

## COMMENTAAR

## Gezondheidszorg voor tieners: trekken we samen op?

G. (Arda) Derksen-Lubsen, Marielle Jambroes en Marie-Louise Essink-Bot†

In Nederland leven nu ongeveer 1,6 miljoen kinderen van 10 tot 18 jaar.<sup>1</sup> Deze tieners zijn relatief gezond en maken weinig gebruik van de curatieve zorg. Toch zijn ze voor de volksgezondheid een belangrijke groep, omdat in de tienerleeftijd de basis wordt gelegd voor een goede gezondheid op latere leeftijd. Een goede gezondheid is ook van belang voor een goede ontwikkeling op het gebied van scholing, relaties en werk. Tot slot vormt de gezondheid van tieners de basis voor een goede gezondheid van de volgende generatie: de tieners van nu zijn immers de ouders van straks.

**HOE IS DE ZORG VOOR TIENERS GEREGELD?**

De jeugdgezondheidszorg (jgz) draagt bij aan het gezond en veilig opgroeien van kinderen van 0 tot 18 jaar en is onderdeel van de publieke gezondheidszorg. Sinds 2015 zijn haar taken vastgelegd in een nieuw Basispakket JGZ.<sup>2</sup> De activiteiten uit dit basispakket moeten in alle gemeenten voor alle kinderen beschikbaar zijn. Onderdelen hiervan zijn collectieve maatregelen, en het geven van voorlichting, advies en begeleiding aan individuele kinderen. Specifieke programma's na signalering van risico's of problemen zitten niet in het basispakket, maar vallen deels onder preventie op basis van de Jeugdwet. Gemeenten kunnen zelf bepalen welke specifieke programma's ze inkopen en bij welke organisaties.

Nieuw in het basispakket is het contactmoment voor adolescenten. Dat betekent dat er voor jongeren vanaf 14 jaar een structureel aanbod beschikbaar is. Hieronder vallen activiteiten die gericht zijn op een gezond gewicht, het voorkómen van roken en van alcohol- en drugsgebruik, veilig vrijen, sport en bewegen, het verhogen van de weerbaarheid en preventie van schoolverzuim.

De huisarts en de medisch specialist bieden curatieve

zorg. De geestelijke gezondheidszorg is ondergebracht in de generalistische (basis) en gespecialiseerde jeugd-ggz.<sup>3</sup> Op papier is dit een sluitend pakket aan zorg.

**UITDAGINGEN**

Toch zijn er enkele uitdagingen in de zorg voor tieners. De adolescentie kent weliswaar weinig gezondheidsproblemen;<sup>4</sup> de periode van de kinderziekten – met de vele zorgen van ouders en de vele infectieziekten – is immers voorbij. Maar een tiener kan worden getroffen door een chronische ziekte, zoals diabetes mellitus of anorexia nervosa, of al een chronische aandoening hebben, bijvoorbeeld een verstandelijke beperking of een metabole ziekte. Hoewel deze ernstige aandoeningen relatief zeldzaam zijn, vragen ze veel specialistische zorg.

In een periode van lichamelijke veranderingen door de puberteit en van onzekerheden op de grens van volwassenheid vormt zo'n ziekte een ernstige bedreiging voor een tiener, voor het functioneren binnen de leeftijdsgroep en als extra drempel om zich los te maken van het gezin. Voor de dokter is het een uitdaging de tiener in alle aspecten van zijn of haar ziekte zo goed mogelijk bij te staan.

In de jgz ligt de nadruk op het gezond houden van kinderen. Specifieke preventieprogramma's die zijn gericht op het stimuleren van een gezonde leefstijl, zijn echter lang niet altijd succesvol. Het hoge percentage kinderen met overgewicht en het stijgende aantal tieners dat op de SEH terechtkomt wegens comazuipen illustreren dit.

Een andere uitdaging zijn de recent geïntroduceerde sociale wijkteams. De jgz voor tieners is georganiseerd rond de middelbare scholen. Op deze scholen zitten kinderen uit verschillende dorpen of wijken, en voor goede zorg is samenwerking tussen de jgz en de wijkteams van belang. Dat kan betekenen dat de jgz met veel verschillende wijkteams moet samenwerken, maar dat is lang niet overal goed geregeld.

Daarnaast is extra zorg noodzakelijk voor kwetsbare groepen, zoals kinderen die opgroeien in armoede of vluchtelingenkinderen. Deze groepen hebben veel extra aandacht nodig vanuit de jgz, en voor hen is een passend aanbod volop in ontwikkeling.

**SAMENWERKING**

De belangrijkste uitdaging in de zorgverlening voor tieners is misschien wel de samenwerking tussen de cura-

HagaZiekenhuis-Juliana Kinderziekenhuis,

afd. Kindergeneeskunde, Den Haag.

Dr. G. Derksen-Lubsen, kinderarts.

UMC Utrecht, Julius Centrum, afd. Public Health, Utrecht.

Dr. M. Jambroes, arts maatschappij en gezondheid.

Academisch Medisch Centrum, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam.

Prof.dr. M.L. Essink-Bot†, arts maatschappij en gezondheid.

Contactpersoon: dr. M. Jambroes (m.jambroes@umcutrecht.nl).

tieve en preventieve zorg. De jeugd- en kinderartsen kennen elkaar slecht en hebben weinig inzicht in elkaars werkterrein en -wijze.<sup>5</sup>

Tussen de eerste en tweede lijn zal de zorgketen niet veel anders zijn dan voor andere patiënten, hoewel tieners de huisartsenpraktijk niet vaak bezoeken. Maar tussen de jeugdarts en de specialist ligt het lastiger. De jeugdarts signaleert soms individuele problemen, bijvoorbeeld een kleine of grote lengte, scoliose of probleemgedrag, en verwijst de tiener vervolgens zelf of via de huisarts. Bij een individueel probleem zijn afstemming en samenwerking tussen de jgz, de eerste lijn en eventueel de tweede lijn essentieel voor de kwaliteit van de zorg. Voor deze samenwerking in het belang van het individuele kind moeten gegevens worden uitgewisseld en wordt indien nodig een gezamenlijk behandelteam gevormd.

De gegevensuitwisseling verloopt echter moeizaam en is niet vanzelfsprekend. De kindergeneeskunde en de huisartsgeneeskunde maken nog onvoldoende gebruik van de gegevens die de jgz beschikbaar heeft en die wel degelijk van belang kunnen zijn voor een behandeltraject.

Ook rond monitoring en signalering van veranderingen in de gezondheid van tieners is samenwerking nodig. De jgz verwacht van curatieve artsen dat zij opvallende trends in de gezondheid van tieners signaleren. Omgekeerd verwacht de curatieve sector dat problemen die in de zorg als ernstig of frequent worden ervaren, zoals een

toegenomen aantal opnames vanwege comazuipen, leiden tot preventieve acties.

### TOT SLOT

Dit alles verplicht de curatieve en preventieve sector tot een goede en intensieve samenwerking, tussen de artsen op de werkvloer én tussen de beroepsverenigingen. De eerste lijn en de jgz hebben wel algemene samenwerkingsafspraken, maar niet over tienerspecifieke onderwerpen, zoals over- of ondergewicht, slaapproblematiek en somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). En tussen de jeugd- en kinderartsen bestaan helemaal geen formele samenwerkingsafspraken.

Om de zorg voor tieners te optimaliseren ligt ook een kans in de medische vervolgoopleidingen. Stages in de verschillende vakgebieden zouden een vanzelfsprekend onderdeel moeten worden van de opleiding tot kinderarts en tot arts maatschappij en gezondheid.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 13 juli 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D783

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D783](http://WWW.NTVG.NL/D783)**

## LITERATUUR

- 1 StatLine. CBS. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7461BEV&D1=0&D2=a&D3=11-19,101-105,121-123,131&D4=l&HDR=T,G3,G1&STB=G2&VW=T>, geraadpleegd op 4 augustus 2016.
- 2 Besluit van 5 november 2014, houdende aanpassing van het Besluit publieke gezondheid vanwege een gewijzigd basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Staatsblad 2014:449.
- 3 Boer F, Verhulst FC, Vermeiren RRJM. De ggz voor tieners verbrokkelt waar wij bij staan. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D407.
- 4 Jambroes M. Langer gezond leven: begin bij de jeugd. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:B1308.
- 5 De Jong B. Op stage in de JGZ [column]. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. 11 september 2011.