

# 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: Grooms. Cambridge, Mass.: The MIT Press, 1966*

---

**Nadere informatie:**

GGD Groningen sectie epidemiologie

P.A. Wiegiersma, jeugdarts-epidemioloog

Postbus 584

9700 AN Groningen

tel.: 050 - 3673629

fax: 050 - 3673196



1.	<b>SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN</b>	1
1.1.	Samenvatting	1
1.2.	Aanbevelingen	3
2.	<b>ALGEMEEN</b>	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.	<b>BEOORDELING MOGELIJKE EFFECTEN VAN HET PLAN JEUGD</b>	7
3.1.	Algemeen	7
3.2.	Vergelijking met landelijke cijfers	8
3.2.1	<i>Gegevens van het Trimbos-instituut 1992 en 1996</i>	8
3.2.2	<i>Andere landelijke gegevens</i>	10
3.3.	Vergelijking met regionale gegevens	10
3.4.	Gezondheidsverschillen en type onderwijs	11
3.5.	Conclusie	12
4.	<b>HOE WORDT PLAN JEUGD EXTERN BEOORDEELD?</b>	13
4.1.	Algemeen	13
4.2.	Enquête onder het basis- en voortgezet onderwijs	13
4.2.1	<i>Representativiteit van het onderzoek en opbouw vragenlijst</i>	13
4.2.2	<i>Algemene beoordeling van het Plan Jeugd</i>	15
4.2.3	<i>Contact met de medewerkers van de JGZ</i>	17
4.2.4	<i>Enkele specifieke vragen over het functioneren van de Jeugdgezondheidszorg</i>	17
4.2.5	<i>Vergelijking met de enquête onder het basisonderwijs in 1993</i>	18
4.2.6	<i>Conclusie</i>	19
4.3.	Overzicht gebruikte middelen	19
4.4.	Resultaten leerlingenregistratie 1992 - 1996	20
5.	<b>OORDEEL MEDEWERKERS OVER PLAN JEUGD EN INSCHATTING OORDEEL SCHOLEN</b>	22
5.1.	Enquête onder medewerkers van de GGD GSO	22
5.1.1	<i>Representativiteit van het onderzoek en opbouw vragenlijst</i>	22
5.1.2	<i>Algemene kenmerken en werksituatie</i>	22
5.1.3	<i>Tijdsbesteding aan collectief en individueel gerichte activiteiten en de '70/30-regel'</i>	23
5.1.4	<i>Deelname aan netwerken en overleggen buiten GGD-verband</i>	24
5.1.5	<i>Oordeel over en acceptatie van het Plan Jeugd</i>	25
5.1.6	<i>Inschatting oordeel extern betrokkenen</i>	27
5.1.7	<i>Prioriteiten voor de Jeugdgezondheidszorg</i>	28
5.1.8	<i>Opmerkingen en suggesties voor verbeteringen</i>	29
6.	<b>CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	30
6.1.	Conclusies	30
6.2.	Aanbevelingen	32

<b>7. BIJLAGEN</b> .....	<b>33</b>
7.1. Analyse verwijzingsgegevens Basisgezondheidsdienst West en Noord Groningen. ....	33
7.2. In het Plan Jeugd omschreven risicogroepen .....	35
7.3. Doelen, middelen en evaluatiemogelijkheden van het Plan Jeugd .....	35
7.3.1 <i>Doel(stelling)en en methodieken</i> .....	35
7.3.2 <i>Overzicht interne en externe evaluatiemogelijkheden</i> .....	38
7.4. Vergelijking gegevens enquête Trimbos-instituut en GGD GSO .....	41
7.5. Gebruikte vragenlijsten .....	42
7.5.1 <i>Vragenlijst voor directies en leerlingbegeleiders van het basis- en voortgezet onderwijs</i> .....	42
7.5.2 <i>Vragenlijst voor medewerkers van de GGD GSO</i> .....	45
7.6. Enquête basis- en voortgezet onderwijs .....	48
7.7. Overzicht individueel en collectief gerichte activiteiten .....	49
7.8. Screeningsgegevens naar regio .....	53
7.9. Enquête medewerkers Jeugdgezondheidszorg .....	55

# VERSLAG 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 gezondheidsverschillen tussen leerlingen van de diverse typen onderwijs in de regio van de GGD GSO, in tegenstelling tot vier jaar geleden, nauwelijks meer aanwezig zijn. Dit geldt met name voor de verschillen tussen VBO/MAVO en VWO. 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.

Vooraf 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, gemonitord 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 veiligheidadviesing, 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)<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

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. 33). 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

---

<sup>1</sup> Op 1 juli 1997 is de GGD Groningen Stad en Ommelanden met de GGD Oost Groningen gefuseerd tot de GGD Groningen.

<sup>2</sup> 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.



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 voorkomen 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. 35) 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.<sup>1</sup>

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:

---

<sup>1</sup> Zie onder meer: Wiegiersma PA. Gezondheidsenquête 1994. Deelrapport gezondheid, medische consumptie en ongevallen. GGD GSO 1995. Intern Rapport.

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. 35) 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:<sup>1</sup>

*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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

In de beleidsvisie, verwoord in de door de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD) uitgegeven brochure *Zorgen voor Jeugd* en het begeleidende *Basispakket*<sup>4</sup>, 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 uitvoeren 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.

<sup>1</sup> Schuil PB e.a. redactie. Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg. Assen: Van Gorcum 1996.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. Canada Min. of Health 1974.

<sup>4</sup> 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.

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.<sup>1</sup> 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 'populatie-niveau' 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<sup>2</sup>, een landelijk onderzoek naar seksueel gedrag van scholieren door Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, NISSO en TNO Preventie en Gezondheid in 1995<sup>3</sup> en het zeer recent door het Trimbos-instituut gepubliceerde rapport *Kerngegevens - roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar*.<sup>4</sup>

#### 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<sup>5</sup>. 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

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Stichting Volksgezondheid en Roken: NIPO-enquête naar roken onder de jeugd (1996). Roken, de harde feiten; Den Haag 1996.

<sup>3</sup> Zessen G van, Vogels T, Brugman EH. Jeugd en seks 1995. SOA-bulletin 1996 (17) 3 8-11.

<sup>4</sup> Trimbos-instituut, Utrecht 1997.

<sup>5</sup> Zie paragraaf 7.4 voor een overzicht van deelnemende GGD'en en totale aantallen..

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 20 en 21, blz. 41)

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.

Tabel 1. Verschilpercentages bij vergelijking van de gegevens van het Trimbos-instituut en de GGD GSO uit de enquêtes van 1996.

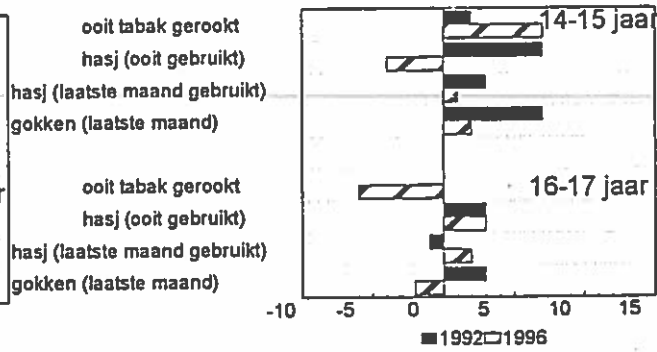
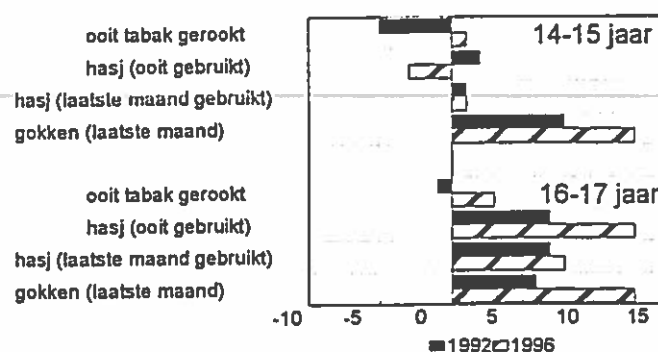
	JONGENS		MEISJES	
	14-15 jr.	16-17 jr.	14-15 jr.	16-17 jr.
alcohol min. 1x per maand	10	-1	13	-2
hasj/cannabis: ooit gebruikt	-3	13	-4	3
hasj/cannabis min.1x per maand	1	8	1	2
ooit gerookt	1	3	7	-6
XTC: ooit gebruikt	5	5	4	4
paddo's: ooit gebruikt	2	7	2	3
pep: ooit gebruikt	6	7	3	3
cocaïne: ooit gebruikt	3	5	1	4
heroïne: ooit gebruikt	1	2	1	1
gokken min 1x per maand	13	13	2	-2

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 bevestigd. Dit houdt in dat een vergelijking met basisschoolleerlingen niet mogelijk is, omdat de leeftijds-groepen 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.

Figuur 1. Verschilpercentage jongens 1992 en 1996

Figuur 2. Verschilpercentage meisjes 1992 en 1996



In paragraaf 7.4 van de bijlagen (blz. 41) 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

Tabel 2. Vergelijking van de gegevens over gebruik van tabak met StiVoRo (1996).

		JONGENS		MEISJES	
		14-15	16-17	14-15	16-17
roken	GSO	30	49	30	56
	StiVoRo	43	48	45	47

Uit de cijfers van de StiVoRo blijkt dat landelijk kenmerkender 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

Tabel 3. Vergelijking van de gegevens over gebruik van tabak en alcohol met de GGD Zuid-Oost Drenthe (1995)

		JONGENS		MEISJES	
		14-15	16-17	14-15	16-17
roken	GSO	25	35	26	38
	Emmen	28	38	35	48
alcohol	GSO	61	86	57	79
	Emmen	64	84	66	78

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)<sup>1</sup> en Emmen (1995)<sup>2</sup>. 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.

Tabel 4. Vergelijking van de gegevens uit de GGD GSO met die van de GGD Zuid-Oost Drenthe (Emmen, 1995)

	JONGENS		MEISJES	
	GSO	Emmen	GSO	Emmen
lidmaatschap sportclub	65	66	57	63
sporten	73	81	68	75
seksueel contact	19	16	15	19
hasj laatste 4 week	12	11	8	9
XTC	5	5	2	2
gokken	14	17	8	6
ervaren gezondheid	97	86	95	82

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 vergelij-

<sup>1</sup> Gemeente Breda. Gokt Breda (nog steeds)? Herhalingsmeting naar deelname aan kansspelen door jongeren en hun overig gokgedrag. Gemeentelijk rapport Bestuursdienst Breda 1996.

<sup>2</sup> Vries M de, Langen HCM. Jongeren, gezondheid en leefstijl. Deelrapport Emmen. Rapport GGD Zuid-Oost Drenthe 1996.

king van alcoholgebruik (tabel 3). Het gebruik bij jongens is 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 leerlingbestand 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. Gezondheidsverschillen en type onderwijs

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 type onderwijs dat de leerlingen volgen. Opleidingsniveau van de ouders was niet bruikbaar vanwege het relatief geringe aantal leerlingen dat deze vraag bleek te kunnen beantwoorden.

Tabel 5. Vergelijking gemiddelde risicoscores en bijbehorend verschilpercentage tussen typen onderwijs

	VBO/MAVO		VWO/Atheneum/Gymnasium		% verschil t.o.v. VBO/MAVO
	gemiddeld	S.D.	gemiddeld	S.D.	
1992	1,5	1,35	1,17	1,31	24%
1996	2,05	1,67	2,06	1,52	< -1%

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 onderwijs weergegeven. Duidelijk blijkt uit deze tabel dat er in 1996 tussen de typen onderwijs 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 typen onderwijs 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 eerder gesignaleerde gezondheidsverschillen. 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 jongeren 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 jongeren 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 gezondheidsverschillen tussen de verschillende typen onderwijs 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. 35) 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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>, 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. 45) 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

<sup>1</sup> Wiegiersma PA. Verslag enquête onder scholen van het basisonderwijs. GGD Groningen Stad en Ommelanden 1993; Intern verslag.

<sup>2</sup> Touw M. Werkboek Jeugd GGD Klantentoets. Den Haag, B&A groep Beleidsonderzoek & -Advies bv 1996.

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 functioneren 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.

Tabel 6. Overzicht van functie en bekendheid met beide vormen van JGZ per schooltype.

		directeur	mentor	docent	anders
BaO:	< 6 jaar	15	0	1	2
	≥ 6 jaar	60	1	4	2
(V)SO	< 6 jaar	2	--	--	1
	≥ 6 jaar	8	--	--	--
V.O.:	< 6 jaar	2	4	--	2
	≥ 6 jaar	6	5	--	2
Totaal		93	10	5	10

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 meemaakt. 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 'opinie vragen', met vijf antwoordmogelijkheden (variërend 'van zeer slecht' tot 'zeer goed', 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens' en dergelijke).

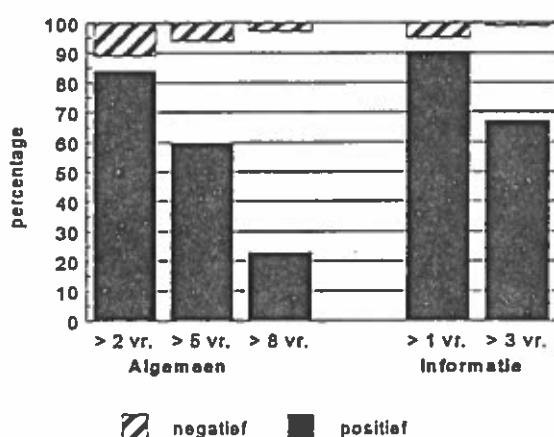
De landelijke vragenlijst is in een aantal onderdelen ingedeeld: een algemeen gedeelte en een viertal gedeelten over schriftelijke informatievoorziening, evaluatie, klachtenafhandeling en prioriteitenstelling. De toegevoegde vragen gaan voornamelijk over gebruik van en oordeel over de door de GGD geboden 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. 48) wordt ter informatie een overzicht gegeven van de antwoorden op al de betreffende vragen.

Figuur 3. Percentages positief en negatief oordeel op 12 algemene vragen en 5 vragen over informatievoorziening



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.

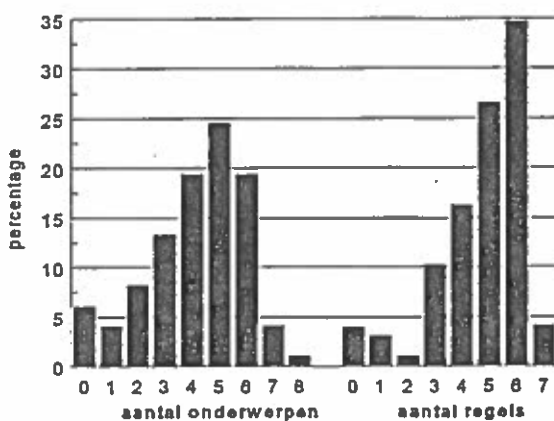
Tabel 7. Overzicht van het oordeel over de diverse onderdelen van de Jeugdgezondheidszorg uitgesplitst naar type onderwijs in percentages per antwoordcategorie met het totale aantal scholen dat de betreffende vraag beantwoordde.

	contact medewerkers	telefonisch spreekuur	spreekuur op school	Handboek gezondheid	Info.-centrum Gezondheid	ondersteuning projecten	hygiëne en veiligheid
<b>Basisonderwijs</b>							
zeer slecht	0	0	0	0	0	0	0
slecht	1	0	0	1	8	0	5
goed noch slecht	5	8	4	4	8	2	31
goed	79	82	79	89	77	79	63
zeer goed	14	10	7	6	8	9	2
<b>AANTAL</b>	<b>(92)</b>	<b>(39)</b>	<b>(14)</b>	<b>(70)</b>	<b>(13)</b>	<b>(34)</b>	<b>(59)</b>
<b>Voortgezet onderwijs</b>							
zeer slecht	0	0	0	-	-	0	0
slecht	4	0	6	-	-	0	0
goed noch slecht	5	33	6	-	-	0	20
goed	55	67	59	(100)	(100)	67	80
zeer goed	36	0	29	-	-	33	0
<b>AANTAL</b>	<b>(22)</b>	<b>(3)</b>	<b>(17)</b>	<b>(1)</b>	<b>(3)</b>	<b>(6)</b>	<b>(5)</b>

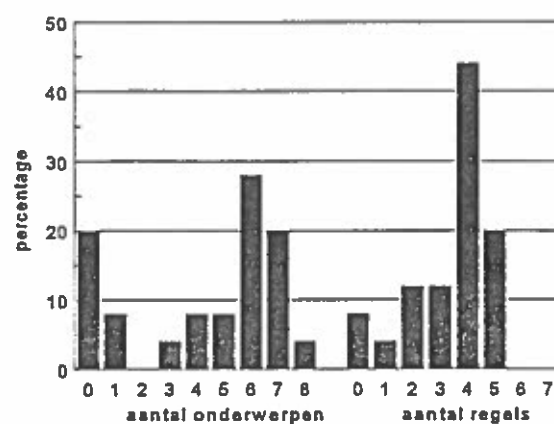
Bij een vergelijking van de antwoorden op de algemene vragen tussen de respondenten die wel en die niet de oude werkwijze van de JGZ hebben meegemaakt valt op dat over het algemeen de eersten een positiever oordeel hebben over de huidige werkwijze dan degenen die korter dan 6 jaar binnen de school bij 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 schooltype 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.

**Figuur 4.** Percentage BaO-scholen per aantal behandelde onderwerpen (max.8) en aantal regels (max. 7).



**Figuur 5.** Percentage V.O.-scholen per aantal behandelde onderwerpen (max.8) en aantal regels (max. 7).



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 belangrijkste 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. Overzicht van percentages (zeer) regelmatig contact en (groot) belang van contact per discipline naar schooltype

	JEUGDARTS	VERPLEEGKUNDIGE	DOKTERSASSISTENTE	LOGOPEDIE
BaO (zeer) regelmatig	20	55	49	54
(groot) belang	19	47	36	49
V.O. (zeer) regelmatig	88	23	4	4
(groot) belang	77	27	4	8

Tabel 8 geeft een overzicht van de antwoorden op deze vragen naar schooltype. In tabel 22 van de bijlagen (blz. 48) 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 belangrijkste 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 22 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:

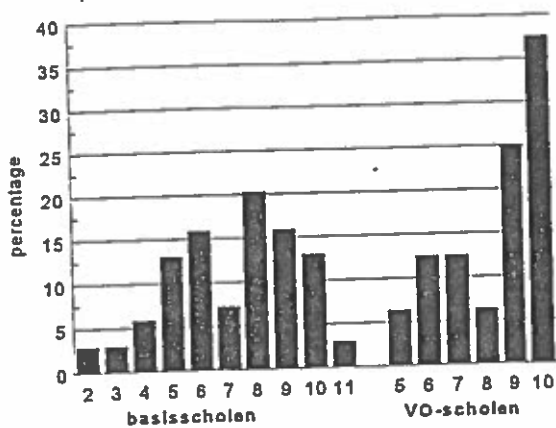
- Vindt u dat de afdeling JGZ u of de school kan ondersteunen bij het vormgeven van het jeugdbeleid?
- Werkt u samen met de JGZ om het jeugd(gezondheids)beleid vorm te geven?
- Het productenaanbod van de afdeling JGZ voorziet duidelijk in een behoefte.
- Voor vragen over jeugdgezondheidsbeleid in de 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.
- Zonder de dienstverlening van de JGZ zou het voor mij moeilijk zijn om invulling te geven aan mijn taken ten aanzien van jeugdbeleid.
- 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?
- Vindt u dat de afdeling JGZ voldoende aandacht en tijd besteedt aan (groepen) kinderen die extra zorg nodig hebben (de zogenaamde risicokinderen)?
- Is naar uw mening deze aandacht voor risicokinderen ten opzichte van vroeger (vóór de invoering van het Plan Jeugd) verbeterd of verslechterd?
- 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

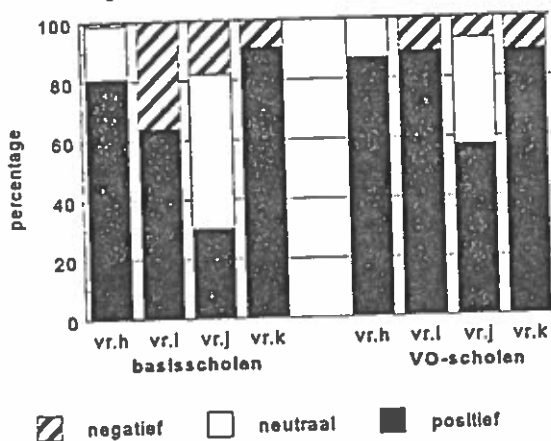
respondenten met een volledig ingevulde lijst terugvalt naar 65) wordt de betreffende respondent niet meegerekend.

Figuur 6. Percentage BaO- en V.O.-scholen per aantal positief beantwoorde vragen (max.11).



tages 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?*).

Figuur 7. Percentage BaO- en VO-scholen dat positief of negatief oordeelde over de 4 'hoofdvragen'.



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 23 van paragraaf 7.6 van de bijlagen (blz. 48) 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.

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.

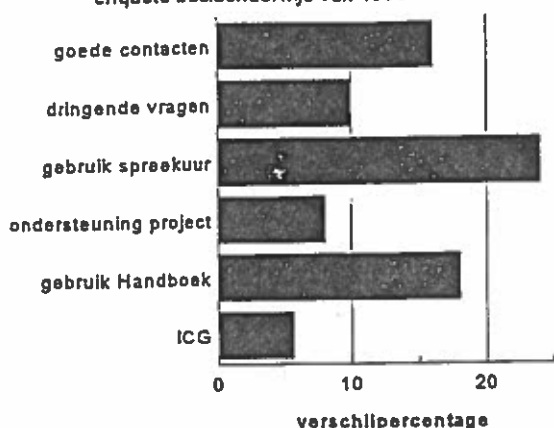
Verder is gevraagd of men in het verleden (dus gedurende alle jaren dat men bij de JGZ betrokken is) klachten heeft gehad over de JGZ. Hierop hebben 14 scholen (12%) met 'ja' geantwoord. Van deze 14 scholen heeft de helft ook daadwerkelijk een klacht ingediend. Zes hiervan zijn van mening dat de klachten 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.

*Figuur 8. Verschil tussen de percentages op de vragen in de enquête basisonderwijs van 1993 en 1997*



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 24 van paragraaf 7.6 van de bijlagen (blz. 48) 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. 49) 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 leerling-

begeleiding 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. 51) 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. 53) zijn per regio gegevens met betrekking tot screenings en het 'zorgbestand'<sup>1</sup> 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 voorzichtig-conclusies te trekken.

Tabel 9. Per schooljaar het aantal onderzochte leerlingen van basis- en voortgezet onderwijs en percentages per soort onderzoek; en resultaat (hercontroles, verwijzingen, opname in zorgbestand en zorg beëindigd).

	AANTAL (n)	SOORT ONDERZOEK (% van aantal)					RESULTAAT ONDERZOEK (% van aantal)			
		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 screenings in groep 2, 4 en klas 1 in de loop der jaren niet zijn veranderd (het hoge percentage in 92/93 van de screenings in groep 2 wordt veroorzaakt door het feit dat er in dat jaar een achterstand in screenings 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.

Tabel 10. Per schooljaar de redenen voor hercontrole en verwijzingen in percentages van het totaal (door andere codering komen de percentages verwijzingen niet overeen met die van tabel 9).

	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 screenings met daarbijbehorende verwijzingen plaats blijven vinden - ook in de toekomst zal blijven.

<sup>1</sup> 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.



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').

Tabel 11. Per schooljaar de redenen voor opname in het zorgbestand in percentages van het totaal.

	AANTAL		REDEN VOOR ZORGBESTAND (%)		
	N	(%)*	somatisch	psychosociaal	beide
93/94	314	(2)	96	3	1
94/95	866	(6)	94	4	2
95/96	663	(4)	96	3	1

\* percentage totaal aantal onderzochte leerlingen. Aantal leerlingen waarvan gegevens ontbreken: allen in 92/93; 95/96 2 leerlingen.

In 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.

Tabel 12. Per schooljaar het aantal leerlingen dat in tabel 9 onder "overig" wordt genoemd; verdeling naar de verschillende categorieën die onder overig vallen in percentages van het aantal leerlingen onder "overig".

	AANTAL (N)	"Overig" (%)							
		nazorg arts	onbekend	verzoek JGZ	verzoek school	verzoek ouders	verzoek leerling	verzoek anderen	spreek- uur
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.

## 5. OORDEEL MEDEWERKERS OVER PLAN JEUGD EN INSCHATTING OORDEEL SCHOLEN

### 5.1. Enquête onder medewerkers van de GGD GSO

#### 5.1.1 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.

Tabel 13. Overzicht respons naar discipline en JGZ-achtergrond (al dan niet < 6 jaar in dienst; bij 2 respondenten niet aangegeven)

discipline (totale aantal)	≥ 6 jaar	< 6 jaar	TOTAAL (% respons)
artsen (12)	5	4	9 (75%)
verpleegkundigen (9)	5	2	7 (78%)
doktersassistenten (8)	3	2	5 (63%)
GVO (4)	1	2	3 (75%)
logopedie (9)	3	3	6 (67%)
anders/niet ingevuld	2	3	5 (-)
TOTAAL	19	16	35

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.

#### 5.1.2 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.

### 5.1.3 Tijdsbesteding aan collectief en individueel gerichte activiteiten en de '70/30-regel'

Tabel 14. Verhouding in percentages gemiddelde tijd besteed aan individuele en collectieve taken naar discipline en regio (speciaal onderwijs niet meegerekend).

	% verhouding tijd aan 3 hoofdactiviteiten		% verhouding tijd aan 9 onderdelen	
	individueel	collectief	individueel	collectief
<b>STADSTEAM</b>				
arts	45	55	39	61
verpleegkundige	15	85	31	69
doktersassistente	87	13	96	4
<b>REGIOTEAMS</b>				
arts	43	57	50	50
verpleegkundige	21	79	27	73
doktersassistente	91	9	90	10
<b>ALLE TEAMS</b>				
arts	42	58	45	55
verpleegkundige	17	83	35	65
doktersassistente	92	8	90	10
<b>TOTAAL arts en VP</b>	<b>26</b>	<b>74</b>	<b>34</b>	<b>66</b>

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. 45 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 verpleegkundigen 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 opgege-

ven 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.

Tabel 15. Verhouding in percentages gemiddelde tijd voor collectieve en individuele taken binnen regioteams naar discipline (gegevens zijn ontleend aan werkplanning regioteams).

	geschat door medewerkers		berekend	
	individueel	collectief	individueel	collectief
arts	53	47	39	61
verpleegkundige	35	65	37	63
doktersassistente	96	4	77	23

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 sa-

menstellen. 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.

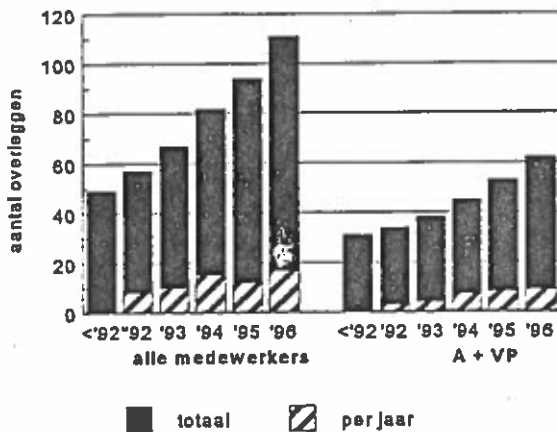
Ook aan de medewerkers is gevraagd of naar hun mening de '70/30-regel' is gehaald. Van alle medewerkers geeft slechts 11% aan dat dit volgens hen het geval is; 69% vindt dat niet en respectievelijk 11% en 8% is het onbekend of weet het niet. Degenen die een negatief oordeel hebben zijn gemiddeld 2 jaar langer bij de GGD in dienst. Deze resultaten zijn dus in tegenspraak met de schatting en berekening van het aantal uren, waaruit blijkt dat de '70/30-regel' over het algemeen wel goed benaderd wordt.

#### 5.1.4 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.

Figuur 9. Toename aantal overleggen per jaar vanaf 1992; alle medewerkers alle jaren + alleen artsen en verpleegkundigen 5 jaar of langer in dienst.



Door de medewerkers zijn tezamen in totaal 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.

Het gevaar van een 'overlegcultuur' is uiteraard reëel. Een mogelijkheid om een dergelijke ontwikkeling te voorkomen is het blijvend toetsen van de bijdrage van het overleg aan genoemde doelstellingen: een bijdrage leveren aan de versterking van preventieve en voorwaardenscheppende activiteiten.

#### 5.1.5 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.

Tabel 16. Per vraag het gemiddeld aantal onderdelen van het Plan Jeugd naar discipline(groepen) en totaal; dienstverband van 6 jaar of langer.

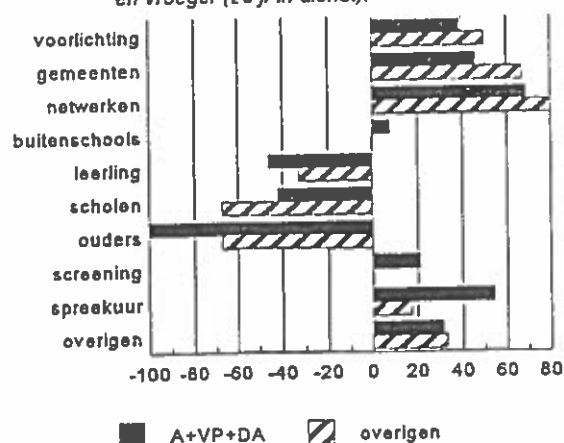
	sterk toen	toen te verbeteren	sterk nu	nu te verbeteren
<b>Naar discipline</b>				
artsen	4,0	4,2	4,2	4,0
verpleegkundigen	2,6	2,6	3,8	4,2
doktersassistenten	2,3	2,7	3,3	3,0
<b>Hoofdingeling disciplines</b>				
arts + VP + DA	3,1	3,2	3,8	3,8
overigen	2,2	4,2	2,8	3,5
<b>TOTAAL</b>	<b>2,8</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>

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.

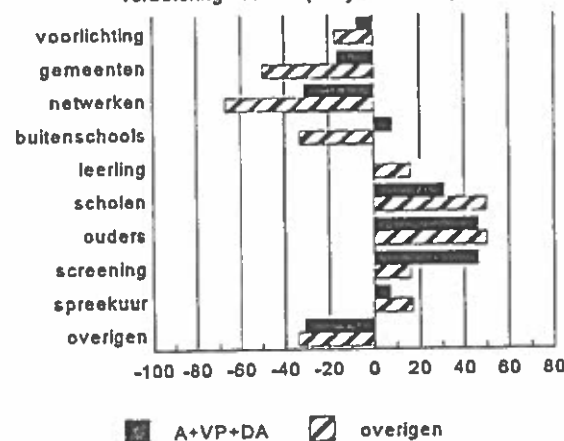
In tabel 34 van de bijlagen (blz. 55) zijn per onderdeel de percentages van de medewerkers weergegeven. Voor de vergelijking met de oude werkwijze van

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.

Figuur 10. Verschilpercentages oordeel sterke punten nu en vroeger (>6 jr in dienst).



Figuur 11. Verschilpercentages: nu en vroeger zaken voor verbetering vatbaar (> 6 jr. in dienst)



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).

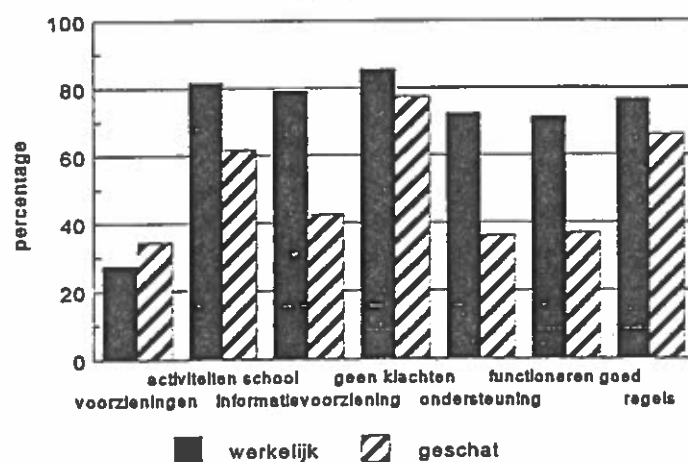
Verder is gevraagd of men zelf tevreden is met de uitvoering van het Plan Jeugd. Hierop geeft 24% een positief antwoord, 67% een negatief en 9% onbepaald. Van degenen 6 jaar of langer in dienst, zijn de percentages respectievelijk 22%, 72% en 6%. Vooral artsen blijken ontevreden met de gang van zaken: 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 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.

### 5.1.6 Inschatting oordeel extern betrokkenen

Figuur 12. Vergelijking van werkelijke en geschatte percentage positieve antwoorden over alle disciplines

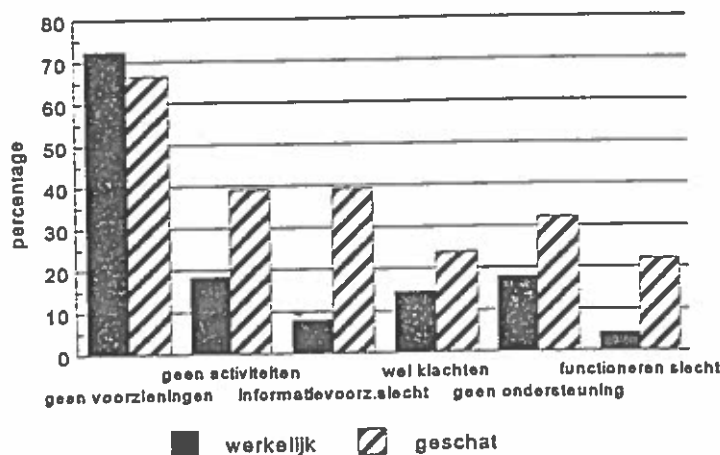


In de vragenlijst is gebruik gemaakt van de 'spiegelmethode'. Hierbij wordt de medewerkers gevraagd te schatten welk percentage van de scholen een positief of negatief oordeel geeft over een bepaald onderwerp. De betreffende vragen zijn letterlijk overgenomen uit de vragenlijst voor het basis- en voortgezet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

Conform de in de klanttoets 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.

*Figuur 13. Vergelijking van werkelijke en geschatte percentage negatieve antwoorden over alle disciplines*



In de figuren 12 en 13 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 57 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 34 (zie bijlagen, blz. 56) 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 betro' kenen. 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.

### 5.1.7 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 35 (zie bijlagen, blz. 56) 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: bereikbaarheid en deskundigheid van medewerkers en dat de dienstverlening op de wensen van de scholen is afgestemd. Alleen de verpleegkundigen schatten het belang van de vertrouwelijke behandeling van gegevens te hoog in en geven deskundigheid van medewerkers een duidelijk lagere plaats.

#### 5.1.8 *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.

## 6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 6.1. 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 z'n 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 gezondheidsverschillen naar type onderwijs in de regio van de GGD GSO, in tegenstelling tot vier jaar geleden, nauwelijks meer aanwezig zijn. Dit geldt met name voor de verschillen tussen VBO/MAVO en VWO. 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.

Vooraf 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 zou zijn dat bij het laten vervallen van PGO's niet alleen risicokinderen slecht worden onderkend, maar ook dat vanwege het wegvallen van de persoonlijke advisering, riskant gedrag zou toenemen. 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.

## 6.2. 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, gemonitord 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 nauwgezet 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 veiligheidadviesing, 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.

## 7. BIJLAGEN

### 7.1. 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<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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 17).

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 soufflé, afwijkingen aan lagere luchtwegen, buikaandoening en mogelijke systeemaandoening.

Tabel 17. Resultaat PGO's, PVO's en hercontroles bij basisonderwijs en voortgezet onderwijs in percentages verwijzingen (met totale aantal) en over het totaal.

	ogen	oren	rug	motoriek	nieren	OVERIGEN
BaO (n=7104)	3,5 (250)	2,2 (157)	0,4 (30)	0,1 (5)	0,3 (20)	1,2 (85)
V.O. (n=1841)	3,2 (59)	0,5 (10)	2,4 (45)	—	0,2 (4)	2,2 (41)
TOTAAL (n=13196)	2,4 (313)	1,3 (172)	0,6 (76)	< 0,1 (5)	0,2 (27)	0,1 (127)

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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

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 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 soufflé, 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 17).

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 doelgroep-gerichte benadering.

Tabel 18. Redenen voor verwijzing en hercontrole in 1990, naar categorie - totaal 290, waarvan 34 voor meer dan een reden

huisarts	screeningen	school	overigen	ONDUIDELIJK
afwijkende lengtegroei	visus	gedragsproblemen	niet te onderzoeken	hygiëne
allergie	ogen	motoriek	ouders weigeren	anders/overigen
psychosomatische klachten	gehoor	gezinsproblemen	kind is ziek	phimosis
hoofdpijn	afwijkend kleurenzien	sociale weerbaarheid	onder controle van	
buikpijn	houdingsafwijkingen	(faal)angstig	RIAGG of RGAB	
CARA	scoliose	leerproblemen		
enuresis	(hyper)kyfose	mogelijk seks.		
encopresis	bekkenscheefstand	mishandeling		
wormpjes	hyperlordose	andere mishandeling		
rugpijn	mond (gebit)	gezinsproblemen		
	spraak/stem/taal	onzekerheid		

In tabel 18 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 verwij-

zingsredenen 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 screenings, 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‰.

## 7.2. 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.

## 7.3. Doelen, middelen en evaluatiemogelijkheden van het Plan Jeugd

### 7.3.1 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. inenting 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. artsensprekuren op alle grotere scholengemeenschappen (onderwerpen: sport, beroepskeuze, seks en psychische problematiek);
49. brede introductie telefonisch spreekuren 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.

### 7.3.2 Overzicht interne en externe evaluatiemogelijkheden

Tabel 19. Overzicht van de mogelijkheden tot evaluatie van de diverse doelen en doelstellingen van het Plan Jeugd

	INTERN	EXTERN
<i>Gezondheidsbevordering</i>		
1	ouderavonden, bijscholing leerkrachten: overzicht werkzaamheden per team	opkomst en gebruik van mogelijkheden; klanttoets scholen
2	schoolgezondheidsbeleid in BaO en V.O.: overzicht invoering	gebruik van mogelijkheden; klanttoets scholen; effectevaluatie
3	schoolgezondheidsbeleid in BaO en V.O.: overzicht invoering	gebruik van mogelijkheden; klanttoets scholen; effectevaluatie
4	organisatie bijeenkomsten: overzicht werkzaamheden per team	opkomstregistratie, klanttoets ouders
5	registratie I.C.G. (evt. gekoppeld aan die van artsen of verpleegkundigen)	klanttoets advisering (afh. vraagstelling)
<i>Bescherming tegen gezondheidsbedreigingen</i>		
6	overlegfrequentie BVA, registratie gevallen	klanttoets 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; klanttoets scholen; effectevaluatie risicogedrag en spoelen
<i>Vroegtijdige onderkenning ontwikkelingsstoornissen</i>		
9	registratie groeikaarten/groeiboekje	klanttoets ouders
10	registratie telefonisch spreekuur artsen en verpleegkundigen	klanttoets (afh. vraagstelling)
11	registratie zorgbestand o.b.v. Thuiszorg; protocollen overdracht (zie ook 15)	klanttoets instellingen
12	registratie logopedie	klanttoets ouders/scholen; effectevaluatie
<i>Speciaal onderwijs</i>		
13	registratie SO	klanttoets scholen
<i>Samenwerkingsverbanden</i>		
14	registratie activiteiten per team per onderdeel	klanttoets instellingen
15	protocollen overdracht Thuiszorg registratie afwijkingen/extra zorg en activiteiten	klanttoets instellingen —
16	protocollen afspraken huisartsen en tandartsen registratie verwijzingen; vervolg na verwijzingen	klanttoets —
17	protocollen afspraken instellingen (ook bovengemeentelijke); registratie verwijzingen	klanttoets instellingen —
18	gezondheidsprofielen gemeenten, schoolprofielen; samenwerking gemeenten m.b.t. scholen	klanttoets instellingen
<i>Gegevensregistratie</i>		
19	registratiebestanden; uitsplitsing anonieme en persoonsgebonden bestanden	— —
20	omvang van en redenen opname in zorgbestand	—
21	registratie hercontroles en verwijzingen	klanttoets (zie ook 16)

	INTERN	EXTERN
<i>Ondersteuningsaanbod scholen</i>		
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
<i>Dienstverleningspakket per 1 januari 1993 op scholen</i>		
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/sprekuren 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)
<i>Roken</i>		
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
<i>AIDS/SOA</i>		
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
<i>Jeugdprostitutie</i>		
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

	INTERN	EXTERN
<i>Voeding</i>		
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
<i>Verschuiving van individuele naar voorwaardenscheppende zorg</i>		
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
<i>Genicht onderzoek</i>		
52	inventarisatie verricht onderzoek	bekendheid met onderzoeksresultaten
53	inventarisatie verricht onderzoek	bekendheid met onderzoeksresultaten
54	onderzoek doelgroepen	bekendheid met onderzoeksresultaten; toepassing

#### 7.4. 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 ge-enquêteerd; het aantal BaO-leerlingen was 209.596 waarvan in 120 groepen 3000 leerlingen zijn ge-enquêteerd.

Tabel 20. Vergelijking van de gegevens van het NIAD (het huidige Trimbos-instituut) en de GGD GSO uit de enquêtes van 1992

	JONGENS (%)				MEISJES (%)			
	14 - 15 jaar		16 - 17 jaar		14 - 15 jaar		16 - 17 jaar	
	GGD GSO	NIAD	GGD GSO	NIAD	GGD GSO	NIAD	GGD GSO	NIAD
alcohol: ooit gebruikt	61	72	82	88	50	74	75	87
hasj/cannabis: ooit gebruikt	13	15	26	33	6	13	17	20
hasj/cannabis min 1x per maand	6	7	11	18	2	5	9	8
ooit gerookt	63	58	69	68	56	58	67	67
gokken min. 1x per maand	16	24	26	32	2	9	6	9

Tabel 21. Vergelijking van de gegevens van het Trimbos-instituut en de GGD GSO uit de enquêtes van 1996

	JONGENS (%)				MEISJES (%)			
	14 - 15 jaar		16 - 17 jaar		14 - 15 jaar		16 - 17 jaar	
	GGD GSO	NIAD	GGD GSO	NIAD	GGD GSO	NIAD	GGD GSO	NIAD
alcohol min. 1x per maand	55	65	79	78	47	60	71	69
hasj/cannabis: ooit gebruikt	31	28	27	40	25	21	25	28
hasj/cannabis min. 1x per maand	15	16	15	23	9	10	10	12
ooit gerookt	62	63	63	66	59	66	76	70
XTC: ooit gebruikt	3	8	6	10	2	5	2	7
paddo's: ooit gebruikt	4	6	3	11	1	3	2	4
pep: ooit gebruikt	2	8	4	11	1	5	2	6
cocaïne: ooit gebruikt	1	4	1	5	1	3	0	4
heroïne: ooit gebruikt	1	2	0	2	1	1	0	1
gokken: ooit gedaan	21	69	31	69	12	53	12	48
gokken min. 1x per maand	7	20	8	21	6	8	9	7

## 7.5. Gebruikte vragenlijsten

### 7.5.1 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. Willt 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 belangrijkste 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.



**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	ouderavonden
weekenddiensten	calamiteiten
externe vergaderingen	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, screenings, (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	contacten met gemeenten
screeningen	contacten met buurtnetwerken
(her)controles/onderzoek op indicatie	contacten (andere) instellingen
onderzoek speciaal onderwijs	activiteiten t.b.v. buitenschoolse jeugd
contacten scholen (bijv. nabesprekingen e.d.)	voorlichtingsactiviteiten
	anders, nl.

Totaal per week voor ALLE OGJ-activiteiten samen

**VERANDERINGEN IN DE WERKWIJZE OGJ**

*graag deze vragen ook voor zover mogelijk invullen indien in dienst getreden na 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 vindt 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 *kunnen* 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 bedoeld 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 belangrijkste 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 belangrijkste 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)?

## 7.6. Enquête basis- en voortgezet onderwijs

Tabel 22. Overzicht van percentages (zeer) regelmatig contact en (groot) belang van contact per discipline naar schooltype en regio

	JEUGDARTS	VERPLEEGKUNDIGE	DOKTERSASSISTENTE	LOGOPEDIE
stadsteam				
BaO (zeer) regelmatig	30	80	40	0
(groot) belang	40	70	10	0
V.O. (zeer) regelmatig	86	29	0	0
(groot) belang	71	29	0	0
regio teams				
BaO (zeer) regelmatig	19	52	50	60
(groot) belang	17	46	39	55
V.O. (zeer) regelmatig	90	21	5	5
(groot) belang	79	26	5	11

Tabel 23. Antwoorden op vragen over functioneren Jeugdgezondheid

	% positief	% negatief	aantal (n)
a. kan JGZ school ondersteunen bij vormgeven jeugd beleid	81	0	125
b. voor vormgeven jeugd(gezondheids)beleid samenwerking met de JGZ	64	36	126
c. productenaanbod voorziet duidelijk in een behoefte	63	6	120
d. voor vragen altijd terecht bij de afdeling JGZ	85	4	116
e. goed op de hoogte van de vragen die bij ons leven	55	6	110
f. zonder de JGZ moeilijk om invulling te geven aan taken	38	25	111
g. goed of slecht op de hoogte gebracht van het productenaanbod	70	4	118
h. afdeling JGZ verricht zijn werkzaamheden goed of slecht	82	1	115
i. voldoende aandacht en tijd aan zogenaamde risicokinderen	68	32	94
j. aandacht t.o.v. vroeger verbeterd of verslechterd	34	18	95
k. voldoende bijgedragen aan schoolgezondheidsbeleid	90	10	92

Tabel 24. Percentages voor de antwoorden op de diverse vragen naar het aanbod van de Jeugdgezondheidszorg in 1993 en 1997.

	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 IC	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

## 7.7. Overzicht individueel en collectief gerichte activiteiten

Tabel 25. Overzicht aanbod JGZ (gegevens afkomstig uit: "Vijf jaar projectmatig werken aan openbare gezondheidszorg 1990-1995", "Rapportage SGB-inventarisatie" en de enquêtes ten behoeve van de evaluatie Plan Jeugd).

Aanbod	aantal scholen		
	BaO	(V)SO	V.O.
Projecten <sup>1</sup>	28	7	46
<b>Activiteiten gericht op ouders</b>			
ouderavond/ -morgen <sup>2</sup>	8	3	4
ouderraad softdrugs			1
ouderparticipatie vanuit Antilliaanse/Surinaamse groepen	1		
ouderwerkgroep hoofdlijn	14		
oudervoorlichting voeding	1		
<b>Advisering, voorlichting en informatie</b>			
introductie ochtend	4		
introductie gesprek SGB	2		
informatie en voorlichting <sup>3</sup>			
advisering <sup>4</sup>			
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			
<b>Activiteiten voor risicogroepen/ -individuen</b>			
selectie zorgleerlingen/bespreken op indicatie	2		
signaalbespreking met leerkrachten: 1 keer per 2 maanden	1		
opvoedingssprekuren: 1 keer per maand	4		
sprekuren 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			
<b>Participatie in netwerken/overleggen</b>			
Schoolnetwerk/overleg voortgezet onderwijs <sup>5</sup>			6
schoolnetwerk BaO	1		
netwerk jeugdhulpverlening			1
Commissie van onderzoek en begeleiding <sup>6</sup>		10	

<b>Activiteiten voor leerkrachten</b>			
teambijeenkomst pesten	2		
pesten voor leerkrachten			1
werkgroep/voorlichting hoofdruimte voor leerkrachten	3	2	
deskundigheidsbevordering leerkrachten algemeen			
deskundigheidsbevordering leerkrachten (seksuele) kindermishandeling			
<b>Materialen</b>			
leskisten <sup>7</sup>			
winkelspel			
materiaal en methode bevorderen gezond gedrag			
voorlichtingsmateriaal			
map Gezonde Jeugd			
<b>Screeningen/spreekuren algemeen</b>			
maandelijks spreekuur op school	2		16
telefonisch spreekuur			
contact op aanvraag			
hercontroles/onderzoek op indicatie			
individuele activiteiten (screening groep 2 en 4 en klas 1, screening logopedie, screening jeugd tandzorg)			
<b>Overig</b>			
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			

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> **Onderwerpen:**  
oudermorgen kind en ziekenhuis  
ouderavond pesten  
ouderavond veiligheid  
ouderavond opvoeding  
ouderavond gezondheid  
ouderavond drugs  
ouderavond opgroeiende kinderen  
ouderavond tandgezondheid

<sup>3</sup> **Onderwerpen:**  
informatie hoofdluis  
informatie opruimen vuile spuiten  
informatie infectieziekten  
informatie groei en ontwikkeling  
informatie EHBO voor overblijfoeders  
voorlichting logopedie voor intermedial-  
ren  
voorlichting jeugd tandzorg  
voorlichting AIDS/SOA  
voorlichting gokverslaving

<sup>4</sup> **Soorten advies**  
individuele advisering leerlingen t.a.v.  
bewegen  
adviseren omtrent schoolzwemmen  
adviseren omtrent sport en gymnastiek  
op school  
advisering fysiek veilige leer- en speel-  
omgeving

<sup>5</sup> **Voortgezet Onderwijs:**  
overleg Fivelcollege  
Maartenscollege: leerlingbegeleiding en  
preventie  
Werkmancollege: leerlingbegeleiding en  
preventie  
Rölingcollege: begeleidingscommissie  
Schoolnetwerk MAVO Grijpskerk  
Schoolnetwerk Groene school Winsum

<sup>6</sup> **Speciaal Onderwijs**  
CvOB van Dokkum  
CvOB Komensky  
CvOB van Hasselt  
CvOB Bolster  
CvOB Star Numan  
CvOB Wilgenborgh  
CvOB van Liefland  
CvOB Mytyschool

(CvOB = commissie voor onderzoek en  
begeleiding)

<sup>7</sup> **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

Tabel 26. Overleggen en netwerken anders dan met scholen, waaraan medewerkers JGZ deelnemen.

Buurtnetwerken <sup>1</sup>	13
<b>Speciaal onderwijs</b>	
Regionale verwijzingscommissie	1
overleg inspecteur SO	1
toelatingscommissie VSO	1
platform leerlingenzorg	1
<b>Vak/discipline overleg <sup>2</sup></b>	9
<b>Hulpverlening</b>	
RIAGG	7
RGAB	5
ABCG	4
thuiszorg	2
maatschappelijk werk	1
AGZ/Kinderpsychiatrie	2
kindermishandelingsteam	1
<b>Overig</b>	
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

<sup>1</sup> Plaatsen buurtnetwerk (vaak in een gemeente meer dan 1)

Groningen  
 Hoogezand  
 Opende  
 Leek  
 Grootegast  
 Delfzijl  
 Appingedam  
 Grijskerk  
 Niekerk

<sup>2</sup> Soorten overleg

overleg logopedisten  
 overleg vrijgevestigde logopedisten  
 Noordelijk overleg logopedisten  
 ZVK logopedisten  
 vakgroep sociale geneeskunde  
 regionaal overleg verpleegkundigen Noord  
 Noordelijk hoofden overleg



## 7.8. Screeningsgegevens naar regio

Tabel 27. Per schooljaar en regio het aantal onderzochte leerlingen van basis- en voortgezet onderwijs en percentages per soort onderzoek; en resultaat (hercontroles, verwijzingen, opname in zorgbestand en zorg is beëindigd)\*

	AANTAL (n)	SOORT ONDERZOEK (% van aantal)					RESULTAAT ONDERZOEK (% van aantal)			
		gr. 2	gr. 4	kl.1	herctr	overig**	herctr	verwz	risico/zorg	einde ctrl
<b>REGIO I</b>										
92/93	3.406	53	1	29	-	17	32	4	-	-
93/94	4.725	34	34	17	-	15	21	5	4	-
94/95	4.967	30	31	16	10	13	13	3	8	9
95/96	4.861	30	30	19	12	10	14	2	4	10
<b>REGIO II</b>										
92/93	3.545	36	36	22	-	6	18	4	-	-
93/94	5.104	28	25	27	-	20	15	5	2	-
94/95	4.491	30	29	19	9	12	12	4	4	6
95/96	4.661	31	27	21	11	11	10	5	5	10
<b>REGIO III</b>										
92/93	3.370	34	33	32	-	1	14	1	-	-
93/94	6.672	22	21	32	-	26	12	3	2	-
94/95	6.296	22	21	34	13	11	13	3	4	10
95/96	5.861	22	24	32	14	9	11	2	4	13

\* De gegevens met betrekking tot onderzoek in het speciaal onderwijs zijn buiten beschouwing gelaten. Het gaat daarbij om 657 leerlingen in 94/95 en om 315 leerlingen in 95/96.

\*\* Voor een nadere uitsplitsing van deze categorie zie volgende tabel

Tabel 28. Per schooljaar en regio het aantal leerlingen dat in tabel 1 onder "overig" wordt genoemd; verdeling naar de verschillende categorieën die onder overig vallen in percentages van het aantal leerlingen onder "overig".

	Aantal (n)	"Overig" (%)								
		nazorg arts	onbe- kend	arts	verzoek JGZ	verzoek school	verzoek ouders	verzoek leerling	verzoek anderen	spreek- uur
<b>REGIO 1</b>										
92/93	668	-	19	44	-	17	10	5	3	4
93/94	718	-	32	8	-	25	16	1	8	11
94/95	655	6	47	-	6	18	16	1	-	6
95/96	470	19	26	-	6	30	10	2	-	7
<b>REGIO 2</b>										
92/93	240	-	66	19	-	7	6	-	1	1
93/94	1.009	-	70	3	-	9	5	1	9	4
94/95	557	1	78	-	1	11	3	1	-	6
95/96	504	41	12	-	-	21	3	3	-	20
<b>REGIO 3</b>										
92/93	56	-	47	-	-	25	12	-	-	16
93/94	1.778	-	86	2	-	1	1	1	3	8
94/95	689	9	68	-	2	8	3	1	-	9
95/96	533	33	21	-	7	12	9	4	-	14

\* aantallen leerlingen waarvoor deze gegevens ontbreken: 92/93: 60; 93/94: 23; 94/95: 1; 95/96: 1.

Tabel 29. Per regio en per schooljaar de redenen voor hercontrole in percentages van het totaal.

	AANTAL		REDEN VOOR HERCONTROLE (%)		
	N	(%)*	somatisch	psychosociaal	beide
<b>REGIO 1</b>					
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
<b>REGIO 2</b>					
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
<b>REGIO 3</b>					
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

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

Tabel 30. Per regio en per schooljaar de redenen voor verwijzing in percentages van het aantal leerlingen dat verwezen is.

	AANTAL		REDEN VOOR VERWIJZING (%)		
	N	(%)*	somatisch	psychosociaal	beide
<b>REGIO 1</b>					
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
<b>REGIO 2</b>					
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
<b>REGIO 3</b>					
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

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

Tabel 31. Per regio en per schooljaar de redenen voor opname in het zorgbestand in percentages van het totaal.

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

\* percentage van het totaal aantal onderzochte leerlingen. Aantal ll. waarvan gegevens ontbreken: 92/93; en voor 95/96 voor 2 ll.

Tabel 32. Per regio en schooljaar aantal leerlingen waarvoor controle beëindigd; percentages naar eigenlijke reden voor controle.

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

\* percentage van het totaal aantal onderzochte leerlingen. Deze gegevens ontbreken voor 92/93 en 93/94 en voor 19 ll. in 94/95.

## 7.9. Enquête medewerkers Jeugdgezondheidszorg

Tabel 33. Verhouding in percentages gemiddelde tijd besteed aan hoofdactiviteiten (zonder voorbereiding of reistijd) naar discipline en regio; speciaal onderwijs is niet meegerekend.

	tijdsbesteding naar 3 hoofdactiviteiten (%)			tijdsbesteding naar 9 onderdelen (%)			
	individueel	intermediairen	beleid	screening	individueel	intermediairen	beleid
<b>STAPSTEAM</b>							
arts	45	38	17	7	33	52	9
verpleegkundige	15	58	27	11	20	33	36
doktersassistente	87	13	-	88	7	4	-
<b>REGIOTEAMS</b>							
arts	42	10	48	13	37	23	27
verpleegkundige	21	24	54	-	28	43	30
doktersassistente	91	9	-	75	15	9	1
<b>ALLE TEAMS</b>							
arts	42	19	38	9	36	36	19
verpleegkundige	17	48	35	11	24	34	31
doktersassistente	92	8	-	76	14	8	2
<b>TOTAAL arts+VP</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>38</b>	<b>29</b>

Tabel 34. Oordeel naar onderwerp voor artsen+verpleegkundigen+doktersassistenten en de overige disciplines: voor vergelijking met vroeger allee degenen die 6 jaar of langer in dienst zijn; bij de beoordeling van de huidige situatie zijn alle medewerkers meegerekend.

	STERK TOEN		TOEN VERBETEREN		STERK NU		NU VERBETEREN	
	A+VP+DA	overigen	A+VP+DA	overigen	A+VP+DA	overigen	A+VP+DA	overigen
spreekuren	15	17	39	50	69	33	46	67
screeningen	8	17	8	17	31	17	54	33
contact ouders	100	67	23	17	0	0	69	67
contact scholen	85	67	31	17	39	0	62	67
contact leerlingen	54	33	23	17	8	0	23	33
contact buitens.jeugd	0	0	23	33	8	0	31	0
contact buurtnetwerk	0	0	39	67	69	83	8	0
contact gemeenten	0	0	39	67	46	67	23	17
contacten elders	23	0	39	67	54	33	8	33
voorlichting	15	0	46	50	54	50	39	33
overigen	8	17	15	17	8	0	23	0

Tabel 34. Inschatting (in percentages) van tevredenheid ouders, scholen en intermediairen over uitvoering van Plan Jeugd

	ouders tevreden			scholen tevreden			intermediairen tevreden		
	ja	nee	onbekend	ja	nee	onbekend	ja	nee	onbekend
≥ 6 jr. werkzaam	11	26	63	18	47	35	5	21	74
< 6 jr. werkzaam	20	7	73	21	29	50	21	21	58
A+VP+DA ≥ 6 jr	8	31	61	27	46	27	8	23	69
A+VP+DA < 6 jr	29	0	71	33	17	50	33	0	67
stadsteam	8	31	61	27	27	46	17	8	75
regioteams	24	10	66	20	45	35	10	25	65
arts	25	13	62	60	0	40	14	0	86
verpleegkundige	14	14	72	29	43	28	29	43	28
doktersassistente	17	33	50	17	50	33	0	0	100
logopedie	17	0	83	0	67	33	0	33	67
<b>TOTAAL</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>64</b>	<b>22</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>67</b>

Tabel 35. Percentages bij prioriteiten voor de JGZ volgens de scholen ('werkelijk'), afgezet tegen de inschatting van alle medewerkers en naar discipline (met rangnummer).

	WERKELIJK	TOTAAL	artsen	verpleegk.	doktersass.	logopedisten
	(%)	% rang	% rang	% rang	% rang	% rang
bereikbaarheid medewerkers	52	80 (1)	75 (1)	71 (1)	75 (1)	100 (1)
deskundigheid medewerkers	52	44 (3)	63 (2)	29 (4)	75 (1)	17 (5)
dienstverl. afgestemd op wensen	52	68 (2)	50 (3)	71 (1)	75 (1)	83 (2)
goede informatie	47	24 (6)	13 (7)	14 (7)	50 (4)	33 (3)
bekend met aanbod JGZ	42	28 (4)	25 (5)	29 (4)	25 (5)	33 (3)
vertrouwelijk met gegevens	24	28 (4)	38 (4)	43 (3)	0 (8)	17 (5)
efficiënte organisatie	15	20 (7)	25 (5)	28 (6)	25 (5)	0 (8)
goede behandeling klachten	10	8 (8)	13 (7)	0 (8)	25 (5)	0 (8)
bejegening door medewerkers	4	4 (9)	0 (9)	0 (8)	0 (8)	17 (5)

In navolgende tabellen wordt onder 'werkelijk' verstaan het gemiddeld percentage van de scholen over de betreffende clusters van vragen. Onder 'werkelijk' worden de percentages aangegeven die werden geschat door de medewerkers van de betreffende discipline en door de medewerkers van alle vier disciplines samen.

Tabel 36. Vergelijking van werkelijke en geschatte percentage positieve antwoorden over alle disciplines

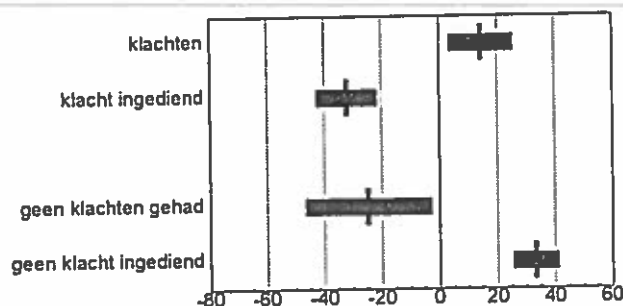
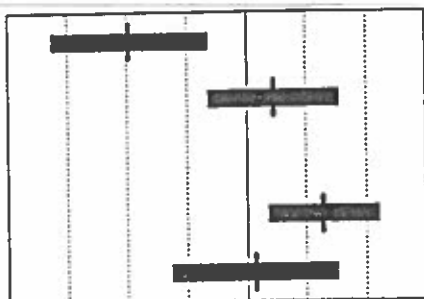
	gebruik voorzieningen	activiteiten school	informatie voorziening	geen klachten	ondersteuning van JGZ	functioneren goed	regels op school
<b>WERKELIJK</b>	28	82	79	86	73	71	77
arts	43	65	43	84	40	32	69
verpleegkundige	18	56	35	85	31	37	53
doktersassistente	39	60	44	78	25	46	69
logopedist	36	58	46	68	35	46	71
<b>TOTAAL</b>	35	62	43	77	36	37	66

Tabel 37. Vergelijking van werkelijke en geschatte percentage negatieve antwoorden naar discipline

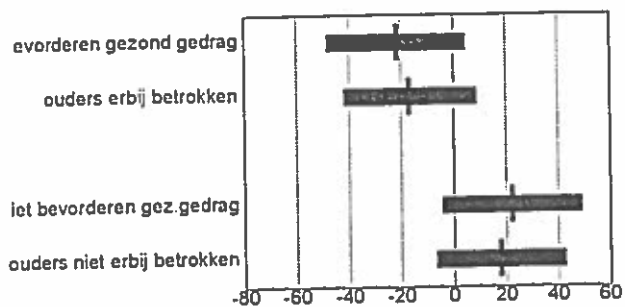
	geen gebruik voorzieningen	geen activiteiten school	informatie voorziening slecht	wel klachten gehad	geen ondersteuning van JGZ	functioneren slecht
<b>WERKELIJK</b>	72	18	8	15	18	4
arts	57	35	32	17	16	17
verpleegkundige	86	51	51	17	47	30
doktersassistente	61	40	42	22	55	37
logopedist	64	42	32	32	29	19
<b>TOTAAL</b>	67	39	39	24	32	22

In de volgende grafieken wordt per enkelvoudige vraag het verschilpercentage gegeven. Dat houdt in dat het werkelijke percentage is afgetrokken van het door de medewerkers geschatte percentage. Omdat een inzicht te krijgen in de spreiding van de geschatte percentages is zowel het gemiddelde (de dikke verticale streep) als het hoogste en laagste geschatte percentage weergegeven.

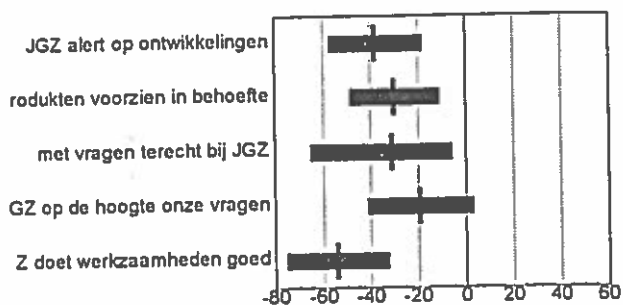
Klachten: wel/niet aanwezig en wel/niet ingediend  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



**Gezondheidsbevordering in lessen en t.a.v. ouders**  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



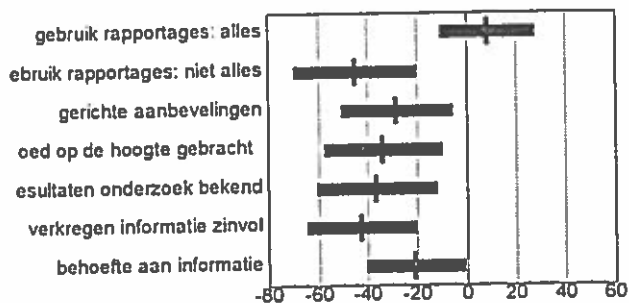
**Positief oordeel scholen over functioneren (% ja)**  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



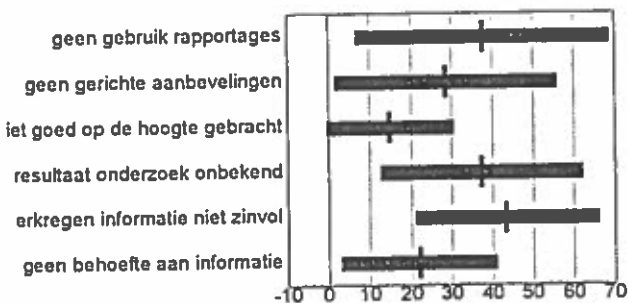
**Negatief oordeel scholen functioneren (% nee)**  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



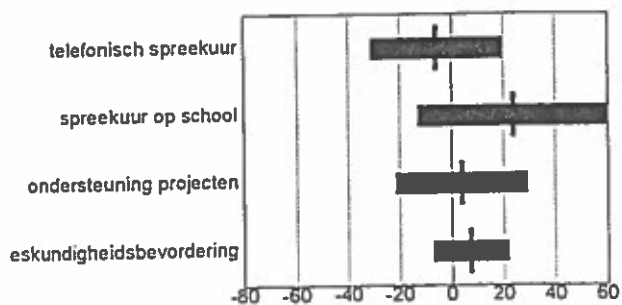
**Positief oordeel scholen over rapportages (% ja)**  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



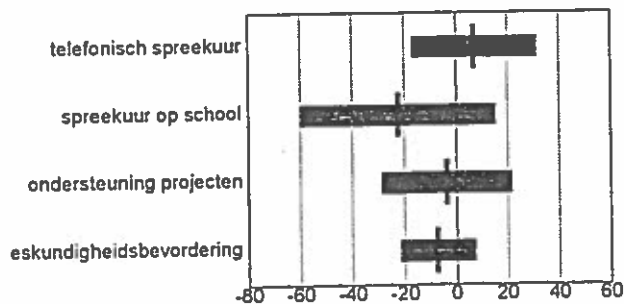
**Negatief oordeel scholen over rapportages(%nee)**  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



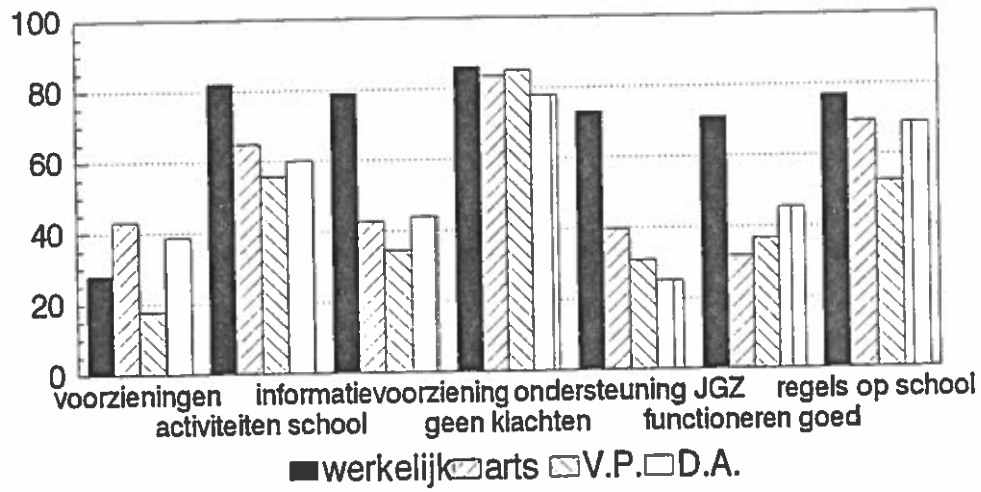
**Gebruik voorzieningen door scholen (% ja)**  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



**Geen gebruik voorzieningen door scholen (% nee)**  
verschilpercentages tussen werkelijk en geschat



Gemiddeld % positieve antwoorden per groep vragen  
vergelijking schatting artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten



Gemiddeld % negatieve antwoorden per groep vragen  
vergelijking schatting artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten

