

Succes Centra voor Jeugd en Gezin hangt af van ruimte voor professionals, verbinding met eerstelijnszorg en een flexibele Jeugdgezondheidszorg

A.J.M. Hermans,¹ A. Standaart²

Overal in het land worden Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) opgezet. Zij worden gezien als de oplossing voor de jeugdproblematiek van Nederland. Hoe kan worden voorkomen dat zij een nieuwe hinderlijke bureaucratische laag worden? Hoe komt de verbinding met de eerstelijnszorg tot stand en wat wordt de rol van de Jeugdgezondheidszorg?

Uit Utrechts onderzoek in opdracht van de Jeugdgezondheidszorg komt de noodzaak naar voren om samen met zorgverleners in de wijken te bekijken hoe tot passende arrangementen van zorg en hulp te komen. Zonder voldoende handelingsruimte voor professionals bestaat het gevaar dat invoering van de CJG de aandacht juist afleidt van verbeteringen in de zorg voor de jeugd die met voorrang moeten worden opgepakt.

CENTRA VOOR JEUGD EN GEZIN: EEN NIEUWE BUREAUCRATISCHE LAAG?

Het beleidsprogramma van de Minister voor Jeugd en Gezin 'Alle kansen voor alle kinderen' is duidelijk: Overal in het land dienen Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) te worden opgezet.¹ In 2011 moet er een landelijk dekkend netwerk zijn gevormd.²

De CJG dienen laagdrempelige fysieke inlooppunten te zijn, waar (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren, maar ook

professionals, met alle vragen over gezondheid, opgroeien en opvoeden terecht kunnen. Door bundeling van functies, met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) als spil, wordt er tussen jeugdbeleid, gezondheidszorg en jeugdzorg samenhang gerealiseerd en kan er gericht hulp en advies gegeven worden.

Aanleiding tot de oprichting van CJG is de constatering dat de zorg voor de jeugd versnipperd is. Daardoor vallen kinderen tussen wal en schip. Ouders weten niet waar ze terecht kunnen met hun vragen over opvoeden en opgroeien, problemen worden niet vroeg genoeg door professionals gesignaleerd, zorgverleners in de wijken kunnen de vaak complexe problematiek niet alleen af, er is geen sprake van eenduidige coördinatie van zorg, en zorgverleners op lokaal niveau maken veelal geen goede afspraken met elkaar over verwijzing en terugkoppeling.³

Hoewel met de implementatie van CJG het lokale jeugdbeleid flink op de schop gaat, wordt er over het algemeen vrij kritiekloos naar deze plannen gekeken. Aandacht in de pers kreeg wel de reactie van bestuurders en academici die jaren geleden aan de wieg stonden van de Bureaus Jeugdzorg. Kern daarvan is dat de CJG een nieuwe bureaucratische laag dreigen te worden.⁴ Ook de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling waarschuwt hiervoor.⁵

Is deze vrees terecht? Ja, maar dan is aan de orde hoe samenhangende zorgnetwerken tot stand kunnen komen rond een CJG zonder de bureaucratie te vergroten. En verder hoe voorkomen kan worden dat de CJG en eerstelijnszorg of (wijk)gezondheidscentra – immers ook deze vormen een laagdrempelige fysieke

Forum

Forum biedt onder meer plaats aan ingezonden commentaren en reacties, korte praktijkbijdragen, congresverslagen en boekbesprekingen. Aanwijzingen inzake lengte, opmaak en wijze van inzending (per e-mail) zijn verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat. De redactie behoudt zich het recht voor om te redigeren en/of te bekorten.

voorziening in de wijk en eerste aanspreekpunt voor zorg – naast elkaar en langs elkaar gaan opereren.

In dit artikel geven wij, mede aan de hand van onderzoek in Utrecht, hierop onze visie en gaan wij in op de consequenties van de komst van de CJG voor de Jeugdgezondheidszorg in het algemeen.

DE UTRECHTSE AANPAK

In de Gemeente Utrecht wordt in elk van de tien wijken een CJG opgezet. Binnen deze CJG is voorzien in een zorgmodel voor de meer complexe problematiek bij kinderen, jeugdigen en in gezinnen. Daar vindt beoordeling, advisering en toeleiding naar hulp plaats. Ter voorbereiding op de invoering van deze CJG is door de JGZ voor 4 tot 19 jarigen van de GG&GD Utrecht onderzocht hoe invoering tot een succes is te maken. Gekozen is voor een aanpak die zou moeten bijdragen aan verbetering van het bestaande netwerk van zorgverleners in wijk of buurt. Er werd gebruik gemaakt van een instrument, de Quick Scan Netwerkanalyse (QSN), ontwikkeld door een bureau met veel ervaring in het realiseren van samenwerking tussen professionals in zorgsectoren.⁶

Bij de toepassing van deze scan staan de JGZ-professionals (jeugdartsen en

¹ Programmaleider Academische Werkplaats Jeugd, GG&GD Utrecht en UMC Utrecht

² Bureau Obelon, Rotterdam

–verpleegkundigen, pedagogen) en haar zorgpartners in de wijk (huisartsen, maatschappelijk werkers, onderwijsgevend) centraal. Zij zijn het immers die met elkaar tot een beter, sluitend arrangement van zorg moeten komen. Er werd een netwerkanalyse gemaakt, die de sterktes en zwaktes van het bestaande netwerk in beeld bracht. Zo werd precies duidelijk wat er in het netwerk verbeterd moest worden om de lokale zorg op niveau te brengen. Het plan van aanpak dat uit de scan voortkwam biedt voor professionals én management verbeterpunten en daarmee een perspectief op beter samenhangende lokale zorg.

De QSN maakte het mogelijk om in twee maanden een betrouwbaar beeld te verkrijgen van het functioneren van het lokale zorgnetwerk en de rol van de JGZ daarbinnen. Er werden analyses gemaakt van de zorgvraag, het zorgaanbod en de lacunes daarin. Ook werd duidelijk aan welke risicogroepen de zorgprofessionals geen of onvoldoende aandacht besteedden en welke stappen gezet konden worden om de samenhang tussen zorgaanbod en zorgvraag te verbeteren.

Belangrijk is ook dat deze aanpak waardering en enthousiasme van de JGZ-teams in de wijken opleverde, omdat de informatie waar zij over beschikten beter werd geordend, aangevuld en op een compacte, gestructureerde wijze werd verwerkt tot een verbeterplan. De scan bracht ook nieuwe ideeën voort over de wijze waarop de JGZ haar rol in het zorgnetwerk zou kunnen vervullen. De geïnterviewde zorgpartners van de JGZ in de wijken raakten betrokken bij de invoering van de CJG omdat bestaande problemen en tekorten in de zorg in hun werkgebied in kaart werden gebracht.

FACTOREN VAN BELANG BIJ INVOERING MODEL CJG

Door in te zoomen op de visie van zorgprofessionals op hun werk in de wijk kwamen zaken aan het licht die nog niet bekend waren. Zo blijkt invoering van een CJG bij de zorgpartners een afwachtende houding op te leveren en terughoudendheid met betrekking tot het investeren in de bestaande samenwerking. De zorgpraktijk dreigt daardoor als het ware te bevriezen.

Voorts blijken lacunes in het lokale zorgaanbod voor de zorgverleners soms veel urgenter dan de implementatie van een nieuw zorgmodel. Dit geeft aan hoe belangrijk het is om bij veranderingen in de zorgstructuur de acute problemen van de lokale jeugd voorop te blijven stellen.

Ook bleek het wezenlijk het functioneren van het bestaande netwerk te waarborgen omdat anders de samenhang verstoord wordt voordat de nieuwe structuur is aangebracht. Het gevaar bestaat dan dat kinderen verstoken blijven van adequate zorg.

Ten slotte kwam naar voren dat door een nieuw zorgmodel - in de perceptie van zorgprofessionals - ook goede bestaande bilaterale verbindingen dreigen te verdwijnen. Voorbeeld daarvan zijn de relaties tussen huisarts en jeugdarts in de afstemming van zorg voor bijvoorbeeld bij kinderen met ADHD. Het is dus belangrijk om precies aan te geven voor welke problematiek het reeds bestaande netwerk in stand blijft en welke veranderingen er door het nieuwe model worden geïntroduceerd.

SAMENHANG ZONDER BUREAUCRATISCHE MANOEUVRES

Het Utrechtse onderzoek heeft geleerd dat het wenselijk is de zorgprofessionals nauw te betrekken bij de ontwikkeling en implementatie van de CJG. Met de uitkomsten wordt tevens duidelijk hoe zij een stevig fundament kunnen leggen onder de CJG. Ook de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling ziet voldoende handelingsruimte voor professionals als een antwoord op verkokering en bureaucratie.⁷

Hoewel de minister voor Jeugd en Gezin ook het belang onderkent van 'de touwtjes in handen van professionals geven' en van plan is hier de komende jaren veel aandacht aan te besteden, wordt dit voornemen nog niet geconcretiseerd.⁸ Het is blijkens ons onderzoek essentieel om de zorgverleners op de werkvloer hun primaire processen te laten inrichten op basis van een analyse van wat de wijk nodig heeft. Er dient van het begin af aan aandacht te zijn voor een toedeling van verantwoordelijkheden die dit mogelijk maakt. De doelstel-

lingen van een CJG raken immers direct de positie en verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals. Bij de invoering van een CJG zullen zij uitgenodigd moeten worden om hun verantwoordelijkheid hierin te nemen. Zij moeten gezamenlijk in staat worden gesteld om tekortkomingen te signaleren en zich daar op te richten.

Gezondheidscentra laten op dit moment zien hoe belangrijk het is voor het in stand houden van samenwerkingsverbanden van zorgverleners om de professionele verantwoordelijkheden te regelen. De landelijke werkgevers van gezondheidscentra lieten een advies opstellen om een evenwichtiger verhouding tussen huisartsen en managers te bewerkstelligen.⁹ Die blijkt hard nodig om de onmisbare bijdrage van professionals aan zorgvernieuwing en zorgarrangementen te waarborgen.

VERBINDING CJG EN EERSTELIJNSZORG

Naast aandacht voor de dragende rol van de professionals in zorgnetwerken is een visie op de relatie tussen CJG en eerstelijnszorg of (wijk)gezondheidscentra cruciaal. Daarbij gaat het met name om de coördinerende rol die in een zorgproces vereist is. Een hechte verbinding tussen zorgdisciplines biedt nieuwe kansen voor goede zorg. Vraag is welke zorgprocessen bij de eerste lijn horen en welke bij de CJG. Is er altijd een duidelijk onderscheid te maken? Denk bijvoorbeeld aan een gezin diep in de schulden en met multiple problematiek: een kind met een gedragsprobleem, een ander kind met astma en een ouder met onbegrepen lichamelijke klachten.

Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg is het duidelijk: de JGZ moet nieuwe Maasmeisjes voorkomen. Zij is – zo luidt het advies van de Inspectie – verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie.¹⁰ De Minister voor Jeugd en Gezin spreekt zich uit voor de JGZ als het om jonge kinderen gaat. In zijn notitie "Een dynamische eerstelijnszorg"¹¹ en het vervolg daarop "Acute zorg"¹² onderkent de minister van VWS dat er nadere afspraken gemaakt moeten worden met en door het veld over de afstemming tussen CJG en de eerstelijnszorg. Ook de minis-

ter voor Jeugd en Gezin onderschrijft dit en werkt aan een handreiking.⁸ Het ligt ons inziens voor de hand om de verbanden tussen de CJG en eerstelijnszorg te laten lopen via de medische disciplines, te weten de JGZ-arts (jeugdarts of arts Maatschappij en Gezondheid) en de huisarts. Dat biedt de beste garantie op goede en gecoördineerde zorg aan kind en gezin. De onlangs verschenen handreiking "Samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg" vormt een goede eerste aanzet.¹³

CONSEQUENTIES VOOR DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Een CJG biedt kansen op betere zorg. Of het ook daadwerkelijk gezondheidswinst oplevert voor kind en gezin moet nog worden aangetoond. Onderzoek daarvoor in de zorgpraktijk is van wezenlijk belang en het verdient aanbeveling om daar nu mee te starten. De GG&GD Utrecht heeft om die reden onderzoek naar de effectiviteit van dit zorgmodel en specifiek de rol van de Jeugdgezondheidszorg én de behoeften van (allochtone) ouders en jeugd, tot speerpunt gemaakt van haar Academische Werkplaats Jeugd.

Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt dat de JGZ-teams stevig verankerd zijn in de wijk en over het algemeen goed zicht hebben op doelgroepen, zorgvraag en zorgaanbod. Zij worden beschouwd als de verbindende factor in de wijk en zijn creatief in het bedenken van nieuw zorgaanbod, aangepast aan de vraag zoals zij en de partners die percipiëren. Wil de JGZ daadwerkelijk aan de lokale vraag voldoen, dan vereist dat inhoudelijke en financiële flexibiliteit. Naast handelingsruimte voor professionals en een hechte samenwerking tussen JGZ-arts en huisarts, zou dit wel eens de derde sleutel kunnen zijn voor een verbeterde en

samenhangende zorg zonder extra bureaucratie.

ABSTRACT

Success of Youth and Family Centres is determined by full play for professionals, linkage with general practice and a flexible Youth Health Care

Youth and Family Centres are physical and easily accessible facilities that combine services related to health, growing up and parenting and offer immediate information, advice and minor help to parents, children and professionals. Three keys of success have been identified in a study carried out in the municipality of Utrecht. First, to prevent the creation of a new bureaucratic layer the professionals of these services must be given full play to organize their own processes. Secondly, the general practitioner and the youth health care medical officer should link general practice with Youth and Family centres to guarantee coordinated care. A flexible youth health care, in content as well as financially, is the third key for well coordinated and effective local youth care.

Key words: Youth and Family Centres, general practice, youth health care

LITERATUUR

1. Programmaministerie Jeugd en Gezin. Alle kansen voor alle kinderen. Programma Jeugd en Gezin 2007-2011. Den Haag: Programmaministerie Jeugd en Gezin, 2007.
2. Bestuursakkoord 'Samen aan de slag' tussen rijk en gemeenten. namens Minister G. ter Horst en staatssecretaris A. Th.B. Bijleveld-Schouten van het Ministerie van

Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, minister W.J. Bos van Financiën en W.J. Deetman, voorzitter VNG. Den Haag: 4 juni 2007.

3. *Eijck S van*. Koersen op het Kind. Sturingsadvies deel 1. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong; 2006.
4. Volkskrant. Rouvoet creëert een moloch in de jeugdzorg. 14 juni 2008.
5. Volkskrant. Plannen Rouvoet lossen niets op. 5 september 2008.
6. Bureau Obelon Rotterdam. www.obelon.nl.
7. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte. Advies 44. Den Haag: RMO, 2008.
8. Ministerie voor Jeugd en Gezin. Voortgangsrapportage Centra voor Jeugd en Gezin. Brief aan Tweede Kamer. Den Haag: Programmaministerie Jeugd en Gezin, 7 november 2008.
9. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Werkgroep Visie op partnerschap. Tussenrapportage Bureau Obelon. LVG Utrecht, nov. 2007.
10. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen aan Gessica vanuit het perspectief van een veilige ontwikkeling van het kind. Den Haag: IGZ, 2007.
11. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een dynamische eerstelijnszorg. Brief aan Tweede Kamer. Den Haag: Ministerie van VWS, 25 januari 2008.
12. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Acute zorg. Brief aan Tweede Kamer; 2007-2008, 29247, nr 76. Den Haag: Ministerie van VWS, 2008.
13. LHV, NHG en AJN: Handreiking samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg. Utrecht: LHV, NHG en AJN, 2008.

CORRESPONDENTIEADRES
Dr. A.J.M. Hermans, GG&GD Utrecht,
Postbus 2423, 3500 GK Utrecht,
e-mail: j.hermans@utrecht.nl