**Een jeugdarts in 2010**

De Jeugdgezondheidszorg 0 —19 jaar is nu geheel geïntegreerd en uitgebreid naar 0 — 24 jarigen. De financiering is conform die van de GGD'en geworden — hiertoe is geld van de AWBZ overgeheveld naar het gemeentefonds

De poging de taken binnen de JGZ wettelijk te verankeren is mislukt vanwege de invloed die gemeenten wensten te behouden op de invulling daarvan. De uiteindelijke formulering was dermate ruim, dat al snel bleek dat alle GGD'en en gemeenten er weer een eigen invulling aan konden geven. De integratie van 0 — 4 jarigen en 4 —19 jarigen tot 0 — 24 jarigen zorg is in 2002 aangegrepen om een aantal minimum eisen te formuleren, waaraan gemeenten dienen te voldoen. Het gaat dan voornamelijk om screeningen, waarvan de waarde inmiddels hetzij is aangetoond, hetzij in principe uiterst waarschijnlijk (dit in overleg met de andere disciplines). Het betreft dan zaken als PKU-screening, onderzoek naar heupafwijkingen et cetera. Daarnaast blijven uiteraard de vaccinatie­taken bestaan.

In een aantal gebieden van Nederland is geen echte Jeugdgezondheidszorg meer. Door de beweging richting curatieve geneeskunde van een aantal GGD'en is daar de eigen afdeling JGZ uiteindelijk opgehouden te bestaan. In die gebieden is er, hetzij binnen huisartspraktijken, hetzij als aparte taakinvulling van de Kindergeneeskunde, een sociaalpediatrisch verpleegkundige aangesteld, die de 'ouderwetse' JGZ-taken uitvoert. Gemeenten hebben met deze huisartsen en/of ziekenhuizen contracten afgesloten om de uitvoering van de wettelijke taken te waarborgen. Door deze sterke medicalisering van de sociale geneeskunde voor de jeugd dreigt het zicht op omgevingsfactoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van riskant gedrag verloren te gaan. De enige taak van de GGD betreft nog het leveren van monitorgegevens over de gezondheidstoestand van de jeugd. Inzicht op meer lokaal niveau ontbreekt. Ook collectieve maatregelen ter preventie van riskant gedrag worden alleen als onderdeel van landelijke campagnes uitgevoerd.

Vanwege de afname van het aantal sociaal medici en daarmee van jeugdartsen zijn de taken van de verpleegkundigen sterk uitgebreid. De opleiding van jeugdverpleegkundigen is min of meer naar Deens model vorm gegeven en daardoor een jaar langer geworden. De uitvoering is voor het grootste deel bij doktersassistenten en verpleegkundigen gelegd, terwijl de jeugdarts zich veel meer bezighoudt met gezondheidsbeleid op meso- en macroniveau en daarnaast vraagstukken rond beleid en organisatie. Op het uitvoerend vlak is het werk van de jeugdarts sterk verschoven naar de 0 — 4 jarigen zorg, omdat daar op de lange termijn de meeste gezondheidswinst is te halen. Dat betekent vaak overleg over kinderen met de diverse instellingen, waarbij zo veel mogelijk wordt geprobeerd de bevindingen te vertalen naar maatregelen op meer collectief niveau.

Daarnaast is er een aparte afdeling voor psychosociale zorg gekomen, die voornamelijk wordt bevolkt door psychologen en pedagogen. Dit was nodig toen bleek dat het RIAGG alleen nog tweedelijnstaken wenste te vervullen vanwege onoplosbare wachtlijstproblematiek. Voorlopig worden de kosten gedekt uit de AWBZ, maar er wordt bezien of na een evaluatie van deze zorg de financiering niet via de GGD-kanalen kan geschieden.

Een deel van de tijd nodig voor het uitvoeren van een van de vele landelijke onderzoeksprojecten met betrekking tot de effectevaluatie van de Jeugdgezondheidszorgtaken.

Op universiteiten en grote schoolgemeenschappen — zowel voor basis- als voortgezet onderwijs — is een medisch centrum gevestigd. De kosten hiervoor worden voor een niet onaanzienlijk deel gedragen door de instellingen zelf.

De taken worden voor het grootste deel uitgevoerd door medewerkers van de afdeling psychosociale zorg en verpleegkundigen. Jeugdartsen houden op gezette tijden daar spreekuur — meestal voor door andere medewerkers verwezen kinderen, maar ook als open spreekuur. Er wordt vanuit deze centra veel zorg besteed aan bijscholing van leerkrachten en mentoren en uiteraard aan de reguliere taken op het gebied van voorlichting.

Er is een Interventieteam opgericht, waar de verschillende disciplines in vertegenwoordigd zijn. Dit interventieteam wordt ingezet bij acute problematiek. De afspraak is dat het team binnen 1 uur bij elkaar kan worden gebracht voor planning en uitvoering. De samenstelling van het team wordt aldaar als eerste bepaald, dit op grond van de gepresenteerde problematiek. Om een en ander te coordineren is een link gelegd met het CPA, zodat bereikbaarheid is gegarandeerd. Er is een speciaal telefoonnummer beschikbaar binnen de GGD, waar meldingen kunnen worden gedaan. Het zijn vooral de activiteiten van deze teams, die de Jeugdgezondheidszorg een sterke positie heeft gegeven voor zowel bestuurders als bevolking vanwege de grote 'zichtbaarheid' ervan en vaak dramatische omstandigheden waarbinnen zij opereren. Zo wordt ook in toenemende mate hun hulp ingeroepen wanneer er grootschalige ongevallen zijn geweest waarbij kinderen waren betrokken.

Nadat aanvankelijk de MOA gescheiden opereerde van de GGD, bleek het vanwege de grote overlap met het werk van de GGD en vanwege de toename van het aantal statushouders toch zinvoller een groot aantal taken weer bij de GGD te leggen. Het betrof hier dan ook taken op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg. Vooral de groep AMA's vragen een grote inspanning van de medewerkers, waarbij veelal teruggegrepen moet worden op het uitvoeren van PGO's en individuele begeleiding. Dit gebeurt in nauw overleg met de in de centra gevestigde of daaraan verbonden curatieve artsen een verpleegkundigen.

Nu alle VO- en Ba0-scholen online zijn is het eenvoudiger gegevens van scholen te krijgen die moeten worden gebruikt voor een op maat gesneden aanbod. Zo wordt voor elk bezoek aan de school eerst gekeken wat de laatste uitkomsten van de schoolmonitor zijn en welke punten aandacht nodig hebben. Zo maakt de snelle opkomst van nieuwe steeds wisselende designerdrugs het nodig vlot te kunnen reageren met juiste informatie, die vervolgens kan worden verwerkt in het schoolaanbod en gedissemineerd via hun intranet.

Scholen hebben een steeds belangrijker taak gekregen in het uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten. In de meeste gevallen worden die activiteiten gekoppeld aan speciale lessen Gezondheid, waaraan de leerlingen actief deelnemen, zoals meten van lengte en gewicht; opsporen van stoornissen in gehoor en gezichtsvermogen, et cetera. De tijdens dergelijke lessen verzamelde gegevens worden ingevoerd in de computer, zodat deze ook toegankelijk zijn voor de Jeugdgezondheidszorgmedewerkers. Daarnaast besteden leerkrachten extra aandacht aan de opsporing van afwijkingen, zoals motorische stoornissen en houdingsafwijkingen. Dit alles vereist een continue aandacht voor bij- en herscholing.

Het integrale dossier en de monitorgegevens zijn een bron van onderzoek voor niet alleen het Academisch Ziekenhuis waarmee de GGD geaffilieerd is, maar ook de sociale wetenschappen. Er zijn al veel collectief preventieve maatregelen genomen die voor een groot deel berusten op inzichten die uit die onderzoeken naar voren zijn gekomen. Vooral de gerichte ondersteuning van (aanstaande) ouders op met name opvoedkundig terrein heeft op die basis een grote vlucht genomen.

Het aantal vergaderingen en overleggen is sinds het invoeren van de mogelijkheid van videoconferencing aanzienlijk verminderd omdat er eerder in kleiner verband direct kan worden overlegd met de betrokken personen.