



**Versterking medische zorg
aan jeugdigen**

KNMG-visie

Colofon

KNMG-visie Versterking medische zorg aan jeugdigen

Visie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 28 mei 2013.

De artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 53.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso).



www.knmg.nl/jeugd zorg

Als u deze qr-code met uw mobiele telefoon scant, komt u terecht op de KNMG-website waar de publicatie staat.

Opmaak buro-Lamp, Amsterdam

Contactgegevens KNMG Postbus 20051 3502 LB Utrecht - (030) 282 38 00 - www.knmg.nl

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding: *KNMG-visie Versterking medische zorg aan jeugdigen, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, juni 2013.*

Versterking medische zorg aan jeugdigen

KNMG, in samenwerking met: AJN, LHV, NCJ, NVK, NVvP

KNMG-visie

Inhoudsopgave

/	Samenvatting	7
	Aanleiding	7
	Project 'Visie medische zorg aan jeugdigen'	7
	Stuurgroep	7
	Werkwijze	8
	Vervolg	9
1 /	Inleiding	11
	Aanleiding	11
	Vooronderzoek	11
	Project 'Visie medische zorg aan jeugdigen'	12
	Stuurgroep	12
	Natraject	13
	Uitgangspunten	13
	Werk van andere partijen	14
2 /	Aanbieders medische zorg aan jeugdigen	17
	Inleiding	17
	Huisartsen	17
	Jeugdartsen	18
	Kinderartsen	19
	Kinder- en jeugdpsychiaters	20
3 /	De Nederlandse jeugd	23
	Inleiding	23
	Gezondheidsschets Nederlandse jeugd	23
	Maatschappelijke ontwikkelingen	24
	Belangrijke gezondheidsbedreigingen voor de jeugd	25
4 /	Problemen in de medische zorg aan jeugdigen	29
	Inleiding	29
	De knelpunten op een rij	29
5 /	Voorstellen voor verbeteringen in de medische zorg aan jeugdigen	35
	Inleiding	35
	Visie	35
	Verbetervoorstellen	36

6 /	Verantwoordelijken voor de verbetervoorstellen	43
	Wetenschappelijke verenigingen	43
	KNMG in samenwerking met wetenschappelijke-, beroeps- en brancheverenigingen	43
	Niet-medische beroeps- en brancheverenigingen	44
	Lokale/regionale samenwerkingsverbanden	45
	Vervolgtraject	45

Bijlagen

1 /	Definitie en toelichting van begrippen, zoals gebruikt in dit rapport	47
2 /	Samenstelling Stuurgroep	48
3 /	Good practices	49
	I (Concept)Zorgstandaard astma bij kinderen	49
	II Ouder Kind Centrum: Protocol t.b.v. rechtstreekse verwijzingen	49
	III Voorbeeldprojecten basisaanbod jeugd-GGZ	50
4 /	Overzicht verbetervoorstellen en gesignaleerde knelpunten	52
5 /	Sociale media	54
6 /	Blogboek	56

Samenvatting

Aanleiding

Uit recent onderzoek blijkt dat het grootste deel van onze jeugdigen redelijk gezond, gelukkig en voortvarend opgroeit. Dit welbevinden heeft onder andere te maken met het welvaarts- en onderwijsniveau in Nederland en waarschijnlijk ook met een goed georganiseerde gezondheidszorg voor jeugdigen. In de meeste gevallen is die zorg toereikend, maar niet alles gaat goed en niet bij iedereen. Een bepaalde categorie kinderen wordt onvoldoende door zorg bereikt (kinderen van verslaafde ouders of van ouders met psychiatrische problematiek). Gezondheidsbedreigingen voor de jeugd nemen toe in omvang, maken deel uit van een complexere problematiek of worden door de zorgverlening niet altijd effectief gesignaleerd. Voorbeelden zijn: een ongezonde leefstijl, de medicalisering van het opgroeien, een omvangrijker hoeveelheid psychosociale problematiek en een toename van psychiatrische problemen. Daarnaast lijkt het brede veld van de jeugdzorg primair gericht op het opvangen van sociale en gedragsproblematiek, terwijl vaak ook medische aspecten een rol spelen. Met de overheveling in 2015 van alle jeugdzorg naar gemeenten is het belangrijk in het maatschappelijk debat daarover als medische beroepsgroep een stem te laten horen. Dat is mogelijk vanuit een gemeenschappelijk te ontwikkelen visie op versterking van de medische zorg aan jeugdigen. Deze visie leest u in dit rapport.

Project ‘Visie medische zorg aan jeugdigen’

Het Federatiebestuur van de KNMG heeft eind juni 2011 het **project ‘Visie medische zorg aan jeugdigen’** ingesteld. Doelstelling van dit project is antwoord te geven op de vraag: ‘Wat moeten artsen doen om voor de langere termijn adequate, samenhangende medische zorg aan jeugdigen te kunnen waarborgen?’

Stuurgroep

De medische zorg aan jeugdigen wordt primair verleend door huisartsen, jeugdartsen/artsen Maatschappij & Gezondheid profiel JGZ, kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters.

Er is een stuurgroep ingesteld, bestaande uit praktiserende artsen en bestuurlijke vertegenwoordigers van genoemde disciplines. Tevens zijn een kenniscentrum (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid) en een ouderorganisatie (Ouders aan Zet) bij dit traject betrokken.

Werkwijze

Allereerst heeft de stuurgroep kritisch naar het functioneren van de medische beroepsgroep gekeken en vanuit hun dagelijkse praktijk aangegeven welke knelpunten zij ervaren in de huidige medische zorg aan jeugdigen. Vervolgens heeft de stuurgroep haar visie geformuleerd. Aan de hand van verbetervoorstellen geeft de stuurgroep concreet aan hoe de medische zorg aan jeugdigen verbeterd kan worden. Tot slot zijn ten behoeve van de implementatie op verschillende niveaus verantwoordelijke instanties aangewezen.

Gesignaleerde knelpunten

De door de stuurgroep **gesignaleerde knelpunten** binnen de huidige medische zorg aan jeugdigen zijn:

- 1 Onvoldoende communicatie en overdracht.
- 2 Onvoldoende signalering en preventie.
- 3 Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen.
- 4 Niet altijd de juiste zorg voor het probleem.
- 5 Onvoldoende kennis en vaardigheden.
- 6 De doelgroep wordt niet bereikt.

Visie en zorginhoudelijke eisen

Om richting te geven aan gewenste verbeteringen heeft de stuurgroep de volgende visie geformuleerd:

Een jeugdige die met een mogelijk probleem een arts bezoekt, wordt zonder uitstel en zonder omwegen door de aangewezen medische professional(s) op de juiste wijze en (indien nodig) naar de juiste plek geholpen, bij voorkeur in onderlinge samenwerking. Medische professionals zijn daarbij alert zowel op medische als niet-medische vragen/klachten van de jeugdige en zijn ouders/verzorgers en betrekken daarbij nadrukkelijk hun mogelijkheden en beperkingen.

Deze visie veronderstelt dat aan de volgende **zorginhoudelijke eisen** tegemoet wordt gekomen ten aanzien van de medische zorg aan een jeugdige:

- 1 Artsen hebben voldoende kennis en vaardigheden en kennen ook de mogelijkheden en beperkingen van artsen van andere specialismen die bij deze zorg betrokken zijn.
- 2 Iedere arts is alert op de aanwezigheid van risicofactoren, zoals een ongezonde leefstijl, bespreekt deze vroegtijdig met de jeugdige en ouders/verzorgers en geeft gerichte adviezen respectievelijk verwijst als dat nodig is naar de juiste arts of andere instantie, en controleert het verloop resp. de uitkomst.

- 3 Artsen zijn ieder voor zich èn gezamenlijk verantwoordelijk voor kwalitatief goede en samenhangende zorg, hetgeen ook betekent dat zij onderling afspraken maken over verwijzing, terugverwijzing, consultatie, berichtgeving/gegevensuitwisseling en verdeling van verantwoordelijkheden. Artsen laten zich daarbij niet belemmeren door schotten tussen instituten en financieringsstromen, noch door beperkingen die samenhangen met (het perspectief van) hun eigen discipline.
- 4 Artsen zorgen er (mede) voor dat jeugdigen en hun ouders/verzorgers te allen tijde toegang hebben tot voor hen relevante informatie en dat zinvolle interactie ‘op afstand’ ook mogelijk is.
- 5 Artsen voorkómen waar mogelijk medicalisering en medische over- en onderbehandeling en zien erop toe dat gepaste zorg, waar nodig dus ook niet-medische zorg, wordt verleend. Daartoe werken medische en niet-medische netwerken onderling met elkaar samen, zodat kinderen de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Inhoud verbetervoorstellen

Om in de zorginhoudelijke eisen te voorzien worden per onderstaand thema verschillende **verbetervoorstellen** gepresenteerd:

- 1 Kennis en vaardigheden van medische professionals vergroten.
- 2 Opsporing risicofactoren, signalering en preventie verbeteren.
- 3 Meer samenhang, samenwerking, uitwisseling en verantwoordelijkheidsverdeling.
- 4 Toegang tot informatie voor jeugdigen en hun verzorgers en interactie op afstand mogelijk maken.
- 5 Gepaste zorg en optimaal medicatiebeleid bevorderen.

Verantwoordelijke instanties

Tot slot zijn ten behoeve van de implementatie op verschillende niveaus verantwoordelijke instanties aangewezen.

Vervolg

De KNMG is zich ervan bewust dat dit visierapport een eerste stap is op weg naar verbetering van de medische zorg aan jeugdigen. Veel zal afhangen van het vervolgtraject. Daarom neemt de KNMG het initiatief om, samen met de betrokken beroepsverenigingen, een implementatieadvies te schrijven. Daarin zal aangegeven worden wat van welke organisatie verwacht wordt en zullen prioriteiten aangegeven worden. Ook zal er aandacht zijn voor de aansluiting met het bredere veld van jeugdzorg.

1 / Inleiding

Aanleiding

Het merendeel van de Nederlandse jongeren is (zeer) tevreden over hun leven en gezondheid, zo blijkt uit recente studies (zie hoofdstuk 2). Veel jongeren maken dan ook weinig gebruik van zorg. Wat heeft de KNMG dan toch bewogen om een visie op de medische zorg aan jeugdigen te ontwikkelen? Omdat zich bij een minderheid van de jeugd problemen voordoen, die:

- ▶ òf op termijn bij veel meer kinderen een rol kunnen gaan spelen (obesitas, druggebruik);
- ▶ òf veel onrust in de directe omgeving veroorzaken (gedrags- en psychische problemen);
- ▶ òf multifactorieel en daarmee complex zijn (combinatie van sociale en psychische en medische problematiek).

De jeugdzorg in brede zin is, of lijkt, primair gericht op het opvangen van sociale en gedragsproblematiek, meestal tegen de achtergrond van het gezin. Uit geruchtmakende incidenten weten we dat er daarbij soms veel hulpverleners met een gezin bezig zijn zonder dat dat het gewenste effect heeft. De coördinatie van de hulp was in die gevallen steeds afwezig of zwak. Het is de KNMG, in het voortraject naar deze visie, opgevallen dat de **medische** zorg aan jeugdigen een ondergeschikte rol speelt in het veld van de jeugdzorg, en dat ook bij de medische zorg de samenwerking en coördinatie vaak zwak of afwezig zijn. En dat terwijl vaak medische aspecten – somatische, psychiatrische of beide – een rol spelen in meer complexe problemen bij jeugdigen. Daarom hebben de federatiepartners de KNMG verzocht, een traject in te gaan dat resulteert in een samenhangende visie op de medische zorg aan jeugdigen, vergelijkbaar met het standpunt dat de KNMG in 2010 over de medische ouderenzorg heeft uitgebracht.

Vooronderzoek

In vervolg op dit bestuursbesluit heeft de KNMG onderzoek laten verrichten waarmee de problemen in en de mogelijkheden voor de medische zorg aan jeugdigen in kaart zijn gebracht (Rapport 'Die jeugd van tegenwoordig', december 2010). Eén van de conclusies uit dit rapport is dat artsen zich nadrukkelijker moeten laten horen in het maatschappelijke debat over de zorg aan jeugdigen, vanuit een te ontwikkelen visie op de medische zorg aan jeugdigen als een van de kernelementen van de totale jeugdzorg. Dit

rapport was voor de KNMG aanleiding om in april 2011 een invitational conference te organiseren over de vraag, wat de knelpunten in de medische zorg aan jeugdigen zijn. En hoe een samenhangende en goede medische zorg aan jeugdigen er uit zou moeten zien en gerealiseerd kan worden.

Gesignaleerde aandachtspunten in de medische zorg aan jeugdigen tijdens de gehouden Invitational Conference op 19 april 2011:

- ▶ *Een sterk toenemend aantal jeugdigen beweegt te weinig en eet ongezond, met op termijn.*
- ▶ *Een grotere kans op (chronische) ziekte.*
- ▶ *Opgroeien gaat gepaard met gedragsveranderingen en –problemen, die in toenemende mate gemedicaliseerd worden via psychiatrische diagnoses.*
- ▶ *Overmatig drug- en alcoholgebruik onder jeugdigen nemen toe.*
- ▶ *Artsen die zorg aan jeugdigen verlenen werken onvoldoende samen resp. dragen onvoldoende over aan collega's in andere echelons, met name bij meer complexe problematiek.*
- ▶ *Belangrijke gezondheidsproblemen worden vaak niet tijdig gesignaleerd.*
- ▶ *Er is onvoldoende samenwerking en verwijzing tussen medische en niet-medische professionals rond jeugdige en het gezin.*
- ▶ *De jeugdige wordt niet voldoende bereikt door de huidige op preventie gerichte zorg met alle gezondheidsrisico's op termijn tot gevolg.*

Project 'Visie medische zorg aan jeugdigen'

Op basis van de uitkomsten van de gehouden invitational conference heeft het Federatiebestuur van de KNMG eind juni 2011 het **project 'Visie medische zorg aan jeugdigen'** ingesteld. Doelstelling van het project was om antwoord te geven op de vraag, wat artsen moeten doen om voor de langere termijn adequate, samenhangende medische zorg aan jeugdigen te kunnen waarborgen.

Stuurgroep

Er is een stuurgroep ingesteld bestaande uit praktiserende artsen en bestuurlijke vertegenwoordigers uit de betrokken beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, onder leiding van een onafhankelijke voorzitter (zie bijlage 2). Het kenniscentrum Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en een ouderorganisatie (Ouders aan Zet) zijn ook bij dit traject betrokken. Het bureau van de KNMG heeft de stuurgroep ondersteund.

Natraject

Na formulering van het conceptadvies door de stuurgroep kregen relevante partijen en organisaties uit het veld de gelegenheid tijdens een invitationale meeting te reageren op onduidelijkheden c.q. omissies in het rapport. Naar aanleiding daarvan is het advies bijgesteld en is vervolgens vastgesteld door het Federatiebestuur van de KNMG.

Uitgangspunten

Bij de visieontwikkeling zijn, conform de besluitvorming van het KNMG-bestuur, de volgende uitgangspunten gehanteerd. De populatie waar de visie betrekking op heeft zijn, conform de Wet Publieke Gezondheid, jeugdigen van 0 tot 19 jaar. De inhoud en kwaliteit van het medisch handelen zijn leidend binnen de geldende professionele en juridische kaders. Voorbeelden van juridische kaders zijn de KNMG Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie, richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, hoofdregels met betrekking tot toestemming voor behandeling van minderjarige kinderen. De medische zorg wordt in samenhang en onderlinge afstemming verleend, waar dat aangewezen is. De juiste zorg moet op de juiste plek worden verleend, en medicalisering, onder- en overbehandeling moeten vermeden worden. Medische professionals dienen oog te hebben voor de psychische en sociale aspecten van problemen en klachten van jeugdigen. Waar dat aangewezen is, zal daarom ook de taakafbakening en samenwerking met niet-medische professionals in de jeugdzorg en/of in de omgeving van het kind beschreven worden. Noodzakelijke en haalbare randvoorwaarden voor optimale medische zorg worden benoemd. Kindermishandeling en huiselijk geweld maken deel uit van een integrale visie op de zorg aan jeugdigen, maar daar wordt in dit stuk niet verder op ingegaan; separaat bestaat immers de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld met bijbehorende stappenplannen. Ook wordt niet separaat ingegaan op de specifieke situatie van jonggehandicapten of de aansluiting van jeugdigen op andere sectoren zoals de arbeidsmarkt. Voor nu ligt de prioriteit bij de algemene medische zorg aan jeugdigen en de jeugdzorg. In een later stadium wordt nagegaan of de visie aangevuld dient te worden met andere sectoren en/of specifieke doelgroepen. Voor kinderen jonger dan 0 jaar wordt verwezen naar het College Perinatale Zorg.

Werk van andere partijen

De stuurgroep heeft dankbaar gebruik gemaakt van rapporten en werkzaamheden van andere partijen op het gebied van de medische zorg aan jeugdigen. Wij noemen onder meer het Standpunt Huisartsenzorg en jeugd (NHG 2008/2011); de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, (NHG/LHV 2012), de Handreiking Samenwerking Huisarts – Jeugdgezondheidszorg (AJN/LHV/NHG 2008) en Samenwerking en gegevensoverdracht tussen het ziekenhuis en de jeugdgezondheidszorg (NCJ, 2012). Ook hebben wij geput uit een aantal good practices uit verschillende domeinen van de medische zorg aan jeugdigen. Deze zijn opgenomen in bijlage 3 van het rapport.

2 Aanbieders medische zorg aan jeugdigen

Inleiding

Medische zorg aan jeugdigen is zorg aan jeugdigen van 0 tot 19 jaar verleend door of onder verantwoordelijkheid van artsen. Deze zorg wordt primair verleend door huisartsen, jeugdartsen/artsen Maatschappij & Gezondheid profiel JGZ¹, kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters. Specialisten zoals kinderchirurgen, KNO-artsen, kinderoorlogen, kinderrevalidatieartsen e.d. kunnen als consultant of medebehandelaar ingeroepen worden, maar zijn niet de primaire medische professionals in de zorg aan jeugdigen. Hieronder volgt een samenvatting van de zorg die de primair betrokken artsen leveren aan jeugdigen.

Huisartsen

De huisarts is de poortwachter voor de curatieve gezondheidszorg en verzorgt over het algemeen de eerste opvang, diagnostiek, behandeling en begeleiding van mensen met gezondheidsproblemen, en waar nodig verwijzing naar de tweede lijn of andere professionals. Gewoonlijk is de huisarts de spil van een samenwerkingsverband, waar ook andere huisartsen, praktijkassistenten, praktijkondersteuners, en soms ook andere paramedische professionals werken. Er zijn in Nederland ruim 10.500 huisartsen werkzaam. De huisarts heeft als gezinsarts te maken met kinderen en hun (groot)ouders.² Een derde van het totaal aantal patiëntencontacten van de huisarts bestaat uit contacten met kinderen. Driekwart van alle kinderen gaat minstens één keer per jaar naar de huisarts. In 5% van de contacten vindt verwijzing naar de tweedelijnsgezondheidszorg plaats, met name naar keel, neus- en oorheelkunde, kindergeneeskunde en oogheelkunde. De grootste zorgvraag van kinderen aan de huisarts betreft lichamelijke klachten. In de leeftijd tot 12 jaar staan infectieziekten, eczeem en astma in de top-5 van de meest gepresenteerde klachten. In deze leeftijdsgroep vormen deze klachten bijna de helft van de consulten. Pubers en adolescenten hebben minder contact met de huisarts, maar hebben eigen

¹ De titel jeugdarts wordt gebruikt voor de jeugdarts (KNMG) en voor artsen Maatschappij & Gezondheid profiel jeugdgezondheidszorg. In de tekst wordt met jeugdarts beiden bedoeld.

² Standpunt Huisartsenzorg en jeugd, NHG 2008, NHG 2011/Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, NHG/LHV 2012.

redenen om de huisarts te bezoeken. Naast vragen over anticonceptie, SOA's en acne worden relatief vaak klachten van moeheid en malaise gepresenteerd. Deze leeftijdsgroep kent het hoogste percentage verwijzingen voor psychosociale hulp. Het beleid bij de meest voorkomende klachten is over het algemeen goed onderbouwd in verschillende (multidisciplinaire) standaarden.

Een uitdaging vormen kinderen met klachten als hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheid, die grote invloed hebben op het schoolverzuim en het algemene welbevinden van het kind. Deze klachten leiden tot veel medicatievoorschriften en verwijzingen naar eerste- en tweedelijnszorgverleners. Steeds vaker wordt de huisarts geconfronteerd met gedrags- en opvoedingsproblemen bij kinderen met aandoeningen als ADHD en PDD-NOS, waarbij diagnosestelling en behandeling vaak door verschillende zorgverleners worden uitgevoerd. Hierbij is nauwelijks sprake van afstemming van beleid tussen de verschillende hulpverleners.

Jeugdartsen

De jeugdarts heeft brede sociaal-geneeskundige kennis en vaardigheden, op het gebied van het opgroeiende kind. De jeugdarts is als specialist in staat om de individuele en collectieve gezondheid van de opgroeiende jeugd, in relatie tot de leefomgeving, te onderzoeken, te interpreteren en te bevorderen. De jeugdarts voert samen met de jeugdverpleegkundige het jeugdgezondheidszorgprogramma uit.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt actief, systematisch en gratis door 1200 jeugdartsen aangeboden aan 4 miljoen kinderen tussen de 0 en 19 jaar (24% van de totale bevolking).

Dit vindt op 13 vaste contactmomenten plaats van het 0^e tot het 4^e jaar; daarna vindt in groep 2 en 7 van de basisschool en klas 2 van het voortgezet onderwijs nog een algemene screening plaats. Er komt nog een contactmoment bij in klas 4 van het voortgezet onderwijs. JGZ is screenende/preventieve gezondheidszorg gericht op de groei en ontwikkeling van het kind en diens omgeving, ter voorkoming en vroegtijdige opsporing van gezondheidsbedreigingen. De jeugdarts volgt daartoe de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en geeft voorlichting aan ouders en kinderen over een gezonde ontwikkeling op al deze gebieden. Daarnaast signaleert de jeugdarts (dreigende) stoornissen en zorgt zo nodig voor adequate verwijzing, over het algemeen naar de huisarts.

De activiteiten van de jeugdarts worden aangeboden door een GGD, een thuiszorgorganisatie of een zelfstandige organisatie voor jeugdgezondheidszorg. Jeugdartsen werken ook bij Bureaus Jeugd zorg en Medische Kinderdagverblijven en in de Jeugd-GGZ. Het aanbod is wettelijk vastgelegd in het Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Dat pakket bestaat uit een uniform deel dat overal in Nederland moet worden aangeboden en een maatwerkdeel waarin iedere gemeente het aanbod kan aanpassen aan de lokale situatie. In het pakket zijn 38 interventies opgenomen, zoals: vaccinaties, screeningsprogramma's (onder andere op hartafwijkingen, heupdysplasie, gehoorstoornissen, gezichtsvermogen) en adviezen ter preventie van overgewicht, wiegendood, veiligheid, zindelijkheid, etcetera. Daarnaast signaleren jeugdartsen gezondheidsbedreigingen in het eerste en tweede milieu. Ze hebben een rol in samenwerkingsvormen, netwerken en maken afspraken over zorgcoördinatie.

Het Basistakenpakket is onlangs, in opdracht van de staatssecretaris, geëvalueerd door Commissie De Winter. In het adviesrapport 'Een stevig fundament' behoudt de JGZ een belangrijke positie in het veld van de zorg voor de jeugd, zowel op individueel als collectief niveau.

Kinderartsen

De setting waarin een kinderarts werkt, varieert van academische en algemene ziekenhuizen (waar praktisch altijd kindergeneeskunde aanwezig is) tot extramurale settings zoals een Medisch Kinderdagverblijf, Medisch Kindertehuis, en daarnaast GGZ-instellingen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). In totaal werken er 1200 kinderartsen. Vijftig procent daarvan heeft een subspecialisatie gedaan, zoals kinderlongarts, kinderarts MDL, kinderendocrinoloog, neonatoloog, kinderreumatoloog, kinderarts metabole ziekten, kinderarts sociale pediatrie, e.a.

Kinderen worden naar de kinderarts verwezen door de huisarts of een andere specialist.

De kinderarts voert met name tweedelijnsdiagnostiek en curatieve zorg uit, en de begeleiding die daarbij nodig is. Belangrijk zijn diagnostiek en behandeling van luchtweg- en maagdarmproblemen, afwijkingen in de groei, obesitas, urinewegproblemen, stofwisselingsstoornissen en complexe medische problemen. Daarbij wordt samengewerkt met andere bij de behandeling betrokken artsen en met andere professionals.

Kinder- en jeugdpsychiaters

De taak van de kinder- en jeugdpsychiater omvat het brede scala van indicatiestelling, onderzoek, diagnostiek en behandeling tot nazorg, van kinderen met ernstige psychische en psychiatrische problemen die zijn doorverwezen. Vaak gaat het om meer complexe psychiatrische problematiek, gecompliceerd door problemen in de context van het kind. De 450 kinder- en jeugdpsychiaters werken gewoonlijk in een GGZ-instelling dan wel een academisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling verbonden aan een algemeen ziekenhuis (PAAZ). Hij/zij levert een bijdrage aan de vertaalslag van bestaande zorgprogramma's voor volwassenen naar zorgprogramma's en zorgpaden voor jeugdigen. De kinder- en jeugdpsychiater werken samen met volwassenenpsychiaters – met name in geval van gezinsproblematiek – en met andere bij de behandeling van het kind betrokken artsen en andere professionals. Aangezien psychiatrische problemen over de tijd de neiging hebben te blijven bestaan, is een goede overdracht naar volwassenenpsychiatrie een belangrijk aandachtspunt.

3/ De Nederlandse jeugd

Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een algemene schets van de gezondheid en het welbevinden van de Nederlandse jeugd. Vervolgens worden enkele relevante maatschappelijke ontwikkelingen beschreven die de opvattingen over opgroeien en opvoeden hebben beïnvloed en die daarmee ook de hulpvraag en de zorgverlening mede hebben gestuurd. Tenslotte komen enkele belangrijke gezondheidsbedreigingen onder de jeugd aan de orde, die als uitdagingen voor de zorgverlening aangemerkt kunnen worden.

Gezondheidsschets Nederlandse jeugd

In Nederland leven in 2011 bijna 4 miljoen kinderen en jeugdigen tot 20 jaar.³

Uit onderzoek blijkt dat het in het algemeen goed gaat met de jeugd in Nederland. Jongeren in de leeftijd van 11 tot en met 16 jaar geven aan hun leven gemiddeld een 7,7 als rapportcijfer. Meer dan 80% van de scholieren vindt hun eigen gezondheid goed tot uitstekend.⁴ Deze onderzoeksgegevens zijn in lijn met die van de Tweede Nationale Studie waarin ruim 96% van de kinderen en jongeren onder de 18 jaar aangaf hun eigen gezondheid als goed of heel goed te ervaren.⁵ Een internationaal Unicef-onderzoek geeft zelfs aan dat Nederlandse kinderen op basis van zes indicatoren, waaronder gezondheid en veiligheid, het hoogst scoren in vergelijking met de 21 rijkste landen in de wereld.⁶

Het is een fenomeen van alle tijden dat men zich zorgen maakt over de gezondheid, de opvoeding en het opgroeien van jeugdigen. Elke tijd brengt eigen gezondheidsbedreigingen en -risico's met zich mee. De huidige tijd vormt daarop geen uitzondering. De toename van de verschillen in sociaal-economische status als gevolg van de economische crisis brengt bijvoorbeeld voor jeugdigen extra gezondheidsrisico's met zich mee. In

3 Nationale Atlas Volksgezondheid, december 2011.

4 Van Dorsselaer S v, Zeijl E., Van de Eeckhout S, Ter Bogt T, Vollebergh W. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbosinstituut, 2007.

5 Van der Linden MW et al. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Het kind in de huisartsenpraktijk. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde/NIVEL, 2005.

6 Unicef. Child poverty in perspective: an overview of child well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Unicef, 2007.

2011 leefden 359.000 minderjarige kinderen in een huishouden met een inkomen onder de lage-inkomensgrens: dat zijn er 57.000 meer dan in 2010. Terwijl minderjarigen een vijfde van de bevolking uitmaken, is een op de drie armen jonger dan 18 jaar.⁷

Daarnaast komt in kranten en op de TV regelmatig een beeld naar voren dat de hedendaagse jeugd zich in een zorgwekkende toestand bevindt. Voorbeelden: '16-plussers blijven 'onrustbarend veel' drinken' (Trouw, 28 juni 2012) en 'Kinderen zijn steeds jonger te dik' (Parool, 16 januari 2012).

Toch groeit het grootste deel van onze jeugd redelijk gezond, gelukkig en voortvarend op. Dit welbevinden heeft onder andere te maken met het welvaarts- en onderwijsniveau in Nederland en waarschijnlijk ook met een goed georganiseerde gezondheidszorg voor het Nederlandse kind, waarin jeugdarts, huisarts, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater kwalitatief goede zorg verlenen. Goede en in de meeste gevallen toereikende zorg, maar niet alles gaat goed en niet bij iedereen.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Een aantal maatschappelijke ontwikkelingen heeft de opvattingen over het opvoeden en opgroeien van jeugdigen beïnvloed en is daarmee een medebepalende factor geworden voor zowel het hulpzoekgedrag van jeugdigen en hun verzorgers, als de zorgverlening en de organisatie van de zorgverlening. Enkele belangrijke ontwikkelingen worden hieronder beschreven.

Afname jeugdtolerantieniveau

De samenleving kan nog maar weinig hebben van de jeugd. Gedrag dat vroeger werd geaccepteerd als gedrag dat hoorde bij het jong zijn, wordt nu vaak gezien als (maatschappelijke) overlast.

Driftbuien van een peuter leiden niet meer tot begrip, maar tot ongerustheid of verwijten. Lastig zijn hoort al eeuwen bij de jeugd en is een pedagogische opdracht. Het niveau van 'lastigheid' van de jeugd dat we nog willen tolereren, is sterk gedaald, terwijl mogelijk de lastigheidsgraad is toegenomen doordat kinderlijke agressie door de veranderde leefstijl (internet, tv, gebrek aan lichaamsbeweging) veel minder kan worden uitgeleefd.⁸

7 Armoedesignalement 2012. Centraal Bureau voor de Statistiek/Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

8 Het opvoeden verleerd, Jo Hermanns, Amsterdam 2009.

Hoge eisen aan de opvoeding en de zorg

Opvoeders stellen hoge eisen aan zichzelf, aan hun kinderen, maar ook aan de zorg die ze willen voor hun kinderen. In een toenemend aantal gevallen leidt dat ertoe, dat ouders hulp eisen van de professionele zorg respectievelijk direct op de gespecialiseerde tweedelijnszorg afstappen. Een gevolg daarvan is vaak dat teveel en/of niet de juiste zorg wordt ingeroepen en verleend. Tussen 2005 en 2010 is het aantal kinderen dat jaarlijks een indicatie krijgt voor gespecialiseerde jeugdzorg bijna verdubbeld: van 43.593 in 2005 naar 84.542 in 2010.⁹

Incidentpolitiek

Dat een bepaalde categorie kinderen onvoldoende begeleid wordt door de medische c.q. niet-medische zorg, is onder andere gebleken uit een aantal zeer ernstige incidenten (meisje van Nulde in 2001 en Savanna in 2004), die tot veel maatschappelijke beroering hebben geleid. Om te trachten dergelijke incidenten te voorkomen, nemen samenleving en politiek hun toevlucht tot het opstellen van nog meer formele regels en het uitvoeren van controle, wat relatief gezien veel geld kost. De nadruk ligt daarbij op verantwoording en indekking tegen (zeldzame) risico's. Hiermee worden incidenten tot 'norm' verheven, terwijl de overgrote meerderheid van de jeugd met problemen nooit in dit soort extreme situaties terecht zal komen. Deze aanpak leidt tot defensief gedrag van zorgverleners, wat het vinden van de beste oplossing voor kinderen en gezinnen in de weg kan staan en ten koste kan gaan van de kwaliteit van de feitelijke zorgverlening. Tevens gaat deze aanpak ten koste van de financiering van meer structurele, laagdrempelige oplossingen voor andere categorieën kinderen.

Belangrijke gezondheidsbedreigingen voor de jeugd

Enkele serieuze gezondheidsbedreigingen voor de jeugd worden hier expliciet genoemd. Zij zijn met name van belang voor deze visie vanwege hun toenemende omvang, de relatieve onmacht van de zorgverlening om effectief te signaleren en in te grijpen, en het feit dat zij vaak deel uitmaken van een meer complexe problematiek met somatische, psychische en sociale componenten.

⁹ Rapport kinderen in tel 2012, Verwey-Jonker Instituut.

Ongezonde leefstijl

Een groeiend deel van de jeugd heeft een ongezonde leefstijl: veel kinderen zitten te lang achter een beeldscherm, bewegen te weinig, eten te veel en te ongezond, roken, drinken te veel alcohol en/of gebruiken veel drugs op jonge leeftijd.

Er is een toename van overgewicht en ziektes als obesitas (ernstig overgewicht) en diabetes. In 2011 hadden 606 duizend (= 15%) kinderen en jongeren tussen de 2 en 25 jaar last van overgewicht. Bij 12 procent van de jongeren gaat het om matig overgewicht en bij ruim 3 procent om obesitas.¹⁰

Jaarlijks worden 2300 jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling naar aanleiding van een acute alcoholvergiftiging ('comazuipen'). Veertig procent daarvan wordt na SEH-behandeling in het ziekenhuis opgenomen.¹¹

Medicalisering van het opgroeien

Er is een neiging ontstaan om problemen in het opgroeien en de opvoeding te medicaliseren.

Voorbeelden waarbij dit fenomeen is gesignaleerd zijn gedragsproblemen, die in een flink aantal gevallen worden gediagnosticeerd met etiketten als ADHD, autisme-spectrum stoornissen (ASS), hypersensitiviteit etcetera. Het zijn medische problemen geworden, die met medische middelen (meestal pillen) bestreden worden.

Artsen worden ook gevraagd om medische indicaties te verstrekken voor niet strikt medische problemen, teneinde zorg of hulp te kunnen declareren.

Verschuiving in aard en omvang van de problematiek

Er is een verschuiving in de aard en omvang van de problematiek van de jeugd opgetreden. Factoren als veranderde leefstijl, betere signalering van problemen, toename van het aantal gescheiden ouders etcetera kunnen daarbij een rol spelen. Er is sprake van een omvangrijker hoeveelheid psychosociale problematiek en een toename van psychiatrische problemen (waarvan ADHD en autisme-spectrum stoornissen slechts een beperkt deel uitmaken) vergeleken met een decennium geleden. Van jongeren van 13 t/m 17 jaar voldoet 22% aan de criteria voor een psychiatrische stoornis:

¹⁰ Jeugdmonitor leefstijl 2011, Centraal Bureau voor de Statistiek.

¹¹ Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol bij jongeren van 10 t/m 24 jaar, Stichting Consument en Veiligheid, maart 2012.

angst-, stemmings- en gedragsstoornissen.¹² Lang niet al deze jeugdigen krijgen de hulp die ze op grond van het probleem mogelijk nodig hebben. In 2010 zijn 128 jongeren in de leeftijd van 10 t/m 25 jaar door zelfdoding overleden en in 2011 127 jongeren. In vergelijking met veertig jaar geleden overlijden nu meer jongeren door zelfdoding. In 1969 ging het om 76 jongeren.¹³ Daarnaast zijn huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik veel in het nieuws. Binnen problematische gezinnen is vaak sprake van ‘multiproblematiek’ met sociale, psychische en somatische componenten en geregeld ook geweld.

¹² Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, 2010.

¹³ Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.

4 / Problemen in de medische zorg aan jeugdigen

Inleiding

De keten medische zorg aan jeugdigen bevat op dit moment een aantal zwakke schakels, waardoor deze niet optimaal functioneert. Het is voor artsen bijvoorbeeld moeilijk de veel te dikke, niet-bewegende 13-jarige puber, die alleen maar achter de computer zit, te bereiken en vervolgens succesvol te interveniëren. Als er niets gebeurt, bestaat op termijn een risico op het ontstaan van ernstige aandoeningen, die wellicht voorkomen hadden kunnen worden. Hieronder worden de knelpunten in de medische zorg aan jeugdigen weergegeven, waarbij opgemerkt wordt dat de knelpunten de ongunstigste situaties beschrijven en dat gunstige uitzonderingen, waarvan er gelukkig vele zijn, buiten beschouwing worden gelaten.

De knelpunten op een rij

1 Onvoldoende communicatie en overdracht

Verwijzing, terugverwijzing, consultatie en gegevensuitwisseling vinden niet adequaat plaats en zijn onvoldoende geborgd. Het ontbreekt aan adequate communicatie en bewustzijn van de noodzaak tot samenwerking. Artsen maken onvoldoende gebruik van elkaars expertise. Het diagnostische 'voorwerk' gaat vaak verloren, waardoor diagnostiek opnieuw plaatsvindt. Niemand overziet het geheel; de verantwoordelijkheden voor de verschillende aspecten van de zorg worden vaak niet expliciet belegd en aan elkaar en aan de patiënt of zijn verzorgers gecommuniceerd.

Enkele voorbeelden:

- ▶ Een jeugdarts kan de eigen taken niet altijd optimaal uitvoeren, omdat er geen of onvoldoende zicht is op wat er na een doorverwijzing met het kind gebeurt. De jeugdarts is niet standaard opgenomen in de informatie-uitwisseling tussen artsen rond het kind.
- ▶ Bij chronisch zieke kinderen die na behandeling door de kinderarts weer naar huis gaan, vindt door de kinderarts vaak onvoldoende overdracht aan de huisarts plaats van (door de huisarts uit te voeren) specifieke controles bijvoorbeeld van medicatie.

- ▶ Er bestaat vaak geen directe lijn tussen huisartsen en jeugdartsen. Huisartsen vragen bij jeugdartsen geen informatie op over bijvoorbeeld groeicurves, motorische en psychosociale ontwikkeling. Jeugdartsen vragen bij huisartsen geen achtergrondinformatie over het gezin op.
- ▶ Ook tussen kinderartsen en jeugdartsen bestaat geen directe wederzijdse terugkoppeling van gegevens.
- ▶ Voor ouders en kinderen is het vaak onduidelijk tot welke medicus ze zich moeten richten met hun vragen; het gevolg is dat zij gaan 'shoppen'.
- ▶ Het is niet altijd duidelijk wat er gebeurt na verwijzing naar de jeugd-GGZ. Het berichtenverkeer tussen de jeugd-GGZ en de eerste lijn verloopt niet soepel.
- ▶ De transitie en de overdracht van de zorg voor adolescenten naar volwassenzorg moet beter begeleid worden. Ook geldt dit voor de overgang van school naar werk en daarna die van de jeugdgezondheidszorg naar arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg.

2 Onvoldoende signalering en preventie

Binnen de medische zorg aan jeugdigen functioneert de vroege signalering en preventie door artsen, bijvoorbeeld ten aanzien van ongezonde leefstijl, obesitas, alcoholgebruik en psychische problematiek etcetera niet goed en is de coördinatie ervan onvoldoende. Men maakt onvoldoende gebruik van elkaars deskundigheden en mogelijkheden. Jeugdartsen en GGD-en doen bijvoorbeeld onderzoek naar de gezondheid op populatieniveau onder jeugdigen. Andere medische disciplines (huisartsen, kinderartsen) zouden meer van deze onderzoeksresultaten gebruik moeten maken. De wederzijdse terugkoppeling tussen populatiebevindingen of bevindingen onder hoog risicogroepen (jeugdarts) en bevindingen op individueel of praktijkniveau (huisarts, kinderarts, psychiater) vindt onvoldoende plaats, waardoor ook de perceptie ontbreekt dat samenwerking en gecoördineerde interventies noodzakelijk zijn.

3 Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen

Met betrekking tot de doorverwijzing en opvang van psychische en psychiatrische problematiek zijn, meer dan bij somatische problematiek, de volgende problemen gesignaleerd:

- ▶ Huisartsen ervaren bij doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ vaak lange wachttijden.
- ▶ Het ontbreekt aan een laagdrempelig GGZ-aanbod dichtbij de huisarts.

- ▶ Het ontbreekt huisartsen en jeugdartsen aan de mogelijkheid de jeugd-GGZ eenmalig om een consult te vragen, mede omdat zorgverzekeraars alleen willen betalen voor diagnostiek inclusief behandeling in het kader van een Diagnose Behandel Combinatie.
- ▶ Mede daardoor houden kinder- en jeugdpsychiaters de kinderen vaak te lang onder behandeling.
- ▶ De geestelijke gezondheidszorg is versnipperd en speelt zich voor een deel buiten de medische zorg af (bijvoorbeeld zorg verleend door maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen).
- ▶ Er is onvoldoende afstemming c.q. samenwerking tussen enerzijds Jeugd- en anderzijds Volwassenen-GGZ. Door onder andere de privacywetgeving of een onjuiste interpretatie daarvan, is er onvoldoende overleg over kinderen van cliënten die binnen de volwassenen-GGZ in behandeling zijn, waardoor deze kinderen niet de aandacht en ondersteuning krijgen die zij wellicht nodig hebben.
- ▶ Het ontbreekt artsen aan een adequaat antwoord op jongeren met gedragsproblemen.

4 Niet altijd de juiste zorg voor het probleem

Door bestaande schotten is er geen verbinding tussen de medische en niet-medische zorg aan jeugdigen. Er is onvoldoende communicatie en overleg tussen de verschillende partijen en vaak is de huisarts niet in beeld voor informatie en/of consultatie. Hierdoor wordt niet altijd de juiste zorg aangeboden.

Tijdens het opgroeien, krijgt een jeugdige met veel verschillende mensen en organisaties op het gebied van zorg, welzijn en maatschappelijk leven te maken. Niet-medici (bijvoorbeeld leerkrachten, maatschappelijk werkers) kunnen in aanraking komen met klachten bij jeugdigen met een mogelijk medische achtergrond. Om tijdig de juiste zorg te kunnen inschakelen, moeten zij in staat zijn potentieel medische problematiek te signaleren en adequaat te verwijzen. Anderzijds is het wenselijk dat ook artsen breder dan alleen met een medische blik naar de problematiek van jeugdigen kijken. Medische problemen kunnen bijvoorbeeld gevolgen hebben voor het functioneren op school of werk en kunnen vaak niet los gezien worden van mogelijke opvoed-, opgroei- en welzijnsproblemen. Andersom geldt ook dat bij (multi)probleemgezinnen en opvoedkwesties het medische/psychiatrische aspect vaak buiten beeld blijft. Inzicht in het onderscheid en de mogelijke samenhang tussen opvoed-, opgroei-, welzijnsproblemen en medische problemen is van belang voor alle betrokkenen om de jeugdige de weg naar de juiste vorm van zorg te wijzen.

Een extra obstakel op deze weg wordt opgeworpen door de in 2015 in te voeren nieuwe Jeugdwet, waarmee gemeenten de verantwoordelijkheid krijgen voor alle zorg aan jeugdigen. Deze transitie gaat gepaard met een grote beleidsvrijheid voor gemeenten, waardoor er verschillen kunnen ontstaan in beleid en financiering van de jeugdzorg. De nieuwe wet brengt nieuwe schotten tot stand, met name tussen de somatische medische zorg enerzijds en de psychiatrische jeugdzorg anderzijds, ook als een kind op zijn achttiende over zal moeten gaan naar de volwassenenpsychiatrie. De afstemming tussen soorten medische zorg kan daardoor moeilijker worden en bovendien komt het recht op psychiatrische zorg voor jeugdigen op de tocht te staan (Zie Reactie KNMG op wetsvoorstel Jeugdwet dd. 16 oktober 2012).

5 Onvoldoende kennis en vaardigheden

Het is belangrijk dat klachten, ziekten en problemen bij kinderen goed worden gesignaleerd, doorverwezen, opgevangen en begeleid, en dat er goede samenhang en afstemming is in de zorg met name bij kinderen met meerdere ziekten of een combinatie van ziekte en andere problemen. Artsen hebben veelal een beeld van kinderen, dat gevoed wordt door hun eigen ervaringen en mede bepaald wordt door hun eigen positie in de zorg en het morbiditeitspatroon dat zij zien. Zij zien kinderen bijvoorbeeld als gezond, omdat er weinig kinderen bij hen op het spreekuur komen (kleine kwaaltjes daargelaten) of juist als probleemgevallen die nauwelijks te helpen zijn. Dergelijke beelden kunnen het zicht op het geheel beperken. Het gevolg is dat de problemen van kinderen soms niet goed of maar ten dele gesignaleerd worden, waardoor kinderen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben.

6 De doelgroep wordt niet bereikt

De jeugdgezondheidszorg heeft tot taak om preventieve gezondheidszorg, op vrijwillige basis, aan te bieden aan de gehele doelgroep. Zij heeft via frequente contactmomenten de groep 0- tot 4-jarigen goed in beeld. Voor het signaleren en definiëren van risicogroepen in de leeftijd 4 tot 19 jaar bestaan geen goede instrumenten. Voorbeelden van risicogroepen zijn onder andere andere kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblemen (KOPP- respectievelijk KVO-kinderen) en de groep 16 t/m 18 jarigen die moeilijk bereikt wordt. Tevens blijkt het voor deze en andere risicogroepen moeilijk een vervolg in te zetten, omdat zij adviezen niet opvolgen, geen hulp zoeken en ook anderszins moeilijk bereikbaar zijn. Dat probleem raakt

alle artsen die met de zorg aan jeugdigen te maken hebben. Met betrekking tot het bereiken van doelgroepen bestaan de volgende knelpunten:

- ▶ Het ontbreekt binnen de huidige structuur aan een passend aanbod van contacten, methodieken en instrumenten om binnen de groep 4-19 jarigen risicogroepen te signaleren en hen vervolgens (preventieve) gezondheidszorg aan te bieden.
- ▶ Goed inzicht ontbreekt in de instrumenten/methoden waarmee kinderen uit de verschillende doelgroepen resp. leeftijdscategorieën het beste bereikt kunnen worden met relevante informatie en vragen.
- ▶ Er bestaat onvoldoende kennis over technieken om ouders en jeugdigen te motiveren tot compliance en gezondheidsbevorderende actie.

5

Voorstellen voor verbeteringen in de medische zorg aan jeugdigen

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de visie en verbetervoorstellen ten aanzien van de medische zorg aan jeugdigen geformuleerd, op basis van de geschetste problematiek onder de jeugd (hoofdstuk 2) en de problemen en knelpunten die er bestaan in de medische zorg aan jeugdigen (hoofdstuk 3).

Visie

Om richting te geven aan de gewenste verbeteringen van de medische zorg aan jeugdigen is de volgende visie geformuleerd:

Een jeugdige die met een mogelijk probleem een arts bezoekt, wordt zonder uitstel en zonder omwegen door de aangewezen medische professional(s) op de juiste wijze en (indien nodig) naar de juiste plek geholpen, bij voorkeur in onderlinge samenwerking. Medische professionals zijn daarbij alert zowel op medische als niet-medische vragen/klachten van de jeugdige en zijn ouders/verzorgers en betrekken daarbij nadrukkelijk hun mogelijkheden en beperkingen.

Deze visie veronderstelt dat aan de volgende **zorginhoudelijke eisen** tegemoet wordt gekomen ten aanzien van de medische zorg aan een jeugdige:

- 1 Artsen hebben voldoende kennis en vaardigheden, en kennen ook de mogelijkheden en beperkingen van artsen van andere specialismen die bij deze zorg betrokken zijn.
- 2 Iedere arts is alert op de aanwezigheid van risicofactoren, zoals een ongezonde leefstijl, bespreekt deze vroegtijdig met de jeugdige en ouders/verzorgers en geeft gerichte adviezen resp. verwijst als dat nodig is naar de juiste arts of andere instantie, en controleert het verloop respectievelijk de uitkomst.
- 3 Artsen zijn ieder voor zich èn gezamenlijk verantwoordelijk voor kwalitatief goede en samenhangende zorg, hetgeen ook betekent dat zij onderling afspraken maken over verwijzing, terugverwijzing, consultatie, berichtgeving/gegevensuitwisseling en verdeling van verantwoordelijkheden. Artsen laten zich daarbij niet belemmeren door schotten tussen instituten en financieringsstromen, noch door beperkingen die samenhangen met (het perspectief van) hun eigen discipline.

4 Artsen zorgen er (mede) voor dat jeugdigen en hun ouders/verzorgers te allen tijde toegang hebben tot voor hen relevante informatie en dat zinvolle interactie ‘op afstand’ ook mogelijk is.

5 Artsen voorkómen waar mogelijk medicalisering en medische over- en onderbehandeling en zien erop toe dat gepaste zorg, waar nodig dus ook niet-medische zorg, wordt verleend. Daartoe werken medische en niet-medische netwerken onderling met elkaar samen, zodat kinderen de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Verbetervoorstellen

Om in deze zorginhoudelijke eisen te kunnen voorzien wordt hieronder een aantal **verbetervoorstellen** gepresenteerd. De afzonderlijke voorstellen kunnen een oplossing bieden voor meerdere van de in hoofdstuk 3 gesignaleerde knelpunten. Aan het eind van elk thema wordt schematisch per voorstel aangegeven welk(e) knelpunt(en) hiermee opgelost wordt(en). In bijlage 4 vindt u hiervan een totaaloverzicht. Tot slot wordt nog opgemerkt dat er overlap kan zitten tussen de voorgestelde verbetervoorstellen.

Ad 1 Kennis en vaardigheden

- ▶ De relevante mono- en multidisciplinaire richtlijnen vanuit de verschillende specialismen worden op elkaar afgestemd.
- ▶ De noodzaak van een zorgstandaard voor kinderen met complexe (medische èn andere) problematiek wordt verkend.
- ▶ Lokale interdisciplinaire scholing/intervisie voor artsen (en eventueel andere zorgverleners) die frequent samenwerken in de zorg aan jeugdigen dient gerealiseerd te worden.

Kennis en vaardigheden

Knelpunten >	Onvoldoende communicatie en overdracht	Onvoldoende signalering en preventie	Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen	Niet altijd juiste zorg voor het probleem	Onvoldoende kennis en vaardigheden	Doelgroep wordt niet bereikt
Oplossingen v						
Afstemming relevante richtlijnen	X			X	X	
Onderzoek zorgstandaard	X	X		X	X	
Interdisciplinaire scholing/intervisie	X	X	X	X	X	X

Ad 2 Risicofactoren, signalering en preventie

- ▶ De jeugdgezondheidszorg realiseert een passend aanbod van contacten, methodieken en instrumenten om risicokinderen binnen de groep 4-19 jarigen te signaleren, zodat zij de preventieve zorg krijgen die zij nodig hebben.
- ▶ Aan de hand van een aantal veel voorkomende aandoeningen (obesitas, depressie, gedrags- en andere psychische problemen, verslavingsproblematiek, etcetera) wordt concreet de signalerende en preventieve taken van de verschillende artsen en de bijbehorende competenties geformuleerd en worden artsen hierin bekwaamd.
- ▶ Er dient veel meer samenhang te komen tussen grootschalige preventieprogramma's, lokaal/regionaal populatieonderzoek, en signalering/preventie in de praktijk van de medische zorg. Hiermee ontstaat effectieve feedback tussen verschillende niveaus. (Organisaties van) GGD-en, jeugdartsen, huisartsen, kinderpsychiaters en kinderartsen zetten zich hiervoor in.
- ▶ Artsen dienen over de competentie te beschikken om niet-medische problematiek van jeugdigen te signaleren, zodat zij hen goed kunnen doorverwijzen.
- ▶ De jeugdarts maakt standaard deel uit van het zorg- en adviesteam (ZAT) op scholen en ouders dienen betrokken te worden bij kindbesprekingen in het ZAT.

Risicofactoren, signalering en preventie

Knelpunten >	Onvoldoende communicatie en overdracht	Onvoldoende signalering en preventie	Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen	Niet altijd juiste zorg voor het probleem	Onvoldoende kennis en vaardigheden	Doelgroep wordt niet bereikt
O oplossingen >						
Passend JGZ-aanbod 4-19 jarigen		X	X	X		X
Signalerende en preventieve taken veelvoorkomende aandoeningen	X	X	X	X	X	X
Samenhang preventieprogramma's	X	X				X
Competentie signalering niet-medische problematiek	X			X		
Jeugdarts in ZAT				X		
Ouders betrekken bij ZAT					X	

Ad 3 Samenhang, samenwerking, uitwisseling en verantwoordelijkheidsverdeling

- ▶ De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling wordt in lokale samenwerkingsrelaties en -verbanden geconcretiseerd in duidelijke afspraken.
- ▶ Uitgaande van de geldende juridische kaders (onder andere rond het beroepsgeheim zie bladzijde 5) voor medische professionals wordt een helder standpunt geformuleerd over de juridische voorwaarden met betrekking tot het uitwisselen van gegevens tussen huisarts, jeugdarts, kinderarts en kinder- en jeugdpsychiater en dat wordt ter kennis gebracht van de beroepsgroepen. Het elektronisch uitwisselen van patiëntgegevens wordt vergemakkelijkt.
- ▶ Uitgezocht wordt of, en zo ja op welke wijze, artsen gebruik kunnen maken van de (digitale) persoonlijke dossiers die ouders/verzorgers beheren.
- ▶ Gezorgd wordt voor simpele en snelle consultatiemogelijkheden, inclusief financiering daarvan, voor jeugdartsen en huisartsen bij kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters.
- ▶ Gezorgd wordt voor samenwerking en gegevensuitwisseling tussen kinder-/jeugdpsychiaters en volwassenenpsychiaters, zodat kinderen van ouders die in de volwassenenpsychiatrie in behandeling zijn, tijdig gemonitord worden en de zorg krijgen die zij nodig hebben.
- ▶ Waar dat niet bestaat wordt een laagdrempelig GGZ-aanbod in de eerste lijn ontwikkeld; daarvoor bestaan verschillende mogelijkheden (POH-GGZ bij de huisarts, aanbod vanuit Centra Jeugd en Gezin, eerstelijnspsychologen, orthopedagogen, etcetera).
- ▶ De jeugd-GGZ dient, ongeacht de financiering ervan, integraal deel te blijven uitmaken van de totale medische zorg aan jeugdigen, en het recht daarop dient gehandhaafd te blijven.
- ▶ Bij overgang van school naar werk moet de overdracht vanuit de medische zorg voor jeugdigen naar de bedrijfsgezondheidszorg goed geregeld worden.

Samenhang, samenwerking, uitwisseling, verantwoordelijkheidsverdeling

Knelpunten >	Onvoldoende communicatie en overdracht	Onvoldoende signalering en preventie	Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen	Niet altijd juiste zorg voor het probleem	Onvoldoende kennis en vaardigheden	Doelgroep wordt niet bereikt
Oplossingen >						
Implementatie Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling	X					
Juridisch standpunt m.b.t. uitwisseling van gegevens	X				X	
Onderzoek gebruik persoonlijke dossiers door artsen					X	
Consultatiemogelijkheden voor jeugd- en huisartsen		X	X			
Samenwerking en gegevensuitwisseling kinder-/ jeugdpsychiaters en volwassenenpsychiaters	X	X	X			
Ontwikkeling laagdrempelig GGZ-aanbod in 1 ^e lijn			X	X		
Jeugd-GGZ blijft onderdeel medische zorg aan jeugdigen						

Ad 4 Toegang tot informatie voor jeugdigen en hun verzorgers en interactie op afstand

- ▶ Waar mogelijk en wenselijk gaan artsen meer outreachend werken, respectievelijk daaraan bijdragen, teneinde de doelgroep effectiever te bereiken (zie bijlage 5).
- ▶ Daartoe maken artsen zinvolle medische informatie toegankelijk voor jeugdigen, hun ouders/verzorgers, en andere professionals die bij de zorg aan jeugdigen betrokken zijn (zie voorbeeld bijlage 6).
- ▶ Artsen worden toegerust om adequaat om te gaan met nieuwe vormen van digitale interactie met jeugdigen en hun opvoeders, en bieden deze toepassingen ook aan hun patiënten aan.

Toegang tot informatie voor jeugdigen en hun verzorgers

Knelpunten >	Onvoldoende communicatie en overdracht	Onvoldoende signalering en preventie	Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen	Niet altijd juiste zorg voor het probleem	Onvoldoende kennis en vaardigheden	Doelgroep wordt niet bereikt
Oplossingen >						
Outreachend werken		X				X
Toegankelijke medische informatie voor jeugdigen en hun verzorgers						X
Ontwikkeling nieuwe vormen digitale interactie						X

Ad 5 Gepaste zorg en optimaal medicatiebeleid bevorderen

- ▶ Niet-medische professionals rondom jeugdigen hebben oog voor medische problematiek, zodat zij de jeugdige en zijn verzorgers hierover informatie kunnen geven en zo nodig tijdig kunnen doorverwijzen naar een arts.
- ▶ Artsen reiken niet-medische professionals hiervoor de kennis aan.
- ▶ Binnen het brede terrein van jeugdzorg wordt aan de positie en taak van jeugdarts en huisarts explicieter aandacht gegeven, zodat standaard de medische invalshoek meegenomen kan worden en er daadwerkelijk sprake is van integrale zorgverlening.

- ▶ De toegangspoort tot alle jeugdzorg binnen een gemeente (bijvoorbeeld een Centrum voor Jeugd en Gezin) dient te beschikken over goede diagnostische kwaliteiten. Daartoe maakt de jeugdarts standaard deel uit van het team. Huisarts, kinderarts, kinder- en jeugdpsychiater en arts verstandelijk gehandicapten dienen op eenvoudige wijze op consultbasis geraadpleegd te kunnen worden.

Gepaste zorg en optimaal medicatiebeleid bevorderen

Knelpunten >	Onvoldoende communicatie en overdracht	Onvoldoende signalering en preventie	Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen	Niet altijd juiste zorg voor het probleem	Onvoldoende kennis en vaardigheden	Doelgroep wordt niet bereikt
Oplossingen v						
Scholing niet-medische professionals in signalering medische problematiek		X	X	X		X
Kennis t.b.v. niet-medische professionals					X	X
Bevorderen integrale zorgverlening door aandacht positie en taak jeugd- en huisarts		X	X	X		
Jeugdarts maakt standaard deel uit van toegangspoort tot alle jeugdzorg		X		X		

6/ Verantwoordelijken voor de verbetervoorstellen

Voor de uitvoering van de verbetervoorstellen uit hoofdstuk 4 zijn verantwoordelijke instanties op verschillende niveaus aan te wijzen. Deze instanties worden hieronder opgesomd met de activiteiten waarvoor zij in het kader van de verbetervoorstellen verantwoordelijk zijn.

Wetenschappelijke verenigingen

- ▶ Op elkaar afstemmen van relevante mono- en multidisciplinaire richtlijnen voor de medische zorg aan jeugdigen.
- ▶ Op elkaar afstemmen van takenpakketten van de verschillende artsen in de medische zorg aan jeugdigen.
- ▶ Onderzoek uitvoeren naar de wenselijkheid en noodzaak voor een zorgstandaard voor jeugdigen met complexe problematiek.
- ▶ Formuleren van competenties ten behoeve van signalerende en preventieve taken ten aanzien van jeugdigen.
- ▶ Formuleren van competenties ten behoeve van het signaleren van niet-medische problematiek bij jeugdigen en in gezinnen.
- ▶ Formuleren van competenties voor artsen om niet-medische professionals rond een jeugdige te helpen om medische problematiek te onderkennen.
- ▶ Uitgaande van de geldende juridische kaders de samenwerking en gegevensuitwisseling tussen jeugd- en volwassenenpsychiaters, die bij één gezin/familie betrokken zijn, waarborgen bijvoorbeeld via richtlijnen.
- ▶ In nascholingen en in diverse opleidingscurricula aandacht besteden aan de noodzaak dat artsen beter (leren) samen te werken.

KNMG in samenwerking met wetenschappelijke-, beroeps- en brancheverenigingen

- ▶ Formuleren en ter kennis van de beroepsgroepen brengen van de juridische kaders voor het uitwisselen van gegevens tussen jeugdarts, huisarts, kinderarts en kinder- en jeugdpsychiater.
- ▶ Binnen de geldende juridische kaders een veilige elektronische uitwisseling van relevante medische gegevens over de jeugdige mogelijk maken.

- ▶ Uitzoeken of en onder welke voorwaarden artsen gebruik kunnen maken van de (digitale) persoonlijke dossiers die ouders/verzorgers beheren.
- ▶ Methoden (helpen) ontwikkelen om artsen te ondersteunen in het bereiken van jeugdigen en hun ouders/verzorgers en het effectief (digitaal) met hen communiceren/interacteren.
- ▶ Lobby met als doel de jeugd-GGZ, ongeacht de financiering en aansturing ervan, integraal deel te laten uitmaken van de totale medische zorg aan jeugdigen, en het recht op jeugd-GGZ ongeacht budgetten te handhaven.
- ▶ Lobby om consultatiemogelijkheden, inclusief financiering daarvan, voor jeugdartsen en huisartsen te realiseren bij kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters.
- ▶ Lobby om binnen de jeugdgezondheidszorg een passend aanbod van contacten, methodieken en instrumenten te realiseren voor met name de groep 4-19 jarige.
- ▶ Lobby teneinde de jeugdarts standaard binnen de jeugdzorg, en met name in de toegangspoort daartoe (CJG), te positioneren en daar tevens consultatie van curatieve artsen standaard mogelijk te maken. Sluit daarbij aan bij wat regionaal goed werkt.
- ▶ Lobby teneinde de jeugdarts standaard deel te laten uitmaken van het zorg- en adviesteam (ZAT) op scholen.
- ▶ Dialoog aangaan met niet-medische partijen en organisaties in de jeugdzorg om de ambities en wensen vanuit de medische zorg te helpen realiseren.
- ▶ Structureel overleg met VNG, GGD Nederland en andere partijen om de medische invalshoek voor het voetlicht te brengen.

Niet-medische beroeps- en brancheverenigingen

- ▶ Zorgen voor borging van goede diagnostische kwaliteiten binnen de toegangspoorten tot jeugdzorg (bijvoorbeeld Centra voor Jeugd en Gezin).
- ▶ Formuleren van competenties ten behoeve van het signaleren en doorverwijzen van medische problematiek bij jeugdigen en in gezinnen.
- ▶ Zorgen dat benodigde competenties deel uitmaken van scholing en opleiding van niet-medische professionals.
- ▶ Methoden (helpen) ontwikkelen om te ondersteunen in het bereiken van jeugdigen en hun ouders/verzorgers en het effectief (digitaal) met hen communiceren/interacteren.

- ▶ Dialoog aangaan met medische partijen en organisaties in de jeugdzorg om de ambities en wensen vanuit de niet- medische zorg te helpen realiseren.

Lokale/regionale samenwerkingsverbanden

- ▶ Opzetten van interdisciplinaire scholing c.q. intervisie voor artsen en eventueel andere zorgverleners die frequent samenwerken.
- ▶ Samenhang/terugkoppeling aanbrengen tussen lokale (populatie-) preventieprogramma's, lokaal populatieonderzoek en de zorgpraktijk, ten behoeve van effectievere signalering, behandeling en monitoring.
- ▶ Afspraken maken over hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn tussen de verschillende artsen, wie waarvoor aanspreekbaar is, etcetera.
- ▶ Binnen deze verbanden zorgen voor simpele en snelle consultatiemogelijkheden voor jeugd- en huisartsen bij medisch specialisten, alsmede een laagdrempelig GGZ-aanbod in de eerste lijn dat bij de lokale situatie past.
- ▶ Zorgen voor een goede samenhang tussen het medische en het niet-medische 'vangnet', onder meer door geregelde (casus)besprekingen tussen medische en niet-medische professionals en het betrekken van artsen bij de scholing van niet-medische professionals op het gebied van basale medische kennis (met inachtneming van het beroepsgeheim).
- ▶ Zorgen voor een goede informatievoorziening (inclusief belegging daarvan) over verwijsmogelijkheden (sociale kaart).
- ▶ Zorgen dat binnen de lokale toegangspoort tot de jeugdzorg breed bekend is dat medisch-diagnostische kwaliteiten belangrijk zijn en dat die makkelijk inroepbaar zijn.

Vervolgtraject

Naar aanleiding van dit rapport zal de KNMG in samenwerking met vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen een implementatieadvies schrijven. Daarin zal aangegeven worden welke partijen welke verantwoordelijkheden op zich dienen te nemen en tevens zullen daarin prioriteiten aangegeven worden.

1

Definitie en toelichting van begrippen, zoals gebruikt in dit rapport

Jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheidszorg is screenende/preventieve gezondheidszorg gericht op de gezondheid, groei en ontwikkeling van het kind in diens omgeving, ter voorkoming en vroegtijdige opsporing van gezondheidsbedreigingen.

Jeugdzorg

Jeugdzorg is een algemene omschrijving voor alle maatschappelijke zorgvoorzieningen voor jeugdigen. Dat wil zeggen alles naast en buiten de directe primaire opvoedingsrelatie van ouders voor hun kinderen.

Medische zorg aan jeugdigen

Medische zorg aan jeugdigen is zorg aan jeugdigen van 0 tot 19 jaar verleend door of onder verantwoordelijkheid van artsen.

2/ Samenstelling Stuurgroep

- ▶ drs. Hans W.H. van Andel, *kinder- en jeugdpsychiater, directeur Zorg en eerste geneeskundige divisie Jeugd en Autisme Dimence*
- ▶ drs. Bas Baanders, *Baanders, consultancy met zorg (voorzitter stuurgroep)*
- ▶ prof. dr. Marjolein Berger, *huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde UMCG*
- ▶ drs. Anke ter Brugge, *senior beleidsmedewerker NHG*
- ▶ drs. AnnePauline Cohen, *kinder- en jeugdpsychiater, raad van bestuur De Jutters*
- ▶ dr. Gert van Enk, *kinderarts, voorzitter LAD en lid Federatiebestuur KNMG*
- ▶ dr. Liesbeth van Essen-Zandvliet, *kinderarts*
- ▶ drs. Marian Hoekstra, *adviseur Beleid en Advies KNMG (secretaris stuurgroep)*
- ▶ drs. Noor Landsmeer-Beker, *kinderarts sociale pediatrie, lid bestuur NVK*
- ▶ dr. Frans I.M. Pijpers, *senior adviseur Nederlands Centrum Jeugdgezondheid*
- ▶ Karel Rosmalen, *huisarts en hoofd Beleid LHV*
- ▶ Jelly Hogendorp, *senior beleidsadviseur LHV*
- ▶ drs. Ilse Schramel, *arts Maatschappij & Gezondheid*
- ▶ drs. Evelien Storchi, *stafarts jeugdgezondheidszorg, lid bestuur KAMG en AJN*
- ▶ drs. Dick Walstock, *huisarts, kaderarts GGZ, initiatiefnemer project Eureka-eerste lijns-jeugdGGZ*
- ▶ dr. Lode Wigtersma, *directeur Beleid en Advies, KNMG*

3/ Good practices

Een aantal 'good practices' in de medische zorg aan jeugdigen bevat elementen en inspiratie voor verbetering van die zorg. Zij worden hieronder beknopt weergegeven.

I (Concept)Zorgstandaard astma bij kinderen

Traditioneel heeft de zorg aan kinderen met astma een sterk medische focus: diagnostiek en behandeling zijn vooral gericht op de fysieke stoornis. Het kind ervaart echter ook beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten (het naar school gaan, fietsen) en problemen bij deelname aan het maatschappelijk leven (sport). In het ICF-CY-model uit deze zorgstandaard wordt de gehele breedte van de gezondheidstoestand (incl. de kwaliteit van leven) van een kind meegenomen. Het geeft een begrippenkader waarmee het mogelijk is het gehele functioneren van kinderen en de eventuele problemen die zij in hun functioneren ervaren, plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn, in kaart te brengen.

Een dergelijke integrale benadering van zorgverlening aan kinderen met astma is zeer waardevol. Het is belangrijk informatie van alle artsen te verzamelen. Om dat mogelijk te maken zou de communicatie tussen artsen dienen te worden vereenvoudigd. Daarnaast dient het contact tussen artsen betrokken bij het kind structureel geborgd te worden zodat de keten medische zorg gecompliceerd wordt.

II Ouder Kind Centrum: Protocol t.b.v. rechtstreekse verwijzingen

In de op preventie gerichte jeugdgezondheidszorg kan bij een contactmoment behoefte bestaan aan nadere diagnostiek, consultatie of behandeling. De gebruikelijke weg is dan om naar de huisarts te verwijzen. Bij een aantal aandoeningen heeft een bezoek aan de huisarts geen toegevoegde waarde in het diagnostische of behandelingstraject, maar levert vertraging en extra werk in het traject op. Jeugdartsen kunnen, voor aandoeningen waarbij tussenkomst van de huisarts geen meerwaarde biedt, sinds 2006 rechtstreeks verwijzen binnen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Voorwaarde is dat de betreffende JGZ-instelling hiervoor zelf een overeenkomst heeft afgesloten met de zorgverzekeraars.

In het kader van het rechtstreeks verwijzen staan in dit protocol verwijsindicaties beschreven, waarbij de jeugdarts rechtstreeks kan verwijzen naar de tweedelijnsgezondheidszorg en paramedici en waarbij de huisarts geïnformeerd wordt. Het gaat daarbij onder andere om visus- en gehoorstoornissen, kleine lichaamslengte, obesitas en obstipatieproblemen.

Bij een aantal aandoeningen is het niet nodig dat de jeugdarts eerst naar de huisarts verwijst. Aan de andere kant is het niet wenselijk dat er verschillende informatiestromen naast elkaar bestaan, zoals tussen jeugdarts en kinderarts en tussen huisarts en kinderarts. De conclusie is daarom dat het belangrijk is bij veel voorkomende aandoeningen na te gaan wie daarbij betrokken moeten worden en daar de communicatiestromen op af te stemmen (ook richting de ouders). In ieder geval moet bij rechtstreekse verwijzingen door de jeugdarts naar de specialist of paramedicus, de huisarts altijd geïnformeerd worden.

III Voorbeeldprojecten basisaanbod jeugd-GGZ

Jeugd-GZZ in Eudokia

Omdat het in hun regio ontbrak aan herkenbare eerstelijns Jeugd-GGZ, hebben huisartsen in Enschede het initiatief genomen tot het opzetten van een adequaat aanbod eerstelijns Jeugd-GGZ in hun wijk. Het doel ervan is vroegtijdige signalering, korte behandeling in de eerste lijn waar dat kan en tijdige verwijzing naar de tweede lijn waar nodig. De huisarts doet in de eigen praktijk actief aan case-finding en verwijst na een uitgebreid diagnostisch consult gericht door naar de POH-jeugd-GGZ of naar de tweede lijn. De huisarts wordt daarbij ondersteund door een consulent kinder- en jeugdpsychiatrie. Door deze manier van werken is de verwachting dat 90% van de problematiek binnen de eerste lijn wordt behandeld en dat er een adequate verwijzing naar de tweede lijn plaats vindt.

Kinderproject 'Alle hens aan dek'

In Katwijk is het project 'Alle hens aan dek' door de huisartsen in samenwerking met Academisch Kinder en jeugd psychiatrisch centrum Curium ontwikkeld. Inmiddels participeren 22 huisartsen die gezamenlijk 2 praktijk-ondersteuners GGZ-jeugd in dienst hebben. Er is een methode ontwikkeld waarmee de huisarts kinderen met psychosociale problematiek eerder kan herkennen. Nadat een somatische oorzaak door de huisarts is uitgesloten kan de POH-GGZ een verdere inventarisatie doen van de klachten middels een uitgebreide (ontwikkelings-)anamnese en aanvullende vragenlijsten waarbij informatie van school en de JGZ wordt betrokken. In overleg met de huisarts wordt indien nodig een vervolgtraject geboden. Dit wordt zoveel mogelijk gezocht binnen de basiszorg en generalistische zorg. Inmiddels is het mogelijk gebleken minder dan 20% van de kinderen naar de tweede lijn te verwijzen. Als volgende stap start na een jaar voorbereiding per 1 april 2012 een ketenzorgproject ADHD waarin het CJG, huisartsen, Eerstelijns-psychologen en de specialistische zorg samenwerken.

Bovenstaande twee projecten kennen een verschillende aanpak, maar tonen beide het succes van een basisaanbod Jeugd-GGZ in de eerste lijn dichtbij de huisarts.

4/ Overzicht verbetervoorstellen en gesignaleerde knelpunten

Knelpunten >	Onvoldoende communicatie en overdracht	Onvoldoende signalering en preventie	Lacunes in de opvang van psychische en psychiatrische problemen	Niet altijd juiste zorg voor het probleem	Onvoldoende kennis en vaardigheden	Doelgroep wordt niet bereikt
Oplossingen v						
Kennis en vaardigheden						
Afstemming relevante richtlijnen	X			X	X	
Onderzoek zorgstandaard	X	X		X	X	
Interdisciplinaire scholing/intervisie	X	X	X	X	X	X
Risicofactoren, signalering en preventie						
Passend JGZ-aanbod 4-19 jarigen		X	X	X		X
Signalerende en preventieve taken veelvoorkomende aandoeningen	X	X	X	X	X	X
Samenhang preventieprogramma's	X	X				
Competentie signalering niet-medische problematiek	X			X		
Jeugdarts in ZAT				X		
Ouders betrekken bij ZAT					X	
Samenhang, samenwerking, uitwisseling, verantwoordelijkheidsverdeling						
Implementatie Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling	X					
Juridisch standpunt m.b.t. uitwisseling van gegevens	X				X	
Onderzoek gebruik persoonlijke dossiers door artsen					X	

Consultatiemogelijkheden voor jeugd- en huisartsen		X	X			
Samenwerking en gegevensuitwisseling kinder-/ jeugdpsychiaters en volwassenenpsychiaters	X	X	X			
Ontwikkeling laagdrempelig GGZ-aanbod in 1 ^e lijn			X	X		
Jeugd-GGZ blijft onderdeel medische zorg aan jeugdigen						
Toegang tot informatie voor jeugdigen en hun verzorgers						
Outreaching werken		X				X
Toegankelijke medische informatie voor jeugdigen en hun verzorgers						X
Ontwikkeling nieuwe vormen digitale interactie						X
Gepaste zorg en optimaal medicatiebeleid bevorderen						
Scholing niet-medische professionals in signalering medische problematiek		X	X	X		X
Kennis t.b.v. niet-medische professionals					X	X
Bevorderen integrale zorgverlening door aandacht positie en taak jeugd- en huisarts		X	X	X		
Jeugdarts maakt standaard deel uit van toegangspoort tot alle jeugdzorg		X		X		

5/ Sociale media

Internet maakt kennis toegankelijk die tot voor kort aan artsen was voorbehouden en die alleen door artsen ontsloten kon worden in het rechtstreekse contact tussen arts en zorgvrager. Zorgvragers krijgen met internet toegang tot deze kennis en dat heeft gevolgen voor de interactie tussen artsen en zorgvragers.

Jeugdigen krijgen in de loop van hun jeugd steeds minder artsen te zien. In de eerste vier levensjaren zijn er veel contacten met jeugdartsen en huisartsen. Deze intensieve interactie is onder andere het gevolg van de formele structurering van contacten tussen de jeugdgezondheidszorg en jeugdigen. Na het vierde levensjaar wordt dit minder en zijn de contacten tussen jeugdartsen en jeugdigen veel minder frequent (groep 2 en 7 basisschool en 2^e klas vervolgonderwijs). Daarnaast laten pubers zich steeds minder gemakkelijk door opvoeders naar een arts sturen. En dat terwijl ze zowel lichamelijk als geestelijk enorme ontwikkelingen doormaken. Dit alles leidt tot het risico dat hun medische problematiek niet aan artsen voorgelegd worden. Dit probleem is van alle tijden.

Sociale media bieden mensen met dezelfde vragen of interesses de mogelijkheid om met elkaar in contact te komen. Ook jeugdigen kunnen laagdrempelig, desgewenst anoniem, gezondheidskwesties bespreken, ervaringen en kennis uitwisselen. Via internet bestaat rechtstreeks contact met bepaalde doelgroepen: de meeste kinderen bezoeken bepaalde websites immers niet 'zomaar', maar omdat ze met vragen of problemen worstelen, die ze extern willen neerleggen. Dit rechtstreekse contact met doelgroepen biedt grote mogelijkheden voor de medische zorg aan jeugdigen. Anders gezegd: internet is een nieuwe plek waar mensen hun vragen en zorgen op het gebied van gezondheid kunnen neerleggen. Het is zaak dat artsen daarop inspelen.

Hoewel de stuurgroep ziet dat hieraan ook enkele serieuze nadelen verbonden kunnen zijn, is zij van mening dat artsen binnen de medische zorg aan jeugdigen nog meer dan nu al het geval is, het initiatief moeten nemen tot deze nieuwe interactiemogelijkheden.

Daarbij valt te denken aan:

- ▶ Stimulering door artsen, beroepsverenigingen, voorzieningen en instellingen waar artsen werken van ontwikkeling van internet therapieën, internetinformatievoorziening en community vorming rondom vraagstukken of aandoeningen.

- ▶ Preventie en toeleiding tot allerlei vormen van zorg of advisering, bijvoorbeeld met behulp van websites als brainwiki.nl (voor jongeren met psychische problemen en hun opvoeders), gripopjedip.nl (voor jongeren met depressieve klachten) of hulpmix.nl (forum voor jongeren t/m 20 jaar). Dergelijke sites kunnen detectie van psychische klachten mogelijk maken. Met het oog hierop is het wenselijk dat artsen hiervoor goede detectiesystemen laten ontwikkelen en deze implementeren.
- ▶ Digitale advisering bij gezondheidsvragen, inclusief nieuwe vormen van contact, bijvoorbeeld: de mogelijkheid om e-mails/chatfunctie met vragen voor te leggen aan een deskundige die daar snel op reageert.
- ▶ Doelgroepgerichte communicatie, zowel aan jeugdigen als aan hun omgeving, bijvoorbeeld via twitter en facebook.
- ▶ Deelname aan discussies binnen sociale media. Naast artsen kunnen ook verpleegkundigen, POH-ers, SPV-ers daarbij een rol spelen. Het gaat hier om contacten in aanvulling op de bestaande face-to-face, persoonlijke contacten tussen artsen en zorgvragers.
- ▶ Het is wenselijk dat er overzichten gemaakt en onderhouden worden van vindplaatsen per leeftijdscategorie met bijbehorende instrumenten. Speciale aandacht behoeven kwetsbare doelgroepen, zoals kinderen met risico- of ziekmakendgedrag, die niet door artsen gezien worden of kinderen van ouders in de marge van het maatschappelijk leven.
- ▶ Goed geïnformeerde ouders zijn betere samenwerkingspartners voor artsen. Het medisch netwerk onderschrijft het belang van empowerment van ouders en zorgvragers.

6 / Blogboek

Krijgt een kind extra ondersteuning op school of daarbuiten? Dan is er goede afstemming nodig tussen de betrokken professionals en de ouders. Blogboek helpt hierbij. Het online communicatiemiddel stroomlijnt de communicatie en verbetert de samenwerking met alle betrokkenen. Het wordt beheerd door de ouders.

Als ervaringsdeskundige en voormalig manager in het bedrijfsleven heeft ondergetekende samen met collega Johannes Wolters het online communicatie- en samenwerkingstool Blogboek ontwikkeld voor ouders van kinderen met een hulpvraag. Blogboek biedt ouders van kinderen met een medische, psychische, verstandelijke hulpvraag de mogelijkheid online met professionals te communiceren en samen te werken. Bij de samenwerking rondom een kind wordt indien nodig ook de school (zorgstructuur, speciaal onderwijs) betrokken.

Ouders zijn de beheerders van de informatie. Zij nodigen professionals uit en geven hen toestemming hun kennis te delen en een aanpak onderling af te stemmen.

Blogboek is ontwikkeld vanuit de dagelijkse praktijk en inmiddels getest onder 100 gebruikers. Meer informatie is te vinden op www.blogboek.com.

Sanne-Lot van Ulzen



KNMG-visie Versterking medische zorg aan jeugdigen is een uitgave van artsenfederatie
KNMG © 28 mei 2013, Utrecht

De artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 53.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso).