

Advies over de samenwerking tussen huisartsen, jeugdartsen en coaches in Arnhem

*Uitwerking van de samenwerking tussen huisartsen, jeugdartsen en
coaches in de preventie en de zorg voor jeugd
in opdracht van de gemeente Arnhem*

Werkgroep samenwerking huisartsen, jeugdartsen, coaches

Arnhem, 16 december 2014

Inhoud

Inhoud	2
1. Inleiding	3
2. Arnhem in kaart gebracht	4
2.1 De bevolkingsopbouw	4
2.2 Huisartsen.....	5
2.3 Jeugdartsen	5
2.4 Coaches van de wijkteams	5
2.5 Werkzaamheden van jeugdartsen, coaches en huisartsen.....	5
3. Generieke samenwerkingsafspraken	8
3.1 Consultatie en verwijzing naar elkaar	8
3.2 Gedeelde opvattingen over verwijzing naar specialistische zorg.....	10
4. Randvoorwaarden	13
4.1 Kennisdeling en ontmoeten	13
4.2 Privacy en gegevensuitwisseling	13
4.3 De andere kant van de medaille van wijkgericht werken	14
5. Voorbeelden van nadere afspraken over preventie en zorg in de wijk	15
5.1 Gezamenlijke probleemgebieden.....	15
5.2 Opvoedvragen en opvoedproblemen	15
5.3 Van gezond leven tot overgewicht.....	16
5.4 Van dip tot depressie.....	18
5.5 Van geen zin hebben in school tot schooluitval	19
5.6 Multiproblematiek in gezinnen	20
Bronnen	23
Bijlagen	24
Bijlage 1 Competentieprofiel coach wijkteam	24
Bijlage 2 Overzicht LESA's, JGZ-richtlijnen en NHG-standaarden.....	26
Bijlage 3 Schema overbruggingsplan overgewicht.....	28
Samenstelling werkgroep	29

1. Inleiding

Het nieuwe jeugdstelsel zet in op herstel van het gewone leven door het versterken van het gewone opvoeden en preventie. Een beweging naar voren waarbij basishulp en specialistische hulp zoveel mogelijk ontlast worden. Binnen dit nieuwe stelsel zijn onder andere jeugdartsen, huisartsen, jeugdverpleegkundigen en coaches¹ werkzaam. Al deze professionals zijn werkzaam in wijken in (huisarts-)praktijken, op consultatiebureaus, scholen, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en verbonden met andere vindplaatsen. Jeugdartsen en verpleegkundigen doen dat vanuit de jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisartsen vanuit de individuele gezondheidszorg en coaches vanuit de gemeentelijke wijkteams. Zij hebben vanuit hun wettelijke taken deels dezelfde doelstellingen:

Met informatie, advies en coaching de zorgen van ouders en jeugdigen wegnemen, de situatie normaliseren, bijdragen aan het versterken van eigen kracht en onnodige medicalisering tegengaan.

Eerder dit jaar heeft enerzijds de regionale projectgroep ‘De samenwerking en afstemming tussen de huisarts en de jeugdarts’ een handreiking samengesteld om de dialoog tussen huisartsen en jeugdartsen te faciliteren. Anderzijds heeft de werkgroep ‘Samenwerking jeugdartsen-jeugdverpleegkundigen-jeugdcoaches’ over die samenwerking een advies uitgebracht. Daarop voortbouwend wordt in dit advies uitwerking gegeven aan de samenwerking tussen huisartsen, jeugdartsen en coaches in de gemeente Arnhem. Dit advies verbindt de individuele gezondheidszorg (de huisartsen) met de collectieve preventie (de jeugdartsen) en de maatschappelijke wijkgebonden zorg (de coaches). Het leidt tot nadere afspraken over wat tot de taken en verantwoordelijkheden van de coaches, de jeugdartsen en de huisartsen behoort op het gebied van de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Publieke Gezondheid. De werkgroep had daartoe de volgende opdracht gekregen:

Operationaliseer (met behulp van de opgestelde handreiking) de lokale invulling voor de gemeente Arnhem. Betrek in de uitwerking de samenwerking tussen de huisarts en de jeugdarts, neem daarbij eveneens de afstemming en samenwerking met de wijkteams mee. Neem de Arnhemse gemeentelijke visie en uitgangspunten daarbij als kader. Geef eventuele vraagstukken en/of dilemma's helder aan, voorzien van een toelichting.

De uitwerking van die opdracht mondt uit in de hierna volgende samenwerkingsafspraken tussen huisartsen, jeugdartsen en coaches – verwoord in hoofdstuk 3 en 4 - voorafgegaan door een overzicht van de stand van zaken in de gemeente Arnhem van deze drie disciplines in hoofdstuk 2. Tenslotte preludeert de werkgroep op toekomstige nadere afspraken, wanneer ze in hoofdstuk 5 voor vijf specifieke problemen laat zien welke afspraken daarover in de toekomst te maken zijn op wijkniveau.

¹ In dit advies spreken we van coach als we de jeugd- en gezinscoach bedoelen, zoals die in 2013-2014 heeft gefunctioneerd in het Gebiedsteam Jeugd, het toekomstige wijkteam.

2. Arnhem in kaart gebracht

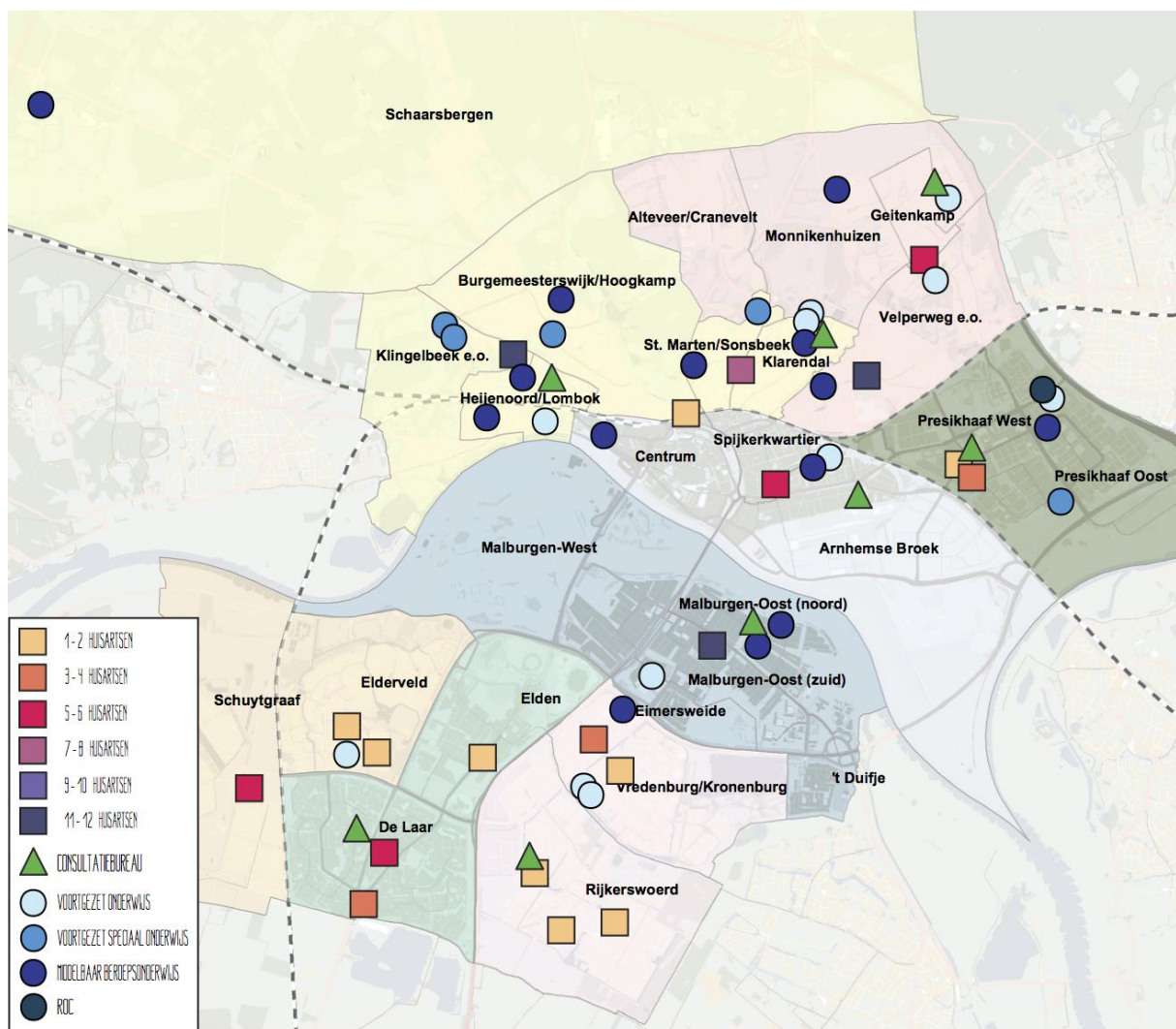
2.1 De bevolkingsopbouw

Arnhem heeft 150.000 inwoners en bestaat uit 24 wijken en buurten met verschillende leeftijdsopbouw. De nieuwe zorg wordt zoveel mogelijk wijkgebonden ingericht. In acht gebieden gaan coaches in wijkteams werken in samenwerking met huisartsen en jeugdartsen. In onderstaande tabel is weergegeven hoe de bevolkingsopbouw van de verschillende wijken is. In het kaartje zijn de locaties weergegeven van waaruit huisartsen, jeugdartsen en coaches samenwerken.

	0 t/m 1 (babies)	2 t/m 3 (peuters)	0 t/m 3 (babies en peuters)	4 t/m 11+ (basis- generatie)	12 t/m 17 (voortgezet onderwijs)	18 t/m 25 (studenten/ starters)	18 t/m 34 (jong volwassen en)	55 t/m 64 (jonge senioren)	65 e.o. (ouderen)	75 e.o. (bejaarden)	15 t/m 64 (potentiële beroeps- bevolking)
CSA	301	216	517	758	607	4094	7863	1521	1335	492	14303
Presikhaaf	336	267	603	1144	777	2019	4284	1397	2640	1337	9698
Noord-Oost	408	405	813	1743	1119	1488	3616	2583	4063	2214	12377
Noord-West	613	563	1176	2242	1588	3497	7438	3319	3432	1348	20397
Malburgen	592	533	1125	1923	1118	1910	4913	1817	2423	1017	12351
VKR	429	454	883	2041	1714	1626	3696	2469	3085	1296	13650
Elden en De Laar	368	338	706	1512	1058	1280	3051	2159	1811	597	10226
Schuytgraaf en Elderveld	620	664	1284	2470	1209	1307	3589	2030	2139	699	11804
Totaal	3667	3440	7107	13832,8	9190	17221	38450	17295	20928	9000	104806

Bron:

GBA gemeente Arnhem



2.2 Huisartsen

In Arnhem werken 100 huisartsen, verdeeld over 43 praktijken. De locaties in de acht gebieden zijn met 'vierkante blokjes' op het kaartje op de vorige bladzijde weergegeven evenals het aantal huisartsen dat in elke praktijk werkt. De meeste huisartsen werken samen met een of meer andere collega's. Solopraktijken zijn er weinig meer. Huisartsen werken grotendeels wijkgericht. Bestuurlijk zijn zij verdeeld in huisartsengroepen.

2.3 Jeugdartsen

Jeugdartsen werken op consultatiebureaus en in scholen. Zij hebben primair een preventieve taak door de gezondheid van kinderen te beschermen en te bevorderen. Er zijn 7 consultatiebureaus, deze zijn eveneens wijk gebonden. Hierin werken verspreid over de wijken 17 jeugdartsen en 26 jeugdverpleegkundigen. Jeugdartsen en –verpleegkundigen die op scholen werken hebben elk een aantal scholen onder hun hoede. Meestal gaan kinderen tot 12 jaar in hun wijk naar school en dan werken de jeugdartsen dus ook wijkgericht. Er zijn in totaal 59 basisscholen(PO). Voor het Voortgezet Onderwijs (VO) geldt de wijkgebondenheid van de leerlingen niet meer. Er zijn 11 VO-scholen. Daarnaast zijn er 5 scholen voor speciaal onderwijs (SO). Ook deze hebben een meer regionaal karakter. De locaties zijn op het kaartje op pagina 4 aangegeven.

2.4 Coaches van de wijkteams

Het primaire doel van de 8 wijkteams is om jeugdigen en ouders in het gebied te ondersteunen bij het opgroeien en opvoeden door in te zetten op eigen kracht, het versterken van de zelfredzaamheid en waar nodig het organiseren en coördineren van hulp. Het wijkteam Jeugd dient er mede voor te zorgen dat het beroep op de specialistische hulp en ondersteuning (volume en kosten) afneemt en dat de zelfredzaamheid van de burger en de samenleving toeneemt. Het secundaire doel van het wijkteam is het pedagogische klimaat te ondersteunen en de preventie te versterken. Verder dient het wijkteam Jeugd een bijdrage te leveren aan gemeentelijke beleidsopgaven ten behoeve van de jeugd. Bij de start in 2015 zal het primaire doel centraal staan, richting 2017 wordt van het wijkteam nadrukkelijk ook een bijdrage aan het secundaire doel verwacht. De 7 hoofdtaken van de 8 wijkteams zijn (Gemeente Arnhem 2014):

1. Signaleren van opgroei- en opvoedingsproblematiek
2. Ondersteunen van individuele jongeren en gezinnen
3. Toegang organiseren tot specialistische (jeugd)zorg en/of andere stelsels
4. Ondersteunen van het pedagogisch klimaat
5. Ondersteunen van algemene voorzieningen in het gebied
6. Ondersteunen van niet gebiedsgebonden algemene voorzieningen
7. Bijdragen aan gemeentelijke beleidsopgaven ten behoeve van het jeugdbeleid.

Voor de coaches – met verschillende disciplines en uiteenlopende expertise, per wijk verschillend - is een profiel opgesteld (zie bijlage 1). In de wijken werken ze integraal samen met de coaches van de wijkteams voor volwassenen.

2.5 Werkzaamheden van jeugdartsen, coaches en huisartsen

In onderstaande tabel is in grote lijnen aangegeven hoe de Ausgangssituatie, de doelgroep, de werkwijze en de werkzaamheden van de drie disciplines zich verhouden.

	Jeugdarts / JGZ	Coach / wijkteam	Huisarts
Kernactiviteit	Eerste aanspreekpunt bij vragen over gezondheid, ontwikkeling, opvoeden en opgroeien en signaleren van zorgen en problemen op deze domeinen; 0-19 jaar.	Eerste aanspreekpunt in de wijk voor iedereen met vragen over opvoeden en opgroeien.	Eerste aanspreekpunt bij vragen / problemen over gezondheid en ziekte.
Doelgroep	Kinderen 0-4 jaar, kinderen 4-12 (basisschool), jeugdigen 12-19 en hun ouders / opvoeders / gezinnen.	Iedereen in de wijk.	Iedere patiënt die is ingeschreven 0-100 jaar.
Werkplek/ organisatievorm	Vanuit consultatiebureau (wijken) of school gebonden.	Per wijkteam locatie in de wijk.	Huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum: groeps- of solopraktijk
Bereikbaarheid	Tijdens kantooruren.	Tijdens kantooruren, daarbuiten spoedhulp vanuit Bureau Jeugdzorg.	Tijdens praktijkuren; buiten kantooruren via CHRA (Coöperatieve Huisartsen dienst Regio Arnhem).
Soort zorg	Collectieve en individuele preventie: beschermen / bevorderen gezondheid jeugdigen 0-19 jaar.	Korte en langdurige ondersteuning en hulpverlening: praktisch, coachend, casusregie.	Curatieve zorg, geïndiceerde of individuele ziekte-gerelateerde preventie.
Werkwijze	Ongevraagd en vraaggericht. Signalerend, preventief, lost waar mogelijk zelf op, verwijst, coördineert.	Vraaggericht. Vindplaatsgericht. Signalerend. Poortwachter opgroei- en opvoedproblematiek Lost zelf op, coördineert bij verwijzen.	Vraaggericht. Poortwachter naar gespecialiseerde zorg. Lost veel zelf op in de praktijk.
Profiel (<i>één term die begrijpelijk maakt voor een cliënt waar, waarvoor je te vinden bent</i>)	Jeugdarts = “Wijkarts” “Ik werk voor alle kinderen en hun ouders van 0-12 in de wijk” en “ik werk voor alle jeugdigen op school en hun ouders”.	Coach = “Wijk sociaal werker?” “Ik werk voor iedereen in de wijk aan welzijn en opvoeding”.	Huisarts = “Gezinsarts”. “Ik werk voor de ouders en de kinderen van 0-100 jaar.”
Specialisme (<i>wat is de specifieke expertise</i>)	Specialist in gezonde ontwikkeling van het kind.	Specialist oplossings- en handelingsgericht werken door eigen kracht en netwerk versterkend.	Generalist voor 0-100 jarigen (ca. 10% jeugd) met gezondheidsproblemen.

Verwijzings- mandaat / Toegang	Zelfstandige verwijsfunctie naar alle vormen van jeugdzorg en gezondheidszorg.	Zelfstandige verwijs- functie (4 ogen). Toegang organiseren tot specialistische (jeugd)zorg en/of andere stelsels.	Zelfstandige verwijsfunctie naar alle vormen van gezondheidszorg.
Registratie	Longitudinaal JGZ- dossier. Rest gezin ook zichtbaar.	Cliënt Volg Systeem.	Elektronisch journaal per cliënt (een groot deel van de huisartsen op het systeem Medicom). Rest gezin ook zichtbaar.
Werkverband	In loondienst bij VGGM.	Gedetacheerd in afwachting van juridische entiteit.	Zelfstandig ondernemer of in loondienst in gezondheidscentrum (alleen in Schuytgraaf).
Caseload	1 fte arts= 1850 kinderen 0-4 jaar 1 fte verpleegkundige = 650 kinderen 0-4 jaar.	Op basis van populatie.	Normpraktijk 2168 patiënten.
Krijgt directe ondersteuning van ..	Jeugdverpleegkundigen, doktersassistenten en screeners.	Andere disciplines binnen wijkteam incl. volwassenenteam	Praktijkassistenten en praktijkondersteuner (Somatiek / GGZ).

3. Generieke samenwerkingsafspraken

Nu de coaches in wijken aanvullend komen te werken op de huisartsen en de JGZ kunnen afspraken worden gemaakt over de samenwerking, die voortbouwen op de eerder gemaakte regionale samenwerkingsafspraken van huisartsen en jeugdartsen en de Arnhemse afspraken tussen de JGZ en de wijkteams. Dat geldt in de eerste plaats het consulteren van en verwijzen naar elkaar. Vervolgens ook de wijze waarop verwijzingen naar de gespecialiseerde jeugdzorg plaats vinden.

3.1 Consultatie en verwijzing naar elkaar

Tot op heden was het minder gebruikelijk dat de huisarts de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige consulteert dan wel er naar verwijst. En de coach van het wijkteam is in het geheel een “nieuwe speler”. Samenwerken betekent in de eerste plaats elkaar weten te vinden. Dat leidt tot de volgende afspraken:

Afspraak 1: huisartsen, jeugdartsen en coaches weten van elkaar wie waar in welke wijk werkt (zie de kaart in hoofdstuk 2). Het adressen- en namenbestand is aan elke professional toegestuurd op 1 januari 2015.

Afspraak 2: coaches verbinden zich per 1 januari 2015 aan alle huisartsenpraktijken, consultatiebureaus en scholen teneinde de zorg voor jeugd dichtbij en snel te kunnen bieden in samenwerking met jeugdartsen en huisartsen.

Afspraak 3: huisartsen, jeugdartsen en coaches maken per wijk afspraken met elkaar over aanwezigheid, bereikbaarheid en hoe elkaar te raadplegen of naar elkaar te verwijzen. Deze afspraken zijn zo simpel en transparant mogelijk, toegesneden op de wijk- en/of praktijk-situatie en gebruikmakend van de standaardwerkwijzen (b.v. standaardbrief verwijzing, mail, facetime, video conferentie, face-to-face intercollegiaal overleg of deelname aan casuïstiekbespreking).

Voor een aantal indicaties is het goed denkbaar, dat onderlinge consultatie en/of verwijzing op z'n plaats is. In onderstaand overzicht is opgenomen aan welke indicaties dan gedacht kan worden en er van uitgaande, dat ouders en jeugdigen zich hiermee overal kunnen melden, wie dan idealiter de begeleider zou kunnen zijn:

Indicaties	Omschrijving	Vorm / wie
Excessief huilen	Begeleiden ouders van een huilbaby	JA / Huisbezoek JVK ²
Prematuren	Begeleiden ouders pre- / dysmature baby	Huisbezoek JVK
Voedselallergie	Dubbelblinde voedselprovoCATietest kinderen 0-4 jaar (vanaf 2015)	JA / HA (boven 4 jaar)
Taalontwikkeling	Vroegtijdige interventie bij 2 jaar en 2½ jaar en bij 5/6 jaar	Verwijzing door JA /Huisbezoek JVK / Coach
Zindelijkheid	Vroege interventie voor schoolleeftijd, obstipatie	JVK
Preventie kindermishandeling	Positie en functioneren kind in gezin	Huisbezoek JVK / JGZ-team / Coach (LESA ³ kindermishandeling)
	Preventie ‘shaken baby’ syndroom	JGZ-team
	Preventie vrouwelijke genitale	JGZ-team

² JVK=jeugdverpleegkundige; JA=jeugdarts; JGZ=jeugdgezondheidszorg; HA=huisarts.

³ LESA's zijn Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's). Een LESA heeft tot doel landelijke uitgangspunten te formuleren voor het maken van werkaafspraken in de regio. De LESA sluit aan bij bestaande richtlijnen van de beroepsgroepen, voor de huisartsen de NHG standaarden (zie ook bijlage 2).

	verminking	
Leer- en/of ontwikkelingsproblematiek schoolkind	Probleemverheldering: JGZ met brede sociaal-medische blik op basis longitudinaal kinddossier, coach met maatschappelijk-pedagogische blik; JGZ en coach hebben contact met school	JA / Coach
Opvoedproblemen (zie ook hoofdstuk 5)	Opvoedingsondersteuning Jeugdhulp	JVK / JA / Coach
Volgen kleine of grote lichaamslengte schoolkind	Zonder medische oorzaak, monitoren van de gezondheid en psychosociale gevolgen (zelfbeeld, pesten, overvraging)	JA / HA (LESA kleine lichaamslengte bij kinderen)
Schoolverzuim (zie ook hoofdstuk 5)	Begeleiding en functioneren op school, gezamenlijk plan van aanpak met gezin, school en leerplicht	JA
Screeningen	Verwijzing na screening (bv visus, hart en heupen)	JA / HA voor diagnose en behandeling (LESA dysplastische heupontwikkeling en visuele stoornissen)
Chronische of psychiatrische aandoening schoolkind ; b.v.: astma, huid, depressie (zie ook hoofdstuk 5)	Begeleiding en functioneren op school volgen door JGZ, in kader passend onderwijs ook en/of coaching	JA / Coach / HA voor diagnose en behandeling ()
Chronische of psychiatrische aandoening ouder	Begeleiding functioneren, verwijzing Kindcheck	HA / POH-GGZ (Volwassenen)
Problematiek die een bredere aanpak vereist	Pesten, middelenmisbruik, seksuele voorlichting	JA / JVK / Coach
Multiproblematiek gezin (zie ook hoofdstuk 5)	Regie met 1 gezin, 1 plan Kindcheck	Coach / HA / JA
Armoede, financiële problemen, huisvesting	Evidente maatschappelijke problematiek die de ontwikkeling van kinderen in de weg staat	Coach
Overgewicht en obesitas (zie ook hoofdstuk 5)	Overbruggingsplan overgewicht	JA / JVK / Coach / HA

Informereren van elkaar is een tweede aspect, dat de samenwerking direct bevordert. Daartoe dienen de volgende afspraken:

Afspraak 4: huisartsen, jeugdartsen en coaches informeren elkaar als de zorg voor kind en gezin elkaar raakt (bijvoorbeeld bij een vermoeden van kindermishandeling, zorgen over de groei/ontwikkeling van een kind), in geval van verwijzing van kinderen naar jeugd-ggz, speciaal onderwijs of gespecialiseerde jeugdzorg en als zorgcoördinatie door één van hen noodzakelijk is.

Afspraak 5: als een kind geen gebruik maakt van de JGZ en / of onvolledig gevaccineerd is en er zijn zorgen over het betreffende kind (met name in de leeftijd 0-4 jaar), informeert de jeugdarts de huisarts en wordt de zorg zo nodig overgedragen.

Afspraak 6: als jeugdigen/ouders zijn verwezen naar de coach van het wijkteam door de huisarts of de jeugdarts worden zij altijd geïnformeerd als gespecialiseerde zorg wordt ingeschakeld of op de hoogte gebracht van langer durende hulp door de coach, uiteraard met instemming van ouders/jeugdigen. Hetzelfde geldt als ze zijn verwezen door 'een derde' (intern schoolbegeleider, jeugdverpleegkundige, e.a.).

Afspraak 7: elkaar kennen, elkaars expertise benutten, samenwerking en afstemming gaan niet vanzelf. Gezamenlijke huisvesting in de wijk, waar dat de komende jaren maar mogelijk is, versterkt de ontmoetingsmogelijkheden en de vanzelfsprekendheid om samen te werken in de zorg voor de jeugd. Coach en jeugdarts (en in specifieke uitzonderingsgevallen de huisarts) maken wijksgewijs afspraken om in aansluiting op de besprekingen in bestaande zorgstructuren op vaste tijden overige casuïstiek te bespreken.

Implementatieadvies

1. Er wordt een lijst met namen, adressen, disciplines en bereikbaarheid gemaakt en gecommuniceerd uiterlijk 1 januari 2015.
2. Er wordt (per wijk) uitgewisseld over methode en criteria voor verwijzing naar elkaar, en terugkoppeling. Hiervoor wordt een bijeenkomst(en) belegd in 2015 waarbij bovengenoemde afspraken punt van bespreking zijn.

Aanbevelingen en resterende dilemma's

1. JGZ heeft één standaardverwijsbrief, die ook huisartsen gebruiken. Aanbeveling is dat het wijkteam daar ook mee gaat werken – bij voorkeur van de huisartsen: gedigitaliseerd - en dat via deze brief ook terugrapportage / terugkoppeling plaatsvindt. Een dilemma is hoe gestandaardiseerd dit moet worden afgesproken. We kunnen ook meer vrijheid aan de lokale professionals overlaten. Ieder werkt dan met zijn eigen, meest snelle methode.
2. Het is belangrijk dat ouders/jeugdige zelf weten hoe er verwezen en overlegd wordt. En dat hen altijd toestemming wordt gevraagd voor het doorgeven van informatie conform de afspraken over privacy en beroepsgeheim. Dit moet aan hen worden gecommuniceerd.
3. Zorg voor flyers en posters van aanwezigheid van coaches en de JGZ in iedere wijk en hang die in elkaars locaties op.

3.2 Gedeelde opvattingen over verwijzing naar specialistische zorg

Huisartsen, jeugdartsen en coaches hebben allen de bevoegdheid te verwijzen naar de gespecialiseerde jeugdzorg (jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ, e.a.) of Veilig Thuis(AMHK) te consulteren. We delen de opvatting dat in elk geval gespecialiseerde jeugdzorg ingeschakeld moet worden in de volgende gevallen:

1. Als (richtinggevende) diagnostiek zonder behandeling noodzakelijk is. Dit is nodig ter verheldering voor bijvoorbeeld een verwijzing naar specialistische zorg of om informatie te verkrijgen over de problematiek, zodat de huisarts, jeugdarts of coach zelf tot een besluit kan komen hoe verder te handelen.

2. De veiligheid van het kind is in het geding en het ligt niet in het vermogen van het wijkteam, de JGZ of de huisarts toereikende hulp te bieden.
3. Het belang van het kind wordt geschaad, omdat diens gezondheid, ontwikkeling, functioneren of welbevinden (blijvend) stagneert.
4. De ingezette steun en hulp van het wijkteam, de huisarts of de JGZ is onvoldoende effectief gebleken.
5. De benodigde hulp is te langdurig of te intensief met als criteria:
 - voor het wijkteam: meer dan een half jaar 2 à 3 keer per week,
 - voor de jeugdverpleegkundigen en –artsen: bij meer dan 5 aanvullende contacten verwijzing naar het wijkteam of naar specialistische jeugdzorg als problematiek intensief of complex is,
 - voor de huisartsen: problematiek is te intensief of complex voor de binnen de praktijk aanwezige expertise op gebied van jeugd – dit kan per praktijk verschillen en is afhankelijk van eigen expertise huisarts en/of expertise praktijkondersteuner GGZ.

Uitgangspunten

De keuze voor bovenstaande criteria komt uit de volgende gemeenschappelijke uitgangspunten, die coaches, jeugdartsen en huisartsen delen waar het gaat om de besluitvorming over verwijzing naar en inschakeling van gespecialiseerde jeugdzorg:

1. Jeugdartsen, huisartsen en coaches kijken altijd vanuit meerdere perspectieven naar de problematiek en de situatie van de jeugdige(n) / ouder / gezin⁴. Dat komt tot uitdrukking in de te gebruiken instrumenten, zoals de methodiek van Samen Starten en het van Wiechen-schema, de SDQ en de KIPVA in de JGZ, respectievelijk de veiligheidstaxatie die is opgenomen in het werkproces van de coach. Of in de standaarden / richtlijnen die worden gevolgd door de huisartsen en de jeugdartsen.
Allen werken zo nodig met de zelfredzaamheid-matrix en 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur.
2. Ouders en jeugdigen mogen er van uitgaan dat huisartsen, jeugdartsen en coaches, die samen met hen beslissen over de meest geëigende aanpak, kennis hebben over:
 - a. ontwikkelings-, gezondheids- en opvoedingsvragen, -risico's en –problemen (voortkomend uit gezinsomstandigheden en kenmerken van het kind, inclusief psychiatrische aandoeningen, verstandelijke of lichamelijke beperkingen);
 - b. het inschatten van de veiligheid van de jeugdige;
 - c. afwegen van wat het gezin nog op eigen kracht en met steun uit de directe omgeving kan en waarvoor professionele hulp nodig is;
 - d. effectieve interventies: wat is werkzaam gegeven de aard en ernst van de problematiek en de mogelijkheden en beperkingen van dit gezin.
3. In samenspraak met en goedkeuring van ouders en jeugdigen maken jeugdartsen, huisartsen en coaches gebruik van de eerder verzamelde informatie en bouwen daar op voort.
4. In geval van besluitvorming over inschakeling van de specialistische zorg geldt voorafgaand de afweging elkaar wederzijds te consulteren of in te schakelen.

⁴ Dit betekent aandacht voor de vraag van de ouder of jeugdige; de aard en de ernst van de problematiek; het perspectief (stabilisatie, diagnostiek, begeleiden, behandelen); de complexiteit; de draagkracht en draaglast van het systeem (gezin/netwerk/omgeving); het risico dat jeugdigen en ouders lopen; wat nodig en passend is aan ondersteuning en hulp; wat beschikbaar is aan hulp en ondersteuning; de eigen kracht van ouders en jeugdigen; de mogelijkheden tot inschakeling van het netwerk van het gezin; het (primaire) belang van kind; zicht op 1e, 2e en 3e milieu.

5. De wijze van besluitvorming kent als uitgangspunten: beslissen in dialoog met ouders en jeugdigen in een doelgericht, gestructureerd en cyclisch proces vanuit een integrale blik en een integrale aanpak volgens 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur (Bartelink en Kooijman, 2014).
6. Inhoudelijk kijken huisartsen, jeugdartsen en coaches bij elke vorm van besluitvorming altijd met een integrale blik naar kindfactoren, gezinsfactoren en omgevingsfactoren in relatie tot:
 - de vraag van de ouder of jeugdige
 - de aard en de ernst van de problematiek
 - de complexiteit
 - de draagkracht en draaglast van het systeem (gezin/netwerk/omgeving)
 - het risico dat jeugdigen en ouders lopen
 - wat nodig en passend is aan ondersteuning en hulp
 - wat beschikbaar is aan hulp en ondersteuning
 - de eigen kracht van ouders en jeugdigen
 - de mogelijkheden tot inschakeling van het netwerk van het gezin
 - het (primaire) belang van kind.

4. Randvoorwaarden

4.1 Kennisdeling en ontmoeten

Voor de goede samenwerking dient aan bepaalde basale randvoorwaarden voldaan te worden. Dit zijn onder andere:

1. Kennis van elkaar en elkaars (relevante) werkzaamheden en expertise en van de in de wijk aanwezige voorzieningen en (vrijwilligers-)initiatieven.
2. Goede bereikbaarheid, bij voorkeur elkaar structureel ontmoeten.
3. Goede informatieoverdracht met inachtneming van regels omtrent privacy.

Implementatieadvies

Teneinde de kennis zo veel mogelijk te delen, zoekt de gemeente als “hoeder van het jeugdbeleid en de jeugdzorg” de komende tijd naar mogelijkheden voor ontmoeting en uitwisseling – op wijk- dan wel stadsniveau - met alle basisvoorzieningen in de wijken, de wijkteams, de huisartsen en de JGZ. Het doel is het delen van de kennis. Dit kan worden gekoppeld aan de evaluatie van ervaringen met experimenten, onderzoek, innovaties en afspraken. Het tilt die dan boven het wijkniveau uit en voorziet de kwaliteit van de preventie en zorg voor jeugd van verdere impulsen.

Daarnaast zorgt de gemeente voor een goede en volledige informatievoorzieningen naar alle professionals.

Afspraak 8: vanaf 2015 zet de gemeente acties in gang om Arnhem-breed en wijksgewijs voor alle betrokkenen een complete sociale kaart beschikbaar te hebben, onder meer voortbouwend op de thans beschikbare sociale kaarten (o.a. van het CJG, de wijkgezondheidscentra, gemeente zelf).

4.2 Privacy en gegevensuitwisseling

Wie ouders en jeugdigen verantwoordelijk wil maken voor het opgroeien en opvoeden, de gezondheid en de ontwikkeling en wie in het verlengde daarvan de ‘gebruiker’ de regie wil (terug) geven over zijn eigen zorg, zal als uitgangspunt hanteren, dat ouders en jeugdigen ook zelf altijd tenminste geïnformeerd zijn over alles wat met de zorg en de preventie daaromtrent te maken heeft. Adequater is ze in alle momenten van besluitvorming actief te betrekken, er voor te zorgen dat ze mee kunnen praten onder het motto: *“Nooit spreken over, altijd spreken met”*. Zij zijn immers de eigenaars van de zorgen, problemen, maar ook van hun eigen lijf en geest.

Afspraak 9: ouders en jeugdigen worden altijd geïnformeerd over de stappen, gegevensuitwisseling en maatregelen, die in het kader van preventie en zorg door jeugdartsen, coaches en huisartsen worden ondernomen. Deze afspraak geldt ook in benarde of lastige omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer sprake is van mishandeling of verwaarlozing, gedwongen opname, uithuisplaatsing, uitzetting. In die situaties is de meldcode kindermishandeling leidend. De betreffende aandachtsfunctionaris kan geconsulteerd worden.

Afspraak 10: indien ouders of jeugdigen bezwaar hebben tegen gegevensverstrekking dient dit in principe gehonoreerd te worden, tenzij het belang van het kind er om vraagt dit bezwaar ter zijde te stellen.

Meer gedetailleerde richtlijnen – zoals de wijze van gegevensuitwisseling in geval van gescheiden ouders - zijn al in de regionale samenwerkings- en afstemmingsafspraken tussen huisartsen en jeugdartsen opgenomen en zullen hier niet herhaald worden. Huisartsen en jeugdartsen kunnen bij twijfel altijd de KNMG-advieslijn raadplegen.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat voor de coaches een vergelijkbare back-up wordt georganiseerd als voor de huisartsen en jeugdartsen de KNMG-advieslijn beschikbaar is.

4.3 De andere kant van de medaille van wijkgericht werken

De werkgroep hecht er aan hier ook een waarschuwing uit te doen gaan. Wijkgericht werken kan ook omslaan naar een andere, verkeerde kant van de medaille. Met name daar waar wijkgebonden werkers, zoals de huisarts, de jeugdarts, de coach en de jeugdverpleegkundige, elkaar formeel en informeel frequent ontmoeten, kan gemakkelijk een grijs informatiecircuit ontstaan, wat geheel buiten ouders en jeugdigen omgaat. Een dergelijke ontwikkeling vindt vaak onbewust en onbedoeld plaats en is meestal een uitdrukking van de uitgesproken intentie en behoefte om ouders en jeugdigen daarmee te willen helpen. Een dergelijke handelwijze is echter zo in strijd met de uitgangspunten van het Arnhemse beleid en de hier geformuleerde afspraken over gegevensuitwisseling en informatieoverdracht, dat wie hiervan signalen opvangt, zich als een klokkenluider mag en moet gaan gedragen.

5. Voorbeelden van nadere afspraken over preventie en zorg in de wijk

5.1 Gezamenlijke probleemgebieden

In de samenwerking constateren jeugdartsen, huisartsen en coaches dat er soms overlap is in de zorg en preventie, die ze in de wijk bieden. Dat geldt bijvoorbeeld bij de volgende problematieken:

1. Van opvoedvragen tot opvoedproblemen
2. Van gezond leven en eten tot overgewicht en obesitas
3. Van dip tot depressie
4. Van geen zin hebben in school tot schooluitval
5. Bij de meervoudige problematiek in multiprobleemgezinnen

Vaak trekken coaches, jeugdartsen en huisartsen samen op, soms kan de samenwerking nog geïntensiveerd worden. Hieronder geeft de werkgroep voorbeelden waarom nadere afspraken tussen twee of drie disciplines van meerwaarde kunnen zijn, hoe die afspraken er uit zouden kunnen zien en wat ze mogelijk kunnen opleveren. Deze voorbeelden zijn vooral bedoeld om de toekomstige samenwerking verder richting te geven en impulsen te geven aan de verdere verdieping daarvan.

Voor elk van deze vijf gezamenlijke vraagstukken formuleren we hieronder zulke mogelijke, nadere afspraken.

5.2 Opvoedvragen en opvoedproblemen

Veel ouders zijn onzeker over de opvoeding. Hun vragen en problemen ventileren ze op allerlei plaatsen. Huisartsen, leerkrachten en jeugdartsen vormen de top drie van de professionals, waar ze dat als eerste doen. Jeugdartsen en –verpleegkundigen en de coaches bieden alle drie opvoedingsondersteuning. Dit gebeurt preventief, in aansluiting op gesignaleerde problematiek of in antwoord op zorgvragen van ouders en/of derden. Huisartsen kunnen verwijzen naar de jeugdverpleegkundige (vaak bij enkelvoudige opvoedvragen) of overleggen met de coach (vaak bij complexere opvoedvragen). Het kan ook zijn dat als de vraag diffuser is de huisarts naar de praktijkondersteuner verwijst. Hierin is variabiliteit.

Jeugdarts en –verpleegkundige beperken zich – in principe – tot ondersteunende interventies bij “gewone opgroei- en opvoedvragen” met een omvang van maximaal 5 contacten. Ze handelen vanuit de richtlijn opvoedingsondersteuning. Normaliseren van het probleem – al dan niet met ondersteuning van andere basisvoorzieningen – moet een snel, haalbaar doel zijn. Als dat niet haalbaar lijkt, wordt toe geleid naar andere zorg, in de praktijk meestal de wijkteams met de coach. Vanuit het stapsgewijs volgsysteem van Samen Starten praten jeugdartsen en –verpleegkundigen samen met de ouders over de brede opvoedingscontext waarin hun kind opgroeit in de periode van 0-4 jaar, onderzoeken ze mogelijke risicosituaties en bespreken die met elkaar. In dialoog met de ouders wordt nagegaan wat de ouder nodig heeft om de eigen kracht te versterken en oplossingen dicht bij kind en gezin te zoeken. Daar waar zaken goed gaan worden ouders bevestigd en bekrachtigd. Daar waar stress of zorgen zijn biedt de JGZ ondersteuning door tijdelijke lichte hulp te bieden of partners in de zorg in te schakelen zodat kind en gezin weer zo snel mogelijk op eigen kracht verder kunnen.

Het wijkteam werkt vooral vraag- en vindplaatsgericht. Alledaagse opvoedvragen en opvoedzorgen van ouders/jeugdigen maar ook van derden worden opgepakt, allereerst door informatie en advies

te geven tijdens een eerste gesprek thuis, het netwerk te activeren of (zeer) lichte hulp te bieden thuis of tijdens spreekuren. De coaches van het wijkteam schakelen vervolgens waar mogelijk de basisvoorzieningen in de wijk in, opdat ze niet onnodig hulp overnemen en kunnen bij eenvoudige problematiek tijdens drie contacten zelf kort begeleiding geven. Als meer nodig is, kunnen ze uitgebreidere ondersteuning geven. Er wordt dan gewerkt met het plan van aanpak (ook wel gezinsplan genoemd). Is er sprake van medisch-verpleegkundige vragen of problemen, dan schakelen zij de betrokken jeugdverpleegkundige, jeugdarts of huisarts in. De coach kan zo nodig ook langer durende ondersteuning bieden en een regisserende rol vervullen indien er sprake is van problematiek op meerdere gebieden. Andere hulpverleners zijn of worden betrokken en specialisten kunnen worden geconsulteerd.

In de samenwerking tussen jeugdartsen, huisartsen en coaches is het vooral van belang, dat tijdig elkaars specifieke expertise en informatie benut wordt (zie 2.5). Het leidt tot de volgende afspraken:

Afspraak 11: jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en coaches bieden allen opvoedingsondersteuning, de JGZ met een omvang van (maximaal) 5 contacten.

Afspraak 12: de JGZ consulteert, betreft of verwijst door naar de coach van het wijkteam bij opvoedproblematiek als die (naar inschatting) niet binnen 5 contacten is te normaliseren. De huisarts consulteert, betreft of verwijst door naar de coach als opvoedproblematiek niet meteen is te normaliseren.

Voorbeeld: Bij laaggeletterdheid of ouders met een verstandelijke beperking is vaak chronische stut en steun nodig.

Afspraak 13: de huisarts en de jeugdarts consulteren, betrekken of verwijzen door naar de coach als sprake is van multiproblematiek of complexe problematiek, waarbij een aanpak nodig is met één gezin, één plan met hulp en ondersteuning voor jeugdige en gezin. De regierol van de coach is benodigd.

Voorbeeld: multi-problemgezinnen waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn en regie nodig is (zie ook paragraaf 5.6).

Afspraak 14: de coach consulteert, betreft of verwijst door naar de JGZ-verpleegkundige bij leefstijlproblematiek en naar de jeugdarts of huisarts bij lichamelijke ontwikkelingsproblematiek met als doel de problematiek in relatie tot gezondheid en ontwikkeling op te pakken en zo nodig uitsluiten van lichamelijke oorzaken.

Voorbeeld: eenvoudige zindelijkheidsproblematiek.

Afspraak 15: de coach consulteert, betreft of verwijst door naar de huisarts of jeugdarts:

- a. Bij medische of psychiatrische (component van) problematiek. Het doel is: uitsluiten van een medische oorzaak, diagnostiek, behandeling of toeleiding naar zorg.
Voorbeeld: twijfel aan zintuiglijke functies, vragen over lichamelijke groei en ontwikkeling.
- b. Bij hardnekkige problematiek met mogelijk een onderliggende medische oorzaak/component. De aard van de problematiek is op het eerste gezicht niet medisch, maar het beloop is lang. Het doel is: uitsluiten van een onderliggende medische oorzaak en zo nodig oppakken binnen de medische zorg.

Voorbeelden: eetproblemen die hardnekkig blijken te zijn om uit te sluiten dat er sprake is van voedselintolerantie of gedrags- en/of leerproblemen om uit te sluiten dat er geen sprake is van slechthorendheid.

5.3 Van gezond leven tot overgewicht

Overgewicht en ernstig overgewicht (= obesitas) komt veel voor, ook bij kinderen. Ook excessief lijnen tot en met het ontwikkelen van anorexia nervosa is een probleem. Een gezonde leefstijl met

goede voeding en genoeg bewegen is belangrijk ter voorkoming van allerlei ziekten en kwalen op latere leeftijd. Overgewicht en zeker obesitas kunnen tot ernstige gezondheidsproblemen leiden, zoals psychosociale problemen (pesten, depressie), gewrichtsproblemen, hypertensie, diabetes type 2, leververvetting en hart- en vaatziekten. Sinds enkele jaren wordt diabetes type 2 niet alleen na langdurig bestaand overgewicht op volwassen leeftijd vastgesteld, maar ook al bij kinderen met obesitas. Aangezien overgewicht op jonge leeftijd is gerelateerd aan overgewicht en obesitas op volwassen leeftijd kan met preventie, vroeg signaleren en interventie bij kinderen belangrijke gezondheidswinst worden behaald.

Huisartsen hebben geïndiceerde en ziekte gerelateerde individueel-preventieve taken. Jeugdartsen hebben collectieve en individueel-preventieve taken om te adviseren over gezond gedrag en gezonde leefstijl. Beiden hebben daarnaast taken om te behandelen of door te verwijzen als dat nodig is. Er zijn vanuit beide disciplines diverse richtlijnen, standaarden en protocollen over dit onderwerp ontwikkeld. JGZ richt zich specifiek op de preventie van overgewicht. Tijdens de eerste jaren wordt anticiperend veel advies gegeven over goede voeding met behulp van de richtlijn borstvoeding, het overbruggingsplan overgewicht en de richtlijn goede voeding voor kinderen van 0 tot 4 jaar. Van alle kinderen wordt de groei en het gewicht bijgehouden in het JGZ dossier en het groeiboek. Desgewenst kan de jeugdverpleegkundige het gezin in huisbezoeken extra ondersteuning bieden, zo nodig in samenwerking met de diëtiste en de kinderfysiotherapie. Bij JGZ is bekend in welke wijken en op welke scholen extra aandacht nodig is voor een gezonde leefstijl.

Maar ook algemeen gezondheidsbeleid is belangrijk en hier hebben de gemeente en het wijkteam een rol. Zo is bijvoorbeeld de spel en sportgelegenheid in de buurt van invloed op het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Kinderen gaan vanzelf bewegen als er genoeg uitdaging daartoe voorhanden is. Een ander voorbeeld is anticiperende voorlichting op een school als er sprake is van excessief lijnen door tienermeisjes.

Aanbeveling

In bovenstaand licht beveelt de werkgroep aan om per wijk binnen 3 jaar heldere keuzes en afspraken te maken over het bevorderen van een gezonde leefstijl in het algemeen en waar nodig de aanpak van overgewicht in het bijzonder. De werkwijze in het experiment met de preventie en aanpak van obesitas in de wijk Malburgen samen met de kinderartsen kan als voorbeeld dienen. In bijlage 3 is ter illustratie het in Malburgen gebruikte stroomschema van de aanpak opgenomen. Vanaf 2016 zal er een wijkgerichte preventieaanpak zijn. Er komen wijkprofielen en daarop worden zorginhoudelijke keuzes gemaakt. Malburgen doet dit dus al voor het onderwerp overgewicht.

Daarnaast zouden voor de aanpak van overgewicht de volgende afspraken kunnen gaan gelden:

Afspraak 16: de gemeente Arnhem maakt in 2015 een goede sociale kaart rondom leefstijl en overgewicht, de verwijs- en behandelmogelijkheden (gecontracteerde aanbieders), daarbij voortbouwend op de reeds uitvoerige, beschikbare sociale kaarten van het CJG en degene die in Malburgen de sociale kaart bijhoudt. Deze sociale kaart is in 2016 gerealiseerd.

Afspraak 17: Bij de keuzes voor programma's wordt gebruik gemaakt van reeds ontwikkelde standaarden zoals de 'Richtlijn voeding en eetgedrag' en de 'Richtlijn overgewicht' (JGZ), die in samenwerking met de NHG ontwikkeld zijn.

Afspraak 18: bij evidente opvoed- en opgroei-problematiek, armoede etc. wordt de coach ingeschakeld. De JGZ gebruikt in haar aanpak het overbruggingsplan overgewicht. Hoe jonger het kind des te eerder naar de JGZ. Als het kind wat ouder is eerder naar de coach verwijzen. Belangrijk is dat

men elkaar weet te vinden en kan inschatten wanneer je elkaar inschakelt, weten wanneer je dat kunt inzetten.

Aanbeveling

Als het experiment Malburgen klaar en succesvol geëvalueerd is, zou dit een mooi moment kunnen zijn om in andere wijken te starten en te koppelen met een algemene aanpak gezond gewicht.

5.4 Van dip tot depressie

Depressie is een stemmingsstoornis. Kenmerkend voor een depressieve stoornis is rusteloosheid, somberheid, een verminderd gevoel van eigenwaarde en concentratieproblemen. Iemand die depressief is, beleeft nergens meer plezier aan en heeft weinig energie om iets te ondernemen. Bij kinderen en jongeren wordt een depressie vaak niet herkend omdat zij doorgaans niet het typische gedrag van depressieve volwassenen laten zien. Kinderen met een depressie zijn vaak prikkelbaar en ze hebben geen lol meer in activiteiten die ze eerder wel leuk vonden. Depressie heeft directe maatschappelijke gevolgen. Kinderen die depressief zijn maken minder vaak hun school af en lopen een grotere kans later werkeloos te worden. Vroeg inzetten op voorkomen en behandelen is daarom belangrijk. Als ouders depressief zijn heeft dit ook een deprimerende werking op de kinderen en de omgeving. Daar ligt een verbinding met de huisarts.

Prevalentie

Bijna 3% van de Nederlandse jongeren van 13 tot 18 jaar heeft in het half jaar voorafgaand aan het onderzoek een depressieve stoornis gehad (De Graaf e.a., 2010). In de categorie van 18 tot 24 jaar ligt het percentage stemmingsstoornissen op bijna 7% over het afgelopen jaar (Verhulst e.a. 1997; De Graaf e.a. 2010). In de studie van Verhulst (1997) zijn ook de ouders van de betreffende jongeren ondervraagd. Het blijkt dat ouders het voorkomen van depressie en andere stemmingsstoornissen lager inschatten dan jongeren zelf. Het aantal kinderen en jongeren dat met depressieve klachten bij de huisarts komt, kan een indicatie vormen van het voorkomen van stemmingsstoornissen. De huisartsenregistratie laat zien dat het om ongeveer 1% gaat.

Afspraak 19: als de coach een vermoeden heeft van een depressie consulteert hij de huisarts, de jeugdarts of de psychiatrische expert, die aan het wijkteam is verbonden. Ook omgekeerd kan de huisarts of de jeugdarts vragen aan de coach om mee te denken bijvoorbeeld over de omstandigheden waarin een depressief kind opgroeit. Duidelijk is dat een kind met een ernstige depressie op tijd moet worden doorverwezen.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat de preventie van depressies versterking behoeft. Daartoe kan een pilot dienen, waarin coach, huisarts en jeugdarts de mogelijkheden verkennen tot vroegtijdige signalering, een preventieve aanpak in de wijk – b.v. in samenwerking met Indigo - laagdrempelige (zelf-)hulp en tijdige, juiste verwijzing naar gespecialiseerde zorg, die dan ook goed voorbereid wordt.

5.5 Van geen zin hebben in school tot schooluitval

Arnhem scoort hoog met schoolverzuim. Schoolverzuim kan een symptoom zijn van onderliggende problematiek en een goede aanpak van schoolverzuim levert veel maatschappelijke winst op. In samenwerking kunnen jeugdartsen, huisartsen, coaches met leerplichtambtenaren veel effect bereiken. Wettelijk gezien is spijbelen in de leerplichtige leeftijd een overtreding van de Leerplichtwet. Regelmatig spijbelen kan een voorbode van voortijdig schoolverlaten zijn. Er is sprake van schooluitval wanneer een leerling zijn opleiding zonder diploma verlaat en evenmin doorstroomt naar een andere onderwijssoort. Een deel van de leerlingen dat uitvalt, begint na verloop van tijd opnieuw aan een opleiding, bijvoorbeeld in het VAVO (voortgezet algemeen onderwijs voor volwassenen). Degenen die niet terug naar school gaan, worden voortijdig schoolverlaters genoemd.

Thuiszitters zijn leerplichtige kinderen en jongeren (5-16 jaar) en kwalificatie plichtige jongeren (17-18 jaar) die zonder geldige reden langer dan vier weken verzuimen van school.

Prevalentie

Bijna 12% van de jongeren van 12 tot 16 jaar die voortgezet onderwijs volgen, zeggen dat zij de laatste maand hebben gespijbeld (HBSC-onderzoek, 2009). Leerlingen die het niet leuk vinden op school spijbelen vaker, net als leerlingen die vaak pesten of die het gevoel hebben niet goed te presteren. Uit het 'Onderzoek thuiszitters' van Ingrado komt naar voren dat het aantal 'thuiszitters' per jaar in totaal ongeveer 2500 jongeren betreft die gemiddeld zes maanden geen onderwijs volgen. Verder blijkt dat het vooral om jongeren vanaf 13 jaar gaat, vlak na de overstap naar het voortgezet onderwijs. Bij deze groep is er sprake van zeer uiteenlopende problemen en gaat het vaak om meerdere problemen tegelijkertijd.

De gegevens van Arnhem over het schooljaar 2013-2014 (Regionaal Bureau Leerlingzaken Midden-Gelre, 2014) laat zien, dat de nieuwe verzuimmeldingen op circa 22.000 leerlingen in het jaar 2013-2014 als volgt waren verdeeld.

Verzuimsoort	
Beginnend verzuim	215
Signaalverzuim	525
Absoluut verzuim	13
Luxeverzuim	36
Schorsing/verwijdering	10
Onbekend	26
Totaal	825

Binnen de regio Arnhem geldt dat van alle nieuwe verzuimmeldingen 45% plaatsvond in Arnhem. Het verzuim vindt vooral plaats in de leeftijdsgroep 14 t/m 17 jaar en neemt per leeftijdsgroep groep toe. De verhouding is jongens 60%, meisjes 40%. De top 10 van verzuimredenen is: motivatie (470), te laat komen (214), psychische/psychiatrische problemen (171), gezinssituatie (131), gedrag (83), ziekte (44), problemen met school (40), verhuizing (36), verkeerde schoolkeuze/ richting (34), vakantie (25). In Arnhem is het op de scholen voor speciaal onderwijs merkbaar dat schoolverzuim erg veel voorkomt. In het leerplichtsysteem staan in november 2014 voor het schooljaar 2014-2015 reeds 100 leerlingen met al 100 dagen verzuim. Daar moet wat aan gebeuren.

Ziekteverzuim is geen ongeoorloofd verzuim. In de praktijk blijkt dat regelmatig en veel ziekteverzuim kan leiden tot afstroom naar een lager niveau, tot doubleren of zelfs tot uitval. De schoolloopbaan is bij veelvuldig ziekteverzuim al snel in het geding. Langdurig ziekteverzuim gaat vaak vooraf aan thuiszitten. Ook weten scholen soms geen raad met leerlingen die veel ziek zijn. In 2011 is er door de jeugdgezondheidszorg in samenwerking met Ingrado een handreiking *'Snel terug naar school is veel beter'* opgesteld. Deze handreiking biedt concrete handvatten voor school en partners. Bij ziekte is het uitgangspunt om eerst de jeugdarts te betrekken (consult, advies aan school, programma op maat). Ook in de zorg- en adviesteams komen deze leerlingen voorbij. Vanuit de samenwerking jeugdarts-school-leerplicht probeert men te bewerkstelligen dat een leerling weer naar school gaat of in een traject terecht komt waar de juiste hulp geboden kan worden. Vanaf 2015 is afgesproken op bestuurlijk niveau dat elke schoollocatie een jeugdcoach krijgt toegewezen. Deze coach maakt dan deel uit van het zorgadviesteam waarin ook jeugdarts, leerplicht, zorgcoördinator en jeugdhulp (schoolmaatschappelijk werk waar nog aanwezig/Pactum) zitting hebben. Voor scholen van voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en speciaal onderwijs is de afspraak dat voor leerlingen die elders wonen, er bij problemen contact wordt gelegd met een wijkteam in de gemeente van herkomst. Dit doet de coach. Kan die gemeente niet snel acteren bij acute problemen, dan kan de coach van Arnhem tijdelijk inspringen om te voorkomen dat een kind tussen wal en schip kan vallen.

Afspraak 20: vanuit zijn takenpakket volgens de Wpg heeft de jeugdarts primair een taak in de aanpak van school(ziekte)verzuim. De huisarts vraagt, bijvoorbeeld bij chronische aandoeningen of schoolgerelateerde problematiek, schooluitval na en koppelt dit terug naar de jeugdarts.

Afspraak 21: als de huisarts of de coach dreigende schooluitval signaleren bij leerlingen uit het voortgezet onderwijs, consulteren ze met toestemming van de jeugdige, de jeugdarts. Desgewenst wordt een gezamenlijk plan van aanpak opgesteld in samenwerking met de school, de leerplichtmedewerker en het gezin. Betreft het in dit laatste geval een leerling die buiten Arnhem woont, dan zorgt de coach voor communicatie met een wijkteam van de gemeente van herkomst.

Aanbeveling

Uitgangspunt voor de signalering en aanpak van schoolverzuim is altijd te bevorderen dat het kind weer naar school gaat. Een grootschaliger aanpak van school(ziekte)verzuim is mogelijk met bijvoorbeeld een interventieprogramma als M@ZL, opschaling van de twee bestaande projecten rondom schoolverzuim in duurzaam beleid en extra inzet van spreekuren van de jeugdarts op school. Het gebruik van bestaande voorzieningen, zoals de interventies vanuit Pactum op het MBO, verdient continuïteit.

5.6 Multiproblematiek in gezinnen

De problemen zoals die in het vorige paragrafen besproken zijn, kunnen enkelvoudig of complex zijn. Meestal zijn vragen en problemen enkelvoudig. Enkelvoudig betekent dat het helder is dat een probleem zich vooral afspeelt op één gebied bijvoorbeeld: een ouder heeft veel vragen over de opvoeding en is goed geholpen met één of meer gesprekken. Of er zijn vragen over de ontwikkeling van het kind: er komt een onderzoek, er volgt een diagnose en een behandeling en het kind en het gezin kan vooruit. Of de problemen vinden hun oorsprong in de sociale omgeving en er is bijvoorbeeld schuldhulpverlening of een andere woning nodig. Onderwijsvragen richten zich op specifieke vragen over school en leerproblemen.

Als er op meerdere gebieden problemen zijn en blijven, spreken we van complexe vragen of multi-problematiek. In onderstaand schema is dit weergegeven.



Een multiprobleemgezin (Ontwikkelteam Arnhem, 2014) is een gezin waarvan de leden op meerdere levensgebieden problemen ervaren en waar tegelijk sprake is van onderstaande aanvullende kenmerken:

- De eigen regie om problemen op te lossen ontbreekt.
- Een eigen (ondersteunend) netwerk ontbreekt of is (onbedoeld) psycho-verstorend.
- Er is een gebrek aan probleeminzicht, dan wel het vermogen om een hulpvraag te formuleren.
- Men doet moeite om uit het hulpverleningscircuit te blijven en/of men 'verkast' wanneer men in beeld komt.
- Er kan sprake zijn van een autoriteitsprobleem.
- Er is sprake van zorgmijdend gedrag of juist extreme zorgafhankelijkheid.
- De zorg vindt de doelgroep eerder dan andersom.
- De problemen zijn langdurig en er is vaak sprake van een stapeling van problemen.
- Problemen kunnen voor het grootste deel niet opgelost worden binnen de nulde lijn.
- Er is via een outreachende laagdrempelige aanbieder strategisch toegang te krijgen tot de problematiek en toe te leiden tot procesmatige zorg.
- Zowel externaliserende als internaliserende aspecten kunnen de focus hebben.

In dit geval is een andere werkwijze en vooral meer coördinatie op de samenwerking extra belangrijk. Er zal vaak een regisseur ingeschakeld worden. De coach is hiervoor de aangewezen persoon vanuit diens takenpakket, tenzij het om zeer specialistische multiproblematiek gaat, waarvoor een specialistische regisseur nodig is.

Afspraak 22: de huisarts en de jeugdarts consulteren, betrekken of verwijzen door naar de coach als sprake is van een gezin met multiproblematiek, waarbij een aanpak nodig is met één gezin, één plan met hulp en ondersteuning voor jeugdige, ouders en het netwerk van het gezin. De regierol van de coach is benodigd.

Afspraak 23: de coach informeert de huisarts en de jeugdarts over de voortgang van de aanpak van de multiproblematiek vanuit het gezinsplan en consulteert hen, wanneer stagnatie optreedt.

Afspraak 24: Bij multiproblematiek wordt er altijd gekeken naar de veiligheid en een zogenaamde “kindcheck” gedaan. De kindcheck houdt in dat artsen bij volwassen patiënten met bijvoorbeeld ernstige psychische problemen of zware verslaving voortaan moeten nagaan of zij verantwoordelijk zijn voor de verzorging en opvoeding van minderjarigen. In dat geval moet de arts het aantal en de leeftijd van deze kinderen vastleggen in het medisch dossier en de stappen van de meldcode Kindermishandeling volgen. Bij twijfel moet de arts advies inwinnen bij Veilig Thuis (voorheen AMK). Het is de professionele inschatting van de individuele arts om te besluiten in welke gevallen een kindcheck noodzakelijk is.

Bronnen

Dit advies is tot stand gekomen met gebruikmaking van de volgende bronnen:

Bureau Leerlingzaken Midden Gelre. *Jaarverslag Regionaal Bureau Leerlingzaken Midden-Gelre . Schooljaar 2013-2014*. Arnhem

Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2, Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos instituut.

Ingrado (2011). *Handreiking 'Snel terug naar school is veel beter'*. Arnhem: Ingrado.

NCJ (2014). *Richtlijn opvoedingsondersteuning*. (<https://www.ncj.nl/programmalijs-kennis/richtlijnen/jgrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=9>). Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

NCJ. (2013). *Richtlijn overgewicht*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

NCJ. (2013). *Richtlijn voeding en eetgedrag*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

NHG. (2014). *Standaarden 'Obesitas', 'Angst' en 'Depressie'*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

NHG. (2014). Website: <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-jeugd>. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

Ontwikkelteam. (2014). *Advies over de synergie tussen gebiedsteams jeugd en bijzondere doelgroepen binnen de gemeente Arnhem*. Arnhem.

Regionale werkgroep. (2014). *De samenwerking en afstemming tussen huisartsen en jeugdartsen in de regio Gelderland-Midden*. Arnhem: STMG, Icare, Caransscoop, VGGM.

Verhulst, F.C (1997). *De ontwikkeling van het kind*. Assen: van Gorcum.

VWS. (2014). *Betrouwbare publieke gezondheid. Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en rijk*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Werkgroep samenwerking jeugdarts-jeugdverpleegkundige-coaches. (2014). *Advies over de samenwerking tussen jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en jeugd- en gezinscoaches*. Arnhem.

Bijlagen

Bijlage 1 Competentieprofiel coach wijkteam

Op 1 januari 2015 gaat de gemeente Arnhem een aantal taken uitvoeren die nu nog worden uitgevoerd door het Rijk en de Provincie. Het gaat om de uitvoering van de drie wetten: Jeugdwet, WMO en Participatiewet. Arnhem zet in op méér met minder door efficiënt, generalistisch en integraal te werken. Het benutten van de eigen kracht van mensen en de inzet van sociale netwerken staat voorop. We gaan samen met de inwoners en instellingen een nieuwe koers varen. Deze koers is gestoeld op vier principes:

1. Mensen doen mee op basis van wat ze kunnen.
2. Dienstverlening in de buurt.
3. Eén plan, één regisseur.
4. Budgetten per gebied en per traject.

Hoe doen we dat ?

De gemeente Arnhem wordt verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de maatschappelijke ondersteuning aan inwoners die onvoldoende zelfredzaam zijn of niet voldoende in staat zijn tot participatie. De gemeente wil de ondersteuning dicht bij de Arnhemmers bieden. Daarom gaan er meerdere teams in de stad werken. Alle Arnhemse wijken worden vanaf 2015 geclusterd in acht gebieden met een gemiddelde omvang van ca. 20.000 inwoners. Ieder gebied krijgt een wijkteam Jeugd en een wijkteam Volwassenen. Ieder team bestaat uit 10 tot 12 medewerkers en een teamleider.

Het doel van de wijkteams is het ondersteunen van inwoners van Arnhem bij hun zelfredzaamheid, het versterken van deze zelfredzaamheid en het waar nodig organiseren en coördineren van hulp en ondersteuning. Het wijkteam fungeert als toegangspoort naar de voorzieningen op het terrein van de Jeugdwet en de WMO. De wijkteams spelen daarmee een belangrijke rol bij het aansporen tot en bepalen van gewenst (nieuw) aanbod en soorten begeleiding.

Profiel

De wijkteams worden bemand door coaches die:

- werken vanuit de overtuiging dat het benutten van de kracht van mensen effectiever is dan het concentreren op problemen;
- werken vanuit de overtuiging dat begeleiding en zorg efficiënter en goedkoper kan;
- er plezier aan beleven om in een nieuwe context te werken en onzekerheden benaderen als kans en ruimte om de nieuwe werkwijze mee vorm te geven.

Taken

1. Begeleiding van de inwoner

- voert een keukentafelgesprek met als doel vraagverheldering op alle leefgebieden;
- maakt samen met de inwoner een plan van aanpak waarbinnen de opbouw en het onderhoud van een persoonlijk netwerk een plaats heeft, evenals een tijdspad;
- stimuleert (versterken van eigen kracht) en faciliteert inwoners om regie in eigen hand te nemen en/of te houden;
- biedt ondersteuning in een zo vroeg mogelijk stadium en voorkomt waar mogelijk doorverwijzing naar specialistische en duurdere zorg;
- zet gericht, beargumenteerd en selectief de juiste ondersteuning in, deze ondersteuning kan kortdurend door het wijkteam worden geboden of door inzet van de expertise van een of meerdere ketenpartners;
- houdt zicht op de expertise en competenties van collega's en voorzieningen en benut deze als de casus daar om vraagt;
- voert casusregie als er hulp buiten het wijkteam wordt ingeschakeld.

2. Kennis van het gebied en netwerken

- heeft en houdt kennis van de demografische opbouw, sociale kaart en van de algemene en maatwerkvoorzieningen in het gebied en de gemeente;
- signaleert behoeftes van inwoners en kent professionele en burgerinitiatieven in het gebied;
- signaleert lacunes in algemene en maatwerkvoorzieningen;
- is zichtbaar en werkt proactief in het gebied;
- verbindt algemene voorzieningen, (versterkt) netwerken en initiatieven (collectief aanbod) om zo de behoeftes van inwoners te ondersteunen;
- ontwikkelt en verstevigt relaties, allianties en coalities binnen en buiten het wijkteam en gebruikt die om informatie, steun en medewerking te verkrijgen.

3. Ontwikkelen van het concept wijkteams

- communiceert transparant en is realistisch over resultaten en werkwijze;
- werkt actief samen met de collega's van andere wijkteams en (vrijwilligers- en netwerk)organisaties en draagt bij aan effectieve samenwerking;
- vertaalt vraagstukken, onduidelijkheden en belemmeringen naar kansen en voorstellen;
- houdt kennis en expertise up-to-date en deelt deze proactief met collega's;
- levert een actieve bijdrage aan overlegsituaties van de gemeente over de voortgang;
- levert een actieve bijdrage aan bijeenkomsten over de voortgang van het wijkteam;
- neemt actief deel aan trainingen, intervisie en casuïstiekbesprekingen.

Kennis, opleidingen en vaardigheden

De coach:

- is HBO-gediplomeerd met specifieke vakkennis binnen het sociaal domein;
- heeft in het werkveld enkele jaren relevante werkervaring opgedaan;
- voor team Jeugd: beschikt over een brede basiskennis van opgroeien en opvoeden en specifieke expertise op begeleiding jeugdigen, veiligheid en Jeugd-GGZ ;
- kent het aanbod van organisaties in Arnhem;
- beschikt over kennis van culturele diversiteit;
- beschikt over uitstekende gespreksvaardigheden en kan goed schriftelijk rapporteren.

Belangrijke competenties

1. *Lef*: durft 'erop af te stappen', maakt makkelijk contact en kan weerstand ombuigen en omzetten tot acties met inzet van de eigen kracht van de inwoner en neemt niet over.
2. *Optimist*: heeft een positieve benadering van de inwoner als basishouding, waarbij wordt uitgegaan van hetgeen de inwoner (of samen met het netwerk) zelf kan.
3. *Resultaatgericht*: is een regisseur op het bereiken van de gestelde doelen, pakt aan, werkt concreet. Is zich ervan bewust wanneer zijn taak eindigt en handelt daarnaar.
4. *Innoverend en creatief*: bedenkt samen met de inwoner creatieve oplossingen en vindt invalshoeken die afwijken van gevestigde patronen.
5. *Zelfontwikkeling*: is reflectief, heeft en verwerft inzicht in de eigen identiteit, waarden, sterke en zwakke kanten, interesses en ambities en onderneemt op basis hiervan acties om competenties zo nodig verder te ontwikkelen.
6. *Teamspeler*: werkt op effectieve wijze mee aan een gezamenlijk resultaat, ook wanneer het niet direct een persoonlijk belang dient.
7. *Ondernemend*: heeft geen 9 tot 5 mentaliteit, werkt kostenbewust, is een stevige onderhandelaar, herkent en doorbreekt ketensysteemfouten; beschikt verder over reflectie- en analysevermogen.
8. *Integer*: Gaat zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie, houdt zich aan gemaakte afspraken, is consistent en neemt verantwoordelijkheid voor het eigen handelen.

Bijlage 2 Overzicht LESA's, JGZ-richtlijnen en NHG-standaarden

Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken

Een LESA heeft tot doel landelijke uitgangspunten te formuleren voor het maken van werkafspraken in de regio. De LESA sluit aan bij bestaande richtlijnen van de beroepsgroepen, voor de huisartsen de NHG standaarden. Hieronder een lijst van LESA's, die met kinderen en jeugdigen te maken hebben.

LESA's kinderen / jeugd / jongeren

Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn (<i>diverse zorgverleners eerste lijn</i>)
Dysplastische Heup Ontwikkeling (<i>huisartsen en jeugdartsen</i>)
Kindermishandeling (<i>huisartsen ,jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen</i>)
Kleine lichaamslengte bij kinderen (<i>huisartsen en jeugdartsen</i>)
Psychosociale problematiek (<i>huisartsen en maatschappelijk werk</i>)
Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren (<i>huisartsen en jeugdartsen</i>)

JGZ richtlijnen en handreiking

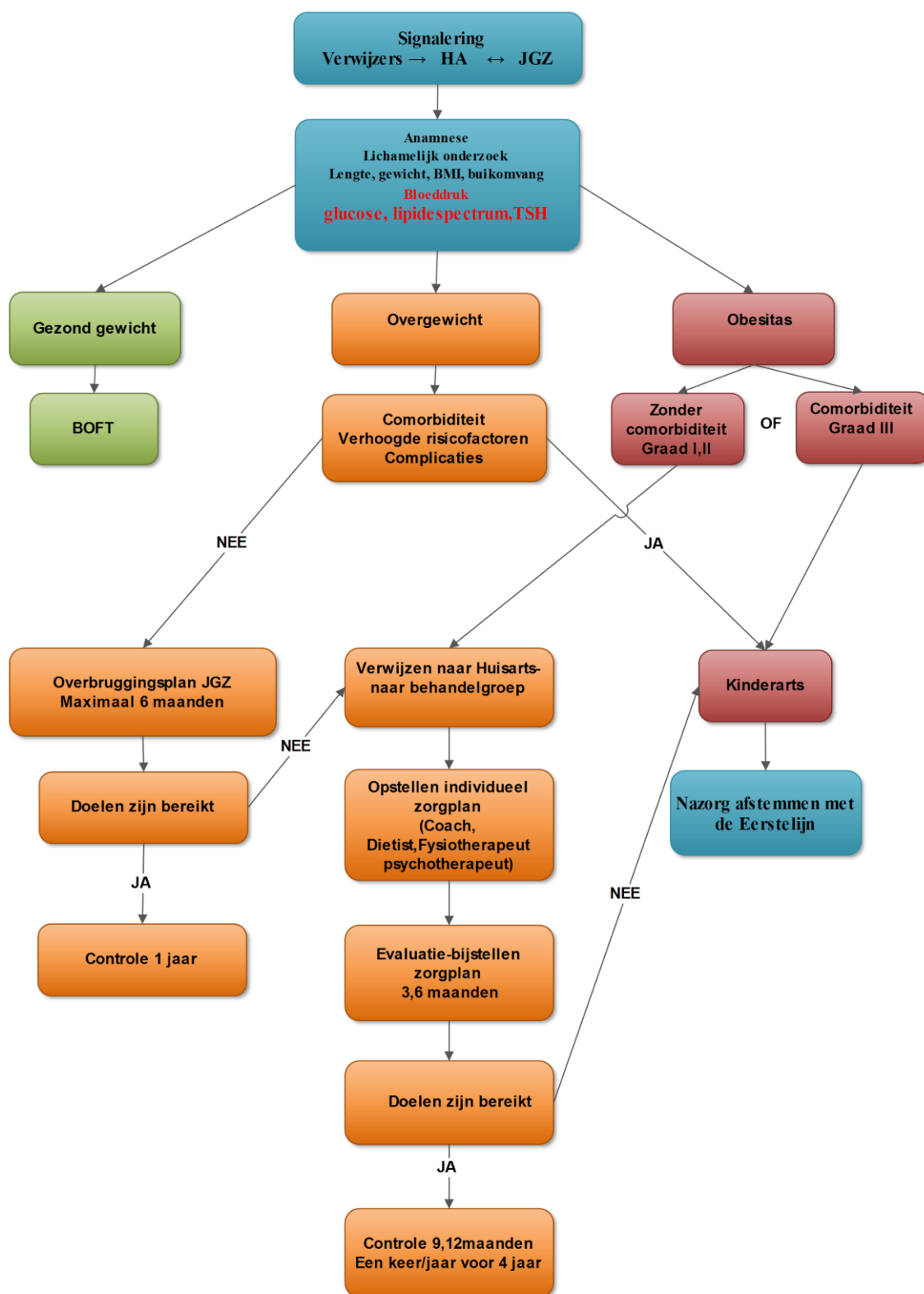
JGZ-richtlijn Astma bij kinderen
JGZ-richtlijn Begeleiding gezin bij overlijden kind
JGZ-richtlijn Huidafwijkingen
JGZ-richtlijn Opsporing visuele stoornissen
JGZ-richtlijn Opvoedondersteuning
JGZ-richtlijn Overgewicht
JGZ-richtlijn Pesten
JGZ-richtlijn Preventie wiegendood
JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling
JGZ-richtlijn Seksuele ontwikkeling
JGZ-richtlijn Signalering en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte
JGZ-richtlijn Voeding en eetgedrag
JGZ-richtlijn Voedselovergevoeligheid
JGZ-richtlijn Voorkeurshouding en schedelvervorming
JGZ-richtlijn Vroeg en /of small voor gestational age (SGA) geboren kinderen
JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen
JGZ-richtlijn Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen
JGZ-richtlijn Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar
JGZ-richtlijn Zindelijkheid van urine en feces
Multidisciplinaire richtlijn Excessief huilen
Multidisciplinaire richtlijn Niet scrotale testis (NST)
Handreiking uniforme signalering van taalachterstanden bij jonge kinderen
NVK-richtlijn Hyperbilirubinaemie- deels voor de JGZ

NHG-standaarden (in relatie tot kinderen/jeugd/jongeren)

Acne
ADHD bij kinderen
Anemie
Angst
Anticonceptie (incl. morning after pil – geen aparte aandacht voor jongeren)
Astma bij kinderen
Buikpijn bij kinderen
COPD
Depressie
Diabetes mellitus (geen aparte aandacht voor kinderen/jeugd)
Enuresis nocturna
Eczeem
Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten
Obesitas
Obstipatie
Refractieafwijkingen (visusklachten)
Slechthorendheid
SOA-consult (geen aparte aandacht voor jongeren)
Voedselovergevoeligheid

Bijlage 3 Schema overbruggingsplan overgewicht

Stroomschema Ketensamenwerking voor kinderen met overgewicht en obesitas



Samenstelling werkgroep

Dorien Cohen Stuart, huisarts / bestuurslid Huisartsenvereniging Arnhem e.o.

Hannie van Doorn, adviseur Caransscoop

Hinke Jeeninga, jeugdarts STMG

Bouke Jorritsma, jeugdarts VGGM

Marian Kauffman, gemeente Arnhem

Sanne Nooteboom, huisarts

Bert Prinsen, de Opvoedzaak – voorzitter/adviseur

Danielle Vaags, coach wijkteam Schuytgraaf / Lindenhout

Annemiek van Woudenberg, de JeugdZaak - adviseur