**Forumdiscussie**.

De forumdiscussie werd geleid door dhr. Saan, werkzaam bij het Landelijk Centrum GVO.

Mw Smid, Thuiszorg Drenthe, zal deelnemen aan de forumdiscussie omdat er m.b.t. de overdracht nog veel vragen en problemen zijn.

Aangezien er veel vragen waren binnengekomen, die niet allemaal beantwoord konden worden en elkaar gedeeltelijk overlapten, werden deze geclusterd in thema's (o.a. risicogroe­pen, dossiervorming en gegevensverzameling).

Voor een overzicht van de functies van de diverse hieronder genoemde personen zij verwezen naar het complete verslag van de conferentie. (XXX)

**Vragen*:***

 *Waarom is er geen pilot in 1 regio gevormd, want dan hadden kinderziekten voorkomen kunnen worden*.

Dhr. de Jong: de verantwoordelijkheid voor uitvoering en beleid voor *de* zorg van de jeugdigen ligt bij de professionals binnen de GGD GSO. Er leefden veel ideeën, maar men durfde de stap niet te nemen. Er werd verwacht dat men wel met een pilot zou komen, maar dit bleef uit. Het proces heeft heel lang geduurd. Daarom is in kleine groep besloten dat er niet gewacht kon worden en er serieus naar een nieuwe aanpak moest worden gekeken. Binnen de eigen gelederen heerste veel angst en weerstand. Angst voor het loslaten van wat we hebben en met z'n allen in het diepe springen. Daarom besloten om het gemeenschappelijk te doen met de inzet van de hele GGD en niet in geïsoleerd proces met te beperkte randvoorwaarden, met het risico dat het zou stranden. Het eerste pilotproject (wijkpreventiewerk) is hiervan een goed voorbeeld.

 *Hoe komt gegevensverzameling tot stand? Zijn gegevens die scholen/ouders aanleveren wel te vertrouwen, geeft dit geen grote foutmarges?*

Er is een informa­tieprogramma opgesteld t.a.v. de registratie. W.b. risicogroepen: naast algemene indicaties waar je die moet zoeken, zijn er in Groningen geen echte risicokinderen.

 *Wanneer wordt kind erkent als risicokind?*

Dit zijn kinderen die extra zorg nodig hebben. Ze worden gesignaleerd d.m.v. ingevulde groeikaarten en aftasten van zorgsystemen die in de scholen, buurtnetwerken etc. zijn opgezet.

 *Hoe kies je tussen soorten risicokinderen?*

Wij hebben geen concentraties van grote risicogroepen.

 *Vallen er dan geen kinderen tussen wal en schip?*

Dit kun je niet zeggen. Dhr. de Jong: vragenlijsten geven niet altijd het antwoord. Het niet meewerken aan invullen van vragenlijsten kan al een signaal zijn. Hier wordt extra aandacht aan besteed.

Dhr. Wiegersma: er is nog geen plan uitgewerkt waarin de signalering van derden op kwaliteit worden bekeken. De indruk van GGD medewerkers telt mee. Hiernaar zal apart onderzoek moeten worden gedaan.

 *Is het geen politieke beslissing wat je aanpakt en wat niet?*

Bij het opstellen van het deelbeleidsplan is de politiek nadrukkelijk betrokken. Voor de begroting van de komende jaren (mei/juni) volgt er een conferentie met beleidsmedewerkers van gemeenten en bestuursleden. Hier zal worden gesproken over prioriteiten voor de volgende jaren.

 *Hoe kom je in een risicogroep en wat is de procedure?*

Mw. Nijhof: risicokinderen zijn niet eenduidig te definiëren. Er wordt een nauwere relatie opgebouwd met scholen. Er zijn spreekuren op een aantal scholen gehouden door verpleegkundige en op andere scholen maandelijks door de arts. We hebben geen eenduidige procedure, wordt samen met scholen gedaan. Dossier wordt aangelegd alseen kind voor een individueel contact inaanmerking komt (elektronisch dossier). Deze dossiers worden bewaard, volgens het wettelijk bewaartermijn, in een archief.

 *Waarom worden er geen kaarten opgevraagd bij andere GGD-en als een kind van een stad naar een andere verhuist?*

Als er een nieuw kind op een school komt geeft de school dit door aan de verpleegkundige. Het kind kan dan bij twijfel worden onderzocht. Als het nodig is wordt er wel contact opgenomen.

 *Wat gebeurt er met de dossiers van het Kruiswerk?*

Mw. Smid: GGD wil geen dossiers, alleen overdrachtsformulier, een samenvatting van de kinderen waarvan Kruiszorg denkt dat er extra zorg nodig is. In de dossier staat veel pos. + neg. gegevens. Samenwerking is noodzakelijk.

 *Risicokinderen worden gemeld door andere GGD-en en niet door de inspanningen van de GGD GSO zelf. Wordt dit in de evaluatie meegenomen?*

Dhr. Wiegersma: het is niet zo dat we zelf niets doen.

Mw. Smid: de overdracht van de kaarten van consultatiebureaus is vanaf 1-1-'93 heel slecht. Er ligt onvrede bij de Thuiszorg. Zij verzamelen gegevens en hier wil men ze niet.

 *Wat gebeurt er met kinderen die naar het SO gaan en waar je de gegevens van de eerste 4 jaar niet van hebt?*

Mw. Nijhof: het reguliere toelatingsonderzoek wordt gedaan, waar specialistische gegevens nodig zijn zullen deze worden opgevraagd. Is er iets met het kind aan de hand geweest dan kan dit worden opgezocht in een zorgdossier.

Dhr. Wafelbakker: Groningen zoekt naar effectievere vormen van interventie. Het nadeel van kinderen niet opsporen wordt hierdoor overtroffen.

Het lijkt er op dat het een papieren zorg wordt, belangrijk is het systeem dat je hanteert om te bepalen wat een risicokind is en hoeveel zorg nodig is en op welke maat.

De schakel van de school levert een groter aandeel in de opsporing van risicokinderen dan de schoolarts.

Vanuit de zaal: ik sluit mij aan bij de woorden van mw. van Weert, Groningen heeft in het jaar 0 geleefd. Kijkend naar de rest van het land gebeuren de dingen die hier gepre­senteerd worden naast longitudinale begeleiding.

 *Hoe gaat het met de introductie naar ouders?*

Mw. Blaauw: informatiebijeenkomsten worden georganiseerd in overleg met de school. Zij kunnen beter beoordelen welk tijdstip gunstig is. Ouders kunnen kennismaken met de verpleegkundige van de school. Met vragen over gezondheid weten ze bij wie ze terecht kunnen bij de GGD. Ze krijgen informatie over wat de GGD te bieden heeft. Wanneer ze contact opnemen met de verpleegkundige of iemand anders van de GGD. Niet alle ouders komen. Zorg op maat is belangrijk. Andere manieren om ouders te bereiken gebeurt d.m.v. overleg met de school. Bijvoorbeeld kun je inloopspreekuren, koffieochtenden enz. organiseren.

 *Worden kinderen/ouders dan ook opgeroepen?*

Als de-school zich zorgen maakt over een kind, en dat aankaart bij de verpleegkundige dan wordt er geïnformeerd of ze bij een instantie bekend zijn en of er een zorgsysteem rond een kind is. Is dit niet het geval dan wordt aan de school gevraagd contact op te nemen met de ouders. Dit heet zorg op maat.

 *Handboek gezonde jeugd, wat staat hier in?*

Mw. Wekker: dit is een themaboek waarin vragen, die uit het onderwijs zijn gekomen, zijn opgenomen. Er zit les-ondersteunend materiaal, achtergrondinformatie, ouderparticipatie en regels en afspraken op school in. Onderwerpen zijn o.a. voeding, luizen, pesten, infectieziekten.

 *Hoe worden schoolprofielen opgesteld en hoe worden ze gebruikt?*

Dhr. Bakker: is nog in ontwikkeling. Het betreft resultaten uit eigen onderzoek en wat de scholen aan informatie aanreiken. Afhankelijk van wat bij een school past, worden afspraken voor het komende jaar gemaakt. Het resultaat van de schoolprofielen is het bieden van zorg op maat.

 *Is van de school van dhr. Klungel al een profiel gemaakt?*

Er is al wel over gesproken, aanbevelingen tijdens bespreking schoolprofielen worden opgepikt. Het is aan de school wat ermee wordt gedaan. Vanuit de zaal wordt gezegd dat het schoolprofiel overeenkomt met schoolgezondheidsbeleid, alleen wordt er nog een stukje PGO bij gedaan.

 *Het gebruik van de term oude en nieuwe JGZ roept wrevel op.*

Dhr. de Jong: essentieel is, de achterliggende gedachte is desociale geneeskunde, tak JGZ. Dit zou een van de kerndisciplines moeten zijn die zich bezighoudt met beleid m.b.t. wat er met onze kinderen gebeurt. Facetbeleid en integraal beleid is belangrijk: kijken of onze kinderen gezond opgroeien. GGD GSO wil hier een rol in spelen. De huidige werkwijze geeft ruimte voor meer ontwikkelingen.

 *Hoe groot is het team JGZ, hoe groot is een regioteam?*

In Groningen zijn 3 regioteams, 1 bestaande uit 10 mensen, 1 uit 12 mensen en 1 uit 20 mensen. Hiervan houdt ongeveer 80%-85% zich bezig met jeugdgezondheidstaken. APGZ-medewerkers hielden hun eigen expertise. Er werd gericht gedaan aan deskundigheidsbevordering. Specialistische kennis wordt geleverd door opgeleide mensen. In signalering moet men generalistisch zijn.

 *Wat doen de doktersassistentes?*

Dhr. Bakker: zij doen screeningen en administratieve taken daaromheen.

 *Hoe reageren ouders erop dat dokters niet meer screenen?*

Hier zijn ze inmiddels aan gewend. Ouders worden niet geweerd bij spreekuren. Bij alle onderzoeken op indicatie mogen ouders meekomen.

 *Welke rol speelt de GVO-discipline?*

Er zijn 4 medewerkers in dienst die intensief contacten onderhouden met deregioteams Zij houden zich breed bezig met jeugdgezondheidszorg.

 *In hoeverre zou een inspecteur van de JGZ in Groningen langskomend, daar voldoende verantwoording vinden dat daar goed gewerkt wordt.*

Dhr. de Jong: we worden nauwlet­tend gevolgd door de inspectie. Conclusie inspecteurs was dat een aantal zaken nog in ontwikkeling was. Hun eindconclusie was dat ze blij waren dat deze stap was gezet. Met belangstelling zouden zij de voortgang volgen. De inspectie heeft geen ontoelaatbare zaken gevonden. Alles is grondig onderzocht.

 *Hoe is de tijdsbesteding van de afdeling JGZ op uitvoerend niveau, individueel versus collectief?*

Zeventig procent van de kinderen is gezond. Dertig procent van de kinderen heeft problemen. Zeventig procent van de tijd gaat naar de dertig procent van de kinderen die die zorg echt nodig hebben. In het eerste jaar moest het hele basisprogramma in een half jaar tijd worden doorgelopen, dit heeft stagnatie opgeleverd in de uitvoering van collectieve taken. Nu wordt veel tijd besteed aan het opstellen van de profielen, hetgeen een collectieve taak is.

 *Opmerking vanuit de zaal: Collectieve preventieve zorg is individu en groepsgericht, dit is wettelijk vastgelegd.*

 *Waarom welk onderzoek in welke groep?*

Dhr. Wiegersma zal op dit onderwerp promove­ren.

**Ter afronding aan elk panellid een laatste vraag:**

 *Kunt u bewijzen dat dit op termijn meer effect heeft.*

Dhr. Wiegersma: kijken in hoeverre er verschillen in benadering zijn tussen GGD-en, daarnaast kijken of de benadering van Groningen leidt tot vermindering van bijv. gokverslaving, vandalisme in vergelijking met dat van de persoonlijke benadering.

 *Is de GGD Groningen een buitenbeentje?*

Mw. van Weert: het is een behoorlijk buiten­beentje en dat geeft ook zorg. Het is niet ongevaarlijk. Het heeft een landelijke uitstraling naar de politiek. Groningen is dissident kind, houdt zich niet aan de landelijke ontwikke­lingen. Als alle steden een ander jeugdgezondheidspakket gaat aanbieden, kun je politiek gezien, onderuit gehaald worden. We moeten landelijk toe naar een basisprogramma JGZ.

 *Komt het goed tussen Thuiszorg en de GGD?*

Mw. Smid: jawel hoor, we zijn druk bezig met samenwerken. Ze hoopt dat er meer gegevens kunnen worden gevraagd of overgedra­gen.

 *Wordt u een gezondheidsmanager?*

Mw. Nijhof: het is boeiend dat je breder bezig bent dan je vanuit je opleiding gewend was. In Groningen is men duidelijk bezig buiten de deur te kijken. De huidige maatschappij vraagt om brede sociale geneeskundigen.

 *Wordt Groningen een eiland binnen de GGD-wereld?*

Dhr. de Jong: we hebben ons geïsoleerd. Dit heeft te maken met de energie die we in het eigen proces hebben moeten stoppen. Dit houdt niet in dat we de landelijke ontwikkelingen niet hebben gevolgd. Helder moet zijn: met elkaar moeten we de invulling jeugdgezondheidszorg ontwikkelen. Hiervoor zijn dit soort discussies nodig. De gemeente Groningen heeft extra geld geïnvesteerd in nieuw beleid. Dit heeft ertoe geleid dat de GGD binnen het werkgebied op sociaal terrein overal bij betrokken wordt.

 *Dhr. Saan*: Ook al is het allemaal niet nieuw en niet volmaakt, toch wil ik zeggen dat het mij is opgevallen hoe hartverwarmend het enthousiasme hij de medewerkers is. Als ik nu denk aan Groningen, dan denk ik aan: GR van gretig, ON van ontwikkeling, IN van innovatie en GEN van genieten.

 *Dhr. Wafelbakker:* 2 opmerkingen aan het eind. Ten eerste de bewondering voor dhr. de Jong omdat er zoveel enthousiasme is binnen de dienst. Ten tweede, n.a.v. de inleiding van mw. van Weert moeten we werken aan: 1 intreeonderzoek, beperkte registratie, dan heb je een jeugdgezondheidszorg waar iedereen jaloers op kan zijn.