



rivm

Rapportnummer 295001015/2010
G. Dunnink

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

RIVM-rapport 295001015/2010

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

G. Dunnink

Contact:
Centrum Jeugdgezondheid
Trudy.Dunnink@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

© RIVM 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Fotografie: Cats en Withoos.

Rapport in het kort

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

Alle kinderen moeten de kans krijgen in een veilige omgeving op te groeien en zich te ontwikkelen tot gezonde volwassenen. De preventieve zorg van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) kan daar een belangrijke bijdrage aan leveren. Dit doet de JGZ door gezondheidsproblemen tijdig te signaleren waardoor kinderen in een vroeg stadium hulp kunnen krijgen.

JGZ-organisaties streven naar 100 % bereik van hun doelgroep, alle jeugdigen en hun ouders. Zij doen daar veel voor, met wisselend succes. Een deel van de JGZ-organisaties heeft een bereik van minder dan 95 %. Gebaseerd op de probleemanalyse kan geconcludeerd worden dat de JGZ niet alle jeugdigen in Nederland even goed bereikt. Dat geldt in het bijzonder voor jeugdigen die opgroeien in een probleemgezin. Het literatuuronderzoek naar outreachende zorg heeft onderbouwd dat de outreachende interventies ‘Bemoeizorg in de JGZ’ en ‘Vangnet Jeugd’ effectief zijn om deze kinderen te bereiken.

Het Centrum Jeugdgezondheid heeft het Standpunt ‘Bereik van de jeugdgezondheidszorg’ ontwikkeld. Dit standpunt ondersteunt JGZ-organisaties bij hun inspanningen om eind 2011 alle jeugdigen in hun werkgebied in beeld te hebben en minimaal 95 % van de jeugdigen te bereiken. Daarnaast zijn met het standpunt de definities van begrippen zoals ‘in beeld’, ‘bereik’, ‘in zorg’, ‘elders zorg’ en ‘uit zorg’ vastgesteld.

Dit standpunt omvat:

- eenduidige definiëringen van begrippen gerelateerd aan het bereiken van jeugdigen door JGZ-organisaties;
- een beschrijving van de meest optimale werkwijzen waarmee JGZ-organisaties hun bereik kunnen optimaliseren;
- duidelijkheid over welke organisatie verantwoordelijk is voor het bereiken van welke jeugdige en welke afspraken met collega JGZ-organisaties gemaakt moeten worden om geen jeugdigen te missen;
- aanwijzingen voor het eenduidig registreren van gegevens over het bereik van de doelgroep;
- aanbevelingen met betrekking tot samenwerkingsafspraken met ketenpartners in het kader van het bereiken van jeugdigen.

Abstract

The effective coverage of the youth health services.

All children must have a chance to grow up in a safe environment and to develop into healthy adults. The preventive care of the youth health services (YHSs) can provide an important contribution to making this possible. The YHSs do this by identifying health problems in a timely way so that children can get help at an early stage.

The YHS organisations aim at reaching 100% of their target group: all young people and their parents. They make great efforts to achieve this aim, but with varying degrees of success. Some of the YHS organisations reach less than 95%. The conclusion based on problem analysis is that the YHSs do not reach the youths equally well. This is particularly true for youths who grow up in problem families. A review of the outreach care literature has confirmed that the outreach interventions Intervening care in the YHS and A safety net for children and youths are effective in reaching these children and youths.

The Centre for Youth Health has developed the report The effective coverage of the youth health services: an 'opinion'. This report supports YHS organisations in their efforts to have all children and youths in their own regions on their radar and to reach at least 95% of them. In addition, the report has assigned definitions of terms such as 'on the radar', 'reach', 'in care', 'care elsewhere', and 'not in care'.

This report includes:

- Unambiguous definitions of terms related to the YHS organisations reaching the youths;
 - A description of the optimal work methods with which YHSs can optimise their outreach;
 - Clarity about which organisation is responsible for reaching which youths and what agreements must be made with cooperating YHS organisations in order not to miss any youths;
 - Indicators for the unambiguous registration of data about the range of the target group;
- Recommendations with regard to agreements for working together with interagency partners within the framework of reaching the youth.

Inhoud

Samenvatting	9
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Opdracht	11
1.3 Probleemdefiniëring	11
1.4 Doel van het standpunt 'Bereik van de JGZ'	12
1.5 Vraagstelling	12
1.6 Aanpak	12
2 Definiëring van begrippen	15
2.1 Eenduidige definiëring van begrippen gerelateerd aan bereik	15
2.2 Definiëring van overige veel gebruikte begrippen	16
3 Naar een optimaal bereik van individuele jeugdigen	19
3.1 Preventie niet verschijnen	20
3.1.1 Proces uitnodigen voor contactmoment	21
3.2 Werkprocessen bij niet verschijnen	22
3.2.1 Werkproces NVMB	22
3.2.2 Werkproces NVZB eerste keer	23
3.2.3 Werkproces NV risicokind	24
3.2.4 Toelichting werkproces elders zorg	25
3.2.5 Toelichting werkproces geen belangstelling	26
4 Organiseren van een optimaal bereik	27
4.1 Zorgverantwoordelijkheid	27
4.1.1 Algemene afspraken rondom zorgverantwoordelijkheid	27
4.1.2 Sluitende afspraken tussen JGZ-organisaties	28
4.1.3 Afspraken jeugdigen in bijzondere omstandigheden	28
4.2 Afspraken voor registratie van bereik en niet verschijnen	30
4.3 Afspraken rond dossieroverdracht	31
4.4 Samenwerking met ketenpartners	32
4.4.1 Samenwerking met verloskundigen en kraamverzorgenden	32
4.4.2 Samenwerking met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven	33
4.4.3 Samenwerking met scholen	34
4.4.4 Samenwerking met Bureau Jeugdzorg	34
4.4.5 Samenwerking met maatschappelijk werk	34
4.4.6 Samenwerking met huisartsen	35
4.4.7 Samenwerking met gemeenten	35
4.5 Overige randvoorwaarden	35

5	Overige aanbevelingen	37
6	Literatuur	39
	Lijst van afkortingen	43
	Dankwoord	45
	Bijlage 1 Het probleem non-bereik	47
	Bijlage 2 Theoretisch kader	57
B2.1	Presentietheorie	57
B2.2	Preventietheorie	59
	Bijlage 3 Huidige inspanningen van JGZ-organisaties	61
B3.1	Onderzoek huidige praktijk	61
B3.2	Outreachende zorg	72
B3.3	Twee innovatieve voorbeelden uit de JGZ-praktijk	76
	Bijlage 4 Resultaten onderzoek samenwerking ketenpartners	79
B4.1	Samenwerking met verloskundigen en kraamverzorgenden	79
B4.2	Samenwerking met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven	80
B4.3	Samenwerking met scholen	80
B4.4	Samenwerking met Bureau Jeugdzorg	81
B4.5	Samenwerken met maatschappelijk werk	81
B4.6	Samenwerking met huisartsen	81
	Bijlage 5 Wet- en regelgeving	83

Samenvatting

Het ‘Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg richt zich op het in beeld hebben en een optimaal bereik van alle jeugdigen in Nederland door de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Vraagstelling

Een deel van de jeugdigen in Nederland wordt minder goed bereikt. Dat vermindert hun kans om gezond en in een veilige omgeving op te groeien. JGZ-organisaties spannen zich daarom in alle jeugdigen in hun werkgebied te bereiken, met wisselend succes.

Deze situatie leidt tot de volgende vraagstelling:

Hoe kunnen JGZ-organisaties hun processen rondom het bereiken van hun doelgroep zo inrichten dat alle jeugdigen in Nederland bereikt worden?

Doel van het standpunt

Dit standpunt ondersteunt JGZ-organisaties bij hun inspanningen om eind 2011 alle jeugdigen in hun werkgebied in beeld te hebben en minimaal 95 % van de jeugdigen te bereiken.

Dit standpunt omvat:

- o eenduidige definiëringen van begrippen gerelateerd aan het bereiken van jeugdigen door JGZ-organisaties;
- o een beschrijving van de meest optimale werkwijzen waarmee JGZ-organisaties hun bereik kunnen optimaliseren;
- o duidelijkheid over welke organisatie verantwoordelijk is voor het bereiken van welke jeugdige en welke afspraken met collega JGZ-organisaties gemaakt moeten worden om geen jeugdigen te missen;
- o aanwijzingen voor het eenduidig registreren van gegevens over het bereik van de doelgroep;
- o aanbevelingen met betrekking tot samenwerkingsafspraken met ketenpartners in het kader van het bereiken van jeugdigen.

Methoden en aanpak

Met behulp van een probleemanalyse, literatuuronderzoek, een documentenanalyse van non-bereikprotocollen van JGZ-organisaties en een vragenlijstonderzoek onder JGZ-organisaties is het probleem in kaart gebracht en is de huidige inzet van JGZ-organisaties geïnventariseerd. Daarnaast zijn de werkprocessen rondom bereik en het organiseren van de werkprocessen beschreven. Bovenstaande is gedaan in samenwerking met een werkgroep met afgevaardigden van de beroepsgroepen en koepelorganisaties in de JGZ.

Bevindingen

Er zijn verschillende redenen te benoemen waarom niet alle jeugdigen even goed in beeld zijn bij de JGZ. Sommige ouders kiezen niet voor de zorg van de JGZ of komen er niet aan toe om naar de JGZ te gaan vanwege grote problemen op meerdere terreinen die hogere prioriteit hebben. Sommige jeugdigen worden niet uitgenodigd, omdat ze niet bekend zijn bij de JGZ-organisaties of omdat het onduidelijk is welke organisatie verantwoordelijk is voor welke jeugdige. Ook blijkt er geen eenduidigheid te zijn in de definiëring van begrippen zoals ‘in beeld’, ‘bereik’, ‘in zorg’ en ‘uit zorg’.

Uit de analyse van non-bereikprotocollen van JGZ-organisaties blijken vooral de outreachende activiteiten vaak voor te komen; ouders die niet verschijnen met hun kind worden direct gebeld of de jeugdverpleegkundige gaat op huisbezoek. JGZ-organisaties geven in de vragenlijst aan dat dit

succesvolle acties zijn. Wanneer het niet lukt een gezin te bereiken beschikt een deel van de organisaties over de mogelijkheid de methodiek ‘Bemoeizorg in de JGZ’ of ‘Vangnet Jeugd’ in te zetten. Uit onderzoek naar ‘Bemoeizorg in de JGZ’ blijkt dat deze intensieve vormen van outreachende zorg effectief zijn om probleemgezinnen te bereiken.

Naar een optimaal bereik

Verschillende maatregelen dragen bij aan het verminderen van non-bereik. Enerzijds wordt aandacht besteed aan de preventie van non-bereik, zoals zorgen voor een goede bereikbaarheid, aansluiten bij de behoeften van ouders en jeugdigen en het sturen van een herinnering voor een contactmoment per kaartje, sms of e-mail voor ouders die dat op prijs stellen. In een stroomschema wordt het optimale proces voor het uitnodigen van jeugdigen voor een regulier contactmoment gevisualiseerd. Anderzijds worden de activiteiten bij NVMB (Niet Verschenen Met Bericht), eerste keer NVZB (Niet Verschenen Zonder Bericht) en Niet Verschijnen risicokind beschreven en in stroomschema's gevisualiseerd. Van belang bij de uitvoering hiervan is na te gaan of er zorgen zijn over jeugdigen op basis van longitudinale gegevens en weging risicofactoren en beschermende factoren. Waar nodig wordt aanbevolen te overleggen met derden (peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, school, huisarts). Daarnaast draagt een zorgvuldige registratie van NVMB en NVZB evenals alle bevindingen en uitgevoerde activiteiten in het Digitaal Dossier JGZ (DD JGZ) bij aan passende zorgverlening voor de jeugdige.

Organiseren van een optimaal bereik

Organiseren van een optimaal bereik vraagt om landelijke afspraken op organisatieniveau. Bijvoorbeeld over welke JGZ-organisatie zorgt voor het leveren van jeugdgezondheidszorg aan welke kinderen, hoe en door wie bereik geregistreerd wordt en op welke wijze samengewerkt wordt met partners in de Centra voor Jeugd en Gezin, huisartsen, gemeenten, kinderopvang en onderwijs. In dit standpunt wordt uitgegaan van het principe dat een JGZ-organisatie er voor verantwoordelijk is alle jeugdigen die in hun werkgebied wonen in beeld te hebben (te weten waar zij (preventieve) zorg krijgen) en te bereiken op de reguliere contactmomenten. Sommige jeugdigen gaan naar het consultatiebureau of school in het werkgebied van een andere JGZ-organisatie. Omdat veel JGZ-organisaties schoolgaande jeugdigen per school uitnodigen zijn voor deze situatie sluitende afspraken tussen JGZ-organisaties onderling noodzakelijk over het overdragen van de zorg en het uitwisselen van informatie over bereikte jeugdigen die in het werkgebied van de collega JGZ-organisatie wonen. Ook voor jeugdigen in bijzondere omstandigheden zijn aanvullende afspraken nodig.

Aanvullende aanbevelingen

Naast de aanbevelingen die worden gedaan in de hoofdstukken 3 en 4 worden de volgende aanvullende aanbevelingen gedaan:

- o Registreer het bereik van alle contactmomenten in een JGZ-organisatie en niet alleen de contactmomenten die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vraagt. Hiermee kan een JGZ-organisatie de processen rondom het bereiken van de doelgroep beter bewaken.
- o Vraag naar de behoeften van ouders en jongeren ten aanzien van de preventieve zorg van de JGZ in cliëntonderzoeken.
- o Onderzoek massamedia en social-media mogelijkheden om ouders en jongeren te informeren over wat de JGZ en andere zorgverleners in de Centra voor Jeugd en Gezin te bieden hebben.
- o Onderzoek het effect van nieuwe creatieve innovaties op het bereik op korte en lange termijn.
- o Onderzoek welke methode bruikbaar is om risico's in het opgroeien van jeugdigen op valide wijze te kunnen inschatten.
- o Inventariseer de omvang van het probleem van frequent verhuizende gezinnen naar het buitenland en weer terug om vervolgens te kunnen bepalen of en hoe de overdracht van gegevens over deze kinderen op Europees niveau geregeld kan worden.

1 Inleiding

Dit standpunt¹ richt zich op het in beeld hebben en het optimaal bereiken van alle jeugdigen in Nederland door de jeugdgezondheidszorg. Met bereik wordt in dit document bedoeld, het percentage jeugdigen die jeugdgezondheidszorg heeft gezien, gemeten op een aantal contactmomenten. In 'beeld hebben' wil zeggen dat een jeugdgezondheidszorgorganisatie weet bij wie jeugdigen woonachtig in haar werkgebied in zorg zijn².

1.1 Aanleiding

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) streeft naar 100 % bereik van haar doelgroep, jeugdigen van 0–19 jaar en hun ouders. Een groot deel van de JGZ-organisaties haalt dit niet, zo blijkt uit de cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Van alle JGZ-organisaties heeft bijna de helft een bereik van minder dan 95 %. Een deel van de jeugdigen in Nederland krijgt daardoor geen of minder preventieve zorg van de JGZ. Dat vermindert voor deze jeugdigen de kans om gezond en in een veilige omgeving op te groeien. Daarom is een hoog bereik van de JGZ essentieel (IGZ 2009).

Kader 1.1 De elfjarige Niels (uit casus uit Rots- de Vries et. al., 2009).

De elfjarige Niels komt niet opdagen na een uitnodiging voor het contactmoment groep 7 basisonderwijs. De JGZ-verpleegkundige ziet in het dossier van Niels dat hij heeft deelgenomen aan een KOPP groep (praatgroep voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek) en besluit een herhalingsoproep te sturen, maar zelfs na de vierde oproep is er nog geen respons.

1.2 Opdracht

De IGZ heeft het Centrum Jeugdgezondheid gevraagd aandacht te besteden aan het onderwerp 'Bereik'. Vervolgens heeft het Ministerie voor Jeugd en Gezin het Centrum Jeugdgezondheid de opdracht gegeven de huidige inzet van de JGZ wat betreft het bereiken van haar doelgroep te inventariseren en een standpunt uit te brengen over hoe het bereik van de JGZ verhoogd kan worden.

1.3 Probleemdefiniëring

Gebaseerd op de probleemanalyse (zie bijlage 2) kan geconcludeerd worden dat de JGZ niet alle jeugdigen in Nederland even goed bereikt. Dat geldt in het bijzonder voor jeugdigen die opgroeien in een probleemgezin. Hierdoor is het niet mogelijk de gezondheid en ontwikkeling van deze jeugdigen te volgen, vroegtijdig gezondheidsbedreigingen te signaleren en tijdig hulp te bieden. Omdat deze situatie niet wenselijk is spannen JGZ-organisaties zich in om alle jeugdigen in hun werkgebied te bereiken. Dat dit niet altijd succesvol is blijkt uit de cijfers van de IGZ. Gelet op de probleemanalyse kunnen daarvoor een aantal oorzaken genoemd worden:

- Er zijn ouders die niet kiezen voor de zorg van de JGZ omdat:
 - o Hun kind elders zorg krijgt.
 - o Zij geen behoefte hebben aan de JGZ-zorgverlening voor hun kind.

¹ Een standpunt van het Centrum Jeugdgezondheid is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg, berustend op een inventarisatie van wat op dit moment de gangbare praktijk is en met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen.

² Zie voor de exacte definiëring van deze en andere begrippen hoofdstuk 2.

- o Zij slechte ervaring hebben met hulpverlening (dat hoeft geen slechte ervaring met de JGZ te betreffen).
- Er zijn ouders die er niet aan toe komen om naar de JGZ te gaan omdat grote problemen op verschillende levensgebieden prioriteit krijgen.
- Sommige jeugdigen zijn niet bekend bij de JGZ. Dat komt omdat zij niet in de GBA staan of omdat schoollijsten niet kloppen. Deze jeugdigen worden dientengevolge niet uitgenodigd.
- Niet van alle jeugdigen is even duidelijk welke JGZ-organisatie verantwoordelijk is voor de zorg.
- Non-bereik wordt niet eenduidig geregistreerd doordat er geen eenduidige definitie is van de begrippen 'in beeld', 'bereik', 'in zorg', en 'uit zorg'.

Kader 2.1 De vijfjarige Patrick (uit casus uit Rots- de Vries et. al., 2009).

De vijfjarige Patrick is al drie jaar niet meer bij de JGZ geweest. De medewerker van het team bemoeizorg van de JGZ gaat onaangekondigd op huisbezoek. Het lukt om binnen te komen en om een afspraak te maken voor een tweede huisbezoek. Het blijkt dat er veel problemen zijn in het gezin. De alleenstaande moeder heeft geen vast werk, geen uitkering en veel schulden. Ze heeft ruzie met haar eigen moeder en heeft nauwelijks vrienden. Moeder is depressief en blowt. Ze verwaarloost het huishouden en kan de zorg voor haar zoon die veel negatieve aandacht vraagt niet goed aan.

1.4 Doel van het standpunt 'Bereik van de JGZ'

Dit standpunt ondersteunt JGZ-organisaties bij hun inspanningen om eind 2011 alle jeugdigen in hun werkgebied in beeld te hebben en minimaal 95 % van de jeugdigen te bereiken.

Dit standpunt omvat:

- eenduidige definiëringen van begrippen gerelateerd aan het bereiken van jeugdigen door JGZ-organisaties;
- een beschrijving van de meest optimale werkwijzen waarmee JGZ-organisaties hun bereik kunnen optimaliseren;
- duidelijkheid over welke organisatie verantwoordelijk is voor het bereiken van welke jeugdige en welke afspraken met collega JGZ-organisaties gemaakt moeten worden om geen jeugdigen te missen;
- aanwijzingen voor het eenduidig registreren van gegevens over het bereik van de doelgroep;
- aanbevelingen met betrekking tot samenwerkingsafspraken met ketenpartners in het kader van het bereiken van jeugdigen.

1.5 Vraagstelling

Hoe kunnen JGZ-organisaties hun processen rondom het bereiken van hun doelgroep zo inrichten dat alle jeugdigen in Nederland bereikt worden?

1.6 Aanpak

Voor het ontwikkelen van dit standpunt is gekozen voor een ontwerponderzoek, omdat dit type onderzoek geschikt is voor het ontwerpen van een aanpak of een handleiding voor beroepsmatig handelen. Het ontwerponderzoek bestaat uit meerdere deelonderzoeken en activiteiten die samen het eindresultaat bepalen (Migchelbrink, 2007). Gestart is met een inventariserend literatuuronderzoek om

het probleem te analyseren en nader te definiëren wat heeft geleid tot de doelstelling en de vraagstelling van dit standpunt.

Om de huidige aanpak van JGZ-organisaties te inventariseren en de succesfactoren en de knelpunten te onderzoeken zijn de 'protocollen non-bereik' van JGZ-organisaties en de begeleidende vragenlijsten geanalyseerd. Daarnaast is gekeken naar vormen van outreachende zorg die in Nederland ingezet worden om de moeilijk te bereikbare gezinnen te bereiken. Middels literatuuronderzoek is onderbouwd dat vormen van bemoeizorg voor gezinnen zoals Vangnet Jeugd of Bemoeizorg in de JGZ een bijdrage kan leveren aan het bereiken van probleemgezinnen.

Om de input uit te praktijk te waarborgen is een werkgroep samengesteld die heeft gezocht naar oplossingsrichtingen op basis van de probleemanalyse en het onderzoek van de huidige praktijk. Tevens heeft de werkgroep zich gebogen over de afspraken en de voorwaarden die nodig zijn ter ondersteuning van de werkprocessen rondom het bereiken van jeugdigen. De werkgroep bestond uit afgevaardigden van de beroepsgroepen in de JGZ (de commissie jeugd van de Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten (NVDA), fractie jeugd van de Vereniging voor Verpleegkundigen Verzorgende Nederland (V&VN), Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en de koepelorganisaties in de JGZ (ActiZ en GGD Nederland)). Daarnaast heeft een viertal personen vanuit de koepelorganisaties, de IGZ en de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) meegelezen en feedback gegeven.

Het concept van het Standpunt Bereik van de JGZ is ter becommentariëring door de JGZ-praktijk en aanpalende sectoren een maand op verschillende relevante websites geplaatst en na aanpassing geaccordeerd door de adviesraad van het Centrum Jeugdgezondheid.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat over de eenduidige definiëring van sleutelbegrippen rondom in beeld hebben en bereiken van jeugdigen. Tevens worden andere veelgebruikte begrippen toegelicht. In hoofdstuk 3 wordt de werkwijze beschreven wanneer jeugdigen niet verschijnen bij de JGZ. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de preventie van non-bereik. Het organiseren van een optimaal bereik wordt beschreven in hoofdstuk 4. Onderdeel hiervan is de afspraken rondom zorgverantwoordelijkheid, het maken van sluitende afspraken met collega JGZ-organisaties evenals wijze van registratie en samenwerking met ketenpartners. In het afsluitende hoofdstuk worden de aanvullende aanbevelingen beschreven.

In de bijlagen 2 tot en met 5 is de achtergrondinformatie te vinden waarop dit standpunt is gebaseerd.

Vanwege de leesbaarheid wordt in de tekst de term ouder(s) gebruikt waarmee in feite ouder(s)/verzorger(s) van de jeugdige wordt bedoeld.

2 Definiëring van begrippen

Dit hoofdstuk beschrijft definities gerelateerd aan bereik en overige veel gebruikte definities.

2.1 Eenduidige definiëring van begrippen gerelateerd aan bereik

In de literatuur is nauwelijks onderbouwing te vinden voor de definiëring van genoemde begrippen. Daarom heeft de werkgroep de volgende definities geformuleerd op basis van de definities van deze begrippen in de non-bereikprotocollen van JGZ-organisaties.

In zorg

De JGZ-organisatie die verantwoordelijk is de jeugdige jeugdgezondheidszorg aan te bieden heeft de jeugdige in zorg. Dit kunnen zowel jeugdigen woonachtig in het werkgebied van de JGZ-organisatie betreffen, als jeugdigen woonachtig in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie waarvan de zorg overgedragen is gekregen.

Elders in zorg

Jeugdigen woonachtig in het werkgebied van een JGZ-organisatie waarvan bij de organisatie bekend is dat zij in zorg zijn bij een andere zorgorganisatie. Dit wordt gesplitst in jeugdigen die in zorg zijn bij een andere JGZ-organisatie en jeugdigen die in zorg zijn bij een andersoortige zorgorganisatie, zoals de huisarts, de medisch specialist of een antroposofisch consultatiebureau die zich niet aan de JGZ-richtlijnen houdt.

In beeld

Het in beeld hebben van jeugdigen betreft het totale aantal jeugdigen woonachtig in het werkgebied van de JGZ-organisatie waarvan bij deze organisatie bekend is of zij in zorg zijn bij de eigen organisatie of 'elders in zorg' zijn³ (zie Kader 2.1 voor de berekening van het percentage 'In beeld').

Bereik

Het bereik van een JGZ-organisatie is het totale aantal jeugdigen dat gezien is op een (JGZ) locatie of tijdens een huisbezoek door de organisatie tijdens een regulier contactmoment (zie Kader 2.2 voor de berekening van het percentage 'Bereik').

Het totale aantal jeugdigen woonachtig in het werkgebied van de JGZ-organisaties waarvan bij de organisatie bekend is of zij a) in zorg zijn bij de eigen organisatie of b) elders in zorg zijn op het peilmoment* (teller).

$\times 100\%$

Het totale aantal jeugdigen woonachtig in het werkgebied van de JGZ-organisatie (noemer).

Het totale aantal jeugdigen a) woonachtig in het eigen werkgebied of b) woonachtig in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie dat gezien is op een (JGZ) locatie of tijdens een huisbezoek door de JGZ-organisatie tijdens een regulier contactmoment op het peilmoment* (teller).

$\times 100\%$

Het totale aantal jeugdigen van dezelfde leeftijd dat a) woonachtig is in het eigen werkgebied of b) woonachtig is in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie dat in zorg is bij de JGZ-organisatie (noemer).

Kader 2.1 Berekening percentage in beeld.

Kader 2.2 Berekening percentage bereik.

* Bij de berekening van de percentages 'In beeld' en 'Bereik' aangeven of de organisatie als peilmoment kiest voor een vaste peildatum of een peiljaar (in dat geval aangeven of het gaat om een kalenderjaar of een schooljaar).

³ De IGZ wil dat JGZ-organisaties in staat zijn de aantallen van deze verschillende groepen apart aan te leveren

Uit zorg

De jeugdige is uit zorg bij de JGZ-organisatie wanneer (1) een jeugdige in zorg is bij een collega JGZ-organisatie, (2) de zorg voor een jeugdige en het dossier zijn overgedragen aan een andere JGZ-organisatie omdat de jeugdige 4 jaar is geworden (indien de organisatie geen zorg levert aan 4-19-jarigen) of is verhuisd naar het werkgebied van de andere JGZ-organisatie, (3) de jeugdige 19 jaar is geworden, (4) de jeugdige is verhuisd naar het buitenland of (5) de jeugdige is overleden.

Niet Verschenen Zonder Bericht (NVZB)

De jeugdige is niet verschenen op de afspraak voor een contactmoment zonder dat de JGZ-organisatie daarover vooraf bericht heeft ontvangen.

Niet Verschenen Met Bericht (NVMB)

De afspraak voor een contactmoment is van tevoren afgemeld bij de JGZ-organisatie en er is geen nieuwe afspraak gemaakt.

Alle jeugdigen

Alle 0- tot 19-jarigen⁴ waarvan bekend is dat ze op een door een JGZ-organisatie gekozen peilmoment in het werkgebied van de JGZ-organisatie wonen.

Werkgebied

Het postcodegebied waarvoor de gemeente de uitvoering van de JGZ-taken uit de Wpg heeft aangewezen aan een JGZ-organisatie die daardoor verantwoordelijk wordt voor het leveren van jeugdgezondheidszorg aan alle jeugdigen woonachtig in het aangewezen postcodegebied. Het gaat hier om alle jeugdigen die staan ingeschreven in de GBA en degenen die niet in de GBA staan, maar van wie wel bij de JGZ-organisatie bekend is dat ze in het werkgebied wonen.

Contactmoment

Het contact dat de JGZ heeft met jeugdigen tijdens een regulier contactmoment conform de Richtlijn Contactmomenten of elke andere wijze van inhoudelijk contact met de jeugdige en/of ouders over de jeugdige, zoals een onderzoek op indicatie, een spreekuurcontact of een inhoudelijk telefonisch/elektronisch contact.

Informatiemoment

Moment waarop informatie over een jeugdige wordt gegeven aan de JGZ-organisatie door derden zoals school of ketenpartners.

2.2 Definiëring van overige veel gebruikte begrippen

Bemoeizorg

Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg is een vorm van ongevraagde zorg bij (ouders van) kinderen/jongeren van 0-19 jaar. Deze wordt ingezet op grond van een gesignaleerde bedreiging van de gezondheid van de jeugdige waarbij doorgaans meer dan drie contacten nodig zijn om de ouders tot hulpverlening te motiveren. Het doel is gedeelde zorg met de ouders te bereiken (zij (h)erkennen dat er een probleem is voor de gezondheid van het kind) zonder dat gedwongen hulpverlening nodig is (NJI, 2009).

⁴ In de Wpg wordt 0-19 jaar aangehouden. Daarom wordt in dit standpunt dezelfde leeftijdsgroep aangehouden. Zie Bijlage 5.

Consultatiebureau

In dit document wordt met consultatiebureau bedoeld de instantie die zich bezighoudt met de uitvoering van JGZ voor 0-4-jarigen (Boudewijnse et al., 2005; NJi, 2009).

Jeugdgezondheidszorg

Onderdeel van de openbare gezondheidszorg (zoals beschreven in de Wpg en het Besluit Publieke Gezondheid) dat zich richt op het bevorderen, beschermen en bewaken van een gezonde fysieke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen zodat elke jeugdige een optimaal niveau van individueel en maatschappelijk functioneren kan bereiken (Boudewijnse et al., 2005).

JGZ-organisatie

Organisatie die op aanwijzing van de gemeente de jeugdgezondheidszorg uitvoert. In Nederland gebeurt dat door de consultatiebureaus van thuiszorginstellingen voor 0-4-jarigen, door de afdeling JGZ van de GGD'en voor 4-19-jarigen of voor 0-19-jarigen of door aparte rechtspersonen (organisaties) voor JGZ voor 0-19-jarigen.

JGZ-professionals

Met de term JGZ-professionals wordt in dit document bedoeld: jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, jeugdassistenten werkzaam in de JGZ. Andere professionals in de JGZ zoals JGZ managers en beleidsmakers, pedagogen en logopedisten worden als zodanig aangeduid.

Publieke gezondheidszorg, Public Health of openbare gezondheidszorg

Gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten (wetten.overheid.nl, 2009).

Multiprobleemgezin

Een gezin dat te maken heeft met problemen op verschillende levensgebieden. Vooral een cumulatie van verschillende probleemfactoren als sociaal-economische zaken, werkeloosheid, sociaal isolement en geen toegang tot hulpverlening zorgen voor gezondheidsproblemen in het gezin (Baart en Steketee, 2003; Hermans et al., 2005).

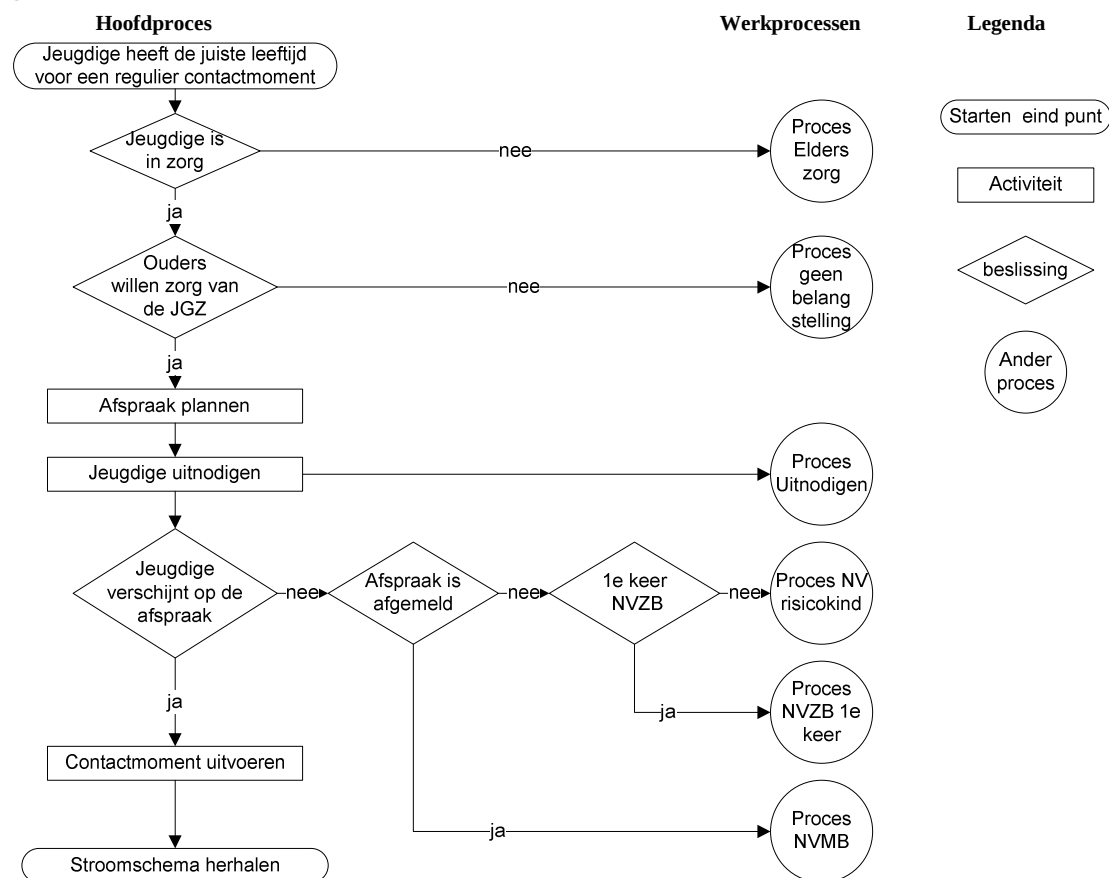
3 Naar een optimaal bereik van individuele jeugdigen

Dit hoofdstuk beschrijft maatregelen en activiteiten die kunnen bijdragen aan het optimaliseren van het bereik van de JGZ. Deze zijn uitgewerkt in twee delen:

1. Preventie van niet verschijnen
2. Werkwijzen bij niet verschijnen

Het uitgangspunt is dat de jeugdige preventieve zorg krijgt. Eerst worden maatregelen beschreven die mogelijk voorkomen dat jeugdigen niet verschijnen of ouders geen belangstelling (meer) hebben voor de JGZ. Vervolgens worden de processen (met activiteiten) rondom het uitnodigen voor een contactmoment en bij niet verschijnen van de jeugdige beschreven en gevisualiseerd in stroomschema's. De resultaten uit het onderzoek naar de huidige praktijk (zie bijlage 4) en de kenmerken van de presentietheorie (zie bijlage 3) vormen hiervoor de inhoudelijke basis.

Conform de richtlijn contactmomenten krijgen jeugdigen op landelijk vastgestelde leeftijden een uitnodiging van JGZ-organisaties voor een preventief gezondheidsonderzoek, ook wel contactmomenten genoemd (Platform JGZ, 2003). Dit kan geïdentificeerd worden als het hoofdproces van een JGZ-organisatie waarbinnen de core-business van de JGZ, preventieve zorg, wordt gegeven. Naast het hoofdproces zijn verschillende werkprocessen ingericht rondom het uitnodigen en bereiken van jeugdigen. In Figuur 3.1 wordt de relatie tussen het hoofdproces en de verschillende werkprocessen gevisualiseerd.



Figuur 3.1 Stroomschema hoofdproces en werkprocessen van een JGZ-organisatie.

3.1 Preventie niet verschijnen

In deze paragraaf worden maatregelen beschreven die kunnen bijdragen aan het voorkómen van niet verschijnen van jeugdigen en hun ouders en het voorkómen dat ouders geen zorg (meer) van de JGZ willen. Daarbij kan ook gedacht worden aan de inzet van de media om bij ouders bekend te maken welke ondersteuning ze kunnen krijgen van de JGZ (en andere zorgverleners in de Centra voor Jeugd en Gezin) bij het opvoeden en opgroeien van hun kind.

De volgende maatregelen worden aanbevolen:

- Profileren van de JGZ richting ouders
 - o Aanstaande ouders krijgen informatie over de JGZ via de verloskunde/kraamzorg.
 - o Ouders krijgen een informatiefolder (beschikbaar in meerdere talen) over de werkwijze en contactgegevens van de JGZ-organisatie mee bij de inschrijving van hun kind in de gemeente (zowel na geboorte als na verhuizing).
- Contactmoment tweede week: ouders worden geïnformeerd over wat de JGZ hen kan bieden bij het opgroeien en opvoeden van hun kind en krijgen uitleg over de werkwijze van de JGZ-organisatie. Daarbij wordt besproken hoe ouders tegen de JGZ aankijken en welke verwachtingen zij van de JGZ hebben.
- Aan ouders wordt gevraagd of zij de herinneringsservice die de JGZ-organisatie kan bieden op prijs stellen (herinnering per sms, e-mail of kaartje twee werkdagen voorafgaand aan de afspraak).
- Er wordt actief contact gelegd met ouders van kinderen die nieuw in het werkgebied van de JGZ-organisatie zijn komen wonen. Naast de mutaties in de GBA zorgt samenwerking met kinderopvang en scholen ervoor dat de JGZ geïnformeerd wordt over deze jeugdigen. Indien nodig (beoordeling op basis van de gegevens in het Digitaal Dossier JGZ (DD JGZ) en de overdracht van de voorgaande JGZ-organisatie) wordt de jeugdige uitgenodigd voor een (extra) contactmoment.

Wanneer ouders geen belangstelling hebben voor de preventieve zorg van de JGZ wordt in overleg met ouders besproken wat zij wel zouden willen (flexibel pakket) met als doel in contact te blijven met het gezin. Gedacht kan worden aan:

- Alleen de vaccinaties uit het RVP en/of neonatale hielprik, gehoorscreening, visusonderzoek.
- Minder contactmomenten bij ervaren ouders.
- Contact leggen met ouders op een aantal contactmomenten*.

*Geadviseerd wordt: 2e week, 18 maanden, 3 jaar, 5 jaar of groep 2 basisonderwijs, 10 jaar of groep 7 basisonderwijs en 13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs met een marge van 10 % van de leeftijd zoals in de Richtlijn Contactmomenten.

Afhankelijk van de wensen van ouders en de mogelijkheden van de organisatie:

- Herinnering per sms, e-mail of kaartje twee werkdagen voorafgaand aan de afspraak.
- Mogelijkheid voor ouders om digitaal een contactmoment voor hun kind te plannen en/of te wijzigen of ouders kunnen aangeven welke dagen/dagdelen en welke onderzoekslocatie voor hen geschikt is om uitgenodigd te worden.
- Vergroten van de toegankelijkheid van de JGZ-organisatie:
 - o Gratis telefoonnummer om afspraken te wijzigen.
 - o Weekend- en avondsprekuren/consulten/consultatiebureaus.
 - o Inloopsprekuren.
 - o Digitaal consultatiebureau/spreekuur.
 - o JGZ-professionals de ruimte geven om outreachend te werken.

3.1.1 Proces uitnodigen voor contactmoment

In Figuur 3.2 wordt het proces dat kan bijdragen aan de preventie van niet verschijnen weergegeven. Daarbij worden verschillende modaliteiten aangegeven (grijze vormen) zodat JGZ-organisaties een keuze kunnen maken die het best past bij de diversiteit van de doelgroep in hun werkgebied, de technische mogelijkheden die de organisatie op dit moment heeft en rekening kunnen houden met de wensen van de ouders.

Toepassing

Uitnodigen van jeugdigen voor reguliere contactmomenten.

Activiteiten

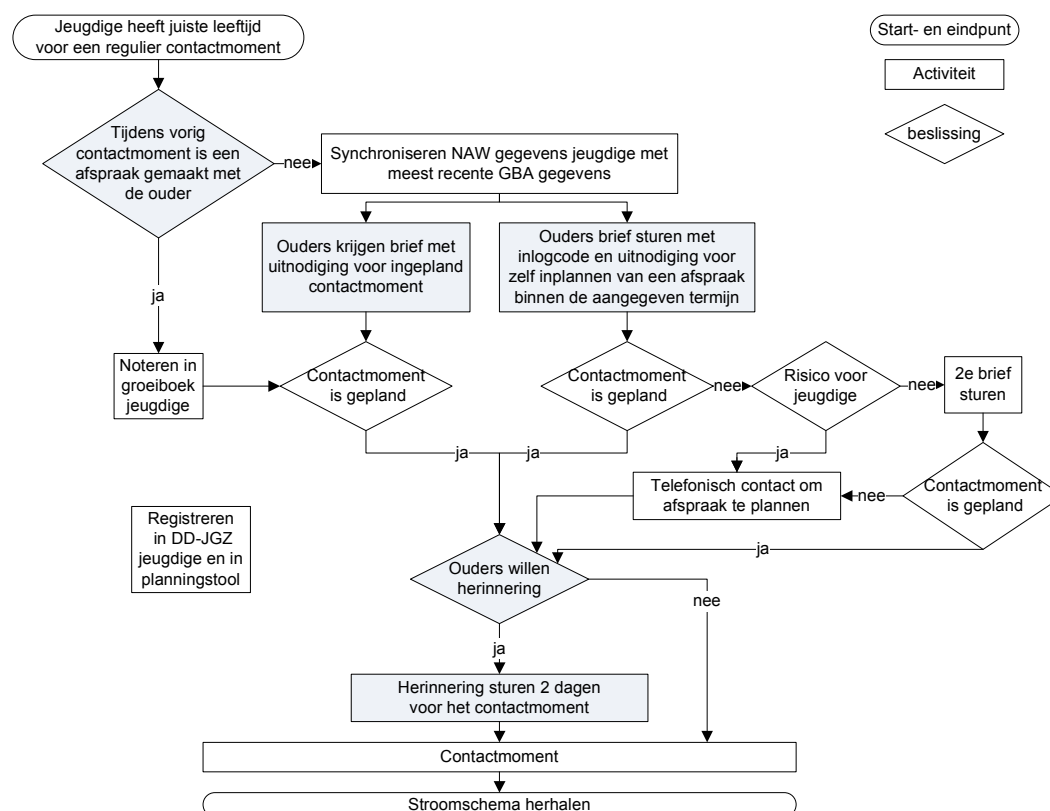
Voor de wijze van uitnodigen kan gekozen worden voor:

- de contactmomenten 0-2 jaar: direct na het contactmoment een nieuwe afspraak maken voor het volgende contactmoment;
- het sturen van een uitnodiging voor een geplande afspraak;
- het telefonisch benaderen van de ouders voor een afspraak;
- het inrichten van een ouderportal waar ouders zelf het contactmoment kunnen inplannen en/of wijzigen met een controlesysteem of de afspraak gepland is;
- ouders de keuze geven voor een herinnering per kaartje, sms of e-mail.

Registratie

Geplande afspraak registreren in planningstool en in het DD JGZ.

Indien na afloop van een contactmoment een afspraak voor het volgende contactmoment wordt gemaakt, noteren in het groeiboekje van het kind.



Figuur 3.2 Stroomschema proces uitnodigen jeugdige voor een regulier contactmoment.

3.2 Werkprocessen bij niet verschijnen

Hieronder worden de werkprocessen ‘NVMB’, ‘NVZB’, ‘NV risicokind’, ‘Elders zorg’ en ‘Geen belangstelling’ toegelicht en in stroomschema’s gevisualiseerd.

3.2.1 Werkproces NVMB

Toepassing

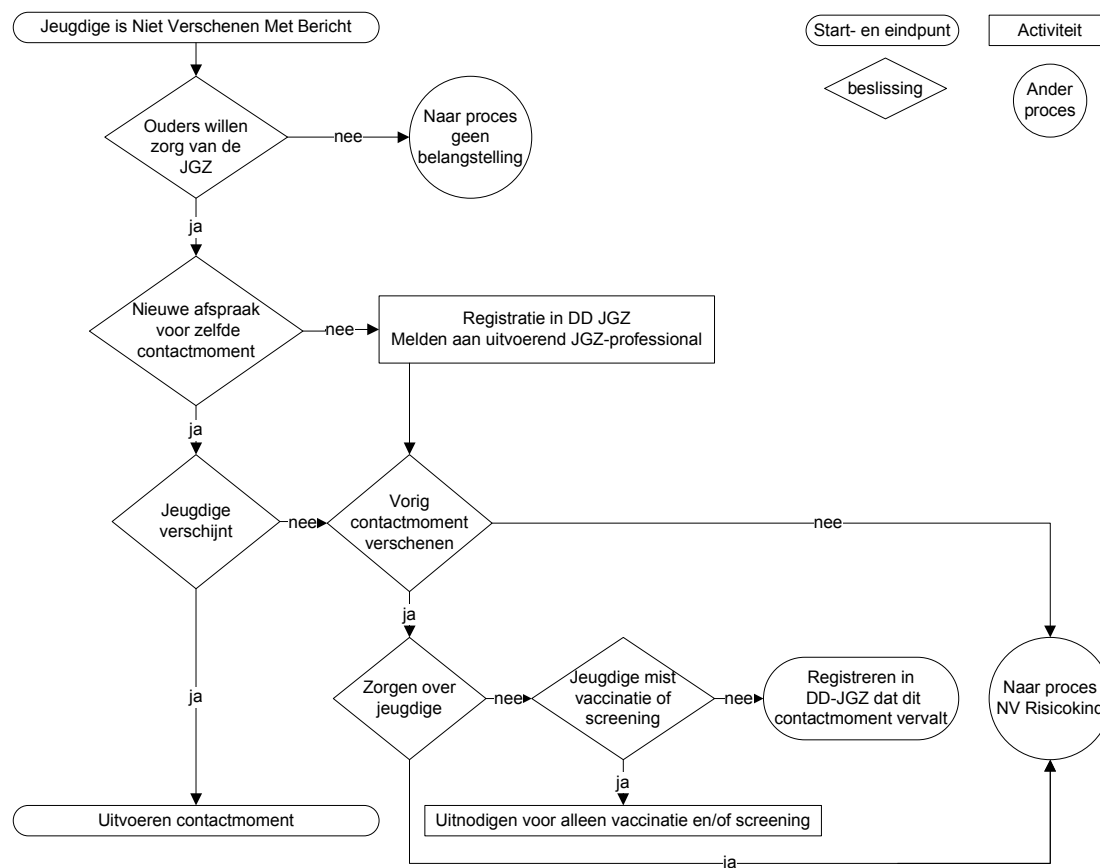
Wanneer de afspraak van tevoren is afgemeld bij de JGZ-organisatie.

Activiteiten

Nagaan of er zorgen zijn over de jeugdige op basis van longitudinale gegevens, frequent missen van contactmomenten en weging risicofactoren en beschermende factoren uit het schema in de JGZ-richtlijn Vroegsignalering psychosociale problemen (Postma, 2008). Wanneer er zorgen zijn wordt direct overgegaan op het proces ‘Niet verschenen risicokind’.

Registratie

- Geen nieuwe afspraak gemaakt voor hetzelfde contactmoment: registreren NVMB met datum en reden. Wel een nieuwe afspraak gemaakt voor hetzelfde contactmoment binnen de marge van 10 % van de leeftijd van de jeugdige: niet als NVMB registreren, wordt beschouwd als ‘afspraak verzet’. Valt de nieuwe afspraak buiten de marge van 10 % van de leeftijd van de jeugdige dan wordt het contactmoment wel als NVMB geregistreerd.
- Alle bevindingen en uitgevoerde activiteiten registreren in het DD JGZ.



Figuur 3.3 Stroomschema proces Niet Verschenen Met Bericht.

3.2.2 Werkproces NVZB eerste keer

Toepassing

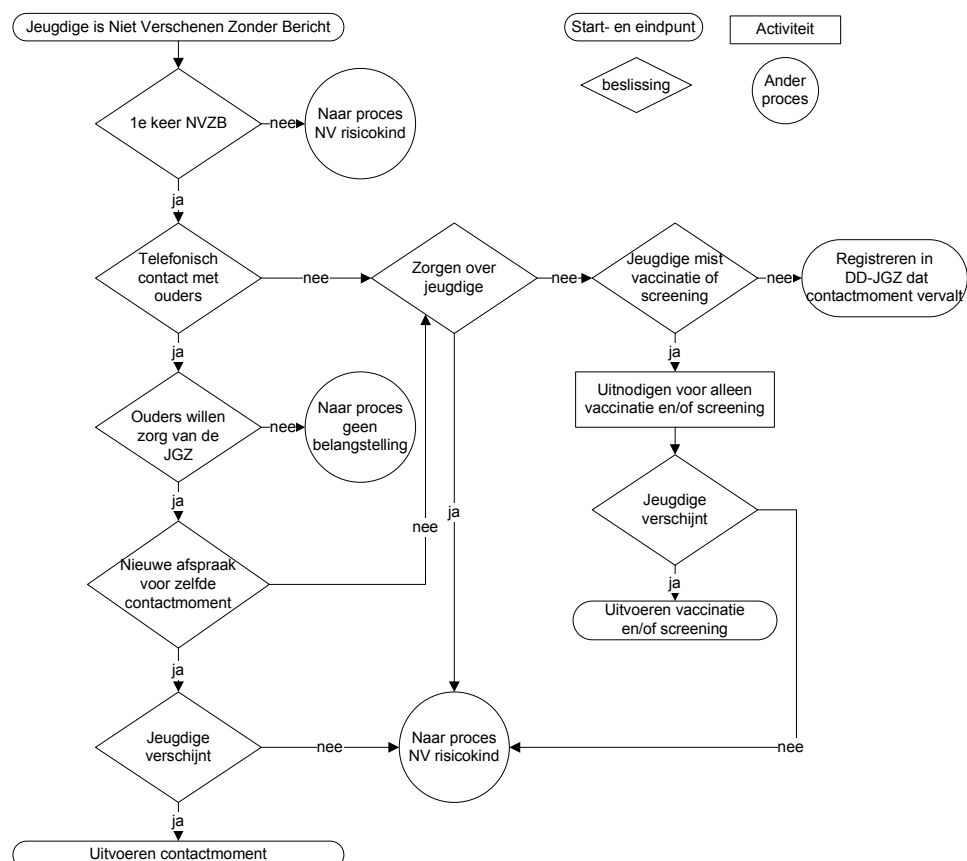
Wanneer de jeugdige de eerste keer niet verschijnt op de afspraak zonder dat de JGZ-organisatie daarover vooraf bericht heeft ontvangen.

Activiteiten

- Beslismoment eerste keer NVZB: voor 0-4-jarigen geldt: in het afgelopen jaar, voor 4-19-jarigen: het vorige contactmoment.
- Binnen een week telefonisch contact zoeken met ouders door uitvoerend JGZ-professional. Bij geen gehoor op andere dagen opnieuw proberen.
- Nagaan of er zorgen zijn over jeugdige: (1) op basis van longitudinale gegevens en weging risicofactoren en beschermende factoren uit het schema in de JGZ-richtlijn Vroegsignalering psychosociale problemen (Postma, 2008). (2) Overleg met derden (zoals peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, school, huisarts) met of zonder toestemming van ouders,⁵ bij voorkeur met medeweten van ouders. Wanneer er zorgen zijn wordt direct overgegaan op het proces 'Niet verschenen risicokind'.

Registratie

- NVZB met datum en indien het bekend is, de reden.
- Alle bevindingen en uitgevoerde activiteiten registreren in het DD JGZ.



Figuur 3.4 Werkwijze Niet Verschenen Zonder Bericht eerste keer.

⁵ Overleg met derden zonder toestemming van ouders mag alleen wanneer het belang van de jeugdige zwaarder weegt dan het beroepsgeheim. Zie het kader conflict van plichten in bijlage 6.

3.2.3 Werkproces NV risicokind

Toepassing

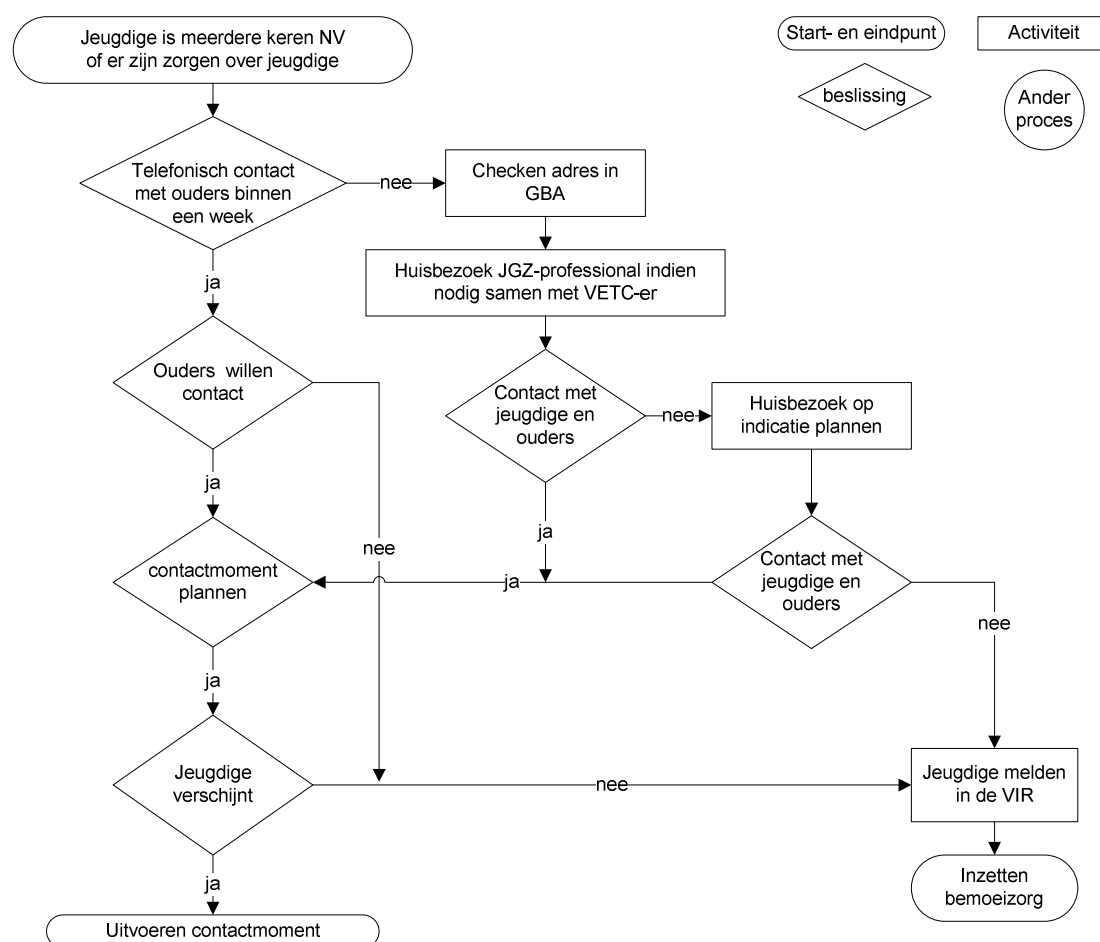
Wanneer de jeugdige meerdere keren Niet Verschenen (NV) is met of zonder bericht op de afspraak of wanneer er zorgen zijn over de jeugdige (zie Figuur 3.5).

Activiteiten

- Dezelfde dag telefonisch contact zoeken met ouders door uitvoerend JGZ-professional. Bij geen gehoor andere dagen opnieuw proberen. Streven is binnen een week telefonisch contact te hebben.
- Indien eerste poging huisbezoek mislukt, tweede poging huisbezoek plannen als huisbezoek op indicatie.
- Wanneer er contact is gelegd: overleggen met ouders over passende zorg.
- Wanneer bemoeizorg wordt ingezet ook een melding in de Verwijsindex (VIR) doen.

Registratie

- NV met datum en indien het bekend is de reden.
- Alle bevindingen en uitgevoerde activiteiten registreren in het DD JGZ.



Figuur 3.5 Stroomschema werkproces Niet Verschenen Risicokind.

3.2.4 Toelichting werkproces elders zorg

Toepassing

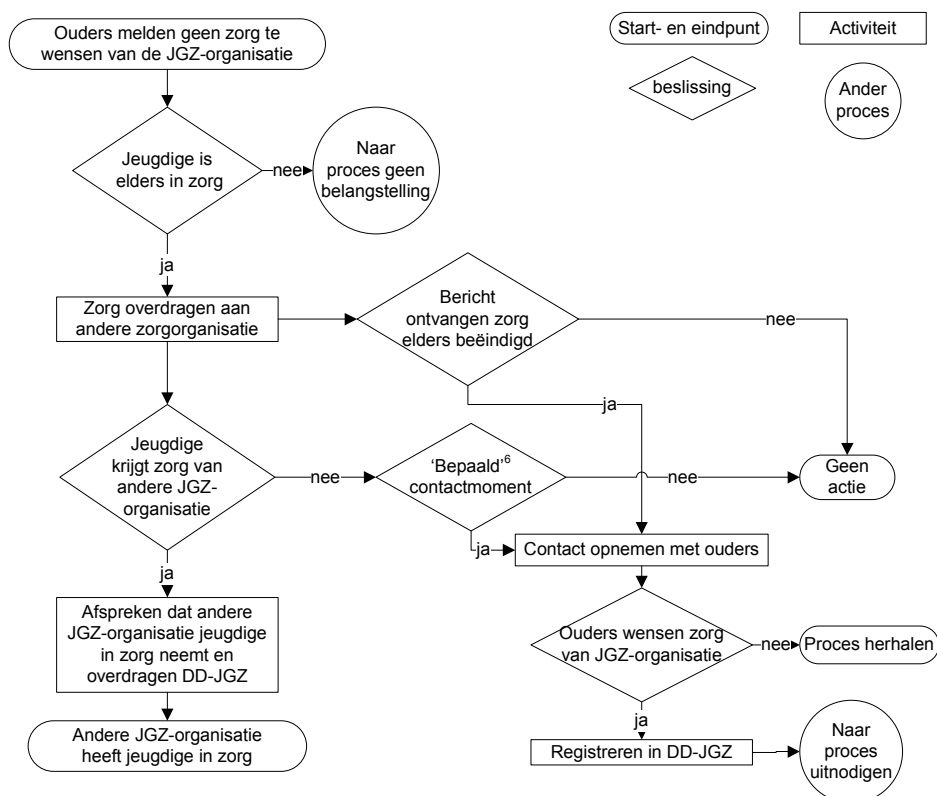
- Wanneer ouders van de jeugdige melden geen zorg te wensen van de JGZ-organisatie omdat hun kind elders in zorg is (bijvoorbeeld antroposofisch CB, kinderarts, huisarts).
- Wanneer een jeugdige in zorg is bij een collega JGZ-organisatie.

Activiteiten

- Per brief zorg overdragen aan de andere zorgorganisatie en verzoeken geïnformeerd te worden als de zorg afgesloten wordt. Betreft dit een collega JGZ-organisatie dan wordt ook het DD JGZ overgedragen.
- Wanneer de zorg wordt overgedragen aan een zorgorganisatie niet zijnde een JGZ-organisatie: op een aantal contactmomenten⁶ checken of de jeugdige nog in zorg is bij de andere zorgorganisatie en of de ouders wellicht (weer) zorg van de JGZ willen ontvangen. Dit omdat het wenselijk is dat een jeugdige preventieve zorg krijgt.
- Bij ontvangen bericht van een andere zorgorganisatie over afsluiten van de zorg weer contact opnemen met ouders of zij (weer) zorg van de JGZ willen ontvangen.

Registratie

- Datum overdracht zorg en indien bekend reden 'elders in zorg'.
- Contacten met ouders.



Figuur 3.6 Stroomschema werkproces elders in zorg.

⁶ Geadviseerd worden de contactmomenten: 2de week, 18 maanden, 3 jaar, 5 jaar of groep 2 basisonderwijs, 10 jaar of groep 7 basisonderwijs en 13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs met een marge van 10% van de leeftijd zoals beschreven in de Richtlijn Contactmomenten.

3.2.5 Toelichting werkproces geen belangstelling

Toepassing

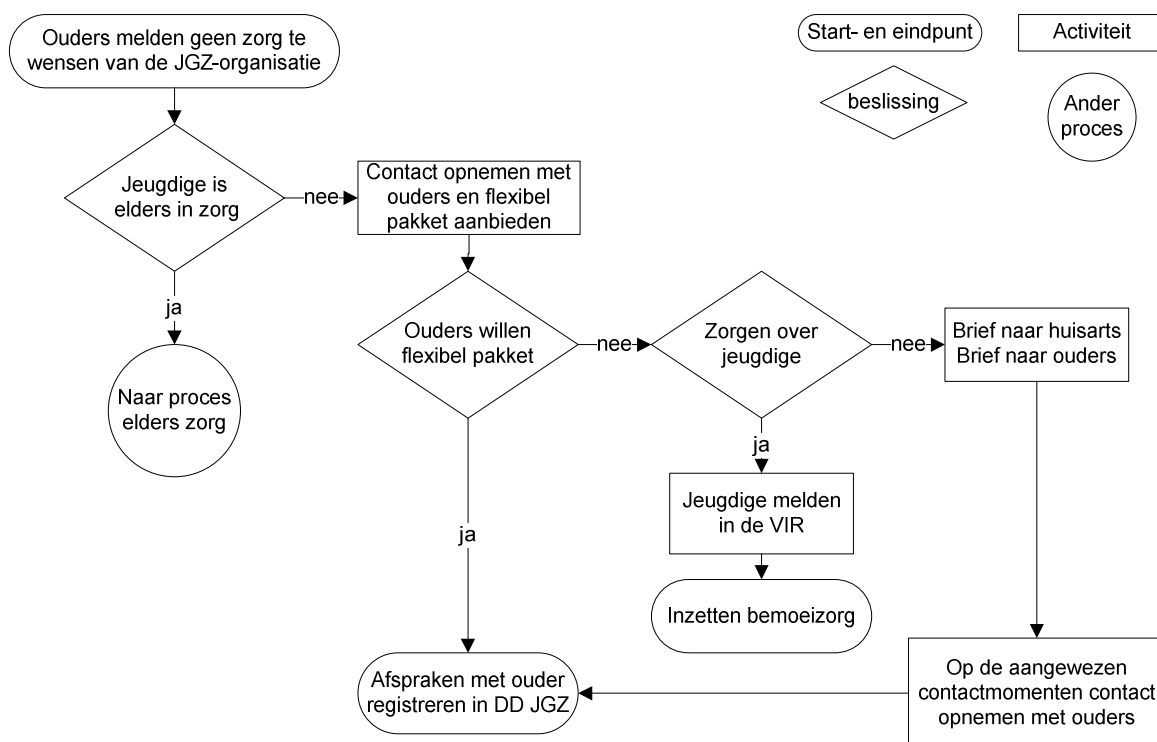
Wanneer ouders aangeven geen belangstelling te hebben voor de preventieve zorg van de JGZ en hun kind ook niet elders zorg krijgt.

Activiteiten

- Nagaan of er zorgen zijn over jeugdige:
(1) op basis van longitudinale gegevens en weging risicofactoren en beschermende factoren uit schema in richtlijn de JGZ-richtlijn vroegsignalering psychosociale problemen (Postma, 2008).
(2) Overleg met derden (peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, school, huisarts) met of zonder toestemming van ouders, bij voorkeur met medeweten van ouders.
- Wanneer bemoeizorg wordt ingezet ook een melding in de Verwijsindex (VIR) doen.
- Op een aantal contactmomenten⁷ informeren of ouders nog steeds geen belangstelling hebben voor de JGZ.

Registratie

Datum van melding van ouders geen zorg te wensen en de reden (als die bekend is).



Figuur 3.7 Stroomschema werkproces geen belangstelling.

De realisatie van de beschreven werkprocessen vraagt om een goede organisatie van de processen en randvoorwaarden, zoals afspraken over, samenwerking met, benodigde middelen, deskundigheid et cetera. Dit staat beschreven in het volgende hoofdstuk.

⁷ Geadviseerd hiervoor worden de contactmomenten: 2de week, 18 maanden, 3 jaar, 5 jaar of groep 2 basisonderwijs, 10 jaar of groep 7 basisonderwijs en 13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs met een marge van 10% van de leeftijd zoals beschreven in de Richtlijn Contactmomenten.

4 Organisieren van een optimaal bereik

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat nodig is om de werkprocessen zoals beschreven in het vorige hoofdstuk te kunnen realiseren. Daarvoor zijn duidelijke afspraken over zorgverantwoordelijkheid, over registratie van bereik en niet verschijnen en over dossieroverdracht nodig. Eenduidige definiëring van begrippen die daarmee samenhangen, zoals beschreven in hoofdstuk 2, zijn daarbij een voorwaarde.

4.1 Zorgverantwoordelijkheid

Onder regie van gemeenten zijn JGZ-organisaties verantwoordelijk voor het leveren van preventieve zorg aan alle 0-19-jarigen, 0-4-jarigen of 4-19-jarigen in hun werkgebied. Realiteit is dat jeugdigen soms in het werkgebied van een andere JGZ-organisatie naar school of naar het Consultatiebureau (CB) gaan. Hierdoor kan een aantal jeugdigen niet in beeld zijn bij JGZ en niet bereikt worden. Het is nodig dat er op landelijk niveau afspraken zijn over welke organisatie verantwoordelijk is voor het leveren van jeugdgezondheidszorg aan welk kind en tevens wie welk kind opvoert in de bereikcijfers. Deze paragraaf geeft aan welke afspraken gerealiseerd moeten worden met als doel alle jeugdigen te bereiken.

4.1.1 Algemene afspraken rondom zorgverantwoordelijkheid

In het kader van het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) zijn landelijke werkafspraken voorgesteld over welke JGZ-organisatie verantwoordelijk is voor een bepaald kind (ActiZ & GGD Nederland, 2010). Op basis hiervan en de definiëringen van ‘in beeld’, ‘in zorg’ en ‘werkgebied’ zijn JGZ-organisaties als volgt verantwoordelijk voor het in beeld hebben, bereiken en het in zorg hebben van jeugdigen:

- Elke JGZ-organisatie is verantwoordelijk voor het in beeld hebben van alle jeugdigen 0-19 jaar woonachtig in hun werkgebied. Het gaat hier om alle jeugdigen waarvan bij de JGZ-organisatie bekend is dat ze in het werkgebied wonen.
- Elke JGZ-organisatie is verantwoordelijk voor het in zorg hebben van alle jeugdigen woonachtig in hun werkgebied tenzij bij de organisatie bekend is dat de jeugdige elders in zorg is én de zorg (tijdelijk) is overgedragen aan een andere zorgorganisatie. Deze neemt het initiatief als de zorg terug overgedragen moet worden naar de JGZ-organisatie in wier werkgebied de jeugdige woont.
- Alleen wanneer de zorg wordt overgedragen aan een andere JGZ-organisatie wordt ook het DD JGZ overgedragen.
- De JGZ-organisatie die de jeugdige in zorg heeft dient de jeugdige ook te bereiken en uit te nodigen voor de reguliere contactmomenten.
- De JGZ-organisatie die de jeugdige in zorg heeft voert de jeugdige op in haar bereikcijfers.
- Een JGZ-organisatie met als doelgroep schoolgaande jeugdigen controleert jaarlijks in samenspraak met scholen of er kinderen zijn die dat schooljaar in aanmerking komen voor een regulier contactmoment die niet bij de JGZ-organisatie in zorg zijn. Als dat het geval is wordt gecheckt in het werkgebied van welke JGZ-organisatie de jeugdige woonachtig is en wordt met de betreffende organisatie overlegd. Zie hiervoor paragraaf 4.1.2.
- JGZ-organisaties controleren periodiek op basis van GBA-mutaties of er kinderen in bijzondere omstandigheden of nieuwkomers in hun werkgebied zijn komen wonen. Als dat het geval is, worden de ouders geïnformeerd over de preventieve zorg van de JGZ en indien nodig wordt de jeugdige uitgenodigd voor een preventief onderzoek. Voor deze jeugdigen zijn aparte afspraken nodig die worden toegelicht in paragraaf 4.1.3.

4.1.2 Sluitende afspraken tussen JGZ-organisaties

Het uitgangspunt is dat JGZ-organisaties verantwoordelijk zijn voor het bereiken van de jeugdigen woonachtig in hun werkgebied. De praktijk leert echter dat jeugdigen soms in het werkgebied van een andere JGZ-organisatie naar school of naar het CB gaan. JGZ-organisaties krijgen dus te maken met de volgende situaties:

- Jeugdigen woonachtig in het werkgebied van de JGZ-organisatie die naar school gaan of waarvan de ouders naar het CB gaan in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie.
- Jeugdigen die naar school of naar het CB gaan in het werkgebied van de JGZ-organisatie die wonen in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie.

Het is van belang dat er sluitende afspraken zijn over wie jeugdigen in deze situaties in zorg heeft en uitnodigt en hoe het bereik wordt geregistreerd zodat hierover eenduidigheid ontstaat en er geen jeugdigen gemist worden.

Spreek af met de collega JGZ-organisaties wie de jeugdige in zorg heeft

In principe heeft de JGZ-organisatie in wier werkgebied het kind naar school of naar het consultatiebureau gaat de jeugdige in zorg en nodigt de jeugdige uit voor de reguliere contactmomenten. Spreek daarbij af wanneer de collega JGZ-organisatie de zorg overneemt en registreer dit in het dossier.

- De JGZ-organisatie die de jeugdige in zorg heeft vraagt actief het dossier op bij de JGZ-organisatie in wier werkgebied de jeugdige woont, of bij de JGZ-organisatie die de jeugdige voorheen in zorg had (waarbij in dit laatste geval aan de JGZ-organisatie in wier werkgebied het kind woont wordt gemeld dat de zorg is overgenomen). Na het verzoek wordt het dossier binnen 30 dagen verzonden.
- Eventuele afwijkingen op bovenstaande afspraken worden expliciet afgesproken met de betrokken collega JGZ-organisatie en geregistreerd in het dossier.
- Maak duidelijke afspraken over de zorgverantwoordelijkheid voor jeugdigen waar zorgen over zijn: houdt de organisatie in wier werkgebied de jeugdige naar school gaat de zorg of worden zorg en dossier terug overgedragen aan de organisatie in wier werkgebied de jeugdige (en het gezin waarin de jeugdige opgroeit) woont.

Alle jeugdigen bereikt?

De JGZ-organisatie die een jeugdige in zorg heeft (ook als de jeugdige woonachtig is in het werkgebied van een andere JGZ-organisatie) is ervoor verantwoordelijk de jeugdige te bereiken en zich in te spannen een niet bereikte jeugdige alsnog te bereiken.

4.1.3 Afspraken jeugdigen in bijzondere omstandigheden

Voor jeugdigen in bijzondere omstandigheden zijn aanvullende afspraken nodig. Het gaat bijvoorbeeld om kinderen van asielzoekers, van immigranten, van reizende ouders, van expatriates, illegale jeugdigen en jeugdigen die tijdelijk op een ander adres verblijven dan waar zij geregistreerd staan in de GBA. In principe gelden altijd de algemene afspraken uit paragraaf 4.1.1, tenzij hieronder een andere oplossing wordt beschreven die effectiever is om de jeugdige in beeld te hebben en te bereiken.

Jeugdigen die op een tijdelijk adres verblijven

Het komt voor dat jeugdigen tijdelijk op een ander adres verblijven (inwoning bij familie of in een huis op een vakantiepark, bijvoorbeeld na een echtscheiding). Vanwege de tijdelijkheid wordt meestal geen adreswijziging doorgegeven aan de gemeente (ActiZ & GGD Nederland, 2010). De algemene afspraken uit paragraaf 4.1.1 gelden hier. Wanneer het qua reisafstand voor de ouder niet haalbaar is kan in overleg met de ouder de zorg (tijdelijk) worden overgedragen aan de JGZ-organisatie in wier werkgebied de jeugdige tijdelijk woont. De jeugdige is dan ‘elders in zorg’.

Jeugdigen die thuisonderwijs krijgen

Wanneer jeugdigen thuisonderwijs krijgen hebben zij, indien zij woonachtig zijn in Nederland, recht op jeugdgezondheidszorg. De algemene afspraken uit paragraaf 4.1.1 zijn hier van toepassing.

Jeugdigen die op een MKD zitten of in een instelling verblijven

Jeugdigen die op een Medisch Kinderdagverblijf (MKD) zitten zullen veelal ingeschreven staan op het woonadres van hun ouders. Hier gelden de algemene afspraken uit paragraaf 4.1.1. Jeugdigen die in een instelling (bijvoorbeeld voor verstandelijk gehandicapten) wonen, hebben als jeugdige woonachtig in Nederland recht op jeugdgezondheidszorg. De JGZ-organisatie in wier werkgebied de instelling staat is verantwoordelijk voor het maken van afspraken met de instelling over preventieve zorg aan deze jeugdigen.

Jeugdigen van reizende ouders

Jeugdigen van reizende ouders kunnen zigeunkinderen, kinderen van ouders die op een kermis of bij een circus werken of schipperskinderen zijn. Deze jeugdigen staan meestal wel ingeschreven in een gemeente. Ook ouders van schipperskinderen hebben meestal een adres aan wal (ActiZ & GGD Nederland, 2010). Voor deze jeugdigen zijn de algemene afspraken uit paragraaf 4.1.1 van kracht. Wanneer een jeugdige langere tijd met zijn ouders in een andere regio verblijft, kan in overleg met de ouders de zorg (tijdelijk) worden overgedragen aan een andere JGZ-organisatie. Ook kan gekozen worden voor een digitaal contactmoment via de e-mail totdat de jeugdige weer in de buurt is van de JGZ-organisatie en er een fysieke afspraak gepland kan worden.

Jeugdigen woonachtig in grensgebieden met het buitenland

Jeugdigen met de Nederlandse nationaliteit die in het buitenland wonen hebben geen recht op jeugdgezondheidszorg in Nederland (ook niet als zij in Nederland naar school gaan) omdat de gemeente die alleen financiert voor de eigen inwoners. Tenzij de JGZ-organisatie hierover met de gemeente andere afspraken heeft gemaakt. Jeugdigen die in grensgebieden wonen en in het buitenland naar school gaan hebben wel recht op jeugdgezondheidszorg in Nederland (ActiZ & GGD Nederland, 2010). Voor hen gelden de algemene afspraken uit paragraaf 4.1.1. Voor jeugdigen uit probleemgezinnen die frequent over de grens heen en weer verhuizen zou het goed zijn aparte afspraken te maken.

Kinderen van asielzoekers

Sinds het opheffen van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) krijgen kinderen van asielzoekers jeugdgezondheidszorg van de JGZ-organisatie in wier werkgebied het asielzoekerscentrum gevestigd is of het gezin woont. Deze jeugdigen hebben geen GBA-nummer, wel een vreemdelingennummer. Bij verhuizing naar een ander asielzoekerscentrum of naar een eigen woonadres wordt de zorg overgedragen aan de JGZ-organisatie in het betreffende werkgebied.

Kinderen van immigranten

Met immigranten worden mensen uit EU-landen die zich (tijdelijk) in Nederland vestigen bedoeld (bijvoorbeeld Bulgaren, Polen, Roemenen e.d.). Wanneer zij in Nederland verblijven met hun gezin komen de kinderen in aanmerking voor zorg van een JGZ-organisatie. Als mensen zich inschrijven bij de gemeente wordt de JGZ-organisatie daarvan op de hoogte gesteld via de GBA (ActiZ & GGD Nederland, 2010). Dit gebeurt echter niet altijd. Kinderen uit een ander Europees land hebben namelijk geen verblijfsvergunning nodig. Via verloskundigen, het kinderdagverblijf, de peuterspeelzaal of de school kan de JGZ de jeugdige op het spoor komen. In dat geval wordt contact gezocht met ouders. De JGZ-organisatie van het werkgebied waar zij (tijdelijk) verblijven (ook zonder GBA-inschrijving) is verantwoordelijk voor de zorg aan de jeugdige. Daarbij spant de JGZ-organisatie zich in te achterhalen

of en waar de jeugdige eerder contact heeft gehad met de JGZ zodat het DD JGZ van de jeugdige opgevraagd kan worden.

Jeugdigen zonder verblijfsvergunning

Jeugdigen zonder verblijfsvergunning zijn illegaal in Nederland en niet ingeschreven in de GBA. Veel illegale gezinnen hebben geen vast woonadres of willen dat liever niet bekendmaken. Ook kinderen van immigranten zijn soms illegaal in Nederland. Jeugdigen zonder verblijfsvergunning gaan niet altijd naar school. Via verloskundigen, kraamzorg, school of vluchtelingenwerk kunnen zij (en hun ouders) soms in contact komen met de JGZ. De JGZ-organisatie in wier werkgebied de jeugdige (tijdelijk) verblijft is verantwoordelijk voor de zorg. Daarbij spant de JGZ-organisatie zich in te achterhalen of en waar de jeugdige eerder contact heeft gehad met de JGZ zodat het dossier van de jeugdige opgevraagd kan worden.

Kinderen van expatriates (expats)

Expats zijn mensen met een andere nationaliteit die tijdelijk in Nederland verblijven. Deze mensen staan doorgaans geregistreerd in de gemeente waar zij wonen. De JGZ-organisatie is via de GBA op de hoogte dat de jeugdige in haar werkgebied woont. Ambassadepersoneel schrijft zich meestal niet in als inwoner. Deze mensen melden zich soms zelf bij de JGZ-organisatie of de verloskundige geeft de gegevens over pasgeborenen door aan de JGZ-organisatie (ActiZ & GGD Nederland, 2010). In dat geval neemt de JGZ-organisatie contact op met het gezin. Wanneer de jeugdige niet ‘elders zorg’ krijgt is de JGZ-organisatie in wier werkgebied de jeugdige woont verantwoordelijk voor de zorg.

Voor alle jeugdigen wordt een Digitaal Dossier JGZ (DD JGZ) aangemaakt waarmee de gezondheid van de jeugdige wordt geregistreerd en gemonitord. Wanneer een jeugdige recent woonachtig is in het werkgebied van de JGZ-organisatie spant deze zich in te achterhalen of en waar de jeugdige eerder contact heeft gehad met de JGZ zodat het DD JGZ opgevraagd kan worden. Zo niet, dan legt de JGZ-organisatie een nieuw dossier aan. Dit geldt ook voor jeugdigen in bijzondere omstandigheden (zoals hierboven beschreven). Tijdens het eerste contactmoment wordt de ouder geïnformeerd over de overdracht van het dossier.

4.2 Afspraken voor registratie van bereik en niet verschijnen

Deze paragraaf besteedt aandacht aan de eenduidigheid van registratie met betrekking tot bereik in het DD JGZ, zodat in alle digitale dossiers van alle JGZ-organisaties met dezelfde termen en registratie-items hetzelfde wordt bedoeld. Dat zorgt ervoor dat de inspanningen van JGZ-organisaties om hun doelgroep in beeld te hebben en te bereiken vergelijkbaar zijn en ervaringen gemakkelijker uitgewisseld kunnen worden tussen organisaties. De eenduidige definiëring van begrippen uit hoofdstuk 2 hangen hiermee samen.

Registratie in beeld

Voor het in beeld hebben van alle jeugdigen die in het werkgebied woonachtig zijn dienen JGZ-organisaties te registreren waar jeugdigen in zorg zijn:

- bij de eigen organisatie;
- bij een collega JGZ-organisatie;
- bij een andere zorgverlener.

Registratie van bereik

Volgens de definitie van bereik berekent een JGZ-organisatie haar bereikpercentage als volgt:

Het totale aantal jeugdigen a) woonachtig in het eigen werkgebied of b) woonachtig in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie dat gezien is op een (JGZ) locatie of tijdens een huisbezoek door de JGZ-organisatie tijdens een regulier contactmoment op het peilmoment* (teller).	
	x 100%
Het totale aantal jeugdigen van dezelfde leeftijd dat a) woonachtig is in het eigen werkgebied of b) woonachtig is in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie dat in zorg is bij de JGZ-organisatie (noemer).	

Kader 4.1 Berekening bereikpercentage JGZ-organisatie.

* Bij de berekening van de percentages 'In beeld' en 'Bereik' aangeven of de organisatie als peilmoment kiest voor een vaste peildatum of een peiljaar (in dat geval aangeven of het gaat om een kalenderjaar of een schooljaar).

- Uitgangspunt is dat een JGZ-organisatie het bereik van alle jeugdigen die in zorg zijn registreert. Het gaat hierbij om jeugdigen die in zorg zijn die:
 - o woonachtig zijn in het werkgebied van de JGZ-organisatie;
 - o woonachtig zijn in het werkgebied van een collega JGZ-organisatie waarvan de zorg is overgedragen aan de JGZ-organisatie.
- Aanbevolen wordt het bereik van alle contactmomenten te registreren.

Registratie niet verschijnen in het DD JGZ

In het DD JGZ wordt het geplande contactmoment met datum en de status van de uitvoering geregistreerd. In de Basisdataset Jeugdgezondheidszorg (BDS JGZ) van het DD JGZ zijn daarvoor de volgende mogelijkheden aangegeven. Hoe dit op het scherm in het DD JGZ eruit ziet is afhankelijk van de leverancier van het DD JGZ.

Rubriek Activiteit

- Soort activiteit (keuze lijst): kies één van de reguliere contactmomenten, andere vorm van contact of andere activiteit ten behoeve van de jeugdige.
- Status activiteit (keuze lijst):
 - o Uitgevoerd/verschenen op afspraak
 - o Niet uitgevoerd/niet verschenen op afspraak
- Toelichting niet verschenen bericht (keuze lijst):
 - o Niet Verschenen Met Bericht
 - o Niet Verschenen Zonder Bericht
 - o Afgezegd door de JGZ

Daarnaast dienen alle acties die uitgevoerd worden om de jeugdige te bereiken geregistreerd te worden in het DD JGZ.

4.3 Afspraken rond dossieroverdracht

Het DD JGZ van een jeugdige wordt overgedragen aan een andere JGZ-organisatie in de volgende situaties:

- Als het kind (bijna) 4 jaar is wordt het DD JGZ overgedragen aan de JGZ-organisatie voor 4-19-jarigen waar het kind woonachtig is binnen een termijn van 6 maanden na het laatste contactmoment. Dit geldt niet voor JGZ-organisaties met als doelgroep 0-19-jarigen.
- Wanneer een jeugdige uit het werkgebied van de JGZ-organisatie verhuist wordt het dossier bewaard totdat het opgevraagd wordt door een andere JGZ-organisatie of bewaard conform de wettelijke bewaartermijn van 15 jaar.

- Na een verhuizing van de jeugdige naar het werkgebied van de JGZ-organisatie verzoekt de betreffende organisatie de voorgaande JGZ-organisatie het DD JGZ over te dragen. Het DD JGZ dient binnen 30 dagen na het overdrachtsverzoek te zijn overgedragen.
- Bij verandering van school of schooltype buiten het werkgebied neemt de JGZ-organisatie in wier werkgebied de jeugdige naar school gaat contact op met de JGZ-organisatie van het werkgebied waar de jeugdige woont. Hierna wordt het DD JGZ binnen 30 dagen overgedragen. Zie paragraaf 4.1.2.
- Wanneer een jeugdige een contactmoment heeft gemist of nog niet heeft gehad of nog extra zorg ontvangt neemt de JGZ-organisatie die het DD JGZ overdraagt contact op met de JGZ-organisatie die de zorg overneemt voor een zogenaamde warme overdracht.

Als overdracht binnen de gestelde termijnen om dringende redenen niet lukt, dan wordt binnen de genoemde termijnen contact opgenomen met de volgende verantwoordelijke JGZ-organisatie, om af te stemmen. De afspraken hierover worden vastgelegd in het DD JGZ.

4.4 Samenwerking met ketenpartners

Deze paragraaf is gebaseerd op de peiling naar de mening van kinderopvang (peuterspeelzalen en kinderdagverblijven) en de MOgroep over de gewenste wijze van samenwerking en de benodigde afspraken die kunnen bijdragen aan het bereiken van jeugdigen door de JGZ. Voor de samenwerking met verloskundigen en kraamverzorgenden is gebruikgemaakt van de (concept) multidisciplinaire richtlijn ‘Overdracht van gegevens van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg’ (Beckers, 2010). Daarnaast is naar de mening van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) gevraagd. Voor de samenwerking met Bureau Jeugdzorg is gebruikgemaakt van het Standpunt Samenwerking JGZ en Bureau Jeugdzorg (Pijpers et al., 2010). Met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging voor Huisartsen (LHV) is contact gezocht voor de samenwerking met huisartsen en is het NHG Standpunt Huisartsenzorg en Jeugd (NHG, 2008) gebruikt.

4.4.1 Samenwerking met verloskundigen en kraamverzorgenden

Samenwerking met betrekking tot gegevensoverdracht en vaste overlegmomenten zorgt ervoor dat de JGZ wordt geïnformeerd over pasgeborenen. Dit ondersteunt het bereik van de JGZ. In de (concept) multidisciplinaire richtlijn ‘Overdracht van gegevens van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg’ wordt voor een aantal momenten tijdens zwangerschap en geboorte aangegeven wanneer overleg tussen verloskundigen en JGZ plaatsvindt en wanneer gegevens van de verloskundige en kraamverzorgende worden overgedragen aan de JGZ. Het doel hiervan is gezinnen gerichter en beter te kunnen ondersteunen (Beckers, 2010). Op basis van de mening van de KNOV met betrekking tot de wijze waarop verloskundigen kunnen samenwerken met de JGZ om jeugdigen beter te bereiken en welke afspraken hiervoor nodig zijn en de hierboven genoemde (concept)richtlijn, worden de volgende aanbevelingen gedaan.

Maak op lokaal niveau afspraken met verloskundigen en kraamzorg met betrekking tot het volgende:

- Verloskundigen en JGZ geven samen voorlichting over onderwerpen als ouderschap en borstvoeding. Dit biedt perspectieven om op een andere wijze in contact te komen met de doelgroep.
- In bijzondere situaties of risicosituaties (bijvoorbeeld psychische problemen bij de moeder, probleemgezinnen, een minderjarige zwangere) neemt de verloskundige contact op met de JGZ. De JGZ kan dan een prenataal huisbezoek afleggen en zo nodig een ondersteuningsprogramma inzetten.

- De JGZ kan bij moeilijk bereikbare kinderen contact opnemen met de verloskundige om te informeren of de moeder daar bekend is.
- De verloskundige geeft de geboorte van kinderen van moeders zonder verblijfsvergunning en/of in kwetsbare situaties door aan de JGZ. Zo nodig geeft de verloskundige, na toestemming, de gegevens van moeder en kind door.
- Een gesignaleerd risico in de kraamperiode wordt in overleg tussen kraamverzorgende en verloskundige doorgegeven aan de JGZ. Het gaat om gegevens die voor de JGZ relevant zijn om de juiste zorg te leveren in het belang van het kind.
- Na het afsluiten van de kraamperiode (acht tot tien dagen na geboorte) dragen de verloskundige en de kraamverzorgende gegevens over onder meer zwangerschap, geboorte en sociale omstandigheden over aan de JGZ. De verloskundige is hierin medisch eindverantwoordelijk.

4.4.2 Samenwerking met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven

Naast scholen zijn ook peuterspeelzalen en kinderdagverblijven een vindplaats van kinderen met risico's. Mede op basis van de mening van de MOgroep (brancheorganisatie Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang), 24 respondenten van peuterspeelzalen (PSZ) en 6 respondenten van kinderdagverblijven (KDV) wordt het volgende aanbevolen:

- Wijs PSZ en KDV in het werkgebied van de JGZ-organisatie toe aan een jeugdverpleegkundige en/of jeugdarts die fungeert als contactpersoon namens de JGZ voor PSZ en KDV. Breng PSZ en KDV hiervan op de hoogte.
- Spreek af dat PSZ en KDV contact opnemen met de contactpersoon bij de JGZ wanneer zij zich zorgen maken over kinderen.
- PSZ, KDV en JGZ participeren in het Zorg- en Adviesteam.

Maak verder op lokaal en/of regionaal niveau afspraken over de volgende opties waarbij de keuze voor de genoemde opties afhangt van de lokale behoeften:

- Vraag PSZ en KDV een contactpersoon voor de JGZ aan te stellen.
- Spreek af periodiek te overleggen. Hoe vaak hangt af van de lokale behoeften.
- Organiseer in overleg met PSZ en KDV inloopspreekuren op PSZ en KDV.
- Organiseer in overleg met PSZ en KDV informatieavonden over de werkwijze van de JGZ of over thema's die interessant zijn voor ouders van de doelgroep van PSZ en KDV.
- Maak afspraken over het wederzijds motiveren: JGZ motiveert ouders van kinderen die niet naar een kinderdagverblijf gaan hun kind naar een peuterspeelzaal te laten gaan en PSZ en KDV informeren bij ouders of zij contact hebben met de JGZ.
- Spreek af dat kinderen op indicatie van de JGZ met voorrang geplaatst kunnen worden op de peuterspeelzaal.
- Maak met PSZ en KDV afspraken over het doorgeven van mutaties (verhuizingen, nieuwe kinderen, vertrekkende kinderen). PSZ en KDV kunnen hiervoor bij aanmelding toestemming vragen aan ouders.

'De jeugdarts van het consultatiebureau komt eens per 2 à 3 maanden bij ons kinderdagverblijf op bezoek. Zo ontstaat er een goede relatie en kunnen vragen voorgelegd worden en als er vragen zijn vanuit het consultatiebureau kunnen wij hierop ook inspelen. Dit alles wel met medeweten van ouders/verzorgers. Het is ook fijn om te kunnen overleggen'.

'De JGZ geeft informatieavonden voor ouders op de peuterspeelzaal'.

'In onze gemeente zijn bovenstaande punten bijna allemaal al verwezenlijkt. Wat wij nog niet doen, is navragen of ouders naar de JGZ gaan, en zo niet, hen dan motiveren'.

"Er is 2 jaarlijks overleg en peuters worden ook op indicatie van de JGZ met voorrang geplaatst".

Kader 4.2 Enkele antwoorden uit de vragenlijst.

4.4.3 Samenwerking met scholen

De JGZ heeft goede contacten met scholen. Samenwerking vindt bijvoorbeeld plaats in de Zorg- en Adviesteams. Deze contacten kunnen ook gebruikt worden in het kader van het bereiken van jeugdigen.

Daarvoor is het nodig dat:

- scholen geïnformeerd zijn met wie (welke jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige) van de JGZ-organisatie zij contact op kunnen nemen wanneer zij zich zorgen maken over kinderen;
- met scholen afgesproken wordt dat zij aan het begin van het schooljaar hun leerlinglijsten naar de JGZ-organisatie sturen;
- zolang de JGZ (nog) geen toegang heeft tot gegevens in het BRON-bestand (Basis Registratie Onderwijs Nummer), wordt met scholen afgesproken dat zij alle mutaties periodiek doorgeven.

Afhankelijk van de lokale en/of regionale situatie zijn de volgende opties aan te bevelen:

- Organiseer in overleg met de school een inloopspreekuur op school.
- Vraag scholen een contactpersoon aan te wijzen met wie de JGZ kan overleggen.
- Maak afspraken over een periodiek overleg met scholen.

Een medewerker van Bureau Jeugdzorg (BJZ) belt de JGZ naar aanleiding van een melding van een buurvrouw die zich zorgen maakt over de vijfjarige Patrick. De bemoeizorgmedewerker van de JGZ en de medewerker van BJZ spreken samen de melding door. Uit het JGZ-dossier blijkt dat Patrick al drie jaar niet meer bij de JGZ geweest is. Bij navraag op de basisschool blijkt dat Patrick veel verzuimt. Na een onaangekondigd huisbezoek lukt het de bemoeizorgmedewerker in contact te komen met moeder.

Kader 4.3 De vijfjarige Patrick (uit casus uit Rots-de Vries et al., 2009).

4.4.4 Samenwerking met Bureau Jeugdzorg

Wanneer de JGZ kan volgen wat er met jeugdigen gebeurt na verwijzing naar Bureau Jeugdzorg (BJZ) draagt dit bij aan het in beeld hebben van jeugdigen door de JGZ. Ten behoeve van het ‘Standpunt Samenwerking Jeugdgezondheidszorg en Bureau Jeugdzorg’ (Pijpers et al., 2010) is de mening van zowel professionals binnen de JGZ als BJZ gevraagd over onderlinge samenwerking. Er wordt een aantal aanbevelingen gedaan die bijdragen aan het in beeld houden van jeugdigen door de JGZ:

- Investeren in het leren kennen van elkaars werkveld.
- Op landelijk niveau ontwikkelen van een digitaal overdrachtsformulier.
- Standaard terugkoppeling naar de JGZ.
- Regionale afspraken over zorgcoördinatie.
- Ontwikkelen van een methodiek voor de samenwerking als één team voor en met het gezin zodat er afstemming plaatsvindt tussen hulpverleners die zich met het gezin bezighouden (Pijpers et al., 2010).

4.4.5 Samenwerking met maatschappelijk werk

Mede op basis van de mening van de MOgroep wordt aanbevolen op organisatieniveau afspraken te maken over de samenwerking met maatschappelijk werk in het kader van het in beeld hebben en bereiken van jeugdigen. Het gaat om afspraken over:

- de wijze waarop maatschappelijk werkers contact kunnen leggen met de JGZ wanneer hun cliënt kinderen heeft;
- wanneer en hoe de JGZ en het maatschappelijk werk elkaar informeren over jeugdigen (binnen de kaders van de privacywetgeving).

4.4.6 Samenwerking met huisartsen

Huisartsen worden veelal per brief geïnformeerd wanneer ouders geen zorg meer wensen van de JGZ. De NHG geeft aan dat de huisarts als gezinsarts inzicht heeft in de achtergronden en omstandigheden van een gezin, maar niet de taken van de JGZ kan overnemen omdat een huisarts niet dezelfde werkwijze heeft als de JGZ. Wel is een aantal afspraken tussen de JGZ en huisartsen in het kader van het bereik van de JGZ op lokaal niveau wenselijk:

- Spreek af dat de JGZ indien nodig initiatief neemt met de huisarts te overleggen wanneer ouders geen zorg meer wensen van de JGZ.
- Informeer elkaar over wederzijdse bereikbaarheid.
- Maak afspraken over informatie-uitwisseling, inclusief terugkoppeling na verwijzing.

4.4.7 Samenwerking met gemeenten

JGZ-organisaties overleggen met gemeenten voor welke groepen welke extra inspanningen nodig zijn om het bereik te optimaliseren, met name daar waar het gaat om het inzetten van bemoeizorg voor gezinnen, zoals Bemoeizorg in de JGZ en Vangnet Jeugd. Hiervoor is het van belang de registratie van bereik en niet verschijnen op organisatieniveau goed op orde te hebben. Gemeenten kunnen dan in overleg met de JGZ-organisatie de keuze maken waar inzet van (extra) middelen (menskracht, tijd en geld) noodzakelijk is.

Daarnaast is het belangrijk dat JGZ-organisaties mutaties in het GBA geautomatiseerd van de gemeenten doorkrijgen. Dit is mogelijk wanneer een organisatie aansluit op een landelijk systeem. De meeste JGZ-organisaties doen dat bij implementatie van het DD JGZ.

4.5 Overige randvoorwaarden

Een aantal randvoorwaarden om een optimaal bereik te kunnen organiseren is in de voorgaande paragrafen al aan bod gekomen. Daarnaast is een aantal andere randvoorwaarden te benoemen:

Tijd

Een goede kwalitatieve uitvoering van de in dit standpunt beschreven werkprocessen vragen extra tijd van JGZ-professionals. Hoeveel extra tijd nodig is hangt af van de benodigde inspanningen om het gezin alsnog te bereiken. De benodigde tijd op organisatieniveau kan per JGZ-organisatie verschillen en is mede afhankelijk van het percentage niet verschijnen na de eerste uitnodiging voor een contactmoment.

Bemoeizorg voor gezinnen kunnen inzetten

Het is wenselijk dat alle organisaties kunnen beschikken over een vorm van bemoeizorg voor gezinnen zoals Bemoeizorg in de JGZ of Vangnet Jeugd. Daarbij maakt het niet uit of deze vorm van zorg georganiseerd wordt door de JGZ-organisatie zelf, door de GGD of door een andere zorgorganisatie. Voorwaarde is wel dat er goede samenwerkingsafspraken gemaakt worden tussen de JGZ-organisatie en de aanbieder van bemoeizorg over de aanmelding, de terugkoppeling over de voortgang en afsluiting van de bemoeizorg en de terugleiding naar de JGZ en andere hulpverleners.

Deskundigheid

JGZ-professionals moeten beschikken over goede communicatieve vaardigheden om ervoor te zorgen dat jeugdigen en hun ouders zich gehoord voelen en het gevoel krijgen met hun vragen en problemen op het gebied van opgroeien en opvoeden terecht te kunnen bij de JGZ. Voor het benaderen van probleemgezinnen moeten professionals volgens Rots-de Vries et al. (2009) beschikken over

vaardigheden om de methodieken ‘oplossingsgericht werken’ en ‘motivationale interviewen’ te kunnen toepassen. Bij oplossingsgericht werken wordt het referentiekader van de cliënt (in dit geval meestal de ouders) centraal gesteld. Ouders worden beschouwd als experts van hun eigen leven die weten welke oplossingen voor hen niet werken. Ouders worden begeleid in het zoeken naar hun eigen kracht en successen in het verleden waardoor zij in staat zijn hun situatie zelf te veranderen. De professional is hier deskundig in het begeleiden van dit proces en focust op wat er (nog) goed gaat, wat werkt en wat kan bijdragen aan de oplossing. Deze methode wordt net als motivationeel interviewen gebruikt bij de interventie Bemoeizorg in de JGZ (Rots-deVries et al., 2009).

5 Overige aanbevelingen

Naast de aanbevelingen die worden gedaan in de voorgaande hoofdstukken worden de volgende aanvullende aanbevelingen gedaan:

Registreren bereik van alle contactmomenten

Voor de IGZ moeten JGZ-organisaties de bereikcijfers over een aantal door de IGZ bepaalde contactmomenten kunnen aanleveren. Om de processen rondom het bereiken van de doelgroep goed te kunnen bewaken wordt aanbevolen alle contactmomenten te registreren.

Wat wil de doelgroep?

Ouders willen wel hulp en ondersteuning, maar willen niet als probleemgeval beschouwd worden. Vraag bij cliëntonderzoek aan ouders en jongeren hoe zij de preventieve zorg van de JGZ geregeld zouden willen hebben, waar zij behoefte aan hebben en hoe voorkomen kan worden dat ouders en jongeren het idee krijgen als probleemgeval te worden beschouwd. De uitkomst van het cliëntonderzoek geeft tevens input voor de profilering van de JGZ en andere zorgverleners in de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) naar ouders en jongeren.

Profilering opgroei- en opvoedondersteuning

Ouders en jongeren weten niet altijd waar ze met hun (opvoed)problemen en vragen naar toe kunnen. Het is wenselijk dat ouders en jongeren weten wat de JGZ en andere CJG-partners hen te bieden hebben. Onderzoek de massa mediale- en social-mediamogelijkheden voor het profileren van de JGZ en het CJG richting ouders en jeugdigen en het ondersteunen van ouders en jongeren bij het opvoeden en opgroeien.

Effectonderzoeken

Er worden door JGZ-organisaties innovaties ontwikkeld die mogelijk bijdragen aan het optimaliseren van het bereik. Onderzoek het effect van deze innovaties op het bereik van de JGZ op korte en lange termijn. Werkt de herinnering per sms? Wordt het bereik hoger wanneer ouders zelf hun afspraak kunnen inplannen? Voor welke groepen werkt dit wel en voor welke groepen werkt dit niet?

Inschatten risicofactoren

Inschatten van risicofactoren voor de jeugdige vormt een belangrijk onderdeel van de keuzes voor vervolgacties wanneer de jeugdige niet verschijnt. Het zou goed zijn als dit op eenduidige wijze met een gevalideerde methodiek gedaan zou kunnen worden. Onderzoek welke methode bruikbaar is om risico's in het opgroeien van jeugdigen op valide wijze te kunnen inschatten.

Frequente verhuizers

JGZ-organisaties in grensgebieden met het buitenland krijgen te maken met gezinnen die regelmatig naar het buurland verhuizen en weer terugkomen. De ervaring van JGZ-organisaties die hun werkgebied in grensgebieden hebben is dat sommige probleemgezinnen frequent (over de grens heen en weer) verhuizen. Jeugdigen hebben na verhuizing naar het buitenland geen recht op Nederlandse jeugdgezondheidszorg en het DD JGZ verhuist niet mee. Inventariseer hoe groot dit probleem is en wat de mogelijkheden zijn om afspraken te maken met collega organisaties in het buitenland. Wanneer het bekend is om hoeveel kinderen op jaarbasis het gaat kan bepaald worden of en hoe de overdracht van gegevens op Europees niveau geregeld wordt ten behoeve van goede zorg aan deze jeugdigen.

6 Literatuur

ActiZ., GGD-Nederland (2010) Concept Factsheet Uniforme werkwijze: geen kind uit beeld. Implementatietraject digitaal dossier Jeugdgezondheidszorg. Den Haag.

Baart, A. (2001) Een theorie van de presentie. Den Haag: Lemma BV.

Baart, A. (2004) Introductie in de presentietheorie. <http://www.presentie.nl/>.

Baart, A., Grypdocnk, M. (2008) Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Baart, A. Stekettee, M. (2003) Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present zijn in complexe situaties. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Beckers, M. (2010) (Concept) Overdracht van gegevens van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg (een multidisciplinaire practice-based richtlijn). Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

Binnenlands Bestuur (2009) Voorkomen is beter dan genezen. Binnenlands Bestuur, 1, 32-33.

Boomsma, S. Pijpers, F. (2008) Een visie op de Jeugdgezondheidszorg als Publieke Zorg voor de Jeugd. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 86, 377-380.

Boudewijnse, H.B., Lokven, E. van, Oskam, E. (2005) Nederlands Leerboek jeugdgezondheidszorg deel A. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Buchanan, A. (2006) Children aged 0-13 at risk of social exclusion: Impact of government policy in England and Wales. Children and Youth Services Review, 28 (10), 1135-1151.

CBS 2009a. (16-03-09) 10-10-09 <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7042MC&D1=390-425&D2=%28l-9%29-l&VW=T>.

CBS 2009b. (?) 04-11-2009
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/0A28851B-BF48-4EDF-A5E6-1D464E73-CD1D/0/2009-b55pub.pdf>

CBS 2010. (31-03-2010) 06-04-10
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,%28l-1%29-l&HD=100406-1553&HDR=G1&STB=T>.

Dijkstra, A., Slagter, I. (2008) Hoe denken ouders en jongeren over een Centrum voor Jeugd en Gezin in Bronckhorst? Rapportage Focusgroeponderzoek. Gemeente Bronckhorst.

Doorn, L. van, Etten, Y. van, Gademan, M. (2008) Outreachend werken. Handboek voor werkers in de eerste lijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Dorr, D.C. (2006) Presteren met processen. Procesmanagement voor dienstverlenende organisaties. Deventer: Kluwer.

Fleuren, M.A.H., de Jong, O.R.W. (2006) Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van standaarden in de jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van leven.

Franken-van der Toorn, H.E., Kroesbergen, H.T., Rinsum, A.C.W.A., van (2002) Bemoeizorg door de jeugdgezondheidszorg. GGD Nieuws, 14 (6) 18-23.

Gerwen, J. van, Beer, A. de (2009) Gezinscoach heeft succes met drang en dwang. Jeugd&Co Kennis, 3 (3) 8-17.

GGD Hollands Midden en Vierstroomzorgring (2007) (Non-)bereik bij de jeugdgezondheidszorg in Midden-Holland. Gouda.

Grol, R., Wensing, M. (2006) Implementatie, Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Heijst, A. (2003) Waar de presentietheorie allemaal goed voor is. Sociale Interventie 2, 9-18.

Hermanns, J. Öry, F. Schrijvers, G. (2005) Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Julius Centrum.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007) Indicatoren openbare gezondheidszorg basisset 2007. Den Haag.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009) De jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag.

Janssen, L. (2003) Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Jong, I., de, Boers, J. (2009) Bereik spreekuur GGD NVZB nader onderzocht. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.

Lier, E.A., van Oomen, P.J., van Oostenburg, M.W.M., Zwakhals, S.L.N., Drijfhout, I.H., Hoogh, P.A.A.M., de Melker, H.H. (2008) Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland; verslagjaar 2006-2008. Bilthoven: RIVM.

Mackenbach, J.P., Maas, P.J. van der (2008). Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

McNaughton, D.B. (2004) Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research. Public Health Nursing, 21(3) 207-219.

Merle, R., Kataoka-Yahiro, M.R., Munet-Vilaro, F. (2002) Barriers to Preventive Health Care for Young Children. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 14(2) 66-72.

MHC plus (?) (03-03-10)

http://www.mchplus.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=53&lang=nl.

Migchelbrink, F. (2007) Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Ministerie voor Jeugd en Gezin (2007) Alle kansen voor alle kinderen, programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011, Den Haag: Ministerie voor Jeugd en Gezin.

Ministerie voor Jeugd en Gezin (2009) Brief 10 juli 2009 aan De Voorzitter van de Tweede Kamer, kenmerk PG/JFB 2.913.70. Den Haag: Ministerie voor Jeugd en Gezin.

NHG (2008) Standpunt Huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG.

NJi 2009 19-09-09 en 10-02-10. Jeugdthesaurus <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/05/386.html>.

NJi 2010 (06-06-06) 10-02-10. Databank Effectieve Interventies <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=107135&recordnr=64&setembed=>.

Osté, J.P., Koster, P.P.G., Wal, M.F. van der, Verhoeff, A.P. (2008) Werkwijze Vangnet Jeugd in vijf steden. Tijdschrift JGZ, 40 (2), 30-36.

Palm, I., Langkamp, M., Brackel, M. (2008) Kansen voor alle kinderen? Deel 1 Een onderzoek naar de Jeugdgezondheidszorg van 0-4 jaar. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau van de SP.

Palm, I., Leeuwenburgh N. (2009) Kansen voor alle kinderen? Deel 2 Een onderzoek naar de Jeugdgezondheidszorg van 4-19 jaar. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau van de SP.

Pijpers, F.J.M., Beckers M.C., Lijs, W.J.G. (2010) Versterken Samenwerking Jeugdgezondheidszorg en Bureau Jeugdzorg. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

Postma, S. (2008) JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid.

Platform JGZ (2003) Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Woerden.

Reynolds, A.J. (1998) Developing early childhood programs for children and families at risk: Research-based principles to promote long-term effectiveness. Children and Youth Services Review, 20 (6), 503-523.

Rots-de Vries, M.C., Kroesbergen, H.T., Goor L.A.M. van de (2009) Bemoeizorg voor gezinnen. Handleiding voor interventie door de jeugdgezondheidszorg. Breda: GGD West-Brabant.

Rots-de Vries, M.C., Goor, L.A.M. van de, Stronks, K. Garretsen, H.F.L. (2010) Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Nog niet gepubliceerd.

Samenwerken voor de Jeugd 06-04-10. Centrum voor jeugd en Gezin. http://www.samenwerkenvoordejeugd.nl/nl/Home/Projecten/Web_Paginas_Breed-Centrum_voor_Jeugd_en_Gezin.html.

Sassen, B. (2002) Gezondheidsvoorlichting en preventie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Stichting Alexander (2008) Een bekend gezicht, Zwolse jongeren, ouders en professionals over het centrum voor Jeugd en Gezin. Gemeente Zwolle.

Unicef (2001) Verdrag inzake de rechten van het Kind. Aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 20 november 1989. Den Haag: Unicef Nederland.

Vries P., van, van der Lentsch J. (2006) Wat verwachten ouders en kinderen van een Ouder en Kindcentrum? Rapportage vraaganalyse Oké-punt. Gemeente Almere.

Wetten.overheid.nl, (2009) 18-01-09 en 11-10-09 <http://wetten.overheid.nl/>.

Weug, M. (2009) Niet verschenen, niet gezien, nietesignaleerd. Een kwalitatief onderzoek naar de 'niet verschenen zonder bericht problematiek' op het consultatiebureau in Tilburg-Noord. Tilburg: Thebe.

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005) Kinderen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zorg verlenen en werkrelatie 2009a (30-09-09) 01-11-09
http://www.zorgverlenenenwerkrelatie.nl/zw/3/News_CategoryView.aspx?id=%2fzw%2f3%2f6%2f.

Zorg verlenen en werkrelatie 2009b (30-09-09) 01-11-09
<http://www.zorgverlenenenwerkrelatie.nl/zw/4/10/1/get.aspx>.

Lijst van afkortingen

AJN	Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
BDS JGZ	Basisdataset Jeugdgezondheidszorg
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BRON (bestand)	Basis Registratie Onderwijs Nummer
BTP	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar
CB	Consultatiebureau
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DD JGZ	Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KDV	Kinderdagverblijf
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NV	Niet Verschenen
NVDA	Nederlandse vereniging voor Doktersassistenten
NVMB	Niet Verschenen Met Bericht
NVZB	Niet Verschenen Zonder Bericht
PO	Primair Onderwijs
PSZ	Peuterspeelzaal
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
SES	Sociaal Economische Status
sms	Short message service
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Voortgezet Onderwijs
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland
Wpg	Wet publieke gezondheid
ZAT	Zorg- en Adviesteam

Dankwoord

Met dank aan de werkgroep Bereik:

F. Breman, namens GGD Nederland
I. van Koppen, namens AJN
J. Kallenbach, namens GGD Nederland
F. Koudijs, namens V&VN fractie jeugd
P. Meulenberg, namens AJN
D. Oude Luttikhuis, namens NVDA, commissie jeugd
I. Plekkenpol, namens ActiZ
I. Staal, namens V&VN fractie jeugd
E. van Veen, namens GGD Nederland
D. Veenstra, namens NVDA, commissie jeugd
M. Weug, namens ActiZ

Optredend als agendalid:

J. Jawad, namens VNG (lid tot 1 maart 2010)
W. Hoddenbach, namens VNG (lid sinds 1 maart 2010)
F. van Leerdam, namens IGZ
S. Neppelenbroek, namens GGD Nederland
J. de Vries, namens ActiZ

Overige dank gaat uit naar:

F. Pijpers van RIVM/Centrum Jeugdgezondheid voor zijn bijdrage aan de documentenanalyse.

Bijlage 1 Het probleem non-bereik

Voor een eerste oriëntatie op het probleem ‘geen 100 % bereik van de JGZ’ is de formule van Migchelbrink (2007) gebruikt wat heeft geleid tot de hoofdvraag en deelvragen voor de probleemanalyse:

Hoofdvraag probleemanalyse

Wat is er in de literatuur bekend over kinderen, jongeren en hun ouders die niet of moeilijk worden bereikt, in het bijzonder door de JGZ, en de eventuele problemen die dat oplevert voor deze jeugdigen.

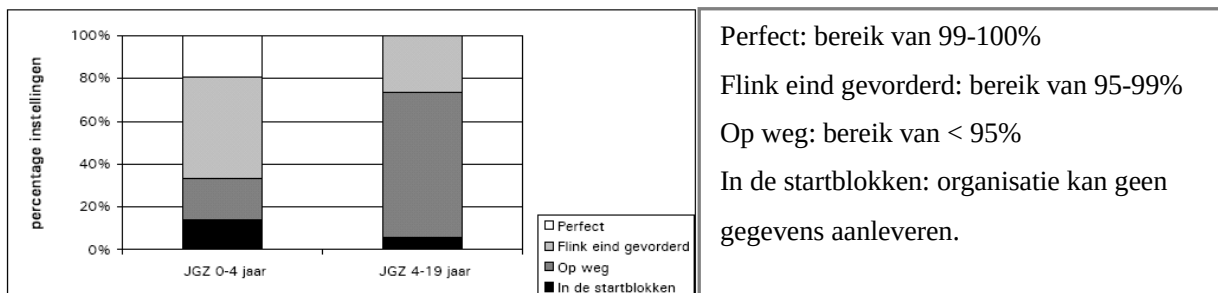
Deelvragen probleemanalyse

- 1) Wie zijn betrokken bij het probleem?
- 2) Wat is het perspectief van de betrokkenen op het probleem?
- 3) Welke groep is volgens de literatuur onzichtbaar voor de JGZ of heeft geen belangstelling?
- 4) Is er in de literatuur bekend waarom het non-bereik van de JGZ een probleem is en wat de gevolgen zijn?

Het doel van de probleemanalyse is het probleem ‘geen 100 % bereik van de JGZ’ nader te definiëren en de juiste vraagstellingen en doelstellingen voor het onderzoek naar de best haalbare en meest effectieve oplossingsrichting(en) te kunnen vaststellen. De probleemanalyse is gebaseerd op informatie verkregen van de betrokkenen bij het probleem, uit de literatuur, uit beleidsstukken en uit onderzoeken.

B1.1 Inleiding op het probleem

De JGZ streeft naar een bereik van 100 %. Hoewel het bereik van de JGZ hoog is en JGZ-organisaties zich daarvoor inspannen wordt 100 % nu niet gehaald (CBS, 2009a; IGZ 2009). De IGZ heeft het bereik van 0-1-, 3-, 5- en 13-14-jarigen door JGZ-organisaties onderzocht.



Figuur B1.1 Bereik JGZ 0-4 jaar en 4-19 jaar (IGZ, 2009).

Het blijkt dat gemiddeld genomen 90,5 % van alle JGZ-organisaties (81 % JGZ 0-4 en 100 % JGZ 4-19) een bereik van minder dan 99-100 % heeft en bijna de helft van de organisaties onder de 95 % bereik zit. Ook blijkt (JGZ 4-19) tot 15 % (JGZ 0-4) van de JGZ-organisaties niet in staat te zijn gegevens over hun bereik aan te leveren (IGZ, 2009). Uit de cijfers van het CBS en de IGZ blijkt tevens dat de percentages kinderen en ouders die de JGZ bereikt afnemen naarmate kinderen ouder worden. Wordt in het eerste levensjaar vrijwel ieder kind bereikt door de JGZ, daarna zakt het percentage tot gemiddeld 80,6 % op 4-jarige leeftijd (CBS, 2009a). Hierdoor is een groep jeugdigen in Nederland niet in beeld bij de JGZ.

B1.2 Jeugd in Nederland

In 2009 zijn er in Nederland bijna vier miljoen jeugdigen tussen de 0-20 jaar (CBS, 2010). Bekend is dat het met het grootste deel daarvan goed gaat. Er is echter ook een groep waarbij dat niet het geval is. Uit onderzoek blijkt dat 2-5 % van hen te maken heeft met een opstapeling van problemen waardoor hun ontwikkeling ernstig wordt bedreigd. Daarnaast zijn er kinderen met één ernstig probleem. Afhankelijk van de leeftijd en het soort probleem varieert het percentage tussen de 5 en 15. In absolute cijfers betekent dit bijna tweehonderduizend tot bijna zeshonderdduizend kinderen. De genoemde percentages zijn gemiddelden; in bepaalde leeftijdsgroepen en bij kinderen in grote steden en bij allochtone kinderen kunnen ze afwijken (Hermans et al., 2005; Zeijl et al., 2005). Het hebben van ouders met een laag inkomen en/of lage opleiding en/of niet westerse achtergrond vergroot de kans op problemen vele malen. Andere determinanten die het risico op latere problemen vergroten zijn het wonen in verarmde grote stadswijken, het bezoeken van scholen met veel risicoleerlingen en het niet beschikbaar of bereikbaar zijn van voorschoolse educatie (Hermans et al., 2005).

B1.3 Het perspectief van de betrokkenen

In deze paragraaf wordt het probleem ‘geen 100 % bereik; niet alle kinderen in beeld bij de JGZ’ beschreven vanuit de perspectieven van betrokken partijen. Behalve uit de literatuur, onderzoeken en beleidsdocumenten is voor deze beschrijving rechtstreeks aan de betrokkenen zelf gevraagd of en waarom ‘geen 100 % bereik’ een probleem is. Waar geen duidelijke bronreferentie is aangegeven komt de informatie van de respondent van betrokken partij.

Perspectief van jeugdigen en hun ouders

Veel ouders kennen de JGZ als het Consultatiebureau of de GGD, waar je als vanzelfsprekend naar toe gaat en toch komt niet iedere ouder. Uit onderzoek van een JGZ-organisatie onder ouders van kinderen die geregistreerd stonden als niet verschenen na uitgenodigd te zijn voor een contactmoment, bleken er verschillende redenen voor het niet verschijnen genoemd te worden door ouders. De top 3 was: (1) het vergeten van de afspraak, wat ouders erg vervelend vonden, (2) het geen uitnodiging hebben ontvangen en (3) onvoorziene omstandigheden, zoals een ziek kind. Het onderzoek maakte duidelijk dat bijna alle ouders de onderzoeken van hun kind bij de JGZ wel belangrijk vinden. Daarnaast bleek dat ouders met een hoog opleidingsniveau minder positief zijn over de JGZ dan ouders met een middelbaar of laag opleidingsniveau, maar dat dit geen reden is om niet te verschijnen (De Jong & Boers, 2009). Ook in een ander onderzoek waarin aan ouders is gevraagd naar de reden van het niet verschijnen zonder bericht na een uitnodiging van de JGZ gaven ouders aan de afspraak vergeten te zijn of het zo druk te hebben dat de afspraak er bij in schoot. Voor sommige allochtone ouders bleek de taalbarrière het probleem. Ze vinden het lastig om telefonisch een nieuwe afspraak te maken en bezitten niet altijd een agenda (Weug, 2009).

In het kader van de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin hebben verschillende gemeenten onderzoek laten uitvoeren naar behoeften, drempels en ervaringen van ouders en jongeren met hulpverlening op het gebied van opgroeien en opvoeden. Een aantal zaken wordt door ouders en jongeren in alle drie de kwalitatieve onderzoeken (Dijkstra & Slagter, 2008; Stichting Alexander, 2008; Van Vries & Van der Lentsch, 2006) genoemd:

- Er is behoefte aan een laagdrempelig inlooppunt waar je terecht kunt met kleine en grote vragen. Dit punt moet gratis, goed bereikbaar (fysiek, telefoon, e-mail) en flexibel open zijn.
- Het is voor ouderen en jongeren onduidelijk waar ze met hun problemen naartoe kunnen. Als ze het dan toch gevonden hebben is er een wachtlijst, hoewel dit niet geldt voor de JGZ.
- Ouders en jongeren hebben behoefte aan respect en vertrouwelijkheid van hulpverleners; ze willen zo geholpen worden dat ze zelf de regie in handen houden.
- Ouders en jongeren vinden het lastig om te erkennen dat ze een probleem hebben. Ouders willen niet falen als ouder en willen niet dat hun kind het etiket ‘probleemgeval’ krijgt of zijn bang hun

kind kwijt te raken. Ze proberen daarom een probleem zo lang mogelijk zelf op te lossen of zoeken steun bij familie of vrienden.

- Er wordt slecht geluisterd door hulpverleners en een probleem wordt vaak gebagatelliseerd; ouders en jongeren voelen zich daardoor niet serieus genomen en voelen zich niet erkend in hun probleem.

Uit onderzoek in Engeland blijkt dat er verschillende redenen zijn waarom ouders geen gebruikmaken van hulpverlening. Ze denken dat het niet voor hen bedoeld is, weten niet welke kansen het hen kan bieden, vinden de zorg ongeschikt, niet toegankelijk en associëren het met stigmatisering (Buchanan, 2006).

Volgens de respondent van Ouders Online ervaren ouders 'geen 100 % bereik door de JGZ' niet als een probleem. Integendeel: door de aandacht die uitgaat naar het signaleren van risicogroepen dreigen sommige ouders af te haken. Ouders willen graag met hun behoefte aan ondersteuning bij alledaagse problemen terecht kunnen bij de JGZ, maar krijgen het gevoel dat daar geen aandacht meer voor is. Deze ouders zijn vooral huiverig voor de vragenlijsten die psychosociale problemen opsporen en waarvan de uitslag wordt geregistreerd in het dossier van hun kind. Ouders vinden een preventief onderzoek door de JGZ prima, maar willen graag dat onderzocht wordt of hun kind zich goed ontwikkelt, niet dat hun kind wordt beschouwd als probleemgeval (respondent van Ouders Online, 2009).

Ouders met ernstige problemen zijn door hun negatieve ervaringen met eerdere hulpverlening vaak zeer terughoudend. Zij ervaren dat hun signalen (die vaak niet helder zijn) onvoldoende serieus genomen worden, omdat hulpverleners duidelijke hulpvragen verwachten. Volgens Baart en Steketee (2003) is het daarom, zeker vanuit een zorginstelling, moeilijk om in contact te komen met gezinnen die ernstige problemen hebben.

Perspectief van JGZ-professionals

In het kader van de uitvoering van het basistakenpakket JGZ (BTP) ervaren JGZ-professionals (jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en assistenten werkzaam in de JGZ) non-bereik als een probleem, omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor het longitudinaal monitoren (systematisch volgen en registreren) van alle kinderen in hun werkgebied. JGZ-professionals zijn erg gemotiveerd om ouders en jeugdigen te ondersteunen en hebben graag een beeld van de gezinssituatie. Ze hechten belang aan het kunnen inschatten van de mogelijke risico's die kunnen spelen bij kinderen of jongeren. Uit een enquête onder jeugdartsen blijkt 49 % van de respondenten er aan te twifelen en 46 % zeker te weten niet alle risicokinderen goed in beeld te hebben. Ruim 85 % vindt dat ze kinderen niet de zorg kunnen bieden die ze nodig vinden en een derde geeft aan risicokinderen onvoldoende te zien. Daarbij zijn de respondenten van mening dat de zorg voor risicokinderen niet ten koste mag gaan van de zorg voor kinderen waar het goed mee gaat (Palm et al., 2008; Palm & Leeuwenburgh, 2009). JGZ-professionals zouden willen dat er verschil wordt gemaakt tussen risicokinderen en niet-risicokinderen, wier ouders misschien niet naar alle contactmomenten komen, maar waarmee afspraken gemaakt kunnen worden. Het is nodig om bij ouders die kiezen voor alternatieve zorg jaarlijks te informeren of hun kind nog steeds zorg krijgt. De ervaring van JGZ-professionals is dat het bereik afneemt naarmate kinderen ouder worden, wat ondersteund wordt door de cijfers van het CBS en de IGZ (CBS, 2009a; IGZ, 2009). Volgens JGZ-professionals is dat vooral een probleem wanneer kinderen niet op school zitten. Ook is de ervaring dat gegevens op leerlingenlijsten en in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) niet altijd kloppen. Wanneer een kind halverwege een schooljaar verhuist of een groep overslaat bestaat de kans dat het kind niet gezien wordt. JGZ-professionals opperen dat het daarom wellicht wenselijk zou zijn om kinderen per geboortjaar of per postcode uit te nodigen, mits dat in heel Nederland gebeurt en er een andere oplossing wordt gezocht om het contact met de scholen te behouden. Daarnaast is er nog

een groep kinderen die in tehuizen verblijft die niet deelneemt aan de reguliere contactmomenten, maar deze kinderen krijgen wel zorg van artsen in de betreffende tehuizen.

In een kwalitatief onderzoek noemen professionals van een JGZ-organisatie een aantal redenen voor het niet verschijnen van ouders zonder berichtgeving. Genoemd wordt: 'het niet gemotiveerd zijn van ouders' (onverschilligheid ten aanzien van de afspraak en het belang van het preventieve onderzoek niet inzien), 'behoren tot een risicogroep' en 'ontbreken van de juiste adresgegevens' (Weug, 2009).

Perspectief van JGZ-organisaties

'Alle kinderen en jongeren hebben recht op een gezonde ontwikkeling', 'het is de afdeling JGZ die eraan meewerkt dat kinderen tussen de 0 en 19 jaar gezond blijven, goed groeien en zich goed ontwikkelen', 'samen met u begeleiden de medewerkers van het consultatiebureau uw kind bij de groei en ontwikkeling tijdens deze eerste jaren', 'de afdeling JGZ draagt op verschillende manieren bij aan de lichamelijke en psychosociale gezondheid van kinderen en jongeren in de regio'.

Bovenstaande is een greep uit de informatie die verschillende (willekeurige) JGZ-organisaties op hun website geven over hun dienstverlening. Organisaties willen deze beloften waar maken door het volgen van de fysieke, cognitieve, sociale en psychische gezondheid en ontwikkeling van jeugdigen, het signaleren van stoornissen en het tijdig aanbieden van interventies. Dat is één reden waarom zij een optimaal bereik belangrijk vinden. Een andere reden is de opdracht die JGZ-organisaties hebben gekregen van de gemeenten in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Wanneer zij niet alle kinderen bereiken kunnen zij hun verplichting naar gemeenten onvoldoende nakomen. Organisaties spannen zich in om de (nog) niet bereikte groep te bereiken en hebben daarvoor een protocol non-bereik.

De wijze waarop de JGZ jeugdigen en hun ouders uitnodigt is afhankelijk van de leeftijd van het kind. JGZ-organisaties roepen kinderen in de leeftijd 0-4 jaar op per leeftijdscohort, aan de hand van GBA-gegevens. In de schoolleeftijd roepen veel JGZ-organisaties kinderen op per klas, op basis van de leerlingenlijsten van de school. Wanneer een kind geen school bezoekt ontvangen ouders geen uitnodiging. Deze kinderen vallen buiten het beeld van de JGZ. Jongeren in het voortgezet onderwijs gaan vaak naar een school buiten het werkgebied van de JGZ-organisaties waar zij wonen en basisonderwijs gevolgd hebben. Het is voor JGZ-organisaties niet altijd duidelijk welke organisatie dan verantwoordelijk is voor de zorg. Uit onderzoeken uitgevoerd in verschillende JGZ-organisaties blijkt dat er niet eenduidig geregistreerd wordt of dat er alleen onderscheid wordt gemaakt tussen verschenen zijn met of zonder bericht. Oorzaak hiervan is vooral dat er geen goede, algemeen geaccepteerde, definiëring bestaat voor de begrippen 'bereik', 'in zorg', en 'uit zorg' (GGD HM en Vierstroom, 2007; Weug, 2009).

Perspectief van gemeenten

Vanuit de Wpg hebben gemeenten de regie over de jeugdgezondheidszorg. Gemeenten moeten zorg dragen voor *'het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren'* en andere taken, zoals het uitvoeren van screenings (bijvoorbeeld de hiehprik voor pasgeborenen), vaccinaties volgens het RVP en het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding. Voor het uitvoeren van deze taken mogen gemeenten JGZ-organisaties inschakelen (wetten.overheid.nl, 2009). Gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor de regie en realisatie van de Centra voor Jeugd en Gezin (laagdrempelig inlooppunt waar ouders en jongeren hulp kunnen krijgen, zoals jeugdgezondheidszorg en opvoedondersteuning) (Samenwerken voor de jeugd.nl, 2010).

Op tijd preventieve maatregelen nemen voorkomt het nemen van dure maatregelen wanneer de problemen uit de hand lopen. Volgens Pilon (in Binnenlands Bestuur, 2009) staat het huidige financiële beleid, waarbij de preventieve zorg van de JGZ wordt gefinancierd via de gemeenten terwijl jeugdzorg wordt gefinancierd via de provincies, een krachtige impuls voor preventie in de weg. De gemeente investeert in preventie en zorgt daarmee voor een beperking van rijks- en provinciaal gefinancierde zorg waardoor zijzelf niet financieel profiteert van deze investering. Wanneer de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg wordt overgeheveld naar gemeenten, kunnen zij meer preventieve zorg inkopen waardoor minder dure jeugdzorg nodig is en wachtlijsten in de jeugdzorg afnemen (Binnenlands Bestuur, 2009). Mogelijk zou dit gemeenten prikkelen om (extra) te investeren in de inspanningen van de JGZ om hun bereik te optimaliseren.

Perspectief van het ministerie voor Jeugd en Gezin

De minister voor Jeugd en Gezin is verantwoordelijk voor het jeugdbeleid in Nederland. De ambitie is dat 'kinderen gezond en veilig kunnen opgroeien' en 'alle kinderen alle kansen krijgen'. In het beleidsprogramma 'Alle kansen voor alle kinderen, het programma 2007-2011' wordt dat in drie beleidslijnen uiteengezet: (1) het gezin een belangrijke positie toekennen in de opvoeding, (2) preventief werken door problemen eerder op te sporen en aan te pakken en (3) de vrijblijvendheid voorbij als het gaat om kinderen die problemen hebben of geven (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2007). Zo nodig moet de zorg naar ouders toekomen. Opvoedingsondersteuning moet bereikbaar worden voor alle gezinnen. Dat is vooral van belang voor kinderen met ontwikkelingsachterstanden of opgroei problemen en ouders met opvoedproblemen. Op deze punten levert de JGZ een bijdrage aan het slagen van het programma, mits gezinnen en jongeren daadwerkelijk bereikt worden.

Voor de omslag naar preventie is gekozen omdat een voorspoedige ontwikkeling in de eerste vier levensjaren de beste preventie is tegen veel problemen op latere leeftijd (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2007). Dit blijkt uit verschillende onderzoeken (Buchanan, 2006; Hermans et al., 2005; Reynolds, 1998). Om deze omslag naar preventie mogelijk te maken wil de minister dat het jeugdbeleid alle kinderen en ouders, ongeacht culturele achtergrond, even goed bereikt. Het bereik van adolescenten is voor het ministerie een speciaal punt van aandacht, omdat het onduidelijk is wat het bereik van de JGZ bij jongeren is terwijl de JGZ ook voor deze groep een belangrijke bijdrage aan gezond opgroeien kan leveren. Het gaat vooral om het signaleren van emotionele problemen en om aandacht voor leefstijlonderwerpen. Omdat het zwaartepunt van de JGZ nu op de zorg voor kinderen tot 4 jaar ligt is er bij de JGZ relatief weinig opgroei- en opvoedondersteuning voor (ouders van) jongeren beschikbaar. De minister heeft aangegeven het aan gemeenten over te laten om te bepalen hoe zij jeugdigen willen bereiken en of zij bijvoorbeeld een contactmoment voor 15-16-jarigen willen inzetten (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2009).

Vanuit preventiedoelen heeft het ministerie belang bij een hoog bereik van de JGZ, omdat vroegtijdig opsporen van opgroei problemen tijdig inzetten van hulp mogelijk maakt. Wanneer hiermee problemen op latere leeftijd voorkomen worden levert dit naast een betere gezondheid en welzijn van de bevolking tevens een toekomstige kostenbesparing op, omdat het de inzet van curatieve zorg kan beperken of voorkomen. Een hoog bereik bevordert ook een hoge vaccinatiegraad voor de vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) wat bijdraagt aan de bescherming van de gehele bevolking tegen uitbraken van infectieziekten. Om deze groepsimmunitet te bewerkstelligen moeten kinderen volgens de richtlijnen van het RVP tijdig en volledig gevaccineerd worden. Hiervoor is aandacht en gezamenlijke inspanning van betrokken partijen essentieel (Van Lier et al., 2008).

Perspectief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Bereik is één van de JGZ-indicatoren van de IGZ (IGZ, 2007). De IGZ hanteert de norm dat de JGZ alle kinderen moet zien om opgroei- en opvoedproblemen tijdig te kunnen signaleren en te interveniëren. Wanneer dit niet lukt krijgen kinderen, jongeren en hun ouders niet de zorg waar zij wettelijk recht op hebben (IGZ, 2009). Volgens de IGZ is dat een probleem, omdat daarmee een veilige ontwikkeling van de groep kinderen die niet bereikt wordt niet gewaarborgd kan worden. Dat geldt vooral voor kinderen die in een kwetsbare situatie zitten met ouders die (om diverse redenen) geen gebruikmaken van de JGZ of andere zorgvoorzieningen. De IGZ vermoedt dat in de groep die niet bereikt wordt meer problemen voorkomen dan in de wel bereikte groep. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot verkeerde beleidskeuzen, omdat beleid mede gemaakt wordt naar aanleiding van epidemiologische gegevens van de kinderen die gezien worden door de JGZ. Daarnaast merkt de IGZ dat JGZ-organisaties niet altijd weten welke kinderen ze niet bereikt. Dat speelt volgens de IGZ vooral bij kinderen die in een andere regio naar het CB of naar school gaan dan de regio waarin ze woonachtig zijn en bij kinderen die niet naar school gaan. Daarom wil de IGZ graag dat JGZ-organisaties sluitende afspraken maken over wie wanneer verantwoordelijk is voor welk kind en hoe de zorg geregistreerd wordt. Het is niet eenduidig of een kind dat in een naburig gebied naar het CB of school gaat nu geregistreerd is bij de JGZ-organisatie van de woonplaats of die van het gebied waar het kind naar school gaat. Daardoor kan de IGZ niet bepalen welke organisatie de processen goed op orde heeft en welke niet. Hierdoor kan de IGZ geen overzicht krijgen waar bereik in Nederland een probleem is en kan daar dus ook niet over adviseren aan gemeenten of landelijke overheid om verbeteringen teweeg te brengen. Daarnaast is het bij een calamiteit voor de IGZ moeilijk om te achterhalen of een kind niet is bereikt, omdat de individuele medewerker onvoldoende zijn/haar best heeft gedaan of omdat de organisatie niet goed heeft afgesproken met naburige organisaties wie ervoor verantwoordelijk is het kind uit te nodigen.

Conclusies ten aanzien van de perspectieven van betrokkenen

Alle professionele betrokkenen vinden het belangrijk dat alle jeugdigen worden bereikt door de JGZ zodat deze haar preventieve taken kan uitvoeren en jeugdigen de kans krijgen gezond en veilig op te groeien. Ook ouders hechten hier belang aan en hebben behoefte aan laagdrempelige ondersteuning bij de opvoeding. Geconcludeerd kan worden dat de belangen van ouders en professionele betrokkenen op management-, uitvoerend en bestuursniveau in elkaars verlengde liggen.

Een aantal zaken valt op:

- Alle professionele betrokkenen hechten belang aan het volgen van de ontwikkeling van jeugdigen. Ouders vinden het prima dat onderzocht wordt of hun kind zich goed ontwikkelt. Deze consensus is vanuit de doelstelling van de JGZ goed te begrijpen.
- Ouders hebben behoefte aan ondersteuning door de JGZ, vinden onderzoek naar de ontwikkeling van hun kind prima, maar willen niet als probleemgeval benaderd worden. Ook willen ouders dat professionals goed luisteren en hun problemen serieus nemen. Vanuit de presentietheorie is deze reactie van ouders verklaarbaar, omdat de theorie aangeeft dat aansluiting bij de leefwereld en een aandachtige benadering van degene die hulp nodig heeft belangrijker is dan de jacht naar problemen.
- In het beleid van het ministerie krijgen ouders en hun sociale omgeving een centrale rol, is preventie noodzakelijk en moeten professionals ingrijpen wanneer het kind bedreigd wordt in zijn ontwikkeling.
- De IGZ hecht belang aan eenduidige afspraken over welke JGZ-organisatie welk kind in zorg heeft.
- Het is tot nu toe niet mogelijk gebleken non-bereik in Nederland eenduidig te registreren als gevolg van het ontbreken van eenduidige definities van begrippen als ‘non-bereik’, ‘in zorg’ en ‘uit zorg’.

B1.4 Wie worden er niet bereikt?

In de groep die nu niet bereikt wordt zijn verschillende groepen te onderscheiden: ouders die voor alternatieve zorg kiezen (en het daardoor niet nodig vinden de JGZ te bezoeken), ouders die niet naar de JGZ gaan (omdat zij uit teleurstelling zijn afgehaakt of JGZ voor hun kind niet nodig vinden) en ouders die er niet aan toe komen naar de JGZ te gaan (omdat dagelijkse en/of ernstige problemen hun aandacht opslokken). De inspectie vermoedt dat het juist de risicogezinnen zijn die de JGZ niet bereikt (IGZ, 2009). Ook de JGZ zelf heeft de ervaring dat risico- of probleemgezinnen moeizaam of niet bereikt worden en dat het bereik afneemt na het vierde levensjaar. Twee samenwerkende JGZ-organisaties hebben in 2007 onderzoek gedaan naar het (non-)bereik in hun werkgebied. Een deel van de ouders die niet verschijnen geeft aan geen gebruik te maken van de diensten van de JGZ-organisaties omdat zij daar geen behoefte aan hebben of omdat zij in zorg zijn bij een specialist of bij een antroposofisch CB. Deze kinderen worden geregistreerd als 'uit zorg'. Bij kinderen in de schoolleeftijd blijkt 2,7 %-4,1 % van de niet bereikte kinderen niet in dezelfde GGD-regio naar school te gaan als de GGD-regio waar ze woonachtig zijn. Onduidelijk is of deze kinderen wel bereikt worden door een andere GGD. Van gemiddeld 1,1 % van de kinderen is het onduidelijk waarom ze niet bereikt worden. Wanneer ouders niet verschijnen zonder bericht en niet bekend is dat ouders kiezen voor alternatieve zorg wordt extra actie ondernomen met als doel zicht krijgen op de omstandigheden van het kind en ouders te motiveren de JGZ te bezoeken. Uit het onderzoek is niet duidelijk geworden of het hier vooral gaat om kinderen uit risicogezinnen (GGD Hollands Midden en Vierstroom, 2007).

Weug (2009) concludeert op basis van zijn kwalitatieve onderzoek dat er verband bestaat tussen herhaaldelijk niet verschijnen zonder bericht en risicokinderen of -gezinnen waarbij het niet verschijnen onderdeel kan uitmaken van problemen binnen het gezin (Weug, 2009).

B1.5 De gevolgen

Wanneer het bereiken van de doelgroep door de JGZ niet verbetert, krijgen niet alle kinderen, jongeren en hun ouders de ondersteuning en hulp waar zij wettelijk recht op hebben en die zij mogelijk nodig hebben (IGZ, 2009). Bovendien hebben kinderen op basis van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind recht op een zo goed mogelijke gezondheid en gezondheidszorg (Unicef, 2001). Een cumulatieve van risicofactoren, zoals niet bereikt worden door hulpverlening, werkloosheid en sociaal isolement, zorgt voor problemen in een gezin (Baart & Steketee, 2003; Hermans et al., 2005). Onder verwijzing naar dit verdrag stellen Hermans et al. (2005) dat jeugdigen recht hebben op vroegtijdige signalering van problemen en interventies om schade te voorkomen of te beperken. Ook Boomsma en Pijpers (2008) betogen onder verwijzing naar het verdrag dat kinderen recht hebben op een gezonde groei en ontwikkeling.

Er worden kansen gemist wanneer problemen niet vroegtijdig gesignaleerd worden en niet vroegtijdig hulp geboden wordt. Naast nadelige gevolgen voor het welzijn en de gezondheid van jeugdigen heeft dit ook financiële gevolgen op de langere termijn. Niet investeren in preventie zorgt voor hogere kosten later, wanneer er (gezondheids)problemen zijn ontstaan (Binnenlands Bestuur, 2009). Vroegtijdig ingrijpen is beter voor het welzijn van kinderen en kosteneffectiever, omdat interventies op jonge leeftijd beter resultaat hebben. Uit onderzoek blijkt dat interventies bij adolescenten met ernstig probleemgedrag en/of crimineel gedrag beperkt succes hebben. Door vroeg hulp te bieden kan een negatieve spiraal van emotionele en gedragsproblemen naar bijvoorbeeld problematische sociale relaties op volwassen leeftijd voorkomen worden. Vroegtijdige opvoedondersteuning vermindert de kans op geweld en verwaarlozing van kinderen (Hermans et al., 2005).

Ten slotte kunnen JGZ-organisaties en gemeenten hun wettelijke taken conform de Wet publieke gezondheid (Wpg) niet nakomen en kan het ministerie zijn ambities in het beleidsprogramma niet waarmaken.

B1.6 Probleemdefiniëring

Gebaseerd op het voorgaande kan geconcludeerd worden dat de JGZ niet alle jeugdigen in Nederland even goed bereikt. Dat geldt in het bijzonder voor kinderen die opgroeien in probleemgezinnen. Hierdoor is het niet mogelijk de gezondheid en ontwikkeling van deze kinderen te volgen, vroegtijdig gezondheidsbedreigingen te signaleren en tijdig hulp te bieden. Deze kinderen hebben minder kansen om gezond en in een veilige omgeving op te groeien dan de kinderen die wel de preventieve zorg van de JGZ krijgen. Omdat deze situatie niet wenselijk is spannen JGZ-organisaties zich in om alle jeugdigen in hun werkgebied te bereiken. Dat dit niet altijd succesvol is blijkt uit de cijfers van de IGZ. Gelet op de probleemanalyse kan daarvoor een aantal oorzaken genoemd worden:

- Er zijn ouders die niet kiezen voor de zorg van de JGZ omdat:
 - o hun kind elders zorg krijgt;
 - o zij geen behoefte hebben aan de JGZ-zorgverlening voor hun kind.
- Er zijn ouders die er niet aan toe komen om naar de JGZ te gaan omdat grote problemen op verschillende levensgebieden prioriteit krijgen.
- Sommige jeugdigen zijn niet bekend bij de JGZ. Dat komt omdat zij niet in de GBA staan of omdat schoollijsten niet kloppen. Deze jeugdigen worden dientengevolge niet uitgenodigd.
- Niet van alle jeugdigen is even duidelijk welke JGZ-organisatie verantwoordelijk is voor de zorg.
- Non-bereik wordt niet eenduidig geregistreerd doordat er geen eenduidige definitie is van de begrippen ‘in beeld’, ‘bereik’, ‘in zorg’, en ‘uit zorg’.

Om het doel van dit standpunt (zie de inleiding) te kunnen realiseren is **de vraag**

‘Hoe kunnen JGZ-organisaties hun processen rondom het bereiken van hun doelgroep zo inrichten dat alle jeugdigen in Nederland bereikt worden?’

Aan de hand van verschillende deelvragen uitgewerkt.

Deelvraag met betrekking tot eenduidige definiëring

Voor welke definities van de begrippen ‘bereik’, ‘in beeld’, ‘in zorg’, ‘uit zorg’, ‘NVMB’ (Niet Verschenen Met Bericht) en ‘NVZB’ (Niet Verschenen Zonder Bericht) bestaat er binnen de JGZ consensus?

Deelvragen met betrekking tot de huidige praktijk

1. Hoe hebben JGZ-organisaties op dit moment hun processen ingericht om moeilijk te bereiken jeugdigen te bereiken?
 - a. In welke mate komen de processen van verschillende JGZ-organisaties overeen?
 - b. In welke mate worden dezelfde acties ingezet in de processtappen?
 - c. Welke succesfactoren en knelpunten benoemen organisaties?
 - d. Kan outreachende zorg zoals Bemoeizorg in de JGZ of Vangnet Jeugd bijdragen aan het bereiken van moeilijk bereikbare jeugdigen in risicosituaties?

Deelvragen met betrekking tot oplossingsrichtingen

1. Hoe kan gerealiseerd worden dat minder jeugdigen en hun ouders niet verschijnen?
 2. Hoe ziet het best haalbare proces eruit dat naar verwachting effectief is om jeugdigen en hun ouders die niet verschijnen alsnog te bereiken?
 - a. Wat zijn de meest logische stappen die JGZ-professionals binnen het proces moeten uitvoeren?
 - b. In welke volgorde moeten zij deze stappen uitvoeren?
 3. Welke voorwaarden zijn noodzakelijk om dit proces te effectueren?
- Met welke ketenpartners in en buiten het Centrum voor Jeugd en Gezin en op welke wijze kan de JGZ samenwerken om alle kinderen in beeld te hebben en te houden?

Bijlage 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden twee theorieën beschreven en de toepassing in de JGZ toegelicht. Eerst wordt de presentietheorie beschreven waarvoor is gekozen, omdat volgens Baart en Steketee (2003) deze theorie kan verklaren waarom sommige gezinnen moeilijk bereikt worden door hulpverleners. Daarnaast wordt de presentietheorie in de literatuur, de praktijk en door de minister in samenhang met de JGZ genoemd:

- Boomsma en Pijpers (2008) betogen dat presentie in de JGZ heel goed beoefend kan worden dankzij de microrelatie die de JGZ-professional heeft met het kind en ouders vanuit de manier waarop de relatie vorm wordt gegeven en de wederkerigheid in deze relatie. Presentie is bepalend voor de optimale mix tussen het toepassen van regels en het juist ontregelen om tijd en ruimte vrij te maken voor de menselijke maat.
- Een JGZ-organisatie is bezig met een pilot 'JGZ en presentie'. Hun doel is een nieuwe invulling te geven aan vraaggestuurd werken door beter aan te sluiten op de behoeften van kwetsbare gezinnen, professionals de ruimte te geven transparant af te wijken van protocollen en beter samen te werken met andere partners in het jeugdbeleid (zorgverlenenenwerkrelatie.nl, 2009a; projectleider betreffende organisatie, 2009).
- Minister Rouvoet, de minister van Jeugd en Gezin, refereert in zijn toespraak op een Europees congres in 2009 met als thema 'Youth Healthcare in Europe' aan de toepassing van de presentietheorie in de JGZ en zegt outreachend werken aan te moedigen. (zorgverlenenenwerkrelatie.nl, 2009b).

Naast de presentietheorie wordt in paragraaf 3.2 de preventietheorie beschreven, omdat preventie de core business is van de JGZ en verschillende aspecten van preventie zichtbaar zijn in de werkwijze van JGZ. De noodzaak van een hoog bereik wordt hierdoor duidelijk.

B2.1 Presentietheorie

De presentietheorie is ontwikkeld door Andries Baart op basis van zijn onderzoek naar de praktijk van pastores in achterstandsbuurtten (Baart, 2001; Baart 2004; Baart & Grypdonck, 2008). De presentietheorie gaat over het optreden van beroepskrachten met aandacht voor en aansluiting bij degenen die met (sociale) problemen te maken hebben en richt zich vooral op wat men feitelijk doet en niet op wat men pretendeert te doen. Presentie wordt als volgt gedefinieerd (Baart & Grypdonck, 2008, p. 22):

"Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft en met hem interageert, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met een gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, praktische wijsheid, en liefdevolle trouw"

De basis voor de presentiebenadering is de blootstelling aan de leefwereld van de ander waarbij de presentiebeoefenaar verschillende stadia doorloopt: uitstellen van de oordeelsvorming, ruimte maken voor het vreemde, toelaten van de ander en toewijding aan de ander (Baart 2001). Volgens Heijst (2003) is de theorie te transponeren naar de zorgsector en andere mensgerichte beroepsvelden.

Enkele methodische kenmerken van de presentiebenadering (Baart & Steketeer, 2003; Baart & Grypdonck, 2008):

- **Beweging, plaats en tijd:** de beroepskracht gaat naar de ander toe in plaats van omgekeerd, volgt de ander, heeft geen haast, er is sprake van langdurig contact.
- **Ruimte en begrenzing:** integralisme, domeinoverschrijding, de beroepskracht is aanspreekbaar op meerdere type problemen, is gespecialiseerd in het ongespecialiseerde.
- **Aansluiting:** er wordt aangesloten bij de leefwereld en levensloop van betrokkenen, gesproken in alledaagse taal waarbij de jacht op problemen niet voorop staat.
- **Zich afstemmen en openstaan:** het welzijn van de ander centraal zetten. Doelen liggen niet vast. Er is alleen een doelrichting.

Vanuit de presentietheorie analyseren Baart en Steketeer (2003) waarom het zeker vanuit een zorginstelling moeilijk is om in contact te komen met gezinnen die ernstige problemen hebben. Zij onderscheiden vijf typen mismatches als redenen waarom het vaak misgaat:

Facilitair: organisaties beschikken over onvoldoende middelen en voorzieningen om moeilijk bereikbare en kwetsbare gezinnen te bereiken. Er is nauwelijks tijd voor. Ouders worden geacht zelf aan te geven wanneer ze extra hulp nodig hebben waardoor er een selectie plaatsvindt van mensen die wel in staat zijn om hulp te vragen. Vooral multi-problem gezinnen en allochtone gezinnen worden hierdoor vaak niet goed bereikt of ze krijgen niet de juiste hulp wat (weer) een negatieve ervaring oplevert. Ook Van Gerwen en De Beer (2009) geven aan dat gezinnen die diep in de problemen zitten niet in staat zijn een hulpvraag te formuleren en te adresseren aan de hulpverlener. Deze gezinnen staan bekend als zorgmijdtend (Van Gerwen & De Beer, 2009). Daarnaast stellen Baart en Steketeer (2003) dat veel organisaties hun zorg organiseren rond hun eigen aanbod en niet rond het gezin zelf. Hulpverlening aan risicogezinnen kan alleen effectief zijn wanneer het gericht is op het hele gezin.

Methodisch: haastige methodieken waarin elke stap is voorgeprogrammeerd geven weinig ruimte om af te stemmen op de beleving van multi-problem gezinnen en flexibele ondersteuning. Veel methodieken houden te weinig rekening met de hulpvragen van het gezin en geven nauwelijks tijd een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Cultureel: hoewel beroepskrachten hun best doen aan te sluiten bij de leefwereld van een multi-problem gezin, treden ze professioneel op en is hun werk ingebed in de bureaucratie van de organisatie.

Conceptueel: hier gaat het erom wiens uitleg van de situatie geldig is. Ouders voelen zich onvoldoende serieus genomen door hulpverleners

Coördinatie of afstemmingsproblemen: de discrepantie tussen de ordelijke wijze waarop organisaties functioneren en de chaos van de dagelijkse leefwereld van gezinnen. Hierdoor sluit de organisatie van de hulpverlening niet goed aan bij de praktijk. Vooral moeilijk bereikbare groepen vragen om een andere werkwijze.

B2.1.1 Presentie in de JGZ

Uitgaande van de methodische kenmerken van de presentietheorie kan geconcludeerd worden dat een aantal kenmerken van presentie aanwezig is in de huidige werkwijze van de JGZ. Andere kenmerken van de werkwijze in de JGZ lijken daar haaks op te staan. Zo komen ouders op uitnodiging van de JGZ naar de afspraak voor een gepland contactmoment van beperkte tijdsduur. Dit staat haaks op 'naar de ander toegaan', 'de ander volgen' en 'geen haast hebben'. Maar de JGZ gaat ook op huisbezoek, gaat dus 'naar de ander toe', al gebeurt dat op dit moment alleen standaard op de leeftijd van 4-7 dagen en twee weken of op indicatie; op verzoek van de ouder of op initiatief van de JGZ-professional. Wel zijn

er initiatieven om ook op andere leeftijden een standaard huisbezoek af te leggen. In de provincie Zeeland wordt een huisbezoek gebracht aan kinderen van 18 maanden en in Den Haag aan alle 2½ jarigen.

In de JGZ-praktijk is ook het kenmerk ‘aansluiten’ terug te vinden. JGZ-professionals investeren in de relatie met en aansluiting bij ouders en zijn gewend om hun taal en benadering aan te passen aan het kind, de ouder en de jongere waar ze contact mee hebben. Vooral met ouders van jonge kinderen heeft de JGZ langdurige contacten. Hoewel de JGZ gericht is op het opsporen van problemen en het oplossen daarvan, is het niet de jacht naar problemen die voorop staat. Signaleren van problemen kan ook (en wellicht zelfs beter) gebeuren vanuit een presentiebenadering wanneer er goed geluisterd wordt naar de ouder/jeugdige en de JGZ-professional niet met kant-en-klare oplossingen komt. Dat bevordert de vertrouwensrelatie met de ouder of jongere zodat van daaruit hulp geboden kan worden. Het aanspreekbaar zijn op meerdere typen problemen past helemaal bij de werkwijze van de JGZ. Er wordt niet alleen naar het kind gekeken, maar ook naar diens omgeving. Invoeren van de presentiebenadering in de JGZ zal vragen om een aanpassing in de huidige werkwijze; meer tijd en ruimte voor professionals om waar nodig af te wijken van vastgelegde regelgevingen, meer integraal werken en over domeingrenzen heen stappen. Dan kunnen ouders rekenen op de JGZ-professional als vast vertrouwenspersoon, ook na eventuele doorverwijzing. Presentie lijkt ook in de JGZ een nuttige bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van de zorg en niet alleen waar het gaat om kwetsbare gezinnen. Uiteindelijk wil iedere ouder met respect en aandachtige betrokkenheid benaderd worden. Of de presentiebenadering in de JGZ ook bijdraagt aan het verhogen van het bereik is onduidelijk. Daarvoor loopt de genoemde pilot in een JGZ-organisatie nog te kort. Het is echter niet ondenkbaar dat ouders die positieve ervaringen hebben met een JGZ-professional die aandachtig naar hen luistert en hun zorgen en problemen serieus neemt en aanspreekbaar is op velerlei problemen (presentiebenadering), minder snel afhaken.

B2.2 Preventietheorie

Het ministerie voor Jeugd en Gezin onderkent het belang van preventie vanuit de gedachte dat een voorspoedige ontwikkeling de beste preventie is tegen veel problemen op latere leeftijd. Eén van de beleidslijnen in het programma 2007-2011 ‘Alle kansen voor alle kinderen’ gaat over de omslag naar preventie: vroeg signaleren en gericht aanpakken (Ministerie voor jeugd en Gezin, 2007).

Preventie kan worden gedefinieerd als *‘het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg die tot doel hebben de gezondheid te bewaken en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen’* (Mackenbach & Van der Maas, 2008; Gunning-Schepers in Sassen, 2002).

Preventie heeft als doel gezondheidswinst. Door het optimaliseren van voorwaarden voor de gezondheid en minimaliseren van factoren die ongunstig zijn voor de gezondheid wordt gezondheidswinst beoogd (Sassen, 2002). Dit doel is de reden dat de overheid, JGZ-organisaties en de IGZ het belangrijk vinden dat de JGZ alle kinderen in Nederland bereikt zodat alle kinderen alle kansen krijgen gezond op te groeien.

B2.2.1 Primaire, secundaire en tertiaire preventie

In de Public Health worden de volgende drie vormen van preventie op twee niveaus (individueel en collectief) onderscheiden (Mackenbach & Van der Maas, 2008; Sassen 2002):

- Primaire preventie: het voorkómen van nieuwe gevallen van ziekte en gezondheidsproblemen.
- Secundaire preventie: het vroegtijdig onderkennen van een aandoening zodat vroege behandeling mogelijk is.
- Tertiaire preventie: het zoveel mogelijk beperken van de gevolgen van een aandoening.

Primaire preventie richt zich op de mogelijke oorzaken en risicofactoren bij het ontstaan van het gezondheidsprobleem. Daarbij worden twee invalshoeken onderscheiden, namelijk gedragsmatige oorzaken en oorzaken in fysieke en de maatschappelijke omgeving, bijvoorbeeld in het gezondheidsmodel van Lalonde. Dit model gaat uit van verschillende factoren die de gezondheid beïnvloeden: intern milieu (factoren in de mens zoals genetische factoren), extern milieu (factoren buiten de mens: fysieke omgeving, zoals woonomgeving en maatschappelijke omgeving, zoals sociale omgeving, SES), gezondheidsgedrag (leefstijl) en gezondheidszorg (Sassen 2002).

Bij primaire preventie gaat het om:

- gezondheidsbescherming (collectieve preventieve maatregelen);
- gezondheidsbevordering (beïnvloeden van gedragsdeterminanten bij individuen);
- ziektepreventie (voorkomen van en het vroegtijdig opsporen van ziekten, bijvoorbeeld het rijksvaccinatieprogramma en de neonatale hielprikscreening) (Sassen, 2002).

B2.2.2 Preventiecontinuüm

Een andere indeling van verschillende vormen van preventie is het preventiecontinuüm (Hermans et al., 2005):

- Universele preventie, gericht op de gehele populatie.
- Selectieve preventie, gericht op populaties met bepaalde risicokenmerken.
- Geïndiceerde preventie, gericht op individuen die op basis van een screening als risicovol worden beschouwd.
- Vroegtijdige preventie bij signalen van risicoprocessen.
- Zorggerelateerde preventie bij vastgestelde problemen.

De eerste drie punten representeren een proactief beleid. Er is nog geen manifest probleem, maar dit kan wel ontstaan. De laatste twee punten betreffen een reactief beleid. Er is een (beginnend) probleem waar iets aan moet gebeuren. Selectieve preventie richt zich op afgebakende doelgroepen waarvan bekend is dat zij een verhoogd risico hebben op bepaalde problemen (Hermans et al., 2005).

B2.2.3 Vergelijking preventie-indelingen

Universele en selectieve preventie zijn vergelijkbaar met primaire preventie, zowel op collectief als op individueel niveau. Geïndiceerde preventie zit op de grens tussen primaire en secundaire preventie, afhankelijk van het soort screening. In het kader van een zo hoog mogelijk bereik van de JGZ is de indeling primaire-secundaire-tertiaire preventie relevanter omdat de preventieve zorg van de JGZ bedoeld is voor alle kinderen en niet alleen voor een geselecteerde groep met bepaalde te verwachten risico's, waarop selectieve preventie zich richt.

Bijlage 3 Huidige inspanningen van JGZ-organisaties

Deze bijlage beschrijft de inspanningen van JGZ-organisaties om hun doelgroep, jeugdigen van 0-19 jaar en hun ouders te bereiken. Daarvoor is de huidige praktijk onderzocht en literatuuronderzoek gedaan om te onderbouwen dat outreachende zorg al dan niet kan bijdragen aan het bereiken van moeilijk bereikbare jeugdigen in risicosituaties. Het doel van het ‘onderzoek huidige praktijk’ is driedelig:

- Inventariseren van de huidige inspanningen van JGZ-organisaties om hun doelgroep te bereiken.
- Inventariseren wat volgens JGZ-organisaties succesfactoren, knelpunten en benodigde maatregelen en randvoorwaarden zijn.
- Identificeren van belangrijke en succesvolle processtappen die bijdragen aan het bereiken van de doelgroep van de JGZ op basis van ‘best practice’.

B3.1 Onderzoek huidige praktijk

Om de inspanningen van JGZ-organisaties om hun doelgroep te bereiken te inventariseren en te analyseren is onderzoek gedaan naar de huidige praktijk. Dit onderzoek geeft antwoord op de deelvraag:

Hoe hebben JGZ-organisaties op dit moment hun processen ingericht om moeilijk te bereiken jeugdigen te bereiken?

- a. *In welke mate komen de processen van verschillende JGZ-organisaties overeen?*
- b. *In welke mate worden dezelfde acties ingezet in de processtappen?*
- c. *Welke succesfactoren en knelpunten benoemen organisaties?*

Het onderzoek huidige praktijk bestaat uit twee deelonderzoeken: een documentenanalyse van non-bereikprotocollen van JGZ-organisaties en een vragenlijstonderzoek naar beleidsaspecten, succesfactoren en knelpunten van het non-bereikbeleid van de organisatie. Alle JGZ-organisaties is gevraagd de vragenlijst in te vullen en hun non-bereikprotocol toe te sturen.

Respons

Van de 69 JGZ-organisaties hebben er 53 gereageerd (respons 76,8 %). Vijf organisaties hebben wegens tijdgebrek alleen het protocol gestuurd. Drie organisaties hebben geen protocol gestuurd omdat het is verouderd. Vier organisaties stuurden twee protocollen voor verschillende leeftijdsgroepen. Eén organisatie gebruikt als gevolg van een recente fusie drie protocollen voor dezelfde leeftijdsgroep. Bij het doorlezen van de protocollen bleek dat drie organisaties die niet hebben gereageerd een gezamenlijk protocol delen met een JGZ-organisatie die wel het protocol had gestuurd. Gezien de vraagstelling zijn deze protocollen meegeteld. In totaal zijn 60 protocollen en 48 vragenlijsten geanalyseerd.

Tabel B3.1 Overzicht aantal geanalyseerde protocollen

JGZ-organisaties	Ontvangen vragenlijsten	Protocollen 0-4 jaar	Protocollen 4-19 jaar	Opmerkingen
0-4 jaar	33	36		34 protocollen ontvangen + 2 i.v.m. gezamenlijk protocol
4-19 jaar	12		11	10 protocollen ontvangen + 1 i.v.m. gezamenlijk protocol
0-19 jaar	3	8	5	4 organisaties: 0-4- en 4-19-protocol 1 organisatie: alleen 0-4-protocol 1 organisatie: 3x 0-4- en 1x 4-19-protocol
Totalen	48	44	16	Totaal aantal protocollen: 60

B3.1.1 Documentenanalyse

Zestig 'non-bereikprotocollen' van vijftig JGZ-organisaties zijn met elkaar vergeleken met behulp van vergelijkingscriteria op proces- en inhoudsniveau. Deze criteria zijn terug te vinden in de Figuren B3.1 en B3.2. Hiermee is inzichtelijk geworden welke processen en acties JGZ-organisaties vastleggen om jeugdigen die niet verschijnen te bereiken.

Analysemethode

Voorafgaand aan de documentenanalyse is in een selectie van de ontvangen non-bereikdocumenten geïnventariseerd welke processtappen en inhoudelijke acties zijn vastgelegd om contact te leggen met ouders en jongeren die niet verschijnen. Bij de selectie is rekening gehouden met de door organisaties zelf aangegeven percentages bereik en diversiteit in leeftijd van de doelgroep en werkgebied van de organisatie. Deze korte inhoudsanalyse leverde de vergelijkingscriteria op proces- en inhoudsniveau waarmee alle non-bereikdocumenten zijn geanalyseerd. Om de validiteit van de analyse te borgen is deze uitgevoerd door twee onderzoekers en zijn de resultaten van beide onderzoekers vergeleken en besproken.

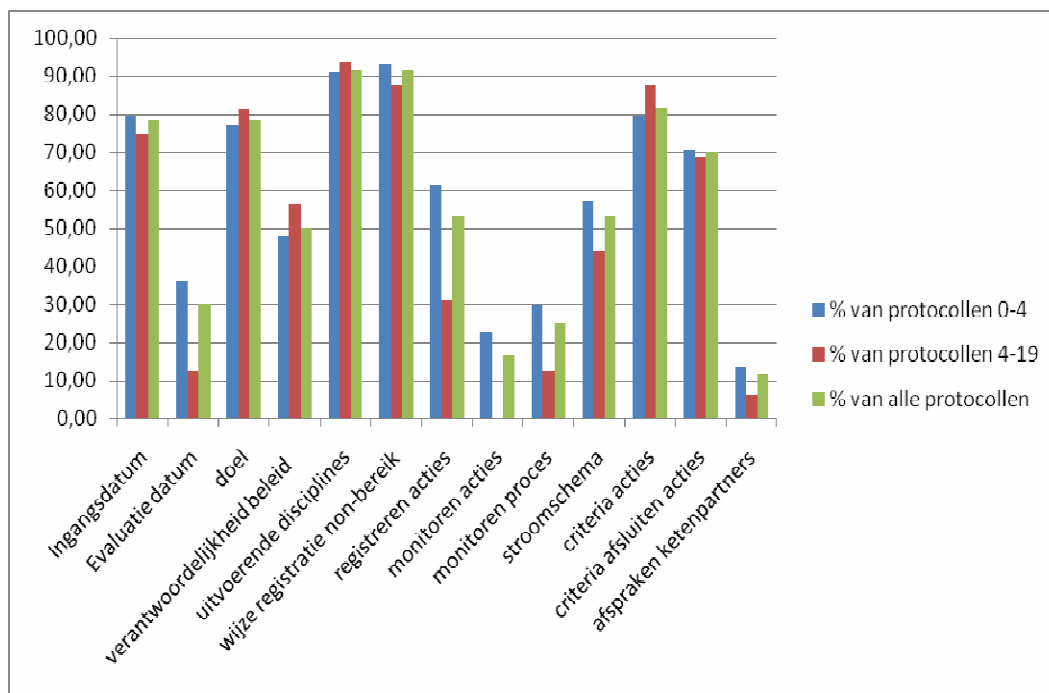
Resultaten documentenanalyse

Naast verschillen (en overeenkomsten) op proces- en op inhoudsniveau bleek er ook een aantal algemene verschillen te zijn:

- De documenten worden vaak procedure of protocol of werkinstructie genoemd en een enkele keer richtlijn. De titels verschillen nogal. Enkele voorbeelden: 'Procedure aanbod en non-gebruik', 'Protocol niet verschijnen zonder bericht', 'Bemoedigingsbeleid voor opkomst op het consultatiebureau', 'Werkinstructie niet verschenen', 'richtlijn NVMB/NVZB'. De titel zegt echter niets over de uitgebreidheid van het document.
- De uitgebreidheid van de documenten verschilt nogal, variërend van een stroomschema met toelichting tot documenten met achtergrondinformatie en uitgebreide beschrijving van procedures en acties.
- Sommige documenten beschrijven tevens de preventie van niet verschijnen en non-gebruik, meestal door voorlichting te geven over werkwijze en doel van de JGZ.
- In een deel van de documenten staan de uitvoeringsvoorwaarden en/of uitgangspunten beschreven.
- Sommige organisaties gebruiken verschillende documenten (bijvoorbeeld protocol uitnodigen, werkinstructie niet verschijnen), andere organisaties hebben deze in één document geïntegreerd.
- Sommige organisaties 'delen' een non-bereikdocument. Andere organisaties hebben alleen stukken tekst van elkaar overgenomen.

Vergelijking processen

In grote lijnen hebben organisaties hun processen voor het bereiken van hun doelgroep hetzelfde ingericht, maar er zijn ook verschillen.



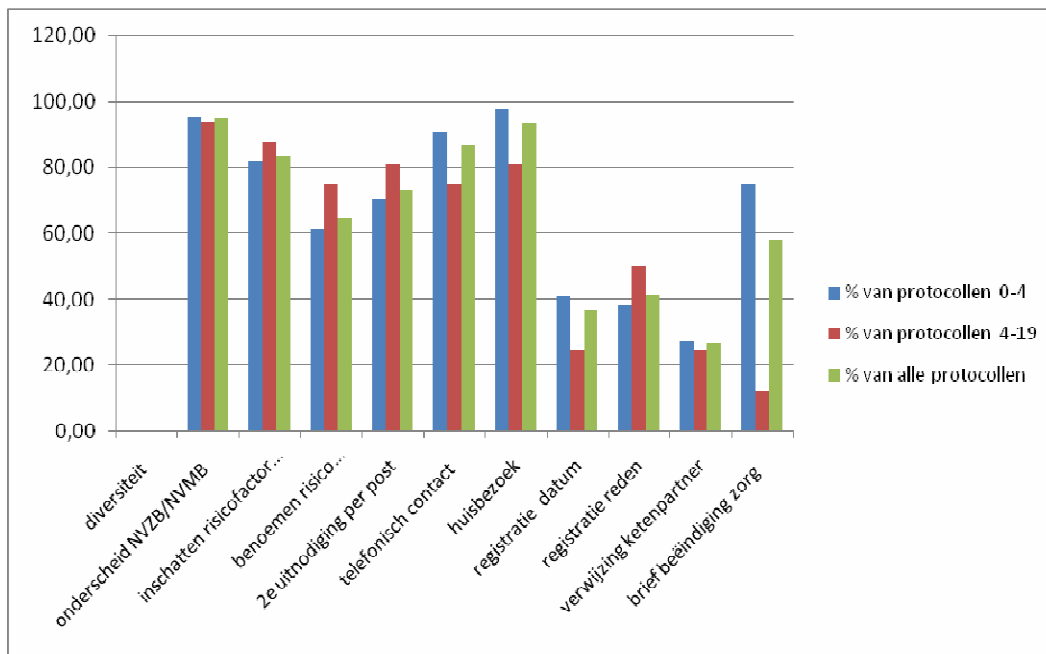
Figuur B3.1 Vergelijkingscriteria op procesniveau in % n = 60 (n 0-4 = 44, n 4-19 = 16).

De evaluatiedatum wordt in een beperkt aantal protocollen aangegeven. Datzelfde geldt voor monitoren van de acties bij individuele jeugdigen en monitoren van het proces op organisatieniveau. Geen enkel protocol voor 4-19-jarigen en 22 % van de protocollen voor 0-4-jarigen geeft aan hoe acties gemonitord worden. Daarbij geven protocollen voor 0-4-jarigen bijna twee keer zo vaak als de '4-19-protocollen' aan dat alle acties die professionals uitvoeren om in contact te komen met de doelgroep geregistreerd moeten worden. De helft van de protocollen geeft aan wie van de organisatie verantwoordelijk is voor het non-bereikbeleid. Mogelijk hangt deze score met elkaar samen. Het geeft de indruk dat er door weinig organisaties aandacht wordt besteed aan het meten van de effectiviteit van het protocol. Het gaat echter te ver om te concluderen dat een groot deel van de organisaties de processen niet goed op orde heeft omdat uit de documentenanalyse alleen blijkt dat het monitoren van de acties en het proces niet beschreven is in een groot deel van de protocollen.

Bijna 92 % van de organisaties geeft in hun protocol aan op welke wijze het niet verschijnen geregistreerd moet worden en ook is frequent vastgelegd wie de acties uit moet voeren en volgens welke criteria. Vooral criteria als eerste keer Niet Verschenen Zonder Bericht (NVZB), tweede keer NVZB, derde keer NVZB of meerdere keren niet verschenen (zowel met als zonder bericht) wel of geen sprake van een risicokind, zijn bepalend voor de acties die uitgevoerd moeten worden.

Vergelijking acties

De inspanningen van organisaties om hun doelgroep te bereiken lopen niet zoveel uiteen.



Figuur B3.2 Vergelijkingscriteria op inhoudsniveau in % n = 60 (n 0-4 = 44, n 4-19 = 16).

Er worden vooral outreachende acties ingezet zoals telefonisch contact, huisbezoek en sturen van een tweede brief. Voor het uitvoeren van de acties wordt onderscheid gemaakt tussen niet verschenen met en zonder bericht. Al komt het vaak voor dat bij meerdere keren NVMB dezelfde acties ondernomen worden als bij NVZB. Ook worden in ruim 80 % van de protocollen andere acties aangegeven als er sprake is van risicofactoren. Daarbij worden in ruim 60 % van de protocollen de risicofactoren benoemd of gewerkt met risicoscorelijsten. Er wordt verder geen rekening gehouden met diversiteit.

Opvallend genoeg staat in minder dan de helft van de protocollen dat de datum en reden van het niet verschijnen, moet worden geregistreerd in het kinddossier. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit als vanzelfsprekend wordt beschouwd en dat de datum van (niet) verschijnen wel in de planningstool wordt geregistreerd. Wanneer ouders geen zorg van de JGZ willen is het in veel JGZ-organisaties met als doelgroep 0-4-jarigen regel, dat de huisarts en vaak ook de ouders een brief ontvangen over het beëindigen van de zorg. Veel organisaties met de doelgroep 0-4-jarigen zoeken na een jaar opnieuw contact met de ouders of sturen op de leeftijd van 14 maanden en 3 jaar en 9 maanden toch een uitnodiging. Ook proberen organisaties ouders te motiveren door het zorgaanbod aan te passen aan de behoefte van ouders. Bij oudere kinderen wordt soms de school betrokken. Een deel van organisaties geeft aan speciale interventies in te zetten, zoals Bemoeizorg, Vangnet Jeugd of traceer- of non-bereikteams. Soms alleen in één gemeente in hun werkgebied.

B3.1.2 Analyse van de vragenlijsten

Aan JGZ-organisaties is gevraagd een vragenlijst in te vullen bestaande uit twaalf open vragen over beleidsaspecten en de succesfactoren en knelpunten met betrekking tot hun non-bereikbeleid. Van de 48 ontvangen vragenlijsten zijn er 3 van JGZ-organisaties met als doelgroep 0-19-jarigen, 33 van JGZ-organisaties met als doelgroep 0-4-jarigen en 12 van JGZ-organisaties met als doelgroep 4-19-jarigen.

Analysemethode vragenlijsten

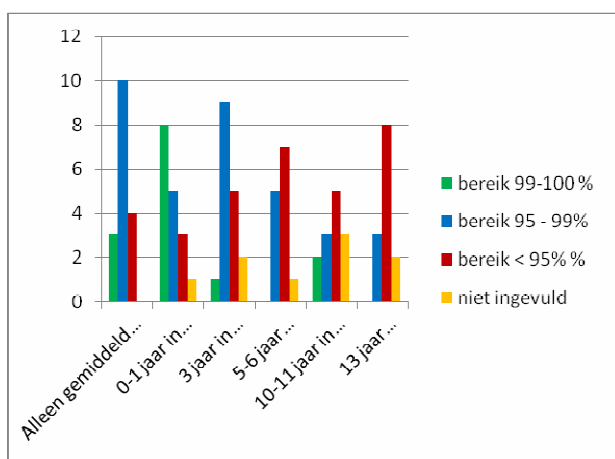
De meeste vragen zijn in een kwalitatief paradigma geanalyseerd: de antwoorden zijn per vraag bekeken en geclusterd wat geresulteerd heeft in een beschrijving van de antwoorden per vraag. Dankzij de clustering was het mogelijk de antwoorden tevens te kwantificeren. Op basis van de antwoorden zijn conclusies getrokken, waarmee duidelijkheid is verkregen welke processtappen en acties succesvol zijn en wat de knelpunten zijn, gebaseerd op de ervaringen van JGZ-organisaties evenals hun mening betreffende benodigde maatregelen en randvoorwaarden. De analyse wordt per vraag weergegeven.

1. Registreert u het bereik van uw doelgroep?

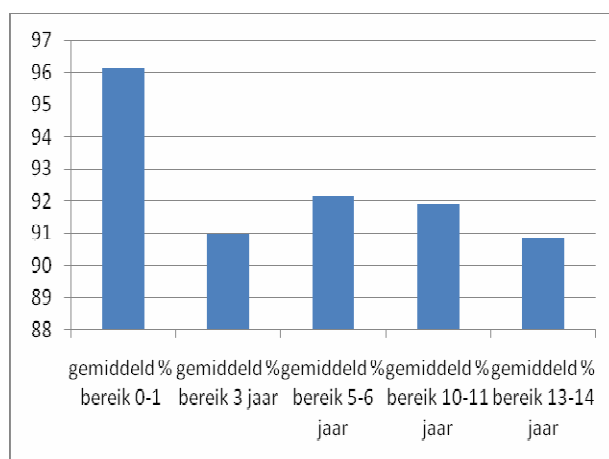
a. Zo ja, wat is het percentage bereik? Gemiddeld:

Per contactmoment:

Slechts drie organisaties geven aan het bereik niet te registreren. De percentages bereik die organisaties geregistreerd hebben zijn ingedeeld volgens dezelfde indeling die de IGZ (2009) hanteert: een bereik van 99-100 %, een bereik van 95-99 % en een bereik van minder dan 95 %.



Figuur B3.3 Aantal organisaties per categorie bereik per leeftijdsgroep n = 48.



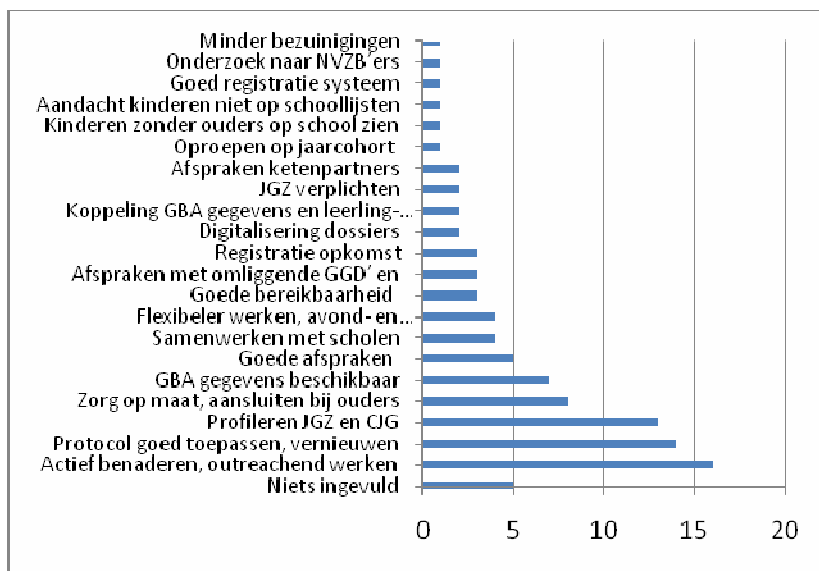
Figuur B3.4 Gemiddeld bereik in % per leeftijdsgroep n = 48.

Van de groep organisaties die per leeftijdsgroep het bereikpercentage heeft aangegeven, zijn tevens per organisatie de verschillende percentages geanalyseerd:

- Gemiddeld genomen worden 0-1-jarigen het best bereikt. Van de zestien JGZ-organisaties die zowel het percentage bereik 0-1-jarigen als 3-jarigen heeft opgegeven, heeft op één na een hoger bereik van 0-1-jarigen dan van 3-jarigen.
- Bij vijf van de zeven organisaties (die zowel hun bereik van 5-6- als van 10-11- als van 13-jarigen heeft opgegeven) valt op dat het bereik van 10-11-jarigen hoger ligt dan in de andere twee leeftijdsgroepen.
- Bij sommige organisaties ligt het bereik bij het contactmoment 13 jaar hoger dan het contactmoment 5-6 jaar, bij andere organisaties zijn de verschillen tussen de verschillende contactmomenten heel klein.
- Tussen de contactmomenten 5-6 jaar en 10-11 jaar zijn er twee uitschieters met een verschil in bereik van 16 % en 16,5 %, de overige verschillen liggen tussen de 0-5,4 %.
- De verschillen tussen het bereik op de contactmomenten 10-11 jaar en 13 jaar liggen tussen de 1-5,3 %.
- De verschillen in bereik tussen 0-1 jarigen en 3-jarigen liggen bij de meeste organisaties tussen de 0,4 en 3 %, met als uitschieter een verschil van 31,7 % bij één organisatie.

2. Welke maatregelen zijn er volgens u nodig om het bereik van de JGZ te verhogen?

De meeste organisaties benoemden meerdere maatregelen. Vijf organisaties hebben deze vraag niet ingevuld.

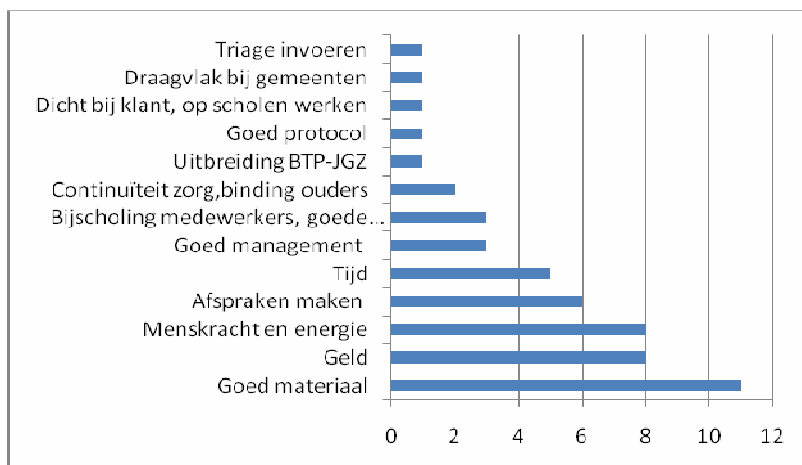


Figuur B3.5 Aantallen genoemde maatregelen.

Als benodigde maatregelen wordt vooral genoemd: actief benaderen van de doelgroep (outreachend werken, Bemoeizorg, Vangnet Jeugd). Ook het toepassen van een goed protocol en profileren van de JGZ scoort hoog. Organisaties met de doelgroep 0-4 jaar noemen daarnaast vooral het geven van zorg op maat en het beschikken over een actueel klantenbestand gekoppeld aan de GBA-gegevens. Daarnaast worden ook nog genoemd: flexibeler werken (bijvoorbeeld ook avond- en weekendconsulten) en samenwerken met scholen.

3. Welke randvoorwaarden zijn er volgens u nodig om die maatregelen uit te kunnen voeren?

Deze vraag werd door alle organisaties beantwoord.

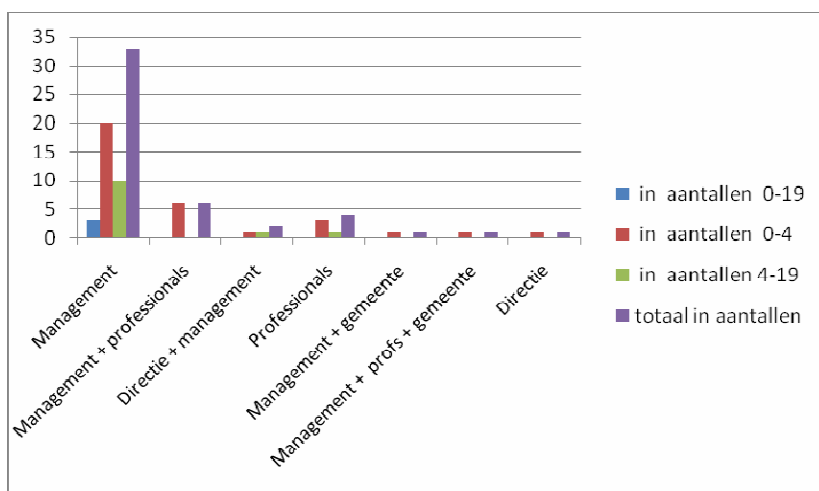


Figuur B3.6 Aantallen genoemde randvoorwaarden.

De randvoorwaarden die het meest genoemd worden zijn goed materiaal, zoals een goede planningstool, een digitaal dossier, en een goed registratiesysteem. Daarnaast scoren de randvoorwaarden tijd, geld, menskracht en het maken van afspraken met ketenpartners hoger dan andere genoemde randvoorwaarden.

4. Wie is verantwoordelijk voor het 'non-bereikbeleid' van uw organisatie?

Bijna 98 % van de organisaties heeft deze vraag beantwoord. Daarvan geeft 89,7 % aan dat het management (deels) verantwoordelijk is voor het non-bereikbeleid van de organisatie. In 68,8 % van de organisaties is het management alleen verantwoordelijk.



Figuur B3.7 Verantwoordelijken non-bereikbeleid in aantallen n = 48.

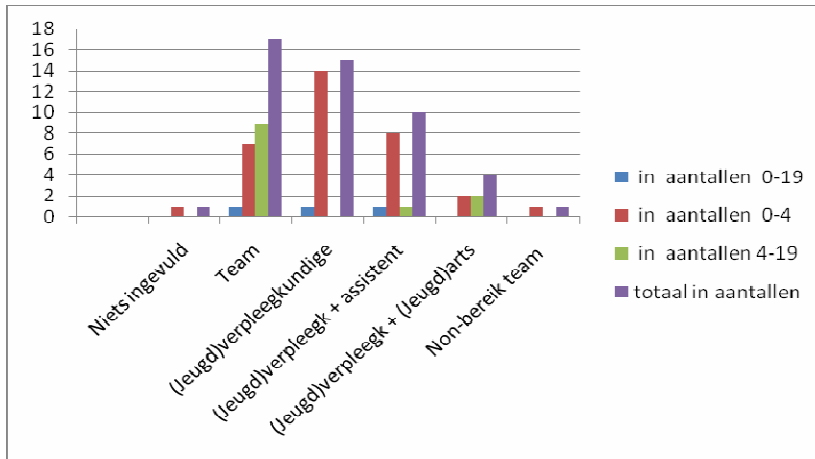
JGZ-managers, hoofden JGZ, stafverpleegkundigen en stafartsen zijn als management het vaakst verantwoordelijk voor het non-bereikbeleid van de organisatie, hetzij alleen, hetzij samen met de directie of de professionals en/of de gemeente. Drie organisaties geven aan dat de JGZ-professionals verantwoordelijk zijn.

5. Heeft uw organisatie een protocol non-bereik, of NVZB-protocol? Zo ja, zou u dit naar mij willen mailen?

Eén organisatie heeft wel de vragenlijst ingevuld, maar geen protocol gestuurd. De overige 49 'respons' organisaties hebben hun documenten gemaild.

6. Wie (welke discipline) voert doorgaans het protocol uit?

Slechts één organisatie heeft deze vraag niet ingevuld.

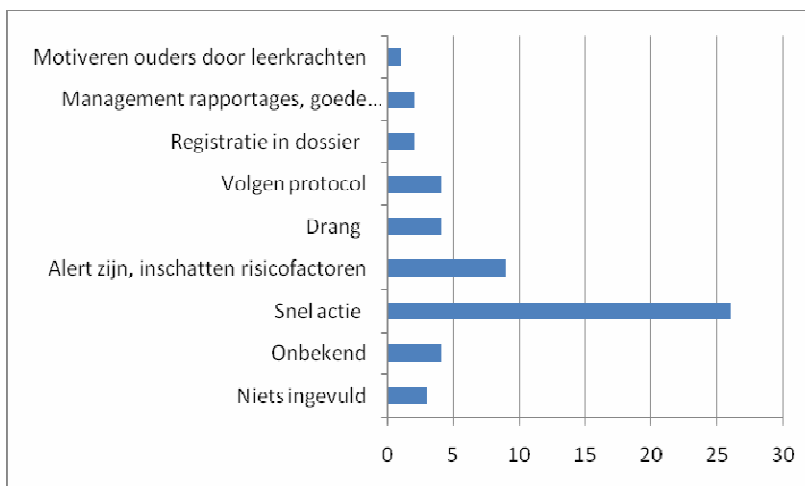


Figuur B3.8 Uitvoerende disciplines in aantallen n = 48.

De (jeugd)verpleegkundige is vrijwel altijd betrokken bij de uitvoering van het non-bereikprotocol. Opvallend is dat in de JGZ-‘0-4-organisaties’ de verpleegkundige vaker alleen het protocol uitvoert dan in de ‘4-19’- en ‘0-19-organisaties’, waar het team vaker gezamenlijk het protocol uitvoert.

7. Welke stappen uit het protocol zijn succesvol?

Deze vraag werd door vier organisaties met ‘onbekend’ beantwoord, drie organisaties vulden niets in.

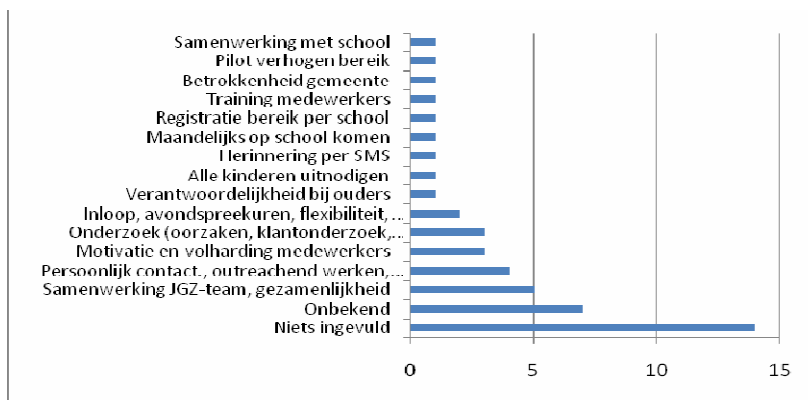


Figuur B3.9 Genoemde succesvolle stappen uit het protocol in aantallen n = 48.

Acties die te maken hebben met snel reageren van een JGZ-medewerker op het niet verschijnen van kinderen of jongeren en hun ouders worden gezien als de meest succesvolle actie. Genoemd worden vooral: meteen bellen, persoonlijk contact leggen, direct een tweede uitnodiging sturen, op huisbezoek gaan. Daarnaast worden het inschatten van risico's en het blijven checken daarvan vaker genoemd. Andere genoemde succesvolle stappen die een enkele keer werden genoemd zijn: volgen van het protocol, registreren in het dossier van het kind, managementrapportages, goede logistiek en motiveren van ouders door leerkrachten.

8. Zijn er nog andere succesfactoren te benoemen?

Niet alle organisaties hebben antwoord gegeven op deze vraag. Bijna 30 % (14 van de 48) van de organisaties heeft niets ingevuld. Zeven organisaties hebben 'onbekend' ingevuld.

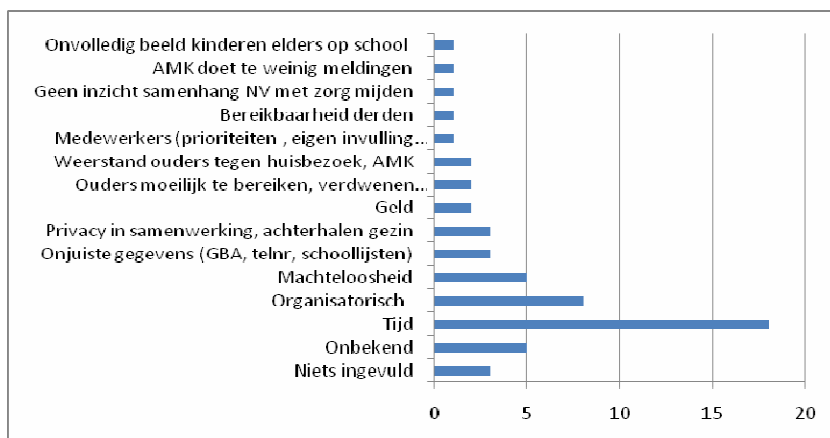


Figuur B3.10 Genoemde succesfactoren in aantallen n = 48.

Als succesfactoren werden vooral samenwerking in het team, outreachend werken en motivatie, volharding van medewerkers genoemd naast het doen van onderzoek (klantonderzoek, evaluatie van het protocol en analyse van het planningsproces).

9. Welke knelpunten worden ervaren bij de uitvoering van het non-bereikprotocol?

Acht organisaties vulden niets in of antwoorden 'onbekend', de overige organisaties benoemden één of meerdere knelpunten.

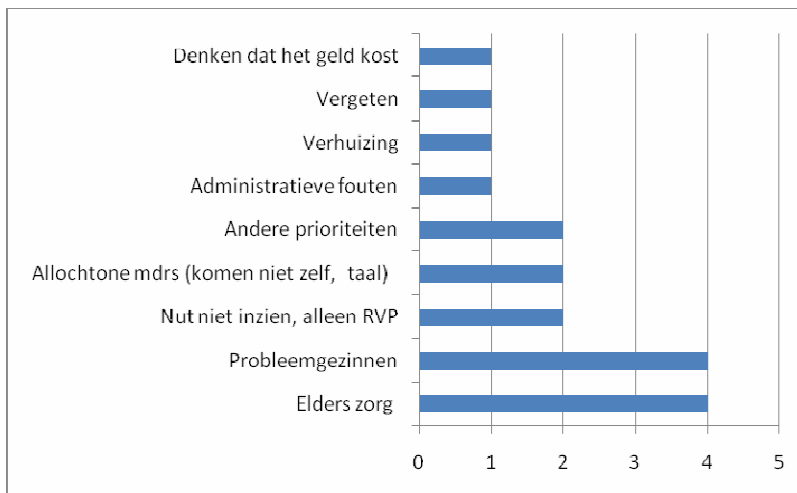


Figuur B3.11 Genoemde knelpunten bij de uitvoering van het protocol in aantallen n = 48.

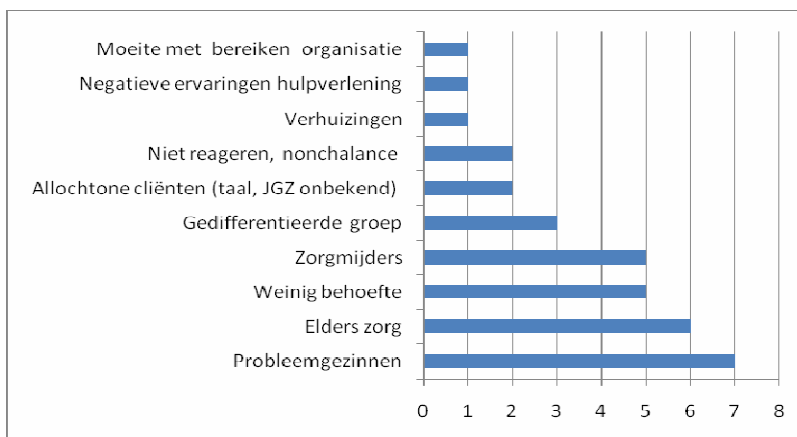
Het grootste knelpunt blijkt 'tijd' te zijn. Dit wordt aanzienlijk vaker genoemd dan andere knelpunten. In relatie met de meest succesvolle actie uit het protocol (meteen bellen, huisbezoek, persoonlijk contact) is dat niet verrassend, deze acties kosten tijd. Daarnaast worden als organisatorische knelpunten genoemd dat continuïteit in zorgverleners niet altijd haalbaar is en de standaardbrieven die ouders krijgen niet goed werken. Voeg je daar het knelpunt onjuiste gegevens en niet kloppende schoollijsten aan toe, dan scoren organisatorische factoren ook hoog.

10. Heeft u ooit onderzocht hoe de groep eruit ziet die niet bereikt wordt? Zo ja, wat waren de resultaten? Zo nee, heeft u een vermoeden hiervan?

Vijf organisaties hebben deze vraag niet ingevuld. Van de overige organisaties is onderscheid gemaakt tussen de tien organisaties die onderzoek hebben gedaan en hun resultaten benoemen, en de 33 organisaties die bezig zijn met onderzoek (3) of geen onderzoek hebben gedaan en de kenmerken die zij vermoeden hebben genoemd.



Figuur B3.12 Genoemde resultaten uit onderzoek niet bereikte groepen in aantallen n = 33.

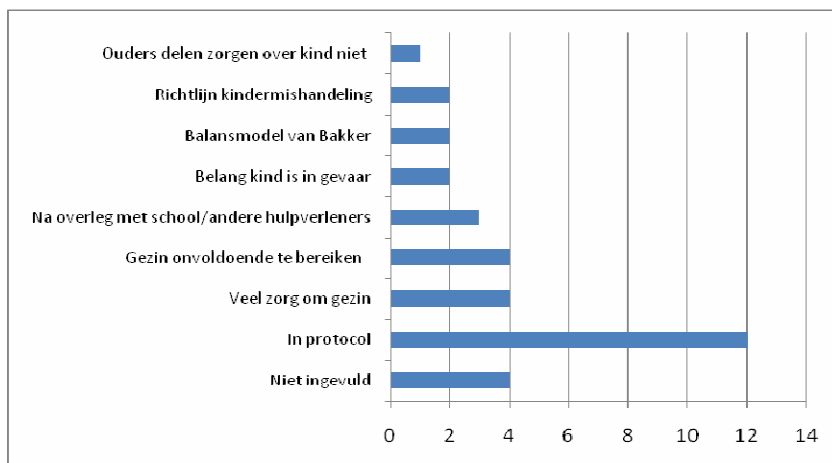


Figuur B3.13 Genoemde vermoedens niet bereikte groepen in aantallen n = 10.

Uit onderzoek van organisaties naar hun non-bereik blijkt dat de groep non-gebruikers vooral bestaat uit jeugdigen uit probleemgezinnen en jeugdigen die elders zorg (antroposofisch CB, kinderarts) krijgen. Organisaties die geen onderzoek gedaan hebben ervaren hetzelfde, maar noemen naast probleemgezinnen ook nog de zorgmijders die vermoedelijk ook grote problemen hebben en ouders die geen behoefte hebben aan de zorg van de JGZ. Ook blijkt uit onderzoek dat sommige allochtone ouders het communiceren in de Nederlandse taal lastig vinden en dat soms allochtone moeders niet alleen met hun kind naar het onderzoek mogen komen.

11. Zijn er criteria, en zo ja welke, voor het inzetten van bemoeizorg bij weigerachtigen?

De helft van de organisaties hanteert criteria voor het inzetten van bemoeizorg. Van de overige 24 organisaties zijn 4 ermee bezig.

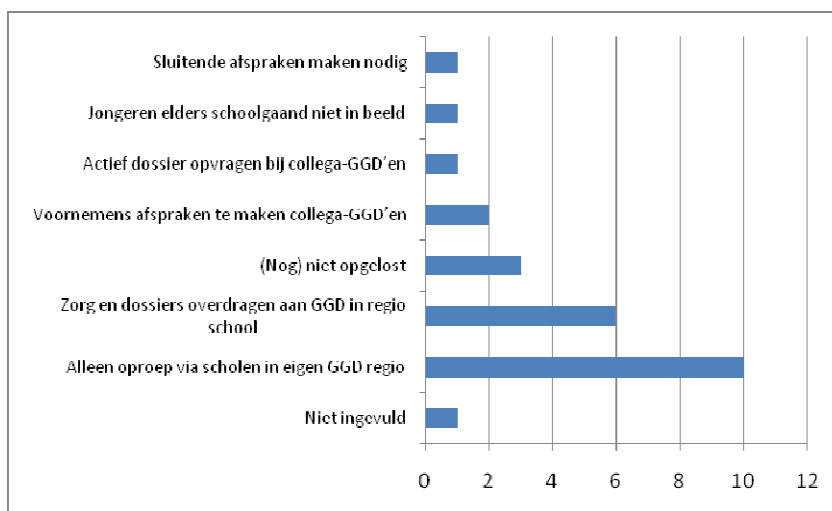


Figuur B3.14 Genoemde criteria voor het inzetten van bemoeizorg in aantallen.

Wanneer bemoeizorg of een andere vorm van outreachende zorg, zoals Vangnet Jeugd, beschikbaar is, worden de criteria om deze interventie in te zetten vaak in het protocol aangegeven. Meestal is dat de laatste stap in het protocol; als het gezin niet goed te bereiken is en er zorgen zijn over het kind.

12. Jongeren op het voortgezet onderwijs zitten vaak op school in een andere JGZ-regio dan de JGZ-regio waar zij wonen en op de basisschool hebben gezeten. Hoe lost uw organisatie dit op?

Deze vraag is ingevuld door veertien organisaties die allen jeugdgezondheidszorg bieden aan jongeren. Eén organisatie heeft de vraag niet ingevuld.



Figuur B3.15 Genoemde oplossingen jongeren in andere regio op school in aantallen n = 14.

Uit de antwoorden blijkt dat veel organisaties dit probleem nog niet hebben opgelost. Het merendeel van de organisaties die jongeren als doelgroep hebben nodigd leerlingen uit het voortgezet onderwijs alleen uit op basis van schoollijsten van de scholen in hun werkgebied. Dat betekent dat deze

organisaties geen zorg leveren aan jongeren die niet in hun eigen werkgebied op school zitten. Zes organisaties gaven aan de zorg en de kinddossiers over te dragen aan een collega GGD werkzaam in de regio waar de school staat. Twee organisaties zijn wel voornemens hierover afspraken te maken met collega GGD'en.

B3.1.3 Synthese conclusies documentenanalyse en analyse vragenlijsten

- Uit de documentenanalyse blijkt dat JGZ-organisaties vooral outreachende acties inzetten om de doelgroep te bereiken. In de vragenlijst geven zij aan deze acties als meest succesvol te ervaren en wordt outreachend werken genoemd als succesfactor.
- Vooral wanneer er sprake is van risicofactoren wordt snel actie ondernomen. Het inschatten van risicofactoren wordt vaak genoemd als succesvol bij de uitvoering van het non-bereikprotocol.
- Genoemde succesfactoren als samenwerking in het team en volharding van medewerkers zijn nauwelijks terug te vinden in de non-bereikprotocollen.
- In de protocollen wordt in 28,3 % de evaluatiedatum aangegeven en in 25 % hoe het proces gemonitord wordt terwijl evaluatie van het protocol en analyse van het planningsproces wel genoemd worden als succesfactor.

B3.2 Outreachende zorg

Outreachende zorg kan gedefinieerd worden als het actief naar buiten treden om contact te leggen met cliënten (NJI, 2009). Het gaat om een proactieve wijze van contact leggen met mensen die niet zelf om hulp vragen, maar dat wellicht wel nodig hebben, omdat zij te maken hebben met een opstapeling van problemen. Ook als mensen niet direct open staan voor hulp wordt toch contact gelegd. Deze vorm van hulpverlening wordt alleen ingezet voor een moeilijk te bereiken doelgroep die volgens de gangbare maatschappelijke opvattingen wel hulp nodig heeft (Van Doorn et al., 2008).

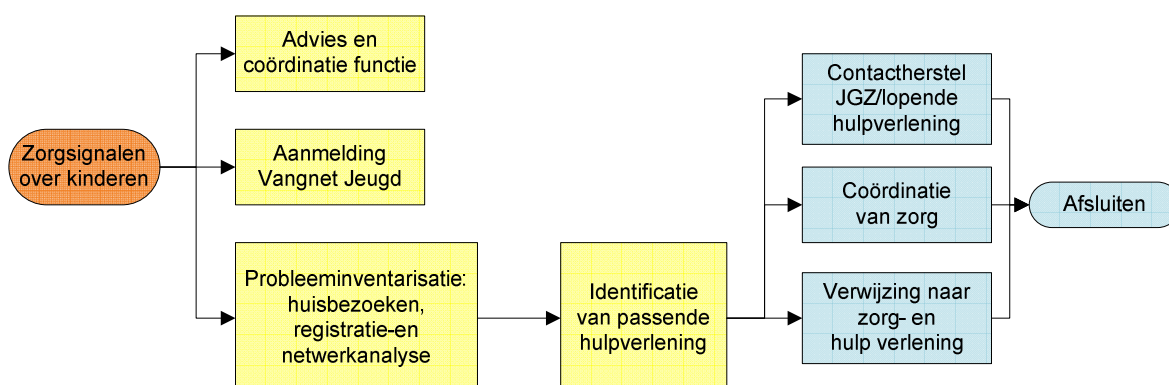
Uit de documentenanalyse van non-bereikprotocollen van JGZ-organisaties blijkt outreachende zorg in verschillende variaties toegepast te worden bij niet verschijnen en/of non-bereik van jeugdigen. Wanneer acties als telefonisch contact en huisbezoek er niet toeleiden dat de jeugdige wordt bereikt worden intensievere vormen van outreachende zorg ingezet. Sommige organisaties hebben werkinstructies, zoals 'opsporen en contact herstellen' en 'spoorzoeken' of beschikken over een traceerteam, een non-bereikteam of een CB-Vangnet. Andere organisaties zetten een vorm van bemoeizorg voor gezinnen in, zoals Vangnet Jeugd en Bemoeizorg in de JGZ. Deze paragraaf richt zich op deze laatste vormen van outreachende zorg en de toepasbaarheid hiervan om moeilijk bereikbare jeugdigen die bedreigd worden in hun ontwikkeling te kunnen bereiken.

Eerst worden de interventies beschreven, vervolgens wordt het resultaat van het literatuuronderzoek beschreven waarmee gezocht is naar het antwoord op de deelvraag:

'Kan outreachende zorg zoals Bemoeizorg of Vangnet Jeugd bijdragen aan het bereiken van moeilijk bereikbare jeugdigen in risicosituaties?'

Korte beschrijving van Vangnet Jeugd

Vangnet Jeugd is een snel inzetbare outreachende methode gericht op risicogezinnen met kinderen in de leeftijd van 0-19 jaar die in hun ontwikkeling worden bedreigd met als doel toeleiding naar hulp- en zorgverlening. Professionals die zich zorgen maken over kinderen kunnen deze aanmelden. Na een probleeminventarisatie van het gezinssysteem wordt gezocht naar hulpverlening die aansluit bij de specifieke gezinssituatie die gericht is op zowel ouders als kinderen. Door te investeren in persoonlijk contact met het gezin wordt vertrouwen opgebouwd met als doel ouders te motiveren voor hulpverlening.

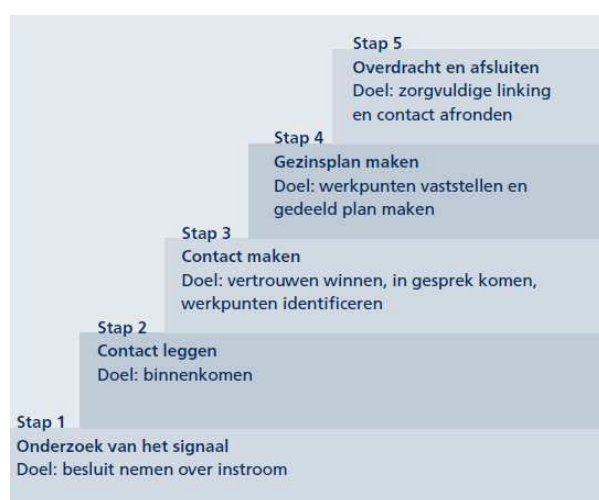


Figuur B3.16 Kern in werkwijze Vangnet Jeugd (Osté et al., 2008).

Naast de outreachende zorg vervult Vangnet Jeugd ook een advies- en consultatiefunctie voor professionals die zich zorgen maken over een kind (Osté et al., 2008).

Korte beschrijving van Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg

Bemoeizorg in de JGZ is een vorm van ongevraagde zorg en daarmee extra inspanning door de JGZ gericht op (ouders van) jeugdigen van 0-19 jaar die niet zelf in staat zijn een hulpvraag te formuleren. De interventie wordt ingezet op basis van een gesignaleerde bedreiging van de gezondheid van de jeugdige waarbij meer dan drie contacten nodig zijn om de ouders of een jongere te motiveren voor zorg- of hulpverlening. Het doel is gedeelde zorg met de ouders zodat zij (h)erkennen dat er een probleem is voor de gezondheid van hun kind zodat de JGZ kan adviseren, ondersteunen of doorverwijzen richting jeugdhulpverlening (NJi, 2010; Rots-de Vries et al., 2009). Bemoeizorg biedt mogelijkheden mensen te bereiken die anders door reguliere zorg niet bereikt worden. Het uiteindelijke doel is de gezondheid van het kind te bevorderen en/of te beschermen (Franken et al., 2002; NJi, 2010; Rots-de Vries et al., 2009).



Figuur B3.17 De vijf hoofdstappen van bemoeizorg voor gezinnen (Rots-de Vries et al., 2009).

Deze interventie is opgenomen in de databank effectieve interventies met de classificatie 'Theoretisch goed onderbouwd' (NJi, 2010). De interventie is beschreven in de handleiding 'Bemoeizorg voor gezinnen'. De aanpak bestaat uit vijf hoofdstappen die de rode draad van de activiteiten vormen. Pas wanneer een stap is bereikt kan overgegaan worden naar de volgende fase (Rots-de Vries et al., 2009).

B 3.2.1 Outreachende zorg: hoger bereik?

Het voornaamste doel van de beschreven vormen van outreachende zorg is in contact komen met moeilijk bereikbare gezinnen en toeleiden naar de juiste hulp. In verschillende databases is gezocht

naar de theoretische onderbouwing dat deze vorm van zorg effectief is om ook de moeilijk bereikbare kinderen uit probleemgezinnen te bereiken.

Resultaten literatuuronderzoek outreachende zorg

Het blijkt niet gemakkelijk meta-analyses, systematische reviews of andere artikelen te vinden die een antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag. Na een systematische zoektocht in verschillende databases zijn twee reviews gevonden die echter niet direct antwoord geven op de gestelde onderzoeksvraag, maar wel relevante informatie opleveren. Eén review beschrijft wat er voor zorgt dat ouders gebruikmaken van preventieve zorg voor hun kind. De conclusie van de auteurs is dat alternatieve methoden voor het bieden van preventieve zorg, zoals huisbezoeken, en het benaderen van ouders steeds belangrijker worden om ervoor te zorgen dat het aantal jonge kinderen dat preventieve zorg ontvangt te verhogen. Daarbij is het nodig dat ouders beter geïnformeerd worden over de mogelijkheden van preventieve zorg, dat er meer aangesloten wordt bij de doelgroep en dat bij het ontwikkelen van zorgprogramma's meer rekening wordt gehouden met diversiteit (Merle et al., 2002). Dit sluit aan bij de kenmerken 'aansluiting' en 'zich afstemmen en openstaan' uit de presentietheorie (Baart, 2001). De tweede review maakt duidelijk dat huisbezoeken de situatie van risicogezinnen met jonge kinderen verbetert en het gebruik van de gezondheidszorg verhoogt. Ook blijkt in de onderzochte artikelen de theoretische onderbouwing voor het selecteren van interventies tijdens de huisbezoeken en het aantal benodigde huisbezoeken te missen (McNaughton, 2004). Daarnaast is één artikel gevonden over de werkwijze van Vangnet Jeugd in vijf Nederlandse steden (Osté et al., 2008). En is één nog niet gepubliceerd artikel ontvangen van één van de auteurs over het inzetten en het effect van de interventie Bemoeizorg in de JGZ (Rots-de Vries et al., 2010).

Vangnet Jeugd

Het onderzoek naar de werkprocessen van de interventie Vangnet jeugd in vijf Nederlandse steden wordt beschreven in het artikel '*Werkwijze vangnet jeugd in vijf steden*' (Osté et al., 2008). Naast een documentenanalyse van jaarrapporten, protocollen, registratieformulieren, bestuurs-beleidsdocumenten, financiële rapportages, projectvoorstellen en evaluatierapporten zijn uitvoerenden en teamleiders geïnterviewd. Dit heeft geresulteerd in duidelijkheid over de gemeenschappelijke kern in de werkwijze en organisatie van Vangnet Jeugd (zie Figuur B3.16). Het doel is dat na het ontvangen van een zorgsignaal binnen vier maanden hulp- of zorgverlening is gevonden voor het betreffende gezin die aansluit bij de specifieke gezinssituatie en gericht is op zowel de ouders als het gezin. Knelpunten hierbij zijn wachtlijsten en beperkingen van hulpverlenende organisaties waardoor soms tijdelijk andere hulpverlening ingezet moet worden. In drie steden is Vangnet Jeugd onderdeel van de GGD, waarbij het in twee steden gepositioneerd is onder de afdeling JGZ. Meldingen lopen hier via de JGZ. Daarbij geeft één JGZ-organisatie expliciet aan dat het niet verschijnen van een kind ondanks het NVZB-beleid reden is voor aanmelding. Het gehele proces duurt drie tot vier maanden. Het aantal gezinnen dat bereikt is wordt vermeld, maar de genoemde aantallen zeggen echter niets over het percentage jeugdigen dat succesvol toegeleid is naar reguliere zorghulpverlening en weer in beeld is bij de JGZ dankzij de inspanningen van Vangnet Jeugd.

Uit cijfers van een JGZ-organisatie in Den Haag bleek van de 507 aanmeldingen in 2009 in 22,6 % van de gevallen het zorg mijden te zijn opgelost, 13 % van de gezinnen bereikbaar gemaakt en bij 10,85 % van de gezinnen het consultatiebureau betrokken te zijn (bron: verantwoording 2009 aan de gemeente Den Haag).

Bemoeizorg in de JGZ

Het artikel *'Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: intervention methods and early outcome'* (Rots-de Vries et al., 2010) beschrijft de resultaten van het evaluatieonderzoek van de interventie 'Bemoeizorg door de JGZ' toegepast in de *'preventive child healthcare system in the Netherlands'* met als doel de wetenschappelijke onderbouwing van de interventie. In drie JGZ-organisaties is onderzoek gedaan naar de kenmerken van de methodiek, de mate waarin de interventiedoelen gerealiseerd worden en de kenmerken van de gezinnen die de interventie ontvangen. Er is gebruikgemaakt van een triangulatie van onderzoeksmethoden: analyse van registratieformulieren, observatieonderzoek, semi-gestructureerde interviews en een surveyonderzoek naar klanttevredenheid.

Het blijkt dat 'Bemoeizorg in de JGZ' ingezet wordt na frequent niet verschijnen bij de JGZ of na signalen van derden, zoals het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) of de school. De doelgroep bestaat voor twee derde uit alleenstaande moedergezinnen, de helft is van allochtone afkomst (voornamelijk Marokkaans), en in de meeste gezinnen zijn de ouders langer dan drie jaar werkeloos. Het lukt om het contact te herstellen met deze gezinnen in gemiddeld 13,2 dagen en na gemiddeld 1,8 pogingen. In 52 % van de gevallen lukt het om overeenstemming met ouders te krijgen over de bedreigde ontwikkeling van hun kind. Bij de overige ouders lukt dat deels (37 %) of niet (11 %). Uiteindelijk wordt 84 % van de kinderen en 78 % van de ouders toegeleid naar reguliere zorg. Dankzij de outreachende zorg vindt ruim twee derde van de ouders de situatie verbeterd, een kwart de situatie onveranderd en een klein deel de situatie verslechterd. Ruim twee derde van de ouders vond de situatie verbeterd ten opzichte van voor de inzet van Bemoeizorg. Van belang is dat de JGZ-medewerker die contact probeert te leggen met de ouders (soms via het schoolplein) open staat voor het perspectief van het gezin. In de fase 'contact maken' bleek vooral praktische hulp gegeven te worden. Door eerst een aantal basisbehoeften te realiseren kon het vertrouwen van het gezin gewonnen worden en kwam er ruimte voor de volgende stap. Valkuil daarbij is dat de zorgverlener te lang blijft hangen in deze stap en daarmee het verdere proces vertraagt. Het gezinsplan wordt samen met het gezin gemaakt zodat rekening gehouden wordt met de behoeften van het hele gezin. Geconcludeerd wordt dat de laagdrempeligheid van de JGZ heeft bijgedragen aan het succes van de interventie en dat een goede werkrelatie met het gezin, zeker gezien de slechte ervaringen die de meeste gezinnen hebben met hulpverlening, essentieel is. Daarnaast wordt geconcludeerd dat een goede methodologische onderbouwing nodig is met de focus op de perceptie van het gezin en het empoweren van het gezin (Rots-deVries, 2010).

Conclusie literatuuronderzoek outreachende zorg

Gelet op de resultaten van het literatuuronderzoek kan de vraag *'Kan outreachende zorg zoals Bemoeizorg of Vangnet Jeugd bijdragen aan het bereiken van moeilijk bereikbare jeugdigen in risicosituaties'* positief beantwoord worden. Het evaluatieonderzoek naar de interventie 'Bemoeizorg in de JGZ' heeft harde cijfers opgeleverd die het effect van de interventie aantonen.

Alle kenmerken van de presentietheorie zijn terug te vinden in de werkwijzen van 'Vangnet Jeugd' en 'Bemoeizorg in de JGZ'. Hierdoor mag verwacht worden dat beide interventies kunnen bijdragen aan het in beeld hebben en bereiken van jeugdigen in probleemgezinnen door JGZ-organisaties.

Tabel B3.2 Kenmerken presentietheorie die zijn terug te vinden in de werkwijze Vangnet Jeugd en Bemoeizorg in de JGZ.

Kenmerk presentietheorie	Bemoeizorg in de JGZ	Vangnet jeugd
Beweging, plaats en tijd: de beroepskracht gaat naar de ander toe in plaats van omgekeerd, volgt de ander, heeft geen haast, er is sprake van langdurig contact.	Contact leggen, contact maken. Actief gezinnen opzoeken, soms zelfs via het schoolplein.	Actief gezinnen opzoeken.
Ruimte en begrenzing: integralisme, de beroepskracht is aanspreekbaar op meerdere type problemen, is gespecialiseerd in het ongespecialiseerde.	Er wordt rekening gehouden met de behoeften van het hele gezin.	Hulp is gericht op zowel de kinderen als de ouders.
Aansluiting: er wordt aangesloten bij de leefwereld en levensloop van betrokkenen, gesproken in alledaagse taal. Daarbij staat niet de jacht op problemen voorop.	Open staan voor perspectief gezin. Samen met gezin gezinsplan maken. Vertrouwen winnen is belangrijk.	De hulp sluit aan bij de specifieke gezinssituatie. Vertrouwen winnen is belangrijk.
Afstemmen en openstaan: het welzijn van de ander centraal zetten. Doelen liggen niet vast. Er is alleen een doelrichting.	Open staan voor perspectief gezin.	De hulp sluit aan bij de specifieke gezinssituatie.

De intensieve vormen van outreachende zorg ‘Vangnet Jeugd’ en ‘Bemoeizorg in de JGZ’ vertonen veel overeenkomsten. Beide interventies hebben als kern het proactief benaderen van probleemgezinnen, vertrouwen winnen door aan te sluiten bij de behoeften van de gezinnen en toeleiding naar reguliere zorg- en hulpverlening voor het hele gezin. Feitelijk zijn beide interventies een vorm van bemoeizorg bedoeld voor gezinnen.

B3.3 Twee innovatieve voorbeelden uit de JGZ-praktijk

JGZ-organisaties spannen zich niet alleen in om hun doelgroep te bereiken, maar zoeken ook naar innovatieve oplossingen. In deze paragraaf twee voorbeelden: het ouderportal van TZO de Friese Wouden (nu GGD Fryslân) en het onderzoek van GGD Amsterdam waarin de mening van ouders is gevraagd over een herinnering per sms. Het effect van deze innovaties op het verhogen van het bereik van de JGZ is nog niet onderzocht.

Ouderportal

In het Friese ouderportal kunnen ouders zelf afspraken plannen, inzien en wijzigen. Ouders krijgen een schriftelijk verzoek een contactmoment voor hun kind in te plannen. Het systeem bewaakt of dat ook daadwerkelijk gebeurt en geeft aan wanneer er nog geen afspraak gepland is. Wanneer ouders niet zelf een afspraak plannen wordt actief contact gezocht met de ouders. Om dit mogelijk te maken heeft de organisatie een geheel nieuw planningssysteem bedacht en ontwikkeld waarmee het gehele proces van planning, registratie en communicatie inclusief koppeling met de BackOffice, de ent-administratie en het DD JGZ geautomatiseerd wordt. Hierdoor hebben organisaties inzicht in het planningsproces en kunnen zij efficiënter plannen waardoor er meer tijd overblijft voor zorg aan jeugdigen. Dit project won in 2007 de JGZ-innovatieprijs (MHC plus, 2010; TZO de Friese Wouden, 2007).

Sms-herinnering

In een onderzoek van de GGD Amsterdam naar NVZB is aan ouders gevraagd wat het voor hen gemakkelijker zou maken naar een afspraak voor een contactmoment te komen. Spontaan noemden de ouders het sturen van een afspraak per sms (22 %), mogelijkheid om online afspraken te verzetten (7 %), bellen ter herinnering (6 %), een brief sturen ter herinnering (5 %), avondspreekuur verzorgen (6 %), werken met een afsprakenkaart (4 %), e-mail herinnering sturen (3 %) of in overleg met ouders een afspraak inplannen (3 %).

De specifieke vraag naar de mening van ouders over een sms ter herinnering of het online verzetten van een afspraak gaf het volgende resultaat:

- Sms: goed idee 60 %, geen goed idee 26 %, twijfel/weet het niet 14 %.
- Online verzetten van afspraak: goed idee 57 %, geen goed idee 32 %, twijfel/weet het niet 11 %.

Vooral middelbaar- en hoger opgeleide ouders denken dat de mogelijkheid tot het online verzetten van afspraken helpt. Uit hetzelfde onderzoek bleek ook dat ouders jeugdgezondheidszorg voor hun kind wel belangrijk vinden en dat de reden van (en oplossing voor) niet verschijnen daar dus niet gezocht moet worden (De Jong & Boers, 2009). De GGD Amsterdam is eind 2009 gestart met de sms-herinnering. De eerste resultaten zijn hoopvol.

Bijlage 4 Resultaten onderzoek samenwerking ketenpartners

In deze bijlage worden de resultaten behandeld van het onderzoek naar de mogelijkheden voor samenwerking met (keten)partners in het kader van het optimaliseren van het bereik van de JGZ.

B4.1 Samenwerking met verloskundigen en kraamverzorgenden

Voor de samenwerking met verloskundigen is de mening van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) gevraagd met betrekking tot de wijze waarop verloskundigen kunnen samenwerken met de JGZ om jeugdigen beter te bereiken en welke afspraken hiervoor nodig zijn. De KNOV doet daarbij de volgende voorstellen:

- De JGZ wordt door verloskundigen geïnformeerd over zwangere minderjarigen door middel van een warme overdracht, met toestemming van de cliënt.
- Een zwangere uit een probleemgezin wordt door de verloskundige besproken met JGZ.
- De JGZ kan verloskundigen benaderen als gezinnen moeilijk bereikbaar zijn. Een zwangere gaat bijna altijd wel naar de verloskundige toe.
- Verloskundigen en JGZ kunnen samen voorlichting geven over onderwerpen als ouderschap en borstvoeding. Dit biedt perspectieven om op een andere wijze in contact te komen met de doelgroep.

Om deze samenwerking te kunnen realiseren is er volgens de KNOV een structureel multidisciplinair eerstelijns overleg tussen JGZ, verloskundigen en huisartsen nodig. Verder moet afgesproken worden dat verloskundigen en JGZ contact met elkaar opnemen bij geconstateerde of potentiële problemen. Een en ander met inachtneming van de KNOV meldcode kindermishandeling.

Daarnaast is gebruikgemaakt van de (concept) multidisciplinaire richtlijn ‘Overdracht van gegevens van kraamzorg en verloskunde naar de jeugdgezondheidszorg’. In deze richtlijn wordt voor een aantal momenten tijdens zwangerschap en geboorte aangegeven wanneer overleg tussen verloskundigen en JGZ plaatsvindt en wanneer gegevens van de verloskundige en kraamverzorgende worden overgedragen aan de JGZ. Het doel hiervan is gezinnen richter en beter te kunnen ondersteunen. Overdracht van gegevens zorgt er ook voor dat de JGZ is geïnformeerd en de pasgeborene in zorg kan nemen. De richtlijn geeft de volgende momenten voor overleg en overdracht van gegevens aan:

- 32 weken zwangerschap: rond dit tijdstip vindt de intake door de kraamzorg plaats bij de aanstaande ouders thuis. In bijzondere of risicosituaties (bijvoorbeeld psychische problemen bij de moeder) neemt de verloskundige contact op met de JGZ. De JGZ kan een prenataal huisbezoek afleggen en zo nodig een ondersteuningsprogramma inzetten.
- Geboorte: de JGZ krijgt op basis van GBA-melding via de GGD of het RIVM melding van de geboorte. De verloskundige geeft de geboorte van kinderen van moeders zonder verblijfsvergunning door aan de JGZ.
- Kraamperiode: een gesignaleerd risico wordt in overleg tussen kraamverzorgende en verloskundige doorgegeven aan de JGZ. Het gaat om gegevens die voor de JGZ relevant zijn om de juiste zorg te leveren in het belang van het kind.
- Acht tot tien dagen na geboorte: afsluiten van de kraamperiode waarbij de verloskundige en de kraamverzorgende gezamenlijk de gegevens over onder meer zwangerschap, geboorte en sociale omstandigheden overdragen aan de JGZ (Beckers, 2010).

B4.2 Samenwerking met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven

Naast scholen zijn ook peuterspeelzalen en kinderdagverblijven een vindplaats van kinderen met risico's. Daarom is de mening van een aantal van deze instellingen verspreid over het land gevraagd over manieren van samenwerking en benodigde afspraken hiervoor in het kader van bereiken van zoveel mogelijk gezinnen. De vragenlijst is ingevuld door 24 directeuren, beleidsmedewerkers of managers van peuterspeelzalen en 4 directeuren en 2 beleidsmedewerkers van 6 kinderdagverblijven in grote steden, middelgrote en kleinere gemeenten en één respondent van de MOgroep (brancheorganisatie Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang). Uit de peiling blijkt:

- Op één na vinden alle respondenten van de peuterspeelzalen (PSZ) en de kinderdagverblijven (KDV) dat de JGZ periodiek overleg zou moeten hebben met hen over kinderen waar zorgen over zijn. Daarbij vinden de respondenten het nodig dat PSZ en KDV een contactpersoon aanstellen waarmee de jeugdverpleegkundige of jeugdarts kan overleggen. Bij de PSZ zijn op vier na alle respondenten en bij de KDV de helft van de respondenten van mening dat zij kinderen waarover zij zich zorgen maken moeten melden bij de JGZ. Eén respondent geeft aan liever gebruik te maken van bestaande structuren zoals een ZAT of dat de JGZ een afspraak moet maken om te overleggen, omdat ze niet op een onhandig tijdstip gebeld wil worden. Een andere respondent vindt dat de JGZ het initiatief moet nemen om met het KDV te overleggen.
- Van de respondenten vindt 65 % (PSZ) en 50 % (KDV) dat er op de peuterspeelzaal of het kinderdagverblijf een inloopsprekuur van de JGZ moet zijn voor ouders.
- 65 % van de PSZ-respondenten vindt dat leidsters ouders die niet naar de JGZ gaan kunnen motiveren wel te gaan. Opvallend genoeg vindt ruim 20 % minder het nodig dat PSZ bij de aanmelding bij ouders informeren of zij gebruikmaken van de JGZ. Vier PSZ-respondenten vinden dat zij ouders die geen gebruikmaken van de JGZ daarop kunnen aanspreken. De respondenten van de KDV delen deze mening niet helemaal; één respondent geeft aan bij plaatsing te willen informeren naar gebruik van de JGZ, een andere KDV-respondent zegt ouders te willen motiveren wanneer zij niet naar de JGZ gaan.
- Een derde van de PSZ-respondenten en een zesde van de KDV-respondenten is van mening dat PSZ/KDV-mutaties, zoals nieuwe kinderen, vertrekkende kinderen en verhuizingen door moeten worden gegeven aan de JGZ. Een aantal PSZ regelt de toestemming van ouders voor overdracht aan de JGZ via het aanmeldformulier voor de PSZ of informeren ouders van tevoren zodat zij binnen de kaders van de privacywetgeving blijven.
- Zes peuterspeelzalen hebben al samenwerkingsafspraken gemaakt met de JGZ en de rol van de JGZ bij het motiveren van ouders hun kind naar de PSZ te laten gaan. Daarbij heeft één PSZ de toeleiding geregeld via een convenant tussen de PSZ en de JGZ.

B4.3 Samenwerking met scholen

De JGZ heeft goede contacten met scholen. Samenwerking vindt bijvoorbeeld ook al plaats in de Zorg- en Adviesteams. Deze contacten zouden ook gebruikt kunnen worden in het kader van het bereiken van jeugdigen. Reden om scholen te vragen naar hun mening over hoe hiervoor samengewerkt kan worden met de JGZ en welke afspraken daarvoor nodig zijn. De PO-raad (brancheorganisatie voor primair onderwijs) heeft enige tijd na het verzoek de vragenlijst door te sturen naar vijftig scholen laten weten nooit op dit soort verzoeken in te gaan. De vragenlijst is wel door de PO-raad ingevuld waaruit blijkt dat zij van mening is dat samenwerking van de JGZ met scholen moet plaatsvinden via Zorg- en Adviesteams en dat het goed zou zijn als de JGZ een inloopsprekuur op scholen heeft. Daarbij is volgens de PO-raad nodig dat scholen een contactpersoon aanstellen met wie de jeugdarts of jeugdverpleegkundige kan overleggen. Ook de MBO-raad (brancheorganisatie Middelbaar Beroepsonderwijs) heeft de vragenlijst ingevuld. Zij zijn van mening dat de JGZ een inloopsprekuur

zou moeten hebben op MBO-scholen en dat MBO-scholen een contactpersoon voor de JGZ zouden moeten aanstellen.

De VO-raad (sectororganisatie voor schoolbesturen en scholen in het voortgezet onderwijs) heeft het verzoek de digitale vragenlijst in te vullen doorgestuurd naar vijftig scholen voor voortgezet onderwijs. Helaas is daar geen respons op gekomen.

B4.4 Samenwerking met Bureau Jeugdzorg

Wanneer de JGZ kan volgen wat er met jeugdigen gebeurt na verwijzing naar Bureau Jeugdzorg (BJZ) draagt dit bij aan het in beeld hebben van jeugdigen door de JGZ. Ten behoeve van het ‘Standpunt Samenwerking Jeugdgezondheidszorg en Bureau Jeugdzorg’ (Pijpers et al., 2010) is de mening van zowel professionals binnen de JGZ als BJZ gevraagd over onderlinge samenwerking. Respondenten uit beide werkvelden vinden zowel informatiedeling als afstemming belangrijk, maar signaleren dat dit niet altijd goed gebeurt: de informatie van de JGZ sluit niet altijd aan bij de informatiebehoefte van BJZ, hoewel de terugkoppeling naar de JGZ redelijk goed verloopt, moet de JGZ soms zelf navraag doen en de terugkoppeling na een indicatiebesluit door BJZ gebeurt zelden. Als mogelijke oorzaak hiervan wordt onbekendheid met elkaars werk genoemd. Ook geven de respondenten aan dat wanneer zowel JGZ als BJZ hulpverleners in het gezin samenwerking essentieel is. De kernaanbeveling is blijvend te investeren in de samenwerking en de samenwerking op lokaal c.q. regionaal niveau te verbeteren. Er wordt een aantal aanbevelingen gedaan die bijdragen aan het in beeld houden van jeugdigen door de JGZ:

- Investeren in het leren kennen van elkaars werkveld.
- Op landelijk niveau ontwikkelen van een digitaal overdrachtsformulier
- Standaard terugkoppeling naar de JGZ.
- Regionale afspraken over zorgcoördinatie.
- Ontwikkelen van een methodiek voor de samenwerking als één team voor en met het gezin zodat er afstemming plaatsvindt tussen hulpverleners die zich met het gezin bezighouden (Pijpers et al., 2010).

B4.5 Samenwerken met maatschappelijk werk

De MOgroep is gevraagd naar hun mening over de wijze waarop de JGZ kan samenwerken met maatschappelijk werk in het kader van het in beeld hebben en bereiken van jeugdigen en welke afspraken nodig zijn de samenwerking te realiseren. Zij zijn van mening dat maatschappelijk werkers ervan uit kunnen gaan dat wanneer hun cliënt kinderen heeft, deze bekend zijn bij de JGZ. Het zou goed zijn als de maatschappelijk werker dan navraagt wie vanuit de JGZ betrokken is bij het gezin zodat zo nodig contact gelegd kan worden. Tegelijkertijd is de JGZ geïnformeerd over de aanwezigheid van maatschappelijk werk in het gezin. Op organisatieniveau zouden afspraken gemaakt moeten worden over wanneer en hoe de JGZ en het maatschappelijk werk elkaar informeren binnen de kaders van de privacywetgeving. Daarnaast kan een maatschappelijk werker een kind melden in de Verwijsindex Risicjongeren zodat bij een match professionals contact met elkaar kunnen opnemen. Daarnaast maakt het maatschappelijk werk deel uit van een Zorg- en Adviesteam.

B4.6 Samenwerking met huisartsen

Via de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) is aan huisartsen gevraagd wat zij doen wanneer zij van de JGZ-organisatie bericht ontvangen dat ouders geen zorg willen van de JGZ. Nemen zij de preventieve zorg (deels) over of hangt dat af van de gezinssituatie (probleemgezin)? Daarnaast is gevraagd op welke wijze huisartsen en de JGZ kunnen samenwerken in het kader van het bereiken van moeilijk bereikbare kinderen door de JGZ en welk afspraken daarvoor nodig zijn.

De NHG geeft aan dat de huisarts als gezinsarts inzicht heeft in de achtergronden en omstandigheden van een gezin. Huisartsen kunnen echter na het ontvangen van de brief ‘geen deelname aan de JGZ’ niet de taken van de JGZ overnemen, omdat zij niet dezelfde werkwijze hebben als de JGZ. Huisartsen vinden het wenselijk dat wanneer ouders geen JGZ willen, de betrokken JGZ-professional indien nodig het initiatief neemt met hen te overleggen. Daarnaast zijn er lokale en regionale afspraken nodig, vooral over wederzijdse bereikbaarheid en informatie-uitwisseling. Gezien grote lokale en regionale verschillen in behandelmogelijkheden en organisaties is dat niet op landelijk niveau te regelen.

In het NHG Standpunt Huisartsenzorg en Jeugd (NHG, 2008) wordt gesteld dat samenwerking tussen huisartsen en JGZ bij voorkeur wijkgericht opgezet wordt. Voor het stimuleren hiervan zijn Samenwerkingsafspraken (LESA's) en de Handreiking Samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg beschikbaar. Aanbevolen wordt de huisarts te informeren over ontbrekende vaccinaties en ernstige gezinsproblematiek of grote gedrags- en psychologische problemen van het kind en te overleggen over de aanpak in de zorg zodat de inbreng van de huisarts kan worden benut en deze in contact met het kind en de ouder(s) een ‘vinger aan de pols’ kan houden (NHG, 2008).

Bijlage 5 Wet- en regelgeving

Bij de uitvoering van haar taken heeft de jeugdgezondheidszorg te maken met diverse wet- en regelgeving. Wat hiervan relevant is in het kader van bereik van de JGZ wordt hier kort beschreven.

Wet publieke gezondheidszorg

De Wet publieke gezondheidszorg (Wpg) is op 1 december 2008 in werking getreden en vervangt onder meer de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). In de wet wordt in hoofdstuk 2, paragraaf 2, artikel 5 aangegeven wat de taken zijn van de JGZ op het terrein van de publieke gezondheid voor 0-19 jarigen. De letterlijke wettekst (wetten.overheid.nl, 2009) is als volgt:

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Besluit publieke gezondheid

In het Besluit publieke gezondheid worden de taken op het gebied van de publieke gezondheid omschreven. In hoofdstuk 3 van dit besluit worden de gemeentelijke taken op het gebied van de JGZ uitgewerkt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen het uniform deel (aangeboden aan alle jeugdigen) en het maatwerkdeel (af te stemmen op de lokalenbehoeften) van het BTP (www.wetten.overheid.nl, 2009).

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

Het medisch beroepsgeheim is geregeld in de Wet BIG. Ook professionals die in de JGZ werken zijn verplicht tot geheimhouding van alles wat ze tijdens het werk te weten zijn gekomen over de jeugdige en/of zijn ouders. Het beroepsgeheim mag alleen doorbroken worden in bijzondere situaties. Bijvoorbeeld omdat schade aan de ander ermee kan worden voorkomen en er geen andere weg is om tot oplossingen te komen. Het heeft altijd de voorkeur om toestemming te krijgen van ouders en/of jongeren. Het beroepsgeheim geldt niet voor collega's onderling, mits zij bij de zorg voor een jeugdige zijn betrokken waardoor onderling overleg over de jeugdige mogelijk is. Ook zaken als voorbehouden handelingen (vaccinaties), registratie van beroepsbeoefenaren, titelbescherming en tuchtrecht worden in de wet BIG geregeld (wetten.overheid.nl, 2009).

Conflict van plichten

Een beroepskracht met een beroepsgeheim of een geheimhoudingsplicht kan in een situatie terechtkomen waarin geheimhoudingsplicht en zorg voor de cliënt met elkaar botsen. Het gaat om gevallen waarin de werker volgens de regels van zijn geheimhoudingsplicht niet met anderen over zijn cliënt mag spreken, terwijl zware belangen van de cliënt alleen gediend kunnen worden door wel te spreken. De werker zit in zo'n situatie knel: als hij spreekt, breekt hij zijn zwijgplicht, als hij zwijgt verleent hij niet die zorg die hij zou moeten verlenen. Daarom spreekt men van een 'conflict van plichten'. In dit soort klemmende gevallen kan een werker een beroep doen op overmacht. Hij zegt dan in feite: alleen door te spreken kan ik ernstig nadeel of gevaar voor mijn cliënt voorkomen.

Aan een beroep op overmacht worden nogal wat eisen gesteld. Het moet echt gaan om een uitzonderlijke situatie waardoor de werker in gewetensnood komt: 'Van overmacht lig je 's nachts wakker'! Of het echt om een overmachtsituatie gaat, kan de werker vaststellen aan de hand van de volgende vijf vragen;

1. Welk gerechtvaardigd doel wil ik bereiken met het geven van informatie?
2. Kan dit doel ook worden bereikt zonder dat ik die informatie aan een ander verstrek?
3. Is het mogelijk en verantwoord om toestemming van mijn cliënt te vragen voor de gegevensverstrekking en zo ja, heb ik alles gedaan om toestemming te krijgen?
4. Is het ernstig nadeel dat ik voor mijn cliënt wil afwenden zo zwaar dat dit opweegt tegen het belang dat de cliënt heeft bij geheimhouding?
5. Als ik besluit om te spreken, welke informatie heeft de beroepskracht waar ik informatie aan verstrek echt nodig om het ernstig nadeel voor de cliënt af te wenden?

Kader B5.1 Conflict van plichten (uit: Janssen, 2003).

Verdrag voor de Rechten van het Kind

Op 20 november 1989 is het Verdrag voor de Rechten van het Kind in een algemene vergadering van de Verenigde Naties aangenomen. Inmiddels hebben 193 landen, waaronder Nederland, het verdrag geratificeerd, wat betekent dat ook Nederland zich aan de afspraken in het verdrag moet houden. In het verdrag staan 54 artikelen die de rechten van het kind beschrijven, bijvoorbeeld het recht op gezondheidszorg, onderwijs en een veilige plek om te wonen en te spelen. De rechten gelden voor alle kinderen. Overheden, instanties en volwassenen moeten beslissingen altijd in het belang van het kind nemen (Unicef, 2001).

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl



rivm

Rapportnummer 295001015/2010

G. Dunnink

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl



rivm

Rapportnummer 295001015/2010

G. Dunnink

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl



rivm

Rapportnummer 295001015/2010
G. Dunnink

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

RIVM
Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu
Centrum Jeugdgezondheid
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl





rivm

Rapportnummer 295001015/2010
G. Dunnink

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

RIVM
Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu
Centrum Jeugdgezondheid
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

07533986 © Hol



rivm

Rapportnummer 295001015/2010
G. Dunnink

Standpunt Bereik van de jeugdgezondheidszorg

RIVM
Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu
Centrum Jeugdgezondheid
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl



hollandse hoogte

hollandse hoogte

rivm

Rapportnummer 295001015/2010

G. Dunnink

Standpunt

Bereik van de jeugdgezondheidszorg

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl