

Transitie en transformatie zijn nu een feit. Maar hoe gaat het in de praktijk?

M.P.H.M. Kobussen

Published online: 10 April 2015
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Sinds 1 januari 2015 valt in Nederland de gehele jeugdzorg, ook de jeugdgezondheidszorg (JGZ), onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Het doel ervan is dat er meer aandacht komt voor de kansen en mogelijkheden van het gezin in plaats van een focus op de problemen. In de praktijk betekent dit een hele vernieuwing. Sociale wijkteams zijn geformeerd. Verschillende zorgverleners zoeken binnen deze teams naar een nog nauwere samenwerking. Samenwerkingsafspraken maken en de gemeenten bewust maken waar de kansen liggen om een gezonde wijk/buurt te krijgen, is aan de orde van de dag.

De werkzaamheden van de JGZ-medewerkers zijn nog niet echt gewijzigd hoewel het aangepaste Besluit Publieke gezondheid, waarin opgenomen het nieuwe Basispakket JGZ dat uitgaat van demedicalisering, zo ongeveer bekend is en wordt ingevoerd. Hierin is nu opgenomen het maken van gezondheidsprofielen en deze bespreekbaar maken met de gemeenten.

Wat JGZ-medewerkers wel merken is dat de zorgzwaarte toeneemt. De toename, of in ieder geval het eerder zichtbaar worden, van probleemkinderen is een feit, of het nu overgewicht is of toenemende zorg rondom pestgedrag. Menig JGZ-team zoekt naar evidence based programma's en werkwijzen in samenspraak met andere hulpverleners om de toeleiding van ouders en kinderen/jongeren naar deze activiteiten/interventies te bevorderen.

Daarom zijn er Academische Werkplaatsen ingericht: samenwerkingsverbanden waarin praktijk, onderzoek, beleid en opleidingen samenwerken. Concreet betekent dit dat een of meerdere praktijkinstellingen structureel samenwerken met een universiteit of hogeschool en met gemeenten. Er wordt bijvoorbeeld onderzoek gedaan

naar alcoholpreventie of naar het effect van ketencoördinatie jeugd bij multiprobleemgezinnen. De gemeenten kunnen daar vervolgens rekening mee houden in het aanbesteden van de werkzaamheden in de praktijk.

Al met al is er veel lopend onderzoek waar de JGZ haar voordeel mee kan doen en dat de praktijk steeds meer evidence based maakt.

Om ook een aanbod te verzorgen voor de oudere jongeren heeft de minister besloten om een extra contactmoment in te voeren voor de 15-16 jarigen. U kunt nu lezen wat het effect is van een onderzoek naar dit extra contactmoment met een jeugdverpleegkundige voor eerstejaars mbo-studenten. In deze studie worden de waardering, toepassing en effecten van dit contactmoment gepresenteerd. Laat u inspireren en gebruik de gegevens in de praktijk.

Gelukkig is er ook nog steeds aandacht vanuit de JGZ voor de lichamelijke gezondheid en niet alleen voor psychosociale problemen. De meerwaarde van goede mondgezondheid kunt u lezen in het artikel over Kaaskiezen. Deze kiezen bevatten minder mineraal waardoor er sneller cariës kan ontstaan. Kinderen met kaaskiezen in het melkgebit hebben meer kans op kaaskiezen in het blijvende gebit. Dus niet alleen voorlichting op zeer jonge leeftijd kan gaatjes beperken, ook het controleren van het melkgebit tijdens het consult. Dit blijft, zoals dit artikel maar weer bewijst, een taak van de JGZ! In Vlaanderen bestaat er sinds 2012 een richtlijn mondgezondheid, waarin jeugdverpleegkundigen en artsen aangespoord worden om tandartsbezoek vanaf jonge leeftijd te bevorderen.

Veel leesplezier, Margot Kobussen

M.P.H.M. Kobussen (✉)
Avans+,
Breda, Nederland
e-mail: m.kobussen@icloud.com