

## Verslag invitational Zorg voor de Jeugd d.d. 19 april 2011

**Aanwezig:** B. Baanders, *Baanders, consultancy met zorg*, F. Boer, emeritus-hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie AMC, E. Buiting, arts Maatschappij & Gezondheid, T.A.H. Dorelijers, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie VuMC, M. de Feiter, beleidsmedewerker NVvP, E. van Hoorn, bestuurslid AJN, J. van der Laar, beleidsmedewerker NVvP, N. Landsmeer-Beker, kinderarts, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, F. Langens, werkzaam bij PreventieConsult te Amersfoort, J. Meulmeester, arts M&G, vertrouwensarts AMK Bureau Jeugdzorg Haaglanden, H. Moolenburgh, huisarts, E. Müter, manager bedrijfsvoering divisie Kinderen UMCU, H. Sachse, arts M&G, vertrouwensarts, vice-voorzitter AJN, E. Storchi, arts M&G, W. Walstock, huisarts,

**Namens de KNMG:** A. Kruseman, internist en voorzitter, L. Wigersma, huisarts, directeur Beleid & Advies, R. de Roode, adviseur gezondheidsrecht en M. Hoekstra, beleidsadviseur (verslag).

Voorzitter Arie Kruseman opent de invitational en heet de aanwezigen welkom. De bijeenkomst begint met een presentatie van Bas Baanders over zijn rapport 'Die jeugd van tegenwoordig'.

### **Presentatie Bas Baanders**

De KNMG wil onderzoeken welk beleid zij kan uitzetten om de zorg aan jeugdigen vanuit de medische as te verbeteren en te versterken. Er is voor gekozen eerst in kaart te brengen welke onderwerpen daarbij aan de orde zouden kunnen komen. Met andere woorden het accent ligt vooral op het ontwikkelen van een inhoudelijke visie. Dus geen domein- of systeemdiscussie voeren, maar werken vanuit de primaire vraag van artsen: wat willen artsen inhoudelijk met de medische zorg aan jeugdigen? De inhoud is leidend en het perspectief wordt gevormd door de medische as in eerste instantie met name: jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen, jeugdpsychiaters en (huis)artsen in justitiële jeugdinrichtingen (JJJ's). De gebieden welzijn en maatschappelijke ondersteuning worden niet meegenomen en artsen voor verstandelijk gehandicapten blijven vooralsnog buiten beschouwing. Vanuit een inhoudelijke visie op de zorg aan de jeugd kan actie ondernomen worden en kan de KNMG deelnemen aan het maatschappelijke debat.

Overigens wordt er vanuit de verschillende beroepsverenigingen (onder andere AJN, LHV, NHG, NVK en NVvP) inmiddels ook de nodige acties ondernomen. De KNMG wil zich concentreren op de meerwaarde, die zij kan hebben voor bestaande initiatieven.

Wat zijn zorgelijke ontwikkelingen rond de jeugd?

Er zijn veel zorgen over de gezondheid van de jeugd (teveel eten, te weinig beweging, drugs en alcohol, toename psychosociale problematiek en dergelijke).

Daarnaast is er sprake van een medicalisering van de opvoeding en een veeleisende samenleving, waarin kinderen moeten excelleren.

De opvoeders stellen steeds hogere eisen aan zichzelf en in de maatschappij is er steeds minder tolerantie voor een lastig kind (afname jeugdtolerantie). Tot slot worden door de

maatschappij hoge eisen aan de zorg gesteld, waardoor meteen naar de 2<sup>e</sup> lijn doorverwezen wordt (of mensen zich rechtstreeks tot de 2de lijn wenden) en de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn vaak niet in beeld zijn. Ook financieringsstructuren ‘verleiden’ tot (te) snelle doorverwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn.

Daarnaast speelt de Wet van Pareto. Met 80% van de kinderen gaat het binnen de bandbreedte van het gebruikelijke goed; 15% heeft een stevige problematiek, die op te lossen is en bij 5% is sprake van zeer gecompliceerde problemen op verschillende terreinen.

Het mechanisme dat vervolgens optreedt is, dat de meest problematische gevallen uitgangspunt worden voor de inrichting van de zorg en zorgprocessen. M.a.w. dramatische gebeurtenissen worden tot norm verheven. Het veld is erg ingewikkeld met veel spelers uit verschillende domeinen, die langs elkaar heen werken. De maatschappij en de politiek leggen bij de oplossing het accent op regels en controle en weinig op professionele ambachtelijkheid en dat gaat ten koste van de kwaliteit van zorg.

Daarnaast komt dat maatschappelijke discussies gevolgen hebben voor de inhoud van het werk van artsen, terwijl er tegelijkertijd geen of onvoldoende inbreng vanuit de medische beroepsgroep is. Dat is mede gevolg van het feit dat er geen breed gedragen visie op de rol van de medische as in de zorg aan jeugdigen is. Zo heeft het huidige kabinet het plan opgevat om de jeugdzorg bij gemeenten onder te brengen. De medische as wordt in die discussie niet betrokken, terwijl de medische as onmisbaar is voor goede zorg aan jeugdigen.

De interactie tussen de medische zorg aan jeugdigen en de zorg vanuit het publieke domein verloopt lastig. Er zijn veel verschillende organisaties en dat maakt kwetsbaar.

Als het gaat om de samenwerking binnen de medische as komt in de gehouden interviews naar voren dat de collegiale verhoudingen beter kunnen. De samenwerking is lastig onder andere vanwege de stigmatisering van bepaalde disciplines.

De KNMG-handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling beschrijft de noodzakelijke voorwaarden voor de samenwerking en kan daarbij behulpzaam zijn. Zo is er onvoldoende kennis van elkaars expertise en blijkt het berichtenverkeer tussen domeinen lastig te organiseren.

Van een afstand bekeken ontstaat de indruk dat alle interventies vanuit de medische as het karakter hebben van steekvlammen in plaats van een lopend vuurtje. De zorg aan opgroeiende kinderen is een continuüm, maar onduidelijk is hoe binnen de medische as die continuïteit begeleid wordt. Wie binnen de medische as ondersteunt het kind en de ouders door het grote overzicht te behouden? Daarom is een meer integrale visie vanuit de medische as nodig, die als uitgangspunt kan dienen voor gezamenlijk uit te zetten beleid en waaruit geput kan worden in het maatschappelijk debat.

Tot slot presenteert Bas een casus en vraagt de aanwezigen vanuit de positie van de ouders te reflecteren op de rol van de arts. Is de casus herkenbaar? Wat zijn de bedreigingen en uitdagingen? Wat zijn de knelpunten? Moet er een geïntegreerde benadering komen?

## **Samenvatting discussie**

Geconstateerd wordt dat de Jeugdgezondheidszorg het dossier van 0 tot 19 jaar omvat en dat zij een signaalfunctie heeft. Van Hoorn beaamt dit en geeft aan dat er afspraken gemaakt zijn over verwijzingen, maar dat daarover geen terugkoppeling plaatsvindt om de drempel voor ouders niet te hoog te maken.

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) vechten ervoor het medische domein (incl. huisartsenzorg) goed in te bedden binnen de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Dat vraagt voortdurende bewaking en alertheid om de medisch gerichte zorg binnen het CJG te houden en niet de focus eenzijdig te leggen op opvoeding.

Moolenburgh beschrijft zijn project in Katwijk. De afgelopen twee jaar hebben zij als huisartsen 200 kinderen onderzocht en waar mogelijk behandeld. Daarbij is gebruik gemaakt van beschikbare onderzoeksinstrumenten. Van de 200 kinderen is 5% doorverwezen naar de 2<sup>e</sup> lijn; de rest is binnen de 1<sup>e</sup> lijn behandeld. Via de POH GGZ voor de jeugd worden de kinderen gescreend. Binnen de huisartsvoorziening zijn twee vaste contactpersonen aangewezen, die met scholen en JGZ overleggen. Dit leidt ertoe dat de samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen verbetert. Die is vaak niet eenvoudig vanwege personele wisselingen en de verschillende settings. Kinderen zitten vanaf het begin in een beter traject, omdat de diagnostiek in de indicatiestelling 'hard' is. Bij doorverwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn is er geen lange wachttijd.

Walstock is van mening dat het palet aan problemen van waaruit beleid ontwikkeld wordt, veel te breed is. Het huidige 2-sporenbeleid (Bureau Jeugdzorg of Centrum voor Jeugd en Gezin) is niet in staat om dat brede palet voor 100% te dekken. De praktijk laat zien dat ouders een voorkeur hebben waar zij met hun kinderen naar toe gaan. De medische as dient daar rekening mee te houden met als uiteindelijk doel: het bieden van adequate zorg.

De vergadering is het daarmee eens: de zorg moet eigenlijk rekening houden met het feit dat mensen hun vragen op verschillende plekken kunnen neerleggen. Sommigen zullen zich gemakkelijk tot de huisarts wenden, anderen leggen vragen neer bij de jeugdarts (GGD of school), weer anderen zullen op het CJG afstappen. Maar los van waar de vraag wordt neergelegd (frontoffice) is het de verantwoordelijkheid van de medische as ervoor te zorgen dat vervolgens de kwaliteit en inhoud van zorg gewaarborgd is (backoffice). De besproken projecten uit Twente en Katwijk zijn daarvan goede voorbeelden.

Het project van Walstock maakt al vroeg een onderscheid tussen behandeling binnen de 1<sup>e</sup> lijn en verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn. Volgens Meulmeester zit er bij Bureau Jeugdzorg geen arts en komt daardoor de samenwerking niet goed van de grond.

Kruseman signaleert een mismatch zit tussen vraag en aanbod en vraagt de deelnemers naar het medische aspect van deze casus? De casus laat zien dat het al mis gaat bij de indicatiestelling: vaak komt het werkelijke probleem pas boven als men doorvraagt.

Landsmeer geeft aan dat de NVK pleit voor een terugkeer van de integrale kindergeneeskunde (algemene pediatrie). De realiteit is nu: hoe meer subspecialisme, hoe meer status. Een kinderarts moet breed kijken en vooral: doorvragen. Daarbij zijn goede communicatieve vaardigheden van belang.

Boer vindt dat de kwaliteit van zorg te veel afhangt van de individuele competenties van een arts en dat die het vervolgtraject bepalen. Er worden wel goede plannen gemaakt, maar het is van belang te analyseren wat de uitkomsten precies zijn. De medische as kan zich verbeteren, maar niet door nieuwe structuren te bedenken.

Moolenburgh vertelt dat vooral de psychosociale problematiek vaak niet herkend wordt, omdat bij de huisarts de somatische diagnostiek voorop staat. In hun project zijn vier sociaal psychiatrisch verpleegkundigen ingezet. Eerst hoort de huisarts het verhaal van het kind en kijkt naar de achterliggende (pedagogische of niet?) hulpvraag. Indien nodig, maakt de huisarts een afspraak met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

In zijn project fungeert de huisarts als portal, die de vraag stelt achter de vraag. In het gehele zorgtraject hebben de huisartsen de regie genomen. Daarnaast zijn er binnen het netwerk goede afspraken gemaakt.

Een vraag is of deze aanpak structureel uit te rollen is in de huisartsenzorg en welke problemen daarmee getackeld kunnen worden en welke niet? Volgens Kruseman is dat deels ook een opleidingsvraagstuk.

Van Hoorn onderschrijft dat er bij hun in de regio een goede samenwerking is met scholen en de schooladviesdienst en dat daar belangrijke diagnostische kennis zit. Er is sprake van regie binnen het eigen domein. Feit is wel dat als daar sprake van is, andere domeinen erbuiten vallen en dat is eigenlijk niet wenselijk.

Het project van Walstock is kleiner begonnen, maar omvat nu 11.000 patiënten. Het is ontstaan naar analogie van de POH voor volwassenen. Vaak komt men met een lichamelijke klacht naar het spreekuur van de huisarts, maar dan blijkt er sprake van achterliggende problematiek. Als daarvan sprake zou kunnen zijn vindt in een vijftal gesprekken de eerste diagnostiek plaats. Dat geldt eveneens voor de JGZ in de 1<sup>e</sup> lijn. Na vijf gesprekken vindt zonodig doorverwijzing plaats. De POH Jeugd, die tevens CJG-medewerker is, verzamelt informatie (van school, ouders etc.), zodat er een compleet beeld ontstaat. De zorgverzekeraar financiert gedurende drie jaar dit project.

Ook hier fungeert de medische arts als frontoffice en gaat het om de vraag achter de somatische klacht. Gedurende vijf gesprekken wordt gekeken naar de eigenlijke zorgvraag, zodat men – indien nodig - goed kan doorverwijzen. Er heeft dan het nodige vooronderzoek plaatsgevonden zodat degene naar wie verwezen wordt (bijvoorbeeld een 1<sup>e</sup> lijnspsycholoog of professional in de 2<sup>e</sup> lijn) direct inhoudelijk aan de gang kan. De meningen zijn verdeeld over het instellen van een 1-loketfunctie. Men is vooral bevreesd voor een 1-loketfunctie landelijk opgelegd. Kijk vooral naar wat er al is, zorg voor een goede afstemming en oplossing in de omgeving van het kind. Deze ambitie lijkt alleen voor de medische as al een flinke klus.

Tot slot vraagt Dorelijers aandacht voor de plannen van de overheid om onder andere de jeugdzorg en de jeugd GGZ over te hevelen naar de gemeenten. Dit zal desastreuze

gevolgen hebben voor de wens te komen tot een model dat gebaseerd is op medisch-inhoudelijke indicatiestelling en integrale zorg. De KNMG onderzoekt welke stem zij namens de medische as daarbij nog kan laten horen.

Kruseman pleit voor een integrale visie voor de lange termijn vanuit de medische as, waarbij de patiënt en diens zorgbehoeften het uitgangspunt is. De medische professionals moeten het initiatief weer nemen, gaan samenwerken en zorgen voor differentiatie in het aanbod. Kijk vervolgens naar de consequenties daarvan voor opleiding, organisatie en bekostiging. Kortom; bepaal eerst de inhoud en laat de vorm daarop volgen.

Er is behoefte aan een SWOT-analyse die onder andere in kaart brengt welke factoren bevorderen de integratie en welke ontwikkelingen houden het tegen?

Er moet een continuüm georganiseerd worden, waarbij zoveel mogelijk in de eerstelijns behandeld kan worden, en alleen zware problematiek naar de 2<sup>e</sup> lijn wordt doorverwezen. Voldoende terugkoppeling bij ver- en terugverwijzing zijn absoluut noodzakelijk.

Vergeet in de integrale visie niet iets te zeggen over de borging daarvan. Wigersma wijst op de mogelijkheid om bijvoorbeeld een virtueel CJG in te richten. Het CJG kan een gebouw zijn of een virtuele samenwerking, die door de gemeente betaald wordt. De aanwezigen kunnen zich hierin vinden en kijken met belangstelling uit naar het vervolg van dit traject.

### **Slotconclusie**

De slotconclusie is dat de zorg voor de jeugd vanuit de medische as beter georganiseerd moet worden. Daarvoor is een integrale visie voor de lange termijn nodig, bestaande onder andere uit de volgende onderdelen:

- een SWOT-analyse: het in kaart brengen van kansen en bedreigingen;
- het op grond daarvan ontwikkelen van een inhoudelijke visie voor de langere termijn, inclusief de gewenste oplossingsrichtingen;
- het op korte termijn politiek adresseren van de bedreigingen;
- het aangeven welke voorzieningen en randvoorwaarden daarvoor nodig zijn.

De KNMG zal op korte termijn t.b.v. het Federatiebestuur een projectvoorstel maken om vanuit de medische as te komen tot een integrale visie op de zorg voor de jeugd.

Volgens Kruseman gaat het vooral om deskundigheidsbevordering en attitudeverandering. Het zou mooi zijn als dat gecombineerd kan worden met wetenschappelijk onderzoek.