

# Logisch dat de huisarts in jeugdzorg altijd in beeld is

## Steven van Eijck in gesprek met minister André Rouvoet

LHV-voorzitter Steven van Eijck en minister André Rouvoet van het ministerie voor Jeugd en Gezin zijn het niet helemaal met elkaar eens over de techniek die bepaalt hoe huisartsen straks toegang krijgen tot relevante gegevens uit het Elektronisch Kinddossier. Maar dat de huisarts als gezinsarts altijd geïnformeerd moet zijn over de ontwikkelingen van het kind, staat voor beiden als een paal boven water.

Tekst Frank van Wijck • Foto's Erik Kottier

**M**et de komst van André Rouvoet als minister voor jeugd en gezin heeft de aandacht voor dit dossier politiek duidelijk momentum gekregen. De ontwikkeling van de centra voor jeugd en gezin (CJG) is overal in Nederland in volle gang en de ambities zijn groot. Het doel is dat er eind dit jaar 125 actief zijn. "Ik heb er pas nog een paar geopend, maar ben daar nu mee gestopt omdat het simpelweg niet meer bij te houden is", zegt Rouvoet. "Het ene centrum na het andere opent nu zijn deuren. We zitten op dit moment al op zestig. In 2011 moeten ze er overal zijn en dat gaan we halen ook. We hebben er veel geld in gepompt en dat wordt goed besteed. Het begrip stáát, zelfs al voordat de centra zelf overal daadwerkelijk tot stand gebracht zijn. En als het werk voor de opzet ervan in 2011 is afgerond en de gemeenten er volledig financieel verantwoordelijk voor worden, zijn ze ook nooit meer weg te denken. Dit is een onomkeerbaar proces."

### Altijd in beeld

Voor de LHV is desondanks niet altijd duidelijk of dit ook betekent dat de huisarts voor het ministerie van Jeugd en Gezin voldoende in beeld is als logisch en belangrijk onderdeel van de keten van zorg voor kind en jeugd. "Toch zou die relatie vanzelfsprekend moeten zijn", vindt Steven van Eijck, "want de huisarts is immers als gezinsarts heel intensief bezig met het dossier jeugd en gezin. Al kun je je afvragen of zijn rol zo ver moet gaan als de Inspectie voor de Gezondheidszorg voorstelde in haar rapport over het Maasmeisje, waarin we lasen dat de huisarts zelfs de verantwoordelijkheid over de zorg voor een kind moet houden als dit van overheidswege in een gesloten setting is geplaatst."

Gelukkig is Rouvoet het met Van Eijck eens dat die conclusie van de Inspectie iets te ver doorschoot. Hij zegt: "Dat de huisarts

in de jeugdzorg altijd in beeld is, vind ik vanzelfsprekend. Mijn leidende principe bij alles wat ik binnen het programmaministerie doe, is dat de hulpverleners die bij de jeugd betrokken zijn, elkaar voortdurend weten te vinden. En daarin constateerde ik een groot manco toen ik hier in functie kwam, want hoewel iedereen zijn stinkende best deed, was niemand goed op de hoogte van de inhoud van elkaars werk. Daarom heb ik ook de aanpak 'Één gezin, één plan' geïntroduceerd, waarin ik ervan uitga dat alle betrokken hulpverleners één totaalplan maken voor kind en gezin. Alleen op die manier kun je ervoor zorgen dat die verbinding tussen alle partijen echt tot stand komt. Van al die partijen is de huisarts als gezinsarts bij uitstek degene die altijd in beeld moet zijn. In de leeftijd van nul tot vier jaar speelt het consultatiebureau natuurlijk ook een grote rol in relatie tot het gezin, maar de rol van de huisarts heeft structureel betrekking op de hele jeugd en gaat dus verder. Die rol kan ook de jeugdzorg niet overnemen. Maar ook naar mijn mening gaat het een stap te ver te stellen dat de huisarts leidend moet blijven gedurende de periode dat het kind zich in een gesloten setting bevindt. Hij moet echter wel in beeld blijven en geïnformeerd blijven over wat er met dat kind gebeurt. Vroeg of laat keert dat kind immers ook weer terug in de eigen omgeving en dan moet de huisarts geen gat hebben in zijn informatie over dat kind."

### Niet dwingend

Nadat Rouvoet in functie kwam, lag er binnen vier maanden een basisplan voor jeugd en gezin. "Mijn belangrijkste punt daarin is dat de partners in de zorg voor de jeugd op de hoogte blijven van elkaars functioneren", zegt hij. "Bij de gemeenten

**"Huisartsen willen geen overlap tussen informatie in verschillende dossiers."**

ligt de bestuurlijke regie om te zorgen dat dit op lokaal niveau goed werkt. Ik moedig de gemeenten dus aan om de meest voor de hand liggende bondgenoten steeds met elkaar in contact te houden, maar leg niet dwingend op hoe ze dit fysiek organiseren. Plaatsing van een CJG in een eerstelijns gezondheidscentrum vind ik prima. Maar ik ben ook een CJG tegengekomen

dat in een brede school was gesitueerd. De situatie in de ene gemeente is anders dan in de andere. Ik ben pas nog in een CJG op bezoek geweest waarin een lactatiedeskundige en een diëtiste spreekuur hielden.

En een andere situatie waarin een zorgadviesteam vergaderde binnen een CJG. Allemaal goed. De partijen hoeven niet fysiek bij elkaar te zitten, als ze elkaar maar weten te vinden en elkaar geïnformeerd houden. Het zou dwaas zijn als ik plaatsing van een CJG binnen een eerstelijns gezondheidscentrum dwingend gving voorschrijven. De CJG en huisartsenzorg zijn complementair aan elkaar en moeten elkaar dus weten te vinden. Dáár gaat het mij om.”

Samenwerking is dus het kernthema. En dat verklaart ook waarom het ministerie aan TNO de opdracht heeft gegeven om Lesa's (landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken) te ontwikkelen die aanbieders in de eerste lijn helpen om informatie effectief op elkaar af te stemmen over dossiers die in relatie tot de jeugd van belang zijn. Die dossiers kunnen uiteenlopen van bedplassen tot kindermishandeling. “Ze helpen de professionals om te zien waarop ze moeten letten, welke afspraken

ze met elkaar moeten maken en welke meldingen ze moeten doen”, zegt Rouvoet.

#### Medisch dossier

Een van de belangrijkste aandachtspunten in relatie tot de jeugdgezondheidszorg is de ontwikkeling van het elektronisch kinddossier (EKD) en de vraag hoe dit zich moet gaan verhouden tot het elektronisch patiëntendossier (EPD). Van Eijck: “Het EKD zou als medisch dossier een onderdeel moeten worden van het EPD. Het is toch niet te hopen dat die twee naast elkaar worden ontwikkeld? Huisartsen hebben hier veel vragen over.”

Rouvoet laat geen misverstand bestaan over de strekking van het EKD. “De dossiers van de jeugdgezondheidszorg zijn per definitie medische dossiers”, zegt hij, “want ze vallen binnen de definitie van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Natuurlijk neemt dit niet weg dat in de mapjes die de consultatiebureaus bijhouden alle informatie staat die de professionals belangrijk vinden en dat die breder is dan alleen medisch. Neem als voorbeeld een consultatiebureauarts die waarneemt dat de ontwikkeling van een kind in problemen >

komt door de situatie in het gezin. Wat hij dan opschrijft, betreft een psychosociaal probleem, geen medisch. En het CJG moet van dit probleem op de hoogte zijn. De informatieoverdracht op dit gebied valt dan wel degelijk binnen het domein van de medische informatie, waarop het beroepsgeheim van toepassing is. Uitwisseling mag alleen met toestemming. Maar de informatie moet er wel zijn voor de partijen voor wie ze bedoeld is. Daarom is het ook zo belangrijk dat er een op heldere standaarden gebaseerd landelijk systeem voor komt. Verhuist bijvoorbeeld een gezin, dan moet gegevensoverdracht naar de jeugdgezondheidszorg in de nieuwe woonplaats mogelijk zijn. Dat is de les die we hebben geleerd van het Maasmeisje.”

#### Taartpunt

Dat over dossiervorming veel misverstanden bestaan, is een beeld dat Van Eijck kan bevestigen. Hij zegt: “Als er straks een landelijk elektronisch dossier is, kan iedereen overal bij, zo wordt gedacht. Onzin natuurlijk, maar het beeld bestaat wel. Over het EPD, maar ook over het EKD als dat straks daarin geschoven wordt.” Rouvoet knikt en zegt: “Een arts die benieuwd is naar de gezondheidstoestand van zijn buurman, kan die echt niet zomaar uit het dossier omhoog halen. Het volgende jaar is een cruciale fase in de ontwikkeling van het EKD. Dan moet het goed functioneren binnen alle instellingen voor jeugdgezondheidszorg. De volgende fase is dan het EKD als een taartpunt in te schuiven in het EPD. Dat betekent dat dan wederom nieuwe afspraken moeten worden gemaakt over wie waarin inzicht krijgt. Waarbij het voor mij overduidelijk is dat de huisarts beschikking moet kunnen hebben over relevante informatie

die niet in zijn eigen dossier staat.” Toch is dit voor Van Eijck een punt van onduidelijkheid. Hij zegt: “Een patiënt komt bij de huisarts en die voert de patiëntgegevens in in het dossier, waarvan hij een samenvatting maakt in het EPD die voor andere hulpverleners te zien is. De medisch specialist krijgt op basis daarvan inzage in de gegevens die hij nodig heeft en de patiënt zelf eveneens. Het EPD wordt gevoed door de omgeving. Het ziekenhuis stuurt hem informatie en de huisarts geeft akkoord om die in het EPD in te voeren. Gebeurt dat straks met het EKD ook zo? Kan de huisarts alle informatie uit het EKD die hij nodig heeft opnemen in het EPD, of krijgt de jeugdarts voor het EKD een eigen computer waar de huisarts in kan?”

Het EKD is niet meer of minder dan het huidige JGZ-dossier in digitale vorm, verduidelijkt Rouvoet. “Als het EKD in de toekomst wordt gekoppeld aan het EPD, wordt een samenvatting van de relevante gegevens toegankelijk via het Landelijk Schakel Punt. Uiteraard weer met toestemming van de betrokkenen. Daarin kan de huisarts straks de informatie vinden die hij nodig heeft”, zegt hij. “Het EKD moet niet afhankelijk zijn van wat de zorgverleners aan elkaar willen overdragen. Die toegang tot de informatie moet gewoon geregeld zijn op basis van de handelrelatie.”

Toch worden beiden het op dit punt niet helemaal eens. “De huisartsen willen dat er geen overlap is tussen informatie in verschillende dossiers, maar dat er één dossier komt waartoe zorgverleners toegang hebben voor zover nodig”, zegt Van Eijck. Maar dit gaat Rouvoet een stap te ver. “Het EKD is niet bedoeld als één groot dossier, maar blijft beperkt tot het dossier van de jeugdgezondheidszorg. Het koppelen van het EKD aan het EPD

zal organisatorisch, technisch en wettelijk toch al een enorme klus worden”, zegt hij. “Ik wil voorkomen dat een van de taartpunten de hele taart wordt. Voorop staat dat iedereen die daar toe bevoegd is bij de informatie moet kunnen.”

#### Breed EKD

Van Eijck besluit een ander onderwerp aan te roeren: de situatie in Rotterdam, waar het college en wethouder Leonard Geluk tegenover elkaar kwamen te staan over de brede invulling die de laatste aan het EKD wilde geven. “Is zijn opvatting over het EKD ook wat u voor ogen staat?” wil hij weten. Rouvoet stelt dat er op dit moment nog ruimte is om af te wijken van de landelijke plannen voor het EKD. “Ik hoor dezelfde geluiden uit Amsterdam en uit andere grote steden”, zegt hij. “Maar wat zij aan het opzetten zijn, zal uiteindelijk toch moeten aansluiten bij het landelijke systeem dat wij voor ogen hebben. We leggen in wetgeving vast wie wel en niet kunnen meekijken in medische dossiers. En politie en jeugdzorg zijn nu eenmaal niet BIG-geregistreerd. Maar wethouder Geluk en ik zijn het eens over het feit dat zij over de voor hen relevante informatie moeten kunnen beschikken.”

Als Van Eijck zegt dat gemeenten die een breed EKD voorstaan op een verkeerd spoor zitten, omdat het onwenselijk is dossiers te combineren, zegt Rouvoet stellig: “Rotterdam en ook Amsterdam weten precies hoe ik erin sta. Als wij de landelijke ontwikkeling in gang zetten, gaan alle gemeenten daarin mee. Ik heb te maken met wetgeving en de WGBO is heel helder over medische dossiers. Die moet je niet toegankelijk gaan maken voor allerlei andere, niet-medische instanties. Dat willen professionals

in de jeugdgezondheidszorg ook niet. Ik snap dat wethouders soms andere belangen hebben, maar die prevaleren natuurlijk niet zomaar boven de wetgeving en de cliëntenbelangen.”

#### Kindermishandeling

“Tot slot nog graag aandacht voor een ander dossier”, zegt Van Eijck, “Kindermishandeling. Er is nu een meldcode en daarover zijn wij allebei enthousiast. Het probleem blijft alleen dat huisartsen onvoldoende in staat zijn kindermishandeling te signaleren. Hoe verbeteren we dat?”

Rouvoet noemt dit een van de belangrijkste punten in zijn actieplan bestrijding kindermishandeling. “Deskundigheidsbevordering is in de eerste plaats een zaak van de beroepsgroep zelf, maar we proberen dit wel te faciliteren. Het e-learning programma dat de Augéo Foundation heeft opgezet is wat dit betreft een prachtig voorbeeld. Een ander voorbeeld – het protocol van het Westeinde Ziekenhuis uit Den Haag – laat zien dat met relatief simpele stappen vaak al heel veel te bereiken is. Op basis van dit protocol vinden veel meer meldingen van mogelijke kindermishandeling plaats. En bijna altijd is er dan ook echt iets aan de hand.”

Rouvoet stelt na zijn aantreden als minister geschrokken te zijn van het grote aantal kinderen dat jaarlijks slachtoffer wordt van kindermishandeling. “Het bleken er echt veel meer te zijn dan we allemaal dachten”, zei hij. “Ik ben dan ook blij dat het onderwerp sinds het aantreden van dit kabinet zoveel aandacht krijgt. In mijn dertien jaar Kamerlidmaatschap heb ik niet één specifiek algemeen overleg over kindermishandeling meegeemaakt. Nu staat het echt op de kaart.” ■