

Centrum voor Jeugd en Gezin dreigt huisarts te vergeten

Probleemkinderen horen in eerste lijn

Hans Moolenburgh, huisarts te Katwijk en Projectleider GGZ van de Zorgcoöperatie Katwijk langs de Rijn

Correspondentieadres:
hcmoolen@xs4all.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

In 2011 moet iedere gemeente een Centrum voor Jeugd en Gezin hebben. De rol van de huisarts hierbij komt in de stukken nauwelijks voor. Een politieke misser, die echter ook de huisarts zelf valt aan te rekenen. Die moet zijn kans grijpen.



Het CJG moet een laagdrempelige voorziening worden voor ouders en kinderen/jongeren van 0 tot 23 jaar die vragen hebben over opvoeding of ontwikkeling. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Opvoedingsondersteuning en Bureau Jeugdzorg vormen de peilers waarop het centrum rust. Merkwaardigerwijs wordt de relatie tussen het CJG en de huisarts nauwelijks in de beleidsstukken benoemd. Dit is een omissie van de politiek, maar ook de huisarts laat een kans liggen om de eigen positie ten opzichte van het CJG en in de zorgketen duidelijk te maken. Vanaf januari 2009 heeft hij de mogelijkheid een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) aan te stellen. Er bestaat bij huisartsen echter een tendens om de beschikbaar gestelde gelden voor de POH-GGZ te besteden aan het inhuren van een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) bij de tweede lijn.

De nieuwe functie van praktijkondersteuner GGZ in de eerste lijn vraagt echter om een andere invulling. Huisartsen zouden de komst van de POH-GGZ moeten aangrijpen om patiënten, inclusief kinderen,

met psychische problemen op een structurele wijze te onderzoeken en te helpen zoals dat van een poortwachter in de zorg mag worden verwacht.

Risicofactor

Van de Nederlandse kinderen heeft 15 procent psychische problemen en 7 procent zelfs zodanig ernstig dat hulp van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig is.¹ Toch krijgt maar 3 procent van deze kinderen daadwerkelijk hulp.² En dat terwijl psychische problemen op jeugdige leeftijd een generieke risicofactor vormen voor psychische stoornissen op volwassen leeftijd, zoals uit enkele studies over dit onderwerp blijkt.^{3 4}

Ook Robert Vermeieren, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie bij het Leids Universitair Medisch Centrum, benadrukte in 2007 bij zijn inauguratie dat kinderen met psychische problemen vaak op de verkeerde plek belanden door onvoldoende diagnostiek in de eerste lijn. Hij dringt aan op een goede signalering van psychische problemen, diagnostiek met voldoende onderscheidend vermogen en hulp op het juiste moment op de juiste plaats door de juiste persoon.⁵

De Wet op de Jeugdzorg (2005) beoogt de positie van ouders en jeugdigen te versterken

door vraaggericht werken. Het ontbreken van een keus bij de zorgvrager is hiermee in tegenspraak. De huisarts, JGZ-arts en kinderarts hebben nu nog de mogelijkheid om kinderen rechtstreeks zonder de tussenkomst van Bureau Jeugdzorg naar de Jeugd-GGZ te verwijzen. Een evaluatierapport over de Wet op de Jeugdzorg en de recente berichten over het oplopen van de wachtlijst voor de Jeugd-GGZ geven aan dat huisartsen te veel zouden doorverwijzen.^{6 7} De teneur in deze berichten is dat de rol van de huisarts moet worden ingeperkt. Voordat deze definitief in de periferie van de jeugdzorg verdwijnt is het goed de potentiële mogelijkheden van de huisarts nog eens te bekijken.

Filterfunctie

Zwaanswijk (2006) onderzocht de filterfunctie van de huisarts in een steekproef onder vier- tot achttienjarigen.⁸ Uit de studie blijkt dat de huisarts de emotionele en gedragsmatige problematiek van jongeren beperkt herkent. 80 procent van de jongeren met deze problemen heeft het spreekuur van de huisarts wel bezocht, meestal met lichamelijke klachten. In het onderzoek benoemde slechts 13 procent van de kinderen psychische problemen expliciet. Zwaanswijk raadt aan de probleemherkenning van psychische klachten door de huisarts te verbeteren, en hiertoe gestandaardiseerde screeningsinstrumenten te ontwikkelen.

In Katwijk proberen sinds 2007 acht huisartsen, verbonden in de huisartsencoöperatie Katwijk langs de Rijn, de hulpverlening aan kinderen met psychische problemen te verbeteren. Dit project, Alle Hens Aan Dek (AHAD) is gestart omdat de huisartsen psychische problemen minder systematisch benaderden dan somatische klachten. Sommige herkenden zelden psychische problemen, anderen vaak. Er bestond behoefte aan diagnostiek en tijdige therapeutische interventie.

Bij aanvang van het project zijn bestaande psychische classificatiesystemen voor de huisarts toegankelijk gemaakt. Vervolgens zijn in nauwe samenwerking met andere organisaties, een aantal stappen gezet.⁹

Screening

Zo is met Curium-LUMC een screeningsinstrument ontwikkeld. Uitgangspunt hierbij is dat het de normale consultvoering niet verstoort en dat de huisarts na afloop van het consult weet of het kind in zijn of haar functioneren is belemmerd.¹⁰

Ook werd een eerstelijns kinderpsycholoog verbonden aan de groep huisartsen. Zij vestigde

Volgens berichten over wachtlijsten verwijzen huisartsen te veel door

Van de Nederlandse kinderen heeft 7 procent geestelijke gezondheidszorg nodig.

beeld: Marcel van den Bergh, HH

SAMENVATTING

- Artsen moeten, willen ze niet volledig buiten de boot vallen, beter aanhaken bij de totstandkoming van de Centra voor Jeugd en Gezin.
- Dat betekent wel dat ze hun filterfunctie uiterst serieus moeten nemen en probleemjeugd als zodanig moeten herkennen.
- Een huisartsencoöperatie in Katwijk is met dit oogmerk het project Alle Hens Aan Dek gestart.

Het mag niet zo zijn dat de huisarts straks aan de zijlijn staat



De gebruikte literatuur en eerder verschenen MC-publicaties over de huisarts en psychologische zorgverlening vindt u bij dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.

zich in Katwijk en binnen een jaar was haar praktijk volledig gevuld met de verwijzingen van de acht deelnemende huisartsen, ook van degenen die nooit psychische problemen bij kinderen zagen.

Praktijkondersteuner

Als volgende stap werd in het kader van een proefproject bij drie huisartsengroepen in de regio per 1 januari 2009 een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) aangesteld. Kinderen zijn een expliciete doelgroep. De primaire taak van de POH-GGZ is het uitvoeren van diagnostiek en het ontwikkelen van een therapeutisch netwerk. Voor de diagnostiek bij kinderen wordt gewerkt met screeningslijsten, waarna zo nodig verdieping plaatsvindt, onder andere met een ontwikkelingsanamnese en een semigestructureerd interview.¹¹ Het onderzoek van de POH-GGZ leidt tot een werkdiagnose, waarna met de huisarts het verdere beleid wordt besproken. In een lokale werkgroep wordt de ketenzorg rond kinderen uitgewerkt. Daartoe worden vragenlijsten op elkaar afgestemd en wordt zoveel mogelijk gestreefd naar het bundelen van JGZ en huisartsinformatie.¹² De POH-GGZ kan een brugfunctie vervullen tussen een


groep huisartsen en andere organisaties.

De kinderpsycholoog geeft na een jaar intensief met de huisartsen te hebben samengewerkt aan dat de grote meerwaarde van de huisarts is dat deze het systeem rond het kind kent

en, soms zonder zich daarvan bewust te zijn, een schat aan informatie heeft over de betrokken gezinnen en families.

Het project sluit dan ook goed aan bij het aansprekende NHG-standpunt 'Huisartsenzorg en jeugd', waarin de vertrouwensband van de huisarts met het gezin nadrukkelijk centraal staat.^{13 14}

Gezinsarts

De Centra voor Jeugd en Gezin zijn zich nu aan het ontwikkelen. Het mag niet zo zijn dat de huisarts daarbij aan de zijlijn staat en na 2011 ontdekt dat zijn/haar rol als gezinsarts is uitgespeeld. Dat moet zowel de politiek als de huisarts zich aantrekken, omdat anders een grote groep kleine zorgvragers niet de zorg krijgt die zij nodig heeft. 

veldwerk

EQ

Afgelopen week werd ik geïnterviewd door een jonge promovendus in de 'Corporate governance en HRM', over de verhouding tussen raden van bestuur en raden van toezicht in ziekenhuizen. Tijdens het interview bleek dat zijn interesse vooral uitging naar de emotionele en sociale intelligentie van en tussen raden van bestuur en raden van toezicht.

Dertig minuten eenvoudige testvragen later, raakte ik echter licht geïrriteerd. Ik werd getest op mijn inschattingsvermogen van andermans emoties. Op een computer werd telkens op een andere toon de zin uitgesproken: 'Ik ga nu de kamer uit'. Ik moest raden of de persoon 'kwaad', 'tevreden', 'verdrietig' of 'angstig' was.

Na afloop van die test ging ik uitgesproken uitgezakt en ongeïnteresseerd in mijn bureaustoel hangen en zei ik op vrolijke toon: 'Ik ga nu de kamer uit'. Vervolgens vroeg ik de jonge promovendus welke emotie hij dacht waar te nemen bij mij. In de war zei hij 'tevreden?'. Waarop ik uitlegde dat voor mensen in het algemeen, maar wellicht ook (understatement) voor bestuurders – en onverminderd in hun relatie met toezichthouders – geldt dat emotionele intelligentie bestaat uit het juist interpreteren van zowel non-verbale als verbale communicatie.

De onderzoeker werd rood en vroeg mij of daar onderzoek naar was gedaan. Ik zakte toen echt moedeloos achterover in mijn stoel en zei cynisch: 'Het zou toch spannend zijn als de conclusie van dit promotieonderzoek is dat raden van toezicht en raden van bestuur in de zorg minder emotioneel intelligent zijn dan de gemiddelde Nederlander'. Maar de combinatie van mijn toon, inhoud en houding werd door de jonge promovendus niet begrepen. Enthousiast zei hij dat dat pas écht nieuws zou zijn, waarop hij opgeruimd mijn kamer uit snelde.

Claudia Zuiderwijk,
ziekenhuisbestuurder

Literatuur

1. Tick NT Time Trends in Dutch Children's Mental Health. Academisch Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007.
2. Bogt T ter, Dorsellaer, S van, Volleberg W Health Behavior in School Aged Children (HBSC studie, Nederland). Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. Utrecht, Trimbos-instituut, 2003.
3. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington HL, Milne B, & Poulton R (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60: 709-17.
4. Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FCJ Am Acad Child Adolesc Psychiatry. (2002) Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. Feb.; 41 (2): 182-9.
5. Cicero 7 okt. 2007: 14-5.
6. Baecke JAH, Bremmer P, Glas MH BMC Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. 2006
7. Leidsch Dagblad 9 juni 2009.
8. Zwaanswijk, Marieke (2005) Pathways to Care. Help-seeking for child and adolescent mental health problems. Academisch Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 2005.
9. Alle Hens Aan Dek (AHAD) wordt in nauwe samenwerking met Curium-LUMC, Public Health en Eerstelijns geneeskunde LUMC, de Jeugdgezondheidszorg, GGZ-Rivierduinen, TNO Kwaliteit van Leven en eerstelijns psychologen ontwikkeld.
10. Tates K, Meeuwesen L, Elbers E, Bensing J Child Care Health Dev (2002), 'I've come for his throat': roles and identities in doctor-parent-child communication. Jan.; 28 (1): 109-16.
11. Treffers PhD A (2007) De introductie van de strengths and difficulties questionnaire (SDQ) en daarmee gerelateerd instrumentarium in Nederland. *Kind en adolescent praktijk*, 3: 108-10.
12. Boere-Boonekamp MM, Sleuwen BE Handreiking samenwerking Huisarts- Jeugdgezondheidszorg. 2008, ministerie van Volksgezondheid.
13. Berger MY, Gercama AJ, Halteren M van, et al. NHG-Standpunt Huisartsenzorg en Jeugd. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008.
14. Huygen FJA Family medicine, the medical life history of families. Dekker van de Vegt Nijmegen, 1978.