**EVALUATIE VAN HET PLAN JEUGD**

‘Een gezonde jeugd in het jaar 2000'

The road to Wisdom?

Well it’s plain and simple to express:

Err and err and err again

But less and less and less.

*Piet Hein: Grooks. Cambridge, Mass.: The MIT Press, 1966*

1. **SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN** 1

1.1. **Samenvatting** 1

1.2. **Aanbevelingen** 3

2. **ALGEMEEN** 4

2.1. **Inleiding** 4

2.2. **Opzet van de evaluatie van het Plan Jeugd** 5

2.3. **Doelstellingen en middelen aangegeven binnen het Plan Jeugd** 6

3. **BEOORDELING MOGELIJKE EFFECTEN VAN HET PLAN JEUGD** 7

3.1. **Algemeen** 7

3.2. **Vergelijking met landelijke cijfers** 8

3.2.1 *Gegevens van het Trimbos-instituut 1992 en 1996* 8

3.2.2 *Andere landelijke gegevens* 10

3.3. **Vergelijking met regionale gegevens** 10

3.4. **Sociaal-economische gezondheidsverschillen** 11

3.5. **Conclusie** 12

4. **HOE WORDT PLAN JEUGD EXTERN BEOORDEELD?** 13

4.1. **Algemeen** 13

4.2. **Enquête onder het basis- en voortgezet onderwijs** 13

4.2.1 *Representativiteit van het onderzoek en opbouw vragenlijst* 13

4.2.2 *Algemene beoordeling van het Plan Jeugd* 14

4.2.3 *Contact met de medewerkers van de JGZ* 16

4.2.4 *Enkele specifieke vragen over het functioneren van de Jeugdgezondheidszorg* 17

4.2.5 *Vergelijking met de enquête onder het basisonderwijs in 1993* 18

4.2.6 *Conclusie* 19

4.3. **Overzicht gebruikte middelen** 19

4.4. **Resultaten leerlingenregistratie 1992 - 1996** 20

5. **OORDEEL MEDEWERKERS OVER PLAN JEUGD EN INSCHATTING OORDEEL SCHOLEN** 22

5.1. **Enquête onder medewerkers van de GGD GSO** 22

5.1.1 *Representativiteit van het onderzoek en opbouw vragenlijst* 22

5.1.2 *Algemene kenmerken en werksituatie* 22

5.1.3 *Tijdsbesteding aan collectief en individueel gerichte activiteiten en de ‘70/30-regel’* 23

5.1.4 *Deelname aan netwerken en overleggen buiten GGD-verband* 24

5.1.5 *Oordeel over en acceptatie van het Plan Jeugd* 25

5.1.6 *Registratie* 28

5.1.7 *Inschatting oordeel extern betrokkenen* 29

5.1.8 *Prioriteiten voor de Jeugdgezondheidszorg* 30

5.1.9 *Opmerkingen en suggesties voor verbeteringen* 31

6. **CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN** 32

6.1. **Conclusies** 32

6.2. **Aanbevelingen** 34

7. **BIJLAGEN** 35

7.1. **Analyse verwijzingsgegevens Basisgezondheidsdienst West en Noord Groningen.** 35

7.2. **In het Plan Jeugd omschreven risicogroepen** 37

7.3. **Doelen, middelen en evaluatiemogelijkheden van het Plan Jeugd** 37

7.3.1 *Doel(stelling)en en methodieken* 37

7.3.2 *Overzicht interne en externe evaluatiemogelijkheden* 40

7.4. **Vergelijking gegevens enquête Trimbos-instituut en GGD GSO** 43

7.5. **Gebruikte vragenlijsten** 44

7.5.1 *Vragenlijst voor directies en leerlingbegeleiders van het basis- en voortgezet onderwijs* 44

7.5.2 *Vragenlijst voor medewerkers van de GGD GSO* 47

7.6. **Enquête basis- en voortgezet onderwijs** 50

7.7. **Overzicht individueel en collectief gerichte activiteiten** 51

7.8. **Screeningsgegevens naar regio** 55

7.9. **Enquête medewerkers Jeugdgezondheidszorg** 57

**CONCEPTVERSLAG EVALUATIE VAN HET PLAN JEUGD**

‘Een gezonde jeugd in het jaar 2000'

**1. SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN**

**1.1. Samenvatting**

In dit verslag wordt nagegaan wat de invloed is geweest van het in 1992 invoeren van een nieuwe werkwijze bij de Jeugdgezondheidszorg ‑ het Plan Jeugd ‑ van de GGD Groningen (toentertijd de GGD Groningen Stad en Ommelanden).

Bij de evaluatie van het Plan Jeugd is uitgegaan van de basisvragen die een organisatie zich bij het beoordelen van de kwaliteit van haar handelen dient te stellen: *doen we de goede dingen* en *doen we de (goede) dingen goed*. Omdat de laatste vraag sterk verband houdt met de implementatie van het nieuwe beleid en daarmee met de mate waarin sprake is van acceptatie van en een positieve oriëntatie op de veranderde werkwijze binnen de organisatie is ook hierover informatie opgenomen.

Een en ander houdt in dat in het verslag ruwweg drie delen zijn te onderscheiden:

1. een deel waarin voor zover mogelijk wordt nagegaan of en in hoeverre het eigenlijke doel van de JGZ binnen een GGD wordt bereikt: een bijdrage te leveren aan de gezondheid van 4 ‑ 19‑jarigen;

2. een deel waarin ingegaan wordt op de middelen die worden gebruikt om de gestelde doelen te bereiken (vaak als doelstellingen in het Plan Jeugd opgenomen), en

3. een deel waarin wordt nagegaan hoe de medewerkers van de GGD die betrokken zijn bij de uitvoering van het Plan Jeugd het nieuwe beleid beoordelen en ‑ minstens zo belangrijk ‑ hoe zij inschatten dat externe belanghebbenden (in dit geval beperkt tot de personen binnen het onderwijs) deze werkwijze beoordelen.

*Effecten van het invoeren van het Plan Jeugd op de gezondheid van de doelgroep*

Uit een vergelijking van de gezondheid van de jongeren in de regio van de GGD GSO met die van de jeugd elders in het land, blijkt dat er geen sprake is van een gezondheidsachterstand. Dit geldt niet alleen voor de determinanten van toekomstige gezondheid als risicogedrag in de vorm van middelen­gebruik, bewegingsar­moede en gokgedrag. Eenzelfde conclusie kan ook ‑ voor­zichtig, want slechts in ver­ge­lijking met één andere GGD ‑ worden getrokken wat betreft de geestelijke gezondheid. Op zijn minst kan dus worden gesteld dat risicogedrag en gezondheid zich op vergelijkbare wijze ontwikkelen als in de rest van het land. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen in de regio van de GGD GSO, in tegenstelling tot vier jaar geleden, nauwelijks meer aanwezig zijn. Hoewel hier op diverse wijzen een uitleg aan kan worden gegeven, houdt het in ieder geval in dat de gehanteerde werkwijze niet nadelig is voor de risicogroepen onder de jeugd.

*Externe beoordeling van het plan Jeugd*

Uit de enquête onder de scholen komt naar voren, dat zowel basisscholen als scholen voor voortgezet onderwijs over het algemeen tevreden zijn met de door de medewerkers van de GGD geleverde inspan­ningen. Niet alleen komt dit tot uiting in de goede scores wat betreft tevredenheid en het positieve oordeel over de deskundigheid en adviezen maar eveneens in het in de loop der jaren toenemend gebruik van het aanbod. Ook een belangrijk gegeven hierbij is, dat directe vragen naar tevredenheid over de contacten met medewerkers en een oordeel over hun des­kun­dig­heid in deze enquête positiever worden beantwoord dan bij een vier jaar geleden gehouden enquête.

Een bijzonder belangrijk punt bij de huidige werkwijze is het kunnen bereiken van risicogroepen. De scholen, en dan met name die voor het voortgezet onderwijs, zijn er in meerderheid van overtuigd dat dit met de nu door de JGZ gehanteerde methodes mogelijk is.

Degenen die ook vóór de invoering van het Plan Jeugd bij de JGZ betrokken waren tenslotte, lijken over de huidige werkwijze positiever te zijn dan degenen die geen vergelijking kunnen maken.

*Veranderingen wat betreft inhoud werkzaamheden*

Een overzicht van de diverse activiteiten van de medewerkers die bij de JGZ betrokken zijn laat een uiterst divers beeld zien, waarbij niettemin opvalt dat vooral overleg met jeugdzorginstellingen en buurtnetwerken aan belang winnen. Dit wordt ook weerspiegeld in de gegevens over de tijdsbesteding van de medewerkers, waaruit blijkt dat niet alleen het aantal overleggen jaarlijks toeneemt, maar tevens dat de verdeling van de tijd over collectief en individueel gerichte activiteiten min of meer conform is aan de uitgangspunten van het Plan Jeugd.

De gegevens uit de elektronische registratie wijzen in dezelfde richting, waarbij opvalt hoezeer het gebruik van voorzieningen als spreekuur en advisering door scholen en leerlingen in vergelijking met vroeger toeneemt. Bovendien lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat in de loop van de jaren de werkwijze allengs meer door de medewerkers wordt gevolgd: de registratie laat een grotere zorgvuldigheid zien dan in het verleden en het ‘onder controle houden’ van kinderen is minder uitgebreid omdat men eerder naar de relevante instantie verwijst, vooral waar het psychosociale problematiek betreft. Deze conclusie is min of meer in tegenspraak met de gegevens uit de enquête onder de medewerkers. Mogelijk is de (onbewuste) acceptatie van het Plan Jeugd toch groter dan gedacht.

*Oordeel en attitude van de medewerkers ten aanzien van het Plan Jeugd*

De resultaten van de enquête onder de medewerkers contrasteren sterk met de bevindingen bij de scholen en de indirecte aanwijzingen uit de registraties. Het merendeel van de antwoorden ‑ of het nu een beoorde­ling van de werkwijze betreft of een oordeel over de gehanteerde registratiemethodieken, in zowel de open als gesloten vragen ‑ geeft een negatieve houding en beoordeling van de uitvoering van het Plan Jeugd te zien. Het positieve beeld dat de scholen hebben van de GGD en haar medewerkers lijkt daar moeilijk mee te verenigen.

Vooral het vervallen van de individuele contacten met ouders en leerlingen wordt betreurd en gezien als hét kritiekpunt van de scholen. Uit de enquête onder de scholen blijkt evenwel dat dit niet het geval is.

Ook wordt door de medewerkers stelselmatig de tevredenheid van de scholen onderschat. Alleen het ge­bruik van de geboden voorzieningen wordt hoger ingeschat, mogelijk omdat hier de directe betrokkenheid van de medewerkers een rol speelt. Op dit onder­deel na zijn de percentages positieve antwoorden op *alle* aan de scholen gestelde vragen gemiddeld zo’n 20% te laag ingeschat.

**Concluderend**:

Gegeven het feit dat (1) het gezondheidsbedreigend gedrag van de jeugd in de regio van de GGD GSO in de afgelopen jaren zich op zijn minst vergelijkbaar en voor bepaalde groepen zelfs positiever heeft ontwik­keld dan landelijk het geval is, dat (2) een belangrijke groep intermediairen waarmee de gestelde doelen behaald moeten worden voor het merendeel instemt met de huidige werkwijze en een groter gebruik van de aangeboden mogelijkheden laat zien hetgeen nog eens bevestigd wordt in de meer objectieve registratiege­gevens, dat (3) risicogroepen afdoende lijken te worden bereikt en tenslotte dat (4) juist die activiteiten die van belang zijn voor de collectief gerichte en voorwaardenscheppende aanpak een duidelijke groei laten zien, lijkt het verantwoord te stellen dat de invoering van het Plan Jeugd heeft geleid tot een gewenste ontwikkeling. Voor een verdere optimalisering van de uitvoering zal met de medewerkers gezocht moeten worden naar een methode om het draagvlak en de attitude te verbeteren.

De elders in den lande voorgestane Preventieve Gezondheidsonderzoeken vormen kennelijk dus slechts een deel van het mogelijke instrumentarium ter bevordering van de gezondheid van jeugdigen. Voordelen van PGO’s voor alle kinderen zouden vooral gelegen zijn in het (regelmatige) persoonlijk con­tact, zowel met de jeugdige als met de ouders, een beter inzicht in familie-omstandigheden en andere achtergrondvariabe­len en daardoor een betere onderkenning van ‘risicokinderen’. Ook advisering zou in deze setting effectie­ver zijn vanwege de meer persoonlijke benadering. Een consequentie hiervan is dat bij het laten vervallen van PGO’s niet alleen risicokinderen slecht zullen worden onderkend, maar ook dat riskant gedrag zal toenemen, vanwege het wegvallen van de persoonlijke advisering. Zoals aangegeven zijn er geen aanwij­zingen dat een weglaten van PGO’s dergelijke gevolgen heeft. In deze evaluatie vinden wij daarentegen aanwijzingen dat de huidige koers op termijn meer effect zal sorteren waar het de gezondheidsbevordering van de doelgroep betreft.

**1.2. Aanbevelingen**

Uit de bevindingen kunnen een aantal aanbevelingen worden gedestilleerd:

1. Het Plan Jeugd kan met inachtneming van de hiernavolgende aanbevelingen in zijn huidige vorm voortgezet worden.

2. Het is van het grootste belang intern een goed draagvlak voor het Plan Jeugd te realiseren.

3. Aan de overmaat aan de in het Plan Jeugd geformuleerde doelstellingen dient een beperkt aantal herkenbare en meetbare kerndoelen te worden ontleend, zodat toekomstige evaluaties eenvoudiger zijn uit te voeren en medewerkers een duidelijk organisatorisch en strategisch doel kunnen nastreven.

4. De registratie ‑ zowel het programma als de wijze waarop er door de medewerkers mee wordt omge­gaan ‑ zal aan zodanige eisen moeten voldoen dat in ieder geval de onder (3) geformuleerde kerndoe­len kunnen worden vastgelegd, gemonitored en op termijn kunnen worden geëvalueerd. Verder dient de programmatuur aangepast en bijgesteld te worden, opdat gebruik en bruikbaarheid toeneemt.

5. In de nabije toekomst is het zinvol de tijdsbesteding aan de diverse activiteiten vast te leggen, opdat een beter inzicht wordt verkregen in de werkelijke tijd die aan elk type activiteit wordt besteed.

6. Om een (nog) beter zicht te krijgen op de effecten van het Plan Jeugd op de gezondheid van de jon­ge­ren en met name de risicogroepen in de regio zou een onderzoek bij onder meer huisartsen en RIAGG zinvol zijn. De vraagstelling is of er na invoering van het Plan Jeugd in 1992 al dan niet een ver­­er­gering wordt geconstateerd van toe­stand van en/of klachten wat betreft de lichamelijke of geestelijke gezond­heid, waarmee de jongere zich bij het eerste contact met de betreffende instantie presenteert.

7. De Klantentoets is een landelijk door GGD’en ontwikkeld en in te zetten instrument, waardoor op termijn vergelijkingen met andere GGD’en op diverse vlakken mogelijk is. Om deze reden is het aanbevelingswaardig dit instrument volledig in te voeren opdat kwaliteitsbewaking en evaluatie op een meer continue basis mogelijk wordt.

8. Als inderdaad blijkt dat de onvrede met overwerken voornamelijk te wijten is aan een gebrek aan compensatie van de gewerkte uren, moet worden overwogen een systeem voor compensatie op te zetten ten behoeve van zowel de medewerkers van de regioteams als voor die van het stadsteam

9. Gezien de beoordeling van de scholen zal een verdere verbetering van de onderdelen hygiëne- en veiligheidadvisering, spreekuur, ICG en ondersteuning bij projecten noodzakelijk zijn, opdat de tevre­denheid over deze aspecten van het Plan Jeugd toeneemt.

10. Aanvullend onderzoek naar de oorzaak van het geconstateerde verschillen rond gebruik lessen en projecten onder de scholen is noodzakelijk.

11. De informatievoorziening richting externen kan verder worden verbeterd.

12. In het algemeen is het zinvol binnen de organisatie meer aandacht te besteden aan een goede aanstu­ring en kwaliteitsbewaking.

**2. ALGEMEEN**

**2.1. Inleiding**

In 1992 werd door de toenmalige GGD Groningen Stad en Ommelanden (GGD GSO)[[1]](#footnote-1) besloten de werkwij­ze met betrekking tot de Jeugdgezondheidszorg ingrijpend te veranderen. De redenen voor deze verande­ring zijn aangegeven in de brochure Preventieve Gezondheidszorg voor Jeugdigen: “Een gezonde jeugd in het jaar 2000" (GGD GSO, 1992), kortweg het Plan Jeugd genoemd, waarin de uitgangspunten van het voorgestelde nieuwe beleid werden uiteengezet. Kort samengevat werden de volgende redenen aangege­ven waarom het noodzakelijk werd geacht het Jeugdgezondheidsbeleid een andere vorm te geven:

a. toename van de psychosociale problematiek;

b. toename van riskant gedrag en een ongezondere leefwijze;

c. toename van opvoedingsonmacht waaraan gekoppeld een toenemende behoefte aan hulpverlening;

d. toegenomen onveiligheid met betrekking tot de omgeving van de jeugd (verkeer, in en om huis);

e. toegenomen druk op adolescenten vanwege beperkte vooruitzichten op de arbeidsmarkt en daarmee een verhoogde onzekerheid en toegenomen faalangst;

f. toenemende vervuiling van het milieu.[[2]](#footnote-2)

Als uitgangspunt voor preventieve activiteiten is toentertijd het facetbeleid genomen. In de huidige visie zou de keuze eerder vallen op Integraal Jeugdbeleid. In wezen zijn evenwel bij beide benaderingen de uitgangs­punten en de verdere uitwerking weinig van elkaar verschillend. Wel is in het laatste geval de afstemming met de lokale overheden van groter belang, hetgeen ook overeenkomt met de visie zoals neergelegd in het “Rapport Lemstra”.

Het grootste verschil met de destijds ‑ en voor een groot deel nog steeds ‑ gangbare benadering van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) was de sterke nadruk die werd gelegd op doelgroep-gerichte interventies, waarbij effectevaluatie van de ingezette middelen een belangrijke rol diende te spelen. Een logische consequentie hiervan was dat er een verschuiving diende plaats te vinden van uitvoerende naar voorwaar­denscheppende activiteiten. Deze activiteiten bestonden dan met name uit het participeren in netwerken en, meer algemeen, de versterking van de zelf- en mantelzorg middels onder meer het schoolgezond­heidsbe­leid. In de praktijk betekende dit een loslaten van het Preventief Geneeskundige Onderzoek (PGO) voor *alle* kinderen van specifieke leeftijds- of jaargroepen; alleen bij specifieke, nauw omschreven groepen kinderen zou dit middel nog worden ingezet. Vooral dit punt leidde tot kritiek met name van de kant van de artsen Jeugdgezondheidszorg in den lande. Hoewel heden ten dage steeds meer GGD’en zijn overgegaan op een vergelijkbare werkwijze kan het door de GGD GSO ingenomen standpunt nog steeds rekenen op scherpe kritiek van de betreffende beroepsgroep. Aanvankelijk zetten ook sommige scholen, schoolbesturen en gemeenten hun kritische kanttekeningen bij het voorgenomen beleid. Deze kritiek is in de loop van de jaren evenwel aanzienlijk afgenomen (zie ook de resultaten van de enquête onder de scholen voor basis- en voortgezet onderwijs, paragraaf 4.2).

Een epidemiologische ondersteuning van het in te zetten beleid werd gevonden in de analyse van de gegevensbestanden uit 1990 van de toenmalige BaGD West en Noord Groningen (voor een beschrijving van de uitkomsten van deze analyse en de conclusie, zie bijlage 7.1, blz. 35). Kort samengevat bestond de conclusie hieruit dat het voor slechts een gering percentage (1,4%) van alle kinderen waarmee de JGZ in een schooljaar contact had *mogelijk* noodzakelijk zou kunnen zijn een lichamelijk onderzoek in de vorm van een PGO ­te ondergaan. Wanneer bovendien de redenen tot verwijzing verder worden geanalyseerd, blijkt zelfs dat minder dan één promille van de leerlingen *mogelijk* voordeel zou kunnen hebben van een individu­eel contact met een JGZ-medewerker (gemiddeld minder dan 8 kinderen per 10.000). Het PGO en PVO werden dan ook beschouwd als een te zwaar, inefficiënt en ineffectief middel om op alle scholen voor alle leerlingen toe te passen.

Mede op basis van de gegevensanalyse van de betreffende databestanden werd daarnaast een aantal ‘hoofd­groepen’ aangeduid wat betreft het vóórkomen van risicogedrag. Problematiek kon volgens deze gegevens met name worden aangetroffen bij oudere leerlingen, leerlingen uit eenoudergezinnen en leerlingen met lagere opleidingsniveau’s (VBO en MAVO). In de bijlagen (paragraaf 7.2, blz. 37) worden meer in detail de risicogroepen aangegeven. Uit die opsomming blijkt overduidelijk dat er wat betreft de risicogroepen slechts in een beperkt aantal gevallen een keuze kon worden gemaakt wat betreft scholen die extra aandacht behoeven vanwege een grote concentratie van kinderen die tot een of meerdere van deze risicogroepen behoren. In wezen zullen er weinig kinderen zijn, die niet (in de toekomst) aan één of meerde­re van de genoemde selectiecriteria voldoen. Daar­naast is mede op basis van vergelijkbare normen een school in het verleden al geïdentificeerd als in aanmerking komend voor de status van OnderwijsVoorrangs­school. Een consequentie hiervan was dat over het algemeen een benadering middels specifieke scholen minder voor de hand lag en meer de nadruk diende te worden gelegd op ‘vangnet-systemen’, zoals vormge­geven in onder meer buurtnetwerken, meldpunten en wijk­preventiewerk.

Om de ervaringen met betrekking tot het nieuwe beleid te delen met zowel de belanghebbenden binnen de regio van de GGD GSO als belangstellenden vanuit de landelijke afdelingen Jeugdgezondheidszorg werd in april 1994 een conferentie georganiseerd. Tijdens deze drukbezochte conferentie, waarin als gastsprekers onder meer de voormalig inspecteur GHI Jeugdgezondheidszorg Dhr. F.Wafelbakker en Mevr. M.L. van Weert, voorzitter van de Nederlandse Vereniging Jeugdgezondheidszorg een inleiding verzorgden, bleek wederom dat met name het niet meer uitvoeren van PGO’s bij alle kinderen (in ieder geval bij groep 2 van het basisonderwijs en bij voorkeur ook klas 1 of 2 van het voortgezet onderwijs) op grote weerstand stuitte. Algemeen werd door de tegenstanders van het nieuwe beleid aangenomen dat de gepresenteerde benade­ring onherroepelijk zou leiden tot een verslechtering van de (geestelijke en lichamelijke) gezondheid van de 4 ‑ 19-jarigen in de regio van de GGD GSO, vergeleken met regio’s waar het oorspronkelijke beleid werd gehandhaafd. Voorstanders van het nieuwe beleid vonden dit in tegenspraak met het (onder meer in de tijdens de conferentie gehouden workshops naar voren gekomen) gegeven dat onder de jeugd vooral opvoedingsproblemen en psychosociale problematiek toenamen ‑ gebieden waar toch de expertise van de JGZ niet a priori mag worden gezocht ‑ terwijl daarenboven de eerstelijnsgezondheidszorg duidelijk toegankelijker was geworden voor alle geledingen binnen de bevolking. Dit laatste komt onder meer tot uiting in een verhoogd gebruik van deze voorzieningen door groepen met een lagere socio-economische achtergrond.[[3]](#footnote-3)

Ook tijdens de conferentie werd nog eens het belang van een evaluatie van het nieuwe beleid benadrukt.

**2.2. Opzet van de evaluatie van het Plan Jeugd**

Bij de evaluatie van het Plan Jeugd is uitgegaan van de basisvragen die een organisatie zich bij het beoordelen van de kwaliteit van haar handelen dient te stellen: *doen we de goede dingen* en *doen we de (goede) dingen goed*. Omdat de laatste vraag sterk verband houdt met de implementatie van het nieuwe beleid en daarmee met de mate waarin sprake is van acceptatie van en een positieve oriëntatie op de veranderde werkwijze binnen de organisatie is ook hierover informatie opgenomen.

Een en ander houdt in dat in dit verslag ruwweg drie delen zijn te onderscheiden:

1. een deel waarin voor zover mogelijk wordt nagegaan of en in hoeverre het eigenlijke doel van de JGZ binnen een GGD wordt bereikt: een bijdrage te leveren aan de gezondheid van 4 ‑ 19‑jarigen;

2. een deel waarin ingegaan wordt op de middelen die worden gebruikt om de gestelde doelen te bereiken (vaak als doelstellingen in het Plan Jeugd opgenomen), en

3. een deel waarin wordt nagegaan hoe de medewerkers van de GGD die betrokken zijn bij de uitvoering van het Plan Jeugd het nieuwe beleid beoordelen en ‑ minstens zo belangrijk ‑ hoe zij inschatten dat externe belanghebbenden (in dit geval beperkt tot de personen binnen het onderwijs) deze werkwijze beoordelen.

In de hierna volgende hoofdstukken zullen de onderdelen in deze volgorde worden besproken. Waar van toepassing zullen in het kort de conclusies worden aangegeven die kunnen worden getrokken uit de analyse van de ten behoeve van de evaluatie verzamelde gegevens. De (ruwe) data waarop deze conclusies zijn gebaseerd zijn voor een groot deel in de bijlagen opgenomen.

Scholen voor speciaal onderwijs zijn wel benaderd met de vragenlijsten, maar de gegevens hiervan zijn niet in de analyse opgenomen. De reden hiervan is dat de taken van de JGZ wat betreft het speciaal onder­wijs ‑ de frequentie van onderzoek, het overleg en dergelijke ‑ wettelijk zijn vastgelegd en dus niet tot nauwelijks zijn veranderd met de invoering van het Plan Jeugd. Voor een beoordeling van de mate waarin scholen instemmen met de nieuwe werkwijze zou het gebruik van deze gegevens daarom tot onjuiste conclusies kunnen leiden. De verkregen informatie zal wel worden gebruikt voor het interne kwaliteitstraject met betrekking tot het speciaal onderwijs.

Teneinde zorg te kunnen dragen voor een zo objectief mogelijke evaluatie van het Plan Jeugd is de medewerking verkregen van Dhr. T.Coenen, hoofd sector Jeugd en adjunct-directeur van het bureau LVGGD en Dhr. M.Touw, medewerker van het bureau B&A, die vanaf het begin betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de kwaliteitszorg binnen GGD’en en als zodanig mede vorm heeft gegeven aan de Klantentoets Jeugd, een onderdeel waarvan in deze evaluatie gebruik is gemaakt. Daarnaast is ook een aantal medewerkers binnen de GGD GSO ‑ onder meer de onderscheiden disciplines ‑  betrokken geweest bij de begeleiding van de evaluatie van het nieuwe beleid.

**2.3. Doelstellingen en middelen aangegeven binnen het Plan Jeugd**

In totaal zijn er in het Plan Jeugd 54 doelen en doelstellingen alsmede de te hanteren middelen en metho­dieken aangegeven. In paragraaf 7.3.1 (blz. 37) van de bijlagen is hiervan een overzicht opgenomen. In een begeleidende tabel (paragraaf 7.3.2) is bovendien per onderdeel aangegeven wat de mogelijkheden zijn tot evaluatie, zowel binnen als buiten de organisatie wat betreft de genoemde 54 doelen en doelstellingen.

Op basis van de in de tabel gehanteerde indeling is getracht te komen tot een zo passend mogelijk instru­mentarium voor deze interne en externe evaluatie van het Plan Jeugd.

**3. BEOORDELING MOGELIJKE EFFECTEN VAN HET PLAN JEUGD**

**3.1. Algemeen**

De doelstelling van de Jeugdgezondheidszorg wordt in het Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg als volgt omschreven:[[4]](#footnote-4)

*Jeugdgezondheidszorg stelt zich ten doel, binnen het netwerk van welzijnszorg, gezondheidszorg en gezond­heids­voorzieningen jeugdigen van 0‑19 jaar zodanig longitudinaal sociaal-medisch te begeleiden, dat ieder indi­vi­du als jeugdige en als volwassene een optimaal niveau van individueel en maatschappelijk functioneren kan bereiken.*

Een van de problemen bij deze definitie is gelegen in het feit, dat de zorg voor de jeugd van 0 jaar tot schoolgaand van een duidelijk andere orde is dan die welke geldt voor de groep 4 ‑ 19-jarigen. Dat maakt dat met name waar het gaat om deze laatste leeftijdsgroep het woord ‘longitudinaal’ vaak uit de definitie verdwijnt, waarschijnlijk in het besef dat men bij een onderzoeksfrequentie van ten hoogste 1x per 4 à 5 jaar niet in den rede van een longitudinaal begeleiden kan spreken. Het voornaamste probleem bij deze definitie is echter, dat het gestelde doel niet te operationaliseren is, met andere woorden niet in meetbare doelen kan worden uitgedrukt. In het rapport dat tot doel had de JGZ van 0 ‑ 4 jarigen te evalueren werd dit probleem eveneens onderkend.[[5]](#footnote-5) Ook de uitwerking van de doelstelling in genoemd Leerboek beperkt zich tot het aangeven van middelen in de vorm van subdoelstellingen (‘producten’) waarmee het gestelde doel kan worden bereikt, daarbij gebruik makend van het bekende model van Lalonde.[[6]](#footnote-6)

In de beleidsvisie, verwoord in de door de Landelijke Vereniging voor GGD’en (LVGGD) uitgegeven brochure *Zorgen voor Jeugd* en het begeleidende *Basispakket[[7]](#footnote-7),* wordt eveneens aangegeven dat de GGD ‘als plicht heeft om de effecten van zorg aan te tonen’. Er worden enkele op de *Nota 2000* gebaseerde einddoelen aangegeven, maar deze liggen uitsluitend op het vlak van de lichamelijke gezondheid (‘verbete­ring van de gezondheidstoestand door daling sterfte en verbeterde leefgewoonten’) ‑ reductie van het aantal ongevallen, verbeterde voedingsgewoonten, reductie van het aantal rokers (hetgeen zeker in het licht van de recente landelijke enquêtegegevens interessant is), reductie van de alcoholconsumptie en toename van het aantal sporters. Wat betreft de geestelijke gezondheid worden alleen methoden aangegeven waarmee een verwachte toename van psychosociale problematiek zou kunnen worden teruggedrongen; meetbare einddoelen ontbreken.

Om deze redenen moest een eigen keus worden gemaakt wat betreft het doel dat middels de door de GGD GSO uitgevoerde JGZ dient te worden nagestreefd. Een en ander wordt nog gecompliceerd door het feit, dat bij de invoering van het Plan Jeugd geen rekening is gehouden met een effectevaluatie op latere termijn.

Zoals eerder gesteld kan het eigenlijke doel van de Jeugdgezondheidszorg binnen een GGD worden omschreven als het leveren van een bijdrage aan de gezondheid van 4 ‑ 19‑jarigen of althans het uitoefe­nen van een zodanige invloed op hun lichamelijke en geestelijke ontwikkeling dat zij langer een gezonder leven kunnen leiden. Ook zal men het er over eens zijn dat bijvoorbeeld het beïnvloeden van riskant ge­drag ‑ waaronder het terugdringen van het gebruik van alcohol, tabak en andere drugs ‑ hiertoe tot op zekere hoogte een positieve bijdrage kan leveren.

Door de voorstanders van het JGZ beleid 'oude stijl' werd vooral het niet meer uitvoeren van PGO’s bij alle kinderen gezien als onherroepelijk leidend tot een slechtere gezondheidstoestand van de doelgroep op kortere of langere termijn.[[8]](#footnote-8) De meer collectieve en voorwaardenscheppende benadering en de extra inspanningen op dat vlak die het Plan Jeugd voorstond zouden deze nadelen niet kunnen ondervangen. Gezien het feit dat het Plan Jeugd nu meer dan 4 jaar geleden is ingevoerd mag men aannemen dat inmiddels de eerste tekenen van de voorspelde gezondheidsachterstand zichtbaar zijn. Dit zou zich dan niet alleen moeten uiten in een (toenemend) negatief verschil wat betreft bijvoorbeeld de ervaren gezondheid maar ook in een (relatief sterkere) toename van riskant gedrag.

Bij een uitblijven van deze divergentie kan men uiteraard niet concluderen dat de benadering volgens het Plan Jeugd de juiste is. Wél kan men dan stellen dat het laten vervallen (of continueren) van PGO’s kennelijk niet die invloed heeft op de gezondheid en het gezondheidsgedrag van de doelgroep die door de voorstanders ervan algemeen wordt aangenomen. Gekoppeld aan de resultaten van de analyse van de eerdergenoemde onderzoeksgegevens van de BaGD, verliest een handhaven van een of meerdere PGO’s daarmee in hoge mate zijn logische basis.

Een mogelijkheid tot het toetsen van de hypothese dat door het wegvallen van PGO’s een verschil ontstaat in gezondheid(sgedrag) van de doelgroep, is het vergelijken van de resultaten van de landelijke en regiona­le gezondheidsenquêtes onder jeugdigen met die van de GGD GSO. Het uitgangspunt hierbij is vergelijk­baar met dat van een onderzoek naar de gezondheidseffecten van blootstelling aan bepaalde stoffen in het milieu: op ‘populatieniveau’ moeten verschillen in gezondheid aantoonbaar zijn tussen de groep of populatie die wel en die welke niet aan de stof is blootgesteld. Daarbij is het dan niet van belang met welke intensiteit het *individu* in een bepaalde populatie al dan niet is blootgesteld ‑ het gaat om een vergelijking van de gezondheid van de populatie *als geheel*. In de hierna volgende paragrafen zullen de resultaten van een dergelijke vergelijking worden besproken.

**3.2. Vergelijking met landelijke cijfers**

Een probleem bij vergelijkingen met elders uitgevoerde onderzoeken is dat de samenstelling en opbouw van de bevolking vaak niet overeenstemt. Daarnaast zal de ver­deling van de leerlingen over de diverse schooltypen en leeftijdsgroepen per onderzoek verschillen.

Rekening houdend met deze factoren is in dit verslag gekozen voor een vergelijking met gegevens uit het landelijk onderzoek naar rookgedrag onder jongeren door de StiVoRo[[9]](#footnote-9), een landelijk onderzoek naar seksueel gedrag van scholieren door Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, NISSO en TNO Preventie en Gezondheid in 1995[[10]](#footnote-10) en het zeer recent door het Trimbos-instituut gepubliceerde rapport *Kerngegevens ‑ roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar*.[[11]](#footnote-11)

*3.2.1. Gegevens van het Trimbos-instituut 1992 en 1996*

De gegevens van het in 1996 door het Trimbos-instituut gehouden onderzoek zijn ontleend aan een enquête onder leerlingen van basis- en voortgezet onderwijs in de regio’s van in totaal 32 GGD’en[[12]](#footnote-12). Leerlingen van het (voortgezet) speciaal onderwijs zijn niet in de steekproef opgenomen. Het betreft een representatieve steekproef onder groep 7 en 8 van het basisonderwijs en alle klassen van het voortgezet onderwijs. De vragen betreffen met name het middelen­gebruik (alcohol, tabak en andere drugs) en zijn als zodanig voor het merendeel vergelijkbaar met die van de enquête die in 1996 in de regio van de GGD GSO is uitge­voerd. Waar dat het geval is zijn de betreffende percentages in de bijlagen opgenomen (tabel 24 en 25, blz. 43)

Hetzelfde geldt voor de vragen uit het door het toenmalige NIAD (het huidige Trimbos-instituut) in 1992 uitgevoerde onderzoek en de eigen enquête in dat jaar, zodat ook een vergelijking met eerdere gegevens mogelijk is. Dit laatste is van belang omdat op deze wijze de ontwikkeling van risicogedrag in Groningen kan worden ver­ge­leken met die in de rest van het land.

In het onderzoek van de GGD GSO werden de leerlingen van groep 6 en 8 van het basisonderwijs en klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs bevraagd. Dit houdt in dat een ver­gelijking met basisschoolleerlingen niet mogelijk is, omdat de leeftijds­groepen niet overeen­komen. Het­zelfde geldt voor de groep 12 ‑ 13-jarigen: in de steekproef van het Trimbos-instituut is er een even­wichtige verdeling tussen deze twee leeftijden, terwijl in de Groninger steekproef van klas 2 van het voort­gezet onderwijs slechts vier 12-jari­gen waren. Wel vergelijkbaar zijn de groepen 14 ‑ 15- en 16 ‑ 17-jarigen.

In tabel 1 zijn over 1996 voor jon­gens en meisjes in de betreffende leeftijdscategorieën de verschilpercentages met de landelijke cijfers aangegeven. Een verschil is negatief wanneer het percentage dat het betreffende risicogedrag vertoont in Groningen hoger is dan landelijk. Uit de tabel blijkt dat het in de regio van de GGD GSO over het algemeen gunstiger is gesteld met het middelengebruik en gokken dan in de rest van het land, iets wat ook in de navolgende figuren tot uiting komt.

In paragraaf 7.4 van de bijlagen (blz. 43) zijn de over­zichtstabellen voor de cijfers over 1992 en 1996 opge­nomen. In figuur 1 en 2 zijn de verschilpercentages aangegeven voor jongens en meisjes in de leeftijds­groep 14 ‑ 15 jaar en 16 ‑ 17 jaar (bij 16 ‑ 17-jarige meisjes is het verschilpercentage ‘ooit tabak gerookt’ nul en dus niet zichtbaar). Naast elkaar zijn de verschillen aangegeven voor 1992 en 1996, zodat de ontwikke­ling ten opzichte van de landelijke cijfers zichtbaar wordt. Uit de grafieken wordt duidelijk dat met name de jongens positief scoren ten opzichte van de landelijke cijfers en dat deze verschillen ten opzichte van 1992 in 1996 in positieve zin sterk zijn toegenomen, vooral wat betreft de 16 ‑ 17-jarigen. Meisjes laten een wat meer wisselend en soms ongunstiger verloop zien.

*3.2.2. Andere landelijke gegevens*

Uit de cijfers van de StiVoRo blijkt dat landelijk kenne­lijk eerder met roken wordt begonnen, maar dat deze ‘achterstand’ door de jongeren uit de regio van de GGD GSO op 16 ‑ 17-jarige leeftijd meer dan wordt inge­haald (tabel 2).

Uit een vergelijking met de cijfers van NISSO/TNO blijkt dat over het algemeen bij de Groninger leerlingen op jongere leeftijd sprake is van een eerste seksueel contact (12-jarige jongens 7% en meisjes 2% tegen in Groningen resp. 15% en 11%), maar dat op latere leeftijd het omgekeerde het geval is (17-jarige jongens en meisjes 35% tegen in Groningen resp. 20% en 24%). In dit geval zal het verschil in jaar van afname van de enquête (mede) een rol spelen, zeker gezien de geconstateerde sterke veranderingen in leefstijl in de afgelopen jaren bij de jongere leeftijdsgroepen.

**3.3. Vergelijking met regionale gegevens**

Ook bij vergelijking met regionale gegevens geldt het­zelfde voor­behoud wat betreft jaar van afname, verge­lijkbaarheid van de populatie ‑ en in dit geval ook de urbanisatiegraad van de deelnemende gemeente(n) ‑ als in de voorgaande paragraaf ver­meld. Omwille van de vergelijkbaarheid is daarom gekozen voor een ver­gelijking met onderzoek uit Breda (1995)[[13]](#footnote-13) en Emmen (1995)[[14]](#footnote-14). Van belang is daarbij ook dat zowel in Breda als Emmen nog steeds PGO’s (JGZ ‘oude stijl’) worden verricht. Dus zeker in vergelijking met de jeugd uit deze GGD’en zou een eventuele gezondheidsachter­stand van de jongeren in de regio van de GGD GSO moeten blijken.

In bijgaande tabellen worden de resulta­ten van de in 1996 gehouden enquête onder leerlingen van het basis- en voort­gezet onderwijs vergeleken met die van het onderzoek van de GGD Zuid-Oost Drenthe in de gemeente Em­men.

Vergeleken met de cijfers uit deze gemeente, roken de meisjes in de regio van de GGD GSO aanzienlijk minder. Hetzelfde is het geval bij een vergelij­king van alcoholgebruik (tabel 3). Het gebruik bij jongens in nagenoeg vergelijkbaar. Verder blijkt met name de (ervaren) gezondheid onder de V.O.-leerlingen in Groningen beter te zijn. Daarnaast is het sport-gedrag van vooral meisjes in Emmen wat actiever en zijn ze vaker lid van een sport­club. De overige verschillen zijn niet erg opvallend (tabel 4).

Wat betreft het onderzoek in Breda is vanwege de verschillen in vraagstelling en opbouw van het leerlin­genbestand alleen een globale vergelijking mogelijk. Dan blijkt dat in Breda 27% van de leerlingen te gokken, tegen 26% van een vergelijkbare groep leerlingen in Groningen. Ook het (regelmatig) gebruik van hasj en XTC is nagenoeg hetzelfde: voor jongens respectievelijk 13% en 6% tegen 12% en 5% in Groning­en en voor meisjes 7% en 4% tegen 8% en 2% in Groningen. Alleen wat betreft het gebruik van tabak bestaan er geringe verschillen: in Breda roken meer meisjes dan jongens, in Groningen is het omgekeerde het geval.

**3.4. Sociaal-economische gezondheidsverschillen**

Omdat in de huidige tijd het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) een belangrijke plaats inneemt en deze gezondheidsverschillen vooral blijken te worden veroorzaakt door verschillen in leefstijl, is nagegaan hoe de gecombineerde score op riskant gedrag (samengesteld uit scores op het gebruik van tabak, alcohol, (soft)drugs, het gokgedrag en sporten) zich in de afgelopen vier jaar (1992 ‑ 1996) heeft ontwikkeld. Omdat in 1992 geen vragen zijn gesteld over welbevinden en geestelijke gezondheid kon de ontwikkeling van deze gezondheidsaspecten niet over de jaren worden vergeleken.

Als indicatie voor sociaal-economische status is gebruik gemaakt van het schooltype van de leerlingen. Opleidingsniveau van de ouders was niet bruikbaar vanwege het relatief geringe aantal leerlingen dat deze vraag bleek te kunnen beantwoorden.

Bij de vergelijking van de risico­scores is gekeken naar de ge­middelde scores van leerlingen van het VBO en de MAVO en die van VWO. Omdat in 1996 het ge­bruik van alcohol en softdrugs vooral bij de jongere leeftijds­groepen sterk is ge­stegen zijn de gemiddelde waarden van de risicoscore eveneens toegenomen; van 1,37 (S.D.=1,34) in 1992 naar 2,05 (S.D.=1,58) in 1996. In tabel 5 zijn de verschillen tussen de typen school­opleidingen weergegeven. Duidelijk blijkt uit deze tabel dat er in 1996 tussen de opleidingsniveaus wat betreft risicogedrag in wezen geen verschillen meer aantoonbaar zijn, waar in 1992 nog een significant verschil aantoonbaar was (24%; p < 0,001) ten nadele van de lagere opleidingsniveaus. ­­In 1996 is alleen bij een vergelijking tussen VBO- en Athe­neum/Gym­na­sium-leerlingen van klas 2 sprake van een significant verschil ten nadele van VBO-leerlingen (VBO 1,9 tegen 1,1; p < 0,05). In klas 4 is nog steeds een verschil tussen deze schooltypen aantoonbaar, maar dit is niet meer significant (2,8 voor VBO tegen 2,4; p = 0,30).

Hier zullen uiteraard vele factoren van invloed zijn geweest, factoren die geheel of gedeeltelijk onafhan­kelijk optreden van de invoering van het Plan Jeugd. Met name het feit dat in de lagere schoolklassen nog een verschil aantoonbaar is tussen in ieder geval de ‘uitersten’ van de opleidingsniveaus, dat vervolgens later wordt ‘ingehaald’ duidt er op dat er verschillende mechanismen in werking zijn. Ook zou het natuurlijk kunnen inhouden dat het niveau van riskant gedrag bij de VBO/MAVO-scholen gelijk is gebleven en bij de VWO-scholen is gestegen tot het niveau van VBO en MAVO. Niettemin kan worden gesteld dat dit resultaat wederom een indicatie is dat het met het Plan Jeugd ingezette beleid in ieder geval niet zal leiden tot een toename van de SEGV. Dit zou inhouden dat risicogroepen ook nu in voldoende mate bereikt worden.

**3.5. Conclusie**

Voorzover gezien de hiervoor genoemde mogelijke bezwaren ten aanzien van de vergelijkbaarheid uit de gepresenteerde gegevens conclusies kunnen worden getrokken, blijkt uit zowel de landelijke als regionale cijfers, dat de leefstijl en de ervaren gezondheid van jeugdigen in de regio van de GGD GSO “ondanks” de veranderde werkwijze over het geheel genomen niet slechter is dan elders in het land en in sommige gevallen zelfs beter kan worden genoemd. Ook wanneer we op landelijk niveau de relatieve ontwikkeling ten opzichte van 1992 vergelijken, is er over het geheel genomen geen sprake van een afwijkend of negatief verloop, met name waar het de oudere jongens betreft.

Dit gegeven sterkt ons in de overtuiging dat het ingezette beleid geenszins negatieve gevolgen heeft voor de jeugd in onze regio. Zeker na de vier jaar die verlopen zijn sinds de invoering van het Plan Jeugd en alle daarmee samenhangende veranderingen, zou immers een voorspeld negatief effect zichtbaar moeten zijn. Zoals eerder aangegeven betekent dit dat de de JGZ 'oude stijl' en de daarbij behorende PGO’s kennelijk op zijn minst uitwisselbaar is met andere methodieken zonder dat dit gevolgen heeft voor de gezondheids­toestand van de doelgroep, zowel op korte als op langere termijn. Met name risicogroepen worden, gezien het verdwijnen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen waarschijnlijk even goed bereikt en van zorg voorzien.

**4. HOE WORDT PLAN JEUGD EXTERN BEOORDEELD?**

**4.1. Algemeen**

Na aangegeven te hebben wat het doel van de Jeugdgezondheidszorg zou moeten zijn is het van belang na te gaan of de middelen die hierbij worden ingezet ook daadwerkelijk bijdragen tot het bereiken van dit doel. Hiertoe moet eerst worden nagegaan wat de gebruikte middelen zijn en vervolgens op welke wijze de effectiviteit hiervan kan worden geëvalueerd. In paragraaf 7.3.1 en 7.3.2 (blz. 37) van de bijlagen wordt hiervan een overzicht gegeven.

Voor een ‘externe evaluatie’ ‑ een onderzoek naar het oordeel van de klanten ‑ kan middels vragenlijsten een goed beeld worden verkregen van de externe acceptatie van en tevredenheid met de veranderde werkwijze. Bij deze evaluatie is gekozen voor een vragenlijst voor scholen. Hieraan ligt een aantal redenen ten grondslag. Ten eerste is de schoolomgeving nog steeds een van de belangrijkste ingangen voor de JGZ en is de intermediaire rol van leerkrachten, mentoren en leerlingbegeleiders ook in het nieuwe beleid onveranderlijk van groot belang. Ten tweede is een jaar na de invoering van het Plan Jeugd een vergelijk­baar onderzoek gehouden onder de basisscholen in de regio[[15]](#footnote-15), zodat voor een aantal onderdelen kan worden nagegaan hoe in de ogen van deze uiterst belangrijke groep klanten de nieuwe werkwijze zich verder heeft ontwikkeld. Tenslotte kon gebruik worden gemaakt van de ook landelijk in te voeren vragenlijst ‘Beleids­ont­wikkeling en Advisering’ van de Klantentoets Jeugd[[16]](#footnote-16), hetgeen in de toekomst een vergelijking met andere GGD’en mogelijk maakt.

Een deel van de vragen waarin een oordeel wordt gevraagd over een aantal diensten die de GGD levert komt in de vragenlijst voor de medewerkers terug in het onderdeel ‘Spiegelvragenlijst’. Dat houdt in dat medewerkers moeten schatten hoeveel van de personen die de externe vragenlijst hebben ingevuld op een bepaalde vraag positief of negatief hebben geantwoord. Naast deze vragen gaat het in de vragenlijst voor de betrokken medewerkers binnen de GGD GSO met name over de wijze waarop men de werktijd besteedt, deelname aan overlegstructuren, en het oordeel over en de attitude ten aanzien van het Plan Jeugd.

In paragraaf 7.5.1 en 7.5.2 (blz. 47) van de bijlagen zijn de gebruikte vragenlijsten opgenomen. In de navolgende paragrafen wordt ingegaan op de resultaten.

**4.2. Enquête onder het basis- en voortgezet onderwijs**

*4.2.1. Representativiteit van het onderzoek en opbouw vragenlijst*

In de regio van de toenmalige GGD GSO zijn alle directies van het basisonderwijs (BaO) en de directies en leerlingbegeleiders van het voortgezet onderwijs (V.O.) met de vragenlijst benaderd. In het laatste geval houdt dat in dat twee vragenlijsten per V.O.-school zijn verstuurd. Ook de directies van scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs zijn benaderd, maar deze gegevens zijn niet in de analyse opgenomen. De redenen hiervoor zijn vermeld in paragraaf 2.2.

Totaal gaat het in de regio van de GGD GSO om 267 basisscholen en 38 scholen voor voortgezet onder­wijs. Van de basisscholen hebben 98 (37%) een ingevulde vragenlijst geretourneerd. Van de scholen voor voortgezet onderwijs waren dit er 27 over 20 scholen (53%). De relatief geringe respons werd veroorzaakt door het tijdstip van het versturen van de vragenlijsten. De laatste weken voor de zomervakantie zijn minder gunstig voor het houden van een enquête onder (basis)scholen. Dit werd bevestigd bij een korte telefonische inventarisatie onder degenen die geen vragenlijst ingevuld hadden teruggestuurd. Van de scholen die geen enquête hadden ingezonden werden 153 telefonisch benaderd met de volgende drie vragen: (1) ‘Wat is de reden van het niet ingevuld terugsturen van de enquête’ ; (2) had die reden iets met het functioneren van de JGZ te maken’ en (3) ‘Kunt u een cijfer van 1 tot 10 (1 het laagst) geven voor het functioneren van de JGZ?’.

In totaal werd van 88 scholen hierop antwoord gekregen. Van hen gaf 69% als reden ‘tijdgebrek’ aan, 13% dat ze de enquête zeker hadden opgestuurd, vond 9% de vragen niet relevant voor de school en 9% gaf een andere reden (meestal dat men in het geheel geen enquêtes meer invulde, ongeacht de herkomst). Van de 72 scholen die de tweede vraag beantwoordden, zeiden 70 (97%) dat het niet insturen van de enquête in geen enkel opzicht te maken had met het funtioneren van de JGZ. De helft van de scholen konden of wilden een cijfer toekennen aan het functioneren van de JGZ: het gemiddelde cijfer was 6,9 (S.D. = 1,2).

Er is nagegaan of er sprake was van een evenwichtige verdeling van scholen over de regio’s van de GGD en over de verschillende denominaties. Uit deze responsanalyse blijkt dat basisscholen in regio III (de stad Groningen) enigszins ondervertegenwoordigd zijn met tot gevolg dat er ook wat betreft mate van verstedelij­king een lichte ondervertegenwoordiging bestaat van de stedelijke gebieden. Hetzelfde geldt voor de verdeling van de scholen voor voortgezet onderwijs. Deze verschillen zijn statistisch significant (p < 0.05). Omdat scholen in de stad over het algemeen een positiever oordeel hadden en hebben over de JGZ van de GGD ‑ iets wat ook in de enquête van 1993 naar voren komt en voor een deel is toe te schrijven aan het feit dat door de geografische spreiding de scholen in de provincie minder vaak worden bezocht ‑ zal dit tot gevolg hebben dat er sprake is van een negatieve vertekening van de resultaten. De verdeling over de diverse denominaties (openbaar, christelijk, gereformeerd en katholiek) is wel representatief, zowel voor basisscholen als voor scholen voor voortgezet onderwijs.

In tabel 6 is per schooltype de functie aangegeven van degenen die de vragenlijsten ingevuld heb­ben geretourneerd. Ook is in deze tabel aange­geven of de persoon in kwestie wel of niet de verande­ring van werkwijze heeft meege­maakt. De scheiding is daarbij gelegd bij 6 jaar of langer contac­ten met de Jeugdgezondheidszorg (dus vanaf 1991 of daarvoor). Omdat een aantal respondenten een of beide vragen niet heeft beantwoord is het totaal geringer dan het aantal geretourneerde vragenfor­mulieren. Uit het overzicht blijkt dat het merendeel van de respondenten (75%) beide werkwijzen van de JGZ heeft meegemaakt. Bij de verdere bespreking van de resultaten is voor de belangrijkste onderdelen van de vragenlijst aangegeven of er al dan niet tussen deze groepen een verschil bestaat in het oordeel over het functioneren van de Jeugdgezondheidszorg.

In de enquête zijn in totaal 54 vragen gesteld die zijn ontleend aan de landelijk ontwikkelde vragenlijst van de Klantentoets Jeugd. Twintig vragen zijn door ons toegevoegd om meer informatie over het functioneren van de Jeugdgezondheidszorg na invoering van het Plan Jeugd te krijgen. Een groot aantal van de vragen betreft ‘opinievragen’, met vijf antwoordmogelijkheden (variërend ‘van zeer slecht’ tot ‘zeer goed’, ‘helemaal mee eens’ tot ‘helemaal mee oneens’ en dergelijke).

De landelijke vragenlijst is in een aantal onderdelen ingedeeld: een algemeen gedeelte en een viertal gedeelten over schriftelijke informatievoorziening, evaluatie, klachtenafhandeling en prioriteitenstelling. De toegevoegde vragen gaan voornamelijk over gebruik van en oordeel over de door de GGD geboden voorzienin­­­gen: spreekuren, Handboek Gezondheid, ondersteuning bij projecten, hygiëne- en veiligheidson­derzoek en deskundigheidsbevordering. Daarnaast zijn enkele vragen opgenomen over activiteiten die de school zelf ontplooit ten aanzien van gezondheidsbevordering en preventie.

*4.2.2. Algemene beoordeling van het Plan Jeugd*

Om na te gaan hoe de Jeugdgezondheidszorg en daarmee ook het Plan Jeugd wordt beoordeeld zijn van 12 algemene opinievragen van de landelijke vragenlijst in twee aparte variabelen de positieve en negatieve antwoordmogelijkheden samengevoegd tot één score. Een antwoord als ‘niet goed, maar ook niet slecht’ of vergelijkbaar is hierbij niet meegerekend. Hetzelfde werd gedaan voor een vijftal opinievragen over rapportages en informatievoorziening en zes (eigen) opinievragen over ervaringen met werknemers en producten van de JGZ. Dit is overigens ook van belang bij de beoordeling van de diverse percentages in de tabellen: 40% een positief antwoord betekent dus niet dat 60% negatief oordeelt.

Wanneer een of meerdere vragen niet zijn ingevuld wordt de betreffende respondent niet meegerekend. Daarnaast is een telling gedaan van het aantal onderwerpen dat een school in het kader van schoolgezond­heidsbeleid in lessen of projecten behandelt en een telling van het aantal zaken waarover op de school regels zijn opgesteld. In paragraaf 7.6 van de bijlagen (blz. 50) wordt ter informatie een overzicht gegeven van de antwoorden op al de betreffende vragen.

In bijgaande figuur zijn de percentages respondenten aan­gegeven met een positief of negatief oordeel op de categorie algemene vragen en vragen over de rapportage en informatievoorziening. Om een en ander overzichtelijker te maken zijn de percentages aangegeven over meerdere vragen. Zo heeft 84% een positief oordeel gegeven op minimaal 3 van de 12 algemene vragen, 60% op minimaal 6 en 24% op minimaal 9 vragen. Wat betreft de rapportages gaf 91% op minimaal 2 van 5 vragen een positief oor­deel en 68% op minimaal 4. Verder blijkt uit de fi­guur dat 11% van de respondenten een negatief oor­deel aan­geeft voor 3 of meer van de 12 vragen, 6% voor de helft of meer en 3% voor 9 of meer. Wat betreft de rapportages geeft 5% op minimaal 2 van 5 vragen een negatief oordeel en 1% op 4 of meer.

Bij een vergelijking van de antwoorden op de algemene vragen tussen de respondenten die wel en die niet de oude werkwijze van de JGZ hebben meegemaakt valt op dat over het algemeen de eersten een positie­ver oordeel hebben over de huidige werkwijze dan degenen die korter dan 6 jaar binnen de school bij de uitvoering van de JGZ betrokken zijn. Dit zou er op kunnen wijzen dat degenen die een vergelijking kunnen maken ‑ en dus de oude werkwijze als referentie kunnen gebruiken ‑ de nieuwe werkwijze prefereren boven de oude. Overigens zijn geen van de gevonden verschillen significant. De antwoorden op de vragen over de informatievoorziening komen bij beide groepen respondenten nagenoeg overeen.

In tabel 7 zijn de oordelen weergegeven over contacten met en het aanbod van de GGD. De resultaten zijn uitgesplitst naar type onderwijs omdat het aanbod voor het basisonderwijs van een andere orde is dan dat voor het voortgezet onderwijs. Omdat een oordeel slechts kan worden gegeven wanneer er daadwerkelijk van een voorziening of aanbod gebruik is gemaakt, zijn de aantallen respondenten per vraag zeer verschil­lend.

Een vergelijking tussen de respondenten die korter of langer dan 6 jaar betrokken zijn bij de JGZ laat nauwelijks verschillen zien.

Omdat stimulering van schoolgezondheidsbeleid een belangrijk aandachtsgebied is van Jeugdgezondheids­­zorg, is het zinvol inzicht te krijgen in de mate waarin de scholen hieraan aandacht besteden. Een indicatie hiervoor is het aantal onderwerpen dat scholen binnen lessen en projecten behandelen en de regelgeving op scholen ten aanzien van (riskant) gedrag. In figuur 4 en 5 is respectievelijk voor het basis- en voortgezet onderwijs het percentage scholen weergegeven naar aantal behandelde onderwerpen (middels lessen, projecten en der­ge­lijke; totaal 7 mogelijkheden en een zelf aan te geven) en het aantal gedragsregels op school (totaal 6 moge­lijk­heden en een zelf aan te geven).

Een vergelijking tussen de respondenten die korter of langer dan 6 jaar betrokken zijn bij de JGZ toont aan, dat zowel het aantal projecten en lessen als het aantal schoolregels geringer is bij degenen die alleen de nieuwe werkwijze hebben meegemaakt. In het geval van het aantal lessen en projecten is dit verschil zelfs significant (gemiddeld 4,4 tegen 3,3; p < 0,05). De betekenis van deze bevinding is niet geheel duidelijk. Mogelijk dat het erop wijst dat de invloed die de JGZ heeft op de schoolactiviteiten afhankelijk is van de duur van het contact met de betrokken schoolleiding ‑ hoe langer hoe groter.

Verder zijn vragen gesteld over ouderparticipatie bij de gezondheidseducatie. Van de scholen geeft 69% aan de ouders hierbij te betrekken (70% van de BaO- en 58% van de V.O.-scholen). In de meeste gevallen wordt dit gedaan in de vorm van ouderavonden (79%), gevolgd door voorlichtingsbijeenkomsten (42%). Onder ‘overigen’ (29%) wordt voornamelijk de schoolkrant als medium voor voorlichting genoemd.

*4.2.3. Contact met de medewerkers van de JGZ*

In de enquête is gevraagd met welke medewerker van de JGZ men het meest contact heeft en welk contact als het belangrijkst wordt ervaren. Met een cijfer van 1 ‑ 5 (1 het meest en 5 het minst) kon men de mate en het belang van het contact aangeven. Het zal duidelijk zijn dat in de meeste gevallen de frequentie van het contact het belang van de medewerk(st)er mede bepaalt. Voor de overzichtelijkheid zijn in de tabel de antwoordmogelijkheden tot twee categorieën teruggebracht, waarbij 1 ‑ 2 en 3 ‑ 5 werden samengevoegd.

Tabel 8 geeft een overzicht van de antwoorden op deze vragen naar schooltype. In tabel 26 van de bijlagen (blz. 50) is een verder onderscheid gemaakt naar scholen in de gemeente Groningen en die uit de omlig­gende gemeenten. Uit de tabellen komt duidelijk het effect van de huidige werkwijze naar voren: voor basisscholen zijn de verpleegkundigen en in wat mindere mate de logopedisten en doktersassistenten de medewerkers waarmee het contact het meest frequent is en met wie het contact ook als het belangrijkst wordt ervaren. Voor het voortgezet onderwijs is de belangrijkste rol weggelegd voor de jeugdarts, terwijl uiteraard slechts in uitzonderingsgevallen de doktersassistente of logopedist(e) een rol speelt. Verder komt met name in tabel 26 naar voren dat in de omliggende gemeenten de rol van de verpleegkundige geringer is. Zoals in paragraaf 4.2.1 aangegeven, zal dit waarschijnlijk te maken hebben met het verschil in frequen­tie waarmee de verpleegkundige de scholen kan bezoeken.

*4.2.4. Enkele specifieke vragen over het functioneren van de Jeugdgezondheidszorg*

In de enquête zijn elf vragen gesteld die heel direct een antwoord geven op de vraag of de JGZ in de ogen van de betrokkenen zijn taken goed uitvoert. Het betreft de volgende vragen:

a. Vindt u dat de afdeling JGZ u of de school kan ondersteunen bij het vormgeven van het jeugdbeleid?

b. Werkt u samen met de JGZ om het jeugd(gezondheids)beleid vorm te geven?

c. Het productenaanbod van de afdeling JGZ voorziet duidelijk in een behoefte.

d. Voor vragen over jeugdgezondheidsbeleid in de regio kan je altijd terecht bij de afdeling JGZ.

e. De JGZ-afdeling is goed op de hoogte welke vragen bij ons leven over het jeugdge­zondheidsbeleid.

f. Zonder de dienstverlening van de JGZ zou het voor mij moeilijk zijn om invulling te geven aan mijn taken ten aanzien van jeugdbeleid.

g. Vindt u dat u goed of slecht op de hoogte bent of wordt gebracht van het productenaanbod van de JGZ?

h. Vindt u dat de afdeling JGZ zijn werkzaamheden goed of slecht verricht?

i. Vindt u dat de afdeling JGZ voldoende aandacht en tijd besteedt aan (groepen) kinderen die extra zorg nodig hebben (de zogenaamde risicokinderen)?

j. Is naar uw mening deze aandacht voor risicokinderen ten opzichte van vroeger (vóór de invoering van het Plan Jeugd) verbeterd of verslechterd?

k. Vindt u dat de JGZ voldoende heeft bijgedragen aan het vormgeven van het schoolgezondheidsbeleid?

Van deze vragen zijn vooral vraag h t/m k van belang, omdat deze direct een antwoord geven op de vraag of door middel van het Plan Jeugd (nog steeds) voldoende aandacht wordt gegeven aan risicogroepen.

In figuur 6 is per aantal positieve antwoorden het percentage scholen, verdeeld naar basis- en voortgezet onderwijs weergegeven. Wanneer meer dan een vraag niet is ingevuld (dit omdat anders het aantal respondenten met een volledig ingevulde lijst terugvalt naar 65) wordt de betreffende respondent niet meegerekend.

Dit resulteert in een aantal van 85 (69 BaO- en 16 V.O.-scho­len) respondenten die minstens 10 van de 11 vra­gen hebben beantwoord. In figuur 6 zijn de lagere sco­res niet weergegeven omdat deze niet in de telling voor­kwamen. Dit houdt dus in dat geen van de scholen al deze vragen negatief beantwoordt. De gemiddelde sco­re bedroeg bij de BaO-scholen 7,2 en de V.O.-scholen 8,4.

In tabel 27 van paragraaf 7.6 van de bijlagen (blz. 50) wordt het percentage scholen dat positief of negatief scoort op de betreffende vragen weergegeven. Het ont­brekende percentage geeft aan noch positief, noch ne­gatief te oordelen. Voor de belangrijkste vragen (vraag h ‑ k) zijn in figuur 7 ter volledigheid wel de drie percentages weer­gegeven. Opvallend hierbij is dat V.O.-scholen over het algemeen positiever denken over bereik van risicokinderen dan basisscholen. Dit komt vooral tot uiting in de antwoorden op vraag j (*Is naar uw mening deze aandacht voor risicokinderen ten opzichte van vroe­ger verbeterd of verslechterd?*).

Niettemin is ook hier het percentage dat een negatief oordeel heeft bij beide schooltypen ge­ring, zeker wan­neer men het percentage ‘noch verbeterd, noch verslech­terd’ meerekent. Al met al blijkt duidelijk dat de scho­len ‑ zowel die voor basis- als voor voortgezet onder­wijs ‑ een positief beeld hebben van de activiteiten van de JGZ.

Een deel van degenen die een negatief oordeel over de aandacht voor risicokinderen geven is van mening dat het aantal onderzoeken dat door de medewerkers van de JGZ wordt uitgevoerd vergeleken met vroeger te gering is. Verdere uitleg of onderbouwing hiervan wordt in de bijbehorende open vragen niet gegeven.

Bij de vraag of er onderwerpen zijn waar de JGZ zich beter of sterker op zou moeten richten wordt door 31% (16 van de 51) diverse voorlichtingsonderwerpen aangegeven, 18% onderzoek van leerlingen in het alge­meen, 16% schoolgerichte activiteiten en 14% aandacht voor risicokinderen.

Verder is gevraagd of men in het verleden (dus gedurende alle jaren dat men bij de JGZ betrokken is) klachten heeft gehad over de JGZ. Hierop hebben 14 scholen (12%) met ‘ja’ geantwoord. Van deze 14 scholen heeft de helft ook daadwerkelijk een klacht ingediend. Zes hiervan zijn van mening dat de klachten serieus werden genomen en ook wisten zij wat er met de klacht zou gebeuren. Vijf vinden dat ze tijdig van de resultaten op de hoogte waren gesteld. In het algemeen blijkt dus dat het aantal klachten gering is en dat de klachtenafhandeling afdoende kan worden genoemd.

*4.2.5. Vergelijking met de enquête onder het basisonderwijs in 1993*

In 1993 is eveneens een enquête gehouden onder de directies van het basisonderwijs. Het doel hiervan was om de eerste indrukken van het nieuwe beleid te peilen en te zien of op korte termijn bijstellingen van het beleid noodzakelijk waren. Een aantal in 1993 gestelde vragen is ook in de huidige enquête opgenomen, zodat een vergelijking mogelijk wordt.

In figuur 8 zijn de verschillen weergegeven tussen 1993 en 1997 wat betreft het percentage respondenten met een positief antwoord op de diverse vragen. Wanneer het per­cen­tage positief is, houdt dat in dat er in 1997 meer gebruik wordt gemaakt van het betreffende aan­bod of positiever wordt geoordeeld. In tabel 28 van pa­ragraaf 7.6 van de bijlagen (blz. 50) worden de betref­fende percentages weergegeven en indien van toepas­sing ook de reden waarom niet van een bepaald aanbod gebruik wordt gemaakt. Zowel uit de figuur als de tabel blijkt dat gebruik en toegankelijkheid van de diverse voorzieningen zonder uitzondering is gestegen. Dit geldt met name voor het gebruik van het Handboek Gezond­heid en het spreekuur. Ook op andere punten is er een verbetering zichtbaar: het contact met de medewer­kers werd vaker als positief gewaardeerd en een hoger percentage gaf aan voor dringende vragen bij de JGZ-medewerkers terecht te kunnen.

*4.2.6. Conclusie*

Over het algemeen lijken de vertegenwoordigers van basis- en voortgezet onderwijs tevreden te zijn met de wijze waarop de JGZ binnen de kaders van het Plan Jeugd haar taken uitvoert. Uit de in de enquête gemaakte opmerkingen en verdere toelichtingen komt naar voren dat vooral de deskundigheid en goede adviezen op prijs worden gesteld. Niettemin wordt nog steeds door sommige basisscholen het wegvallen van de reguliere bezoeken van de jeugdarts als minder positief ervaren. Ondanks dat ‑ en het feit dat er dus geen reguliere PGO’s meer worden uitgevoerd ‑ is slechts een zeer gering deel van mening dat de aan­dacht voor risicokinderen is verslechterd; dit geldt met name voor V.O.-scholen. Ook het geringe aantal klachten in de afgelopen 4 jaar doet vermoeden dat de werkwijze van de JGZ over het algemeen op instemming kan rekenen.

Een ander positief resultaat is het feit dat steeds meer gebruik wordt gemaakt van het aanbod van de JGZ, vooral van die onderdelen die bij uitstek zijn bedoeld voor (aandacht voor) risicokinderen zoals spreekuren. Ook het gegeven dat zoveel scholen op enigerlei wijze aandacht besteden aan het bevorderen van gezond gedrag (lessen, maar ook regelgeving) is in dit verband een positief teken. Wel zal nog enige aandacht dienen te worden besteed aan de ouderparticipatie met betrekking tot het stimuleren van het schoolgezond­heidsbeleid.

**4.3. Overzicht gebruikte middelen**

In paragraaf 7.7 van de bijlagen (blz. 51) is een overzicht opgenomen van de middelen die door de JGZ zijn ingezet om het gestelde doel te bereiken. Het betreft hier een grote en uiteenlopende verzameling activitei­ten. Het overzicht pretendeert geen volledigheid, maar dient slechts om een indruk te krijgen van de veelheid en diversiteit van met name de collectief gerichte activiteiten binnen de Jeugdgezondheidszorg. In paragraaf 5.1.3 en verder (blz. 23) wordt nader ingegaan op de bijbehorende personele inzet van de medewerkers.

In de tabel is waar van toepassing het aantal deelnemende scholen vermeld. Ook zijn de onderwerpen van de projecten en voorlichtingsprogramma’s weergegeven. Verder wordt een overzicht gegeven van scholen waar de medewerkers van de GGD betrokken zijn bij overleg in het kader van schoolnetwerken en leerling­begeleiding voor het voortgezet onderwijs, en scholen voor speciaal onderwijs waar deel wordt genomen aan de commissie van onderzoek en begeleiding. In een tweede tabel (blz. 53) zijn de overleggen van JGZ-medewerkers weergegeven die niet (direct) op scholen betrekking hebben. Uit dit overzicht blijkt het toenemende belang van overleg in buurtnetwerken en hulpverlening, met name Bureau Ver­trou­wens­artsen.

**4.4. Resultaten leerlingenregistratie 1992 ‑ 1996**

In paragraaf 7.8 van de bijlagen (blz. 55) zijn per regio gegevens met betrekking tot screeningen en het ‘zorgbestand’[[17]](#footnote-17) opgenomen die vanaf 1992 zijn verzameld middels het elektronisch registratiesysteem. In onderstaande tabellen zijn de totalen weergegeven. Er zijn op basis van deze tabellen een aantal voorzichti­ge conclusies te trekken.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AANTAL** | **SOORT ONDERZOEK (% van aantal)** | | | | | **RESULTAAT ONDERZOEK (% van aantal)** | | | |
|  | (n) | gr. 2 | gr. 4 | kl.1 | herctr | overig | herctr | verwz | risico/zorg | eind ­cnt­rl |
| 92/93 | 10.321 | 40 | 23 | 28 | - | 9 | 20 | 3 | - | - |
| 93/94 | 16.701 | 27 | 26 | 26 | - | 21 | 15 | 4 | 2 | - |
| 94/95 | 15.727 | 27 | 26 | 24 | 11 | 12 | 13 | 3 | 6 | 9 |
| 95/96 | 15.383 | 27 | 27 | 24 | 12 | 10 | 12 | 3 | 4 | 11 |

Allereerst kan men uit tabel 9 opmaken dat de inspanningen ten aanzien van de screeningen in groep 2, 4 en klas 1 in de loop der jaren niet zijn veranderd (het hoge percentage in 92/93 van de screeningen in groep 2 wordt veroorzaakt door het feit dat er in dat jaar een achterstand in screeningen was). Daarnaast begint het percentage leerlingen dat naar aanleiding van het onderzoek in het ‘zorgbestand’ wordt opgeno­men na een aanvankelijke stijging weer te dalen. Dit komt omdat vooral de artsen aanvankelijk veel meer de neiging hadden ‘voor de zekerheid’ kinderen voor een nieuw onderzoek te noteren.

In latere jaren werd sneller verwezen naar de aangewezen instanties, vooral waar het psychosomatische of psychosociale problematiek betrof. Dit komt tot uiting in tabel 10, waarin vooral in het jaar 95/96 het relatief hogere percentage verwijzingen voor psychosociale problematiek opvalt, terwijl het percentage dat voor die redenen een nieuw onderzoek (hercontrole) krijgt ongeveer gelijk blijft.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AANTAL** | | **REDEN VOOR HERCONTROLE (%)** | | | **AANTAL** | | **REDEN VOOR VERWIJZING (%)** | | |
|  | N | (%)\* | somatisch | psychosociaal | beide | N | (%)\*\* | somatisch | psychosociaal | beide |
| 92/93 | 1.447 | (14) | 94 | 5 | 1 | 314 | (3) | 96 | 3 | 1 |
| 93/94 | 2.304 | (14) | 89 | 9 | 2 | 748 | (4) | 95 | 4 | 1 |
| 94/95 | 1.689 | (11) | 85 | 12 | 3 | 504 | (3) | 93 | 6 | 1 |
| 95/96 | 1.775 | (12) | 88 | 10 | 2 | 509 | (3) | 81 | 14 | 5 |

\* percentage totaal aantal onderzochte leerlingen. Aantal leerlingen waarvan gegevens ontbreken: 92/93: 86; 93/94: 3; 94/95:1; 95/96: 10.

\*\* percentage totaal aantal onderzochte leerlingen. Aantal leer­lin­gen waarvan gegevens ontbreken: 92/93: 14; 93/94: 1; 94/95: 0; 95/96: 2.

Bovendien vindt er een verschuiving plaats van somatische naar psychosociale redenen tot verwijzing, hoewel uiteraard het aandeel van de somatiek groot is en ‑ zolang de screenin­gen met daarbijbehorende verwijzingen plaats blijven vinden ‑ ook in de toekomst zal blijven.

Ook uit tabel 11 blijkt dat het aantal leerlingen dat wordt opgenomen in het zorgbestand na een aanvankelij­ke stijging tot 6% van het totale aantal onderzochte leerlingen nu weer af­neemt en het aandeel van de psychosociale problematiek eveneens afneemt van 6% naar 4% (combinatie van de kolom­men ‘psychosoci­aal’ en ‘beide’).

In tabel 12 tenslotte zijn de redenen voor ‘ove­rig onderzoek’ weergegeven (zie tabel 9 voor percentages van het totale aantal).

Uit deze tabel komt een aantal vermeldings­waardige zaken naar voren. Als eerste blijkt het percentage ‘onbekend’ na een aanvankelij­ke verdubbeling sterk te dalen, hetgeen duidt op een in de loop der jaren grotere registratie-’discipline’ van de medewerkers. Verder is er sprake van een stijging van het aantal leerlingen dat van het spreekuur gebruik maakt. Dit hangt uiteraard samen met de vergrote inspanningen op dit terrein ‑ de meeste scholen voor voortgezet onderwijs hebben inmiddels een spreekuur. Aan de andere kant duurt het meestal enige tijd voordat vermeende ‘drempels’ om ook inderdaad van dergelijke voorzieningen gebruik te maken zijn geslecht en het voor leerlingen makkelij­ker wordt het spreekuur te bezoeken. Ook wordt deze stijging niet veroorzaakt door een verandering in de categorie ‘onbekend’, omdat bezoek aan spreekuren eenvoudig is te coderen en notatie daarvan daarom slechts zelden wordt verzuimd. Ook het feit dat scholen aangegeven vaker van spreekuren gebruik te (laten) maken (zie ook paragraaf 4.2.5) is hiervoor een aanwijzing.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AANTAL** | **“Overig” (%)** | | | | | | | |
|  |  | nazorg arts | onbe­kend | verzoek JGZ | verzoek school | verzoek ouders | verzoek leerling | verzoek anderen | spreek­uur |
|  | (N) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 92/93 | 965 | 35 | 32 | - | 15 | 9 | 2 | 2 | 4 |
| 93/94 | 3.505 | 4 | 70 | - | 8 | 5 | 1 | 6 | 7 |
| 94/95 | 1.901 | 6 | 64 | 3 | 12 | 8 | 1 | - | 7 |
| 95/96 | 1.507 | 32 | 20 | 4 | 20 | 8 | 3 | - | 14 |

Tenslotte blijkt het percentage leerlingen dat op verzoek van de school wordt onderzocht na een aanvan­kelijke daling sterk te stijgen, hetgeen er op zou kunnen wijzen dat scholen in voorkomende gevallen steeds beter de weg tot de Jeugdgezondheidszorg weten te vinden.

Wat de betekenis is van de sterk wisselende percentages onder ‘nazorg arts’ is niet duidelijk. Mogelijk heeft dit te maken met veranderingen in het registratiesysteem.

Het lijkt dus aannemelijk dat de collectief gerichte activiteiten de groei doormaken die verwacht mag worden wanneer een verandering van werkwijze plaatsvindt, zoals met het Plan Jeugd ingevoerd. Ook het individu­eel gerichte gedeelte laat een vanuit deze werkwijze voorspelbaar beeld zien.

**1. OORDEEL MEDEWERKERS OVER PLAN JEUGD EN INSCHATTING OORDEEL SCHOLEN**

**1.1. Enquête onder medewerkers van de GGD GSO**

*1.1.1. Representativiteit van het onderzoek en opbouw vragenlijst*

Onder alle medewerkers van de GGD GSO die betrokken zijn bij de uitvoering van het Plan Jeugd is een enquête verspreid. Van de in totaal 45 vragenformulieren zijn 37 (82%) ingevuld weer terugontvangen, waarbij de non-respons bij doktersassistenten en logopedisten wat hoger ligt dan bij de overige disciplines.

In tabel 13 wordt per discipline het aantal res­pondenten weergegeven, waarbij een onder­scheid is gemaakt naar degenen die wel en die niet zowel de oude als nieuwe werkwijze van de JGZ hebben meegemaakt ‑ de scheiding is hier­bij gelegd bij 6 jaar of langer werkzaam bij de GGD GSO (vóór 1992 bestaande uit de BaGD West en Noord Groningen en de GGD Groning­en Goorecht Plus). Twee respondenten hebben de discipline en/of het aantal jaren in dienst niet aangegeven, waardoor het totale aan­tal in de tabel op 35 komt.

Uit de tabel blijkt dat iets meer dan de helft van de respondenten zowel de ‘oude’ als ‘nieuwe’ werkwijze heeft meegemaakt. In de navolgende paragrafen zullen waar van toepassing beide groepen medewerkers apart worden behandeld. Verder zal in voorkomende gevallen onderscheid worden gemaakt tussen medewerkers die werken in het team dat de gemeente Groningen als gebied heeft (het ‘stadsteam’) en degenen die in de andere 15 gemeenten van de GGD GSO werkzaam zijn (de ‘regioteams’).

De vragenlijst bestaat uit totaal 61 vragen (zie paragraaf 7.5.2 van de bijlagen). Tien hiervan zijn algemene vragen over de werksituatie, 6 betreffen de geschatte tijdsbesteding naar hoofdgroep van activiteiten en betrokkenheid bij netwerken en overleggen buiten de GGD, 17 het eigen oordeel over de veranderingen in werkwijze en de mate waarin derden het Plan Jeugd accepteren en 7 de elektronische registratie. Daarnaast zijn 22 vragen toegevoegd, ontleend aan de vragenlijst voor BaO- en V.O.-scholen. De medewerkers wordt daarbij gevraagd een schatting te geven welk percentage van de respondenten van de scholen positief of negatief op de betreffende vraag antwoorden ‑ de ‘spiegelvragenlijst’. Verder is uitgebreid ruimte gegeven voor aanvulling en/of commentaar en het aangeven van mogelijke oplossingsrichtingen voor gepercipieerde problematiek. In de hierna volgende paragrafen zullen de betreffende onderdelen nader worden besproken.

*1.1.2. Algemene kenmerken en werksituatie*

Het merendeel van de medewerkers die betrokken zijn bij de uitvoering van Plan Jeugd is ouder dan 30 jaar. Van de verpleegkundigen is daarvan bovendien 71% 41 jaar of ouder, van de artsen 55%, van de logopedisten 17% en van de GVO-medewerkers 33%. Bij de doktersassistenten is de helft jonger dan 30 en de helft ouder dan 40 jaar. De gemiddelde leeftijd van de medewerkers in de stad ligt duidelijk hoger dan van die in de rest van de GGD.

Van alle medewerkers werkt 83% wel eens langer dan het aantal contracturen, waarvan 43% soms en 23% geregeld. Totaal 17% werkt vaak tot altijd over, hetgeen dan vooral de artsen betreft. Bij de meeste medewerkers gaat het hierbij om minder dan 5 uur per week (84%). Overwerk vindt significant vaker plaats in het stadsteam (vaak tot altijd 31% tegen 10% in de rest van de regio; p < 0,05). Het betreft dan vooral verpleegkundigen en doktersassistenten. Wel is het aantal uren dat overgewerkt wordt in de stad vaker dan in de regio minder dan 5 uur per week.

Van de medewerkers vindt 22% overwerken ‘(heel) vervelend’, met name verpleegkundigen en in mindere mate de artsen; 53% van de medewerkers vindt overwerk ‘niet zo erg’ en 25% vindt het ‘niet erg’. In beide gevallen betreft het dan vooral degenen die minder lang bij de JGZ werken. Ook hier is een verschil aanwezig tussen stad en regio waarbij nu de discipline niet van invloed is: medewerkers van regioteams hebben meer moeite met overwerk. Over het algemeen is verder het aantal uren per week dat men werkt niet van invloed, maar wel het gegeven of men al dan niet voor de overuren wordt gecompenseerd. Dit zou dan ook het verschil kunnen verklaren tussen de teams in de stad en de regio: medewerkers in de stad krijgen in 58% van de gevallen compensatie tegen 41% van degenen uit de regio. Vooral (externe) verga­deringen en ouderavonden zijn oorzaken van langer werken.

Verpleegkundigen zijn met 12,5 jaar gemiddeld het langst in dienst, gevolgd door doktersassistenten (9,3) artsen (8,6), logopedisten (7,0) en GVO (5,3). Verpleegkundigen hebben gemiddeld de meeste uren per week (30,9) gevolgd door GVO (32,3), artsen (28,4), doktersassistenten (22,9) en logopedisten (21,5). Het dienstverband is over het algemeen het langst in het stadsteam.

*1.1.3. Tijdsbesteding aan collectief en individueel gerichte activiteiten en de ‘70/30-regel’*

Een van de belangrijkste doelen die het Plan Jeugd zich stelde was dat 70% van de capaciteit direct of indirect zou moeten worden besteed aan de risico­groepen jeugdigen en 30% aan groepen die de aan­dacht niet (zo hard) nodig heb­ben. Dit werd ook wel de ‘70/30-regel’ ge­noemd, waarbij uiteraard het per­centage meer als een inten­tie­verklaring moet worden ge­zien dan een exact na te streven getal.

Een nauwkeurige tijdregistratie was niet voorhanden en in de weken voor de zomervakantie niet zinvol ‑ de tijdsbesteding van de medewerkers van de JGZ is in de betreffende weken volstrekt anders en zou dus een verkeerd beeld geven van hetgeen normaal in een week aan individueel of collectief gerichte activiteiten wordt verricht. Er zijn evenwel twee informatie­bronnen op grond waarvan een benadering kan worden gegeven van de gemiddelde tijdsbesteding per week.

Allereerst zijn daar de schattingen van de medewerkers, zoals in de enquête gevraagd (zie paragraaf 7.5.2, blz. 47 van de bijlagen voor de specifieke vraagstelling). Uit tabel 14 blijkt dat de medewerkers over het algemeen kennelijk een goede inschatting kunnen maken van de tijd die gemiddeld per week aan de verschillende activiteiten wordt besteed. De twee schat­tingen ko­men ‑ behoudens voor de verpleegklundi­gen in het stads­team ‑ verrassend sterk met elkaar overeen. Hierbij moet men zich realiseren dat de schattingen van de tijdsbesteding aan de drie hoofdactiviteiten zijn berekend aan de hand van het opgege­ven aantal uren, *verminderd* met het opgegeven percentage van deze tijd dat aan voorbereiding wordt besteed. Een bij het invullen van de enquête eenvoudig afstemmen van de verhoudingen in uren tussen beide series vragen is dus niet mogelijk.

Een tweede informatiebron is de werkplanning van de regio­teams. Deze medewer­kers ­hebben ­voor 1997 een schatting gemaakt van aan be­paalde (hoofd)­ac­­tiviteiten te besteden uren teneinde een werkplan te kunnen sa­menstellen. De schatting van de uren is gebaseerd op zorgvuldige berekeningen van de tijd die elke acti­viteit ‑ of het nu een screening, hercontrole of overleg is ‑ kost. Tot op zekere hoogte is daarom een toetsing van de in de enquête opgegeven uren mogelijk. Uit tabel 15 komt eveneens naar voren, dat artsen in de enquête over het algemeen een groter deel van hun wekelijkse tijd aan individueel gerichte activiteiten toeschrijven, terwijl de schattingen ten behoeve van het werkplan duidelijk lager liggen.

Uit beide tabellen komt naar voren dat wanneer het de verdeling tussen collectief en individueel gerichte activiteiten betreft, de verhouding 70% ‑ 30% zeer goed wordt benaderd. Dat houdt uiteraard niet in dat dan ook met name kinderen behorend tot de risicogroepen op de voorgestelde wijze worden bereikt. Er zijn evenwel een aantal redenen waarom mag worden aangenomen dat dit wel het geval is. Ten eerste zijn de individueel gerichte activiteiten van verpleegkundigen en artsen tegenwoordig sterk gericht op kinderen die behoren tot risicogroepen. Immers, het reguliere onderzoek van ‘gezonde kinderen’ wordt niet meer uitgevoerd en de onderzoeken en controles die nu door deze disciplines worden uitgevoerd betreffen juist kinderen waarbij op enigerlei vlak problemen zijn geconstateerd. Dit geldt uiteraard niet voor doktersassis­tenten, hoewel deze naast het uitvoeren van algemeen onderzoek ook een signalerende functie hebben, terwijl de hercontroles die zij uitvoeren ‑ zeker wanneer daar een verwijzing naar een instantie op volgt ‑ strikt geredeneerd ook activiteiten zijn ten behoeve van risicokinderen. In de tweede plaats wordt de meeste tijd wat betreft de collectieve activiteiten besteed aan overleggen en projecten die (kinderen die behoren tot) risicogroepen als onderwerp van aandacht hebben. Te denken valt hierbij aan buurtnetwerken, overleggen met instanties als Bureau Vertrouwensartsen, RIAGG, school­begeleidingsdienst et cetera. Tenslotte kan worden gesteld dat in het beleidsgerichte werk met name aandacht wordt besteed aan de (verdere) ontwikkeling van al dan niet nieuwe gezondheidsbevorderende methodieken die per definitie zijn gericht op risicogroepen ‑ een voorbeeld hiervan is het schoolgezondheidsbeleid en het opstellen van gezondheidsprofielen. Op grond van deze overwegingen mag worden aangenomen dat het doel van de ‘70/30-regel’ waarschijnlijk niet alleen wordt bereikt maar mogelijk zelfs wordt overtroffen, ook wanneer de activiteiten van de doktersassistenten in het totaal worden meegerekend.

*1.1.4. Deelname aan netwerken en overleggen buiten GGD-verband*

In de enquête is gevraagd aan welke netwerken en overleggen men deelneemt *buiten* de GGD, sinds welk jaar dat gebeurt en hoeveel uur per week men aan deze over­leggen besteedt. Deze vraag is bedoeld om inzicht te krijgen in de mate waarin dit onderdeel van het werk van de JGZ zich sinds de invoering van het Plan Jeugd heeft ontwikkeld. Bij een succesvolle invoering van het Plan Jeugd zou immers een gestage toename van het aantal overleggen zichtbaar moeten zijn als uiting van een grotere betrokkenheid bij preventie en een versterking van de voorwaardenscheppende activiteiten. In totaal konden per medewerker 10 verschillende externe overleggen en/of netwerken worden ingevuld.

Door de medewerkers zijn 112 netwerken en overleggen genoemd waar­­mee men contact heeft; bij 33 ontbrak het ‘beginjaartal’ en bij 41 werd geen aantal uren per week opgegeven. Bij de verdere berekening is aangenomen dat waar de beginjaartallen niet zijn gegeven ­de ge­noemde contacten in 1992 al bestonden. Hiermee is alleen een negatieve vertekening van de resultaten mo­gelijk en zal de stijging van het aantal overleggen en dergelijke in werkelijkheid hoger zijn.

Omdat de artsen en verpleegkundigen het meest bij extern overleg zijn betrokken zijn deze disciplines apart weergegeven. Daarnaast kunnen ‘nieuwe’ medewerkers een vertekening van het beeld geven, omdat ze vaak reeds bestaande contacten zullen overnemen, die dan abusievelijk bij het jaar van indiensttreding worden gere­kend. Om deze reden zijn voor de artsen en verpleegkundigen alleen de contacten meegerekend wanneer de betrokkene 5 jaar (dus vanaf 1992) of langer bij de GGD werkzaam is. In figuur 9 zijn de betreffende aantallen weergegeven, waarbij ook de toename per jaar in beeld is gebracht. Omdat naar op het moment van de enquête bestaande overleggen is gevraagd, kan uit de figuur worden afgelezen dat het aantal overleggen per jaar duidelijk toeneemt. Vooral RIAGG, BVA en ‑ de laatste jaren in toenemende ma­te ‑ buurtnetwerken worden hierbij genoemd.

Door de medewerkers van andere disciplines die 5 jaar of langer bij de GGD werken werden in totaal 24 overleggen genoemd, waarbij het vooral gaat om overleg in het kader van logopedie, (ondersteuning van) opvoeding en overleg met gemeentelijke diensten. De meeste van deze overleggen bestonden al vóór 1992.

Omdat de invulling van het aantal uren dat aan het genoemde overleg wordt besteed zeer onvolledig was kan hiervan geen overzicht worden gemaakt.

*1.1.5. Oordeel over en acceptatie van het Plan Jeugd*

Er is in de vragenlijst op een aantal manieren geprobeerd een inzicht te krijgen in de mate waarin de medewerkers van de GGD de nieuwe werkwijze hebben geaccepteerd en hoe zij inschatten dat de extern betrokkenen hierover oordelen. Allereerst is hen gevraagd zelf aan te geven welk onderdeel van de Jeugdgezondheidszorg zij ten opzichte van vroeger verbeterd of verslechterd vinden en wat naar hun mening vroeger en nu de sterke en zwakke punten zijn. Daarbij is telkens volop ruimte gegeven voor aanvullingen, opmerkingen en suggesties. Bij de analyse is uiteraard rekening gehouden met de duur van het dienstver­band van de betrokken medewerker; er is hiertoe een grens gelegd bij een dienst­verband van 6 jaar of meer (zie ta­bel 13). Ook is een onder­scheid gemaakt tussen de medewerkers die direct bij de uitvoering betrokken zijn ‑ artsen, verpleegkundigen en doktersassisten­ten ‑ en diegenen die een meer ondersteunende rol vervullen. Vanwege de geringe aantallen zullen nauwelijks uitspraken kunnen worden gedaan die berusten op statistisch significante verschillen.

In tabel 16 wordt per discipline een overzicht gegeven van het gemiddeld aantal onderdelen dat vroeger en nu als sterk punt wordt gezien en het aantal waarvan wordt gevonden dat ze voor verbetering vatbaar waren of zijn. Bij elke vraag konden telkens 11 onderdelen worden aan­ge­geven. Alleen weergegeven zijn de gemiddelden van de medewerkers die 6 jaar of langer JGZ-taken vervullen. Disciplines anders dan arts, ver­pleeg­kundige en dokters­as­sis­tente zijn samen­gevoegd tot één groep.

De oorzaak voor de verschillen tussen verpleegkundigen en artsen en medewerkers van de andere discipli­nes ligt in het feit dat het aantal mogelijkheden dat van toepassing is wisselt. Hierover kan dan dus geen oordeel worden gegeven.

Uit de tabel blijkt dat artsen in het huidige systeem een wat groter aantal sterke punten aangeven dan verpleegkundigen. Boven­dien geven verpleegkundigen weliswaar in het huidige systeem meer sterke punten aan dan vroe­ger maar daarnaast ook veel meer te verbeteren onderdelen.

In tabel 38 van de bijlagen (blz. 57) zijn per onderdeel de percentages van de medewerkers weergegeven. Voor de vergelij­king met de oude werkwijze van de JGZ zijn weer alleen de medewerkers die 6 jaar of langer bij de GGD werken betrokken. Voor het oordeel over de huidige situatie zijn in de tabel alle medewerkers meegerekend.

In figuur 10 en 11 zijn de verschilpercentages tussen vroeger en nu weergegeven voor alleen degenen die 6 jaar of langer bij de GGD werken. Een negatief percentage houdt in dat in de huidige situatie dat onderd­eel minder vaak wordt aangegeven, dus minder vaak een sterk punt wordt ge­noemd (figuur 10) of minder vaak voor verbetering vatbaar wordt geacht (figuur 11).

Uit zowel de tabel als de figuren blijkt overduidelijk dat vooral het contact met de ouders wordt gemist (*alle* artsen, verpleeg­kundigen en dok­ters­assistenten geven aan dat dit vroeger een sterk punt was en *geen* van allen vindt dat nu een sterk punt) en in mindere mate met de scholen. Hoewel het con­tact met de leerlin­gen voor met name de artsen en verpleegkundigen toch duidelijk is gedaald wordt dit kennelijk niet als het meest problematische in de huidige situatie gezien. Daarnaast is deelname aan (buurt)netwer­ken volgens velen een positief punt, alsook de contacten met gemeenten.

Verder is gevraagd of men wil aangeven hoe de onderdelen die vóór de in­voering van het Plan Jeugd als positief of negatief worden be­oordeeld, zijn veranderd. Er waren 5 antwoordmo­gelijkheden, variërend van veel beter tot veel slechter.

Zoals min of meer al uit de eerdergenoemde ta­bellen en figuren blijkt, zijn het vooral de individuele contacten met ouders en leerlingen en de contacten met de scholen die worden genoemd. Bij de nadere uitleg wordt aan de positieve zijde vooral de continuïteit wat betreft de JGZ-medewerkers genoemd (scholen hebben een vaste contactpersoon) en de contacten via de (buurt)netwer­ken. Aan de negatieve kant worden vooral de (geringe) frequentie van het contact van verpleegkundige en arts met ouders, leerlingen en scholen genoemd en het beperkte onderzoek (alleen screening van gezichtsvermogen en gehoor).

Aan de medewerkers is gevraagd of naar hun mening de in paragraaf 5.1.3 (blz. 23) al aan de orde gestelde ‘70/30-regel’ is gehaald. Van alle medewerkers geeft slechts 11% aan dat dit volgens hen het geval is; 69% vindt dat niet en respectievelijk 11% en 8% is het onbe­kend of weet het niet. Degenen die een negatief oordeel hebben zijn gemiddeld 2 jaar langer bij de GGD in dienst. Overigens zijn deze resultaten in tegenspraak met de gegevens uit de schatting en berekening van het aantal uren (zie paragraaf 5.1.3), waaruit blijkt dat de ‘70/30-regel’ over het algemeen goed benaderd wordt.

Daarnaast is gevraagd of men zelf tevreden is met de uitvoering van het Plan Jeugd. Hierop geeft 24% een positief antwoord, 67% een negatief en 9% onbepaald. Van degenen 6 jaar of langer in dienst, zijn de percentages respectievelijk 22%, 72% en 6%. Vooral artsen blijken ontevreden met de gang van zaken: 86% geeft een negatief antwoord, doktersassistenten 60% en verpleegkundigen 57%. Een onderscheid naar lengte van dienstverband heeft geen effect op deze percen­tages, terwijl het gemiddelde dienstverband voor degenen die ontevreden zijn met 9,6 jaar lager is dan voor degenen die positief oordelen (11,2 jaar). Dit verschil is evenwel niet significant.

In figuur 12 zijn de percentages voor de antwoorden op de twee vragen weergegeven naar discipline onafhankelijk van lengte van dienstverband.

In de nadere toelichting wordt een zeer verschillende en vaak onderling tegenstrijdige uitleg gegeven voor het negatieve oordeel. Enerzijds wordt bijvoorbeeld gesteld dat de aandacht voor risicogroepen nog te beperkt is met een te grote nadruk op individuele leerlingen, terwijl anderzijds wordt gezegd dat men zich zorgen maakt over individuele risicoleerlingen. In het algemeen is men van mening dat de aanpak meer gestructureerd kan worden. Degenen die positief oordelen zijn met name tevreden over het principe van de collectieve benadering en de taakverdeling en samenwerking zowel in- als extern. Zoals te verwachten, noemen degenen die ontevreden zijn met de werkwijze een geringer aantal slechte onderdelen dat vergele­ken met vroeger is verbeterd (1,3 tegen 2,1) en een groter aantal goede dingen dat verslechterd is (1,9 tegen 1,4). Deze verschillen zijn evenwel vanwege de kleine aantallen niet statistisch significant.

Het valt op dat over het algemeen de medewerkers in het stadsteam positiever zijn over de nieuwe werkwij­ze dan de medewerkers in de regio. Ook als direct wordt gevraagd of men tevreden is met de werkwijze, dan zijn vooral degenen die langer dan 6 jaar in dat team werken positiever: 40% tegen 14% in de regio. Mogelijk heeft dit te maken met de voorgeschiedenis van de diverse teams, of ook de verschillen in benadering vanwege het al eerder genoemde onderscheid in gebiedsgrootte. Vanwege de kleine aantallen zijn overigens ook deze verschillen niet statistisch significant.

*1.1.6. Registratie*

De verandering met betrekking tot de administratie en registratie was een andere belangrijke wijziging in de werkwijze bij de invoering van het Plan Jeugd: het gebruik van papieren drieluikkaarten werd volledig verlaten en in plaats daarvan werd elke uitvoerend medewerker uitgerust met een laptop waarmee eventue­le gegevens en bijzonderheden konden worden geregistreerd. Daarnaast ‑ en dit was mogelijk het meest ingrijpend ‑ werd niet meer elk kind geregistreerd maar alleen die kinderen die meer zorg nodig hadden en daarom voor een hercontrole of onderzoek op indicatie in aanmerking kwamen. Het programma daartoe was in eigen beheer ontworpen. Zowel de gewenning aan het elektronisch registreren als het gebruik van het programma heeft de nodige tijd gekost. In paragraaf 4.4 is een aantal hierop gebaseerde gegevens weergegeven.

Over de registratie is in de enquête een aantal vragen gesteld ‑ een drietal vra­gen om een oordeel over de bruikbaarheid te krijgen en drie vragen over het werkelijke gebruik van het systeem. Omdat de logo­pedisten al geruime tijd vóór invoering van het Plan Jeugd met elektroni­sche registratie werkten zijn hun gegevens niet in de analyse meegenomen. Het betreft daarom alleen antwoorden van doktersas­sistenten, verpleegkundi­gen en artsen. In totaal gaat het dan om 17 personen, waarvan 5 korter dan 6 jaar bij de GGD werkzaam zijn.

Uitndd gegeven antwoorden (tabel 13) blijkt duidelijk dat de implementatie van de elektronische registratie verre van volmaakt is. Alleen de doktersassistenten ‑ overigens wel degenen die het registratiesysteem het meest gebrui­ken ‑ hebben over het algemeen een wat meer positief oordeel.

Bij een positief antwoord wordt in de nadere uitleg vaak als reden aangegeven dat het makkelijker is een overzicht van de werkzaamheden te krijgen en dat het snel en efficiënt werkt of in principe kan werken. Bij een negatief oordeel zijn de meest genoemde achterliggende redenen: geen overzicht vanwege het ontbreken van papieren dossiers; slechte toegankelijkheid systeem; slechte overdrachtmogelijkheden in- en extern; geen blijvende registratie waardoor niets is terug te zoeken; systeem werkt langzamer; een weer­stand om systeem goed te leren hanteren.

Vooral het stadsteam oordeelt negatief over het systeem: zij geven op gemiddeld 2,7 van de 7 vragen een negatief antwoord tegen gemiddeld 1,6 in de regio. Artsen en verpleegkundigen geven ongeveer hetzelfde aantal negatieve antwoorden: resp. 2,3 en 2,1.

Als redenen voor dubbele registratie worden genoemd: gebruik van computer is tijdens contact (uit het oogpunt van klantvriendelijkheid) niet mogelijk (70%); eerst opschrijven gaat sneller (47%), computer kan kapot gaan (5%) en overigen (40%) waarbij in het laatste geval met name de overdracht naar de leerkrach­ten, c.q. snellere beschikbaarheid van de gegevens wordt genoemd. Ook tijdens een telefonisch con­tact ‑ dit geldt vooral voor verpleegkundigen ‑ zou het registreren met de computer niet mogelijk zijn.

*1.1.7. Inschatting oordeel extern betrokkenen*

In de vragenlijst is gebruik gemaakt van de ‘spie­gelmethode’. Hierbij wordt de medewerkers ge­vraagd te schatten welk percentage van de scho­len een positief of negatief oordeel geeft over een bepaald onderwerp. De betreffende vragen zijn letterlijk overgenomen uit de vra­genlijst voor het basis- en voortgezet onderwijs. Wel zijn de antwoordcategorieën waar van toe­passing, teruggebracht van 5 naar 3 mogelijk­heden.

Conform de in de klantentoets gehanteerde clas­sificatie zijn de antwoorden op de 21 vragen in­ge­deeld in 8 categorieën. Voor elk van deze categorieën is per antwoordmogelijkheid een gemiddeld percentage berekend. Vervolgens is dit percentage afgezet tegen het gemiddelde percentage dat de vertegenwoordigers van de scho­len voor basis- en voort­gezet onderwijs werkelijk aan­geven.

In de figuren 13 en 14 zijn de resultaten over alle disciplines weergegeven. Het is duidelijk dat de inschatting van de medewerkers een negatiever beeld laat zien dan het beeld dat de scholen hebben over de uitvoering van de Jeugd­gezondheidszorg, of het nu de informatie­voorziening, ondersteuning of het algemeen functioneren betreft. Daarnaast wordt de eigen activiteit van de scholen duidelijk onderschat: scho­len hanteren vaker (gedrags)­­­regels en voe­ren meer gezondheidsbevorderende activiteiten uit dan wordt aange­nomen. Vreemd genoeg wordt wel het gebruik van de diverse voorzieningen die door de JGZ aan de scholen worden aangeboden hoger in­geschat.

Op bladzijde 58 en verder van de bijlagen zijn de percentages per discipline grafisch en in tabelvorm weergegeven. Verder zijn in de grafieken per samenstellende vraag van de categorieën de verschilpercen­tages weergegeven. Uit deze gegevens komt zo mogelijk nog duidelijker de algemeen negatieve inschatting wat betreft het functioneren van de JGZ naar voren.

Ook is in meer algemene zin gevraagd een inschatting te geven van het oordeel over het Plan Jeugd van scholen, ouders en leerlingen en intermediairen en hun acceptatie en ‘tevredenheid’. Gezien voorgaande resultaten zal het geen verwondering wekken dat ook deze vragen sterk negatief zijn beantwoord. Zo denkt slechts 27% van alle medewerkers dat de JGZ er in is geslaagd de scholen van het nut van de nieuwe werkwijze te overtuigen, en denkt 17% dat de ouders, 22% dat de scholen en 12% dat de intermediairen tevreden zijn met de uitvoering van het Plan Jeugd. In tabel 19 zijn de percentages weergegeven, uitge­splitst naar verschillende kenmerken als duur werkverband, discipline en regio. Uit de tabel blijkt dat degenen die korter bij de GGD werken over het algemeen een positiever beeld hebben over de mate van tevredenheid van de extern betrokkenen. Opmerkelijk is het hoge percentage medewerkers dat zegt niet te weten of ouders, scholen of intermediairen tevreden zijn.

Bij de nadere uitleg van de schattingen valt op dat als verklaring voor een geringe tevredenheid bij de scholen wordt genoemd de sterke kritiek en onvrede die (nog steeds) bij leerkrachten en directies zou leven. Dit is zoals uit eerdere paragrafen blijkt, in tegenspraak met hetgeen de scholen zelf aangeven, maar komt geheel overeen met het ‘zelfbeeld’ dat de medewerkers hebben. Verder wordt vaak als argument aan­gevoerd dat de basisscholen het verdwijnen van de jeugdarts als een groot probleem en een verschraling van de JGZ ervaren. Zoals uit de besproken resultaten van de enquête onder de scholen blijkt, worden deze

vermoedens niet bevestigd. Overigens is het een bekend gegeven dat medewerkers het eigen functioneren vaak slechter inschatten. Dit kan te maken hebben met het feit dat men als medewerker bijzonder goed op de hoogte is van de onvolkomenheden binnen de organisatie.

*1.1.8. Prioriteiten voor de Jeugdgezondheidszorg*

Zowel de directies van de scholen voor basis- en voortgezet onderwijs als de medewerkers is in de enquête gevraagd wat naar hun mening de belangrijkste zaken zijn waar de Jeugdgezondheidszorg zich op zou moeten richten. Daarbij konden drie onderwerpen worden aangekruist. In tabel 20 staat aangegeven welke volgorde de scholen gemiddeld hebben aangegeven en daarnaast hetgeen de medewerkers inschatten dat aangegeven zou worden. Over het algemeen blijkt dat er bij de medewerkers een goed beeld bestaat wat scholen belangrijk vinden. Alleen de verpleegkundigen schatten het belang van de vertrouwelijke behande­ling van gegevens te hoog in en geven deskundigheid van medewerkers een duidelijk lagere plaats.

*1.1.9. Opmerkingen en suggesties voor verbeteringen*

Behoudens de bij specifieke vraagstellingen behorende nadere toelichting en uitleg is ook in het algemeen gevraagd of men suggesties had voor noodzakelijke verbeteringen of veranderingen. In de antwoorden hierop komt wederom naar voren dat men zich zorgen maakt om het bereiken van en contact met risicoleer­lingen en ouders en het (vermeende) slechte contact met de scholen. Veel wordt ook het schoolgezond­heidsbeleid genoemd als te versterken activiteit. Daarnaast zijn er verscheidene medewerkers ‑ verdeeld over alle disci­plines ‑ die de noodzaak tot een strakkere aansturing en kwaliteitsbewaking (o.a. door middel van intercollegiale toetsing) aangeven met daarbij de behoefte aan een duidelijker kader voor de werk­zaamheden van elke discipline apart.

**2. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN**

**2.1. Conclusies**

*Evaluatie van de effecten van het Plan Jeugd op de gezondheid van de doelgroep*

Uit een vergelijking van de gezondheid van de jongeren in de regio van de GGD GSO met die van de jeugd elders in het land, blijkt dat er geen sprake is van een gezondheidsachterstand. Dit geldt niet alleen voor de determinanten van toekomstige gezondheid als risicogedrag in de vorm van middelen­gebruik, bewegingsar­moede en gokgedrag. Eenzelfde conclusie kan ook ‑ voor­zichtig, want slechts in ver­ge­lijking met één andere GGD ‑ worden getrokken wat betreft de geestelijke gezondheid. Op zijn minst kan dus worden gesteld dat risicogedrag en gezondheid zich op vergelijkbare wijze ontwikkelen als in de rest van het land. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen in de regio van de GGD GSO, in tegenstelling tot vier jaar geleden, nauwelijks meer aanwezig zijn. Hoewel hier op diverse wijzen een uitleg aan kan worden gegeven, houdt het in ieder geval in dat de gehanteerde werkwijze niet nadelig is voor de risicogroepen onder de jeugd.

Een en ander houdt zeker niet in, dat wij tevreden zijn met de gesignaleerde ontwikkelingen. Het was immers niet de opzet van de nieuwe werkwijze om een vergelijkbaar systeem in stand te houden, maar veeleer om de bijdrage aan de gezondheid van de jeugdigen te vergroten. Zeker de ontwikkeling wat betreft het riskant gedrag van de jeugd is zorgwekkend ‑ vooral waar het in de regio van de GGD GSO de meisjes betreft ‑ en er zal gezocht moeten worden naar (nog) betere methoden om hierop in positieve zin invloed uit te oefenen.

*Externe beoordeling van het plan Jeugd*

Allereerst komt uit de enquête onder de scholen naar voren, dat zowel basisscholen als scholen voor voortgezet onderwijs over het algemeen tevreden zijn met de door de medewerkers van de GGD geleverde inspanningen. Niet alleen komt dit tot uiting in de goede scores wat betreft tevredenheid en het positieve oordeel over de deskundigheid en adviezen maar eveneens in het in de loop der jaren toenemend gebruik van het aanbod. Ook blijken directe vragen naar tevredenheid over de contacten met medewerkers en een oordeel over hun des­kun­dig­heid in deze enquête positiever te worden beantwoord dan vier jaar geleden.

Een bijzonder belangrijk punt bij de huidige werkwijze is het kunnen bereiken van risicogroepen. De scholen, en dan met name die voor het voortgezet onderwijs, zijn er over in meerderheid van overtuigd dat dit met de nu door de JGZ gehanteerde methodes mogelijk is.

Degenen die ook vóór de invoering van het Plan Jeugd bij de JGZ betrokken waren tenslotte, lijken over de huidige werkwijze positiever te zijn dan degenen die geen vergelijking kunnen maken.

*Overzicht en registratie diverse activiteiten*

Een overzicht van de diverse activiteiten van de medewerkers die bij de JGZ betrokken zijn laat een uiterst divers beeld zien, waarbij niettemin opvalt dat vooral overleg met jeugdzorginstellingen en buurtnetwerken aan belang wint. Dit wordt ook weerspiegeld in de gegevens over de tijdsbesteding van de medewerkers, waaruit blijkt dat niet alleen het aantal overleggen jaarlijks toeneemt, maar tevens dat de verdeling van de tijd over collectief en individueel gerichte activiteiten min of meer conform is aan de uitgangspunten van het Plan Jeugd.

De gegevens uit de elektronische registratie wijzen in dezelfde richting, waarbij opvalt hoezeer het gebruik van voorzieningen als spreekuur en advisering door scholen en leerlingen in vergelijking met vroeger toeneemt. Bovendien lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat in de loop van de jaren de werkwijze allengs meer door de medewerkers wordt gevolgd: de registratie laat een grotere zorgvuldigheid zien dan in het verleden en het ‘onder controle houden’ van kinderen is minder uitgebreid omdat men eerder naar de relevante instantie verwijst, vooral waar het psychosociale problematiek betreft. Deze conclusie is min of meer in tegenspraak met de gegevens uit de enquête onder de medewerkers. Mogelijk is de (onbewuste) acceptatie van het Plan Jeugd toch groter dan gedacht.

*Oordeel en attitude van de medewerkers ten aanzien van het Plan Jeugd*

De resultaten van de enquête onder de medewerkers contrasteren sterk met de bevindingen bij de scholen en de indirecte aanwijzingen uit de registraties. Het merendeel van de antwoorden ‑ of het nu een beoorde­ling van de werkwijze betreft of een oordeel over de gehanteerde registratiemethodieken, in zowel de open als gesloten vragen ‑ geeft een negatieve houding en beoordeling van de uitvoering van het Plan Jeugd te zien. Het positieve beeld dat de scholen hebben van de GGD en haar medewerkers lijkt daar moeilijk mee te verenigen.

Vooral het vervallen van de individuele contacten met ouders en leerlingen wordt betreurd en gezien als hét kritiekpunt van de scholen. Uit de enquête onder de scholen blijkt evenwel dat dit niet het geval is.

In het licht van het voorgaande is het uiteraard niet verbazingwekkend dat de medewerkers stelselmatig de tevredenheid van de scholen onderschatten. Alleen het gebruik van de geboden voorzieningen wordt hoger ingeschat, mogelijk omdat hier de directe betrokkenheid van de medewerkers een rol speelt. Op dit onder­deel na zijn de percentages positieve antwoorden op *alle* aan de scholen gestelde vragen gemiddeld zo’n 20% te laag ingeschat. Ook de door de school ontwikkelde activiteiten als gezondheidsbevordering middels lessen, projecten en ouderparticipatie worden te laag ingeschat.

**Concluderend**: gegeven het feit dat (1) het gezondheidsbedreigend gedrag van de jeugd in de regio van de GGD GSO in de afgelopen jaren zich op zijn minst vergelijkbaar en voor bepaalde groepen zelfs positiever heeft ontwikkeld dan landelijk het geval is, dat (2) een belangrijke groep intermediairen waarmee de gestelde doelen behaald moeten worden voor het merendeel instemt met de huidige werkwijze en een groter gebruik van de aangeboden mogelijkheden laat zien hetgeen nog eens bevestigd wordt in de meer objectieve registratiegegevens, dat (3) risicogroepen in voldoende mate lijken te worden bereikt en tenslotte dat (4) juist die activiteiten die van belang zijn voor de collectief gerichte en voorwaardenscheppende aanpak een duidelijke groei laten zien, lijkt het verantwoord te stellen dat de invoering van het Plan Jeugd heeft geleid tot een gewenste ontwikkeling. Voor een verdere optimalisering van de uitvoering zal met de medewerkers onderzocht moeten worden hoe intern het draagvlak en de attitude verbeterd kunnen worden.

Het zal dus duidelijk zijn dat de elders in den lande voorgestane Preventieve Gezondheidsonderzoeken slechts een deel van het mogelijke instrumentarium ter bevordering van de gezondheid van jeugdigen vormen. Voordelen van PGO’s voor alle kinderen zouden vooral gelegen zijn in het (regelmatige) persoon­lijk con­tact, zowel met de jeugdige als met de ouders, een beter inzicht in familie-omstandigheden en andere achtergrondvariabelen en daardoor een betere onderkenning van ‘risicokinderen’. Ook advisering zou in deze setting effectiever zijn vanwege de meer persoonlijke benadering. Een consequentie hiervan is dat bij het laten vervallen van PGO’s niet alleen risicokinderen slecht zullen worden onderkend, maar ook dat riskant gedrag zal toenemen, vanwege het wegvallen van de persoonlijke advisering. Zoals aangegeven zijn er geen aanwijzingen dat een weglaten van PGO’s dergelijke gevolgen heeft. In deze evaluatie vinden wij daarentegen aanwijzingen dat de huidige koers op termijn meer effect zou kunnen sorteren waar het de gezondheidsbevordering van de doelgroep betreft.

**2.2. Aanbevelingen**

Uit de bevindingen kunnen een aantal aanbevelingen worden gedestilleerd:

1. Het Plan Jeugd kan met inachtneming van de hiernavolgende aanbevelingen in zijn huidige vorm voortgezet worden.

2. Het is van het grootste belang intern een goed draagvlak voor het Plan Jeugd te realiseren.

3. Aan de overmaat aan de in het Plan Jeugd geformuleerde doelstellingen dient een beperkt aantal herkenbare en meetbare kerndoelen te worden ontleend, zodat toekomstige evaluaties eenvoudiger zijn uit te voeren en medewerkers een duidelijk organisatorisch en strategisch doel kunnen nastreven.

4. De registratie ‑ zowel het programma als de wijze waarop er door de medewerkers mee wordt omge­gaan ‑ zal aan zodanige eisen moeten voldoen dat in ieder geval de onder (3) geformuleerde kerndoe­len kunnen worden vastgelegd, gemonitored en op termijn kunnen worden geëvalueerd. Verder dient de programmatuur aangepast en bijgesteld te worden, opdat gebruik en bruikbaarheid toeneemt.

5. In de nabije toekomst is het zinvol nauwgezetter de tijdsbesteding aan de diverse activiteiten vast te leggen, opdat een beter inzicht wordt verkregen in de werkelijke tijd die aan elk type activiteit wordt besteed.

6. Om een (nog) beter zicht te krijgen op de effecten van het Plan Jeugd op de gezondheid van de jongeren en met name de risicogroepen in de regio zou een onderzoek bij onder meer huisartsen en RIAGG zinvol zijn. De vraagstelling is hierbij of er na de invoering van het Plan Jeugd in 1992 al dan niet een verergering wordt geconstateerd van toe­stand van en/of klachten wat betreft de lichamelijke of geestelijke gezondheid, waarmee de jongere zich bij het eerste contact met de betreffende instantie presenteert.

7. De Klantentoets is een landelijk door GGD’en ontwikkeld en in te zetten instrument, waardoor op termijn vergelijkingen met andere GGD’en op diverse vlakken mogelijk is. Om deze reden is het aanbevelingswaardig dit instrument volledig in te voeren opdat kwaliteitsbewaking en evaluatie op een meer continue basis mogelijk wordt.

8. Als inderdaad blijkt dat de onvrede met overwerken voornamelijk te wijten is aan een gebrek aan compensatie van de gewerkte uren, moet worden overwogen een systeem voor compensatie op te zetten ten behoeve van zowel de medewerkers van de regioteams als voor die van het stadsteam

9. Gezien de beoordeling van de scholen zal een verdere verbetering van de onderdelen hygiëne- en veiligheidadvisering, spreekuur, ICG en ondersteuning bij projecten noodzakelijk zijn, opdat de tevre­dneheid over deze aspecten van het Plan Jeugd toeneemt.

10. Aanvullend onderzoek naar de oorzaak van het geconstateerde verschillen rond gebruik lessen en projecten onder de scholen is noodzakelijk.

11. De informatievoorziening richting externen kan verder worden verbeterd.

12. In het algemeen is het zinvol binnen de organisatie meer aandacht te besteden aan een goede aanstu­ring en kwaliteitsbewaking.

**3. BIJLAGEN**

**3.1. Analyse verwijzingsgegevens Basisgezondheidsdienst West en Noord Groningen.**

De hier gepresenteerde aantallen hebben betrekking op de onderzoeken in de regio van de Basisgezond­heidsdienst West en Noord Groningen in het schooljaar 1989/1990. ­Voor de analyse is alleen gebruik gemaakt van de gegevens over verwijzingen naar de huisarts na PGO van de jeugdarts, of verpleegkundige of hercontroles. De reden hiervan is dat de algemene screeningen in de nieuwe werkwijze zijn gehandhaafd, terwijl spreekuren ‑ zowel op scholen als telefonisch ‑ en gerelateerde activiteiten zijn uitgebreid. Verwijzing­en anders dan naar de huisarts betroffen vooral verwijzingen van verpleegkundige of doktersassistente naar de jeugdarts of verwijzingen naar de logopedisten van de GGD.

Bij de berekeningen is een onderscheid gemaakt tussen afwijkingen die hetzij middels de door de GGD GSO ingestelde screeningen zouden zijn ontdekt, hetzij anderszins zeker tot een consult bij de huisarts hadden geleid[[18]](#footnote-18) en afwijkingen die *mogelijk* in aanmerking zouden komen voor verwijzing naar de huisarts en die door tussenkomst van de jeugdarts dus eerder onder zijn of haar aandacht worden gebracht. Bevinding­en die liggen op het vlak van psychosociale problematiek zijn niet meegerekend omdat uit onderzoek blijkt dat leerkrachten heel goed en zelfs beter in staat zijn dit type problemen te signaleren en hierop passende actie te ondernemen.[[19]](#footnote-19) Overigens betreft dit slechts 8 basisschoolleerlingen (0,1%) en 5 leerlingen van het voortgezet onderwijs (0,3%).

Bij het basisonderwijs betreft het aantal verwijzingen in totaal 85 leerlingen van de 7104 die op deze wijze zijn onderzocht en bij het voortgezet onderwijs 41 van de 1841 leerlingen (tabel 21).

De redenen voor hercontrole waren in wezen niet anders dan die voor verwijzingen, hoewel de nadruk daarbij uiteraard meer lag op afwijkingen van ogen, gehoor en houding dan bij redenen tot verwijzing.

De redenen voor verwijzing in de categorie ‘overigen’ zijn uiterst divers, maar in het basisonderwijs gaat het in bijna de helft van de gevallen (45%) om problemen rond de genitalia externa en bedplassen. Aangeno­men mag worden dat deze afwijkingen ook zonder tussenkomst van de jeugdarts in de meeste gevallen tot een consult bij de huisarts hadden geleid. De overige afwijkingen waren: afwijkende lengtegroei, hoofdpijn, buikpijn, afwijkingen aan huid en/of haren, allergie, afwijkingen aan hals/nek (thyreoid), mogelijk pathologi­sche souffle, afwijkingen aan lagere luchtwegen, buikaandoening en mogelijke systeemaandoening.

Bij elk van deze gevonden afwijkingen is een discussie mogelijk over ten eerste de juistheid van de verwijzing en ten tweede over de noodzaak van een tussenkomst van de jeugdarts teneinde een consult bij de huisarts te bewerkstelligen. Daarnaast zal in een groot aantal van de gevallen de huisarts niet tot een curatieve interventie overgaan, hetzij omdat zijn diagnose niet overeenkomt met die van de jeugdarts, hetzij omdat de ernst van de afwijking anders door hem of haar wordt ingeschat. Daarenboven gaan ouders in de huidige tijd sneller met hun kind naar de huisarts dan dat dat vroeger het geval was, zodat ook wat dat betreft de rol van de jeugdarts als noodzakelijke intermediair een discussiepunt kan worden genoemd.

Bij het voortgezet onderwijs is behoudens afwijkingen aan de huid (veelal acne: 0,5%) geen groep verwij­zingsredenen aan te geven die er duidelijk uitspringt. Het betreft de volgende afwijkingen: afwijkende lengtegroei, allergie, moeheid, mogelijk pathologische souffle, afwijkingen aan de lagere luchtwegen, buikaandoening, afwijkingen aan de genitalia externa, maldescensus, phimosis, enuresis, psychosomati­sche klachten en menstruatieklachten.

Ook voor deze afwijkingen geldt hetzelfde als gesteld voor die welke werden gevonden bij leerlingen van het basisonderwijs. Vanwege het feit, dat het hier oudere leerlingen betreft, is het zelfs in de meeste gevallen zo, dat het verwijzingen betreft die tot doel hebben de huisarts een controle-moment te laten invoegen ‑ de meeste van de gevonden afwijkingen zijn inmiddels bekend, maar vaak gedurende langere tijd niet door de huisarts gecontroleerd. Daarbij komt dat in veel gevallen de leeftijd van de leerling vanwege de aard van de afwijkingen een (curatieve) interventie niet of slecht mogelijk maakt.

Al met al kan gesteld worden dat circa 1,4% van de met PGO’s en hercontroles onderzochte populatie (127 van de totaal 8945 leerlingen) *mogelijk* een afwijking heeft, die in aanmerking kan komen voor extra aandacht van en/of gerichte interventie door de huisarts en die in het extreme geval enkel en alleen met behulp van PGO’s en PVO’s en bijbehorende hercontroles konden worden ontdekt (tabel 21).

Wanneer gekeken wordt naar de totale populatie die op enigerlei wijze in aanraking is gekomen met medewerkers van de JGZ (totale aantal 13196 leerlingen), dan blijkt iets meer dan 0,1% verwezen te zijn op deze basis. Zoals hierboven aangegeven zal het percentage waarvoor het werkelijk noodzakelijk was dat zij door een medewerker van de JGZ middels een PGO werden onderzocht, hier beduidend onder liggen.

Vermeldenswaardig is verder dat ruim 8% van de verwijzingen volgt uit een aanvraag tot onderzoek vanuit ouder, leerling, school of anderszins en dat iets minder dan 4% het gevolg is van een onderzoek en/of gesprek dat tijdens een spreekuur is gehouden. Dit is van belang omdat de tijd die vrij is gekomen vanwege de minder omvangrijke activiteiten op het gebied van de periodieke onderzoeken, onder meer is geïnves­teerd in het opzetten van reguliere spreekuren op basis- en voortgezet onderwijs en een vergrote inspan­ning ten behoeve van de toegankelijkheid van de Jeugdgezondheidszorg (bijvoorbeeld de telefonische spreekuren).

Daarnaast is bijvoorbeeld het feit dat leerlingen uit een-oudergezinnen vaker verwezen worden (van alle verwijzingen resp. 2,9% tegen 1,8% bij twee-oudergezinnen) een verdere ondersteuning van de doelgroep­gerichte benadering.

In tabel 22 wordt een overzicht gegeven van de redenen tot verwijzing naar de huisarts na contact met een JGZ-medewerker. Het betreft nu dus alle contacten en niet alleen de PGO’s, en hercontroles. De verwij­zingsredenen zijn onderverdeeld in die welke naar alle waarschijnlijkheid vanzelf tot een consult hadden bij de huisarts hadden geleid, die welke zouden zijn opgespoord middels de bij de huidige werkwijze nog gehanteerde screeningen, die welke door de school, i.c. leerkracht of leerlingbegeleider zouden zijn gesignaleerd en de restgroep ‘overigen’. In de kolom ‘onduidelijk’ worden de verwijzingsredenen aangege­ven die *mogelijk* met recht individueel zijn benaderd: 8 van de 290 verwijzingen (2,8%). Van alle onder­zochte kinderen (13.196 in totaal, waarvan 8.945 middels PGO, of screening) is dit dus resp. 0,6‰ en 0,9‰.

**3.2. In het Plan Jeugd omschreven risicogroepen**

In het Plan Jeugd worden de volgende groepen jeugd als (mogelijke) risicogroepen omschreven:

1. uit eenoudergezinnen en uit gezinnen waar één of beide ouders werkloos of afgekeurd is;

2. waarvan de ouders een laag opleidingsniveau hebben;

3. uit etnische minderheidsgroeperingen;

4. in eenoudergezinnen waar echtscheidings- of relatieproblematiek (nog) dominant aanwezig is;

5. van ouders die of te hoge verwachtingen hebben of zelf te weinig pedagogische kennis en ervaring hebben;

6. van verslaafde ouders;

7. waaraan vanuit het tweede en derde milieu te hoge eisen worden gesteld;

8. uit de etnische minderheden met tweede of derde generatieproblematiek;

9. van asielzoekers/nieuwkomers;

10. waar sprake is van individualisering en vereenzaming (depressie);

11. die gevoelig zijn voor alcohol- en gokverslaving;

12. die het slachtoffer zijn van kindermishandeling;

13. uit sociaal-economisch zwakkere milieus;

14. die geadopteerd zijn;

15. uit gezinnen waarin beide ouders buitenshuis werken, en/of die onvoldoende aandacht en begeleiding krijgen.

**3.3. Doelen, middelen en evaluatiemogelijkheden van het Plan Jeugd**

*3.3.1. Doel(stelling)en en methodieken*

In totaal zijn er in het Plan Jeugd 54 directe en indirecte doel(stelling)en aangegeven, alsmede methodieken die tot het bereiken van het gestelde doel kunnen worden ingezet. Hieronder een opsomming, onderver­deeld naar hoofdgroep:

ALGEMEEN

*Gezondheidsbevordering*

1. voorbeeldfunctie ouders en leerkrachten versterken: vergroten kennis en vaardigheden ou­ders/ver­zor­gers (persoonlijke hygiëne; verzorging gebit);

2. (schoolgezondheidsbeleid:) groepsgewijs werken aan onvolwaardi­ge/cholesterolrijke voeding, bewegingsar­moede, gebruik van drugs, gokken en wapenbezit;

3. (idem): sociale redzaamheid (slaapproblemen, gedrags- en relatieproblemen, spijbelen, vandalisme);

4. groepsbijeenkomsten voor lichte pedagogische hulp (leiden gesprekken en professionele advisering);

5. verwijzingen door Informatiecentrum Gezondheid.

*Bescherming tegen gezondheidsbedreigingen*

6. overleg BVA door artsen en verpleegkundigen als adviseur en tussenschakel;

7. milieuvervuiling en verkeersonveiligheid thuis en op school;

8. inentingen en voorlichting (voeding, drugs, AIDS/SOA, fluoride).

*Vroegtijdige onderkenning ontwikkelingsstoornissen*

9. groeikaarten ouders;

10. telefonische spreekuur;

11. overdracht van Thuiszorg;

12. logopedische screening.

*Speciaal onderwijs*

13. wettelijke taken.

SAMENWERKINGSVERBANDEN

14. voor het schoolgezondheidsbeleid mentorenbegeleiding: schooladvies- en begeleidingsdiensten;

15. thuiszorg nieuwe afspraken;

16. afstemming bij de curatie;

17. afstemming en samenwerking met de drugshulpverlening en de jeugdhulpverlening;

18. samenwerking op lokaal gemeentelijk niveau met andere beleidsterreinen.

GEGEVENSREGISTRATIE

19. geanonimiseerde gegevensopslag;

20. alleen in dringende gevallen beperkte elektronische registratie;

21. zo snel mogelijk overdracht naar eerste lijn, met name voor speciaal onderwijs.

OPERATIONELE DOELEN

Het opstellen van een samenhangend werkplan met volgende onderdelen:

*A. ondersteuningsaanbod scholen*

22. het ter beschikking stellen van informatiemateriaal;

23. het hulp bieden bij het ontwikkelen van het schoolgezond­heidsbeleid (helpen analyseren van problemen, adviseren over methodes);

24. het bijdragen aan de deskundigheidsbevordering van leerkrachten;

25. het meewerken aan voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders.

*B. dienstverleningspakket per 1 januari 1993*

26. ouders basisonderwijs een informatiefolder over de GGD en voorlichtingsmateriaal met betrekking tot groei en ontwikkeling (groeikaart, signaalmogelijkheden, etc.);

27. ouders groep 1 uitgenodigd voor een toelichting op het informatiemateriaal;

28. kinderen groep 2 onderzocht naar met name gehoor, stem, spraak, tandbederf en gezichtsvermo­gen;

29. ouders ontvangen een vragenformulier (somatisch, psychisch, pedagogisch, mondhygiënisch en logope­disch problematiek) Afhankelijk van hun antwoorden en de bevindingen bij het onderzoek kunnen de ouders een gesprek krijgen met de verpleegkundige, de arts of de logopedist;

30. leerlingen groep 4 gescreend op hun gehoor- en gezichtsvermogen;

31. eerste jaar voortgezet onderwijs rugafwijkingen; tegelijkertijd wordt men gewezen op het totale GGD-aanbod (zoals open spreekuur);

32. begeleiding bij het fluoride-spoelprogramma;

33. korte logopedische interventie (gemiddeld zes contacten per kind) eventueel gecombineerd met instructie en begeleiding van ouders en leerkrachten en het aanbieden van literatuur en spel- en oefenmateriaal.

SPECIFIEKE DOELEN

*I. Roken*

34. inzicht in rookgedrag van jeugdigen, effecten van preventieprogramma's en behoefte aan goedko­pe Stop met Roken-cursussen. Naar aanleiding hiervan komt de GGD met ondersteunende activiteiten;

35. voorbeeldfunctie scholen bij de rookregels voor openbare gebouwen;

36. medewerking verlenen aan ouderavonden rond dit thema;

37. lespakket voor het voortgezet onderwijs samengesteld om de resultaten van de rookenquête terug te koppelen; sommige scholen krijgen extra aandacht.

*II. AIDS/SOA*

38. doelgroepenbeleid om de 'veilig vrijen'-campagne effectiever te maken. Onderdeel schoolgezondheidsbe­leid en aandacht krijgen in de open spreekuren voor leerlingen en de mento­renbegeleiding. Samenwerking met anderen over de randgroepjongeren;

39. Alle scholen voor voortgezet onderwijs inventariseren seksuele vormingsactiviteiten. Scholen ondersteunen die dit het meeste nodig hebben;

40. *disco-acties:* voortaan zullen ze ook in club- en buurthuizen en dergelijke worden gehouden.

*III. Jeugdprostitutie*

41. voorlichtings- en preventie-activiteiten om jeugdprostitutie te voorkomen;

42. initiatief tot een Netwerk Jeugdprostitutie (betere afspraken over hulpverlening);

43. aanbod deskundigheidsbevordering voor de hulpverleners die met jeugdprostitutie te maken heb­ben;

44. ontwikkeling en uitvoering voorlichtingsplan voor jongerenprostitutie.

*IV. Voeding*

45. interventie-programma's voor de leeftijdsgroep tot 4 jaar in samenwerking met Thuiszorg en de kinderdagverblijven;

46. schoolgezondheidsbeleid voor groep 4- tot 12-jarigen: aandacht aan goede voeding + ouderavon­den;

47. voorlichtingsactiviteiten voor de groep 12 tot 25-jarigen met scholen (kantines) en de UGD.

VERSCHUIVING VAN INDIVIDUELE NAAR VOORWAARDENSCHEPPENDE ZORG

48. artsenspreekuur op alle grotere scholengemeenschappen (onderwerpen: sport, beroepskeuze, seks en psychische problematiek);

49. brede introductie telefonisch spreekuur van het Informatiecentrum Gezondheid van de GGD met de mogelijkheid tot het maken van afspraak met een arts, verpleegkundige of logopediste;

50. alle peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, basisscholen, en scholen voor voortgezet onderwijs eens per drie jaar over hygiëne en veiligheid adviseren;

51. alle scholen voor voortgezet en speciaal onderwijs aanbod voor mentorenbegeleiding.

GERICHT ONDERZOEK

52. onderzoek naar de gezondheidssituatie van de buitenschoolse jeugd, de deelnemers aan (part-time) beroepsopleidingen en hbo- en universitaire studenten tot 25 jaar;

53. schriftelijke enquêtes eens in de twee jaar om de gezondheidstoestand van de jeugd van 4 tot 25 jaar te bewaken;

54. onderzoek naar de behoeften en wensen van specifieke doelgroepen.

*3.3.2. Overzicht interne en externe evaluatiemogelijkheden*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | INTERN | EXTERN |
| *Gezondheidsbevordering* | | |
| 1 | ouderavonden, bijscholing leerkrachten: overzicht werkzaam­heden per team | opkomst en gebruik van mogelijkheden; klantentoets scho­len |
| 2 | schoolgezondheidsbeleid in BaO en V.O.: overzicht invoering | gebruik van mogelijkheden; klantentoets scholen; effectevalu­atie |
| 3 | schoolgezondheidsbeleid in BaO en V.O.: overzicht invoering | gebruik van mogelijkheden; klantentoets scholen; effectevalu­atie |
| 4 | organisatie bijeenkomsten: overzicht werk­zaamhe­den per team | opkomstregistratie, klantentoets ouders |
| 5 | registratie I.C.G. (evt. gekoppeld aan die van artsen of ver­pleegkundigen) | klantentoets advisering (afh. vraagstelling) |
| *Bescherming tegen gezondheidsbedreigingen* | | |
| 6 | overlegfrequentie BVA, registratie gevallen | klantentoets instellingen en scholen |
| 7 | overzicht activiteiten per team | effectevaluatie w.b. situatie milieu en verkeer |
| 8 | registratie inentingsactiviteiten; registratie GVO-activiteiten; registratie fluorspoelen | Provinciale Entadministratie; klantentoets scho­len; effecteva­luatie risicogedrag en spoelen |
| *Vroegtijdige onderkenning ontwikkelingsstoornissen* | | |
| 9 | registratie groeikaarten/groeiboekje | klantentoets ouders |
| 10 | registratie telefonisch spreekuur artsen en ver­pleeg­kundigen | klantentoets (afh. vraagstelling) |
| 11 | registratie zorgbestand o.b.v. Thuiszorg; protocollen overd­racht (zie ook 15) | klantentoets instellingen |
| 12 | registratie logopedie | klantentoets ouders/scholen; effectevaluatie |
| *Speciaal onderwijs* | | |
| 13 | registratie SO | klantentoets scholen |
| *Samenwerkingsverbanden* | | |
| 14 | registratie activiteiten per team per onderdeel | klantentoets instellingen |
| 15 | protocollen overdracht Thuiszorg  registratie afwijkingen/extra zorg en activiteiten | klantentoets instellingen  -- |
| 16 | protocollen afspraken huisartsen en tandartsen  registratie verwijzingen; vervolg na verwijzingen | klantentoets  -- |
| 17 | protocollen afspraken instellingen (ook boven­ge­meentelijke); registratie verwijzingen | klantentoets instellingen  -- |
| 18 | gezondheidsprofielen gemeenten, schoolprofielen; samen­werking gemeenten m.b.t. scholen | klantentoets instellingen |
| *Gegevensregistratie* | | |
| 19 | registratiebestanden; uitsplitsing anonieme en per­soons­ge­bonden bestanden | --  -- |
| 20 | omvang van en redenen opname in zorgbestand | -- |
| 21 | registratie hercontroles en verwijzingen | klantentoets (zie ook 16) |
| *Ondersteuningsaanbod scholen* | | |
| 22 | uitgifte lespakketten e.a. materiaal | klantentoets scholen; effectevaluatie |
| 23 | registratie schoolgezondheidsbeleid/schoolprofie­len; registra­tie overleg met schoolbesturen/directies | klantentoets scholen |
| 24 | registratie voorlichtingsactiviteiten op scholen voor leerkrach­ten (zie ook 1) | opkomst en gebruik; klantentoets scholen |
| 25 | idem voor ouders/ouderavonden | opkomst en gebruik; klantentoets ouders |
| *Dienstverleningspakket per 1 januari 1993 op scholen* | | |
| 26 | uitgifte groeiboekjes | klantentoets ouders |
| 27 | registratie ouderbijeenkomsten groep 1 | opkomst; klantentoets ouders |
| 28 | registratiegegevens (zie 19 ‑ 21);  verwijzingen en hercontroles (zie 17 en 21) | --  klantentoets (zie ook 16) |
| 29 | registratie vragenformulieren  registratie gesprekken/spreekuren n.a.v. vragenlijst | klantentoets ouders  -- |
| 30 | registratiegegevens (zie 19 ‑ 21)  verwijzingen en hercontroles (zie 17 en 21) | --  klantentoets (zie ook 16) |
| 31 | registratiegegevens (zie 19 ‑ 21)  verwijzingen en hercontroles (zie 17 en 21)  registratie voorlichting klassen 1 | --  klantentoets (zie ook 16)  klantentoets leerlingen |
| 32 | registratie fluoridespoel-activiteiten | klantentoets scholen |
| 33 | registratie logopedische interventies  verwijzingen en hercontroles (zie 17 en 21) | klantentoets ouders  klantentoets (zie ook 16) |
| *Roken* | | |
| 34 | registratie ondersteuning antirook-activiteiten | effectevaluatie |
| 35 | protocollen regelgeving | inventarisatie regelgeving op scholen |
| 36 | registratie voorlichtingsactiviteiten op scholen voor ouders (zie ook 1) | klantentoets ouders; effectevaluatie |
| 37 | uitgifte lespakketten e.d. over roken; registratie ‘aan­dachtsscho­len’ | klantentoets scholen; effectevaluatie |
| *AIDS/SOA* | | |
| 38 | schoolgezondheidsbeleid  registratie redenen voor bezoek spreekuren  samenwerkingsprotocollen randgroepjongeren | effectevaluatie  klantentoets ouders/leerlingen  klantentoets instellingen |
| 39 | inventarisatie schoolactiviteiten (‘samenleven’)  registratie gerichte schoolactiviteiten | effectevaluatie  klantentoets scholen |
| 40 | registratie disco-bezoeken | effectevaluatie; klantentoets leerlingen |
| *Jeugdprostitutie* | | |
| 41 | registratie voorlichtings- en preventieactiviteiten | effectevaluatie |
| 42 | aanwezigheid netwerk met protocollen | klantentoets instellingen |
| 43 | registratie activiteiten deskundigheidsbevordering | opkomst; klantentoets |
| 44 | voorlichtingsplan met activiteiten | klantentoets, effectevaluatie |
| *Voeding* |  |  |
| 45 | registratie activiteiten Thuiszorg en K.D.V.’s | klantentoets ouders; effectevaluatie |
| 46 | lessen goede voeding e.a. GVO-activiteiten  registratie ouderavonden | effectevaluatie  klantentoets ouders |
| 47 | voorlichtingsactiviteiten kantines V.O., Universiteit | effectevaluatie, klantentoets |
| *Verschuiving van individuele naar voorwaardenscheppende zorg* | | |
| 48 | registratie spreekuren V.O. met redenen bezoek | klantentoets leerlingen |
| 49 | registratie I.C.G. verwijzingen JGZ | klantentoets (bereikbaarheid) |
| 50 | registratie inspectie hygiëne en veiligheid | klantentoets peuterzalen, K.D.V., scholen |
| 51 | registratie mentorenbegeleiding scholen V.O. | klantentoets scholen |
| *Gericht onderzoek* | | |
| 52 | inventarisatie verricht onderzoek | bekendheid met onderzoeksresultaten |
| 53 | inventarisatie verricht onderzoek | bekendheid met onderzoeksresultaten |
| 54 | onderzoek doelgroepen | bekendheid met onderzoeksresultaten; toepassing |

1.1.

**1.1. Vergelijking gegevens enquête Trimbos-instituut en GGD GSO**

De deelnemende GGD’en waren: regio Achterhoek, Arnhem, Westelijk Noord Brabant, Midden Brabant, Stadsgewest Breda, Delft, Zuidwest Drenthe, Duin- en Bollenstreek, Flevoland, West Friesland, Noord Friesland, Zuid West Friesland, De Friese Wouden, ‘s-Gravenhage, Oost Groningen, ‘s-Hertogenbosch, Kop van Noord-Holland, Midden Holland, West Holland, Zuid-Holland Zuid, Leiden, regio Nijmegen, Rotterdam, Rijnstreek, Nieuwe Waterweg, regio Stedendriehoek, Oostelijk Zuid-Limburg, West Utrecht, Zaanstreek, Zeeland, Amsterdam en Utrecht.

Het totaal aantal VO-leerlingen bedroeg in deze regio’s 509.235, waarvan in 320 klassen 8000 zijn geë­nquêteerd; het aantal BaO-leerlingen was 209.596 waarvan in 120 groepen 3000 leerlingen zijn geë­nquêteerd.

**1.2. Gebruikte vragenlijsten**

*1.2.1. Vragenlijst voor directies en leerlingbegeleiders van het basis- en voortgezet onderwijs*

**ALGEMEEN GEDEELTE**

**Naam en plaats school**:

In welke hoedanigheid bent u binnen de school betrokken bij het jeugdgezondheidsbeleid?

Sedert welk jaar bent u in deze hoedanigheid betrokken bij het jeugdgezondheidsbeleid?

Vindt u dat de afdeling JGZ u of de school kan ondersteunen bij het vormgeven van het jeugdbeleid?

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

Werkt u samen met de JGZ om het jeugd(gezondheids)beleid vorm te geven?

Op welke wijze werkt u samen met de afdeling JGZ (U kunt meerdere antwoor­den aankruisen)?

*Hieronder willen wij via een aantal stellingen vragen wat u van de afdeling JGZ vindt. Wilt u bij deze vragen aangeven in hoeverre u het met de stelling eens of oneens bent.*

Op de afdeling JGZ werken deskundige medewerkers

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

De afdeling JGZ is een efficiënte organisatie

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

De afdeling JGZ werkt klantgericht

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

De afdeling JGZ reageert alert op ontwikkelingen in het jeugdbeleid

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

De afdeling JGZ is een organisatie die zich sterk profileert op het terrein van de jeugdgezondheidszorg

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

Het productenaanbod van de afdeling JGZ voorziet duidelijk in een behoefte

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan en welke producten wel of niet in de behoef­ten voorzien?

De afdeling JGZ is een organisatie die is gericht op samenwerking

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

De afdeling JGZ komt al zijn afspraken na

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

De afdeling JGZ is een bureaucratische organisatie

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

Voor vragen over jeugdgezondheidsbeleid in de regio kan je altijd terecht bij de afdeling JGZ

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

De JGZ-afdeling is goed op de hoogte welke vragen bij ons leven over het jeugdge­zondheidsbeleid

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan en ten aanzien van welke vragen de JGZ wel of niet goed op de hoogte is?

Zonder de dienstverlening van de JGZ zou het voor mij moeilijk zijn om invulling te geven aan mijn taken ten aanzien van jeugdbeleid

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

*De schriftelijke informatievoorziening*

Ontvangt u weleens rapportages of notities van de JGZ?

Leest u deze rapportages en/of notities?

Gebruikt u de informatie uit de rapportages of notities voor uw eigen werk­zaam­heden?

Waarom gebruikt u de informatie uit de rapportages of notities niet (altijd) voor uw eigen werkzaamheden en welke informatie betreft dit?

*Kunt u hieronder aangeven wat u van de rapportages en/of notities vindt, door per vraag aan te geven in hoeverre u het met de stelling eens of oneens bent?*

De rapportages en/of notities zijn in het algemeen informatief

De rapportages en/of notities zijn in het algemeen moeilijk geschreven

De rapportages en/of notities bevatten gerichte aanbevelingen voor mijn werk­zaamheden

De rapportages en/of notities zijn slecht verzorgd

Vindt u dat u goed of slecht op de hoogte bent of wordt gebracht van het productenaanbod van de JGZ?

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

*Evaluatie*

Vindt u dat de afdeling JGZ zijn werkzaamheden goed of slecht verricht?

Vindt u dat de afdeling JGZ voldoende aandacht en tijd besteedt aan (groepen) kinderen die extra zorg nodig hebben (de zogenaamde risicokinderen)?

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

Is naar uw mening deze aandacht voor risicokinderen ten opzichte van vroeger (vóór de invoering van het Plan Jeugd) verbeterd of verslechterd?

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

Zijn er nog bepaalde taken of onderwerpen waarvan u vindt dat de afdeling JGZ zich beter of sterker op zou moeten richten?

Aan welke taken of onderwerpen denkt u dan?

*Klachten en klachtafhandeling*

Weet u wat u moet doen wanneer u een klacht heeft over de JGZ?

Heeft u wel eens klachten over de JGZ gehad?

Waarover heeft u weleens klachten gehad?

Heeft u ooit een klacht ingediend?

Heeft u het gevoel dat uw klacht serieus is genomen?

Is er aan u verteld wat men met uw klacht ging doen of heeft gedaan?

Heeft men u ook tijdig op de hoogte gebracht van de resultaten van uw klacht?

*De prioriteiten*

We willen ook graag weten wat naar uw mening belangrijk is in de dienstverlening van de JGZ. Daarover gaat de volgende vraag. Wilt u bij deze vraag aangeven aan welke *drie* zaken de JGZ naar uw mening de meeste aandacht moet besteden.

Dat u bekend bent met wat de JGZ u te bieden heeft

Goede bereikbaarheid van de JGZ-medewerkers

De bejegening door de JGZ-medewerkers

De deskundigheid van de JGZ-medewerkers

Goede informatie

Dat de dienstverlening van de JGZ is afgestemd op uw wensen

Dat er vertrouwelijk wordt omgegaan met gegevens

Goede behandeling van klachten en geschillen

Efficiënte organisatie

Hieronder kunt u nog eventueel opmerkingen noteren over zaken die in dit algemene gedeelte van de vragenlijst niet aan de orde zijn geweest.

**EVALUATIE PLAN JEUGD**

In het Plan Jeugd van de GGD GSO is een aantal doelstellingen opgenomen. Wij willen graag van u weten of u van mening bent dat de voor u belangrijke doelstellingen in de afgelopen jaren zijn gehaald.

Kon de school met dringende vragen bij medewerkers van de GGD terecht?

Kunt u door middel van een cijfer (1 = het meest, 5 het minst) aangeven met welke medewerker van de GGD de school het afgelopen jaar het meest contact heeft gehad?

Kunt u door middel van een cijfer (1 = het meest, 5 het minst) aangeven welke medewerker van de GGD voor uw school het afgelopen jaar het belangrijkst was (voor informatie, ondersteuning, overleg, e.d.)?

*eventuele nadere toelichting:*

Hoe verliepen over het algemeen de contacten met medewerkers waarmee de school het meest contact had (van vraag 58 alleen de medewerkers waarbij u een 1 of 2 heeft geplaatst)?

*eventuele nadere toelichting:*

Heeft uw school het afgelopen jaar gebruik gemaakt van het telefonisch spreekuur van GGD-medewerkers?

*Indien wel gebruik is gemaakt van het telefonisch spreekuur, wat waren hiermee de ervaringen?*

Indien hiervan geen gebruik is gemaakt, wat was hiervan de reden (meerdere ant­woor­den mogelijk)?

*eventuele nadere toelichting:*

Heeft uw school het afgelopen jaar gebruik gemaakt van het op school gehouden spreekuur van GGD-medewerkers (voor overleg, consultatie en dergelijke)?

*Indien wel gebruik is gemaakt van dit spreekuur, wat waren hiermee de ervaringen?*

*Indien hiervan geen gebruik is gemaakt, wat was hiervan de reden (meerdere ant­woor­den mo­gelijk)?*

*eventuele nadere toelichting:*

Heeft uw school het afgelopen jaar gebruik gemaakt van het Handboek Gezondheid van de GGD?

*Indien wel gebruik is gemaakt van het Handboek Gezondheid, wat waren hiermee de ervaringen?*

*Indien hiervan geen gebruik is gemaakt, wat was hiervan de reden (meerdere ant­woor­­den mogelijk)?*

*eventuele nadere toelichting:*

Heeft uw school het afgelopen jaar gebruik gemaakt van het Informatiecentrum Gezondheid van de GGD?

*Indien wel gebruik is gemaakt van het Informatiecentrum, wat waren hiermee de ervaringen?*

Indien hiervan geen gebruik is gemaakt, wat was hiervan de reden (meer­de­re ant­woor­den mogelijk)?

*eventuele nadere toelichting:*

Heeft uw school het afgelopen jaar bij projecten ondersteuning van de GGD gehad?

*Indien ondersteuning bij projecten heeft plaatsgevonden, waaruit bestond die?*

*Wat waren de ervaringen met deze ondersteuning?*

*Indien geen ondersteuning bij projecten op school heeft plaatsgevonden, wat was hiervan de reden?*

*eventuele nadere toelichting:*

Besteedt uw school aandacht aan het bevorderen van gezond gedrag?

*Zo ja*, gebeurt dit planmatig of incidenteel

door gebruik van leskisten

in de vorm van projecten of lessen

anders, nl.:

*Welke onderwerpen komen hierbij aan bod?*

(psycho)hygiëne en veiligheid

seksuele opvoeding

geslachtsziekten (SOA/AIDS)

sociale redzaamheid

vandalisme

drugs en verslaving

agressie en/of pesten

anders, nl.:

Worden ouders betrokken bij de gezondheidseducatie?

*Zo ja*, in welke vorm gebeurt dit?

ouderavonden

voorlichtingsbijeenkomsten

anders, nl.:

Bestaan er op uw school regels of afspraken over:

roken

alcoholgebruik

hygiëne

veiligheid

gedrag

trakteren

anders, nl.:

Heeft uw school in de afgelopen vier jaar naar aanleiding van een door ons uitgevoerd hygiëne- en veilig­heidsonderzoek een advies gehad?

*Indien de school wel een advies heeft gehad, wat was het oordeel over de bruikbaarheid daarvan?*

*Indien de school geen advies heeft gehad, wat was hiervan de reden?*

*eventuele nadere toelichting:*

Maakt uw school gebruik van deskundigheidsbevordering van leerkrachten of mentorenbegeleiding door GGD-medewerkers?

*zo ja, welk onderwerp(en) is (zijn) hierbij aan de orde geweest?*

*wat zijn de ervaringen hiermee?*

*Indien er geen gebruik van is gemaakt, wat was hiervan de reden (meerdere ant­woor­den mogelijk)?*

*eventuele nadere toelichting:*

Regelmatig wordt er door de GGD onderzoek gedaan naar diverse zaken die voor scholen van belang kunnen zijn, zoals het voorkomen van riskant gedrag onder jongeren, milieuaspecten en dergelijke.

Vindt u dat de school voldoende op de hoogte wordt gehouden van de resultaten van dergelijk onderzoek?

*Zo ja, is de verkregen informatie zinvol?*

*Zo nee, zou de school behoefte hebben aan dit type informatie?*

*eventuele nadere toelichting:*

Vindt u dat de JGZ voldoende heeft bijgedragen aan het vormgeven van het schoolgezondheidsbeleid?

Kunt u ook aangeven waarom u deze mening bent toegedaan?

Hieronder is nog ruimte voor opmerkingen over zaken wat betreft de werkwijze van de GGD die in deze vragenlijst niet aan de orde zijn geweest.

1.1.1.

*1.2.2. Vragenlijst voor medewerkers van de GGD GSO*

**VRAGENLIJST MEDEWERKERS OPENBARE GEZONDHEIDSZORG JEUGD**

**ALGEMEEN**

In welke leeftijdscategorie valt u?

Wat is uw functie binnen de Openbare Gezondheidszorg voor de Jeugd (OGJ) en wat is/zijn uw relevante opleiding(en) (niet: universiteit, H/MBO, e.d., wel: jeugdarts, jeugdverpleegkundige, specifieke trainingen)?

Hoe lang bent u al werkzaam in deze functie?

In welk team werkt u?

Wat is uw (totale) werkverband in uren per week?

Hoe vaak werkt u meer dan het aantal uren waarvoor u een dienstverband of contract heeft?

Om hoeveel uren *meer* per week gaat het dan gemiddeld?

Hoe vindt u het om meer dan uw officiële aantal uren te werken?

Door wat voor werkzaamheden worden deze overuren vooral in beslag genomen?

avonddiensten

weekenddiensten

externe vergaderingen

ouderavonden

calamiteiten

anders, nl.

Krijgt u compensatie voor de gewerkte overuren (graag invullen voor gemiddeld hoeveel procent de door u gewerkte overuren worden gecompenseerd of ‘verschoven’).

*Bij de hierna volgende vragen is het de bedoeling dat u de daadwerkelijke tijdsbesteding aangeeft wat betreft OGJ-activiteiten. Er wordt apart gevraagd naar de voorbereidingstijd, en dergelijke.*

Kunt u aangeven hoeveel uur van uw tijd u per week gemiddeld besteedt aan op het individu (de jeugd en/of ouder/verzorger) gerichte activiteiten (spreekuren, onderzoek op indicatie, screeningen, (her)contro­les, e.d.)?

Hoeveel procent van deze tijd besteedt u aan het voorbereiden van deze activiteiten, exclusief reistijden?

Kunt u de uren per week aangeven voor op de intermediairen (d.w.z. directies, leerkrachten, mentoren, jeugd­hulpverleners, buurtnetwerken, e.d.) gerichte activiteiten, voor zover die te maken hebben met de OGJ-taken?

Hoeveel procent van deze tijd besteedt u aan het voorbereiden van deze activiteiten, exclusief reistijden?

Kunt u de uren per week aangeven voor beleidsgerichte activiteiten (opstellen profielen, rapporten, e.d.)?

Kunt u aangeven hoeveel uren per week u binnen werktijd *in totaal* gemiddeld besteedt aan reistijd (van/naar scholen, vergaderingen buiten de GGD, en dergelijke).

Kunt u (bij benadering) aangeven hoeveel uren u per week *gemiddeld* besteedt aan de onderstaande specifieke taken? Graag bij elk onderdeel het gemiddeld aantal uren per week dat aan de daadwerkelijke uitvoering van de taak wordt besteed.

spreekuren

screeningen

(her)controles/onderzoek op indicatie

onderzoek speciaal onderwijs

contacten scholen (bijv. nabesprekingen e.d.)

contacten met gemeenten

contacten met buurtnetwerken

contacten (andere) instellingen

activiteiten t.b.v. buitenschoolse jeugd

voorlichtingsactiviteiten

anders, nl.

**VERANDERINGEN IN DE WERKWIJZE OGJ**

*graag deze vragen ook voor zover mogelijk invullen indien in dienst getreden nà 1992*

Als u kijkt naar de situatie van voor de invoering van de andere werkwijze wat betreft de OGJ ‑ dus voor september 1992 ‑ wat vond u **toen** de sterke punten (graag bij aankruisen van een punt, ook in het kort de motivatie aangeven en of dit voor het basis-, voortgezet en/of speciaal onderwijs geldt)?

Wat vond u **toen** de punten die duidelijk verbeterd moesten worden (graag in het kort de motivatie aang­even en of dit voor het basis-, voortgezet en/of speciaal onderwijs geldt)?

*eventuele verdere toelichting*

Als u **op dit moment** kijkt naar de werkwijze wat betreft de OGJ, wat zijn dan volgens u **nu** de sterke punten (graag in het kort de motivatie aangeven en of dit voor het basis-, voortgezet en/of speciaal onder­wijs geldt)?

Wat vind u punten die voor verbetering vatbaar zijn (graag in het kort de motivatie aangeven en of dit voor het basis-, voortgezet en/of speciaal onderwijs geldt)?

*eventuele verdere toelichting*

Op welke wijze zijn de positieve zaken van vroeger (zie vraag 16) veranderd?

Waar geldt dit naar uw mening ***met name*** voor (graag in het kort de motivatie aangeven en of dit voor het basis-, voortgezet en/of speciaal onderwijs geldt)?

*eventuele verdere toelichting*

Op welke wijze zijn de negatieve zaken van vroeger (zie vraag 17) veranderd?

Waar geldt dit naar uw mening ***met name*** voor (graag in het kort de motivatie aangeven en of dit voor het basis-, voortgezet en/of speciaal onderwijs geldt)?

*eventuele verdere toelichting*

**REGISTRATIE**

*Een belangrijke (administratieve) verandering bij invoering van het Plan Jeugd was vervanging van het ‘drieluik­kaarten’ -systeem door elektronische registratie met laptops. Hierover gaan de volgende vragen. Graag bij de beantwoording ook aangeven of uw antwoord betrekking heeft op basis-, voortgezet en/of speciaal onderwijs.*

Is deze verandering (vervangen van ‘papieren’ door elektronische registratie) volgens u een verbetering?

Vindt u dat de elektronische registratie grotendeels aan zijn doel (snel, efficiënt, makkelijk te gebruiken, zinvol voor feedback, e.d.) beantwoordt?

Heeft u het idee dat u alle mogelijkheden van de diverse registratiesystemen (voor zover nodig) gebruikt?

Voor welk doel is de registratie volgens u vooral geschikt (graag bij elk punt ook kort de motivatie)?

toetsing van de (eigen) werkwijze

inzicht in (ontwikkelingen bij) gezondheidstoestand van de jeugd

inzicht in de (eigen) werkprocessen

anders, nl.

Hoeveel procent van de verrichtingen die u zou *kúnnen* registreren, registreert u ook daadwerkelijk?

Registreert u (sommige) verrichtingen ‑ voor de zekerheid of om andere redenen ‑ dubbel, dus eerst op papier en daarna elektronisch?

Indien u de vorige vraag bevestigend heeft beantwoord, wat is de reden van deze dubbele registratie (meerdere antwoorden mogelijk)?

computer kan kapot gaan en dan is alles verdwenen

tijdens contact met leerling/ouder kan niet of slecht met de computer worden gewerkt

(eerst) opschrijven gaat veel sneller

anders, nl.

*eventuele verdere toelichting*

**VERSCHUIVING VAN INDIVIDUEEL NAAR COLLECTIEF**

*Een van de belangrijkste punten uit het Plan Jeugd was dat er door een verschuiving van werkzaamheden meer tijd zou vrijkomen voor begeleiding van en aandacht voor risicogroepen. De volgende vragen gaan hierover*.

Heeft u het idee dat de Openbare Gezondheidszorg Jeugd (OGJ) er in is geslaagd de ‘30%/70%’-regel in de praktijk te brengen?

Heeft u het idee dat de OGJ er in is geslaagd scholen en intermediairen van het nut van deze benadering te overtuigen?

Heeft u het idee dat de ouders en/of leerlingen over het algemeen tevreden zijn met de uitvoering van de OGJ?

Heeft u het idee dat scholen over het algemeen tevreden zijn met de uitvoering van de OGJ?

Heeft u het idee dat de intermediairen over het algemeen tevreden zijn met de uitvoering van de OGJ?

Bent u zelf over het algemeen tevreden met de uitvoering van de OGJ?

Heeft u suggesties voor oplossen van de punten die naar uw mening in de huidige situatie te verbeteren zijn?

Kunt u ‑ indien van toepassing ‑ een overzicht geven van de netwerken en overleggen *buiten de GGD* waaraan u deelneemt. Er wordt dus gedoeld op buurtnetwerken, overleggen met BVA, RIAGG, RGAB et cetera et cetera. Graag de volledige naam, het jaar waarin voor het eerst door u aan het netwerk, overleg en dergelijke werd deelgenomen en de tijd die u per week hieraan (dus niet aan de voorbereiding en/of reistijd) besteedt.

Heeft u verder nog opmerkingen?

**‘SPIEGELVRAGENLIJST**’

Zoals u weet wordt er ook onder de directies en leerlingbegeleiders/mentoren van de scholen in de regio onderzocht wat hun mening is over de dienstverlening van de GGD GSO in het algemeen en het Plan Jeugd in het bijzonder. Hiertoe zijn meerdere vragen gesteld naar de mening over bepaalde onderdelen hiervan. Nu blijkt uit allerlei onderzoek elders, dat de ‘mensen in het veld’ nogal eens een andere mening hebben dan de medewerkers denken. Het leek zinvol om na te gaan in hoeverre dat ook in dit geval geldt.

De bedoeling bij de volgende vragen is dat u invult hoe u denkt dat de directies en leerlingbegeleiders/mentoren van de scholen in het algemeen over onze dienstverlening ten aanzien van het Plan Jeugd oordelen. Met behulp van deze informatie willen wij dus bekijken of wij met zijn allen een goed of een verkeerd beeld hebben van onze klant.

Bij de meeste vragen wordt gevraagd naar een percentageverdeling. Bij deze vragen moet u per antwoordcategorie invullen door hoeveel procent van de klanten deze categorie wordt aangekruist. *Hou er rekening mee dat de percenta­ges per vraag moeten optellen tot 100 procent.* Bij één vraag (vraag s.) gaat het om een schatting per onderdeel, dus geen totaal van 100 procent.

Verder is het van belang op te merken dat de vraagstelling in deze vragenlijst exact gelijk is aan die van de vragenlijst voor de scholen. Zo kunt u zien hoe de vraag aan hen is gesteld. Wel is het aantal antwoordcategorieën in sommige gevallen verminderd. Om verwarring te voorkomen is in de vragenlijst voor het onderwijs nog de term (afdeling) JGZ gebruikt.

Vindt u dat de afdeling JGZ u kan ondersteunen bij het vormgeven van het jeugdbeleid?

Werkt u samen met de JGZ om het jeugd(gezondheids)beleid vorm te geven?

De afdeling JGZ reageert alert op ontwikkelingen in het jeugdbeleid.

Het productenaanbod van de afdeling JGZ voorziet duidelijk in een behoefte.

Voor vragen over jeugdgezondheidsbeleid in de regio kan je altijd terecht bij de afdeling JGZ.

De JGZ-afdeling is goed op de hoogte welke vragen bij ons leven over het jeugdge­zondheidsbeleid.

Gebruikt u de informatie uit rapportages of notities voor uw eigen werk­zaam­heden?

De rapportages en/of notities bevatten gerichte aanbevelingen voor mijn werk­zaamheden.

Vindt u dat u goed of slecht op de hoogte bent of wordt gebracht van het productenaanbod van de JGZ?

Vindt u dat de afdeling JGZ zijn werkzaamheden goed of slecht verricht?

Heeft u wel eens klachten over de JGZ gehad?

Heeft u ooit een klacht ingediend?

Kunt u aankruisen welke drie zaken u het belangrijkst vindt en waar dus de afdeling JGZ de meeste aandacht moet beste­den. (*Kruis hier aan welke drie zaken naar uw mening door de klant het belangrijkst worden gevonden.)*

Heeft u of uw school het afgelopen jaar gebruik gemaakt van het telefonisch spreekuur van GGD-medewer­kers?

Heeft u of uw school het afgelopen jaar gebruik gemaakt van het op school gehouden spreekuur van GGD-medewerkers?

Heeft uw school het afgelopen jaar bij projecten ondersteuning van de GGD gehad?

Besteedt uw school aandacht aan het bevorderen van gezond gedrag?

Worden ouders betrokken bij de gezondheidseducatie?

Bestaan er op uw school regels of afspraken over: (*hier graag alleen een schatting per onderdeel, dus in dit geval niet in totaal 100%*)

Maakt uw school gebruik van deskundigheidsbevordering van leerkrachten of mentorenbegeleiding door GGD-medewerkers?

(De inleidende tekst bij de navolgende vraag luidt: *Regelmatig wordt er door de GGD onderzoek gedaan naar diverse zaken die voor scholen van belang kunnen zijn, zoals voorkomen van riskant gedrag onder jongeren, milieuaspecten e.d.)*

Vindt u dat u voldoende op de hoogte wordt gehouden van de resultaten van dergelijk onderzoek?

*Zo ja, is de verkregen informatie voor u zinvol?*

*Zo nee, zou u behoefte hebben aan dit type informatie?*

Heeft u verder nog opmerkingen naar aanleiding van de vragen(lijst)?

**1.3. Enquête basis- en voortgezet onderwijs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1993 | 1997 | **VERSCHIL** |
|  | (%) | (%) | (%) |
| Goede contacten met GGD medewerker | 83 | 99 | 16 |
| Gebruik gemaakt van telefonisch spreekuur | 16 | 40 | 24 |
| geen gebruik gemaakt: spreekuur is onbekend | 9 | 6 | ‑3 |
| geen gebruik gemaakt: slecht bereikbaar | 4 | 0 | ‑4 |
| geen gebruik gemaakt: anders | 87 | 64 | ‑23 |
| Gebruik gemaakt van het handboek Gezonde Jeugd | 56 | 74 | 18 |
| goede ervaringen met Handboek | 99 | 94 | ‑5 |
| Gebruik gemaakt van het ICG | 11 | 16 | 5 |
| Ondersteuning GGD bij project gehad | 30 | 38 | 8 |
| d.m.v. leskisten | 24 | 22 | ‑2 |
| d.m.v. informatie van het ICG | 3 | 3 | 0 |
| op andere manier | 5 | 9 | 4 |
| geen hulp/ondersteuning: mogelijkheid onbekend | 7 | 1 | ‑6 |
| geen hulp/ondersteuning: anders | 13 | 1 | ‑12 |
| Men kon met dringende vragen terecht | 90 | 100 | 10 |

**1.1. Overzicht individueel en collectief gerichte activiteiten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aanbod | aantal scholen | | |
|  | BaO | (V)SO | V.O. |
| **Projecten** 1 | 28 | 7 | 46 |
| **Activiteiten gericht op ouders** | | | |
| ouderavond/ -morgen 2 | 8 | 3 | 4 |
| ouderraad softdrugs |  |  | 1 |
| ouderparticipatie vanuit Antilliaan­se/Surinaamse groepen | 1 |  |  |
| ouderwerkgroep hoofdluis | 14 |  |  |
| oudervoorlichting voeding | 1 |  |  |
| **Advisering, voorlichting en informatie** | | | |
| introductie ochtend | 4 |  |  |
| introductie gesprek SGB | 2 |  |  |
| informatie en voorlichting 3 | | | |
| advisering 4 | | | |
| sociaal medische advisering jeugdigen in het kader van de leerplicht | | | |
| sociaal medische advisering jeugdigen in het kader van toelating speciaal onderwijs | | | |
| schoolkrantartikelen | | | |
| Informatie Centrum Gezondheid | | | |
| rapportages/nieuwsbrieven | | | |
| **Activiteiten voor risicogroepen/ -individuen** | | | |
| selectie zorgleerlingen/bespreken op indicatie | 2 |  |  |
| signaalbespreking met leerkrachten: 1 keer per 2 maanden | 1 |  |  |
| opvoedingsspreekuur: 1 keer per maand | 4 |  |  |
| spreekuur OVB scholen | 1 |  |  |
| aanpak probleemgedrag | 1 |  |  |
| zorgafspraken in samenwerking met peuterspeelzaal | 1 |  |  |
| concept zorgroute op school | 1 |  |  |
| protocol vermoeden (seksuele) kindermishandeling voor basisonderwijs | | | |
| klachtenprocedure ongewenste intimiteiten BaO en V.O. | | | |
| kortdurende logopedische interventie | | | |
| pedagogische ondersteuning | | | |
| extra aandacht voor leerlingen wanneer dat nodig is | | | |
| signalering jongeren met zelfmoordgedachten | | | |
| **Participatie in netwerken/overleggen** | | | |
| Schoolnetwerk/overleg voortgezet onderwijs 5 |  |  | 6 |
| schoolnetwerk BaO | 1 |  |  |
| netwerk jeugdhulpverlening |  |  | 1 |
| Commissie van onderzoek en begeleiding 6 |  | 10 |  |
| **Activiteiten voor leerkrachten** |  |  |  |
| teambijeenkomst pesten | 2 |  |  |
| pesten voor leerkrachten |  |  | 1 |
| werkgroep/voorlichting hoofdluis voor leerkrachten | 3 | 2 |  |
| deskundigheidsbevordering leerkrachten algemeen | | | |
| deskundigheidsbevordering leerkrachten (seksuele) kindermishandeling | | | |
| **Materialen** | | | |
| leskisten 7 | | | |
| winkelspel | | | |
| materiaal en methode bevorderen gezond gedrag | | | |
| voorlichtingsmateriaal | | | |
| map Gezonde Jeugd | | | |
| **Screeningen/spreekuren algemeen** | | | |
| maandelijks spreekuur op school | 2 |  | 16 |
| telefonisch spreekuur | | | |
| contact op aanvraag | | | |
| hercontroles/onderzoek op indicatie | | | |
| individugerichte activiteiten (screening groep 2 en 4 en klas 1, screening logopedie, screening jeugdtandzorg) | | | |
| **Overig** | | | |
| schoolprofiel | 9 |  |  |
| regels en afspraken | 1 |  |  |
| instroom allochtonen 1 jaar Nederlandse taal (Prisma) | 1 |  |  |
| mondhygiëne | 1 |  |  |
| veiligheid en hygiëne | 1 |  |  |
| pestprotocol |  |  | 1 |
| hygiënebegeleiding | | | |
| anti-AIDS team | | | |
| vaccinaties | | | |
| fluoride verstrekken | | | |
| enquête Monitor Riskant Gedrag | | | |
| gezondheidsenquêtes schooljeugd | | | |

**1 De projecten zijn:**

gezonde voeding

veiligheid

pesten

omgaan met elkaar

NIAD/verslaving

SOA/AIDS

drugs

EHBO

weerbaarheid

grenzen stellen

(seksuele) kindermishandeling

omgaan met afscheid/dood

opvoeden zo

veilig vrijen

structureel lesprogramma seksualiteit

wereld aidsdag

roken

leefstijl

gezondheidseducatie

aanranding

Ken je maat

Samen leven

Project Wijffels (leerlingbegeleiding en hulpverlening)

beweging

De gezonde school en genotmiddelen

ongewenste intimiteiten

supermarkt

alcoholpreventie

mondgezondheid

**2** **Onderwerpen:**

oudermorgen kind en ziekenhuis

ouderavond pesten

ouderavond veiligheid

ouderavond opvoeding

ouderavond gezondheid

ouderavond drugs

ouderavond opgroeiende kinderen

ouderavond tandgezondheid

**3 Onderwerpen:**

informatie hoofdluis

informatie opruimen vuile spuiten

informatie infectieziekten

informatie groei en ontwikkeling

informatie EHBO voor overblijfouders

voorlichting logopedie voor intermediai­ren

voorlichting jeugdtandzorg

voorlichting AIDS/SOA

voorlichting gokverslaving

**4** **Soorten advies**

individuele advisering leerlingen t.a.v. bewegen

adviseren omtrent schoolzwemmen

adviseren omtrent sport en gymnastiek op school

advisering fysiek veilige leer- en speel­omgeving

**5** **Voortgezet Onderwijs:**

overleg Fivelcollege

Maartenscollege: leerlingbegeleiding en preventie

Werkmancollege: leerlingbegeleiding en preventie

Rölingcollege: begeleidingscommissie

Schoolnetwerk MAVO Grijpskerk

Schoolnetwerk Groene school Winsum

**6** **Speciaal Onderwijs**

CvOB van Dokkum

CvOB Komensky

CvOB van Hasselt

CvOB Bolster

CvOB Star Numan

CvOB Wilgenborgh

CvOB van Liefland

CvOB Mytylschool

(CvOB = commissie voor onderzoek en begeleiding)

**7** **Inhoud leskisten**

roken

logopedie

verslaving

mondgezondheid

gezonde mond (ZMLK)

mondgezondheid en voeding (SO)

pesten

omgaan met elkaar

omgaan met ouderen

voeding

kind en ziekenhuis

hygiëne

seksuele opvoeding

traktatiekoffer

|  |  |
| --- | --- |
| **Buurtnetwerken** 1 | 13 |
| **Speciaal onderwijs** | |
| Regionale verwijzingscommissie | 1 |
| overleg inspecteur SO | 1 |
| toelatingscommissie VSO | 1 |
| platform leerlingenzorg | 1 |
| **Vak/discipline overleg** 2 | 9 |
| **Hulpverlening** | |
| RIAGG | 7 |
| RGAB | 5 |
| ABCG | 4 |
| thuiszorg | 2 |
| maatschappelijk werk | 1 |
| AGZ/Kinderpsychiatrie | 2 |
| kindermishandelingsteam | 1 |
| **Overig** | |
| OVG | 1 |
| BVA | 14 |
| COBO | 1 |
| TGVO | 1 |
| NVLF-O | 1 |
| huisartsen | 1 |
| buitenschoolse opvang | 1 |
| JGZ noord Nederland | 1 |
| overleg ondersteuning | 2 |
| plangroep Vensterschool | 1 |
| JOM Marne | 1 |
| begeleidingsteam Slochteren | 1 |
| Boddaart centrum | 1 |
| OSW | 1 |
| gemeentelijke diensten | 1 |

**1** **Plaatsen buurtnetwerk** (vaak in een gemeente meer dan 1)

Groningen

Hoogezand

Opende

Leek

Grootegast

Delfzijl

Appingedam

Grijpskerk

Niekerk

**2** **Soorten overleg**

overleg logopedisten

overleg vrijgevestigde logopedisten

Noordelijk overleg logopedisten

ZWK logopedisten

vakgroep sociale geneeskunde

regionaal overleg verpleegkundigen Noord

Noordelijk hoofden overleg

**1.2. Screeningsgegevens naar regio**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AANTAL** | | **REDEN VOOR HERCONTROLE (%)** | | |
|  | N | (%)\* | somatisch | psychosociaal | beide |
| **REGIO 1** | | | | | |
| 92/93 | 612 | (18) | 92 | 7 | 1 |
| 93/94 | 863 | (18) | 84 | 14 | 3 |
| 94/95 | 506 | (10) | 78 | 17 | 5 |
| 95/96 | 627 | (13) | 84 | 14 | 2 |
| **REGIO 2** | | | | | |
| 93/94 | 565 | (16) | 96 | 3 | 1 |
| 93/94 | 730 | (14) | 93 | 5 | 2 |
| 94/95 | 421 | ( 9) | 94 | 4 | 2 |
| 95/96 | 483 | (10) | 94 | 3 | 3 |
| **REGIO 3** | | | | | |
| 92/93 | 270 | (8) | 98 | 2 | - |
| 93/94 | 711 | (11) | 92 | 7 | 1 |
| 94/95 | 762 | (12) | 85 | 14 | 1 |
| 95/96 | 665 | (11) | 88 | 10 | 2 |

\* % totaal aantal onderzochte leerlingen. Aantal leer­lin­gen waar­van gegevens ontbreken:92/93: 86; 93/94:3; 94/95:1;95/96: 10.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AANTAL** | | **REDEN VOOR VERWIJZING (%)** | | |
|  | N | (%)\* | somatisch | psychosociaal | beide |
| **REGIO 1** | | | | | |
| 92/93 | 141 | (4) | 94 | 5 | 1 |
| 93/94 | 239 | (5) | 95 | 4 | 1 |
| 94/95 | 147 | (3) | 97 | 2 | 1 |
| 95/96 | 115 | (2) | 91 | 8 | 1 |
| **REGIO 2** | | | | | |
| 93/94 | 121 | (3) | 100 | - | - |
| 93/94 | 278 | (5) | 98 | 1 | 1 |
| 94/95 | 195 | (4) | 96 | 3 | 1 |
| 95/96 | 249 | (5) | 97 | 1 | 2 |
| **REGIO 3** | | | | | |
| 92/93 | 52 | (2) | 96 | 4 | - |
| 93/94 | 231 | (3) | 94 | 6 | - |
| 94/95 | 162 | (3) | 83 | 14 | 3 |
| 95/96 | 145 | (2) | 81 | 14 | 5 |

\* % totaal aantal onderzochte leerlingen. Aantal leer­lin­gen waar­van gegevens ontbreken: 92/93:14;93/94:1;94/95: 0; 95/96: 2.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AANTAL** | | **REDEN VOOR ZORGBESTAND (%)** | | |
|  | N | (%)\* | somatisch | psychosociaal | beide |
| **REGIO 1** | | | | | |
| 93/94 | 122 | (3) | 93 | 7 | 1 |
| 94/95 | 379 | (8) | 89 | 8 | 3 |
| 95/96 | 192 | (4) | 93 | 6 | 1 |
| **REGIO 2** | | | | | |
| 93/94 | 64 | (1) | 100 | - | - |
| 94/95 | 194 | (4) | 98 | - | 2 |
| 95/96 | 238 | (5) | 99 | 1 | - |
| **REGIO 3** | | | | | |
| 93/94 | 128 | (2) | 99 | 1 | - |
| 94/95 | 293 | (5) | 98 | 2 | - |
| 95/96 | 233 | (4) | 99 | 1 | - |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AANTAL** | | **REDENEN VOOR CONTROLE (%)** | | |
|  | (N) | (%)\* | somatisch | psychosociaal | beide |
| **REGIO 1** | | | | | |
| 94/95 | 269 | (5) | 98 | 1 | 1 |
| 95/96 | 422 | (9) | 84 | 15 | 1 |
| **REGIO 2** | | | | | |
| 94/95 | 199 | (4) | 100 | - | - |
| 95/96 | 227 | (5) | 99 | 1 | - |
| **REGIO 3** | | | | | |
| 94/95 | 312 | (5) | 99 | 1 | - |
| 95/96 | 448 | (8) | 99 | 1 | - |
| **TOTAAL** | | | | | |
| 94/95 | 780 | (5) | 98 | 1 | 1 |
| 95/96 | 1.097 | (7) | 93 | 6 | 1 |

\* percentage van het totaal aantal onderzochte leerlingen.

1. Op 1 juli 1997 is de GGD Groningen Stad en Ommelanden met de GGD Oost Groningen gefuseerd tot de GGD Groningen. [↑](#footnote-ref-1)
2. In de huidige tijd zou daaraan nog kunnen worden toegevoegd: de toename in agressief gedrag, de geconstateerde verharding in de jeugdcriminaliteit en de toename van de sociaal-economische gezondheidsverschillen, ook onder jeugdigen. De recent geconstateerde afname van de invloed van de ouders op het gedrag en de leefstijl van hun kinderen is eveneens een factor die consequenties heeft voor het te voeren preventief beleid. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zie onder meer: Wiegersma PA. Gezondheidsenquête 1994. Deelrapport gezondheid, medische consumptie en ongevallen. GGD GSO 1995. Intern Rapport. [↑](#footnote-ref-3)
4. Schuil PB e.a. redactie. Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg. Assen: Van Gorcum 1996. [↑](#footnote-ref-4)
5. Winter M de, Balledux M, Mare J de. Jeugdgezondheidszorg tegen het licht. Eindrapportage project integrale evaluatie jeugdgezond­heidszorg voor kinderen van 0 tot schoolgaand. VUGA Den Haag, 1992. [↑](#footnote-ref-5)
6. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. Canada Min. of Health 1974. [↑](#footnote-ref-6)
7. Lanphen WEN, Pijpers FJM, Wassenaar J red. Zorgen voor jeugd ‑ de rol van de GGD. Den Haag VNG-uitgeverij 1992;

   Wassenaar J, Sanden ALM van der, Pijpers FJM red. Zorgen voor jeugd ‑ basispakket. Den Haag VNG-uitgeverij 1995. [↑](#footnote-ref-7)
8. Dit werd duidelijk gemaakt tijdens de eerder genoemde conferentie, waarin expliciet werd gesteld dat in de regio van een GGD met PGO’s het percentage gokkende jongeren over een aantal jaren lager zou zijn dan in Groningen. [↑](#footnote-ref-8)
9. Stichting Volksgezondheid en Roken: NIPO-enquête naar roken onder de jeugd (1996). Roken, de harde feiten; Den Haag 1996. [↑](#footnote-ref-9)
10. Zessen G van, Vogels T, Brugman EH. Jeugd en seks 1995. SOA-bulletin 1996 (17) 3 8-11. [↑](#footnote-ref-10)
11. Trimbos-instituut, Utrecht 1997. [↑](#footnote-ref-11)
12. Zie paragraaf 7.4 voor een overzicht van deelnemende GGD’en en totale aantallen.. [↑](#footnote-ref-12)
13. Gemeente Breda. Gokt Breda (nog steeds)? Herhalingsmeting naar deelname aan kansspelen door jongeren en hun overig gokgedrag. Gemeentelijk rapport Bestuursdienst Breda 1996. [↑](#footnote-ref-13)
14. Vries M de, Langen HCM. Jongeren, gezondheid en leefstijl. Deelrapport Emmen. Rapport GGD Zuid-Oost Drenthe 1996. [↑](#footnote-ref-14)
15. Wiegersma PA. Verslag enquête onder scholen van het basisonderwijs. GGD Groningen Stad en Ommelanden 1993; Intern verslag. [↑](#footnote-ref-15)
16. Touw M. Werkboek Jeugd GGD Klantentoets. Den Haag, B&A groep Beleidsonderzoek & -Advies bv 1996. [↑](#footnote-ref-16)
17. Dit is het bestand waarin alle relevante gegevens van leerlingen die nadere aandacht of controle nodig hebben zijn opgeslagen. Deze gegevens worden conform de wet op de persoonsregistratie minimaal 10 jaar bewaard. [↑](#footnote-ref-17)
18. Hierbij valt te denken aan afwijkingen van ogen en oren, lengte en gewicht, spraak en taalontwikkeling bij alle leerlingen en rug en houding bij leerlingen van het voortgezet onderwijs. Verder afwijkingen die al geruime tijd bestaan (zoals CARA) en afwijkingen die niet meer kunnen worden gevonden daar het betreffende onderzoek (zoals in het geval van controle van de urine en bloeddrukmeting) op basis van landelijke richtlijnen is afgeschaft. [↑](#footnote-ref-18)
19. Claessens MJ, Schouten EG, Jager FP. Selectie van ‘zorgenkinderen’ door jeugdarts of leerkracht? Een vergelijking van twee methoden om te bepalen welke kinderen individuele zorg nodig hebben. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1996; 74:26-31. [↑](#footnote-ref-19)