

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2005

DEELRAPPORT

**Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg
in 2004**

Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!?

Den Haag, november 2005

Samenvatting

In dit deelrapport van de *Staat van de Gezondheidszorg 2005* (SGZ 2005) wordt het functioneren van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) besproken. Hierbij worden de volgende onderdelen belicht:

- De integratie van de JGZ onder gemeentelijke regie en de uitvoering van het basistakenpakket, op grond van de per 1-1-2003 gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV).
- De positie van de JGZ binnen het veld van de zorg en hulpverlening aan de jeugd.
- De aanpak van de JGZ van gezondheidsproblemen en -bedreigingen bij de jeugd.

De rapportage is gebaseerd op onderzoek dat de inspectie, al dan niet samen met anderen, in de afgelopen 5 jaar naar de JGZ of onderdelen daarvan heeft verricht. Dit is aangevuld met informatie van derden en uit de literatuur over de verschillende voor de JGZ relevante ontwikkelingen. De meeste onderzoeksgegevens zijn afkomstig uit in 2003 en 2004 verricht onderzoek naar de JGZ en de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten bij de openbare gezondheidszorg (OGZ).

De voornaamste conclusie van de inspectie is dat, ondanks het feit dat er hard gewerkt wordt, de JGZ 0-19 nog lang niet robuust genoeg is om alle uitdagingen die de integratie, inbedding in het jeugdveld en aanpak van risicofactoren voor thuiszorg en GGD vormen, met vertrouwen aan te kunnen gaan. Met de huidige aanpak kan dat op onderdelen ook nog lang duren. Voor sommige onderdelen vreest de inspectie dat deze nooit helemaal het gewenste niveau zullen bereiken.

De inspectie geeft verder aan welke maatregelen ter verbetering genomen moeten worden. Deze maatregelen zijn gericht aan rijk, gemeenten, koepels en organisaties. De inspectie belicht ook de eigen toekomstige activiteiten ten aanzien van de JGZ.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Risico voor de jeugd en de volksgezondheid	7
1.3	Doel van dit rapport	8
1.4	Methode van onderzoek	8
1.5	Gebruikte onderzoeksgegevens	9
2	Conclusies en maatregelen	10
2.1	De JGZ 0-19 ontwikkelt zich te langzaam	10
2.2	De integrale JGZ komt met de huidige aanpak niet tot stand	10
2.3	Het basistakenpakket krijgt nog onvoldoende vorm	11
2.3.1	<i>Algemeen</i>	11
2.3.2	<i>Ten aanzien van het uniforme deel</i>	11
2.3.3	<i>Ten aanzien van het maatwerkdeel</i>	12
2.4	De JGZ heeft meer steun nodig bij de samenwerking met derden	12
2.5	De JGZ moet de gezondheidsbedreigingen beter aanpakken	13
2.6	Maatregelen	13
2.6.1	<i>Maatregelen ten aanzien van Landelijke overheid</i>	13
2.6.2	<i>Maatregelen ten aanzien van Landelijke en gemeentelijk overheid ezamen</i>	14
2.6.3	<i>Maatregelen ten aanzien van gemeenten</i>	15
2.6.4	<i>Maatregelen ten aanzien van koepelorganisaties</i>	15
2.6.5	<i>Maatregelen ten aanzien van organisaties met jeugdgezondheidszorg</i>	15
2.6.6	<i>Maatregelen tenb aanzien van de Inspectie voor de Gezondheidszorg</i>	16
3	Wettelijke achtergrond van de jeugdgezondheidszorg	17
3.1	De Wet collectieve preventie volksgezondheid en de jeugdgezondheidszorg	17
3.2	Positie van gemeenten en rijk ten aanzien van de JGZ	18
3.3	Uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid voortgekomen ondersteuning	19
4	Bevindingen	20
4.1	Inleiding	20
4.2	De JGZ voldoet nog niet geheel aan wet- en regelgeving	20
4.2.1	<i>Samenwerking tussen JGZ 0-4 en JGZ 4-19 is nog maar weinig verbeterd</i>	21
4.2.2	<i>Er is sprake van geografische versnippering en bestuurlijke samenwerking ontbreekt</i>	21
4.2.3	<i>De gemeente schiet tekort als regisseur</i>	22
4.2.4	<i>Invoering van het basistakenpakket JGZ 0-19 is nog niet voltooid</i>	23
4.2.5	<i>Uitvoering van het uniforme deel nog niet op orde</i>	23
4.2.6	<i>De richtlijn contactmomenten wordt nog onvoldoende gevolgd</i>	23
4.2.7	<i>Veranderingen ten opzichte van 2000</i>	24
4.2.8	<i>Te veel versnippering bij de uitvoering van de hieprikscreening</i>	25
4.2.9	<i>Ondanks integraal dossier is een goede overdracht niet geborgd</i>	25
4.2.10	<i>Toestemming van ouders niet altijd goed geregeld</i>	25

- 4.2.11 *Uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma is voldoende, maar staat wel onder druk* 26
- 4.2.12 *Invulling van het maatwerkdeel nog onvoldoende* 26
- 4.2.13 *Onderscheid tussen uniform deel en maatwerkdeel is onduidelijk* 27
- 4.2.14 *De geormerkte middelen komen niet altijd bij de JGZ terecht* 27
- 4.2.15 *JGZ 0-4 vraagt nog steeds een eigen bijdrage aan ouders* 28
- 4.3 *De JGZ doet vaak al wel de goede dingen, maar doet deze niet altijd goed* 28
 - 4.3.1 *Samenwerking met derden is verbeterd, maar nog niet goed genoeg* 28
 - 4.3.2 *Zorgcoördinatie vanuit de JGZ is onvoldoende* 29
 - 4.3.3 *Positie van de JGZ binnen het jeugdveld is niet sterk genoeg* 29
 - 4.3.4 *Bereik van de JGZ is nog niet altijd zoals beoogd: minimaal 95 procent* 30
 - 4.3.5 *De JGZ moet zich actief blijven opstellen* 30
 - 4.3.6 *De overdracht van gegevens van verloskunde en kraamzorg naar de JGZ kan beter* 31
 - 4.3.7 *Inzicht in de gezondheidssituatie blijft gebrekkig* 31
 - 4.3.8 *Aanpak van risicofactoren te beperkt* 31
 - 4.3.9 *Er is een gebrek aan goede instrumenten* 32
 - 4.3.10 *Er is te weinig aandacht voor implementatie* 32
 - 4.3.11 *Landelijke activiteiten zorgen voor betere kwaliteit* 33

Bijlagen

- 1 Referenties 34
- 2 Lijst van afkortingen 35
- 3 Onderzoeksresultaten 38
- 4 Bevorderende en belemmerende factoren 89
- 5 Het bereik van de JGZ in 2003-2004 94

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de laatste jaren volop in beweging. De wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid per 1-1-2003 beoogt versterking van de onderlinge relatie tussen de JGZ 0-4 (voor 0-4 jarigen), van oudsher onderdeel van de thuiszorg, en de JGZ 4-19 (voor 4-19 jarigen) als onderdeel van de GGD, van de continuïteit en afstemming van zorg binnen de JGZ en met derden in het 'jeugdveld' en de aansturing van de JGZ als geheel. Onder regie van de gemeenten moet dit proces leiden tot een kwalitatief hoogwaardige, integrale JGZ, waarbij de inmiddels ongeveer 100 jaar oude cesuur^[a] tussen de JGZ 0-4 en JGZ 4-19 is opgeheven. Deze JGZ 0-19 moet stevig verankerd zijn in het veld van hulpverlening rond de jeugd en heeft daarbij onder invloed van de operatie Jong een centrale positie, in het bijzonder bij de jonge kinderen tot 4 jaar.

De versterking moet ook leiden tot een JGZ die gezondheidsproblemen en –bedreigingen van de jeugd tijdig onderkent en zorgt voor een adequate aanpak met bewezen effectiviteit.

Voor de inspectie was dit aanleiding om de stand van zaken binnen de JGZ te beschrijven in een apart onderdeel van de *Staat van de Gezondheidszorg 2005*. Deze rapportage is gebaseerd op eigen onderzoek van de inspectie, aangevuld met informatie van derden over de verschillende, voor de JGZ relevante ontwikkelingen.

De inspectie rapporteert met name over wat beter moet, niet over wat er al goed gaat. Binnen de JGZ is er onder invloed van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet collectieve preventie volksgezondheid al veel verbeterd en er wordt hard gewerkt aan verdere verbetering. De inspectie concentreert zich in deze rapportage vooral op zaken die nog onvoldoende (gerealiseerd) zijn of waar de verbetering te traag verloopt.

In dit rapport is er in verband met de leesbaarheid voor gekozen om cijfers en percentages in beperkte mate in het rapport zelf op te nemen. Hiervoor wordt verwezen naar de bijlagen 3 en 5.

1.2 Risico voor de jeugd en de volksgezondheid

De jeugd vormt een risicovolle periode: jongeren staan vrijwel voortdurend aan allerlei ontwikkelingen bloot die het opgroeien tot een gezonde volwassene sterk kunnen beïnvloeden. De jeugd is een kwetsbaar deel van de bevolking, waar nog relatief veel gezondheidswinst behaald kan worden^[6]. Dat rechtvaardigt een sterke JGZ 0-19, die

- De gezondheid van de jeugd bewaakt en zo mogelijk bevordert.
- Potentiële bedreigingen signaleert, adequaat ingrijpt en waar nodig verwijst.
- Zijn positie binnen het veld van zorg, hulpverlening en onderwijs voor de jeugd kan waarmaken en zonodig ook als regievoerder moet kunnen optreden.

Het gaat met het merendeel van de jeugd goed, maar er is altijd een deel dat risico loopt ten aanzien van gezondheid en ontwikkeling of waar zich al problemen hebben voorgedaan. De vernieuwde JGZ moet daarbij niet alleen 'oude' problemen, zoals

[a] De cesuur in de JGZ is de afgrenzing tussen de JGZ 0-4 als 'particuliere' zorg en de JGZ 4-19 als onderdeel van de openbare gezondheidszorg:

kindermishandeling, groei- en ontwikkelingsstoornissen, psychosociale problemen, pesten of ongezond gedrag (roken, alcoholmisbruik), op adequate wijze kunnen (blijven) aanpakken. Ook moet zij 'nieuwe' problemen aanpakken die de laatste jaren sterk in opkomst zijn of in de belangstelling zijn komen te staan. Dit zijn bijvoorbeeld de sterke toename van overgewicht en obesitas, een groeiende behoefte aan opvoedingsondersteuning, de groeiende aandacht voor huiselijk geweld en de effecten daarvan op de kinderen in het gezin, de toename van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en andere nieuwe of weer terugkerende infectieziekten, het weer verslechteren van kindergebitten, de toename van tienerzwangerschappen, de loverboys en genitale verminking bij meisjes.

Om deze uitdagingen het hoofd te kunnen bieden is het belangrijk dat de JGZ als één geheel optreedt. Ouders en jeugdigen hebben dan te maken met één JGZ: één aanpak (signalering, advisering, samenwerking met derden) en continuïteit in zorg gedurende de gehele periode van 0-19 jaar. Het verstevigt de band tussen ouders en de JGZ. Dat is allemaal extra relevant bij risicokinderen en –gezinnen; deze worden dan niet gemakkelijk uit het oog verloren.

Bijkomende voordelen zijn dat er beter gebruikgemaakt kan worden van elkaars deskundigheid en dat deze waar nodig gericht ingezet kan worden. Het maakt één optreden 'naar buiten' mogelijk, bijvoorbeeld bij de samenwerking met derden of bij het deelnemen aan externe projecten. Het is efficiënter omdat dubbelingen voorkomen worden. En er is sprake van één gezicht naar buiten toe: naar ouders en kinderen, naar het veld van de zorg voor en hulpverlening aan jeugdigen en naar gemeenten.

1.3 Doel van dit rapport

In dit rapport beoordeelt de inspectie in hoeverre de JGZ anno 2004 voldoet aan de in de inleiding aangegeven beleidsdoelen:

- De integratie van de JGZ onder gemeentelijke regie, zoals wordt beoogd met de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid per 1-1-2003 (inclusief de uitvoering van het in de wet verankerde basistakenpakket JGZ 0-19).
- De aansluiting van de JGZ bij het veld van de zorg en hulpverlening aan de jeugd en een stevige verankering van de JGZ binnen dit veld.
- Een adequate aanpak van de JGZ van (potentiële) gezondheidsproblemen en -bedreigingen bij de jeugd.

1.4 Methode van onderzoek

De basis voor deze rapportage wordt gevormd door de onderzoeksgegevens van het in de afgelopen 2 jaar door de inspectie verrichte onderzoek. Hiervoor hebben alle organisaties met JGZ in het takenpakket een schriftelijke vragenlijst toegezonden gekregen. Dit betrof een voor JGZ 0-4 en JGZ 4-19 vergelijkbare vragenlijst, waarbij op enkele onderdelen rekening gehouden is met het specifieke karakter van het betreffende JGZ-deel. De respons was 100 procent.

De vragenlijst van de JGZ 4-19 vormde een onderdeel van het in 2003 en 2004 verrichte algemeen-toezichtonderzoek van GGD'en; aanvullend op de vragenlijst zijn alle GGD'en én hun JGZ in deze 2 jaren bezocht. Het onderzoek van de JGZ 0-4 vormde een apart thematisch-toezichtonderzoek. In 2004 hebben alle organisaties met JGZ 0-4 in het takenpakket hierover de vragenlijst ontvangen; begin 2005 zijn zestien organisaties bezocht die de inspectie op grond van de ingevulde vragenlijst heeft

geselecteerd. De resultaten waarover dit onderzoek rapporteert zijn vooral gebaseerd op de ingevulde vragenlijsten.

De JGZ 0-4 en JGZ 4-19 zijn tot op heden nog vrijwel overal als organisatorisch en inhoudelijk aparte eenheden te beschouwen. Dat heeft de aparte benadering – via thuiszorg dan wel GGD – noodzakelijk gemaakt.

1.5 Gebruikte onderzoeksgegevens

Naast de gegevens uit de bovengenoemde onderzoeken die voor dit rapport zijn gebruikt, zijn de gegevens afkomstig uit de diverse onderzoeken die de inspectie, al dan niet samen met anderen, in de afgelopen 5 jaar naar de JGZ of onderdelen daarvan heeft verricht.

Het betreft de volgende onderzoeken:

- De kwaliteit van de JGZ 4-19 in 2003 - 2004 als onderdeel van de GGD (deelrapport over toezicht GGD'en^[1]).
- De kwaliteit van de JGZ 0-4 in 2004 (deelrapport over toezicht GGD'en^[1]).
- Het functioneren van de JGZ anno 2000.^[2]
- Het onderzoek naar de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten in 2004^[1].
- Rapportage over complexe problematiek in het jeugdveld naar aanleiding van de casus Roermond.^[3]

Voor het deel over de integratie van de JGZ en de uitvoering van het basistakenpakket is gebruikgemaakt van de gegevens uit de bovengenoemde onderzoeken betreffende de JGZ in 2003 - 2004 en uit het onderzoek naar de bestuurlijke betrokkenheid in 2004. Tevens is een vergelijking gemaakt met de gegevens van het onderzoek uit 2000, dat als een nulmeting ten aanzien van de uitvoering van het basistakenpakket en de integratie is op te vatten. Voor een enkel onderdeel grijpt de inspectie ook nog terug op het onderzoek naar de JGZ 0-4, dat de inspectie^[4] samen met TNO-PG^[5] in 1998 heeft verricht.

De onderzoeken van 2003 - 2004 vormen ook de basis voor de onderdelen over de relatie met de jeugdzorg en over de aanpak van risicofactoren door de JGZ. Het deel over de relatie met de jeugdzorg is aangevuld met informatie uit het rapport 'Roermond'.

Waar relevant zijn de gegevens aangevuld met van derden en uit de literatuur afkomstige gegevens.

2 Conclusies en maatregelen

2.1 De JGZ 0-19 ontwikkelt zich te langzaam

De JGZ 0-19 is nog lang niet robuust genoeg om alle uitdagingen die de integratie, inbedding in het jeugdveld en aanpak van risicofactoren voor thuiszorg en GGD vormen, met vertrouwen aan te kunnen gaan. Met de huidige aanpak kan dat op onderdelen ook nog lang duren en voor sommige onderdelen vreest de inspectie dat deze nooit helemaal het gewenste niveau zullen bereiken.

In de volgende paragrafen zal dit nader toegelicht worden aan de hand van de in hoofdstuk 1 beschreven indeling.

2.2 De integrale JGZ komt met de huidige aanpak niet tot stand

- Met de huidige versnipperde werkwijze (bestuurlijk en geografisch), de diversiteit in aanpak en de zeer beperkte mate waarin ook organisatorisch van één JGZ sprake is of in de toekomst zal worden, zal de cesuur binnen de JGZ tussen JGZ 0-4 en JGZ 4-19 niet worden opgeheven.
- Door het ontbreken van een heldere landelijke visie is onduidelijk wat onder 'de integrale JGZ' moet worden verstaan. Het einddoel blijft hierdoor vaag en het werkt vertragend op het proces van de integratie.
- Integratie in de vorm van hechtere samenwerking lijkt weliswaar op gang te komen, maar deze samenwerking tussen de JGZ onderling en de gemeenten is – hoe hard er ook wordt gewerkt - tot op heden naar buiten toe nog weinig zichtbaar. De samenwerking beperkt zich in de praktijk voornamelijk tot inhoudelijke samenwerking en zelfs deze lijkt veelal nog weinig ambitieus wat de (beoogde) resultaten betreft.
- De onderdelen waarbij in 2004 de JGZ onderling het meest samenwerkt – overdracht van de integrale dossiers en van de zorg voor risicokinderen en risicogezinnen – zijn dezelfde als in 2000. Samenwerking op het gebied van epidemiologie, voorlichting, invulling van het maatwerkdeel in het algemeen en samenwerking met derden met een gezamenlijk optreden als JGZ 0-19 daarbij is niet of nauwelijks aan de orde. Plannen hiertoe ontbreken veelal. De integratie is daardoor meer schijn dan werkelijkheid.
- Een landelijk herkenbaar beeld van de JGZ 0-19 is van belang voor de positionering in het jeugdveld en naar ouders toe. De lage drempel naar ouders en kinderen toe kan daarmee behouden blijven. De huidige ontwikkelingen leiden er echter toe dat er een JGZ ontstaat die qua vorm, inhoud, visie, positionering, aanpak van risicofactoren en 'gezicht' naar buiten per regio of zelfs per gemeente kan verschillen.
- Samenwerking binnen de JGZ alleen is niet voldoende voor het opheffen van de cesuur; een en ander moet organisatorisch op de juiste wijze verankerd worden.
- Bij de GGD ligt het accent op de collectieve preventie in al zijn facetten. De JGZ maakt via de Wet collectieve preventie volksgezondheid hiervan onlosmakelijk onderdeel uit en valt daarmee onder de openbare gezondheidszorg. Per definitie is het daarmee een multidisciplinair gebeuren met ondersteuning vanuit epidemiologie, gezondheidsbevordering en infectieziektebestrijding, allemaal functies van een GGD.
- Bij de thuiszorg ligt het accent op care; per definitie gaat het daarbij vooral om verpleegkundige, zorggerichte activiteiten. Preventie is met name aan de orde voor zover het uit deze activiteiten voortvloeit dan wel er mee samenhangt. Als onderdeel van de openbare gezondheidszorg en de collectieve preventie past de JGZ daarom niet (meer) binnen de thuiszorg.

- Het onderbrengen van de gehele JGZ bij de GGD heeft ongetwijfeld de nodige onrust binnen de JGZ en extra belasting van de werkers in de JGZ tot gevolg. Met de huidige aanpak van de integratie is die onrust en extra belasting er evenwel ook en voor een veel langere periode, zeker zolang er onduidelijkheid bestaat over wat landelijk gezien het uiteindelijke doel is.

2.3 Het basistakenpakket krijgt nog onvoldoende vorm

2.3.1 Algemeen

- In de brochure van VWS^[7] is de gemaakte toedeling van een aantal activiteiten binnen het basistakenpakket aan uniform deel dan wel aan maatwerkdeel beschreven. De onduidelijkheid hiervan op een aantal onderdelen is slechts één van de redenen dat de invulling van het basistakenpakket onvoldoende op gang komt.
- Landelijk gezien krijgt het beoogde basistakenpakket langzaam vorm. Desondanks voldoen in 2003-2004 op een enkel onderdeel minder organisaties aan het basistakenpakket dan in 2000 het geval was.

2.3.2 Ten aanzien van het uniforme deel

- De uitvoering van het uniforme deel van het basistakenpakket is nog lang niet landelijk uniform.
Bij de JGZ 0-4 zijn de zwakke punten: het volgen van de Richtlijn contactmomenten^[8], signalering op groepsniveau en het vaststellen van risicogroepen.
Bij de JGZ 4-19 zijn de zwakke punten: het volgen van de Richtlijn contactmomenten en de uitvoering van de in het basistakenpakket opgenomen screeningen.
- De JGZ 0-4 maakt steeds meer gebruik van epidemiologische methoden voor het verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd. Toch blijft het een zwak punt binnen de gehele JGZ dat dit inzicht nog te veel berust op eigen ervaringen en inzichten van de medewerkers en te weinig cijfermatig wordt onderbouwd.
- Ten opzichte van de situatie in 2000 is er bij de gehele JGZ in 2003-2004 sprake van een afname van het aantal vaste contactmomenten. De JGZ zet de hierdoor vrijkomende tijd nu (mogelijk) in ten gunste van kwantitatief meer 'zorg op maat' (extra individuele zorg), meer ondersteuning voor risicokinderen en -gezinnen en meer opvoedingsondersteuning voor ouders.
- De JGZ als geheel heeft slechts marginaal meer inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied dan in 2000.
- Bij de JGZ 4-19 voeren minder organisaties dan in 2000 alle in het uniforme deel van het basistakenpakket vastgelegde (en voor de leeftijdsgroep relevante) screeningen uit.
- De uitvoering van de hielprikscreening vertoont landelijk gezien een versnipperd beeld met uitvoering door JGZ 0-4, kraamzorg, verloskundigen en ziekenhuizen. Dit verdwijnt als de hielprikscreening onderdeel zou worden van het uniforme deel van het basistakenpakket. De JGZ zal deze screening dan op efficiënte wijze kunnen uitvoeren, tegelijk met de neonatale gehoorscreening^[9].
- Overdracht van de zorg van JGZ 0-4 naar JGZ 4-19 is nog lang niet 'naadloos': er zijn landelijk nog de nodige verschillen en afstemming van de zorg en terugkoppeling als onderdeel van de zorgcoördinatie vinden nog te weinig systematisch plaats.
- Gebruik en overdracht van het integraal dossier zijn landelijk gezien nog niet optimaal.

- De in het basistakenpakket beschreven wettelijk verplichte voorlichting is nog niet optimaal: enkele organisaties voldoen niet aan de wettelijke eisen op dit punt.
- De uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is onder druk komen te staan. Dit komt niet alleen doordat er meer vaccinaties aan het RVP zijn toegevoegd en (kritische) ouders steeds meer tijd vragen, maar ook door het werken aan de integratie en de extra belasting die dit voor uitvoerders betekent^[10].

2.3.3 Ten aanzien van het maatwerkdeel

- Hoewel de gemeenten aangeven ten aanzien van de invulling van het maatwerkdeel in voldoende mate geadviseerd te worden door thuiszorg en GGD, kan deze ondersteuning vanuit de organisaties gezien nog wel verbeterd worden.
- Lang niet alle JGZ-organisaties brengen (schriftelijke) beleidsadviezen uit aan hun gemeenten; bij de JGZ 0-4 is dit naar verhouding nog veel minder dan bij de JGZ 4-19.
- Een minderheid van de gemeenten beschikt over recente informatie over de gezondheidssituatie van de jeugd.
- Niet alle gemeenten vullen het maatwerkdeel in, hoewel dit wel moet gebeuren.
- De gemeenten gebruiken de Regeling specifieke uitkering (Rsu)^[b] ook voor activiteiten die niet tot het basistakenpakket behoren, niet door de JGZ worden uitgevoerd of zelfs niet eens op de jeugd gericht zijn.
- Onderlinge concurrentie bij het verwerven van gemeentelijke financiële ondersteuning voor het maatwerkdeel is niet uitgesloten als de JGZ – zoals het tot nu toe vrijwel overal het geval is - vanuit twee apart opererende organisaties wordt uitgevoerd. Bij eventuele overgang van de Rsu-gelden naar het gemeentefonds neemt deze concurrentie alleen maar toe, omdat meer organisaties dan een beroep kunnen doen op deze middelen, ook buiten het 'jeugdveld'.
- Van oudsher vragen thuiszorgorganisaties een (meestal geringe) financiële bijdrage aan ouders voor deelname aan oudercursussen en specifieke (voorlichtings-) activiteiten, hoewel dit op grond van artikel 4 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid niet meer het geval zou mogen zijn.

2.4 De JGZ heeft meer steun nodig bij de samenwerking met derden

- De samenwerking met en de inzet van de JGZ in het jeugdveld zijn de laatste jaren toegenomen, hoewel het beeld per organisatie sterk wisselt. Er zijn nog regio's waar de JGZ nauwelijks 'in beeld' is bij de jeugdzorg.
- Gemeenten betrekken de JGZ in toenemende mate bij diverse vormen van jeugd-beleid. Toch is er een klein aantal gemeenten dat bij de vormgeving van dit beleid in brede zin op geen enkele wijze gebruikmaakt van de JGZ.
- Zorgcoördinatie en samenwerking met derden binnen het jeugdveld moeten niet opgevat worden als een voorwaardenscheppende activiteit van de JGZ, zoals nu in de Wet collectieve preventie volksgezondheid het geval is, maar als een essentieel onderdeel van het basistakenpakket. Dit is destijds ook zo bedoeld door het als aparte productgroep te benoemen.
- De bewaking van de continuïteit in zorg bij overdracht vanuit de JGZ naar derden is landelijke gezien nog lang niet optimaal. Vaak wordt het aan de werkers in de JGZ

^[b] De Rsu is een tijdelijke doeluitkering ten behoeve van de JGZ 0-19 en bestaat uit de voormalige AWBZ-gelden voor de JGZ 0-4.

zelf gelaten of verwijfsbrieven met ouders worden meegegeven en of en zo ja, op welke wijze, follow-up wordt verricht.

- Terugkoppeling vanuit de jeugdzorg naar de JGZ wanneer hulp aan door de JGZ verwezen risicokinderen en –gezinnen in onvoldoende mate tot stand komt of voortijdig wordt beëindigd, is landelijk nog geen regel maar zou dat wel moeten zijn.
- De positie van de JGZ als coördinator van zorg (zowel individueel als in netwerken) is vaak niet duidelijk voor gemeenten en instellingen in het jeugdveld.

2.5 De JGZ moet de gezondheidsbedreigingen beter aanpakken

- Registratie door de JGZ van het bereik van de populatie binnen de regio is nog lang niet optimaal. Ook het bereik zelf haalt nog niet het beoogde niveau van minimaal 95 procent van de populatie. Het gaat hierbij om het bereik van de contactmomenten: het aantal kinderen dat daadwerkelijk gebruikmaakt van een contactmoment.
- Voor de JGZ is het actief benaderen van gezinnen, bijvoorbeeld door middel van huisbezoeken, een belangrijke manier om risicokinderen en -gezinnen te bereiken, zorg te bieden, te ondersteunen dan wel op adequate manier te verwijzen. Deze manier van werken staat hier en daar onder druk.
- De JGZ maakt nog te weinig gebruik van epidemiologische methoden en expertise. Dit geldt in het bijzonder voor de JGZ 0-4. Dit leidt tot onvoldoende inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd, met als gevolg gebrekkige prioriteitstelling op lokaal en regionaal niveau.
- Lang niet van alle gebruikte instrumenten voor screening en signalering is de effectiviteit vastgesteld. Dit maakt het niet eenvoudig om goed en betrouwbaar inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van de jeugd.
- Waar de ontwikkeling van goede instrumenten al wel in gang is gezet, zoals de JGZ-standaarden voor screening en signalering, verloopt deze vaak traag en is er te weinig aandacht voor de implementatie.
- JGZ besteedt nog steeds veel tijd aan de ‘klassieke’ (veelal op historische basis en op eigen ervaring vastgestelde) problemen, bedreigingen en risicogroepen. De JGZ heeft daarnaast ook de landelijke prioriteiten uit de preventienota^[11], zoals opvoedingsondersteuning, overgewicht, bewegingsarmoede en roken opgepakt (of de aanpak geïntensiveerd), maar de gemeenten bieden hiervoor vaak nog onvoldoende ondersteuning (en dus geld).
Afbouw van de aandacht voor de ‘oude’ problemen is gezien de persisterende aard ervan zelden mogelijk. De JGZ staat dan ook regelmatig onder druk om naast deze problemen ook ‘nieuwe’ problemen te kunnen (blijven) oppakken.
- De JGZ beschikt, evenals andere onderdelen van de zorg voor jeugdigen^[12], nog over (te) weinig interventies met bewezen effectiviteit^[13]. De JGZ heeft mede daardoor de neiging zelf interventies te gaan ontwikkelen en te weinig gebruik te maken van wat er al is of deze toch weer om te vormen naar een eigen interventie.

2.6 Maatregelen

2.6.1 Maatregelen ten aanzien van Landelijke overheid

- Sterkere landelijke aansturing van de integratie van JGZ 0-4 en JGZ 4-19 tot JGZ 0-19 zonder cesuur is zeer gewenst.

- Het rijk moet bewerkstelligen, dat de JGZ 0-4 als essentieel onderdeel van de openbare gezondheidszorg en de collectieve preventie zo spoedig mogelijk deel gaat uitmaken van de GGD.
- De landelijke overheid moet de uitvoering van het uniforme deel sterker sturen. Dit kan bijvoorbeeld door de landelijke sturing op te nemen in de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Besluit Jeugdgezondheidszorg en zorg te dragen voor geormerkte financiering van dit deel. Het schept tevens duidelijkheid naar de gemeenten toe over de verantwoordelijkheid ten aanzien van dit deel.
- Het rijk moet alle ontwikkelingen krachtig stimuleren die de positie van de JGZ in het jeugdveld versterken (waar nodig ook financieel).
- Het rijk moet in overleg met de koepels van beroepsgroepen en organisaties in de JGZ en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten een heldere visie ontwikkelen ten aanzien van de beoogde zorgcoördinatie door de JGZ in zorgketens. De koepels moeten dit vervolgens uitwerken in een landelijk model zorgcoördinatie JGZ (zie ook bij: koepelorganisaties).
- Het door het rijk toegezegde onderzoek of de JGZ 4-19 de door de Operatie Jong^[14] gewenste coördinatie bij de jeugd vanaf 4 jaar door de JGZ 4-19 – in het verlengde van de JGZ 0-4 – op zich kan nemen, moet zo spoedig mogelijk uitgevoerd worden.
- Het ministerie van VWS moet de door het Platform JGZ uitgewerkte (beperkte) aanpassing van de toedeling naar uniform deel en maatwerkdeel wettelijk verankeren en een snelle implementatie stimuleren. De voorgenomen verdere evaluatie van het basistakenpakket moet leiden tot een zo helder mogelijke indeling met een goede onderbouwing, ook al leidt dat tot een meer ingrijpende aanpassing.
- Het ministerie van VWS moet de oprichting van één landelijk kennis- en coördinatiecentrum voor de JGZ bij het RIVM, zoals dat voor infectieziektebestrijding al heeft plaatsgevonden, zo spoedig mogelijk realiseren. De nu beoogde verdeling over twee centra^[15] is uiterst ongewenst, niet in het minst omdat deze gebaseerd is de verdeling in het uniform deel en het maatwerkdeel; een in de praktijk onduidelijke, kunstmatige en zich regelmatig wijzigende indeling.
- Het ministerie van VWS moet op korte termijn duidelijkheid geven ten aanzien van de uitvoering van de hieprikscreening. Indien gekozen wordt voor uitvoering door de JGZ moet de screening opgenomen worden in het uniforme deel van het basistakenpakket. Nader onderzoek is gewenst naar de haalbaarheid en efficiency van de uitvoering van deze screening door de JGZ ook in ziekenhuizen.
- Het rijk moet een directe toegang van de JGZ 0-4 tot de gemeentelijke basisadministratie (GBA) voor het verkrijgen van basale gegevens over kinderen (zoals naam, adres, woonplaats, geboortedatum) heroverwegen. Gezien de geografische versnippering van de gebieden van de JGZ 0-4 en de GGD is dat veel efficiënter dan toegang via de GGD. Hierbij zou leidend moeten zijn dat ook (het takenpakket van) de JGZ 0-4 onder gemeentelijke regie wordt uitgevoerd en niet de organisatie van herkomst.
- Het ministerie van VWS moet in overleg met de koepels en ZON/MW een snellere procedure ontwikkelen voor goedkeuring van de ontwikkeling van de standaarden JGZ, de ontwikkeling zelf en de implementatie ervan.

2.6.2 Maatregelen ten aanzien van Landelijke en gemeentelijk overheid tezamen

- De JGZ moet zowel van het rijk als van gemeenten voldoende stimulering, sturing en financiële mogelijkheden krijgen om naast de ‘oude’ ook ‘nieuwe’ problemen te kunnen (blijven) oppakken.

- Het rijk en de gemeenten moeten samenwerking van JGZ 0-4 en JGZ 4-19 op epidemiologisch gebied sterk stimuleren, zowel ten behoeve van de landelijke monitor als ten behoeve van het inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd op regionaal en plaatselijk niveau.
- De JGZ 0-4 moet in overeenstemming met het bepaalde in de Wet collectieve preventie volksgezondheid geen financiële bijdrage meer aan ouders vragen voor activiteiten die onderdeel zijn van of voortvloeien uit het basistakenpakket. De JGZ 0-4 moet hiertoe via rijk en gemeenten een financiële compensatie ontvangen.

2.6.3 Maatregelen ten aanzien van gemeenten

- De gemeenten moeten meer samenwerken op regionaal niveau. Het ligt voor de hand dit op het bestuurlijk niveau van GGD-regio's te doen.
- De gemeenten moeten de Rsu-gelden volledig ten behoeve van de JGZ inzetten. Waar dit niet het geval is, moet dit zo spoedig mogelijk veranderen.
- Alle gemeenten moeten invulling geven aan het maatwerkdeel.
- De gemeenten moeten 'hun' JGZ beschouwen als 'hofleverancier' van informatie betreffende de gezondheidssituatie van de jeugd en de factoren die deze situatie (kunnen) bedreigen. Zij moeten hiertoe veel meer gebruikmaken van de JGZ en waar nodig de JGZ ook stimuleren en faciliteren.
- De gemeenten moeten samenwerking van JGZ 0-4 en JGZ 4-19 op de diverse terreinen (zoals epidemiologie, gezondheidsbevordering en samenwerking met derden) sterk stimuleren, evenals het gezamenlijk adviseren van de gemeenten op basis van epidemiologische gegevens over de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied en over de invulling van het maatwerkdeel.
- De gemeenten moeten optimaal gebruikmaken van de inzet van de JGZ ten behoeve gemeentelijke beleidsterreinen op het gebied van de jeugd.
- De gemeenten moeten 'hun' JGZ faciliteren om breed te kunnen samenwerken in het jeugdveld om zo betere signalering en coördinatie van de zorg waar te kunnen maken.
- De gemeenten moeten ervoor zorgen dat een actieve benadering van ouders door de JGZ, bijvoorbeeld in de vorm van huisbezoeken en het houden van gesprekken, in voldoende mate mogelijk blijft.

2.6.4 Maatregelen ten aanzien van koepelorganisaties

- Het ontwikkelen van een landelijk model voor zorgcoördinatie vanuit de JGZ is wenselijk, zowel op individueel niveau na verwijzing naar derden als ook bij verwijzing binnen zorgnetwerken. De koepels (Z-org, GGD Nederland en de koepels van de beroepsgroepen) moeten hiervoor zorgdragen.
- Z-org en GGD Nederland zouden met andere landelijke koepels (zoals die voor de GGZ) nadere afspraken moeten maken over de gewenste terugkoppeling naar de JGZ bij mislukken van de zorg en dit in overeenkomsten moeten vastleggen.

2.6.5 Maatregelen ten aanzien van organisaties met jeugdgezondheidszorg

- De organisaties met JGZ 0-4 en JGZ 4-19 moeten gezamenlijk onderzoek verrichten ten behoeve van de invulling van het maatwerkdeel en gezamenlijk de gemeenten hierover adviseren. Ook de uitvoering moet waar mogelijk meer gezamenlijk gebeuren.

- De organisaties met JGZ 0-4 en JGZ 4-19 moeten in de samenwerking met anderen veel meer als één geheel optreden.
- De organisaties moeten de zorgcoördinatie vanuit de JGZ (verwijzing, bewaking, terugkoppeling) binnen het jeugdveld verder verbeteren.
- De organisaties moeten het bereik van de JGZ en de registratie daarvan verder optimaliseren. Daarbij moet het bereik van de in het werkgebied woonachtige populatie jeugdigen als uitgangspunt genomen worden.
- De organisaties moeten een actieve benadering, bijvoorbeeld in de vorm van huisbezoeken en het houden van spreekuren, niet verminderen maar waar mogelijk juist verder versterken.
- Werken op een wetenschappelijk onderbouwde effectieve wijze moet regel worden binnen de JGZ. Zodra een methodiek met bewezen effectiviteit beschikbaar is, moeten alle organisaties deze zo spoedig mogelijk implementeren.
- Daarnaast moeten de organisaties zo spoedig mogelijk stoppen met het gebruik van methoden, waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze onvoldoende werkzaam zijn.
- Organisaties moeten nieuwe methodieken niet toepassen voordat de beoogde uitvoerders ervan adequaat opgeleid en/of bijgeschoold zijn.
- De organisaties die nog niet voldoen aan de in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst gestelde eisen ten aanzien van het vragen van toestemming aan ouders (informed consent), moeten dit op zo kort mogelijke termijn in orde brengen.

2.6.6 Maatregelen ten aanzien van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

- De inspectie zal ook bij het toezicht op de JGZ gebruik gaan maken van indicatoren die gericht zijn op de uitkomst van de zorg, zoals dat aangegeven is in *de Staat van de Gezondheidszorg 2005* en de daarbij behorende deelrapporten^[11].
- De inspectie zal toezien of de JGZ daadwerkelijk met het nieuwe HKZ-schema voor 0-19 jarigen wordt gecertificeerd. Als uitgangspunt wordt hierbij genomen, dat 80 procent van de JGZ binnen 3 jaar – dus vóór 1-1-2008 – gecertificeerd moet zijn.
- In het kader van het gezamenlijk met drie andere inspecties uit te voeren integraal toezicht jeugdzaken (ITJ) wordt gekeken of de JGZ in voldoende mate bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van de gehele keten van zorg voor risicokinderen en –gezinnen en in voldoende mate de coördinerende rol op zich neemt waar dat aan de orde is.

3 Wettelijke achtergrond van de jeugdgezondheidszorg

3.1 De Wet collectieve preventie volksgezondheid en de jeugdgezondheidszorg

In het bij de Wet collectieve preventie volksgezondheid behorende Besluit Jeugdgezondheidszorg (BJGZ) is vastgelegd dat de jeugdgezondheidszorg (JGZ) tot doel heeft het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen, zowel individueel als op populatieniveau^[6].

De JGZ doet dit door het aanbieden van een takenpakket dat in de per 1-1-2003 gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid is verankerd en dat bestaat uit de volgende productgroepen:

- 1 Monitoring en signalering.
- 2 Inschatten zorgbehoefte.
- 3 Screeningen en vaccinaties.
- 4 Voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- 5 Beïnvloeden gezondheidsbedreigingen.
- 6 Overleg en samenwerking binnen het zorgsysteem en in netwerken.

Van deze onderdelen is het zesde punt niet expliciet in de wet opgenomen, daar het volgens de nota van toelichting in het Besluit Jeugdgezondheidszorg^[6] taken betreft die "worden aangemerkt als randvoorwaarden voor een normale beroepsuitoefening. Daarenboven is het bevorderen van afstemming (van preventieve en curatieve zorg) ingevolge artikel 2, eerste lid, al een gemeentelijke taak".

De bovengenoemde productgroepen zijn onderverdeeld in individuele en groepsgerichte taken.

Bij de uitvoering van deze taken staat het kind centraal, maar wordt uiteraard rekening gehouden met de opvoeders van het kind en de omgeving waarin het kind opgroeit, de wisselwerking hiertussen en de invloed die dit op het kind en zijn ontwikkeling kan hebben.

Het in de Wet collectieve preventie volksgezondheid vastgelegde basistakenpakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel.

Het uniforme, aan alle kinderen van Nederland systematisch aan te bieden deel, valt niet onder de regie van de gemeenten. Er is dus geen beleidsvrijheid bij de uitvoering van dit deel. Wat dit deel in grote lijnen omvat is nader uitgewerkt in een door VWS uitgegeven boekje over het basistakenpakket^[7]. Voor de uitvoering is de Richtlijn contactmomenten van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar van het Platform JGZ^[8] ontwikkeld.

Het maatwerkdeel omvat globaal in de Wet collectieve preventie volksgezondheid omschreven producten die eveneens geleverd móeten worden, maar de gemeenten kunnen deze op geleide van de gezondheidssituatie van de jeugd in hun gebied nader invullen.

Om hiertoe beleidskeuzes te kunnen maken en prioriteiten te kunnen stellen, moet de JGZ de gemeenten 'voeden'. Hiertoe moet de JGZ inzicht kunnen geven in de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied, zo mogelijk nader uitgesplitst naar gemeenten. Ook moet de JGZ de gemeenten ondersteunen bij het maken van keuzes (beleidsadvisering).

Alle ontwikkelingen die onder invloed van de Wet collectieve preventie volksgezondheid de laatste jaren in gang zijn gezet moeten leiden tot één JGZ die:

- Onder gemeentelijke regie de gehele jeugd van geboorte tot 19 jaar (longitudinaal) vervolgt.
- Hiertoe gebruikmaakt van één integraal (elektronisch) dossier en daarmee de continuïteit waarborgt.
- Goed toegankelijk en bereikbaar is voor de gehele jeugd, de opvoeders en de intermediairen.
- Gezond gedrag bij de jeugd bevordert.
- Signalen van bedreigingen en (potentiële) problemen – zowel op individueel als op groepsniveau – oppakt en daar adequaat op reageert.
- Inzicht heeft in de gezondheidstoestand van de jeugd (op plaatselijk, regionaal zowel als landelijk niveau) en hierover beleidsadviezen uitbrengt aan gemeente en rijk.
- Nauw samenwerkt met het veld van zorg en hulpverlening rond de jeugd, en daarbij beschouwd kan worden als een belangrijke deelnemer aan het netwerk van voorzieningen voor de jeugd op lokaal of regionaal niveau.
- Zoveel mogelijk werkt met interventies met bewezen effectiviteit en volgens landelijk vastgestelde standaarden.
- Daadwerkelijk uniform werkt waar dat volgens de wet noodzakelijk is en die daarbij tevens voldoet aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen: het bieden van doelmatige, doeltreffende en cliëntgerichte zorg.

3.2 Positie van gemeenten en rijk ten aanzien van de JGZ

Gemeenten moeten op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid de JGZ aansturen door bevorderen van de integratie van de JGZ, door invulling van het maatwerkdeel gericht op de lokale problematiek onder jeugdigen en door het gericht inzetten van de JGZ in het veld van de jeugdzorg. Gemeenten moeten verder op grond van deze wet elke 4 jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid opstellen. Het ligt voor de hand dat de gezondheidssituatie van de jeugd en (de gewenste inzet van) de JGZ deel uitmaakt van deze nota, zoals de Wet collectieve preventie volksgezondheid dat ook aangeeft.

Het rijk geeft mede sturing door in haar vierjarige, eveneens in de Wet collectieve preventie volksgezondheid voorgeschreven, preventienota op te nemen welke gezondheidsproblemen landelijk gezien met voorrang aangepakt zouden moeten worden. Ook gezondheidsproblemen die de jeugd betreffen en de mogelijke aanpak van de JGZ daarbij komen aan de orde. Vervolgens moet het rijk de ontwikkelingen ondersteunen die er toe moeten leiden dat deze prioriteiten onderdeel kunnen worden van het uniforme – aan alle kinderen aan te bieden – deel van het in de Wet collectieve preventie volksgezondheid vastgelegde basistakenpakket voor de JGZ. In 2003 is een dergelijke nota verschenen^[11].

Ook kan het rijk bevorderen dat wordt voldaan aan de algemene voorwaarden om de JGZ kwalitatief verantwoord uit te kunnen voeren. Dit doet het rijk door het ondersteunen van:

- De ontwikkeling van een integraal elektronisch JGZ-dossier.
- De ontwikkelingen met betrekking tot het monitoren van de gezondheidstoestand van de jeugd.
- Het implementeren van het HKZ-schema voor de gehele JGZ 0-19.
- Het ontwikkelen en implementeren van productbegrotingen en benchmarks voor de JGZ^[c].

3.3 Uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid voortgekomen ondersteuning

Ter ondersteuning van de invoering van het basistakenpakket hebben de betrokken partijen (VWS, VNG en LVT^[d]) in 2002 een convenant gesloten ^[16]. Hieruit is onder meer het Platform Jeugdgezondheidszorg voortgekomen. Dit platform is eind 2002 in het leven geroepen om de kwaliteit van de JGZ te beoordelen, bewaken en te bevorderen. Belangrijke aandachtspunten voor het Platform zijn de inhoud van het basistakenpakket en de uniformering en standaardisering van activiteiten van de JGZ^[17].

Zo heeft het platform in 2003 de Richtlijn Contactmomenten Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vastgesteld. Deze richtlijn bepaalt het aantal contactmomenten dat aan elk kind in Nederland aangeboden moet worden, de leeftijden waarop deze moeten worden aangeboden en de (zeer globale) inhoud ervan.

In 2003 heeft het ministerie van VWS de Task-force Jeugdgezondheidszorg ingesteld voor de periode van één jaar om regio's te ondersteunen die moeite hebben met het totstandbrengen van een integrale JGZ, dus met name met de procesmatige kant van de integratie. De behoefte aan hulp en ondersteuning was dermate groot, dat de periode met één jaar is verlengd tot medio 2005.

[c] De laatste 2 punten zijn opgenomen in 'Programma Kwaliteit Collectieve Preventie'. Dit in 2005 gestarte driejarige programma wordt in opdracht van het ministerie van VWS aangestuurd door ZON/MW en uitgevoerd door VNG, Z-org en GGD Nederland.

[d] De LVT heet sinds medio 2005 Z-org.

4 Bevindingen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoordt de inspectie de volgende vragen:

- Voldoet de JGZ aan wet- en regelgeving?
- Doet JGZ de goede dingen en doet de JGZ de dingen goed?

Het oordeel van de inspectie is gebaseerd op gegevens afkomstig uit het eigen onderzoek in 2003 – 2004. Op onderdelen is een vergelijking gemaakt met het onderzoek van de JGZ in 2000^[2]. Hiernaast heeft de inspectie gekeken naar factoren die in haar ogen de verdere ontwikkeling van de JGZ bevorderen dan wel belemmeren. De volledige informatie hierover met de cijfermatige onderbouwing is in bijlage 3 te vinden.

4.2 De JGZ voldoet nog niet geheel aan wet- en regelgeving

De JGZ moet voldoen aan de (gewijzigde) Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) aan de bepalingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Over de mate waarin de JGZ voldoet aan de WCPV wordt hier gerapporteerd; voor het tweede wordt verwezen naar eerder onderzoek van de inspectie naar de kwaliteit van de uitvoering van het RVP^[10].

De WCPV dateert van 1990. De gewijzigde WCPV is per 1 januari 2003 ingegaan na een voorbereidingstijd van ruim 5 jaar. De gewijzigde wet beoogt onder meer het tot stand brengen van een integrale JGZ 0-19 jaar en de uitvoering van het basistakenpakket JGZ 0-19.

De JGZ 4-19 is al vanaf 1990 onderdeel van de WCPV; met de wijziging van de wet is ook de JGZ 0-4 onder het regime van de WCPV gebracht.

De Tweede Kamer heeft er eind 1991 al op aangedrongen de gehele JGZ onder gemeentelijke verantwoordelijkheid te brengen^[18] met als belangrijkste doel de (al 100 jaar) bestaande cesuur tussen de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19 op te heffen. De regering was van mening dat een ingrijpende reorganisatie niet nodig was om een betere inhoudelijke afstemming te verwezelijken en dat de reeds ingezette ontwikkelingen vanzelf tot het gewenste eindresultaat zouden leiden.

Verschillende onderzoeken tussen 1991 en 1996 toonden ook lichte verbetering aan, maar de eindconclusie was, dat de vooruitgang in het algemeen teleurstellend was^[19]. Mede doordat de inspectie in 1995 constateerde^[20], dat de uitwerking van de WCPV van 1990 op lokaal niveau nog te wensen overliet, werd in 1996 de commissie Lemstra ingesteld. Deze commissie pleitte voor een versterking van de positie van de gemeenten in het lokale gezondheidsbeleid^[21]. Onderdeel van het advies was de aanbeveling om basistakenpakketten voor de verschillende WCPV-taken tot stand te brengen. Een aantal werkgroepen, waaronder een voor de JGZ^[22], bracht hierover in 1998 advies uit aan de minister. Dit leidde uiteindelijk tot de per 1-1-2003 gewijzigde WCPV en het bijbehorende Besluit Jeugdgezondheidszorg.

4.2.1 Samenwerking tussen JGZ 0-4 en JGZ 4-19 is nog maar weinig verbeterd

De Wet collectieve preventie volksgezondheid geeft niet expliciet aan wat de integratie inhoudt. In de praktijk wordt de integratie vooralsnog voornamelijk ingevuld in de vorm van samenwerking tussen de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19 op inhoudelijk gebied. Meestal zijn de gemeenten hierbij betrokken. Samenwerking op organisatorisch gebied, van detachering tot fusie, of de intentie daartoe ziet de inspectie nog weinig. In een enkele regio is er medio 2004 nog geen enkele samenwerking in het kader van de integratie totstandgekomen en soms is er zelfs nog geen gezamenlijk overleg tussen gemeenten, JGZ 0-4 en JGZ 4-19.

Ook vóór 2003 werkten JGZ 0-4 en JGZ 4-19 al inhoudelijk samen. Toen ging het vooral om de afstemming en overdracht van de zorg, waarbij er in het bijzonder aandacht was voor de overdracht van het vanaf 1997 geleidelijk ingevoerde integrale JGZ-dossier en voor de zorg voor risicokinderen en –gezinnen. Ook beleidsmatige afstemming en samenwerking op andere terreinen (bijvoorbeeld in projecten) kwamen al wel aan bod, zij het in mindere mate.

Na de komst van de gewijzigde wet zijn integratie en invoering van het basistakenpakket JGZ als aandachtspunten aan de samenwerking toegevoegd. In de praktijk lijkt dit vooral nog een ‘papieren’ samenwerking te zijn en ziet de inspectie nog weinig verandering ten opzichte van de situatie die zij in 2000^[21] aantrof. Samenwerking op epidemiologisch gebied is er nog nauwelijks, zoals het gezamenlijk opzetten van gezondheidsenquêtes, het gezamenlijk signaleren van risicogroepen of gezondheidsbedreigingen of het gezamenlijk maken van keuzes voor en advisering over het maatwerkdeel aan gemeenten. Deelname van zowel JGZ 0-4 als JGZ 4-19 aan een jeugdmonitor is er verhoudingsgewijs nog het vaakst, maar veelal is dit vanuit de eigen organisatie opgezet en het leidt zelden tot onderlinge samenwerking in het verdere traject.

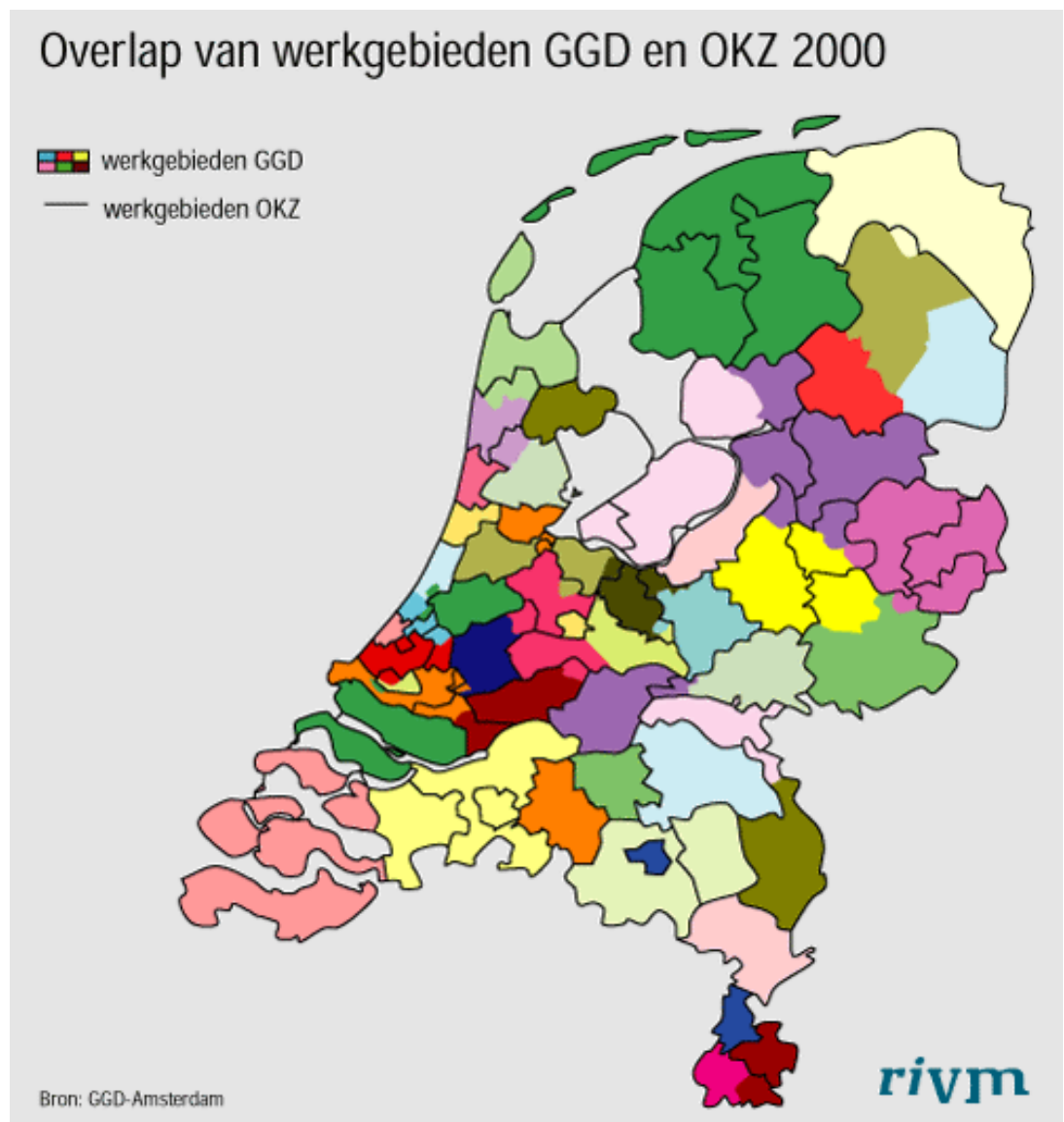
Bij andere producten en activiteiten uit het basistakenpakket, zoals voorlichting, zorgcoördinatie of overleg met derden, werkt de JGZ ook nog weinig samen. Van gezamenlijk optreden naar buiten is nauwelijks sprake; meestal wordt ook hier nog vanuit de ‘eigen’ JGZ gehandeld.

Gezamenlijke scholing, zoals deskundigheidsbevordering ten aanzien van het basistakenpakket, is er op het niveau van de organisaties ook nog weinig. Wel is er inmiddels een door TNO-PG ontwikkelde eenjarige opleiding tot arts JGZ, die vooral in het kader van het basistakenpakket en de (inhoudelijke) integratie is geplaatst en die voor de gehele JGZ 0-19 is bedoeld^[23].

4.2.2 Er is sprake van geografische versnippering en bestuurlijke samenwerking ontbreekt

Het feit dat de verzorgingsgebieden van de JGZ 0-4 en JGZ 4-19 vaak niet overeenkomen, vereenvoudigt de samenwerking en afstemming niet. Van een precieze ‘match’ is maar zelden sprake. Het betekent dat in de praktijk over en weer met meer dan één tot soms zes verschillende organisaties samengewerkt moet worden. In figuur 1 wordt dit weergegeven.

Figuur 1



Ook bestuurlijk zijn er verschillen. De JGZ 0-4 heeft over het algemeen te maken met individuele gemeenten, terwijl voor de JGZ 4-19 als onderdeel van de GGD al langere tijd sprake is van bestuurlijke samenwerkingsverbanden van diverse gemeenten (op een enkele grote stad na, waar sprake is van een één-op-één relatie: één gemeenten met één GGD).

Bestuurlijke samenwerking in het kader van de integrale JGZ op het niveau van de GGD-regio lijkt een logische stap, maar er is in de praktijk nog weinig sprake van.

4.2.3 De gemeente schiet tekort als regisseur

In de meeste gemeenten krijgt de JGZ inmiddels wel bestuurlijke aandacht. Een meerderheid van de gemeenten heeft inmiddels ook een visie geformuleerd ten aanzien van de integrale JGZ, meestal als onderdeel van de op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid verplichte vierjaarlijks op te stellen nota lokaal gezondheidsbeleid. Ongeveer de helft van de gemeenten geeft aan een beleidsplan opgesteld te hebben over de inhoud van de integrale JGZ en eveneens ongeveer de helft (met een gedeeltelijke overlap van beide) over de organisatie ervan.

In de praktijk blijken de betrokken gemeenten met name in te gaan op de inhoud: onderlinge overdracht van de zorg, afstemming van het takenpakket, implementatie van het basistakenpakket, samenwerking van JGZ met anderen in het kader van het gemeentelijk jeugdbeleid en opstellen van gezamenlijk beleid. Dit wordt vervolgens apart per organisatie geïmplementeerd of moet in de meeste gevallen nog geïmplementeerd worden.

Op de organisatorische vorm van de JGZ gaan de gemeenten ook wel in, maar concrete plannen op dit gebied is er bij slechts ongeveer 10 procent van de gemeenten, in drie variaties (JGZ in z'n geheel onderbrengen bij GGD, bij de thuiszorg of in een nieuwe organisatie).

Een plan van aanpak en een einddatum zijn er wel al regelmatig: meestal moet het proces in 2005 of 2006 afgerond worden. Dit betreft dan in de meeste gevallen een inhoudelijk eindplaatje zonder of met beperkte organisatorische en/of personele consequenties (zoals detachering).

4.2.4 Invoering van het basistakenpakket JGZ 0-19 is nog niet voltooid

Het in de Wet collectieve preventie volksgezondheid en het Besluit Jeugdgezondheidszorg (BJGZ) vastgelegde basistakenpakket is niet uit de lucht komen vallen, maar vormt een voortzetting van datgene wat de JGZ al aan taken uitvoerde. Als zodanig is het op te vatten als de grootste gemene deler van de door de koepels van thuiszorg (LVT – nu Z-org) en GGD'en (LVGGD - nu GGD Nederland) in de negentiger jaren aanbevolen takenpakketten voor JGZ 0-4 respectievelijk JGZ 4-19. Deze takenpakketten vormden de basis voor het in 1998 uitgebrachte advies van de werkgroep basistaken JGZ ^[22].

Het proces van de invoering van het basistakenpakket is nog niet voltooid. In het navolgende wordt verder uitgewerkt welke tekortkomingen de inspectie nog heeft geconstateerd.

4.2.5 Uitvoering van het uniforme deel nog niet op orde

De JGZ 0-4 schiet nog tekort op de – voor hen veelal nieuwe - terreinen van signalering op groepsniveau en het vaststellen van risicogroepen. Bij de JGZ 4-19 is er vooral een tekort wat betreft de uitvoering van de in het uniforme deel van het basistakenpakket opgenomen screenings.

Bij de hele JGZ is het een zwak punt dat het inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd nog voornamelijk op eigen ervaring van de JGZ-medewerkers berust en te weinig epidemiologisch/cijfermatig is onderbouwd.

4.2.6 De richtlijn contactmomenten wordt nog onvoldoende gevolgd

Hoewel de Richtlijn contactmomenten van het Platform JGZ^[8] aansluit bij de contactmomenten die binnen de JGZ over het algemeen al gebruikelijk waren, wordt er nog lang niet overal aan voldaan. De richtlijn bepaalt het aantal contactmomenten, de leeftijd waarop deze moeten plaatsvinden en de (globale) inhoud en biedt een bepaalde marge voor het moment van uitvoering^[e], zij het niet ten aanzien van het Rijksvaccinatieprogramma en de in het basistakenpakket opgenomen screenings.

[e] Voor de JGZ 0-4 is de marge 10 procent van de leeftijd, voor de JGZ 4-19 gaat het om de keuze tussen schoolgroep/klas of leeftijdsklasse.

Het totale aantal vaste contactmomenten binnen de JGZ 0-4 is afgenomen. In de richtlijn zijn 8 consulten op het consultatiebureau (CB-consulten) op de zuigelingenleeftijd (0-1 jaar) opgenomen en 5 CB-consulten op de peuterleeftijd (1-4 jaar). Het gemiddeld aantal CB-consulten bij zuigelingen neemt af van 8,5 in 2000 tot 8,1 in 2004 en bij peuters van 5,9 in 2000 tot 5,1 in 2004. In nog eerder onderzoek in 1998^[3,4] lag dit aantal nog op 11 voor zuigelingen en 7 voor peuters.

De richtlijn bevat 5 vaste contactmomenten bij de JGZ 4-19. Het gemiddelde aantal contactmomenten in 2003-2004 is 4,5. Dit hangt deels samen met het feit dat een deel van de JGZ 4-19 de eerste twee contactmomenten samenvoegt, deels met het feit dat er ook later te weinig vaste contactmomenten worden uitgevoerd. Een klein deel van de organisaties heeft overigens nog 6 vaste contactmomenten. Veranderingen ten opzichte van 2000 konden niet worden nagegaan.

Bij de JGZ 0-4 houdt slechts één op de zes organisaties zich precies aan de richtlijn. Als ook rekening gehouden wordt met de mogelijke marge voldoet iets minder dan de helft aan de richtlijn. Te weinig contactmomenten is er bij bijna één op de vijf organisaties. De rest van de organisaties heeft minstens één contactmoment buiten de toegestane marge. Deze marge van 10 procent wordt hier en daar echter ook ten onrechte toegepast ten aanzien van de leeftijden waarop volgens de richtlijnen van het Rijksvaccinatieprogramma gevaccineerd moet worden. De inspectie vindt systematisch afwijken van deze leeftijden onacceptabel, gezien het grote belang van een juiste uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma.

Bij de JGZ 4-19 houdt een kwart van de organisaties zich aan de richtlijn en is er bij eveneens een kwart sprake van een relatief beperkte afwijking – alleen wat betreft de vaccinatie van 9-jarigen of wat betreft het niet-uitvoeren van de spraak-/taalscreening op 5 jaar. Bij de overige organisaties is sprake van te weinig contactmomenten of te magere contactmomenten, dat wil zeggen niet voor de gehele leeftijdsklasse of met te weinig van de in de richtlijn voor dat contactmoment genoemde vaste elementen.

De richtlijn moet per 1 juni 2005 door de organisaties geïmplementeerd zijn. Tijdens het onderzoek was de JGZ als geheel hard bezig om alle contactmomenten op die datum op orde te hebben. De afwijkingen zijn soms echter van zodanige aard, dat de inspectie vreest dat hier niet overal op tijd aan voldaan zal kunnen worden.

4.2.7 Veranderingen ten opzichte van 2000

Ten opzichte van de situatie in 2000 is bij de gehele JGZ in 2003/2004 verder nog sprake van:

- Kwantitatief meer individuele zorg en ondersteuning, hoewel nog maar weinig aan de door de richtlijn (feitelijk op basis van het advies van de expertgroep^[24]) aangegeven 30 procent extra tijd wordt voldaan^[f].
- Aanzienlijk meer opvoedingsondersteuning.
- Lichte toename van het gebruik van epidemiologische methodieken (registratie, monitoring, opstellen van profielen).
- Slechts marginaal meer inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied.

[f] De richtlijn contactmomenten doet geen expliciete uitspraak over de te leveren extra zorg, maar geeft aan het advies van de expertgroep over de contactmomenten te volgen. Dit advies geeft aan dat 30 procent aan tijd moet worden uitgetrokken voor extra individuele zorg binnen de gehele groep van 0-19 jaar.

4.2.8 Te veel versnippering bij de uitvoering van de hielprikscreening

De hielprikscreening neemt een aparte positie in. Van oudsher verrichten per provincie verschillende zorgverleners deze screening. Uitvoering door de JGZ 0-4 is er bij ongeveer 45 procent van de organisaties. Andere uitvoerders zijn verloskundigen, kraamzorg en (medewerkers van) ziekenhuizen. De screening is in de Wet collectieve preventie volksgezondheid geen onderdeel van het basistakenpakket, maar in de brochure van VWS over het basistakenpakket^[7] is de screening wel als onderdeel van het takenpakket opgenomen. Toevoeging aan het uniforme deel van het basistakenpakket maakt het mogelijk de hielprikscreening bij niet in het ziekenhuis verblijvende zuigelingen te combineren met de neonatale gehoorscreening, wat bij het onderzoek naar de uitvoering van deze screening als meest efficiënte én effectieve scenario naar voren kwam^[9]. Zonder formele besluitvorming van het rijk is niet te verwachten dat de huidige diversiteit aan uitvoerders zal veranderen. Uitvoering van de hielprik in ziekenhuizen vindt plaats bij de zuigelingen die op de leeftijd waarop de hielprik moet worden afgenomen (4-7 dagen) nog daar opgenomen zijn. Het is denkbaar dit na de overheveling ook door de JGZ te laten verrichten, maar de praktische haalbaarheid en efficiency hiervan moeten dan wel eerst onderzocht worden.

4.2.9 Ondanks integraal dossier is een goede overdracht niet geborgd

Uitvoering van het basistakenpakket binnen een integrale JGZ 0-19 houdt in dat iedereen het voor de JGZ ontwikkelde integrale dossier voor alle kinderen gebruikt en dat sprake is van standaard overdracht (na toestemming van de ouders) van alle dossiers van JGZ 0-4 naar JGZ 4-19. Hierbij moet de JGZ 0-4 aangeven welke kinderen extra risico lopen en extra en vervroegde (vóór het eerste formele contactmoment binnen JGZ 4-19) aandacht vragen van de JGZ 4-19. Er is echter nog steeds één JGZ 4-19 die alleen de dossiers van risicokinderen overgedragen wil hebben.

Er is een standaardprocedure voor de overdracht van de risicozorg via de dossiers. Bij complexe problematiek wordt het echter aan de organisaties overgelaten om daar zo nodig aanvullende afspraken over te maken. Het is lang niet altijd zeker dat dit een sluitend systeem is, want terugkoppeling vanuit de JGZ 4-19 naar de JGZ 0-4 als onderdeel van de zorgcoördinatie, de afstemming van de zorg en als mogelijke versterking van de integraliteit gebeurt nog weinig systematisch en vaak alleen als de JGZ 0-4 daar uitdrukkelijk om heeft verzocht. Zelfs indien meerdere kinderen van eenzelfde risicogezin zowel bij JGZ 0-4 als JGZ 4-19 onder zorg zijn, is afstemming van de zorg lang niet altijd regel.

4.2.10 Toestemming van ouders niet altijd goed geregeld

Het uniforme deel van het basistakenpakket omvat verder wettelijk (op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) verplichte voorlichting en het vragen van toestemming voor het verrichten van medische handelingen zoals vaccinaties en het opvragen of doorgeven van medische gegevens aan derden ('informed consent'). Nog niet overal binnen de JGZ is dit goed geregeld. Het vastleggen van deze toestemming in het dossier moet regel zijn; gezien het multidisciplinaire karakter van de JGZ is het hierbij zeker van belang.

4.2.11 Uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma is voldoende, maar staat wel onder druk

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) valt onder de AWBZ en maakt formeel geen deel uit van het (uniforme deel van het) basistakenpakket. De uitvoering is echter onlosmakelijk verbonden met de andere, binnen de contactmomenten uit te voeren taken van de JGZ 0-4. Binnen de JGZ 4-19 is het bijna altijd een apart contactmoment (ook als apart contactmoment opgenomen in de richtlijn), meest in de vorm van groepsvaccinatie van de 9-jarigen.

In de praktijk blijken overal de JGZ 0-4 en bijna overal de GGD het RVP uit te voeren: meestal, maar niet altijd, gebeurt dat voor de 'eigen' leeftijdsgroepen. Binnen de GGD is het meestal de JGZ 4-19 die de vaccinaties van de jeugd uitvoert, maar een enkele GGD heeft ervoor gekozen dit door de 'eigen' infectieziektepreventie en –bestrijding dan wel door de JGZ 0-4 in de regio te laten uitvoeren. Het is echter de vraag of dit uit oogpunt van (landelijke) uniformiteit en samenhang binnen één zorgsysteem (in dit geval JGZ 4-19) wenselijk is.

Bij de totstandkoming van de Wet collectieve preventie volksgezondheid van 2003 was het uitgangspunt, dat het RVP geen nadeel mocht ondervinden van de invoering van de integrale JGZ en de implementatie van het basistakenpakket. Nu blijkt dat de werkdruk bij de uitvoering van het RVP de laatste jaren is toegenomen door een toename van het aantal vaccinaties in relatief korte tijd en door een groeiend aantal ouders met kritische vragen over vaccins en mogelijke bijwerkingen. Ook door alle processen en inzet rond de integratie en de implementatie van het basistakenpakket is de werkdruk bij veel JGZ-medewerkers toegenomen. Uit onderzoek van de inspectie blijkt dat binnen de JGZ 0-4 de uitvoering van het RVP hierdoor op sommige plaatsen wel degelijk onder druk is komen te staan^[10].

4.2.12 Invulling van het maatwerkdeel nog onvoldoende

Gemeenten geven aan dat thuiszorg en GGD hen in het algemeen voor wat betreft de invulling van het maatwerkdeel goed van advies dienen. De organisaties zelf plaatsen hierbij de nodige kanttekeningen. Nog lang niet alle JGZ-organisaties brengen schriftelijke beleidsadviezen uit aan hun gemeenten; bij de JGZ 0-4 is dit nog veel minder dan bij de JGZ 4-19. In de praktijk wordt voor het verzamelen van gegevens en bij het opstellen en uitbrengen van advies over het maatwerkdeel ook nog nauwelijks onderling samengewerkt.

Voor de keuzes ten aanzien van het maatwerkdeel overlegt een minderheid van de gemeenten verder nog met andere gemeenten of met de provincie. Bij ongeveer de helft van de gemeenten hebben (ook) financiële overwegingen meegespeeld. Veel gemeenten blijken ook van anderen bronnen gebruik te maken. Toch blijkt maar een minderheid van de gemeenten te beschikken over recente informatie over de gezondheidssituatie van de jeugd. Dit maakt het maken van keuzes voor het maatwerkdeel niet eenvoudig.

Hiernaast is er zowel bij gemeenten als de JGZ-organisaties onduidelijkheid over de toedeling van een aantal producten in de Wet collectieve preventie volksgezondheid aan uniform deel of maatwerkdeel. Ook blijken de gelden niet altijd op de juiste wijze door gemeenten te worden besteed. In de navolgende twee paragrafen zal hier nader op worden ingegaan.

4.2.13 Onderscheid tussen uniform deel en maatwerkdeel is onduidelijk

De indeling ten aanzien van een aantal activiteiten is in de praktijk nogal kunstmatig en pakt ook niet altijd goed uit. Het is nu zo dat er taken in het maatwerkdeel vallen, die direct voortvloeien uit activiteiten behorend tot het uniforme deel en waarvan de uitvoering ook uiterst gewenst, zo niet noodzakelijk is. Hierdoor wordt de uitvoering ervan nu ten onrechte onderwerp van keuze voor de gemeente. Hierbij kan gedacht worden aan noodzakelijke advisering, extra onderzoek, overleg met derden of (toewerken naar) verwijzing (maatwerkdeel), na signalering van een probleem (uniform deel); zoals ten aanzien van een verkeerde slaaphouding bij baby's, obesitas bij een basisschoolkind of depressie bij een adolescent.

Dit knelt des te meer daar de verschillende activiteiten binnen de in de wet genoemde productgroepen zowel binnen het uniforme deel als binnen het maatwerkdeel kunnen vallen, terwijl ze vrijwel altijd tegelijkertijd worden aangeboden. Zo zal bijvoorbeeld een consultatiebureau-consult bij de JGZ 0-4 of een preventief gezondheidsonderzoek bij de JGZ 4-19 naast activiteiten uit het uniforme deel ook altijd activiteiten uit het maatwerkdeel bevatten. Voor de uitvoering zou scheiding ook zeer onwenselijk zijn, omdat de combinatie van activiteiten de JGZ juist voor ouders aantrekkelijk maakt en de efficiency en effectiviteit sterk verhoogt^[25].

Het onderscheid tussen uniform deel en maatwerkdeel is ook geen vast gegeven. Het is de bedoeling dat op gezette tijden activiteiten uit het maatwerkdeel overgeheveld worden naar het uniforme deel zodra er een wetenschappelijk onderbouwde aanpak voorhanden is en het belangrijk genoeg is om aan alle kinderen in Nederland aan te bieden.

In de praktijk is de onduidelijkheid overigens al direct onderkend. Het Platform werkt aan een later in 2005 uit te brengen advies over een (nog beperkte) herverdeling en is (medio 2005) bezig met de voorbereidingen van een evaluatie van de uitvoering van het uniforme deel en het maatwerkdeel.

Het wekt dan ook enige verbazing dat het rijk bij het voornemen de inhoudelijke ondersteuning van de JGZ anders te organiseren (als vervolg op het Platform JGZ) de keuze lijkt te maken dit bij twee centra onder te brengen. Daarbij berust de verdeling over deze centra op de discutabele indeling in het uniforme deel en het maatwerkdeel!^[15]

4.2.14 De geormerkte middelen komen niet altijd bij de JGZ terecht

Het blijkt niet bij alle gemeenten bekend te zijn dat de JGZ de producten van het maatwerkdeel altijd moet uitvoeren en dat alleen de invulling ervan aan de gemeenten wordt overgelaten. Niet alle gemeenten hebben in de praktijk het maatwerkdeel ingevuld en een deel van de gemeenten heeft zelfs nog geen plannen daartoe.

De invulling van het maatwerkdeel kan plaatsvinden met financiën uit het gemeentefonds, maar vooralsnog ook vanuit de Rsu – een tijdelijke doeluitkering voor gemeenten ten behoeve van de JGZ (integratie en basistakenpakket). In de praktijk blijken enkele gemeenten de gelden van de Rsu (ook) te gebruiken voor activiteiten die niet tot het basistakenpakket behoren, niet door de JGZ worden uitgevoerd of zelfs niet eens op de jeugd, maar bijvoorbeeld op eenzaamheid bij ouderen gericht zijn.

Het niet-invullen dan wel niet door de JGZ laten uitvoeren van het maatwerkdeel is in strijd met het Besluit Jeugdgezondheidszorg. Dat blijkt uit de uitspraak van de

Rechtbank Zwolle-Lelystad inzake het geschil tussen stichting Thuiszorg Icare en het college van B&W van de gemeente Dronten d.d. 10 januari 2005.

Behalve de verplichting dat de Rsu bestemd is voor de JGZ als geheel, zijn de middelen verder niet geoormerkt; ook niet ten aanzien van de verdeling tussen JGZ 0-4 en JGZ 4-19. De situatie kan zich dan voordoen dat de JGZ-instellingen onderling moeten concurreren bij de invulling van het maatwerkdeel. Dit risico is groter wanneer er niet wordt samengewerkt bij de advisering over de invulling van het maatwerkdeel. In de praktijk doet zich dit ook al voor als gekeken wordt waar de gemeenten de Rsu-gelden zoal aan hebben besteed. Zoals beoogd besteden gemeenten de gelden aan de activiteiten uit het uniforme deel bij de JGZ 0-4 en daarnaast vooral aan maatwerkdeel-activiteiten van de JGZ 0-4. Ook de JGZ 4-19 ontvangt een deel van het geld. JGZ 4-19 krijgt daarnaast van oudsher (niet geoormerkt) geld uit het gemeentefonds. Wanneer de Rsu-gelden zouden overgaan naar het gemeentefonds wordt de concurrentie alleen maar sterker en zal de JGZ ook met andere gemeentelijke beleids-terreinen moeten concurreren. Het (liefst gezamenlijk) voeden van gemeenten met gegevens over de gezondheidstoestand van de jeugd en de bijdrage die de JGZ kan leveren aan de verbetering en bescherming hiervan, zal de komende tijd dan ook een belangrijke taak voor de JGZ vormen.

4.2.15 JGZ 0-4 vraagt nog steeds een eigen bijdrage aan ouders

Tenslotte kan een tweede knelpunt op financieel terrein niet onvermeld blijven. Van oudsher vragen thuiszorgorganisaties financiële bijdragen van ouders ten behoeve van oudercursussen en specifieke (voorlichtings)activiteiten. Op grond van artikel 4 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid mogen de organisaties echter geen bijdrage vragen voor activiteiten die de JGZ uitvoert. Hier wordt dus de wet overtreden. Zonder deze (veelal relatief beperkte) extra bijdrage is het echter voor de JGZ 0-4 vaak niet mogelijk dit soort activiteiten kostendekkend te blijven organiseren.

4.3 De JGZ doet vaak al wel de goede dingen, maar doet deze niet altijd goed

4.3.1 Samenwerking met derden is verbeterd, maar nog niet goed genoeg

De samenwerking van de JGZ met andere partijen binnen het jeugdveld en de betrokkenheid bij zorgteams en platforms vertoont een wisselend beeld. Over het algemeen is er sprake van een bredere samenwerking dan in 2000.

Toch is hier en daar de JGZ ook nu nog nauwelijks in beeld bij de jeugdzorg en beperkt de externe samenwerking van de JGZ zich tot de kraamzorg of een enkele partij uit de gezondheidszorg of het onderwijs.

De samenwerking van de JGZ met andere instellingen binnen het jeugdveld is niet slechts te beschouwen als faciliterend voor de uitvoering van de JGZ zelf, zoals Wet collectieve preventie volksgezondheid en het Besluit Jeugdgezondheidszorg aangeven, maar gaat veel verder: de JGZ is als laagdrempelige en voor de gehele jeugd toegankelijke voorziening een essentieel onderdeel van de zorgketen voor en hulpverlening aan jeugdigen en hun ouders/verzorgers. Deze samenwerking omvat ook veel meer terreinen dan alleen de in artikel 2 lid 1 van de WCPV aangeduide bevordering door de gemeenteraad van de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de

curatieve gezondheidszorg. Het moet beschouwd worden als een aparte productgroep, zoals de werkgroep basistaken JGZ in 1998 ook heeft aangegeven^[22].

4.3.2 Zorgcoördinatie vanuit de JGZ is onvoldoende

De JGZ signaleert en verwijst, en staat daarmee aan het begin van de zorgketen. De JGZ moet als laagdrempelige voorziening de continuïteit in zorg bewaken. Nu wordt het bij overdracht vanuit de JGZ naar derden vaak aan de medewerkers zelf overgelaten of zij verwijsbrieven met ouders meegeven en of en zo ja, op welke wijze, zij follow-up verrichten. Enige (landelijke) stroomlijning en stimulering zou hier zeker op zijn plaats zijn. Gelukkig ziet de inspectie dat de JGZ in toenemende mate afspraken maakt met met name jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) over terugkoppeling naar de JGZ indien verwijzing niet goed tot stand komt of ouders vroegtijdig afhaken.

4.3.3 Positie van de JGZ binnen het jeugdveld is niet sterk genoeg

Zoals hierboven al is aangegeven, heeft de JGZ binnen de keten met name de taak problemen en bedreigingen te signaleren en zorg te dragen voor een adequaat vervolg. Voor dat laatste heeft de JGZ zelf beperkte mogelijkheden in de vorm van voorlichting, advisering en zo nodig kortdurende begeleiding. Waar het deze taken en mogelijkheden overstijgt, moet de JGZ voor goede verwijzing zorgdragen.

Om goed zicht te hebben op de mogelijkheden hiertoe is samenwerking essentieel. De JGZ heeft regelmatig contact met – in principe – alle jeugdigen in het werkgebied. Het ligt daarom voor de hand dat de JGZ een coördinerende rol heeft binnen de keten van zorg voor jeugdigen, zoals die voor de JGZ 0-4 in de operatie Jong^[14] wordt beoogd. Dit lijkt een logischer oplossing dan de coördinatie neer te leggen bij drie verschillende opeenvolgende onderwijs-gremia – met even zovele overdrachtmomenten en het risico op verlies van continuïteit. Landelijk onderzoek naar een coördinatiefunctie ook van de JGZ 4-19 is inmiddels toegezegd.

Om een coördinerende taak ook daadwerkelijk uit te voeren, moet overigens wel voor alle betrokken instellingen duidelijk zijn wat met deze taak wordt beoogd en wat daarbij van de JGZ verwacht mag worden. Dit is nu niet altijd het geval. Vervolgens moet de JGZ ook in voldoende mate gefaciliteerd worden. Dit betreft niet alleen de financiële kant, maar ook het toekennen van bevoegdheden aan de JGZ ten opzichte van andere organisaties.

Overigens pleit ook de Reflexie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling (RAAK) voor het onderbrengen van de coördinatie bij de JGZ. In vier regio's (Amsterdam Noord, Flevoland, Westelijke Mijnstreek en Zaanstreek/Waterland) werkt RAAK aan een geïntegreerd systeem voor preventie, signaleren en aanpak van kindermishandeling. Op basis van de hierbij opgedane ervaringen vindt men de JGZ degene die dit proces moet aansturen en coördineren, mits binnen de JGZ meer wijk-, gezin- en kindgericht gewerkt kan en ook gaat worden^[26].

De coördinerende taak is verder te beschouwen als onderdeel van het maatwerkdeel. Gemeenten moeten hier JGZ de gewenste ruimte (kunnen) bieden. Uit het onderzoek naar de casus 'Roermond'^[3] blijkt dat dit nog niet altijd het geval is. Hier bleek de JGZ niet eens te behoren tot de vijf belangrijkste organisaties die in de diverse netwerken in die stad functioneren. Ook bleek de JGZ in onvoldoende mate de signalerende en preventieve rol vervullen die zij ten aanzien van risicogroepen in de Wet collectieve

preventie volksgezondheid toebedeeld heeft gekregen. Van een regiefunctie van de JGZ was al helemaal geen sprake.

Uit dit onderzoek kwam verder naar voren, dat er vaak van meerdere netwerken sprake is doordat er in de praktijk voor elk probleem een netwerk bestaat en dat elk netwerk weer andere formele partners kent. Partners zijn vaak in onvoldoende mate bekend met elkaars takenpakket en mogelijkheden, ieder heeft beperkt zicht op het probleem waardoor het overzicht ontbreekt, er is vaak geen sprake van een sluitende aanpak en de ketenregie is onvoldoende en vaak te vrijblijvend. Beleid ten aanzien van 'afhakkers' en nazorg ontbreekt. Wanneer een instelling een kind in zorg neemt en ook wanneer de zorg mislukt, koppelt de betrokken instelling dit nog te weinig terug naar de andere instellingen.

De situatie in Roermond is niet uitzonderlijk en waarschijnlijk voor veel steden in Nederland van toepassing. Een voor ieder duidelijke, coördinerende rol van de JGZ is van groot belang om deze situatie te verbeteren.

4.3.4 Bereik van de JGZ is nog niet altijd zoals beoogd: minimaal 95 procent

Om goed zicht te krijgen op de gezondheidssituatie en een gerichte aanpak van de (gezondheids)problemen in de regio mogelijk te maken, is een hoog bereik vanuit de JGZ onontbeerlijk. Met een hoog bereik kan de JGZ problemen en bedreigingen op individueel niveau tijdig signaleren en aanpakken door het verlenen van extra zorg en zo nodig door verwijzing. Ook bevordert het indirect (door het verzamelen van de gegevens uit de individuele contacten) het inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd.

De JGZ streeft ten aanzien van de contactmomenten naar een bereik van 95 procent van de jeugdigen in het werkgebied, conform de met het ministerie van VWS gemaakte afspraken. Dit bereik wordt echter nog lang niet overal gehaald. Ook is er, met name bij de JGZ 0-4, nog lang niet altijd zicht op het precieze bereik van de doelgroep, hoewel de situatie wel verbeterd lijkt te zijn ten opzichte van eerdere onderzoeken. Het feit, dat de gemeentelijke basisadministratie (GBA) tot nu toe voor de JGZ 0-4 formeel niet toegankelijk was, is hieraan mede debet. Inmiddels heeft de landelijke overheid besloten dat ook de JGZ 0-4 – via de GGD – over relevante GBA-gegevens van alle kinderen in het werkgebied moet kunnen beschikken. Helaas is dat een weinig efficiënte oplossing gezien de onderlinge versnippering van de gebieden van JGZ 0-4 en JGZ 4-19.

Voor meer informatie over het bereik wordt verwezen naar bijlage 5.

4.3.5 De JGZ moet zich actief blijven opstellen

Ouders gaan niet altijd in op een uitnodiging van de JGZ voor een consult, onderzoek of vaccinatie van hun kind. Juist van risicogezinnen is bekend, dat ze vaak niet reageren. Huisbezoeken en het houden van makkelijk toegankelijke gesprekken zijn noodzakelijk om een zo hoog mogelijk bereik van de JGZ te kunnen blijven garanderen. Helaas blijken deze activiteiten in de afgelopen jaren bij gemeentelijke bezuinigingen beperkt en zelfs hier en daar volledig afgebouwd te zijn.

Deelnemen aan (buurt/wijk)netwerken en zorgteams is verder essentieel om belangrijke informatie over deze gezinnen en kinderen te kunnen uitwisselen, een keuze te kunnen maken voor de meest adequate aanpak van de problematiek en bij tijd en wijle te kijken of het hele proces nog naar wens verloopt. Gelukkig is dit een activiteit die we vrijwel overal bij de JGZ terugvinden.

4.3.6 De overdracht van gegevens van verloskunde en kraamzorg naar de JGZ kan beter

De JGZ 0-4 kan over het algemeen beschikken over de gegevens van kinderen over de bevalling en uit de kraamzorgperiode. Dit zijn echter vaak alleen heel algemene gegevens, bijvoorbeeld over de duur van de geboorte, toestand van het kind direct na de geboorte, geboortegewicht en soort voeding in de kraamperiode. Gegevens wat betreft de signalering van risicogezinnen en –situaties komen nu nog maar zelden uit de zorgketen die voorafgaat aan de JGZ.

4.3.7 Inzicht in de gezondheidssituatie blijft gebrekkig

De JGZ kan een goed beeld verkrijgen van de gezondheidssituatie van de jeugd als geheel en de factoren die deze bedreigen door aggregatie en epidemiologische analyse van de vanuit de individuele contacten, vragenlijsten cq. gezondheidsenquêtes verzamelde gegevens.

Voor de JGZ 0-4 is dit niet altijd eenvoudig vanwege de zeer beperkte mogelijkheden voor epidemiologisch onderzoek en de gebrekkige automatisering.

De JGZ 4-19 beschikt veelal wel over deze mogelijkheden. Het gebruik is ook zeker ten opzichte van 2000 verbeterd. Toch blijkt het inzicht in de gezondheidssituatie bij de JGZ nog regelmatig te berusten op de inzichten die de medewerkers zelf vanuit de contactmomenten hebben verkregen en de ervaringen die zij daarbij hebben opgedaan en niet op epidemiologische analyse van de verzamelde gegevens.

Helaas moet de inspectie constateren dat er ook op dit gebied nog nauwelijks sprake is van samenwerking tussen de JGZ 4-19 en JGZ 0-4. Ongeveer de helft van de organisaties met JGZ 0-4 neemt deel aan een meestal door de GGD georganiseerde jeugdmonitor. De JGZ 0-4 maakt verder niet of nauwelijks gebruik van epidemiologische expertise bij de GGD. Veelal is het geven van epidemiologisch inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking van het werkgebied van de GGD als geheel al een zodanig omvangrijke taak, dat er – zeker binnen de wat kleinere GGD'en - geen ruimte overblijft om ook activiteiten op het gebied van de JGZ 0-4 te ondersteunen.

4.3.8 Aanpak van risicofactoren te beperkt

Wat de aanpak van risicofactoren betreft, blijkt dat de JGZ nog steeds veel tijd besteedt aan 'klassieke' (op historische basis en veelal op basis van eigen ervaringen en inzichten vastgestelde), al wat langer geleden vastgestelde (maar onverminderd voorkomende) problemen. Het betreft problemen als kindermishandeling, psychosociale problematiek, ontwikkelingsstoornissen in het algemeen en spraak-/taalproblematiek meer in het bijzonder, slechte voedingsgewoonten en ongezonde dan wel riskante leefstijl (bijvoorbeeld roken, drinken, druggebruik). De aandacht gaat verder uit naar 'klassieke' risicogroepen, zoals kinderen van allochtonen en asielzoekers/vluchtelingen (met name JGZ 0-4) en leerlingen van het speciaal onderwijs en van achterstandscholen (JGZ 4-19).

De prioriteiten uit de preventienota^[11], zoals opvoedingsondersteuning, overgewicht, te weinig bewegen en roken blijken inmiddels al opgepakt te zijn door de JGZ, dan wel is sprake van intensivering van de aanpak. De organisaties besteden hier de nodige aandacht aan. De landelijke overheid, universiteiten en instituten zoals TNO, NIZW en NIGZ bieden daarbij ondersteuning. Gemeenten blijken hier nog niet altijd in voldoende mate oog (en dus ook geld) voor te hebben, gezien de beperkte aandacht in de gezond-

heidsnota's voor deze problematiek bij de jeugd en de mogelijke inzet van de JGZ hierbij. Zo noemen slechts vier gemeenten de aanpak van overgewicht als onderdeel van het maatwerkdeel.

Het adagium 'nieuw beleid voor oud beleid' is hierbij niet van toepassing. De voor de JGZ inmiddels als 'klassiek' te beschouwen problemen en de 'klassieke' risicogroepen zullen extra aandacht moeten (blijven) krijgen. De JGZ moet daarnaast voldoende ruimte en uiteraard financiële mogelijkheden krijgen om ook nieuwe problemen te kunnen (blijven) oppakken. Het gaat dan om problemen die de laatste jaren sterk toenemen of sterk in de (politieke) belangstelling zijn komen te staan.

4.3.9 Er is een gebrek aan goede instrumenten

Het gebrek aan goede instrumenten voor signaleren van (dreigende) problemen en aan interventies met bewezen effectiviteit werkt belemmerend en vertragend op het gericht oppakken van 'nieuwe' problemen.

Het ontwikkelen van dergelijke instrumenten en interventies kost (soms té) veel tijd.

Er zijn inmiddels sinds eind negentiger jaren enkele standaarden, signaleringsinstrumenten en gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld (zie paragraaf 6 in bijlage 4).

Aan methodieken voor opvoedingsondersteuning door de JGZ bij jonge kinderen wordt gewerkt^[27] en TNO-PG heeft onlangs een boekje^[13] uitgegeven met een veertigtal effectieve of effectief geachte activiteiten, voornamelijk op het gebied van signalering en ziektepreventie in de vorm van vaccinaties.

Verder is in 2004 de Invent Groep ingesteld voor het opstellen van risicoprofielen voor de JGZ (zie paragraaf 4 in bijlage 4). De groep heeft inmiddels een conceptrapport opgesteld en dit aan alle betrokken partijen ter reactie voorgelegd. Naar verwachting zal het rapport in het najaar van 2005 uitkomen.

Ook op andere terreinen binnen de JGZ vinden ontwikkelingen plaats, maar verloopt het proces eveneens vaak traag. In 2000 is er een programmeringsstudie^[29] afgerond, die heeft geleid tot het stellen van prioriteiten ten aanzien van onderzoek naar de verdere wetenschappelijke onderbouwing van activiteiten bij de JGZ. Behalve dat de resultaten van deze studie door ZON/MW worden gebruikt voor het beoordelen van de relevantie van ingediende onderzoeksvorstellen, heeft deze studie nooit tot een doelgericht vervolg geleid.

4.3.10 Er is te weinig aandacht voor implementatie

Waar al wel methodieken met bewezen effectiviteit zijn ontwikkeld, zoals de verschillende JGZ-standaarden voor screening en signalering, is er nog te weinig aandacht voor de implementatie.

Mede door het lange uitblijven gaat de JGZ er toe over zelf methoden en activiteiten te ontwikkelen, vaak met ondersteuning van de gezondheidsbevordering (voorheen GVO genoemd). Soms maakt de JGZ daarbij gebruik van door anderen ontwikkeld materiaal, maar zet dit pas in na de voor de eigen situatie en werkwijze noodzakelijk geachte aanpassingen. De diversiteit in methoden en activiteiten is hierdoor groot. Vaak ook is het gebruik van de eigen methodiek zo ingeslepen, dat implementatie van een inmiddels ontwikkelde en wél wetenschappelijk onderbouwde methode traag en moeizaam verloopt.

Naast het stimuleren van het gebruik van methoden met bewezen effectiviteit moet het (blijven) toepassen van methoden, waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze niet effectief zijn, ontmoedigd worden. Dit is niet altijd eenvoudig zoals blijkt bij het

programma 'Moeders informeren Moeders' (MIM), waarvan inmiddels is vastgesteld, dat het niet de resultaten oplevert die het beoogt^[29], maar waarvan de uitvoering (als maatwerk bij gemeenten) nog steeds toeneemt.

Het kan nog vele jaren duren voordat de meeste activiteiten binnen de JGZ niet alleen wetenschappelijk zijn onderbouwd, maar ook daadwerkelijk worden toegepast. Een sterkere landelijke sturing en een beter voorbereide en gedegen implementatie vindt de inspectie dan ook zeker gewenst. Het beoogde Centrum voor de JGZ bij het RIVM moet hierbij een rol spelen.

Bij het (ruimer) toepassen van nieuwe methodieken, zoals in het kader van opvoedingsondersteuning, hoort ook het (bij)scholen van het personeel. Dit is nu niet altijd in voldoende mate het geval, gezien het feit dat voor opvoedingsondersteuning een deel van de organisaties niet op dit terrein bijgeschoolde verpleegkundigen inzet.

Binnen het jeugdveld zijn bovengenoemde ontwikkelingen overigens niet ongewoon. Ook elders binnen dit veld, zoals bij de jeugdzorg^[12], zijn er nog maar weinig activiteiten met bewezen effectiviteit en verloopt de implementatie van al wel wetenschappelijk onderbouwde activiteiten moeizaam. De activiteiten zijn ook vaak op Amerikaans onderzoek gebaseerd en niet zonder meer voor de Nederlandse situatie bruikbaar.

4.3.11 Landelijke activiteiten zorgen voor betere kwaliteit

Tenslotte is vermeldenswaard dat er landelijk hard gewerkt wordt aan verbetering van voor de kwaliteit van de JGZ belangrijke (voorwaardenscheppende) instrumenten, zoals het HKZ-schema JGZ 0-19 ter toetsing van de kwaliteit van de JGZ-organisaties, de ontwikkeling van het elektronisch JGZ-dossier, instrumenten voor monitoring van de jeugd door de JGZ, het ontwikkelen van een productbegroting JGZ gebaseerd op het basistakenpakket (zij het helaas wel weer apart voor JGZ 0-4 en voor JGZ 4-19) en een benchmark. Een deel hiervan is onderdeel van het in 2005 gestarte Programma Kwaliteit Collectieve Preventie. Het rijk ondersteunt deze ontwikkelingen. Ook hier zal te zijner tijd extra aandacht nodig zijn voor de implementatie.

BIJLAGE 1 Referenties

- 1 Staat van de Gezondheidszorg 2005. Deelrapporten en achtergronddocumenten op cd-rom. IGZ, Den Haag, november 2005.
- 2 Onderzoek naar het functioneren van de JGZ anno 2000, deel I en deel II. IGZ, Den Haag, 2001.
- 3 Horen, zien, niet zwijgen. Deel I. Onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties. Gezamenlijk rapport van de inspecties Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming, Gezondheidszorg, Onderwijs en Openbare Orde en Veiligheid en het Verweij-Jonker Instituut, 2003.
- 4 Toegang verboden? Onderzoek naar kwaliteit en beschikbaarheid van de ouder- en kindzorg. IGZ, Den Haag, oktober 1999.
- 5 Burgmeijer R.F.J. en J.A.M.W Rijcken. Verboden toegang? Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg in 1998. TNO-PG, Leiden, maart 1999.
- 6 Memorie van Toelichting gewijzigde WCPV, 1-1-2003.
- 7 Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, maart 2002.
- 8 Richtlijn contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Platform Jeugdgezondheidszorg, Den Haag, juni 2003.
- 9 Kauffman-de Boer, M., K. van der Ploeg, e.a. Implementatiestudie Neonatale Gehoorscreening. NSDSK, Amsterdam, 2001.
- 10 Het Rijksvaccinatieprogramma voor de jongste leeftijdsgroepen; de uitvoering kán nog beter, de bewaking móet beter. IGZ, Den Haag, mei 2005.
- 11 Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Ministerie van VWS, Den Haag, oktober 2003.
- 12 Verdurmen, J., e.v.a. Effectiviteit van interventies gericht op jeugdigen: de stand van zaken. Onderzoek in opdracht van de Interdepartementale Commissie Jeugdonderzoek. Trimbos-Instituut, Utrecht, 2003.
- 13 Schuller A. A. e.v.a. De Jeugdgezondheidszorg: Activiteiten onderbouwd. TNO-PG, Leiden, november 2004.
- 14 Operatie Jong: samen werken aan integraal jeugdbeleid. Operatie Jong, Den Haag, 2003.
- 15 Kaders voor VWS-kennisprogramma Jeugd. Concept – juni 2005.
- 16 Convenant inzake de voorbereiding van de invoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg; op 27 mei 2002 ondertekend door VWS, LVT en VNG.
- 17 Informatie van de website van het Platform JGZ: www.platformjgz.nl.
- 18 Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1991-1992, 22 300 XVI, nr. 68. Motie van de leden Vriens-Auerbach & Van Otterloo dd. 18 december 1991. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1992.
- 19 Burgmeijer R.F.J., T. Filedt Kok-Weimar, Y.M. van Geenhuizen en A.M. de Jager. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 1996. TNO-PG / KPMG, Leiden / Maarssen, 1997.
- 20 Gemeentelijke betrokkenheid collectieve preventie. IGZ, Rijswijk, 1995.
- 21 Commissie Versterking Collectieve Preventie (Commissie Lemstra). Gemeentelijk Gezondheidsbeleid beter op zijn plaats. Ministerie van VWS, Rijswijk, november 1996.
- 22 Project Basistaken Collectieve Preventie. Basistaken Collectieve Preventie: + Jeugdgezondheidszorg deel 1 en deel 2. Ministerie van VWS, Den Haag, juli 1998.

- 23 Kwaliteitsdocument 'Scholing arts Jeugdgezondheidszorg'. TNO-Kwaliteit van leven, Leiden, maart 2005.
- 24 Contactmomenten basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Advies Expertgroep, Breda, oktober 2002.
- 25 Verloove-Vanhorick, S.P., P.H. Verkerk, F.J.M van Leerdam, S.A. Reijneveld en R.A. Hirasing. Jeugdgezondheidszorg: veel preventie voor weinig geld. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2003 10 mei;147(19).
- 26 Informatie van de RAAK-website: www.stopkindermishandeling.nl.
- 27 Prinsen B., B. Ridderhof-Bom e.v.a. Steun aan ouders rondom de geboorte en het opgroeien van hun eerste kind. NIZW jeugd / GGD Rotterdam, 2005.
- 28 Raat H., R.E. Juttman, F.J.M. van Leerdam, R.A. Hirasing. Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg. Erasmus Universiteit-iMGZ / TNO-PG, Rotterdam / Leiden, 2001.
- 29 Hanharan-Cahuzak, M.H. Mum to mum. An evaluation of a community-based health promotion programme for first-time mothers in the Netherlands [proefschrift]. Universiteit van Wageningen, Wageningen, 2002.

BIJLAGE 2 Lijst van afkortingen

ADHD	Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
AMA	Alleenstaande Minderjarige Asielzoeker
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AT	Algemeen toezicht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BANS	Jeugdbeleid in Ba(la)ns (BestuursAkkoord-Nieuwe-Stijl)
BJGZ	Besluit Jeugdgezondheidszorg (behorend bij WCPV)
bo	Basisonderwijs
BTP JGZ 0-19	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen
B&W	(College van) Burgemeester en Wethouders
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CB	Consultatiebureau
COA	Centrale Opvang Asielzoekers
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGD	Gemeenschappelijke of Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GVO	Gezondheidsvoorlichting – en Opvoeding
HALT	Het Alternatief
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ITJ	Integraal Toezicht Jeugdzaken
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KIPPP	Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie
KIVPA	Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale Problematiek Adolescenten
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunst
LSPPK	Landelijke Signaleringshulp voor Psychosociale Problematiek bij Kleuters
LVGGD	Landelijke Vereniging van GGD'en (nu GGD Nederland)
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (nu Z-org)
MAVO	Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs
MIM	Moeders Informeren Moeders
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
OB	Onderwijsbegeleidingsdienst
O(G)GZ	Openbare (geestelijke) gezondheidszorg
PGO	Preventief gezondheidsonderzoek
PKU/CHT/AGS	Stofwisselingsziekten (phenylketonurie, congenitale hypothyreoïdie, adrenogenitaal syndroom)
RAAK	Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMC	Regionale Meld- en Coördinatiefunctie voortijdige schoolverlaters

Rsu	Regeling specifieke uitkering
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SGBO	Stichting Gemeentelijk Beleidsonderzoek
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
TNO-PG	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek – Preventie en Gezondheid (inmiddels genoemd: Kwaliteit van leven)
TGVO	Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
Trv	Tijdelijke regeling vroegsignalering
TT	Thematisch toezicht
VBO	Vorbereidend Beroepsonderwijs
VETC	Voorlichters Eigen Taal en Cultuur
VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VNG	Vereniging voor Nederlandse Gemeenten
vo	Voortgezet onderwijs
VTO	Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen
VVE	Voor- en Vroegschoolse Educatie
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
ZON/MW	Zorgonderzoek Nederland/Medische Wetenschappen

BIJLAGE 3 Onderzoeksresultaten

Inleiding

De onderzoeksresultaten zijn afkomstig uit de onderzoeken die de inspectie in 2003 en 2004 naar de JGZ 0-4 (apart thematisch-toezichtonderzoek), de JGZ 4-19 (onderdeel algemeen-toezichtonderzoek GGD'en) en de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten heeft verricht. Van dat laatste worden met name de gegevens ten aanzien van de betrokkenheid bij de JGZ hier weergegeven. Waar mogelijk is aan het eind van de verschillende onderdelen een vergelijking gemaakt met de situatie wat betreft de (uitvoering van de) JGZ in 2000^[2] en op een enkel onderdeel ook met eerder onderzoek naar de JGZ 0-4 van IGZ en TNO-PG uit 1998^[3,4]. Een enkele maal is ook gebruikgemaakt van informatie afkomstig uit het rapport over de casus 'Roermond'^[3]. De in hoofdstuk 2 van dit rapport beschreven indeling in drie onderdelen - integratie JGZ (deel 1 van deze bijlage), aansluiting bij jeugdzorg (deel 2) en aanpak van risicofactoren (deel 3) - wordt hierbij gevolgd.

De onderzoeksgegevens uit 2003-2004 zijn afkomstig uit de door de organisaties en gemeenten ingevulde vragenlijsten. Het betreft 61 vragenlijsten van organisaties met JGZ 0-4 (59x thuiszorg en 2x GGD), 40 vragenlijsten van alle GGD'en met JGZ 4-19 en 85 vragenlijsten van gemeenten. Enkele thuiszorgorganisaties hebben gezamenlijk een vragenlijst ingevuld, vandaar dat het totaal aantal ingevulde vragenlijsten wat lager ligt dan het totaal aantal organisaties in 2004 met JGZ 0-4. De dekking voor Nederland is wel 100 procent evenals bij de GGD'en.

1 De integratie van de JGZ

In dit deel zal worden ingegaan op de met de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid beoogde samenwerking tussen de JGZ 0-4 en JGZ 4-19 onderling, de betrokkenheid van de gemeenten bij de JGZ, de uitvoering van het basistakenpakket JGZ 0-19 jaar en invulling door gemeenten van het maatwerkdeel.

1.1 Samenwerking van de JGZ onderling

1.1.1 Beoogde en al gerealiseerde samenwerking

De samenwerking tussen de JGZ 0-4 en JGZ 4-19 toont een beeld van twee uitersten. Hoewel hier en daar al sprake is van fusie van de beide onderdelen, zijn er ook regio's waar nog niet eens formeel overleg tot stand is gekomen. Bij de JGZ 0-4 vindt overigens 57 procent van de organisaties de onderlinge samenwerking voldoende; bij de JGZ 4-19 is dat 70 procent.

In 2002 is in de regio Nijmegen de JGZ 0-4 onderdeel geworden van de GGD; in Amsterdam was dat van oudsher al het geval. In 2005 wordt de JGZ 0-4 in twee andere regio's ook onderdeel van de GGD en op wat latere termijn gebeurt dat in nog eens twee gebieden. Daarentegen is een tweetal beoogde en vergelijkbare fusies (JGZ 0-4 als onderdeel van de GGD) in verband met te grote financiële belasting voor de gemeenten niet gerealiseerd. Andere concrete plannen waren er ten tijde van het onderzoek niet.

In een enkele regio zijn GGD en Thuiszorg een samenwerkingsverband aangegaan met op termijn mogelijk organisatorische consequenties en in elk geval samenwerking op personeel gebied, zoals detachering van medewerkers JGZ bij elkaars organisaties. In verreweg de meeste regio's (ongeveer 90%) is vooralsnog alleen sprake van geformaliseerde samenwerking op inhoudelijk gebied zonder organisatorische of personele consequenties. In nog eens 3 regio's is alleen sprake van informele samenwerking dan wel afstemming van het takenpakket van JGZ 0-4 en JGZ 4-19 en in één regio werd nog niet samengewerkt en waren er op het moment van onderzoek in 2004 ook nog geen plannen daartoe.

Onderlinge samenwerking in 2000

In 2000 werd al door vrijwel alle organisaties met JGZ onderling op inhoudelijk gebied samengewerkt. Bij ongeveer 90 procent van de organisaties ging het daarbij om de overdracht van de dossiers en van de zorg voor risicokinderen en –gezinnen en bij ongeveer 80 procent om afstemming van beleid en opzetten en uitvoeren van gezamenlijke projecten.

1.1.2 Schriftelijk vastgelegde afspraken binnen de JGZ onderling

Schriftelijke afspraken tussen thuiszorgorganisaties en GGD'en zijn er bij een grote meerderheid van de organisaties. Daarentegen is zelfs in die gevallen waarbij sprake is van een flinke overlap van werkgebieden van thuiszorg en GGD dat deze er nog niet altijd zijn; er zijn ook nog enkele organisaties die geen plannen daartoe hebben en er zijn er die ook nog geen formeel overleg tot stand hebben gebracht. In tabel 1 wordt dit weergegeven.

Tabel 1

Percentage organisaties met onderling overleg en schriftelijk vastgelegde afspraken

	<i>Vanuit JGZ 0-4</i>	<i>Vanuit JGZ 4-19</i>
	%	%
Overleg (minstens 2x per jaar)	86	90
Geen overleg	11	8
Schriftelijke afspraken	86	82
Nog geen afspraken, wel plannen daartoe	12	15
Geen schriftelijke afspraken	2	3

In tabel 2 wordt weergegeven waar de afspraken over gaan. Bij een kleine overlap van werkgebieden beperken de afspraken zich veelal tot de intentie tot samenwerken in het algemeen en met name tot overdracht van de dossiers en van de zorg voor risicokinderen en –gezinnen. Verder gaan de afspraken meestal over de integratie en het basistakenpakket (implementatie basistakenpakket en afstemming takenpakket). Afspraken op het gebied van de epidemiologie of gezondheidsbevordering zijn verder niet genoemd.

Tabel 2

Percentage organisaties met onderlinge schriftelijke afspraken naar onderwerp

<i>Aard van de afspraken</i>	<i>Vanuit JGZ 0-4</i> %	<i>Vanuit JGZ 4-19</i> %
Overdracht dossiers	85	82
Overdracht zorg risicokinderen en -gezinnen	80	85
Samenwerking in het algemeen	71	72
Implementatie basistakenpakket	61	72
Onderlinge afstemming zorg/takenpakket	54	64
Opstellen gezamenlijk beleid	66	62
Samenwerking in relatie tot de gemeenten	59	74
Afstemming/samenwerking met derden	41	61
Personeel en/of financiën	24	33
Gezamenlijke scholing personeel	4	10
Gezamenlijke huisvesting	2	8
Toekomstige organisatorische vorm	4	5

Onderlinge afspraken in 2000

Wat betreft de overdracht van de dossiers en van de zorg voor risicokinderen en -gezinnen was de in 2000 bij 90 procent van de organisaties bestaande samenwerking ook altijd geformaliseerd door het schriftelijk vastleggen van afspraken hierover; schriftelijk vastgelegde afspraken over samenwerking in het algemeen en beleidsafstemming waren er toen bij ongeveer eenderde van de organisaties. Van integratie en implementatie basistakenpakket was toen uiteraard nog geen sprake.

1.2 Betrokkenheid van de gemeenten bij de JGZ

Aan het onderzoek naar de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten is door in totaal 85 gemeenten deelgenomen^[1]. In dit rapport komt de betrokkenheid ten aanzien van de JGZ aan de orde.

1.2.1 De integratie vanuit bestuurlijk oogpunt

In een grote meerderheid van de deelnemende 85 gemeenten is de integratie van de JGZ al eens formeel geagendeerd; bij de meeste is dat voor het college van B&W (87%). Wat minder vaak is dat het geval geweest wat betreft de raadscommissie volksgezondheid (60%) en/of de gemeenteraad (50%).

Uit dit onderzoek blijkt verder dat tweederde van de gemeenten een visie ten aanzien van de integrale JGZ heeft vastgelegd. Iets meer dan de helft heeft dat gedaan in de nota lokaal gezondheidsbeleid. Deze nota moeten de gemeenten op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid elke 4 jaar opstellen. Ongeveer één op de vijf gemeenten heeft deze visie vastgelegd in een specifieke JGZ-nota, terwijl een aantal gemeenten aangeeft daar een ander gemeentelijk document voor gebruikt te hebben. De aard hiervan is verder niet nagegaan.

Meestal dateren visie en/of beleidsplan van 2003 (17x) of 2004 (22x); 6x is dit ouder (2001 en 2002) en 14x zijn er plannen en zal een en ander in 2004 of 2005 vastgesteld gaan worden.

In tabel 3 wordt aangegeven wat de gemeenten als de globale inhoud van de visie dan wel het beleidsplan hebben aangegeven.

Tabel 3
Inhoud van visie/beleidsplan integrale JGZ

	<i>aantal gemeenten</i>
	%
Inhoud én organisatie integrale JGZ	33
Alleen inhoud	18
Alleen organisatie	16
Nog niet bekend	33

Verder is nagevraagd wat het doel van de integratie was ten aanzien van de organisatorische vorm en de inhoud van de zorg. Ongeveer driekwart van de 85 gemeenten heeft hierop geantwoord. In tabel 4 wordt dit weergegeven.

Tabel 4
Doelen van de integratie

	<i>aantal gemeenten</i>
Uitvoering JGZ door GGD (JGZ 0-4 wordt onderdeel GGD)	11
Uitvoering JGZ door thuiszorg (JGZ 4-19 wordt onderdeel thuiszorg)	3
Uitvoering JGZ door een nieuwe organisatie	3
Opstellen gezamenlijk beleid en/of beleidsafstemming	75
Implementatie van het basistakenpakket JGZ 0-19	81
Afstemmen van het takenpakket	78
Samenwerking gemeenten, JGZ en anderen in het kader van het jeugdbeleid	66
Samenwerken op andere gebieden (bijvoorbeeld projecten)	55

Twee gemeenten maken bij dit onderwerp melding van de situatie waarbij de thuiszorg voor de uitvoering en financiering van JGZ 0-4 een contract heeft afgesloten met de GGD (en daarmee 'onderaannemer' is geworden).

Bij ruim 70 procent van de gemeenten is er sprake van een plan van aanpak gekoppeld aan het beleidsplan integrale JGZ; 6x is er geen plan van aanpak en 10x is het niet ingevuld dan wel onbekend.

In evaluatie van het beleidsplan is nog lang niet altijd voorzien. Bij ongeveer 40 procent van de gemeenten is dat al wel het geval, bij 40 procent is het nog niet gepland en bij de rest is het nog niet bekend, omdat het beleidsplan nog niet gereed is. Waar

evaluatie plaats zal gaan vinden, wordt dit meestal door de gemeente (al dan niet in samenwerking met andere gemeenten), GGD en/of thuiszorginstellingen gedaan. Samenwerking tussen gemeenten, GGD en thuiszorg is er hier bij 83 procent. Bij drie gemeenten wordt een extern bureau ingeschakeld voor de evaluatie.

Ruim driekwart van de gemeenten met een visie/beleidsplan of concrete plannen daartoe geeft tevens aan wanneer de integratie van de JGZ voltooid moet zijn. Dit loopt uiteen van juni 2003 (1x) tot januari 2009 (8x). De meesten geven hierbij 2005 (13x) of 2006 (11x) aan.

Tenslotte is aan alle gemeenten gevraagd of er structureel overleg plaatsvindt over de integrale JGZ. Meestal is dit het geval, maar 13 procent van de gemeenten geeft hierbij aan geen structureel overleg met de GGD te hebben en 17 procent heeft dit niet met de thuiszorg. Regionaal overleg met andere gemeenten heeft slechts 28 procent. Waar er wel structureel overleg is, is het aantal malen per jaar nagevraagd. Dit geeft het volgende beeld:

- Met de GGD van 1x (6 gemeenten) tot 12x (3 gemeenten) per gemeente per jaar met één uitschieter van 31x en een gemiddelde van 4-5 bijeenkomsten per jaar; 1x is regelmatig ingevuld en 18x is het niet ingevuld.
- Met de thuiszorg van 1x overleg (1 gemeente) tot 12x (2 gemeenten) per gemeente per jaar met ook hier de uitschieter van 31x en een gemiddelde van ongeveer 4x per jaar; 1x is regelmatig ingevuld en 20x is het niet ingevuld.
- Met andere gemeenten van 1x overleg (1 gemeente) tot 12x per jaar (2 gemeenten) en een gemiddelde van ongeveer 5x per jaar; 1x is ook hier regelmatig ingevuld en 31x is het niet ingevuld.

Informatie uit het onderzoek van de nota's lokaal gezondheidsbeleid

Ten behoeve van deze Staat van de Gezondheidszorg heeft de inspectie door het onderzoeksbureau van de VNG (SGBO) onderzoek laten verrichten naar de in de Wet collectieve preventie volksgezondheid verplichte gemeentelijke nota's over het gezondheidsbeleid. In totaal betrof dit 80 gemeenten. De JGZ komt vrijwel overal als onderwerp in de nota voor: bij bijna driekwart betreft het de integratie, bij de rest ook andere onderwerpen ten aanzien van de JGZ. Een deel van de nota's bevat (ook) informatie over de gezondheidssituatie van de jeugd (50%), de zorgbehoefte van de jeugd (50%) of maatregelen in het kader van gezondheidsbedreigingen van de jeugd (krap 90%). Hierbij is het niet van invloed of de nota vóór of na 1-1-2003 (invoering van de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid en nieuw Besluit Jeugdgezondheidszorg) is opgesteld.

1.2.2 De betrokkenheid van gemeenten vanuit het perspectief van de organisaties

GGD'en hebben over het algemeen – op een enkele grote stad na - te maken met bestuurlijke samenwerkingsverbanden van meer gemeenten voor hun regio. De afspraken over de integratie worden ook op dat regionale bestuurlijke niveau gemaakt. Per GGD kan het aantal gemeenten overigens sterk verschillen van 1 tot 31. Voor thuiszorgorganisaties geldt dat zij veelal wél met afzonderlijke gemeenten te maken hebben. Dit kan per organisatie lopen van 1 tot 27 gemeenten. Slechts in een enkele regio worden de afspraken op het bestuurlijke niveau van de GGD gerealiseerd.

Medio 2004 is er bij op één na alle thuiszorgorganisaties overleg met de gemeenten (56x) of zijn er plannen daartoe (4x) en zijn er bij ruim 90 procent van de thuiszorgorganisaties schriftelijke afspraken gemaakt over de integratie van de JGZ (ruim 60%) of zijn er concrete plannen daartoe (30%); (vrijwel) altijd gebeurt dat samen met de GGD. Bij vier organisaties zijn er nog geen plannen en bij nog eens zeven worden er wel schriftelijke afspraken gemaakt, maar zijn de GGD'en daar (nog) niet bij betrokken. Bij de JGZ 0-4 beoordeelt 64 procent de betrokkenheid van de gemeenten als voldoende.

Bij de GGD'en is er op één regio na (met plannen daartoe) overal overleg en zijn er eveneens op één regio na overal afspraken gemaakt met de gemeenten over de integrale JGZ. Vrijwel altijd (95%) is de thuiszorg bij het overleg en de afspraken betrokken of zijn er concrete plannen daartoe. In een enkele regio is dat echter nog niet het geval. Bij de JGZ 4-19 beoordeelt 73 procent de betrokkenheid van gemeenten als voldoende.

In tabel 5 wordt aangegeven waar vanuit het perspectief van de JGZ de afspraken met de gemeenten over gaan. Door 8 organisaties is deze vraag niet ingevuld bij de JGZ 0-4 (N = 53); bij de JGZ 4-19 hebben alle organisaties dit ingevuld (N = 40).

Tabel 5

Schriftelijk vastgelegde afspraken met gemeenten vanuit de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19

	<i>JGZ 0-4</i>		<i>JGZ 4-10</i>	
	<i>aantal</i>	<i>%</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>
Integratie JGZ	41	77	36	90
Opstellen gezamenlijk beleid	28	53	31	78
Implementatie basistakenpakket	29	55	31	78
Betrokkenheid JGZ bij gemeentelijk jeugdbeleid	22	42	28	70
Betrokkenheid JGZ bij lokaal gezondheidsbeleid	19	36	16	40
Samenwerking op bedrijfsmatig terrein*	15	28	11	28

* op financieel, organisatorisch en/of personeelsgebied

Andere, minder frequent genoemde onderwerpen zijn: samenwerking op andere terreinen dan jeugdbeleid of lokaal gezondheidsbeleid (bijvoorbeeld met kindercentra, het basisonderwijs, met de provincie).

Waar al concrete afspraken zijn gemaakt, worden deze meestal ook (op gezette tijden) geëvalueerd.

De betrokkenheid van gemeenten in 2000

De betrokkenheid van gemeenten is in 2000 niet nagevraagd, omdat toen nog geen sprake was van integratie en regievoering van gemeenten ten aanzien van de JGZ 0-4.

1.3 De uitvoering van het basistakenpakket JGZ 0-19

De inspectie heeft bij het onderzoek in 2003 en 2004 gekeken welke onderdelen van het basistakenpakket worden uitgevoerd en op welke wijze. In deze paragraaf komen met name de onderdelen van het uniforme deel aan bod en de groepsgerichte voorlichting, als zodanig een verplicht uit te voeren taak, maar qua invulling onderdeel van het maatwerk. Voor de beschrijving is niet de indeling in productgroepen gevolgd, maar de wijze waarop de verschillende taken in de praktijk van de JGZ vorm krijgen met, waar mogelijk, een vergelijking met de situatie in 2000.

1.3.1 De contactmomenten binnen de JGZ

De contactmomenten kunnen een enkel product (screening, vaccinatie) omvatten dan wel uit een aantal producten (bijvoorbeeld signalering, screening, voorlichting en advisering) bestaan.

De richtlijn contactmomenten van het Platform JGZ ^[8], verder de richtlijn genoemd, geeft het aantal contactmomenten aan, de leeftijden waarop de momenten plaats moeten vinden en de globale inhoud van elk contactmoment. Voor de contactmomenten binnen de JGZ 0-4 wordt een marge van 10 procent voor de leeftijd aangehouden, behalve voor de door het Rijksvaccinatieprogramma voorgeschreven vaccinatieleeftijden en de (verplichte) screenings. Bij de JGZ 4-19 bestaat er een keuzemogelijkheid tussen leeftijdscategorie of schoolgroep (basisonderwijs) of –klas (voortgezet onderwijs). Als uitvoerder van de contactmomenten noemt de richtlijn het JGZ-team (arts, verpleegkundige, assistente).

Het eerste contactmoment binnen de JGZ 0-4: hielprikscreening en neonatale gehoorscreening

De richtlijn noemt als eerste contact van de JGZ 0-4 de hielprikscreening op een aantal aangeboren stofwisselingsstoornissen (in 2004 op PKU, CHT en AGS) en/of de screening op perceptief gehoorverlies, de zogenaamde neonatale gehoorscreening.

De hielprikscreening wordt in de Wet collectieve preventie volksgezondheid uitgezonderd van het uniforme deel van het basistakenpakket, evenals het Rijksvaccinatieprogramma. De screening en het RVP komen echter wel terug als onderdeel van het takenpakket van de JGZ in de nadere uitwerking van het basistakenpakket in het door ministerie van VWS opgestelde boekje ^[7]

In de praktijk wordt de hielprikscreening door 46 procent van de JGZ 0-4 uitgevoerd. Daarnaast voeren ook verloskundigen deze screening uit en hier en daar ook de kraamzorg. Per provincie kan dat verschillen. Verder wordt een klein deel uitgevoerd door medewerkers van ziekenhuizen bij die kinderen die daar na de geboorte langere tijd zijn opgenomen.

De neonatale gehoorscreening bevindt zich landelijk gezien in de implementatiefase die van begin 2003 tot eind 2005 loopt. Per 1-1-2006 moeten alle instellingen met JGZ 0-4 deze gehoorscreening in de periode na de geboorte uitvoeren in plaats van de tot nu toe gebruikelijke gehoorscreening op 9 maanden.

Ten tijde van het onderzoek was de neonatale gehoorscreening bij ongeveer een kwart van de organisaties geïmplementeerd. Ook was men bij een kwart van de organisaties bezig met de implementatie. Twee organisaties voerden ten tijde van het onderzoek

geen enkele gehoorscreening uit – ook niet op 9 maanden – maar zullen in de loop van 2005 wél de neonatale gehoorscreening gaan implementeren.

Onderzoek ^[9] heeft uitgewezen, dat het voor de JGZ het meest effectief en efficiënt is om uitvoering van de neonatale gehoorscreening te combineren met de hielprik-screening. Tijdens het onderzoek van de inspectie was dit nog maar bij iets minder dan een kwart (23%) van de JGZ 0-4 het geval. Omdat er tot nu toe nog geen stappen zijn ondernomen om verandering te brengen in de versnippering die er landelijk gezien ten aanzien van de hielprik-screening bestaat, zal het tegelijk uitvoeren van deze combinatie (vooralsnog) niet binnen de gehele JGZ 0-4 mogelijk zijn.

De overige contactmomenten binnen de JGZ 0-4

Naast het bovengenoemde eerste contactmoment kent de JGZ 0-4 nog het kennismakingshuisbezoek, dat wordt uitgevoerd als het kind 10-14 dagen oud is. Daarnaast moeten volgens de richtlijn nog dertien contactmomenten in de vorm van een consult op het consultatiebureau uitgevoerd worden: acht op de zuigelingenleeftijd (0-1 jaar) en vijf op de peuterleeftijd (1-4 jaar).

Alle organisaties voeren het kennismakingshuisbezoek uit, meestal ook in de aangegeven periode. Een viertal organisaties geeft aan dit te combineren met de hielprik-en/of neonatale gehoorscreening. In deze gevallen vindt het huisbezoek eerder (in de eerste levensweek) plaats.

Het totaal aantal zuigelingenconsulten loopt uiteen van 6 (1x) tot 10 (1x) met een landelijk gemiddelde van 8,1. Ten aanzien van het volgen van de richtlijn is er op de zuigelingenleeftijd het volgende beeld:

- 38 procent van de organisaties volgt exact de richtlijn wat aantal en leeftijdsmomenten betreft.
- Tweederde voert het juiste aantal van 8 consulten uit.
- Organisaties hebben 1 (5x) of 2 (1x) consulten te weinig.
- 12 organisaties hebben meer dan 8 zuigelingenconsulten, maar bij 2 hiervan valt toch nog een consult buiten de 10 procent marge.
- In totaal een kwart van de organisaties heeft minstens één consult dat buiten de marge valt.
- Er is sprake van gedeeltelijke overlap van de mogelijkheden, zodat het totaal meer dan 61 betreft.

Het totaal aantal consulten op de peuterleeftijd loopt uiteen van 4 (13x) tot 7 (2x) met een landelijk gemiddelde van 5,1.

Het beeld ten aanzien van het volgen van de richtlijn is hier:

- 26 procent van de organisaties volgt exact de richtlijn wat aantal en leeftijdsmomenten betreft.
- 46 procent van de organisaties heeft het juiste aantal van 5 consulten.
- 12 organisaties voeren 1 consult te weinig uit.
- Eenderde voert meer dan 5 consulten uit, maar ook hier hebben 2 organisaties een consult buiten de marge.
- 5 organisaties hebben één consult buiten de marge.
- Een enkele organisatie voert op 18 maanden in plaats van een consult een huisbezoek uit.

Ook hier is sprake van overlap van de mogelijkheden.

Het totaal aantal consulten in de periode van 0-4 jaar is 13 volgens de richtlijn. In de praktijk loopt het aantal uiteen van 12 (2x) tot 16 (8x).

Wat het volgen van de richtlijn betreft is er hier:

- 46 procent heeft 13 of meer consulten (28x) en voldoet ook wat de leeftijdsmomenten betreft aan de richtlijn, rekening houdend met de marge van 10 procent.
- 18 procent heeft 1 (9x) of 2 (2x) contacten te weinig.
- 36 procent heeft 13 of meer consulten (22x), maar minstens één consult valt buiten de marge.

Ten aanzien van de 27 organisaties die zich aan de richtlijn houden kan nog gesteld worden:

- 11 organisaties (18%) volgen exact de richtlijn wat aantal en leeftijdsmomenten betreft.
- Organisaties (10%) hebben het juiste aantal, maar wijken qua leeftijd soms af – zij het nog wel binnen de marge.
- 10 organisaties (16%) hebben meer contactmomenten, soms met iets (binnen de marge) afwijkende leeftijdsmomenten.

Het aantal contactmomenten bij de JGZ 0-4 in 2000

Ook in 2004 werden door alle, toen nog 62, organisaties kennismakingshuisbezoeken uitgevoerd.

Het gemiddeld aantal zuigelingenconsulten lag op 8,5. Het verdere beeld op de zuigelingenleeftijd:

- 46 procent van de organisaties voerde 8 consulten uit.
- 48 procent van de organisaties voerde meer dan 8 consulten uit (23x 9 consulten, 6x 10 consulten en 1x 11 consulten).
- In totaal 4 organisaties voerden minder dan 8 consulten uit (in alle gevallen 7 consulten).

Het gemiddelde aantal peuterconsulten lag op 5,9. Het verdere beeld op de peuterleeftijd:

- 16 procent van de organisaties voerde 5 consulten uit.
- 57 procent voerde meer dan 5 consulten uit (15x 6 consulten, 7x 7 consulten, 8x 8 consulten, 3x 9 consulten, 1x 10 en 1x 12 consulten).
- 18 organisaties voerden minder dan 5 consulten uit: 15x 4 consulten en 3x 3 consulten.

In 2000 is het totale aantal consulten niet beoordeeld en is niet nagegaan op welke leeftijden de consulten werden gehouden.

In een in 1998 door IGZ gezamenlijk met TNO-PG uitgevoerd onderzoek naar de JGZ 0-4 ^[3, 4] lag het gemiddeld aantal zuigelingenconsulten op 11 en het gemiddelde aantal peuterconsulten op 7, dus ruim boven het aantal dat in nu de richtlijn wordt aangegeven.

De uitvoerder van de contactmomenten bij de JGZ 0-4

Bij alle organisaties met JGZ 0-4 op één na worden de kennismakingshuisbezoeken door verpleegkundigen uitgevoerd. Die éne organisatie geeft aan dat het door consultatiebureau-assistentes wordt gedaan.

De consulten op de zuigelingenleeftijd worden meestal óf door een arts óf door een verpleegkundige uitgevoerd. Bij een op de tien organisaties is op sommige leeftijden sprake van een gecombineerd – dus door arts én verpleegkundige uitgevoerd – consult. In tabel 6 wordt het per consult weergegeven, waarbij de juiste leeftijd conform de richtlijn vet en cursief is aangegeven.

Tabel 6

Uitvoerder van de consulten op zuigelingenleeftijd

<i>Leeftijd zuigeling</i>	<i>Aantal organisaties</i>	<i>Uitvoering door arts</i>	<i>Uitvoering door verpleegkundige</i>	<i>Uitvoering door beide</i>
4 weken/1 maand	61	55		6
8 weken/2 maanden	61	4	57	
3 maanden	61	56	2	3
4 maanden	60	2	58	
4,5 maand	1		1	
5 maanden	9	5	4	
5,5 maanden	6	5		1
6 maanden	49	42	3	4
6,5 maanden	1	1		
7 maanden	13		13	
7,5 maanden	38		38	
8 maanden	6	1	5	
9 maanden	48	42	2	4
9,5 maand	2	2		
10 maanden	8	7	1	
10,5 maand	1		1	
11 maanden	48	7	41	
12 maanden	13	3	10	

Bij de consulten op peuterleeftijd is wat vaker sprake van een gecombineerd consult. We zien dit op sommige leeftijden bij eenderde van de organisaties. Ook de variatie in van de richtlijn afwijkende leeftijden al dan niet in combinatie met het aanbieden van meer consulten is groter dan op de zuigelingenleeftijd. In tabel 7 wordt dit weergegeven. Ook hier is de leeftijd conform de richtlijn vet en cursief aangegeven.

Tabel 7

Uitvoerder van de consulten op peuterleeftijd

<i>Leeftijd peuter</i>	<i>Aantal organisaties</i>	<i>Uitvoering door arts</i>	<i>Uitvoering door verpleegkundige</i>	<i>Uitvoering door beide</i>
14 maanden	58	47	4	7
15 maanden	3	1		2
18 maanden	45	3	42	
20/21 maanden	6	1	5	
2 jaar	53	30	4	19
2 jaar 3 maanden	6	3	1	2
2,5 jaar	21	5	16	
2 jaar 9 maanden	5		1	4
3 jaar	54	10	24	20
3 jaar 3 maanden	2	2		
3,5 jaar	3	2	1	
3 jaar 9 maanden	58	37	2	19
4 jaar	1	1		

Duur van de vaste contactmomenten bij de JGZ 0-4

De duur van het kennismakingshuisbezoek loopt van 30 tot 90 minuten (beide één organisatie). Tweederde van de organisaties heeft een duur van 60 minuten.

De duur van het zuigelingenconsult loopt uiteen van 10 minuten tot 20-24 minuten, dat laatste voor een gecombineerd consult (beide één organisatie). Bijna tweederde van de organisaties houdt hiervoor een tijdsduur van 15 minuten aan en 13 procent een duur van 20 minuten; de rest zit verder tussen de 12 en 20 minuten in.

De duur van het peuterconsult loopt uiteen van 12,5 minuut (1 organisatie) tot 30 minuten (7 organisaties, meest 2x 15 minuten voor arts en verpleegkundige apart). Hier heeft bijna 55 procent een tijdsduur van 15 minuten voor het totale consult; 18 procent heeft een duur van 20 minuten en de rest zit tussen 17 en 25 minuten in.

De situatie bij de JGZ 0-4 in 2000 wat betreft uitvoerder en duur van de consulten

In 2000 is de uitvoerder van de consulten in de JGZ 0-4 wel nagegaan, maar is dat in de rapportage niet opgenomen op een wijze die vergelijking met de situatie van 2004 mogelijk maakt.

De duur van de kennismakingshuisbezoeken is in 2000 niet nagevraagd.

De duur van de zuigelingenconsulten liep in 2000 uiteen van 10 tot 20 minuten (dat laatste 2x voor een verpleegkundigenconsult). Ook hier is er 15 minuten relatief het meest: bij 53 procent van de organisaties als het om een consult van alleen een arts gaat en bij 65 procent van de organisaties als het om alleen een verpleegkundigenconsult gaat. De rest zit tussen 11 en 20 minuten in.

Voor peuterconsulten werd in 2000 ook een tijdsduur van 10 tot 20 minuten ingepland; hier is er een tijdsduur van 15 minuten bij 47 procent voor een artsenconsult en bij 52 procent voor een verpleegkundigenconsult. De rest ligt tussen 12 en 18 minuten in.

Het eerste contactmoment binnen de JGZ 4-19

Conform de richtlijn moet het eerste contactmoment binnen de JGZ 4-19 bestaan uit een spraak-/taalscreening op de leeftijd van 5 jaar. Bij de helft van de organisaties wordt deze screening als apart contactmoment uitgevoerd (zij het 2x op een andere leeftijd) en bij iets meer dan een kwart van de organisaties als onderdeel van het tweede contactmoment: het gezondheidsonderzoek op 5 jaar of in groep 2 van het basisonderwijs. Bij ongeveer eenkwart van de organisaties vindt – in elk geval binnen de JGZ – geen spraak-/taalscreening plaats op deze leeftijd. Tijdens de algemeen-toezichtbezoeken heeft de JGZ een enkele maal aangegeven dat er wel een spraak-/taalscreening in het werkgebied wordt uitgevoerd, maar door een organisatie binnen het onderwijs.

De overige contactmomenten binnen de JGZ 4-19

Naast de spraak-/taalscreening moet de JGZ nog 4 andere contactmomenten uitvoeren: preventief gezondheidsonderzoek (PGO) op 5 jaar (of in groep 2) en op 10 jaar (of in groep 7) van het basisonderwijs en in klas 2 van het voortgezet onderwijs en vaccinatie van alle 9-jarigen in het werkgebied.

Binnen de JGZ 4-19 is de variatie in contactmomenten nog groter dan bij de JGZ 0-4. Zeker als ook gekeken wordt naar de inhoud en de uitvoerder (zie een volgende paragraaf) van het contactmoment is er slechts een enkele maal sprake van volledige onderlinge overeenkomst.

Het beeld in relatie tot de richtlijn ziet er als volgt uit:

- Bijna een kwart van de organisaties (9x) voldoet volledig aan de richtlijn.
- Bij 20 procent van de organisaties (8x) voldoet de uitvoering net niet aan de richtlijn: zij voeren de onderzoeken op het juiste moment uit en met een voldoende inhoud, maar ze voeren óf geen spraak-/taalscreening uit op 5 jaar (3x) óf vaccineren de 9-jarigen niet of slechts in een deel van het werkgebied (5x).
- Organisaties hebben het juiste aantal contactmomenten, maar voeren die buiten de marge uit - deels op andere leeftijden (9 of 11 jaar in plaats van 10 jaar), deels in andere groepen van het basisonderwijs (groep 5, 6 of 8 in plaats van groep 7) of in klas 1 in plaats van klas 2 van het voortgezet onderwijs.
- Bij 8 organisaties is sprake van te weinig contactmomenten.
- Bij 7 organisaties is sprake van inhoudelijk te magere contactmomenten.

Een onderzoek is als te mager beoordeeld als er sprake is van alleen één of een aantal screenings of alleen een onderzoek met behulp van een vragenlijst. In die gevallen wordt niet voldaan aan onderzoek naar die onderwerpen die in de richtlijn voor een bepaalde leeftijdscategorie worden aangegeven. Ook kan het gaan om een contactmoment dat niet de gehele doelgroep (meestal niet alle schooltypen) omvat. Bij één organisatie vindt alleen een visus- en gehoorscreening op 5 jaar plaats en vaccinatie van de 9-jarigen. Van systematische onderzoeksmomenten zoals beoogd met het basistakenpakket is hier geen sprake, al gaf men in 2003 wel aan dit stapsgewijze weer in te willen gaan voeren.

Tabel 8 bevat een overzicht van het aantal organisaties, dat de contactmomenten die in de richtlijn worden aangegeven op de precieze leeftijd en op de juiste wijze uitvoert (naar inhoud én de gehele doelgroep betreffend).

Tabel 8

Contactmomenten conform de richtlijn bij de JGZ 4-19

<i>Contactmoment</i>	<i>Aard contact</i>	<i>% GGD'en</i>
5-jarigen	Spraak-/taalscreening	53
5-jarigen / in groep 2	PGO	93
9-jarigen	Vaccinatie	80
10-jarigen / in groep 7	PGO	53
Klas 2 voortgezet onderwijs	PGO	25

De 47 procent die het contactmoment voor 10-jarigen / in groep 7 niet uitvoert conform de richtlijn wijkt met name af wat betreft het moment (groep 6 of 8- of 9-jarigen) en wat minder qua inhoud.

De 'afwijkers' op het voortgezet onderwijs betreffen: preventief gezondheidsonderzoek (PGO) niet op het gehele voortgezet onderwijs, maar alleen bepaalde schooltypen (21x), PGO in klas 1 (5x) en geen PGO, maar alleen een screening en/of onderzoek door middel van een vragenlijst voor de leerlingen (6x), of combinaties hiervan.

De contactmomenten bij de JGZ 4-19 in 2000

In tabel 9 worden de in 2000 door de JGZ 4-19 uitgevoerde vaste contactmomenten aangegeven. Er is toen niet gevraagd naar het uitvoeren van PGO per groep of per leeftijdscategorie, maar naar onderzoek van leerlingen in onderbouw (groep 1 t/m 4) en bovenbouw (groep 5 t/m 8) van het basisonderwijs (bo). Er waren toen nog 46 GGD'en met JGZ 4-19.

Tabel 9

Contactmomenten bij de JGZ 4-19 in 2000

<i>Contactmoment</i>	<i>Aard contact</i>	<i>% GGD'en</i>
5-jarigen	Spraak-/taalscreening	70
Onderbouw bo	PGO	98
Bovenbouw bo	PGO	59
Bovenbouw bo	Screening en/of vragenlijst	19
VBO*	PGO	83
MAVO*	PGO	65
HAVO/VWO	PGO	74
Voortgezet onderwijs	Screening/vragenlijst/gesprek	59

* VBO en VMBO zijn nu samengevoegd tot VMBO (voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs)

In totaal 91 procent van de organisaties heeft een contactmoment op het voortgezet onderwijs. In verreweg de meeste gevallen valt dit contactmoment in klas 2; een enkele maal betreft het klas 3.

Een onderzoek in de vorm van alleen een screening en/of onderzoek door middel van een door de jongere in te vullen vragenlijst (al dan niet gevolgd door een gesprek) is er

bij 59 procent van de JGZ 4-19. Soms is dit het enige contactmoment op het voortgezet onderwijs, soms is dit een extra contactmoment. Het wordt ook niet altijd op alle typen voortgezet onderwijs uitgevoerd.

De uitvoerder van de contactmomenten bij de JGZ 4-19

De spraak-/taalscreening, formeel het eerste contactmoment binnen de JGZ 4-19, wordt bij 65 procent van de organisaties uitgevoerd door een logopedist. Als het onderdeel is van het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) in groep 2 van het basisonderwijs dan wel op 5 jaar, is het meestal een arts die de screening uitvoert.

Voor de uitvoering van het PGO groep 2/5 jaar geldt verder:

- 35x uitvoering door een arts, samen met een doktersassistente.
- 2x uitvoering door een verpleegkundige.
- 3x is geen sprake van een PGO, maar alleen van een screening (uitgevoerd door een doktersassistente), 1x in combinatie met een vragenlijst voor de ouders.

Het preventie gezondheidsonderzoek groep 7/10 jaar wordt door iets meer dan de helft van de organisaties uitgevoerd: bij eenderde daarvan door arts en doktersassistente en bij tweederde door een verpleegkundige.

De variatie in aard, tijdstip en uitvoerder van de contactmomenten op het voortgezet onderwijs is groot. Waar een PGO wordt uitgevoerd (in klas 1 óf 2) is het in 21 organisaties de arts die dit samen met de doktersassistente voor het hele (8x) of voor een deel van het voortgezet onderwijs (en dan met name het VMBO) uitvoert en in 12 organisaties de verpleegkundige (1x alle vormen vo, 1x VMBO en 8x HAVO/VWO).

De tijdsduur van de diverse contactmomenten is bij de JGZ 4-19 niet nagevraagd.

De situatie wat betreft de uitvoerder van de PGO's bij de JGZ 4-19 in 2000

In 2000 werd het PGO in de onderbouw van het basisonderwijs vrijwel altijd (44 van de 45 organisaties met PGO) door artsen en doktersassistenten uitgevoerd. In de bovenbouw voeren bij 13 procent van de organisaties artsen en doktersassistenten en bij 46 procent van de organisaties verpleegkundigen het PGO uit.

Als er een PGO is op het vo, dan is het vrijwel altijd de arts die dit samen met de doktersassistente uitvoert; in 9 organisaties is er (ook) verpleegkundigen dit onderzoek uitvoeren (7x alle vormen voortgezet onderwijs en 2x alleen HAVO/VWO).

1.3.2 Extra individuele zorg

Conform de richtlijn en met name het advies van de expertgroep^[24] zou de JGZ 30 procent extra tijd moeten reserveren voor kinderen die meer zorg nodig hebben. Het betreft dan tijd voor bijvoorbeeld extra onderzoek of herhaling van een onderzoek dat eerst afwijkend was, voor extra gesprekken met ouders en/of kind, voor huisbezoeken, spreekuren of voor overleg met derden (andere hulpverleners, peuterzalen, scholen en andere intermediairen) over het kind.

Extra individuele zorg binnen de JGZ 0-4

Bij de JGZ 0-4 is er het volgende beeld:

- Ongeveer een kwart voldoet tenminste aan de norm van 30 procent.

- 57 procent besteedt minder dan 30 procent extra tijd aan extra individuele zorg (waarvan 1x minder dan 10%).
- Bij 10 organisaties is het niet te beoordelen.

In tabel 10 worden de voornaamste vormen aangegeven waarin de extra zorg wordt verleend.

Tabel 10
Extra individuele zorg naar inhoud bij de JGZ 0-4

	<i>aantal organisaties</i>	<i>%</i>
Extra onderzoeken	55	90
Extra gesprekken met ouders	59	97
Telefonische contacten met ouders	60	98
Huisbezoeken	61	100
Overleg met derden	57	93
Telefonische spreekuren	50	82
Aparte/inloopspreekuren	42	69
opvoedingondersteuning	54	88

Extra individuele zorg binnen de JGZ 4-19

Bij de JGZ 4-19 voldoet bijna de helft van de organisaties aan de norm van de richtlijn (de helft daarvan trekt zelfs meer dan 30 procent extra tijd uit); de overige organisaties besteden minder dan de aangegeven 30 procent extra tijd. In tabel 11 zijn de voornaamste vormen van extra individuele zorg weergegeven.

Tabel 11
Extra individuele zorg naar inhoud bij de JGZ 4-19

	<i>aantal organisaties</i>	<i>%</i>
Extra onderzoeken	40	100
Extra gesprekken met ouders	40	100
Telefonische contacten met ouders	39	98
Huisbezoeken	36	90
Overleg met derden	37	93
Telefonische spreekuren	11	28
Spreekuren op scholen	25	63
Opvoedingondersteuning	29	73

Extra individuele zorg in 2000

In 2000 is er bij de JGZ 0-4 slechts één organisatie die 30 procent extra tijd ten behoeve van individuele zorg uittrekt. Bij de rest van de organisaties ligt dat tussen 10 en 25 procent; 2x is het niet te beoordelen.

Bij de JGZ 4-19 zijn er 2 organisaties die 30 procent extra individuele zorg inplannen; ook hier zit de rest tussen 10 en 25 procent en is het 7x niet te beoordelen. In tabel 12 worden de voornaamste vormen van extra individuele zorg zowel binnen de JGZ 0-4 als de JGZ 4-19 weergegeven.

Tabel 12
Extra individuele zorg naar inhoud in 2000

	<i>bij JGZ 0-4</i>	<i>bij JGZ 4-19</i>
	%	%
Extra onderzoeken	100	100
Extra gesprekken met ouders	-	100
Telefonische contacten met ouders	100	98
Huisbezoeken	100	98
Overleg met derden	100	98
Telefonische spreekuren	-	40
Spreekuren	8	65
Opvoedingondersteuning	30	88

- niet nagevraagd in 2000

In 2000 geeft 30 procent van de organisaties met JGZ 0-4 aan opvoedingsondersteuning aan te bieden. Overigens gaf in het al eerder genoemde gezamenlijke onderzoek van de inspectie en TNO-PG van 1999 [3 en 4] iets meer dan 50 procent van de organisaties met JGZ 0-4 aan opvoedingsondersteuning aan ouders aan te bieden.

1.3.3 Gebruik van het integraal dossier

Alle informatie, die de uitvoerder tijdens de individuele contacten verkrijgt, moet conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst vastgelegd worden in een dossier voor elk kind. Voor de JGZ 0-19 is hiertoe een integraal dossier ontwikkeld, dat vanaf 1997 stapsgewijze in de JGZ 0-4 is ingevoerd en bij overgang naar de JGZ 4-19 wordt overgedragen, als de ouders toestemming hiertoe hebben gegeven.

De gehele JGZ 0-4 maakt voor alle kinderen gebruik van het dossier. Helaas is dat binnen de JGZ 4-19 nog niet het geval: één GGD gebruikt (vooralsnog) de dossiers alleen voor risicokinderen. Op verzoek van deze GGD draagt de JGZ 0-4 ook alleen de dossiers van 'hun' risicokinderen over.

Het systematisch vastleggen in het dossier van verleende extra zorg (zorg op maat) vindt helaas ook niet overal plaats. Een organisatie met JGZ 0-4 doet dit niet en bij de JGZ 4-19 wordt het bij vier organisaties niet gedaan.

Het integrale dossier in 2000

In 2000 werd het vanaf 1997 stapsgewijze ingevoerde integrale JGZ-dossier al door 87 procent van de organisaties met JGZ 0-4 voor alle kinderen gebruikt. De rest van de organisaties zat nog in de overgangsfase van oud naar nieuw. Bij de JGZ 4-19 had toen 83 procent van de organisaties plannen om het dossier te gaan gebruiken, terwijl

acht organisaties op dat moment het dossier door overdracht vanuit de JGZ 0-4 daadwerkelijk al gebruikten.

Van overdracht van alle (oude én nieuwe) dossiers was toen ook al bij alle organisaties op één na sprake - dezelfde GGD waarbij ook in 2004 alleen dossiers van risicokinderen overgedragen worden.

1.3.4 Inzicht van de JGZ van de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied

Wijze van gegevensverzameling

Bij de JGZ 0-4 geeft eenderde van de organisaties aan inzicht te hebben in de gezondheidssituatie van de 0-4 jarigen in het eigen werkgebied. In vrijwel alle gevallen betreft dat recente, in 2003 of 2004 verzamelde informatie. Al deze organisaties maken daarbij gebruik van eigen gegevens, afkomstig uit de consultatiebureau-onderzoeken, uit een apart opgezette risicoregistratie (voortvloeiend uit de Trv^[g]) of uit monitoring. Daarnaast maakt 40 procent van deze organisaties ook gebruik van informatie van derden. Hierbij wordt door een aantal aangegeven dat dit informatie betreft die afkomstig is van onder andere het RIVM, universiteiten of de entadministratie. Slechts twee thuiszorgorganisaties geven aan op dit gebied samen te werken met de GGD. Iets meer dan de helft van deze organisaties stelt profielen (gezondheidsoverzichten) op met behulp van de verzamelde informatie, meestal op het niveau van de gemeenten in het werkgebied.

Bij de JGZ 4-19 zegt 90 procent van de organisaties inzicht te hebben in de gezondheidssituatie van de jeugd. Bij bijna 80 procent hiervan is dat recent (van 2003 of 2004), maar bij een enkeling berust dit op relatief oude informatie (2x uit 1999 en 2x uit 2000 afkomstig). Hierbij maakt de gehele JGZ 4-19 gebruik van eigen gegevens, die uit de gezondheidsonderzoeken, uit gezondheidsenquêtes of uit monitoring van de jeugd afkomstig zijn. Ongeveer een kwart gebruikt gegevens van derden (zoals RIVM of universiteiten) en eenzelfde deel maakt gebruik van landelijk verzamelde gegevens. Slechts 15 procent geeft aan ook gebruik te maken van gegevens van de JGZ 0-4. Ongeveer tweederde van de organisaties (26x) stelt profielen over de gezondheidssituatie van de jeugd op. Deze profielen betreffen (met een gedeeltelijke overlap, zodat het totaal meer is dan 26):

- De jeugd van 4-19 jaar bij ongeveer de helft.
- 3x de gehele jeugd van 0-19 jaar.
- 18x het gemeentelijk niveau.
- 16x het schoolniveau (8x alle schooltypen, 8x alleen basisonderwijs).
- 3x het wijkniveau.
- 1x ook de groep van 19-26 jaar.

Een enkele organisatie geeft aan dat het opstellen van profielen een plus-product is (en daarmee in feite valt onder het maatwerkdeel).

Monitoring (continue registratie) van de (gezonds)situatie van de jeugd is er bij iets minder dan de helft van de JGZ 0-4 (28x) en bij 80 procent van de JGZ 4-19 (33x). In tabel 13 wordt weergegeven wie de monitor heeft opgezet en coördineert. In een aantal gevallen is sprake van een combinatie van coördinatoren, zodat het totaal iets hoger uitvalt.

[g] Tijdelijke regeling vroegsignalering – een tot 2003 van kracht zijnde doeluitkering voor gemeenten voor het ontwikkelen van een aanpak van risicokinderen en –factoren bij de JGZ 0-4.

Tabel 13

Coördinator van de monitor waar de JGZ aan deelneemt

<i>Coördinator</i>	<i>aantal organisaties JGZ 0-4</i>	<i>aantal organisaties JGZ 4-19</i>
JGZ 0-4	5	-
GGD	13	21
Gemeente	4	4
Regionaal	6	9
Samenwerkingsverband		
Provincie/provinciaal orgaan	3	1
TNO-PG	1	-
Trimbos-instituut	-	1

Ook de doelgroep van de monitor loopt uiteen. Meestal is het de gehele jeugd van 0-19 jaar, 2x van 0-23 jaar en soms betreft het de jeugd van 0- 12 jaar. Bij de JGZ 0-4 is er ook monitors van de 0-4 jarigen (5x) en van 0-30 maanden (1x). Bij de JGZ 4-19 ook: van 4-19 jaar (7x), de schoolgaande jeugd (7x), van 4-26 jaar en van 12-26 jaar (beide 1x).

De gegevensverzameling in 2000

In 2000 verzamelde slechts 8 procent van de organisaties met JGZ 0-4 gegevens over de gezondheid(situatie) van 0-4 jarigen. Eén organisatie verwerkte dit zelf tot gezondheidsprofielen, 3x werd dit door de GGD gedaan en 1x gebeurde dat in een samenwerkingsverband waarvan ook JGZ 0-4 en JGZ 4-19 deel uitmaakten.

Door 8 organisaties met JGZ 0-4 werd deelgenomen aan een monitor van de jeugd; nog eens 13 organisaties hadden plannen om dat binnen enkele jaren te gaan doen.

Bij de JGZ 4-19 stelde 70 procent van de organisaties in 2000 gezondheidsprofielen op; in de meeste gevallen van de jeugd van 4 tot 19 jaar en 1x van de gehele periode van 0-19 jaar. Ongeveer 45 procent van de organisaties nam toen deel aan een monitor en nog eens 10 organisaties (22%) was dat van plan te gaan doen.

Bij de JGZ beschikbare informatie

Zowel bij de JGZ 0-4 als de JGZ 4-19 is gevraagd om de drie belangrijkste door de JGZ vastgestelde gezondheidsproblemen, de drie voornaamste risicogroepen en de drie belangrijkste gezondheidsbedreigingen van de jeugd in het werkgebied te benoemen. Verder is nagevraagd of de omvang van de diverse risicogroepen in het werkgebied in cijfers aangegeven kon worden door de organisaties.

Bij gezondheidsproblemen moet gedacht worden aan bijvoorbeeld overgewicht, groeien ontwikkelingsstoornissen, astma en allergieën, psychosociale problemen. Binnen de JGZ worden bijvoorbeeld kinderen van allochtonen, asielzoekers of drugsverslaafde ouders, kinderen uit multi-problem gezinnen of gezinnen in armoedesituaties, voortijdige schoolverlaters of leerlingen op achterstandsscholen of in het speciaal onderwijs als risicogroep ten aanzien van de gezondheid gezien. Als gezondheidsbedreigingen kunnen worden opgevat: opvoedingsproblemen, ongezond gedrag, kindermishandeling

en huiselijk geweld, onveilige of ongezonde omgeving van huis en/of school of frequent schoolverzuim.

Opvallend is wel, dat zowel bij de JGZ 0-4 als bij de JGZ 4-19 regelmatig, hetzij in de vragenlijst, hetzij tijdens de bezoeken, wordt aangegeven dat deze informatie niet afkomstig is uit (epidemiologische) gegevensverzamelingen, maar berust op de ervaringen van de JGZ-medewerkers zelf.

Informatie bij de JGZ 0-4

Bij de JGZ 0-4 kan ongeveer 45 procent van de organisaties 3 (soms 4) gezondheidsproblemen aangeven; eenderde geeft 1-2 problemen aan en de rest heeft hier onbekend ingevuld. Als voornaamste problemen noemt de JGZ 0-4:

- Spraak-/taalproblemen (tweederde).
- Ontwikkelingsstoornissen, overgewicht en astma/allergieën (elk bij ongeveer een kwart).
- Huilbaby's en ADHD (beide bij bijna 15%).

Ook ongeveer 45 procent geeft 3 risicogroepen aan, terwijl hier eenderde onbekend invult. Een deel geeft aan hier nog op landelijke richtlijnen te wachten. Als voornaamste groepen noemt de JGZ 0-4:

- Gezinnen in slechte sociale omstandigheden, multi-problem gezinnen en kinderen van allochtonen (elk bij ongeveer 40%).
- Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (bij 15%).
- Kinderen van asielzoekers en vluchtelingen, kinderen in armoedesituaties en chronisch zieke kinderen (elk bij 5%).

Cijfermatig materiaal kan door 28 procent van de organisaties worden aangeleverd, waarbij het bij ongeveer 40 procent hiervan om 4 of meer groepen gaat. Een klein deel levert hierbij geen cijfers, maar percentages.

De drie voornaamste gezondheidsbedreigingen kunnen door 40 procent van de organisaties worden aangegeven; bijna 40 procent heeft hier onbekend ingevuld en de rest 1-2 bedreigingen. De voornaamste bedreigingen zijn volgens de JGZ 0-4:

- Opvoedingsproblematiek (door 60 procent genoemd).
- Slechte voedingsgewoonten (door eenderde genoemd).
- Kindermishandeling (een kwart).

Informatie bij de JGZ 4-19

Bij de JGZ 4-19 benoemt driekwart van de organisaties 3 of 4 gezondheidsproblemen, 20 procent noemt er een of twee en slechts één organisatie kan er geen benoemen.

Als voornaamste problemen zijn hier:

- Obesitas (bij drie kwart).
- Roken en alcoholgebruik (beide bij bijna de helft).
- Psychosociale problemen in het algemeen en astma/allergieën (bij ongeveer een kwart).

Druggebruik, depressie, ongeremd/agressief gedrag en ADHD wordt elk door 15 procent genoemd als een belangrijk gezondheidsprobleem in de regio.

Van de JGZ 4-19 benoemt 60 procent in totaal drie risicogroepen en eenderde benoemt er een tot twee; twee organisaties geven meer dan drie groepen aan en twee vullen hier niets in. De voornaamste risicogroepen:

- Leerlingen van achterstandsscholen en van het speciaal onderwijs (beide bij 60%).
 - Jeugdige allochtonen en voortijdige schoolverlaters (beide bij ongeveer 30%).
- Ongeveer 15 procent van de organisaties noemt hier verder nog: kinderen van asielzoekers en vluchtelingen, alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's), kinderen in armoedesituaties en kinderen van drugsverslaafde ouders.
- Cijfermatig materiaal kan bij de JGZ 4-19 door 60 procent van de organisaties worden gegeven; 25 procent hiervan levert gegevens van 4 of meer groepen. Ook hierbij gaat het meestal om cijfers en een enkele maal om percentages.

Tenslotte geeft eveneens 60 procent van de organisaties 3 bedreigingen aan; een kwart vult er vier of vijf in, vier organisaties vullen er twee in en één organisatie geen. Als belangrijkste bedreigingen van de jeugd van 4-19 jaar worden genoemd:

- Opvoedingsproblematiek (88%).
- Slechte voedingsgewoonten (45%).
- Onvoldoende bewegen (35%).
- Pesten, kindermishandeling en schoolverzuim/voortijdig schoolverlaten (elk ongeveer 20-25%).

Beschikbare informatie in 2000

Bij de JGZ 0-4 kon in 2000 45 procent van de organisaties één of meer risicogroepen in hun werkgebied aangeven. Vrijwel al deze organisaties konden ook cijfermatig materiaal leveren. Bij ongeveer 60 procent hiervan betrof dit echter slechts één groep (meestal de omvang van de groep kinderen van asielzoekers), bij een kwart betrof twee groepen (dan ook meestal de omvang van de groep kinderen van allochtonen) en bij slechts 5 organisaties ging het drie of meer groepen.

Vrijwel alle GGD'en benoemden risicogroepen binnen de jeugd in hun werkgebied; 72 procent kon ook de omvang in cijfers aangeven van één groep (eenderde hiervan), twee of drie (20 procent hiervan) of meer groepen. Het ging hierbij vrijwel altijd om cijfers van het aantal leerlingen op scholen voor speciaal onderwijs en bij ongeveer eenderde ook om cijfers over de omvang van de groep kinderen van allochtonen, kinderen van asielzoekers of AMA's.

In 2000 is niet gevraagd aan de JGZ om de voornaamste gezondheidsbedreigingen te benoemen, maar om aan te geven voor welke gezondheidsbedreigingen structureel (in het jaarplan) de meeste tijd was ingeruimd.

Bij de JGZ 0-4 werd daarbij kindermishandeling (door ruim 70%) als verreweg de voornaamste bedreiging genoemd. Op de tweede plaats (bij bijna de helft) ouders die zonder opgave van redenen niet meer op het CB komen (bekend als risicogroep binnen de JGZ). Andere problemen kwamen bij minder dan 5 procent aan bod.

De JGZ 4-19 gaf in 2000 in het jaarplan de meeste aandacht aan:

- Psychosociale problematiek (bij ruim 90%).
- Kindermishandeling (bij 85%).
- Risicovol gedrag (bij 75%).
- Schoolverzuim/voortijdig schoolverlaten en onveilige/onvoldoende hygiënische school(omgeving) (beide bij ongeveer 60%).
- Intolerantie en discriminatie op scholen (bij ruim 20%).

Gezondheidsproblemen zijn in 2000 niet expliciet nagevraagd.

1.3.5 De screeningen

Zoals al eerder is aangegeven (zie paragraaf 1.3.1 van deze bijlage) wordt de hielprik-screening van oudsher niet overal door de JGZ uitgevoerd. Deze screening is in de beoordeling dan ook niet meegenomen.

In het uniforme deel van de basistakenpakket zijn op dit moment als screeningen opgenomen: screening op oogpathologie en gezichtsvermogen, perceptief gehoorverlies, congenitale hartafwijkingen, maldescensus testis (niet ingedaald zijn van de zaadballen) en spraak-/taalontwikkeling.

De screeningen op oogpathologie, perceptief gehoorverlies, congenitale hartafwijkingen, maldescensus testis en spraak-/taalontwikkeling vormen onderdeel van het takenpakket van de JGZ 0-4. De screeningen van het gezichtsvermogen en van de spraak-/taalontwikkeling zijn onderdeel van het takenpakket van de JGZ 4-19.

Het meten van de groei (bepalen van lengte en gewicht) wordt niet beschouwd als een screening, maar is wel onderdeel van het uniforme deel, moet tijdens verschillende contactmomenten binnen zowel JGZ 0-4 als JGZ 4-19 plaatsvinden en wordt op basis van een landelijke standaard uitgevoerd. Daarom is het in dit onderdeel meegenomen.

Screening binnen de JGZ 0-4

Bij de JGZ 0-4 voldoen 55 organisaties aan het uniforme deel van het basistakenpakket wat betreft deze productgroep. In tabel 14 wordt de uitvoering per onderdeel weergegeven.

Tabel 14

Uitvoering van de verschillende screeningen en meten van de groei bij de JGZ 0-4

	<i>aantal organisaties</i> (N = 61)
Screening op oogpathologie	61
Screening op perceptief gehoorverlies	59
Screening op congenitale hartafwijkingen	56
Screening op maldescensus testis	61
Screening op spraak-/taalontwikkeling	61
Meten van de groei	60

Hiernaast wordt nog een aantal, (nog) niet in het uniforme deel van het basistakenpakket opgenomen screeningen uitgevoerd. De voornaamste hiervan zijn:

- Screening op congenitale heupluxatie (61x).
- Screening van de motorische ontwikkeling (59x).
- Screening op psychosociale problematiek (41x).
- Voor dat laatste wordt meestal gebruik gemaakt van de KIPPI (Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische ProbleemInventarisatie).

Screening binnen de JGZ 4-19

Bij de JGZ 4-19 voldoet iets meer dan de helft (23x) aan het uniforme deel van basistakenpakket wat betreft dit onderdeel. Sommige organisaties voeren meer dan één van de aangegeven onderdelen niet uit. In tabel 15 wordt het naar onderdeel weergegeven.

Tabel 15

Uitvoering van de verschillende screeningen en meten van de groei bij de JGZ 4-19

	<i>aantal organisaties (N = 40)</i>
Screening van het gezichtsvermogen	32
Screening van de spraak-/taalontwikkeling	28
Meten van de groei	32

De JGZ 4-19 voert ook nog een aantal andere, (nog) niet in het basistakenpakket opgenomen screeningen uit. De voornaamste screeningen hierbij zijn:

- Screening van het gehoor (30x).
- Screening van de motorische ontwikkeling (24x).
- Screening op psychosociale problematiek op het basisonderwijs (28x).
- Screening op psychosociale problematiek op het voortgezet onderwijs (26x).
- Bepaling van de seksuele rijping bij adolescenten (21x).

De psychosociale problematiek wordt onderzocht met behulp van door jeugdigen en/of ouders in te vullen vragenlijsten. Hiervoor zijn op dit moment twee gevalideerde vragenlijsten beschikbaar: de LSPPK (Landelijke Signaleringshulp voor Psychosociale Problematiek bij Kleuters) en de KIVPA (Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale Problematiek Adolescenten). Een gevalideerde vragenlijst voor de 8-12 jarigen komt in 2005 beschikbaar.

Screening in 2000

In 2000 was er bij de JGZ 0-4 het volgende beeld:

- 2x geen screening op oogpathologie.
- 1x geen screening op perceptief gehoorverlies.
- 1x geen screening op congenitale hartafwijkingen.
- 2x geen screening op maldescensus testis.
- 14x geen spraak-/taalscreening.

De gehele JGZ 0-4 gaf toen aan de groei op gezette tijden te meten.

Bij de JGZ 4-19 was er in 2000 het volgende beeld:

- 1x geen screening op gezichtsvermogen.
- 2x geen meting van de groei.
- 14x geen spraak-/taalscreening.

In totaal voerde zeker tweederde van de JGZ 4-19 de drie genoemde (en later in het uniforme deel van het basistakenpakket opgenomen) activiteiten uit.

1.3.6 De uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is een belangrijk preventief programma, dat vrijwel volledig (>99%) door de JGZ en/of GGD wordt uitgevoerd. Het RVP valt onder de AWBZ en niet onder de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Het kent een aparte systematiek van registratie, financiering en bewaking vanuit de rijksoverheid. Het is een onlosmakelijk onderdeel van de preventieve activiteiten die door de JGZ worden aangeboden en als zodanig kan het dan ook gezien worden als een onderdeel van het basistakenpakket JGZ, hoewel het er formeel gesproken niet in is opgenomen.

De uitvoering van het RVP in 2004

In de praktijk blijkt dat vrijwel overal de JGZ inderdaad de uitvoerder van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is. Daarbij voert de JGZ 0-4 altijd de vaccinaties van de jongste leeftijdsgroepen uit en meestal ook die van de vierjarigen. Bij ruim 10 procent van de thuiszorgorganisaties wordt dit echter geheel of gedeeltelijk aan de GGD/JGZ 4-19 overgelaten.

De JGZ 4-19 vaccineert in driekwart van de gevallen alle 9-jarigen. Tweemaal is het onderdeel infectieziektepreventie en -bestrijding van de GGD die de 9-jarigen vaccineert en in de overigen gevallen is het de JGZ 0-4 die dit geheel of gedeeltelijk doet. Viermaal voert de JGZ 4-19 geen enkele vaccinatie uit en houdt dus ook geen inhaalsprekuren voor gemiste vaccinaties; hier is vaccineren in het kader van het RVP volledig een taak van de JGZ 0-4. In een klein aantal regio's voeren ook enkele zelfstandig (niet in JGZ-verband) opererende (huis)artsen RVP-vaccinaties uit.

Bij de totstandkoming van de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid was het uitgangspunt, dat het RVP hier kwalitatief niet onder mocht lijden. In de praktijk blijkt dat met name binnen de JGZ 0-4 de uitvoering van het RVP hier en daar wel degelijk onder druk is komen te staan. Dit is overigens mede een gevolg van de toename (in relatief korte tijd) van het aantal vaccinaties binnen het RVP en de al langer bestaande toename van ouders met vragen over het RVP. De extra inzet die in het kader van de integratie plaatsvindt, vormt daarbij dan nog eens een verzwaring van de werkdruk die ook z'n weerslag heeft op het RVP.

Of de toegenomen werkdruk ook gevolgen heeft gehad voor de vaccinatiegraad is (nog) niet na te gaan. De vaccinatiegraad van de in 2003 en 2004 geboren kinderen is nog niet bekend. Bovendien is er in 2004 veel onrust geweest rond het voor zuigelingen gebruikte combinatievaccin vanwege de kinkhoestcomponent. Dit heeft naar verwachting een daling van de vaccinatiegraad tot gevolg gehad. De mogelijke invloed van de integratie op de vaccinatiegraad zal daardoor voor 2004 niet vastgesteld kunnen worden.

De uitvoering van het RVP in 2000

Ook in 2000 werden alle zuigelingen en kinderen van 14 maanden door de JGZ 0-4 gevaccineerd en ook toen werd bij ongeveer 10 procent de vaccinatie van de 4-jarigen aan de JGZ 4-19 overgelaten.

In 2000 was het eveneens driekwart van de GGD'en die de 9-jarigen geheel of gedeeltelijk vaccineerde. Zesmaal voerde de JGZ 4-19 in 2000 geen enkele vaccinatie uit.

1.3.7 Voorlichting binnen de JGZ

Hierbij is met name gekeken naar de wettelijk verplichte individuele voorlichting (uniform deel basistakenpakket) en invulling van de groepsgerichte voorlichting (maatwerkdeel) binnen de JGZ.

Wettelijk verplichte voorlichting

Het gaat hierbij met name om het op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) verplichte informed consent van ouders (en vanaf 12 jaar ook van kinderen): het geven van informatie over en het vragen van toestemming voor een medische handeling (bijvoorbeeld vaccinatie), een handeling die hieruit kan voortvloeien of een relatie ermee kan hebben (bijvoorbeeld overdracht aan of opvragen van medische gegevens van derden).

De JGZ past de regel van het informed consent over het algemeen goed toe.

Bij de JGZ 0-4 is er één organisatie waar de medewerkers het niet expliciet nagaan bij ouders en bij nog één organisatie gaan ze het wel na, maar leggen het niet schriftelijk vast in het dossier. Bij de andere organisaties vragen de medewerkers het altijd bij minstens één contactmoment na en leggen het dan in principe vast in het dossier. Of dat laatste in de praktijk ook daadwerkelijk gebeurt, is overigens bij vijf organisaties niet bekend.

Bij de JGZ 4-19 is er eveneens één organisatie waar de medewerkers het informed consent niet systematisch nagaan en is het 1x niet ingevuld. Het schriftelijk vastleggen in het dossier is er 2x niet en 4x is het onbekend dan wel niet ingevuld.

Informed consent in 2000

Dit onderdeel is in 2000 niet nagevraagd.

Groepsvoorlichting binnen de JGZ 0-4

Ruim 80 procent van de organisaties ontwikkelt zelf voorlichtingsprogramma's en voert deze ook uit en/of maakt gebruik van door anderen ontwikkelde programma's. Bijna de gehele JGZ 0-4 (95%) sluit aan bij landelijke voorlichtingscampagnes.

Bij de voorlichting maakt 85 procent van de organisaties (52x) gebruik van speciaal voor allochtonen ontwikkelde materialen en methoden. In tabel 16 wordt weergegeven om welke materialen of methoden het zoal kan gaan.

Tabel 16

Materialen en methoden ten behoeve van de zorg vanuit de JGZ 0-4 aan allochtonen

	<i>aantal organisaties</i>
Speciaal ontwikkelde folders	45
Groeiboekje (in diverse vertalingen)	38
Gebruik van video	13
Groepsconsultatiebureau	8
Aparte cursussen	20
Tolk bij voorlichting	17
Tolk bij CB	7
Inzet voorlichter eigen taal en cultuur (VETC)	18

Veel organisaties vragen van oudsher een bijdrage van ouders voor de diverse groepsactiviteiten. Ongeveer driekwart van de organisaties zegt dit te doen voor voorlichtingscursussen. Ruim de helft hiervan vraagt voor alle cursussen een bijdrage, terwijl eenderde dat alleen doet voor meer speciale cursussen zoals babymassage, EHBO bij kinderen of opvoedcursussen.

Het aantal onderwerpen, waar organisaties groepsgewijs voorlichting cq. cursussen over geven, loopt uiteen van slechts één onderwerp (bij 2 organisaties) tot meer dan tien onderwerpen (eveneens bij 2 organisaties). De meest genoemde onderwerpen zijn:

- Opvoeding (56x).
- De ontwikkeling van peuters (39x).
- De ontwikkeling van zuigelingen (34x).
- Omgaan met drukke kinderen (31x).
- Veiligheid voor kinderen (30x).
- Voeding (29x).
- Spraak-/taalontwikkeling (27x).
- Psychosociale problematiek meer in het algemeen (21x).

Verder is er nog een scala van onderwerpen dat door minder dan 15 procent van de organisaties wordt genoemd. Een kleine greep: overgewicht, borstvoeding, meerlingen, premature en dysmature kinderen en cursussen voor aanstaande ouders.

TGVO cq. voorlichting op het gebied van tandzorg^[h] wordt bij ongeveer 75 procent van de organisaties nog gegeven. Dat gebeurt meest (bij ruim 80 procent hiervan) in de vorm van individuele voorlichting tijdens de consulten en bij 10 procent hiervan in groepsgerichte vorm.

Groepsvoorlichting binnen de JGZ 4-19

Bij de JGZ 4-19 geeft ongeveer 75 procent van de organisaties aan voorlichtingsmaterialen zelf te ontwikkelen en deze vervolgens toe te passen, meest door of in samenwerking met de gezondheidsbevordering (vroeger GVO genoemd). Bijna 90 procent gebruikt materialen van derden en/of neemt deel aan landelijke campagnes.

[h] In de 'oude' WCPV was preventieve tandzorg nog als apart item opgenomen, in de per 1-1-2003 gewijzigde WCPV is dat niet meer het geval.

Vrijwel altijd is de voorlichting van de jeugd een zaak van JGZ én gezondheidsbevordering; bij één GGD voert de JGZ het alleen uit en bij één GGD doet gezondheidsbevordering het alleen.

Het gebruik van speciale, voor allochtonen ontwikkelde materialen en methoden is bij de JGZ 4-19 niet nagevraagd.

Ook hier is er een groot aantal onderwerpen, waaraan organisaties groepsgewijze aandacht besteden. Hier loopt het van 2 tot 17 onderwerpen (beide bij één organisatie). De relatief meest genoemde bij de JGZ 4-19 zijn:

- Opvoeding (30x).
- Voeding (29x).
- Seksualiteit en relaties (28x).
- Roken (26x), alcoholgebruik (25x) en druggebruik (24x).
- De opvang van calamiteiten op en rond scholen (26x).
- Agressie en intolerantie op scholen – inclusief pesten (23x).
- Psychosociale problemen meer in het algemeen (22x).
- Onvoldoende bewegen en obesitas (beide 18x).

Tenslotte ook hier nog een greep uit een groot scala van onderwerpen die we bij een op de vijf of minder organisaties zien: kinderen met chronische ziekten, ongevallen, sociale vaardigheden en weerbaarheid, bedplassen, hoofdluis, infectieziekten, spraak-/taalontwikkeling, drukke kinderen en lichamelijke verzorging.

Bij de JGZ 4-19 is verder niet nagevraagd of er geld aan ouders wordt gevraagd voor voorlichtingsactiviteiten. Uit eerdere onderzoeken bleek dit niet het geval te zijn; dit op grond van het feit dat het volgens de Wet collectieve preventie volksgezondheid (artikel 4) niet is toegestaan.

TGVO cq. voorlichting op het gebied van tandzorg wordt bij 85 procent van de organisaties nog gegeven; bij alle organisaties in de vorm van individuele voorlichting tijdens de consulten en bij tweederde hiervan ook in een meer groepsgerichte vorm.

Groepsvoorlichting van de JGZ in 2000

In 2000 voerde 95 procent van de organisaties JGZ 0-4 voorlichtingsactiviteiten in groepsverband uit. Bij een kwart van de organisaties werden sommige activiteiten (mede) door een ander onderdeel van de organisatie verricht, met name gezondheids-service of kraamzorg. Vrijwel alle organisaties vroegen ook toen een ouderbijdrage, hoewel ook toen lang niet altijd voor alle activiteiten. Ongeveer een kwart van de organisaties organiseerde cursussen voor ouders van allochtone afkomst.

De meest genoemde onderwerpen bij de JGZ 0-4 in 2000 waren:

- De ontwikkeling van peuters, opvoedingsondersteuning en prenatale zwangerschapsgymnastiek^[i] (bij ongeveer drie kwart van de organisaties).
- Cursussen voor aanstaande ouders, postnatale zwangerschapsgymnastiek en EHBO bij kinderen (bij ongeveer tweederde).

[i] Prenatale (voorlichtings)activiteiten, zoals zwangerschapsgymnastiek en cursussen voor a.s. ouders, konden in 2000 nog deel uitmaken van het takenpakket van de JGZ 0-4. Deze activiteiten zijn niet opgenomen in het basistakenpakket en komen dan ook in het onderzoek van 2004 niet meer terug.

- De ontwikkeling van zuigelingen, meerlingen, babymassage en kinderen met specifieke gedragsproblemen, zoals huilbaby's en drukke kinderen (bij 40-50 procent van de organisaties).

Bij de JGZ 4-19 gaven in 2000 de organisaties aan voor groepsgerichte voorlichtingsactiviteiten veelal gebruik te maken van zelf ontwikkelde materialen, meestal omdat landelijk nog geen goed materiaal voor het betreffende onderwerp voorhanden was. Alle organisaties voerden deze vorm van activiteiten ook uit, bij een kwart van de organisaties werd het door de GVO gedaan. Extra aandacht voor allochtonen was ook in 2000 bij de JGZ 4-19 niet expliciet nagevraagd.

De meest genoemde onderwerpen bij de JGZ 4-19 in 2000 waren:

- Roken – voor leerlingen van het voortgezet onderwijs (90%).
- Pesten (80%).
- Opvoeding, mondgezondheid, roken - voor leerlingen van het basisonderwijs en calamiteiten op school (allen 75%).
- Preventie SOA (66%).
- Voeding en seksualiteit en relaties (beide ruim 50%).
- Onvoldoende bewegen en EHBO/ongevallen (beide 40%).

TGVO is in 2000 niet expliciet nagevraagd.

1.3.8 Zorgcoördinatie

Het belang van continuïteit in zorg binnen de JGZ

Binnen een integrale JGZ moet sprake zijn van continuïteit in zorg. Hiervoor is het van het grootste belang, dat de JGZ 0-4 de integrale JGZ-dossiers goed overdraagt aan de JGZ 4-19 en daarbij aangeeft welke kinderen en/of gezinnen als at risk moeten worden beschouwd en extra dan wel vervroegde (vóór het eerste formele contactmoment van de JGZ 4-19) aandacht behoeven vanuit de JGZ 4-19.

Om signalering, advisering en eventuele zorg nog beter op elkaar af te kunnen stemmen en ook op dit terrein van een integrale JGZ te kunnen spreken, is het van belang dat de JGZ 4-19 weer aan de JGZ 0-4 terugkoppelt wat de bevindingen zijn ten aanzien van de gesignaleerde kinderen en gezinnen en wat er eventueel voor vervolgstappen zijn ondernomen door de JGZ 4-19. Dit is des te relevanter als er jongere kinderen uit hetzelfde gezin nog bij de JGZ 0-4 onder zorg zijn.

Overdracht van dossier en 'risicozorg'

Zoals al eerder is aangegeven worden overal de integrale dossiers overgedragen op één regio na, waar de GGD tot nu toe alleen wil beschikken over de dossiers van risicokinderen. Over de overdracht van risicokinderen en/of – gezinnen zijn landelijk afspraken gemaakt: signalering vanuit de JGZ 0-4 door middel van een aantekening of sticker op het voorblad van het dossier van het betreffende kind en/of door vermelding bij de samenvatting van de periode van 0-4 jaar in het dossier. Bijna overal wordt dit ook systematisch zo uitgevoerd. Persoonlijk (telefonisch) overleg bij de meer complexe gevallen is ook mogelijk, maar dat wordt verder aan de uitvoerders overgelaten; driekwart van de JGZ 0-4 en ¼ van de JGZ 4-19 geeft aan dat deze mondelinge overdracht ook wel plaatsvindt.

Terugkoppeling en afstemming vanuit de JGZ 4-19

Terugkoppeling van de bevindingen en door de JGZ 4-19 genomen stappen bij door de JGZ 0-4 eerder gesignaleerde en overgedragen risicokinderen of –gezinnen vindt relatief weinig plaats, ook als sprake is van meer kinderen binnen één gezin, die gezien de leeftijd zowel onder de JGZ 0-4 als onder de JGZ 4-19 vallen.

Vanuit de JGZ 0-4 gezien geeft de terugkoppeling het volgende beeld:

- Bijna de helft geeft aan dat terugkoppeling nooit plaatsvindt.
- Bij iets meer dan een kwart gebeurt het wel, maar alleen ad hoc/niet systematisch.
- Bij iets minder dan een kwart alleen als daar door de JGZ 0-4 om is verzocht.

De JGZ 4-19 heeft hierbij van zichzelf een wat rooskleuriger beeld:

- Slechts twee organisaties geven hier aan nooit iets terug te koppelen.
- De helft koppelt wel terug, maar niet systematisch.
- Bijna eenderde doet het alleen als de JGZ 0-4 daarom heeft verzocht.

Continuïteit in zorg binnen de JGZ in 2000

Ook in 2000 was er dezelfde GGD, die de dossieroverdracht beperkt wilde zien tot de overdracht van dossier van risicokinderen. Ook toen was de overdracht van risicokinderen en –gezinnen verder volledig.

Terugkoppeling was ook in 2000 beperkt. Bij de JGZ 0-4 is er het volgende beeld, dat niet zoveel verschilt met dat van 2003-2004:

- Iets meer dan de helft gaf aan dat het nooit werd gedaan door de JGZ 4-19.
- Bij ruim een kwart vond het ad hoc plaats.
- Bij krap 15 procent gebeurde het alleen op verzoek van de JGZ 0-4.

In 2000 is er vanuit de JGZ 4-19 een ongunstiger beeld dan in 2003-2004:

- ongeveer een kwart aangaf nooit terug te koppelen.
- 43 procent koppelde alleen ad hoc terug.
- 15 procent gaf aan het alleen te doen als de JGZ 0-4 daarom had verzocht.

Zorgcoördinatie met derden

Hierbij is nagegaan of en op welke wijze de JGZ probeert zicht te houden op de kinderen die door de JGZ (arts) worden verwezen naar andere beroepsbeoefenaars of instellingen binnen het brede veld van zorg en hulpverlening aan jeugdigen. Gebruikelijk is dat hiertoe een schriftelijke verwijsbrief (met antwoordenvolp) aan de ouders wordt meegegeven. Hierdoor wordt de volgende hulpverlener op de hoogte gesteld van de reden van verwijzing. Het biedt hem of haar tevens de mogelijkheid om zijn/haar bevindingen en eventueel gekozen therapie weer te retourneren aan de JGZ-arts. Het totale beeld van de zorgcoördinatie vanuit de JGZ met derden is door de inspectie bij 30 procent van de JGZ 0-4 en bij 23 procent van de JGZ 4-19 als voldoende beoordeeld.

Schriftelijke verwijzing vanuit de JGZ

In tabel 17 worden de manieren weergegeven, waarop de schriftelijke verwijzing bij de JGZ 0-4 plaatsvindt (één organisatie heeft dit niet ingevuld).

Tabel 17
Schriftelijke verwijzing vanuit de JGZ 0-4

	<i>aantal</i>	<i>%</i>
Altijd een verwijsbrief mee met de ouders	39	64
Alleen bij verwijzing naar huisarts	10	16
Bij verwijzing naar huisarts én bureau jeugdzorg	3	5
Arts bepaalt het zelf of een brief wordt meegegeven	8	13

Bij de JGZ 4-19 geven op één na alle organisaties aan ouders verwijsbrieven mee. In tabel 18 wordt verder de wijze waarop weergegeven. Alle organisaties hebben deze vraag ingevuld.

Tabel 18
Schriftelijke verwijzing vanuit de JGZ 4-19

	<i>aantal</i>	<i>%</i>
Altijd een verwijsbrief mee met de ouders	25	63
Alleen bij verwijzing naar huisarts	4	10
Bij verwijzing naar huisarts én bureau jeugdzorg	6	15
Arts bepaalt het zelf of een brief wordt meegegeven	4	10

Verwijzing vanuit de JGZ in 2000

In 2000 was bij de JGZ 0-4 het volgende te zien:

- In ruim driekwart van de organisaties werd als regel een verwijsbrief meegegeven.
- Bij 20 procent van de organisaties gebeurde dit alleen bij verwijzing naar huisarts en/of bureau jeugdzorg (dat laatste 1x).
- Bij één organisatie was het niet bekend.

Bij de JGZ 4-19 was:

- Bijna 60 procent gaf als regel een verwijsbrief mee.
- Bij eenderde gebeurde dat alleen bij verwijzing naar huisarts en bureau jeugdzorg.
- Bij vijf organisaties alleen bij verwijzing naar de huisarts.

Follow-up van verwijzingen

Follow-up van verwijzingen wordt bij de JGZ 0-4 op de volgende wijze gedaan:

- Bij ongeveer 40 procent als regel altijd.
- Bij drie organisaties alleen als het gaat om verwijzing naar huisarts en/of bureau jeugdzorg.
- Bij eenderde wordt het aan het JGZ-team overgelaten om te bepalen wanneer zij follow-up verrichten.

Nogal wat organisaties (13x) hebben deze vraag niet ingevuld.

Ruim 25 procent van de organisaties heeft met één of enkele instellingen (meest AMK en/of bureau jeugdzorg) afspraken gemaakt om het weer naar de JGZ 0-4 terug te koppelen als hulpverlening bij door de JGZ verwezen kinderen is mislukt.

Bij de JGZ 4-19 is het volgende beeld te zien:

- Bij bijna eenderde vindt nooit follow-up plaats.
 - Bij zeven organisaties gebeurt het altijd.
 - Bij een op de acht organisaties gebeurt alleen bij verwijzing naar huisarts en/of bureau jeugdzorg.
 - Bij bijna 40 procent laten de organisaties het aan het JGZ-team over.
- Iets meer dan de helft van de JGZ 4-19 heeft afspraken gemaakt over terugkoppeling als de hulpverlening bij door JGZ verwezen kinderen is mislukt; het gaat daarbij altijd om afspraken met het bureau jeugdzorg en bij ongeveer 60 procent hiervan ook om afspraken met AMK en/of GGZ.

Follow-up in 2000

Follow-up bij de JGZ 0-4 in 2000 verliep als volgt:

- Bij ongeveer 20 procent van de organisaties niet.
 - Bij 25 procent meestal wel, zij het niet systematisch.
 - Bij ruim eenderde alleen als het JGZ-team het nodig achtte.
- Bij de rest was deze vraag toen niet ingevuld.

Bij de JGZ 4-19 is in 2000 het volgende beeld te zien:

- Geen follow-up bij ruim eenderde.
- Bij 10 procent als regel wel follow-up, zij het niet systematisch.
- Bij 10 procent alleen bij verwijzing naar de huisarts.
- Bij 45 procent alleen als het team het nodig achtte.

Terugkoppeling door derden naar de JGZ bij mislukken van hulpverlening bij door JGZ verwezen kinderen is in 2000 niet nagevraagd.

1.4 Uitvoering van de JGZ, beleidsadvisering en invulling van het maatwerkdeel vanuit gemeentelijk perspectief

Hierbij is gekeken naar coördinatie, uitvoering en evaluatie van de JGZ-taken vanuit gemeenten en de beleidsadvisering vanuit de JGZ aan gemeenten. Beleidsadvisering aan gemeenten vormt geen onderdeel van het basistakenpakket, maar is een direct uitvloeisel van het basistakenpakket, als het beleidsadvisering betreffende de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied betreft.

Voor de invulling van het maatwerkdeel is het van groot belang dat gemeenten beschikken over informatie over de gezondheidssituatie van de jeugd in hun gebied en de mogelijke bedreigingen en risico's. De JGZ is bij uitstek degene, die de gemeente hiervan kan voorzien, gezien de informatie waarover zij uit signalering en monitoring kan beschikken. Uiteraard zal de gemeente ook gebruik kunnen maken van andere informatiebronnen over de jeugd.

1.4.1 Coördinatie, uitvoering en evaluatie van JGZ-taken

In het onderzoek naar de bestuurlijke betrokkenheid geven de gemeenten het volgende aan wat betreft de planning en coördinatie van JGZ-taken:

- 54 procent geeft aan dit alleen bij henzelf ligt.
- Bij 75 procent ligt het bij de GGD, al dan niet samen met de gemeente.

- Bij eveneens 54 procent ligt het bij de thuiszorg, al dan niet samen met de gemeente.

Eén gemeente noemt als coördinator een huisarts en één gemeente vult 'anders' in zonder een nadere aanduiding te geven.

Uitvoering van de JGZ ligt als volgt:

- Bij 92 procent van de gemeenten bij de GGD.
- Bij ruim driekwart van de gemeenten bij de thuiszorg.
- 5x (ook) bij de gemeente zelf.
- 6x wordt de huisarts als uitvoerder genoemd.

Twee gemeenten vullen hier 'anders' in zonder nadere aanduiding.

Evaluatie van het takenpakket van de JGZ levert op onderdelen hetzelfde beeld op:

- Bij 45 procent doet de gemeente zelf.
- Bij 92 procent doet (ook) de GGD de evaluatie.
- Bij ruim driekwart (ook) de thuiszorg.

De huisarts wordt hier 1x genoemd en 2x is er hier 'anders' (zonder nadere aanduiding). Verder hebben 11 gemeenten deze vraag niet beantwoord.

1.4.2 Beleidsadvisering van de JGZ aan gemeenten

Bij de JGZ 0-4 heeft ongeveer 40 procent van de organisaties het afgelopen jaar schriftelijke beleidsadviezen aan de gemeenten uitgebracht, meestal over door de JGZ 0-4 voor de jeugd uit te voeren activiteiten. Bij de helft van de organisaties ging het (ook) over de gezondheidssituatie van de jeugd en een heel enkele maal betrof het de integratie JGZ.

Ongeveer 70 procent van de JGZ 4-19 heeft het afgelopen jaar schriftelijke beleidsadviezen gegeven aan gemeenten over de gezondheidssituatie en gezondheidsrisico's van de jeugd. Bij ongeveer een kwart heeft de JGZ ook aangegeven wat zij eventueel aan activiteiten ten aanzien van de jeugd zou kunnen ontplooiën. Bij 15 procent van de organisaties gaat het niet om de gezondheidssituatie van de jeugd in enigerlei vorm, maar betreffen de adviezen de integratie van de JGZ dan wel de uitvoering van het basistakenpakket in het algemeen.

Beleidsadvisering van de JGZ in 2000

In 2000 is niet nagegaan of de JGZ inzicht kon geven in de gezondheidssituatie van de jeugd of hierover beleidsadviezen aan de gemeenten uitbracht.

1.4.3 Aanwezige beleidsinformatie bij gemeenten over de jeugd

Ongeveer 85 procent van alle gemeenten geeft aan te beschikken over enige informatie ten aanzien van de gezondheidstoestand van de jeugd; de rest heeft hier geen enkele informatie over.

Wat de jeugd van 0-4 jaar betreft is er het volgende beeld:

- Een kwart van de gemeenten zegt over recente (van 2003 of 2004) informatie over de gezondheidstoestand van deze doelgroep in de eigen gemeente te beschikken en bij ruim 20 procent is dat van wat oudere datum (meest van 2000 t/m 2002, 1x van 1998 en 1x van 1997); de rest beschikt niet over deze informatie.

- Krap 20 procent zegt te beschikken over recente informatie (van 2003-2004) over de gezondheidstoestand van de jeugd van 0-4 jaar op regionaal niveau en bij 20 procent is dat van oudere datum (ook meest van 2000 t/m 2002 en 2x van 1998); hier beschikt ruim 55 procent niet over deze informatie.
- Bijna 10 procent van de gemeenten beschikt over recente (van 2003/2004) landelijke informatie op dit gebied en 1x dateert dit van 2002); ongeveer 85 procent beschikt niet over dit soort informatie.

Bij de jeugd vanaf 4 jaar is het beeld als volgt:

- Eenderde van de gemeenten zegt over recente (van 2003 of 2004) informatie over de gezondheidstoestand van deze doelgroep in de eigen gemeente te beschikken, bij ruim 25 procent is het van oudere datum (meestal van 2000 t/m 2002, 1x van 1998 en 1x van 1997) en 1x is het van de periode 1997-2004; ruim 30 procent beschikt niet over deze informatie of heeft dit niet ingevuld.
- 30 procent zegt te beschikken over recente informatie (van 2003/2004) over de gezondheidstoestand van de jeugd vanaf 4 jaar op regionaal niveau en ook hier is het bij ruim 25 procent van oudere datum (meest van 2000 t/m 2002 en 2x van 1998) en 1x van de periode 1997-2004; hier beschikt eenderde niet over deze informatie.
- Bijna 10 procent van de gemeenten beschikt over recente (van 2003/2004) landelijke informatie over de gezondheidstoestand van de jeugd vanaf 4 jaar, 1x dateert dit van 2002 en 2x van 2000; ongeveer 80 procent beschikt niet over dit soort informatie.

1.4.4 Invulling van het maatwerkdeel door gemeenten

Gebruik van JGZ-informatie bij de invulling van het maatwerkdeel

Van de 85 onderzochte gemeenten zeggen 75 (88%) naast het uniforme deel ook producten uit het maatwerkdeel aan te bieden; 4 gemeenten doen dit niet, bij 4 is het onbekend en 2 gemeenten hebben dit niet ingevuld.

Van de 75 gemeenten die het maatwerkdeel zeggen in te vullen heeft 75 procent gebruikgemaakt van advies van GGD en/of thuiszorg en iets meer dan de helft ook van hun gegevens.

Voor het maken van keuzes voor het maatwerkdeel hebben de gemeenten daarnaast nog de nodige andere bronnen. In tabel 19 wordt dit weergegeven.

Tabel 19

De wijze waarop gemeenten keuzes maken voor het maatwerkdeel van de JGZ

	<i>% gemeenten</i>
Advies van GGD en/of thuiszorg	75
Afstemming met jeugdbeleid	56
Gebruik van gegevens van GGD en/of thuiszorg	53
Afstemming met het lokale gezondheidsbeleid	52
Financiële haalbaarheid	52
Doorlopen van reeds gestarte projecten	47
Overleg met andere gemeenten	41
Overleg met provincie/afstemming met provinciaal beleid	11
Anders (zonder nadere aanduiding)	7

Inhoud van het maatwerkdeel

De 75 gemeenten konden vervolgens 5 activiteiten benoemen waaraan het (meeste) geld vanuit het maatwerkdeel wordt besteed. Hierbij is er de volgende verdeling (voor zover beoordeling mogelijk was):

- 144x betreft het activiteiten op het gebied van de JGZ 0-4.
- 24x betreft het activiteiten op het terrein van de JGZ 4-19.
- 76x betreft het de gehele jeugd van 0-19 jaar of is het niet te beoordelen aan welke leeftijdsgroep binnen de jeugd het is toebedeeld.
- 14x betreft het activiteiten die niet behoren tot het basistakenpakket JGZ.
- 5x betreft het preventieactiviteiten in het algemeen, zonder nadere aanduiding van inhoud of leeftijdsgroep.

Verder geeft één gemeente aan dat het nog in ontwikkeling is en door een gemeente is het niet nader ingevuld.

Bij de 14 activiteiten die niet tot het basistakenpakket JGZ behoren gaat het om:

- 3x preventie voor ouderen (waarvan 1x bestrijding eenzaamheid).
- 3x technische hygiënezorg op peuterzalen.
- 1x algemene publieksinformatie.
- 1x schoolreisactiviteiten op het speciaal onderwijs.
- 1x opvang van multi-problem jongeren.
- 1x preventie in de verslavingszorg.
- 1x schoolmaatschappelijk werk.
- 1x Jeugdinformatiepunt van het Bureau Jeugdzorg.
- 1x muziektherapie voor asielzoekerskinderen.
- 1x zwangerschapsgymnastiek.

Waar gemeenten het geld wel aan de JGZ besteden, gaat dit bij een minderheid om procesgerichte zaken, zoals verbetering van registratie bij de JGZ 0-4 of afstemmen hiervan met de JGZ 4-19, instrumentontwikkeling en introductie hiervan (bijvoorbeeld ten behoeve van screenings) en deskundigheidsbevordering.

Meestal gaat het geld naar inhoudelijke zaken. Het gaat daarbij om een scala van onderwerpen – in de volgorde van de mate waarin deze door de gemeenten worden aangegeven (van 45x tot een enkele maal):

- Opvoedingsondersteuning (zoals het houden van spreekuren, overleg en voorlichting en huisbezoeken in dit kader, videohometraining).
- Versterking van de samenwerking binnen het jeugdveld, inclusief deelname aan buurt/wijknetwerken en contacten met peuterzalen en kindercentra).
- Extra zorg vanuit het CB te leveren aan risicokinderen en –gezinnen, waaronder het verrichten van huisbezoeken.
- Vroegsignalering van risicokinderen of problemen zoals stoornissen in de spraak-/taalontwikkeling, psychosociale problemen en kindermishandeling; VTO wordt in dit verband een paar maal genoemd.
- Voorlichting in het algemeen, meer oudercursussen of groepsbijeenkomsten en een enkele keer het ontwikkelen van materialen.
- Verbeteren van het bereik vanuit het consultatiebureau (CB).
- Het deelnemen vanuit de JGZ aan diverse vormen van zorgteams (peuterzalen, basisonderwijs, voortgezet onderwijs).
- Het houden van spreekuren (inloopspreekuren bij JGZ 0-4 en op scholen bij JGZ 4-19).

Als specifieke activiteiten dan wel onderwerpen die 2x of meer worden genoemd:

- Moeders informeren moeders (MIM) - 9x.
- VVE (voor- en vroegschoolse educatie) – 5x.
- Leefstijl wat betreft roken, drinken druggebruik – 5x.
- Overgewicht en meer bewegen – 4x.
- Verhogen van weerbaarheid van kinderen en bestrijden van pesten – 4x.
- Mondgezondheid - 2x.
- Projecten in het kader van bemoeizorg – 2x.
- Armoedebestrijding - 2x.

Nog gewenste onderwerpen vanuit gemeentelijk perspectief

Tenslotte is aan gemeenten gevraagd welke activiteiten of diensten vanuit het maatwerkdeel in hun ogen wel nodig zijn, maar (nog) niet worden uitgevoerd. Hierbij is 15x een onderwerp aangegeven, is 16x gezegd dat die er niet waren en is 42x onbekend ingevuld. Aangegeven onderwerpen zijn (waar niets is ingevuld is dat 1x genoemd):

- Meer pedagogische ondersteuning (3x), waarbij 1x vroeg, rond de geboorte, wordt aangegeven.
- Meer huisbezoeken bij risicokinderen en – gezinnen (2x).
- Bestrijden van schoolverzuim.
- Bestrijden van overgewicht.
- Beter doorverwijzen bij VVE.
- Inzet van JGZ als gezinscoach bij multi-problem gezinnen.
- Preventie van kindermishandeling.
- Meer weerbaarheidsprojecten.
- Preventie van psychosociale problemen.
- Bemoeizorg vanuit de JGZ.
- Verbeteren van de inzet van de JGZ in zorgteams van scholen.
- Preventieve logopedie in peuterzalen.

Gemeenten hebben hier en daar toegelicht waarom deze activiteiten nog niet gestart waren:

- Keuzes zijn nog niet gemaakt, omdat een en ander nog in ontwikkeling is (4x), de financiële situatie nog onduidelijk is (2x), eerst een fusie wordt afgewacht (1x) of eerst het volgende gezondheidsonderzoek wordt afgewacht (1x).
- Vanwege capaciteitsproblemen bij de JGZ (1x).
- Omdat er meer middelen nodig zijn (1x).
- Omdat er meer op de lokale situatie moet worden ingespeeld (1x).

2 Aansluiting van de JGZ bij het veld van de zorg en hulpverlening rond de jeugd

In dit deel van de bijlage kijkt de inspectie naar de aansluiting van de JGZ met het veld van zorg en hulpverlening aan jeugdigen in algemene zin en de wijze waarop de gemeenten de JGZ inzetten op de diverse gemeentelijke beleidsterreinen rond de jeugd. Ook hier zal, waar mogelijk, een vergelijking met de situatie van 2000 worden gemaakt.

2.1 Aansluiting bij en samenwerking met het jeugdveld

2.1.1 Samenwerking van JGZ met derden

Bij dit onderwerp is nagevraagd met welke instellingen en beroepsbeoefenaren de JGZ structurele contacten onderhoudt en in welke vorm: cliëntgericht of beleidsmatig overleg en (overleg over) andere vormen van samenwerking bijvoorbeeld in projecten en of deze contacten geformaliseerd zijn in een schriftelijke overeenkomst. Verder is nagevraagd of de JGZ betrokken is bij de diverse platforms en/of samenwerkingsverbanden rond de jeugd in de regio. Hierbij moet wel opgemerkt worden, dat sommige instellingen, platforms en samenwerkingsverbanden sterk regiogebonden kunnen zijn, zodat het niet noemen door een organisatie kan inhouden dat men niet deelneemt, maar ook dat het er in de betreffende regio gewoonweg niet is. Dat onderscheid kan verder op grond van het onderzoek niet gemaakt worden.

Samenwerking vanuit de JGZ 0-4

De samenwerking met anderen vanuit de JGZ 0-4 loopt van 1-2 tot meer dan 10 organisaties of beroepsgroepen (beide bij 10%), met een gemiddelde van 6-7 instellingen waarmee een structurele samenwerking is aangegaan. Meestal gaat het daarbij om cliëntgericht overleg, maar ook beleidsmatig overleg; (overleg over) het uitvoeren van gezamenlijke projecten of andere (niet direct cliëntgerichte) zaken komen wat minder voor. De inspectie heeft de samenwerking vanuit de JGZ 0-4 met derden in z'n geheel bij 68 procent als voldoende beoordeeld.

In tabel 20 wordt weergegeven met welke organisaties en beroepsbeoefenaren de JGZ 0-4 structurele contacten onderhoudt. Alle organisaties hebben deze vraag beantwoord.

Tabel 20

Organisaties en beroepsbeoefenaren met structurele contacten vanuit de JGZ 0-4

<i>Structurele contacten met:</i>	<i>JGZ 0-4</i>	
	<i>aantal</i>	<i>%</i>
Bureau jeugdzorg	48	79
Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK)	35	57
RIAGG/GGZ	15	25
Huisartsen	19	31
Kinderartsen	33	54
Verloskundigen	33	54
Kraamzorg binnen de eigen organisatie	30	49
Kraamzorg extern	21	34
Kindercentra	48	79
Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	26	43

Minder dan 10x worden genoemd: welzijnsinstellingen (15%), Raad voor de kinderscherming (10%) en een enkele maal bureaus opvoedingsondersteuning, gespecialiseerde gezinsverzorging, scholen/onderwijs en centrale en medische opvang

asielzoekers (COA/MOA) en binnen de gezondheidszorg verder nog: ziekenhuizen in het algemeen dan wel kinderafdelingen, tandartsen, logopedisten, kinderfysiotherapeuten en audiologische centra. Deze lijst is overigens niet uitputtend.

Formalisering van de contacten door schriftelijke vastlegging is het vaakst te zien met de kindercentra, bureaus jeugdzorg, kraamzorg (binnen de eigen organisatie) en AMK (allen rond de 20%). Bij ongeveer 10 procent is er het met kinderartsen, AMW, kraamzorg (buiten eigen organisatie) en welzijnsinstellingen.

Per organisatie kan het aantal platforms/samenwerkingsverbanden waaraan men deelneemt variëren van 1 tot meer dan 6. In tabel 21 wordt weergegeven waaraan de JGZ 0-4 zal deelneemt. Ook hier betreft het alle 61 organisaties met JGZ 0-4.

Tabel 21

Platforms en samenwerkingsverbanden met deelname vanuit de JGZ 0-4

<i>Deelname aan:</i>	<i>JGZ 0-4</i>	
	<i>aantal</i>	<i>%</i>
Buurt- en wijknetwerken	58	95
Platform van kindercentra	22	36
Platform (seksuele) kindermishandeling	25	41
Platform huiselijk geweld	21	34
Platform jeugd tandzorg	18	30
Integrale Vroeghulp	37	61
VTO-teams	22	36
Samenwerkingsverband allochtonen	6	10
Samenwerkingsverband asielzoekers	14	23
Samenwerkingsverband armoede	5	8

Als andere mogelijkheden worden hierbij nog wel enkele keren genoemd: gemeentelijke regiegroepen/platform jeugd beleid, netwerk opvoedingsondersteuning, platform veiligheid, samenwerkingsverband met bibliotheken, een voor kinderen met ADHD en een voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek. Ook deze opsomming is niet uitputtend.

De samenwerking vanuit de JGZ 0-4 in 2000

Wat betreft de structurele samenwerking van de JGZ 0-4 was er in 2000 het volgende beeld:

- Bij net iets meer dan de helft samenwerking met de kinderartsen en de kraamzorg binnen de eigen organisatie.
- Bij iets minder dan de helft samenwerking met de (toen deels nog in oprichting zijnde) bureaus jeugdzorg.
- Bij ongeveer 40 procent samenwerking met de verloskundigen en AMK.
- Bij ongeveer eenderde met RIAGG en kraamzorg buiten de eigen organisatie.
- Bij ongeveer 20 procent met huisartsen, AMW en gespecialiseerde gezinsverzorging.

Formele afspraken waren er toen met:

- Kraamzorg binnen de eigen organisatie (55%).
- Bureau jeugdzorg en AMK (eenderde).
- Verloskundigen, kinderartsen, externe kraamzorg en RIAGG (30%).
- Huisartsen en AMW bij iets meer dan 10 procent.

Voor het deelnemen aan platforms en samenwerkingsverbanden lag de situatie in 2000 als volgt:

- Buurt/wijknetwerken bij 90 procent.
- VTO-teams bij ruim 50 procent.
- Platform kindercentra en platform (seksuele) kindermishandeling rond 40 procent.
- Integrale Vroeghulp (toen nog in ontwikkeling) bij 15 procent.

Bij 10 procent of minder wordt verder genoemd: een platform/samenwerkingsverband opvoedingsondersteuning, voor asielzoekers, brede school, jeugd tandzorg, MIM (moeders informeren moeders), geweld in het gezin en een preventieplatform.

Samenwerking vanuit de JGZ 4-19

De samenwerking vanuit de JGZ 4-19 loopt van 2 tot 15 organisaties of beroepsgroepen (beide 1x), met een gemiddelde van 7-8 organisaties. Ook hier gaat het meestal om cliëntgericht overleg, maar ook de andere (eveneens bij de JGZ 0-4 genoemde) vormen komen voor. De inspectie heeft de samenwerking vanuit de JGZ 4-19 met derden in z'n geheel bij 90 procent als voldoende beoordeeld.

In tabel 22 wordt weergegeven met welke organisaties en beroepsbeoefenaren de JGZ 4-19 structurele contacten onderhoudt. Bij alle 40 GGD'en is deze vraag beantwoord.

Tabel 22

Organisaties en beroepsbeoefenaren met structurele contacten vanuit de JGZ 4-19

<i>Structurele contacten met:</i>	<i>JGZ 4-19</i>	
	<i>aantal</i>	<i>%</i>
Bureau jeugdzorg	39	98
Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK)	32	80
Raad voor de kindbescherming	22	55
RIAGG/GGZ	35	88
Consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD)	22	55
Schooldirecties	23	58
Onderwijs – gemeenten	26	65
Onderwijs – leerplicht	32	80
Onderwijsbegeleidingsdiensten (OBD)	31	78
Huisartsen	20	50
Kinderartsen	24	60
Algemeen maatschappelijk werk	29	73
Politie	28	70

In totaal onderhoudt ruim 90 procent van de JGZ 4-19 in een of andere vorm structurele contacten met het onderwijs. Verder worden hier 6x of minder genoemd: sportclubs/ sportbureau, welzijnsinstellingen in het algemeen, vrijgevestigde logopedisten, bureau slachtofferhulp, bureau HALT, sociaal pedagogische dienst, stichting spel en opvoeding en tandartsen. Deze opsomming is niet uitputtend.

Formalisering van de contacten door schriftelijke vastlegging is er bij de helft van de organisaties met het bureau jeugdzorg; bij onderwijs gaat het om 45 procent (meestal met schooldirecties). Bij 20-25 procent zijn er geformaliseerde contacten met AMW, AMK, GGZ, OBD en politie en rond de 10 procent met CAD, huisartsen en kinderartsen.

Per organisatie kan het aantal platforms/samenwerkingsverbanden waaraan men deelneemt variëren van 3 (2x) tot 14 (1x). In tabel 23 wordt weergegeven waaraan de JGZ 4-19 zoal deelneemt; door alle 40 GGD'en is dit beantwoord.

Tabel 23

Platforms en samenwerkingsverbanden met deelname vanuit de JGZ 4-19

<i>Deelname aan:</i>	<i>JGZ 4-19</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Buurt- en wijknetwerken	39	98
Zorgteams basisonderwijs	35	88
Zorgteams voortgezet onderwijs	40	100
Regionale Meld- en Coördinatiefunctie schooluitval	13	33
Samenwerkingsverband 'brede school'	26	65
Vertrouwenspersoon voor scholen	29	73
Platform veiligheid scholen	11	28
Platform (seksuele) kindermishandeling	27	68
Platform huiselijk geweld	21	53
Platform jeugdtandzorg	21	53
Platform/regiegroep/stuurgroep jeugdbeleid	7	18
Integrale Vroeghulp	15	38
VTO-teams	12	30
Samenwerkingsverband allochtonen	6	15
Samenwerkingsverband asielzoekers	13	33

Andere mogelijkheden die allemaal minder dan 5x worden genoemd zijn onder andere: platform/ samenwerkingsverband armoede, veilige straat, aanpak kleine criminaliteit, OGGZ, wijkgericht werken, opvoedingsondersteuning of een preventieplatform.

De samenwerking vanuit de JGZ 4-19 in 2000

Structurele samenwerking van de JGZ 4-19 met anderen was er ook in 2000. Het beeld was toen als volgt:

- Bij ruim 70 procent met de bureaus jeugdzorg (nog deels in oprichting).
- Bij eenderde met de RIAGG.

- Bij krap 60 procent met AMK en onderwijs (directies scholen, afdelingen van gemeenten en/of leerplicht).
- Bij ongeveer 45 procent met politie en AMW.
- Bij 30 procent met kinderartsen.
- Bij 1 op 7 organisaties met huisartsen.

Formele afspraken waren er met:

- Bureau jeugdzorg en AMK (beide rond 60%).
- RIAGG en onderwijs, inclusief leerplicht (40-50%).
- Politie (30%).
- AMW (20%).
- Huisartsen en kinderartsen (elk 10%).

Voor het deelnemen aan platforms en samenwerkingsverbanden lag de situatie voor de JGZ 4-19 in 2000 als volgt:

- Buurt/wijknetwerken (bij 98%).
- Leerlingenbegeleiding basisonderwijs (bij bijna 90%).
- Platform (seksuele) kindermishandeling (bij bijna 80%).
- Platforms schooluitval en jeugd tandzorg (bij beide rond tweederde).
- VTO-teams (bij 50%).
- Preventieplatform en/of een platform geweld in het gezin of een platform opvoedingsondersteuning (allen bij ongeveer 20%).

2.2 Betrokkenheid van de JGZ bij gemeentelijke beleidsterreinen

Hierbij is nagegaan of er binnen gemeenten overleg wordt gehouden ten behoeve van de afstemming ten aanzien van het jeugdbeleid, in welke mate de JGZ hierbij betrokken is, wie hieraan nog meer deelnemen en wie dit coördineert.

Verder is de inzet van de JGZ op gemeentelijke beleidsterreinen nagegaan, zowel vanuit bestuurlijk perspectief als vanuit het perspectief van de JGZ.

2.2.1 Gemeentelijk overleg ten behoeve van afstemming rond het jeugdbeleid

In totaal 76 gemeenten (bijna 90%) geven aan (inter)gemeentelijk overleg te hebben over het jeugdbeleid. De agendering van het jeugdbeleid binnen de gemeenten is als volgt:

- Bij meer dan de helft van de gemeenten staat het jeugdbeleid structureel op de agenda.
- Bij ongeveer 40 procent incidenteel.
- Bij 3 gemeenten staat het in het geheel niet op de agenda.
- 2x is het onbekend.

De GGD/JGZ 4-19 is bij 75 procent van de gemeenten regelmatig bij dit overleg betrokken en de thuiszorg/JGZ 0-4 bij 60 procent van de gemeenten. In tabel 24 wordt weergegeven wat de meest frequente deelnemers bij dit overleg zijn.

Tabel 24

Deelnemers aan (inter)gemeentelijk overleg jeugdbeleid

	<i>Gemeenten</i>	
	<i>aantal (N = 76)</i>	<i>%</i>
GGD/JGZ 4-19	57	75
Thuiszorg/JGZ 0-4	46	60
Welzijnsinstellingen	47	62
Eerstelijnsvoorzieningen	29	38
Politie	35	46
CAD	15	20
GGZ	9	12

Vanuit de gemeenten ligt de betrokkenheid 47x op bestuurlijk niveau en 71x (ook) op ambtelijk niveau. Ook de provincie is er soms bij betrokken (bij ruim 20 procent van de gemeenten).

Veelal is het de gemeente die het overleg in het kader van het jeugdbeleid coördineert (58x); de GGD/JGZ 4-19 is 7x de coördinator. Gemeenten noemen verder nog: regionale samenwerkingsverbanden (2x), steunfunctie vanuit de provincie, de thuiszorg en een welzijnsinstelling (allemaal 1x).

2.2.2 Gebruik door gemeenten van cijfermatige informatie van GGD en thuiszorg

In het onderzoek naar bestuurlijke betrokkenheid is ook nagegaan in hoeverre informatie van de GGD in het algemeen (JGZ 4-19 is hier niet apart nagevraagd) en van de thuiszorg/JGZ 0-4 is gebruikt voor de analyse van gezondheidsproblemen. In tabel 25 wordt dit weergegeven.

Tabel 25

Gebruik van cijfermatige gegevens van de JGZ door gemeenten

	<i>beperkt</i>	<i>in ruime mate</i>	<i>vrijwel geheel</i>	<i>niet</i>	<i>niet ingevuld</i>
Gebruik cijfermatige gegevens van GGD	11x	45x	25x	-	4x
Gebruik cijfermatige gegevens van thuiszorg/JGZ 0-4	25x	21x	6x	25x	8x

De gemeenten geven aan ook gebruik te maken van cijfermatig materiaal afkomstig van de volgende voor de jeugd relevante instanties:

- Onderwijs (54x).
- Bureau Jeugdzorg, monitor jeugd en onderwijs, sport voor de jeugd en jeugdbeleid (elk 1x).

2.2.3 Inzet van de JGZ vanuit gemeentelijk perspectief

Aan de 85 gemeenten van het onderzoek naar bestuurlijke betrokkenheid is gevraagd of de JGZ betrokken is bij gemeentelijk beleid en zo ja, bij welke vormen.

De JGZ 0-4 is bij ongeveer 90 procent van de gemeenten betrokken bij gemeentelijk beleid; bij 6 gemeenten is dat niet het geval en bij 3 gemeenten is het onbekend of niet ingevuld.

Verder zegt 94 procent van de gemeenten dat de JGZ 4-19 betrokken is bij gemeentelijk beleid, 2 gemeenten geven aan dat dit niet het geval is en bij 3 gemeenten is het ook hier onbekend of niet ingevuld.

In tabel 26 wordt aangegeven om welke vormen van beleid het gaat.

Tabel 26

Betrokkenheid van de JGZ bij verschillende vormen van gemeentelijk beleid

	JGZ 0-4		JGZ 4-19	
	<i>aantal</i>	<i>%</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>
(Preventief) jeugdbeleid	61	73	68	81
Beleid in het kader van BANS of Jong	20	24	29	35
Lokaal gezondheidsbeleid	50	60	69	82
Onderwijsachterstandsbeleid	36	43	40	48
Beleid in het kader van 'Weer samen naar school'	10	12	28	33
(Integraal) veiligheidsbeleid	6	7	16	19
Armoedebeleid	6	7	9	11

2.2.4 Betrokkenheid van de JGZ vanuit het perspectief van de organisaties

Betrokkenheid van de JGZ bij de nota lokaal gezondheidsbeleid

Bij de JGZ 0-4 ligt de betrokkenheid bij de totstandkoming van de nota lokaal gezondheidsbeleid niet zo hoog. Iets meer dan 40 procent van de JGZ 0-4 is betrokken (geweest) bij de opstelling van de lokale gezondheidsnota. Meestal betrof dit dan wel een meerderheid (10x) of zelfs alle gemeenten (9x) in het werkgebied.

Over het algemeen ging het daarbij om het betrekken van de JGZ 0-4 bij overleg in dit kader of de inzet van de JGZ bij specifieke activiteiten (werkgroepen, symposia ed.) en wat minder vaak door het gebruik maken van gegevens van de JGZ 0-4.

De JGZ 4-19 is in ruime mate betrokken (geweest) bij de totstandkoming van de nota lokaal gezondheidsbeleid (90%). Hier gaat het bij de helft om alle gemeenten in het werkgebied en bij de rest – voor zover te beoordelen (6x is het niet ingevuld) – meestal om een meerderheid. In de meeste gevallen maken de gemeenten gebruik van de JGZ 4-19 voor het aanleveren van gegevens over de gezondheid van de jeugd of ten behoeve van deelname JGZ 4-19 aan overleggen. De inzet voor specifieke activiteiten is relatief beperkt.

Betrokkenheid van de JGZ bij andere gemeentelijke beleidsterreinen

Bij de JGZ 0-4 is ruim 80 procent betrokken bij het gemeentelijk jeugdbeleid. Het betreft bij tweederde van de organisaties een meerderheid of alle gemeenten in het werkgebied.

De betrokkenheid bij andere vormen van gemeentelijk beleid is nog beperkt:

- Ongeveer 10 procent is betrokken bij onderwijsbeleid, zoals achterstandbeleid, brede school of voorschoolse educatie.
- Vier organisaties (5%) zijn betrokken bij gemeentelijk armoedebeleid.
- Twee organisaties zijn betrokken bij veiligheidsbeleid.

Op één organisatie na is de JGZ 4-19 betrokken bij gemeentelijk jeugdbeleid. Hier gaat het verder met name om:

- Betrokkenheid bij onderwijsbeleid (bijvoorbeeld achterstandsbeleid, 'weer samen naar school'-beleid) bij tweederde.
- Betrokkenheid bij veiligheidsbeleid bij 40 procent.
- Betrokkenheid bij armoedebeleid bij 4 organisaties (10%).
- In meer dan 80 procent van de JGZ 4-19 betreft het een meerderheid of zelfs alle gemeenten in het werkgebied.

Betrokkenheid van de JGZ bij gemeentelijk beleid in 2000

In 2000 was 87 procent van de organisaties met JGZ 0-4 betrokken bij een vorm van gemeentelijk beleid. Voor ruim 80 procent betrof dat gemeentelijk jeugdbeleid en bij ongeveer de helft ging het om onderwijsbeleid (toen met name voorschoolse opvang). Verder waren ook toen vier organisaties betrokken bij armoedebeleid en twee bij veiligheidsbeleid.

Bij de JGZ 4-19 waren in 2000 eveneens op één na alle organisaties betrokken bij gemeentelijk jeugdbeleid en was eveneens tweederde betrokken bij onderwijsbeleid. Bij veiligheidsbeleid was toen 35 procent betrokken en bij armoedebeleid waren zes organisaties (13%) betrokken.

De mate van betrokkenheid (het aantal gemeenten) is 2000 niet nagevraagd.

3 De aanpak van risicofactoren door de JGZ

In dit deel beschrijft de inspectie in welke mate de JGZ de jeugd op individueel niveau bereikt, aan welke gezondheidsproblemen, -bedreigingen en risicogroepen de JGZ aandacht besteedt en in welke mate dat overeenkomt met de door de JGZ zelf vastgestelde problemen, bedreigingen en risicogroepen en in hoeverre zij hierop inspeelt met behulp van groepsgerichte voorlichting en andere, meer specifieke activiteiten.

Bereik van de JGZ

Het bereik van de JGZ betreft het aantal kinderen van de doelpopulatie dat deelneemt aan individuele contactmomenten, met name de consultatiebureau-consulten (JGZ 0-4) en de PGO's (JGZ 4-19). Het bereik moet daarbij afgezet worden tegen de totale in het werkgebied woonachtige groep kinderen, dat gezien de leeftijd voor dat contact in aanmerking komt.

Omdat niet elke ouder voor zijn kind gebruik wil of kan maken van de JGZ is 100 procent nooit haalbaar. De JGZ streeft wél naar een bereik van tenminste 95 procent. Hierna wordt aangegeven in hoeverre de JGZ dit streefbereik haalt. Voor uitgebreidere informatie hierover wordt naar bijlage 4 verwezen.

3.1 Bereik van de JGZ 0-4

Bij de JGZ 0-4 gaat het bij het vaststellen van het bereik niet altijd om het in het werkgebied woonachtige aantal zuigelingen (0-1 jaar) of peuters (1-4 jaar). Ook bij de JGZ 0-4 ingeschreven dan wel in zorg zijnde kinderen, het aantal kinderen per bureau of het aantal opgeroepen kinderen wordt gehanteerd. In die laatste gevallen zal zeker een deel van de populatie worden gemist, zonder dat de omvang van de gemiste deel bekend is.

In 2004 bereikt driekwart van de organisaties minstens 95 procent van de zuigelingen. Als echter gekeken wordt naar het bereik van de in het werkgebied woonachtige zuigelingen bereikt slechts iets meer dan een kwart van de organisaties het beoogde resultaat. De andere organisaties gebruiken een andere definitie van de doelgroep die niet de totale populatie weergeeft.

Bij de peuters bereikt eenderde van de organisaties 95 procent of meer, maar als alleen naar de in het werkgebied woonachtige peuters wordt gekeken bereikt slechts 13 procent dit resultaat.

In totaal zeven organisaties kunnen geen bereikcijfers geven en één organisatie heeft een bereik van minstens 95 procent van alle ingeschreven zuigelingen en peuters samen.

Bereik van de JGZ 4-19

De JGZ 4-19 gaat voor het bereik ten aanzien van de PGO's uit van het totaal aantal leerlingen per groep of klas in het werkgebied. Als niet per groep of klas maar per leeftijdscategorie wordt onderzocht gaat het meestal om alle kinderen van die leeftijd die in het werkgebied woonachtig zijn en daar ook naar school gaan.

In 2003/2004 haalt ruim 40 procent van de organisaties voor het PGO groep 2 een bereik van tenminste 95 procent. Drie organisaties kunnen hier geen bereikcijfer geven en één organisatie voert geen PGO uit.

Bij het voortgezet onderwijs is gekeken naar het bereik van de leerlingen van klas 1 of 2. Een bereik van minstens 95 procent wordt op het gehele voortgezet onderwijs (VMBO, HAVO én VWO) door ongeveer 25 procent van de JGZ 4-19 gehaald; bij 50-60 procent ligt het bereik lager en 4x is het niet bekend. Geen PGO op HAVO/VWO is er 9x en geen PGO op VMBO is er 5x.

3.2 Aanpak door de JGZ van gezondheidsproblemen, –bedreigingen en risicogroepen

Hierbij is gekeken naar het inzicht dat de JGZ heeft in de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied, naar de vastgestelde problemen, bedreigingen en risicogroepen, aan welke hiervan recent de meeste tijd is besteed in het jaarprogramma en de mate waarin dit overeenkomt met de door de JGZ vastgestelde gezondheidssituatie. De inspectie belicht vervolgens enkele specifiek op een aantal risicogroepen of problemen gerichte activiteiten vanuit de JGZ. Tenslotte wordt gekeken naar een

aantal specifieke programma's en projecten vanuit de gemeenten op de jeugd gericht en in hoeverre deze de doelgroep bereiken.

3.2.1 Inzicht van de JGZ in de problemen, bedreigingen en risicogroepen

In paragraaf 1.3.4 van deze bijlage is nagegaan of de JGZ inzicht kan geven in de gezondheidssituatie van de jeugd in het werkgebied door het benoemen van wat recent door hen zelf als belangrijkste gezondheidsproblemen, gezondheidsbedreigingen en risicogroepen is vastgesteld.

Inzicht in de gezondheidssituatie

De inspectie heeft een beoordeling gegeven (zie tabel 27) van de mate van inzicht dat de JGZ in 2003-2004 heeft in de gezondheidssituatie van de jeugd en in de aard en omvang van de risicogroepen. Het inzicht in de gezondheidssituatie omvat de wijze waarop de gegevens worden verzameld, de mate waarin profielen worden opgesteld en het aantal gezondheidsproblemen dat kan worden benoemd.

Tabel 27

Oordeel inspectie over het inzicht van de JGZ in de gezondheidssituatie en risicogroepen

	<i>voldoende bij JGZ 0-4</i>	<i>voldoende bij JGZ 4-19</i>
Inzicht in gezondheidssituatie	20%	16%
Inzicht in risicogroepen	48%	33%

Opvallend hierbij is dat regelmatig is aangegeven (hoewel hier in de vragenlijst niet naar is gevraagd), dat dit inzicht lang niet altijd berust op (epidemiologische) gegevensverzamelingen, maar op de ervaringen van de JGZ-medewerkers zelf vanuit de onderzoeken van en andere contacten met jeugdigen en vanuit contacten met intermediairen.

3.2.2 De mate van tijdsbesteding door de JGZ aan de vastgestelde problematiek

Aan de JGZ is gevraagd voor welke gezondheidsproblemen (met een maximum van 3 bij JGZ 0-4 en van 4 bij JGZ 4-19), risicogroepen (met een maximum van 4) en gezondheidsbedreigingen (met een maximum van 3 bij JGZ 0-4 en van 4 bij JGZ 4-19) van de jeugd in het werkgebied in het meest recente jaarprogramma naar verhouding de meeste tijd is ingeruimd. Een aantal organisaties, met name bij de JGZ 0-4, had kennelijk wat moeite met (de formulering van) deze vragen en heeft hier niets of onbekend ingevuld.

Tijdsbesteding bij de JGZ 0-4

In de volgende tabellen wordt weergegeven wat de JGZ 0-4 noemt als gezondheidsproblemen (tabel 28), risicogroepen (tabel 29) en gezondheidsbedreigingen (tabel 30), waarvoor de meeste tijd is ingeruimd binnen het jaarprogramma. In elke tabel wordt aangegeven door hoeveel organisaties de betreffende vraag is beantwoord. De andere organisaties hebben hier niets of 'onbekend' ingevuld of een onbruikbaar antwoord gegeven.

Tabel 28

Tijdsbesteding van de JGZ 0-4 in relatie tot de problematiek

<i>De meeste tijd wordt ingeruimd voor:</i>	<i>aantal JGZ 0-4 (N = 53)</i>
Problematiek ten aanzien van de spraak-/taalontwikkeling	31
Psychosociale problemen	28
Voedingsproblematiek	19
Obesitas	18
Ontwikkelingsstoornissen	12
Astma/allergie	5

Andere problemen, zoals gehoorproblematiek en oogpathologie, worden 4x of minder genoemd. De meeste organisaties vullen hier 2 of 3 gezondheidsproblemen in.

Tabel 29

Tijdsbesteding van de JGZ 0-4 in relatie tot de risicogroepen

<i>De meeste tijd wordt ingeruimd voor:</i>	<i>aantal JGZ 0-4 (N = 48)</i>
Kinderen in multi-problem gezinnen	28
Kinderen van allochtonen	25
Kinderen in gezinnen in slechte sociale omstandigheden	24
Huilbaby's	14
Kinderen met allergieën	11
Kinderen met (een) ouder(s) met ernstige psychiatrische problematiek	11
Kinderen met ADHD	9
Kinderen van asielzoekers/vluchtelingen	6

De meeste organisaties hebben hier 4 dan wel 3 risicogroepen ingevuld.

Tabel 30

Tijdsbesteding van de JGZ 0-4 in relatie tot de gezondheidsbedreigingen

<i>De meeste tijd wordt ingeruimd voor:</i>	<i>aantal JGZ 0-4 (N = 44)</i>
Opvoedingsproblematiek	36
Kindermishandeling	28
Passief roken	15
Ongezonde voeding	9
Huiselijk geweld	6
Onveilige leefomgeving	6
Armoede	4

De meeste organisaties geven 3 dan wel 2 gezondheidsbedreigingen aan.

Tijdsbesteding bij de JGZ 4-19

In de volgende tabellen wordt weergegeven wat de JGZ 4-19 noemt als gezondheidsproblemen (tabel 31), risicogroepen (tabel 32) en gezondheidsbedreigingen (tabel 33) waarvoor de meeste tijd is ingeruimd in het jaarprogramma. Ook hier is per tabel aangegeven hoeveel organisaties deze vraag hebben ingevuld.

Tabel 31

Tijdsbesteding van de JGZ 4-19 in relatie tot de problematiek

<i>De meeste tijd wordt ingeruimd voor:</i>	<i>aantal JGZ 4-19 (N = 40)</i>
Psychosociale problemen bij kinderen op basisonderwijs	35
Psychosociale problemen bij jeugdigen op voortgezet onderwijs	31
Obesitas	17
Hoog alcohol gebruik onder de jeugd	7
ADHD	4
Tandcariës	4

Andere problemen, zoals roken en depressie, worden 3x of minder genoemd. Alle organisaties geven minstens 2 problemen aan; de meeste organisaties vullen er 4 in.

Tabel 32

Tijdsbesteding van de JGZ 4-19 in relatie tot de risicogroepen

<i>De meeste tijd wordt ingeruimd voor:</i>	<i>aantal JGZ 4-19 (N = 38)</i>
Leerlingen van het speciaal onderwijs	37
Leerlingen van achterstandsscholen	28
Kinderen van allochtonen	9
Voortijdige schoolverlaters	9
Alleenstaande minderjarige asielzoekers	7
Kinderen van asielzoekers/vluchtelingen	3

Meestal zijn hier 3 dan wel 2 risicogroepen ingevuld.

Tabel 33

Tijdsbesteding van de JGZ 4-19 in relatie tot de gezondheidsbedreigingen

<i>De meeste tijd wordt ingeruimd voor:</i>	<i>aantal JGZ 4-19 (N = 39)</i>
Opvoedingsproblematiek	30
Roken/drinken/druggebruik	22
Slechte voedingsgewoonten	17
Kindermishandeling	13
Onvoldoende veiligheid en/of hygiëne op scholen	8
Intolerantie en discriminatie op scholen*	7
Armoede	5
Huiselijk geweld	4
Onveilig vrijen	3

* Hierbij wordt pesten 4x apart genoemd

De meeste organisaties geven hier 3, 4 of zelfs meer gezondheidsbedreigingen aan.

3.2.3 De relatie tussen de tijdsbesteding en de vastgestelde problematiek

De inspectie heeft de gezondheidsproblemen, risicogroepen en gezondheidsbedreigingen die door de JGZ als de belangrijkste binnen hun werkgebied zijn vastgesteld vergeleken met de problemen, groepen en bedreigingen waarvoor de meeste tijd in het jaarprogramma is ingeruimd. Dit geeft enig inzicht in de mate waarop de JGZ zich bij het opstellen van het jaarprogramma laat leiden door de gezondheidssituatie van de jeugd in de regio en de vastgestelde problematiek. Deze relatie blijkt in de praktijk nog vaak te ontbreken. Bij de JGZ 0-4 heeft de inspectie deze relatie bij 17 procent als voldoende beschouwd en bij de JGZ 4-19 bij 28 procent.

De relatie bij de JGZ 0-4

Bij de JGZ 0-4 is er het volgende beeld wat betreft de gezondheidsproblematiek:

- Bij 3 organisaties komen de drie als belangrijkste vastgestelde problemen allen terug als de onderwerpen waarvoor relatief de meeste tijd is ingeruimd in het jaarprogramma.
- Bij 28 organisaties is sprake van enige relatie door het terugkomen van één (18x) of twee (10x) vastgestelde problemen in het jaarprogramma wat betreft de ingeruimde tijd.
- Geen enkele relatie tussen vastgestelde problematiek en de ingeruimde tijd is er bij 11 organisaties.
- 19x (bij 31%) is het hier niet te beoordelen, doordat er antwoorden ontbreken of onbekend is ingevuld.

Wat betreft de risicogroepen is er bij de JGZ 0-4:

- Bij 6 organisaties is er volledige overeenkomst tussen de vastgestelde groepen en die waarvoor de meeste tijd is ingeruimd in het jaarprogramma.
- Bij 24 organisaties met JGZ 0-4 sprake van enige relatie met het overeenkomen van één (8x) of twee (16x) risicogroepen.
- Geen enkele relatie is er bij 4 organisaties.
- 27x (bij bijna 45%) is het niet vast te stellen.

Ten aanzien van de gezondheidsbedreigingen zijn:

- Bij 2 organisaties krijgen de drie als voornaamste vastgestelde bedreigingen ook de meeste tijd in het jaarprogramma.
- Bij 27 organisaties is sprake van enige relatie door het overeenkomen van één (13x) of twee (14x) bedreigingen.
- 2x is er geen enkele relatie.
- 30x (bij ongeveer 50%) is het niet vast te stellen.

De relatie bij de JGZ 4-19

Bij de JGZ 4-19 is er wat betreft de gezondheidsproblematiek:

- Bij geen enkele organisatie komen de drie als belangrijkste vastgestelde problemen terug als de drie onderwerpen waarvoor relatief de meeste tijd is ingeruimd.
- Bij 28 organisaties is sprake van enige relatie door het terugkomen van één (18x) of twee (10x) vastgestelde problemen in het jaarprogramma wat betreft de ingeruimde tijd.
- Geen enkele relatie is er bij 11 organisaties.
- 1x is het hier niet te beoordelen.

Wat betreft de risicogroepen is er bij de JGZ 4-19:

- Bij 11 organisaties volledige overeenkomst tussen de groepen qua vaststelling en qua ingeruimde tijd.
- Bij 24 organisaties sprake van enige relatie door het overeenkomen van één (9x) of twee (15x) risicogroepen qua vaststelling en qua ingeruimde tijd.
- Geen enkele relatie bij 2 organisaties.

Hier is het 3x niet vast te stellen.

Ten aanzien van de gezondheidsbedreigingen is er bij de JGZ 4-19:

- Bij 1 organisatie een volledige overeenkomst tussen de vier als voornaamste vastgestelde bedreigingen en die waarvoor de meeste tijd in het jaarprogramma wordt ingeruimd.
- Bij 7 organisaties sprake van overeenkomst van de drie als voornaamste benoemde bedreigingen, waarvoor ook relatief de meeste tijd is ingeruimd.
- Bij 25 organisaties sprake van enige relatie door overeenkomst van één (12x) dan wel twee (13x) bedreigingen.
- Bij 5 organisaties geen enkele relatie.

Het is 2x niet vast te stellen.

3.2.4 Enkele gerichte activiteiten van de JGZ ten aanzien van de gezondheids-situatie

Groepsgerichte voorlichting

In paragraaf 1.3.7 van deze bijlage is aangegeven over welke onderwerpen de JGZ groepsgerichte voorlichting geeft. Zowel bij de JGZ 0-4 als de JGZ 4-19 wordt daarbij opvoeding door een flinke meerderheid van de organisaties genoemd. Bij de JGZ 0-4 komt op de tweede en derde plaats de ontwikkeling van peuters resp. van zuigelingen. Bij JGZ 4-19 zijn dat voeding en seksualiteit & relaties.

De inspectie is ook hierbij nagegaan in hoeverre de genoemde voorlichtingsonderwerpen overeenkwamen met de door de JGZ zelf als belangrijkste vastgestelde gezondheidsproblemen en –bedreigingen.

Bij de JGZ 0-4 is:

- Bij 41 organisaties (ongeveer driekwart) is sprake van overeenkomst, doordat aan minstens één probleem of bedreiging door middel van groepsgerichte voorlichting aandacht wordt besteed - lopend van het overeenkomen van één onderwerp (16x) tot 5 onderwerpen (2x).
- 3x geen enkele overeenkomst.
- 1x is het niet te beoordelen.

Bij de JGZ 4-19 is:

- Bij 37 organisaties (ruim 90%) is er overeenkomst - lopend van het overeenkomen van 1 onderwerp (3x) tot 7 onderwerpen (1x).
- 1x is er geen enkele relatie.
- 2x is het niet te beoordelen.

Opvoedingsondersteuning en logopedie

Bij de JGZ 0-4 is nagevraagd of er op individueel niveau opvoedingsondersteuning aan ouders wordt aangeboden. Bij 54 organisaties (bijna 90%) is dat het geval. Vrijwel altijd wordt dit gedaan door verpleegkundigen, die bij ongeveer eenderde van de organisaties hiertoe speciaal zijn geschoold. Bij iets minder dan de helft van de organisaties (26x) voeren ook pedagogisch of psychologisch geschoolde medewerkers deze ondersteuning uit. Bij 15 organisaties (een kwart) wordt het uitsluitend door niet specifiek hiervoor geschoolde verpleegkundigen gedaan.

Het verstrekken van logopedie is nagevraagd bij de JGZ 4-19. Bij 33 organisaties (ruim 80%) wordt dit geboden en wel in de vorm van preventieve logopedie. In al deze gevallen betreft het een logopedische screening. Bij iets meer dan de helft van de JGZ 4-19 geven logopedisten voorlichting en advisering over de spraak-/taalontwikkeling ten behoeve van individuele kinderen en bij 40 procent geven zij ook groepsvoorlichting over dit onderwerp.

Verder beschikken 13 GGD'en (eenderde) over logopedisten voor het verlenen van curatieve logopedie, meestal op het basisonderwijs, maar niet altijd in alle gemeenten binnen het werkgebied.

Zorg aangeboden aan enkele specifieke risicogroepen

Door de inspectie is verder nog nagegaan of de JGZ zorg verleent aan een aantal specifieke risicogroepen.

Bij de JGZ 0-4 zegt driekwart van de organisaties preventieve zorg te verlenen aan asielzoekerskinderen, zowel binnen (40x) als buiten de asielzoekerscentra (44x). In niet alle regio's is er overigens zo'n centrum aanwezig. Zorg voor de oudere kinderen van asielzoekers in centra wordt als regel verleend door de MOA; toch zegt de JGZ 4-19 12x dit (ook) te doen.

Verder zegt ongeveer driekwart van de organisaties met JGZ 0-4 zorg te verlenen aan kinderen van illegalen (mocht de situatie zich voordoen). Bij de JGZ 4-19 verleent iets meer dan de helft van de organisaties (21x) zorg aan illegalen.

Alle organisaties met JGZ 4-19 zijn betrokken bij het speciaal onderwijs o.a. door:

- Het verrichten van een PGO bij leerlingen bij aanmelding (38x).
- Herhaling van het PGO op gezette tijden (33x - waarbij eenderde zich houdt aan de in de richtlijn contactmomenten aangegeven frequentie^[j] van het PGO - en 4x alleen een screening wordt verricht).
- Onderzoek op indicatie (39x).
- Verslaglegging (35x).
- Deelname aan plaatsings- (20x) of begeleidingscommissies (38x) of aan (andere) zorgteams (18x).

Hierbij worden verder onder andere nog genoemd: dossieronderzoek, overleg met directie, bijdragen aan ouderavonden, inloopsprekuren en het uitdelen van medicatie.

Bij de JGZ 4-19 verricht 70 procent van de organisaties (28x) onderzoeken bij instroomleerlingen (net uit het buitenland afkomstige, niet-Nederlandstalige leerlingen), zowel op het basisonderwijs als op het voortgezet onderwijs, terwijl dit 6x alleen voor de instroom op het basisonderwijs wordt gedaan en 4x alleen voor het vo. Een aantal organisaties geeft hierbij aan dat er geen instroomklassen zijn in het werkgebied.

De situatie in 2000

Ook in 2000 is nagevraagd of de JGZ zorg leverde aan een aantal specifieke risicogroepen.

Zorg aan kinderen van asielzoekers leverde driekwart van de JGZ 0-4 en een kwart van de JGZ 4-19. Bij de JGZ 0-4 werd 1x aangegeven dat de MOA deze zorg verleende. De rest gaf aan dat er geen asielzoekerscentrum in het werkgebied was. Bij de JGZ 4-19 gaf driekwart aan deze zorg niet te leveren (zorg werd geleverd door MOA dan wel geen centrum in het werkgebied).

Bij de JGZ 0-4 werd door 95 procent aangegeven dat er zo mogelijk zorg aan kinderen van illegalen werd geleverd. Bij de JGZ 4-19 deed driekwart dat en gaf de rest aan dat het niet bekend was.

Zorg aan leerlingen van het speciaal onderwijs werd ook in 2000 door de gehele JGZ 4-19 gegeven en zorg aan instroomleerlingen op het regulier (basis- én voortgezet) onderwijs werd door driekwart verleend (met 5x geen zorg en 5x geen aparte instroom).

3.2.5 Enkele specifieke op de jeugd gerichte activiteiten vanuit gemeentelijk perspectief en het bereik hiervan

In het onderzoek naar de bestuurlijke betrokkenheid is aan de gemeenten gevraagd of zij bepaalde specifieke projecten of programma's uitvoeren en in welke mate de beoogde doelgroep hierbij wordt bereikt. Een deel van deze activiteiten is gericht op de jeugd; dit wordt hier weergegeven.

In totaal 79 van de 85 gemeenten hebben deze vraag beantwoord. Het gaat hierbij overigens niet alleen om activiteiten die door de JGZ aan de jeugd worden aangeboden; er is gevraagd of de betreffende activiteit door enige instelling binnen de gemeente wordt uitgevoerd.

[j] Tweejaarlijks een PGO onder de leeftijd van 8 jaar en vanaf die leeftijd driejaarlijks een PGO.

Bewegen van kinderen is bij driekwart van de gemeenten een activiteit die wordt uitgevoerd. Slechts 15 procent kan echter aangeven wat het bereik van de jeugd ten aanzien van deze activiteit is. Het bereik loopt daarbij van 50 -100 procent met 1x een percentage van 19 procent.

In 85 procent van de gemeenten worden preventieve activiteiten ten aanzien van roken en alcoholgebruik bij de jeugd uitgevoerd en bij tweederde op het gebied van drugs en jeugd. Wat betreft roken bij de jeugd geeft krap 30 procent van de gemeenten, die dergelijke activiteiten laten uitvoeren, aan dat het bereik van activiteiten op dit gebied bekend is en dat het loopt van 50 procent -100 procent met 1x 7 procent en 1x 26 procent. Ten aanzien van alcoholgebruik bij de jeugd geeft bijna 25 procent van deze gemeenten aan dat het bereik bekend is en dat het loopt van 70-100 procent met 1x 7 procent, 1x 20 procent en 1x 30 procent. Van preventieve drugsprogramma's voor de jeugd is het bereik bij ongeveer 20 procent van deze gemeenten bekend; het loopt van 70-100 procent met 1x 7 procent, 1x 15 procent, 1x 20 procent en 1x 25 procent. Tenslotte noemen gemeenten ook huiselijk geweld: 70 procent geeft aan activiteiten op dit terrein te laten uitvoeren. Hierbij is maar 1x het bereik van gezinnen bekend (40%).

BIJLAGE 4 Bevorderende en belemmerende factoren

1 Landelijke prioriteiten in de preventienota

In de landelijke preventienota van 2003 *Langer gezond leven* ^[11] geeft het rijk aan dat veel jongeren ongezond leven: te veel roken en drinken, te weinig groente en fruit eten, te weinig bewegen en onveilig vrijen.

Het rijk noemt verder als speerpunten van beleid: roken, overgewicht en diabetes en kiest voor een aanpak die de mensen ook daadwerkelijk kan bereiken – voor de jeugd is dat met name op school en in de wijk. De jeugd wordt verder in de nota genoemd als één van de drie belangrijkste doelgroepen. Inzet van de jeugdgezondheidszorg komt aan bod voor de preventie en aanpak van overgewicht bij kinderen en voor (individuele en collectieve) opvoedingondersteuning.

In de nota wordt ook aandacht besteed aan de ‘nieuwe’ Wet collectieve preventie volksgezondheid en de gevolgen voor vorm, aanbod en takenpakket van de JGZ, de verdere wetenschappelijke onderbouwing van het basistakenpakket en de verdere ontwikkeling van standaarden en protocollen voor de JGZ, de rol van gemeenten ten aanzien van het basistakenpakket en de wenselijkheid van versterking van de samenwerking van alle betrokkenen binnen het veld van de jeugd om de gezondheid van de jeugd een extra impuls te geven.

Hiermee biedt de nota dus enkele belangrijke aanknopingspunten voor gemeenten en de JGZ wat betreft de gezondheid van de jeugd.

2 Gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid

Uit het onderzoek van SGB0 bij een steekproef van 80 gemeenten naar de gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid ^[1] is gebleken dat de integratie van de JGZ bij een meerderheid van de gemeenten als onderwerp in de nota voorkomt. Bij een grote meerderheid is er bovendien aandacht voor gezondheidsbedreigingen van de jeugd; voor de gezondheidssituatie en de zorgbehoefte van de jeugd is dat wat minder. Aanknopingspunten voor de JGZ zijn er zeker en kansen liggen hier dus ook.

De in de preventienota aangegeven landelijke prioriteiten zoals overgewicht, roken en alcoholproblematiek komen ook in een grote meerderheid van de gemeentelijke nota's terug, maar worden daar verder helaas zelden in verband met de jeugd gebracht.

3 Activiteiten van het Platform JGZ

Het Platform JGZ heeft een aantal activiteiten opgezet en uitgevoerd ter inhoudelijke ondersteuning van de integrale JGZ ^[17]:

- Het vaststellen van de Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar ^[8].
- Het totstandkomen van de richtlijn ‘Eenheid van taal’ voor de JGZ (gebruik eenduidige definities van producten en activiteiten en het eenduidig registreren van verrichte activiteiten).
- Het vaststellen van het signaleringsprotocol overgewicht.
- Het verrichten van onderzoek naar de uitvoering van het basistakenpakket.
- Het aanpassen van de toedeling van de producten van het basistakenpakket naar uniform en maatwerk op enkele onderdelen.

De eerste vier activiteiten zijn voorlopig afgerond (tot op termijn bijstelling nodig is); over de toedeling van de producten van het basistakenpakket is mei 2005 een conceptadvies verschenen.

4 De Operatie Jong en de Invent Groep

De operatie Jong, waarbij door meerdere departementen wordt samengewerkt, wil de samenhang in het jeugdbeleid versterken en de samenwerking tussen rijk, provincies, gemeenten en partners verbeteren met als doel een sterk resultaatgericht jeugdbeleid^[14]. Een belangrijke doelstelling is het totstandkomen van sluitende ketens van zorg voor jeugdigen.

Als onderdeel hiervan wordt onder meer voorzien in een laagdrempelige opvoedingsondersteuning; dit wordt gezien als een onderdeel van het huidige aanbod in het basistakenpakket JGZ. Verder beoogt 'Jong' een coördinerende rol voor de JGZ 0-4 ten aanzien van de zorg voor en hulpverlening aan risicogezinnen. Voor oudere kinderen legt 'Jong' deze coördinerende rol bij het onderwijs. Het gaat hierbij om drie aparte onderdelen – primair onderwijs (van 4-12 jaar), voortgezet onderwijs (van 12 jaar tot schoolverlaten) en de Regionale Meld- en Coördinatiefunctie voor voortijdige schoolverlaters (tot einde leerplicht) – hetgeen even zovele malen overdracht nodig maakt met alle risico's vanden ten aanzien van verlies van continuïteit. Bovendien worden jeugdigen die niet meer leerplichtig zijn op deze wijze gemist. Het lijkt een logischer oplossing ook voor de jeugd van 4-19 jaar de coördinatie bij de JGZ te leggen. Onderzoek hiernaar is inmiddels ook toegezegd.

Het rijk is van mening dat de signalerende taak van de JGZ ten aanzien van risicofactoren en potentiële probleemkinderen moet worden versterkt. Hiervoor is in 2004 de Invent Groep opgericht, bestaande uit vier hoogleraren met expertise op het gebied van de jeugdproblematiek en bedreigingen van de jeugd. Deze Invent Groep advies uitbrengen over een methodiek voor de JGZ voor het beter signaleren, inventariseren en registreren van risicofactoren bij het jonge kind en in zijn directe omgeving, die tot een ongewenste ontwikkeling van het kind kunnen leiden. De groep moet hiertoe komen tot een risicoprofiel, niet als statisch gegeven, maar meer als een proces waaraan op gezette tijden door de JGZ informatie wordt toegevoegd en waarbij dan steeds een afweging gemaakt moet worden van (de mate van) het risico dat het kind loopt ten aanzien van zijn ontwikkeling en het wel of niet aanpakken daarvan. Naast deze vroegsignalering moet de groep een inventaristie maken van de al aanwezige evidence based interventies op dit gebied en de gewenste, nog te ontwikkelen, interventies.

De Invent Groep heeft inmiddels medio 2005 een conceptrapport voor commentaar naar alle betrokken partijen gestuurd. Naar verwachting zal het advies in het najaar van 2005 worden uitgebracht.

5 Voorwaardescheppende en kwaliteitsbevorderende factoren

Naast de (inhoudelijk gerichte) activiteiten van het Platform JGZ kan hierbij gedacht worden aan de totstandkoming van een HKZ-schema voor de JGZ (begin 2005 afgerond) en de ondersteuning van de implementatie hiervan, het verder ondersteunen vanuit het rijk van de totstandkoming van een productbegroting van de JGZ, gebaseerd op het basistakenpakket en een methode ten behoeve van benchmarking van de JGZ – allemaal methoden om de kwaliteit in de JGZ verder te verbeteren om zo te kunnen komen tot de beoogde kwalitatief hoogwaardige JGZ. Een deel hiervan is onderdeel

van het in 2005 gestarte Programma Kwaliteit Collectieve Preventie. Dit driejarige programma wordt in opdracht van het ministerie van VWS aangestuurd door ZON/MW; het wordt uitgevoerd door VNG, GGD Nederland en Z-org.

Ook de ontwikkelingen ten aanzien van de door het NICTIZ ondersteunde proces ter verdere gerichte automatisering van de JGZ, met name de ontwikkeling van het elektronisch integraal dossier en de monitoring van de jeugd door de JGZ moeten in dit kader genoemd worden.

6 De mate van evidence based werken

Evenals op andere terreinen binnen het jeugdveld ^[12] zijn er ook binnen de JGZ nog te weinig evidence based interventies.

Er zijn inmiddels – sinds de start eind negentiger jaren - vier onderzoeksstandaarden ontwikkeld (gehoor, visus, scoliose en houdingsafwijkingen en congenitale hart-afwijkingen), maar nog niet of niet volledig geïmplementeerd. Verder zijn er de wetenschappelijk onderbouwde groeidiagrammen en sinds kort het signalerings-instrument overgewicht. Een standaard JGZ voor signaleren en onderzoeken van kindermishandeling komt binnenkort gereed; de JGZ maakt al gebruik van de door de KNMG ontwikkelde meldcode kindermishandeling.

Gevalideerde vragenlijsten voor het vaststellen van psychosociale problematiek bij kleuters (LSPPK) en bij adolescenten (KIVPA) worden door een meerderheid van de JGZ gebruikt. Medio 2005 is een gevalideerde vragenlijst voor de tussengroep (6-12 jaar) beschikbaar gekomen.

Diverse methodieken voor opvoedingsondersteuning door de JGZ bij jonge kinderen zijn net op hun bruikbaarheid getoetst en worden waar nodig te zijner tijd aangevuld met verder nog te ontwikkelen activiteiten ^[26].

TNO-PG heeft onlangs een boekje uitgegeven ^[13] met een veertigtal effectieve of effectief geachte activiteiten, zoals de hieprikscreening, de vaccinaties en de neonatale gehoorscreening.

Ook op andere terreinen binnen de JGZ vinden de nodige ontwikkelingen plaats, maar is hier het verdere verloop vaak heel traag. Zo heeft er enige jaren geleden de programmeringsstudie plaatsgevonden voor het bepalen van prioriteiten ten aanzien van het ontwikkelen van evidence based methodieken voor de JGZ ^[27]. ZON/MW gebruikt dit weliswaar bij het toetsen van ingediende onderzoeksvoorstellen, maar een meer doelgericht vervolg laat nog steeds op zich wachten.

Waar al wel evidence based methodieken zijn ontwikkeld, zoals de verschillende JGZ-standaarden voor screening en signalering, is er vaak nog te weinig aandacht voor de implementatie. Al met al leidt het ertoe dat het nog vele jaren kan duren voordat de meeste activiteiten binnen de JGZ ook daadwerkelijk wetenschappelijk zijn onderbouwd.

De JGZ kan hier uiteraard niet op wachten en gaat er in de praktijk dan ook meestal toe over om zelf methodieken en activiteiten te ontwikkelen en toe te passen. Niet altijd wordt daarbij gekeken of er mogelijk elders al het een en ander is ontwikkeld en vaak probeert men het wiel weer zelf uit te vinden. Als de JGZ wél door anderen ontwikkeld materiaal gebruikt, wordt dat vrijwel altijd aangepast aan de eigen behoeften en werkwijzen. En helaas heeft men ook wel de neiging om – als er al een evidence methodiek beschikbaar komt – toch nog lange tijd aan de eigen vertrouwde

methode vast te blijven houden of deze zodanig aan te passen dat de wetenschappelijke basis wordt aangetast.

7 Geografische knelpunten

Het feit dat de regio's van de GGD'en de thuiszorgorganisaties zelden overeenkomen vormt een belemmering bij de samenwerking. Van een exacte overeenkomst van werkgebieden is slechts 5x sprake en in nog eens twee regio's komen de werkgebieden vrijwel overeen. In het geval dat de werkgebieden niet of niet geheel overeenkomen moet over en weer altijd met meer dan één organisatie samengewerkt worden. Van de GGD' en heeft slechts 38 procent met één thuiszorgorganisatie te maken wat betreft de JGZ en van de thuiszorgorganisaties heeft tweederde te maken met één GGD. De rest van de GGD'en en de thuiszorgorganisaties heeft te maken met 2 of 3 collega JGZ-organisaties en een enkeling zelfs met meer; in één geval zelfs met 6 organisaties. Relatief vaak is er dan sprake van een kleine overlap van werkgebieden van bijvoorbeeld één of enkele (kleine) gemeente(n).

Een tweede probleem dat zich op geografisch gebied kan voordoen is het feit, dat bij de jeugd problemen kunnen voorkomen die zich hoofdzakelijk beperken tot bepaalde bevolkingsgroepen of bepaalde gebieden zoals de grote steden. Hierbij kan gedacht worden aan een lage vaccinatiegraad, tienerzwangerschappen, het fenomeen 'loverboys' of de toename van SOA's, ook onder jeugdigen. Het ontwikkelen van een evidence based aanpak op landelijk niveau heeft dan binnen de JGZ niet altijd hoge prioriteit, hoewel het in de betreffende regio een ernstig probleem kan vormen.

Ook het tegenovergestelde kan zich voordoen: zo kan een qua omvang relatief klein probleem zoals meisjesbesnijdenis ineens – in dit geval door grote politieke belangstelling - veel aandacht vanuit de JGZ vragen. Hoewel het een ernstig probleem betreft, gaat het wat de ernstige vormen betreft om hooguit enkele gevallen op jaarbasis^[k]. Hierdoor komen de verhoudingen binnen de toch al beperkt beschikbare tijd binnen de JGZ erg scheef te liggen. Het is de vraag of een dergelijke wijze van prioritering de JGZ én daarmee de jeugd op den lange duur ten goede komt.

8 Onduidelijkheid ten aanzien van de integratie

De integratie is een belangrijk doel van de JGZ, maar de WCPV geeft verder geen enkele invulling aan wat met deze integratie wordt beoogd – niet anders dan het bieden van een sluitend aanbod vanuit de JGZ met één basistakenpakket en onder regie van de gemeenten.

Het ontbreken van een landelijke visie op de integrale JGZ leidt ertoe dat overal wordt geworsteld met het begrip integrale JGZ en dat hier overal een eigen invulling aan kan worden gegeven. Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat ook daadwerkelijk te gebeuren. Dit is niet in het belang van de JGZ om te komen tot een kwalitatief sterke, landelijk herkenbare JGZ zonder cesuur, die als belangrijke basis het aanbieden van een uniform takenpakket aan alle kinderen in Nederland heeft. Voor ouders leidt dat tot

[k] De RVZ heeft in verband met aan de minister uit te brengen advies over vrouwelijke genitale verminking (VGV) onderzoek laten uitvoeren naar het voorkomen hiervan. Op basis hiervan wordt geschat dat jaarlijks tenminste 50 in Nederland wonende minderjarige meisjes worden besneden. De meest ernstigste vorm komt, voor zover bekend, niet of nauwelijks meer voor. (Informatie afkomstig uit het Kabinetsstandpunt RVZ-advies bestrijding VGV van 26 augustus 2005).

behoud van de laagdrempeligheid van de JGZ, die tevens – zonder de cesuur - de band met ouders kan verstevigen. Ook voor de samenwerking binnen het jeugdveld en de coördinerende functie die de JGZ daar zou moeten hebben is een overal herkenbare, eenduidige JGZ van groot belang. Een JGZ, die er organisatorisch en voor een deel van de inhoud, vorm en uitvoering van het basistakenpakket naar gelang de regio weer anders uitziet, kan landelijk gezien geen integrale JGZ 0-19 worden genoemd.

9 Onduidelijkheid ten aanzien van (de toedeling binnen) het basistakenpakket

De in het 'groene boekje' van VWS^[7] gemaakte toedeling aan uniform deel en maatwerkdeel binnen het basistakenpakket heeft tot enkele onduidelijkheden en enkele controverses geleid, met name wat betreft toedeling van zorg op maat en individuele voorlichting aan het maatwerkdeel. Een aantal van deze taken, zoals advisering, begeleiding of (het toewerken naar) verwijzing is onderdeel van het maatwerk, maar vloeit wél direct voort uit het uniforme deel (signalering, risicoschatting). Een deel ervan, zeker op het gebied van advisering (bijvoorbeeld over slaaphouding en wiegendood, gebruik van vitamine AD en vitamine K, borstvoeding, bewegen bij overgewicht) is wetenschappelijk onderbouwd ('evidence based') en in die gevallen is het – zeker als het qua uitvoering past binnen de (werkwijze van de) JGZ – onjuist of soms zelfs onethisch als het vervolgens niet aangeboden zou kunnen worden, omdat het geen onderdeel vormt van het maatwerk in de betreffende gemeente.

Gemeenten hebben daarbij vaak ook in financiële zin moeite met het onderscheid tussen uniform deel en maatwerkdeel.

Dit heeft ertoe geleid dat het Platform in mei 2005 een advies heeft uitgebracht over aanpassing van het basistakenpakket op enkele onduidelijke dan wel controversiële punten. Helaas blijkt hierbij geen consensus in het veld van de JGZ te zijn verkregen over een principiële wijziging in de uitgangspunten van de toedeling. De uiteindelijke aanpassing is daardoor zeer beperkt. Terecht wordt er door het platform op gewezen, dat er, vooruitlopend op de evaluatie van de gehele integrale JGZ in 2006, een fundamentele discussie gevoerd moet worden over de gewenste doelen van de JGZ, wat nodig is om die te bereiken en of het huidige basistakenpakket (met de daarbij gehanteerde toedeling) de juiste juridische vertaling hiervan is.

BIJLAGE 5 Het bereik van de JGZ in 2003-2004

1 Het bereik van de JGZ 0-4

Voor het bepalen van het bereik neemt de JGZ 0-4 niet altijd dezelfde doelgroep. Het kan gaan om het bereik van de in het werkgebied woonachtige zuigelingen (0-1 jaar) en peuters (1-4 jaar), de zuigelingen en peuters die bij de JGZ 0-4 ingeschreven staan dan wel in zorg zijn (dat wil zeggen met een minimum aantal contacten per jaar), het aantal zuigelingen en peuters per bureau of het aantal opgeroepen zuigelingen en peuters. Alleen in het eerste geval kan gesproken worden over de totale populatie van die leeftijdsgroep in het werkgebied, de populatie waaraan de JGZ de preventieve zorg in elk geval moet aanbieden - ook al zal niet elke ouder daar voor zijn kind gebruik van willen of kunnen maken.

In 2004 kunnen 7 organisaties met JGZ 0-4 geen bereikcijfers geven en bij één organisatie gaat het om een bereikcijfer van ≥ 95 procent van het aantal ingeschreven kinderen in de leeftijdsgroep van 0-4 jaar (zuigelingen en peuters samen). De rest van de organisaties kan de cijfers van het bereik van de zuigelingen en de peuters apart geven. Dit levert het volgende beeld op voor de zuigelingen:

- Bereik van ≥ 95 procent bij 75 procent van de organisaties (46x), waarbij het bij 26 procent gaat om het bereik van de in het werkgebied woonachtige zuigelingen (16x).
- Bereik van 90-95 procent bij 8 procent van de organisaties (5x) waarbij 2x woonachtig in het werkgebied.
- Bereik van 85-90 procent bij 2 organisaties, waarbij het niet gaat om in het gebied woonachtige zuigelingen.

Voor de peuters is er in 2004 het volgende beeld:

- Bereik van ≥ 95 procent bij eenderde van de organisaties (20x), waarbij het bij 13 procent gaat om het bereik van de in het werkgebied woonachtige peuters (8x).
- Bereik van 90-95 procent bij eenderde van de organisaties (20x), waarbij eveneens bij 13 procent gaat om woonachtig in het werkgebied (8x).
- Bereik van 85-90 procent bij 18 procent van de organisaties (11x), waarbij 2x woonachtig in het werkgebied.
- Bereik van 80-85 procent bij 2 organisaties, waarbij het niet gaat om in het gebied woonachtige zuigelingen.

Extra consulten worden gegeven aan risicokinderen en -gezinnen. In totaal is bij iets meer dan 10 procent van de organisaties (7x) het bereikcijfer (in dit geval eigenlijk het opkomstcijfer) hiervan bekend, hoewel meer dan $\frac{3}{4}$ van de organisaties aangeeft wél het totaal aantal extra consulten op jaarbasis te registreren. Het opkomstcijfer van deze extra consulten loopt ten aanzien van de organisaties waar het wel bekend is uiteen van < 50 procent (1x) tot ≥ 95 procent (3x, waarbij één organisatie aangeeft dat deze hoge opkomst behaald wordt dankzij een project risicozorg).

2 Het bereik van de JGZ 4-19

De JGZ 4-19 gaat voor het bereik uit van het aantal leerlingen per jaargroep (bo) of -klas (vo) bij die organisaties die de contactmomenten (PGO's) op die basis verrichten. Organisaties die leeftijdscategorieën gebruiken (bijvoorbeeld 5- of 10-jarigen) berekenen

het bereik op basis van het aantal kinderen van die leeftijdscategorie dat woonachtig is de regio en daar ook naar school gaat.

Wat precies als doelgroep voor het bereik wordt gebruikt is bij de JGZ 4-19 (helaas) niet nagegaan; gemakshalve kan worden uitgegaan van schoolgaande kinderen.

Het bereik in 2003 of 2004 van de JGZ 4-19 ziet er als volgt uit.

Voor het PGO van leerlingen van groep 2 basisonderwijs (dan wel 5-jarigen):

- Bereik van ≥ 95 procent bij 17 organisaties (43 procent van het totaal).
- Bereik van 90-95 procent bij 11 organisaties (iets meer dan 25%).
- Bereik van 85-90 procent bij 6 organisaties (15%).
- Bereik van < 85 procent bij 2 organisaties (5%).

Hierbij geeft één organisatie aan dat er geen PGO wordt gehouden en bij drie organisaties is dit bereik niet bekend.

Voor het PGO van leerlingen van klas 1 of 2 HAVO/VWO:

- Bereik van ≥ 95 procent bij 10 organisaties (25 procent van het totaal).
- Bereik van 90-95 procent bij 8 organisaties (ruim 20%).
- Bereik van 85-90 procent bij 4 organisaties (10%).
- Bereik van < 85 procent bij 5 organisaties (iets meer dan 10%).

Hierbij geven negen organisaties aan dat er geen PGO wordt gehouden en bij vier organisaties is dit bereik niet bekend.

Voor het PGO van leerlingen van klas 1 of 2 VMBO:

- Bereik van ≥ 95 procent bij 11 organisaties (iets meer dan 25 procent van het totaal).
- Bereik van 90-95 procent bij 5 organisaties (iets meer dan 10%).
- Bereik van 85-90 procent bij 6 organisaties (15%).
- Bereik van < 85 procent bij 9 organisaties (iets meer dan 20%).

Hierbij geven 5 organisaties aan dat er geen PGO wordt gehouden en bij 4 organisaties is dit bereik niet bekend.

Het bereik(opkomst)percentage van extra contacten met leerlingen van het basisonderwijs en/of voortgezet onderwijs is bij een kwart van de organisaties bekend (9x), hoewel hier op één na alle organisaties aangeven het aantal extra contacten op jaarbasis te registreren. De opkomst loopt hierbij bij beide vormen van onderwijs van 70 procent tot > 90 procent.

Het bereik dan wel de opkomst voor extra onderzoeken op achterstandsscholen is bij vier organisaties bekend en loopt van 60 procent tot > 90 procent.