

Inleiding

De KNMG heeft recentelijk een visie op de zorg voor kwetsbare ouderen gepresenteerd. De ervaringen met het voortraject en de ontvangst ervan door het veld zijn positief. De KNMG onderzoekt nu of een soortgelijk traject mogelijk en nodig is voor de zorg aan jeugdigen. Vanuit de aard van de organisatie richt de KNMG zich met name op de medische as.

Met het oog daarop heeft de KNMG gevraagd aan Bas Baanders van het bureau *Baanders, consultancy met zorg* om mogelijkheden voor nieuw beleid ten aanzien van de zorg aan jeugdigen in kaart te brengen. In dat kader heeft hij verkennende gesprekken met bevlogen artsen gevoerd. Er is gekozen te spreken met vertegenwoordigers uit de volgende disciplines: jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen, jeugdpsychiaters en (huis)artsen in justitiële jeugdinrichtingen (JJI's). Deze gesprekken – die op persoonlijke titel gevoerd werden – hadden primair een inhoudelijke, visionaire insteek. Gesprekspartners vertelden hoe het staat met de zorg aan jeugdigen, met welke knelpunten men te maken krijgt, welke ontwikkelingen verwacht worden, welke verwachtingen men koestert en in welke richting de zorg aan jeugdigen zich verder zou moeten ontwikkelen.

De KNMG heeft op enkele punten uitgebreid beleid ontwikkeld, bijvoorbeeld ten aanzien van kindermishandeling, NODO en de Verwijzersindex. Deze zijn daarom in deze nota buiten beschouwing gelaten.

De gesprekken en de bijbehorende literatuurstudie hebben geleid tot voorliggend rapport *Die jeugd van tegenwoordig*. Het rapport zal aan het bestuur van de KNMG voorgelegd worden, die het kan gebruiken om gerichte actie te ondernemen.

Leeswijzer

Het rapport “Die jeugd van tegenwoordig” heeft de volgende opbouw.

In hoofdstuk 1 worden in algemene zin enkele ontwikkelingen in de gezondheid en het welzijn van jeugdigen besproken, evenals het maatschappelijk debat over de zorg aan jeugdigen (1.1). Vervolgens wordt stilgestaan bij de verschillende professionals die een rol hebben in de zorg aan jeugdigen (1.2). In 1.3 wordt ingegaan op de structuur waarin gewerkt moet worden aan de zorg aan jeugdigen. Die structuur is uitermate complex en het blijkt niet eenvoudig tot soepele samenwerking te komen. Er is sprake van een prangende wachtlijstproblematiek en het interessante verschijnsel dat het ‘aantrekkelijker’ blijkt om kinderen naar de tweede lijn te verwijzen.

In hoofdstuk 2 wordt vervolgens nader ingegaan op de vraag welke actie vanuit de medische as ondernomen zou kunnen worden om de zorg aan jeugdigen een impuls te geven. Eén van de hoofdthema's in dit hoofdstuk is het pleidooi dat medici zich nadrukkelijker laten horen in het maatschappelijk debat, bij voorkeur vanuit een nog te ontwikkelen brede visie van de medische as op de zorg aan jeugdigen. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van de ervaringen die zijn opgedaan bij de vervaardiging van het KNMG-standpunt *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. Op enkele punten bestaat treffende gelijkenis met de zorg aan jeugdigen, al heeft die laatste natuurlijk ook specifieke eigenschappen. Voorts wordt voorgesteld om de samenwerking tussen medische professionals een kwaliteitsimpuls te geven. Daarmee zouden de verschillende medische professionals elkaar meer dan nu het geval is versterken en zou het continuüm in de zorg aan jeugdigen versterkt worden. Daarnaast bevat dit hoofdstuk allerlei elementen die bij beleidsvorming meegenomen kunnen worden.

Hoofdstuk 1: Die jeugd van tegenwoordig

1.1 Het opgroeien van een kind: een zorgelijke zaak

Over de jeugd van tegenwoordig raakt men nooit uitgepraat. Dat geldt voor alle tijden, dus ook voor de onze. Hoewel het grootste deel redelijk voortvarend (binnen de bandbreedte van het gewone en gebruikelijke) door de jeugd en puberteit gaat, is er een grote toename van het aantal kinderen dat gebruik moet maken van de gezondheidszorg en zorg in het publieke domein¹ komt in het maatschappelijk debat een beeld naar voren van een zorgwekkende toestand waarin de hedendaagse jeugd zich bevindt. De volgende onderwerpen passeren daarbij de revue.

Jongeren hebben een ongezonde leefstijl: ze bewegen te weinig, eten te veel en te ongezond, drinken te veel alcohol (“comazuipen”) of gebruiken te veel drugs op al jonge leeftijd. Er is sprake van een explosieve toename van overgewicht en van ziektes als obesitas en diabetes. Meisjes zijn bezig met een inhaalslag en gaan meer roken; bij jongens is het overigens ‘cool’ juist niet meer te roken. Voorheen had de school een maatschappelijke taak in deze, maar die is sterk verminderd: geen schoolzwemmen, geen schoolmelk, te weinig ruimte om te bewegen en frisse lucht om te ademen. Er zijn overigens weer scholen die herintroductie van schoolmelk overwegen en zelfs om maaltijden te serveren, al was het maar om te voorkomen dat kinderen met lege magen de schooldag beginnen.

Verder lijkt psychosociale problematiek hand over hand toe te nemen. Er is sprake van een spectaculaire toename van aandoeningen als ADHD en autistische stoornissen. Het aantal kinderen met “rugzakjes” neemt toe. De jeugd-GGZ kan het werk bijkans niet aan en hebben lange wachtlijsten. Verzekeraars stellen een dramatische toename vast van psychotherapie voor kinderen (Volkskrant 13-9-2010).

Er zijn voortdurend berichten dat er sprake is van schrikbarend veel kindermishandeling en seksueel misbruik. Uit recent onderzoek van TNO blijkt dat maar liefst één op de zes volwassenen in hun jeugd fysiek mishandeld zou zijn, en één op de vijf emotioneel. De Volkskrant van 19-11-2010 schrijft naar aanleiding van dit rapport op pagina 2: “Kindermishandeling wordt de laatste jaren steeds vaker gesignaleerd in Nederland. Maar volgens (...) kinderarts Ferko Öry van TNO gebeurt er daarna vrijwel niets. Kinderen die eenmaal zijn aangemeld worden soms wel uit huis geplaatst, maar vervolgens vrijwel nooit gezien door een arts, laat staan behandeld voor hun trauma’s. ‘We signaleren ons rot. Maar niemand doet wat. Niemand voelt zich verantwoordelijk voor deze kinderen.’”

Daarnaast is er een aantal maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op het denken over opvoeden en opgroeien van kinderen.

Medicalisering van het opgroeien²

Opgroeien en opvoeden worden gemedicaliseerd. Veel vaker dan vroeger wordt gegrepen en gezocht naar medische diagnoses. Ontwikkelingen die in de breedte van het normale liggen worden nu eerder als stoornis of aandoening beschouwd waarvoor gespecialiseerde

¹ De problematiek is mooi en helder ontrafeld (inclusief uitgebreid notenapparaat met verwijzingen naar de wetenschappelijke literatuur) in: Jo Hermanns: *Het opvoeden verleerd*, Amsterdam 2009.

² Een kind dat eigenlijk heel voorspoedig opgroeit en uitstekend uit haar woorden kan komen, gaat naar de lagere school. Na enige tijd komt het thuis van school en vraagt: “Mam, mag ik ook op logopedie? Alle kinderen op school zitten erop!”

zorg ingeroepen wordt. Het leidt tot een medicalisering van het opgroeien van kinderen. Bovendien lijkt het een maatschappelijke trend dat een “gewoon” kind dat het goed doet in leven en op school niet meer goed genoeg is. Excelleren lijkt in veel gevallen wel het minste wat van een kind gevraagd kan worden.

Dit geldt overigens ook voor ouders. Ook zij stellen steeds hogere eisen aan zichzelf als opvoeders. Het tijdschrift *J/M* spreekt in dit verband over “hyperouderschap”. Dat leidt tot onnodige stress en onzekerheid³. En daar waar sprake is van begrijpelijke onzekerheid of onkunde (opvoeden is immers een veelzijdige en veeleisende activiteit), blijkt het voor ouders lastig de weg naar geschikt advies te vinden.

Daar komt nog bij dat in het huidige maatschappelijk debat - zeker als het om gedrag gaat - afwijkingen van gebruikelijke of gewenste patronen minder getolereerd worden: er is sprake van een “afname van het jeugdolerantieniveau”, zoals Jo Hermanns⁴ beschrijft. Dat leidt ertoe dat de bandbreedte voor een op zich uiteindelijk gezonde ontwikkeling van een kind geringer is geworden.

Deze medicalisering wordt bovendien nog bevorderd, doordat een medische diagnose toegang kan bieden tot (financiële) “rugzakjes” met extra middelen voor de groei en ontwikkeling van kinderen op school of elders. Dat maakt het voor scholen en ouders “aantrekkelijk” om een formele diagnose gesteld te krijgen⁵.

Ook aan de zorg worden hoge eisen gesteld. Zoals een kind buitengewoon moet zijn, zo geldt dat ook de zorg die ze moeten krijgen, buitengewoon moet zijn. In een aantal gevallen leidt dat ertoe dat mensen aan nulde- en eerstelijns voorbijgaan en zo snel mogelijk op gespecialiseerde, dat wil zeggen tweedelijnszorg afstappen⁶. Dat heeft als nadeel dat

³ Paul Helders telt in zijn afscheidsrede als hoogleraar kinderfysiotherapie dat een groot aantal klachten dat door ouders aan fysiotherapeuten wordt voorgelegd eigenlijk helemaal niet door de kinderfysiotherapeut gezien hoeven te worden: slechts één vierde van hen heeft fysieke problemen; de overigen zouden psychosomatische klachten hebben. Een groot aantal kinderen beweegt later of slechter dan andere kinderen, maar op zich mankeert hen niets. Hij wijdt dit deels aan de hoge eisen die ouders aan zichzelf stellen en de onzekerheid die daarvan het gevolg zou zijn. Daags na zijn rede was er een ingezonden brief in de Volkskrant van een ouder die de consulten van de fysiotherapeuten verdedigt door te stellen dat men pas achteraf kan zeggen of een afwijking acceptabel is of niet, en dat het dus begrijpelijk is als ouders grote zorgen koesteren. In reactie dáárop vermaant een hoofdredactioneel commentaar in de Volkskrant van 16 november 2010: “Ouders moeten hun kinderen niet modelleren naar een ideaalbeeld. Kinderen moeten zelf hun weg vinden. Daarbij laten zij een grote variatie zien, zowel in tempo als in niveau. Ouders moeten accepteren dat hun kind niet in alles goed kan zijn. Ouders past toewijding, maar ook bescheidenheid, of zoals Helders zegt: ‘Laat die kinderen met rust.’” Zie hier een voorbeeld van het Scylla en Charibdis waartussen zorgverleners van jeugdigen voortdurend hebben te laveren.

⁴ Hermanns, pagina 18v.

⁵ Medische professionals zetten hierbij hun vraagtekens: zo’n diagnose kan tot last worden als het kind over de diagnose heen groeit. Daarvan kan sprake zijn als het adequate behandeling heeft gekregen, maar ook als een kind de oorspronkelijke klachten ontgroeit door de ontwikkeling die een kind tijdens het opgroeien nu eenmaal doormaakt. Het kind kan erdoor onnodig gestigmatiseerd blijven.

⁶ Ook ouders doen daaraan mee: het komt voor dat ouders naar de jeugd-GGZ gaan, zonder dat de huisarts dat weet; ouders gaan soms naar gespecialiseerde zorg en gaan voorbij aan eerste lijn: huisarts, of de O&O-functionarissen (O&O=Opvoeding en ondersteuning op school). Het bestaan hiervan is overigens zowel bij ouders als huisartsen vaak onbekend.

problemen waaraan gewoon in nulde- en eerstelijns dicht bij huis gewerkt kan worden onnodig in de tweede lijn voorgelegd worden, die overigens ook niet altijd deskundig is bij nulde- en eerstelijnsproblematiek. Een ander nadeel is dat er enorme wachtlijsten ontstaan. Hierover later meer.

De Wet van Pareto en de zorg aan jeugdigen

Ondanks deze lange lijst van problemen is het goed om in gedachten te houden dat de Wet van Pareto ook in de zorg aan jeugdigen van toepassing is. 80% van de kinderen groeien goed op, binnen de bandbreedte van het gebruikelijke. Bij 15% is sprake van stevige problematiek, die echter goed behandelbaar is. Bij 5% is sprake van gecompliceerde problematiek op verschillende gebieden (somatisch, psychisch, maatschappelijk disfunctioneren op verschillende gebieden en dergelijke, zowel bij het kind als in het systeem waarin het leeft). Uitgerekend deze categorie kinderen wordt door zorg en nauwelijks of niet bereikt. In de documentaire *This boy is mine* van M. Baloch uit 2007 wordt op aangrijpende wijze zichtbaar hoe het mis loopt en mis kan lopen. Een jonge vrouw wordt gevolgd in haar leven vanaf een moment waarop ze zwanger is tot en met het moment dat haar kind uit huis wordt gehaald. Iedereen die deze documentaire ziet, weet dat het misloopt. Allerlei mensen en instanties bemoeien zich er tegenaan, maar ieder machteloos vanuit een benauwde eigen professionaliteit. We zien lange verhalen en horen ingewikkelde vragen van allerlei professionals, uitgesproken in een onbegrijpelijk koeterwaals van beleids- en agogentaal, op momenten dat iedereen die (overigens vanuit de gemakkelijke positie als beschouwende buitenstaander!) de documentaire ziet dat gewoon de armen uit de mouwen gestoken moet worden en er iets gedáán moet worden. Ondanks de inzet van allerlei mensen gaat de hele documentaire onvermijdelijk in de richting van het moment waarop het kind van de jonge vrouw onder dwang uit huis wordt geplaatst. De documentaire wordt als bijlage bij dit rapport gevoegd.

Het feit dat ernstig hulpbehoevende mensen met een zeer complexe problematiek niet bereikt worden leidt tot dramatische gebeurtenissen, zoals die van Savanna of het meisje van Nulde. Die leiden tot afschuw en brede maatschappelijke discussie. Die discussie heeft ook zijn weerslag op de zorg en de mensen die daar werken. Een nadeel van de discussie is wel dat de successen die wel degelijk geboekt worden in de zorg aan jeugdigen onvoldoende voor het voetlicht worden gebracht.

Dramatische gebeurtenissen en zeer ernstige incidenten

In de discussie over deze drama's staan twee vragen centraal: hoe heeft het zover kunnen komen, en hoe kan ervoor gezorgd worden dat "dit nooit meer gebeurt"?

Eén van de punten die dan naar voren komen is dat het aan coördinatie en afstemming tussen verschillende partijen in de zorg aan jeugdigen ontbroken heeft. Zorg- en hulpverleners zijn druk doende eigen beleid te ontwikkelen, maar onderling weet men niet waar de ander mee bezig is of welke signaleringen de ander heeft gedaan. Geconcludeerd wordt – terecht of onterecht is hier niet van belang – dat professionals steken zouden hebben laten vallen. Dit heeft geleid tot een defensieve reactie, een neiging om meer te controleren en meer formele regels. Hele organisaties ('indicatiefabrieken') worden ingericht om overzicht te krijgen, indicatiestelling te verzorgen en te waken over toegang tot de juiste zorg.

Het gevaar dat hier dreigt is dat die 5% moeilijk bereikbare probleemgevallen tot norm worden verheven voor de zorg aan de 80% jeugdigen die hun jeugd goed doorkomen en de 15% die met weliswaar stevige, maar ook behandelbare problematiek te maken heeft.

Daardoor ontstaat een grote druk op verschillende instellingen en beroepsgroepen die zich over jeugdigen ontfermen.

Maatschappelijk debat

Hierboven zijn enkele belangrijke thema's genoemd uit het maatschappelijk debat over zorg aan jeugdigen. Dat maatschappelijk debat is levendig. Velen roeren zich daarin: politici, beleidsmakers, cliënten en hun omgeving, het management van instellingen en hún management. Veel aandacht gaat over inrichting, structuur en financieringsvraagstukken. Zondermeer belangrijke onderwerpen. Zonder de juiste randvoorwaarden is het immers een stuk lastiger kwalitatief hoogstaande zorg te leveren. Daarnaast worden regelmatig oordelen uitgesproken over de manier waarop professionals hun taken uitvoeren, iets dat wel past bij de tijdgeest. Professionals worden in het defensief gedwongen. De medische inhoud kan daardoor onderbelicht zijn en andere dan medisch inhoudelijke invalshoeken kunnen de inhoud van de zorg raken. In het hele debat over de zorg aan jeugdigen valt op dat één stem weinig tot niet klinkt: die van de zorgprofessional. Verschillende beroepsgroepen in de zorg hebben wel een visie op de zorg aan jeugdigen geformuleerd, maar er bestaat geen brede visie vanuit zorgperspectief op de zorg aan jeugdigen, laat staan dat vanuit deze visie de medische as zijn eigen bijdrage levert aan het maatschappelijk debat. Het is tijd geworden de blik te richten op de zorgverleners in de medische as.

1.2 Professionals in de zorg aan jeugdigen

Voor de opvoeding van een kind komt veel kijken en naar de opvoeding van een kind kijken veel mensen om. Dat is onvermijdelijk want het is een complexe ontwikkeling die jeugdigen en hun omgeving van -/9 maanden tot 19 jaar (het einde van de puberteit⁷) doormaken, waarin veel verschillende aspecten een rol spelen. In de loop van het opgroeien krijgt de jongere dan ook met veel verschillende mensen en organisaties op het gebied van zorg, welzijn en maatschappelijk leven te maken.

Vanuit het medisch domein kan het kind te maken krijgen met

- jeugdarts (0-4 jaar; experts in ontwikkeling van kinderen);
- jeugdarts (4 tot 19 jaar: idem; de schoolarts ziet het kind zo'n 5 maal in de jaren tussen 4 en 19); op grond van het Basis Taken Pakket zien de jeugdartsen jeugdigen 20 maal, in het algemeen zo'n 15 maal in de eerste vier levensjaren en zo'n vijf keer in de schoolgaande periode⁸;
- de huisarts (gezinsarts, bekend met gezin, meestal betrokken bij de zorg van de zwangere vrouw en eventueel preconceptueel advies, diagnosticeert en behandelt zieke kinderen; verwijst door waar nodig);
- Kinder- en jeugdpsychiaters in de jeugd-GGZ;
- Kinderartsen;
- Vertrouwensartsen bij het Meldpunt Kindermishandeling;
- Artsen in het justitiële circuit⁹.

⁷ In dit rapport wordt voor wat de leeftijd betreft uitgegaan van de bestaande Wet op de Jeugdzorg. De discussie over de vraag of het einde van de puberteit inmiddels niet later valt, blijft hier buiten beschouwing.

⁸ Er zijn veel gemeenten waar de zorg aan kinderen van 0-4 jaar en van 4-19 jaar in verschillende organisaties zijn ondergebracht; her en der in het land is dit in elkaar geschoven en wordt de gehele zorg tussen 0 en 19 jaar vanuit één organisatie aangeboden.

⁹ Daarnaast kan een kind te maken krijgen met artsen voor verstandelijke gehandicapten. Deze medische professionals zijn in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

Kinderen kunnen ook zorg vanuit het publieke domein krijgen. In dat geval kunnen ze te maken krijgen met

- Ondersteuning bij ernstige opvoedingsproblemen
- instellingen en organisaties voor kinderopvang en naschoolse opvang,
- scholen,
- sportverenigingen,
- maatschappelijk werk,
- eventueel Jeugdbescherming,
- en – bij overlast of crimineel gedrag de politie en justitie.

Verschillende beroepsgroepen zijn het met elkaar eens dat gezondheidszorg en de zorg uit het publieke domein niet los van elkaar gezien kan worden. Problemen en aandachtspunten in de somatische of psychosociale gezondheidszorg staan niet los van bijvoorbeeld opvoedproblemen of de maatschappelijke situatie van de leefomgeving van het opgroeiende kind. Dit betekent dat de zorgprofessional deels te maken heeft met professionals uit aanpalende maatschappelijke sectoren buiten de zorg.

Daar komt nog eens bij dat de zorg aan jeugdigen in bepaalde gevallen niet losgezien zou moeten worden van volwassenenzorg. Als een kind gedragsstoornissen vertoont komt al gauw het systeem waarin een kind opgroeit in zicht. Gedragsstoornissen bij een kind *kunnen* samenhangen met de manier waarop ouders opvoeden. Daarmee komt opvoedondersteuning (vanuit het publieke domein) in zicht. Maar wellicht hebben opvoeders niet alleen behoefte aan begeleiding bij de opvoeding, maar hebben ze zelf ook behandeling nodig in de GGZ, de Volwassenenpsychiatrie.

Dit alles maakt de zorg aan jeugdigen extra ingewikkeld. Het is niet alleen nodig dat binnen de medische as goed wordt samengewerkt, er moet ook nog eens samengewerkt worden met verschillende actoren in het publieke domein. Later in dit rapport wordt daarop uitgebreider ingegaan, maar hier kan alvast gezegd worden dat die samenwerking en afstemming ernstige gebreken vertonen. Waarmee we te spreken komen over de manier waarop de zorg aan jeugdigen in Nederland is georganiseerd.

1.3 Hoe zorg en welzijn voor jeugdigen onoverzichtelijk langs elkaar heen werken

Zoals hierboven aangegeven zijn veel partijen betrokken bij de zorg aan jeugdigen. Die zijn werkzaam in een buitengewoon ingewikkeld veld, met een groot aantal partijen die allemaal delen van de zorg aan jeugdigen voor hun rekening nemen. Er is echter geen enkele partij die het grote overzicht heeft, die als regisseur kan optreden. Zo zijn er alleen al zeven ministeries die zich bezig houden met aspecten van zorg en welzijn van jeugdigen [zie bijlage 1]. Ook de lagere overheden (zoals gemeentes en provincies) hebben hun taken en verantwoordelijkheden. Verschillende disciplines in zorg en welzijn hebben verschillende perspectieven, verschillende organisatiestructuren, verschillende formele kaders en verschillende financieringsstromen¹⁰. Tussen de verschillende zorgaanbieders is bovendien

¹⁰ Medische zorg wordt bijvoorbeeld veelal vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd. De jeugdgezondheidszorg wordt gefinancierd door de gemeente (GGD, Consultatiebureaus, Centra Jeugd en Gezin) of door de provincie (bijvoorbeeld Bureaus Jeugdzorg). Justitiële jeugdinrichtingen vallen onder het Ministerie van Justitie. In justitiële jeugdinrichtingen (JJI) wordt de zorg door het Ministerie van Justitie betaald én bepaald. Dit kan ertoe leiden dat kinderen in een JJI niet de zorg krijgen die andere kinderen op grond van bijvoorbeeld Zvw of AWBZ wel zouden krijgen. Scholen vallen onder het ministerie van Onderwijs.

onvoldoende afstemming. NRC Weekblad 12-18 september 2009 schreef prikkelend naar aanleiding van een onderzoek van René Paas: “Jeugdhulpverleners werken zo dicht mogelijk langs elkaar heen.”

Informatief is het overzicht ontleend aan een artikel van Jos Rietveld *De Nederlandse jeugdzorg: zorgenkind op weg naar volwassenheid?*¹¹ [Zie bijlage 2] Typerend is overigens dat Rietveld in zijn overzicht huisartsen en kinderartsen niet opgenomen heeft....

Kortom: de zorg aan jeugdigen is zeer versnipperd, verantwoordelijkheden zijn verdeeld over een groot aantal partijen en niet eenduidig belegd. Er zijn in verschillende disciplines wel functionarissen met coördinerende functies voor een deel van het geheel, maar het schort aan coördinatie tussen al die mensen die aan het coördineren zijn¹².

De zorg aan jeugdigen wordt dan ook gekenmerkt door hoge schotten: tussen zorg en het publieke domein, en evenzeer tussen de verschillende partijen in de medische as.

Doordat er in het algemeen geen enkele professional is die het overzicht heeft over hoe het gaat met het kind en opvoeders, die het gehele terrein van gezondheidszorg én het publieke domein bestrijkt, kunnen kinderen en opvoeders tussen de wal en het schip vallen. De continuïteit van zorg wordt vaak niet vanuit de professionals gerealiseerd. Eigenlijk zijn kinderen en opvoeders de enige continue factoren in de zorg. Er is echter vaak niet één zorgverlener die vanuit een generalistische invalshoek vanuit de zorg én de zorg uit aanpalende domeinen met het gezin “optrekt”. In alle gesprekken komt naar voren dat gesprekspartners somber zijn over het feit dat het de professionals niet lukt hierin wezenlijke verandering te brengen.

Ondanks alle verschillen tussen en binnen de werelden van zorg en welzijn voor jeugdigen is er op een aantal punten grote overeenstemming van mening:

- Iedereen beklagt zich erover dat er – ook binnen de medische as - veel te weinig samengewerkt en afgestemd wordt. Met betere samenwerking zou veel winst te behalen zijn.
- Het overzicht is ver te zoeken: men vertelt grote moeite te hebben de weg in de werelden van zorg en het publieke domein te vinden. Er zijn grote witte vlekken. Competenties en deskundigheden zijn vaak onbekend en ten gevolge daarvan worden die onvoldoende gebruikt of ingezet.
- Het grote overzicht ontbreekt: die ene persoon die het geheel aan zorg en welzijn van een jeugdige overziet en regisseert.

Coördinatie en controle ten koste van professionaliteit van professionals

Hierboven is al aangeduid dat ernstige incidenten ertoe hebben geleid dat het vertrouwen in professionals geschonden is. Om daar meer grip op te krijgen heeft de samenleving toevlucht genomen tot vergroting van controle en beheersing. Dit leidt tot allerlei formele regels en

¹¹ MGv 64,2009, 858-874. Het genoemde schema staat op pagina's 860 en 861; de opmaak ervan is in de bijlage wat toegankelijker gemaakt.

¹² De gebrekkige ketensamenwerking is onderwerp van analyse in: *Werkende Ketens? Metarapportage Integraal toezicht Jeugdzaken 2009 over zes onderzoeken naar ketensamenwerking* van het Onderzoek integraal Toezicht Jeugdzaken uit juli 2009.

procedures, protocollisering en standaardisering. Dit heeft vanzelfsprekend invloed op de zorg- en dienstverlening. Niet alleen organisatorisch, maar ook inhoudelijk. Meer en meer tijd en mensen worden ingezet om te voldoen aan de eisen die een wantrouwende samenleving aan haar professionals stelt. Het heeft geleid tot een toename van coördinatie, regievoering¹³, indicatiestelling en verwijzing¹⁴. Het heeft geleid tot een scheiding van diagnostiek, adviseren, informeren en geruistellen, indiceren en de feitelijke zorgverlening.

Voor alle kinderen is het van belang dat maatwerk geleverd kan worden, want ieder kind verschilt en de omgeving waarin het opgroeit verschilt ook. Om de zorg individueel te kunnen toesnijden is een zekere regelvrijheid van de professional nodig. Deze men kan haast zeggen “ambachtelijke” professionaliteit en de professionele bandbreedte die daarvoor nodig is, dreigen te worden verdrongen door geprotocolleerd handelen, door landelijke afspraken en verplichtingen die de inhoud van het werk van de jeugdprofessional sterk bepalen en beïnvloeden¹⁵.

Wachlijstproblematiek

Een ander gevolg is het ontstaan van lange wachtlijsten in de zorg voor jeugdigen. Dit vormt een prangende problematiek. In het recente verleden zijn allerlei ingrepen gedaan. Er is veel extra geld beschikbaar gesteld en er zijn belangrijke structuurwijzigingen ingevoerd, waarvan de inrichting van Centra voor Jeugd en Gezin de opvallendste uiting is. Desalniettemin is er sprake van lange wachtlijsten én van een onderontwikkeling van nulde en eerstelijnszorg ten faveure van de tweedelijnszorg. Hierover later meer.

Tweedelijns verdringt nulde- en eerstelijns: verwijzing volgt financiering

Er is nog een andere factor die verwijzing naar de tweedelijns bevordert en dat is de financiering en structuur van de zorg aan jeugdigen. Er bestaat binnen de zorg aan jeugdigen een prikkel om naar de tweede lijn te verwijzen. Dat heeft te maken met het feit dat de jeugdgezondheidszorg door de gemeente wordt gefinancierd. De gespecialiseerde tweedelijnszorg aan jeugdigen daarentegen wordt deels¹⁶ gefinancierd door de provincie. Voor gemeenten is het – bij wijze van spreken – “aantrekkelijker” om naar de tweedelijns te verwijzen: de kosten daarvan dragen de provincies immers, en niet de gemeenten.

Bovendien bestaan bij die gespecialiseerde instellingen lange wachtlijsten die politiek en maatschappelijk gevoelig liggen. Dat leidt ertoe dat er jaarlijks extra geld naar de provincies gaat. Hiermee wordt gespecialiseerde zorg gestimuleerd en nulde- en eerstelijnszorg ontmoedigd.

¹³ Als voorbeelden worden hier het Elektronisch Kind Dossier (EKD) en de Verwijsindex genoemd. Over het gebruik van de Verwijsindex door artsen is door de KNMG overigens al een standpunt ingenomen, reden waarom dit hier verder onbesproken blijft.

¹⁴ Waarvoor naast het al bestaande Bureau Jeugdzorg de laatste jaren de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) worden of zijn ingericht.

¹⁵ Zie in dit kader: *Koesteren & ontwikkelen. Een visie op de Jeugdgezondheidszorg als Publieke Zorg voor de Jeugd*, van de Stichting Kind & Maatschappij uit 2008, met een voorstel voor kwaliteitsverbeteringen voor en door professionals die in de jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn.

¹⁶ De jeugd-GGZ bijvoorbeeld wordt vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd (en niet door de provincies). Het is formeel de bedoeling dat de toegang tot deze tweedelijnszorg via het Bureau Jeugdzorg verloopt. In praktijk echter verwijzen artsen vaak rechtstreeks naar de jeugd-GGZ, in pas met wat gebruikelijk is binnen het medische echelon.

Een bijeffect is dat het nulde – en eerstelijnsaanbod van de gemeentes beperkt is. Er is onvoldoende plek waar ouders met concrete vragen snel en praktijkgerichte antwoorden krijgen (de Bureaus Jeugdzorg stellen met name indicaties en verwijzen door, ze hebben geen of zeer beperkt eigen zorgaanbod). Om dit te ondervangen is door het voormalige Ministerie van Jeugd en Gezin besloten dat gemeentes moeten overgaan tot inrichting van (nulde- en eerstelijns) voorzieningen dicht bij huis: de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Zo'n CJG zou niet alleen plek moeten zijn waar mensen met vragen terecht kunnen; ook zouden ze direct gerichte antwoorden moeten kunnen krijgen op vragen die bij opvoeders leven, zonder dat mensen in de wacht worden gezet omdat er eerst verwezen of geïndiceerd moet worden. In andere woorden: een professional die functioneert zoals de huisarts dat kan binnen de gezondheidszorg. Niet toevallig pleitte voormalig minister Rouvoet voor een “pedagogische huisarts”, waar mensen terecht kunnen voor vragen, advies, informatie en geruststelling, diagnostiek, behandeling en als het echt nodig is verwijzing. De bedoeling was vanuit het CJG de zorg en begeleiding te geven aan het kind zelf en de mensen in de omgeving waarin dat opgroeit (zowel het gezin als het maatschappelijk leven daaromheen). Bij voorkeur sluit de zorg aan bij de kracht die zich in elke situatie wel ergens blijkt voor te doen. Gemeentes zijn druk doende deze centra in te richten¹⁷. Het is afwachten of dit beleid door het nieuwe kabinet Rutte voortgezet zal worden.

Al met al heeft dit in de zorg aan jeugdigen geleid tot een situatie die te vergelijken is met het volgende – aan de somatiek ontleende – beeld.

Van alle mensen die hoofdpijn hebben richt zich een deel tot de gezondheidszorg. In beginsel is dit de huisarts. De huisarts kan diagnosticeren, mogelijk behandeling geven, uitleg geven en waar nodig en gepast gerust stellen. Het grootste deel van de patiënten komt niet in de tweedelijns terecht: de ruggengraat van de hoogwaardige gezondheidszorg in Nederland. Een aantal patiënten moet toch doorverwezen worden naar (bijvoorbeeld) de neuroloog. Deze kan haar/zijn expertise toegespitst inzetten voor een patiënt die van tevoren al gescreend is door de huisarts.

Zo niet in de jeugdzorg. Daar bestaat het model dat mensen met hoofdpijn en die een dokter willen raadplegen onmiddellijk bij de neuroloog uitkomen. De wachtkamers van de neurologen puilen uit van de patiënten, waardoor lange wachtlijsten ontstaan. Voor veel van deze mensen zou eerstelijnszorg eigenlijk al voldoende zijn. De neuroloog zal wellicht zelfs willen terugverwijzen. In de zorg aan jeugdigen heeft dat niet veel zin, omdat er slechts een zwak ontwikkelde en te weinig samenhangende eerste lijn is. De wachtkamer blijft volzitten, de wachttijden blijven lang, en tot overmaat van ramp komt de zorg regelmatig niet terecht bij de mensen die haar bij uitstek nodig hebben. Dat leidt tot maatschappelijke discussie en het gevolg is geweest dat er extra middelen beschikbaar worden gesteld voor de gespecialiseerde zorg.

¹⁷ Het staat overigens iedere gemeente vrij om zelf te kiezen voor de vorm waarin ze dat willen doen. In grotere steden is dat zelfs gedelegeerd naar stadsdelen.

Hoofdstuk 2 *Medische professionals in de zorg voor jeugdigen*

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de medische as in de zorg aan jeugdigen, met name de huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen, jeugdpsychiaters en (huis)artsen in justitiële jeugdinrichtingen.

De KNMG is de landelijke koepel van alle artsen. Een notitie over de zorg aan jeugdigen van de KNMG zal zich dus in eerste instantie richten op de beroepsgroep van artsen als geheel en de overkoepelende aangelegenheden. Dit alles laat onverlet de verantwoordelijkheden, rollen en deskundigheden van de verschillende beroepsorganisaties.

1. Visie van medische as op zorg aan jeugdigen: de stem van de gezondheidszorg in het debat over de zorg aan jeugdigen.
2. Gemeentelijk, provinciaal en landelijk beleid
3. Collegiale verhoudingen
4. De zorg aan jeugdigen defragmenteren
5. Beroepsgeheim en privacybescherming als belemmerende factoren.
6. Beeldvorming en stigmatisering in de jeugdgezondheidszorg.

2.1 De stem van de gezondheidszorg in het debat over zorg aan jeugdigen

In het maatschappelijk debat over de zorg aan jeugdigen klinkt de stem van de medische professional te weinig. De discussie wordt door publiek, politiek en pers gevoerd. De medische inhoud blijft vaak onderbelicht. Dat is een gemis.

Daar komt nog eens bij dat de maatschappelijke discussie gevolgen heeft voor de manier waarop medische professionals inhoudelijk en organisatorisch hun werk hebben te doen. Dat is niet wenselijk dat er besluiten over de medische inhoud genomen worden zonder dat de beroepsgroep(en) daar voldoende bij betrokken zijn.

Enkele voorbeelden.

(zorginhoudelijk) Drama's als die van Savanna leiden ertoe dat gemeentes een extra accent leggen op preventie van ernstige incidenten. Volgens sommige gemeentelijke politici zouden jeugdartsen zich best kunnen beperken tot de tien veel voorkomende lichamelijke klachten, zodat zij zich voor het overige kunnen richten op andere preventieactiviteiten op het gebied van opgroeien, opvoeden, kindermishandeling en dergelijke. Op zich kan het maken van deze keuze terecht zijn, maar het is geen goede zaak als dit soort beslissingen genomen zou worden zonder voldoende inbreng vanuit de medische beroepsgroep. Al was het maar omdat de somatische problematiek die aan de jeugdarts gepresenteerd wordt, bepaald niet is afgenomen en eventuele andere taken dus leiden tot een verzwaring van het werk, niet alleen qua werkdruk, maar óók inhoudelijk.

(organisatorisch) Een consultatiebureau is gehuisvest in hetzelfde gebouw als een eerstelijnsvoorziening. Dit heeft inhoudelijk veel voordelen: huisartsen, de artsen van het consultatiebureau en andere professionals werken intensief met elkaar samen. Helaas besluit de GGD om het consultatiebureau naar een andere locatie te verhuizen. De GGD heeft daarvoor ongetwijfeld goede redenen, maar het is funest voor de zorginhoud. Intercollegiaal contact verwatert door de fysieke afstand en dat gaat ten koste van de kwaliteit van de zorg voor jeugdigen.

(wet- en regelgeving) Het aantal malen dat een kind door een jeugdarts gezien wordt, is wettelijk bepaald op basis van het Basis Taken Pakket (BTP). Het is een recht van mensen en een plicht die de samenleving is aangegaan. Inmiddels is de tijd voortgeschreden en gaan er medisch-inhoudelijke stemmen op om dit aantal te verhogen, zodat met name schoolgaande kinderen beter gevolgd kunnen worden. Het komt voor dat dit niet van de grond komt, in verband met bestaande wet- en regelgeving (BTP). Dat kan betekenen dat een kind minder vaak gezien wordt dan medisch-inhoudelijk wellicht wenselijk is.

Dit alles hangt samen met het feit dat er eigenlijk geen breed gedragen¹⁸ visie vanuit de gehele medische as op de zorg aan jeugdigen bestaat. Aan zo'n gezaghebbende visie bestaat behoefte. Het kan leiden tot een gemeenschappelijke agenda voor de medische beroepsgroepen¹⁹. Bovendien biedt zo'n visie uitgangspunt voor steviger deelname aan het maatschappelijk debat over de zorg aan jeugdigen. Een eigen, integrale visie geeft de medische beroepsgroepen gezicht.

Vanuit een heldere, breed gedragen visie op de zorg aan jeugdigen kan de medische beroepsgroep hoorbaarder deelnemen aan het maatschappelijk debat. Deze integrale visie bevat naast de medische inhoud ook uitspraken over randvoorwaarden, structuren en afstemming (onderling en met aanpalende sectoren). Een dergelijke visie (compleet met actieplan) uitwerken zou bij uitstek een KNMG-taak zijn, vanzelfsprekend in nauwe samenspraak met de verschillende medische disciplines.

2.2 Gemeentelijk, provinciaal en landelijk beleid

Zoals eerder aangeduid is een belangrijk deel van de zorg voor jeugdigen de taak van gemeente (GGD, Centrum voor Jeugd en Gezin) en de provincie (Bureau Jeugdzorg). Een veelgehoorde klacht is dat bij de gemeentelijke of provinciale beleidsontwikkeling de medische beroepsgroep over het hoofd gezien wordt. Gezien de scope van bijvoorbeeld gemeentelijke organisaties is dat wellicht wel begrijpelijk, vanuit medische invalshoek is het onwenselijk.

Enkele voorbeelden.

¹⁸ Verschillende beroepsverenigingen hebben hun visie geformuleerd over hun rol in de zorg aan jeugdigen (AJN, LHV, NHG, NVK). Dat zijn alleszins waardevolle stukken. Waar het in deze nota om gaat is dat er wordt gepleit voor een alomvattende visie die verschillende disciplines overstijgt, zoals de KNMG dat recentelijk ook voor de zorg aan kwetsbare ouderen gedaan heeft.

¹⁹ Verschillende medische beroepsgroepen zijn voortdurend bezig het eigen vak te ontwikkelen. De zorg aan jeugdigen is daarvan een vanzelfsprekend onderdeel. Momenteel voeren bijvoorbeeld de leden van de NVK een interne discussie over de toekomst van de kindergeneeskunde. Daar zijn kwesties aan de orde, zoals de (on)wenselijkheid van concentratie van kindergeneeskundige zorg, van het evenwicht tussen generalistisch en (sub)specialistisch, de pro's en contra's van sociale pediatrie, het wetenschappelijk onderzoek van medicijnen voor kinderen en dergelijke. Deze besloten discussie is gaande en zal zich eerst de komende tijd nader uitkristalliseren. Omdat ten tijde van het schrijven van dit rapport de discussies nog liepen kan daarop hier niet vooruitgelopen worden.

Ook huisartsen werken aan een nieuwe toekomstvisie op de huisartsgeneeskunde. Daaraan wordt momenteel door LHV en NHG gewerkt, in samenspraak met een groot deel van de beroepsgroep. Ongetwijfeld zal hierin ook de zorg aan jeugdigen aan de orde komen en de rol die huisartsen hier willen spelen. Ook deze discussie loopt nog en op de uitkomst daarvan kan niet vooruitgelopen worden.

De gemeente is verantwoordelijk voor de inrichting van een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Huisartsen worden bij de oprichting ervan niet betrokken²⁰, en na oprichting ervan niet geïnformeerd. In zo'n situatie verbaast het niet als onderlinge verwijzing en overleg niet van de grond komt.

De Bureaus Jeugdzorg vallen onder verantwoordelijkheid van de provincie. Bij de Bureaus Jeugdzorg werken veel gedragswetenschappers; de medische beroepsgroep is niet vertegenwoordigd²¹. Omdat de problematiek die aan het Bureau Jeugdzorg voorgelegd wordt, vaak samenhangt met medische problematiek, is het onwenselijk als de medische kant te weinig aandacht krijgt. Dat kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. Overigens wijten velen het minder goede functioneren van Bureaus Jeugdzorg aan het feit dat er nauwelijks tot geen artsen werkzaam zijn. Voor medische professionals zijn er geen inhoudelijke aanspreekpunten, reden waarom veel medici – overigens tegen hun zin - afzien van contacten met het Bureau Jeugdzorg.

Veel van deze onderwerpen moeten op regionaal en lokaal niveau door beroepsbeoefenaren en hun organisaties opgenomen. Het kan echter geen kwaad als ook op landelijk niveau dergelijke onderwerp besproken kunnen worden. Dat zou ervoor pleiten als de KNMG probeert te komen tot bestuurlijk overleg met de koepel van gemeenten (de VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten²²) en de provincies (IPO: het Interprovinciale Overleg²³).

De ontwikkeling van een eigen visie vanuit de medische as vanuit de KNMG is een goede aanleiding om het overleg met VNG en IPO aan te gaan.

3.3 Collegiale verhoudingen

De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de KNMG uit voorjaar 2010 bevat onder andere de volgende aandachtspunten:

- “Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.” (Aandachtspunt 2)
- “Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt (...) op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.” (Aandachtspunt 3)
- “Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.” (Aandachtspunt 4)

²⁰ Dit is overigens wellicht gevolg van het feit dat minister Rouvoet bij de introductie van het idee de huisartsen niet expliciet genoemd heeft. Die omissie is natuurlijk geen reden om bij de uitvoering wel rekening te houden met de rol van bijvoorbeeld huisartsen.

²¹ Vertrouwensartsen bij het Meldpunt Kindermishandeling zijn verbonden aan een casus en maken geen deel uit van het Bureau Jeugdzorg, hoewel ze er veel mee samenwerken.

²² Voor de activiteiten vanuit de VNG op het gebied van “Jeugd, onderwijs en sport” wordt verwezen naar <http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=76699>.

²³ Voor de activiteiten vanuit het IPO op het gebied van “Sociaal beleid en zorg”, zie: http://www.ipo.nl/31-Sociaal_beleid_en_Zorg.html?dossier=11.

- “Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.” (Aandachtspunt 6)
- “Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.” (Aandachtspunt 7)
- “Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de (...) overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico’s als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.” (Aandachtspunt 9)
- “Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).” (Aandachtspunt 10)
- “Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.” (aandachtspunt 12).

In beginsel vindt de zorg aan jeugdigen plaats vanuit een continuüm. In de praktijk vormt de medische as in de zorg aan jeugdigen dat onvoldoende. Hoewel er goede uitzonderingen zijn, is *grosso modo* de zorg aan jeugdigen gefragmenteerder dan nodig of gewenst.

De hierboven aangehaalde punten uit de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling komen in de dagelijkse praktijk onvoldoende tot hun recht. Dat heeft gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Er valt zowel inhoudelijk als procedureel veel te winnen als verschillende betrokken partijen meer recht doen aan bovengenoemde aandachtspunten²⁴.

Enkele voorbeelden.

- Jeugdartsen die verwijzen naar andere zorgverleners (zowel eerste- als tweedelijns) ontvangen vaak geen (kopieën van) verslaglegging. Kinderen verdwijnen daardoor uit het oog van jeugdartsen.
- Alle zorgverleners klagen over het feit dat ze elkaar niet kunnen bereiken: “Het kost meer moeite dan dat het oplevert. Dus laat ik het maar zitten.” Weliswaar zijn er goede uitzonderingen (tussen jeugd- en kinderartsen bijvoorbeeld, en tussen huis- en kinderartsen. Maar in het algemeen vinden zorgverleners het moeilijk contact met elkaar te krijgen. Overigens kunnen de redenen heel prozaïsch zijn: de logistiek van het consultatiebureau verschilt bijvoorbeeld van die in de huisartsenvoorziening. Er wordt in het dagrooster van een jeugdarts in het consultatiebureau niet voorzien in overleg. Dat moet dus na kantoortijden plaatsvinden, als de huisarts niet meer bereikbaar is.
- Verwijzing naar de jeugd-GGZ lijkt opmerkelijk problematisch te zijn. Een veelgehoord geluid: “Ik verwijs liever niet naar de jeugd-GGZ, tenzij het echt niet anders kan. Ik heb het gevoel dat ik naar een instituut verwijs en niet naar *iemand*. Er

²⁴ Ten aanzien van aandachtspunt 12 wordt opgemerkt dat AJN, LHV en NHG *Handreiking samenwerking huisarts – jeugdgezondheidszorg* uit gebracht hebben. Huisartsen en jeugdartsen zijn van mening dat het een belangrijk hulpmiddel kan zijn om de samenwerking tussen huisarts en de jeugdgezondheidszorg te verbeteren en te versoepelen. De praktijk blijkt echter weerbarstig. Om redenen elders in dit rapport genoemd blijkt het lastig regionale afspraken goed van de grond gekomen. Het zou goed zijn als implementatie van de handreiking met extra inspanning bevorderd wordt.

zijn enorme wachtlijsten en tijdens de behandeling is de berichtgeving summier. In een enkel geval krijg ik na een paar jaar het bericht: status: behandeling afgerond, maar wat er nou eigenlijk gebeurt en gebeurd is, weet ik niet. Het is jammer dat ik die kennis niet kan meenemen als ik als huisarts wordt geconsulteerd door de patiënt of het gezin.”

- De laatste tijd is de discussie ontstaan over de eventuele screening door jeugdartsen op eventuele psychiatrische problematiek. Hoewel veel jeugdartsen zich kunnen vinden in dit idee en er ook invulling aan willen geven, vragen ze zich ook af of het wel zin heeft dit te doen: de kinderen komen – naar verluidt zelfs als er sprake is van een crisissituatie - toch op een (niet-transparante) wachtlijst in de Jeugd-GGZ te staan.
- In de medische as wordt met name genoemd de wachtlijstproblematiek in de jeugd-GGZ. De zorgvraag is blijkbaar zó groot dat zowel voor de reguliere, maar zelfs voor de acute zorg wachtlijsten bestaan. Dit leidt niet alleen tot druk bij de opvoeders en de omgeving van het kind. Bovendien leidt het tot extra druk op andere medische beroepsbeoefenaars uit de keten, zoals huis-, kinder- en jeugdartsen, die de gevolgen hiervan moeten opvangen.
- In de kind- en jeugdpsychiatrie wordt beaamd dat het voorkomt dat berichtgeving blijft liggen. Dit zou te maken hebben met het feit dat men beducht is voor klagende ouders die elk woord in een verslag op een weegschaaltje zouden wegen en gemakkelijk naar de rechter stappen. Een kinderpsychiater vertelt dat de verslaglegging aan collega-artsen er inderdaad bij inschiet omdat er in GGZ-instellingen zó'n druk op productie gelegd wordt dat berichtgeving wel *moet* blijven liggen. Of deze druk in de GGZ groter is dan in andere zorginstellingen kon in het kader van dit rapport niet onderzocht worden. Maar blijkbaar bestaat hier een groot probleem.

De klachten over de onderlinge samenwerking en afstemming komen in het algemeen neer op het volgende.

- De verschillende beroepsgroepen weten niet (voldoende) wat de (hedendaagse) collega's doen, bijdragen aan de zorgketen, welke competenties en expertise ze hebben.
- Het onderlinge berichtenverkeer laat te wensen over.
- De verschillende beroepsgroepen zien elkaar “over het hoofd” en daardoor komt meerwaarde van samenwerking in de zorg onvoldoende uit de verf.

Er zijn overigens wel nuanceverschillen. Binnen de medische as lijkt het erop dat de interactie tussen huisarts en specialist op de tussen hen gebruikelijke manier plaatsvindt. De interactie tussen jeugdartsen en andere artsen is onder de maat. De interactie tussen de GGZ en de overige medische beroepsgroepen wordt als problematisch ervaren.

Daarnaast staat er een hoge schutting tussen de medische zorg en de zorg voor jeugdigen vanuit het publieke domein.

Dit alles is deels te verklaren uit inbedding, organisatiewijze en financieringsstromen. Mensen werken in volstrekt verschillende settings die ze van elkaar niet kennen; ieder heeft vanuit het eigen perspectief een specifieke kijk op een deel van de problemen waarmee jeugdigen kunnen kampen. Inleven in wie de ander is en wat die voor een goede beroepsbeoefening nodig heeft, daaraan ontbreekt het in de zorg aan jeugdigen, volgens enkele gesprekspartners: “Het lijkt wel alsof men zich niet realiseert dat er ook een leven buiten de spreekkamer is.” Dit alles leidt tot een situatie waarin samenwerking moeilijk tot stand komt; competenties en

expertises van de verschillende medische beroepsgroepen komen niet in elkaars verlengde te liggen. Het totaal is daardoor minder dan de som der delen.

Al deze verschillen en hindernissen ten spijt: iedereen die bij de zorg aan jeugdigen betrokken is, is ontevreden en zelfs gefrustreerd doordat ze hun collega's onvoldoende gemakkelijk en soepel vinden. Hier ligt een taak voor de beroepsverenigingen en – voor wat het mozaïek van de zorg aan jeugdigen betreft – de landelijke artsenkoepel.

Er zou kortom al een enorme winst worden geboekt als betrokkenen elkaar naar behoren en conform de professionele standaarden informeren en op de hoogte houden. De moderne communicatiemiddelen maken dat een stuk gemakkelijker dan in het verleden wellicht het geval was²⁵.

2.3 De zorg aan jeugdigen defragmenteren

Een casus.

Een kind heeft een somatische aandoening die op het consultatiebureau gediagnosticeerd wordt. De kinderarts behandelt het kind, houdt het onder controle en springt in als de aandoening opspeelt. Ondertussen is het kind natuurlijk gezien door de huisarts als gezinsarts en bij acute problemen is de huisarts de eerst aan te spreken arts. De ontwikkeling van het kind verloopt met horten en stoten: het is zozegd een lastig kind. Onduidelijk is of die horten en stoten binnen de bandbreedte valt van wat uiteindelijk een “gewone” ontwikkeling blijkt te zijn, en hoe dan ook: de ouders vragen zich af hoe ze hiermee kunnen omgaan. De jeugdarts (die het kind tussen 4 en 18 zo'n vier keer te zien krijgt) kan daaraan aandacht geven, al is ook de jeugdarts niet gespecialiseerd in psychiatrische problematiek. Duidelijk is dat de ouders met de handen in het haar zitten hoe ze het kind het beste kunnen opvoeden, en daarom vinden enkele adviesgesprekken plaats vanuit de sfeer van de maatschappelijke ondersteuning. Hopelijk helpt hen dit voor het moment; in noodgevallen kunnen de ouders een beroep doen op deze instelling - voor zover de wachtlijsten dat toelaten. Omdat het kind gepest wordt op school regelt de schoolarts ondertussen dat het kind een cursus van vier bijeenkomsten kan volgen om de assertiviteit te vergroten zodat het weerbaarder is op school waar hij in een klas zit dat nogal veel pestgedrag vertoont, waarvoor het kind gevoelig blijkt te zijn.

Van een afstand bekeken zijn de zaken netjes geregeld. Voor elk van de klachten en aandachtspunten worden professionals ingeschakeld, die het hunne kunnen bijdragen aan de zorg voor kinderen en hun opvoeding. Maar vanuit het perspectief van kind en opvoeders is de vraag: wie houdt het grote overzicht? Wie vult de gaten tussen de verschillende zorg- en hulpverleners? Wie overziet de verschillende disciplines en brengt ze met elkaar in samenhang? Wie begeleidt kind en ouders in de tijd dat er geen sprake is van een acute situatie, maar desalniettemin een stevige problematiek op verschillende levensgebieden die ieder onder een andere discipline vallen? De enige continuïteit lijken het kind en de opvoeders te zijn, wat in praktijk vaak betekent dat ze het zelf maar moeten uitzoeken.

²⁵ Het is al lastig de weg binnen de medische beroepsgroep te vinden, maar het wordt nog een stuk lastiger als men zich begeeft in het onoverzichtelijke veld van aanpalende sectoren in bijvoorbeeld de welzijnsector of de maatschappelijk ondersteuning. Er is dan ook grote behoefte aan sociale kaarten, naar het voorbeeld van “En nu is het genoeg. Verwijsgids Huiselijk Geweld en Kindermishandeling Holland Midden”. Gezien het grote aantal betrokkenen is het lastig dit actueel te houden. Vanzelfsprekend is het de verantwoordelijkheid van regionale partijen om sociale kaarten te ontwikkelen en – nog lastiger – up-to-date te houden. Het zou echter goed zijn als dit beter belegd zou zijn zodat dit niet alleen afhankelijk is van de bevoegdheid van individuen.

Wat ontbreekt is de generalist als gesprekspartner van kind en opvoeders, die overzicht heeft, niet alleen in de zorg, maar ook in de aanpalende gebieden. Natuurlijk, een deel van de generalistische zorg is bij huisartsen in goede handen. Huisartsen melden echter nauwelijks te overzien wat er gebeurt als ze een kind naar de GGZ doorverwijzen. Als het gaat om zorg uit het maatschappelijk domein wordt het nog een stuk lastiger. Misschien is het ook wel teveel gevraagd om dit alles te overzien, maar de vraag is dan: vindt de medische as dat ze hier een taak heeft, en zo ja, op welke manier stelt de medische beroepsgroep zich voor die in te vullen?

Het zal niet eenvoudig zijn om hierin verandering te brengen, maar de medische as zou een wezenlijke bijdrage leveren aan verdere verbetering van de zorg aan jeugdigen door samenwerking en afstemming te vergroten, en door te voorzien in een coördinerende functie, door aanspreekpunt te zijn voor kind en ouders bij *alle* vragen die in de loop van het jeugdige leven opkomen.

Wanhopig is de situatie niet. Er zijn immers interessante initiatieven. In het oog springend is het voorbeeld van de huisartsvoorziening Eudokia waar huisarts Dick Walstock werkt en waar de zorg voor jeugdigen op een vernieuwende manier ingericht wordt²⁶. Er zijn ook elders in het land huisartsen die samenwerken met POH Jeugd en/of ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg aan kinderen door een POH GGZ. Elders is te zien dat het juist de jeugdarts is die een generalistisch overzicht behoudt. Voorbeelden zijn de tientallen jeugdartsen die in Jeugd GGZ-instellingen werken met als taak het grotere overzicht te behouden. Wellicht vindt de medische as het wenselijk dat huis- en jeugdartsen wel fysiek in elkaars nabijheid werken, met respect voor elkaars expertise en de creatie van meerwaarde. P. Sauer ea denken in een geheel andere richting en doen het voorstel²⁷ de gehele eerstelijnszorg voor kinderen maar onder te brengen bij kinderartsen in het ziekenhuis, wat interessante logistieke gevolgen kan hebben voor die ziekenhuizen als alle kinderen die nu naar de huisarts gaan rechtstreeks naar de kinderartsen in het ziekenhuis zouden gaan. Immers: drie kwart van alle kinderen gaat minstens één keer per jaar naar de huisarts, zo leert een artikel van Marjolein Berger ea²⁸. Stof voor discussie en visie genoeg. Welke weg de zorg ook wil inslaan: het is belangrijk dat erover wordt nagedacht en dat er een visie wordt geformuleerd. Dit is één van de grote uitdagingen waarvoor de beroepsgroep zich gesteld ziet in de visie op de zorg aan jeugdigen.

Tegen deze achtergrond is de KNMG Handreiking over zorg aan kwetsbare ouderen interessant. Ook hier is immers sprake van verschillende soorten problematiek die elkaar onderling beïnvloeden en bij voorkeur in samenhang aangepakt worden. Het gaat om een breed scala aan (somatische en GGZ-) problematiek, maar ook om sociaal functioneren, om wonen, om voorzieningen die onder de WMO en dus onder de gemeente vallen. Ook in deze zorg zijn verschillende partijen met verschillende referentiekaders en financieringsstromen betrokken. Ook hier is het lastig om het overzicht te houden. De werkgroepen die de handreiking hebben uitgewerkt hebben zich geconcentreerd op de rol van medici. Dat is mede

²⁶ Een artikel hierover verscheen in Volkskrant van 23 oktober 2010 en in Trouw van 25 oktober 2010 . Overigens onderzoekt het NIVEL de effecten van dit initiatief.

²⁷ MC 65,20 (2010) 905-907.

²⁸ MC 65,40 (2010) 2082-2084.

gedaan vanuit de gedachte dat de medische beroepsgroep verantwoordelijk wil zijn voor de zorg aan kwetsbare ouderen, maar dat het niet realistisch is om in het kader daarvan problemen in samenwerking en afstemming met andere dan zorgpartijen op te lossen. De handreiking is met enthousiasme ontvangen, en dat is iets wat de zorg aan jeugdigen zou kunnen gebruiken.

Er zijn zeker overeenkomsten met de zorg aan jeugdigen, maar er is ook één onderscheidend verschil: kinderen groeien op, en het is een lange en ingrijpende ontwikkeling die ze doormaken. Dat gaat met de nodige horten en stoten en heeft aanzienlijke invloed op het welbevinden.

2.4 Beroepsgeheim en privacybescherming als belemmerende factoren.

Het beroepsgeheim en de bescherming van de privacy van cliënten blijkt – met name in de GGZ - een belemmerende factor te zijn voor onderlinge samenwerking en onderlinge berichtgeving. Er zijn jeugdpsychiaters die niet willen deelnemen aan multidisciplinaire besprekingen omdat hij bang is zijn beroepsgeheim te schenden.

Aan de andere kant van het spectrum staan de jeugdpsychiaters die vinden dat de psychiatrische problematiek die zij te behandelen krijgen, nooit op zichzelf staat, maar dat er altijd een ingewikkelde samenhang met andere factoren bestaat. Goede jeugdpsychiatrische zorg is in deze visie alleen mogelijk bij een intensieve interactie met andere professionals, inclusief niet-medische.

Als het inderdaad zo is dat het beroepsgeheim deelname aan de zorgketen rondom een kind in de weg staat, is het een aangelegenheid die de gehele beroepsgroep aangaat. Als het gaat om de interpretatie van het beroepsgeheim en de vaststelling van randvoorwaarden en waarborgen om multidisciplinair overleg mogelijk te maken lijkt een rol voor de KNMG weggelegd – vanzelfsprekend in nauwe samenspraak met de beroepsverenigingen. Hoewel er al een veelheid aan documenten bestaat, blijkt het nog steeds een onderwerp dat beroepsbeoefenaren voor problemen stelt.

Verschillende artsen geven overigens aan dat hun ervaring leert dat dit probleem goed opgepakt kan worden: in de meeste gevallen kan openlijk met betrokkene en/of ouder(s)/opvoeder(s) besproken worden dat het in het belang van de behandeling belangrijk is dat er overleg plaatsvindt met bijvoorbeeld de huisarts. Gezien dit belang zijn mensen vaak bereid toestemming te geven voor overleg met andere relevante partijen, zowel binnen als buiten het medisch circuit. Veel artsen hebben deze vaardigheid opgedaan in de loop van hun carrière. Het valt te overwegen dit soort problemen van praktische aard meer plaats te geven in het basiscurriculum, de medische vervolgopleidingen en in na- en bijscholing.

2.5 Beeldvorming en stigmatisering van de jeugdgezondheidszorg.

In het verleden is het voorgekomen dat de jeugdgezondheidszorg de verzamelplek was van artsen die elders niet aan de slag konden: “Wie niets anders kon, kon je altijd nog CB- of schoolarts worden. Een applicatiecursus van een paar dagen was voldoende.” Die tijd ligt inmiddels achter ons. Het vak heeft zich sterk ontwikkeld. Inhoudelijk zijn de nodige slagen gemaakt. Het vak heeft een volwaardige opleiding van maximaal 4 jaar.

Desalniettemin lijdt het beroep nog onder het verouderde stigma. Een gesprekspartner zei: “Het heeft een slecht imago, en het is een prachtig vak”. Het is zaak dat de rol van artsen in de jeugdgezondheidszorg en hun specifieke expertise en verschillende specialisaties beter

gecommuniceerd worden. Hun plaats binnen de zorgketen verdient expliciet meegenomen te worden.

Het stigma van artsen in de jeugdgezondheidszorg leidt ertoe dat het lastig blijkt voldoende (geschikte) artsen te interesseren voor de beroepsopleiding. Gericht pr-beleid valt te overwegen.

Daar komt nog een andere bemoeilijkende factor bij: de opleiding van een jeugdarts worden de kosten van de scholing en de niet-productieve uren van de opleiding en de opleider vergoed. Het is echter nodig dat een gemeente een vacature stelt die door een aios ingevuld kan worden. Gemeentes moeten keuzes maken uit veel prangende punten die om aandacht vragen, maar waarvoor het geld beperkt is. Het kan daarom gebeuren dat het stellen van een vacature voor een aios geen prioriteit krijgt, bijvoorbeeld omdat voor het overige de zittende bezetting voldoende is. Dit kan ten koste gaan van de continuïteit van het vak. Een prachtig onderwerp om in het bestuurlijk overleg tussen KNMG en VNG aan de orde te stellen.

2.6 Overige en meer specifieke aandachtspunten

Hieronder volgen enkele losse aandachtspunten die in de gesprekken aan de orde kwamen.

(Algemeen) De zorgsector bereidt zich voor op de vergrijzing die de komende decennia zal plaatsvinden. Het is van belang dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit en innovatie van de zorg aan jeugdigen.

(Volwassenenpsychiatrie) Veelgehoord is de klacht dat volwassenenpsychiaters onvoldoende tot geen aandacht geven aan eventueel in het gezin van een patiënt aanwezige kinderen. Het kost naar verluidt zelfs moeite om bij de intake expliciete vragen over het onderwerp opgenomen te krijgen. Psychiatrische problematiek bij opvoeders kan grote repercussies hebben voor kinderen. Om die te ondervangen is binnen de Jeugd-GGZ een aanbod ontwikkeld voor deze kinderen. Zo zijn er groepen voor kinderen met ouders met psychiatrische problemen, voor kinderen met verslaafde ouders en voor kinderen met depressieve ouders. Deze initiatieven voorzien in een behoefte, maar de groepen komen vaak niet vol. Dat heeft verschillende oorzaken. Volwassenenpsychiaters hebben primair oog voor de noden van hun volwassen patiënten, en niet voor hun eventuele kinderen. Zelfs het signaleren van het probleem door huisarts of kinderpsychiater zodat die actie kan ondernemen, komt – zo blijkt uit de gesprekken – niet tot nauwelijks van de grond. Huisartsen als gezinsartsen zouden de verwijzing wel voor hun rekening kunnen nemen, maar daar breekt zich het probleem van het gebrek aan communicatie en overleg: soms weten huisartsen niet eens dat een patiënt in behandeling is, of waarvoor. Ten slotte kunnen kinderen alleen verwezen worden als de psychiatrische stoornis bij de ouder(s) formeel is gesteld; als ouders zich daartegen verzetten – wat in de GGZ natuurlijk regelmatig voorkomt – ontbreekt daarmee een grondslag voor verwijzing en/of behandeling voor de kinderen.

(GGZ) Bij rechters is soms weinig kennis van psychiatrische problematiek. Dat kan tot dramatische situaties leiden, bijvoorbeeld bij het besluit een kind terug te plaatsen in het huis met haar moeder met borderline: “Rechters laten zich makkelijk inpakken.”

(GGZ) Hetzelfde geldt voor de Raad van de Kinderbescherming en het Bureau Jeugdzorg: daar is sprake van oververtegenwoordiging van gedragswetenschappers en te weinig inbreng vanuit psychiatrische invalshoek.

(JJI) In Justitiële Jeugdinstellingen (JJI's) is de kern van de activiteiten gedragsmatig. Gedragswetenschappers voeren er de boventoon. De indruk is dat de medische zorg (zowel somatisch, maar ook psychiatrisch) "erbij hangt". Gedragswetenschappers overleggen in beginsel met psychologen en niet met huisartsen of psychiaters. Die laatste twee overleggen wel weer veel met elkaar. Maar er is dus sprake van twee circuits naast elkaar. Dat hoeft niet alleen negatieve gevolgen te hebben. Zo wordt momenteel in de JJI's een nieuwe werkwijze landelijk ingevoerd die is gebaseerd op gedragsmatige interventies: YOUTURN²⁹. De ervaringen hiermee zijn goed. Ook artsen merken dit: ze krijgen andersoortige problemen gepresenteerd, en met name crisisinterventies nemen af. Een goede ontwikkeling dus. Toch is het de vraag of de medische as niet teveel aan de zijlijn gemanoeuvreerd is. Dat gedragsproblematiek ook psychiatrische aspecten kan hebben is duidelijk, en het zou dus voor de hand liggen de psychiater daar meer bij te betrekken. Hetzelfde geldt voor huisartsen. Zij nemen in de JJI's bij opgenomen jeugdigen de rol van de eigen huisarts over. Maar hun rol in de JJI kan groter zijn. Verschillende huisartsen vertellen dat ze aan jongeren van zo'n 16 jaar uitleggen dat het niet gebruikelijk is als iemand op die leeftijd altijd pijn ervaart. De omgang met het eigen lichaam is een belangrijk onderdeel van het welbevinden van iemand, en kan van invloed zijn op gedrag en stemming, en juist tijdens de puberteit komen jongeren voor allerlei ingrijpende vragen en ervaringen te staan. Daarom is het uitgesproken jammer dat de bij uitstek generalistische insteek en meerwaarde van huisartsen in JJI's niet te volle gebruikt worden.

(JJI) Artsen die in justitiële instellingen werken dienen een applicatiecursus te volgen die door het ministerie van Justitie wordt bekostigd³⁰. De inhoud van deze cursus is – naar verluidt – met name geënt op instellingen voor volwassenen. Het is wenselijk dat meer aandacht wordt gegeven aan jeugdigen en de specifieke eisen die de zorg aan hen stelt.

2.7 Samenvattend

In dit hoofdstuk waarin met name aan de medische professionals aandacht is gegeven, wordt ingegaan op de vraag welke actie vanuit de medische as ondernomen zou kunnen worden om de zorg aan jeugdigen een impuls te geven. Eén van de hoofdthema's is het pleidooi dat medici zich nadrukkelijker laten horen in het maatschappelijk debat. Bij voorkeur gebeurt uit vanuit een nog te ontwikkelen brede visie van de medische as op de zorg aan jeugdigen. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van de ervaringen die zijn opgedaan bij de vervaardiging van het KNMG-standpunt *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. Op enkele punten bestaat treffende gelijkheid met de zorg aan jeugdigen, al heeft die laatste natuurlijk ook specifieke eigenschappen. Een dergelijke visie uitwerken zou een belangrijke eerste stap zijn. Voorts wordt voorgesteld om de samenwerking tussen medische professionals een kwaliteitsimpuls te geven. Daarmee zouden de verschillende medische professionals elkaar meer dan nu het geval is versterken en zou het continuüm in de zorg aan jeugdigen versterkt worden. Daarnaast bevat dit hoofdstuk allerlei elementen die bij beleidsvorming meegenomen kunnen worden.

²⁹ In het jaarverslag 2009 van JJI Hey-Acker wordt op een inzichtelijke en aansprekende manier uitgebreid stilgestaan bij deze nieuwe basismethodiek. Opmerkelijk is wel dat de woorden arts, huisarts, psychiater of medisch geen enkele maal genoemd worden in dit overigens mooie jaarverslag.

³⁰ Zie: MC 65,11, 509.

Vertrouwelijke bijlage: gesprekspartners

Ter voorbereiding van dit rapport is met veel verschillende mensen gesproken. Met enkele gesprekspartners vonden uitgebreide gesprekken plaats. Hun namen volgen hieronder.

- Frits Boer, emeritus-hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, AMC Amsterdam
- Suzanne Boomsma, Stichting Kind & Maatschappij en programmaleider CMDZ Rotterdam
- Elise Buiting, arts M&G, (ten tijde van het gesprek:) voorzitter AJN
- Linda Dil, (kinder-en jeugd)psychiater, psychoanalytisch psychotherapeut, verbonden aan PuntP, Amsterdam
- T.A.H. Doreleijers, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie VUmc, opleider De Bascule, Amsterdam
- Gert van Enk, kinderarts Gelderse Vallei, lid Raad van Toezicht Jeugdzorg Oss
- Rolien Hadders, secretaris van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)
- Anneke Kesler, Arts Maatschappij & Gezondheid en hoofd VTO Team GGD Amsterdam
- Noor Landsmeer-Beker, kinderarts, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Leiden
- Francoise Langens, huisarts, werkzaam bij PreventieConsult te Amersfoort
- Joost B. Muskens, huisarts, tevens werkzaam in JJI Hunnerberg te Nijmegen
- Ernest Müter, manager bedrijfsvoering divisie Kinderen, UMCU
- E.E.S. Nieuwenhuis, hoogleraar kindergeneeskunde, UMCU
- Caroline Thijssen, huisarts te Eindhoven
- Alex Verhoef, huisarts, tevens werkzaam aan de JJI Hey-Acker in Breda