

Het kwetsbare kind centraal: Samen voor het resultaat

*Een herpositionering
van de
Jeugdgezondheidszorg*

Hulpverlening Gelderland Midden

Janine Bezem

Eveline Hund

April 2006

Samenvatting

Jeugdgezondheidszorg in regio Gelderland Midden

Kerntaak van de jeugdgezondheidszorg is het beschermen en bevorderen van de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van jeugdigen. De afdeling jeugdgezondheidszorg van Hulpverlening Gelderland Midden heeft moeten constateren dat zij met gebruikmaking van de huidige werkwijze, gebaseerd op de richtlijn contactmomenten basistakenpakket, haar beschermende en bevorderende functie niet optimaal kan waarborgen.

Hoewel de signalering door de jeugdgezondheidszorg hoog is, is er te weinig ruimte voor het aanbieden van adequate interventies zoals advisering, ondersteuning en lichte hulpverlening. De zorg voor risicokinderen en hun gezinnen komt daarmee in gevaar. Binnen de huidige werkwijze is er te weinig tijd om risicolijnen op te volgen en worden kinderen met problemen buiten de jaarcohorten van de contactmomenten onvoldoende gewaarborgd van zorg.

Landelijke ontwikkelingen

Ook landelijk zijn er ontwikkelingen gaande waar de JGZ binnen haar huidige werkwijze niet optimaal bij kan aansluiten. Dit heeft geleid tot een herinterpretatie van de richtlijnen van het basistakenpakket en het ontwikkelen van een nieuwe methodiek. Dit biedt voldoende ruimte om zorg te leveren aan het kwetsbare kind, in samenhang met alle andere partners binnen het jeugdveld.

Hoewel een uitgebreide landelijke evaluatie van het basistakenpakket gepland staat voor 2007, heeft Hulpverlening Gelderland Midden besloten deze niet af te wachten. HGM acht een herpositionering van de jeugdgezondheidszorg binnen het jeugdbeleid noodzakelijk om in te kunnen spelen op de landelijke ontwikkelingen. De JGZ moet zich flexibel en proactief opstellen om deel te nemen aan de ontwikkelingen rondom de vijf gemeentelijke taken van de WMO, waaronder zorgcoördinatie en lichte opvoedingsondersteuning en de intensivering van de sluitende ketenaanpak binnen Operatie Jong. Verder moet de JGZ anticiperen op de oprichting van Centra voor Jeugd en Gezin en de ontwikkelingen in het onderwijs zoals de opkomende zorgplicht en zorgnetwerken. Op deze manier is de jeugdgezondheidszorg een heel belangrijke en nuttige partner in het jeugdbeleid voor zowel gemeenten als scholen.

De jeugdgezondheidszorg speelt een belangrijke rol in al deze ontwikkelingen omdat zij onder gemeentelijke regie en financiering valt en daarmee deel is van de openbare volksgezondheid. Bovendien heeft de jeugdgezondheidszorg als enige instantie alle kinderen van -9 maanden tot 19 jaar in beeld vanwege haar toekomstig beheer van het Elektronisch Kind Dossier en toegang tot de GBA gegevens. Verder is de JGZ in de unieke positie om vanuit haar monitor een vertaalslag te kunnen maken tussen individuele problematiek en collectieve preventie. Tot slot heeft de JGZ een grote rol in het netwerk van scholen, gemeenten en ketenpartners.

Staatssecretaris Ross zet in op de jeugdgezondheidszorg als ruggengraat voor de Centra voor Jeugd en Gezin. Deze rol in combinatie met zorgcoördinatie binnen de sluitende keten van zorgnetwerken stelt de JGZ in staat om het kwetsbare kind en hun gezinnen te waarborgen van goede zorg. Hulpverlening Gelderland Midden wil dan ook graag haar invulling van het uniforme basistakenpakket en haar aanbod van maatwerk afstemmen op die ontwikkeling.

Peilers van de jeugdgezondheidszorg

HGM-JGZ heeft een aantal peilers geformuleerd:

- 1** Alle kinderen krijgen een basispakket aan zorg, waarbinnen goede monitoring wordt gewaarborgd via de universele cohortscreeningen en signalering van school en ouders. Zodra zich problemen voordoen wordt dit bij de jeugdgezondheidszorg ingebracht en daar opgepakt.
- 2** Het kwetsbare kind krijgt passende zorg op maat waardoor het snel op de juiste plek terecht komt voor hulp en zo vroeg mogelijke interventie gewaarborgd wordt. Dit mag niet meer alleen afhankelijk zijn van slechts drie contactmomenten.
- 3** Ouders en leerkrachten vinden in de jeugdgezondheidszorg een laagdrempelige voorziening waar ze hun opvoedkundige en ontwikkelingsvraagstukken neer kunnen leggen en binnen afzienbare tijd adequate hulp cq verwijzing vinden.
- 4** De aansluiting met andere vindplaatsen van signalen, zoals het gezin, de peuterspeelzaal, de school en de wijk wordt verbeterd.
- 5** De aansluiting binnen de zorgketen kan met recht integraal genoemd worden en het belang van het kind staat daarin altijd voorop met vraaggerichte zorg als uitgangspunt.

Een nieuwe werkwijze

Om dit zoveel mogelijk te kunnen garanderen binnen de inwonerbijdrage heeft HGM besloten om binnen het regulier onderwijs de standaard contactmomenten te laten uitvoeren door de minimaal benodigde deskundigheid. Dit betekent dat de assistente een screening zal verrichten op vijf-, tien- en veertienjarige leeftijd aangevuld met gevalideerde vragenlijsten. Op basis hiervan zal een triage worden uitgevoerd en worden kinderen zonodig doorverwezen naar een arts of verpleegkundige voor nader onderzoek. De ruimte voor risicozorg die hiermee wordt behaald zal worden ingezet op spreekuren voor alle leeftijdsgroepen en vraaggerichte zorg zoals huisbezoeken, ziekteverzuimbegeleiding en begeleiding bij overgewicht. Dit sluit aan bij de vraag van gemeenten, scholen en medewerkers en tevens bij de speerpunten van gemeentelijk, provinciaal en landelijk gezondheidsbeleid. Deze werkwijze zorgt voor een dekkend systeem van risicozorg binnen de hele zorgregio van Hulpverlening Gelderland Midden.

Aanvullend daarop wordt binnen het maatwerk gestreefd naar deelname aan Centra voor Jeugd en Gezin voor risicozorg aan gezinnen, licht pedagogische hulpverlening en bemoeizorg. Tevens valt binnen het maatwerk de deelname aan zorgnetwerken en de daaraan gekoppelde zorgcoördinatie.

De nieuwe werkwijze in perspectief van de huidige werkwijze

Hieronder volgt een schematisch overzicht van de nieuwe ten opzichte van de oude werkwijze, met betrekking tot de vastgestelde contactmomenten voor het regulier onderwijs. Voor het Speciaal Onderwijs blijft de werkwijze gelijk. Voor het SBAO, PRO en LWOO zal de huidige werkwijze worden aangevuld met spreekuren en zal extra worden ingezet op begeleidingscommissies. Het maatwerk zal worden afgestemd op de nieuwe werkwijze en enkele nieuwe producten zullen in de toekomst worden toegevoegd. Als eerste zal echter energie ingezet worden op het neerzetten van de nieuwe reguliere werkwijze.

De nieuwe invulling van de wettelijk vastgestelde contactmomenten in het regulier onderwijs, ziet er als volgt uit.

Contactmoment 0: Overdracht van 4 jarigen	
Nieuwe werkwijze	Huidige werkwijze
<ul style="list-style-type: none">• Alle risicokinderen worden overgedragen door de 0-4 jarigen zorg• Alle risicolijnen kunnen direct intensief vervolgd worden door de kinderen in de spreekuren op school terug te laten komen	<ul style="list-style-type: none">• Alle risicokinderen worden overgedragen door de 0-4 jarigen zorg• Door gebrek aan tijd en middelen kan slechts een gedeelte van de risicolijnen op korte termijn opgevolgd worden

Contactmoment 1: 5-jarigen (groep 2)	
Nieuwe werkwijze	Huidige werkwijze
<i>Triage door Assistent inclusief screening</i> <ul style="list-style-type: none">• Risicozorg 20% arts, 10% verpleegkundige• Winst – Inzet op 30% risicoleerlingen uit alle jaarcohorten, onderzocht in o.a. spreekuren.	<i>Arts en Assistent</i> <ul style="list-style-type: none">• Risicozorg 30% van de 5 jarigen

Contactmoment 2: 10-jarigen (groep 7)	
Nieuwe werkwijze	Huidige werkwijze
<i>Triage door Assistent inclusief screening</i> <ul style="list-style-type: none">• Risicozorg 10% arts, 20% verpleegkundige• Winst – Inzet op 30% risicoleerlingen uit alle jaarcohorten, onderzocht in o.a. spreekuren.	<i>Verpleegkundige</i> <ul style="list-style-type: none">• Risicozorg 30% van de 11- jarigen

Contactmoment 3: 14-jarigen (klas 2)	
Nieuwe werkwijze	Huidige werkwijze
<i>VMBO Triage door Verpleegkundige</i> <i>VMBO-T, Havo, VWO Triage door Assistent</i> <ul style="list-style-type: none">• Risicozorg 15% arts, 15% verpleegkundige	<i>VMBO Arts</i> <i>VMBO-T, HAVO, VWO Verpleegkundige</i> <ul style="list-style-type: none">• Risicozorg 30% van de leerlingen uit klas 2

<ul style="list-style-type: none"> • Winst – Inzet op 30% risicoleerlingen uit alle jaarcohorten, onderzocht in o.a spreekuren. 	
--	--

Overige leeftijdsgroepen	
<i>Nieuwe werkwijze</i>	<i>Huidige werkwijze</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Alle leerlingen in de hele regio hebben indien nodig recht op zorg. • Via regelmatig terugkerende spreekuren in de scholen kunnen de risicoleerlingen gezien en vervolgd worden. Dit kan gebeuren op indicatie van ouders, school / zorgstructuren, derden, JGZ en/of de leerling zelf. 	<ul style="list-style-type: none"> • In het BAO zijn extra uren ingekocht om kinderen uit overige leeftijdsgroepen zorg te verlenen. Dit is niet voldoende. • In het VO is er geen extra zorg ingekocht, waardoor kinderen buiten klas 2 uit de boot vallen.

NB. De genoemde percentages zijn inschattingen en zullen na evaluatie worden bijgesteld.

Inhoud

Samenvatting	2
Inhoudsopgave	4
Inleiding	6
1 Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg	7
1.1 De ontwikkeling van het basistakenpakket	7
2 Het basistakenpakket: Ontwikkelingen in de uitvoering	9
2.1 Advisering van het Platform Jeugdgezondheidszorg	9
2.2 De invoering van het elektronisch kind dossier	11
2.3 Onderzoek van de inspectie	11
3 Jeugdgezondheidszorg en jeugdbeleid	13
3.1 Jeugdbeleid in regio Gelderland Midden	13
3.2 Positionering van de jeugdgezondheidszorg binnen het onderwijs	14
3.3. De veranderende rol van de JGZ binnen het onderwijs	16
3.4 Veranderingen vergroten vraag naar opvoedingsondersteuning	18
3.5 Verwijzingsmogelijkheden voor de jeugdgezondheidszorg	19
3.6 De JGZ als ruggengraat van het lokaal jeugdbeleid	19
4 Een evaluatie van het basistakenpakket	21
4.1 De gemeenten	21
4.2 De scholen	21
4.3 De medewerkers	22
5 De gezondheid van de jeugd	23
5.1 De gezondheidssituatie van kinderen, jeugdigen en hun gezinnen	23
5.2 Van kind tot volwassene: een hele opgave	25
5.3 De rol van het gezin en de school	27
5.4 Knelpunten in de zorg voor jeugdigen	27
6 Visie van de jeugdgezondheidszorg 4-19	29
6.1 Integrale JGZ 0-19	29
6.2 Het pakket jeugdgezondheidszorg: Het kwetsbare kind centraal	30
6.3 Logopedie	30
6.4 Van universele naar selectieve en geïndiceerde preventie	31
6.5 Digitalisering	32
6.6 Huisvesting	32
6.6.1 De school	32
6.6.2 De wijk	33
6.7 Deskundigheidsbevordering en functiedifferentiatie	34
6.8 Herpositionering van de JGZ: perspectieven voor betrokkenen	35

7	Jeugdgezondheidszorg voor het kwetsbare kind: samen voor het resultaat	37
7.1	<i>Uitgangspunten</i>	37
7.2	<i>Een herinterpretatie van de richtlijn contactmomenten: de triagemethodiek</i>	38
7.3	<i>Onderbouwing van de methodiek</i>	39
	7.3.1 <i>De triage</i>	39
	7.3.2 <i>De vragenlijsten voor psychosociale problematiek</i>	40
7.4	<i>Functiedifferentiatie en de waarborging van kwaliteit</i>	41
8	Het traject naar een nieuwe jeugdgezondheidszorg	42
8.1	<i>Fasering</i>	42
8.2	<i>De nieuwe werkwijze in perspectief van de huidige werkwijze</i>	43
8.3	<i>De belangrijkste winstpunten</i>	44
	Bijlagen	45
	<i>Bijlage A: Schematisch overzicht van de door JGZ geleverde producten</i>	46
	<i>Bijlage B: Versimpeld doorstroomschema van het triage model</i>	50
	<i>Bijlage C: Preventieve kaders van JGZ in Gelderland Midden</i>	51
	<i>Bijlage D: Deskundigheidsprofielen JGZ medewerkers</i>	52
	<i>Doktersassistenten</i>	52
	<i>Jeugdverpleegkundigen</i>	52
	<i>Jeugdartsen</i>	53
	<i>Logopedisten</i>	53
	Bronnenlijst	54

Inleiding

Kerntaak van de jeugdgezondheidszorg is het beschermen en bevorderen van de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van jeugdigen. Staatssecretaris Ross-Van Dorp stelt het volgende in haar standpunt naar aanleiding van het rapport van de Inventgroep.

'In de Universele Rechten van het Kind staat dat het de plicht van de overheid en alle professionals in het jeugdveld is om kinderen de zorg en bescherming te bieden die zij nodig hebben. Systematische vroegtijdige signalering om (kansen op) problemen op te sporen is van groot belang om aan deze verplichting te voldoen. Wanneer risico's worden waargenomen moet direct de benodigde zorg, bescherming en ondersteuning geboden worden. Direct ingrijpen na signalering van risico's is het meest doeltreffend in het voorkomen van problemen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het ook nog eens kosteneffectief is'.

De afdeling jeugdgezondheidszorg van Hulpverlening Gelderland Midden heeft moeten constateren dat zij met gebruikmaking van de huidige werkwijze, gebaseerd op de richtlijn contactmomenten basistakenpakket, haar beschermende en bevorderende functie niet optimaal kan waarborgen. Hoewel de signalering door de jeugdgezondheidszorg hoog is, is er weinig ruimte voor het aanbieden van adequate interventies als ondersteuning en lichte hulpverlening. De druk op de achterliggende voorzieningen wordt daarmee opgevoerd en de zorg voor risicokinderen en hun gezinnen komt vaak te laat of is niet passend.

Een evaluatie van de huidige werkwijze heeft de noodzaak om in te grijpen nogmaals verduidelijkt. Ook landelijk zijn er ontwikkelingen gaande waar de JGZ binnen haar huidige werkwijze niet optimaal bij kan aansluiten. Dit heeft geleid tot een herinterpretatie van de richtlijnen van het basistakenpakket en het ontwikkelen van een nieuwe methodiek. Dit biedt voldoende ruimte om zorg te leveren aan het kwetsbare kind, in samenhang met alle andere partners binnen het jeugdveld.

In deze notitie zal de gedachtegang achter de herinterpretatie worden beschreven en zal het nieuwe pakket worden toegelicht. Hulpverlening Gelderland Midden / afdeling JGZ streeft ernaar dit nieuwe pakket per 1 januari 2007 in te voeren.

1 Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg

De ontwikkeling van het basistakenpakket

In november 2001 hebben kabinet en Tweede Kamer besloten de jeugdgezondheidszorg te herpositioneren om zodoende een kwaliteitsimpuls te geven aan de jeugdgezondheidszorg en haar continuïteit te waarborgen. Een sterkere regierol voor gemeenten zou moeten resulteren in één ongedeelde jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar. Daarnaast is besloten tot invoering van een wettelijk vastgesteld basispakket dat elk kind in de leeftijd van 0 tot 19 jaar per 1 januari 2003 het recht geeft op een minimum pakket aan zorg. Met het opstellen van dit basistakenpakket beoogden zorgverleners en beleidsmakers uniformiteit en kwaliteit te waarborgen. Ook de samenhang tussen het integraal lokaal jeugdbeleid en de openbare gezondheidszorg zou hierdoor moeten worden versterkt. Dit met als uiteindelijk doel een continuïteit in zorg voor kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar, integraal en in samenhang uitgevoerd met andere beleidsterreinen.

Binnen het basistakenpakket wordt gedifferentieerd naar een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel bestaat uit activiteiten die volgens protocol op vastgestelde leeftijdsgebonden contactmomenten worden aangeboden. Binnen het maatwerkdeel zijn gemeenten verplicht het zorgaanbod af te stemmen op de zorgbehoeften en gezondheidssituatie van de jeugdigen in hun regio. Die gezondheidssituatie wordt via monitoring vanuit het uniforme deel inzichtelijk gemaakt op gemeenteniveau.

Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg bestaat uit zes productgroepen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

Productgroep 1: Monitoring en signalering

Bij monitoren en signaleren gaat het om het systematisch volgen van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van een kind en/of groepen kinderen. Daarnaast worden de factoren gemeten die de gezondheid bevorderen of bedreigen. Het doel is tweeledig. Enerzijds het tijdig signaleren van ontwikkelingsachterstanden en op basis daarvan interveniëren, anderzijds op populatieniveau het opstellen van gezondheidsprofielen waarop het gezondheidsbeleid geënt is.

Op individueel niveau vallen hieronder: algemene anamnese, lichamelijke verschijning, groei, ontwikkeling en functies. Op collectief niveau is dit: medisch biologisch, gedrag, sociaal milieu, fysiek milieu en zorgsysteem. De productgroep monitoring en signalering valt in zijn geheel binnen het uniforme deel van het basistakenpakket.

Productgroep 2: Inschatten van de zorgbehoefte

Bij het inschatten van de zorgbehoefte wordt onderzocht in welke mate de ouders/ verzorgers en het kind worden belast en of de ouders/ verzorgers de opvoeding en verzorging van hun kind aankunnen. Binnen het uniforme deel valt hieronder op individueel niveau: het inschatten van de verhouding draaglast / draagkracht, het inschatten van de voorlichtingsbehoefte en het bepalen van ontvangen zorg. Op groepsniveau gaat het hier ook om het bepalen van risicogroepen. Binnen het maatwerkdeel wordt op individueel niveau zorgverlening op maat geleverd en op groepsniveau risicogroep gerichte zorg.

Productgroep 3: Screeningen en vaccinaties

Screeningen en vaccinaties worden aan ieder kind aangeboden. Praktisch alle kinderen krijgen bijvoorbeeld de DKTP-prikken: vaccinaties tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio. Screeningen variëren van hiepprik tot gehoor en visus. Deze productgroep kent alleen een uniform deel op individueel niveau. Hieronder vallen de producten screeningen en vaccinaties.

Productgroep 4: Voorlichting, advies, instructie en begeleiding

Zowel ouders als jongeren kunnen individueel of op groepsniveau advies krijgen. Binnen deze productgroep wordt binnen het uniforme deel op individueel niveau de wettelijk verplichte voorlichting vastgelegd. Hiermee wordt bedoeld op het informeren van de cliënt over zijn of haar rechten, het dossiergebruik en de omgang met privacy. Binnen het maatwerkdeel valt voorlichting op zowel individueel als groepsniveau. Deze voorlichting is direct gerelateerd aan de vraag van de cliënt. Ook kan de cliënt binnen het maatwerk korte tijd begeleid worden.

Productgroep 5: Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen

De omgevingsfactoren die de gezondheid van een kind kunnen bedreigen worden onderzocht. Dit geldt zowel voor het primaire leefmilieu van het kind, als voor de bredere omgeving. Om problemen op dit terrein aan te pakken zal de jeugdgezondheidszorg nauw samen moeten werken met bijvoorbeeld de gemeente, de politie, het buurtwerk, de jeugdhulpverlening, etc. Deze samenwerking valt onder productgroep 6. Productgroep 5 valt geheel binnen het maatwerkdeel. Zowel op individueel als op groepsniveau worden binnen het eerste en tweede milieu interventies uitgevoerd.

Productgroep 6: Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking

Binnen deze productgroep draait het om de partijen die de zorg- en hulpverlening voor kinderen organiseren. Netwerken, overleggen en samenwerkingsvormen zijn belangrijk voor het neerzetten van een goede integrale jeugdgezondheidszorg. Op individueel niveau valt binnen het uniforme deel de persoonlijke dossiervorming en binnen het maatwerkdeel het opstellen van zorgplannen en zorgcoördinatie. Op populatieniveau worden netwerken, overleg en samenwerking genoemd met het doel beleid te ontwikkelen en dit af te stemmen op instellingsniveau.

2 Het basistakenpakket: Ontwikkelingen in de uitvoering

Advisering van het Platform Jeugdgezondheidszorg

Het Platform Jeugdgezondheidszorg heeft in 2003 de 'Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 Jaar' vastgesteld. Hierin heeft zij de inhoud van de contactmomenten beschreven. Voor het uniforme deel in de 4-19 jarigen zorg betekent dit het volgende:

Voor *groep 2 of de 5-jarigen* betekent dit dat gekeken wordt naar groei (U1.1.3), ontwikkeling: motorisch (U1.1.4.2) en relationeel (U1.1.4.4), visus (U3.1.1.4) en functies omtrent psychosociale ontwikkeling (U1.1.5.2), emotioneel functioneren (U1.1.5.3) en sociaal functioneren (U1.1.5.4). Verder vindt er een screening plaats op spraak en taalstoornissen. Deze zal in de toekomst uitgevoerd worden met behulp van een pluis / niet pluis screeningsinstrument.

Voor *groep 7 of de 10 jarigen* screening bevat het onderzoek grotendeels dezelfde onderwerpen: groei (U1.1.3), ontwikkeling: motorisch (U1.1.4.2) en relationeel (U1.1.4.4), visus (U3.1.1.4) en functies omtrent psychosociale ontwikkeling (U1.1.5.2), emotioneel functioneren (U1.1.5.3) en sociaal functioneren (U1.1.5.4). Verder dient er expliciet aandacht te worden besteed aan de gedragscomponent pesten /geweld (U1.2.2.3)

In de *tweede klas van het VO of op 14-jarige leeftijd* wordt gekeken naar groei: houdingsafwijkingen (U.1.1.3), ontwikkeling (U1.1.4) met specifieke aandacht voor de pubertijd, en gedrag met als aandachtspunt schoolverzuim (U1.2.2.4).

Voor wat betreft de uitvoering van de contactmomenten werden aanvankelijk disciplines vastgelegd, maar van deze richtlijn is later afgeweken door slechts het JGZ-team te benoemen.

Recentelijk heeft het Platform JGZ de richtlijn contactmomenten geëvalueerd. De evaluatie van deze richtlijn heeft hierin voorlopig geen wijzigingen gebracht. Het standpunt luidde als volgt: 'Het platform Jeugdgezondheidszorg handhaaft de huidige Richtlijn Contactmomenten totdat wetenschappelijk onderzoek de evidence heeft geleverd voor wijzigingen'.

Wel heeft het Platform andere adviezen uitgebracht. Het Platform Jeugdgezondheidszorg heeft vanaf haar start in 2003 systematisch knelpunten verzameld met betrekking tot het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en de uitvoering daarvan in de praktijk. Een eerste advies is door hen uitgebracht in 2005, waarin zij de splitsing tussen het uniform en maatwerk deel aan de kaak stellen.

Deze opsplitsing van het basistakenpakket heeft geleid tot een situatie waarin het mogelijk is dat een JGZ-professional bij een jeugdige een (potentiële) verstoring in de ontwikkeling signaleert (productgroep 1, uniform deel), maar niet in staat is om hier een follow-up aan te geven (productgroep 2, maatwerk deel). Soms worden kunstmatige constructies bedacht om toch de nodige individuele zorg te kunnen leveren. Ook Hulpverlening Gelderland Midden / afdeling JGZ is veelvuldig tegen dit knelpunt aangelopen. Een dergelijke situatie vindt het Platform onethisch en onverantwoord. Bovendien staat het op gespannen voet met de strekking van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. De daarin opgenomen taken voor JGZ omvatten naast signaleren en doorverwijzen, namelijk ook begeleiden.

Verder adviseerde het Platform JGZ productgroep 6 los te laten en als randvoorwaarde te zien. Het basistakenpakket bevat 5 productgroepen die betrekking hebben op het inhoudelijke aanbod van de JGZ-professional aan de jeugdige of zijn ouders/directe omgeving. Productgroep 6 (zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking) heeft (met uitzondering van “zorgcoördinatie”) betrekking op randvoorwaarden zonder welke een goede uitvoering van dat inhoudelijke aanbod niet mogelijk is. Doordat deze randvoorwaardelijke activiteiten onderdeel zijn van het basistakenpakket concurreren de kosten daarvan met de kosten van uitvoering van de inhoudelijke JGZ-activiteiten om voldoende budget van de gemeente. Dit is ongewenst. Bovendien zijn er volgens HGM ook nog andere randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de jeugdgezondheidszorg te noemen, die niet in de wet opgenomen zijn, zoals een elektronisch kind dossier en huisvesting.

Het Platform JGZ wil verder dat ook bemoeizorg als preventieve taak aan het basistakenpakket wordt toegevoegd. De meeste ouders weten uit zichzelf de weg naar de jeugdgezondheidszorg te vinden. Daardoor heeft de jeugdgezondheidszorg een bereik van 95%. Om de laatste 5% van de jeugdigen in beeld te krijgen – tot deze groep “zorgmijders” behoren veel (potentiële) probleemjeugdigen of probleemgezinnen – is veel inzet van de jeugdgezondheidszorg nodig. Deze “bemoeizorg” is een essentiële, preventieve arbeidsintensieve JGZ-activiteit die in het huidige basistakenpakket niet voorkomt. Het Platform vindt dat ongewenst, vooral omdat het gemeentelijke budget gekoppeld is aan het basistakenpakket en “bemoeizorg” relatief veel budget vergt. Bovendien is het bestuurlijk risico bij nalatigheid omtrent bemoeizorg onaanvaardbaar hoog.

Het Platform beveelt de JGZ-instellingen tevens met klem aan hun monitor functie verder te ontwikkelen. Deze epidemiologische activiteiten zijn onontbeerlijk voor een vroegtijdig ingrijpen bij een (dreigende) storing in de ontwikkeling van individuele jeugdigen en het formuleren van lokaal gezondheidsbeleid.

De invoering van het Elektronisch Kind Dossier

In het kader van Operatie Jong wordt naast een dekkende zorgstructuur ook registratie en informatie-uitwisseling uitgewerkt. Dit staat centraal in het bewerkstelligen van een sluitende keten.

Staatssecretaris Ross heeft een bedrag van twintig miljoen begroot voor de invoering van het Elektronisch Kind Dossier (EKD) en nog vijf miljoen voor de ontwikkeling en implementatie van de daaraan gekoppelde verwijfsindex.

Binnen het EKD wordt informatie verzameld en gekoppeld vanuit de Gemeentelijke Basis Administratie en de jeugdgezondheidszorg 0-19. De jeugdgezondheidszorg is de beheerder van het EKD. Via de verwijfsindex kunnen signalen van andere instellingen worden geregistreerd. Er wordt geen inhoudelijke uiteenzetting van het contact van de instelling met de jeugdige geregistreerd, maar wel dat er een contact is geweest met de jeugdige. Inhoudelijke informatie blijft alleen zichtbaar voor de betrokken instelling. Het doel van de verwijfsindex is dat zodra diverse instanties aangeven dat ze contact hebben met de jongere, er een verbinding kan worden gelegd zodat afstemming en zorgcoördinatie kan plaatsvinden. Idealiter gebeurt dit binnen de zorgstructuren onder de zorgcoördinatie van de JGZ, die als beheerder van het EKD deze signalen verzamelt.

Onderzoek van de Inspectie

Uit de *'Staat van de Gezondheidszorg 2005'* blijkt dat nog vrijwel nergens een echte 'integrale jeugdgezondheidszorg' van de grond is gekomen. Dit rapport bevestigt de uitkomsten van het onderzoek naar de uitvoering van het basistakenpakket dat het Platform in 2004 verricht heeft. De cesuur tussen de 0-4 en 4-19 jarigen zorg is inhoudelijk aan het verkleinen maar organisatorisch zijn nog te weinig stappen ondernomen. Uit de *'Staat van de Gezondheidszorg 2005'* blijkt verder dat hoewel de jeugdgezondheidszorg voldoende professioneel handelt, de uitvoering van het basistakenpakket landelijk nog niet uniform verloopt en de richtlijn contactmomenten met een beoogd bereik van 95% lang niet altijd wordt behaald.

Verder blijkt uit het rapport dat extra aandacht moet worden ingezet op de toenemende en meer zichtbaar wordende psychosociale problematiek bij de jeugd en extra interventies rondom de toenemende aantallen kinderen en jeugdigen met overgewicht. Met name in de follow-up ondervindt HGM-JGZ knelpunten omdat de beschikbare tijd te gering is. Beide problemen kunnen echter levenslange gevolgen hebben voor het kind en zijn of haar omgeving.

De inspectie pleit ervoor dat zorgcoördinatie bij de JGZ wordt weggezet en dat meer wordt geïnvesteerd in de vangnetfunctie en bemoeizorg. Ze signaleert dat er steeds minder ruimte is voor een actieve benadering van risicokinderen en gezinnen. Dit wordt door HGM-JGZ beaamd. De inspectie wil dat de JGZ zich meer proactief opstelt in de benadering van deze gezinnen, onder andere door meer tijd beschikbaar te stellen voor huisbezoeken. *'Staat van de gezondheidszorg 2005'* geeft tevens aan dat de JGZ meer met bewezen effectieve interventies moet gaan werken.

De aanbevelingen van de inspectie zijn ook door de staatssecretaris opgepakt. Staatssecretaris Ross heeft op 15 maart 2006 in een brief naar de Tweede Kamer positief geadviseerd inzake het advies van de Inventgroep met betrekking tot vroegsignalering. Ze ziet het rapport '*Hulp bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter*' als goed uitgangspunt voor vroegsignalering. De vier belangrijkste lijnen die zij wil gaan volgen zijn het uniformiseren van signaleringsinstrumenten, het verplicht maken van gebruik van evidence based interventie programma's, het uniformiseren van de terminologie die binnen het jeugdveld gebruikt wordt en het oprichten van gemeentelijke Centra voor Gezin en Jeugd als voordeurfunctie.

Er is veel gaande rondom de positionering en het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg in Nederland. In het volgende hoofdstuk zal hier nader op worden ingegaan. Een verdergaande evaluatie van de uitvoering van het basistakenpakket JGZ 0-19 staat gepland voor het jaar 2007 en zal worden uitgevoerd onder auspiciën van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Hoewel een uitgebreide landelijke evaluatie van het basistakenpakket gepland staat voor 2007, heeft Hulpverlening Gelderland Midden besloten deze niet af te wachten. HGM acht een herpositionering van de jeugdgezondheidszorg binnen het jeugdbeleid noodzakelijk om in te kunnen spelen op de landelijke ontwikkelingen. De JGZ moet zich flexibel en proactief opstellen om deel te nemen aan de ontwikkelingen rondom de vijf gemeentelijke taken van de WMO, waaronder zorgcoördinatie en lichte opvoedingsondersteuning en de intensivering van de sluitende ketenaanpak binnen Operatie Jong. Verder moet de JGZ anticiperen op de oprichting van Centra voor Jeugd en Gezin en de ontwikkelingen in het onderwijs zoals de opkomende zorgplicht en zorgnetwerken. Op deze manier is de jeugdgezondheidszorg een heel belangrijke en nuttige partner in het jeugdbeleid voor zowel gemeenten als scholen.

3 Jeugdgezondheidszorg en jeugdbeleid

Als wordt gesproken over jeugdbeleid, dan staan drie verschillende ketens centraal die gezamenlijk de zorg voor de jeugdigen vorm geven: de zorgketen, de onderwijsketen en de welzijnsketen. Aansturing van dit jeugdbeleid gebeurt door zowel provincie als gemeenten. Gezien de hieronder beschreven specifieke rol van de jeugdgezondheidszorg en haar directe link met alle ketens is zij bij uitstek geschikt om de ruggengraat van het jeugdbeleid te vormen.

Jeugdbeleid in regio Gelderland Midden

De provincie Gelderland streeft naar een versterking van de relatie tussen jeugdzorg, preventief jeugdbeleid en onderwijs en heeft in haar nota jeugdbeleid 'Kiezen voor de Gelderse Jeugd: Ruimte en Richting 2004-2007' vastgelegd dat preventie de maximale aandacht en voorkeur moet krijgen. Hiermee wordt de aandacht verlegd van de curatieve kant naar samenwerking met gemeenten ten behoeve van het lokale, algemene en preventieve jeugdbeleid. Het beleid van de gemeenten sluit hier op aan.

In de regio Arnhem en omstreken heeft men in de regionale nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld dat de jeugdgezondheidszorg en de preventie van leefstijlproblematiek speerpunten moeten zijn op de lokale agenda. De doelstelling met betrekking tot jeugdgezondheidszorg voor de periode 2003-2006 was dat gemeenten beschikken over één integrale jeugdgezondheidszorg 0 - 19 jaar die een krachtige preventieve functie in het lokaal jeugdbeleid invult. Leefstijlfactoren als bewegen, roken, alcohol, veilig vrijen en overgewicht moeten centraal blijven staan, naast nieuwe aandacht voor preventie van psychosociale problematiek. In de regio West-Veluwe werd als speerpunt het toezien op en bevorderen van een gezonde groei en ontwikkeling van 0-19 jarigen geformuleerd. Doelstellingen waren het realiseren van een integrale jeugdgezondheidszorg, een samenhang in zorg en welzijnsvoorzieningen en vroegsignalering.

In beide regio's zijn op initiatief van de Provincie Gelderland platforms jeugdbeleid-jeugdzorg opgericht. Belangrijke thema's op beide agenda's 2006 zijn het ontwikkelen van een sluitende zorgstructuur via zorgadviesteams in het primair en voortgezet onderwijs; het verkennen van een aangesloten zorgstructuur 0-4; het uitwerken van zorgcoördinatie; het uitwerken van de aansluitingstaken met Bureau Jeugdzorg en een ondersteuningsaanbod volgende op de jeugdzorg. De jeugdgezondheidszorg is nauw betrokken bij dit platform en stemt haar beleidsontwikkeling hierop af.

Positionering van de jeugdgezondheidszorg in het jeugdbeleid

Jeugdgezondheidszorg is een gemeentelijke basisvoorziening op het gebied van de preventieve gezondheidszorg. De kerntaak van JGZ is het bevorderen en beschermen van de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van jeugdigen. De jeugdgezondheidszorg maakt onderdeel uit van zowel het lokale gezondheidsbeleid als het lokale jeugdbeleid. Het Kabinet heeft de volgende 5 gemeentelijke functies voor het lokale jeugdbeleid vastgesteld die de gezondheid van jongeren moet beschermen en bevorderen. Deze zijn:

- 1 informatie en advies
- 2 signalering
- 3 beoordelen en toeleiden
- 4 licht pedagogische hulp
- 5 zorgcoördinatie

Deze functies zullen in de toekomst verankerd worden in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De jeugdgezondheidszorg heeft reeds een belangrijke inzet bij de invulling van de eerste drie functies op grond van het uniforme deel van het basistakenpakket en de vierde functie binnen het maatwerk. De functie 'zorgcoördinatie' kan de gemeente ook opdragen aan de JGZ, op grond van het maatwerk deel van het basistakenpakket (productgroep M6).

De eerste gemeentelijke functie: informatie en advies, komt bij alle JGZ-activiteiten aan de orde. In de bevordering en bescherming van gezondheid lopen informering en advisering uiteen van laagdrempelige informatie over hoofdluisbestrijding tot en met verwijzingen naar passende geïndiceerde hulp.

Signalering is een gemeentelijke functie die door zoveel mogelijk partijen moet worden uitgevoerd. Daarom bevordert en ondersteunt de JGZ de signaleringsdeskundigheid van partners die werkzaam zijn in de vindplaatsen (bv. scholen). Wanneer signalen opgepikt worden is de JGZ de ruggengraat die de informatie bij elkaar brengt en zonodig adequate actie stimuleert en onderneemt. Ook zelfstandige signalering door de JGZ vindt plaats in het kader van preventieve onderzoeken / screenings en door middel van het proactief afnemen van vragenlijsten. De JGZ is dus een belangrijke partner voor de gemeenten in de signaleringsfunctie.

Ten derde moet de gemeente ervoor zorgen dat signalen beoordeeld worden en dat een adequate toeleiding naar het hulpaanbod veilig gesteld is. Dit kan zij doen door een loket te realiseren en door multidisciplinaire overlegvormen rond de vindplaatsen en de wijk vorm te geven. Ook hierin staat de JGZ centraal. Zij is door haar brede expertise en laagdrempelige en vertrouwde plek in de samenleving bij uitstek in staat om signalen bij kinderen, jeugdigen en gezinnen te beoordelen en directe toeleiding naar passende hulpverlening te realiseren. Bovendien streeft zij er naar om in zoveel mogelijk netwerken deel te nemen, die de zorg voor het kwetsbare kind ten goede komen.

In de vierde plaats ligt er een verantwoordelijkheid bij de gemeenten voor het aanbieden van licht pedagogische hulp. Met het wegvallen van deze taak bij Bureau Jeugdzorg is er een grote leemte komen te liggen. Belangrijk is het om hierin ook de jeugdgezondheidszorg te zien als de aangewezen partner om hier taken op te pakken. Vanuit Centra voor Jeugd en Gezin in de wijk en in beperkte mate ook vanuit de school en in de thuissituatie kan de JGZ haar expertise inzetten voor kortdurende advisering en lichte hulpverlening in het kader van opvoed- en opgroevraagstukken. Lichte opvoedkundige ondersteuning is een van de competenties van de jeugdverpleegkundige en multiproblematiek kan weggezet worden bij de jeugdarts.

De vijfde functie zorgcoördinatie kan volgens Hulpverlening Gelderland Midden en Ketenpartners 0-4 STMG en KVV, goed door de JGZ uitgevoerd worden omdat zij de enige instantie is die alle kinderen / jeugdigen volgt in de periode van -9 maanden tot 19 jaar en daarmee de meest voor de hand liggende organisatie is om deze centrale coördinatie rol tot aan het moment van indicatiestelling te vervullen binnen de keten van het lokaal preventief jeugdbeleid. De inspectie wijst in 'Staat van de van de Gezondheidszorg 2005' de JGZ aan als meest ideale instantie om de zorgcoördinatie over de hele linie van 0-19 uit te voeren, zodat continuïteit van zorg optimaal gewaarborgd kan worden.

Dr. Frans Pijpers wijst erop dat hoewel de JGZ een hele goede positie heeft in de uitvoering van zorgcoördinatie, ze er nog niet klaar voor is om deze taak naar behoren uit te voeren. Hiervoor moeten signaleringsinstrumenten en voldoende contactmomenten in de schoolgaande leeftijd beschikbaar zijn. HGM komt hieraan tegemoet in de te bespreken nieuwe werkwijze.

In de grote steden is een extra impuls van 35 miljoen euro beschikbaar gesteld om in te zetten voor opvoed- en gezinsondersteuning. De vier grootste gemeenten zetten dit in op intensieve gezinscoaching. Deze coördinerende taak wordt veelal weggelegd bij de jeugdgezondheidszorg. De andere 47 gemeenten zitten nog in de opstartfase.

Zoals blijkt heeft de gemeente een hele goede en deskundige partner aan de jeugdgezondheidszorg in haar verantwoordelijkheid om de vijf gemeentelijke taken uit te voeren. Deze taken zouden bij de JGZ weggezet moeten worden om de volgende redenen.

Kenmerkend voor de jeugdgezondheidszorg is dat zij door haar regelmatig contact met praktisch alle jeugdigen in staat is om eventuele risico's – zowel bij individuen als bij groepen – tijdig te signaleren. De jeugdgezondheidszorg verkeert dan ook in de unieke positie om de verbinding te kunnen maken tussen individuele preventie, zorg en collectieve preventie. Haar monitorfunctie is optimaal door haar toegang tot het gemeentelijk bevolkingsregister en een elektronisch kind dossier waaraan een verwijsindex gekoppeld is die toegankelijk is voor justitie en welzijn.

Ook heeft de jeugdgezondheidszorg een doorlopend contact met intermediairen binnen de kinderopvang of het onderwijs. Door kindbespreking tussen de JGZ-medewerker en de intermediair worden signalen binnen het tweede milieu snel opgepikt en kan interventie snel plaatsvinden. De koppeling van kindgerelateerde problematiek en de gezinssituatie wordt eenvoudig gemaakt en behoort tot de primaire werkwijze. Daarnaast is de jeugdgezondheidszorg de enige voorziening in het jeugdbeleid die de combinatie van somatische, psychosociale en psychiatrische problematiek kan signaleren vanuit een helikopterview en daarmee de link kan leggen naar de gehele eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Bovendien moet worden opgemerkt dat de werkmethode van de jeugdgezondheidszorg volledig is ingeburgerd en door de bevolking daardoor minder snel als bedreigend of etiketterend wordt ervaren.

Tevens wordt binnen het *Grootstedenbeleid* de jeugdgezondheidszorg 0-19 aangewezen als het meest voor de hand liggende instrument voor de aanpak van (gezondheids)achterstanden bij jeugd. De positionering van de jeugdgezondheidszorg in het jeugdbeleid dient dan ook een hoge prioriteit te hebben bij gemeenten. Waarborgen van de noodzakelijke randvoorwaarden waarbinnen tijdige signalering en zorgcoördinatie kan worden gerealiseerd is essentieel.

De veranderende rol van de JGZ binnen het onderwijs

In opdracht van *het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Welzijn* is er een nieuwe onderwijszorgstructuur in voorbereiding met een zorgplicht voor scholen per 2010. Dit betekent dat scholen de plicht krijgen om zorgarrangementen aan te bieden aan leerlingen die extra zorg nodig hebben. De rol van de jeugdgezondheidszorg als zorgverlener binnen de school verandert hierdoor.

Vanuit *Operatie Jong* is er de ambitie geformuleerd om in 2007 een landelijk dekkend zorgnetwerk rond de school te realiseren. Dit netwerk moet de aansluiting tussen interne leerlingen- en externe zorg waarborgen. Verder moet vroegtijdige signalering en effectieve interventie bij psychosociale, medische, gedrag en leerproblematiek gewaarborgd worden en moet de leerling zorg op maat kunnen aanspreken.

OC&W sluit hierbij aan met haar wens om op alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs een zorgadviesteam (ZAT) te hebben, zodat er een vangnet ontstaat voor jeugdigen binnen de voor hen vertrouwde schoolomgeving. In de zorgadviesteams nemen vertegenwoordigers uit de hele jeugdketen deel: school, leerplichtambtenaar, bureau jeugdzorg, schoolmaatschappelijk werk, politie en jeugdgezondheidszorg. Zij hebben als doel vroegtijdige uitval en langdurig ziekteverzuim te voorkomen en bovenal om een sluitende keten rondom de jeugdige te creëren. De functies van de ZAT zijn samen te vatten als: signalering van en ondersteuning bieden bij problemen, leerlingbespreking, doorverwijzing en het mede creëren van een goed schoolklimaat. De rol van de jeugdarts daarbinnen is, naast het vervullen van een zorgcoördinerende taak en het beheren van het kinddossier, het vertalen van de medische informatie en het wegnemen van vooroordelen.

De WSNS verbanden krijgen een belangrijke rol in de ondersteuning van scholen. JGZ is bij de WSNS verbanden echter onvoldoende in beeld. Het schoolmaatschappelijk werk is een voornamelijk partner die kinderen echter pas in beeld krijgt als problemen manifest zijn. De JGZ heeft samen met de scholen alle kinderen in beeld.

In bovenstaande ontwikkelingen kan en moet de JGZ een voornamelijk rol spelen. De jeugdgezondheidszorg is namelijk de enige partner die daadwerkelijk alle kinderen kan volgen in hun ontwikkeling. Bovendien kan zij functioneren als onafhankelijk indicatiesteller, beheerder van de informatie via het zorgdossier (koppeling EKD en schooldossier) en regievoerder in de afstemming van het zorgnetwerk rond de school. De JGZ is van oudsher verbonden aan de school en kan als laagdrempelige voorziening een belangrijke spilfunctie vormen binnen een ZAT, met het EKD als belangrijk instrument waar alle informatie over een leerling kan samenkomen.

Deze gedachte komt terug in het *Manifest Opvoed- en Opgroeiondersteuning* als lokale basisvoorziening van de Zes Gideonsgemeenten. Daarin wordt sterk gepleit voor een netwerkorganisatie met de JGZ als ruggengraat. Dit model is gebaseerd op de ideeën van de Inventgroep over Centra voor Jeugd en Gezin. Tanja Snijders, hoofd JGZ bij GGD Zeeland vult aan dat daaraan de koppeling naar het onderwijs toegevoegd zou moeten worden. Een Zorgadviesteam zou een representatie en vangnet moeten zijn van het samenwerkingsverband dat het Centrum voor Jeugd en Gezin vormt, waarin het ZAT de individuele zorg en het Centrum voor Jeugd en Gezin de zorg voor het gezin op zich neemt. Daarom ligt het voor de hand de ontwikkelingen in het onderwijs (leidend tot het opzetten van zorgstructuren met zorgplicht voor het onderwijs en multidisciplinaire zorgadviesteam), te koppelen aan de ontwikkeling van multidisciplinaire Centra voor Jeugd en Gezin, zoals die door de Inventgroep en de Gideonsgemeenten worden bepleit. De JGZ vormt daarin met het EKD de ruggengraat, is informatiecoördinator in de keten van samenwerkende partners en kan als informatiebeheerder de zorgcoördinator aanwijzen of deze rol zelf vervullen. Dezelfde rol kan de JGZ ook vervullen in een ZAT. Signalering en advisering vinden dan plaats binnen de vindplaats, de school, en het ZAT terwijl de zorg wordt geleverd vanuit de wijk, het Centrum voor Jeugd en Gezin. De uitvoering van de zorgcoördinatie ligt bij de organisatie die de beste toegang heeft bij het gezin en die de meeste kans maakt op succes. Het lijkt een voor de hand liggende en valide optie om de zorgcoördinatie in handen van de jeugdgezondheidszorg te leggen. Ook staatssecretaris Ross wijst naar de jeugdgezondheidszorg als spil van de op te richten Centra voor Jeugd en Gezin, onder andere in de recente *'Nota Gezinsbeleid'*.

Veranderingen vergroten vraag naar opvoedingsondersteuning

De in 2005 in werking getreden *Wet op de Jeugdzorg* beschrijft de wettelijke taken van Bureau Jeugdzorg. Een daarvan is de 'aansluitingstaak' die is bedoeld om de algemene en onderwijsvoorzieningen te ondersteunen bij het vroegtijdig signaleren van problemen bij jeugdigen en hun ouders, door middel van advies, deskundigheidsbevordering en netwerken. Dit alles moet de vraag naar geïndiceerde jeugdzorg terugbrengen en de zorg voor ouders en kinderen soepeler en sneller laten verlopen. In 2004 bleek bijvoorbeeld dat 45% van de bij Bureau Jeugdzorg aangemelde jeugdigen geen gespecialiseerde jeugdzorg nodig had. Staatssecretaris Ross wijst op de jeugdgezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk als voorzieningen die hierin kunnen interveniëren. Hierdoor wordt de rol van de jeugdgezondheidszorg binnen de algemene en onderwijsvoorzieningen nog belangrijker dan voorheen.

De Wet op de Jeugdzorg maakt de financiering van een aantal taken lastiger. Opvoed- en opgroei-ondersteuning en schoolmaatschappelijk werk komen in de lucht te hangen waar sprake was van (co)financiering vanuit Bureau Jeugdzorg. Waar Bureau Jeugdzorg voorheen nog een rol speelde in het aanbod van laagdrempelige en toegankelijke pedagogische advisering en hulpverlening, komt dit nu, mede op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, bij de gemeenten te liggen. Het bieden van antwoord of ondersteuning in minder ernstige of eenvoudige opvoedingsvragen van cliënten en ondersteuners wordt daarom opgedragen aan instellingen die opereren vanuit het gemeentelijk welzijn- en jeugdbeleid. De jeugdgezondheidszorg is door haar betrokkenheid binnen gezinnen en onderwijsinstellingen bij uitstek geschikt om deze taak op zich te nemen, binnen het maatwerk.

Opvoeding en opgroeien is een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het gezin, het onderwijs, de overheid en zorg- en welzijnsinstellingen werken samen om dat te borgen. Dit is de reden waarom het lokaal jeugdbeleid op een integrale wijze dient te worden ingevuld. Een sluitende keten is van belang om de jeugdige zo laagdrempelig mogelijk, zo snel mogelijk, zo licht mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo passend mogelijk hulp te bieden om zo verdere achterstanden of problemen in de ontwikkeling te voorkomen. Bijzondere aandacht dient er te zijn voor door monitoring geïdentificeerde risicogroepen. De coördinatie van lokale netwerken en projecten passen echter niet meer binnen de wettelijke taken van Bureau Jeugdzorg en zal op korte termijn worden afgestoten. Daarom moet de jeugdgezondheidszorg zowel in de coördinatie van zorg in netwerken als in monitoring en daaropvolgende collectieve preventie een centrale rol spelen en deze taak van Bureau Jeugdzorg overnemen.

Voor de kinderen en jeugdigen die geïndiceerd worden voor zorg van Bureau Jeugdzorg speelt een ander probleem waar JGZ een rol in kan spelen, namelijk de wachtlijstproblematiek. Z-org heeft inmiddels mankracht toegezegd om de wachtlijsten van Bureau Jeugdzorg in het kader van opvoedkundige ondersteuning te willen verkorten. Uit de PH Nieuwsbrief van 17 april 2006 blijkt dat jeugdprofessionals aarzelen over het inzetten van extra geld voor het wegwerken van wachtlijsten in de jeugdzorg. Want, zo zeggen zij, wat structureel ontbreekt zijn horizontale ketens ofwel wijknetwerken tussen jeugdartsen, huisartsen, leerkrachten, peuterspeelzaalleidsters en professionals van Bureau Jeugdzorg. Ook ontbreken verticale ketens tussen jeugdgezondheidszorg, Bureaus Jeugdzorg, jeugdpsychiatrie en 24-uurs voorzieningen. Wachtlijsten kunnen verkort worden door deze ketens te waarborgen en de verwijspcedures van de jeugdgezondheidszorg aan te sluiten op de intake procedures van Bureau Jeugdzorg en de samenwerking te versterken door bijvoorbeeld het openen van een frontoffice BJZ binnen de jeugdgezondheidszorg en JGZ-artsen in te zetten binnen de Bureaus Jeugdzorg.

Verwijzingsmogelijkheden voor de jeugdgezondheidszorg

Als laatste ligt er natuurlijk ook een duidelijke link tussen de jeugdgezondheidszorg en de zorgketen. Alhoewel de discussie omtrent de verwijfsbevoegdheid van jeugdartsen naar de tweedelijns zorg nog steeds volop in gang is, vervult de jeugdarts al wel een belangrijke rol in de schakeling van gesignaleerde problematiek naar geïndiceerde zorg. De JGZ medewerkers verwijzen op zeer regelmatige basis kinderen naar de huisarts met of zonder reeds opgestelde indicatie voor verdere doorverwijzing naar een specialist. Directe verwijzing vindt reeds plaats naar opticien, diëtist, vrijgevestigde logopedist, Bureau Jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg.

De JGZ als ruggengraat van het lokaal jeugdbeleid

Samenvattend is Hulpverlening Gelderland Midden van mening dat de jeugdgezondheidszorg door haar positie in de zorgketen voor jeugdigen bij uitstek geschikt is om de ruggengraat van het jeugdbeleid te vormen en mede de vijf gemeentelijke functies in het jeugdbeleid voor de gemeenten te vervullen.

De jeugdgezondheidszorg functioneert onder gemeentelijke regie en financiering en maakt deel uit van de openbare volksgezondheid. De wettelijke taken van de jeugdgezondheidszorg sluiten aan bij de vijf gemeentelijke functies. De jeugdgezondheidszorg bereikt bijna 100% van de 0-19 jarigen met haar aanbod en is voor zowel ouders en kinderen als vindplaatspartners zoals scholen en kinderdagopvang een laagdrempelige voorziening die al veel bekendheid geniet. De JGZ verkeert door haar monitorfunctie tevens in de unieke positie om de vertaalslag te kunnen maken tussen gesignaleerde individuele problematiek en een preventieve collectieve aanpak.

De JGZ heeft alle kinderen en hun gezondheidssituatie in beeld door haar toegang tot het bevolkingsregister en elektronisch kind dossier met verwijfsfunctie die toegankelijk is voor justitie en welzijnsketen. Ze is tevens de enige voorziening in het jeugdbeleid die somatische, psychosociale en psychiatrische problematiek kan signaleren en verwijzen naar de eerste en tweedelijns zorg. Bovendien is ze in de meeste gemeenten reeds de grootste uitvoerder van opvoed- en gezinsondersteuning.

Staatssecretaris Ross benoemt expliciet de jeugdgezondheidszorg tot spil van de op haar advies nieuw te vormen gemeentelijke Centra voor Jeugd en Gezin, zowel in haar reactie op de Inventgroep als in de Nota Gezinsbeleid. Deze centra sluiten naadloos aan op de in de WMO verankerde vijf gemeentelijke functies.

4 Een evaluatie van het basistakenpakket

De gemeenten

De invoering van het basistakenpakket in de regio Gelderland Midden ging niet zonder slag of stoot. De regio was en is verdeeld tussen twee voormalige bestuursregio's die beiden een andere benadering hadden voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg. De invoering van het basistakenpakket betekende in meer of mindere mate een verandering voor alle gemeenten en voor de bij hen horende scholen en kinderen. Met name in de voormalige regio Arnhem e.o. waar al jaren een innovatieve manier van screening in combinatie met risico spreekuren bestond, betekende de verandering een groot gevoel van onmacht.

De gemeenten stelden vanuit hun regisseursrol verschillende prikkelende vragen: Wat kunnen jullie nog voor ons betekenen in het lokaal jeugdbeleid met dit nieuwe pakket? Wie verleent de zorg voor risicoleerlingen op scholen als dit onder het maatwerk valt en wij dit niet extra kunnen afnemen? Waarom wordt de zwaarste en duurste discipline ingezet in maximaal geprotocolleerde en gestandaardiseerde zorg? Is het absoluut noodzakelijk om alle kinderen te zien in een periode van schaarste en gebrek? Hoe behaal je in de preventie de grootste gezondheidswinst, moet de zorg niet vooral ten goede komen aan jeugdigen die een verhoogde kans lopen op een gestoorde gezondheid, groei en ontwikkeling? En tenslotte: hoe kunnen wij de regie voeren over een pakket dat grotendeels vast ligt en dat nagenoeg het hele budget opslokt?

Gemeenten zaten in een spagaat, omdat zij de regierol hebben gekregen over een gedecentraliseerde taak met een minimale beleidsvrijheid. Desondanks is de invoering van het basistakenpakket op de landelijk voorgeschreven wijze voortgezet. Wel is toen direct al besloten dat een evaluatie op termijn zou moeten plaatsvinden. Die evaluatie heeft in juni 2005 plaatsgevonden op verschillende scholen en onder de medewerkers in de regio West. In de regio Oost worden de resultaten bevestigd in waargenomen waardering dan wel zorg van gemeenten, scholen en medewerkers.

De scholen

Vanuit de scholen blijkt dat de waardering voor de inzet, creativiteit en kwaliteit van de JGZ medewerkers erg hoog was. Daartegenover staat dat scholen signalen geven dat ze niet altijd op tijd de juiste zorg kunnen ontvangen door het rigide uniforme pakket. Zo is bijvoorbeeld de logopedie gedeeltelijk wegbezuinigd en kunnen kinderen in de klassen waar geen contactmoment plaatsvindt niet meer zomaar op een spreekuur terecht.

Dit kan een individueel probleem opleveren, maar ook een gebrek aan collectieve zorg zoals bij de grote groep kinderen die moeite heeft met de overgang naar het voortgezet onderwijs.

Het wordt tevens als een gemis ervaren dat JGZ medewerkers door het jaar heen minder op de school aanwezig zijn. Tevens is er nu een tekort aan overlegtijd. Scholen pleiten dan ook voor de hernieuwde invoer van een spreekuur en het leveren van meer zorg op maat.

Specifieke aandacht werd gevraagd voor screening op dyslexie, cursussen signaleringsvaardigheden voor leraren, cursussen voor depressieve adolescenten, aandacht voor schoolverlaters en ouderbegeleiding.

Vanuit de evaluatie onder de scholen bleek ook dat er wel degelijk gedifferentieerd moet worden in het zorgaanbod tussen het reguliere onderwijs en het SBAO, LWOO en PRO. Deze leerlingen hebben duidelijk meer zorg nodig en bovendien kost de overlegtijd per individuele leerling meer tijd.

De medewerkers

De evaluatie door de medewerkers leverde een vrijwel synoniem beeld op. Ook bij hen is het algemene gevoel aanwezig dat door de invoering van het basistakenpakket de zorg voor het risicokind in de knel is gekomen. Het merendeel van hun tijd wordt geïnvesteerd in routine onderzoek van gezonde kinderen, terwijl ze op hetzelfde moment in tijdsnood zitten binnen de kaders van het basistakenpakket voor wat betreft het bieden van risicozorg. Dit is niet alleen frustrerend maar brengt ook de geloofwaardigheid van de jeugdgezondheidszorg op de scholen in het geding. Medewerkers pleiten daarom voor verdere functiedifferentiatie en het herschikken van taken om zodoende te besparen op niet-risico gebonden zorg ten behoeve van risicozorg en zorg op maat. Op deze wijze komt het kwetsbare kind weer centraal te staan.

De conclusie kan getrokken worden dat zowel op gemeentelijk, school- en uitvoeringsniveau een tendens van ontevredenheid over de huidige uitvoering van het basistakenpakket zichtbaar is. Dit spitst zich vooral toe op de starheid van het basistakenpakket en het daarmee gepaard gaande gebrek aan tijd voor risicozorg en zorg op maat voor het kwetsbare kind. Een herbezinning op de wijze waarop Hulpverlening Gelderland Midden in de toekomst haar jeugdgezondheidszorg zal leveren is op zijn plaats. Het in deze notitie beschreven voorstel beoogt de knelpunten in dienstverlening op te lossen, zodat de JGZ op een optimale manier haar plek in de ketenzorg van het jeugdbeleid kan innemen. Daarin staat een verschuiving voorop van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg waarin het kwetsbare kind centraal staat.

5 De gezondheid van de jeugd

De gezondheidssituatie van kinderen, jeugdigen en hun gezinnen

Met de meeste Nederlandse kinderen en jeugdigen gaat het goed. Een recent TNO rapport '*Kinderen in Nederland*' toont aan dat tenminste 85% van de kinderen in de leeftijd van 0-12 geen serieuze problemen heeft. 30% van de kinderen valt in een risicocategorie. Van de 30% risicokinderen heeft ongeveer 12% te maken met chronische ziekte of ontwikkelingsachterstanden, 5% met psychosociale problematiek, 5% met opvoedingsproblematiek en 5% met multiproblematiek. '*De jeugd in Nederland, enkele cijfers*' laat zien dat het ook met de wat oudere jeugd goed gaat, al is het welbevinden onder hen iets lager dan onder kinderen. Recent onderzoek met gebruik van de EMOVO vragenlijst op het voortgezet onderwijs door Hulpverlening Gelderland Midden is gebleken dat 91% van de jongeren hun lichamelijke gezondheid als goed tot uitstekend ervaren, ondanks dat 28% aangeeft wel een of meerdere ziekten/aandoeningen te hebben. Met de psychische gezondheid van de jeugd is het minder goed gesteld. Maar liefst 17% van de leerlingen ervaart psychisch onwelbevinden. Tenminste 8% van de jongeren heeft bovendien te kampen met overgewicht en genotmiddelen worden veelvuldig genuttigd (72% drinkt, 15% rookt, 8% gebruikt softdrugs, 2% gebruikt harddrugs). Schrikbarend is het dat de helft van de jongeren strafbare feiten gepleegd heeft, 15% wel eens een wapen draagt en ruim een kwart zich soms onveilig voelt. Juist voor die kinderen en jeugdigen waar zich problemen voordoen die hun ontwikkeling en functioneren nu en op latere leeftijd kunnen beïnvloeden, wil de jeugdgezondheidszorg van Hulpverlening Gelderland Midden zich inzetten.

Het rapport '*Kinderen in Nederland*' laat ook zien dat binnen de groep kinderen met een probleem een duidelijke risicolijn is te ontdekken. Zo is er een hogere prevalentie van kinderen uit gezinnen met een zwakkere sociaal economische status: etnische minderheden, gezinnen die onder de armoede grens leven, een laag opleidings- en inkomensniveau hebben of alleenstaande oudergezinnen. Operatie Jong identificeert dezelfde gezinnen en concludeert dat deze zich concentreren in achterstandswijken. EMOVO identificeert jongens, lagere schooltypen, allochtone afkomst en eenoudergezinnen als determinanten van risico. Deze determinanten worden bevestigd in '*De Jeugd in Nederland, enkele cijfers*'. De *Nota Gezinsbeleid* noemt tevens als relevante ontwikkelingen: de toename van het aantal echtscheidingen, de toenemende aantallen eenouder-, tweemoeder- en co-ouderschapgezinnen, de fragmentatie van de opvoedingstaak, de toename van financieel zwakke gezinnen, en een drang naar perfect opvoeden in combinatie met opvoedingsonzekerheid.

In de *Nota Gezinsbeleid* wordt de aandacht gericht op het contragewicht dat goed functionerende gezinnen hebben tegen de aanwezigheid van risicofactoren. Een investering in 'het gezin' bespaart de samenleving op langere termijn maatschappelijke kosten van uitval en ontsporing. Het kabinet wil de positie van het gezin versterken door een pakket aan maatregelen die gunstige randvoorwaarden moet scheppen en vroegtijdig ingrijpen in bedreigende situaties moet waarborgen. Van belang in dit verband zijn: de impuls opvoed- en gezinsondersteuning, het proefproject gezinscoaching, Operatie Jong, het EKD, de adviezen van de Inventgroep, de extra impuls voor het preventief jeugdbeleid, de versterking van de gemeentelijke regie, de inzet op een beter bereik van (specifieke) opvoedondersteuning, de opzet van Centra voor Jeugd en gezin, sterkere nadruk op bemoeizorg, een betere benutting van de ondertoezichtstelling, betere aanpak van huiselijk geweld, een dekkend zorgnetwerk rondom de vindplaatsen, tegengaan van voortijdig schoolverlaten en goede taalontwikkeling. Deze thema's worden uitgewerkt in de gezinsagenda 2007.

De Inventgroep merkt wel op in haar adviesstuk *'Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter'* dat alleen individuele vroegsignalering en interventie kinderen niet zal vrijwaren van de invloed van een risicovolle context, maar dat structurele interventies in de infrastructuur van achterstandswijken, risicoscholen en aanbod van voorschoolse educatie essentieel zijn in het reduceren van de risico's. De Nota Gezinsbeleid sluit hierop aan door in te gaan op enkele van deze interventies.

In de regio van Hulpverlening Gelderland Midden lopen de bedreigende factoren waar kinderen in de gemeenten aan blootgesteld worden nogal uiteen. Zo bleek uit de databank van *'Kinderen in Tel'* dat Arnhem maar liefst op de vijfde plaats van risicovolle gemeenten voor kinderen staat en Rozendaal op de laatste plaats (467). Rheden, Renkum en Ede scoorden respectievelijk de 64^e, 68^e en 85^e plek. Wageningen staan op 103, Overbetuwe en Westervoort op 175 en 176, Nijkerk op 185, Barneveld op 189, Rijnwaarden op 219, Duiven op 235, Zevenaar op 289, Lingewaard op 339 en Scherpenzeel staat op 400. In Arnhem woont bijvoorbeeld 39,23% van de kinderen in een achterstandswijk, terwijl enkele andere gemeenten niet eens achterstandswijken kennen. Voor Hulpverlening Gelderland Midden betekent dat dat de wijze waarop de jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd, moet worden aangepast aan de populatie die in een bepaalde stad / wijk woonachtig is.

Een goede (lichamelijke en geestelijke) gezondheid is niet alleen voor de jeugd zelf van groot belang, maar levert ook winst op voor de samenleving: gezonde kinderen en jongeren die 'goed in hun vel zitten' kunnen naar school of blijven aan het werk, vervallen minder tot criminaliteit en drukken niet op de wachtlijsten bij de Jeugdzorg.

Van kind tot volwassene: Een hele opgave

Kinderen staan in hun ontwikkeling tot volwassene voor verschillende ontwikkelingsopgaven.

Afhankelijk van de ontwikkelingsopgaven waar ze voor staan zijn ze meer of minder kwetsbaar voor bedreigende factoren. Met name bij risico kinderen waar de beschermende factoren de balans niet meer kunnen opmaken, levert dit problemen op.

Een aantal wetenschappers hebben geprobeerd de ontwikkelingsopgaven van een kind in kaart te brengen en daarbij aan te geven wat de problematiek is die uit die ontwikkelingsopgaven kunnen ontstaan. Rispens, Goudena & Groenendaal hebben de theorieën van Achenbach, Wenar, Freud, Erikson en Piaget samengebracht in het onderstaande schema. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat adolescenten in de ontwikkelingsfase 'identiteit versus rolverwarring' zitten en voor onder andere een identiteitsontwikkelingsopgave staan, dat gebruik van genotmiddelen en problemen met autoriteit onder 'normaal' of frequent probleemgedrag vallen en dat hieruit voort komend probleemgedrag bijvoorbeeld ligt in persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, eetstoornissen, etc.

Globale leeftijd	Ontwikkelingsfase**	Belangrijke milieus	Ontwikkelingsopgave	Opvoedingsopgave	'Normaal probleemgedrag'	Probleem-gedrag of stoornis te relateren aan ontwikkelingsfase	Stoornis niet gerelateerd aan fase
± 0-2 jaar	a. oraal; b. fundamenteel vertrouwen vs. wantrouwen; c. sensori-motorisch	gezin; eventueel crèche	fysiologische zelfregulatie; veilige hechting; exploratie; autonomie en individualiteit	soepele verzorging; sensitieve en responsieve interactie bieden; beschikbaarheid; ruimte en steun geven	voedingsproblemen; slaapproblemen; scheidingsangst; angst voor vreemden, donkerte, geluiden	eet-/slaapproblemen; reactieve hechtingsstoornis; mentale retardatie; autisme	
± 2-4 jaar	a. anaal resp. fallisch; b. autonomie vs. schaamte resp. initiatief vs. schuld; c. pre-operationeel en symbolisch	gezin; eventueel crèche of peuterspeelzaal; later ook school	representatieve vaardigheden; constructieve omgang met leeftijdgenoten; internaliseren van eisen (w.o. zindelijkheid); sekserol-identificatie	sensitiviteit voor cognitief niveau; positieve en bevestigende omgang; omgaan met ambiguïteit kind; disciplineren; sekse-specifieke benadering	angst voor vreemden, donkerte, alleen-zijn; koppigheid; driftbuien; agressie; ongehoorzaamheid; druk gedrag/overactiviteit; angst i.s.m. sekserol en identiteit; niet zindelijk	atypische/autistische problemen; scheidingsangst, fobische/sociale angststoornis; stoornis in taal, spraak, motoriek; electief mutisme; encopresis; hyperkinetisch syndroom; gedragsstoornis beperkt tot gezin, gedragsstoornis niet in groepsverband, oppositionele gedragsstoornis jonge kind	organische syndromen
± 5-12 jaar	a. fallisch resp. latentie; b. ijver vs. minderwaardigheid; c. concreet-operationeel	gezin; school; 'peer group'; verenigingen	decentratie; schoolvaardigheden; ijver ('industry'); acceptatie door leeftijdgenoten	gelegenheid geven voor omgang met leeftijdgenoten; schools onderricht; waardering voor schoolwerk; democratische en warme opvoedingsstijl	ruzie; concentratieproblemen; laag prestatieniveau; schoolweigering; stelen of vandalisme als incident; ritualistisch gedrag	enuresis; stoornissen in schoolvaardigheden; sociale terugtrekking; persistente schoolweigering; stoornissen in de geslachtsidentiteit; (na 6 jaar maar meestal in adolescentie of later:) gedragsstoornis in groepsverband; delinquentie; neurosen en somatische stoornissen	depressie stress-reacties aanpassingsstoornissen
± 12-16 jaar	a. genitaal; b. identiteit vs. rolverwarring; c. formele operaties	gezin; school; 'peer group'; verenigingen; eventueel werkkring; diverse sociaal-culturele velden	emotionele (en praktische) zelfstandigheid; omgaan met eigen en andere sekse; ontwikkeling van waardensysteem; persoonlijke identiteit, school, beroep en samenleving	emotionele steun bieden; tolerantie voor experimenten; leeftijdsadequate grenzen stellen; voorbeeldfunctie vervullen; meer symmetrische relatie met kind aangaan	gebruik psychoactieve stoffen (drugs, alcohol); twijfels over identiteit; problemen met autoriteiten; incidenteel spijbelen	(soms eerder, maar meestal in adolescentie:) problemen t.g.v. psycho-actieve stoffen (drugs, alcohol); persoonlijkheidsstoornissen; stoornissen in de identiteit; anorexia en bulimia (nervosa); conversies; problemen bij seksuele rijping of oriëntatie; suïcide; oppositionele gedragsstoornis puber; schooluitval	

* Het hier geboden schema is een bewerking van soortgelijke ordeningen van Achenbach (1990) en Wenar (1990).
** Globaal ingedeeld naar: a. psycho-seksueel (Freud); b. Erikson; c. cognitief (Piaget).

Figuur 5.4 Overzicht van ontwikkelingsfasen, ontwikkelingsopgaven en problemen in de ontwikkeling*.

Bron: Rispens, Goudena & Groenendaal (1994:80)

Tevens wordt duidelijk uit dit schema dat de hoeveelheid ontwikkelingsopgaven die kinderen en jeugdigen moeten doorlopen niet gering is. Ook is te zien dat het aantal milieus dat een positieve danwel negatieve invloed op het kind uitoefenen steeds talrijker wordt. Veel kinderen kunnen de druk van het volbrengen van ontwikkelingsopgaven om zo te kunnen blijven voldoen aan de norm die de omgeving, waaronder de peergroup, aan ze oplegt en de leeftijd van ze vraagt niet aan. We zien dan ook dat op psychosociaal gebied de problematiek fors toeneemt naarmate kinderen ouder worden.

Ook zijn er psychische en psychosomatische stoornissen die kunnen ontstaan in elke levensfase en niet gebonden zijn aan de ontwikkeling. Wel mag duidelijk zijn dat stressvolle situaties de kans op het ontwikkelen of manifest worden van een stoornis in de hand kan werken. En stressvolle situaties zijn er te over in met name de middelbare school periode. Ontwikkelingstheoretische modellen die uitgaan van ontwikkelingsfasen gaan er ook van uit dat de overgang van de ene naar de andere fase een onrustige tijd is waarin de stress factor verhoogd is en waar zelfs een terugval naar minder volwassen gedrag kan plaatsvinden. Het is daarom van uiterst belang dat de situatie van de jeugdige gezien wordt in het licht van zijn of haar ontwikkeling en dat tevens de link tussen psychosociale problematiek en somatische symptomen wordt meegenomen.

Bij jeugd is grote winst te behalen, te meer omdat cijfers aantonen dat problematiek op jeugdige leeftijd veelal een voorbode is van later te ontwikkelen problematiek. De stabiliteit van externaliserende problematiek is groter dan die van internaliserende problematiek. Die stabiliteit betekent dat bijvoorbeeld kinderen met gedragsproblemen op de basisschool een hogere prevalentie vertonen van delinquentie en antisociale persoonlijkheidsstoornissen in de adolescentie. Problemen kunnen echter ook van uiterlijk veranderen, ofwel de oorzaak blijft hetzelfde maar wat zich voorheen bijvoorbeeld uitte in teruggetrokken gedrag of juist storend gedrag uit zich later, soms onopgemerkt, in delinquentie (Goudena, Rutter & Groenendaal, 1994:87). Het volgen van kinderen gedurende de ontwikkeling van kind naar volwassene en nauw betrokken blijven op de ontwikkeling van risicokinderen om vroegtijdig te interveniëren is daarom van uiterst belang.

Dit zijn redenen waarom Hulpverlening Gelderland Midden (HGM) pleit voor het loslaten van de nagenoeg volledige inzet van zorg op slechts drie momenten in de fase van 4-19 jaar. Het beeld verkregen in de eerste vier jaar moet leidend zijn in de te volgen risicolijnen vanaf vier jaar, aangevuld met signalen vanuit de vindplaatsen en het gezin. De ontwikkeling van een jeugdige en zijn of haar omgeving verandert zo snel dat momentopnamen in de schoolleeftijd een vertekend beeld kunnen geven. Bovendien ontwikkelt problematiek zich en zullen symptomen veranderen. Dit standpunt kwam ook terug in een recent artikel in het tijdschrift voor gezondheidswetenschappen over psychosociale problemen bij jeugdigen. Frans Pijpers vult in ditzelfde tijdschrift aan dat het gat in de signalering van psychosociale problematiek te wijten zou kunnen zijn aan de weinige contactmomenten. Hij acht daarom extra signaleringsmomenten op schoolgaande leeftijd noodzakelijk.

De HGM sluit hierbij aan en acht het noodzakelijk dat kinderen en jeugdigen en hun ouders gedurende de gehele ontwikkeling van 0-19 op het moment dat het nodig is aanspraak kunnen maken op zorg op maat binnen de jeugdgezondheidszorg. Dit houdt in dat niet meer alleen gescreend moet worden op de vastgestelde contactmomenten, maar dat signalering een doorgaand proces is, uitgevoerd door allen die bij de kinderen zijn betrokken, waarbij de nodige zorg zo vroeg mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo licht mogelijk kan worden aangeboden aan het kind. Een sociaal medische insteek is daarbij onmisbaar om in de zorgnetwerken een verbinding te kunnen leggen tussen de psychosociale en somatische symptomen en problematiek.

De rol van het gezin en de school

In de ontwikkeling van de jeugdige is het eerste milieu, het gezin en het tweede milieu, de school ook van ontzettend groot belang. Ook al functioneert de jeugdige in meerdere milieus, de beschermende en bedreigende factoren in het eerste en tweede milieu hebben een grote invloed op de ontwikkeling. Deze factoren bepalen niet alleen of de tegenhanger van de ontwikkelingsopgave, te weten de aan de ontwikkelingsfase gerelateerde opvoedingsopgave, goed wordt gewaarborgd, maar het bepaalt tevens de balans van draagkracht en draaglast van het kind die het uiteindelijk manifest worden van een stoornis of andere problematiek in sterke mate beïnvloedt. Hier ligt nadrukkelijk ook een taak voor de jeugdgezondheidszorg. Ten eerste om sterk in te zetten op vroegtijdige signalering en daarin een koppeling te maken tussen somatische en psychosociale problematiek en ten tweede om een zorgaanbod neer te zetten waarbij ouders en leerkrachten aanspraak kunnen maken op advies en zorg op maat binnen afzienbare tijd.

Knelpunten in de zorg voor jeugdigen

Met tijdige signalering van bijvoorbeeld beginnende gedragsproblemen of verwaarlozing en vervolgens tijdige (lichte) hulp, kan ernstige problematiek, uitval en dus 'overlast' voor de samenleving, worden voorkomen. De Gideonsgemeenten hebben in hun nota '*Opvoed- en Opgroeiondersteuning als Lokale Basisvoorziening*' de knelpunten in de zorg voor jeugdigen in kaart gebracht. Helaas gaat het nogal eens mis in de signalering. Ondersteuning vindt vaak (te) laat plaats door de slechte toegankelijkheid van het ondersteuningslandschap, door gebrek aan sociale cohesie, door slechte communicatie binnen de zorgketen en door te weinig aandacht voor preventieve activiteiten. Verder vindt de ondersteuning vaak niet plaats in de eigen omgeving doordat de lokale voorzieningen ontoereikend zijn en is de ondersteuning niet passend door een aanbodgerichte werkwijze en doordat verschillende disciplines en instanties moeilijk tot een gezamenlijke analyse en geïntegreerde aanpak van de problematiek komen.

Tegelijkertijd is een toename zichtbaar van de omvang en de ernst van de problematiek. Er zijn *meer* kinderen, jongeren of ouders die *grotere* risico's lopen, problemen hebben of problemen geven. Het toenemende beroep op hulp en zorg leidt tot een verhoogde druk op de capaciteit en creëert tegelijkertijd de behoefte aan andersoortige en op maat in te zetten instrumenten.

Andere knelpunten in de zorg voor jeugdigen zijn het doolhof van voorzieningen met onafgebakende rollen, slechte samenhang tussen de ketenpartners, verschillende wettelijke kaders, aansturing op verschillende niveaus, lokale verschillen door financieringsstromen, verschillende definities van problematiek, weinig mogelijkheden tot zorgcoördinatie en bemoeizorg en een ongedeelde visie.

De knelpunten die hier naar voren gebracht zijn door onderzoek van de “Gideon”-gemeenten, onderstrepen eens te meer dat de jeugdgezondheidszorg de ruggengraat dient te zijn van het jeugdbeleid. Omdat zij alle kinderen ziet en volgt doordat zij eigenaar is van het Elektronisch Kind Dossier is zij bij uitstek de spil in de keten rondom het kind. De meeste van de bovenstaande problemen kunnen verminderd worden doordat de jeugdgezondheidszorg 0-19 een laagdrempelige voorziening is die kan dienen als loketfunctie in de wijk, kan aansluiten bij zorgnetwerken en daarin de zorgcoördinatie op zich kan nemen en bovendien zorg op maat kan leveren of bewerkstelligen voor het hele gezin. Ook staatssecretaris Ross is tot deze conclusie gekomen, zoals blijkt uit onderstaand persbericht.

Ross wil gezinscentra in gemeenten

Staatssecretaris Ross (Volksgezondheid) pleit voor een speciaal centrum voor gezinnen in alle wijken en dorpen. “Het is essentieel dat gemeenten meer kiezen voor jeugd en gezin. Een probleem bij een kind en zijn gezin staat vaak niet op zichzelf”, zei ze vrijdag. Gezinnen kunnen in de centra terecht voor vragen over het opvoeden en het laten opgroeien van kinderen. Het centrum moet de enige plek worden waar hulpverleners kunnen vaststellen of iemand hulp nodig heeft. Doordat alle hulpverlening in het centrum samenkomt, kunnen gezinnen snel worden geholpen. *De jeugdgezondheidszorg zou daarbij een centrale rol moeten spelen. (ANP - 060306)*

Met de voorgaande informatie en ontwikkelingen in het achterhoofd, heeft Hulpverlening Gelderland Midden zich genoodzaakt gevoelt om haar uitvoering van de jeugdgezondheidszorg te herformuleren, om zodoende de zorg te bieden die het kind toekomt en daarbij een bijdrage te leveren aan het oplossen van de huidige knelpunten.

6 Visie van de jeugdgezondheidszorg 4-19

Centraal in de ontwikkeling van een nieuwe visie voor de jeugdgezondheidszorg staat de overtuiging dat de JGZ meer vraaggericht moet gaan werken en het kwetsbare kind centraal moet stellen. Maatschappelijke tendensen als individualisering, commercialisering en marktgerichtheid hebben de HGM ertoe gebracht om haar jeugdgezondheidszorg aan te passen. Gemeenten zijn niet alleen betalers maar ook opdrachtgevers en bepalers. Daarom zijn de geluiden die vanuit de gemeenten kwamen serieus opgepakt en verwerkt in de hieronder beschreven visie op een jeugdgezondheidszorg die zich richt op het kwetsbare kind, in samenhang met alle ketenpartners in het jeugdveld. De visie is als volgt uitgewerkt:

Integrale JGZ 0-19

De integrale JGZ levert preventieve zorg voor -9 maanden tot 19-jarigen, gericht op het bevorderen van een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid onder kinderen en jongeren in het verzorgingsgebied en het voorkómen van gezondheidsschade bij deze doelgroep. Het beeld verkregen in de eerste vier jaar is daarbij leidend in de te volgen risicolijnen vanaf vier jaar, aangevuld met signalen vanuit de vindplaatsen en het gezin. Nu wordt deze zorg nog uitgevoerd door de samenwerkingspartners Hulpverlening Gelderland Midden (4-19) en respectievelijk Stichting Thuiszorg Midden Gelderland (0-4) en Kruiswerk West Veluwe (0-4). In de toekomst streeft Hulpverlening Gelderland Midden naar een ongedeelde organisatiestructuur waarbinnen de JGZ 0-19 ingebed kan worden, hierin het advies van de inspectie volgend. De inspectie voor de gezondheidszorg geeft in haar rapport "openbare gezondheidszorg 2005: hoe houden we het volk gezond?" aan dat er nu teveel instellingen voor zorg aan jeugd zijn. De inspectie stelt vast dat de integrale JGZ 0-19 stagneert en pleit voor één instelling voor de JGZ 0-19 jaar.

Vooralsnog heeft HGM samenwerkingsovereenkomsten gesloten met STMG en KWV, waarin zij zich inhoudelijk buigen over een ongedeelde JGZ. In het kader van de integrale JGZ wil HGM/JGZ zich met name richten op de kinderen in de leeftijdscategorie 4-6 jaar. Juist daar moet een intensieve samenwerking met de JGZ 0-4 jarige zorg zijn. Voor de integrale JGZ komt hiermee dus de investering op de leeftijdscategorie 0-6 jaar en gezinszorg te liggen. Belangrijke producten en diensten in het kader van de integrale JGZ zijn: risicozorg in de wijk door middel van het oprichten van Centra voor Jeugd en Gezin, huisbezoek, opvoedingsspreekuur en opvoedingsvoorlichting 0-12 jaar, zorgoverdracht, netwerken 0 – 6 jaar en logopedie.

Het pakket jeugdgezondheidszorg: Het kwetsbare kind centraal

De JGZ voert voor de gemeenten het landelijke basistakenpakket uit, bestaande uit een uniform deel en een maatwerkdeel volgens het voorgeschreven wettelijk kader. De insteek van HGM/JGZ is om het uniforme wettelijke pakket (aanbodgerichte zorg) terug te brengen tot een basis JGZ, waarbij wel aan de landelijke verplichtingen wordt voldaan. Dit wordt gerealiseerd door het inzetten van een basis deskundigheid in de cohortscreeningen en monitorfunctie. De JGZ wil daarnaast veel meer energie zetten op de lokale behoefte van gemeenten, ouders en scholen. Kortom de HGM/JGZ wil vraaggericht en marktgericht werken en daarbij het kwetsbare kind centraal stellen.

De uitvoering van het uniforme pakket wordt aan die vraag aangepast door zich te richten op de 30% risicozorg aansluitend op de cohortscreeningen en daaraan 30% risicozorg voor kinderen in de overige jaargroepen toe te voegen. Hoewel zorg voor deze laatste groep kinderen nu ook wettelijk verplicht is binnen het basistakenpakket uniform, is het tot noch toe niet door Hulpverlening Gelderland Midden uitgevoerd, omdat het binnen de huidige werkwijze en inwonerbijdrage niet is te realiseren.

De inhoud van het maatwerkdeel wordt, in overleg met de afzonderlijke gemeenten, op de lokale situatie afgestemd zodat goed kan worden ingespeeld op lokale behoeften en bestaande risicogroepen. Hierbij richten de werkzaamheden van de JGZ zich niet alleen op de kinderen zelf, maar ook op de ouders/begeleiders van kinderen, leerkrachten, intermediairen, hulpverleners, hulpverlenende instanties en beleidsmakers.

Logopedie

Momenteel is de logopedische zorg volledig opgenomen in het maatwerk en deze wordt dan ook in lang niet alle gemeenten afgenomen en uitgevoerd. HGM betreurt dit zeer omdat ervaring uitwijst dat gemiddeld 40% van de kleuters in meer of mindere mate problemen heeft met de taal-spraak ontwikkeling en dat juist vroegtijdige interventie zwaardere problematiek kan voorkomen. Een achterstand in de taal- en spraakontwikkeling kan ervoor zorgen dat kinderen de aansluiting met de samenleving missen en slecht geïntegreerd raken. Een achterstand kan ook de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen belemmeren. Kinderen met een achterstand in de taal- en spraakontwikkeling hebben vaak gedragsproblemen, zij leven in een sociaal isolement en hun zelftrouwen is verminderd doordat hun uitingsmogelijkheden beperkt zijn. Lezen en schrijven wordt ook moeilijker en dat heeft weer betekenis voor het welslagen van het kind in het onderwijs en uiteindelijk op de arbeidsmarkt.

Een recent longitudinaal onderzoek van de Erasmus universiteit toont verder aan dat vroegtijdige opsporing van taalstoornissen bij tweejarige peuters leidt tot een betere taalvaardigheid en een daling van maar liefst 30% van de kinderen die in het Speciaal Onderwijs terecht komen. Landelijke invoering van een additionele screening is uiteindelijk kostenbesparend en wordt aanbevolen door de onderzoekers.

Het ligt in de visie van HGM dat indicatiescreeningen logopedie opnieuw door alle gemeenten worden opgenomen, waarbij HGM pleit voor het steeds vroeger signaleren van taal en spraak problematiek. In het nieuwe model zal binnen het uniforme pakket bij alle kinderen een wettelijk verplichte pluis – niet pluis meting worden afgenomen. Het is aan te bevelen om daaraan voor 40% van de vijfjarigen een indicatie onderzoek van de logopedist te koppelen.

In de nieuwe visie waarin het kwetsbare kind centraal staat is het wenselijk dat indicatiescreeningen een vaste plek in het programma krijgen, bijvoorbeeld via een wijkgericht spreekuur. Het niet uitvoeren van indicatiescreeningen als onderdeel van het totale JGZ pakket vanuit gemeentelijke gelden zou een gemiste kans betekenen. Het zijn juist de kwetsbare kinderen die onafhankelijk van hun thuissituatie en sociaal economische status een beroep moeten kunnen doen op hulp die hen helpt te voorkomen dat ze op dit belangrijke gebied achterstand oplopen.

Van universele naar selectieve en geïndiceerde preventie

Landelijk is een maatschappelijke tendens zichtbaar waarin er een verschuiving plaatsvindt van universele (primaire) naar selectieve en geïndiceerde (secundaire) preventie. Landelijke cijfers tonen aan dat het met 85% van de kinderen in Nederland goed gaat. Hulpverlening Gelderland Midden wil in haar beleidskeuzen zich dan ook meer gaan richten op de 15% kinderen die al problemen hebben en vroegtijdige signalering en interventie inzetten voor de 15% kinderen die nog geen problemen hebben maar al wel symptomen vertonen. HGM gelooft dat inzet op deze 30% risicokinderen een veel hoger rendement geeft in termen van gezondheidswinst op lange termijn ontwikkeling en maatschappelijke zorg.

Het is een bestuurlijk risico om deze groep kinderen niet te voorzien van de benodigde zorg, omdat deze problemen in een later stadium tot veel zwaardere problematiek kunnen cumuleren. Inzet op vroegsignalering van ontsprende jongeren betekent investeren in de toekomst en het reduceren van toekomstig bestuurlijk risico.

Digitalisering

De zorg voor jeugdigen moet een doorgaande horizontale alsmede verticale lijn vormen, zodanig dat de activiteiten die worden uitgevoerd logisch op elkaar aansluiten en dat er eenduidigheid bestaat in de boodschap die wordt gegeven door verschillende zorgverleners. Deze continuïteit kan, naast realisatie van onderlinge afstemming, ook worden gewaarborgd in de vorming van één doorlopend elektronisch dossier is van 0 tot 19 jaar per kind. Door dit elektronisch dossier zijn voor de JGZ medewerkers de cliëntgegevens gemakkelijk toegankelijk, niet alleen per kind maar ook, indien nodig, per gezin zodat de gezinssituatie kan worden meegenomen bij de zorgverlening. Een verwijfsindex zorgt ervoor dat het voor de JGZ altijd inzichtelijk is welke hulpverlenende instanties bij het kind betrokken zijn, wat haar zorgcoördinerende taak optimaliseert. Het EKD biedt tevens ondersteuning voor monitoring, op basis waarvan advisering voor het gezondheidsbeleid en keuzes voor het maatwerk kunnen worden onderbouwd (jeugdbeleid).

HGM/JGZ wil met de invoering van het EKD gelijktijdig een ontwikkelingsslag maken in het gebruik van de automatisering voor de kwaliteit van haar producten en de efficiency in de werkwijze. Het EKD moet per 1 januari 2008 geïmplementeerd worden.

Huisvesting

Huisvesting van de jeugdgezondheidszorg draagt in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van de te leveren JGZ producten. De gewenste kwaliteit bij de afnemers maakt het noodzakelijk om de verschillende JGZ activiteiten te leveren vanuit twee locaties: de school én de wijk. Beide locaties worden ook genoemd in het kader van het toekomstige preventiebeleid *Kiezen voor Gezond Leven*.

6.1.1 De school

De JGZ 4-19 wordt zoveel mogelijk geleverd op de vindplaatsen. Dat wil zeggen dat de JGZ 4-19 de relatie met onderwijsvoorzieningen als primair ziet. Het is voor de jeugdgezondheidszorg doeltreffend om de leerling in zijn 2^e leefmilieu te zien. Dit komt ten gunste van de kwaliteit van de gezamenlijke signalering en advisering.

Scholen stellen het ook op prijs als de JGZ eenvoudig en frequent bereikbaar is voor hun leerlingen, ouders en leerkrachten, door hun aanwezigheid op de school. Leerlingen hebben tijdens een schooldag op de locatie waar zij op dat moment les hebben contact met de JGZ medewerker. Het bereik is hierdoor met de leerlingen in deze vorm het grootst. Leerkrachten waarderen de korte lijnen met het JGZ-team. Het contact met de school is intensief en de school kan het JGZ-team direct aanspreken. Gezamenlijk wordt gestreefd naar een adequate signalering, ondersteuning en advisering.

De jeugdgezondheidszorg is een basisvoorziening op scholen, een natuurlijke samenwerkingspartner voor scholen. De jeugdgezondheidszorg is een schakelpunt. Zij kan zorgen voor de noodzakelijke aansluiting tussen interne en externe leerlingenzorg. HGM/JGZ kiest op basis hiervan om in principe het basistakenpakket JGZ uit te voeren op de schoollocatie. Zonodig kan hier op basis van pragmatische overwegingen van afgeweken worden.

Voor de JGZ is de school een belangrijke samenwerkingspartner omdat zij de volgende functies hebben:

- *Vindplaats* voor alle kinderen.
- *Signaleerder* van problemen bij kinderen.
Door de dagelijkse omgang vallen gedragsveranderingen en ontwikkelingsstoornissen vaak snel op. Ook kennis van het gezin biedt informatie.
- *Dossierdrager*.
- De school beschikt over een schat aan informatie over het kind, het gezin en eerdere zorg/hulpverlening. Van hieruit kan een makkelijke relatie gelegd worden met het EKD.
- *Samenwerkingspartner* voor de JGZ als professionele begeleiders en opvoeders van kinderen. Afstemming van de hulp op de zorg die scholen bieden is zeer gewenst.
- *Plaats waar de zorg geboden wordt*.
Door preventieve gezondheidsscreeningen op school te laten plaatsvinden en daar ook spreekuren aan te bieden, wordt de drempel voor leerlingen en/of ouders sterk verlaagd, waarmee ook die leerlingen en/of ouders bereikt worden die anders geen hulpvraag stellen.

Uiteraard zijn de kosten voor deze vorm van huisvesting relatief laag. Er kan gebruik gemaakt worden van een ruimte binnen de school. Daarentegen is het een nadeel dat daarmee de ruimte minder professioneel is als gewenst. Een ander nadeel is dat het werken op scholen bedrijfsmatig lastiger is. Bij het inplannen van afspraken is een extra complicerende factor aanwezig.

6.1.2 De wijk

Op dit moment is de JGZ met name actief op de school en slechts sporadisch in de wijk. Ten aanzien van het leveren van de risicozorg is de wijk echter een uitermate geschikte locatie. Daarom wordt op gezinsniveau en voor de integrale JGZ 0-19 nadrukkelijk ingezet op wijkgerichte zorg. Hierdoor is de zorg voor de cliënt goed bereikbaar en zeer toegankelijk. Dit sluit aan bij de recente beleidssturing van staatssecretaris Ross van volksgezondheid.

Voor de JGZ 4-19 jaar is het goed om aansluiting te zoeken bij de JGZ 0-4 en andere ketenpartners in de wijk. In de wijkgerichte centra zitten daarom naast de JGZ bij voorkeur ook andere partners uit de zorg gehuisvest, bijvoorbeeld een peuterspeelzaal, basisschool, huisarts, maatschappelijk werk, andere afdelingen van de Thuiszorg en Bureau Jeugdzorg. Deze zorgketen sluit goed op elkaar aan en voor alle betrokkenen is duidelijk wie welke zorg verleent. Vanwege de korte lijn kan er een goede afstemming en overdracht plaatsvinden en kan de regie door gemeenten eenvoudig uitgevoerd worden.

Artsen, verpleegkundigen, assistenten, logopedisten en eventueel nieuw in te brengen disciplines zoals pedagogen, werken in wijkgerichte JGZ teams, waardoor betrokkenheid ontstaat bij de wijk en goed kan worden ingespeeld op specifieke problemen in een wijk. Verder kan lichte hulpverlening die voortkomt uit de signalering vanuit de vindplaats worden uitgevoerd. Deze zorg kan in de wijk vanuit een meer professionele ruimte geleverd worden. Indien nodig kunnen de wijkteams cliënten ook actief opzoeken, bijvoorbeeld door het afleggen van huisbezoeken, wat medewerkers inzicht geeft in het eerste leefmilieu.

Producten die vanuit de wijk geleverd kunnen worden zijn bijvoorbeeld maatwerkproducten als algemene spreekuren, opvoedingsondersteuning (bijvoorbeeld een opvoedingssprekbeurt voor 0-12, het geven van opvoedingscursussen, een regionale opvoedingstelefoon), de overdracht en uitvoering van risicozorg en actieve bemoeizorg. Voornamelijk in risicowijken zijn deze vormen van zorg onmisbaar.

Deskundigheidsbevordering en functiedifferentiatie

HGM/JGZ wil haar klanten zo optimaal mogelijk voorzien van de juiste zorg door vraaggericht in plaats van aanbodgericht te werken. De hieruit voorkomende JGZ producten vragen een variëteit in benodigde competenties. Zo zullen gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen meer ingezet gaan worden in de moeilijkere typen onderwijs, in risicowijken, in multidisciplinair overleg en in het maatwerk.

Daarnaast zijn er meer factoren die vragen om een taakherschikking bij JGZ medewerkers. Zo wil HGM de gemeenten een goede prijs-kwaliteit verhouding bieden waarbij een gericht deskundigheidsniveau wordt ingezet. Dit biedt tevens meer ontwikkelingsperspectief voor medewerkers en daarmee krijgt de jeugdgezondheidszorg een betere positie op de arbeidsmarkt en kunnen tekorten eenvoudiger opgevuld worden. Hulpverlening Gelderland Midden streeft naar tenminste een tweedeling in niveau voor elke discipline.

Herpositionering van de JGZ: Perspectieven voor betrokkenen

De vernieuwde visie van HGM-JGZ gericht op het kwetsbare kind, betekent dat voor alle betrokkenen: cliënten, scholen, partners, gemeenten en medewerkers, de dienstverlening van de jeugdgezondheidszorg beter wordt, doordat geluiden van alle betrokkenen verwerkt zijn in het denkproces rondom deze vernieuwde visie.

Samenvattend betekent de vernieuwde visie van HGM-JGZ voor *ouders, kinderen en jeugdigen*:

- Een goed herkenbare laagdrempelige zorgverlener
- Consultatie, advies en doorverwijzing op maat
- Een vraaggericht aanbod
- Goede bereikbaarheid op scholen, in de wijk en telefonisch
- Risicozorg / bemoeizorg aan gezinnen
- Een centrum voor Jeugd en Gezin in de wijk, waar meerdere vormen van zorg geleverd kan worden

Voor de *scholen* betekent het:

- Goede bereikbaarheid van het JGZ team door frequente aanwezigheid op school en de introductie van mobiele telefoons en email op locatie.
- Advisering en ondersteuning
- Aansluiting tussen de interne en externe leerlingen zorg

Voor de *gemeenten* betekent de visie van JGZ en de concrete implicaties daarvan het volgende.

- Een pro-actieve opstelling van JGZ, zodat de gemeente kan sturen op hoofdlijnen
- Visie voor een ongedeelde JGZ 0-19 in een enkele organisatiestructuur
- Een herinterpretatie van het basistakenpakket uniform, om vraaggerichter te kunnen werken
- Vraaggerichte zorg in het maatwerk
- Aansluiting van JGZ bij landelijke ontwikkelingen als: de gemeentelijke coördinatiefunctie, de opzet van wijkgerichte centra voor Jeugd en Gezin, zorgnetwerken in het kader van Operatie Jong en het veranderende veld rondom opvoedingsondersteuning naar aanleiding van de Wet op de Jeugdzorg.

Voor *ketenpartners* in de zorg is een goede taken- en deskundigheidsafbakening van groot belang. Verder kunnen genoemd worden:

- Nauwe samenwerking met vindplaatsen van problematiek in combinatie met een aanbod dat de signaleringsdeskundigheid binnen die vindplaatsen versterkt
- Duidelijke afspraken over taakverdeling en bevoegdheden om een efficiënte doorverwijzing te realiseren, en geen dubbel werk te doen.
- Zorgcoördinatie en informatiebeheer, gekoppeld aan het Elektronisch Kind Dossier.
- Samenwerking in zorgadviesteams, (buurt)netwerken en jeugdbeleid overleggen
- Korte communicatielijnen, door duidelijke schoolverdeling en wijkteams JGZ
- Gezinsmanagement door een enkele JGZ medewerker
- Terugkoppeling

Ook voor de *medewerkers* en de *organisatie* heeft de vernieuwde visie van JGZ veel positieve kanten.

- Werken in school en wijkteams vergroot de betrokkenheid in probleemgebieden en biedt mogelijkheden tot specifieke groepsgerichte interventies
- Mogelijkheid om risicokinderen echt de benodigde zorg te bieden
- Mogelijkheden tot het volgen van een kind/ gezin over een langere periode (0-19), continuïteit van zorg
- Carrière verbreding binnen de gehele integrale JGZ 0-19
- Toepassing van taak- en functie differentiatie, waarbij taken zoveel mogelijk aan de functie worden aangepast en functies zo uitdagend mogelijk worden gemaakt. Hieraan gekoppeld is een persoonlijk traject van professionele ontwikkeling.
- Nadruk op noodzakelijk (inter)disciplinair overleg
- Mobiliseren van de werkplek en daarmee toename van flexibiliteit.

Bovendien betekent de nieuwe werkwijze een betere aansluiting met andere afdelingen van Hulpverlening Gelderland Midden. Een voorbeeld hiervan is de afdeling Maatschappelijke Zorg waar openbare geestelijke gezondheidszorg en bemoeizorg zijn geborgd.

7 Jeugdgezondheidszorg voor het kwetsbare kind: Samen voor het resultaat

Uitgangspunten

Uitgaande van de eerder geformuleerde visie op jeugdgezondheidszorg en tegen de achtergrond van landelijke ontwikkelingen ten aanzien van problematiek onder kinderen en jeugdigen, maar ook ten aanzien van de ontwikkelingen in het kader van de sluitende aanpak in het jeugdbeleid kiest Hulpverlening Gelderland Midden ervoor om beleidskeuzen te maken in het belang van het kwetsbare kind. Dit betekent dat zij niet de letter maar de geest van de wet vooropstelt en daarmee de invulling van het uniforme pakket zo breed mogelijk neemt.

De volgende peilers zijn geformuleerd:

- 1** Alle kinderen krijgen een basispakket aan zorg, waarbinnen goede monitoring wordt gewaarborgd via de universele cohortscreeningen en signalering van school en ouders. Zodra zich problemen voordoen wordt dit bij de jeugdgezondheidszorg ingebracht en daar opgepakt.
- 2** Het kwetsbare kind krijgt passende zorg op maat waardoor het snel op de juiste plek terecht komt voor hulp en zo vroeg mogelijke interventie gewaarborgd wordt. Dit mag niet meer alleen afhankelijk zijn van slechts drie contactmomenten.
- 3** Ouders en leerkrachten vinden in de jeugdgezondheidszorg een laagdrempelige voorziening waar ze hun opvoedkundige en ontwikkelingsvraagstukken neer kunnen leggen en binnen afzienbare tijd adequate hulp cq verwijzing vinden.
- 4** De aansluiting met andere vindplaatsen van signalen, zoals het gezin, de peuterspeelzaal, de school en de wijk wordt verbeterd.
- 5** De aansluiting binnen de zorgketen kan met recht integraal genoemd worden en het belang van het kind staat daarin altijd voorop met vraaggerichte zorg als uitgangspunt.

Deze peilers alsmede de eerder genoemde competenties van de jeugdgezondheidszorg komen overeen met de standpunten van Z-org en GGD Nederland zoals vastgelegd in het Convenant van 23 maart 2006.

Een herinterpretatie van de richtlijn contactmomenten: De triagemethodiek

HGM heeft binnen de huidige werkwijze en het huidige budget niet de mogelijkheid om deze centrale peilers voldoende te waarborgen. Daarom heeft zij gekozen om de richtlijn contactmomenten breed uit te leggen en een basiscompetentie in te zetten als vertegenwoordiger van het JGZ-team om de universele screeningen met 85% gezonde kinderen uit te voeren. Dit geldt niet voor het SBAO, PRO / LWOO en speciaal onderwijs omdat het daar om kwetsbare groepen kinderen gaat. Op het SBAO, PRO en LWOO zullen wel spreekuren gepland gaan worden vanwege het huidige structurele tekort aan tijd voor geïndiceerde zorg bij deze kinderen.

Dit betekent dat binnen het regulier onderwijs de doktersassistente alle kinderen op vijf-, tien- en veertienjarige leeftijd zal screenen op lichamelijke problematiek omtrent lengte, gewicht, visus en gehoor en de medische geschiedenis zal bekijken. Tevens zullen gevalideerde vragenlijsten worden gebruikt om psychosociale en opvoedingsproblematiek te signaleren. Vanuit de verzameling van gegevens die op deze manier ontstaat zal een triage worden uitgevoerd, die zal bepalen of een kind gezien moet worden en zo ja, welke discipline de beste deskundigheid in huis heeft om in dit probleem te interveniëren. Zo zullen artsen vooral worden ingezet op vraagstukken rondom ontwikkelingsproblemen, chronische ziektes, school- en ziekteverzuim, visus, gehoor, groei en multiproblematiek; de verpleegkundigen op vraagstukken rondom opvoeding, psychosociale problemen, overgewicht, voeding en zindelijkheid en de logopedisten in spraak-taal problematiek.

Vanuit deze triage zullen kinderen worden ingepland op regelmatig terugkerende spreekuren van de verschillende disciplines op de scholen. Ook zullen ouders, school en zorgnetwerken direct kinderen kunnen aanmelden met een zorgvraag en dan zal er via een triageprotocol ingeschat worden welk spreekuur het meest geschikt zal zijn. Om dit te faciliteren zal tevens dagelijks een telefonisch spreekuur gehouden worden, waar ouders, jongeren, leerkrachten en andere intermediairen met vragen terecht kunnen.

Door middel van de regelmatig terugkerende spreekuren op de scholen wordt de jeugdgezondheidszorg weer een bekender gezicht op de school, wat de zorg laagdrempeliger maakt. De school als vindplaats van problematiek krijgt een prominentere rol wanneer de kinderen die worden aangemeld ook daadwerkelijk een vervolgtraject kunnen ontvangen. Het spreekuur biedt mogelijkheden voor kortdurende begeleiding en verwijzing naar geïndiceerde zorg. Landelijk is de discussie nog gaande omtrent de verwijfsbevoegdheden van de nuldelijns zorg. Het opheffen van de nu verplichte tussenkomst van de huisarts is niet alleen financieel gunstig, maar komt vooral ook ten goede aan de klant die sneller en laagdrempeliger bij het passend hulpaanbod terecht kan.

In samenwerking met de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar zal in het kader van de integrale JGZ binnen het maatwerk ook gewerkt worden aan spreekuren in de wijk. Deze zijn met name belangrijk voor de aansluiting bij buurtnetwerken en zorgplatforms en voor de begeleiding van gezinnen met problematiek in meerdere leeftijdscategorieën en op meerdere fronten. Deze Centra voor Jeugd en Gezin zijn landelijk ook in opkomst en HGM wil daar graag bij aansluiten. Het leveren van lichte pedagogische ondersteuning als gemeentelijke taak kan hier goed weggezet worden.

Het kwetsbare kind: samen voor het resultaat, legt ook de nadruk op 'samen'. Dat wil zeggen, de jeugdgezondheidszorg staat niet alleen maar werkt in de zorg voor jeugdigen heel nauw samen met haar ketenpartners onderwijs en welzijn. Om de zorg voor het kwetsbare kind veilig te stellen zal het integrale karakter van die zorg centraal moeten staan. Daarom pleit Hulpverlening Gelderland Midden voor een investering in zorgadviesteam, buurtnetwerken en zorgplatforms, waarbij de jeugdgezondheidszorg als ruggengraat het informatiebeheer en de zorgcoördinatie op zich neemt. Op deze wijze wordt de JGZ echt een vangnet voor kinderen met problemen en wordt het bijna onmogelijk dat deze kinderen gemist worden.

Onderbouwing van de methodiek

7.1.1 De triage

De herinterpretatie van het basistakenpakket en de daaruit volgende methodiek staat of valt met een kwalitatief goed geborgde triage. Triage kent verschillende definities met als gemeenschappelijke factoren 'need-based', 'greatest benefits' en 'priority'.

De triage methodiek is een bekende werkwijze voor doktersassistenten op poli's en bij huisartsen. Op grond van eenvoudige en korte vragen maakt de assistente een inschatting van de aard en de zwaarte van het probleem. Naar aanleiding daarvan worden cliënten met of zonder spoed ingepland voor de juiste behandeling. Hulpverlening Gelderland Midden wil deze werkwijze implementeren om ook binnen de 4-19 jarigen zorg hun gelimiteerde capaciteit met zoveel mogelijk effect in te zetten op de kinderen die er het meest baat bij hebben.

De triage zal plaatsvinden op grond van een koppeling van de gegenereerde gegevens vanuit de universele screening uitgevoerd door de assistente zelf, gevalideerde leeftijdsgebonden vragenlijsten ten aanzien van psychosociale problematiek en vanuit signaleringslijsten die ingevuld worden door ouders en leerkrachten. Hieruit zal een verwachte 30% van de kinderen een vervolg afspraak krijgen met de meest deskundige discipline, te weten arts, verpleegkundige of logopediste. Zij zullen het verdere vervolgtraject bepalen in samenspraak met ouders, school en ketenpartners via de zorgteams.

De doktersassistenten zullen een nader te bepalen bijscholingstraject volgen, dat de kwaliteit van zorg moet garanderen. Dagelijks zullen er mogelijkheden gepland worden tot overleg met artsen en verpleegkundigen over twijfelgevallen. Bij blijvende onduidelijkheid zal het kind gezien worden door de hoogste discipline.

7.1.2 De vragenlijsten voor psychosociale problematiek

De vragenlijsten die zullen worden gebruikt door Hulpverlening Gelderland Midden voor de signalering van psychosociale problematiek zijn wetenschappelijk gevalideerd en worden landelijk veel gebruikt. Ze voldoen aan eisen van betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit maar zijn ook geschikt voor invullen door ouders en eenvoudig te verwerken door JGZ-medewerkers. Ze zijn in te lezen in het elektronisch kind dossier.

De belangrijke plek van psychosociale problematiek in de signalering sluit aan bij de speerpunten van de inspectie. Aanvankelijk volgde HGM de adviezen van de werkgroep Landelijke Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek Jeugd (LSPPJ) van GGD Nederland en koos voor het gebruik van de Landelijke Signaleringslijst Psychosociale Problematiek bij Kleuters (LSPPK) in groep 2, de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in groep 7 en de Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten (KIVPA) in klas 2. Hulpverlening Gelderland Midden heeft al ruime ervaring opgedaan met het gebruik van de laatstgenoemde vragenlijst tot tevredenheid van zowel medewerkers als scholen en gemeenten. Jaarlijks worden zo'n 29% van de leerlingen geïndiceerd door de vragenlijst, met een hogere prevalentie voor meisjes (34%) dan voor jongens (24%). Ongeveer de helft van de geïndiceerde leerlingen heeft ook daadwerkelijk een probleem.

Naar aanleiding van het rapport van de Inventegroep en het daaropvolgende advies van staatssecretaris Ross kiest HGM er echter voor om haar eerdere keuzen te herzien en de adviezen van de staatssecretaris te onderzoeken. Staatssecretaris Ross pleit voor invoering van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in alle leerjaren. Zij streeft naar een uniform gebruik van de SDQ in alle organisaties voor jeugdgezondheidszorg per 1 januari 2007, eventueel aangevuld met andere vragenlijsten waarnaar nog onderzoek loopt, zoals de Vragenlijst Onvervulde Behoeftes aan Opvoedingsondersteuning (BOVO). Naast het feit dat de SDQ 'evidence based' is, leidt gebruik hiervan ook tot landelijke vergelijkbaarheid van gegevens. Bovendien wordt deze signaleringslijst ook aanbevolen aan onderwijs, kinderopvang, HALT en tweedelijnsvoorzieningen, zoals Bureau Jeugdzorg. Dat maakt koppeling aan het elektronisch dossier en zorgcoördinatie zeer eenvoudig. Bureau Jeugdzorg Gelderland, Hulpverlening Gelderland Midden en STMG zijn reeds in gesprek over mogelijkheden tot het gezamenlijk oplopen in de implementatie van signaleringsinstrumenten als de SDQ.

Het gebruik van een gevalideerde vragenlijst in samenhang met signalering vanuit ouders, leerkrachten, 0-4 jarigen zorg en een geprotocolleerde triage methodiek moet de jeugdgezondheidszorg in staat stellen om de kinderen te identificeren die hulp nodig hebben en ze zo snel mogelijk bij de juiste discipline en voor het juiste zorgaanbod aan te melden.

Functiedifferentiatie en de waarborging van kwaliteit

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg heeft in een notitie ten behoeve van de taakherschikking in de gezondheidszorg vier hoofdlijnen geformuleerd. Ten eerste dat het een bijdrage moet leveren aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. De visie van HGM is om in dit kader vooral in te zetten op toegankelijkheid en kwaliteit voor die jeugdigen die tot de risicogroepen behoren en waar nu niet altijd voldoende voorzieningen voor zijn. Ten tweede zit de toegevoegde waarde van taakherschikking in de mogelijkheden om de zorg anders te organiseren. Deze functie wordt in de uitwerking van de visie van HGM optimaal benut. Ten derde moeten deskundigheid en competenties van zorgverleners centraal staan en niet de oude hiërarchische beroepenstructuur. Dit pleit voor meer inzet van doktersassistenten en verpleegkundigen. En als laatste wordt benoemd dat populatievariabelen, waaronder de toenemende problematiek bij jongeren, de vraag naar zorg zal vergroten waardoor de druk op de zorgverleners toeneemt en flexibiliteit en innovativiteit gevraagd wordt.

Alle disciplines werkzaam binnen HGM-JGZ worden gekenmerkt door taak en functiedifferentiatie dan wel specialisatie. Dit is individueel bepaald en afhankelijk van opleiding en ervaring. De nieuwe werkwijze biedt veel mogelijkheden om dit door te ontwikkelen.

Binnen Hulpverlening Gelderland Midden wil de JGZ de kwaliteit van haar triage waarborgen door sterk in te zetten op deskundigheidsbevordering van doktersassistenten. Tevens zal een systeem van intercollegiale toetsing daaraan bijdragen. Dagelijks zullen er overlegmomenten mogelijk gemaakt worden met artsen en verpleegkundigen om de triagebeoordeling te toetsen en twijfelgevallen te bespreken.

Ten aanzien van de verplichte onderdelen van de contactmomenten komt met de nieuwe werkwijze alleen de screening van houding en rug op gespannen voet te staan, omdat deze niet kan worden uitgevoerd door de doktersassistent. Recent onderzoek van de Erasmus Universiteit en ZonMW heeft echter aangetoond dat screening op scoliose niet leidt tot een daling in operaties en dat de geringe opbrengst niet opweegt tegen de kostenfactor. Hulpverlening Gelderland Midden acht het daarom verantwoord om de scoliose screening in de contactmomenten achterwege te laten.

Ter verduidelijking van de beroepscompetenties van de verschillende disciplines binnen de JGZ is een samenvatting daarvan opgenomen in de bijlagen.

8 Het traject naar een nieuwe jeugdgezondheidszorg

Fasering

Om de nieuwe werkwijze binnen de jeugdgezondheidszorg vorm te geven moeten er een aantal stappen gezet worden en keuzen gemaakt worden door bestuurders en gemeenten.

De eerste stap is een goedkeuring van zowel Inspectie voor de Gezondheidszorg, als het Regionaal College ten aanzien van de hier neergelegde visie op de jeugdgezondheidszorg en de daaraan gekoppelde werkwijze.

Ten tweede dienen gemeenten keuzen te maken ten aanzien van de inzet van JGZ in maatwerkproducten als spreekuren in de wijk in het kader van de Centra voor Jeugd en Gezin, de zorgcoördinatie en pedagogische hulpverlening als gemeentelijke taken, bemoeizorg en de inzet van de logopedist in indicatiescreeningen.

Ten derde dienen gemeenten akkoord te gaan met de in de jaarbegroting voorgestelde ophoging van de gelden voor de JGZ ten behoeve van de uitvoering van het nieuwe JGZ pakket en de invoering van het Elektronisch Kind Dossier. Dit laatste is een randvoorwaardelijke noodzaak om de voorgestelde werkwijze succesvol uit te voeren, met name met het oog op zorgcoördinatie, de sluitende keten en bemoeizorg.

Nadat deze besluiten zijn genomen dient een implementatietraject te worden ingezet waarbinnen de JGZ-medewerkers zich optimaal kunnen voorbereiden op de nieuwe werkmethode. Bovendien moeten scholen op de hoogte worden gesteld en randvoorwaardelijke zaken worden afgedicht. De nu voorgestelde datum van invoering is per 1 januari 2007.

De nieuwe werkwijze in perspectief van de huidige werkwijze

Tot slot een meer schematisch overzicht van de nieuwe ten opzichte van de oude werkwijze, met betrekking tot de vastgestelde contactmomenten voor het regulier onderwijs en de mutaties in het uniform en maatwerk pakket.

De nieuwe invulling van de wettelijk vastgestelde contactmomenten in het regulier onderwijs, ziet er als volgt uit.

Contactmoment 1: groep 2 – 5-jarigen	
Nieuwe werkwijze	Huidige werkwijze
<p><i>Triage door Assistentie inclusief screening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No-show 5% (Zonder ouders) • Risicozorg 20% arts, 10% verpleegkundige • No-show 10% • Winst – Inzet op 30% risicoleerlingen uit alle jaarcohorten, onderzocht in spreekuren. 	<p><i>Arts en Assistentie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risicozorg 30% van de 5 jarigen • No-show door afwezigheid ouders 10%

Contactmoment 2: groep 7 – 11-jarigen	
Nieuwe werkwijze	Huidige werkwijze
<p><i>Triage door Assistentie inclusief screening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No-show 5% (Eerste screening geen ouders) • Risicozorg 10% arts, 20% verpleegkundige • No-show 10% • Winst – Inzet op 30% risicoleerlingen uit alle jaarcohorten, onderzocht in spreekuren. 	<p><i>Verpleegkundige</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risicozorg 30% van de 11- jarigen • No-show 10%

Contactmoment 3: klas 2 – 14-jarigen	
Nieuwe werkwijze	Huidige werkwijze
<p><i>Triage door Assistentie inclusief screening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No-show 10% • Risicozorg 15% arts, 15% verpleegkundige • No-show 10% • Winst – Inzet op 30% risicoleerlingen uit alle jaarcohorten, onderzocht in spreekuren. 	<p><i>VMBO Arts</i> <i>VMBO-T, HAVO, VWO Verpleegkundige</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risicozorg 30% van de leerlingen uit klas 2 • No-show 10%

NB. De genoemde percentages zijn inschattingen en zullen na een jaar worden bijgesteld na evaluatie.

De belangrijkste winstpunten

De belangrijkste winstpunten in het pakket zijn verder de toevoegingen van nieuwe producten en opname van huidige maatwerkproducten in het pakket dat geleverd wordt binnen de regionaal vastgestelde inwonerbijdrage. Hier is voor gekozen omdat deze volgens Hulpverlening Gelderland Midden onlosmakelijk verbonden zijn met signalering en het leveren van verantwoorde zorg en omdat deze uitgevoerd kunnen worden indien de triage methodiek gehanteerd wordt en de reeds begrote ophoging van de inwonerbijdrage per 1 januari 2007 gerealiseerd wordt. HGM is van mening dat het kwetsbare kind centraal moet staan in de individuele zorg en de gekozen methodiek. Om dit te waarborgen dient regionaal gewerkt te worden. De toevoegingen van producten binnen de inwonerbijdrage sluiten aan bij landelijke ontwikkelingen en het rapport van de inspectie uit 2005.

Nieuwe producten binnen de inwonerbijdrage zijn:

- Dagelijks telefonisch spreekuur door arts en verpleegkundige
- Een pluis / niet pluis screening bij vijfjarigen. (Indien voorhanden en indien afname door de doktersassistente mogelijk is.)

Huidige maatwerkproducten die straks worden uitgevoerd binnen de inwonerbijdrage zijn:

- Ziekte- en schoolverzuim begeleiding op het Voortgezet Onderwijs
- Huisbezoeken (max 1% van de populatie)
- Spreekuren in het Primair en Voortgezet Onderwijs
- Spreekuren in het Speciaal Basis Onderwijs
- Overbruggingsprotocol Overgewicht (max 5% van de populatie)

Nieuwe maatwerkproducten die door gemeenten kunnen worden ingekocht zijn:

- Spreekuren in de wijk (als vervanging van het opvoedspreekuur en voorloper op de totstandkoming van een Centrum voor Jeugd en Gezin)
- Zorgcoördinatie
- Vangnet / Bemoeizorg
- Wekelijks telefonisch spreekuur door logopedist

Hieronder vindt u het gehele aanbod zoals Hulpverlening Gelderland Midden dat zal leveren vanaf 1 januari 2007. Voor deze datum is gekozen omdat HGM tevens besloten heeft om haar jeugdgezondheidszorg aan te sluiten bij de 0-4 jarigen zorg, gemeenten en de HGM-brede bedrijfsvoering door te gaan werken met kalenderjaren. Tevens zullen kinderen niet meer klassikaal maar op geboortecohort worden opgeroepen.

9 Bijlagen

Bijlage A	Schematisch overzicht van de door JGZ geleverde producten
Bijlage B	Versimpeld doorstroomschema van het triage model
Bijlage C	Preventief kader van de jeugdgezondheidszorg in Gelderland Midden
Bijlage D	Deskundigheidsprofielen JGZ medewerkers

Bijlage A

Schematisch overzicht van de door JGZ geleverde producten

De volgende twee tabellen zijn schematische weergaven van aan de ene kant de producten die worden bekostigd vanuit de inwonerbijdrage en aan de andere kant de producten die worden bekostigd vanuit de individuele gemeenten. Hierbij zijn de oude en de nieuwe situatie tegen elkaar afgezet.

Zoals u wellicht zult opmerken zijn er enkele maatwerkproducten opgenomen in de zorg die binnen de inwonersbijdrage valt. Hier is nadrukkelijk voor gekozen omdat deze producten volgens HGM-JGZ, en daarin gesteund door landelijke ontwikkelingen, de inspectie en de staatssecretaris, onlosmakelijk verbonden zijn aan verantwoorde basiszorg voor jeugdigen. Bij Hulpverlening Gelderland Midden staat het kwetsbare kind centraal en daarom is dit kind de basis voor het te leveren pakket.

Tabel 1 Nieuwe aanbod jeugdgezondheidszorg binnen de inwonerbijdrage

Nieuwe aanbod jeugdgezondheidszorg binnen de inwonerbijdrage					
<i>Product</i>	<i>BTP richtlijn</i>	<i>Oude werkwijze</i>	<i>Oude financiering</i>	<i>Nieuwe werkwijze</i>	<i>Innovatieve financiering</i>
Groep 2 Primair Onderwijs	Uniform	PGO door arts en assistente	Inwonersbijdrage	Universele Screening door assistenten (incl plus / niet plus) Gevalideerde Vragenlijsten aan kind / ouders / leerkrachten (SDQ)	Inwonersbijdrage
Groep 7 Primair Onderwijs	Uniform	PGO door verpleegkundige	Inwonersbijdrage	Universele Screening door assistenten Gevalideerde Vragenlijsten aan kind / ouders / leerkrachten (SDQ)	Inwonersbijdrage
Klas 2 Voortgezet Onderwijs	Uniform	VMBO – PGO door arts VMBO-T/HAVO/VWO – PGO door verpleegkundige	Inwonersbijdrage	Universele Screening door assistenten Gevalideerde Vragenlijst voor jeugdige, ouders en leerkrachten (SDQ)	Inwonersbijdrage
Risicozorg Primair Onderwijs	Uniform	Controle onderzoeken - 30% van leerlingen uit groep 2 en 7 en minimale zorg voor leerlingen van overige groepen	Inwonersbijdrage (<i>collectieve risicozorg</i>)	Spreekuren - 30% van leerlingen uit ALLE leerjaren, inclusief de controles uit de universele screening. Uitgevoerd door arts of verpleegkundige afhankelijk van triage.	Inwonersbijdrage

Nieuwe aanbod jeugdgezondheidszorg binnen de inwonerbijdrage (vervolg)

<i>Product</i>	<i>BTP richtlijn</i>	<i>Oude werkwijze</i>	<i>Oude financiering</i>	<i>Nieuwe werkwijze</i>	<i>Innovatieve financiering</i>
Risicozorg Voortgezet Onderwijs	Uniform	Controle onderzoeken - 30% van leerlingen uit klas 2	Inwonersbijdrage	Spreekuren - 30% (VMBO) of 20% (HAVO/WVO) van leerlingen uit ALLE leerjaren, inclusief de controles uit de universele screening, door arts of verpleegkundige afhankelijk van triage.	Inwonersbijdrage
Speciaal Basisonderwijs – Extra Zorg en Begeleiding	Uniform	Extra zorg, begeleiding en advies	Inwonersbijdrage <i>(collectieve risicozorg)</i>	Oude werkwijze van PGO's door de arts in groep 2 en 7, aangevuld met extra spreekuren door de jeugdarts voor alle groepen	Inwonersbijdrage
Speciaal Onderwijs	Uniform	Entree + 2/3 jaarlijks PGO door arts en assistente. En advies en begeleiding van leerkrachten.	Inwonersbijdrage	2 / 3 jaarlijks PGO door arts en assistente En advies en begeleiding aan leerkrachten	Inwonersbijdrage
Risicozorg Speciaal Onderwijs	Uniform	Controle onderzoeken - 30% van leerlingen uit klas 2 Risicozorg – Minimaal, waar tijd	Inwonersbijdrage	Spreekuren - 30% van leerlingen uit ALLE leerjaren, inclusief de controles uit de universele screening, door arts of verpleegkundige afhankelijk van triage.	Inwonersbijdrage
Vaccinaties alle 9 jarigen	Uniform	Volgens RVP – DTP, BMR	RIVM	Volgens RVP – DTP, BMR	RIVM
Ziekte- en Schoolverzuimbegeleiding Voortgezet Onderwijs	Maatwerk	Onderzoek en begeleiding leerlingen	Per Gemeente	Risico onderzoek uitgevoerd binnen spreekuren jeugdarts	Inwonerbijdrage
Overbruggingsprotocol Overgewicht	Maatwerk	Begeleiding van kinderen met overgewicht en hun ouders	Per Gemeente	Begeleiding van kinderen met overgewicht en hun ouders tijdens spreekuur op school (max 5% van de leerlingen)	Inwonersbijdrage

Nieuwe aanbod jeugdgezondheidszorg binnen de inwonerbijdrage (vervolg)

<i>Product</i>	<i>BTP richtlijn</i>	<i>Oude werkwijze</i>	<i>Oude financiering</i>	<i>Nieuwe werkwijze</i>	<i>Innovatieve financiering</i>
Huisbezoeken	Maatwerk	Huisbezoeken op indicatie	Per Gemeente	Huisbezoek op indicatie. Maximaal 1% leerlingen primair en voortgezet onderwijs	Inwonersbijdrage
Hygiëne begeleiding	Uniform	1 x per 5 jaar advies over hygiëne en binnenmilieu door verpleegkundige	Inwonersbijdrage	1 x per 5 jaar advies over hygiëne en binnenmilieu door verpleegkundige	Inwonersbijdrage
Telefonisch Spreekuur	-	-	-	Dagelijks Arts/ Vpl	Inwonerbijdrage
Hulp bij Calamiteiten Onderwijs	Maatwerk	Hulp bij rouw en verlies of grootschalige rampen	Inwonersbijdrage (<i>collectieve risicozorg</i>)	Hulp bij rouw en verlies of grootschalige rampen	Inwonersbijdrage
Monitoring	Uniform	Verstrekken van gemeente-profielen over gezondheids- en psychosociale problematiek	Inwonersbijdrage	Verstrekken van gemeente-profielen over gezondheids- en psychosociale problematiek	Inwonersbijdrage
Zorgadviesteam Voortgezet Onderwijs	Maatwerk	Deelname van jeugdarts / jeugdverpleegkundige aan ZAT's	Inwonersbijdrage	Deelname van jeugdarts / jeugdverpleegkundige aan zorgadviesteam	Inwonersbijdrage

Tabel 2 Nieuwe aanbod jeugdgezondheidszorg per gemeente

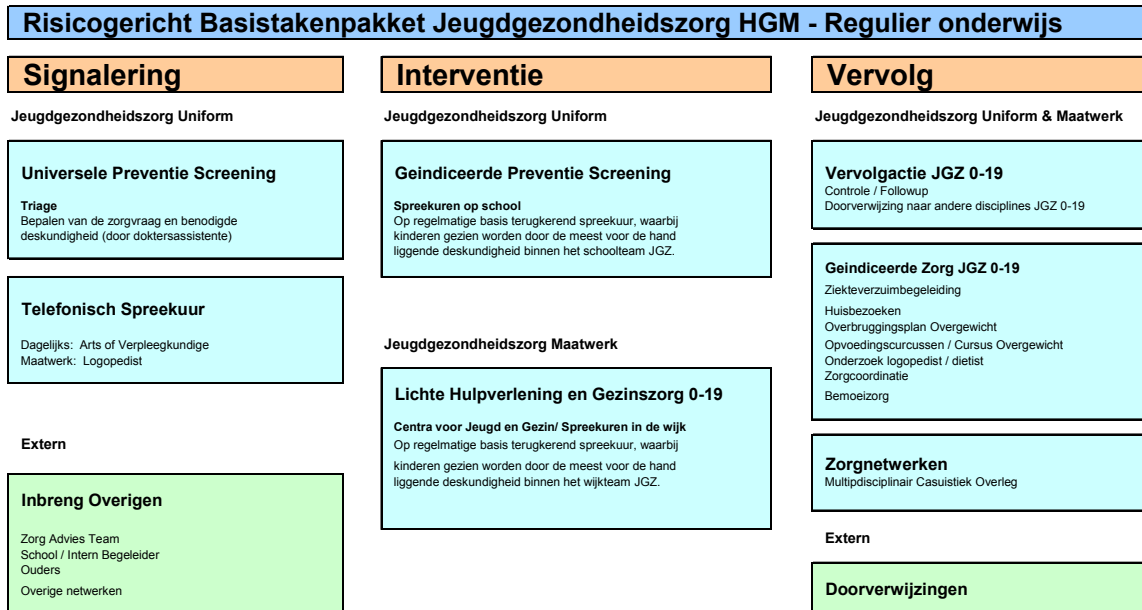
Nieuwe aanbod jeugdgezondheidszorg per gemeente					
<i>Product</i>	<i>BTP richtlijn</i>	<i>Oude werkwijze</i>	<i>Oude financiering</i>	<i>Nieuwe werkwijze</i>	<i>Innovatieve financiering</i>
Zorgadviesteam / zorgplatforms Primair Basis Onderwijs	Maatwerk	Deelname van jeugdarts / jeugdverpleegkundige aan zorgadviesteam	Per Gemeente	Deelname van jeugdarts / jeugdverpleegkundige aan zorgadviesteam	Per Gemeente
Ouder Kind Centra - Gezinssprekuren Integrale JGZ	Maatwerk	Opvoedingssprekuren in de wijk	Per Gemeente	Oprichten Ouder Kind Centra Jeugdgezondheidszorg 0-19 Spreekuren in de wijk / loketfunctie	Per Gemeente

Nieuwe aanbod jeugdgezondheidszorg per gemeente (vervolg)

<i>Product</i>	<i>BTP richtlijn</i>	<i>Oude werkwijze</i>	<i>Oude financiering</i>	<i>Nieuwe werkwijze</i>	<i>Innovatieve financiering</i>
Zorgcoördinatie	-	-	-	Coördineren van de zorg rondom een jeugdige / gezin in kader van sluitende aanpak (EKD)	Per Gemeente,
Vangnet / Bemoeizorg	Maatwerk	Vangnet / Bemoeizorg op indicatie	Per Gemeente	Vangnet / Bemoeizorg op indicatie	Per Gemeente
Opvoedingsondersteuning – Cursussen	Maatwerk	Opvoedingscursussen	Per Gemeente	Opvoedingscursussen	Per Gemeente
Overbruggingsprotocol Overgewicht	Maatwerk	Begeleiding van kinderen met overgewicht en hun ouders	Per Gemeente	Begeleiding van kinderen met overgewicht en hun ouders tijdens spreekuur op school (Indien meer dan 5% van de leerlingen. De eerste 5% vallen binnen de inwonersbijdrage)	Per Gemeente
Cursus Overgewicht	Maatwerk	Cursus voor kinderen met overgewicht en hun ouders	Per Gemeente	Cursus voor kinderen met overgewicht en hun ouders	Per Gemeente
Voorlichting en Advies	Maatwerk	Diverse cursussen en voorlichting op maat	Per Gemeente / School	Diverse cursussen en voorlichting op maat	Per Gemeente
Standaard Logopedische Screening van 5 jarigen	Maatwerk	100% van de 5 jarigen	Per Gemeente	100% van de 5 jarigen	Per Gemeente
Logopedische Screening op Indicatie	Maatwerk	40% van de 5 jarigen na PGO arts	Per Gemeente	40% van de 5 jarigen na Pluis / Niet Pluis screening assistente	Per Gemeente
Logopedische Vroegsignalering	Maatwerk	5% van 0-4 jarigen op verwijzing van CB	Per Gemeente	5% van 0-4 jarigen op verwijzing van CB	Per Gemeente
Logopedie op de Peuterspeelzaal	Maatwerk	0-4 jarigen	Per Gemeente	0-4 jarigen	Per Gemeente
Telefonisch Spreekuur	-	-	-	Wekelijks Logopedist	Per Gemeente
Logopedische voorlichting voor ouders / leerkrachten	Maatwerk	Cursus taalstimulering Workshop tweetaligheid Groepsbehandeling groep 2	Per Gemeente	Cursus taalstimulering Workshop tweetaligheid Groepsbehandeling groep 2	Per Gemeente

Bijlage B

Versimpeld doorstroomschema van het triage model



Bijlage C - Preventieve kaders van JGZ in Gelderland Midden

In navolging van het kernaanbod gezondheidsbevordering van GGD Nederland en de indeling op het preventiecontinuüm van de Inventgroep wordt de volgende indeling gehanteerd om de positie van de JGZ in de preventieketen af te bakenen. De kerntaak van de jeugdgezondheidszorg is namelijk beperkt tot preventie en slechts in het maatwerk kan eventueel licht curatieve zorg ingekocht worden.

Hulpverlening Gelderland Midden heeft vier preventieve taakvelden binnen haar jeugdgezondheidszorg. Ten eerste de universele preventie. Deze is gericht op de gehele populatie en wordt binnen de JGZ in het uniforme deel ingezet op de cohort screenings in de verplichte contactmomenten van groep 2, 7 en klas 2. Alle leerlingen in deze cohorten worden onderzocht en zonodig volgt individuele zorg. De informatie vanuit de universele screenings wordt gebruikt voor monitoring van gezondheidsgegevens die op beleidsniveau kunnen worden ingezet.

Het tweede type van preventie is de selectieve preventie. Deze is gericht op risicogroepen waarbij het risico op het ontwikkelen van problematiek hoger is dan gemiddeld. Een voorbeeld hiervan zijn de uitgebreidere onderzoeken in het Speciaal Basisonderwijs en het LWOO/PRO.

Het derde preventietype is geïndiceerde preventie. Deze preventie volgt binnen de jeugdgezondheidszorg de individuele kinderen die door de universele screening geïndiceerd zijn. Er is vaak nog geen sprake van een gezondheidsprobleem, maar de (vermoedens van) symptomen zijn al wel aanwezig. Hierin ligt voor de jeugdgezondheidszorg een grote kans om vroegtijdig te interveniëren. Binnen de huidige werkwijze van Hulpverlening Gelderland Midden bleek voor deze geïndiceerde zorg vaak te weinig tijd te zijn. Met name voor kinderen die niet door de universele screening maar door leerkrachten of ouders werden ingebracht. Juist om de geïndiceerde preventie, waar de meeste kansen op gezondheidsbevordering liggen te versterken, heeft Hulpverlening Gelderland Midden haar werkwijze willen herzien.

Als laatste heeft de jeugdgezondheidszorg ook een taak in zorggerichte preventie. Hierbij is er al een probleem vastgesteld en heeft de JGZ tot taak om verdere co-morbiditeit te voorkomen danwel te voorkomen dat eerdere preventieve of curatieve hulp niet teniet gedaan wordt door terugval. Deze laatste taak valt binnen het maatwerk en wordt met name uitgevoerd in de licht pedagogische hulpverlening, de zorgcoördinatie, de deelname aan netwerken, de extra zorg voor risicogezinnen vanuit de integrale JGZ 0-19 en bemoeizorg.

De Inventgroep noemt ook nog een vijfde type of het continuüm van preventie, namelijk waar problemen zijn vastgesteld en diagnostiek en behandeling in termen van 'clinical interventions' ter sprake komt. Dit type valt technisch gezien buiten de preventie en daarmee tevens buiten het aanbod van de jeugdgezondheidszorg. Deze zorg vindt plaats na verwijzing door huisartsen, medisch specialisten, Bureau Jeugdzorg en andere eerste en tweedelijns voorzieningen.

Bijlage D

Deskundigheidsprofielen JGZ medewerkers

Ter verduidelijking van de beroepscompetenties van doktersassistenten, jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen een korte samenvatting van hun deskundigheid zoals deze is overgenomen van de landelijke beroepsverenigingen. Hieruit blijkt dat de voorgestelde triagemethodiek in lijn ligt met de competenties van de betrokken JGZ-medewerkers.

Doktersassistenten

Doktersassistent betekent letterlijk het assisteren en ondersteunen van de behandelaar, de arts. Het beroep is echter veel complexer en uitgebreider. De doktersassistent heeft een eigen, herkenbare bijdrage in de gezondheidszorg en is tegenwoordig een professionele en deskundige beroepsbeoefenaar.

In 2005 heeft de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) een nieuw beroepsprofiel uitgebracht dat door alle betrokken werkgevers en werknemersorganisaties erkend is. Dit profiel sluit aan bij het kwalificatieprofiel doktersassistent van de OVDB (Stichting Opleiding van Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen). Volgens dit profiel verricht de doktersassistent werkzaamheden in opdracht van de werkgever (veelal de behandelaar) of ondersteunend aan een behandelaar. Zij heeft een eigen, zelfstandige bijdrage in de individuele gezondheidszorg. De doktersassistent verheldert de zorgvraag, handelt (zelfstandig) en adviseert de zorgvrager volgens protocollen en scheidt randvoorwaarden zodat de behandelaar de zorgvrager efficiënt en effectief kan helpen/behandelen. De doktersassistent voert de intake uit, geeft advies en voorlichting, voert handelingen uit in het kader van de individuele gezondheidszorg en is verantwoordelijk voor het organiseren van werkprocessen en vastleggen van gegevens.

Jeugdverpleegkundigen

De Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen beschrijft de volgende kerntaak en daaruit volgende competentie voor de jeugdverpleegkundige. Hierbij is uitgegaan van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg.

De jeugdverpleegkundige biedt vanuit een aanbod (en bij HGM ook vraag) gestuurd systeem gevraagd en ongevraagd zorg. Daarbij wordt de zorg altijd gekenmerkt door collectieve en individuele preventie. De jeugdverpleegkundige werkt outreachend, waarbij contacten met jeugdigen, ouders, opvoeders en intermediairen steeds verlopen langs twee sporen. Het gaat telkens om de vertaling van individuele gezondheid naar collectieve gezondheid, en van collectieve gezondheid naar individuele gezondheid. Gezondheid wordt opgevat als een 'totaal geheel van een lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden en niet alleen als de afwezigheid van handicap of ziekte' (WHO).

De jeugdverpleegkundige volgt de gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen, selecteert risicogroepen en identificeert risicokinderen; signaleert potentiële of feitelijke bedreigingen in de groei en ontwikkeling van jeugdigen; schat in welke gevolgen deze bedreigingen hebben voor het individu, voor een specifieke doelgroep of voor de gehele groep jeugdigen; past adequate interventies toe ter instandhouding of bevordering van de gezondheid van de jeugdigen; verwijst indien nodig naar anderen; zij is een belangrijke teamspeler in het hele netwerk rond kinderen en jeugdigen en coördineert de zorg.

Jeugdartsen

De Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland benoemt de arts Maatschappij en Gezondheid, werkzaam in de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, een specialist op het gebied van de gezondheid van de jeugd en de determinanten die de gezondheid van de jeugd beïnvloeden. Hij/Zij dient dit op zowel individueel als collectief niveau in te zetten ter bevordering en bescherming van de gezondheidssituatie.

De arts M&G definieert en verheldert vraagstukken over de gezondheid van de jeugd op individueel, meso- en macroniveau, mede op grond van epidemiologische inzichten. De arts beoordeelt deze vraagstukken op basis van determinanten in de maatschappelijke omgeving en voert wetenschappelijk en sociaal medisch onderzoek uit bij individuen en groepen. De arts M&G beoordeelt en adviseert over vraagstukken met betrekking tot de gezondheid van de jeugd, respectievelijk het nemen van maatregelen om dergelijke vraagstukken op te lossen en voert in afstemming met andere disciplines en ketenpartners interventies uit. Verder evalueert de arts M&G activiteiten en maatregelen en beoordeelt deze op hun effect op de gezondheid van de jeugd.

Logopedisten

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie beschrijft het beroep van de logopedist als volgt. De logopedist is in zijn beroepsmatig handelen gericht op het ontwikkelen, herstellen en onderhouden van de communicatie en de orale en pharyngeale verwerking van het eten en drinken met als doel de gezondheid van de patiënt, cliënt of opdrachtgever in stand te houden dan wel te bevorderen. In dit kader wordt onder 'communiceren' verstaan: alle processen die te maken hebben met het begrip en de productie van gesproken en geschreven taal alsook de ondersteunde communicatie. De logopedist biedt de patiënt, cliënt of opdrachtgever preventie, zorg, training en advies vanuit zijn specifieke deskundigheid ten aanzien van de primaire mondfuncties, het gehoor, de stem, de taal en de spraak.

Bronnenlijst

Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland. 2005. *Beroepsprofiel Arts MG, Werkzaam in de Jeugdgezondheidszorg.*

Bureau Jeugdzorg Gelderland. 2006. *Presentatie Werkconferentie Primair Onderwijs Ede.* 29 maart 2006.

Erasmus MC. Universitair Medisch Centrum Rotterdam. 'Door Vroegtijdig Opsporen Taalstoornissen Minder Kinderen naar Speciaal Onderwijs' in *Persbericht Erasmus MC.* 13 februari 2006. Verkrijgbaar op http://ajn.artsennet.nl/content/dossiers/726373303/432318519/AMGATE_6059_109_TICH_R167820906203937/#0

Erasmus MC. Universitair Medisch Centrum Rotterdam. 2006. *NESCIO: Nederlandse Evaluatiestudie van Screening op Scoliose.* Presentatie Symposium Evidence Based JGZ 0-19 Jaar [Online]. 13 februari 2006. Verkrijgbaar op http://ajn.artsennet.nl/content/dossiers/726373303/1398889460/AMGATE_6059_109_TICH_R1684071181212159/

GGD Gelre-Ijssel. 2005. *Werkgroep LSPPJ.* Brief Kenmerk: CDR/HVK/05KC-085. 24 juni 2005.

GGD Nederland. 2006. *Leden Bericht GGD Nederland Week 12.*

GGD Nederland & Z-org. 2006. *Zorgcoördinatie in de Jeugdgezondheidszorg: Discussienota.*

GGD Noord- en Midden-Limburg. 2005. *Zorgcoördinatie voor Jongeren in Juiste Handen, een Zorg Minder.*

GGD West-Veluwe/Vallei. 2001. *Ontwerpnota Lokaal Gezondheidsbeleid voor de regio West-Veluwe/Vallei: Gezond in Barneveld, Ede, Scherpenzeel en Wageningen.*

GGD Zeeland. 2006. *Notitie Zorgcoördinatie* door Tanja Snijders. 2 Maart 2006.

Gideonsgemeenten. 2006. *Opvoed- en Opgroeiondersteuning als Lokale Basisvoorziening.*

Gilsing, Rob e.a. 2005. *De Jeugd in Nederland, Enkele Cijfers.* SCP: Factsheet.

Hombergh, P. van den, Groot Roessink, B. & Velden, J. van der. 2006. 'Zinnig en Zuinig: Medische Zorg in een Brede Eerste Lijn Kan Veel Winst Opleveren' in *Medisch Contact*, 3 maart 2006, vol. 61 nr. 9, pp. 372-375.

Hulpverlening Gelderland Midden. 2003. *Zorgen voor Gezondheid. Lokale Gezondheidsnota Regio Arnhem en Omstreken 2003-2006.*

Hulpverlening Gelderland Midden. 2005. *Psychosociale Problematiek bij Adolescenten. Schooljaar 2004-2005.*

Hulpverlening Gelderland Midden. 2004. *Startnotitie Basistakenpakket JGZ 0-19.*

Hulpverlening Gelderland Midden. 2003. *EMOVO. Gezondheid, Welzijn en Leefwijze van Jongeren in de Regio van Hulpverlening Gelderland Midden: Verslag van een Onderzoek onder Jeugd.*

Hulpverlening Gelderland Midden. 2005. *Concept Intern Visiestuk JGZ.*

Hulpverlening Gelderland Midden. 2005. *Evaluatie Medewerkers JGZ Basistakenpakket.*

Hulpverlening Gelderland Midden. 2005. *Evaluatie Scholen JGZ Basistakenpakket.*

- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2005. *Staat van de Gezondheidszorg 2005. Openbare Gezondheidszorg: Hoe Houden We het Volk Gezond?* Den Haag: IGZ
- Inventgroep. 2005. *Helpen bij Opgroeien en Opvoeden: Eerder, Sneller en Beter. Een Advies over Vroegtijdige Signalering en Interventies bij Opvoed en Opgroei Problemen.*
- Kring Oost Nederland. 2006. *Positie Jeugdgezondheidszorg in Oost Nederland: Stappenplan KON.*
- Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen. 2005. *Competentieprofiel voor Jeugdverpleegkundigen in de Jeugdgezondheidszorg. Concept. [Online]. Verkrijgbaar op <http://www.lvsv.nl/commissies/index.php?boxaction=documenten&categoryId=4>*
- Landelijke Werkgroep Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek bij Jeugdigen. 2004. *Handleiding PSYBOBA bij Bruikbaarheidsonderzoek 2004.*
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. 2005. *Elektronisch Kinddossier en Verwijsindex.* PG/OGZ-2640352.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. 2006. 'Impuls opvoed- en gezinsondersteuning: de G4' in *Nieuwsbrief Jeugdgezondheidszorg.* Jaargang 4. Nr 21. April 2006. p4.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. 2006. *Standpunt op Rapport Inventgroep door Staatssecretaris C. Ross- Van Dorp.* Kenmerk PG/OGZ 2.663.645. Maart 2006.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. 2006. *Nieuwsbrief Kiezen voor Gezond Leven.* Nr 2. Februari 2006.
- Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten. 2006. *Beroep Doktersassistent [Online].* Verkrijgbaar op: http://www.nvda-utrecht.nl/index.asp?cont=http://www.nvda-utrecht.nl/body/bd_hazo.asp
- Nieuwsbank Interactief Nederlands Persbureau. 2006. 'Jeugdprofessionals Aarzelen over Extra Geld om Wachtlijsten Weg te Werken' in *PH Nieuwsbrief 211.10. [Online].* 17 April 2006. Verkrijgbaar op http://www.nieuwsbank.nl/_payment/order/15406592/inp/2006/04/17/I004.htm
- NOS Nieuws. 2006. *Ross Blij met Aanbod van Thuiszorg. [Online].* Verkrijgbaar op: <http://www.nos.nl/nos/artikelen/2006/04/art000001C65D580194B358.html>. 11 April 2006.
- OVDB. 2005. *Kwalificatie Dossier Dokters Assistenten [Online].* Verkrijgbaar op: <http://www.ovdb.nl/artikel.php?id=760>
- Pijpers, Dr. Frans I.M. 2006. "Is de Jeugdgezondheidszorg in Positie voor Zorgcoördinatie?" in *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen.* Spectrum. 2006. Jaargang 84. Nummer 3. p 136-137.
- Platform Jeugdgezondheidszorg. 2003. *Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar.*
- Platform Jeugdgezondheidszorg. 2005. *Advies Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar.*
- Platform Jeugdgezondheidszorg. 2005. *Advies 3: Aanpassing van het Basistakenpakket JGZ.*
- Platform Jeugdgezondheidszorg. 2005. *Standpunt Aanpassing Richtlijn Contactmomenten 0-19 jaar.* 20 december 2005.
- Provinciaal Bestuur van Gelderland. 2006. *Notitie Aansluitingstaak Bureau Jeugdzorg.*
- Provinciaal Bestuur van Gelderland. 2004. *Kiezen voor de Gelderse Jeugd: Ruimte en Richting. Beleidskader Jeugd 2004-2007.* Arnhem: HPC
- Regioplatform Jeugdbeleid- Jeugdzorg West-Veluwe. 2005. *Verslag Regioplatform Jeugdbeleid- Jeugdzorg West-Veluwe 2005.*

Regioplatform Jeugdbeleid- Jeugdzorg West-Veluwe. 2005. *Informatie voor het thema: aansluitingstaken BJZ.*

Rispens, J., Goudena, P.P. & Groenendaal, J.J.M. 1994. *Preventie van Psychosociale Problemen bij Kinderen en Jeugdigen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Sociaal en Cultureel Planbureau & TNO Kwaliteit van Leven. 2005. *Kinderen in Nederland.* Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau et al. 2005. *Vroegtijdige Signalering van problemen bij 0-12 jarigen. Invitational Conference.* Den Haag: SCP.

TNO Kwaliteit van Leven. 2005. *Drie Vragenlijsten voor het Opsporen van Psychosociale Problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar. Samenvatting.*

Verkleij, Harry & Oers, Hans van. 2006. "Psychosociale Problemen bij Jeugdigen" in *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen.* Spectrum. 2006. Jaargang 84. Nummer 3. p 133.

Verwey-Jonker Instituut. 2006. *Kinderen in Tel. Kinderen als basis voor lokaal Jeugdbeleid: Databoek 2006.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Wenar, Charles & Kerig, Patricia. 2000. *Developmental Psychopathology: From Infancy through Adolescence. Fourth Edition.* Singapore: McGraw-Hill International Editions.

Werkgroep 'Versterkte Inzet van Jeugdgezondheidszorg in het Grotestedenbeleid'. 2005. *Versterkte Inzet van Jeugdgezondheidszorg in het Grotestedenbeleid.* Leeuwarden.

Z-org & GGD Nederland. 2006. *Convenant Z-org en GGD Nederland.* 23 maart 2006.