon zelf, betrokkenen uit zijn omgeving en relevante professionals uit medisch en sociaal domein

- De samenwerking tussen de verschillende spelers bewaken en waar nodig coördineren.
- De voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak monitoren.

Zo nodig coördineert de CZC de acties uit het plan van aanpak. Zeker bij multiproblematiek kan dat belangrijk zijn.

### Wat vraagt deze aanpak van professionals?

Deze aanpak voorziet niet in dé oplossing. Wel draagt het bij aan het aanspreken en faciliteren van het oplossend vermogen van de persoon met overgewicht en zijn omgeving. Van betrokken professionals – in het bijzonder de professional die de rol van CZC uitvoert – vraagt dit dat zij naast hen staan, het probleem bij hen laten en vervolgens samen bepalen wat nodig is en wie daar verder bij betrokken moeten zijn.

Op inhoud vraagt dit van professionals dat zij:

- Zich de visie op de aanpak hebben eigen gemaakt.
- Deze visie zien als basis van hun professioneel handelen en als uitgangspunt nemen voor de nodige onderzoeken, zorg en ondersteuning.
- Actuele kennis hebben over de inrichting en samenwerking binnen de lokale netwerkaanpak.

Op het gebied van samenwerking vraagt dit van professionals dat:

- Hun houding gericht is op samenwerking met de persoon, zijn betrokkenen en andere professionals.

- Zij durven te vertrouwen op de mogelijkheden en veerkracht van de persoon en zijn betrokkenen.
- Zij knelpunten en behoeften herkennen die buiten hun expertise vallen en stappen ondernemen om daar de juiste expertise bij te zoeken.
- Zij durven te vertrouwen op de kennis, kunde en bijdragen van andere professionals, passend bij hun functie en bevoegdheden.

Op het gebied van gesprekstechnieken vraagt dit van professionals dat zij:

- In staat zijn de mogelijk latent aanwezige wil tot veranderen aan te wakkeren.
- In staat zijn het probleem bij de persoon te laten zodat het ook zijn oplossing wordt.
- De persoon ondersteunen bij het helder krijgen van het probleem en mogelijke oplossingsrichtingen.
- Naast de persoon en betrokkenen uit zijn omgeving staan en hun oplossend vermogen faciliteren.
- Een open, niet-veroordelende, steunende en stimulerende houding hebben die aansluit bij het referentiekader van de persoon en zijn betrokkenen.
- Passende gesprekstechnieken beheersen.
- Strategieën beheersen om gedragsverandering te stimuleren;
- Hun kennis en vaardigheden op het juiste niveau weten over te dragen zodat de regie bij de persoon gestimuleerd en zoveel mogelijk geborgd wordt.
- In staat zijn om zo te communiceren dat ook laaggeletterde mensen het begrijpen.

### Hoe komt de gedragsverandering tot stand?

In veel situaties is een gedragsverandering nodig om het door de persoon gewenste resultaat te behalen. Het begeleiden van een dergelijke gedragsverandering start met ondersteuning bij het her- en erkennen van een (latente) behoefte aan verandering. Ziet de persoon het nut van veranderen? Dan kan de professional de intrinsieke motivatie verder stimuleren. Samen formuleren zij een hulpvraag en een haalbaar doel, aansluitend bij de individuele mogelijkheden en behoeften. Zij brengen de factoren in kaart die bijdragen aan het overgewicht en bespreken wat nodig is om de hulpvraag op te lossen. Het gaat dan niet alleen om acties en interventies, maar ook om het behoud en het vergroten van de motivatie door het stimuleren van autonomie, vaardigheden en steun:

- De persoon moet de vrijheid voelen zelf te bepalen welke veranderingen hij wanneer en op welke wijze doorvoert. Zijn betrokkenen bepalen welke bijdrage zij willen en kunnen leveren.
- De persoon moet zich bekwaam voelen om de verandering (met steun van anderen) te realiseren, betrokkenen moeten zich bekwaam voelen een bijdrage te leveren. Het gaat dan onder andere over kennis en kunde op het gebied van gezondheid en regie nemen en over wat iemand nodig heeft die bijvoorbeeld laaggeletterd is of te maken heeft met ggz-problemen of een lichte verstandelijke beperking.
- De persoon moet zich voldoende gesteund voelen. Door de mensen in zijn directe omgeving, maar ook door zorg en ondersteuning die dichtbij beschikbaar en toegankelijk is.

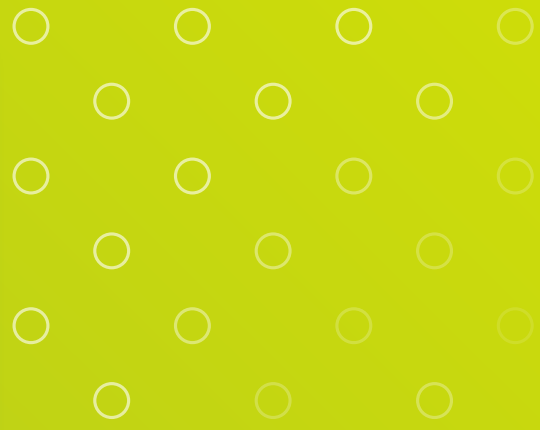
Lijkt iemand niet of onvoldoende gemotiveerd om te veranderen of een bijdrage te leveren? Het is dan belangrijk om deze drie voorwaarden te bespreken en na te gaan of de hulpvraag klopt. Wat ontbreekt nog en wat is nodig om hierin bij te sturen? Soms blijkt na een eerste verkenning dat mensen er nog niet aan toe zijn. Dan is het goed na te gaan of iemand er helemaal van af wil zien of dat hij misschien op een later moment opnieuw de mogelijkheden wil bespreken. Soms ook spelen er één of meer onderliggende problemen. Dan is het vaak nodig – voorafgaand of parallel aan een verandering op het gebied van leefstijl – deze problemen te bespreken en zo mogelijk te verhelpen. Zo ontstaat ruimte om gewenste veranderingen in leefstijl duurzaam te integreren in het dagelijks leven.

Verandering van gedrag vraagt meestal veel aandacht, een lange doorlooptijd en kleine stappen terwijl de resultaten en positieve gevolgen vaak niet meteen zichtbaar zijn. In alle gevallen is het belangrijk op zoek te gaan naar aanknopingspunten die de behoefte aan verandering en het vertrouwen in het 'kunnen veranderen' vasthouden of versterken. Maatwerk is daarbij het sleutelwoord. Ieder mens is uniek, elke casus vraagt om een eigen benadering.

### Hoe houd je de verandering vast?

De persoon met overgewicht volgt een leerweg waarin het proces van gedragsverandering voorop staat. Deze netwerkaanpak is erop gericht dat proces in gang te zetten en de gedragsverandering te behouden. Het proces heeft geen afgebakend eindpunt, de aanpak en de interventies hebben in de meeste gevallen wél een tijdelijk karakter. De persoon met overgewicht leert al doende zijn gedrag aan te passen. Dat gaat vaak langzaam, met vallen en opstaan, en dat vraagt om blijvende aandacht van de persoon zelf en – zo mogelijk – een steunende en begripvolle omgeving.





# PROCES



# PROCES

Het proces van de netwerkaanpak bestaat uit zes stappen:

1. Overgewicht constateren en bespreken
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

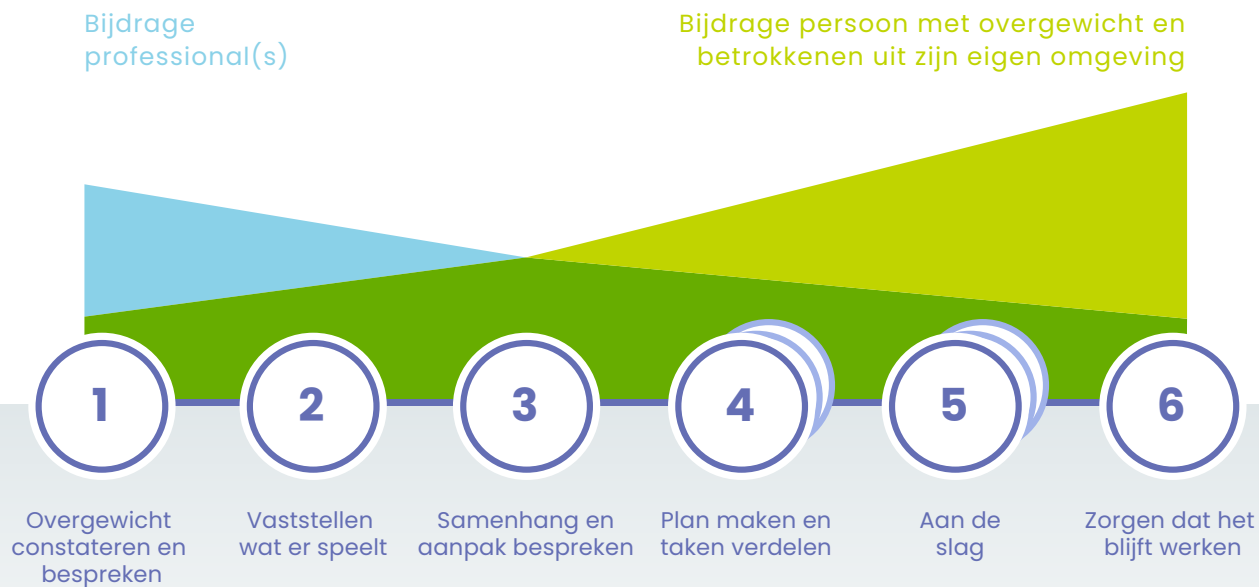
Samenwerking staat centraal in iedere stap. Daarbij is het belangrijk aandacht te hebben voor wat mensen zelf of samen met betrokkenen uit hun omgeving kunnen oppakken en wat in de

samenleving in brede zin voorhanden is. Daar waar nodig worden professionals betrokken.

Hierna bespreken we globaal het proces. Vervolgens werken we de processtappen meer in detail uit. We beschrijven wat de stap inhoudt, wat het oplevert en wie erbij betrokken zijn. Als bij een bepaalde processtap specifieke kennis en vaardigheden van betrokken professionals nodig zijn, staan deze eveneens beschreven.

## Bij aanvang van het traject

Overgewicht constateren en bespreken gebeurt niet altijd op verzoek van de persoon zelf. Ook professionals nemen het initiatief,



»»» **Figuur 5.** De aanpak in zes stappen.

## PROCES

bijvoorbeeld omdat er lichamelijke klachten spelen die verband houden met overgewicht. Vervolgens worden de medische en mentale gezondheid, de psychosociale en sociaal-economische omstandigheden, de leefstijl, de gezondheidsvaardigheden en de directe omgeving in kaart gebracht. De motivatie tot verandering en de mogelijkheden om zelfstandig te handelen (zelfredzaamheid) worden ook besproken. Dit gebeurt door professionals die geschoold en toegerust zijn om de rol van de centrale zorgcoördinator (CZC) uit te voeren. Zij wegen deze factoren en brengen ze in verband met het gewicht met als doel de gezondheidsrisico's duurzaam te verlagen.

### **Gedurende het traject**

Onder begeleiding van de CZC bepaalt de persoon de door hem gewenste situatie en de doelstellingen die daarbij horen. Het is belangrijk dat deze doelstellingen aansluiten bij de hulpvraag, behoeften en mogelijkheden, pas dan ontstaat motivatie en actiebereidheid. Vervolgens gaat de persoon aan de slag, met ondersteuning van betrokkenen uit zijn omgeving (waar mogelijk) en van professionals (waar nodig). Naarmate het traject vordert, neemt het aandeel van professionals af en dat van de persoon en zijn betrokkenen toe. Dit is een belangrijke voorwaarde om uiteindelijk tot een succesvolle en duurzame verandering te komen. Soms moeten een aantal processtappen opnieuw doorlopen worden, bijvoorbeeld omdat tijdens de begeleiding nieuwe inzichten ontstaan of omdat bij de persoon zelf of in zijn omgeving iets verandert.

### **Bij afronding van het traject**

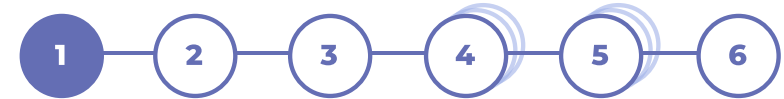
In de laatste processtap (Zorgen dat het blijft werken) is de rol van de CZC gericht op het langdurig behouden van de behaalde resultaten, het afronden van de begeleiding en terugvalpreventie. De nadruk ligt dan ook op de vraag: wat is ervoor nodig om zonder begeleiding van professionals de opbrengst van het begeleidings-traject vast te houden? De CZC ziet daarop toe en kan zo nodig opnieuw toeleiden naar passende zorg of ondersteuning.

Het proces heeft geen afgebakend eindpunt maar is zo ingericht dat de laatste processtap wel eindig is, erop vertrouwend dat de persoon het leerproces zelf voort kan zetten. Vaak is het nodig in een lage frequentie contact te houden over het beperken en verkleinen van de gezondheidsrisico's en eventuele ondersteuning daarbij. Bijvoorbeeld vanwege de ernst van het overgewicht, medische problemen of andere omstandigheden. Dit gebeurt bij voorkeur binnen de reguliere zorg.

De snelheid en de intensiteit waarmee het proces wordt doorlopen, verschilt per casus. Misschien blijkt tijdens stap 2 (Vaststellen wat er speelt) dat er geen specifieke onderliggende factoren ten grondslag liggen aan het ontstaan van overgewicht en dat een leefstijlinterventie voldoende is. Dit vraagt een veel lichtere en kortere vorm van procesbegeleiding door de CZC. Bij complexe omstandigheden is deze begeleiding langer en intensiever en zal een aantal stappen wellicht opnieuw doorlopen moeten worden om te bepalen wat de volgende gewenste stap is.

# PROCES

STAP 1 - 1/2



## Stap 1. Overgewicht constateren en bespreken

### Wat houdt deze stap in?

Het proces start met het signaleren van het overgewicht. Het kan zijn dat de persoon zelf vindt dat er iets moet veranderen en zich meldt bij een professional. Het kan ook zijn de persoon om een andere reden bij een professional komt en de professional redenen ziet om het overgewicht te bespreken. In het laatste geval vraagt de professional eerst toestemming aan de persoon om hierover te praten. Het onderwerp ligt vaak gevoelig en vraagt dus om een zorgvuldige benadering. De manier waarop dit gebeurt, kan de relatie gemakkelijk onder druk zetten. Daarom is het belangrijk hier heldere afspraken over te maken. Wie signaleert, wanneer en op welke wijze? En hoe maak je overgewicht en mogelijke vervolgstappen bespreekbaar? Uiteraard gebeurt dit met aandacht voor juridische bepalingen, zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

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 met gekalibreerde meetinstrumenten en de daaruit voortvloeiende BMI en buikomvang te interpreteren.

### Wat levert het op?

Een goed systeem van signaleren en constateren brengt mensen

met overgewicht vroegtijdig in beeld. Zo kunnen zij snel, mits zij dat zelf wensen, de nodige zorg en ondersteuning krijgen.

Na deze stap:

- is de persoon zich bewust van eventuele gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico's, misschien nog zonder dat hij er op dat moment een vervolg aan wil of kan geven, of;
- is de persoon bereid om op eigen initiatief stappen te zetten om zijn leefstijl te veranderen, eventueel met zelfhulpmodules die daarop gericht zijn, of;
- wil de persoon een vervolgtraject doorlopen voor verder onderzoek en voor begeleiding.

### Wie zijn erbij betrokken?

Constateren of iemand overgewicht heeft door te meten en wegen en dit verder te bespreken, gebeurt door daarvoor opgeleide professionals:

- de huisarts;
- de praktijkondersteuner van de huisarts;
- een leefstijlcoach;
- de diëtist;
- de beweegzorgprofessional (zoals fysiotherapeut, oefentherapeut, sportarts, revalidatiearts);

# PROCES

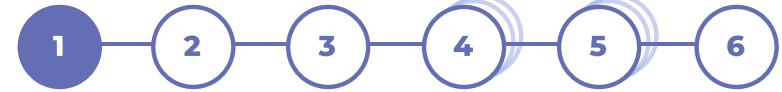
## STAP 1 - 2/2

- de wijkverpleegkundige;
- een arts verbonden aan het ziekenhuis (zoals internist, endocrinoloog, (bariatrisch) chirurg, mdl-arts, cardioloog, reumatoloog, longarts, specialist ouderengeneeskunde);
- een verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis;
- de verloskundige;
- de bedrijfsarts of verzekeringsarts;
- een arts verbonden aan andere intramurale instellingen (zoals specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijke gehandicapten, verslavingsarts en verpleegkundige specialisten in deze instellingen).

Signaleren op zicht en iemand attenderen op een mogelijke vervolgstap bij één van de hierboven genoemde professionals gebeurt door:

- professionals uit het sociaal domein (zoals welzijnswerkers, maatschappelijk werkers, buurtsportcoaches, cliëntondersteuners);
- professionals op het gebied van psychische zorg en ondersteuning (zoals ggz-professionals);
- tandartsen en mondhygiënisten.

Verder kunnen mensen uit de eigen omgeving van de persoon en de persoon zelf natuurlijk het overgewicht signaleren waarna de persoon met overgewicht contact opneemt met een bevoegde professional voor verder onderzoek en eventuele verdere begeleiding.

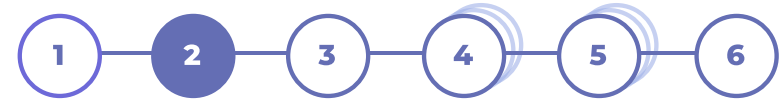


### Welke kennis, vaardigheden en houding vraagt dat?

In het hoofdstuk Visie beschrijven we wat deze aanpak in het algemeen vraagt aan kennis, vaardigheden en houding van professionals. Daarnaast vraagt deze stap specifiek van professionals dat zij:

- Goede communicatieve vaardigheden hebben.
- Zich bewust zijn van hun eigen, mogelijk stigmatiserende, vooroordelen.
- Zich bewust zijn van het belang van sensitief taalgebruik bij het bespreken van overgewicht.
- Beschikken over basiskennis van oorzaken, gevolgen en het bepalen van overgewicht.
- Kennis hebben over de lokale aanpak van overgewicht bij volwassenen en de rol van de CZC daarin.





## Stap 2. Vaststellen wat er speelt

### Wat houdt deze stap in?

Het overgewicht is geconstateerd en de persoon heeft aangegeven dat hij verder in gesprek wil gaan. Nu is het belangrijk inzicht te geven in de aanpak en een compleet beeld te krijgen van de persoon en zijn leefomgeving. Met de bevindingen uit deze stap kan de persoon in de volgende stap zijn hulpvraag verder formuleren. De centrale zorgcoördinator (CZC) zorgt ervoor dat deze processtap gestructureerd verloopt.

Om een compleet beeld te krijgen zijn een aantal opeenvolgende acties nodig.

#### 1. Informatie delen en steun uit eigen omgeving inventariseren

De CZC informeert de persoon met overgewicht over de manier van werken, de rol van de CZC en wat belangrijk is in het proces. Ook bespreekt de CZC de toegevoegde waarde van mensen uit de directe omgeving die mee kunnen denken en kunnen ondersteunen. Het loont om deze mensen vroeg in het traject te betrekken. Zo komt er meer relevante informatie boven tafel, de betrokkenen kunnen helpen bij het toewerken naar de gewenste situatie en het resultaat wordt makkelijker behaald en behouden. Belangrijk is wel dat deze mensen een positieve bijdrage leveren. Zijn deze mensen er niet of werken ze eerder tegen dan mee? Dan is dat een belangrijk gegeven in de per-

soonlijke omstandigheden van de persoon en daarmee een aandachtspunt in het verdere traject.

#### 2. Gezondheidsrisico's vaststellen en screening op medische factoren

Het is belangrijk de gezondheidsrisico's gerelateerd aan overgewicht vast te stellen en te onderzoeken of er aandoeningen zijn die een rol spelen bij het ontstaan of in stand houden ervan. Daarvoor is lichamelijk onderzoek en een medische uitvraag nodig conform de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen:

- Voor het vaststellen van de gewichtsgelateerde gezondheidsrisico's worden de BMI, de buikomvang en mogelijke bijkomende ziekten (comorbiditeit) of het risico daarop bepaald.
- Bij het screenen op medische factoren is aandacht nodig voor medicijngebruik en specifieke, aan overgewicht gerelateerde aandoeningen op hormonaal, hypothalaam en/of (mono)genetisch/syndroomaal gebied. Zijn er aanwijzingen voor medische oorzaken? Dan is vaak aanvullend onderzoek geïndiceerd. Het uitvragen van het gewichtsverloop is belangrijk bij deze screening, maar ook bij het in kaart brengen van de persoonlijke omstandigheden.

# PROCES

## STAP 2 - 2/3

### 3. Persoonlijke omstandigheden in kaart brengen

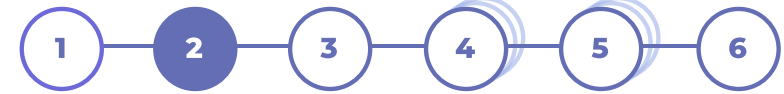
Deze stap gaat over omstandigheden die direct of indirect van invloed zijn op het gewicht en de gezondheidsrisico's van de persoon. De professional bespreekt met de persoon:

- Het leefstijlgedrag: voeding, beweging, roken, ontspanning, slaap en alcohol- en middelengebruik.
- De lichamelijke, mentale, psychosociale en sociaal-economische factoren die van invloed zijn op leefstijl en gezondheid en die een verandering kunnen ondersteunen of juist bemoeilijken.
- De gezondheidsvaardigheden, waaronder leefstijlkennis en leefstijlvaardigheden.
- Persoonskenmerken en de factoren in de directe omgeving die een vermindering van de gezondheidsrisico's kunnen ondersteunen of belemmeren.
- De mate waarin de persoon in staat is problemen (deels) zelf te managen en daarmee de mate waarin hij ondersteuning van naasten en/of professionals nodig heeft.
- De motivatie om de situatie te veranderen.

Deze actie is een verkenning. Niet alles hoeft uitgebreid uitgevraagd te worden, alleen die punten die relevant voor het overgewicht lijken te zijn.

### 4. Aanvullend onderzoek

Soms blijkt uit bovenstaande acties dat aanvullend onderzoek door een andere professional nodig is om meer inzicht in de gezondheidsrisico's en persoonlijke omstandigheden te krijgen.



Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- Lichamelijk/medisch of genetisch onderzoek op verwijzing van een arts uit de eerste of tweede lijn.
- Onderzoek op mentaal, psychosociaal of sociaal-economisch gebied.
- Onderzoek op het gebied van leefstijlaspecten (voeding, beweging, ontspanning/stress, slaap, alcohol- en middelengebruik).

Sommige vervolgonderzoeken kunnen kosten of lange wachttijden met zich meebrengen voor de persoon, het is dus goed daarin samen af te wegen wat wel of niet gewenst, nodig en mogelijk is.

### Wat levert het op?

Een duidelijk beeld van de factoren die mogelijk een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht en van factoren die kunnen helpen bij het realiseren van een verandering.

### Wie zijn erbij betrokken?

Niet iedereen kan en mag de acties in deze stap uitvoeren. Per actie zijn verschillende professionals betrokken:

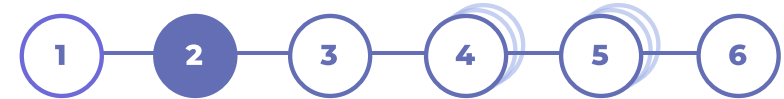
1. De CZC legt uit wat de werkwijze en zijn rol is en helpt de persoon na te denken over mensen die mee kunnen denken en hem kunnen steunen in het traject.
2. De CZC doet het lichamelijk onderzoek en een medische uitvraag, mits hij daartoe geschoold is. Is dat niet het geval?

# PROCES

## STAP 2 - 3/3

Dan is de huisarts of praktijkondersteuner daarvoor de meest aangewezen professional. Het kan zijn dat overgewicht wordt geconstateerd tijdens een periodiek medisch onderzoek dat werkgevers soms aanbieden. Dan is de bedrijfsarts de aangewezen persoon. Bij een vermoeden van medische aandoeningen is de huisarts het startpunt voor verder onderzoek. Ook artsen uit de tweede lijn, verpleegkundig specialisten, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten zijn hiervoor toegerust. Voor meer informatie over medicijnen en de gevolgen voor overgewicht is de behandelend arts het aanspreekpunt. De apotheker kan hierbij adviseren.

3. Het in kaart brengen van de persoonlijke omstandigheden wordt idealiter uitgevoerd door iemand die ook de rol van CZC op zich kan nemen. Hij coördineert ook het inzetten van en de samenhang tussen de overige benodigde onderzoeken.
4. Aanvullend onderzoek op indicatie:
  - Lichaamelijk/medisch of genetisch onderzoek (met bijbehorende beroepsspecifieke uitvraag) gebeurt meestal door een arts uit de tweede lijn, een fysiotherapeut, een oefentherapeut of een revalidatiearts, afhankelijk van het onderzoek. Bij complexe obesitas kan een arts uit de tweede lijn doorverwijzen voor verder medisch of genetisch onderzoek naar de derde lijn, bij voorkeur een academisch expertisecentrum op het gebied van overgewicht.

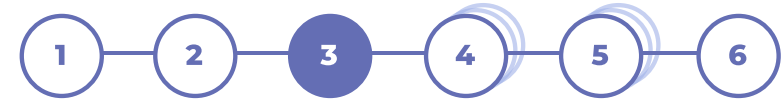


- Een onderzoek op mentaal gebied wordt afgenomen door gespecialiseerde professionals, bijvoorbeeld de praktijkondersteuner ggz. Als blijkt dat verder onderzoek nodig is, is de huisarts degene die doorverwijst naar eerste- of tweedelijns ggz-professionals.
- Onderzoek op psychosociaal gebied wordt gedaan door een cliëntondersteuner van het wijkteam of maatschappelijk werker, op sociaal-economisch gebied kan bijvoorbeeld de bedrijfsarts of schuldhulpverlener betrokken worden.
- Bij aanvullende onderzoeken op het gebied van leefstijlfactoren is voor voeding een diëtist de aangewezen professional, voor beweging de fysiotherapeut of oefentherapeut, voor slaapproblemen de huisarts of gespecialiseerde medicus in slaapklinieken en voor alcohol- en middelengebruik de huisarts, gespecialiseerde professionals uit het wijkteam of de verslavingsarts.

### Welke kennis, vaardigheden en houding vraagt dat?

In het hoofdstuk Visie beschrijven we wat deze aanpak in het algemeen vraagt aan kennis, vaardigheden en houding van professionals. Daarnaast is het voor de CZC belangrijk om kennis te hebben over:

- Het betrekken van mensen uit de omgeving van de persoon.
- De oorzaken, gevolgen en het bepalen van overgewicht.
- Factoren die direct of indirect van invloed kunnen zijn op het ontstaan of in stand houden van overgewicht.



## Stap 3. Samenhang en aanpak bespreken

### Wat houdt deze stap in?

Nu bekend is wat er speelt, kunnen de CZC en de persoon met overgewicht samen de hulpvraag formuleren en de gewenste situatie in kaart brengen. Vaak wordt het overgewicht veroorzaakt door meerdere problemen op verschillende leefgebieden. Problemen die verweven zijn met elkaar en elkaar in stand houden. Het is dus belangrijk de aanpak van het overgewicht te integreren in de aanpak van die andere problemen. Het kan zijn dat daarvoor een of meer professionals op medisch, psychisch, psychosociaal en/of sociaal-economisch gebied nodig zijn. Of misschien zijn deze professionals al betrokken. Vooral dan is het belangrijk om de verwevenheid tussen de aanpak van overgewicht en de andere trajecten goed inzichtelijk te maken. Zo ontstaat de samenhang die nodig is om mensen adequaat te ondersteunen. Het is hiervoor belangrijk de volgende acties met de persoon en zijn betrokkenen te doorlopen:

1. De bevindingen uit de vorige stap en hun samenhang bespreken. Niet alleen de punten die van invloed zijn op het ontstaan en in stand houden van overgewicht, maar ook de punten die de persoon een basis geven om er succesvol mee aan de slag te gaan.
2. De hulpvraag verhelderen op basis van de besproken punten:
  - Waar wil de persoon verandering in brengen (hulpvraag achter de hulpvraag)?

- Hoe ziet hij zijn gewenste toekomstige situatie rekening houdend met de hulpvraag? Wat heeft hij nodig om bepaalde knelpunten of obstakels niet meer als zodanig te ervaren?
3. Afstemmen wat de persoon nodig heeft voor een kansrijk plan van aanpak. Dat vraagt in de eerste plaats om heldere afspraken met hemzelf (over zijn eigen rol en hoe hij zijn competenties kan inzetten en vergroten) en met zijn betrokkenen (hoe zij hem kunnen helpen). De CZC en de persoon bepalen samen of er verder nog professionals nodig zijn om het plan van aanpak voor te bereiden.

Het is niet altijd nodig om andere professionals te raadplegen voor het opstellen van een plan. Dit hangt af van de hulpvraag, de complexiteit van de casus en de factoren die van invloed zijn op het ontstaan of in stand houden van het overgewicht. Als het niet nodig is andere professionals te betrekken, dan beperkt deze processtap zich tot het verhelderen van de samenhang tussen de bevindingen uit stap 2, het formuleren van de hulpvraag en het bespreken van de rol en bijdrage van de persoon en zijn betrokkenen. Wel is het wenselijk andere bij de persoon betrokken professionals te informeren, ook als zij verder geen rol hoeven te hebben in dit proces. Ook deze professionals zijn erbij geholpen om te weten wat er speelt in het leven van de persoon die door

# PROCES

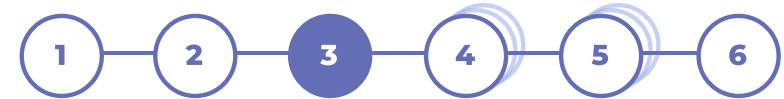
## STAP 3 - 2/3

hen begeleid wordt. Als het wel nodig is om andere professionals te betrekken, zijn de volgende acties nodig:

- Uitzoeken welke professionals al betrokken zijn bij specifieke problemen of aandachtspunten die verband houden met de hulpvraag.
- Afspreken wie die professionals benadert en consulteert (de persoon zelf of de CZC).
- Nagaan of het wenselijk is de rol van de CZC bij een andere professional te beleggen. Misschien is er bijvoorbeeld al een professional betrokken in de rol van casusregisseur. Dan is het belangrijk om met hem af te stemmen hoe de hulpvraag zich verhoudt tot het lopende traject en tot de expertise van de casusregisseur en of de huidige coördinator nog een rol moet houden in het vervolgtraject.

### Wat levert het op?

- Een omschrijving van de hulpvraag en van de gewenste toekomstsituatie.
- Inzicht in ondersteunende factoren die de persoon een basis geven om succesvol met de hulpvraag aan de slag te gaan.
- Een beter beeld van wie en wat nodig is om een plan van aanpak op te stellen om het overgewicht en eventuele andere problemen in samenhang aan te pakken.
- Duidelijkheid over wie de rol van CZC het beste kan vervullen, rekening houdend met de aanwezige problematiek en de wensen van de persoon met overgewicht.



### Wie zijn erbij betrokken?

De CZC doorloopt deze processtap met de persoon en zijn betrokkenen. Als de hulpvraag of de complexiteit van de casus daarom vraagt, worden ook andere professionals bij deze stap betrokken. Denk dan bijvoorbeeld aan:

- de huisarts of de praktijkondersteuner;
- artsen of verpleegkundig specialisten uit de tweede of derde lijn;
- intramurale zorgprofessionals (als de persoon in een instelling is opgenomen of woont);
- wijkprofessionals zoals cliëntondersteuners en maatschappelijk werkers;
- (gespecialiseerde) psychische zorgverleners, zoals een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundige specialisten ggz, psychologen of psychiaters;
- (gespecialiseerde) psychosociale zorgverleners, zoals tweedelijns ambulante hulpverleners;
- hulpverleners voor sociaal-economische problematiek, zoals schuldhulpverleners;
- paramedici: diëtisten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten.

Het consulteren van andere professionals gebeurt altijd pas nadat de CZC daarvoor toestemming heeft gekregen van de persoon. Het is belangrijk om de persoon zelf en eventuele betrokkenen bij deze consulten te betrekken. Dit kan in teamverband (bijvoorbeeld tijdens casusbesprekingen in een wijkteam of een multidisciplinair overleg) of een-op-een. Vaak is een kort telefonisch contact voldoende.

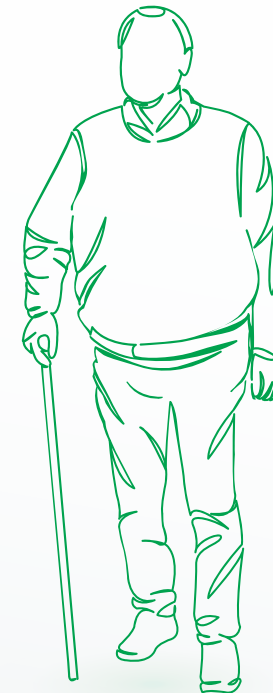
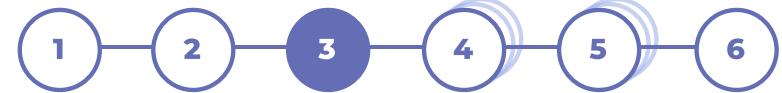
# PROCES

STAP 3 - 3/3

## Welke kennis, vaardigheden en houding vraagt dat?

In het hoofdstuk Visie beschrijven we wat deze aanpak in het algemeen vraagt aan kennis, vaardigheden en houding van professionals. Daarnaast vraagt deze stap specifiek van de CZC dat hij:

- Kennis van het werkveld heeft en weet wat de verschillende professionals kunnen betekenen in de afstemming van en begeleiding bij de zorg en ondersteuning voor volwassenen met overgewicht.
- De rol van 'spin in het web' kan vervullen en weet wanneer het nodig is relevante professionals te raadplegen in de voorbereiding op het plan.
- Weet welke afspraken er zijn over het consulteren van elkaar en welke reguliere methodes er zijn om casussen in breder gezelschap te bespreken.
- Daar waar nodig zorgt voor goede werkafspraken.
- Voldoende leiderschap en communicatieve en verbindende vaardigheden bezit om verschillende professionals aan te laten sluiten bij de belangen van de persoon en eventuele verschillende belangen op één lijn te krijgen.
- Weet hoe hij de vaktaal van professionals begrijpelijk kan uitleggen op verschillende niveaus: dat van de persoon, van zijn betrokken en van andere professionals.





## Stap 4. Een plan maken en taken verdelen

### Wat houdt deze stap in?

De vorige processtappen hebben geleid tot een goed beeld van de omstandigheden van de persoon in relatie tot het overgewicht. De CZC, de persoon en zijn betrokkenen weten nu wie en wat nodig is om een plan van aanpak op te stellen dat daarbij aansluit. Dat plan moet vertaald worden naar heldere, haalbare doelen die ieders motivatie en actiebereidheid ondersteunen of vergroten. Een plan van aanpak maakt de CZC dus ook altijd samen met de persoon zelf en zijn betrokkenen. Beter nog: de persoon zelf en zijn betrokkenen maken het plan van aanpak, onder begeleiding van CZC. Het opstellen van het plan en de uitvoering (stap 5, Aan de slag) kan een cyclisch proces zijn als de omstandigheden daarom vragen. Bijvoorbeeld omdat uit voorgaande stappen is gebleken dat te veel punten aandacht nodig hebben om in één keer op te pakken. Bepaal dan wat nu haalbaar is en ga daarmee aan de slag. Als dat goed loopt en tot verbetering leidt, kan een volgend punt verder uitgewerkt en opgepakt worden. Het is belangrijk dat de afspraken zo in het plan worden vastgelegd dat de persoon zelf ze goed begrijpt en dat ze voor hem ook werken.

Belangrijke punten daarbij:

- **Zorg en ondersteuning op maat**

De zorg en ondersteuning is gebaseerd op de hulpvraag van de persoon met aandacht voor:

- De voor de hulpvraag relevante factoren die van invloed zijn op het ontstaan of in stand houden van het overgewicht (lichamelijk, mentaal, psychosociaal, sociaal-economisch en op het gebied van gezondheidsvaardigheden).
- Factoren die de persoon zelf als knelpunten ervaart en die belemmerend werken bij het realiseren van zijn doelen.
- Factoren die de persoon zelf als ondersteunend ervaart.
- Betrokkenen uit de directe omgeving die kunnen bijdragen aan het realiseren en vasthouden van de gewenste veranderingen.

Het is goed om ook aandacht te besteden aan hoe iemand onder eigen regie zijn doelen kan halen, bijvoorbeeld met informatie en (digitale) hulpmiddelen waarmee hij zelf aan de slag kan.

- **Prioritering**

Belangrijk is de volgorde waarin de problemen aangepakt worden. Zijn er medische oorzaken voor het overgewicht? Dan is het zinvol daar eerst mee aan de slag te gaan. Gaat het om multiproblematiek? Dan is vaak eerst aandacht nodig voor andere problemen. Als die verholpen zijn is het goed na te gaan of de persoon nog begeleiding nodig heeft in leefstijlverandering. Zijn hulpvraag en behoeften zijn daarbij richtinggevend.

# PROCES

## STAP 4- 2/2

- **Planning**

De te nemen stappen zijn gekoppeld aan de doelen en uitgezet in de tijd. Dat geeft overzicht en de mogelijkheid de aandacht te richten op één stap tegelijk die bij voorkeur snel tot kleine successen leidt. Zeker bij een doel dat gericht is op gedragsverandering is dat van belang. Benoemen dat dit een weg is die je samen bewandelt en die uiteindelijk leidt tot blijvende veranderingen, vergroot de motivatie. Bij medische urgentie kan echter een andere planning nodig zijn.

- **Taakverdeling**

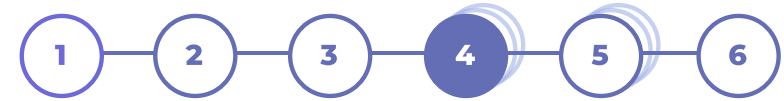
Spreek af wie wanneer en op welke wijze betrokken wordt bij de uitvoering van het plan en leg alle afspraken vast. Zowel de afspraken tussen de persoon, zijn betrokkenen en de professionals als tussen professionals onderling.

- **Monitoring**

Maak afspraken over het monitoren en evalueren van het plan, over wie wat doet en op welke momenten. De persoon kan hierin zelf een rol vervullen door zichzelf te monitoren en de CZC te informeren over de voortgang. Ook kan iemand uit de omgeving van de persoon (een deel van) deze taken voor zijn rekening nemen.

- **Overige afspraken**

Wat verder belangrijk is om vast te leggen:



- De frequentie en de aard van de contacten tussen de CZC, de persoon en zijn betrokkenen.
- Wie wanneer en op welke wijze geïnformeerd wordt over het plan van aanpak en de voortgang.
- Met wie en hoe welke informatie gedeeld wordt, rekening houdend met de AVG.

### Wat levert het op?

Een plan van aanpak op maat dat aansluit bij de hulpvraag en de mogelijkheden van de persoon, dat is opgeschreven in toegankelijke en voor de persoon begrijpelijke taal en dat rekening houdt met de mate waarin iemand zelf kan sturen en verantwoordelijkheid kan nemen.

### Wie zijn erbij betrokken?

De persoon zelf, zijn betrokkenen en de CZC maken samen een plan van aanpak op maat, waar nodig afgestemd met andere professionals als de omstandigheden daarom vragen.

### Welke kennis, vaardigheden en houding vraagt dat?

In het hoofdstuk Visie beschrijven we wat deze aanpak in het algemeen vraagt aan kennis, vaardigheden en houding van professionals. Daarnaast vraagt deze stap specifiek van de CZC dat hij het welzijns- en zorgaanbod in de wijk of regio kent. Het gaat dan om aanbod, informatie en hulpmiddelen via reguliere consulten en digitaal beschikbaar aanbod.

# PROCES

STAP 5- 1/1

## Stap 5. Aan de slag

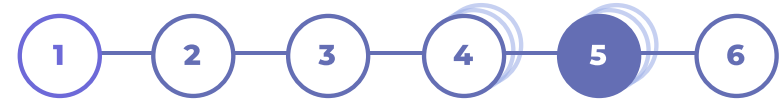
### Wat houdt deze stap in?

Er ligt een plan van aanpak, de taken zijn verdeeld. Nu kan de persoon aan de slag, met ondersteuning van betrokkenen uit zijn omgeving en - voor zover nodig en afgesproken - onder begeleiding van professionals. De voortgang wordt gemonitord volgens het plan van aanpak. De CZC wordt op afgesproken momenten geïnformeerd over de stand van zaken en ingeschakeld op het moment dat de voortgang stagneert. Hij beoordeelt dan samen met de persoon en zijn betrokkenen welke stappen opnieuw doorlopen moeten worden en begeleidt hen in het bijstellen van het plan.

Soms ontstaan in deze processtap inzichten die ertoe leiden dat een aantal processtappen opnieuw moet worden doorlopen. Bijvoorbeeld omdat het plan onrealistisch is of gebaseerd op incomplete of onjuiste informatie. Soms ook zijn de omstandigheden veranderd. Dan is het verstandig om terug te gaan naar één van de eerdere processtappen en deze en de opvolgende stappen nogmaals te doorlopen.

### Wat levert het op?

- Een situatie waarin de persoon met hulp van zijn betrokkenen het plan uitvoert, zoveel mogelijk onder eigen verantwoordelijkheid en sturing en alleen waar nodig ondersteund door professionals.



- Meerdere succeservaringen die uiteindelijk samen leiden tot het gewenste resultaat: een basis waarmee de persoon de gewenste verandering kan realiseren.

### Wie zijn erbij betrokken?

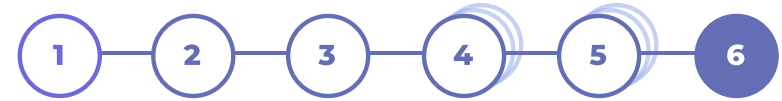
In het plan staat beschreven wie betrokken zijn bij de uitvoering van het plan. In ieder geval:

- de persoon zelf;
- betrokkenen uit zijn omgeving, indien aanwezig;
- de CZC;
- professionals met wie dit in een eerdere processtap is afgesproken.

### Welke kennis, vaardigheden en houding vraagt dat?

In het hoofdstuk Visie beschrijven we wat deze aanpak in het algemeen vraagt aan kennis, vaardigheden en houding van professionals. Om het plan goed uit te voeren, te monitoren en bij te stellen, zijn daarnaast de volgende punten belangrijk voor alle betrokken personen:

- Kennis en kunde om de afgesproken taken uit te voeren.
- Kennis van het plan van aanpak, inclusief de afgesproken manier van communiceren met de CZC.



## Stap 6. Zorgen dat het blijft werken

### Wat houdt deze stap in?

Als iemand het plan van aanpak heeft doorlopen en successen heeft geboekt, wil hij die resultaten natuurlijk vasthouden. Via een overgangsfase gaat hij tijdens deze stap van (lichte) begeleiding in het proces naar een situatie waarin de CZC niet meer nodig is. Hij kan zelfstandig verder, zo nodig met ondersteuning van mensen in zijn omgeving en onder controle van reguliere zorg. In deze processtap worden dus geen nieuwe activiteiten meer gestart. Het gaat erom de resultaten van de voorgaande stappen te bestendigen.

Aandacht voor terugvalpreventie is in deze stap belangrijk. In stap 5 (Aan de slag) zijn de professionals die specifieke zorg en ondersteuning bieden verantwoordelijk voor terugvalpreventie op hun gebied. Vaak gaat dit om inhoudelijke zaken zoals omgaan met verleidingen op het gebied van leefstijl of voorkomen dat iemand opnieuw schulden krijgt. In deze stap gaat het vooral om de procesmatige aspecten van terugvalpreventie: het vaardig maken van de persoon en zijn betrokkenen in het tijdig betrekken van de juiste mensen. Weet de persoon wie hij wanneer kan benaderen bij terugval? Welke afspraken zijn er gemaakt of kunnen worden gemaakt over het monitoren en over toekomstige ondersteuning door specifieke professionals? Deze aspecten staan

centraal in de begeleiding door de CZC. De nadruk ligt steeds op de vraag: wat is nodig om zonder betrokkenheid van de CZC de opbrengst van het begeleidingstraject vast te houden? Is de basis voor een langdurig behoud van de bereikte resultaten nog onvoldoende aanwezig, dan kan CZC toeleiden naar verdere begeleiding gericht op het versterken van daarvoor benodigde vaardigheden bij de persoon zelf of zijn betrokkenen. Ook contact met lotgenoten kan stimulerend werken. Persoonlijke behoeftes en mogelijkheden zijn hierbij leidend.

De CZC maakt duidelijke afspraken over:

- de lengte van deze processtap;
- de inhoud en intensiteit van zijn betrokkenheid;
- de afronding van de begeleiding door de CZC.

Een deel van de mensen met overgewicht heeft langer ondersteuning nodig, bijvoorbeeld omdat complexe omstandigheden het lastig maken om de bereikte resultaten zelfstandig vast te houden. De CZC bespreekt dan met hen hoe zij die ondersteuning zo veel mogelijk kunnen realiseren binnen de eigen sociale omgeving, waar nodig aangevuld met zorg en ondersteuning door een specifieke professional. Ook bij mensen met extra gezondheids-

# PROCES

## STAP 6 - 2/2

risico's is het nodig te blijven monitoren. Het uitgangspunt daarbij is dat dit binnen de reguliere zorg plaatsvindt.

### Wat levert het op?

In deze laatste processtap:

- Groeit het vertrouwen bij de persoon dat hij de bereikte resultaten op eigen kracht en met hulp van betrokkenen uit zijn omgeving vol kan houden.
- Kan het traject succesvol afgerond worden in de wetenschap dat de kans op nieuwe gewichtstoename beperkt is en dat de persoon of iemand in zijn directe omgeving voldoende in staat is om tijdig hulp te vragen als er toch een terugval in gedrag, gewicht of gezondheid dreigt of aanwezig is.

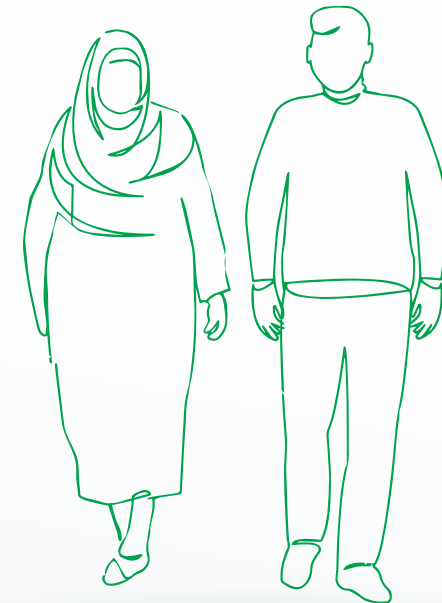
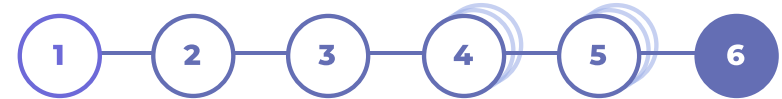
### Wie zijn erbij betrokken?

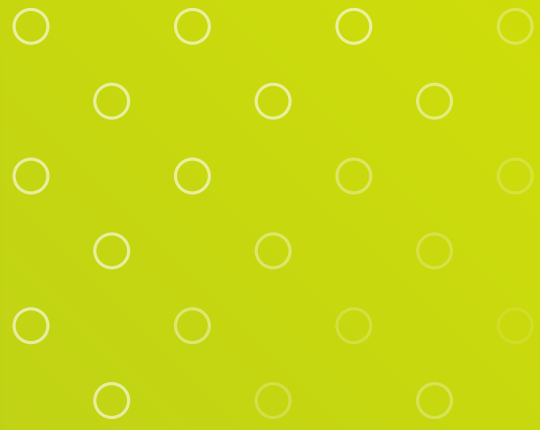
De persoon zelf, zijn betrokkenen en de CZC.

### Welke kennis, vaardigheden en houding vraagt dat?

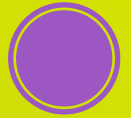
In het hoofdstuk Visie beschrijven we wat deze aanpak in het algemeen vraagt aan kennis, vaardigheden en houding van professionals. Daarnaast vraagt deze stap specifiek van de CZC:

- Kennis over de mogelijkheden van terugvalpreventie.
- Kennis en vaardigheden over hoe hij stapsgewijs kan terugtreden zonder de kans op terugval te vergroten.





# PARTNERS



## PARTNERS 1/4

Bij de aanpak van overgewicht zijn meerdere partners betrokken die we hebben ondergebracht in vijf categorieën. De persoon zelf staat, met eventuele betrokkenen uit zijn omgeving, centraal in deze aanpak. Zij vormen samen de basis voor het nemen van besluiten en worden daarin begeleid door de centrale zorgcoördinator (CZC). Professionals uit het medisch en sociaal domein worden betrokken als dat nodig is. Inzet van deze professionals gaat volgens het principe van stepped en matched care: lichte ondersteuning waar mogelijk, intensiever waar nodig en steeds afgestemd op de hulpvraag van de persoon. Zij denken zo nodig mee over het wel of niet inzetten van gespecialiseerde professionals. Uitgangspunt: iedereen draagt bij vanuit de verantwoordelijkheden die bij zijn functie horen en conform de lokale afspraken.

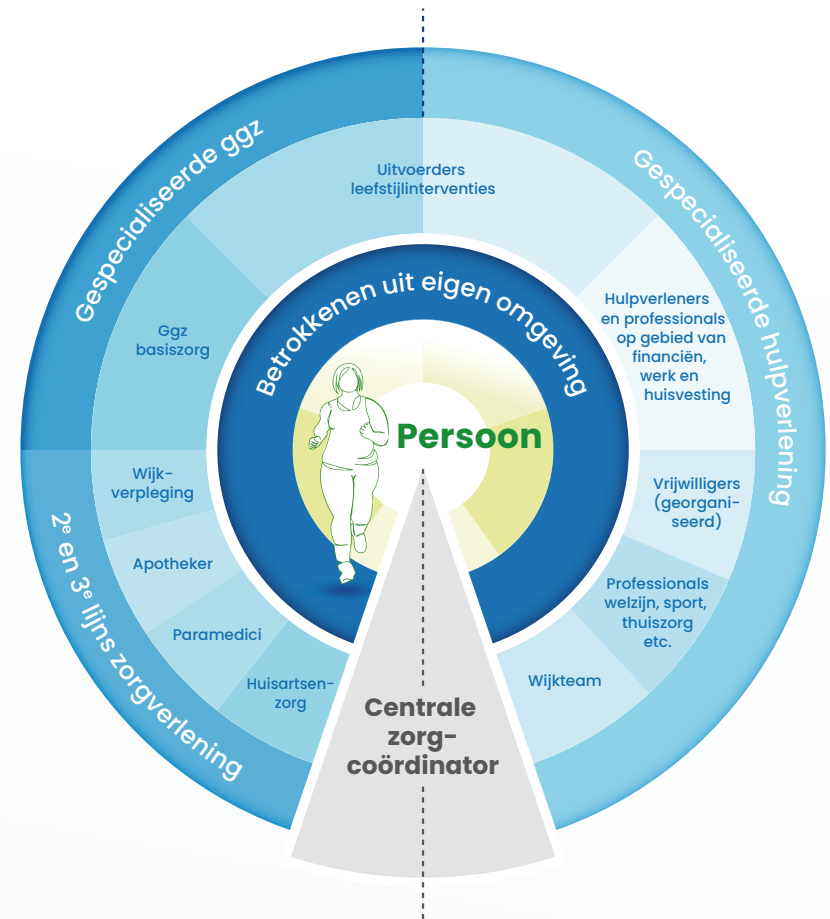
### De persoon zelf en betrokkenen uit zijn omgeving

#### Wie?

Hiermee bedoelen we de persoon met overgewicht en één of meer personen uit zijn naaste omgeving. Denk bijvoorbeeld aan familie, vrienden, burens, werkgever of leidinggevende, collega's en kennissen, maar ook professionals met verzorgings- of begeleidingstaken voor mensen die in een instelling wonen of verblijven, zoals in een verpleegtehuis, verzorgingshuis, ggz-instelling of een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking.

#### Wat?

De persoon zelf is natuurlijk betrokken bij alle stappen en zit zo veel mogelijk zelf aan het stuur. Betrokkenen uit de omgeving kunnen meedenken over wat kan helpen om de gewenste doelen



**Figuur 6.** Partners die betrokken kunnen zijn bij de persoon met overgewicht binnen de netwerkaanpak

te behalen. Zo krijgen deze betrokkenen zicht op de omstandigheden in de omgeving die bijdragen aan het overgewicht. Zij geven aan welk aandeel zij kunnen hebben in het veranderen van die omstandigheden en hoe zij op die manier bij kunnen dragen aan de gewenste verandering. Mensen uit de eigen omgeving kunnen bij alle stappen betrokken worden om de persoon te ondersteunen. Denk bijvoorbeeld aan:

- Overgewicht signaleren en met de persoon daarover in gesprek gaan.
- Betrokken zijn bij het vaststellen wat er speelt.
- Bespreken van de samenhang tussen de bevindingen.
- Meedenken bij het maken en uitvoeren van een plan.
- Het steunen van de persoon in het verduurzamen van de bereikte resultaten.

Wie wanneer aansluit is afhankelijk van de relatie met en de behoefte van de persoon met overgewicht en de rol die een betrokkene kan vervullen. Het is denkbaar dat een naaste uit de familie of vriendenkring al in een vroeg stadium in het traject aansluit om de persoon te steunen in het hele traject. En dat een werkgever betrokken wordt vanaf stap 4 (Plan maken en taken verdelen) om bij te dragen aan een oplossing voor werkgerelateerde factoren in de hulpvraag.

### **De centrale zorgcoördinator (CZC)**

#### **Wie?**

De CZC initieert en bewaakt het proces vanaf het moment dat

het overgewicht is vastgesteld. Hij brengt samen met de persoon en zijn betrokkenen de persoonlijke omstandigheden in kaart en ondersteunt hen in het doorlopen van het proces. Hij is in deze rol geen behandelaar. Hij vervult deze rol naast zijn reguliere werkzaamheden mits hij beschikt over de gevraagde achtergrond, kennis, vaardigheden en houding en mits hij voldoende tijd beschikbaar heeft. Het kan zijn dat de omstandigheden van de persoon het nodig maken dat de rol van de CZC wordt ingevuld door een discipline die al betrokken is of beter aansluit bij die omstandigheden.

#### **Wat?**

Kerntaken van de CZC:

- Informeren van de persoon en zijn betrokkenen over het proces en de rol van de CZC daarin.
- In kaart brengen van de persoonlijke omstandigheden.
- Stimuleren van de betrokkenheid van mensen uit de omgeving van de persoon.
- Uitzetten van aanvullende onderzoeken (zo nodig).
- Bespreken van de samenhang tussen het overgewicht, de gezondheidsrisico's die daarbij komen kijken en de omstandigheden die het overgewicht veroorzaken en in stand houden.
- Bespreken van persoonlijke kenmerken en omstandigheden die kunnen bijdragen aan het verminderen van gezondheidsrisico's gerelateerd aan overgewicht.
- Begeleiden in het opstellen van een plan van aanpak.
- Toeleiden naar andere professionals en interventies (als dat is afgesproken in het plan van aanpak).

- Stimuleren van de persoon in het nemen van de stappen conform de afspraken in het plan van aanpak.
- Monitoren van de voortgang in de uitvoering van het plan van aanpak.
- Toezien op het verwerven van de bagage die nodig is om de bereikte resultaten te verduurzamen.

### Professionals uit het medisch domein

#### Wie?

- Eerstelijns zorgprofessionals: huisarts, praktijkondersteuner somatiek en ggz, paramedici (diëtist, fysiotherapeut en oefen-therapeut), apotheker, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, wijkverpleegkundige en bedrijfsarts.
- Tweede- en derdelijns zorgprofessionals: specialisten medische zorg (internist, (bariatrisch) chirurg, cardioloog, mdl-arts, endocrinoloog, neuroloog, klinisch geneticus, sportarts, revalidatiearts, geriater, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapt) en specialisten psychische zorg (GZ-psycholoog, psychotherapeut, psychiater, verslavingsarts) en de bij deze disciplines werkzame verpleegkundig specialisten.

#### Wat?

Deze professionals kunnen overgewicht signaleren en bespreken. De huisartsenpraktijk is de meest aangewezen partij om gezondheidsrisico's vast te stellen en mogelijke medische oorzaken te signaleren door een medische uitvraag en lichamelijk onderzoek. Als de persoon structureel medicijnen neemt, kan het zinvol zijn om bij de voorschrijvend arts of de apotheker na te gaan of deze

medicijnen invloed hebben op het gewicht en of er alternatieven beschikbaar zijn. De apotheker heeft hierin een signalerende en adviserende rol. De andere professionals kunnen betrokken worden voor aanvullend onderzoek, het bespreken van de samenhang met andere bevindingen, input geven voor het plan van aanpak en het uitvoeren van behandelingen die zijn afgesproken in het plan van aanpak.

### Professionals uit het sociaal domein

#### Wie?

- Wijkprofessionals zoals een cliëntondersteuner, maatschappelijk werker of thuiszorgmedewerker.
- Professionals in sport, cultuur en welzijnsactiviteiten, zoals buursportcoaches, welzijnswerkers, begeleiders van sportverenigingen en begeleiders van programma's voor laaggeletterdheid en het tegengaan van eenzaamheid.
- Professionals op het gebied van werk en inkomen en huisvesting zoals schuldhulpverleners en professionals sociale woningbouw.
- Gespecialiseerde hulpverleners zoals ambulante tweedelijns hulpverleners.
- Professionals betrokken bij inzet van vrijwilligers - inclusief ervaringsdeskundigen - die anderen ondersteunen in hun proces en de vrijwilligers zelf.

#### Wat?

Professionals uit het sociale domein kunnen naar eigen keuze een rol vervullen in het signaleren van overgewicht op zicht. Zo

nodig worden zij betrokken bij het bespreken van de samenhang van de bevindingen, geven zij input voor het plan van aanpak en zijn zij betrokken bij de uitvoering daarvan. Belangrijk is om waar mogelijk professionals dicht bij huis in te zetten.

### **Uitvoerders leefstijlinterventies**

Leefstijlbegeleiding vraagt om maatwerk. Persoonlijke omstandigheden, kennis van leefstijl en gezondheidsvaardigheden van de persoon bepalen welk type begeleiding het meest passend is.

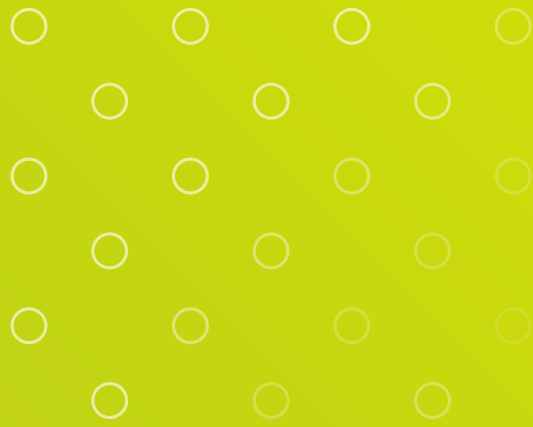
#### **Wie?**

Er zijn meerdere mogelijkheden om in te zetten op leefstijlinterventies vanuit zowel het medisch als het sociaal domein. Hier kunnen dus verschillende professionals bij betrokken zijn. Denk bijvoorbeeld aan bewegcoaches, sport- en buurtcoaches, gewichtsconsulenten, leefstijlcoaches en paramedici zoals diëtisten, fysio- of oefentherapeuten en psychologen.

#### **Wat?**

Uitvoerders van leefstijlinterventies kunnen bijdragen door het overgewicht te constateren en bespreken. Het zwaartepunt van hun bijdrage ligt vervolgens bij de uitvoering van het plan van aanpak als daarin een leefstijlinterventie is opgenomen.





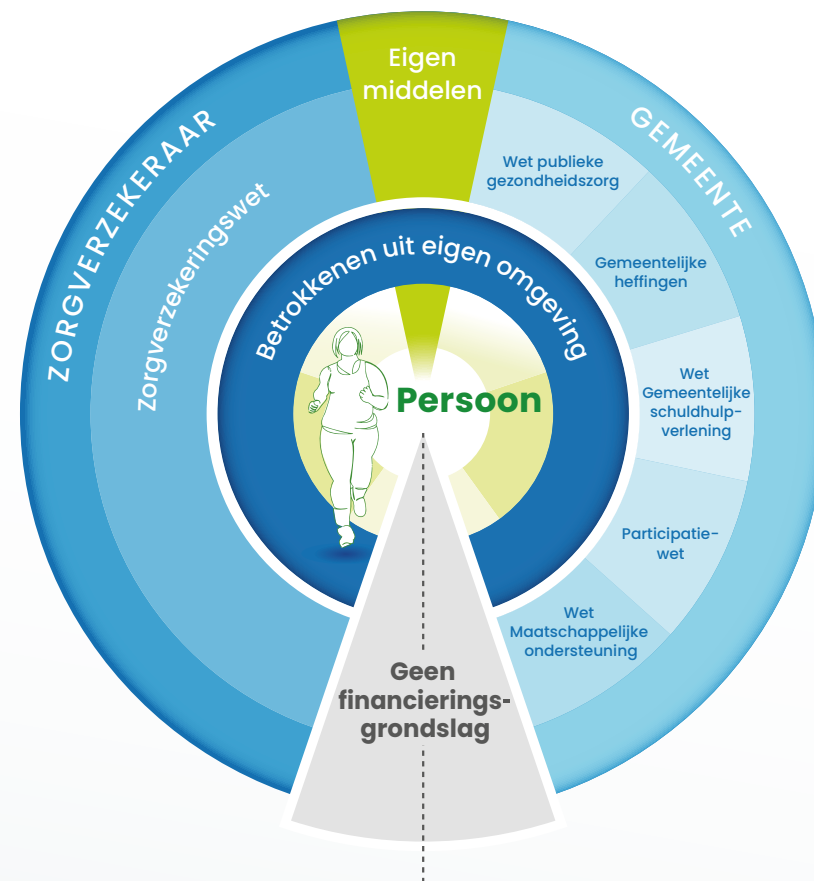
# FINANCIERING



De netwerkaanpak vraagt om zorg en ondersteuning vanuit het sociaal en het medisch domein. Losse onderdelen uit deze domeinen kunnen worden samengebracht tot een begeleidings-traject dat aansluit bij de situatie en de behoeften van de persoon met overgewicht. Voor het bepalen van de financieringsgrondslag helpt het om te kijken waar de uit te voeren handelingen het beste bij passen. Het gaat dan vooral om:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- de Participatiewet;
- de Wet publieke gezondheid (Wpg);
- de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs)
- overige wetten die gemeentelijke heffingen mogelijk maken, zoals de Gemeentewet.

De Zvw regelt de geneeskundige zorg, inclusief huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg. De zorg moet zijn opgenomen in het verzekerde pakket (de verplichte basisverzekering of de vrijwillige aanvullende verzekering) voor vergoeding. Ook bepaalt de Zvw de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners. Voor volwassenen geldt een eigen risico voor geneeskundige zorg. De huisartsenzorg, de Zvw-vergoede gecombineerde leefstijlinterventie en zorg op leefstijl vanuit de ketenzorgfinanciering (COPD, CVRM, Diabetes, Astma) komen niet ten laste van dit eigen risico.



»»» **Figuur 7.** De basis om de onderdelen van de netwerkaanpak te financieren, voor de CZC is in het huidige stelsel geen financieringsgrondslag

Zorg en ondersteuning bij psychosociale of sociaal-economische hulpvragen worden bekostigd uit het gemeentefonds op basis van Wmo, Wgs en Participatiewet. Preventieve gezondheidsprogramma's worden vanuit de Wpg bekostigd, ook daarvoor ontvangt de gemeente middelen uit het gemeentefonds. Verder heeft de gemeente de mogelijkheid om specifieke gemeentelijke belastingen te heffen, zoals toeristenbelasting, rioolbelasting en WOZ-belasting, onder andere op basis van de Gemeentewet. Deze bron van inkomsten is maar voor een beperkt deel geoormerkt. De gemeente kan er dus voor kiezen een deel van deze inkomsten te besteden aan voorzieningen in het sociaal domein.

### Verschillen per gemeente en per individu

Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van Wmo, Wpg, Participatiewet en Wgs. Zij geven hier lokaal en op hun eigen manier invulling aan. De wetgever wil zo een aanbod creëren dat is afgestemd op de behoeften van de lokale bevolking. Welke voorzieningen voorhanden zijn, verschilt dus per gemeente. Dit kan betekenen dat voor mensen met overgewicht met dezelfde hulpvraag in verschillende gemeenten verschillende vormen van zorg en ondersteuning beschikbaar zijn. Bovendien kunnen ogenschijnlijk vergelijkbare problemen tot verschillende hulpvragen leiden, waardoor ook de uitvoering van de zorg en ondersteuning – en dus de financiering – kan verschillen. Ook vergoedingen vanuit de Zvw kunnen per individu verschillen. Is iemand bijvoorbeeld aanvullend verzekerd en waarvoor? En met welke zorgverleners heeft zijn zorgverzekeraar contracten afgesloten?

### Aansluiten bij wat er al is

Goed aansluiten bij en benutten van bestaande mogelijkheden biedt de meeste kansen om een duurzaam gefinancierde netwerkaanpak te realiseren. Wat daarbij belangrijk is:

- De meeste zorg en ondersteuning vindt zijn grondslag in eerdergenoemde wetten en kaders.
- Binnen het basispakket van de Zvw zijn de aanspraken op de inzet van paramedici beperkt, een aanvullende verzekering kan dat verruimen. Voor een deel van de doelgroep zijn de aanspraken te beperkt en niet iedereen heeft voldoende financiële middelen voor een aanvullende verzekering.
- Binnen de ketenzorgfinanciering is soms ruimte voor de inzet van paramedici op leefstijlaspecten. Alleen mensen die in aanmerking komen voor deze ketenzorg (diabetes type 2, CVRM, COPD, astma) kunnen hier aanspraak op maken. Aandachtspunt: iedere huisartsenorganisatie en/of zorggroep heeft de ketenzorg naar eigen inzicht georganiseerd. Of die ruimte er daadwerkelijk is, is dus sterk lokaal bepaald. Diëtetiek en andere paramedische zorg via de ketenzorg kennen geen wettelijke beperking voor het aantal uren maar wel een organisatorische, namelijk de lokale inrichting van de ketenzorg. Voor deze inzet geldt geen eigen risico.
- De centrale zorgcoördinator (CZC) is nog niet structureel gefinancierd, net als een aantal vormen van de gecombineerde leefstijlinterventie. Dit vraagt dus nog om een lokale oplossing.
- Het eigen risico van de zorgverzekering kan een drempel opwerpen om aanvullend onderzoek te laten doen of de medisch noodzakelijke zorg te accepteren.

- Beleidsmedewerkers van de gemeente kennen de lokale mogelijkheden en zijn op de hoogte van de lokale ontwikkelingen rond de gemeentepolis, de collectieve zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen aangeboden door de gemeente. Gemeente en zorgverzekeraar hebben een wettelijke verantwoordelijkheid om samen goede inhoudelijke, bekostigde zorg te bieden.

### Financiering per processtap

#### Stap 1: Overgewicht constateren en bespreken

Het beoordelen van het gewicht door te meten en wegen en zo nodig te behandelen, gebeurt vooral door de huisartsenpraktijk, paramedici, de tweede of derde lijn. Dit valt onder hun reguliere financiering. Ook andere professionals kunnen overgewicht signaleren en bespreken. Zij doen dat vaak op zicht. Als zij ervoor kiezen om hierop te handelen, doen zij dat vanuit hun professionele verantwoordelijkheid en ook dit valt onder de reguliere financiering van deze professional.

#### Stap 2 en 3: Vaststellen wat er speelt en Samenhang en aanpak bespreken

In processtap 2 en 3 brengt de CZC samen met de persoon en zijn betrokkenen de oorzaken en gevolgen van het overgewicht in beeld. De persoon wordt begeleid in het formuleren van zijn hulpvraag en de gewenste toekomstige situatie, zo nodig na aanvullende onderzoeken en gesprekken met andere, bij de persoon betrokken professionals. Bij gemeentelijke en Zvw-gefinancierde

professionals valt het afstemmen met partners en goede door- en terugverwijzing binnen hun reguliere takenpakket. Ook voor de benodigde onderzoeken bestaat meestal een financieringsgrondslag, mits met de juiste doorverwijzing of beschikking. Voor alle betrokkenen geldt dus dat die bijdragen onderdeel zijn van hun reguliere activiteiten. Sommige professionals worden voor een beperkt aantal uren vergoed (zoals de diëtist en de psycholoog) en sommige worden alleen vergoed als iemand aanvullend verzekerd is (zoals de fysiotherapeut en de oefentherapeut). Aanvullend onderzoek bij deze professionals komt in mindering op het aantal vergoede uren zodat er minder tijd over blijft voor verdere behandeling. Onderzoek dat vergoed wordt vanuit de basisverzekering gaat ten laste van het eigen risico.

Professionals hebben binnen hun reguliere takenpakket beperkt tijd voor andere activiteiten dan behandelen. CZC-taken kunnen dan ook niet binnen deze tijd uitgevoerd worden. Voor de bijdrage van de CZC is nog geen financieringsgrondslag in het huidige stelsel.

#### Stap 4 Plan maken en taken verdelen

In deze processtap stellen de persoon, zijn betrokkenen en de CZC een plan op. De hulpvraag is daarbij leidend. Voor de inzet van de CZC geldt ook hier: de tijd die professionals binnen hun reguliere takenpakket hebben voor deze rol is niet of nauwelijks aanwezig.

#### Stap 5 Aan de slag

In deze fase gaat de persoon aan de slag met het plan van aanpak. De CZC monitort de procesmatige voortgang en neemt het

initiatief als het plan bijgesteld moet worden. Vaak is bij deze stap professionele zorg en ondersteuning nodig. Het gaat dan vooral om:

- Medische zorg voor lichamelijke en mentale aandoeningen gerelateerd aan het overgewicht.
- Versterken van vaardigheden, bijvoorbeeld op het gebied van gezondheid en regie nemen.
- Psychosociale zorg en ondersteuning bij factoren die van invloed zijn op gedrag, leefstijl, gewicht en bijbehorende gezondheidsrisico's.
- Ondersteuning bij sociaal-economische factoren die van invloed zijn op gedrag, leefstijl, gewicht en bijbehorende gezondheidsrisico's.
- Begeleiding bij gedragsverandering op het gebied van leefstijl (voeding, beweging, roken, ontspanning en slaap, alcohol- en middelengebruik).

De financiële verantwoordelijkheid voor de medische zorg ligt bij de zorgverzekeraar. Een groot deel wordt vergoed uit het basispakket met een wettelijk bepaald eigen risico. Het resterende deel moet de persoon zelf financieren of kan vergoed worden uit de aanvullende verzekering, mits hij daarvoor verzekerd is. Bijvoorbeeld: de fysiotherapeut kan voor een beperkt aantal aandoeningen (deels) vergoed worden uit het basispakket, maar vaak zal de persoon aanspraak moeten doen op de aanvullende verzekering. Is hij niet aanvullend verzekerd, dan zal hij dit zelf moeten betalen.

Voor het versterken van vaardigheden, voor zorg en ondersteuning op psychosociaal gebied en voor ondersteuning bij sociaal-eco-

nomische factoren, is vooral de gemeente aan zet. De gemeente financiert immers:

- Algemene voorzieningen, bijvoorbeeld ondersteuning door een welzijnsprofessional om een oplossing te zoeken voor een gevoel van eenzaamheid.
- Wpg-activiteiten, zoals informatiebijeenkomsten over gezond gedrag om de algemene gezondheidsvaardigheden te bevorderen.
- Wmo-voorzieningen, bijvoorbeeld het krijgen van een indicatie voor en inzet van professionals bij samenhangende problemen op het gebied van welzijn, werk en inkomen.
- Hulp vanuit de Participatiewet, bijvoorbeeld begeleiding bij het vinden van passend werk waardoor het dagelijks functioneren verbetert.
- Wgs-voorzieningen, bijvoorbeeld de inzet van een schuldhulpverlener om iemands financiële basis te verbeteren.

Financiering van begeleiding bij gedragsverandering op het gebied van leefstijl is een (gedeelde) verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, de gemeente en de persoon zelf, afhankelijk van de situatie. Het gaat dan om:

### • *Vergoeding leefstijlinterventies vanuit de zorgverzekering*

Onder reguliere zorg die eventueel in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de zorgverzekering valt deelname aan een gecombineerde leefstijlinterventie, diëtetiek, fysiotherapie, oefen-therapie en behandeling door een psycholoog. Past de gecombineerde leefstijlinterventie bij de hulpvraag en de situatie

en voldoet de persoon en het programma aan de criteria voor vergoeding, dan worden de kosten vergoed vanuit het basispakket. Begeleiding bij beweging is hiervan uitgesloten en wordt soms vergoed vanuit gemeentemiddelen. Deelname aan een door de Zvw vergoede gecombineerde leefstijlinterventie komt niet ten laste van het eigen risico wat de toegang laagdrempelig maakt. Sommige zorgverzekeraars vergoeden ook andere, door RIVM Loker Gezond Leven erkende programma's die niet zijn opgenomen in de basisverzekering. De persoon moet dan wel aanvullend verzekerd zijn. Verder kunnen mensen gebruik maken van paramedici voor begeleiding bij gedragsverandering op het gebied van voeding of beweging en van psychologen voor begeleiding bij gedragsverandering die psychologische behandeling noodzakelijk maakt. Dit wordt alleen vergoed als hiervoor een medische reden is die de inzet van deze zorg legitimeert volgens de Zvw. De persoon moet hier wel voor in aanmerking komen vanuit het basispakket of aanvullend verzekerd zijn. Inzet van paramedici voor zover vergoed vanuit de basisverzekering gaat ten laste van het eigen risico.

- **Gemeentelijke financiering leefstijlinterventies**

Algemene voorzieningen van de gemeente kunnen waardevol zijn in het individuele begeleidingstraject en zijn bovendien vaak gratis. Denk bijvoorbeeld aan workshops gezonde voeding, een supermarktrondleiding om gezonde voeding te leren herkennen, een beweegactiviteit met een buurtsportcoach of ondersteuning

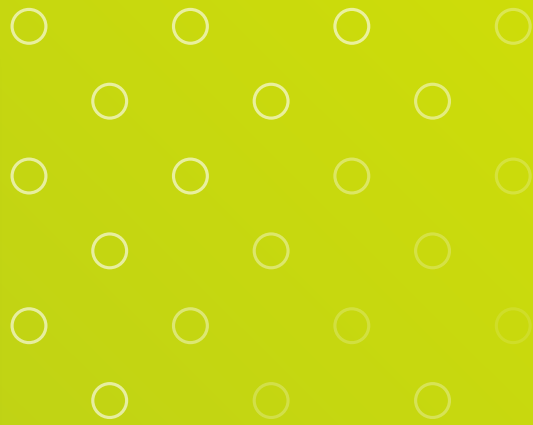
door een ervaringsdeskundige. Sommige gemeenten kopen ook leefstijlinterventies in voor de groep die niet voldoet aan de criteria van de Zvw-vergoede gecombineerde leefstijlinterventies of voor mensen die meer begeleiding op maat nodig hebben dan deze leefstijlinterventies bieden.

- **Financiering leefstijlinterventie door de persoon zelf**

De inzet van een leefstijlcoach, anders dan vanuit een Zvw-vergoede gecombineerde leefstijlinterventie, komt vaak voor rekening van de persoon zelf. Dat geldt ook voor de gewichtsconsulent, de diëtist (als de drie uur per kalenderjaar zijn gebruikt) en de fysiotherapeut of oefentherapeut als er geen aanvullende verzekering is afgesloten. Is die wel afgesloten, dan is de vergoeding van deze professionals vaak beperkt tot een maximumbedrag. Zvw-vergoede zorg kan van de persoon zelf ook een bijdrage vragen in de vorm van eigen risico.

### **Stap 6 Zorgen dat het blijft werken**

In deze laatste fase laat de persoon zien dat hij in staat is om zelfstandig of met ondersteuning van zijn omgeving verder te gaan. De CZC ziet daarop toe en kan opnieuw toeleiden naar passende zorg of ondersteuning als dat nodig is. Voor financiering gelden de al eerder besproken uitgangspunten: voor de rol van CZC is geen ruimte binnen de reguliere taken van de professional die deze taak uitvoert.



# BEGRIPPENLIJST



## BEGRIPPENLIJST

### **BMI (Body Mass Index)**

De BMI is een internationaal gebruikte meetmethode die laat zien of iemand een gezond gewicht heeft in verhouding tot zijn lengte. De BMI wordt berekend door het gewicht in kilo's te delen door het kwadraat van de lichaamslengte in meters. Aangepaste afkapwaarden gelden voor:

- volwassenen vanaf 70 jaar;
- volwassenen van Aziatische afkomst (Zuid-Azië, Indonesië, China en Japan).

De betreffende waarden zijn te vinden in de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen.

### **Buikomvang**

Ook wel middelomtrek of buikomtrek genoemd. De buikomvang is een afgeleide uitkomstmaat voor het meten van buik- of visceraal vet (centrale, intra-abdominale en viscerale vetverdeling) en heeft een voorspellende waarde voor gezondheidsrisico's. De buikomvang is daarmee een aanvullend criterium om het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico vast te stellen bij iemand met een te hoge BMI. De afkapwaarden voor de buikomvang zijn verschillend voor mensen van Aziatische of Afrikaanse afkomst. Voor het bepalen van de afkapwaarden worden de WHO-criteria gehanteerd.

### **Centrale zorgcoördinator**

De rol van centrale zorgcoördinator (CZC) kan worden belegd bij verschillende functies en kan lokaal een andere naam hebben.

Hij begeleidt en coördineert de juiste zorg en ondersteuning door op het juiste moment de juiste professional in te zetten. Hij zorgt voor de samenhang in de aanpak en leidt waar nodig toe naar passende zorg en ondersteuning, maar hij behandelt zelf niet. Hij werkt vanuit een brede blik, domeinoverstijgend en als spin in het web. Zeker bij multiproblematiek – waarbij inzet van zowel het sociaal als het medisch domein nodig is – is dat een belangrijke voorwaarde voor succes omdat de persoon dan met veel verschillende professionals te maken krijgt. De CZC ziet voor zover nodig toe op de inzet van ondersteuning in het versterken van zelfmanagement van de persoon en zijn betrokkenen. Dit helpt de persoon zijn gedrag duurzaam te veranderen met als doel gezondheidswinst gerelateerd aan gewicht en een betere kwaliteit van leven.

### **Collectieve preventie**

Collectieve preventie gaat over bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke bevolkingsgroepen en het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. De term collectieve preventie wordt gebruikt voor de universele en selectieve preventie samen.

### **Comorbiditeit**

Ziekten met een duidelijke relatie met overgewicht worden naast de BMI als comorbiditeit meegenomen in de inschatting van de zorgbehoefte. Deze ziekten hebben in het algemeen de volgende kenmerken:

## BEGRIPPENLIJST

- Er is een causaal verband tussen de aandoening en het gewicht.
- Gewichtsverlies (reductie van vetmassa) vermindert de comorbide aandoening.

### Gecombineerde leefstijlinterventie

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een behandeling gericht op voeding (verminderen energie-inname door een gezonde voeding op maat), bewegen (verhogen lichamelijke activiteit) en met aandacht voor gedragsverandering om een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden. Deze interventies worden in samenhang aangeboden, eventueel aangevuld met een psychologische interventie om de gedragsverandering te ondersteunen. Een gecombineerde leefstijlinterventie houdt ook rekening met factoren die van invloed zijn op het gedrag en het gewicht, zoals stress en slaap. De interventies kunnen zowel individueel als in een groep plaatsvinden, afhankelijk van wat past bij de persoon. Ze variëren in duur, frequentie, intensiteit en inhoud van de drie componenten (voeding, beweging, gedragsverandering) uitgaande van het principe van stepped en matched care. Meer informatie over de verschillende vormen van de gecombineerde leefstijlinterventie is te vinden in de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen.

### Gemeentepolis

De Gemeentepolis is een collectieve zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen aangeboden door de gemeente. Deze polis heeft vaak uitgebreide vergoedingen speciaal voor mensen met een chronische ziekte of beperking.

### Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico

Het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is in relatie tot het gewicht. Deze maat wordt bepaald door de BMI in combinatie met de buikomvang en al dan niet aanwezige comorbiditeit.

De GGR kent vier niveaus:

- Licht verhoogd = overgewicht ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$ ) zonder (ernstig) vergrote buikomvang en/of comorbiditeit of obesitas klasse/graad I ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2 < 35 \text{ kg/m}^2$ ) zonder (ernstig) vergrote buikomvang en/of comorbiditeit.
- Matig verhoogd = overgewicht ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$ ) in combinatie met (ernstig) vergrote buikomvang en/of comorbiditeit.
- Sterk verhoogd = obesitas klasse/graad I ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2 < 35 \text{ kg/m}^2$ ) in combinatie met (ernstig) vergrote buikomvang en/of comorbiditeit of obesitas klasse/graad II ( $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2 < 40 \text{ kg/m}^2$ ) zonder (ernstig) vergrote buikomvang en/of comorbiditeit.
- Extreem verhoogd = obesitas klasse/graad II ( $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2 < 40 \text{ kg/m}^2$ ) in combinatie met (ernstig) vergrote buikomvang en/of comorbiditeit of obesitas klasse/graad III ( $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ) met of zonder (ernstig) vergrote buikomvang en/of comorbiditeit.

### Gezondheidsvaardigheden

Cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid.

## BEGRIPPENLIJST

### **Handreiking**

De handreiking beschrijft hoe je kunt komen tot een goed functionerende lokale variant van de aanpak. Het helpt de betrokken partijen stapsgewijs het realisatieproces te doorlopen. In de handreiking zijn praktijkvoorbeelden opgenomen die laten zien hoe verschillende gemeenten dit hebben aangepakt, hoe het realisatieproces is verlopen en wat nog nodig is om de lokale aanpak te verbeteren en te borgen.

### **Individuele preventie**

Individuele preventie gaat over adviezen en handelingen van een professional voor iemand met een bepaalde ziekte of een verhoogd risico daarop, met als doel de gezondheid te verbeteren of de ziekte te voorkomen. De term individuele preventie wordt gebruikt voor de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie samen.

### **Lichamelijke gezondheid**

Lichamelijke gezondheid gaat het over de aan- of afwezigheid van ziekten, andere mogelijk nog onbekende medische en lichamelijke factoren en de door de persoon ervaren lichamelijke gezondheid die van invloed zijn op het (leefstijl)gedrag en de gezondheid, waaronder gewicht.

### **Medisch domein**

Het medisch domein is het domein waarin medische en paramedische zorg wordt geboden. Dat loopt van preventieve gezondheidszorg en zorg via de GGD naar algemene zorg (zoals

huisartsen, eerstelijns psychologen, oefen- en fysiotherapeuten, diëtisten, tandartsen en verloskundigen) en verder naar meer specialistische zorg (zoals ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg) en hoog-specialistische zorg (zoals zorg in een academisch ziekenhuis of een gespecialiseerd zorgcentrum).

### **Mentale gezondheid**

Mentale gezondheid gaat over de door de persoon ervaren mentale gezondheid - zoals mentaal welbevinden en zingeving - en de aan- of afwezigheid van psychische of psychiatrische aandoeningen die van invloed zijn op het (leefstijl)gedrag en de gezondheid, waaronder het gewicht.

### **Multiproblematiek**

Er is sprake van multiproblematiek bij personen als zij langdurig te maken hebben met twee of meer samenhangende en elkaar mogelijk versterkende problemen op verschillende leefgebieden (bijvoorbeeld relatieproblemen, gezondheidsproblemen en huisvestingsproblemen) én als betrokkenen niet in staat zijn een adequate regie te ontwikkelen en voeren om de problemen te beheersen of op te lossen.

### **Netwerkaanpak**

In een netwerkaanpak werken verschillende organisaties en professionals samen in een netwerk gericht op het bieden van optimale en goed aansluitende zorg en ondersteuning voor een specifieke doelgroep. Belangrijk daarbij is dat de juiste zorg en

## BEGRIPPENLIJST

ondersteuning op het juiste moment door de juiste professional wordt ingezet op geleide van de hulpvraag, in dit geval van mensen met overgewicht en obesitas.

### Obesitas

Obesitas is een ernstige vorm van overgewicht. Het is een chronische ziekte met een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. Bij volwassenen geeft de BMI in combinatie met minimaal de buikomvang inzicht in de werkelijke gewichtsgelateerde gezondheidsrisico's (GGR). Obesitas wordt ingedeeld in klasse/graad I, klasse/graad II en klasse/graad III. Voor volwassenen is de indeling als volgt: Obesitas klasse/graad I:  $\geq 30 \text{ BMI} < 35 \text{ kg/m}^2$ ; Obesitas klasse/graad II, ernstig obesitas:  $\geq 35 \text{ BMI} < 40 \text{ kg/m}^2$  en Obesitas klasse/graad III, zeer ernstig obesitas:  $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ .

### Overgewicht

Overgewicht, steeds vaker pre-obesitas genoemd, is een risico voor obesitas. De waarde waarbij sprake is van overgewicht is bij volwassenen een BMI van  $\geq 25 \text{ BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$ . Bij volwassenen geeft de BMI in combinatie met in ieder geval de buikomvang inzicht in het werkelijke gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (GGR).

### Psychosociaal welzijn

Psychosociaal welzijn gaat over iemands functioneren in relatie tot anderen. Denk aan de volgende factoren voor zover deze van invloed zijn op het (leefstijl)gedrag en de gezondheid, waaronder gewicht:

- De aanwezigheid, de mate en de kwaliteit van sociale contacten en betekenisvolle relaties.
- Maatschappelijke participatie en maatschappelijke betrokkenheid.
- Het door de persoon zelf ervaren psychosociaal welzijn.

Voorbeelden van psychosociale factoren die tot verminderd welzijn leiden: een echtscheiding, een ernstige ziekte (ook van partner of kind), rouw, eenzaamheid, problemen op het werk, het verlies van werk, veeleisende opvoedtaken of intensieve mantelzorg.

### Samenredzaamheid

Samenredzaamheid is de zelfredzaamheid van mensen met behulp van hun sociale netwerk. Betrokkenen besluiten samen wat nodig is om de situatie te verbeteren en worden zo samen eigenaar van het probleem en de oplossingen.

### Sociaal domein

Het sociaal domein omvat alle inspanningen die te maken hebben met de sociale kant van het gemeentelijk beleid op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Participatiewet, de Wet publieke gezondheid, de Wet langdurige zorg en de Jeugdwet. De inzet van welzijnsmedewerkers, cliëntondersteuners, wijkteam-professionals, maatschappelijk werkers, schuldhulpverleners en buurtspportcoaches valt hieronder.

### Sociaal-economische welzijn

Sociaal-economisch welzijn gaat over verworven eigenschappen

## BEGRIPPENLIJST

en andere kenmerken waardoor iemand bij een bepaalde groep is gaan horen. Denk aan financiën, huisvesting, werk (inhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden), opleiding, kennis en vaardigheden en het door de persoon ervaren sociaal-economisch welzijn, voor zover deze factoren van invloed zijn op het (leefstijl)gedrag en de gezondheid, waaronder het gewicht. Voorbeelden van sociaal-economische factoren die tot verminderd welzijn leiden: werkloosheid, schuldenproblematiek of het werken in onregelmatige of nachtdiensten.

### **Stepped en matched care**

De inzet van zorg en ondersteuning in de netwerkaanpak vindt plaats volgens de principes van stepped en matched care. Stepped care wil zeggen dat de zorg en ondersteuning zo licht mogelijk start en zo nodig wordt geïntensiveerd. Matched care wil zeggen dat de zorg en ondersteuning wordt afgestemd op de hulpvraag van de persoon en aansluit bij zijn behoeften en mogelijkheden.

### **Stigma**

Stigma is een negatieve attitude of overtuiging die zich uit in de vorm van een vooroordeel, stereotypering, misvatting en/of uitsluiting.

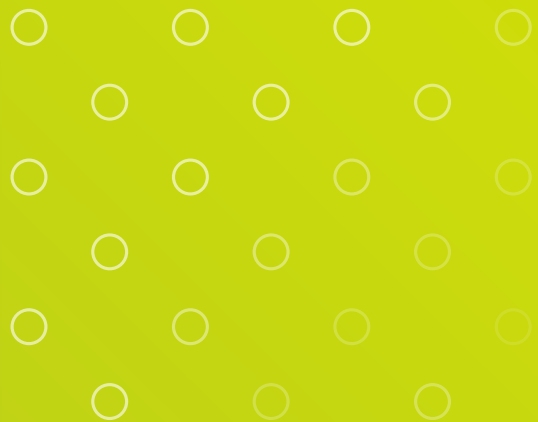
### **Welzijn op Recept**

Welzijn op Recept heeft als doel de psychosociale klachten te verminderen van mensen die bij de huisarts komen. Een zorgverlener in de huisartsenpraktijk verwijst de persoon naar een zogeheten 'welzijnsarrangement' van een welzijnsorganisatie. Deze arrangementen bestaan uit interventies die het welbevinden van mensen verhogen, zoals creatieve activiteiten, vrijwilligerswerk, sport en bewegen of een combinatie hiervan.

### **Zorg en ondersteuning**

Zorg en ondersteuning gaat over de interventies die ingezet worden onder begeleiding van de CZC. Zorg en ondersteuning zijn niet altijd makkelijk van elkaar te onderscheiden. Het Zorginstituut Nederland maakt het volgende onderscheid:

- Ondersteuning heeft een niet-medisch karakter en komt in de praktijk vaak vanuit het sociaal domein. Het is gericht op het in stand houden of verbeteren van de eigen regie, zelfredzaamheid en/of maatschappelijke participatie.
- Zorg heeft een geneeskundig doel en komt in de praktijk vaak vanuit het medisch domein. Zorg bestaat vaak uit (para)-medische, verpleegkundige of gedragskundige interventies.



# BIJLAGE ACHTERGROND



## BIJLAGE ACHTERGROND

### Over het ontstaan

Het basismodel is ontstaan met en onder coördinatie van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en is financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in het kader van het Nationaal Preventieakkoord (NPA). Als uitgangspunt is het model voor kinderen gebruikt dat Care for Obesity (C4O) van de Vrije Universiteit Amsterdam in december 2018 heeft opgeleverd en dat nu breder uitgerold wordt onder de naam Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG). Dit model is door koplopergemeente Rotterdam, met ondersteuning van PON, op basis van ervaringen in lokale proeftuinen omgevormd naar een aanpak voor volwassenen. De andere koplopergemeenten - Assen, 's-Hertogenbosch, Sittard-Geleen, Smallingerland, Valkenswaard en Veenendaal - experimenteren ook met het gedachtegoed van de netwerkaanpak. Ook hun ervaringen en inzichten zijn meegenomen in de beschrijving van het basismodel. Zodra de betrokken gemeenten meer ervaringen hebben opgedaan, zullen we het basismodel aanvullen en herzien en zal het vervolgens als landelijk model dienen.

### Hulpmiddelen

Bij dit model hoort een handreiking met hulpmiddelen voor initiatiefnemers en projectleiders om de netwerkaanpak op lokaal niveau in te richten. Met deze handreiking kunnen zij onderzoeken hoe de netwerkaanpak in hun gemeente de meeste kans van slagen heeft en welke partijen daarvoor nodig zijn. Kort gezegd: dit basismodel beschrijft inhoud en organisatie van de netwerkaanpak, de handreiking beschrijft hoe je kunt komen tot een goed

functionerende lokale variant van deze aanpak. De handreiking laat ook praktijkvoorbeelden zien van gemeenten die betrokken zijn bij de ontwikkeling van het basismodel. Zij vertellen hoe zij invulling hebben gegeven aan proces, organisatie en financiering, wat gerealiseerd is en wat zij nog willen realiseren, hoe dat proces verlopen is, met welke organisaties zij gestart zijn, de voor- en nadelen van hun keuzes, de geleerde lessen en welke ontwikkelingen zij wenselijk vinden om tot (nog) betere resultaten te komen.

Andere beschikbare hulpmiddelen:

- het competentieprofiel van de CZC;
- een overzicht van de reguliere taken en verantwoordelijkheden van relevante professionals;
- een hulpmiddel voor het inrichten van de monitoring en evaluatie van het begeleidingsproces en de netwerksamenwerking;
- casusbeschrijvingen van mensen met overgewicht.

### Brede preventieaanpak

De zorg en ondersteuning voor mensen met overgewicht is bij voorkeur onderdeel van een bredere aanpak die gericht is op de individuele en collectieve preventie en op de verbinding daartussen. Voor een goed persoonlijk en maatschappelijk resultaat is inzet op beide soorten preventie noodzakelijk.

- Individuele preventie gaat over het signaleren van overgewicht en het ondersteunen van personen met overgewicht of obesitas. De in dit document beschreven netwerkaanpak geeft invulling aan deze vorm van preventie.
- Collectieve preventie gaat over voorzieningen en maatregelen

## BIJLAGE ACHTERGROND

voor alle burgers en voor specifieke risicogroepen. Deze preventie is vooral gericht op voorlichting en educatie, op een gezonde leefomgeving (sociaal en fysiek) en op regelgeving en de handhaving ervan. Collectieve preventie is van belang voor de netwerkaanpak omdat een gezonde leefomgeving het naleven van een gezondere leefstijl makkelijker maakt en omdat voorzieningen die vanuit de collectieve preventie zijn georganiseerd kunnen worden benut in individuele begeleidingstrajecten.

### **Samenhang met de netwerkaanpak voor kinderen**

De hoofdstukindeling in dit basismodel voor volwassenen komt grotendeels overeen met het landelijk model voor kinderen. Beide aanpakken spelen binnen dezelfde lokale omgevingen en raken met elkaar verbonden als binnen een gezin zowel kinderen als volwassenen hulp nodig hebben. Veel van het gedachtegoed in beide modellen komt overeen, maar er zijn ook een paar belangrijke verschillen. Inzicht in die verschillen en in de samenhang helpt de realisatie van de lokale aanpak beter op weg.

### **Visie**

De visie die ten grondslag ligt aan de netwerkaanpak is in beide modellen dezelfde, de uitwerking verschilt op enkele onderdelen. In de netwerkaanpak voor volwassenen hebben we de indeling naar onderliggende factoren specifiek toegespitst op de doelgroep. Ook de mogelijkheid dat factoren uit de directe omgeving invloed hebben op gedrag en gezondheid is in dit model beschreven. Bij de aanpak voor kinderen zien we kind en de ouders of verzorgers

samen als de hulpvragers. Leefstijlgedrag en welzijn van het kind zijn immers vaak gerelateerd aan de gezinsomstandigheden en eventuele problemen van een of meer gezinsleden. Bij volwassenen is de persoon zelf de hulpvrager, met aandacht voor mensen uit zijn omgeving die vroeg in het begeleidingstraject betrokken kunnen worden om hem bij te staan.

### **Screening op overgewicht**

Kinderen worden regelmatig gescreend tijdens periodieke gezondheidscontroles bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Als bij hen overgewicht wordt geconstateerd, kan het begeleidingstraject starten, indien gewenst. In veel gevallen is er dan nog geen sprake van gezondheidsklachten of gezondheidsrisico's die gerelateerd zijn aan overgewicht. Bij volwassenen is er geen reguliere screening. Zij komen meestal pas in beeld als ze gezondheidsklachten ervaren gerelateerd aan overgewicht, meestal via de huisarts. Vaak hebben zij dan al medische problemen en spelen er meer factoren die van invloed zijn op gewicht en gezondheid.

### **Verbinding sociaal en medisch domein**

De JGZ heeft vanuit haar taakstelling binnen de Wet publieke gezondheid (Wpg) een rol in het sociaal en medisch domein en is daardoor een belangrijke partner in het verbinden van beide domeinen bij de aanpak van overgewicht bij kinderen. Bij volwassenen is niet direct een vergelijkbare partij voorhanden die vanuit de taakstelling in beide domeinen actief is. Iedere gemeente organiseert zelf het sociaal domein en de verbinding met het medisch domein. Deze verbinding loopt vaak tussen huisarts en

## BIJLAGE ACHTERGROND

wijkteams of via constructies als Welzijn Op Recept, waarbij enkele professionals als vaste contactpersonen van de huisarts fungeren.

### **Coördinatierol**

De coördinatierol bij kinderen (de centrale zorgverlener) wordt vaak uitgevoerd door andere professionals dan bij volwassenen (de centrale zorgcoördinator). Bij kinderen wordt deze meestal uitgevoerd door een jeugdverpleegkundige of praktijkondersteuner (jeugd of ggz) en bij specifieke casussen de jeugdarts, maatschappelijk werker, jeugdhulpverlener of kinderarts. Bij volwassenen zien we dat de coördinatie plaatsvindt vanuit de huisartsenpraktijk, het ziekenhuis, een maatschappelijke organisatie of vanuit een organisatie die ook leefstijlinterventies aanbiedt. Bij beide geldt dat een goede verbinding tussen het medisch en sociaal domein onmisbaar is, ongeacht wie de rol vervult.

### **Financiering**

Reguliere medische zorg is voor kinderen en volwassenen grotendeels geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bij volwassenen en jongeren van 16 en 17 jaar wordt de Zvw-vergoede gecombineerde leefstijlinterventie vergoed vanuit de basisverzekering, bij

kinderen onder de 16 jaar nog niet. Ggz-zorg valt voor volwassenen binnen de Zvw, voor kinderen is de gemeente daarvoor verantwoordelijk vanuit de Jeugdwet. Aanspraak op de basisverzekering anders dan de huisarts en de gecombineerde leefstijlinterventie, komt bij volwassenen ten laste van het eigen risico. Voor kinderen geldt het eigen risico niet. Een aantal voorzieningen voor kinderen zijn binnen het basispakket opgenomen, terwijl volwassenen zich daarvoor aanvullend moeten verzekeren of zelf de behandeling moeten betalen.

Bij volwassenen worden de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet ingezet voor psychosociale en sociaal-economische problemen, bij kinderen zijn dat de Jeugdwet en Wet publieke gezondheid (Wpg).

Voor de rol van centrale zorgverlener/centrale zorgcoördinator is bij zowel kinderen als volwassenen nog geen reguliere vergoeding voorhanden. Naar verwachting zal vanaf 1 januari 2024 de inzet van de centrale zorgverlener en de gecombineerde leefstijlinterventie voor een deel van de kinderen met overgewicht gefinancierd worden.

# MEELEESLIJST

## **Projectleiders gemeenten netwerkaanpak**

Ellen van den Boogaart - Valkenswaard  
Angela van Dinther-Erkens, BA - Sittard-Geleen  
Monique Liet - Rotterdam  
Hans Ooms - Veenendaal  
Inez Overwijk, BSc - Smallingerland  
Roeli Prikken - Assen  
Drs. Miriam de Werd - 's-Hertogenbosch

## **Organisatie PON**

Prof. dr. Liesbeth van Rossum - voorzitter PON  
Paige Crompvoets, MSc, PhD-kandidaat  
Sanne van Hattem - projectondersteuner

## **Partners in lokale netwerkaanpak**

Rolinde Alingh - Assen  
Ivonne Beukers - 's-Hertogenbosch  
Drs. Petra Beurskens-Comuth - Sittard Geleen  
Anneke Coenen - Sittard-Geleen  
Suzan Eerkens - Sittard Geleen  
Joël Engelen, BSc - Sittard Geleen  
Jente Friso, BSc - Smallingerland  
Elianne de Kat - Veenendaal  
Ir. Susan van Kempen - 's-Hertogenbosch  
Mr. drs. Yvo Kortmann - 's-Hertogenbosch  
Margot Lammers - Assen  
Stefanie van Mook - 's- Hertogenbosch  
Coby Pessers-van Geersaem - 's-Hertogenbosch  
Marije Poot-Reynders - Rotterdam  
Cindy Royen, Bc - Sittard-Geleen  
Marieke van Sambeeck - 's-Hertogenbosch  
Merlijn Snijders, MSc - Rotterdam

Myrthe Sterk, MA - Sittard-Geleen  
Gerrit Stolte - Assen  
Jantina Vree - Veenendaal  
Anke de Vries, MPH - Smallingerland  
Marleen Wielaert-Bliek - Assen  
Linda Winkels - Assen

## **PON partners**

Prof. dr. Erica van den Akker - NVK  
Dr. Evert-Jan Boerma - DSMBS  
Drs. Tom Brandon - VSG  
Sione Brugman - BLCN  
Gert van Dijk - KNMG  
Dr. Marloes Emous - DSMBS  
Roy Jansen - KNGF  
Drs. Francoise Klessens-Godfroy - NIV  
Dr. Claire Luymes - UWV  
Prof. dr. Edgar van Mil - NVK  
Dr. ir. Evert van Schothorst - NASO

## **Overige partners en experts**

Anniek Bosdijk, MSc, PhD-kandidaat - EUR  
Drs. Emma van den Eynde - JOGG  
Dr. Jutka Halberstadt - C40/VU  
Leandra Koetsier, MSc - C40/VU  
Drs. Eveline Koks - JOGG  
Drs. Carlijn Kuin - JOGG  
Drs. Guido van 't Leven - JOGG  
Prof. dr. Jane Murray Cramm - EUR  
Prof. dr. Anna Nieboer - EUR  
Drs. Suzanne Pieper - JOGG  
Dr. Bibian van der Voorn - C40/VU

# OVER DEZE UITGAVE



Dit basismodel en bijbehorende handreiking zijn digitaal verkrijgbaar via [www.aanpakovergewicht.nl](http://www.aanpakovergewicht.nl). Daar staan steeds de meest recente versies.

## TOT STAND GEKOMEN IN SAMENWERKING MET:



## DISCLAIMER

Dit basismodel is zorgvuldig samengesteld. PON aanvaardt geen aansprakelijkheid voor of door onjuist gebruik van het model en de mogelijke schade die daaruit kan voortvloeien. Aan de inhoud kunnen geen rechten worden ontleend. Je bent zelf verantwoordelijk voor een juiste naleving van wetten en regels. Wij zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud en actualiteit van websites of andere bronnen waar wij naar verwijzen. Deze dienen slechts ter illustratie.

## GEFINANCIERD DOOR

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van het Nationaal Preventieakkoord



Partnerschap Overgewicht Nederland is de koepelorganisatie van de beroepsverenigingen van medici en paramedici, wetenschappelijke en publieke gezondheidsorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland en GGD-GHOR die allen betrokken zijn bij beleid en zorg voor overgewicht en obesitas in Nederland. De betrokken organisaties zijn:

NSOG; ACTIZ; NVD; BGN; NVK; BLCN; DSMBS; GGD GHOR-voorheen GGD Nederland; Stichting Lezen en Schrijven; KNGF; UWV; KNMG; VVOCM; NASO; VSG; NIP; ZN; NIV

