

Een stevig fundament

Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg



Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Samenvatting | 3 |
| 1. Aanleiding/opdracht | 6 |
| 2. Inleiding | 8 |
| 3. Geschiedenis BTP en huidige situatie | 10 |
| 4. Wettelijk kader JGZ | 12 |
| 5. Overwegingen commissie | 15 |
| 5.1 Opvattingen over gezondheid en de taakopvatting van de JGZ | 16 |
| 5.2 Hoe maak je keuzes en afwegingen voor het pakket | 18 |
| 5.3 Omgaan met uniformiteit | 21 |
| 5.4 Afbakening en aansluiting met Jeugdwet | 23 |
| 5.5 Afbakening werkveld | 25 |
| 5.6 Samenwerking met andere sectoren | 30 |
| 6. Advies nieuw basispakket JGZ | 32 |
| 6.1 Visie commissie | 32 |
| 6.2 Basispakket JGZ op hoofdlijnen | 37 |
| 6.3 Specificatie taken en pakket | 38 |
| 7. Aanbevelingen | 40 |
| Begrippenkader | 41 |
| Afkortingen | 45 |
| Literatuuroverzicht | 46 |
| Bijlage 1: Samenstelling Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ | 48 |
| Bijlage 2: Wet publieke gezondheid | 49 |

Samenvatting

Bij de stelselherziening jeugd komt alle zorg voor jeugd onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg is ervoor gekozen om een preventief basispakket, met activiteiten die uit volksgezondheidsbelang aangeboden moeten worden aan alle kinderen, op te nemen in de Wet publieke gezondheid. De staatssecretaris van VWS heeft de Commissie Evaluatie Basistakenpakket JGZ ingesteld om op basis van de stand van de wetenschap en maatschappelijke ontwikkelingen het huidige basistakenpakket JGZ te evalueren en te adviseren over een nieuw preventief basispakket JGZ. In dit advies doet de commissie hiervoor een voorstel.

In het advies is aangesloten bij ontwikkelingen in de JGZ, de stelselherziening jeugd, veranderende opvattingen van ouders, veranderende opvattingen over gezondheid en ziekte en veranderingen in de context van kinderen binnen gezinnen en in hun leefomgeving. Er is gekeken naar het huidige wettelijk kader en de aansluiting bij de concept Jeugdwet. Ook heeft de commissie TNO, Nji en NCJ gevraagd de wetenschappelijke onderbouwing van het basistakenpakket JGZ te beschrijven.

De commissie hanteert als uitgangspunt dat gekeken moet worden naar wat kinderen nodig hebben om gezond op te groeien, zich aan te passen, zelfredzaam te zijn en deel te nemen aan de maatschappij en naar wat ouders nodig hebben om hun kind gezond op te voeden. De JGZ vormt een belangrijk onderdeel van de publieke gezondheidszorg en opereert vanuit een sociaal-medische invalshoek. De JGZ werkt populatiegericht en preventief en dient daarom alle kinderen in beeld te hebben. Essentieel vindt de commissie een brede, integrale beoordeling van het kind, waarbij

lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve aspecten worden bekeken, in samenhang met het sociale en fysieke leefmilieu van het kind (gezin, onderwijs en vrije tijd). Jeugdgezondheidszorg dient zich naar het oordeel van de commissie niet alleen te beperken tot op het individu gerichte zorg. Juist het feit dat de JGZ alle kinderen en jongeren in beeld heeft, stelt haar in staat ook vanuit een collectief en omgevingsgericht perspectief naar gezondheid, ontwikkeling en welbevinden van de jeugd te kijken. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot beleidsadvisering.

De kern van het basispakket JGZ moet bestaan uit het actief en op initiatief van de JGZ ter beschikking stellen van: vaccinaties, screeningen, monitoring en signalering. Hoewel dergelijke activiteiten beschikbaar moeten zijn voor alle kinderen/jongeren, kan de uitvoering ervan per kind/jongere variëren. Dit is afhankelijk van de specifieke situatie van kind, gezin en omgeving en de behoefte van ouders en kinderen.

Waar nodig vindt voorlichting, begeleiding en toeleiding naar zorg plaats. Met uitleg en advies kan de JGZ ontzorgen en normaliseren, bijdragen aan het versterken van eigen kracht en onnodige medicalisering helpen tegengaan. Hierdoor kan enerzijds worden voorkomen dat alledaagse problemen ten onrechte bij zware, specialistische zorg terecht komen en anderzijds kan worden voorkomen dat problemen ten onrechte niet behandeld worden, waardoor in een later stadium juist een extra beroep op gespecialiseerde zorg moet worden gedaan. Het verlenen van deze extra zorg of hulp behoort niet tot het basispakket van de JGZ. Wanneer geconstateerd wordt dat verdere zorg of begeleiding nodig is, behoort de toeleiding daartoe wél tot de basistaken. De gemeenten krijgen volgens de concept Jeugdwet de vrijheid en verantwoordelijkheid om te bepalen wie deze zorg moet leveren. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om JGZ-medewerkers ook interventies of intensievere begeleiding waarvoor ze deskundig zijn te laten uitvoeren.

De activiteiten uit het basispakket JGZ zijn bij voorkeur gekoppeld aan contactmomenten, die zowel individueel als per groep of digitaal kunnen plaatsvinden. Niet voor iedereen zal precies hetzelfde aantal contactmomenten nodig zijn. Hoewel de commissie niet is gevraagd te adviseren over aantallen contactmomenten gaat de commissie er wel vanuit dat daarin een zekere bandbreedte noodzakelijk is, afhankelijk van de zorgbehoefte van een kind/jongere.

Het is van belang dat de JGZ haar taken steeds meer uitvoert in samenwerking en afstemming met andere organisaties en professionals. De aard van die samenwerking varieert uiteraard per leeftijdsfase. Belangrijke partners van de JGZ zijn de gezondheidszorg, de jeugdhulp en het onderwijs. De contacten met deze partners zijn noodzakelijk voor goede samenwerking in de keten en kunnen bijdragen aan het beter of sneller signaleren van problemen en aan normalisering.

De commissie heeft de taken voor het basispakket JGZ opnieuw op hoofdlijnen geformuleerd, in terminologie die aansluit bij de gewenste veranderingen. De belangrijkste veranderingen ten aanzien van de bestaande situatie zijn:

- Preventieve voorlichting, normaliseren en ramen van de zorgbehoefte worden opgenomen in het basispakket.
- Specifieke programma's en activiteiten voor individuele hulp of zorg worden niet opgenomen in het basispakket.
- Beleidsadvisering wordt opgenomen in het basispakket.
- Het uitvoeren van collectieve maatregelen op basis van beleidsadvisering door de JGZ wordt niet opgenomen in het basispakket.

Op basis van de beschikbare onderbouwing zijn de onderdelen van het basispakket gespecificeerd. Tot slot doet de commissie enkele aanbevelingen voor de toekomst.

1

Aanleiding/ opdracht

De voorbereidingen voor de stelselherziening jeugd zijn in volle gang. Alle zorg voor jeugd zal hierbij onder verantwoordelijkheid van de gemeente komen te vallen. In het kader van de stelselherziening jeugd is onderzoek uitgevoerd naar de wettelijke positionering van de jeugd-gezondheidszorg (JGZ). Vraag daarbij was of de JGZ geheel of gedeeltelijk moet komen te vallen onder de nieuwe Jeugdwet of dat de huidige positionering binnen de Wet publieke gezondheid (Wpg) het meest geschikt is. Het advies van de onderzoeker was om een “basisaanbod aan preventie” vast te leggen in een wettelijke regeling, zodat dit te allen tijde voor kinderen en jongeren (en hun opvoeders) beschikbaar is. De inhoud en omvang van het basisaanbod zal na onafhankelijk advies door het Rijk vastgesteld kunnen worden (Anker 2011).

In de beleidsbrief stelselwijziging jeugd ‘Geen kind buiten spel’, die op 8 november 2011 naar de Tweede Kamer is verstuurd is het volgende aangegeven: “We nemen het advies over om een preventief gezondheidszorgpakket voor alle kinderen in Nederland wettelijk vast te leggen. Dit pakket bestaat uit de programma’s en activiteiten die we vanuit volksgezondheidsbelang aan alle kinderen actief en op identieke wijze willen aanbieden via de JGZ. Wij denken hierbij in ieder geval aan de uitvoering van medische screeningen en het rijksvaccinatieprogramma. Vanwege de inhoudelijke samenhang met de andere onderwerpen in de Wet publieke gezondheid en het karakter van die wet kiezen wij ervoor om – in lijn met het advies – dit pakket te borgen in de Wet publieke gezondheid. De activiteiten van de jeugdgezondheidszorg die niet uniform aan alle kinderen worden aangeboden, maar naar gelang de lokale situatie, willen wij – eveneens in lijn met het advies – onderbrengen in het nieuwe wettelijke

stelsel voor jeugd. Het gaat dan vooral om activiteiten waar lokale beleidsvrijheid en samenhang met andere activiteiten in het jeugddomein van essentieel belang is” (VWS 2011).

Om te komen tot een nieuw preventief gezondheidszorgpakket voor alle kinderen in Nederland is de commissie Evaluatie Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg ingesteld. De commissie is breed samengesteld en beschikt over expertise op het gebied van medische en verpleegkundige aspecten van de jeugdgezondheidszorg, sociale geneeskunde, kindergeneeskunde, psychologie en (ortho)pedagogiek (de samenstelling van de commissie is opgenomen in bijlage 1). De commissie is gevraagd om een evaluatie uit te voeren van het huidige basistakenpakket JGZ. Verzoek is om op basis van de stand van de wetenschap en relevante maatschappelijke ontwikkelingen een herbeoordeling/verdeling te maken van de huidige taken zoals die nu zijn opgenomen in het basistakenpakket en te adviseren welke JGZ-activiteiten vanuit volksgezondheidsbelang aan alle kinderen en jeugdigen in Nederland uniform aangeboden moeten worden. Uitgangspunt daarbij was het basistakenpakket JGZ zoals vastgelegd in de Wpg en uitgewerkt in het ABC rapport (Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar). Het gaat bij het advies uitsluitend om de activiteiten en niet om de momenten waarop deze moeten worden uitgevoerd of het type professional (arts of verpleegkundige) dat de taken moet uitvoeren. Er lopen andere trajecten om te kijken welke flexibilisering daarin mogelijk is. Ook advisering over de inhoud van het Rijksvaccinatieprogramma en van de hielprikscreening behoort niet tot de opdracht van de commissie. Advisering hierover is een taak van de Gezondheidsraad.

Het voorliggende advies heeft als doel een analyse te maken en een voorstel te doen ten behoeve van het vaststellen van een basispakket jeugdgezondheidszorg met preventieve activiteiten die voor alle kinderen in Nederland beschikbaar moeten zijn.

Het voorliggende advies heeft als doel een analyse te maken en een voorstel te doen ten behoeve van het vaststellen van een basispakket jeugdgezondheidszorg met preventieve activiteiten die voor alle kinderen in Nederland beschikbaar moeten zijn.

2

Inleiding

Uit onderzoek naar belangrijke successen van preventie in de afgelopen 40 jaar blijkt dat de JGZ zeer succesvol is. De screenings¹ en monitoring van de JGZ op o.a. hartafwijkingen, heupafwijkingen, oogafwijkingen en gehoorstoornissen voorkomen jaarlijks 20 sterfgevallen en zorgen ervoor dat 2200 kinderen zich beter kunnen ontwikkelen. De vaccinaties die de JGZ geeft voorkomen jaarlijks 6000 ziektegevallen en 50 sterfgevallen. De hieprikscreening spoort jaarlijks 200 kinderen op die zonder behandeling ernstig gehandicapt of overleden zouden zijn en jaarlijks worden ruim 150 kinderen behoed voor wiegendood (Mackenbach 2011).

(Kosten)effectiviteit JGZ

In 2007 is door Verloove en Reijneveld gekeken naar de kosten en de effectiviteit van de JGZ. De kosten van de totale JGZ werden op dat moment geschat op € 433 miljoen per jaar. Er zijn op dat moment 38 bewezen effectieve preventieprogramma's, waarvan 11 vaccinaties, 21 screenings (onder andere via de hiepriks) en advisering op 6 onderwerpen. Als alle kosten worden toegerekend aan deze 38 bewezen effectieve programma onderdelen (en alle nog niet bewezen effectieve onderdelen "gratis" worden geleverd) blijkt het totale programma van de JGZ zeer doelmatig. Elk van de 38 programmaon-

¹ In de JGZ wordt de term screening gebruikt voor: vroegtijdige opsporing van risicofactoren voor ziekten om ziekten te voorkomen of vroegtijdige opsporing van ziekten om tijdig te kunnen behandelen en verergering van de ziekte zo veel mogelijk tegen te gaan.

derdelen kost € 11,4 miljoen. Als wordt uitgegaan van een bereik van 95% bij 3,8 miljoen kinderen komt het basistakenpakket ten goede aan 3,6 miljoen kinderen. Per kind kost het pakket dan € 120 per jaar, oftewel € 3 per kind per programmaonderdeel per jaar (Verloove en Reijneveld 2007).

Ook Actiz heeft in 2012 een onderzoek laten uitvoeren naar de kosteneffectiviteit van de JGZ. In dit rapport worden 17 taken van de JGZ, waarvan 11 vaccinaties uit het RVP en 6 screenings, geanalyseerd op kosteneffectiviteit. Er is uitgegaan van € 433 miljoen per jaar aan kosten die worden uitgegeven aan de JGZ. Bij elkaar leveren de geanalyseerde interventies volgens het onderzoek € 5,6 miljard op. Uit het onderzoek blijkt dat de vaccinaties de grootste bijdrage leveren aan de gezondheidswinst en de economische winst van de JGZ. Het resultaat van de JGZ is daarmee gelijk aan € 5,2 miljard per jaar. Volgens deze berekeningen levert iedere euro die jaarlijks in de JGZ wordt geïnvesteerd € 11 op. Dit effect wordt vooral bereikt door de bijdrage die geleverd wordt aan het verdienvermogen van burgers door een langere gezonde levensduur, maar ook als alleen naar het effect op de gezondheidszorg wordt gekeken is dit positief. In totaal zorgt de JGZ voor ruim 200.000 gewonnen gezonde levensjaren per jaar, wat er op neerkomt dat alle inwoners van Nederland 1 jaar van hun gezonde levensverwachting te danken hebben aan de JGZ (Dam 2012).

Uit onderzoek naar belangrijke successen van preventie in de afgelopen 40 jaar blijkt dat de JGZ zeer succesvol is.

Tevredenheid ouders

Over het algemeen lijken ouders tevreden te zijn over de dienstverlening van de JGZ. Dit blijkt uit klanttevredenheidsonderzoeken van het CBS (2005) en van verschillende organisaties die de JGZ uitvoeren. Ouders geven de hulpverlening door jeugdarts, jeugdverpleegkundige, assistent en het consultatiebureau als geheel een ruime voldoende. Ouders beschouwen de JGZ medewerkers als deskundig en het bezoek aan het consultatiebureau als nuttig. Ouders van oudere kinderen waarderen de hulp van de JGZ ook met een ruime voldoende en beoordelen het JGZ personeel als deskundig. Daarnaast zijn er ook ouders die kritischer zijn over de JGZ. Zo is er bijvoorbeeld kritiek op het gebruik van vragenlijsten zoals bij het programma “samen starten” waarbij men sommige vragen ervaart als strijdig met de privacy. Als verbeterpunten wordt door ouders onder andere genoemd de wachttijden voor het consult, het flexibel omgaan met het maken van afspraken, de eenduidigheid van adviezen, de continuïteit van zorg en de terugkoppeling van het consult als de ouders er niet bij geweest zijn (ZorgDNA 2012, STMR 2011, JGZ Gooi en Vechtstreek 2011, CBS 2005, TNO 2006, Gemeente Amsterdam 2011, GGD Hollands Noorden 2011). Over de tevredenheid van jongeren met de JGZ is op dit moment weinig bekend.

3

Geschiedenis BTP en huidige situatie

De JGZ bestaat meer dan honderd jaar en is in die tijd vanzelfsprekend steeds van karakter veranderd. Steeds stonden andere bedreigingen van de gezondheid van het kind centraal in de werkwijze van de JGZ. Aanvankelijk waren de gevolgen van armoede, (onder)voeding, slechte hygiëne en infectieziekten centrale thema's. Momenteel gaat veel aandacht naar (over)voeding, nieuwe infectieziekten en leefstijlproblemen. Uit een evaluatie van de JGZ in 1996 bleken grote verschillen in de uitvoering van de JGZ. Zo was verschil te vinden in het aantal onderzoeken, onderwerpen van monitoring en screening en momenten waarop deze plaatsvonden. De JGZ van 0-4 jaar werd uitgevoerd door 60 thuiszorgorganisaties en gefinancierd vanuit de AWBZ. De JGZ van 4-19 jaar werd uitgevoerd door 51 schoolartsendiensten (GGD'en) en gefinancierd vanuit het gemeentefonds. Ook was er toen nog sprake van een eigen bijdrage van 55 gulden voor de thuiszorg. Inhoudelijk zit de JGZ dan in een soort overgangperiode, vaccinaties, monitoring en screenings (hielprik, ogen, oren en motoriek) waren er al, met daarnaast advisering over bijvoorbeeld voeding, slapen, zindelijkheid en dwars gedrag van peuters, de "peuterpubertijd". Langzamerhand besteedde de JGZ ook meer aandacht aan de meer "modernere" problemen zoals overgewicht, alcohol, drugsgebruik, roken en gokken. Ook is er nu meer aandacht voor psychosociale problemen en er is meer bekend over aandoeningen als ADHD, autisme en depressie bij kinderen. Daarbij is er meer aandacht voor de afstemming met relevante andere sectoren zoals zorg, onderwijs en jeugdbeleid. Ook medische onderdelen van de JGZ zijn uitgebreid: er zijn meer vaccinaties bij gekomen en er worden meer ziekten onderzocht via de hielprik.

In 2003 zijn de aanbevelingen van de evaluatie van 1996 neergelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (voorloper van de Wet publieke gezondheid) en is het basistakenpakket (BTP) ingevoerd. De gehele JGZ van 0-19 jaar, inclusief de financiering, is onder verantwoordelijkheid van de gemeenten gebracht. In 2006 is weer een evaluatie uitgevoerd waarbij geconcludeerd werd dat in de drie jaar sinds het vastleggen van de JGZ in de Wcpv 80% van de organisaties het BTP daadwerkelijk uniform uitvoerde. De inhoud van het maatwerk werd door de gemeente en/of de organisaties bepaald en kwam meestal tot stand op basis van gemeentelijk jeugdbeleid en signalen uit het werkveld. Bijna alle uitvoeringsorganisaties voerden structureel overleg met de gemeenten (TNO 2006).

In 2008 is het ABC rapport (RIVM 2008) opgesteld. Het rapport geeft een overzicht van de activiteiten die zijn ondergebracht in het uniforme deel van het BTP en de contactmomenten waarop deze worden uitgevoerd. In 2008 werd de Wet collectieve preventie volksgezondheid vervangen door de Wet publieke gezondheid.

Steeds stonden andere bedreigingen van de gezondheid van het kind centraal in de werkwijze van de JGZ.

Het Rijk is op grond van de Wpg verantwoordelijk voor het definiëren van landelijke prioriteiten voor gezondheidsbeleid en voor het onderhouden van een adequate kennisinfrastructuur. Voor de uitvoering van het BTP worden door de professionals in de JGZ wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen opgesteld. In 1998 werd de eerste richtlijn (destijds nog standaard genoemd) gepubliceerd. Toen er steeds meer voor de JGZ relevante richtlijnen verschenen, heeft VWS er voor gekozen om de ontwikkeling en implementatie op dat moment in een apart programma bij ZonMw onder te brengen en te financieren. In een aantal andere sectoren worden richtlijnen door het veld zelf gefinancierd en ontwikkeld. Het ZonMw-programma Richtlijnen Jeugdgezondheid 2007-2012 heeft geleid tot vijftien richtlijnen, waarvan er nog een aantal in ontwikkeling is (NCJ 2012). De IGZ gebruikt de richtlijnen als professionele standaarden en toetst op basis hiervan of de geleverde zorg van goede kwaliteit is.

De komende jaren wordt het aantal richtlijnen voor professionals in de JGZ verder uitgebreid vanuit het ZonMw programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018. Nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld en waar nodig worden oude richtlijnen herzien. In het kader van dit programma is een programmeringstudie uitgevoerd. De studie levert een wetenschappelijke stand van zaken op met een overzicht van onderwerpen die voor richtlijnontwikkeling in de JGZ in aanmerking komen en van onderwerpen die nader onderzoek behoeven (ZonMw 2012).

4

Wettelijk kader JGZ

Op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) heeft de gemeente de taak om zorg te dragen voor de uitvoering van de JGZ. In artikel 1 van de Wpg wordt de JGZ omschreven als: “gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen ten behoeve van personen tot negentien jaar, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten”.

In de nota van toelichting bij het huidige Besluit publieke gezondheid is aangegeven: “De JGZ heeft als doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. Bij de uitvoering staat naast het kind/de jongere ook de opvoeder centraal en wordt rekening gehouden met de omgeving waarin het kind/de jongere opgroeit. De ontwikkeling van kinderen en jongeren wordt gevolgd om tijdig verstoringen te signaleren en zo nodig in te grijpen”.

De JGZ heeft als doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren.

De Wpg (2008) benoemt in artikel 5 de basistaken van de JGZ, dit betreft:

- 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 het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) (situatie 2008, later uitbreiding hielprik tot 17 ziekten) en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma,
- d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
- e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Deze basistaken worden verder uitgewerkt in het Besluit publieke gezondheid. In het besluit wordt onderscheid gemaakt tussen het uniforme deel en het maatwerkdeel van het basistakenpakket. De taken a en c en een deel van b vormen het uniforme deel. Het uniforme deel moet aan alle kinderen worden aangeboden. De taken d en e en een deel van b vormen het maatwerkdeel. Ook het maatwerk moet door gemeenten worden uitgevoerd maar dit moet worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de jeugdigen alsmede op basis van de lokale of regionale situatie. Daarnaast is in de nota van toelichting opgenomen dat de JGZ moet worden uitgevoerd volgens overeen te komen professionele richtlijnen. Hiermee wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd. De IGZ toetst de kwaliteit op basis van de richtlijnen en ziet er op toe dat alle gemeenten het basistakenpakket uitvoeren.

Het rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de hielprik zijn in artikel 5c uitgezonderd van de basistaken van de JGZ. Uitvoering van het RVP vindt wel plaats tijdens de contactmomenten van de JGZ en door JGZ-professionals. De hielprik wordt ook in een groot deel van het land uitgevoerd door de JGZ, tegelijk met de neonatale gehoorscherming.

Met de stelselwijziging jeugd zal het onderscheid tussen uniform en maatwerk in het basistakenpakket verdwijnen. Het nieuwe basispakket JGZ voor alle jeugdigen wordt geborgd in de Wpg. Activiteiten van de JGZ die niet in het nieuwe pakket worden opgenomen zijn niet geborgd maar kunnen door gemeenten wel worden aangeboden op basis van de nieuwe Jeugdwet onder de noemer jeugdhulp. Uitvoering kan dan ook door de JGZ plaatsvinden, maar de gemeente heeft hier keuzevrijheid in.

De relatie van de JGZ met de curatieve gezondheidszorg verandert niet door de stelselwijziging jeugd. De JGZ kan signaleren op basis van monitoring of screening en indien nodig doorgeleiden naar de huisarts of (als hierover afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraars) rechtstreeks naar een medisch specialist. Zorg wordt dan verleend op basis van de Zorgverzekeringswet.

In de Wet publieke gezondheid is niet opgenomen welke professional de JGZ moet uitvoeren. Wel zijn in artikel 15 van de wet en artikel 17 van het besluit deskundigheidseisen opgenomen voor artsen, verpleegkundigen en gedragswetenschappers die de JGZ uitvoeren. Daarmee wordt de kwaliteit van de uitvoering gegarandeerd.

In bijlage 2 zijn de voor de JGZ relevante artikelen uit de Wet en het Besluit publieke gezondheid en de nota van toelichting opgenomen.

Naast de Wpg heeft de JGZ ook te maken met de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). De Wgbo is onderdeel van het Burgerlijk wetboek en regelt de verhouding tussen arts en patiënt tijdens de hulpverlening. Op grond van de Wgbo is de jeugdarts een behandelaar omdat hij medische handelingen verricht bij een persoon om deze voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen. De JGZ voert geen activiteiten uit om iemand van een ziekte te genezen. De hulpverlener heeft de plicht om informatie te geven, alleen een behandeling te geven als een cliënt daarvoor toestemming heeft gegeven, een dossier bij te houden, de privacy te beschermen en heeft een geheimhoudingsplicht. Ouders en jongeren hebben recht op informatie, mogen het dossier inzien en correctie, aanvulling of verwijdering van gegevens in het dossier vragen. De Wet BIG regelt registratie van beroepsbeoefenaren, titelbescherming, voorbehouden handelingen (vaccinaties) en tuchtrecht. De Wbp regelt de bescherming van privacy van burgers door het stellen van regels bij het registreren van persoonsgegevens.

5

Overwegingen commissie

De JGZ heeft zich in de loop der jaren bewezen en levert een belangrijke bijdrage aan het gezond opgroeien van kinderen en leidt tot gezondheidswinst. Ook ouders waarderen de JGZ, al zijn er de laatste jaren ook kritische geluiden te horen. Ouders zijn mondiger geworden en willen dat de zorg meer aansluit bij hun eigen behoeften. Ze willen dat de JGZ naast hen staat en met hen mee denkt. De JGZ moet meegaan met zijn tijd en zich aanpassen aan veranderingen in de context, medische en maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende opvattingen over gezondheid en ziekte.

Ook andere ontwikkelingen vragen om een omslag in het denken. De stelselherziening jeugd gaat uit van meer preventie en ondersteuning, versterken van eigen kracht, ontzorgen en normaliseren en een integrale aanpak op maat. De veranderende visie op het omgaan met gezondheid en ziekte is de laatste tijd op diverse plaatsen verwoord. Het RMO-rapport “Ontzorgen en normaliseren” biedt hier verdere kaders voor (RMO 2012). In de discussienota van de RVZ “Zorg voor je gezondheid” wordt de gedachte verwoord dat er een omslag moet komen van ‘zorg en ziekte’ naar ‘gedrag en gezondheid’

*Niet meer alleen kijken naar ziekten en aandoeningen
maar naar gezondheid en wat kinderen en ouders nodig
hebben om gezond te kunnen opgroeien en opvoeden.*

(RVZ 2010). Het boek “De gezondheidsepidemie” voegt daar nog ‘mens en maatschappij’ aan toe (Polder et al. 2012). In het nieuwe basispakket JGZ moet deze omslag in denken ook tot uitdrukking komen. Niet meer alleen kijken naar ziekten en aandoeningen maar naar gezondheid en wat kinderen en ouders nodig hebben om gezond te kunnen opgroeien en opvoeden. Hiervoor is een cultuuromslag nodig en wordt bijvoorbeeld van professionals gevraagd om meer in gesprek te gaan met en te luisteren naar kind/jongere en ouders. Bij deze omslag moeten wel het bijzondere karakter en de sterke punten van de JGZ behouden blijven.

5.1 Opvattingen over gezondheid en de taakopvatting van de JGZ

De opvattingen over wat gezondheid is zijn in de loop der jaren veranderd en aangepast aan ontwikkelingen in de maatschappij. Lange tijd werd gezondheid gezien als “de afwezigheid van ziekten en andere gebreken” (Gezondheidsraad 2010). In deze opvatting is gezondheid beperkt tot een biomedisch model, waarbij de aandacht uit gaat naar somatische aspecten en gericht is op het individu. Daarbij paste een taakopvatting van de JGZ die gericht was op de lichamelijke ontwikkeling en het fysiek gezond opgroeien van jeugdigen, in het bijzonder van zuigelingen, peuters en basisschoolkinderen (NCJ 2012).

In 1948 heeft de WHO gezondheid gedefinieerd als “een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken” (WHO 1948). Het werkveld van de JGZ heeft zich in overeenstemming hiermee ontwikkeld van de traditioneel individueel medische oriëntatie tot een veld met aandacht voor het gezond en veilig opgroeien in deze brede opvatting: fysiek, psychisch, sociaal en cognitief. Daarbij wordt steeds meer aandacht besteed aan het kind en zijn omgeving, de maatschappelijke context en een collectieve benadering. Hierin is sprake van een biopsychosociaal model waarin naast het biomedische ook aandacht is voor psychologische en sociale aspecten. Het biopsychosociale model (Engel, 1977) is bedoeld om tot een beter begrip te komen van gezondheid en ziekte. Het gaat ervan uit dat het ontstaan, voortbestaan en herstel van een klacht uitkomsten zijn van een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Soms kan dit betekenen dat meer aandacht nodig is voor het kind/de jongere zelf en soms voor (risico) factoren uit de omgeving, bijvoorbeeld wanneer de omgeving niet voldoet aan alle opvoedingseisen waardoor het kind niet de kans krijgt om zich goed te ontwikkelen.

In 2011 is een nieuwe definitie van gezondheid gepubliceerd, ontwikkeld op basis van een internationale conferentie georganiseerd door de Gezondheidsraad en ZonMw (Huber 2011). Hier is gezondheid gedefinieerd als “the ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges.” In deze definitie komen het vermogen tot aanpassing en zelfmanagement en daarmee de mogelijkheden voor participatie in de samenleving sterk naar voren. Uitgaande van deze definitie kan de JGZ zich verder ontwikkelen en nieuwe manieren zoeken om kinderen/jongeren te ondersteunen in hun mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving.

Ook de rechten van het kind bieden aanknopingspunten voor een visie op hoe je gezondheid en de rol van de JGZ kunt zien (IVRK 1990). Zo moet volgens het IVRK het belang van het kind voorop staan, heeft het kind recht op informatie die zijn of haar welzijn en gezondheid bevordert en heeft het recht op de best mogelijke gezondheid en gezondheidszorgvoorzieningen. In vrijwel alle stukken waarin een visie op de JGZ wordt aangegeven wordt verwezen naar de rechten van het kind als uitgangspunt voor de taken van de JGZ. Uitgaan van de rechten van het kind leidt tot een brede opvatting van wat je kinderen aan moet bieden en tot een brede opvatting van gezondheid en de taken van de JGZ. In de huidige praktijk wordt door de JGZ gewerkt met een brede opvatting van gezondheid. Dat blijkt ook uit de bevinding dat een groot deel van de door de JGZ gesignaleerde problemen momenteel psychosociaal van aard is (opvoedings- en gedragsproblemen).

JGZ is publieke gezondheidszorg

De JGZ is onderdeel van de publieke gezondheidszorg. Publieke gezondheidszorg is in de Wpg gedefinieerd als: “de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten”. Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg (openbare gezondheidszorg) is dat er in principe geen individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt, maar sprake is van een maatschappelijke vraag. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte curatieve gezondheidszorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is. Publieke gezondheidszorg gaat uit van maatschappelijke hulpvragen en wordt doorgaans ‘ongevraagd’ aangeboden door onder andere de GGD en de thuiszorg. Andere voorbeelden van publieke gezondheidszorg zijn infectieziektebestrijding en psychosociale hulpverlening bij rampen (RIVM 2012).

Het bijzondere aan de JGZ is, vergeleken met curatieve gezondheidszorg en jeugdhulp, dat zij populatiegericht is, alle kinderen in beeld wil hebben en een preventief karakter heeft. Het gaat daarbij om een integrale benadering van het kind waarbij lichamelijke, psychische en sociale aspecten een rol hebben en in onderlinge samenhang en in samenhang met het sociale en fysieke leefmilieu van het kind (gezin, onderwijs en vrije tijd) worden bekeken. De JGZ is de enige plek waar alle kinderen vanuit preventief perspectief op deze integrale manier bekeken worden. Door deze integrale benadering kan de JGZ een inschatting maken van draagkracht en draaglast en benodigde zorg en kind/jongere en gezin ondersteunen, voorlichting, advies of begeleiding bieden en zo nodig toeleiden naar zorg. Daarbij vindt nauwe samenwerking plaats met anderen die het kind frequent zien zoals de kinderopvang en het onderwijs. De taken op het gebied van de JGZ worden in het merendeel van de gemeenten in nauwe samenhang met opvoed- en opgroei-ondersteuning vanuit het CJG uitgevoerd. Naast aandacht voor het individu is er ook aandacht voor een collectieve benadering en voor beleidsadvisering. Vanuit de kennis die de JGZ heeft over de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en over de omgeving waarin ze opgroeien kan ze hierover adviseren. Op basis van alle informatie die de JGZ verzamelt en de epidemiologische analyse van gegevens, o.a. uit de digitale dossiers, kan de JGZ gemeenten en anderen inzicht geven in de populatie en adviseren over het te voeren beleid. Dit kunnen bijvoorbeeld adviezen zijn over de aanpak van overgewicht in bepaalde wijken als daar relatief

De populatiegerichte, preventieve aanpak in combinatie met de integrale benadering van het kind versterken elkaar en vormen de kracht van de JGZ.

veel kinderen gesignaleerd worden met overgewicht, over de inrichting van speelplaatsen of over gezonde schoolkantines. De JGZ kan ook een rol spelen bij maatschappelijke onrust, incidenten waar kinderen of jeugdigen bij betrokken zijn en overlijden van kinderen of ouders. Dit is onderdeel van de publieke taak van de GGD.

De populatiegerichte, preventieve aanpak in combinatie met de integrale benadering van het kind versterken elkaar en vormen de kracht van de JGZ. In de praktijk zijn er ook een aantal zaken die volgens de commissie verbeterd kunnen worden. Zo is met het huidige onderscheid tussen uniform deel en maatwerkdeel niet altijd duidelijk hoe ver de rol van de JGZ gaat, bijvoorbeeld na signalering. Wat doet de JGZ nog zelf en wanneer worden anderen ingeschakeld? Verder kent het pakket geen integrale benadering en wordt het niet regelmatig aangepast aan wetenschappelijke of maatschappelijke veranderingen. Tenslotte ziet de JGZ kinderen/jongeren minder naarmate ze ouder worden, waardoor het meer aandacht vraagt ze goed in beeld te houden. In het vervolg wordt verder op deze punten in gegaan.

5.2 Hoe maak je keuzes en afwegingen voor het pakket

Aan de commissie is gevraagd te adviseren op basis van de stand van de wetenschap en relevante maatschappelijke ontwikkelingen. De commissie vindt dat gezien de rol van de JGZ als onderdeel van de publieke gezondheidszorg, een maatschappelijke afweging gemaakt zou moeten worden op basis van collectieve belangen. Uitgangspunt zou daarbij, gezien de veranderende inzichten, de gezonde ontwikkeling moeten zijn, wat meer is dan het voorkomen van ziekten en aandoeningen. Het huidige basistakenpakket is echter in de loop der jaren tot stand gekomen en grotendeels georganiseerd per 'aandoening' die gesignaleerd of voorkomen moet worden. Daarmee is er geen informatie beschikbaar over de effectiviteit van de JGZ als geheel. Er is op dit moment geen goed kader om te beoordelen hoe je de gezonde ontwikkeling meet, anders dan het integrale professionele oordeel van de arts of verpleegkundige. Wel is hierover op verschillende plaatsen nagedacht en zijn checklists opgesteld over wat kinderen nodig hebben om gezond op te groeien door bijvoorbeeld het Search Institute (2009) en de Stichting kinderrechten en menselijke ontwikkeling (2012). Deze zijn echter niet geschikt om over te nemen door de JGZ.

Er is ook geen goed kader om het belang van de verschillende onderdelen van het basispakket tegen elkaar af te wegen. Idealiter zou het basispakket geformuleerd moeten worden aan de hand van een grondige epidemiologische analyse van de gezondheid van de jeugd, de factoren die deze bedreigen of bevorderen en van de effectiviteit van mogelijke interventies en de te behalen gezondheidswinst. Als we daar een grondig beeld van hebben, zou dat de grondslag kunnen vormen voor besluiten over de inhoud van het basispakket. Op dit moment ontbreekt echter een dergelijk beeld. Wel is beoordeling van de individuele onderdelen van het huidige pakket mogelijk, uitgaande van wat “bewezen effectief” is. Wat als bewezen effectief beschouwd wordt kan op verschillende manieren worden onderbouwd. Uitgegaan kan worden van randomized controlled trials (RCT’s), maar ook van theoretische onderbouwing of consensus in de wetenschappelijke gemeenschap. Als hier naar gekeken wordt, blijkt dat bijvoorbeeld slechts 20 tot 25 procent van de behandelingen in de huisartspraktijk bewezen zijn met RCT’s en de overige driekwart bewezen zijn met theoretisch onderzoek of berusten op consensus. Ook in de JGZ zijn weinig RCT’s uitgevoerd en voor de meeste onderdelen van de JGZ waarvan wordt aangenomen dat ze effectief zijn is dit gebaseerd op ander onderzoek of op consensus onder deskundigen (TNO/NJi/NCJ 2012).

De commissie heeft ook gekeken of het mogelijk is een breder theoretisch model als wetenschappelijk kader te gebruiken voor de JGZ. Gedacht kan worden aan de CAP-J of de ICF-CY. Het doel van het CAP-J is het geven van heldere beschrijvingen van problemen van kinderen, jongeren en hun ouders, die hulpverleners en onderzoekers kunnen gebruiken bij hun werkzaamheden. De classificatie van de ICF-CY biedt bijvoorbeeld een taal om het beschrijven en meten van gezondheid, functioneren en ontwikkeling van kinderen te vergemakkelijken. Beide modellen zijn nu echter niet voldoende gericht op preventie en de CAP-J gaat uit van het ziektemodel in plaats van het gezondheidsmodel. Hierdoor sluiten deze modellen op dit moment onvoldoende aan bij de inhoud van de JGZ en kunnen niet gebruikt worden bij de onderbouwing van de JGZ-activiteiten.

Naast de state of the art van de wetenschappelijke onderbouwing van interventies verandert ook de maatschappelijke context van de JGZ, een voorbeeld hiervan is de stelselherziening jeugd. Ook de veranderende en verbrede opvattingen over gezondheid hebben effect op de uitvoering van de JGZ. Het basispakket zou daarom ook regelmatig op basis van dit soort veranderingen opnieuw bekeken moeten worden.

De commissie concludeert dat gezien de beschikbare informatie, keuzes over welke activiteiten opgenomen moeten worden in het nieuwe basispakket gebaseerd kunnen worden op:

- een visie op de inhoud en taakopvatting van de JGZ;
- de beschikbare onderbouwing voor de huidige onderdelen van het basispakket. Om deze helder te krijgen is aan TNO, NJi en NCJ gevraagd om een evaluatie te maken van de huidige onderdelen van het basistakenpakket en daarbij aan te geven welke onderbouwing beschikbaar is om deze keuze te kunnen maken. Zij hebben daarbij per onderwerp aangegeven welke wetenschappelijke onderbouwing er is over de effectiviteit van de onderwerpen in het huidige BTP en waarover consensus bestaat onder deskundigen (TNO/NJi/NCJ 2012)

Jeugd-VTV

Om voor de toekomst een beter onderbouwde keuze en onderlinge weging te maken zou een vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) op het gebied van ontwikkeling en gezondheid van kinderen en jeugd opgesteld moeten worden. In deze VTV jeugd zouden ook veranderingen in de maatschappelijke context en de vraag naar wat kinderen en ouders nodig hebben om gezond te kunnen opgroeien en opvoeden meegenomen moeten worden. VWS heeft inmiddels opdracht gegeven voor een eerste versie van een VTV-special op het gebied van jeugd. De eerste resultaten hiervan zullen in 2013 beschikbaar komen en zijn nog niet beschikbaar voor dit advies. Volgens de commissie zou de jeugd-VTV een epidemiologische analyse moeten bevatten van wat de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn bij jongeren. Ook de positieve benadering vanuit de vraag wat kinderen / jongeren nodig hebben om gezond op te groeien en te kunnen participeren in de maatschappij en veranderingen in de maatschappelijke context zouden meegenomen moeten worden. Daarnaast zou de rol die de JGZ hierbij kan spelen aan bod moeten komen. De jeugd-VTV zou moeten bijdragen aan het beantwoorden van onderstaande vragen:

- Welke factoren spelen een rol bij gezond opgroeien en opvoeden?
- Welke rol kan de JGZ hierbij spelen?
- Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren?
- Wat is de aard en omvang van het probleem?
- Wat zijn oorzaken, gevolgen, risico's en trends?
- Wat zijn effectieve methoden om gezondheidsproblemen op te sporen?
- Wat zijn effectieve methoden om in te grijpen of te behandelen?
- Voor welke zaken is voorlichting effectief?
- Leidt vroegtijdig ontdekken en vroege vervolgstappen bij een gezondheidsprobleem tot meer gezondheidswinst op lange termijn?
- Wat gebeurt er als het gezondheidsprobleem later wordt ontdekt en behandeld, is er verschil in gezondheid met eerdere opsporing?
- Hoe kan de JGZ risicofactoren opsporen en deze in kaart brengen/beoordelen/wegen?
- Wat is de meerwaarde van de JGZ als geheel?
- Hoe kan een afweging gemaakt worden van het onderlinge belang van de verschillende onderwerpen?
- Zijn de momenteel gehanteerde leeftijdsgrenzen logisch?

Waar geen informatie beschikbaar is om deze vragen te beantwoorden zou dit aangegeven moeten worden zodat duidelijk is waar nog hiaten zijn in de informatievoorziening.

5.3 Omgaan met uniformiteit

In de opdracht aan de commissie is aangegeven dat in het nieuwe basispakket JGZ alleen activiteiten moeten komen die vanuit volksgezondheidsbelang aan alle kinderen en jeugdigen in Nederland uniform aangeboden moeten worden. Daarbij is de vraag naar voren gekomen hoe ‘uniform’ opgevat moet worden. Overweging hierbij is dat bij de uitvoering van de JGZ altijd naar de situatie van het individuele kind gekeken moet worden. Zelfs bij vaccinaties, die in het algemeen worden gezien als uniform, wordt gekeken naar de individuele situatie en of er redenen zijn om af te wijken van de standaard. Ook speelt de veranderde verhouding tussen ouders en professionals een rol, waarbij veel ouders graag willen meepraten en meebeslissen. Uitgangspunt voor de commissie is daarom dat activiteiten uit het basispakket beschikbaar moeten zijn voor iedereen, er sprake moet zijn van een actief aanbod op initiatief van de JGZ, maar dat de uitvoering ervan kan variëren afhankelijk van de situatie. Het gaat er niet om dat activiteiten voor ieder kind op exact dezelfde manier moeten worden uitgevoerd.

Het uitvoeren van het basispakket is een professionele verantwoordelijkheid, waarbij professionals in overleg met ouders bepalen wat wel en wat niet gedaan moet worden. Activiteiten zijn niet alleen beschikbaar maar worden ook actief, op initiatief van de JGZ en met een preventief doel, aangeboden aan iedereen. Ook kan aanbieden plaatsvinden naar aanleiding van signalen van bijvoorbeeld ouders of onderwijs. De vorm van het aanbod kan per persoon verschillen. De een heeft genoeg aan een folder, de ander heeft eerder een huisbezoek nodig. De activiteiten moeten worden uitgevoerd volgens professionele richtlijnen, zodat de kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd. Bij het aanbieden kan soms enige drang noodzakelijk zijn. Dit houdt in dat wordt uitgelegd wat het belang is van de activiteit en dat ouders worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor de gezondheid en de opvoeding van hun kind. Daarbij speelt naast het individuele belang, ook het belang van de collectieve volksgezondheid een rol. Afhankelijk van de mate van gezondheidsdreiging kan er meer of minder drang achter zitten. Ook het waarborgen van de rechten van het kind kan aanleiding zijn om drang uit te oefenen. Voorbeelden daarvan zijn vrouwelijke genitale verminking (VGV) en kindermishandeling, maar ook een situatie waarin bij een kind obesitas wordt geconstateerd en ouders adviezen niet op willen volgen of een situatie waarin positieve factoren voor de opvoeding ontbreken.

Verschillen naar leeftijd

De uitvoering van de JGZ is verschillend voor verschillende leeftijdsgroepen. Dit komt door de aard van de activiteiten die afgestemd zijn op de leeftijd van het kind/de jongere. Zo zijn er voor de jongere kinderen meer vaccinaties en screenings geïndiceerd dan voor de oudere groepen. Ook spelen andere aspecten van de ontwikkeling een rol. In de eerste jaren speelt de medische ondersteuning van ouders en kinderen bij lichamelijke- en ontwikkelingsproblemen een belangrijke rol. Deze neemt in de loop der jaren geleidelijk af. Psychosociale ondersteuning is gedurende de gehele periode dat de JGZ kinderen en ouders begeleidt belangrijk, maar krijgt in de loop der jaren een groter aandeel. Dit geldt ook voor leefstijl. Tenslotte is, mede door genoemde verschillen, het aantal contactmomenten in de eerste jaren veel groter dan daarna. Om kinderen goed in beeld te houden maakt de JGZ gebruik van de verschillende leefomgevingen van kinderen en jeugdigen zoals voorschoolse voorzieningen en onderwijs. Bijvoorbeeld door contacten met leerkrachten, het houden van (inloop)sprekken en deelname aan de zorgstructuren van het onderwijs kunnen de kinderen beter gevolgd worden.

Uitgaand van de verschillende leeftijdsgroepen en de voorzieningen die bij die jeugdigen op de voorgrond staan, ziet de rol en positie van de JGZ er logischerwijs als volgt uit.

- Gedurende de hele periode dat de JGZ actief is, biedt ze vaccinaties aan voortkomend uit het RVP en is de JGZ verantwoordelijk voor het screenen en monitoren van de (gezondheids)ontwikkeling van het kind op de reguliere contactmomenten.
- Voor kinderen van 0 - 4 jaar en hun ouders heeft de JGZ een breed basisaanbod: medisch, psychosociaal en pedagogisch. Dit aanbod is actief, op initiatief van de JGZ en nadrukkelijk aanwezig, vanuit de wetenschap dat vroege preventie en interventie loont. De JGZ werkt samen met o.a. peuterspeelzalen, kinderopvang, buurtteams, onderwijs (voor als er oudere kinderen in het gezin zijn), gezondheidszorg en vele anderen (zie paragraaf 5.6). De JGZ-professional kan hier functioneren als generalist en als schakel naar meer gespecialiseerde voorzieningen.
- Met ingang van het vierde jaar van het kind verschuift de nadruk naar psychosociale ondersteuning, neemt leefstijl een steeds belangrijker rol in en wordt de samenwerking tussen JGZ en onderwijs en buurtteams intensiever. De JGZ
 - hanteert een eigen sociaal-medisch volgsysteem en kan bijdragen leveren aan individuele volgsystemen van met name het onderwijs (monitoring, screening en signalering);
 - draagt bij aan het ramen van de behoeften aan zorg;
 - geeft in afstemming met anderen zoals onderwijs en zorg voorlichting, advies, instructie en begeleiding
 - is op consultatiebasis beschikbaar voor o.a. het onderwijs en de buurtteams.

De gemeente maakt voor dit alles afspraken met partijen die gelden op hoofdlijnen; de wet- en regelgeving moet het mogelijk maken om per gezin en voor specifieke doelgroepen de beste arrangementen af te spreken.

5.4 Afbakening en aansluiting met Jeugdwet

Om een goede afstemming te krijgen tussen de JGZ en de Jeugdwet is het van belang dat in beide wetten dezelfde begrippen worden gehanteerd en dat de visie en activiteiten op elkaar aansluiten. Het moet duidelijk zijn waar JGZ eindigt en waar jeugdhulp begint. Omdat op het moment van advisering nog niet duidelijk is wat precies de inhoud is van de nieuwe Jeugdwet wordt uitgegaan van de tekst van de concept Jeugdwet zoals deze in juli 2012 in consultatie is gebracht. Hier kunnen dus nog veranderingen in komen.

De visie in de concept Jeugdwet luidt:

Het stelsel van jeugdhulp is erop gericht dat ieder kind gezond en veilig kan opgroeien, kan groeien naar zelfstandigheid en kan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, rekening houdend met zijn ontwikkelingsniveau. Ouders zijn hiervoor eerst verantwoordelijk. Als dit niet vanzelf gaat, komt de overheid in beeld. Dan moet het jeugdstelsel snel, goed en op maat functioneren: Geen kind buiten spel. Omdat het huidige stelsel verschillende tekortkomingen laat zien, is een stelselwijziging nodig die leidt tot:

- een omslag (transformatie) naar meer preventie en eerdere ondersteuning
- uitgaan van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders
- minder snel medicaliseren van problemen
- integrale aanpak met betere samenwerking rond gezinnen en (jeugd)hulp op maat

Om dit te bereiken wordt alle ondersteuning, hulp en zorg voor jeugd gedecentraliseerd naar de gemeenten en ondergebracht in de Jeugdwet. Dit betreft naast een deel van de JGZ: gemeentelijke opgroei- en opvoedondersteuning (prestatieveld 2 WMO), jeugd GGZ, jeugd-ivb, gesloten jeugdzorg, provinciale jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering.

Onderstaande artikelen geven weer wat in de concept Jeugdwet wordt verstaan onder jeugdhulp, wat het doel van jeugdhulp is en dat een samenhangend beleid gevoerd moet worden.

Artikel 1.1.

jeugdhulp: ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij het voorkomen, verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen, psychosociale problemen of gedragsproblemen van de jeugdige, of opvoedingsproblemen, waaronder ondersteuning, hulp en zorg die verleend wordt in het kader van een kinderschermingsmaatregel of jeugdreclassering;

Artikel 2.1.

1. Het college is verantwoordelijk voor jeugdhulp, de uitvoering van de kinderbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering ten behoeve van jeugdigen die hun woonplaats hebben binnen zijn gemeente als bedoeld in artikel 12 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek.
2. Indien nodig met het oog op de uitvoering van deze verantwoordelijkheid, treft het college voorzieningen op het gebied van jeugdhulp opdat de jeugdige gezond en veilig kan opgroeien, kan groeien naar zelfstandigheid en kan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, rekening houdend met zijn ontwikkelingsniveau.
3. Het college voert, met het oog op de in het eerste lid genoemde taak, een samenhangend beleid ten aanzien van jeugdhulp, de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en jeugdgezondheidszorg en zorgt voor de afstemming van en effectieve samenwerking bij de uitvoering van jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen, jeugdreclassering en jeugdgezondheidszorg met de domeinen onderwijs, zorg, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen en politie en justitie.

In de Memorie van toelichting bij de concept Jeugdwet is aangegeven dat “de inzet van de overheid, die ook voortvloeit uit het VN-Verdrag inzake de rechten van het kind (IVRK), is dat alle kinderen gezond en veilig opgroeien, hun talenten ontwikkelen en naar vermogen meedoen.” Verder is aangegeven: “Bij het zo gezond en veilig mogelijk opgroeien moet bij de woorden “gezond opgroeien” in dit verband niet alleen gedacht worden aan de lichamelijke gezondheid, maar ook aan de geestelijke gezondheid, een gezonde leefstijl en continuïteit in opvoeding en verzorging.” De begrippen uit de concept Jeugdwet sluiten daarmee goed aan op de brede opvatting van gezondheid die gericht is op aanpassen, zelfmanagement en participatie.

De commissie gaat er van uit dat de activiteiten uit het basispakket van de JGZ anders van aard zijn dan die van jeugdhulp. JGZ-activiteiten worden veelal ongevraagd aangeboden aan alle kinderen vanuit het publieke belang, gericht op preventie van risico's of ziekten. Daarbij is preventie vooral primaire preventie en in sommige gevallen secundaire of tertiaire preventie zoals bij de hielprik of bij onderzoek op verzoek na signalering door derden. In de definitie van jeugdhulp in de concept Jeugdwet wordt gesproken over ondersteuning, hulp en zorg. De activiteiten vanuit de jeugdhulp worden vooral aangeboden als er een risico(situatie) of probleem gesignaleerd is en/of er een vraag is vanuit het kind of de omgeving van het kind. In de jeugdhulp wordt dus voornamelijk secundaire preventie van risico's of problemen en risicosignalering uitgevoerd. Daarnaast geldt 'versterking van de pedagogische kwaliteit van de omgeving' bij gesignaleerde problemen of risico's als een belangrijk doel van de Jeugdwet, in dit geval met als doel risicofactoren die tot een beroep op jeugdhulp kunnen leiden te compenseren of weg te nemen.

5.5 Afbakening werkveld

De JGZ heeft per definitie te maken met een scala aan afbakeningskwesties. De JGZ begon ruim honderd jaar geleden als een preventieve voorziening gericht op hygiëne en lichamelijke gezondheid; later ging men zich ook meer richten op wat ‘geestelijke hygiëne’ heette: in hedendaagse termen: opvoeding en psychosociale ontwikkeling. Tegenwoordig bestaat er een breed gedragen wetenschappelijke consensus over een integratieve, biopsychosociaal georiënteerde benadering van JGZ. Met andere woorden: de ontwikkeling en opvoeding van kinderen kent biologische, psychologische, pedagogische en sociale aspecten die sterk met elkaar verbonden zijn. De JGZ is dan een voorziening die gezonde ontwikkeling van kinderen bevordert, bewaakt en beschermt, en daartoe alle bovengenoemde aspecten in hun onderlinge verwevenheid beschouwt. Een dergelijke integratieve benadering brengt als vanzelfsprekend grenskwesties met zich mee. Dit is bijvoorbeeld het geval in de richting van de curatieve gezondheidszorg, pedagogische hulp, onderwijs, et cetera. Met de stelselherziening jeugd en de komst van de nieuwe Jeugdwet ontstaan nieuwe afbakeningsvraagstukken. De commissie heeft gezocht naar een manier om het publieke aanbod (dus in principe beschikbaar voor elk kind in Nederland) af te bakenen van daarop volgende acties.

De JGZ voert haar taken uit in samenwerking en afstemming met andere organisaties en professionals, waarbij de samenwerking varieert per leeftijdsfase.

De commissie kiest hierbij voor afbakening van het basispakket JGZ op basis van de inhoud, waarbij tegelijkertijd een relatie wordt aangegeven met de contactmomenten. Voor de inhoud is de vraag leidend wat kinderen nodig hebben om gezond op te kunnen groeien. Op basis hiervan wordt bepaald wat tot het basispakket behoort dat voor iedereen beschikbaar moet zijn. Omdat dit niet voor iedereen op dezelfde manier kan, maar per definitie moet worden afgestemd op de behoefte van het individuele kind en op de mogelijkheden van de ouders of verzorgers, is een zekere bandbreedte nodig voor de uitvoering van de activiteiten. Dit houdt in dat voor een deel van de populatie meer contactmomenten nodig zijn en dat een ander deel voldoende heeft aan minder contactmomenten. Zo is bijvoorbeeld voor het bepalen van de visus (maar ook voor andere activiteiten) regelmatig een hernieuwde afspraak nodig. Voor het motiveren tot deelname aan de JGZ en voor het zoeken van (gespecialiseerde) hulp bij (zorgmijdende) gezinnen zijn vaak extra gesprekken nodig. Daarnaast zijn er gezinnen met bijvoorbeeld een tweede of derde kind voor wie bepaalde onderdelen van de JGZ minder noodzakelijk kunnen zijn (bijvoorbeeld algemene voorlichting over voeding). Er moet dus een zekere flexibiliteit in de bepaling van contactmomenten op basis van inhoudelijke overwegingen worden betracht. Het behoort niet tot de opdracht van de commissie om contactmomenten vast te stellen of om aan te geven wie welke activiteit moet uitvoeren.

- De kern van het werk van de JGZ in het kader van het preventieve basispakket bestaat uit het actief en op initiatief van de JGZ ter beschikking stellen van: vaccinaties, screenings, monitoring en signalering tijdens preventief gezondheidsonderzoek,
- op (met een zekere flexibiliteit aangeboden) contactmomenten,
- met aan die contactmomenten waar relevant en/of op basis van signalering gekoppeld voorlichting, begeleiding en toeleiding naar zorg.
- Dit houdt in dat de JGZ haar taken van het basispakket JGZ bij voorkeur uitvoert in het kader van afspraken over de contactmomenten, die noodzakelijkerwijs met een zekere flexibiliteit moeten worden aangeboden, binnen een daarbij geldende redelijke bandbreedte. Deze bandbreedte zou op basis van nader onderzoek verder moeten worden gedefinieerd en uitgewerkt.

Tendens in de JGZ 4-19 is flexibilisering, waarbij steeds meer onderzoek via triage en op indicatie plaatsvindt. Als steeds meer organisaties flexibel gaan werken moet deze koppeling aan de contactmomenten opnieuw bekeken worden.

De JGZ voert haar taken uit in samenwerking en afstemming met andere organisaties en professionals, waarbij de samenwerking varieert per leeftijdsfase. Ofschoon dit advies gaat over het basispakket JGZ, kan aangetekend worden dat JGZ organisaties op basis van hun expertise ook activiteiten kunnen uitvoeren die buiten het basispakket liggen². Verder dient te worden aangetekend dat er soms begripsverwarring bestaat over terminologie die door de JGZ wordt gehanteerd. Er zijn andere organisaties die vanuit jeugdhulp of onderwijs ook activiteiten uitvoeren onder de noemer monitoring, voorlichting, screening, diagnostiek en toeleiding tot zorg. Iedereen doet dit op basis van zijn eigen taken en expertise en hanteert daarbij een eigen invulling van de genoemde begrippen die kan afwijken van de invulling die de JGZ er aan geeft.

Gebruik term maatwerk

In het huidige Besluit publieke gezondheid wordt de term “maatwerk” gebruikt voor de werkzaamheden die worden afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van de jeugdigen alsmede op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens. Daarmee is niet aangegeven dat voor al het maatwerk nu gemeentelijke beleidsvrijheid geldt. Maatwerk is een integraal onderdeel van het basistakenpakket en moet door gemeenten worden aangeboden. Het betekent dat de gemeente de zorg die is aangegeven onder maatwerk, zoals het geven van individugerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding moet afstemmen op de individuele behoefte van de jeugdige. Daarnaast moeten activiteiten worden afgestemd op lokale of regionale demografische of epidemiologische gegevens. Dat geldt bijvoorbeeld voor collectieve activiteiten die per wijk of risicogroep worden aangeboden. Zoals eerder aangegeven in de paragraaf over omgaan met uniformiteit wordt eigenlijk bij alle activiteiten van de JGZ gekeken naar de situatie van het individuele kind, zelfs bij bijvoorbeeld

² JGZ-organisaties kunnen op basis van hun expertise ook activiteiten aanbieden buiten het basispakket, zoals specifieke programma's ter ondersteuning van kinderen/jeugdigen en ouders. Deze activiteiten kunnen veelal ook door andere organisaties worden uitgevoerd. Gemeenten hebben hierbij beleidsvrijheid.

vaccinaties. Omdat dus feitelijk alle activiteiten op maat worden uitgevoerd biedt de term maatwerk geen goed onderscheid tussen wat in de Wpg moet worden ondergebracht en wat in de Jeugdwet. Bij de afbakening gaat het er om onderscheid te maken tussen activiteiten die voor ieder kind beschikbaar moeten zijn en activiteiten waarvoor gemeentelijke beleidsvrijheid en samenhang met andere activiteiten in het jeugddomein belangrijk zijn.

De commissie kiest er dus niet voor om het maatwerk uit de huidige Wpg in zijn geheel in de Wpg onder te brengen, maar ook niet om dit in z'n geheel in de Jeugdwet onder te brengen. De commissie wil op geleide van de inhoud beoordelen of onderdelen geborgd moeten worden in de Wpg of passen bij de gemeentelijke beleidsvrijheid in de Jeugdwet. Daarom is specifiek gekeken naar de inhoud van de taken van de JGZ die nu als maatwerk zijn aangewezen in het besluit publieke gezondheid. Het gaat dan om de onderdelen 'Voorlichting, advies, instructie en begeleiding' en 'Inschatten zorgbehoefte en toeleiden naar zorg'.

Voorlichting, advies, instructie en begeleiding

In het oude basistakenpakket zijn voorlichting, advies, instructie en begeleiding in z'n geheel ondergebracht in het maatwerkdeel. Dit houdt in dat deze moeten worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de jeugdige. Om te kunnen bepalen wat in de Wpg moet worden geborgd wordt onderscheid gemaakt in twee categorieën:

- Preventieve voorlichting over gezond opgroeien en leefstijl, zoals voorlichting over gezond slapen of over gezonde voeding. Deze is voor iedereen van belang en wordt aangeboden via de reguliere contactmomenten, individueel of collectief.
- Voorlichting na signalering, in de vorm van advies, instructie en begeleiding. Deze is op maat en wordt alleen gegeven als daar speciale aanleiding voor is. Hieronder wordt nader ingegaan op de vraag waar de grens ligt van wat de JGZ moet doen binnen de Wpg en waar de JGZ moet doorverwijzen en dit door anderen gedaan moet worden.

Preventieve Voorlichting

Het is voor alle ouders en jongeren belangrijk geïnformeerd te worden over onderwerpen die van invloed zijn op gezond opgroeien, zoals voeding en opvoeden en over risico's die kinderen en jeugdigen kunnen lopen zoals wiegendood en blootstelling aan roken. Ook voorlichting over andere onderwerpen op het gebied van gezondheids- en opvoedingsvoorlichting moet voor iedereen actief beschikbaar zijn. Het aantal onderwerpen waarover dit kan gaan is groot en sommige onderdelen kunnen aan gezinnen behalve via de JGZ ook worden aangeboden via scholen of de media. Het kan bovendien van de specifieke situatie afhangen of en op welke manier de voorlichting gegeven wordt. Bij specifieke situaties of risico's kan extra voorlichting nodig zijn. In andere situaties, zoals bij een derde kind in een gezin is een deel van de informatie waarschijnlijk al bekend en is voorlichting niet nodig of kan volstaan worden met een groepsconsult. Het beoordelen of het nodig is bepaalde voorlichting te geven en in welke situatie wat nodig is behoort tot de professionele deskundigheid van de JGZ-medewerker.

Bepalend zijn daarvoor de volgende uitgangspunten:

- De voorlichting wordt actief aangeboden, op initiatief van de JGZ
- De voorlichting wordt aangeboden op de reguliere contactmomenten en op basis van de ontwikkeling en vragen van ouders en kinderen/jeugdigen
- De momenten en inhoud van de voorlichting is voor zover mogelijk afgestemd met andere partijen in het veld (zoals onderwijs of WMO-partners).

Met bovenstaande uitgangspunten in acht genomen vindt de commissie dat preventieve voorlichting ten behoeve van jeugdigen en hun ouders over gezond opgroeien en opvoeden in het basispakket JGZ hoort. Met deze voorlichting kan de JGZ ouders ondersteunen bij het opvoeden en problemen voorkomen. Deze voorlichting wordt in principe gegeven tijdens de contactmomenten waarin ook monitoring, screening en vaccinatie plaatsvindt. Daar kan echter flexibel mee worden omgegaan omdat de voorlichting wel voor iedereen beschikbaar moet zijn, maar niet voor iedereen op gelijke wijze aangeboden hoeft te worden. Naast jeugdigen of ouders die minder voorlichting nodig hebben zijn er ook die meer tijd nodig hebben omdat het niet in een keer duidelijk is of omdat ze meer gemotiveerd moeten worden. Deze vormen van voorlichting richten zich op de normale ontwikkeling en de ondersteuning van jeugdigen en ouders daarbij.

Voorlichting na signalering

Een van de kerntaken van de JGZ is beoordelen of de ontwikkeling van een kind verloopt volgens normale patronen en het inschatten van de zorgbehoefte. Soms kunnen kleine problemen of aandoeningen met kortdurende voorlichting, advies of ondersteuning verholpen worden (normaliseren). Vraag daarbij is hoeveel kortdurend advies en ondersteuning nog vanuit de Wpg aangeboden zou moeten worden en waar dit vanuit de Jeugdwet zou moeten gebeuren met gemeentelijke beleidsvrijheid.

De JGZ kan met uitleg en advies bijdragen aan het versterken van eigen kracht, ontzorgen en demedicaliseren.

De commissie vindt dat het bespreken van problemen om deze verder te verhelderen, het aangeven wat tot de normale ontwikkeling behoort en de zorg van ouders wegnemen een logisch vervolg zijn op het monitoren en signaleren en past binnen de Wpg. Ook het inschatten van de zorgbehoefte en geven van kortdurende ondersteuning hoort daar bij. Deze aanpak ziet de commissie als 'normaliseren'. Dit houdt in dat kinderen niet voor ieder probleem in de zorgverlening terecht hoeven komen. De JGZ kan met uitleg en advies bijdragen aan het versterken van eigen kracht, ontzorgen en demedicaliseren. Deze activiteiten kunnen plaatsvinden binnen de contactmomenten waarin ook monitoring, screening en vaccinatie plaatsvindt. In een aantal gevallen zal het echter nodig zijn om een of

meerdere vervolgesprekken te houden, omdat meer uitleg nodig is of omdat het probleem met kortdurende lichte ondersteuning verholpen kan worden. Het is dan nodeloos complicerend als dit via contacten binnen andere wettelijke kaders moet verlopen. De commissie schat in dat deze contacten zijn aan te bieden binnen de eerder genoemde 'bandbreedte' van enkele mogelijke extra contactmomenten bij een klein deel van de populatie. Als het probleem echter groter is of wordt en niet in enkele gesprekken kan worden verholpen hoort het niet meer in de Wpg thuis. Wanneer de hulp het karakter aanneemt van intensieve begeleiding, behandeling of gespecialiseerde hulp hoort het afhankelijk van de aard van het probleem in de Jeugdwet of in de gezondheidszorg (zorgverzekeringswet). Ook als gekozen is om door te geleiden naar intensievere zorg kan het dat extra contacten nodig zijn omdat mensen gemotiveerd moeten worden om gebruik te maken van intensievere zorg.

Als voorbeeld kunnen het omgaan met verschijnselen als "dwars gedrag" of somberheid genoemd worden. Algemene preventieve voorlichting hierover, alsmede over de normale gedragsontwikkeling kan aan iedere ouder of jongere worden aangeboden. Als tijdens de contacten of gesprekken blijkt dat zich problemen voordoen met het dwarse gedrag van een kind of de somberheid van de jeugdige kan de JGZ een gezin of jongere extra ondersteunen met adviezen over hoe ze hier mee om kunnen gaan. Deze ondersteuning past nog in het basispakket. Als het na enkele gesprekken niet lukt een gezin of jongere te helpen en duidelijk is dat er geen sprake is van normaal gedrag moet doorverwezen worden naar bijvoorbeeld een opvoedcursus of psycholoog. Deze cursus of psychologische hulp vallen onder de Jeugdwet. De gemeente is verantwoordelijk voor het regelen van een aansluitend aanbod en bepaalt wie de vervolgzorg of ondersteuning uitvoert.

Inschatten zorgbehoefte en toeleiden naar zorg

Bij inschatten zorgbehoefte gaat het om het (samen met de cliënt) inschatten of bij gesignaleerde risico's of problemen hulp of ondersteuning nodig is en van wat voor soort. Daarbij wordt een weging gemaakt van de problemen en de specifieke situatie van het kind/ de jongere in de context van het gezin en de omgeving waarbij ook naar draagkracht, draaglast en protectieve factoren wordt gekeken. Daarbij wordt eerst gekeken of men zelf in staat is het probleem op te lossen, daarbij behoefte heeft aan ondersteuning of dat die behoefte er niet is maar de JGZ deze wel nodig acht. Als geconcludeerd wordt dat het wenselijk is dat vanuit de gezondheidszorg of de jeugdhulp verdere zorg of hulp wordt geboden vindt toeleiding naar deze zorg plaats. Deze inschatting van de zorgbehoefte en toeleiding naar zorg vindt in principe plaats tijdens de contactmomenten waarop ook vaccinatie, screening en monitoring worden uitgevoerd.

In een deel van de gevallen zal het niet in hetzelfde contactmoment mogelijk zijn om de inschatting van de zorgbehoefte te maken omdat meer tijd nodig is om de situatie goed te beoordelen. Ook kan het zijn dat met een of twee extra contacten lichte ondersteuning geboden kan worden waarna het gezin op eigen kracht verder kan. Vanwege de kwaliteit en effectiviteit en omdat het niet cliëntvriendelijk en efficiënt is om eerst door te geleiden naar andere zorg of hulp is het wenselijk dat de JGZ dit uitvoert. Het doorgeleiden naar de zorg kan extra tijd kosten omdat de cliënt gemotiveerd moet worden om daadwerkelijk gebruik te gaan maken van deze hulp of zorg. Bij iedere verwijzing bestaat

het risico op uitval. Voor deze gevallen moet het mogelijk zijn om binnen de Wpg enkele extra contacten te hebben zodat mensen op de meest laagdrempelige en cliëntvriendelijke manier geholpen kunnen worden. De commissie schat in dat deze contacten zijn aan te bieden binnen de eerder genoemde ‘bandbreedte’ van enkele mogelijke extra contactmomenten bij een klein deel van de populatie. Daarbij gaat het om een professionele inschatting die gericht is op ontzorgen en demedicaliseren en niet om een beleidskeuze van de gemeente. Dit sluit aan bij de huidige situatie. Het inschatten van de verhouding tussen draagkracht en draaglast van jeugdige en gezin, het inschatten van de behoefte aan advies en voorlichting, het inventariseren van de zorg die de jeugdige al ontvangt en het nagaan of de jongere tot een of meer risicogroepen behoort, behoren nu tot het uniforme deel.

5.6 Samenwerking met andere sectoren

De JGZ werkt samen met het hele veld van de zorg voor jeugdigen. Belangrijke partners zijn de gezondheidszorg, de jeugdhulpverlening en het onderwijs. De contacten met deze partners kunnen bijdragen aan het beter of sneller signaleren van problemen. Het contact tussen de JGZ en haar ketenpartners vindt plaats op individuele basis over kinderen en gezinnen. De JGZ maakt onderdeel uit van diverse zorgketens, hieronder zijn een aantal voorbeelden uitgewerkt.

Ketenzorg zwangerschap, bevalling en het jonge kind. De JGZ is onderdeel van de keten rondom het jonge kind. Samenwerking betreft landelijke en lokale afspraken met verloskundigen, kraamzorg, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen omtrent signalering van risicozwangeren en gezinnen met jonge kinderen, informatieoverdracht over (ongeboren) kinderen en gezinnen, voorlichting en advisering en begeleiding van risicokinderen en -gezinnen en thematische zorgketens bijvoorbeeld rondom huilbaby's, borstvoeding en voorkeurshouding.

Belangrijke partners zijn de gezondheidszorg, de jeugdhulpverlening en het onderwijs. De contacten met deze partners kunnen bijdragen aan het beter of sneller signaleren van problemen.

Ketenzorg gezondheidszorg. De JGZ is onderdeel van de gezondheidszorgketen en werkt nauw samen met paramedici en medici (huisartsen, kinderartsen en andere klinisch specialisten). Ketenafspraken zijn lokaal en landelijk gemaakt voor gegevensoverdracht, afstemming van zorg algemeen en zorgketens rondom belangrijke gezondheidsthema's zoals bv. overgewicht, vroeggeboorte, ontwikkelingsproblemen, allergische luchtwegaandoeningen, hartafwijkingen en groeistoornissen. Met de huisartsen zijn ketenafspraken vastgelegd in zogenaamde LESA's: landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken). Afspraken rond andere thema's zijn per thema vastgelegd in multidisciplinair opgestelde en geaccordeerde protocollen en richtlijnen. De jeugdarts is erkend verwijzer naar de tweedelijnsgezondheidszorg. De jeugdarts verwijst in principe naar huisarts. maar kan ook direct naar de GGZ verwijzen of naar (para)medici in de eerste of tweede lijn als hierover afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar.

Ketenzorg jeugdhulpverlening. De JGZ en jeugdhulpverlening werken samen in het CJG en in de zorgstructuren in het onderwijs en treffen elkaar rondom individuele gezinnen. Ook welzijnsorganisaties, MEE en buurthuizen zijn samenwerkingspartners. Samenwerking is veelal vastgelegd in lokale conventanten en werkafspraken.

Ketenzorg onderwijs. De JGZ heeft reguliere contacten met school- en voorschool over individuele kinderen en aan de hand van thema's. De JGZ onderzoekt kinderen op verzoek van school, verzorgt inloopsprekuren voor ouders en kinderen en leerkrachten en neemt deel aan de zorgstructuren van het onderwijs.

Hiernaast maakt de JGZ onder andere deel uit van ketenzorg rondom kinder- en jeugdpsychiatrie, huiselijk geweld en kindermishandeling, vroegopsporing van ontwikkelingsstoornissen en taal-spraakstoornissen. De JGZ werkt binnen deze ketens met relevante partijen samen, stemt zo nodig af en verwijst door. Als meerdere hulp- en zorgverleningsinstellingen betrokken zijn bij een gezin is zorgcoördinatie noodzakelijk. Zowel de huisarts, de jeugdarts/verpleegkundige als de jeugdhulpverlening, LVG-zorg of (jeugd)GGZ kan hierbij de rol spelen van casemanager. Dit dient per casus afgesproken te worden. Het bewaken of het kind bij de zorg terecht komt waarnaar verwezen wordt en het blijven volgen van het kind om te zien of de hulp toereikend is behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van de JGZ medewerker.

6

Advies nieuw basispakket JGZ

6.1 Visie commissie

De commissie wil in haar advies over het nieuwe basispakket JGZ voor alle kinderen aansluiten bij de veranderende opvattingen over gezondheid, bij de maatschappelijke ontwikkelingen en bij de stelselherziening jeugd. Ook wil de commissie gebruik maken van de kracht van de JGZ. Om dit te kunnen doen is het nodig om een nieuwe manier van benaderen te zoeken voor de JGZ. Deze nieuwe manier kijkt naar wat kinderen nodig hebben om gezond op te groeien, zich aan te passen, zelfredzaam te zijn en deel te nemen aan de maatschappij en naar wat ouders nodig hebben om hun kind gezond op te voeden. Daarbij past een integrale benadering van het kind als geheel en niet alleen het kijken naar losstaande aspecten van het kind en naar de afwezigheid van aandoeningen en ziekten. Bij de integrale benadering moeten alle aspecten die van belang zijn voor de ontwikkeling van een kind betrokken en geïntegreerd worden: lichamelijk, psychisch, sociaal en cognitief. Uitgangspunt is het biopsychosociale model. Dit model, waarin naast biomedische ook aandacht is voor sociale en psychische aspecten die de ontwikkeling en het opgroeien beïnvloeden, is kenmerkend voor de JGZ. Ook moet daarbij gekeken worden naar de leef- en opvoedingsomgeving van het kind en de mogelijkheden en bedreigingen die daar aanwezig zijn. Mogelijke risicofactoren moeten actief worden opgespoord. Die omgeving moet breed gezien worden. Om een goede beoordeling van het kind te kunnen maken moeten zo veel mogelijk factoren die op de ontwikkeling van invloed zijn worden meegenomen. De JGZ moet daarom goed ingebed zijn in de omgeving van kinderen en goede netwerken hebben met andere organisaties die een rol spelen in de leefomgeving van het kind zoals

gezondheidszorg, onderwijs en wijk- en buurtteams en daarmee samenwerken en afstemmen. Met het ouder worden van het kind wordt de samenwerking met onderwijs en wijk- en buurtteams sterker en kunnen zij een grotere bijdrage leveren aan het signaleren van problemen en geven van voorlichting. In paragraaf 5.6 zijn de zorgnetwerken waaraan de JGZ deelneemt beschreven. Via deze netwerken kan de JGZ signalen ontvangen over het kind en kan dit, indien toeleiding naar zorg nodig is, soepel verlopen.

Met deze benadering kan ook goed worden aangesloten bij de ontwikkelingen rond de stelselherziening jeugd. De JGZ kan bijdragen aan:

- een omslag (transformatie) naar meer preventie en eerdere ondersteuning
- uitgaan van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders
- minder snel medicaliseren van problemen
- integrale aanpak met betere samenwerking rond gezinnen en (jeugd)hulp op maat

Er moet een heldere afbakening zijn tussen de taken van de JGZ en die van andere hulpverleners die gezondheidszorg of jeugdhulp aanbieden. Die afbakening ziet de commissie in het publieke en preventieve karakter van de JGZ en het monitoren van de hele populatie op basis van sociaal-medische kennis. De JGZ is publieke gezondheidszorg, wordt veelal ongevraagd aangeboden aan alle kinderen en richt zich op preventie door bescherming en bevordering van de gezondheid van de jeugd. De JGZ kijkt daarbij naar het kind/de jongere in zijn gezin en omgeving en maakt een integrale beoordeling van de gezondheid en het welbevinden van alle kinderen. De JGZ beoordeelt of groei en ontwikkeling verlopen binnen vastgestelde grenzen (de ‘normale ontwikkeling’), signaleert risico’s en normaliseert. Normaliseren betekent niet dat alles als ‘normaal’ gezien moet worden maar dat ‘anders’ niet altijd verkeerd hoeft te zijn en niet altijd behandeling behoeft. In vastgestelde draaiboeken en protocollen zijn criteria aangegeven voor wat gezien kan worden als de normale ontwikkeling en wanneer het wel nodig is dat een kind zorg nodig heeft. Als een kind afwijkt van het gemiddelde maar niet zoveel dat behandeling nodig is, moet de JGZ dit uitleggen en kind/jongere en ouders ondersteunen om de potentie van het kind zo goed mogelijk te ontwikkelen. Ook door niet onnodig etiketten te plakken en de eigen kracht van ouders en jongeren te versterken kan de JGZ bijdragen aan ontzorgen en demedicaliseren.

Als algemeen uitgangspunt wordt genomen dat het nog onder de verantwoordelijkheid van de Wpg valt als het gaat om gewone opvoedsituaties waarbij met lichte ondersteuning zwaardere zorg voorkomen kan worden. De JGZ zit daarmee in het voortraject en kan door preventieve voorlichting, vroegtijdig signaleren en normaliseren voorkomen dat grote problemen ontstaan waarvoor zwaardere zorg nodig is. Het nieuwe basispakket van de JGZ kan daarmee goed aansluiten op de doelstellingen die zijn aangegeven voor de stelselherziening. Het inschatten van de behoefte aan zorg hoort net als in de huidige situatie bij het basispakket omdat pas na een goede inschatting en kennis van de situatie aangegeven kan worden welke vervolgacties nodig zijn. Wel kan de JGZ hierbij samenwerken met anderen als onderwijs en buurtteams om een goede inschatting te kunnen maken.

Indien duidelijk is dat er sprake is van aandoeningen of problemen die niet behoren tot de normale ontwikkeling en specifieke zorg nodig hebben wordt extra hulp ingeschakeld. Het behoort tot de beleidsvrijheid en verantwoordelijkheid van de gemeente om te bepalen wie deze zorg moet leveren. Indien afspraken gemaakt zijn met de gemeente kunnen JGZ-medewerkers voor interventies waarvoor ze deskundig zijn ook zelf intensievere begeleiding geven op grond van de Jeugdwet.

De commissie ziet het uitvoeren van het basispakket JGZ als een professionele verantwoordelijkheid. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen moeten de activiteiten worden uitgevoerd volgens professionele richtlijnen. Bij de uitvoering daarvan moet worden aangesloten bij de wensen en behoeften van ouders en kinderen. Activiteiten moeten beschikbaar zijn voor iedereen, er moet sprake zijn van een actief aanbod, maar de uitvoering ervan kan variëren. Professionals bepalen in belang van het kind en in overleg met ouders en kinderen wat wel en wat niet gedaan moet worden. Hierbij is enige drang geoorloofd omdat de JGZ niet alleen werkt in individueel belang, maar ook vanwege het publieke karakter van de JGZ. Dit houdt in dat uitgelegd wordt wat het belang is van de activiteit en dat ouders worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor de gezondheid en de opvoeding van hun kind. Afhankelijk van de mate van gezondheidsdreiging kan er meer of minder drang achter zitten. De vorm van het aanbod kan echter per persoon verschillen. De uitvoering van het basispakket JGZ gebeurt tijdens contactmomenten, die zowel individueel als per groep of digitaal kunnen plaatsvinden. Niet voor iedereen zal dit in hetzelfde aantal contactmomenten plaats kunnen vinden. Voor een deel van de kinderen/jongeren zal meer tijd nodig zijn omdat ze moeilijker te bereiken zijn of omdat extra tijd nodig is om zorgmijders te motiveren of omdat vervolgactiviteiten nodig zijn. Voor anderen kan met minder tijd volstaan worden omdat ouders al goed geïnformeerd zijn, het een tweede of derde kind betreft, ze elders informatie zoeken of omdat zich geen bijzonderheden voor doen. De commissie gaat er daarom van uit dat het aantal contacten dat per kind nodig is een bandbreedte kent.

De JGZ zit in het voortraject en kan door preventieve voorlichting, vroegtijdig signaleren en normaliseren voorkomen dat grote problemen ontstaan waarvoor zwaardere zorg nodig is.

Samenwerking met geboortezorg, gezondheidszorg, jeugdhulp, onderwijs en andere partners kan bijdragen aan het beter of sneller signaleren van problemen. De JGZ moet waar mogelijk regelmatig aanwezig zijn op deze plaatsen en ook signalen ontvangen van de medewerkers van deze organisaties als zij denken dat er iets aan de hand is. Het onderwijs en de voorschoolse voorzieningen kunnen hierbij een heel belangrijke rol vervullen. Ook huisbezoeken kunnen veel informatie geven over bevorderende en bedreigende factoren in de leefomgeving van het kind en een belangrijke bron van informatie zijn voor het maken van een goede inschatting van benodigde zorg. Samenwerking met andere sectoren kan bijdragen aan betere en snellere signalering van problemen en is daarnaast noodzakelijk voor een goede ketensamenwerking waardoor betere en snellere zorg mogelijk is.

Vanwege het publieke karakter van de JGZ ziet de commissie het als taak van de JGZ om ook op collectief niveau de gezondheid van de jeugd te monitoren³ en daarover te adviseren. Dit kan op basis van de kennis die de JGZ heeft door het werk dat ze doet bij individuele kinderen maar ook door onderzoek te doen en de gegevens uit de digitale dossiers te analyseren. Ook doet de JGZ onderzoek om meer zicht te krijgen op de lokale en regionale gezondheid van de jeugd en de factoren die daarop van invloed zijn. Op basis daarvan voert de JGZ activiteiten uit met een collectief belang en een collectieve aanpak. Ook kan de JGZ adviseren over de gezondheid van de jeugd of specifieke groepen daaruit en risico's die daarbij spelen.⁴ Adviezen kunnen zich richten op gemeenten maar ook op anderen zoals onderwijs. Gemeenten bepalen vervolgens zelf wat ze doen met deze adviezen. Groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding buiten het kader van de JGZ en het formuleren van maatregelen afgestemd op de groep gezinnen waartoe het gezin van de jeugdige behoort, of maatregelen gericht op de groep buurten of scholen waartoe de buurt of school van de jeugdige behoort, behoort tot de beleidsvrijheid van de gemeente.

In de volgende figuur zijn de taken uit de Wet publieke gezondheid en de verschillende taken die worden opgenomen in de nieuwe Jeugdwet weergegeven voor de huidige en de geadviseerde situatie. Doel is te laten zien hoe de huidige taken van de Wpg op basis van dit advies verdeeld zouden worden. In de figuur zijn geen taken meegenomen van het onderwijs en van het WMO-deel dat niet overgaat naar de Jeugdwet.

3 Monitoren gebeurt behalve in de JGZ ook op andere plaatsen zoals in het onderwijs en bij de huisartsen. Daarbij monitort iedereen op basis van zijn eigen taken en expertise.

4 Onderzoek en advisering is niet voorbehouden aan de JGZ maar wordt ook uitgevoerd door anderen zoals (landelijke) onderzoeksinstituten ten behoeve van monitors of in opdracht van gemeenten.

Huidige situatie

Wpg Uniform deel

- Monitoren
- Screenen
- Signaleren
- Vaccineren
- Inschatten zorgbehoefte

Wpg Maatwerk op basis van specifieke behoeften kind

- Preventieve voorlichting
- Normaliseren
- Ramen zorg
- Specifieke programma's

Wpg Maatwerk op basis van lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens

- Formuleren maatregelen gezondheidsbedreigingen
- Collectieve maatregelen

WMO Gemeentelijke opgroei- en opvoedondersteuning uit Prestatieveld 2

AWBZ/ Zvw: Jeugd GGZ

AWBZ: Jeugd Lvb

Wet op de Jeugdzorg: Provinciale jeugdzorg

Overige wetten:

- Gesloten jeugdzorg
- Jeugdbescherming
- Jeugdreclassering

Nieuwe situatie

Wpg: Basispakket JGZ

Voor iedereen 'ongevraagd beschikbaar, normaliserend/ preventief en actief aangeboden.

- Monitoren
- Screenen
- Signaleren
- Vaccineren
- Inschatten zorgbehoefte
- Preventieve voorlichting
- Normaliseren
- Toeleiden tot zorg
- Onderzoek collectieve maatregelen

Jeugdwet: Jeugdhulp

Op signaal en/of op vraag beschikbaar, ondersteuning/ hulp/ zorg.

Specifieke programma's voor ondersteuning en groepsvoorlichting

Uitvoeren collectieve maatregelen op basis van lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens

Overige jeugdhulp

Overige jeugdhulptaken, w.o. op signaal/vraag screenen en inschatten hulpbehoefte, uitvoering jeugd- en opvoedhulp, jeugd lvb, jeugd-ggz, jeugdbescherming/ -reclassering etc.

6.2 Basispakket JGZ op hoofdlijnen

De commissie onderscheidt op basis van het bovenstaande de volgende doelen van de JGZ en geeft per doel aan hoe ze de invulling daarvan ziet. Hierbij is gekozen voor een nieuwe terminologie die aansluit bij de gewenste veranderingen.

De JGZ heeft de gezondheid en ontwikkeling van alle kinderen in beeld

- Ziet kinderen regelmatig en volgt het kind tijdens het opgroeien
- Monitort groei en ontwikkeling, (lichamelijk, psychisch, sociaal, cognitief), doet gezondheidsonderzoek en screent
- Brede, integrale beoordeling van kinderen in de context van gezin en omgeving
- Kijkt naar het individuele kind en de gezondheidstoestand van alle kinderen

De JGZ vaccineert

- Voert het Rijksvaccinatieprogramma uit

De JGZ versterkt de kracht van ouders en jongeren en normaliseert

- Steunt ouders bij het gezond opgroeien en opvoeden
- Geeft preventieve voorlichting en advisering, individueel of in groepen
- Geeft in aansluiting op signaleren zo nodig een of enkele extra gesprekken om ouders en kind gerust te stellen, geeft voorlichting, advies, begeleiding of instructie
- Beoordeelt of extra ondersteuning, hulp of zorg nodig is

De JGZ signaleert problemen en behoeften en schakelt tijdig extra hulp in

- Kijkt hierbij naar het kind als geheel en betreft hierbij de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling
- Signaleert bevorderende en bedreigende factoren in de opvoeding in gezin en omgeving
- Vraagt indien nodig hulp 'erbij' of verwijst
- Grijpt in bij situaties die de veiligheid van het kind bedreigen
- Blijft kind en gezin volgen tijdens en na hulp

De JGZ werkt samen

- Is onderdeel CJG/wijkteams (jeugdhulpverlening, jeugd GGZ, LVG-zorg), zorgstructuren onderwijs, kindercentra en curatieve gezondheidszorg

De JGZ levert beleidsinformatie en advies aan gemeenten en andere professionals

- Signaleert en doet onderzoek, mede op basis van het digitaal dossier JGZ en adviseert op basis daarvan (collectief) ten behoeve van de gezondheid van de jeugd

6.3 Specificatie taken en pakket

Op basis van de nu beschikbare informatie over de onderbouwing van de onderdelen van het basistakenpakket komt de commissie tot een keuze van activiteiten die aan alle kinderen aangeboden zouden moeten worden via het nieuwe basispakket JGZ. Daarbij is gebruik gemaakt van de evaluatie van TNO/NJi/NCJ. De activiteiten die op individueel niveau moeten worden uitgevoerd zijn weergegeven in tabel 1. Daarbij wil de commissie aangeven dat de aard van de activiteiten en de manier van uitvoeren verschilt per leeftijdscategorie. Niet op iedere leeftijd zullen de genoemde onderwerpen dus evenveel aandacht krijgen. In tabel 2 zijn activiteiten weergegeven waaraan de JGZ aandacht zou moeten besteden via onderzoek en analyse ten behoeve van advisering over collectieve maatregelen.

Tabel 1. Overzicht individuele activiteiten JGZ⁵

| Alle kinderen in beeld | |
|---|--|
| <i>Anamnese:</i> | <i>Groei:</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Zorgen en vragen • Voorgeschiedenis • Familieanamnese | <ul style="list-style-type: none"> • Lengte • Gewicht • Hoofdomtrek |
| <i>Beoordelen lichamelijke verschijning⁶</i> | <i>Ontwikkeling:</i> |
| <i>Beoordelen functies:</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Psychisch/sociaal- emotioneel, • Cognitief • Motoriek • Spraak- taal, communicatie • Seksueel |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lichamelijk, psychisch, sociaal functioneren • Zindelijkheid, (excessief) huilgedrag, slapen | |
| <i>Risicofactoren / risicogroepen/ aandoeningen/handicap</i> | <i>Screeningen:</i> |
| <i>Draagkracht/ draaglast</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Hielprik • Perceptief gehoorverlies • Aangeboren hartafwijkingen • Dysplastische heupontwikkeling • Niet-scrotale testis • Oogpathologie en Visuele stoornissen • Spraak- en taalstoornissen |
| <i>Ontvangen zorg/zorgbehoefte</i> | |
| <i>Inschatten voorlichtingsbehoefte</i> | |

5 Wettelijk verplichte voorlichting op basis van de Wgbo is niet in deze tabel opgenomen, omdat deze niet onder de Wpg valt.

6 Inclusief signalen kindermishandeling.

| | |
|---|---|
| <p>Versterken kracht ouders en jongeren</p> <p><i>Gezondheidsbevordering en signalering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezonde (borst-)voeding • Overgewicht / ondergewicht • Voedselovergevoeligheid • Vitamine D en K • Veilig slapen • Veiligheid • Voorkeurshouding • (Mee)roken • Gebit en gebitsverzorging • Middelengebruik* <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Roken • Cannabis/drugs • Leefstijl:* <ul style="list-style-type: none"> • sport en bewegen • seksueel gedrag (SOA, anticonceptie) • internetgebruik | <p><i>Bevorderen psychosociale en emotionele gezondheid en voorkomen opvoedproblemen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychosociale problemen en opvoedvragen • Opvoedproblemen en kindermishandeling, VGV en shaken baby syndroom • Weerbaarheid kinderen en jongeren o.a. pesten, discriminatie, geweld (o.a. seksuele dwang) • Depressie |
| <p>Vaccineren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rijksvaccinatieprogramma | <p>Tijdig signaleren en hulp inschakelen</p> <p><i>Hulp erbij halen, ingrijpen of verwijzen bij:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disbalans draagkracht/draaglast en ontvangen zorg/ zorgbehoefte bij kind en gezin • Gezondheidsbedreigingen gezin en omgeving (sociaal, fysiek, psychisch, pedagogisch milieu) • School-/ziekteverzuim/schooluitval |

* voornamelijk bij adolescenten

Tabel 2. Overzicht collectieve activiteiten JGZ

| | |
|---|---|
| <p>Samenwerken</p> <p>Netwerken, overleg en (keten)samenwerking met onderwijs, kindercentra, gezondheidszorg, jeugdhulp, buurtteams en andere aanpalende sectoren.</p> | <p>Onderzoek, beleidsinformatie en advies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doet epidemiologisch onderzoek, mede op basis van DD JGZ • Signaleert • Geeft beleidsadvies en adviseert over collectieve maatregelen aan gemeenten en anderen |
|---|---|

7

Aanbevelingen

De commissie heeft naar aanleiding van het rapport enkele aanbevelingen voor de toekomst:

- Maak een vierjaarlijkse VTV op het gebied van ontwikkeling en gezondheid van kinderen en jeugd om voor de toekomst een beter onderbouwde afweging te kunnen maken van waar de JGZ zich op moet richten.
- Kijk elke vier jaar op basis van de jeugd-VTV en op basis van maatschappelijke ontwikkelingen of aanpassing van het basispakket JGZ nodig is.
- Leg vast dat het basispakket JGZ moet worden uitgevoerd volgens overeen te komen professionele richtlijnen, zodat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd is.
- In dit adviesrapport zijn de basistaken van de JGZ geformuleerd. Het adviseren over contactmomenten behoorde expliciet niet tot de opdracht van de commissie. Desondanks wil de commissie wel opmerken dat bij het hanteren van contactmomenten altijd flexibiliteit nodig is en dat er sprake moet zijn van een redelijke bandbreedte wegens variatie in de zorgbehoefte van ouders en kinderen. Aanbevolen wordt deze bandbreedte in een later stadium op basis van nader onderzoek vast te stellen.
- Zorg voor een goede samenhang tussen JGZ op grond van de Wet publieke gezondheid en jeugdhulp op basis van de Jeugdwet zodat goede aansluiting en afstemming in de zorg voor kinderen gewaarborgd is.
- Versterk de samenwerking tussen JGZ en voorschoolse voorzieningen en onderwijs met het oog op signalering, voorlichting en deelname aan zorgstructuren. Versterk ook de samenwerking tussen JGZ en gezondheidszorg en welzijnszorg. Hierbij moeten de sectoren zo veel mogelijk op elkaar aansluiten. De commissie is van mening dat de ontwikkeling van een gemeenschappelijke taal hier een belangrijke bijdrage aan kan leveren.

Begrippenkader

Basispakket JGZ

de programma's en activiteiten die vanuit volksgezondheidsbelang aan alle kinderen actief worden aangeboden via de JGZ op basis van de Wpg (6)

Biomedisch model

Medisch model van menselijk functioneren waarin alleen aandacht is voor biomedische aspecten die bepalend zijn voor ziekte en het genezingsproces. (7)

Biopsychosociaal model

Model van het menselijk functioneren, waarin niet alleen aandacht is voor biomedische aspecten, maar ook voor psychologische en sociale factoren die mede bepalend zijn het ontstaan, voortbestaan en herstel van een klacht uitkomsten zijn van een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. (7)

Casemanager

Iemand die toezicht houdt op de planning en het coördineren van verstrekkingen van diensten door verschillende personen binnen een of meer instellingen, vanaf het moment dat de behoefte aan hulp wordt vastgesteld tot aan het tijdstip waarop de cliënt geen hulp meer nodig heeft

Curatieve gezondheidszorg

Zorg gericht op herstel van ziekten, aandoeningen en stoornissen zoals huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg, paramedische zorg en bepaalde onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg (2)

Eigen kracht versterken

Het inschakelen, herstellen en versterken van het eigen probleemoplossend vermogen van de jeugdige, zijn ouders en zijn sociale omgeving. (8)

Inschatten zorgbehoefte

Onderzoeken in welke mate de ouders/verzorgers de opvoeding en verzorging van hun kind aan kunnen en in welke mate jongeren en ouders/verzorgers behoefte hebben aan ondersteuning of zorg. (3)

Integrale aanpak

Een benadering van het kind als geheel en niet alleen het kijken naar verschillende aspecten van het kind en naar de afwezigheid van aandoeningen en ziekte. Bij de integrale benadering worden alle aspecten die van belang zijn voor de ontwikkeling van het kind betrokken: lichamelijk, psychisch, sociaal, cognitief en de omgeving. Uitgangspunt is het biopsychosociale model. (6)

Jeugdgezondheidszorg

de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen tot 19 jaar die op grond van de Wet publieke gezondheid door gemeenten wordt aangeboden (9)

Jeugdhulp

ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij het voorkomen, verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen, psychosociale problemen of gedragsproblemen van de jeugdige, of opvoedingsproblemen, waaronder ondersteuning, hulp en zorg die verleend wordt in het kader van een kinderbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering (10)

Maatwerkdeel basistakenpakket JGZ

Werkzaamheden beschreven in artikel 7, 8 en 9 van het Besluit publieke gezondheid die worden afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van de jeugdigen alsmede op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens. (9)

Monitoren

Systematisch volgen van de gezondheid en ontwikkeling van jeugdigen en hun omgeving

Normaliseren

Op basis van kennis van de normale ontwikkeling ouders voorlichten en kortdurend ondersteunen zodat ze de zorg weer zelf aan kunnen en geen gespecialiseerde zorg nodig is. (6)

Ontzorgen

Het versterken van de eigen kracht, normaliseren en de sociale omgeving activeren en benutten, zodat minder zorg nodig is. (5)

Opvoed- en opgroei ondersteuning

Voorlichting, advies en hulp aan ouders en opvoeders bij opvoedingsvragen en -problemen ter voorkoming van problemen in de opvoeding en/of ontwikkeling van kinderen, of om deze problemen op te lossen, en ter versterking van de draagkracht en competenties van ouders en opvoeders; uitgevoerd door onder meer de jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, welzijnsinstellingen, kinderopvang en onderwijs (2)

Preventie

Het voorkomen van ziekten en het beschermen en bevorderen van gezondheid (4)

Ziektepreventie

Maatregelen die gericht zijn op het voorkomen van specifieke ziekten of op de vroege signalering daarvan. Belangrijke maatregelen zijn screening, vaccinaties en preventieve medicatie. (4)

Gezondheidsbevordering

Het bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl en van een gezonde sociale en fysieke omgeving. (4)

Gezondheidsbescherming

Maatregelen met als doel de bevolking te beschermen tegen gezondheidsbedreigende factoren. (4)

Publieke gezondheidszorg

De gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten (9)

Richtlijn

Aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van beroepskrachten, berustend op de resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek en met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het omschrijven van doeltreffend en doelmatig handelen (2)

Screenen

1. in de gezondheidszorg: vroegtijdige opsporing van risicofactoren voor ziekten om ziekten te voorkomen of vroegtijdige opsporing van ziekten om tijdig te kunnen behandelen en verergering van de ziekte zo veel mogelijk tegen te gaan
2. in de hulpverlening: systematisch nalopen van een aantal aandachtspunten om mogelijke problematiek vast te stellen, kan zowel gericht zijn op individuen als op groepen (2)

Signaleren

Het op basis van monitoring of screening onderkennen en aandacht vestigen op een ziekte, aandoening, risico of een probleem. (1)

Toeleden naar zorg

Het met de cliënt regelen van een gepast aanbod. Dit kan door direct diensten of hulp te verlenen, door derden in te schakelen uit het sociale netwerk of het CJG en/ of door intensievere hulp in te schakelen vanuit gezondheidszorg of jeugdhulp (1, aangepast)

Vaccineren

Aanbieden van vaccinaties volgens het Rijksvaccinatieprogramma. (6)

Uit:

1. Scenario's voor de ontwikkeling CJG-JGZ
2. Jeugdthesaurus <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/05/386.html>
3. Basistakenpakket jgz 0-19 jaar (groene boekje)
4. Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM
5. RMO: Ontzorgen en normaliseren
6. Dit adviesrapport
7. Wikipedia
8. Brief aan Tweede Kamer 24 oktober Moties en toezegging stelselwijziging jeugd
9. Wet publieke gezondheid
10. Concept Jeugdwet
11. ABC rapport

Afkortingen

| | |
|--------------------|---|
| ABC rapport | Activiteiten Basistakenpakket per Contactmoment |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| BTP | Basistakenpakket |
| CAP-J | Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van cliënten in de Jeugdzorg |
| CJG | Centrum voor Jeugd en Gezin |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheids Dienst |
| (jeugd)GGZ | (jeugd) Geestelijke Gezondheidszorg |
| ICF-CY | International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth |
| IVRK | Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind |
| JGZ | Jeugdgezondheidszorg |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| LESA | Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken |
| LVG-zorg | Licht Verstandelijk Gehandicapten zorg |
| NCJ | Nederlands Centrum Jeugdgezondheid |
| Nji | Nederlands Jeugd instituut |
| RCT | Randomized Controlled Trial |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu |
| RMO | Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling |
| RVP | Rijksvaccinatie programma |
| RVZ | Raad voor Volksgezondheid en Zorg |
| TNO | Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek |
| VGv | Vrouwelijke Genitale Verminking |
| VN | Verenigde Naties |
| VTV | Volksgezondheid Toekomst Verkenning |
| VWS | Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| Wbp | Wet bescherming persoonsgegevens |
| Wcpv | Wet collectieve preventie volksgezondheid |
| Wet BIG | Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg |
| WHO | World Health Organization |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| WGBO | Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst |
| Wpg | Wet publieke gezondheid |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |

Literatuuroverzicht

- Anker, B. Advies Positionering van de JGZ in het nieuwe stelsel van de zorg voor jeugd. 2011.
- Besluit publieke gezondheid. 2008.
- CBS. Waardering voor activiteiten consultatiebureau. 2005.
- Dam, P. Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg. Verdonck Kloostwers & Associates in opdracht van Actiz. 2012.
- Engel, G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, Vol.196, Issue: 4286 pp: 129-136. 1977.
- Gezondheidsraad. Verslag internationale conferentie 'Wat is gezondheid'. Den Haag: Gezondheidsraad, 2010; publicatienr. A10/04.
- Gemeente Amsterdam, Dienst Onderzoek en Statistiek. Klanttevredenheid Jeugdgezondheidszorg, Ervaringen van ouders, contactpersonen en jongeren met JGZ. 2011.
- GGD Hollands Noorden. Klanttevredenheidsonderzoek Jeugdgezondheidszorg. 2011.
- Huber, M. Health, how should we define it? BMJ 2011;343:d4163.
- IVRK. Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Verenigde Naties, in werking sinds september 1990.
- Jeugdwet concept memorie van toelichting. 2012.
- Jeugdwet concept wettekst. 2012.
- JGZ Gooi en Vechtstreek. Klanttevredenheid JGZ. 2011.
- Mackenbach J.P. Successen van preventie. Erasmus Publishing. 2011.
- Memorie van toelichting Wet publieke gezondheid. 2008.
- NCJ. Scenario's voor de ontwikkeling CJG/JGZ. 2012.
- NCJ. Richtlijnen. 2012.
- Polder, J., S. Kooiker, F. van der Lucht. De gezondheidsepidemie. 2012.
- RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. (ABC rapport). Rapport 295001001/2008.
- RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Publieke gezondheidszorg samengevat. 2012.
- RMO. Ontzorgen en normaliseren Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. 2012.
- RVZ Discussienota. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. 2010.
- Search Institute. 40 developmental Assets. 2009.
- Stichting kinderrechten en menselijke ontwikkeling. Checklist: Wat is er nodig om op te groeien? 2012.
- STMR. Stichting thuiszorg en maatschappelijk werk rivierenland/ GGD Rivierenland. Jaarverslag Jeugdgezondheidszorg, 2011.
- TNO. Evaluatie JGZ 2006, deelonderzoek 1 Uitvoeringsorganisaties. 2006.
- TNO. Evaluatie JGZ 2006, deelonderzoek 4 Klantonderzoek. 2006.
- TNO/NJi/NCJ. Beknopte evaluatie BTP JGZ. 2012.

- Verloove-Vanhorick, S.P. en S.A. Reijneveld. Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. Tsg jaargang 85/ 2007 nummer 7.
- VWS. Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel'. 8 november 2011. Kenmerk DJ/PS-3088668.
- Wpg. Wet Publieke gezondheid. 2008.
- WHO, World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: WHO, 1948.
- ZonMw. Jeugd Richtlijnen Jeugdgezondheid. Programmeringsstudie deel II. 2012.
- ZorgDNA. Ervarenen met het consultatiebureau met vragen over zorguitkomsten. 2012.

Bijlage 1

Samenstelling Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ

- Prof. dr. Micha de Winter - hoogleraar pedagogiek, voorzitter
- Prof. dr. Tom van Yperen - hoogleraar onderzoek en ontwikkeling van effectieve jeugdzorg
- Dr. Thea van Zeben- van der Aa - kinderarts- sociale pediatrie
- Drs. Janine Bezem - hoofd jeugdgezondheidszorg
- Drs. Margot Kobussen - jeugdverpleegkundige
- Prof. dr. Paul Leseman - hoogleraar pedagogiek
- Prof. dr. Hein Raat - hoogleraar jeugdgezondheidszorg
- Elise Buiting, arts M&G - stafarts jeugdgezondheidszorg
- Drs. Cécile Goebel - waarnemer namens het ministerie van VWS

Secretariaat:

- ir. Gerda van 't Bosch
- Marjon Nederpelt, MSc

Bijlage 2

Wet publieke gezondheid

Artikel 1

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- c. *publieke gezondheidszorg*: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten
- d. *jeugdgezondheidszorg*: de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen tot negentien jaar

Artikel 5

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 het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma,
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Het college van burgemeester en wethouders draagt er zorg voor dat bij uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak, voor zover het gaat om vastleggen van patiëntgegevens als bedoeld in artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek, gebruik wordt gemaakt van digitale gegevensopslag. Bij regeling van de Minister voor Jeugd en Gezin kunnen eisen worden gesteld aan de daarbij te gebruiken software.
4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 14

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de colleges van burgemeester en wethouders van gemeenten die behoren tot een regio als bedoeld in de Wet veiligheidsregio's, via het treffen van een gemeenschappelijke regeling zorg voor de instelling en instandhouding van een regionale gezondheidsdienst in die regio.
2. Bij de regeling, bedoeld in het eerste lid, wordt een openbaar lichaam ingesteld met de aanduiding: gemeentelijke gezondheidsdienst.
3. De gemeentelijke gezondheidsdienst staat onder leiding van een directeur publieke gezondheid, die wordt benoemd door het algemeen bestuur van de gemeentelijke gezondheidsdienst in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio.
4. Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels, staat het college van burgemeester en wethouders vrij om de uitvoering van de taken of onderdelen van taken, bedoeld in de artikelen 2, tweede lid, onder h, en 5, tweede lid, onder a tot en met d, over te laten of mede over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst.
5. In afwijking van het eerste lid kan een regionale gezondheidsdienst worden ingesteld en in stand gehouden door de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten in twee of meer regio's als bedoeld in de Wet veiligheidsregio's. In dat geval geschiedt de benoeming, bedoeld in het derde lid, in overeenstemming met de besturen van de betrokken veiligheidsregio's, en draagt het algemeen bestuur van de gemeentelijke gezondheidsdienst ervoor zorg dat in elk der regio's adequaat wordt voorzien in de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening, bedoeld in artikel 32, tweede lid, van de Wet veiligheidsregio's.

Artikel 15

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:
 - a. sociale geneeskunde,
 - b. epidemiologie,
 - c. sociale verpleegkunde,
 - d. gezondheidsbevordering, en
 - e. gedragswetenschappen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het opleidingsniveau of de deskundigheid waarover de deskundigen dienen te beschikken. Deze eisen kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

Besluit publieke gezondheidszorg

Artikel 3

1. Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg bestaat uit een uniform deel en een maatwerk deel.
2. Het uniform deel van het basistakenpakket omvat de in de artikelen 4, 5 en 6 van dit besluit beschreven werkzaamheden en wordt aan alle jeugdigen aangeboden.
3. Het maatwerk deel van het basistakenpakket omvat de in de artikelen 7, 8 en 9 van dit besluit beschreven werkzaamheden en wordt afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van de jeugdigen alsmede op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens.

Artikel 4

De in artikel 5, tweede lid, aanhef en onder a, van de wet genoemde werkzaamheid inzake de gezondheidstoestand van jeugdigen en de gezondheidsbeïnvloedende factoren omvat de volgende aspecten:

- a. het afnemen van een algemene anamnese van de jeugdige,
- b. het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige,
- c. het meten en beoordelen van de groei van de jeugdige,
- d. het beoordelen van de ontwikkeling van de jeugdige,
- e. het beoordelen van het functioneren van de jeugdige,
- f. het beoordelen van medisch-biologische parameters van de jeugdige,
- g. het beoordelen van het gedrag van de jeugdige,
- h. het beoordelen van het sociaal milieu van de jeugdige,
- i. het beoordelen van het fysieke milieu rondom de jeugdige,
- j. het in kaart brengen van het zorgsysteem rondom de jeugdige.

Artikel 5

De in artikel 5, tweede lid, aanhef en onder b, van de wet genoemde werkzaamheid inzake de behoeften aan zorg omvat, naast het maatwerk deel, bedoeld in artikel 7 van dit besluit, de volgende aspecten:

- a. het schatten van de verhouding tussen de draaglast en draagkracht van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort,
- b. het schatten van de behoefte aan advies en voorlichting van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort,
- c. het inventariseren van de zorg die de jeugdige al ontvangt,
- d. het nagaan of de jeugdige tot een of meer risicogroepen behoort.

Artikel 6

De in artikel 5, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet genoemde werkzaamheid inzake de opsporing en preventie van specifieke stoornissen omvat de volgende aspecten:

- a. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van oogpathologie,
- b. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van maldescensus testis,
- c. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van congenitale hartafwijkingen,
- d. het nagaan of bij de jeugdige sprake is spraak- of taalstoornissen,
- e. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van perceptief gehoorverlies,
- f. het zonodig aanbieden van vaccinatie tegen hepatitis B,
- g. het zonodig aanbieden van vaccinatie tegen tuberculose.

Artikel 7

De in artikel 5, tweede lid, aanhef en onder b, van de wet genoemde werkzaamheid inzake de behoeften aan zorg omvat, naast het uniform deel, bedoeld in artikel 5 van dit besluit, de volgende aspecten:

- a. het ramen welke zorgverlening op maat nodig is,
- b. het ramen welke risicogroep gerichte zorg nodig is.

Artikel 8

De in artikel 5, tweede lid, aanhef en onder d, van de wet genoemde werkzaamheid inzake voorlichting omvat de volgende aspecten:

- a. het geven van individugerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
- b. het geven van groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Artikel 9

De in artikel 5, tweede lid, aanhef en onder e, van de wet genoemde werkzaamheid inzake gezondheidsbedreigingen omvat de volgende aspecten:

- a. het formuleren welke individuele maatregelen, afgestemd op het gezin van de jeugdige, nodig zijn,
- b. het formuleren welke maatregelen, afgestemd op de groep gezinnen waartoe het gezin van de jeugdige behoort, nodig zijn,
- c. het formuleren welke individuele maatregelen, afgestemd op buurt of school van de jeugdige, nodig zijn,
- d. het formuleren welke maatregelen, afgestemd op de groep buurten of scholen waartoe de buurt of school van de jeugdige behoort, nodig zijn.

Artikel 10

Indien het college van burgemeester en wethouders toepassing geeft aan artikel 14, tweede lid, van de wet, hanteert het college voor de uitvoering dezelfde eisen als in artikel 17, tweede lid, van dit besluit, aan de gemeentelijke gezondheidsdienst zijn gesteld.

Artikel 17

2. Met het oog op de uitvoering van de in artikel 5 van de wet omschreven taak ter zake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen voldoen de deskundigen, bedoeld in artikel 15 van de wet, aan de volgende eisen:
 - a. de sociaal geneeskundige is ingeschreven in het Register van Artsen Maatschappij en Gezondheid van de KNMG en opgeleid in de jeugdgezondheidszorg,
 - b. de deskundige op het terrein van de sociale verpleegkunde is sociaal verpleegkundige en in het bezit van het diploma HBO-V,
 - c. de deskundige op het terrein van de gedragswetenschappen is universitair opgeleid als psycholoog of pedagoog, dan wel in het bezit van de akte M.O.-B pedagogiek.

Nota van toelichting Besluit publieke gezondheid:

Artikel 3

De artikelen 3 tot en met 10 regelen de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en bevatten de tekst van het Besluit jeugdgezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg heeft als doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. Bij de uitvoering staat naast het kind ook de opvoeder centraal en wordt rekening gehouden met de omgeving waarin het kind opgroeit. De ontwikkeling van kinderen wordt gevolgd om tijdig verstoringen te signaleren en zondig in te grijpen. Artikel 3 komt overeen met de inhoud van artikel 2 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg bevat de vijf gemeentelijke werkzaamheden zoals omschreven in artikel 5, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid. Dit basistakenpakket jeugdgezondheidszorg wordt op grond van het eerste lid van artikel 3 onderverdeeld in een uniform deel en een maatwerk deel. Het uniform deel betreft de zorg die aan iedere jeugdige uit de doelgroep moet worden aangeboden. De nadere uitvoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg geschiedt op basis van richtlijnen. Het maatwerk deel wordt afgestemd op zowel de specifieke zorgbehoeften van individuen als lokale of demografische en epidemiologische gegevens; met andere woorden: op de lokale gezondheidssituatie. Het aanbod kan zowel individueel als groepsgewijs worden ingevuld.

Artikel 4

Artikel 4 komt overeen met de inhoud van artikel 3 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. De genoemde werkzaamheden worden verricht om de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand te signaleren. Ook worden hiermee mogelijke gezondheidsbevorderende en –bedreigende ontwikkelingen gesignaleerd. Bij het afnemen van de algemene anamnese, de ter zake relevante voorgeschiedenis van de jeugdige, wordt ook gelet op de samenstelling van het gezin waartoe de jeugdige behoort en de eventuele erfelijke belasting van de jeugdige. Bij het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige wordt gelet op de algemene indruk die hij of zij maakt, de houding, de wijze van bewegen, de hygiëne, de huid, de hoedanigheid van hoofd, hals, romp, buik, geslachtsdelen en extremiteiten. Bij het beoordelen van de groei wordt gelet op lengte naar leeftijd (zuigelingen, peuters en schoolkinderen), het gewicht naar

leeftijd (zuigelingen), de hoofdomtrek (zuigelingen) en het gewicht naar lengte (peuters en schoolkinderen). Bij het beoordelen van de ontwikkeling wordt gelet op psychische, motorische, cognitieve en sociale aspecten, op spraak en taal en op de seksuele ontwikkeling. Bij het beoordelen van de functies betreft het lichamen functioneren, psychisch functioneren, emotioneel functioneren en sociaal functioneren. Bij het beoordelen van medisch biologische parameters wordt gelet op het volgen van de lichamelijke groei, de vaccinatiegraad, eventuele verwijzingen en op het voorkomen van ziekten en afwijkingen. Bij het in kaart brengen van het gedrag wordt gelet op het voedingspatroon, eventuele verslaving, pesten, geweld, schoolverzuim, afwijkend gedrag, vrijetijdsbesteding en sport. Bij het beoordelen van het sociaal milieu wordt gelet op de woonsituatie, het eventuele gebruik van kinderopvang, de schoolsituatie, veranderingen, discriminatie, mishandeling en criminaliteit. Bij het beoordelen van het fysiek milieu wordt gelet op fysieke omstandigheden die de gezondheidstoestand van de jeugdige bevorderen dan wel bedreigen: huisvesting, scholen, buitenschoolse opvang, speelgelegenheden, groenvoorzieningen, milieu en verkeersveiligheid. Bij het in kaart brengen van het zorgsysteem wordt gelet op het plaatselijke netwerk van voorzieningen voor kinderen en jongeren.

Artikel 5

Artikel 5 komt overeen met de inhoud van artikel 4 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Het inschatten van de verhouding tussen draagkracht en draaglast is een voorwaarde voor het afstemmen van de zorg op het individu. Bij het inschatten van de verhouding tussen draaglast en draagkracht van de jeugdige en het gezin waartoe hij of zij behoort en bij het inschatten van hun behoefte aan advies en voorlichting, wordt gelet op alle relevante gegevens en omstandigheden.

Artikel 6

Artikel 6 komt overeen met de inhoud van artikel 5 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Gestandaardiseerd onderzoek van de ogen vindt plaats op zuigelingen en peuters. Het gaat daarbij met name om amblyopie en op gezichtsscherpte op kleuter en schoolleeftijd. Bij jongens vindt gestandaardiseerd onderzoek plaats naar de lokalisatie van de testes. Bepaalde congenitale hartafwijkingen kunnen in het eerste levensjaar door systematisch onderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg worden opgespoord. Voor het screenen van spraak- en taalontwikkelingsstoornissen bij kleuters bestaat er een landelijk gebruikte standaard. Vaccinatie tegen hepatitis B of tegen tuberculose wordt slechts aangeboden als wordt vermoed dat de jeugdige ter zake risico loopt.

Artikel 7

Artikel 7 komt overeen met de inhoud van artikel 6 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Zorgverlening op maat ligt in het verlengde van het inschatten van de zorgbehoefte, want op basis van de uitkomsten van de algemene anamnese, beoordeling van lichamelijke verschijning, groei, ontwikkelingsfuncties, het inschatten van de verhouding van de draaglast en draagkracht, het inschatten van de voorlichtingsbehoefte en het bepalen van ontvangen zorg en medische consumptie, zal zorg worden verleend. Voor zover die zorg niet tot het uniform deel behoort, is deze altijd op maat. Het inschatten van zorgbehoefte op doelgroep- en populatieniveau leidt tot het onderkennen van risicogroepen. Vervolgens kan op de kenmerken van die groep afgestemde zorg worden verleend.

Artikel 8

Artikel 8 komt overeen met de inhoud van artikel 7 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Voorlichting wordt individueel afgestemd op de behoefte van de cliënt. Het inschatten van die behoefte moet dus daaraan zijn voorafgegaan. De overgangen tussen voorlichting, advies, instructie en begeleiding zijn vloeiend, maar in alle gevallen staat het preventieve karakter voorop. Naar de aard van de voorlichting kan onderscheid worden gemaakt in risicoreducerende, ontwikkelingsondersteunende en zorggerichte voorlichting. Risicoreducerende voorlichting is over het algemeen anticiperende voorlichting. Het heeft een primair preventief karakter en loopt vooruit op risicovolle situaties die inherent zijn aan de ontwikkelingsfasen van het kind. Voorbeelden zijn: voorlichting over voeding, veiligheid, de risico's van alcohol, tabak en drugs. Ontwikkelingsondersteunende voorlichting is vooral gericht op het bevorderen van een goede ontwikkeling van het kind en op de rol van de ouders of verzorgers bij de opvoeding. Deze voorlichting kan anticiperend van aard zijn, maar ook secundair preventief worden gegeven op basis van signalen of vragen. De overgang tussen voorlichting en advies is vloeiend. Aangezien de voorlichting op maat gebeurt, geldt voor de activiteiten dat zij zeer variabel kunnen zijn naar onderwerp. Zorggerichte voorlichting is vooral gericht op het informeren over zorgvoorzieningen en het geven van uitleg en toelichting op verwijzingen en behandelingen. In alle gevallen gaat het om maatwerk omdat de voorlichtingsbehoefte van elke ouder verschillend is.

Artikel 9

Artikel 9 komt overeen met de inhoud van artikel 8 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Het formuleren van maatregelen gericht op het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen in het gezin is afhankelijk van de vastgestelde bedreigingen. Doorgaans zal voor een individueel afgestemde maatregel worden gekozen waarbij zoveel mogelijk zal worden verwezen naar instellingen en voorzieningen die deel uitmaken van het netwerk van de jeugdgezondheidszorg. Op basis van bepaalde kenmerken, waarbij onder meer wordt gedacht aan gezinnen met een lage sociaal economische status, één ouder gezinnen, mensen met ontwikkeling- en taalachterstanden, kunnen potentiële risicogroepen worden onderscheiden. Afhankelijk van welke bedreigingen daadwerkelijk zijn vastgesteld, zal vervolgens voor een op die groep afgestemde maatregel worden gekozen. Het formuleren van maatregelen die zijn gericht op het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen in de buurt of op school, is afhankelijk van de vastgestelde bedreigingen en kan zowel een individueel afgestemde maatregel betreffen als een op de bedreigde groep afgestemde maatregel.

Artikel 10

Artikel 10 komt overeen met de inhoud van artikel 9 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Indien het college van burgemeester en wethouders besluit om de uitvoering van de taken of onderdelen van taken, bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder a tot en met d, van de Wet publieke gezondheid over te laten of mede over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst, geldt het bepaalde in artikel 10. Dat houdt in dat de eisen, die ter zake van de deskundigheid van de uitvoerders van de jeugdgezondheidszorg bij de gemeentelijke gezondheidsdienst gelden, door het college ook zullen moeten worden gehanteerd indien zij anderen dan de gemeentelijke gezondheidsdienst voor die uitvoering wil inschakelen.

Artikel 17

Dit artikel komt overeen met artikel 5 uit het Besluit collectieve preventie volksgezondheid. De opleidingseis voor de deskundige op het gebied van de tandzorg keert hierin niet terug omdat deze deskundigheid op grond van de Wet publieke gezondheid niet meer is voorgeschreven. De opleidingseis met betrekking tot de applicatiecursus voor consultatiebureauarts bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg keert als zelfstandige eis niet terug. Deze cursus maakt nu deel uit van de in het tweede lid, onder a, aangehaalde opleiding in de jeugdgezondheidszorg.

Dit is een publicatie van de
Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ

Februari 2013