



Scenario's voor de ontwikkeling JGZ-CJG



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Scenario's voor de ontwikkeling JGZ-CJG

Colofon

Titel

Scenario's voor de ontwikkeling JGZ-CJG

Een uitgave van

NCJ, maart 2012

Auteurs

Tom van Yperen, Bert Prinsen en Paul Nota
met medewerking van Annemiek van Woudenberg, de Jeugdzaak

in opdracht van het NCJ



INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
DE KERN VAN DE CJG-ZAAK	6
DIMENSIES IN DE POSITIONERING VAN DE JGZ	9
VIER HOOFDSCENARIO'S	12
INHOUDELIJKE EN BESTUURLIJKE BETEKENIS VAN DE SCENARIO'S	16
BIJLAGEN	18
1. Kerntaken van het CJG	18
2. Kenmerken van de vier scenario's JGZ-CJG	23

INLEIDING

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) wil zich toekomstgericht en duurzaam positioneren. Hoe verhoudt de JGZ zich bijvoorbeeld tot de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's)? Deze notitie geeft aan hoe de verhouding JGZ-CJG op verschillende manieren vorm kan krijgen. Eerst kijken we naar de kern van de CJG-ontwikkeling. Daarna komen de verschillende ontwikkelingslijnen van het CJG aan bod, onder meer geplaatst in het licht van de toekomstige transitie van de jeugdzorg. Het doel van de notitie is het ondersteunen van JGZ-organisaties en gemeenten in discussies over de rol en positie van de JGZ in een CJG.

Dit alles vormt de opmaat naar vier denkbare scenario's. Een scenario is *'a story about what happened in the future'*¹. De scenario's zijn bewust niet uitgebreid geschetst als 'ideaalplaatjes' voor de lange termijn, maar kort en krachtig geformuleerd voor de nabije toekomst.

Deze notitie, geschreven in opdracht van het NCJ, schetst dus de mogelijke positie van een JGZ-organisatie binnen een CJG. Het is echter niet alleen aan de JGZ-organisatie zelf om haar positie te bepalen. We hebben te maken met een krachtenveld van verschillende belangen en uitgangspunten van meerdere partijen. De gemeente maakt inhoudelijke keuzes ten aanzien van de inrichting van de CJG's en is opdrachtgever van de JGZ. Ook zijn er meerdere aanbieders die een positie aan het verwerven zijn in het CJG. Daarom geeft de notitie ook aan hoe een JGZ-organisatie zich kan verhouden tot andere aanbieders. Daarnaast worden de overwegingen geschetst die een rol kunnen spelen bij het besluit van een gemeente over de lokale inzet van de JGZ.

Het NCJ is ook bezig op basis van inhoudelijke uitgangspunten een visie te ontwikkelen op Publieke Zorg voor Jeugd en hoe die zorg, inclusief jeugdgezondheidszorg, inhoud en vorm kan krijgen. De scenario's zijn een concreet richtinggevend handvat voor de korte termijn. De visie zet een punt op de horizon voor de langere termijn, bedoeld om de huidige veranderingen een gezamenlijke richting en focus te geven.

1) www.forecastingprinciples.com > Forecasting Dictionary (download d.d. 7 september 2011).

DE KERN VAN DE CJG-ZAAK²

Doelen van het CJG

Waar gaat het in die CJG-ontwikkeling om? Op basis van consensus tussen betrokken beroepsverenigingen, brancheorganisaties en kennisinstellingen is voor het CJG een set van kerndoelen geformuleerd³. Daaruit is op te maken dat het de bedoeling is om in ons jeugdstelsel voorzieningen te treffen die – beter dan voorheen – drie doelen dienen:

- a. Het bevorderen van de algemene gezondheid, opvoeding en ontwikkeling van de jeugd.
- b. Het voorkomen van problemen bij gezondheid, ontwikkeling, opgroeien en opvoeden.
- c. Het verhelpen of hanteerbaar maken van (beginnende) problemen.

Deze doelen moeten worden uitgevoerd voor en met alle jeugdigen van 0-23 jaar en hun ouders, verzorgers en opvoeders.

In het kader van de decentralisatie van de jeugdzorg is nog een vierde kerndoel te noemen: het herstellen van de veiligheid van de jeugdige en de samenleving. Nog in discussie is of dit doel ook daadwerkelijk tot het domein van het CJG gaat behoren. Hoe dan ook zal het CJG hierin een signalerende taak hebben. Een ander doel dat vaak wordt genoemd is: het terugdringen van het steeds maar toenemende beroep op de gespecialiseerde jeugdzorg. Of dit een 'echt' doel is, staat ter discussie. Niettemin lijkt het zinvol dit doel te noemen.

Kerntaken

Voor het bereiken van de kerndoelen zijn in het eerder genoemde consensusdocument vier kerntaken van het CJG benoemd:

- Signaleren, toeleiden.
- Voorlichting, advies, pedagogische ondersteuning.
- Organiseren integrale zorg & coördinatie van zorg.
- Monitoren, screenen, vaccineren.

In de Beleidsbrief stelselherziening jeugd van 8 november 2011 is hier nog een vijfde kerntaak aan toegevoegd: samenwerking met het onderwijs.⁴

In verschillende bronnen is bovendien geopperd de komende stelselwijziging meer in het teken te stellen van versterking van de kwaliteit van de 'gewone' pedagogische omgeving

2) Voor een uitgebreide bespreking, zie Yperen, T.A. van & Woudenberg, A. van (2011). Werk in uitvoering. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

3) Brochure Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Samenwerken in het belang van jeugdigen en opvoeders (2010). Utrecht/Den Haag: MOgroep, GGD-N, V&VN, VNO, NVMW, VNG, Actiz, NVDA, NIP, AJN, ZonMw, NCJ, RIVM, Movisie, ministerie voor Jeugd & Gezin, Nederlands Jeugdinstituut. Zie ook 7 sleutels voor een werkend Centrum voor Jeugd en Gezin. Den Haag: VNG/ De Jeugdzaak, 2010.

4) *Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buitenspel'*. Brief aan de Tweede Kamer, kenmerk DJ/PS-3088668. Den Haag, ministerie van VWS en V&J, 8 november 2011. In de beleidsbrief zijn de overige taken als volgt benoemd: hulp inschakelen in een zo vroeg mogelijk stadium; ondersteuning, voorlichting, advies en informatie; zoveel mogelijk zelf bieden van hulp of integrale zorg rondom het gezin organiseren; monitoren, screenen en vaccineren.

van jeugdigen en versterking van de eigen kracht van sociale netwerken van opvoeders via onder meer de activering van informele steun (ook wel aangeduid als de versterking van de 'pedagogische civil society'). Ook het CJG zou hier een taak in hebben. Volgens ons hoeft dit geen aparte taak te zijn, maar kan dit vallen onder twee reeds genoemde kerntaken van het CJG. Ten aanzien van voorlichting, advies en pedagogische ondersteuning organiseert het CJG niet alleen professionele activiteiten, maar stimuleert het ook activiteiten door bijvoorbeeld vrijwilligers (zoals peer-voorlichting en ondersteuning; denk aan programma's als Home-Start en Moeders Informeren Moeders/MIM) en entameert het programma's die meer in algemene zin de kwaliteit van de pedagogische omgeving bevorderen (bijvoorbeeld 'Allemaal opvoeders'). Daarnaast is het organiseren van integrale zorg niet alleen gericht op de inzet van professionals, maar ook op de activering van informele zorgverleners. Bijlage 1 geeft een uitgebreider overzicht van de kerntaken van het CJG.

Het functionele model

De genoemde kerntaken vormen een belangrijk uitgangspunt bij de invulling van het CJG: het levert een zogeheten functioneel model op van wat het CJG zou moeten zijn. Het CJG is daarbij niet noodzakelijk gebonden aan een specifieke organisatie en/of een gebouw. 'Het CJG' staat hier feitelijk voor een bepaalde verzameling van taken (functies) op het terrein van het opgroeien en opvoeden van jeugdigen die onder bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid van een gemeente binnen die gemeente moeten worden uitgevoerd. Een dergelijk model geeft aan wat er moet gebeuren. Aan elke functie zijn vervolgens kwaliteitseisen, producten, definities en uitvoerders te koppelen. In een functioneel model staat dus niet per definitie vast wie of welke organisatie een taak uitvoert. De uitvoering wordt onder meer bepaald door de vraag of de uitvoerder voor de taak gekwalificeerd is.

Kwaliteit van het CJG

Er zijn diverse uitgangspunten, kwaliteitskenmerken of succesbepalende factoren voor het uitvoeren van bovengenoemde kerntaken⁵, zoals:

- cliënt centraal/vraaggericht;
- eigen kracht versterkend;
- uitnodigend/hoog bereik;
- effectief en efficiënt;
- samenwerkend/integraal.

Feitelijk zou men hier kunnen spreken van de kenmerken van de beste zorg voor jeugdigen, een soort ideaaltipe. Zorg die aan deze kenmerken voldoet geeft de grootste kans dat de kerndoelen van het CJG worden gerealiseerd. Daarom worden deze kenmerken vaak – naast de kerndoelen – als doel genoemd van de CJG-vorming. Het CJG moet bijvoorbeeld

5) Voor een volledige lijst van kwaliteitskenmerken, zie Yperen, T.A. van & Woudenberg, A. van (2011). Werk in uitvoering. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

cliëntgericht zijn en leiden tot meer samenwerking en meer integrale zorg. Zoals hierboven al is aangegeven, staat in een functioneel model niet per definitie vast dat een bepaald werkveld of een bepaalde discipline beter aan een dergelijk doel beantwoordt dan een ander werkveld of andere discipline. Dat moet blijken uit onder meer de gehanteerde visie, het opleidingsprofiel en de daadwerkelijk geleverde prestaties van dat werkveld of die discipline.

Uitwerking in de praktijk

Hoe het CJG er in de praktijk uitziet of komt te zien, verschilt vaak per gemeente, zowel in aard en omvang van de dienstverlening als in de kwaliteit en intensiteit. Dat heeft deels te maken met de taken die door verschillende voorzieningen in die gemeente reeds worden uitgevoerd, zoals:

- Monitoring, screening en vaccinatie door de JGZ: van jonge kinderen (0-4) door het consultatiebureau (van een thuiszorginstelling of de GGD) en van schoolkinderen door een jeugdarts en jeugdverpleegkundige van de GGD.
- Pedagogische voorlichting, advies en ondersteuning door het maatschappelijk werk, de jeugdgezondheidszorg (jeugdverpleegkundige en/of soms pedagoog), het welzijns-werk en een jeugdzorginstelling.
- Signalering en toeleiding tot de zorg door verschillende professionals (zoals huisarts, jeugdarts, maatschappelijk werker, pedagoog van bureau jeugdzorg, medewerkers van het Zorg- en Advies Team – ZAT – in het onderwijs).

De bedoeling is dat met de vorming van het CJG deze taken beter op elkaar worden afgestemd. In sommige gemeenten gebeurt dit door de vormgeving van een nieuwe organisatie CJG, in andere door intensivering van de samenwerking van instellingen in een netwerkconstructie.

DIMENSIES IN DE POSITIONERING VAN DE JGZ

Algemene ontwikkelingen binnen de JGZ

De vraag is nu: hoe gaat de JGZ zich in de ontwikkeling van het CJG positioneren? Van oudsher kenmerkte de JGZ zich vooral door een focus op het fysiek gezond opgroeien van jeugdigen, in het bijzonder van zuigelingen, peuters en basisschoolkinderen. Het werkveld heeft zich echter ontwikkeld van een traditioneel individueel-medische oriëntatie tot een veld met aandacht voor het gezond en veilig opgroeien van kinderen in de brede zin van het woord (fysiek, psychosociaal, sociaal-maatschappelijk). Daarbij wordt steeds meer aandacht besteed aan de verbinding tussen het kind en zijn omgeving, de maatschappelijke context en de mogelijkheden tot gezondheidsbevordering vanuit een collectieve benadering. Volgens het NCJ laat deze ontwikkeling een aantal algemene kenmerken zien:

1. Ouders, kinderen en jongeren worden in hun context en sociale structuur benaderd. De JGZ let daarbij op een goede balans tussen medische, psychologische en maatschappelijke invalshoeken.
2. Naast de bekende contactmomenten voor de screeningen en de vaccinaties is er – met name door de opkomst van de digitale media – een variëteit aan contactmomenten ontstaan.
3. De JGZ werkt samen met andere werkvelden aan preventie en zorg voor de jeugd. Die samenwerking heeft een belangrijke plaats ingenomen in het werk- en denkproces van de JGZ.⁶

Het NCJ spreekt in dit verband van 'de nieuwe JGZ' en van een paradigmashift in het werkveld.

Plek in het CJG

De JGZ zoekt naar een balans tussen verschillende invalshoeken en werkt samen. Welke plaats neemt de JGZ dan in het CJG? Het antwoord op die vraag hangt samen met keuzes die gemaakt kunnen worden in de verdere ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg en de dynamiek waarin dit werkveld zich in de bredere context bevindt. In de positionering speelt een aantal factoren⁷ mee, die in drie groepen zijn in te delen:

A. Factoren in de professioneel-inhoudelijke ontwikkeling van de JGZ.

Dit ligt in het verlengde van de algemene ontwikkeling van de JGZ die we eerder op

6) Zie Werkplan NCJ (2011), Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 25 maart 2011. Zie ook Strijthagen, F. (2011). Jeugdgezondheidszorg: volop in beweging. TSG, 89, nr. 8, p. 341-342.

7) Zie o.a.:

- Actiz (2009). Direct en dichtbij: effectieve zorg voor jeugd. Utrecht: Actiz.
- Actiz (2010). Jeugdgezondheidszorg: buurtzorg voor de jeugd. Utrecht: Actiz.
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (2011). Jeugdgezondheidszorg: 'een gigantisch effect voor een prikkie'. Factsheet jeugdgezondheidszorg. Lisse: AJN.
- Strijthagen, F. (2011). Jeugdgezondheidszorg: volop in beweging. TSG, 89, nr. 8, p. 341-342.
- Waal, S. de (2011). Een betere zorg voor jeugd. Decentralisatie van de jeugdzorg als kans. Een reiziger blijft zich verwonderen. Utrecht: PublicSpace.

voorspraak van het NCJ schetsten. De paradigmashift kan er volgens het NCJ toe leiden dat de JGZ de kernspeler wordt in het CJG. De vraag is: zet deze 'shift' zich door of komt er een 'revival' van de meer traditionele JGZ-benadering? In de jeugdgezondheidszorg richt de discussie over de toekomstige profilering van het werkveld zich met name op twee hoofddimensies.

Medisch-verpleegkundig georiënteerd	En/of	Sociaal pedagogisch / opvoedkundig georiënteerd
Accent op preventie / Public health	En/of	Accent op zorg / Individual health

De eerste hoofddimensie betreft de vraag waar het domein van de jeugdgezondheidszorg zich de komende jaren voornamelijk op zal moeten oriënteren. De twee uitersten die op deze dimensie zijn te vinden, lopen van een sterk medisch-verpleegkundig profiel tot een sterk pedagogisch profiel. Bij een medisch-verpleegkundig profiel liggen de taken vooral bij het monitoren van de lichamelijke ontwikkeling van het kind, het screenen op afwijkingen op dit gebied, het vaccineren en het adviseren over verzorging, voeding en dergelijke. Bij een pedagogisch profiel ziet de jeugdgezondheidszorg vooral de opvoedingsondersteuning en het bredere welzijn van kinderen en hun opvoeders als haar taken. De eerste positie impliceert een sterke focus op het kind, het tweede veel meer aandacht voor het kind én zijn gezin en bredere omgeving. De middenweg bestaat uit een mengvorm, waarmee de werksoort zich ontwikkelt tot een zeer brede discipline, met een zowel medisch als pedagogisch profiel.

De tweede hoofddimensie betreft de vraag of de jeugdgezondheidszorg zich meer toelegt op preventie in de brede populatie van jeugdigen en opvoeders (public health) of meer op de signalering en selectie van jeugdigen met een zorgbehoefte of in een risicosituatie.

B. Factoren in de lokale taakverdeling tussen aanbieders en werkvelden.

Taken voor de hele groep van 0-23 jarigen	Of	Taken voor deelgroepen (bijv. 0-4, 5-12, 13-16 etc)
---	----	---

Welke positie de jeugdgezondheidszorg op de professioneel-inhoudelijke dimensies gaat innemen, wordt op lokaal niveau niet alleen door de jeugdgezondheidszorg zelf bepaald. In het functionele model van het CJG komen er in principe meerdere uitvoerders in aanmerking om invulling te geven aan taken. Dat geldt met name voor taken op pedagogisch gebied en in de zorg: in het lokale veld zijn op dat terrein meer spelers in het vizier, bijvoorbeeld (school)maatschappelijk werk, aanbieders van jeugd- en opvoedhulp en Zorg- en Adviesteams (ZAT's) in het onderwijs. In de praktijk zien we dat daardoor de lokale jeugdgezondheidszorg er soms voor kiest (of soms gedwongen wordt) de positionering te differentiëren naar verschillende leeftijdsgroepen, bijvoorbeeld: een breed pakket (medisch en pedagogisch) voor de doelgroep van 0-4 jarigen en hun opvoeders en een medische focus voor 5-19 jarigen in regio's waar de pedagogische ondersteuning- en zorgstructuur sterk door het onderwijs of (jeugd)zorgaanbieders wordt ingevuld.

C. Keuzes die gemeenten maken.

JGZ levert uniform pakket	Of	JGZ levert maatwerk
Uitvoering door gemeentelijke voorziening	Of	Uitvoering door private voorziening

Tot slot geldt dat de jeugdgezondheidszorg zich bevindt in een dynamiek van beleidsmatige en institutionele keuzes die gemeenten kunnen maken en die de positionering en verdere invulling van dit werkveld kunnen meebepalen.⁸ Voorbeelden daarvan zijn: levert de jeugdgezondheidszorg een uniform pakket of krijgt ze de ruimte om maatwerk te bieden, wordt de uitvoering van JGZ- dan wel CJG-taken aan private voorzieningen (bijvoorbeeld een thuiszorginstelling) of aan gemeentelijke voorzieningen (bijvoorbeeld de GGD) overgelaten?

Positionering in een lokaal krachtenveld

Het voorgaande maakt duidelijk dat de positionering van de jeugdgezondheidszorg in de CJG-ontwikkeling, maar ook daarbuiten, gebeurt in een krachtenveld dat tot lokaal zeer uiteenlopende uitkomsten kan leiden. Wat daarbij sterk door elkaar zal lopen is de algemene discussie over de toekomst van enerzijds de jeugdgezondheidszorg als professioneel-inhoudelijke discipline en een daarbij behorend profiel (zie A) en anderzijds de jeugdgezondheidszorg als werkveld met een verzameling van uit te voeren taken en daarin te leggen accenten en taakverdelingen (zie B en C). Het aantal denkbare scenario's is bijzonder groot. Hierna volgen vier hoofdscenario's waarvan wij denken dat deze in het land het meest zullen voorkomen. Bij het onderscheiden van die scenario's zijn we in eerste instantie uitgegaan van keuzes die worden gemaakt op het professioneel-inhoudelijke vlak (zie A), met vervolgens taakverdelingen die met lokale spelers worden gemaakt (zie B). Voor zover dat aan de orde is, geven we de organisatorische consequenties van het een en ander aan.

8) Voor een uitgebreide bespreking zie Frissen, P., Karré, P.M. & Steen, M. van der (2011). Zorg door de staat. Gevolgen van gemeentelijke keuzes in de JGZ. Den Haag: NSOB.

VIER HOOFDSCENARIO'S

De gemeente bepaalt als opdrachtgever het takenpakket van de JGZ-organisatie. Bij de besluitvorming wegen de inhoudelijke opvattingen van de JGZ-organisatie over haar taken en de positie van andere aanbieders mee. Er zijn dan 4 hoofdscenario's:

1. De (getransformeerde) JGZ-organisatie voert alle CJG-taken uit voor de leeftijdsgroep 0-23 jaar: *JGZ = CJG 0-23 jaar*.
2. De (getransformeerde) JGZ-organisatie voert alle CJG-taken uit voor de leeftijdsgroep 0-4 jaar: *JGZ = CJG 0-4 jaar*.
3. De JGZ-organisatie voert het Basistakenpakket (BTP) uit voor de leeftijdsgroep 0-19 jaar en een aantal extra taken: *JGZ = BTP plus*.
4. De JGZ-organisatie voert het Basistakenpakket (BTP) uit voor de leeftijdsgroep 0-19 jaar: *JGZ = BTP*.

1. JGZ = CJG 0-23 jaar

In dit scenario incorporeert de JGZ-organisatie alle doelen en de kerntaken van het CJG. Dat betekent een uitbreiding van taken ten opzichte van het Basistakenpakket dat de jeugdgezondheidszorg van origine uitvoert. Professioneel-inhoudelijk wordt gekozen voor een profiel dat bestaat uit een mengvorm van (somatische) gezondheidszorg en alle opvoed-, opgroei- en maatschappelijke vraagstukken. Men kiest niet voor een van de uitersten op de professioneel-inhoudelijke dimensie maar gaat dus voor het hele brede pakket van taken en de daarvoor te ontwikkelen deskundigheid. Dit impliceert een verschuiving van de traditionele oriëntatie op het medisch-verpleegkundige vak naar een medisch-pedagogisch profiel. De taken bevinden zich niet alleen op het terrein van preventie, maar ook op die van zorg voor alle kinderen en hun opvoeders.

Taakverdeling

De jeugdgezondheidszorg positioneert zich in dit scenario als de trekker en dé kernspeler van het CJG. Zij zal zich minder met een enkele beroepsgroep profileren (bijvoorbeeld de jeugdarts), maar meer als een werkveld waarin verschillende disciplines verenigd zijn om alle taken uit te kunnen voeren. Op lokaal niveau leidt dat tot een profiel van de jeugdgezondheidszorg als een multidisciplinair werkveld waarin bijvoorbeeld een jeugdarts, een pedagoog/gedragswetenschapper, een jeugdverpleegkundige een doktersassistent en een maatschappelijk werker verenigd zijn. De jeugdarts, de doktersassistent en de jeugdverpleegkundige hebben daarin een eigen rol, vooral waar het gaat om inbreng van medische en sociaal-verpleegkundige kennis en verrichtingen. Mogelijk profileren ze zich als breed opgeleide kernspelers in het CJG met uitdrukkelijk ook kennis van en taken op pedagogisch gebied. Vanuit die rol heeft de jeugdarts meer contactmomenten met kinderen vanaf 6 jaar dan voorheen, omdat hij nu ook veel meer te maken krijgt met allerlei vragen over de brede ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen.

Organisatie

Organisatorisch kan dit betekenen dat de organisaties die tot voor kort voornamelijk de medisch-verpleegkundige taken van de JGZ uitvoerden, fuseren (of zeer nauw gaan samenwerken) met organisaties voor maatschappelijk werk en opvoedondersteuning tot een integrale jeugdvoorziening. Ook kan er sprake zijn van een zeer nauwe samenwerking van verschillende voorzieningen; kern is dat daarin de eigen identiteit en een eigen professioneel-inhoudelijk profiel van deze organisaties geen rol meer spelen. De pedagoog/gedragswetenschapper en de (school)maatschappelijk werker treden toe tot het JGZ-kernteam (= CJG-team), dat de vier CJG-kerntaken met inbegrip van het Basistakenpakket JGZ uitvoert. CJG Rijnmond is een voorbeeld van een dergelijke organisatie, als het maatschappelijk werk daaraan wordt toegevoegd.

2. JGZ = CJG 0-4 jaar

Net als bij het vorige scenario incorporeert de JGZ hier het volledige pakket van de doelen en kerntaken van het CJG. Ook hier wordt gekozen voor een profiel dat bestaat uit een mengvorm van (somatische) gezondheidszorg en alle opvoed-, opgroei- en maatschappelijke vraagstukken, maar men focust daarbij vooral op de voorschoolse periode (0-4 jaar). En ook hier is er een verschuiving van de traditionele oriëntatie op het medisch-verpleegkundige vak naar een medisch-pedagogisch profiel. De JGZ profileert zich daarin als kernspeler voor de jongere doelgroep en bouwt vooral voort op de functies van het consultatiebureau. Bij de oudere doelgroepen kiest de JGZ voor een beperktere rol. Afhankelijk van de lokale situatie zal dat meestal een focus op de medische taken betekenen, met de mogelijkheid van een bredere inzet.

Taakverdeling

Dit scenario is het meest waarschijnlijk bij locaties waar de JGZ voor 0 – 4 jarigen de kern van het CJG zal worden en waarbij de zorgstructuur voor de oudere leeftijdsgroepen vooral aan het onderwijs is verbonden. In die onderwijs-zorgstructuur vanaf 4 jaar (in sommige regio's vanaf 12 jaar) is de JGZ geen kernspeler, maar partner. Ook in dit scenario positioneert de JGZ zich als werkveld voor alle opvoed- en opgroei-problemen, ontwikkelings- en gezondheidsopgaven. De pedagoog versterkt eventueel dit werkveld, maar het accent ligt op de brede taakuitvoering bij jeugdigen van 0-4 jaar. De taken van de JGZ voor boven de 4 (of 12) jaar zullen veelal beperkter zijn. De voorzieningen die de brede onderwijs-zorgstructuur bepalen, zullen de JGZ hier vooral willen positioneren als partner met meer specifieke medisch-verpleegkundige taken en inbreng. De JGZ is een aantrekkelijke samenwerkingspartner voor deze voorzieningen, omdat ze in haar contactmomenten met jeugdigen in staat is niet alleen specifiek op het medische terrein bij te dragen, maar ook – als dat nodig is – op het pedagogische vlak te signaleren, te screenen en met handelingsadviezen bij te dragen. De jeugdgezondheidszorg levert bijvoorbeeld een belangrijke bijdrage levert in de signalering en advisering als het gaat om de rol van opvoeders bij gezond eten, bewegen, middelengebruik en het veilig vrijen van jeugdigen. Ook kan ze in belangrijke mate bijdragen aan de signalering en het bij opvoeders aan-kaarten van opvoedingssituaties die voor kinderen en adolescenten nadelig zijn.

Organisatie

De jeugdgezondheidszorg heeft in dit scenario dus twee rollen. Ten eerste bouwt ze de voorziening die het consultatiebureau vormt uit tot een breed CJG voor 0-4 jarigen. Ze fuseert daarvoor eventueel met voorzieningen voor opvoedingsondersteuning in de voorschoolse periode of ze gaat er een nauwe samenwerking mee aan. Daarnaast biedt ze, in aanvulling op de onderwijszorgstructuur, specifieke diensten met de nadruk op sociaal-medische en sociaal-verpleegkundige zorg. Eventueel kan de jeugdgezondheidszorg ook de ZAT-rol vervullen voor de kinderopvang en de peuterspeelzalen. Die aanvullende diensten kunnen ook worden geboden vanuit de bestaande voorziening voor jeugdgezondheidszorg (bijvoorbeeld de GGD)⁹.

3. Focus op Basistakenpakket Plus: JGZ = BTP+

Het derde scenario kenmerkt zich door een focus van de JGZ op haar medisch-verpleegkundige insteek. Ze concentreert zich op haar somatische en psychosociale, gezondheidskundig preventieve taken, die zijn omschreven in het Basistakenpakket (BTP) van de jeugdgezondheidszorg. Tegelijk maakt ze als medesignaleerder en verwijzer deel uit van het multidisciplinaire samenwerkingsverband van het CJG en het ZAT. In voorkomende gevallen kan ze ook de taak van zorgcoördinator op zich nemen. Vormen van pedagogische advisering en ondersteuning voert ze in principe niet uit. Het Basistakenpakket is en blijft de 'core business'. De deelname in het multidisciplinaire team van het CJG en het ZAT geldt als een (kleine) uitbreiding van de taken en heeft weinig consequenties voor het medisch-verpleegkundig georiënteerde profiel.

Taakverdeling

Deze positie is vooral te verwachten in gemeenten en regio's waar het CJG gevormd wordt met verschillende partners, die elk met een duidelijk afgebakend takenpakket deelnemen. In dit model is de JGZ dus een van de deelnemers in het CJG en het ZAT, samen met schoolmaatschappelijk werk, opvoedingsondersteuning en ambulante jeugdzorg. Elke deelnemer heeft een eigen helder profiel. Profilering van de jeugdgezondheidszorg op het medisch-verpleegkundige vlak is in deze context duidelijk en passend bij haar 'roots'. Alle zorg voor opvoeden en opgroeien buiten de gezondheidsaspecten behoort tot het profiel van andere partners. Er komen dan ook geen andere disciplines de JGZ-organisatie in.

Organisatie

Organisatorisch gezien past deze deelname van de JGZ het beste in het CJG als netwerkconstructie. De multidisciplinaire samenwerking bestaat uit uitwisseling van gegevens en snel doorschakelen van jeugdigen en opvoeders naar partners waarvan de inzet nodig is. Een multidisciplinair overleg vormt het knooppunt van de samenwerkingspartners voor gezinnen waarvan nog niet voldoende duidelijk is welke partners hier moeten acteren. Een voorbeeld is de recent tot stand gekomen Stichting JGZ Zuid Holland West.

⁹ In dit scenario voert de GGD bijvoorbeeld ook de taken uit op het terrein van epidemiologie en beleidsadviesing.

4. Focus op Basistakenpakket: JGZ = BTP

In dit scenario legt de JGZ de focus op haar traditionele publieke (sterk psychosomatische) gezondheidskerntaken. Professioneel-inhoudelijk profileert de JGZ zich daarbij op haar medisch-verpleegkundige insteek. Het Basistakenpakket JGZ is maatgevend. De JGZ voert dat samenhangend voor alle jeugdigen (0-23 jaar, maar mogelijk beperkt tot 0-19 jaar) uit. Het team bestaat uit jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en assistenten.

Taakverdeling

Ook deze positie is vooral te verwachten in gemeenten en regio's waar het CJG gevormd wordt met verschillende partners, die elk met een duidelijk afgebakend takenpakket deelnemen. Net als in het vorige scenario neemt de JGZ ook hier deel in het CJG en het ZAT, samen met schoolmaatschappelijk werk, opvoedingsondersteuning en ambulante jeugdzorg, elk met een helder profiel. Het verschil met het vorige profiel is dat de JGZ hier geen taken op zich zal nemen als zorgcoördinatie. De JGZ is niet de kernspeler van het CJG. Wel signaleert en verwijst de JGZ, maar dit impliceert geen deelname in een multidisciplinair samenwerkingsverband.

Organisatie

Dit scenario vertaalt zich gemakkelijk in een aparte JGZ-organisatie van jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en assistenten die in een partnerschap met de maatschappelijke dienstverlening en de jeugdzorg elk deeltaken van het CJG en het ZAT uitvoeren. Het CJG en ZAT opereren daarbij als netwerk.

INHOUDELIJKE EN BESTUURLIJKE BETEKENIS VAN DE SCENARIO'S

In bijlage 2 zijn de kenmerken en consequenties van de vier scenario's kort vergeleken.

De inschatting is dat de scenario's 1 tot en met 3 voor de JGZ 4-19 grotere stappen tot vernieuwing en verandering met zich meebrengen dan scenario 4. Scenario 1 gaat daarin het verst: de inhoudelijke oriëntatie van de JGZ verschuift van medisch naar medisch én (sociaal)pedagogisch. Het komt daarmee het dichtst bij de nieuwe invulling van de JGZ of de paradigmashift die het NCJ in zijn beleidsplan beschrijft. Opmerkelijk is daarbij dat ook het (sociaal)pedagogische element in die paradigmashift als een element van *jeugdgezondheidszorg* wordt aangeduid¹⁰. In het voorheen smalle medisch-verpleegkundige domein wordt een (sociaal)pedagogische oriëntatie dus als belangrijk (h)erkend. In scenario 2 beperkt die beweging zich vooral tot de voorschoolse periode, waarna de schoolzorgstructuren de overhand krijgen. De JGZ blijft in de schoolperiode als netwerkpartner in beeld, maar het inhoudelijke profiel verschuift dan naar een smaller pakket van medisch-verpleegkundige taken. In scenario 3 en 4 geldt het medisch-verpleegkundige accent voor alle leeftijdsgroepen. In scenario 3 werkt de JGZ echter in een CJG/ZAT-netwerk intensiever samen op het punt van signalering, verwijzing en coördinatie dan bij scenario 4. In scenario 4 kiest de JGZ voor de beperking tot haar historische sociaal-medische kernfunctie.

De scenario's hebben ook bestuurlijke betekenis. In scenario 1 incorporeert de JGZ zowel medisch-verpleegkundige taken als (sociaal)pedagogische taken binnen het publieke domein. Dat domein valt vervolgens samen met de taken van het CJG. In dit scenario draagt de gemeente aan de JGZ feitelijk de uitvoering van alle functies van het CJG op. Andere mogelijke aanbieders van CJG-functies (bijvoorbeeld het Algemeen Maatschappelijk Werk of de Thuiszorg als het gaat om signalering en opvoedingsondersteuning) blijven in dat bestek buiten beeld of worden ingezet als 'onderaannemer' voor de uitvoering van de publieke JGZ-taken. Geredeneerd vanuit het functionele model veronderstelt dit dat de JGZ-organisatie overtuigend kan aantonen dat zij op de uit te voeren taken de beste 'papieren' heeft om deze centrale rol – over het hele medische en pedagogische domein - uit te voeren. De andere scenario's bieden binnen het functionele model meer ruimte aan andere spelers en werkvelden om CJG-taken uit te voeren – scenario 4 nog het meest. Dit stelt de gemeente in staat voor verschillende functies de beste aanbieders te selecteren en meer ruimte te geven aan particulier initiatief. Tegelijkertijd vraagt dit van de gemeente een sterke regisserende rol. De deelnemende aanbieders

10) De brede 'public health'-benadering van Lalonde krijgt daarmee haar definitieve invulling in ons land. Zie Lalonde M. (19974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Voor de Nederlandse bewerking zie o.a. www.rivm.nl/vtv.

moeten zich sterk profileren ten aanzien van hun kwalificaties om functies uit te kunnen (blijven) voeren en hun vermogen om binnen het totale CJG-verband en met onder meer het onderwijs samen te werken.

BIJLAGE 1. KERTAKEN VAN HET CJG¹¹

In de brochure 'Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin' is een integratie voorgesteld van:

- de taken genoemd in het Basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg;
- een aantal taken uit de WMO;
- een aantal beleidsdocumenten;
- geïnventariseerde verwachtingen van ouders en jeugdigen.

Dit leidde tot de formulering van vier kerntaken:

1. Signaleren, analyseren en, indien nodig, toeleiden naar (gespecialiseerde) hulp.
2. Ondersteuning en dienstverlening: voorlichting, advies, informatie en hulp.
3. Integrale zorg organiseren.
4. Monitoren, screenen en vaccineren.

De genoemde taken zijn in de nota 'Werk in uitvoering' verder aangescherpt en uitgewerkt. Dat is gebeurd in een zogeheten functioneel model. Dat model houdt in dat uitsluitend is aangegeven wat er moet gebeuren. Het CJG is daarbij niet noodzakelijk gebonden aan een specifieke organisatie en/of een gebouw. De term 'het CJG' staat hier feitelijk voor een bepaalde verzameling van taken (functies) op het terrein van het opgroeien en opvoeden van jeugdigen die onder bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid van een gemeente binnen die gemeente dienen te worden uitgevoerd.

Aan elke kerntaak zijn doelen, kwaliteitseisen, producten, definities en uitvoerders te koppelen. Die koppelingen kunnen deels landelijk bepaald zijn (wat verstaan we bijvoorbeeld onder 'signalering' en wat zijn de minimaal te stellen kwaliteitseisen), maar voor een belangrijk deel ook lokaal worden ingevuld.

In deze bijlage schetsen we kort de verschillende kerntaken. In de Beleidsbrief stelselherziening jeugd van 8 november 2011 is nog een vijfde kerntaak genoemd: samenwerking met het onderwijs.¹² Ook deze taak omschrijven we hier kort.

11) Bron: Yperen, T.A. van & Woudenberg, A. van (2011). *Werk in uitvoering*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

12) *Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buitenspel'*. Brief aan de Tweede Kamer, kenmerk DJ/PS-3088668. Den Haag, ministerie van VWS en V&J, 8 november 2011. In de beleidsbrief zijn de overige taken als volgt benoemd: hulp inschakelen in een zo vroeg mogelijk stadium; ondersteuning, voorlichting, advies en informatie; zoveel mogelijk zelf bieden van hulp of integrale zorg rondom het gezin organiseren; monitoren, screenen en vaccineren.

Kerntaak 1. Signaleren, analyseren en, indien nodig, toeleiden naar (gespecialiseerde) hulp

- 1.1 *Signalering* is het onderkennen van en aandacht vestigen op een risico of een probleem.
 - a. Op populatieniveau of op het niveau van risicogroepen kunnen deskundigen gezondheidsprofielen ontwikkelen en op basis daarvan gezondheidsbeleid ontwikkelen.
 - b. Op individueel niveau gaat het om de onderkenning van niet-normale aspecten van de ontwikkeling of de omgeving. Dat kan middels een screening gebeuren, maar dat hoeft niet. Een maatschappelijk werker kan bijvoorbeeld – zonder dat ze daar systematisch op screent – ontdekken dat de kinderen in een gezin waar ze komt slecht worden verzorgd. Dat is voor haar een signaal dat ze een AMK-medewerker moet bellen voor advies. Of een ouder kan aan de hand van een checklistje op de website van het CJG signaleren dat de ontwikkeling van zijn peuter vermoedelijk niet helemaal normaal verloopt.

- 1.2 Bij *analyseren* gaat het om het (met de cliënt) taxeren of bij gesignaleerde risico's of problemen hulp of bescherming nodig is en, zo ja, wat voor soort hulp of bescherming dat moet zijn. Daarbij speelt de weging van problemen, risicofactoren en protectieve factoren een rol. Die weging kan tot gevolg hebben dat een ouder bijvoorbeeld wel problemen onderkent, maar verwacht dat hij of zij die op eigen kracht wel kan oplossen (er is geen 'vraag'). Een andere ouder zal wel een behoefte hebben aan ('vraag naar') ondersteuning of hulp. Weer een andere ouder heeft geen 'vraag', maar de zorgen zijn groot genoeg om toch actie te ondernemen. Men spreekt hier ook wel van 'oordeelsvorming over de aangewezen hulp of indicatiestelling'.

- 1.3 *Toeleiden naar (gespecialiseerde) hulp of bescherming*. Hier gaat het om het met de cliënt regelen van een gepast aanbod. Dit kan door direct diensten of hulp te verlenen (zie kerntaak 2), door derden in te schakelen uit het sociale netwerk of het eerste compartiment/het CJG (zie ook kerntaak 2) en/of door intensievere hulp in te schakelen, bijvoorbeeld uit het tweede compartiment, of door hulp of diensten van buiten de jeugdzorg in te roepen (zie kerntaak 3).

Kerntaak 2. Ondersteuning en dienstverlening: voorlichting, informatie, advies/consultatie en hulp

- 2.1 *Informeel vormen van ondersteuning*. Het CJG speelt een rol in het vormen van sociale netwerken rondom jeugdigen en opvoeders.
 - a. Op algemeen niveau ondersteunt het initiatieven zoals de inzet van vrijwilligers bij risico- of probleemgezinnen en -jeugdigen (bijvoorbeeld Allemaal Opvoeders, Big Brothers Big Sisters, Moeders informeren Moeders), informatie-uitwisseling door burgers (bijvoorbeeld, peer-voorlichting), onderlinge ondersteuning van opvoeders door het creëren van ontmoetingsochtenden et cetera.

b. Op individueel niveau activeert het CJG het sociale netwerk rond risico- en probleemgezinnen middels bijvoorbeeld sociaal netwerkberaad en Eigen Kracht Conferenties, waarbij mensen uit het sociale netwerk van het gezin meedenken over en meewerken aan oplossingen voor problemen.¹³

2.2 *Professionele voorlichting, informatie, advies, consultatie.* Dit omvat onder meer informatie geboden in publieke en selectieve preventieprogramma's, publieke folders, voorlichting via algemeen toegankelijke informatie op internet, informatiebezoeken aan scholen, informatiebijeenkomsten en cursussen voor ouders of beroepsopvoeders. Ook individuele voorlichting-, informatie- en adviesdiensten vallen hieronder, bijvoorbeeld voorlichting via e-mail, het op verzoek versturen van een folder of het verstrekken van informatie via de telefoon. Advisering aan beroepsopvoeders wordt hier consultatie genoemd.

2.3 *Uitvoering professionele hulp.* Hier gaat het om individuele of groepsgewijze trainingen of individuele, kortdurende hulpvormen die ambulante of op locatie (bijvoorbeeld bij cliënten thuis, op scholen of in buurthuizen) worden aangeboden. Soms biedt het CJG voor langere tijd jeugdigen en gezinnen laagfrequente leun- en steuncontacten om een vinger aan de pols te houden, situaties beheersbaar te houden of terugval in eerdere problematiek te voorkomen.

Kerntaak 3. Integrale zorg organiseren

Dit omvat het inschakelen en coördineren van zorg door en voor derden. Het is de taak van het CJG om dit op twee niveaus te realiseren:

- a. Op algemeen niveau. Het CJG bouwt mee aan structureel samenhangende pakketten of trajecten van zorg- en dienstverlening voor doelgroepen die op dit soort pakketten aangewezen zijn. Bijvoorbeeld: voor het goed ondersteunen van multiprobleemgezinnen kan het nodig zijn goede afspraken te maken met vrijwilligersorganisaties, het algemeen maatschappelijk werk, de schuldhulpverlening, woningcorporaties en de volwassenen-ggz over afstemming en bundeling van krachten. Ook kan het gaan om zorgtrajecten die met onderwijsinstellingen en verschillende jeugdzorgaanbieders worden afgesproken om de meest voorkomende problemen van vroegtijdige schoolverlaters samenhangend en effectief aan te pakken. Samenvattend wordt dit alles ook wel aangeduid als 'aanbodprogrammering' of 'zorgprogrammering'.
- b. Op individueel niveau. Met jeugdigen en hun opvoeders wordt een samenhangend, individueel hulpverleningsplan gemaakt om problemen op school en in het gezin aan te pakken. Dit gebeurt zo mogelijk in overleg met personen in het sociaal netwerk, om te kijken welke bijdrage zij kunnen leveren. Bij de realisering van het plan kunnen verschillende zorgaanbieders betrokken zijn, tegelijk of achtereenvolgens. De CJG-medewerker blijft als constante factor aanwezig. Samen met de cliënt voert hij/zij de coördinatie.

13) Zie www.eigen-kracht.nl.

Het CJG of de CJG-professional stelt zich hier in goed overleg als de centrale figuur op. Als de samenwerking al door de cliënt of vanuit een andere instantie wordt geprogrammeerd of gecoördineerd, dan kan dat op zich voldoende zijn. De kerntaak houdt dan in dat er onder regie van de andere partij wordt ingezet op de totstandkoming van een samenhangend aanbod.

Kerntaak 4. Monitoren, screenen en vaccineren

- 4.1 *Monitoren* omvat het periodiek volgen van de ontwikkeling van de jeugdigen en opvoeders. Dit gebeurt op verschillende niveaus:
- a. Op populatieniveau ofwel het niveau van de bevolking in de gemeente of daarin voorkomende risicogroepen: wat is de kwaliteit van die ontwikkeling en opvoeding, wat zijn de vragen waar ze met betrekking tot het opgroeien en opvoeden mee zitten, welke risicofactoren en problemen komen voor? Dit staat ook wel bekend als de uitvoering van bevolkingsonderzoek.
 - b. Op individueel niveau: onder meer het volgen van de ontwikkeling van jonge kinderen op het consultatiebureau, het periodieke onderzoek door de jeugdarts op school, het in de kinderopvang en de school screenen van kinderen op taalachterstanden et cetera.
- 4.2 *Screening* betreft het systematisch langslopen van kenmerken van jeugdigen of opvoeders op risico's of problemen. Ook dit gebeurt op meerdere niveaus:
- a. Op populatieniveau en op het niveau van risicogroepen. Alle kinderen krijgen bijvoorbeeld een zogenoemd hielprikje en verder zijn er breed toegepaste gehoor- en visusscreeningen. De bedoeling is om ook screening op taalachterstanden breed in te voeren.
 - b. Op individueel niveau zijn op verzoek van de cliënt de ontwikkeling en de pedagogische omgeving ten aanzien van uiteenlopende aspecten te bekijken.
- 4.3 *Vaccinatie*. Hieronder valt met name het Rijksvaccinatieprogramma. In de opsomming van kerntaken in de brochure 'Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin' is dit onderdeel onder de kerntaak 'monitoren, screenen en vaccineren' geschaard. Omdat het feitelijk om een preventieve ingreep gaat, zou dit ook onder kerntaak 2 te scharen zijn.

Kerntaak 5. Samenwerking met het onderwijs

Deze kerntaak houdt twee zaken in:

- Afspraken met het onderwijs waar de CJG-functies - gedifferentieerd naar verschillende leeftijdsgroepen - worden uitgevoerd, in en/of buiten het onderwijs;
- Afstemming van CJG-taken met de taken van het onderwijs zelf op het terrein van voorlichting, screening, signalering, advisering, pedagogische ondersteuning, toeleiding en het organiseren en coördineren van integrale zorg.

Ook hier is het onderscheid tussen het populatieniveau en individueel niveau van belang.

Zo moeten regionale samenwerkingsverbanden in zorgplannen aangeven hoe in de regio in een dekkende zorgstructuur voor leerlingen is voorzien. Dat vergt afstemming met onder meer de aanbodprogrammering die hier onder kerntaak 3 van het CJG is genoemd. Op individueel niveau gaat het om een goede afstemming wat er rondom een specifieke jeugdige of een specifiek gezin vanuit het CJG en/of het onderwijs wordt gedaan.

BIJLAGE 2. KENMERKEN VAN DE VIER SCENARIO'S JGZ-CJG

	1 JGZ = CJG	2 JGZ = CJG (0-4 á 12)	3 JGZ = BTP+	4 JGZ = BTP
Professioneel-inhoudelijk profiel	Medisch-verpleegkundig, maatschappelijk en pedagogisch	Medisch-verpleegkundig en pedagogisch	Medisch-verpleegkundig	Medisch-verpleegkundig
Inhoud/problematiek	Alle opgroei- en opvoedproblemen	Alle opgroei- en opvoedproblemen	Gezondheid (somatisch en psychosociaal)	Gezondheid (somatisch en psychosociaal)
Disciplines (wie zijn er nodig)	Jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente, pedagoog/gedragswetenschapper, maatschappelijk werker	Jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente, pedagoog	Jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente	Jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente
Wettelijke taken	<ul style="list-style-type: none"> • Wet Publieke Gezondheid • Wet maatschappelijke ondersteuning • Passend Onderwijs • Wet op de jeugdzorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Wet Publieke Gezondheid • Wet maatschappelijke ondersteuning • Passend Onderwijs • Wet op de jeugdzorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Wet Publieke Gezondheid • Wet maatschappelijke ondersteuning • Passend onderwijs 	<ul style="list-style-type: none"> • Wet Publieke Gezondheid
Kerntaken	Preventie en zorg: <ul style="list-style-type: none"> • Basistakenpakket (BTP) • Alle overige kerntaken CJG 	Preventie en zorg: <ul style="list-style-type: none"> • BTP • Alle overige kerntaken CJG 	Preventie, toeleiding zorg: <ul style="list-style-type: none"> • BTP • Multidisciplinaire signalering, verwijzing • (eventueel coördinatie) 	Preventie: <ul style="list-style-type: none"> • BTP
Leeftijd fase	0-23 (-9 maanden tot 23 jaar)	0-4 + 4-19 BTP	0-19	0-19
Waarschijnlijke organisatie	Integrale jeugdorganisatie	Netwerkorganisatie met JGZ als partner	Netwerkorganisatie met JGZ als partner	Netwerkorganisatie met zelfstandige JGZ-organisatie als partner



Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht
www.ncj.nl



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid