

Q&A over de rol van de centrale zorgverlener bij KnGG

1) Wordt de rol van centrale zorgverlener altijd bij de JGZ ondergebracht of kan de casusregie ook door een andere zorgprofessional worden opgepakt?

De aanpak schrijft in elk geval voor dat slechts één professional binnen kind en gezin de casusregie voert. Wie dat is, is afhankelijk van de inhoud van de casus en of er al een professional in een regierol verbonden is aan het kind en/of gezin. Het voordeel van het beleggen van deze rol bij de JGZ is dat zij goed zicht hebben op de medische kant van overgewicht en obesitas en in verbinding staan met verschillende professionals uit het zorgdomein (o.a. kinderarts, huisarts, paramedici), anders dan een professional uit het sociaal domein. Daarnaast heeft de JGZ ook nauwe connecties met het sociaal domein en kan dus als verbinder tussen domeinen fungeren.

2) Kan een schoolmaatschappelijk werker de rol van CZV ook op zich nemen?

In de praktijk zien we dat vaak wordt gekozen voor de JGZ, maar hebben we ook voorbeelden waarbij de POH-er jeugd vanuit de huisartsenpraktijk, een kindergezondheidscoach of een diëtist deze rol vervult. Over het algemeen is het zo dat bij deze aanpak het constateren van overgewicht het startpunt is. De betrokkenheid van een schoolmaatschappelijk werker heeft vaak een andere reden. Bijvoorbeeld vanwege onderliggende problemen zoals een scheiding of armoede, die wel weer van invloed kunnen zijn op de gezonde leefstijl van kinderen. Het is om die reden erg belangrijk dat professionals uit zowel zorg- als sociaal domein bewust zijn van de impact van maatschappelijke problemen op gezondheid en vice versa. Ernaar vragen en hierop acties uitzetten, is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Elkaar kennen als professionals en weten wie je waarvoor kan inzetten, is dan ook een belangrijk onderdeel van deze integrale aanpak. Zie eveneens het antwoord op vraag 7.

3) Zou je ook per 'casus' kunnen bekijken wie de rol van CZV op zich neemt?

Jazeker, zie voor meer informatie de antwoorden op vragen 1 en 2.

4) Hoeveel tijd vraagt de begeleiding en alles wat erbij hoort van de CZV?

Het afnemen van de brede anamnese en het opbouwen van vertrouwen kost tijd. Net als het afstemmen over casussen en het maken van afspraken voor het goed kunnen samenwerken met betrokken professionals. We gaan ervan uit dat een CZV ongeveer 70% van de beschikbare tijd besteedt aan het begeleiden van gezinnen en 30% aan het aangaan en coördineren van de samenwerking met netwerkpartners.

5) Er wordt landelijk al veel ambulante zorg ingezet, d.m.v. gezinscoaching. Wat is de

meerwaarde van de CZV?

We zien dat de ambulante zorg vooral wordt ingezet voor psychosociale problemen van de jeugd. De CZV doet hetzelfde, maar dan vanuit gezondheidsproblemen van de jeugd. Veel gemeenten onderzoeken of de structuur die er nu al is voor begeleiding van de psychosociale problemen ook benut kan worden voor de gezondheidsproblemen. De JGZ wordt vaak gezien als een partner die de rol van CZV kan uitvoeren, omdat zij verbonden zijn aan het zorg/medische-domein (BIG geregistreerd en directe lijnen met allerlei zorgprofessionals) en zij ook middenin de wijk actief zijn tussen de wijkprofessionals en op scholen. Het is niet de bedoeling dat er dubbelingen ontstaan in rollen en verantwoordelijkheden van diverse professionals. Bij het ontwikkelen van de lokale variant stimuleren we gemeenten zoveel mogelijk gebruik te maken van wat er al is en te kijken wat nodig is om ook kinderen met gezondheidsproblemen, die vaak samengaan met psychosociale problemen (zoals overgewicht) goed te begeleiden zonder dat er al te grote veranderingen in het sociale domein nodig zijn.