

CONFERENTIE
"ANDERE TIJDEN, ANDERE
JEUGDGEZONDHEIDSZORG"
13 APRIL 1994

Correspondentie adres:
GGD Groningen Stad en Ommelanden
Postbus 584
9700 AN GRONINGEN



INHOUDSOPGAVE

Programma	blz. 1
Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000", gevolgen voor beleid door dhr. L. Mees	blz. 2 t/m 6
Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000", gevolgen voor de uitvoering door mw. F.M.G. Wekker	blz. 7 t/m 12
Samenstelling van de doelgroep/epidemiologische uitwerking van de kwaliteitsbeheersing door dhr. P.A. Wiegersma	blz. 13 t/m 30
De rol van de sociaal verpleegkundige door mw. F.I.R. Blaauw	blz. 31 t/m 36
De rol van de arts en doktersassistente door dhr. F. Bakker	blz. 37 t/m 41
De rol van de wijkpreventiewerker door mw. M.A. Oziël	blz. 42 t/m 45
Kwaliteitsbeheersing, enkele voorbeelden door mw. G.J. Nijhof	blz. 46 t/m 50
Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000" in de praktijk door dhr. E.J.G. Klungel	blz. 51 t/m 54
Kritische kanttekeningen bij het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000" door mw. M.L. van Weert	blz. 55 t/m 60
Forumdiscussie	blz. 61 t/m 65
Bijlagen: deelnemerslijst lijst van sprekers en forumleden	



Programma

Deel 1:

- 09.30 - 10.30 **Ontvangst en inschrijving.**
- 10.30 - 10.40 **Opening door de voorzitter van het bestuur GGD Groningen Stad en Ommelanden.**
- 10.40 - 10.50 **Inleiding door de dagvoorzitter dhr F. Wafelbakker.**
- 10.50 - 11.20 **Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000", korte geschiedenis, gevolgen voor beleid en uitvoering door mw. F.M.G. Wekker & dhr. L. Mees.**
- 11.20 - 11.35 **Samenstelling van de doelgroep door dhr. P.A. Wiegersma.**
- 11.35 - 11.55 **Koffiepauze.**
- 11.55 - 12.15 **De rol van de sociaal-verpleegkundige door mw. F.I.R. Blaauw.**
- 12.15 - 12.35 **De rol van de arts en doktersassistente door dhr. F. Bakker.**
- 12.35 - 12.55 **De rol van de wijkpreventiewerker door mw. M.A. Oziël.**
- 12.55 - 14.00 **Lunch.**
- 14.00 - 14.20 **Kwaliteitsbeheersing, enkele voorbeelden door mw. G.J. Nijhof.**
- 14.20 - 14.40 **Epidemiologische uitwerking van de kwaliteitsbeheersing door dhr. P.A. Wiegersma.**
- 14.40 - 15.00 **Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000" in de praktijk door dhr. E.J.G. Klungel.**
- 15.00 - 15.20 **Kritische kanttekeningen bij het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000" door mw. M.L. van Weert.**
- 15.20 - 15.40 **Theepauze.**

Deel 2:

-
- 15.40 - 17.00 **Forumdiscussie.**
De discussie wordt gevoerd mede naar aanleiding van vooraf schriftelijk door de deelnemers aan de conferentie ingediende vragen en opmerkingen. De discussie zal worden geleid door dhr J.A.M. Saan.
- 17.00 - 17.30 **Afsluiting door dagvoorzitter, gevolgd door hapje en drankje.**



INLEIDINGEN



Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000", korte geschiedenis, gevolgen voor beleid door dhr. L. Mees.

Dames en heren,

Allereerst wil ik mij aan u voorstellen. Ik ben Luuk Mees, beleidsmedewerker en voorlichter bij de GGD Groningen Stad en Ommelanden (GGD GSO). Ik werk sinds de zomer van 1989 bij deze GGD. Daarvoor werkte ik bij het GVO-Samenwerkingsverband in de provincie Groningen.

Zoals u in het programma hebt kunnen lezen, zullen Ineke Wekker en ik het eerste onderdeel van het programma verzorgen. Wij hebben ons zo voorbereid dat de overgang tussen mijn verhaal en dat van Ineke een logische en vloeiende is.

Het doel van deze conferentie is u enerzijds inzicht te geven in het ontwikkelingsproces wat tot de koerswijziging t.a.v. de Jeugdgezondheidszorg heeft geleid. Anderzijds willen wij graag de ervaringen met u delen die wij tot nu toe hebben opgedaan.

Ik zal u traject proberen te schetsen die tot het beleidsplan "Een gezonde jeugd in het jaar 2000" heeft geleid. Ik heb mijn verhaal opgebouwd aan de hand van een tijdsbalk. Ik heb hiervoor gekozen om u een zo goed mogelijke indruk te kunnen geven van het ontwikkelingsproces bij onze GGD. Het ontwikkelingsproces wat uiteindelijk heeft geresulteerd in de vaststelling van het plan "Een gezonde jeugd in het jaar 2000".

Ik zal u factoren noemen die van invloed zijn geweest op de ontwikkeling van het beleidsplan. Ook factoren die voortvloeiden uit een aantal reorganisatie-processen. Ik zal u aangeven wat de positieve en wat de negatieve invloeden van die factoren zijn geweest.

Door een aantal ontwikkelingen vond de GGD het noodzakelijk zich in 1989 te gaan heroriënteren op het totale beleid van de GGD. Te noemen valt:

- * Commissie Dekker "Verandering verzekerd".
- * Heroriëntatie t.a.v. algemene gezondheidsbeleid (nota 2000 en WCP).
- * Veranderende maatschappelijke omstandigheden.
- * Nieuwe risicofactoren.
- * Sociale vernieuwing.

Commissie Dekker.

De commissie Dekker geeft in haar plan aan dat de rol van de overheid t.a.v. de gezondheidszorg zich moet beperken. Het plan behelst een in zekere zin uitgewerkt pleidooi voor versterking van het marktmechanisme in de gezondheidszorg. De markt van vraag en aanbod. De overheid moet daarom terugtreden en het aanbod van zorg (ook de prijs) laten vaststellen door het vrije verkeer tussen aanbieders en gebruikers. Het plan Dekker stond eigenlijk haaks op de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg die een veel belangrijkere rol voorzag van de (gemeentelijke) overheid b.v. als een belangrijke plannende instantie. De indruk ontstond eigenlijk dat het plan Dekker alleen maar ging over de bescheidener rol van de overheid. Echter een deel is toen in de discussie onderbelicht gebleven, namelijk

de preventieve gezondheidszorg, waarvan heel duidelijk toen het belang werd onderschreven. Dekker constateerde dat er geen spontane vraag naar preventie zal ontstaan (marktmechanisme...vraag en aanbod). Simpel gezegd: zolang mensen niet ziek zijn zullen zij geen vraag preventieve gezondheidszorg formuleren. Maatschappelijk gezien bestond er echter wel in toenemende mate een behoefte aan die zorg.

Nota 2000.

De nota 2000 geeft aan dat men zich niet langer alleen moet concentreren op voorzieningen.... een totaal beleid rond gezondheid was gewenst. De nota verlegt de aandacht dan ook van een gezondheidszorgvoorzieningen-beleid naar een gezondheidsbeleid. Er werd toen veel aandacht besteed aan het gezondheidszorgssysteem (veel geld voor gezondheid en ziekte). Aandacht voor factoren die de gezondheid bedreigen was er te weinig. De gemeentelijke overheid komt daar prominent om de hoek kijken in de bevordering van gezondheid en bescherming tegen gezondheidsrisico's. Daarom moeten gemeenten basisgezondheidsdiensten in stand houden.

Veranderende maatschappelijke omstandigheden.

Een welvaartsstaat leverde allerlei problemen op die van invloed kunnen zijn op de gezondheid. De maatschappij wordt steeds complexer en vraagt daarom steeds meer van de burgers (psycho-sociale problematiek). De maatschappij wordt steeds individualistischer. Steeds meer werkloosheid, geen uitzicht op een baan, meer vrije tijd maar minder bewegen. Maar ook opgroeiende kinderen in één ouder gezinnen.

Nieuwe risicofactoren.

In het kort noem ik hier ongezonde leefwijzen, milieuvervuiling, aids, verslavende genotmiddelen. Allerlei factoren die invloed hebben op de gezondheid.

Wet Collectieve Preventie.

De komst van de Wet Collectieve Preventie vroeg een andere GGD in twee opzichten. In de eerste plaats moesten enkele voorheen niet verrichte taken een belangrijke plaats krijgen binnen de dienst. Nieuwe taken die een andere houding (attitude) van de medewerkers vragen. In de tweede plaats zal de uitvoering van bestaande taken deels in een ander licht komen te staan, namelijk van de Collectieve Preventie. Het gaat erom de gezondheid te bevorderen en te beschermen.

Beleidsplan GGD.

Deze ontwikkelingen zijn dus opgenomen in het beleidsplan "GGD GG+ 1990 en volgende jaren" (op dat moment, 1989, had de GGD 4 gemeenten in haar werkgebied). In dit plan werd een heldere, algemene koers uitgezet. De GGD dienst te veranderen van een sectarische doktersdienst (op afroep werkende, afwachtende, curatief en in aanvulling op anderen) in een actief, alert, regionaal centrum voor sociale gezondheidszorg en collectieve preventie.

Na vaststelling van het algemene beleidsplan door het bestuur en de presentatie van dit beleidsplan aan de gemeenteraden, moest worden nagedacht hoe hetgeen er in het beleidsplan stond, vertaald moest worden. Er moesten deelbeleidsplannen worden ontwikkeld met plannen van aanpak. Hiervoor werd er een nieuwe werkvorm binnen de GGD gepresenteerd "projectmatig werken". Er werden 30 projecten geformuleerd en een stuurgroep geïnstalleerd die dit proces moest begeleiden en bewaken. Uiteindelijk hebben in die tijd 11 projecten de prioriteit gekregen.

Bij de start van projectmatig werken werd met nadruk gezegd dat projectmatig werken ook werken was en dat het niets extra's was. Er moest dus een herschikking van tijdsinvestering plaatsvinden. De eerste keuzes moesten worden gemaakt. Kenmerkend van projectmatig werken is verder dat de projectgroepen worden samengesteld uit medewerkers uit de gehele dienst. De muren werden langzaam neergehaald, men leerde elkaar kennen.

Ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg moest er ook een deelbeleidsplan worden ontwikkeld. De volgende opdracht werd geformuleerd. "Ontwikkel een deelbeleidsplan voor de jeugdgezondheidszorg voor het jaar 1991 en volgende". In afwijking tot de andere projecten bestond de projectgroep voor het project jeugdgezondheidszorg uit alle medewerkers van de afdeling jeugdgezondheidszorg (25 personen).

De reden dat deze projectgroep zo breed was samengesteld was dat er naar gestreefd werd een zo groot mogelijk draagvlak vanaf het begin te realiseren. Ik werd als ondersteuner en als neutraal voorzitter aan deze projectgroep toegevoegd.

Het proces verliep niet zoals verwacht. De eerste twee bijeenkomsten maakten duidelijk dat het noodzakelijk was om eerst een aantal voorwaarden voor een goed verloop van het project te realiseren. Ik noem de volgende:

- * Kennismaking.
- * Inzicht in het werk van elkaar.
- * De medewerkers waren nog niet ontvankelijk voor een moderne benadering JGZ (vertaling van het beleidsplan).
- * Medewerkers waren niet gewend om mee te denken, een visie te ontwikkelen.
- * De eerder genoemde attitude verandering t.a.v. het werk wil niet van de ene op de andere dag, dat vraagt tijd.

Na een aantal bijeenkomsten, die in het teken stonden van het realiseren van de noodzakelijke voorwaarden, kon een start worden gemaakt met de ontwikkeling van het deelbeleidsplan. Na analyse van het algemene beleidsplan van de GGD werd er in werkgroepjes gewerkt. De plenaire terugkoppeling vanuit de werkgroepjes leverde altijd een ruime uitgebreide discussie op. Bewust werd er ruim tijd gereserveerd voor deze noodzakelijke discussies. Deze discussies gaven de ruimte om te wennen aan de noodzakelijke andere houding en te wennen aan het idee dat de tot dan toe gevolgde werkzaamheden noodzakelijk aangepast dienden te worden.

Het traject ging met de nodige ups en downs. Natuurlijk speelden de reorganisatieprocessen hierbij ook een rol (De fusie met Bedum (van 4 gemeenten naar 16 gemeenten), de vorming van de APGZ teams).

Voor het schrijven van het beleidsplan werd een redactiecommissie samengesteld. Probleem voor deze groep was dat er keuzes gemaakt moesten worden. De ideeën vanuit de werkgroepjes, op basis van het algemeen beleidsplan ontwikkeld (van individueel naar collectief), moesten worden ingebed in het totaal van de werkzaamheden. Toen bleek dat het moeilijk was om vastigheid (b.v. een PGO) los te laten. Vanuit de artsen discipline werd een sterke druk uitgeoefend om de individuele longitudinale onderzoeken overeind te houden.

In het concept beleidsplan, dat toen is ontstaan, kwam dit probleem duidelijk naar voren. Dit beleidsplan voldeed niet aan de opdracht die vanuit de stuurgroep was verstrekt. Terugkoppeling naar de projectgroep en vele discussies leverde uiteindelijk niet het gewenste resultaat op. Uiteindelijk heeft de projectgroep de opdracht teruggeven en werd er een nieuwe redactiecommissie benoemd. Deze redactiecommissie heeft uiteindelijk het beleidsplan "Gezonde jeugd in het jaar 2000" geschreven, op basis van het door de projectgroep gedane voorwerk (onder voorzitterschap van onze directeur, artsen, verpleegkundigen en beleidsmedewerkers).

Dit beleidsplan is bewust geen gedetailleerd plan, maar het geeft de koers aan die gevaren moet worden. De regioteams die inmiddels waren geformeerd, kregen de opdracht om gezamenlijk een plan van aanpak te maken. Het beleidsplan geeft wel heel duidelijk de keuzes aan die zijn gemaakt.

De presentatie van het plan aan de medewerkers van de APGZ teams bracht aan het licht dat er veel tijd zou moeten worden besteed aan het zich eigen maken van het plan en de consequenties. De vertaling naar werkplannen voor de APGZ teams leverde voornamelijk een aantal logistieke problemen op. Groeiboekjes moesten op korte termijn worden ontwikkeld en gedrukt, registratiesystemen moesten worden ontwikkeld. Iedere medewerker moest de gegevens verwerken in een computer, etc. De volgende sprekers zullen nog uitgebreid stil staan bij deze noodzakelijke activiteiten.

Ongeveer gelijktijdig met de interne presentatie moest de externe presentatie worden opgepakt. Dit bleek niet eenvoudig. Ondanks dat het bestuur accoord was gegaan met het plan bleek een aparte ronde langs alle gemeenten noodzakelijk. Niet alleen de portefeuillehouders gezondheid en welzijn, maar ook de portefeuillehouders onderwijs en ambtenaren moesten worden benaderd. Er moest uitgelegd worden wat de consequenties van het plan waren en dat dat gepaard ging met een aantal essentiële veranderingen. Ook de scholen, het onderwijzend personeel en de ouders moesten worden geïnformeerd. De traditie werd gebroken, het begrip jeugdgezondheidszorg moest anders worden uitgelegd. Al met al moest er in een hele korte tijd veel worden gedaan.

Tijdschema.

<u>Zomer 1989:</u>	Presentatie algemeen beleidsplan "GGD Groningen Goorecht Plus 1990-1995 en volgende jaren".
<u>Begin 1990:</u>	Uitwerking algemeen beleidsplan "Introductie projectmatig werken" (38 projecten).
<u>Voorjaar 1990:</u>	Opdracht uit: ontwikkel een deelbeleidsplan jeugdgezondheidszorg voor de periode 1991 t/m 1996.
<u>Zomer 1991:</u>	Presentatie concept (deel)beleidsplan jeugdgezondheidszorg.
<u>Najaar 1991:</u>	Start pilot wijkpreventie.
<u>Najaar 1991:</u>	Projectgroep geeft opdracht terug.
<u>Januari 1992:</u>	Fusie met de Bagd West en Noord Groningen, start vorming APGZ teams.
<u>Voorjaar 1992:</u>	Nieuwe redactiecommissie, formuleert aan de hand van voorwerk projectgroep.
<u>Zomer 1992:</u>	Presentatie van het plan aan de APGZ teams.
<u>Najaar 1992:</u>	Vaststelling plan door bestuur.
<u>December 1992:</u>	APGZ teams maken plan van aanpak.
<u>Januari 1993:</u>	Start nieuw beleid (inhaalslag onderwijs).

Ik wil afsluiten met een aantal tips:

- * Neem de tijd.
- * Zorg voor een breed draagvlak.
- * Geen te hoge verwachtingen.
- * Bedenk op tijd hoe u uw klanten informeert, en laat ze waar het kan ook meedenken (draagvlak).
- * Realiseer op tijd wat het betekent aan logistieke veranderingen.
- * Onderzoek de mogelijke juridische consequenties.
- * Hoe realiseer je registratie met in achtneming van het privacyreglement.
- * Wat zijn de consequenties van de registratie?
- * Zorg voor protocollen.

Ik verzeker u dat ik ervan overtuigd ben, dat wij een goede koers zijn ingeslagen. Dat het niet in een keer perfect zou verlopen, dat wisten wij van tevoren. Ik hoop dat er veel GGD-en ons zullen volgen. Ik dank u.

Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000", gevolgen voor de uitvoering door mw. F.M.G. Wekker.

Dames en heren,

U weet nu wat er aan beleidsvoorbereiding zoal gebeurd is tot aan de dag dat alle APGZ medewerkers het startsein voor het nieuwe beleid kregen.

U begrijpt dat de voorbereiding en de uitvoering ervan niet van de ene op de andere dag gerealiseerd werden.

Wat precies de beleidswijziging inhoud zal ik hier niet herhalen. U heeft allemaal een kopie van het beleidsplan gekregen en de inhoud daarvan spreekt voor zich. Om er echter zeker van te zijn dat we het over hetzelfde hebben noem ik u nog even de hoofdpunten:

1. we leggen de nadruk op een collectief preventieve ingang; individuele contacten dienen voor het oppikken van signalen voor collectieve sturing;
2. we leggen de nadruk op eigen verantwoordelijkheden;
3. we richten ons met name op achterstandssituaties en risicogroepen;
4. er vindt een verschuiving plaats van uitvoerend naar voorwaardescheppend, omdat dat laatste naar verhouding meer effect genereert. En daarom zijn
5. onze acties gericht op effect.

Vanaf het begin realiseren wij ons dat we de wijsheid niet in pacht hebben en dat een en ander een ontwikkelingstraject is. We hebben goede en achteraf minder goede plannen, stoten onze neus en krabbelen weer op, maar we zoeken naar de beste manier om de jeugd in het jaar 2000 zo gezond mogelijk te krijgen. Daarbij zijn ook suggesties van uw kant welkom. Daarom ook bent u hier vandaag uitgenodigd.

Ik wil het het komende kwartier graag met u hebben over de implementatie van het beleid, hoe we gereild en gezeild zijn vanaf de voorbereidende fase in het najaar 1992 tot nu, voorjaar 1994.

Voor de implementatie van het beleid hebben we niet gekozen voor een pilotfase of een pilotgebied. Maar wel voor een totaalplan met o.a. de volgende doelen:

1. goodwill en samenwerking bereiken;
2. de randvoorwaarden creëren voor een effectieve en een efficiënte taakuitvoering;
3. een integratie bewerkstelligen van de jeugdgezondheidszorg in het doelgroepenbeleid, ons opgelegd door de WCPV.

Mijns inziens werpt deze integrale aanpak nu reeds zijn vruchten af:

April 1994: Een gezonde Jeugd in het jaar 2000:

- * meer draagvlak;
- * meer kijk op effecten;
- * meer aanknopingspunten voor kwaliteitsbeleid;
- * meer enthousiasme.

1. Onze werkzaamheden worden steeds meer bepaald door maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Daardoor ontstaat ook een breder draagvlak. De introductie van het nieuwe beleid bij politiek en onderwijs veroorzaakte de nodige weerstand. De tegenzin in het veld wordt echter minder en de berichten over de uitvoering van taken worden positiever.
2. We hebben op grond van verzamelde gegevens meer kijk op de effecten van ons handelen; ik geef u enkele voorbeelden:
 - * Volgens het nieuwe beleid dient de GGD-inzet gerelateerd te zijn aan de mate van voorkomende of te verwachten problematiek. Aan de hand van de geregistreerde signalen van leerkrachten, ouders en GGD-medewerkers kunnen we nu al vaststellen dat er heel andere problemen op ons bordje komen dan eerder het geval was. Veel meer aandacht wordt besteed aan psycho-sociale problematiek, zowel individueel als collectief. De tijdwinst die we uit onze efficiëntere werkwijze halen wordt al meteen opgesoupeerd. Dit geeft meteen aan dat er geen sprake is van een verkapte bezuinigingsmaatregel, maar wel van meer effect bereiken daar waar het nodig is. Terecht zullen de gemeenten ons vragen dat effect aan te tonen. Daarvoor zullen we de verzamelde gegevens gebruiken.
 - * Uit de verzamelde gegevens bleek de motoriekscreening ineffectief en de mond-screening juist zeer nuttig.
 - * De aantallen hercontroles na screeningen per individuele arts bleken grote verschillen te vertonen, evenals het aantal verwijzigingen naar de curatieve sector. Protocollering en intercollegiale toetsing bleek een vereiste. U hoort daarover van Geesje Nijhof.
3. Wij hebben meer aanknopingspunten om te bepalen of we de dingen ook goed en efficiënt doen:
 - * De evaluatie onder de scholen aan het einde van het vorige schooljaar leverde ons redenen op om anders met b.v. de mailing om te gaan. We hebben geleerd dat veelvuldig post van de GGD de irritatie van de scholen opwekt, in tegenstelling tot tevredenheid die we wilden bewerkstelligen.
 - * In het kader van een bedrijfsmatige aanpak werden tijden doorgerekend. Een overschatting van beschikbare tijd van de medewerkers lag en ligt steeds op de loer. Bijvoorbeeld hoeveel tijd het kost voor de verpleegkundigen om enkele profielbesprekingen, van elk een uur, achter elkaar in de regio te plannen. De reistijd is minstens 1 uur, dus het is de moeite waard om afspraken te combineren. Maar dat gaat zo maar niet! Deze school wil na schooltijd, die met het hele schoolteam, die op de ambulante dag van de directeur etc. En als met moeite een paar scholen in de buurt van elkaar zijn afgesproken belt de middelste af! Een klantvriendelijke bejegening staat hoog in ons vaandel. Maar we zijn er nog niet uit hoever we hierin moeten gaan. Profielbespreking: oké, maar methode: vraagteken!
 - * Aan de ontwikkeling die b.v. in het wijkpreventiewerk gaande is zien we hoe iets wat aanslaat in een stroomversnelling terecht kan komen. Lenie Oziël zal u hier straks meer over vertellen.

4. Onze mensen krijgen steeds meer plezier in het werken volgens de nieuwe doelstellingen:
- * Er is de uitdaging van voorwaardescheppende activiteiten, de contacten met allerlei instanties en het daaraan voorafgaande strategische denkwerk; Frans Bakker heeft daar straks een mooi voorbeeld van.
 - * Een betere gegevensuitwisseling door de samenwerking in sub-teams geeft meer betrokkenheid. Met de verpleegkundige als spil worden werkzaamheden en signalen van een cluster scholen per wijk of gemeente afgestemd.

Wat hebben we tot nu toe aan de implementatie van het jeugdbeleid gedaan?

Vorbereidende acties.

Najaar 1992:

- * draagvlak in gemeenten;
- * opzet registratiesysteem;
- * drukwerk scholen;
- * draaiboek / werkplan;
- * scholing medewerkers.

Najaar 1992:

- * Draagvlak creëren bij portefeuillehouders volksgezondheid van onze 16 gemeenten, gevolgd door een ronde langs de wethouders en ambtenaren onderwijs. Belangrijke stap: het beleidsplan wordt door het bestuur GGD GSO aangenomen. De portefeuillehouders doen een aanbeveling aan de scholen om medewerking te verlenen bij de implementatie.
- * Een adequaat registratiesysteem moest worden ontwikkeld. Alle doktersassistenten en artsen gingen met een laptop op stap. Met ingang van het volgend schooljaar zullen ook de logopedisten volgen.
Er worden nog voortdurend verbeteringen in het systeem aangebracht. Vooral het eerste jaar waren er allerlei kinderziektes te overwinnen. Die hadden beter eerst in het klein kunnen worden uitgetest, is onze ervaring achteraf.
- * Vervolgens was er de produktie van het informatiepakket dat volgens het beleidsplan aan alle ouders van het basisonderwijs en de leerlingen van de brugklas zou worden aangeboden. We produceerden een groeiboekje, een groeikaart en een folder voor zowel basis- als voortgezet onderwijs.
- * Een draaiboek werd gemaakt voor de uitvoering van taken door de diverse disciplines op BAO en VO en de rol van de centrale administratie daarbij, vooruitlopend op de protocollen. Het draaiboek werd ingepast in de APGZ-werkplannen. Interdisciplinaire werkgroepjes deden veel van de voorbereidende activiteiten. Een voordeel was de samenwerking van medewerkers uit de drie regioteams. De vermenging van twee GGD-culturen n.a.v. de integratie kreeg hierdoor een niet onbelangrijke impuls. Maar ik moet eerlijk bekennen dat de drie-regiobrede aanpak ook tot sturingsproblemen aanleiding gaf.

- * Medewerkers werden geschoold in publieksgerichte benadering en GVO-taken. Maar ook in inhoudelijke zaken in het kader van de APGZ-vorming: achtergrondkennis voor de passieve surveillance van infectieziekten, milieuproblematiek, signalering van seksueel geweld etc.

Voorjaar 1993:

- * directeurenplatforms;
- * raadscommissies;
- * klapper 'Gezonde Jeugd';
- * klachtenbrieven.

Voorjaar 1993:

- * Ronde van de regiocoördinatoren langs alle directeurenplatforms van het Basisonderwijs in de gemeenten, hier en daar gevolgd door een toelichting in raadscommissies onderwijs. Er was onbegrip: de reacties waren heftig en in eerste instantie negatief; men gaf ons echter meestal het voordeel van de twijfel. Achteraf hadden we al bij de ontwikkeling van de ideeën de scholen erbij moeten betrekken, hoewel nu blijkt dat die ronde ook goodwill heeft geoogst.
- * Alle scholen en de kinderopvang kregen een cadeautje: de klapper Gezonde Jeugd.
- * Klachtenbrieven werden persoonlijk beantwoord.

Het schooljaar 1992/1993 is achteraf aan te merken als een jaar waarin veel werk verzet is, teveel als het de belasting van de medewerkers betreft. In de tweede helft van het schooljaar moest het hele basispakket op de scholen worden afgewerkt. Alle informatiebijeenkomsten voor ouders, screenings, hercontroles, onderzoeken op indicatie, hygiënische controles, verpleegkundige spreekuren werden volgens planning gedaan. Aan extra dingen kwamen we absoluut niet toe, maar ons uitgangspunt was voortaan: doen wat we beloven en wat we doen goed doen. Dus we beloofden dat jaar ook geen aangepaste collectieve programma's.

De tijd heeft niet stilgestaan en er is veel gebeurd.

Waar zijn we inmiddels aangekomen.

- * Wij zijn in de afgelopen periode veranderd van een intern gerichte naar een meer extern gerichte organisatie. Het evalueren van de gevolgen voor het nieuwe beleid op de scholen, en de scholen betrekken bij het ontwikkelen van b.v. leskisten is zo'n voorbeeld van externe gerichtheid, die eerder niet aan de orde was. Strategisch handelen was niet zo nodig in het oude systeem, de uitdaging is echter aanmerkelijk groter geworden.
- * Samenwerkingsafspraken met andere organisaties komen langzamerhand tot stand. Met de RGAB bijvoorbeeld (één van de School Advies en Begeleidingsdiensten) is inmiddels een samenwerkingsovereenkomst getekend. Afstemming van activiteiten en daarmee voorkómen van overlappingsen loont de moeite.

- * Met de *hoofden* Zorg van de EKO's is in goed overleg een overdrachtsysteem, gebaseerd op overdracht van zorgkinderen zonder drieluikkaart, overeengekomen. Met de implementatie op de *werkvloer* gaat het nog niet overal goed bij de consultatiebureaus. Er heerst nog teveel zorg bij de CB's dat wij niets meer met de kinderen doen. Niets is minder waar: juist de kinderen met ontwikkelings- of psycho-sociale problemen behoren tot de risicokinderen uit ons beleidsplan. Zij hebben onze zorg het hardst nodig en krijgen die dus ook.
- * Meer overleg ook met de gemeentelijke afdelingen blijkt vruchtbaar te zijn: Alcoholmatigingsprojecten, onze bijdrage aan het formuleren van gemeentelijk en regionaal gokbeleid, een aanbod voor een klachtenprocedure ongewenste intimiteiten voor leerlingen in het onderwijs zijn enkele voorbeelden van een gezamenlijke aanpak van gevaren die de jeugd bedreigen. Facetbeleid dus.

In het schooljaar 1993/1994 konden we beginnen met een totaal-aanbod aan de scholen. Via de individuele zorg is de vertaalslag naar collectieve problematiek te maken. Dit schooljaar worden m.b.t. die collectieve preventie voor de eerste keer de schoolgezondheidsprofielen opgesteld. Wij verzamelen steeds meer gegevens om in het volgend schooljaar met de scholen waar dat nodig is een programma op maat samen te stellen. Dit zgn. extra programma of 'OVV-plus-pakket' zal startpunt of onderdeel van een Schoolgezondheidsbeleid zijn.

Tenslotte laat ik u in schema zien hoe het aanbod voor Basis- en Voortgezet Onderwijs is opgebouwd.

BAO		VO		WIE
METHODE				
EXTRA PROGRAMMA	SGB	EXTRA PROGRAMMA	RISICO	RISICOGROEPEN
MODULES	PRIMAIRE GVO	MODULES		OP AANVRAAG SCHOOL/OUDERS
BASISPROGRAMMA	INFORMATIE EN VTO	BASISPROGRAMMA		IEDEREEN

Dames en heren, mijn tijd is bijna om. U merkt dat ik in mijn verhaal alleen, en dan ook nog globaal, over het werk in het onderwijs heb gesproken. Maar de jeugd bestaat uit meer doelgroepen.

Weliswaar krijgt b.v. het Regionale Jeugd en Jongerenwerk aandacht via een Ken-je-Maat project, wordt vanuit de GGD op geleide van signalen het initiatief genomen met andere instanties preventie van geweld onder de jeugd aan te pakken, en worden disco-acties en voorlichtingen op het gebied van veilig vrijen gegeven, maar er moet nog heel wat gebeuren om alle risicojeugd te kennen en te bereiken.

We staan pas aan het begin van onze missie. We hebben tijd nodig om alles in ontwikkeling te zetten en ten uitvoer te brengen, maar we zijn ervan overtuigd dat we op de goede weg zijn. Aan enthousiasme ontbreekt het niet!

Ik dank u voor uw aandacht.

Samenstelling van de doelgroep/ epidemiologische uitwerking van de kwaliteitsbeheersing door dhr. P.A. Wiegersma.

ALGEMENE STATISTISCHE GEGEVENS

Hierna wordt een overzicht gegeven van de samenstelling en kenmerken van de jeugd in het gebied van de GGD GSO.

Allereerst een overzicht van het verloop van de bevolking. In grafiek 1 (blz.21) geven de staven de percentages van stijging of daling aan van het bevolkingsaandeel ten opzichte van 1980. In de regio van de GGD GSO is een afname te constateren in de hele groep van 0 - 24 jaar met de duidelijkste afname in de groep van 1 - 14 jaar.

Deze afname was dan ook duidelijk merkbaar in de daling van het aantal kinderen in het basisonderwijs. Dat de afname in de groep van 15 - 24 jaar minder uitgesproken is ligt aan de centrumfunctie van de stad Groningen wat betreft middelbaar en hoger onderwijs. Dit is zichtbaar in grafiek 2 (blz.21), die een beeld geeft van het verloop van de bevolking in de regio van de GGD GSO. Voor de duidelijkheid is hier een onderscheid gemaakt tussen de stad Groningen en de andere gemeenten. Het is duidelijk, dat zowel voor de 0-jarigen als de groep 15 - jarigen de daling geheel voor rekening komt van de andere gemeenten en alleen voor de groep van 1 - 14 jarigen er een vergelijkbaar beeld bestaat. Overigens lijkt de daling in deze groep tot staan te zijn gekomen.

Overigens blijkt dat het aandeel van de 0 - 24 jarigen in percentage van de totale bevolking ongeveer gelijk ligt met dat van Nederland. Alleen de groep 20 - 24-jarigen is begrijpelijkerwijs groter. Een en ander is nog eens weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Bevolkingsverloop 1980 - 1993 van de GGD GSO

		1980	1985	% '80	1990	% '80	1993	% '80
Groningen	0 jaar	1.477	1.732	17,3	1.722	16,6	1.710 (37,4%)	15,8
	1-14 jr	25.124	22.342	-11,1	20.009	-20,4	20.009 (32,1%)	-20,4
	15-24 jr	36.754	37.293	1,5	36.972	0,6	37.590 (52,9%)	2,3
Andere gem.	0 jaar	3.232	2.969	-8,1	2.843	-12,0	2.858 (62,6%)	-11,6
	1-14 jr	56.572	49.532	-12,4	42.791	-24,4	42.297 (67,9%)	-25,2
	15-24 jr	37.118	39.182	5,6	37.520	1,1	33.451 (47,1%)	-9,9
GGD GSO	0 jaar	4.709	4.701	-0,2	4.565	-3,1	4.568 (1,1%)	-3,0
	1-14 jr	81.696	71.874	-12,0	62.800	-23,1	62.306 (15,4%)	-23,7
	15-24 jr	73.872	76.475	3,5	74.492	0,8	71.041 (17,6%)	-3,8
TOTAAL		160.277	153.050	-4,5	141.357	-11,5	137.915 (33,1%)	-14,0

De GGD GSO is ingedeeld in 3 regio's. De eerste regio omvat 9 gemeenten en bestaat bijna uitsluitend uit forenzen- en plattelandsgemeenten. Regio II heeft 6 gemeenten en bestaat voor het merendeel uit de verstedelijkte gemeenten. Regio III is gelijk aan de gemeente Groningen.

In grafiek 3 en 4 (blz.22) is de verdeling van de scholen en de aantallen leerlingen per regio weergegeven. De staven in grafiek 4 geven de percentages van het totale aantal leerlingen in diezelfde regio aan. Uit de grafiek blijkt duidelijk dat regio III een relatieve overmaat heeft aan voortgezet onderwijs. Verder blijkt regio I geen scholen voor speciaal onderwijs te hebben. Een en ander heeft uiteraard duidelijk invloed op de personele bezetting per regio, terwijl ook de uitgebreidheid van het gebied per regio verschillen in werkwijze met zich meebrengt. In tabel 2 zijn de aantallen en percentages nog eens weergegeven.

Tabel 2. Aantallen leerlingen per regio en per schooltype

	regio I		regio II		regio III		TOTAAL
Basisonderwijs	13.310	37,7	11.134	31,5	10.881	30,8	35.325
Speciaal onderwijs	0	0,0	1.765	41,8	2.458	58,2	4.223
Voortgezet onderwijs	4.166	19,1	5.512	25,3	12.137	55,6	21.815
TOTAAL	17.476	28,5	18.411	30,0	25.476	41,5	61.363

Kenmerken van de jeugd in de regio.

De landelijke gegevens die worden vergeleken zijn deels afkomstig uit het onderzoek van de NIPG/TNO peilstations JGZ uit 1990 en deels van het NIBUD scholierenonderzoek van 1992. De gegevens over de jeugd in Groningen stammen uit een enquête onder leerlingen in 1992.

Allereerst *enkele algemene sociale achtergrondgegevens*. In grafiek 5 (blz.23) is zichtbaar dat over het algemeen de percentages 1-oudergezinnen, tweeverdieners en allochtone jongeren wat lager liggen dan het Nederlands gemiddelde. Dat betekent wat betreft de allochtonen jongeren uiteraard dat de percentages veel lager liggen dan in de randstedelijke gebieden. De meeste van deze jongeren bevinden zich in Groningen en Hoogezand-Sappemeer en in mindere mate in Appingedam, Delfzijl.

Kijken we naar de leefstijl, dan blijkt uit grafiek 6 (blz.23) met het percentage jongeren (per geslacht en leeftijdsgroep) dat rookt, duidelijk dat over het algemeen door zowel jongens als meisjes meer gerookt wordt dan landelijk. Daarnaast blijkt dat in onze regio de meisjes gemiddeld vaker roken dan jongens.

Grafiek 7 (blz.24) laat zien dat, wat betreft het gokken, de jongens over het algemeen gunstig afsteken bij het landelijk beeld. De meisjes, zeker de 13 en 16-jarigen, die gokken liggen duidelijk boven het landelijk gemiddelde.

De jeugd bij ons steekt niet alleen wat betreft het gebruik van tabak ongunstig af bij de rest van het land. Ook het gebruik van alcohol en hasj ligt hier hoger (grafiek 8, blz.24). Grafiek 9 (blz.25) laat zien dat wat betreft de kleine criminaliteit het percentage jongeren dat wel eens een winkeldiefstal pleegt gemiddeld gelijk ligt (jongens meer, maar meisjes minder), maar dat de jongens zich duidelijk vaker schuldig maken aan vandalisme. Als we de grafiek als totaal bekijken, dan is het duidelijk dat de jongens ongunstig afsteken bij het gemiddelde van de rest van het land. Overigens zijn de landelijke gegevens afkomstig van het Ministerie van Justitie.

In 1993 is er een onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van een vragenlijst voor het vaststellen van een gezondheidsprofiel voor adolescenten. Hieraan heeft de GGD GSO samen met 9 andere GGD'en meegedaan. In grafiek 10 (blz.25) is zichtbaar hoe de jeugd van de GGD GSO zich verhoudt tot die van de andere GGD'en.

Positief scoren ze wat betreft objectieve en ervaren gezondheid (uitgedrukt in score op de VOEG, suïcide en gebruik zorgvoorzieningen en medicijnen), het percentage dat alcohol gebruikt (dit dus in tegenstelling tot de eerdere gegevens) en het percentage dat zich schuldig maakt aan winkeldiefstal. Gelijk met de andere GGD'en liggen de percentages wat betreft eigen inschatting van de gezondheid, sporten en spijbelen gelijk. Negatief blijft de jeugd in de regio van de GGD GSO scoren als het gaat om roken, marihuana en vandalisme.

Samenvattend:

Over het algemeen is er ook in deze regio sprake van een relatieve vergrijzing, die evenwel voor de leeftijdsgroep van 15 - 24 jaar wordt opgevangen door de trek van jongeren naar de stad Groningen vanwege de concentratie scholen op het gebied van middelbaar, voortgezet en hoger onderwijs.

De leefstijl van de jeugd in de GGD GSO is over het algemeen wat minder goed wanneer we deze vergelijken met het landelijk gemiddelde, met name wat betreft het gebruik van tabak en marihuana. Daarnaast is er sprake van een groter percentage, met name jongens, dat zich schuldig maakt aan vandalisme.

Vanwege het feit, dat er geen sprake is van grote concentraties allochtone jongeren is de problematiek in de stad Groningen niet vergelijkbaar met die van de randstedelijke gebieden. Hierbij moet overigens ook worden opgemerkt, dat uit onze enquête bleek dat deze groep zich alleen wat betreft het gebruik van marihuana ongunstig onderscheidde van de anderen.

Als risicogroepen kunnen verder op basis van onze enquêtegegevens worden onderscheiden: leerlingen VSO, LBO en MAVO; kinderen van ouders met een laag opleidingsniveau (hetgeen natuurlijk nauw samenhangt met het voorgaande) en kinderen uit 1-oudergezinnen (zie grafiek 11, blz.26).

EVALUATIE VAN HET PLAN JEUGD

Hierna worden in het kort drie evaluaties besproken, die werden gedaan na invoering van het Plan Jeugd.

De eerste betreft de evaluatie van de gebruikte vragenlijsten voor ouders. Het doel van deze vragenlijsten was om na te gaan in hoeverre het mogelijk was de screening op gezichtsvermogen, gehoor en motoriek te vervangen door gerichte vragenlijsten. Wanneer het antwoord hierop negatief zou zijn was de volgende vraag of de vragen in ieder geval een zinvolle aanvulling zouden kunnen betekenen bij de screeningen.

De tweede evaluatie was die van het gebruik van de protocollen door de artsen. Er waren voorafgaand aan de screeningen protocollen opgesteld met de criteria volgens welke afwijkingen aan visus, gehoor of motoriek in aanmerking zouden komen voor hercontrole (al dan niet op korte termijn) en verwijzing. Het doel van deze evaluatie was om na te gaan in hoeverre men zich in de praktijk aan deze protocollen hield.

De derde evaluatie betrof er een van de wijze waarop de werkwijze was ontvangen door de basisscholen in de regio. Hiertoe werd een lijst met vragen aan de scholen gestuurd.

I. Evaluatie gebruik vragenlijsten voor ouders.

Bij de invoering van het Plan Jeugd werd de vraag gesteld in hoeverre vragenlijsten voor ouders over met name afwijkingen aan gezichtsvermogen en gehoor een zinvolle aanvulling zouden kunnen zijn. Daarnaast vroegen wij ons ook af of het misschien zo zou kunnen zijn, dat zij zelfs in de plaats zouden kunnen komen van de screeningen door de doktersassistenten.

Op basis van landelijke gegevens en eigen ervaring werd een lijst met per item 7 vragen samengesteld. Deze lijst werd bij de oproep aan de ouders gevoegd en de bedoeling was, dat wanneer er één of meerdere vragen met 'ja' werden beantwoord dit zou worden aangegeven op de groeikaart. Op basis van de antwoorden op de groeikaart werden door de doktersassistente de antwoorden op de afzonderlijke vragen geregistreerd. Op deze wijze konden de signalen van de ouders worden vergeleken met de gegevens die voortkwamen uit de screeningen. Overigens was zowel de screening van visus als die van het gehoor geprotocolleerd. De evaluatie werd verricht op basis van de gegevens van 503 kinderen.

Wat betreft de terminologie: vals-positief werden beschouwd die gevallen waarbij de ouders aangaven dat er problemen waren en vervolgens bij de kinderen bij de screening geen afwijkingen werden geconstateerd. Vals-negatief waren dan dus die gevallen, waarbij de ouders geen klachten aangaven maar bij welke kinderen wel afwijkingen werden gevonden. In het kader van de vraag of vragenlijsten screeningen konden vervangen, waren uiteraard vooral de percentages vals-negatieven van belang.

In de grafiek 12 (blz.26) worden de percentages voor wat betreft afwijkingen aan gehoor en visus weergegeven.

Wat betreft de afwijkingen aan het gehoor werden de volgende percentages gevonden: Vals-positief waren 44% en vals-negatief 32%. Hiervan was 9% dusdanig afwijkend dat hercontroles of verwijzingen noodzakelijk waren.

Wat betreft afwijkingen van het gezichtsvermogen:

Vals-positief: 62%, vals-negatief 13%, waarvan ca. de helft (6%) dusdanige afwijkingen had, dat er een hercontrole of verwijzing werd afgesproken.

Opvallend is hierbij, dat de groeikaart vaker werd ingevuld naarmate er meer sprake was van afwijkingen bij de kinderen. Kennelijk grijpen een aantal ouders deze gelegenheid aan om afwijkingen te melden. In grafiek 13 (blz.27) is dat aangegeven. Wanneer de groeikaart was ingevuld werden er visusafwijkingen gevonden bij 12% en afwijkingen van het gehoor bij 21%. Wanneer de groeikaart niet was ingevuld waren deze percentages voor respectievelijk 10% en 13%.

Conclusie.

Wat betreft het vervangen van screeningen door vragenlijsten werd op basis van deze gegevens duidelijk dat het aantal kinderen dat gemist zou worden (de vals-negatieven) ontoelaatbaar hoog was, ook wanneer men alleen kijkt naar die afwijkingen die ernstig genoeg zijn om in aanmerking te komen voor hercontrole of verwijzing (visus 6% en gehoor 9%).

Ook als aanvullende gegevens leken de vragenlijsten geen meerwaarde te hebben. Hoogstens zou men opvoedingsadviezen kunnen koppelen aan het gegeven dat ouders denken dat de kinderen slecht horen. Uitleg over het verschil tussen horen en luisteren bijvoorbeeld..... Kortom, op basis van deze gegevens werd besloten de vragenlijst niet meer te gebruiken.

II. Evaluatie gebruik protocollen.

Zowel voor het screenen van gehoor als van gezichtsvermogen waren protocollen opgesteld, waarin onder meer werd aangegeven bij welke (graad van) afwijkingen kinderen in aanmerking kwamen voor een hercontrole op korte termijn of na circa 1 jaar, kortom een vervolgactie. Uit de 'spoedhercontroles' kwamen uiteraard vooral bij visusafwijkingen meestal verwijzingen naar de huisarts voort.

Bij de analyse van de screeningsgegevens werd vervolgens gekeken wat er in de praktijk was gebeurd (in de tabel: score medewerker) en wat er volgens het protocol had moeten gebeuren (in de tabel: score vlgs. protocol). In tabel 3 worden de resultaten van de analyse voor wat betreft het gehoor weergegeven.

Tabel 3. Resultaten bij screening op afwijkingen van het gehoor

SCORE MEDEWERKER	geen afwijkingen				hercontrole		verwijzing	
	n 12 maand %		n spoed %		n geen afw. %		n geen afw. %	
regio I	35	2,5	196	13,8	33	18,8	-	-
regio II	16	0,7	74	3,4	29	34,9	-	-
regio III	75	3,7	181	8,8	10	14,3	-	-
GGD GSO	152	2,2	505	7,2	83	22,6	-	-
TOTALEN	6966				367		20	

In grafiek 14 (blz.27) zijn de percentages misclassificaties weergegeven. De X-as geeft de score volgens het protocol aan, dus wat er eigenlijk had moeten gebeuren, en boven de staven staan de resultaten zoals geregistreerd door de medewerkers van de GGD. Weergegeven zijn de percentages per 3 regio's en over het totaal.

Wanneer we kijken naar de percentages die volgens het protocol na ongeveer een jaar hadden moeten worden teruggezien en die volgens de medewerkers geen afwijkingen hadden, dan zijn deze zeer klein; gemiddeld 2,2%.

Anders ligt het bij de kinderen die volgens protocol zeer snel zouden moeten worden teruggezien (aangegeven met 'spoed'). Hier ligt het percentage op 7,2%. Dit zijn dus de vals-negatieven. Wat betreft de vals-positieven: dit percentage ligt beduidend hoger. Dit is vanuit het standpunt van de kinderen bezien niet zo erg, maar voor de werkplanning natuurlijk minder gunstig. Overigens vallen de stevige verschillen tussen de diverse teams op. Zo zou je uit deze gegevens kunnen concluderen dat het gunstige percentage vals-negatieven bij regio II deels wordt veroorzaakt door een grotere bereidheid tot het plannen van een vervolgactie. Dit wordt dan zichtbaar in het hoge percentage vals-positieven. Andersom kan men redeneren wat betreft regio III.

In tabel 4 en grafiek 15 (blz.28) worden dezelfde gegevens voor afwijkingen van het gezichtsvermogen getoond. Hier blijkt dat bij de vals-negatieven de percentages '12 maand' duidelijk hoger te liggen dan die voor 'spoed' (gemiddeld 6,1% tegen 1,2%). Dit lijkt ook logisch gezien het feit, dat visusafwijkingen minder onderhevig zijn aan een subjectieve interpretatie van de ernst ervan zoals dat het geval is bij gehoorafwijkingen. Ook uit deze gegevens blijkt dat er nogal wat verschillen zijn tussen de diverse regio's.

Tabel 4. Resultaten bij screening op visusafwijkingen

SCORE MEDEWERKER	geen afwijkingen				hercontrole		verwijzing	
	n 12 maand %		n spoed %		n geen afw. %		n geen afw. %	
regio I	149	10,1	17	1,1	22	21,0	-	-
regio II	84	3,9	35	1,6	17	28,8	3	11,1
regio III	144	6,9	18	0,9	3	6,7	-	-
GGD GSO	435	6,1	85	1,2	50	21,5	3	8,5
TOTALEN	7054				233		39	

Samenvattend.

Op basis van deze gegevens wordt nu in de teams en discipline-overleggen verder gesproken over het al dan niet bijstellen van de protocollen en de vergelijkbaarheid van de werkwijzen. Dit gebeurt onder andere in het in eerdere voordrachten genoemde intercollegiale overleg.

III. Evaluatie basisonderwijs.

Het laatste voorbeeld van de evaluaties is die van het basisonderwijs. Hiertoe werd een enquêteformulier toegezonden aan alle scholen voor het basisonderwijs in de regio van de GGD GSO, waarin vragen waren opgenomen over de wijze waarop de werkwijze was overgekomen en in hoeverre men gebruik had gemaakt van voorzieningen en aanbod van de GGD. in de vragenlijst kwamen onder andere de volgende onderwerpen aan de orde:

bekendheid en ervaring met het Plan Jeugd
problemen in contact met medewerkers van de GGD

telefonisch spreekuur
handboek Gezondheidsbevordering

mogelijkheden tot het gebruik van GGD-faciliteiten:
informatieverstrekking algemeen

Informatie Centrum Gezondheid
GVO

In tabel 5 wordt per regio een overzicht gegeven van de antwoorden per vraag. Hoewel de percentages tussen de regio's hier en daar duidelijk verschillen, zijn geen van deze verschillen significant, dus tot toeval herleidbaar. Ondanks dat kunnen verschillen in percentages natuurlijk wel aanleiding zijn tot specifieke acties van de onderscheiden regio's.

Tabel 5. Percentages per regio en over het totaal van de antwoorden op de gestelde vragen.

	nota is aanwezig	betekenis is duidelijk	uitvoering pratig	dringende vragen	gebruikt spreekuur	handboek gebruikt	bulp bij project
Regio I	90	87	81	93	17	55	31
Regio II	94	84	88	83	11	54	23
Regio III	83	94	89	95	22	64	40
TOTAAL	91	87	85	90	16	56	30

De voorlichting over het Plan Jeugd in de vorm van het verspreiden van de nota en de eventuele uitleg erover was kennelijk redelijk goed verlopen; meer dan 90% had de beleidsnota en voor 87% van de scholen was de betekenis van de beleidsbijstelling duidelijk (zie grafiek 16). Kennelijk kon overigens de verspreiding in regio III wat verbeterd worden; in principe is natuurlijk een volledige dekking mogelijk. Daarnaast valt op dat in regio I en II de betekenis wat minder duidelijk is. Dit is terug te voeren op het feit, dat door het grote aantal scholen en de geografische verspreiding ervan niet alle scholen in die regio's uitgebreid aan bod zijn geweest ter introductie van het nieuwe pakket.

Ongeveer de helft van de scholen vond de inhoud van de nieuwe werkwijze goed tot zeer goed terwijl 44,3% het matig vonden. Slechts 8% van de scholen vond de nieuwe werkwijze onvoldoende (zie grafiek 17, blz.29). Uit de open vragen bleek dat de meeste scholen die het min of meer oneens waren met de werkwijze problemen hadden met de uitgebreidheid van het onderzoek en het contact met medewerkers van de GGD met ouders en in mindere mate de scholen zelf. De frequentie van het bezoek aan de scholen bleef immers gelijk of werd zelfs groter, evenals het aantal contacten met individuele leerlingen.

De wijze waarop het Plan Jeugd werd uitgevoerd werd door het overgrote deel (85%) van de scholen als prettig ervaren. Ook waren er in zeer weinig gevallen problemen met GGD-medewerkers (90%; zie grafiek 18, blz.29).

Opvallend is daarbij dat uit nadere analyse blijkt, dat het niet prettig overkomen van de nieuwe werkwijze alleen afhankelijk is van het feit of er problemen zijn geweest met GGD-medewerkers en het al dan niet bekend zijn met de inhoud van het nieuwe beleid. Onbekend maakt ook hier onbemind.

Het gebruik van het telefonisch spreekuur is met gemiddeld 16% laag. Dit lag slechts voor een deel aan onbekendheid hiermee (10%; grafiek 19, blz.30). In de meeste gevallen was er domweg geen aanleiding toe geweest.

Over het algemeen kon men overigens wanneer dat nodig was wel degelijk de GGD-medewerkers vinden. Ongeveer 90% van de scholen die een dringende vraag had gehad (ca. de helft van de deelnemende scholen) kon daarmee ook terecht.

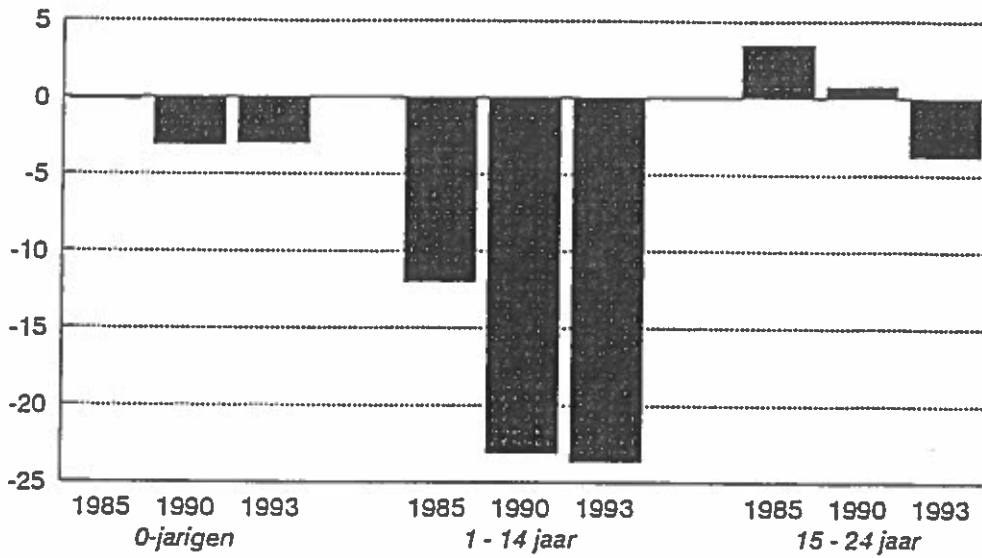
Het gebruik van het handboek was met 56% redelijk en op 1 na vonden alle scholen de inhoud nuttig en zinvol. De reden om geen gebruik te maken van het handboek was in het grootste deel van de gevallen omdat er een ander project liep en de onderwerpen in het handboek nog niet aan de orde kwamen. Overigens zijn er nog talloze nieuwe onderwerpen aangedragen door de scholen, zodat onze afdeling GVO voorlopig nog vooruit kan.

Aan het niet invoeren van hulp van de GGD bij projecten op school (gemiddeld 30%) lagen dezelfde redenen ten grondslag, dus andere projecten of nog niet aan de orde.

Opvallend is dat in beide gevallen, gebruik van handboek en hulp bij projecten, regio III er positief uitspringt. Zoals eerder gezegd is dit voor een groot deel terug te voeren op het grotere aantal scholen en de spreiding ervan in deze regio's, zodat per school de introductie en begeleiding vaak minder intensief kon zijn.

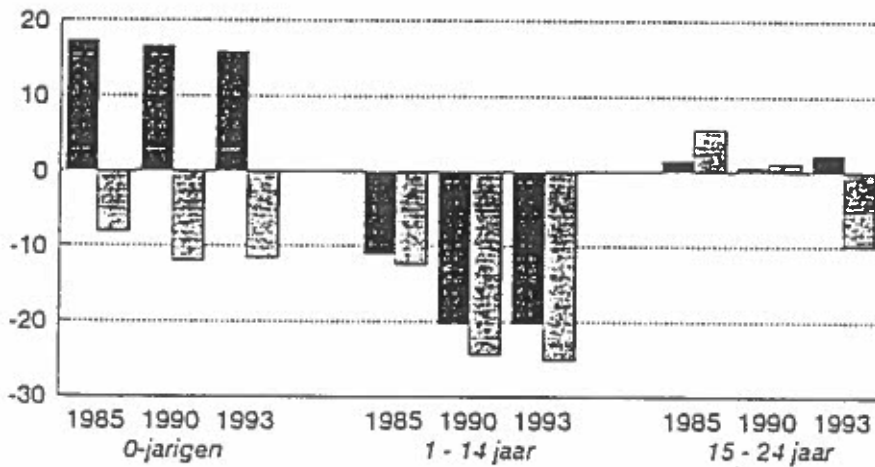
Samenvattend lijkt de manier waarop de nieuwe werkwijze is ontvangen over het algemeen gunstig te zijn. Gezien het feit dat het oordeel gunstiger is naarmate er meer bekendheid is gegeven aan de werkwijze zal blijvend aandacht moeten worden gegeven aan de voorlichting hierover. Zoals al in het begin van deze conferentie is aangegeven was deze voorlichting niet overal vlekkeloos verlopen terwijl daarnaast het gegeven dat het in regio I en II fysiek nagenoeg onmogelijk was alle scholen te bereiken, zodat daar vooralsnog moest worden volstaan met een schriftelijke toelichting ook een minder positieve uitwerking heeft gehad.

1. Verloop bevolking regio GGD GSO in percentages ten opzichte van 1980



sectie aardemetinge

2. Verloop bevolking: stad Groningen en andere gemeenten in percentages ten opzichte van 1980



■ Groningen (stad) □ Andere gemeenten

sectie aardemetinge

3. OVERZICHT SCHOLEN EN LEERLINGEN PER REGIO

REGIO I:

28% leerlingen; 119 BaO, 15 VO

Bedum, Ten Boer, Grootegast, Leek, Loppersum
Marum, De Marn, Winsum, Zuidhorn

REGIO II:

30% leerlingen; 92 BaO, 18 VO, 16 SO

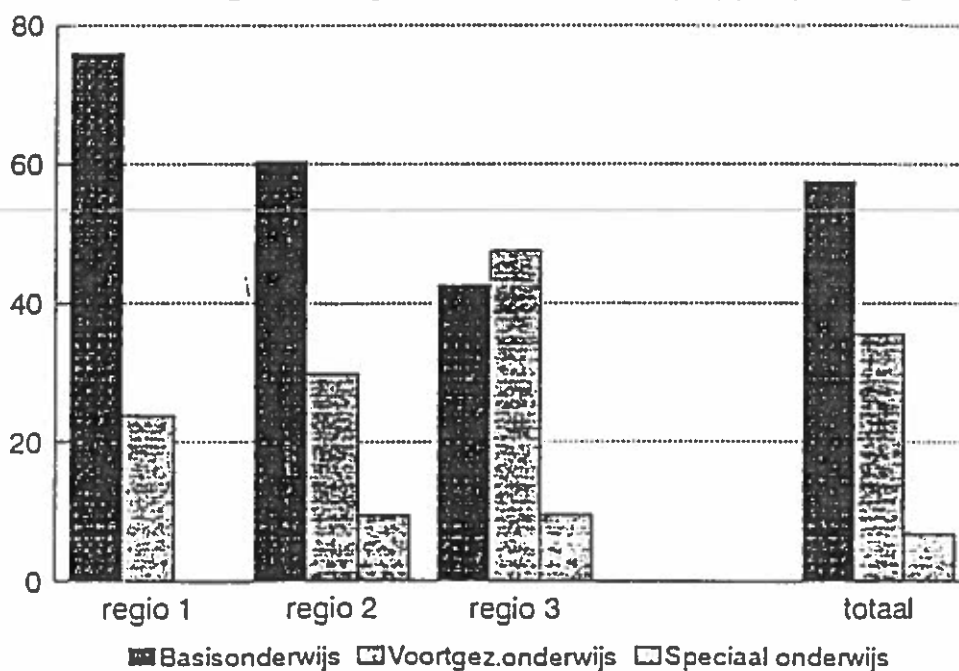
Appingedam, Delfzijl, Eemsmond, Haren,
Hoogezand-Sappemeer, Slochteren

REGIO III:

42% leerlingen; 60 BaO, 21 VO, 25 SO

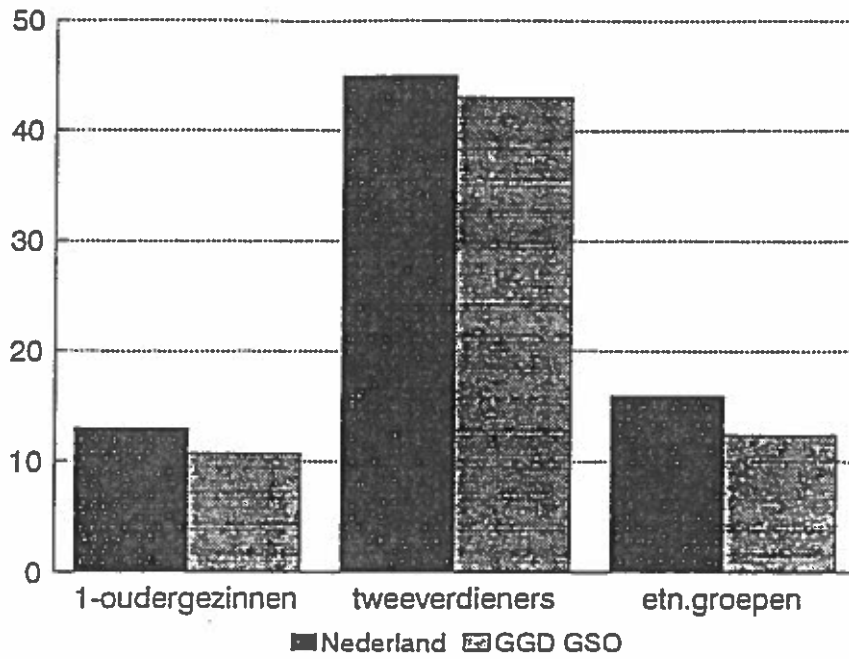
stad Groningen

4. Verdeling leerlingen over onderwijstype per regio



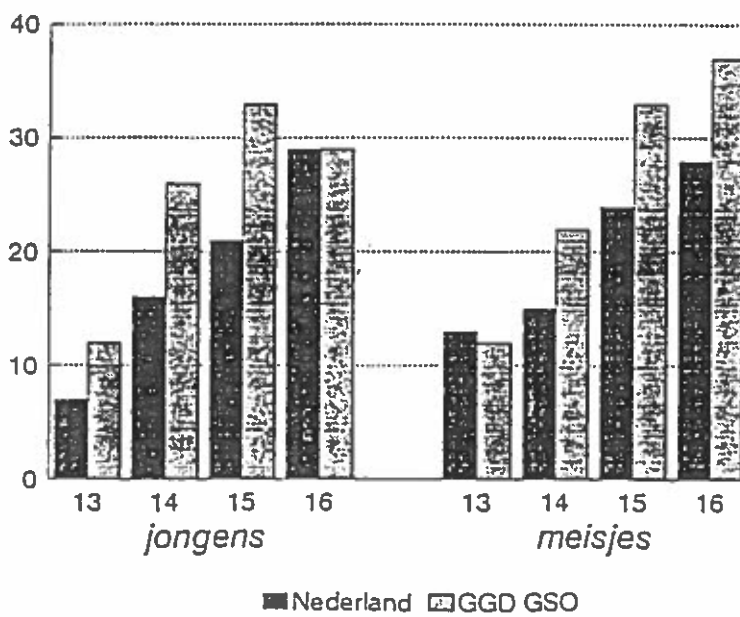
2000-2001

5. Vergelijking Nederland ('92) en GGD GSO



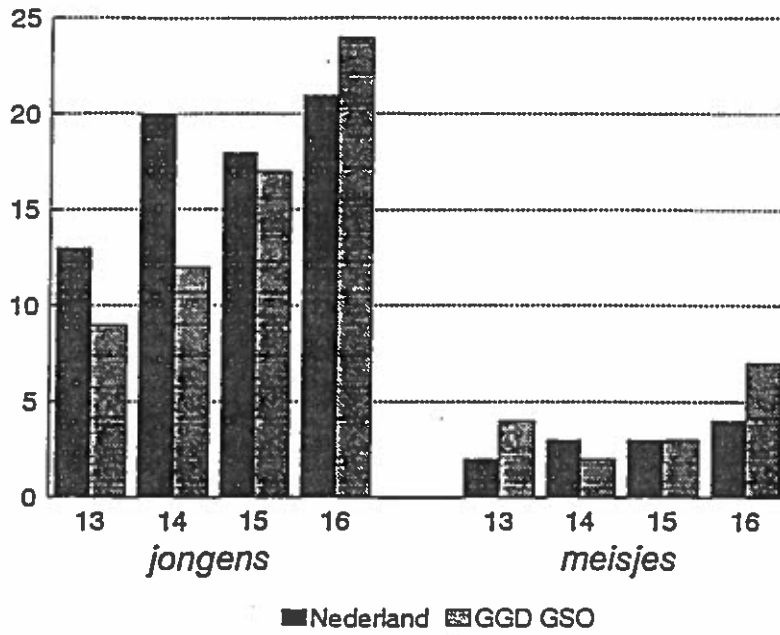
source: epidemioLogie

6. Vergelijking Nederland ('92) en GGD GSO; roken



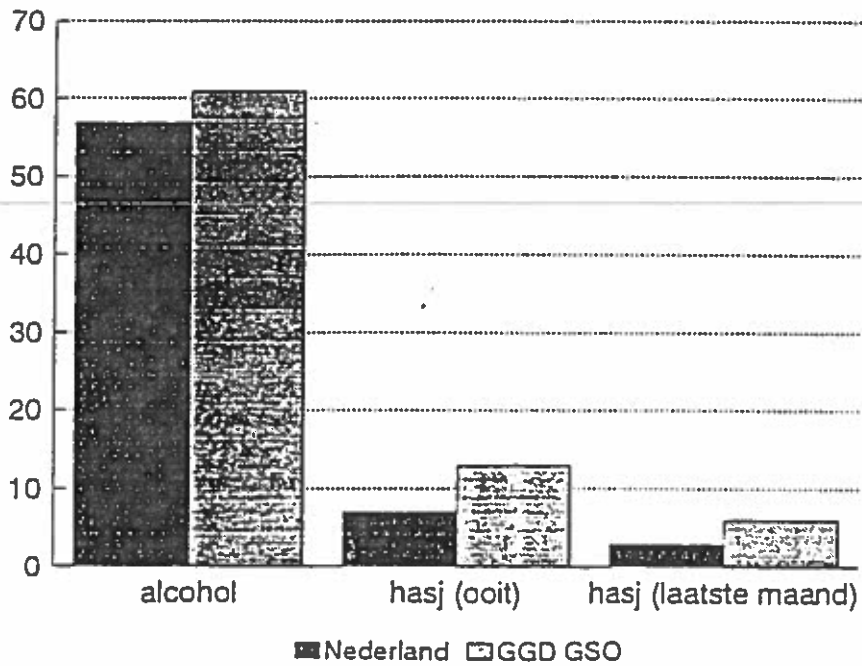
source: epidemioLogie

7. Vergelijking Nederland ('92) en GGD GSO: gokken



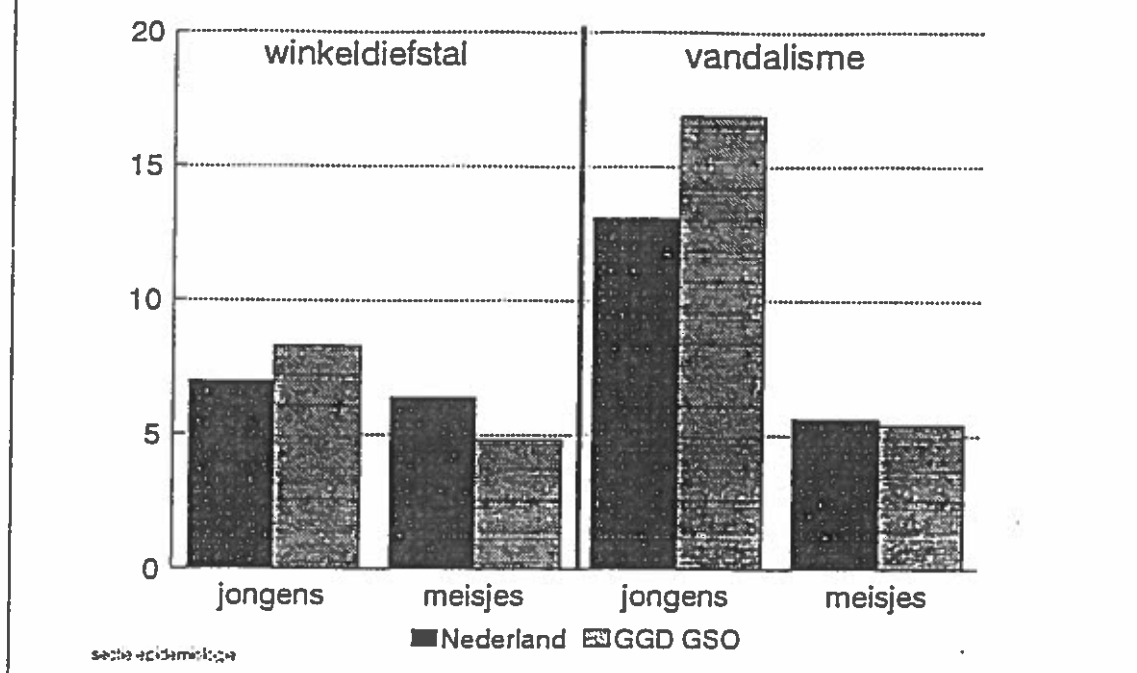
sectie epidemiologie

8. Vergelijking Nederland ('90) en GGD GSO



sectie epidemiologie

9. Vergelijking Nederland ('92) en GGD GSO



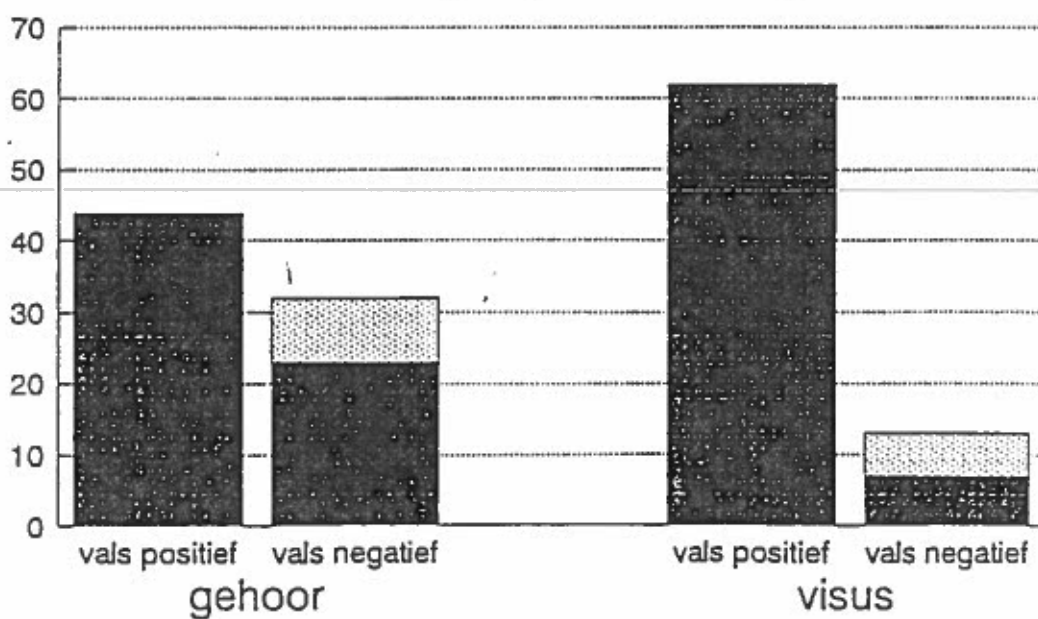
10. Vergelijking met 9 andere GGD'en (1993)

- **POSITIEF:**
 - ervaren gezondheid
 - suïcidedgedachten en -pogingen
 - gebruik zorgvoorzieningen, medicijnen en ziekteverzuim
 - alcoholgebruik
 - winkeldiefstal
- **GELIJK:**
 - gezondheid
 - sporten
 - spijbelen
- **NEGATIEF:**
 - roken
 - marihuana-gebruik
 - vandalisme

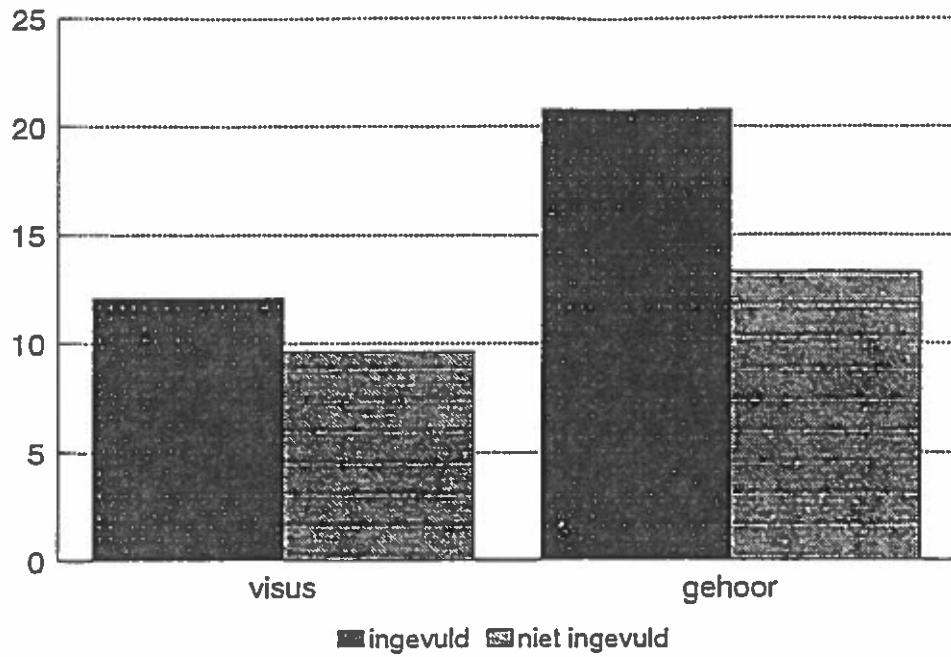
11. Risicogroepen

- Leerlingen van:
 - VSO
 - LBO en MBO
 - MAVO
- Kinderen van ouders met een laag opleidingsniveau
- Kinderen uit 1-oudergezinnen

12. Evaluatie vragenlijsten visus en gehoor

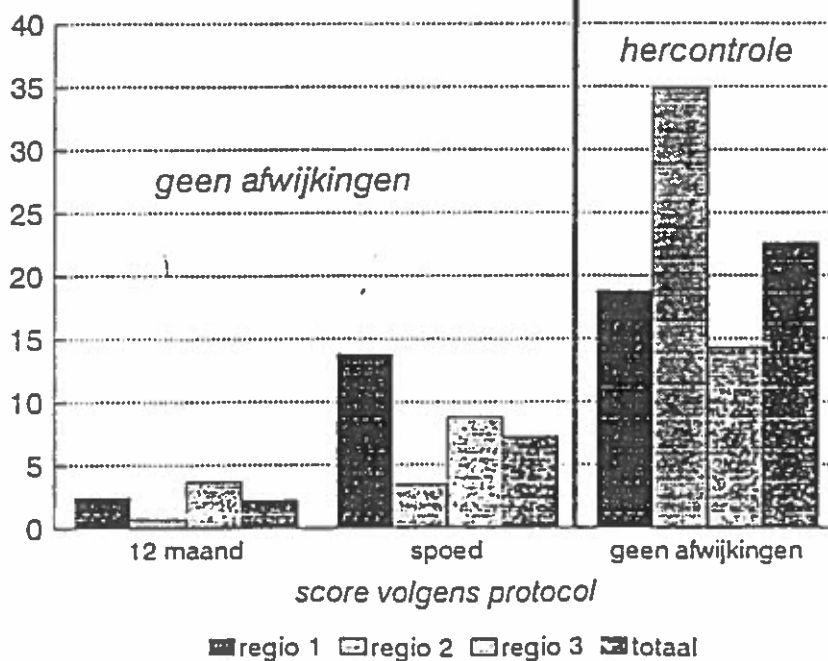


13. Afwijkingen en het invullen van groeikaarten



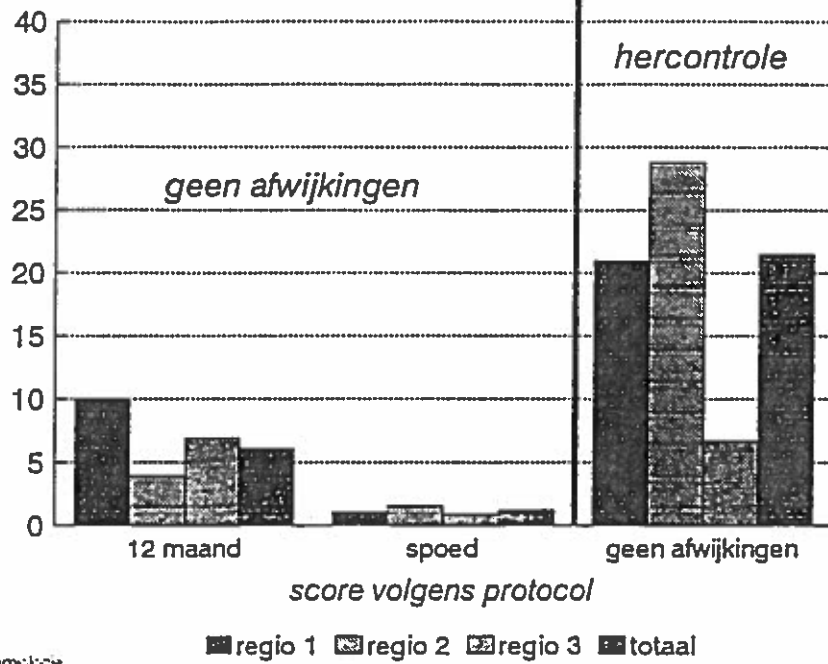
scd/e epidemiologie

14. GEHOOR: score vlgs. protocol en volgens medewerker



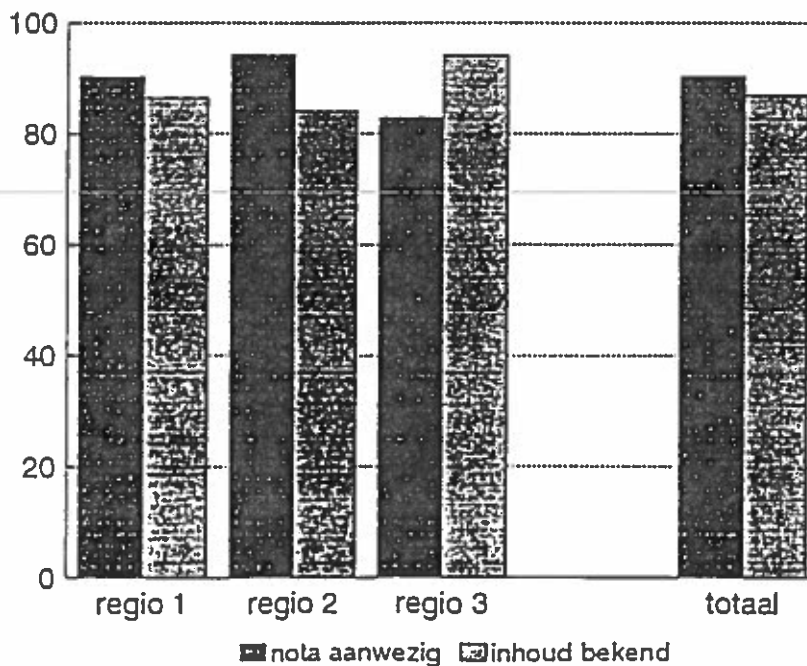
scd/e epidemiologie

15. VISUS: score vlgs. protocol en volgens medewerker



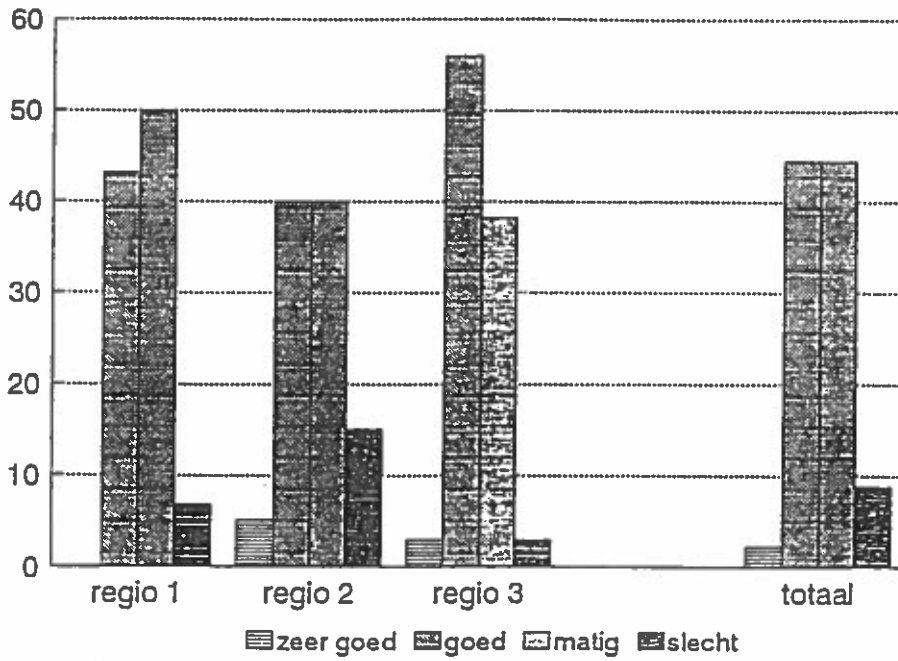
sectie epidemiologie

16. Beleidsnota aanwezig en inhoud bekend



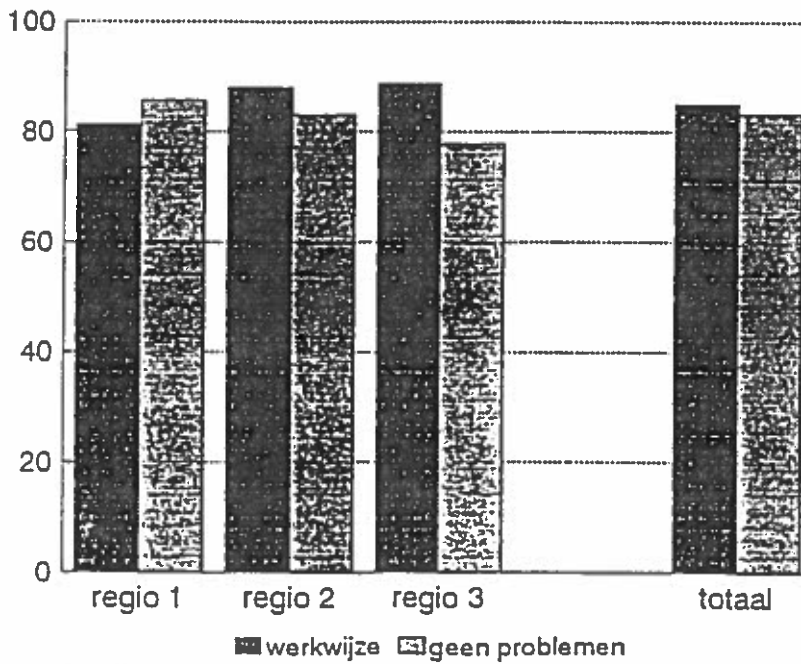
sectie epidemiologie

17. Oordeel inhoud nieuwe werkwijze



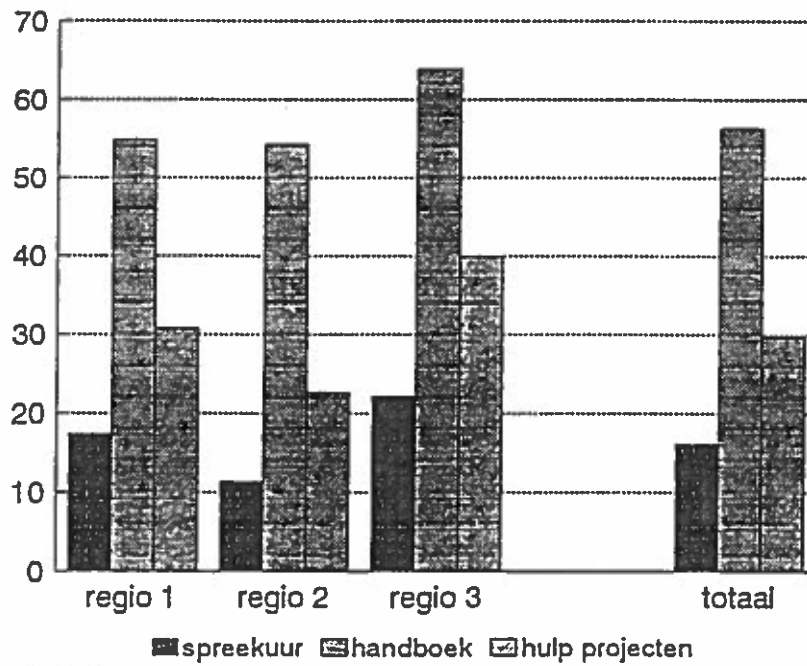
sectie epidemiologie

18. Werkwijze plezierig/geen problemen met medewerkers



sectie epidemiologie

19. Gebruik spreekuur, handboek en hulp bij projecten



sectie e-learningsite

De rol van de sociaal-verpleegkundige door mw. F.I.R. Blaauw.

Geachte aanwezigen,

Veertien jaar geleden ben ik bij de GGD Groningen komen werken. Ziekenhuiscollega's vroegen zich af waarom ik bij zo'n statische organisatie wilde werken. Een vooroordeel waar al gauw niets van bleek te kloppen.

De naam van mijn functie is bij de GGD in 14 jaar 4 keer veranderd: van schoolverpleegkundige, jeugdverpleegkundige, naar sociaal verpleegkundige tot aankomend wijkpreventiewerker. Dit zegt iets over de GGD, een organisatie die in zeer korte tijd veel veranderingen heeft doorgemaakt.

De WCPV gaf het startsein om te zoeken naar een nieuwe methodiek van werken bij de jeugdgezondheidszorg. Belangrijkste veranderingen hierbij zijn bij ieder van ons, naar ik mag aannemen wel bekend, zoals verschuiving van individueel naar collectief werken, verschuiving van secundaire preventie naar primaire preventie etc. Daarbij zoeken naar een vormgeving waar efficiënt werken een grote rol speelt. Dit betekent veranderen, iets wat uiteraard gepaard gaat met weerstand. Door enkelen van ons werd het gezien als een uitholling van de jeugdgezondheidszorg, maar de meesten zagen het toch als een uitdaging.

Voor verpleegkundigen werd het belangrijk de verpleegkundige doelen te omschrijven. Deze zijn gericht zijn op de beroepsmatige ondersteuning van zelfzorg- en mantelzorgactiviteiten.

Wat ik persoonlijk als heel positief heb ervaren bij het tot stand komen van de nieuwe werkwijze is, dat elke discipline die bij de JGZ werkte, actief betrokken werd bij het veranderingsproces. Dit heeft de motivatie bevorderd. Wel is belangrijk voor ogen te houden dat we nog steeds in het veranderingsproces zitten en er ook steeds aanpassingen komen op het gebied van de uitvoering. Een zeer dynamische dienst kun je wel stellen!

In de nieuwe organisatie heeft de verpleegkundige JGZ een hele nieuwe functie gekregen. Belangrijkste verandering is dat verpleegkundigen in plaats van een meer assisterende, een geheel zelfstandige functie krijgen binnen de afdeling APGZ. Twee taakvelden worden geïntegreerd, AGZ en JGZ. Het taakveld wordt verbreed met o.a. hygiënebegeleiding van kindercentra en bestrijding van infectieziekten bij jongeren. Naast de groep jeugd moet er ook aandacht aan andere groepen gegeven worden. De doelgroep wordt verbreed van 0- tot 100-jarigen, JGZ wordt hier een onderdeel van.

De basiswerkzaamheden van de verpleegkundige zijn : observeren, signaleren, analyseren, begeleiden/verzorgen, stimuleren, adviseren en voorlichting geven. De nadruk ligt op de coördinerende en voorwaardescheppende rol van de verpleegkundige.

Rol verpleegkundige:

- coördinerend;
- voorwaardescheppend;
- ondersteunend.

De coördinerende rol houdt in dat zij op de hoogte is van, en zorg draagt voor, meer afstemming in het aanbod van preventieve activiteiten aan jeugdigen. Bovendien onderhoudt zij contacten met instellingen en organisaties die zich met dezelfde doelgroep bezighouden, bijvoorbeeld schoolbegeleidingsdiensten en het bureau vertrouwensartsen.

Met voorwaardescheppend wordt bedoeld dat zij in moet kunnen springen op signalen betreffende maatschappelijke vraagstukken die actueel zijn, of signalen betreffende gezondheidsproblemen die binnen de doelgroep of op school leven. Voorbeelden zijn de soa/aids problematiek en toenemende agressie, en oplossingen zoeken in de voorwaardescheppende sfeer. GVO-functionarissen hebben hier een belangrijke ondersteunende rol in. Zij zorgen ervoor dat voorlichtingsmaterialen aanwezig zijn.

Aan het participeren van de doelgroep wordt meer aandacht gegeven. Mantelzorg (ouders, ouderraden en leerkrachten) wordt ingeschakeld bij het aanpakken van collectieve gezondheidsproblemen. Een voorbeeld is de aanpak van het luizenprobleem waar veel scholen mee te kampen hebben. Op school wordt een groepje ouders met toestemming van ouderraad, kennis en vaardigheden bijgebracht om dit probleem beheersbaar te houden. Hierdoor betrek je ouders /verzorgers bij schoolgezondheid en leren zij zelf oplossingen te zoeken voor het gezondheidsprobleem. Bovendien word ik nu geen 'pieteszuster' meer genoemd.

Ouders vragen via ouderraden ook steeds meer aandacht en ondersteuning voor verbetering van de leefomgeving in en om de school b.v. t.a.v. verkeersveiligheid of b.v. over pesten in en om de school.

Essentieel is dat de verpleegkundige zich bezig houdt met basiszorg. Dit betekent het ondersteunen van de zelfzorg en mantelzorg. Deze is gericht op het bevorderen van kennis en vaardigheden over basisgezondheid bij jongeren, ouders en leerkrachten, o.a. omgaan met hygiëne, voeding en omgaan met elkaar.

Met deze huidige werkwijze wordt er op een meer overstijgende manier gekeken naar de doelgroep. Dat wil zeggen dat we niet alleen naar het individuele kind kijken maar deze ook in de groep geplaatst zien. Zowel het eerste (het gezin) als het tweede (de school) en derde milieu (de omgeving) wordt erbij betrokken. Dit geeft je een beter inzicht in wat er met de doelgroep gebeurt.

Ik wil u nu graag iets vertellen over de werkwijze.

De stad is opgedeeld in stadsdelen. Iedere verpleegkundige heeft 1 stadsdeel bestaande uit een aantal wijken. In de provincie is de indeling gemaakt naar een aantal gemeenten. De rol van de sociaal verpleegkundigen is bij alle drie regioteams gelijk, maar de uitvoering van taken is enigszins verschillend. De reden hiervan is dat in de provincie per verpleegkundige fte meer scholen te bezoeken zijn. De werkwijze is voornamelijk aangepast op wat betreft de frequentie in overleg met scholen en ouders.

De verpleegkundige is op de basisschool contactpersoon tussen ouders/leerkrachten en het GGD team welke bestaat uit een APGZ arts, een sociaal verpleegkundige en een assistente. De verpleegkundige onderhoudt structurele contacten met de schoolleiding en/of het schoolteam. Dit gebeurt minimaal twee maal per jaar. Het eerste gesprek is een voorbereidend gesprek op de screenings van groep 2 en 4. Het tweede structurele contact vindt plaats aan het einde van het schooljaar, waar samen met de school een schoolprofiel gemaakt en besproken wordt. In het schoolprofiel komt de uitslag van de screening en drie volgende aandachtsvelden aan de orde:

1. Begeleiden groei en ontwikkeling.
2. Bevorderen van gezond gedrag.
3. Verbeteren van leef-werkmilieu.

Van deze drie aandachtsvelden (overgenomen uit het landelijke project SGB) wil ik enkele voorbeelden geven in:

ad 1. Begeleiden groei en ontwikkeling.

Contact op indicatie.

Leerkrachten krijgen ieder jaar een vragenlijst. Deze biedt hen de mogelijkheid om gesignaleerde gezondheidsproblemen van kinderen uit alle jaargroepen door te geven. Het gaat om kinderen die niet onder behandeling zijn van een specialist, RIAGG, Schoolbegeleidingsdienst of ander zorgsysteem. De ingevulde lijst wordt door de verpleegkundige en de betreffende leerkracht besproken om te overleggen of verder onderzoek gewenst is. Wanneer dit het geval is wordt door de school toestemming gevraagd aan de ouders. De verpleegkundige coördineert de zorg en bespreekt zonodig de gesignaleerde problematiek in het GGD team. Overlegd wordt wat er moet gebeuren. Dit kan een gesprek met ouders en kind door de verpleegkundige of een onderzoek door de schoolarts zijn. Het kan hierbij gaan over o.a. motorische ontwikkeling, gezichtsvermogen, gehoor-, gedrags- en opvoedingsproblemen, of andere.

Tijdens de profielbespreking wordt geïnformeerd naar de deskundigheid van leerkrachten t.a.v. signalering bij groei en ontwikkeling. Waar nodig krijgt dit onderwerp extra aandacht.

Overdracht van zorg (risico kinderen).

De overdracht van zorg door de Stichting Thuiszorg naar de GGD geschiedt d.m.v. een overdrachtsformulier. Dit gebeurt met toestemming van de ouder/verzorger. Meestal wordt door een cb-arts of een verpleegkundige mondelinge toelichting gegeven. In mijn stadsdeel heb ik structureel overleg met de wijkverpleegkundigen. Wat er met de kinderen moet gebeuren wordt besproken in het GGD team en zonedig met de school. Goed contact met de wijkverpleegkundigen en cb-artsen van de Stichting Thuiszorg is een voorwaarde om deze vorm van overdracht een kans van slagen te geven. Hier wordt nog steeds aan gewerkt.

Bevorderen gezondheidsverantwoordelijkheid ouders (brochure gezonde basis, lengte en gewicht).

Om de gezondheidsverantwoordelijkheid van ouders te vergroten en ze meer te betrekken bij schoolgezondheid wordt voor ouders van alle nieuwe kinderen een voorlichtingsbijeenkomst gehouden. Doel hiervan is een kennismaking met de verpleegkundige van de school en het geven van informatie over wat de GGD ouders te bieden heeft. Ook wordt er toelichting gegeven op de door de GGD aangeboden brochure gezonde jeugd. Voorafgaand aan de bijeenkomst krijgen ouders deze brochure toegestuurd.

Deze brochure is een vergelijkbaar vervolg op het 'groeiboekje' van de Stichting Thuiszorg. Hierin staat gezondheidsinformatie voor ouders van schoolgaande kinderen.

Bovendien zijn er in de brochure vragenlijsten opgenomen die ouders, voorafgaand aan de screening, in kunnen vullen.

Groeigegevens van lengte en gewicht kunnen door ouders bijgehouden worden. Hoe kinderen te meten en te wegen staat beschreven in de brochure. De gegevens kunnen op de groeikaart, die in de brochure zit, worden ingevuld. Zo kunnen ouders zelf een 'groeicurve' bijhouden. Het belang hiervan wordt uitgelegd tijdens de informatiebijeenkomst. Met school wordt overlegd wanneer en waar de informatiebijeenkomst te houden, om zoveel mogelijk ouders te bereiken.

Tijdens de profielbespreking wordt samen met de school nagegaan wat er veranderd moet worden om toch een zo groot mogelijk aantal ouders te bereiken.

Het is wel gebleken dat daar, waar de PR rond voorbereiding en versturing van uitnodigingen, het moment van de introductiebijeenkomst en het extra benadrukken van leerkrachten om de groeikaart in vullen en mee te geven, een belangrijke rol speelt bij de grootte van de opkomst. Bovendien is het bevorderen van die gezondheidsverantwoordelijkheid een proces van jaren. Dit heeft te maken met een mentaliteitsverandering. In het schoolprofiel wordt opgenomen hoeveel zorgkinderen de school heeft en hoe het zorgsysteem binnen de school is opgezet.

Zorg op maat.

Wij noemen dit ook wel het OVB plus pakket. Dit geldt voor scholen met een OVB status, scholen waar kinderen zitten die opgroeien in achterstandssituaties. Hiervoor komen ook scholen in aanmerking die zelf signalen afgeven of door het GGD team aangedragen worden. Samen met het schoolteam wordt gezocht naar een manier om zo

veel mogelijk ouders te bereiken. Er kunnen aanpassingen worden gemaakt op het basispakket, zoals bijvoorbeeld: het houden van een inloopsprek uur door een APGZ arts of verpleegkundige, een individueel gesprek na of voor de screening met ouders van groep 2 en 4, en het coördineren van, of zelf geven van voorlichting over specifieke gezondheidsproblemen.

Buurtnetwerk jeugdhulpverlening.

De landelijk ontwikkelde methodiek van buurtnetwerken jeugdhulpverlening worden ook in Groningen toegepast. In de stad zijn inmiddels 5 goed lopende buurtnetwerken. Er zijn steeds meer wijken die in aanmerking komen voor een buurtnetwerk in verband met een stijgend aantal gezondheidsproblemen. In het kader van de vangnetfunctie van de GGD zullen dit kalenderjaar door twee verpleegkundigen twee buurtnetwerken worden opgestart. Zij nemen voor 1 jaar de coördinatie op zich.

ad. 2 Bevorderen van gezond gedrag.

Dit onderdeel krijgt in de profielbespreking op school een belangrijke plaats. Door de verpleegkundige wordt gevraagd wat de school doet ten aanzien van bevorderen van gezond gedrag bij jongeren. Ter sprake komt onder andere de bereikbaarheid van gezondheidsinformatie zoals:

- Het plaatsen van door de GGD aangeboden schoolkrantartikelen 3 keer per jaar.
- Maakt de school gebruik van het informatiecentrum gezondheid van de GGD.
- Op welke wijze krijgen gezondheidsthema's op school aandacht.
- Is de school voldoende op de hoogte van de door de GGD ondersteunde lesmaterialen zoals leskisten.
- Heeft de school gebruik gemaakt van het handboek gezondheidsbevordering 'gezonde jeugd'. Een handboek, dat vorig jaar door de GGD is aangeboden aan alle scholen. Ieder (half)jaar wordt gezondheidsinformatie omtrent een gezondheidsonderwerp aangeboden. Het is voorzien van o.a achtergrondinformatie, lessuggesties ouderbetrokkenheid en regels en afspraken binnen de school

ad 3. Verbeteren van leef/werkmilieu.

Ook wordt er aandacht gegeven aan het verbeteren van het leefklimaat. Eens in de drie jaar wordt door de verpleegkundige een onderzoek gedaan naar hygiëne en veiligheid in en om de school. Vijf jaar geleden zijn we gestart met dit onderzoek. Verschillende onderzoekslijsten zijn uitgetest. Er wordt op dit moment de laatste hand gelegd aan een volledig gestandaardiseerde onderzoeksmethode en geautomatiseerde verslaglegging. Volgens een planning worden de scholen onderzocht. Op indicatie van schoolleiding of GGD kan een extra onderzoek gepland worden.

Tenslotte:

Ik heb geprobeerd u een indruk te geven over de rol van de sociaal verpleegkundige en een deel van de werkzaamheden toe te lichten bij deze 'andere JGZ'. Uit schriftelijke evaluaties met scholen blijkt dat ze niet afwijzend tegenover de nieuwe werkwijze staan.

Ook voor hen geldt dat dit meegroeien is met een veranderend beleid. De reacties van scholen uit mijn stadsdeel zijn positief. Men vindt de toegankelijkheid, de bereikbaarheid en de continuïteit verbeterd.

De gezondheidsprofielen geven langzamerhand inzicht in de collectieve gezondheidsproblemen op school. Risicogroepen kunnen zo deels worden opgespoord.

Veel aandacht zal besteed moeten worden aan het benaderen van moeilijk bereikbare groepen zodat gerichte gezondheidsprogramma's kunnen worden afgestemd. Goede prioritering en planning van werkzaamheden zijn van belang. We zijn ons er van bewust dat we nog midden in het veranderingsproces zitten en er nog veel te doen is, maar aan enthousiasme zal het niet ontbreken.

De rol van de arts en doktersassistente door dhr. F. Bakker.

Zoals u begrepen hebt is de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg binnen de GGD GSO fors veranderd. Om de wijzigingen toe te lichten wil ik graag een tocht door de recente geschiedenis maken.

Een jaar of 10 á 12 geleden werd JGZ uitgevoerd d.m.v. Periodieke Geneeskundige Onderzoeken door een arts, geassisteerd door een verpleegkundige. De frequentie van de PGO's was bijna éénmaal per twee jaar. In ieder geval onderging bijna ieder kind gedurende de schoolcarrière 4 á 5 maal een PGO. Langzamerhand is er een verschuiving ontstaan naar minder PGO's, assistentie van de arts door een doktersassistente en meer zelfstandig werkzaam zijn van de sociaal verpleegkundigen.

Deze wijziging was ontstaan door het inzicht dat de hoge PGO-frequentie vooral op historie was gebaseerd, en te weinig effect (t.o.v. de inspanning) had op de volksgezondheid. Er moest verder efficiënter omgegaan worden met de mogelijkheden van de verpleegkundigen (ze werkten fors onder hun niveau), en daarnaast speelde de noodzaak om efficiënter te werken, door beperktere middelen. Deze toch forse veranderingen hebben eigenlijk geen enkele reactie opgeleverd bij cliënten als ouders en scholen.

Ondanks deze verschuivingen bleek er nog steeds geen tijd over te blijven voor zaken die langzamerhand steeds belangrijker bleken te worden, zoals meer aandacht voor risicogroepen, meer aandacht voor beleidsadviesing (richting gemeentebesturen, maar ook b.v. richting scholen), meer aandacht voor gezondheids-, voorlichting en opvoeding en bevorderen van schoolgezondheidsbeleid. Daarvoor was nog steeds geen tijd, omdat contact op individueel niveau eigenlijk alle beschikbare tijd opsoupeerde. Overigens was er ook bijvoorbeeld bij langdurige ziekte nauwelijks de mogelijkheid achterstand in toegezegde individuele contacten in te halen.

Een gevolg van deze werkwijze was, dat er te weinig mogelijkheid bestond om ons te profileren naar gemeentebesturen. De GGD werd door gemeentebesturen dan ook gezien als een instelling op grote afstand, waardoor wij werden "vergeten" bij zaken als de opzet van een bureau Jeugdhulpverlening (het zou toch heel logisch zijn geweest als gemeenten ons, als gemeentelijke instelling, om advies hadden gevraagd) en de opzet van gemeentelijk verslavingsbeleid.

Ik geef een korte opsomming van sterke en zwakke kanten van het vroegere beleid.

- * Er was een redelijke bewaking van groei en ontwikkeling; een redelijke vroegopsporing van lichamelijke afwijkingen; bijna alle kinderen (met de moeder) uit zwak-sociale groepen werden gezien; er was mogelijkheid tot gerichte advisering.
- * Wat al goed was gedaan op het CB werd eigenlijk nog eens helemaal over gedaan.
- * Er was weinig mogelijkheid gedrag te beïnvloeden (al hadden we vaak wel die pretentie), en zeker niet op collectief niveau; de ouders en kinderen kregen een vals soort zekerheid ("mijn kind is weer goedgekeurd; het gaat goed; ik hoef er verder weinig aan te doen").

- * De wijze van werken was zeer arbeidsintensief en werd uitgevoerd door hoog gekwalificeerd personeel.
- * Er was geen "zicht" op de gezondheid van de bevolking (op een vraag van een gemeentebestuur "hoe gezond is nu eigenlijk onze bevolking", of "zijn er in onze gemeente specifieke risicofactoren voor de gezondheid waaraan wij iets zouden moeten doen" konden wij geen antwoord geven).
- * Voor contacten met andere instanties, zoals OBD, RIAGG, MW, jongerenwerkers, St. S&O bestond nauwelijks tijd.

Ik zal nu schetsen wat de huidige werkwijze van artsen en doktersassistenten inhoudt, waarna ik een concreet voorbeeld van de veranderde werkwijze geef.

Er is voor gekozen om niet meer standaard een dossier van een leerling aan te maken. Ook de dossiers van de consultatiebureaus worden niet meer standaard verwerkt. Verrichtingen worden verwerkt in een registratieprogramma op een notebook-computer. Van kinderen die verwezen worden, of waarbij bevindingen zijn waarvoor revisie nodig is, wordt een dossier aangemaakt. Alleen in geval van geplande revisie, of als een kind in de toekomst speciale zorg of aandacht nodig heeft blijft een dossier in de computer van de arts. In de computer van de centrale administratie worden verrichtingen verwerkt en blijven dossiers bewaard volgens het privacyreglement (en blijven dus ook in te zien voor ouders).

Van de ouders wordt gevraagd groeigegevens (in een "parent held dossier") en vaccinaties zelf bij te houden. Dit boekje is meer bedoeld om voorlichting te geven, en om ouders in de gelegenheid te stellen wegens eigen interesse groei bij te houden, dan als hard gegeven voor controle van bijvoorbeeld de lengtegroei. Er is immers voor gekozen niet standaard de groei en ontwikkeling longitudinaal te vervolgen.

Basisonderwijs:

De verpleegkundige is de contactpersoon voor ouders, school en andere instanties. Nadat de school en ouders is gevraagd naar bijzonderheden betreffende het kind, en door CB aangedragen opmerkingen zijn verwerkt, worden de kinderen van groep 2 gescreend door de doktersassistente op visus, gehoor en gebitstoestand. Ook in groep 4 vindt een screening plaats door de assistente, dan alleen op gehoor en visus.

Duidelijke afwijkingen van de visus worden dan verwezen door de arts. Geringe afwijkingen van gehoor en visus worden in het registratiesysteem genoteerd als revisie, en rollen t.z.t. automatisch uit de computer. Twijfelgevallen wat betreft gehoor en visus worden door de arts beoordeeld. Daarnaast is er de mogelijkheid voor de kinderen uit alle groepen om voor onderzoek op indicatie in aanmerking te komen. Bijvoorbeeld n.a.v. signalering door CB, school of onderwijsbegeleidingsdienst. Onderzoek van kinderen door de arts gebeurt binnen enkele weken na het bezoek van de doktersassistente en zoveel mogelijk in aanwezigheid van de ouders.

Assistente en arts communiceren uiteraard met directie en leerkrachten, en trachten (ook tijdens de screening) bijzondere individuele en collectieve problematiek waar te nemen. Waarnemingen worden besproken in een z.g. subteamoverleg, wat een overleg is van alle teamleden die met scholen in een bepaald gebied te maken hebben. Onder leiding van de schoolcontactpersoon (de verpleegkundige in dit geval) wordt afgesproken wie, hoe met bepaalde problematiek aan het werk gaat.

Uiteraard is het mogelijk kinderen die extra zorg behoeven regelmatig weer te zien. Ik moet hier nog opmerken dat in een deel van het werkgebied van de GGD GSO de kinderen voor het onderzoek door de assistente worden gescreend op spraak en taalontwikkeling door een logopediste.

Na groep 4 vinden gedurende de basisschoolperiode geen onderzoeken van complete groepen meer plaats.

Wij zijn w.b. de individuele zorg zeer afhankelijk van wat de CB-artsen en verpleegkundigen, ouders en vooral school aangeven. Overigens is dit niets nieuws: ook tijdens een PGO was deze informatie onmisbaar. Wel is het zo dat hierop nu nog meer de nadruk wordt gelegd.

Het zogenaamde basispakket wordt uitgevoerd volgens strikte protocollen, die regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld zullen worden. Geesje Nijhof zal uitgebreid terugkomen op protocollering. De uitvoering van screenings is gebonden aan bepaalde functies. Ik vermeld dit apart, omdat de uitvoering van veel andere werkzaamheden niet aan bepaalde functies is gebonden. Zo kan bijvoorbeeld de opzet van Schoolgezondheidsbeleid of deelname in netwerken zowel door artsen als verpleegkundigen geschieden.

Over de contacten van de GGD met het SO kan ik kort zijn. Hier is weinig veranderd. Op dit moment worden daar bijvoorbeeld nog steeds de drieluik-dossiers gebruikt. Wat betreft de individuele aandacht zal er in de nabije toekomst waarschijnlijk ook niets veranderen. Wel is het noodzakelijk, door de dwang van bezuiniging, efficiënter te gaan werken t.a.v. overleg en vergaderingen. Aan het oplossen hiervan wordt op dit moment gewerkt.

Ik kom nu op de contacten met het VO.

Hier is de arts contactpersoon. T.a.v. de individu-gerichte contacten vormen screening in de brugklas en spreekuren de hoofdmoot. In de eerste klas worden alle leerlingen, na een kennismakingsgesprek in de klas, gescreend op houdingsafwijkingen en kleurenzien. Op elke school en dependance wordt maandelijks een spreekuur gehouden. De opzet van een dergelijk spreekuur wordt zoveel mogelijk ingebed in het totale netwerk van interne leerlingbegeleiding, en het netwerk dat de school heeft met andere instanties, zoals jeugdhulpverlening en RIAGG. Zo is er in sommige scholen maandelijks ondersteuning van het mentorenoverleg, en is er in andere scholen netwerkoverleg met leerlingbegeleiding en andere instanties, zoals RIAGG en jeugdhulpverlening.

Jaarlijks is er structureel contact met de directie over collectieve problematiek. Ook hier wordt getracht te komen tot een soort schoolprofiel, waardoor gerichte collectieve aandacht mogelijk wordt.

Daarnaast is er ook in het VO allerlei onderzoek op indicatie mogelijk, bijvoorbeeld als vervolg op in het Bao gesignaleerde problematiek.

We hebben geleerd dat we ons voortdurend bewust moeten zijn van het volgende:

- * "Zoveel mogelijk collectief gericht te zijn" i.p.v. "individu-gericht" (voorbeeld: in een buurtnetwerk j.h. naast adviezen over individuele problematiek trachten collectieve problematiek op te sporen en aan te pakken).
- * "Hoe kunnen anderen betrokken worden bij het oplossen van collectieve problemen". Dit wordt wel facetbeleid genoemd.
- * Kiezen voor "voorwaardescheppend" i.p.v. "probleemoplossend" werken (dus: eerder initiëren tot netwerkvorming en opzetten ervan, dan daadwerkelijk veel tijd te steken in de deelname).

Om dit theoretisch verhaal wat meer body te geven zal ik een praktisch voorbeeld geven.

Op de VO scholen waar ik werk (eerst PGO, toen screening, al jaren spreekuur) kom ik tot de ontdekking dat contacten met instanties als RIAGG, bureau jeugdhulpverlening, politie en ambtenaar leerplichtzaken niet goed genoeg lopen. Lijnen zijn niet duidelijk. Vroeger zou ik geen tijd hebben gehad om hieraan aandacht te besteden, en bovendien zou ik streven zoveel mogelijk alles in eigen hand te houden (wij artsen willen immers alles zelf oplossen). Nu signaleer ik het probleem binnen mijn regioteam en ga ermee, na overleg, aan de slag. Na een inventarisatieronde langs de scholen en instanties gebeurt het volgende.

Op mijn initiatief komen binnenkort vertegenwoordigers van directie en leerlingbegeleiding van de scholen bijeen met: vertegenwoordigers van RIAGG, jeugdhulpverlening, enkele overkoepelende organisaties op het gebied van jeugdhulpverlening, een vertegenwoordiger van de ambtenaren leerplichtzaken, en mensen van sociaal cultureel werk (o.a. een jongerenwerker). De bedoeling is enerzijds kennismaking en duidelijk maken wat ieders mogelijkheden en behoeften zijn, en anderzijds om te komen tot netwerkvorming, met als één van de opdrachten voortijdig schoolverlaten te voorkomen. Per school zal waarschijnlijk een netwerk worden gevormd met een leerlingbegeleider, de jeugdarts, een vertegenwoordiger van jeugdhulpverlening en een ambtenaar leerplichtzaken. Consultatief zijn beschikbaar in ieder geval RIAGG, politie en sociaal cultureel werk. Een netwerk zal aan de hand van concrete casus lijnen duidelijk maken, en afspraken maken over bijvoorbeeld verwijzing. Naast dit netwerk per school zal één of twee maal per jaar een uitgebreidere groep bijeenkomen (met in ieder geval ook een directielid van de scholen, de RIAGG, politie en sociaal cultureel werk), om collectieve problematiek te signaleren en gezamenlijk aan te pakken.

Een eerste aanzet hiertoe zou kunnen zijn de opzet van verslavingsbeleid voor de scholen a.d.h.v. het NIAD-project "Gezonde school" (passend binnen het alcoholmatigingsbeleid van enkele gemeenten, waardoor van die kant financiering mogelijk is) en tegelijkertijd aandacht aan dit onderwerp in club-, en buurthuizen.

Mijn taak in dit geheel is signalerend en initiërend. Door de contacten op gemeentelijk niveau en de goede contacten met de scholen kan ik voorwaardescheppend bezig zijn.

Deelnemend aan de netwerken zal mijn eerste taak moeten zijn: zoveel mogelijk collectieve problematiek signaleren, zoveel mogelijk collectieve oplossingen zoeken. In theorie is het mogelijk dat uiteindelijk bij goed lopen van zo'n netwerk de rol van de jeugdarts steeds geringer wordt. Immers, de meeste problematiek zal psycho-sociaal zijn, en op dat terrein is ook jeugdhulpverlening sterk. Aan de andere kant meen ik, dat de jeugdarts binnen een school een zeer laagdrempelig instituut kan zijn (immers "ook voor je gehoor en om je ogen te meten kun je erheen").

Mijn rol als school-beleidsadviseur (op het gebied van gezondheid) wordt veel sterker, terwijl de hulpverlening op individueel terrein (deels door anderen) sterk verbeterd wordt. Samen krijgen we veel beter zicht op collectieve problemen.

Wat is nu de persoonlijke ervaring van met name de artsen met de nieuwe werkwijze?

Zoals bekend zijn wij wat werk betreft een zeer conservatieve groep, en staan zeker niet als innoverend bekend. De meesten werken het liefst op een vertrouwde wijze, en willen daaraan liefst zo weinig mogelijk veranderen. Een deel van de werkers heeft het dan ook behoorlijk moeilijk gehad met de veranderingen. Het was natuurlijk ook wel even wennen toen bleek dat verpleegkundigen heel goed in staat zijn een deel van wat de artsen eerst deden uit te voeren. Langzamerhand hebben we echter doorgekregen dat (hoewel hier en daar nog wel wat zoekend) we met iets heel spannends bezig zijn. Hoewel nog niet ideaal is het een werkwijze die wel eens zeer effectief zou kunnen blijken te zijn op het terrein van de collectieve volksgezondheid. In ieder geval blijkt het heel verfrissend om op een totaal andere wijze met JGZ bezig te zijn.

Door de inspanning die veranderen van een organisatie kost, is er nog veel te weinig gedaan aan bijvoorbeeld epidemiologisch onderzoek, GVO en beleidsadvisering. Maar nu hebben wij daarvoor de tijd.

Hoewel aspecten als integratie van JGZ-AGZ, en ook bijvoorbeeld niet-schoolgaande jongeren niet aan de orde zijn geweest, moet ik het wegens de tijd hierbij laten.

De rol van de wijkpreventiewerker door mw. M.A. Oziël.

Dames en heren,

Mijn naam is Lenie Oziël en ik ben sinds begin vorig jaar bezig binnen het stadsteam van de GGD met nog een nieuwe ontwikkeling, n.l. het wijkpreventiewerk. Het begrip "ontwikkeling" en "nieuwe werkwijzen" schijnt nu eenmaal bij onze GGD te horen, zoals u al begrepen heeft.

Ik zal in mijn verhaal vooral duidelijk proberen te maken wat de achterliggende gedachte is en wat het concreet inhoudt. Ook zal ik aangeven wat voor een relatie ik met de bao's heb.

Voordat ik u een concreet en hopelijk helder beeld kan geven van mijn werkzaamheden, moet ik eerst een, enigszins dor, theoretisch kader schetsen. Ik denk dat er bij enkelen onder u de eerstkomende 5 minuten de gedachte opwelt "waar wil zij in vredesnaam naar toe" of (nog erger) "wat hebben wij hiermee te maken!" Maar ik beloof u dat er in mijn verhaal een rode lijn is die vanuit een mondiaal niveau regelrecht naar uw wijk of school loopt.

Om te beginnen wil ik iets zeggen over hoe er op mondiaal niveau tegen het begrip gezondheid aan wordt gekeken. Vervolgens uit welke factoren die bestaat en aan welke voorwaarden zij moet voldoen. En dan hoe de politiek, oftewel de gemeenten, het gezondheidsbeleid kunnen ondersteunen.

Allereerst ons aandachtsgebied: de gezondheid. Vanuit een holistische zienswijze betekent gezondheid niet alleen een lichamenlijk maar ook een geestelijk en sociaal welzijn.

Al in 1974 werd door Marc Lalonde, de toenmalige minister van gezondheidszorg in Canada een nieuwe visie op gezondheid geformuleerd. Het door hem ontwikkelde model gaat uit van 4 (samenhangende) factoren die van invloed zijn op de gezondheid. Dit zijn biologische (waaronder erfelijke) factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving en de leefwijze. Deze factoren worden de determinanten van gezondheid genoemd.

Dit model is door de World Health Organisation overgenomen en deze organisatie heeft vervolgens 5 actiegebieden voor gezondheidsbevordering geformuleerd:

- * Toegang tot gezondheid: een heroriëntatie van gezondheidszorgvoorzieningen moet plaatsvinden. Zaken als: zijn de voorzieningen ook toegespitst op minderheden, achterstandsgroepen, ouderen etc., zijn hier van belang.
- * Fysieke omgeving: hier moet gedacht worden aan de woon- en leefomgeving. Hier spelen problemen als (milieu)verontreiniging, verkeers- en geluidsoverlast.
- * Sociale omgeving: hier spelen invloeden als werkeloosheid, sociaal economische status, burgerlijke staat, eenzaamheid en samenlevingsverbanden een rol.
- * Het versterken van sociale netwerken en sociale ondersteuning: individuen en groepen moeten ondersteund worden, zodat individuele vaardigheden ontwikkeld, en de actie uit de bevolking versterkt kan worden.

- * (Hoofddoel) het bevorderen van positief gezondheidsgedrag: hiermee worden structurele activiteiten bedoeld die gericht zijn op de fysieke omgevingsfactoren met als doel de gezondheid positief te beïnvloeden.
- * Kennis en informatie gerelateerd aan gezondheid moet vergroot en verspreid worden: niet alleen via de media maar ook via informele contacten (de netwerkbenadering).

Wanneer je voorgenoemde facetten of aandachtsgebieden serieus wilt beïnvloeden dan moet er aan enkele voorwaarden worden voldaan:

- * **Intersectoraal:** betekent dat we niet de illusie moeten hebben dat alleen de gezondheidssector in staat is alle gezondheidsproblemen op te lossen. Andere sectoren op verschillende maatschappelijke, overheids- en particuliere terreinen moeten betrokken worden.
- * **Integrale benadering:** gezondheid staat in relatie tot wonen, werken, onderwijs, educatie, welzijn en gezondheidszorg. Het gezondheidsprobleem moet dan ook aangegrepen worden door verschillende, elkaar aanvullende beleidsinterventies.
- * **Participatie bevolking:** de bevolking dient betrokken te worden bij de planning, implementatie en evaluatie van beleid en moet de mogelijkheid krijgen om vorm te geven aan de eigen verantwoordelijkheid voor de individuele gezondheid en het milieu.

Voorgenoemde wijsheden hebben tot het Gezonde Steden Project geleid. Nog steeds geïnitieerd door de WHO.

Een gezonde stad is een stad die gezondheidsbewust is en die zich bezig houdt met het bevorderen van de gezondheid. Op deze wijze kan elke stad een gezonde stad zijn, ongeacht de bestaande gezondheidstoestand. Waar het om gaat is een commitment voor gezondheid, en een structuur en proces om dit te bevorderen.

En nu zijn we dan eindelijk beland in ons eigen land. Al deze mondiale gedachten zijn terug te vinden in de beleidsnota 2000 en in de WCPV van het ministerie van WVC. Door middel van gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten en met behulp van facetbeleid, zal er op gemeentelijk niveau invloed uitgeoefend moeten worden op de gezondheidsdeterminanten zodat de gezondheid beschermt en bevorderd wordt en ziekten voorkomen.

De GGD wordt als het gemeentelijk instrument gezien door middel waarvan de gemeente de haar opgedragen taken kan vervullen.

Ook in de regeringsnota "Sociale Vernieuwing" wordt nadrukkelijk aandacht gevraagd voor een betere vermaatschappelijking van de GGD, meer aandacht voor achterstandsgroepen en de ontwikkeling van technieken om de lokale bevolking te betrekken.

In 1992 heeft de gemeente Groningen besloten een Gezonde Stad beleid te ontwikkelen.

Nu we eindelijk aangekomen zijn in Groningen en specifiek bij de GGD-GSO, hoop ik het kader geschetst te hebben en ga nu over tot het wijkpreventiewerk.

Toen ik begin vorig jaar als wijkpreventiewerker aangesteld werd, waren er een aantal zaken duidelijk en een heleboel niet. De achtergrondgedachte was helder, mijn functie was een pioniersfunctie (na een paar maanden werd de 2e wijkpreventiewerker aangesteld), uiteindelijk gaan alle sociaal verpleegkundigen als wijkpreventiewerkers in stadsdelen werken, ik kende de naam van mijn stadsdeel, ik ben contactpersoon naar alle basisscholen, inspecteer de kinderopvang, coördineer en voer gedeeltelijk de zorg rond het milieu, de huisvervuilingen en de infectieziekten uit (ook in de regioteams zal men zich meer gaan richten op het lokale gezondheidsbeleid en in bepaalde gebieden gebeurd dat ook al).

De hoofddoelstelling was:

"Gezondheidsachterstand t.g.v. sociaal-economische omstandigheden te signaleren en vervolgens positief, integraal en wijkgericht te beïnvloeden".

Mijn (sub)doelen waren:

- Inzicht stadsdeel.
- Versterken signalering (oneerbiedig worden de wijkpreventiewerkers wel de 'ogen en oren' van de GGD genoemd).
- Afstemming GGD-taken.

Ik had in het begin van deze functie te maken met 3 uiterst dynamische GGD-processen:

1. Integratie AGZ-JGZ = APGZ.
2. Nieuw plan jeugd.
3. Stadsdeelgericht werken.

Plan van aanpak:

Al vrij snel kwam ik er achter dat mijn methodiek zou bestaan uit: infiltreren, profileren, signaleren en concretiseren. Het infiltreren en profileren gingen hand in hand: ik heb me aangesloten bij de stadsdeelcoördinatie waarin alle andere gedecentraliseerde gemeentelijke diensten (RO/EZ, SoZaWe, OSW, Milieudienst) al plaatsgenomen hadden. Ook ben ik deel gaan nemen aan de belangrijkste overlegstructuren binnen het stadsdeel. Mijn basis en legitimatie vormden en vormen de kinderopvang (inspectie) en de basisscholen (JGZ).

Zo langzamerhand tekende zich een beeld af van het stadsdeel Noorddijk: een stadsdeel, bestaande uit 7 wijken waar 32.000 inwoners wonen, 15 basisscholen, 15 vormen van kinderopvang, 2 grote scholengemeenschappen, 17 samenwerkingsverbanden en haast evenveel organisaties. Het stadsdeel heeft een zeer gevarieerde populatie c.q. problematiek.

Signalen:

- * Onbekendheid met de GGD.
- * Veel organisaties houden zich bezig met preventie, er is nog te weinig samenwerking c.q. afstemming.
- * Bao's die aangeven dat ze relatief veel psycho-sociale zorgkinderen hebben.

- * Deze signalen worden ook door de kinderopvang bevestigd.
- * Bao's die huiverig zijn om signalen van e.v. kindermishandeling door te geven aan het BVA.
- * Buurten in wijken waar groepjes kinderen en jongeren andere kinderen en volwassenen terroriseren.
- * Bao's waar veel gepest en getreiterd wordt.
- * Ouders die behoefte hebben aan lichte pedagogische advisering.
- * Drugsoverlast in de vorm van gevonden spuiten en sociale onveiligheid.
- * Sociaal isolement onder ouderen.
- * Huisvervuilingen en overlastgevallen waar de buurtbewoners en de woningbouwverenigingen zich geen raad mee weten.
- * Heel veel actieve ouders op scholen, bewonersorganisaties, buurtcomités.

Al deze signalen moeten geconcretiseerd worden, ik wil u daar een aantal voorbeelden van geven:

- * Dukdalf - overleg met buurtcomité, opbouwwerk, kinderwerk, politie - kinderactiviteiten (verveling), speelplek, surveillance, pestproject op scholen, aantal kinderen BVA, wijkkrantartikel agressie, methodiek zoeken om ouders te benaderen.
- * Banenpoolers als straathoekwerkers - probleemjeugd (en bij geïsoleerde ouderen en huisvervuilingen, verwaarlozingen).
- * 'Gevonden spuiten' - artikel, voorlichting op bao, milieudienst.
- * Buurtnetwerken jeugdhulpverlening.

Tot zover enkele voorbeelden, mijn slotconclusie luidt:

Na 15 maanden kan ik zeggen dat ik er nog lang niet ben - mijn inzicht in het stadsdeel, in al z'n complexiteit, is nog steeds groeiende. De signaleringsfunctie krijgt steeds beter gestalte, zo langzamerhand krijg ik zicht op 'achterstandssituaties'. Zo langzamerhand weten de mensen en organisaties van Noorddijk mij ook steeds beter te vinden.

Ik ben en blijf nog steeds erg enthousiast over het wijkpreventiewerk: zowel qua methodiek maar met name ook de achterliggende gedachte dat je op deze manier als GGD een goede signaalfunctie krijgt, dat je inderdaad achterstandsgebieden of groepen kunt traceren die zorg nodig hebben.

En om met onze gezamenlijke doelgroep te besluiten: kinderen zitten op scholen die in wijken staan die een stadsdeel vormen dat een gedeelte van de stad Groningen is, in Nederland, Europa, op deze aardbol. Waarbij ik weer terug ben op het mondiaal niveau en daarbij mijn verhaal afrond.

Dames en heren, dank u voor uw aandacht.

Kwaliteitsbeheersing, enkele voorbeelden door mw. G.J. Nijhof.

Ik ben Geesje Nijhof, sinds 1 juli 1993 hoofd van het APGZ team voor de stad Groningen. Voordien heb ik 10 jaar gewerkt als consultatiebureau-arts en ben ik enige jaren werkzaam geweest als arts algemene gezondheidszorg. Op dit moment ben ik sociaal-geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg, nog net in opleiding. Binnen onze GGD ben ik voorzitter van de protocollencommissie en intern procesbegeleider van het intercollegiale toetsingsproject van de Landelijk Vereniging voor Sociaal Geneeskundigen.

Kwaliteit is: de goede dingen doen en de dingen goed doen.

Hoe is het gesteld met de kwaliteitsbeheersing bij onze GGD?

Als men begint met zekerheden zal men eindigen met twijfels; maar als men zich vergenoegt met twijfels aan het begin, dan zal men eindigen met zekerheden. (F. Bacon, Advancement of learning (1605)).

Deze oude uitspraak geeft goed weer, hoe wij binnen onze GGD bezig zijn met kwaliteitsbeheersing.

In een ontwikkelingstraject van een kwaliteitsontwikkeling zal het even duren voor je zeker bent dat je ook werkelijk de goede dingen doet.

Hoe wij binnen de GGD GSO met deze ontwikkelingen omgaan en hoe wij trachten de dingen goed te doen, hoop ik u de komende twintig minuten aan de hand van twee aspecten van kwaliteitsbeheersing duidelijk te maken. Deze aspecten zijn de protocolontwikkeling en de intercollegiale toetsing.

Protocolontwikkeling

Waarom zijn we hiermee begonnen?

Het antwoord is simpel: het loopt allemaal niet zo soepel. In de eerste uitvoeringsmaanden van het nieuwe plan werd ontdekt dat:

- * Er behoefte was aan een duidelijke omschrijving van welke discipline wat uitvoerde en waarom.
- * De medische eindverantwoordelijkheid moest worden vastgelegd.
- * De informatie-uitwisseling tussen de verschillende disciplines eenduidig en goed moest worden geregeld.
- * Duidelijk moest zijn vastgelegd wanneer verwijzen noodzakelijk was.
- * Dat er duidelijke richtlijnen moesten komen hoe er bij problemen moest worden gehandeld.
- * De kwaliteitscontrole per onderdeel moest worden geregeld.
- * Dat er door alle GGD-medewerkers werd gesignaleerd. Dit betekende dat er een systeem van registratie en verwerking van deze signalen voor alle disciplines moest worden ontwikkeld. Een dergelijk systeem is nodig om patronen in signalering te onderkennen.

- * Dat we expliciet aandacht moesten besteden aan de nieuwe privacyreglementen. Voor onze praktijk betekende dit dat er nog meer aandacht nodig was voor een juridische waterdichte en correcte berichtgeving aan ouders en scholen. Dit hield ondermeer in dat er in de uitnodigingsbrieven voor de screeningsonderzoeken exact moest worden aangegeven wat er wordt onderzocht
- * Dat een hercontrole moet duidelijk moet worden gedefinieerd om de variatie tussen medewerkers kleiner te maken.

Ons antwoord op deze ervaringen was: protocolontwikkeling. In mei 1993 is door de directeur GGD GSO de protocollencommissie ingesteld.

De opdracht voor deze commissie luidde: zorg voor uitvoeringsprotocollen voor de basiswerkzaamheden, waarin de gesignaleerde knelpunten worden meegenomen.

Wat verstaan wij hier onder een protocol?

Document, waarin regels zijn vastgelegd die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en welke door de belanghebbende groeperingen in gemeenschappelijk overleg zijn opgesteld en aanvaard (bron: Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1990).

De belangrijke elementen in deze definitie zijn voor ons:

- * Het voor ieder bekende document om na te slaan hoe het moet bij de GGD GSO, dit geeft duidelijkheid in de veranderende organisatie.
- * Dat de documenten zijn opgesteld door de belanghebbenden zelf.
- * Dat er bij het opstellen van de documenten gemeenschappelijk overleg geweest is tussen de diverse betrokkenen. In de protocollencommissie zijn alle betrokken disciplines vertegenwoordigd. In de ontwikkeling wordt bij voortdurende gestreefd naar consensus door raadpleging van de professionele achterban.

Onze protocollen zijn typisch lokale protocollen, toegesneden op onze eigen organisatie. Met het ontwikkelen van protocollen streven we standaardisatie van basiswerkzaamheden na. Door de geprotocolleerde werkwijze zijn epidemiologische evaluaties beter uitvoerbaar. Auke Wiegersma zal u dit straks nader toelichten. Daarnaast zijn de protocollen voor ons instrumenten voor kwaliteitsverbetering in onze organisatie.

Hoe is onze werkwijze bij deze protocolontwikkeling geweest?

De protocollencommissie heeft een basismodel voor een protocol ontwikkeld aan de hand van de wensen. Vervolgens heeft de commissie gekeken voor welke basiswerkzaamheden er protocollen nodig waren. Aan de hand van deze inventarisatie zijn aan de commissieleden de opdrachten verstrekt en zijn de diverse groepjes begonnen.

Het basismodel voor de protocollen van de GGD GSO ziet er als volgt uit:

Vaststelling protocol door: Handtekening: directeur GGD GSO

Datum vaststelling:

Protocol ten behoeve van:

Argumentatie:

Eindverantwoordelijkheid ligt bij:

Uitvoerende discipline:

Doel van de handeling:

Welke doelgroep:

Wanneer uitvoering van de activiteit:

Beschrijving van de activiteit:

Te gebruiken apparatuur:

Tijdsinvestering per activiteit:

Te verrichten handelingen:

Registratie van de resultaten:

Hoe te handelen bij spoed:

Hercontrole:

Beschikbare tijd voor hercontrole:

Wijze van doorverwijzing:

Evaluatie van de handeling:

Terugkoppeling intern GGD:

Terugkoppeling extern:

Kwaliteitscontrole:

Bijlagen:

Hoe verliep de protocolontwikkeling tot nu toe?

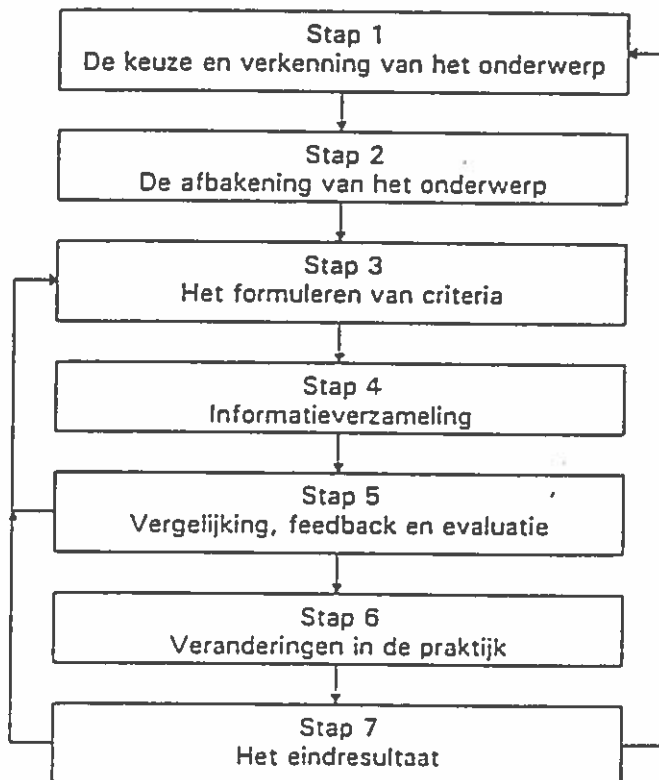
Allereerst, het kost ons veel meer tijd dan we hadden ingeschat. Bovendien was het vooral in het begin een moeizaam proces, omdat al gauw bleek dat niet iedereen dezelfde opvattingen had over de doelstelling van de protocollen. Daarbij is de ontwikkeling extra ingewikkeld, omdat we tevens het ontwikkelingstraject van verschillende registratieprogramma's zitten. Afstemming tussen inhoud en registratie gaf daardoor, vooral in het begin, regelmatig haperingen te zien.

We ontdekten echter dat het bezig zijn met het expliciteren van je professioneel handelen, als voordeel heeft dat je eerder kritische vragen stelt. Dit heeft in een aantal gevallen bij de eerste bijstelling van de protocollen al duidelijk zijn vruchten afgeworpen bij de gehoor- en visusscreening. Hier wordt nu ook de hercontrole na een half jaar dusdanig geprotocolleerd dat hercontrole door de doktersassistente mogelijk is.

We zijn nu zover dat we in het basisonderwijs en in het voortgezet onderwijs werken met de protocollen.

Het tweede aspect van kwaliteitsbeheersing, dat ik zal toelichten is de **intercollegiale toetsing**. Sinds oktober 1993 zijn we met een kerngroep van APGZ-artsen bezig om ons deze methodiek eigen te maken. Het volgend schema laat zien hoe zo'n cyclus in elkaar zit.

Toetsingscyclus.



Binnen de GGD GSO werken we met een kern- en een mantelgroep. Ons eerste onderwerp is: rug- en houdingsafwijkingen VO. In de toekomst zal de kerngroep zich opsplitsen. De kerngroepleden zullen dan ieder voor zich fungeren als intern procesbegeleider binnen de GGD GSO voor disciplinair en multidisciplinair samengestelde groepen. Een van de eerstvolgende onderwerpen zal de intercollegiale toetsing van het toelatings- en herhalingsonderzoek in het speciaal onderwijs zijn.

Tot slot: ik hoop dat u met mijn inleiding een beeld hebt gekregen hoe wij zoeken of we de dingen goed doen.

Protocollering en intercollegiale toetsing zijn allebei zaken waar je een lange adem voor nodig hebt en waar je bewust in moet investeren.

Tot nu toe doen we dit met plezier, en wij zien deze investeringen als kosten die voor de baten uitgaan.

Het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000" in de praktijk door dhr. E.J.G. Klungel.

Ongeveer twee jaar geleden kregen we als directeuren van basisscholen in de gemeente Loppersum een voorlichtingsronde over het veranderende beleid van de schoolartsdienst. Zo noemden we dat toen nog. Als een instantie een ander beleid aankondigt, dan vraagt dat een kritische houding.

Er hoeven niet zomaar taken te worden veranderd. Zaken die het jarenlang goed hebben gedaan, veeg je niet zomaar van tafel. Dit zijn vaak de eerste reacties bij mensen, zoals u en ik. Ander beleid vraagt aandacht, vraagt leeswerk, vraagt overleg, vraagt tijd. En tijd is een factor die ons nogal beheerst. Vandaar ook onze houding van: "Als het niet meer oplevert dan de huidige gang van zaken en het kost meer tijd, dan zet ik er bij voorbaat vraagtekens bij".

Meestal zijn de vragen, die gesteld worden tijdens zo'n eerste informatieronde, vragen die te maken hebben met hoe het in de praktijk zal werken. In de onderwijswereld, en ik spreek uit eigen ervaring als directeur van een basisschool, zijn er genoeg zaken, die om aandacht en overleg vragen, zodat de vraag naar de praktische uitwerking vaak eerder gesteld wordt, dan dat er een inhoudelijke beoordeling komt. Op die bijeenkomst, waar voorlichting werd gegeven aan de directies van de basisscholen in de gemeente Loppersum, kwamen de vragen over de praktische uitwerking dan ook eerder dan die over de inhoudelijke kant. Hoe wordt één en ander georganiseerd? Hoe verloopt de voorlichting? Is er kant en klaar informatiemateriaal? Blijft de kwaliteit van de zorg goed genoeg om niet teveel ongeruste ouders in school te krijgen? Misschien hebben we dat gemeen en hoef je voor zo'n benadering geen onderwijsmens te zijn.

Als medewerkers van andere gezondheidsdiensten, of waar u ook maar aan verbonden bent, kun je ook eerst de houding aannemen van: "Wat gebeurt hier allemaal en moet dat zo nodig?", terwijl de mensen die het uitgedacht hebben bepaald niet over één nacht ijs zijn gegaan.

Eén van de uitgangspunten, die aan het veranderende beleid ten grondslag ligt, is glashelder, namelijk dat alle kinderen gelijke kansen moeten krijgen in hun ontwikkeling om tot gezonde volwassenen op te groeien, zodat verschillen tussen kinderen met extra risico's, en andere kinderen zoveel mogelijk worden weggenomen. Dat je daarvoor een ander aanpak nodig hebt, is ook duidelijk. Dat je daarvoor heel veel mensen mee moet zien te krijgen, is ook helder.

De basisschool als schakel tussen de mensen van de jeugdgezondheidszorg die dit andere beleid door willen voeren, en de ouders van de kinderen die een andere aanpak in de zorg voor hun kind mee gaan maken, is essentieel.

De beleidsnota is duidelijk genoeg over het waarom en hoe. Preventieve zorg en preventieve interventies moeten tijd en middelen vrijmaken voor o.a. een schoolgezondheidsbeleid. Dit vraagt om een andere houding van ouders en leerkrachten. Alert zijn op het functioneren van de kinderen. De schoolarts was de man of vrouw, die jaarlijks of tweejaarlijks alle kinderen langs zag komen. Overlegde met de ouders, eventueel met de huisarts en de leerkrachten. De nodige nazorg kwam dan op gang.

Als er nu uitgegaan wordt van ongeveer 70% voorspoedig opgroeiende kinderen, dan is de tijdsinvestering in de vroegere situatie te groot geweest. De schoolarts als vertrouwenspersoon verdwijnt bij de nieuwe aanpak naar de achtergrond.

Ouders en leerkrachten krijgen te maken met een gezondheidszorg die minder vaak op school is, maar op een breed terrein werkzaam en bereikbaar is. De samenwerking tussen ouder-leerkracht en GGD moet groeien. Er komt genoeg informatie van de GGD, maar die zal via de school de ouders moeten bereiken.

De nieuwe gang van zaken moet voor ouders helder en duidelijk zijn. Daarvoor is nodig een goede voorlichting, duidelijk informatiemateriaal, mensen die bereikbaar zijn en scholen die ruimte willen geven aan deze vernieuwde aanpak.

Een jeugdgezondheidszorg die binnen zijn zorgbreedte aandacht geeft aan psychische, sociale en lichamelijke aspecten, bestrijkt het grote terrein, waar ouders en leerkrachten mee bezig zijn.

Taakverzwaring voor de leerkrachten? Zeker niet. Als de groei er is in de samenwerking tussen ouder-leerkracht en GGD, dan is de stap naar de hulpverlener heel klein geworden. Je hoeft na overleg ouder-leerkracht maar te bellen.

En de schoolbegeleidingsdienst dan? De schoolbegeleiders zijn al zolang bezig met kinderen, niet alleen om ze te leren lezen of te rekenen, maar ook om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen mee te bewaken en in goede banen te leiden. Dit is nou zo'n vraag die je heel gauw stelt: "En de schoolbegeleider dan?" Zou het niet mooi geweest zijn, om in zo'n verhaal deze kritische opmerking te maken? We kunnen er met elkaar gerust over zijn. Als je als jeugdgezondheidszorg praat over geïntegreerde zorg, dan kun je niet om bepaalde instanties heen.

Zeker niet om de schoolbeleidingsdienst als het gaat om de zorg aan kinderen op de basisschool. Dat er overleg gaande is en afspraken over voorgestelde acties gemaakt zijn, past helemaal in de nieuwe aanpak. Als basisschoolleerkrachten ben je meer gebaat bij een gezamenlijke aanpak tussen GGD en SBD. Binnen de Weer-Samen-Naar-School operatie is de rol van de jeugdgezondheidszorg duidelijk weggelegd. Niet direct op het terrein van de verplichte onderzoeken, want wil het WSNS proces resultaat boeken, dan zullen de verplichte onderzoeken bij verwijzingen verminderen.

Wel op het terrein van de basisschool. Samen met de leerkrachten vroegtijdig ontwikkelingsstoornissen signaleren, inspelen op gedragsproblemen, steeds alert zijn op bedreigingen vanuit de psycho-sociale en sociaal-economische omgeving. En nogmaals, dit hoeft voor de mensen in het basisonderwijs geen taakverzwaring te zijn. Een goede samenwerking van ouder-leerkracht, GGD en SBD is nodig. De aanspreekpunten kennen, weten dat de mensen er zijn die betrouwbaar blijken, afspraken nakomen. Daar groeit de ontwikkeling van.

Over de uitgangspunten, de operationele doelen en het basispakket hebt u kunnen lezen in de beleidsnota Preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen. Werkt dat tot dusver op de basisscholen? Dat weet ik niet van alle scholen. Vanuit mijn eigen situatie geef ik graag nog enige positieve ervaringen.

Ten aanzien van de ouders:

- * Voorlichting en informatieverstrekking van zeer groot belang. Door de GGD Groningen Stad en Ommelanden is dit goed opgepakt door goede materiaalvoorziening voor de scholen. Informatiebijeenkomsten voor de ouders van de kinderen uit groep 1 en 2 zijn belangrijk, omdat deze ouders het hele nieuwe traject gaan. Een alerte houding en het kennen van lijnen en aanspreekpunten moet duidelijk zijn.

Ten aanzien van de kinderen:

- * Het beeld is veranderd. Was voorheen het beeld er van wachtende ouders met kinderen die één voor één naar de schoolarts gingen, dan zie je nu groepjes kinderen die naar de doktersassistente gaan. Naar mijn gevoel, en de ervaring laat het ook zien, veel minder bedreigend voor de kinderen. Het is bijna een onderdeel van het schoolgebeuren.

Ten aanzien van de school:

- * De dienstverlening moet duidelijk zijn en is voor ons duidelijk gebracht. Er is aangegeven welke veranderingen zouden plaatsvinden en de GGD Groningen Stad en Ommelanden heeft gezorgd voor een goede ontwikkeling.

Onderzoeken op school? Zorgen voor briefjes voor de ouders. Hoef ik er als ouder niet bij te zijn? Nee, de kinderen gaan in groepjes en u krijgt bericht als er reden voor is. Als de school weet hoe het in elkaar zit en de ouders zijn goed geïnformeerd, dan is er ruimte om misverstanden op te ruimen. Praten over de ASV (Algemene School Verkenning)? Dat heeft alleen zin als er deskundig advies kan worden gegeven over Arbo-knelpunten, over veiligheidsadvies, over arbeidsomstandigheden.

De schooldirectie/het schoolteam moet op vragen antwoorden krijgen. Praten over veiligheid en hygiëne? Ook naar aanleiding van een vragenlijst en een schoolverkenning. Het levert die aanbevelingen op, waar de school het mee kan doen. Praten over gehouden onderzoeken bij kinderen? Mijn ervaring is, dat naast de gesprekken over de kinderen die problemen hebben of kunnen krijgen, er gesproken wordt over de school in zeer brede zin, omdat binnen de doelstellingen van de nieuwe opzet, de school een verzameling is van veel aspecten. Terugkoppeling en verwijzing is van belang in dit gesprek om de plaats van de GGD te herkennen. Een goede voorlichting, begeleiding en nazorg maakt de hulpverlener betrouwbaar voor de school.

Punten van kritiek zijn door de medewerkers van de GGD Groningen Stad en Ommelanden gaandeweg verwerkt. Scholen moeten mee willen doen. Niet alleen door het aanwijzen van een onderzoeksruijnte op school en door het meegeven van briefjes, maar ook door een andere opstelling tegenover de jeugdgezondheidszorg. Ouders informeren, tijdig signaleren en doorgeven. Scholen moeten duidelijk aangeven aan welke voorlichtingsprogramma's en lespakketten behoefte is. Scholen moeten zeker kunnen zijn van betrouwbare GGD-medewerkers die weten waar ze over praten en die blijk geven van een mensgerichte aanpak.

Onze school heet "Roemte", is ruimte. Roemte om in te leven, roemte om met elkaar te werken. Dat is niet altijd even gemakkelijk. Toch blijft het van levensbelang om roemte te hebben. De GGD Groningen Stad en Ommelanden heeft wat mij betreft de ruimte om deze ontwikkelingen voort te zetten en uit te bouwen.

Kritische kanttekeningen bij het plan "Gezonde jeugd in het jaar 2000" door mw. M.L. van Weert.

Ik heb moeite gehad om dit verhaal voor te bereiden, je wordt er niet vrolijk van om de aandacht op de negatieve kanten te richten. Uit ervaring weet ik, hoeveel inzet er voor het maken en introduceren van een nieuwe werkwijze nodig is en hoe kwetsend als daar veel kritiek op komt. Ik hoop, dat mijn kritiek er echter toe bijdraagt, het huidige programma aan te passen. En uiteraard heb ik niet alleen kritiek.

In deze veranderende samenleving is het nodig de inhoud van de pakketten JGZ te bezien en te kijken welke onderdelen in de huidige tijd mogelijk kunnen plaats maken voor een nieuw beleid. Het is ook te waarderen, dat u de moed heeft opgebracht een voor Groningen totaal nieuw programma te maken. Alhoewel, niet zo afwijkend van elders heb ik uit de lezingen van vanmorgen begrepen. Een uitzondering hierop is de combinatie AGZ/JGZ verpleegkundige en de tijd, die aan intermediaire activiteiten kan worden besteed. Van dit laatste geeft de mogelijkheden die een wijkpreventief medewerkster hierdoor krijgt een goed beeld.

Sterke punten zijn:

- * De zorgvuldigheid van de uitvoering, voor intermediairen en voor niet medici een goed toegankelijke beleidsnota.
- * Een gezondheidsboekje, dat zeer goed te gebruiken is door ouders die goed kunnen lezen en op mavo niveau functioneren.
- * Goede GVO programma's gericht op ouders/leerkrachten, die hiervoor belangstelling hebben.
- * Een goede folder voor VO, met een duidelijk programma.

Op een aantal fundamentele punten heb ik echter ernstige bedenkingen.

Daarvoor is het nuttig om te kijken wat jeugdgezondheidszorg is en wat deze zich ten doel stelt.

De wet op de collectieve preventie stelt de gemeentelijke overheid medeverantwoordelijk voor een goede gezondheidssituatie van de jeugdigen. In de wet staat:

De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie voor jeugdigen, voor zover dit betrekking heeft op jeugdigen vanaf vier jaar.

Ik neem hier de voor JGZ meest relevante punten uit:

Deze taak bevat in ieder geval de volgende werkzaamheden:

- a. Systematische opsporing en tijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen en gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren.
- b. Bijdragen aan de uitvoering van vaccinatieprogramma's en bevordering van een optimale vaccinatiegraad ten aanzien van AWBZ programma's.
- c. Uitvoeren van sociaal medische taken als bedoeld in de interim wet op het speciaal onderwijs en (VSO).

- d. Adviseren over lichamelijke, psycho-sociale en opvoedingsvragen en het ter zake verwijzen en/of bevorderen van maatregelen.
- e. Het systematisch bevorderen van een zo groot mogelijke participatie van jeugdigen aan de tandzorg.

Sociale geneeskunde gericht op JGZ zou ik als volgt willen beschrijven.

Elk in Nederland woonachtig kind is verzekerd van eenzelfde welomschreven hoeveelheid preventieve gezondheidszorg, die aansluit op de overige zorg voor het kind en waarvan de kwaliteit gegarandeerd is.

'Elk in Nederland woonachtig kind' is iedereen in de leeftijd van ongeborene tot volwassene, van welk ras, S.E.S.-groep, geslacht, gemeenschap, ook. Aan alle kinderen wordt de zorg aangeboden, outreachend, dat wil zeggen, actief de doelgroep benaderend en niet een hulpvraag afwachtend. Om ieder kind te bereiken is de jeugdgezondheidszorg geografisch georganiseerd, waarbij rekening gehouden wordt met trekkende kinderen. De gegevens van de burgerlijke stand dienen als uitgangspunt.

'Verzekerd' - binnen de basisverzekering of binnen de WCPV. Het gaat erom dat het verzekerd is. Dat niet een gemeenteraad of een zorgverzekeraar kinderen te kort doet, minder zorg geeft dan elders, omdat bijvoorbeeld de kennis ontbreekt omtrent preventieve gezondheidszorg.

'Eenzelfde welomschreven hoeveelheid preventieve gezondheidszorg' oftewel een Basispakket Jeugdgezondheidszorg, overeengekomen op landelijk niveau tussen de uitvoerende organisaties, de financiers, de beroepsgroepen, de geneeskundige hoofdinspectie en de afnemers. Zowel de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg als de Landelijke Vereniging van GGD hebben zich in hun beleidsnota's positief opgesteld tegenover een landelijk geprogrammeerde jeugdgezondheidszorg.

'Die aansluit op de overige zorg' is in eerste instantie van toepassing op de ouderlijke zorg. Deze zorg staat centraal. Aansluiting wil zeggen zorgverlening op maat, zorg die in de wijze van aanbieden is aangepast aan de behoefte van het kind en zijn ouders of verzorgers. In tweede instantie gaat het om de aansluiting op de curatieve gezondheidszorg. Vroegopsporing heeft geen zin als de behandeling op zich laat wachten. Samenwerken, van in landelijke beleidsorganen tot in buurtnetwerken, vergroot de effectiviteit van de jeugdgezondheidszorg en de jeugdhulpverlening.

'Kwaliteit gegarandeerd'- voortgaan om normen te ontwikkelen en protocollen op te stellen aan de hand waarvan de kwaliteitseisen van het 'Basispakket Jeugdgezondheidszorg' overeengekomen kunnen worden. De prijs zal veelal toenemen naarmate aan de kwaliteit hogere eisen worden gesteld. Men zal zich dan ook moeten richten op 'voldoende' kwaliteit en niet op het hoogst haalbare.

'Wie betaalt, bepaald' - maar dan op landelijk niveau, lijkt het meest voor de hand te liggen. Een vast bedrag per kind voor het Basispakket Jeugdgezondheidszorg. Voor moeilijk te bereiken jeugdigen zou een opslag gehanteerd kunnen worden.

De uitvoerende organisatie kan daarnaast van de gemeentelijke overheid de opdracht krijgen een aanvullend pakket te bieden om de plaatselijke gezondheidsproblemen het hoofd te bieden.

Wat zijn nu gezien het voorgaande mijn belangrijkste kritiekpunten:

- * De systematiek richt zich op de sociaal sterksten van onze samenleving en is onvoldoende om risicokinderen op te sporen. Gezondheidsverschillen zullen eerder vermeerderen dan verminderen.
 - * Er bestaat geen longitudinaliteit meer, zodat kennis ontbreekt over wat voor dit kind een normale ontwikkeling is.
 - * Er wordt niet voldaan aan een aantal wettelijke verplichtingen:
1. Onvoldoende aan de WCPV: onvoldoende vroegtijdige opsporing en geen tijdige onderkenning ontwikkelingsstoornissen en gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren.
 2. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: registreert u niet te weinig?

Deze kritiek wil ik als volgt onderbouwen:

Wat betreft Risicogroepen.

Gezien de door u ook al opgemerkte relatief goede gemiddelde gezondheidstoestand van de Nederlandse Jeugd en dan waarschijnlijk vooral in Groningen, want de gezondheidstoestand in steden met veel risicokinderen is niet zo goed, zou men zich kunnen beperken tot het opzoeken van risicokinderen. Ik zeg met opzet risicokinderen, want in de wetenschappelijke literatuur, worden teveel risicogroepen genoemd om nog verantwoorde keuzen te kunnen maken.

Ook uw onderscheiding van risicogroepen lijkt niet zo bruikbaar: één ouder gezin, allochtoon, laag opleidingsniveau ouders, werkeloosheid of afkeuring, ivbo, vbo en mavo. De groepen die landelijk in verschillende onderzoeken worden genoemd waarin de meeste risicokinderen voorkomen, beslaan zo mogelijk een nog groter deel van de populatie.

- *allochtonen*
- *asielzoekers en illegalen*
- *kinderen, die zijn blijven zitten*
- *kinderen uit één ouder gezinnen*
- *kinderen op het speciaal onderwijs*
- *kinderen, die geen 0-4 jarige zorg hebben gehad*
- *kinderen van drugsverslaafde ouders, alcoholisten*
- *kinderen van ouders, die gedetineerd zijn*
- *kinderen van ouders, die ernstige psychiatrische problematiek hebben*
- *kinderen, die langdurig in een couveuse hebben gelegen*
- *kinderen, met een extreem laag geboorte gewicht*
- *kinderen, die prematuur geboren zijn*
- *leerlingen van het LBO*
- *kinderen uit achterstandswijken*

- kinderen van moeders met een laag opleidingsniveau
- kinderen van ouders met een uitkering
- kinderen, die niet op de afspraak verschijnen
- etc.

Op dit moment is de enige valide methode om zoveel mogelijk risicokinderen op te sporen een onderzoek van een hele jaarklasse kinderen en informatie vragen op school of via zgn. papieren screening van de dossiers van het Kruiswerk voor die kinderen, die u niet heeft kunnen bereiken.

Uw gezondheidsdoel is nadrukkelijk niet het verminderen van gezondheidsverschillen van de verschillende sociaal/economische klassen.

Ik noem:

- Geen follow-up van de verwijzing.
- Te weinig outreachend laagdrempelig systeem om extra preventieve zorg te bieden aan diegenen, die dat het meest nodig hebben.
- Onvoldoende en verkeerde methodieken om zoveel mogelijk risicokinderen op te sporen, daar u geen gebruik maakt van de gezondheidskaart van het Kruis en u geen enkel geneeskundig onderzoek heeft. Het opsporen van risicogroepen door vragenlijsten, spoort al helemaal niet daar bekend is, dat de participatie aan vragenlijsten m.n. van risicogroepen laag is. Bovendien zijn vragenlijsten slechts bruikbaar om iets over de hele groep te zeggen en niet over een individu.
- Het boekje is prachtig, maar niet voor de sociaal zwakkeren in onze samenleving te gebruiken en ook niet voor 1e generatie allochtonen.

Wat betreft vroegtijdige opsporing/ontwikkelingsstoornissen en bedreigende milieufactoren.

Een goede systematische opsporing en tijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen kan alleen plaatsvinden als men een zgn. gezondheidsprofiel van een bepaald kind heeft. D.w.z. u maakt gebruik van gegevens, die uzelf of anderen in het kader van de JGZ voor u verzamelt heeft.

Over de leeftijd waarop, de inhoud van, en het aantal PGO's kan men discussiëren. Als men echter geen gebruik maakt van de dossiers van het Kruis en een kind blanco bij u komt, vindt ik het een omissie om niet eenmalig een gezondheidsonderzoek te doen. Volgens het proefschrift van Huisman Rubingh en Wagenaar kan men volgens dat model het verder af met screeningen en gerichte onderzoeken. Er is geen enkel wetenschappelijk onderzoek bekend, waaruit blijkt, dat men dit 1e onderzoek kan weglaten!

U probeert een andere invalshoek maar:

- U heeft geen methodiek om kindermishandeling op te sporen, de signalering ligt teveel bij de toch al overbelaste scholen. Essentieel zijn hierbij de gegevens van de zuigelingen en kleuterperiode, die nu in de archieven bij het Kruis opgeslagen zijn.
- U pretendeert een aantal ongunstige omgevingsfactoren te willen verminderen. Niet uitgewerkt zijn uw bemoeienissen en deskundigheid op het gebied van milieu, verkeers-

veiligheid en aantasting van de ozonlaag, waarbij dit laatste mogelijk ook wat hoog gegrepen is. En uw doel "vermindering van roken" met 1% per jaar, zit in de afrondingsfout, beter was te spreken dan van 5% in 5 jaar!

- Als beleid heeft u preventie van psychische aandoeningen, zonder dat hiervoor in de wetenschap al voldoende voor de JGZ goed toegankelijke instrumenten zijn ontwikkeld.
- Waarom is er alleen in een aantal plaatsen logopedische screening?
- Een opmerkelijk gezondheidsprobleem in Groningen is de hoge opname voor fimosis en niet ingedaalde testis. Het nieuwe programma doet hier minder aan, dan het oude.
- Mij is onduidelijk hoe u de kinderen selecteert voor het speciaal onderwijs. Komt dit via het basisonderwijs? Als het op school is misgelopen, of als het kind door de leerplicht-ambtenaar is opgespoord omdat het al enige jaren school heeft gemist?

Wat betreft het loslaten longitudinaliteit.

U legt terecht veel verantwoordelijkheid bij de ouders (groeikaart), maar vergeet, dat juist kinderen van ouders, die deze verantwoordelijkheid niet goed op (kunnen) pakken extra hulp hierbij nodig hebben. Bij een screening haal je deze ouders er niet uit en een vragenlijst is hiervoor een onjuist instrument.

Hoeveel procent van de ouders denkt u, dat in groep 4 het GGD boekje nog bezitten? En uit welke sociale klasse zullen deze ouders komen?

Dat u de huidige dossiers van Kruis en drieluik wat overtrokken vindt ben ik met u eens. Als u één goede A4 per leerling had ontworpen was u trendsetter geworden. Maar voorbij gaan aan een van de basis van een goede jeugdgezondheidszorg: wat je doet, moet je kunnen verantwoorden, en noteren, als je dat laatste niet doet moet je het laten. Ik neem aan, dat de screeningsgegevens via de computer op de persoon herleidbaar, makkelijk de eerste 10 jaar, terug zijn te vinden, want het niet op persoon vastleggen van gegevens, die na medisch onderzoek worden verkregen kan zelfs tuchtrechtelijk worden afgedwongen. Een goede uitslag is ook een uitslag. En ook goed heeft zijn gradaties, die als uitkomst van het onderzoek genoteerd moeten worden.

Stel dat later alsnog een amblyopie gevonden wordt en ouders klagen de JGZ aan; kunt u dan aantonen zorgvuldig gehandeld te hebben, aantonen wanneer u onderzoek heeft gedaan, wie dat heeft gedaan en wat de uitslag was? Weet u wie niet voor screening is verschenen en eventueel een tweede afspraak nodig heeft?

Heeft u een goed toegankelijk vaccinatbestand, ook boven de 12 jaar opgezet? Wie is er niet en wie is er wel voldoende gevaccineerd als er b.v. polio, mazelen of difterie in een klas uitbreekt?

Het persoonlijk dossier dat door u niet geschikt is bevonden voor epidemiologisch overzicht, is hiervoor ook nooit bedoeld. Het is een longitudinaal dossier, waar relevante gegevens uit de zuigelingen- en kleuterperiode op vermeld zijn, waar het gezondheidsprofiel van de jeugdige uit is op te maken.

Ik ben het met u eens dat vaak teveel wordt opgeschreven, wat te lang bewaard wordt en dat het allemaal geld kost. Helaas is sociale geneeskunde redelijk arbeidsintensief wat betreft de registratie. Iedere vereenvoudiging in deze is welkom, maar de oplossing is uiteraard niet om het dan maar niet te doen. U bent in deze echt te ver gegaan.

Samenvattend wil ik zeggen.

U houdt zich niet aan de Wet Collectieve Preventie. Daar waar landelijk gesproken wordt over één dossier, gooit u het weg. Daar waar landelijk gesproken wordt over naadloos in elkaar overgaan van 0-4 jarige zorg en 4-19 jarige zorg, maakt u er geen gebruik van. Daar waar landelijk door de beroepsgroepen, door de LVGGD gesproken wordt over één basispakket, met variaties, passend bij de regionale bevolking, maakt u zonder landelijke afstemming, een programma dat hier nauwelijks op lijkt. Daar waar een officiële opleiding Jeugdgezondheidszorg bestaat, meent u, dat u kunt afwijken van de basisprincipes van de sociale geneeskunde. GVO, de epidemiologie en de informatica zijn een ondersteuning. Het mag niet een doel op zich worden, dan gooi je het kind met het badwater weg.

Met u ben ik het eens, dat dit een uitstekend programma is; het Groningse programma is goed te gebruiken, voor de in principe gezonde en ontwikkelde bovenlaag van onze samenleving, maar het is geen jeugdgezondheidszorg meer en zal niet bijdragen tot het verminderen van sociaal economische gezondheidsverschillen en is het dan nog sociale geneeskunde?

Als u één intree onderzoek (door arts of verpleegkundige) erbij zou doen, in aanwezigheid van de ouders, en een beperkt maar goed registratiesysteem zou ontwerpen voor alle kinderen op papier of op de computer, dan zou u een JGZ in Groningen kunnen hebben waar iedereen in Nederland jaloers op zou zijn!



FORUMDISCUSSIE



Forumdiscussie.

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

Mw Smid, Thuiszorg Drenthe, heeft nog geen inleiding gehouden, ze doet mee aan deze forumdiscussie omdat er m.b.t. de overdracht nog veel vragen en problemen zijn.

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

Waarom is er geen pilot in 1 regio gevormd, want dan hadden kinderziekten voorkomen kunnen worden. Dhr. de Jong: de verantwoordelijkheid voor uitvoering en beleid voor de zorg van de jeugdigen ligt bij de professionals binnen de GGD GSO. Er leefden veel ideeën, maar men durfde de stap niet te nemen. Er werd verwacht dat men wel met een pilot zou komen, maar dit bleef uit. Het proces heeft heel lang geduurd. Daarom in kleine groep besloten dat er niet gewacht kon worden en er serieus naar een nieuwe aanpak moest worden gekeken. Binnen de eigen gelederen heerste veel angst en weerstand. Angst voor het loslaten van wat we hebben en met z'n allen in het diepe springen. Daarom besloten om het gemeenschappelijk te doen met de inzet van de hele GGD en niet in geïsoleerd proces met te beperkte randvoorwaarden, met het risico dat het zou stranden. Het eerste pilotproject (wijkpreventiewerk) is hiervan een goed voorbeeld.

Hoe komt gegevensverzameling tot stand? Zijn gegevens die scholen/ouders aanleveren wel te vertrouwen, geeft dit geen grote foutmarges? Dhr. Wiegersma: er is een informatieprogramma opgesteld t.a.v. de registratie. W.b. risicogroepen: naast algemene indicaties waar je die moet zoeken, zijn in Groningen geen echte risicokinderen. Wanneer wordt kind erkent als risicokind? Dit zijn kinderen die extra zorg nodig hebben. Ze worden gesignaleerd d.m.v. ingevulde groeikaarten en aftasten van zorgsystemen die in de scholen, buurtnetwerken etc. zijn opgezet. Hoe kies je tussen soorten risicokinderen? Wij hebben geen concentraties van grote risicogroepen. Vallen er dan geen kinderen tussen wal en schip? Dit kun je niet zeggen. Dhr. de Jong: vragenlijsten geven niet altijd het antwoord. Het niet meewerken aan invullen van vragenlijsten kan al een signaal zijn. Hier wordt extra aandacht aan besteed.

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

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

Hoe kom je in een risicogroep en wat is de procedure? Mw. Nijhof: risicokinderen zijn niet eenduidig te definiëren. Er wordt een nauwere relatie opgebouwd met scholen. Er zijn spreekuren op een aantal scholen gehouden door verpleegkundige en op andere scholen maandelijks door de arts. We hebben geen eenduidige procedure, wordt samen met

scholen gedaan. Dossier wordt aangelegd als een kind voor een individueel contact in aanmerking komt (elektronisch dossier). Deze dossiers worden bewaard, volgens het wettelijk bewaartermijn, in een archief.

Waarom worden er geen kaarten opgevraagd bij andere GGD-en als een kind van een stad naar een andere verhuist? Als er een nieuw kind op een school komt geeft de school dit door aan de verpleegkundige. Het kind kan dan bij twijfel worden onderzocht. Als het nodig is wordt er wel contact opgenomen.

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

Risicokinderen worden gemeld door andere GGD-en en niet door de inspanningen van de GGD GSO zelf. Wordt dit in de evaluatie meegenomen? Dhr. Wiegersma: het is niet zo dat we zelf niets doen.

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

Wat gebeurt er met kinderen die naar het SO gaan en waar je de gegevens van de eerste 4 jaar niet van hebt? Mw. Nijhof: het reguliere toelatingsonderzoek wordt gedaan, waar specialistische gegevens nodig zijn zullen deze worden opgevraagd. Is er iets met het kind aan de hand geweest dan kan dit worden opgezocht in een zorgdossier.

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

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

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

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

Hoe gaat het met de introductie naar ouders? Mw. Blaauw: informatiebijeenkomsten worden georganiseerd in overleg met de school. Zij kunnen beter beoordelen welk tijdstip gunstig is. Ouders kunnen kennismaken met de verpleegkundige van de school. Met vragen over gezondheid weten ze bij wie ze terecht kunnen bij de GGD. Ze krijgen informatie over wat de GGD te bieden heeft. Wanneer ze contact opnemen met de verpleegkundige of iemand anders van de GGD. Niet alle ouders komen. Zorg op maat is belangrijk. Andere manieren om ouders te bereiken gebeurt d.m.v. overleg met de school. Bijvoorbeeld kun je inloopsprekken, koffieochtenden enz. organiseren. Worden kinderen/ouders dan ook opgeroepen? Als de school zich zorgen maakt over een kind, en

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

Handboek gezonde jeugd, wat staat hier in? Mw. Wekker: dit is een themaboek waarin vragen, die uit het onderwijs zijn gekomen, zijn opgenomen. Er zit lesondersteunend materiaal, achtergrondinformatie, ouderparticipatie en regels en afspraken op school in. Onderwerpen zijn o.a. voeding, luizen, pesten, infectieziekten.

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

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

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

Hoe groot is het team JGZ, hoe groot is een regioteam? In Groningen zijn 3 regioteams, 1 bestaande uit 10 mensen, 1 uit 12 mensen en 1 uit 20 mensen. Hiervan houdt ongeveer 80%-85% zich bezig met jeugdgezondheidszaken. APGZ-medewerkers hielden hun eigen expertise. Er werd gericht gedaan aan deskundigheidsbevordering. Specialistische kennis wordt geleverd door opgeleide mensen. In signalering moet men generalistisch zijn.

Wat doen de doktersassistenten? Dhr. Bakker: zij doen screeningen en administratieve taken daaromheen. Hoe reageren ouders erop dat dokters niet meer screenen? Hier zijn ze inmiddels aan gewend. Ouders worden niet geweerd bij spreekuren. Bij alle onderzoeken op indicatie mogen ouders meekomen.

Welke rol speelt de GVO-discipline? Er zijn 4 medewerkers in dienst die intensief contact onderhouden met de regioteams. Zij houden zich breed bezig met jeugdgezondheidszorg.

In hoeverre zou een inspecteur van de JGZ in Groningen langskomend, daar voldoende verantwoording vinden dat daar goed gewerkt wordt. Dhr. de Jong: we worden nauwlettend gevolgd door de inspectie. Conclusie inspecteurs was dat een aantal zaken nog in ontwikkeling was. Hun eindconclusie was dat ze blij waren dat deze stap was gezet. Met belangstelling zouden zij de voortgang volgen. De inspectie heeft geen ontoelaatbare zaken gevonden. Alles is grondig onderzocht.

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

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

Waarom welk onderzoek in welke groep? Dhr. Wiegersma zal op dit onderwerp promoveren.

Ter afronding aan elk panellid een laatste vraag:

Kunt u bewijzen dat dit op termijn meer effect heeft. Dhr. Wiegersma: kijken in hoeverre er verschillen in benadering zijn tussen GGD-en, daarnaast kijken of de benadering van Groningen leidt tot vermindering van bijv. gokverslaving, vandalisme in vergelijking met dat van de persoonlijke benadering.

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

Komt het goed tussen Thuiszorg en de GGD? Mw. Smid: jawel hoor, we zijn druk bezig met samenwerken. Ze hoopt dat er meer gegevens kunnen worden gevraagd of overgedragen.

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

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

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

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



BILAGEN



Deelnemerslijst conferentie JGZ d.d. 13 april 1994

<u>Naam</u>	<u>Dienst/instelling</u>	<u>Plaats</u>
Y. Abma	GGD Kop van Noord-Holland	Den Helder
A. Alblas	Hulpverleningsdienst	Groningen
I. van der Ark	Groninger Buitenschool	Glimmen
T. van Asperen	Stichting Thuiszorg Ommelanden	Bedum
G. Badenbroek	Dienst Welzijn en Volksgezondheid	Arnhem
E. Bakker	GGD Oost-Groningen	Veendam
F. Bakker	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
H.M. Bakker	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
A. Bartels-Kortland	GGD Midden-Holland	Gouda
H.J. Bazuin	Hulpverleningsdienst	Groningen
J.W.A.M. van Beek	GGD Zuid-Oost Drenthe	Emmen
W. van Beekhuizen	GGD Rivierenland	Tiel
M. Beiboer	GGD Zuidwest Friesland	Sneek
Y. Beiboer	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
J. Beijering	GGD Oost-Groningen	Veendam
J. ten Berge-van der Schaaf	Vakgroep Gezondheidswetenschappen RUG	Groningen
J. Bezem	GGD West-Veluwe/Vallei	Ede
M.A.B. Bik-Bruin	GGD West-Veluwe/Vallei	Ede
F.I.R. Blaauw	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
Y. Blenk	GGD Kop van Noord-Holland	Den Helder
G.C. Blokzijl	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
C.A. Bos	GGD Zuid-West Drenthe	Hoogeveen
dhr. Blom	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
J.P. Braakman	Dienst Welzijn en Volksgezondheid	Arnhem
H.R. Brander	GGD West-Holland	Voorburg
J. Braun	Dienst Welzijn en Volksgezondheid	Arnhem
D.J. Brethouwer	GGD Noord-Friesland	Leeuwarden
E.L. Brink	Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming	Groningen
A.M. van Bruggen	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening in Noord-Brabant	Den Bosch
A. Buitelaar	GGD Gooi en Vechtstreek	Bussum
J.W. van der Burg	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
K.J. Burgers	GGD Oost-Veluwe	Apeldoorn
S.G. van Calcar	Hulpverleningsdienst	Groningen
I. Coops	GGD Flevoland	Lelystad
R. Coppes	DGD Midden Twente	Hengelo
M.C. Cornips	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
A.P.A. Daanen	GGD Regio Nijmegen	Nijmegen
H.C.M. Defanny-Schermers	Dienst Welzijn en Volksgezondheid	Arnhem
A.K. Ehhen	GGD Samenwerkingsverband Enschede	Enschede
J. van Ede	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
P. van Eeden	GGD Regio Dordrecht	Dordrecht
J.A.M. van Eijck	GGD Midden-Brabant	Tilburg

A.A.M.M. van den Eijnden	GGD Gooi en Vechtstreek	Bussum
J.G. Ensing	GGD Noord- en Midden Drenthe	Assen
J. Eysvoogel	Dienst Welzijn en Volksgezondheid	Arnhem
A.C. Fijen	GGD Delft/Oostland	Delft
D.D. van Fraassen	GGD Leiden en omstreken	Leiden
H.S.E. Funcke	GGD Regio Geldrop-Valkenswaard	Valkenswaard
R. Gelissen	GGD Oost-Groningen	Veendam
H.M. Gijsman-Kruidenier	GGD Leiden en omstreken	Leiden
W.H.M. Gorissen	GG en GD Utrecht	Utrecht
G.F. van de Graaf	GGD Eemland	Amersfoort
E.M.G. de Graaf-Groot	GGD Westelijk Noord-Brabant	Bergen op Zoom
A.J.M. Gribling	GGD Eindhoven	Eindhoven
A.M. Groeneveld	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
G. de Groot	GGD Regio Dordrecht	Dordrecht
H. Grooten	Stichting Thuiszorg Stad	Groningen
J.S. Grotholt	Gemeente Hengelo	Hengelo
W. den Hartigh	GGD Zaanstreek	Zaandam
M.A. Haveman	GGD Gemeentekring Almelo	Almelo
L.A.M. van der Heijden	GGD Regio Nijmegen	Nijmegen
M. Heimensen	GGD Regio Dordrecht	Dordrecht
H. Hendriks	GGD Flevoland	Lelystad
J. Hensen	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
P. Herregodts	GGD Samenwerkingsverband Enschede	Enschede
W.J.A. Hilgersom	GGD West Utrecht	Nieuwegein
J.M. Hobbelt-Stoker	GGD Noord-Kennemerland	Alkmaar
H.J. Hommes	Stichting Thuiszorg Stad	Groningen
P.J.C. Hugen	GG en GD Amsterdam	Amsterdam
C.H. Huisman	GGD Regio Nijmegen	Nijmegen
C. Huitzing-de Vries	GGD Kop van Noord-Holland	Den Helder
mw. Jacobi	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
J. Jager	Gemeente Delfzijl	Delfzijl
T.A.M. Jaspers	GGD Midden-Limburg	Roermond
W. de Jong	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
E.J. van Kalsbeek	GGD Delft/Oostland	Delft
M. Kelder	GGD Samenwerkingsverband Enschede	Enschede
H. Kleiboer	GGD Waterland	Purmerend
A. Klomp	GGD Waterland	Purmerend
J. Kluitenberg	Gemeente Leeuwarderadeel	Stiens
E.J.G. Klungel	Basisschool "Roemte"	Loppersum
P.J.C. Köhne	GGD Midden-Kennemerland	Heemskerk
C. Koppenaar	GGD Amstelland de Meerlanden	Amstelveen
M. Kriekoord	GGD Rivierenland	Tiel
H. Kruisselbrink	GGD Oost-Groningen	Veendam
D.T. Kuijvenhoven	GGD Westfriesland	Hoorn
S. Laeijendecker	GGD Oost-Gelderland	Doetinchem
B. Landkroon	Dienst Welzijn-gemeente Leeuwarden	Leeuwarden
W.E.N. Lanphen	GGD Flevoland	Lelystad
H. Lanting	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
A.F. Lether	GGD Amstelland de Meerlanden	Amstelveen

P. van Lieshout	GG en GD Utrecht	Utrecht
A.M. Lodder-v.d. Kooij	GGD Rijnstreek	Alphen a/d Rijn
L.C.F. Luttmer	GGD Zuid-West Drenthe	Hoogeveen
E.J. Maarsingh	GGD Oost-Veluwe	Apeldoorn
R. v.d. Meer	GG en GD Utrecht	Utrecht
L. Mees	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
G. Middelkamp	GGD Oost-Groningen	Veendam
M.J.H. van Mierlo	GGD Zeeland	Goes
M. Mooyaart	Regionale Kruisvereniging Oost-Groningen	Veendam
E. Mud	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
C.D. Mulder	Thuiszorg Drenthe	Assen
M. Nanninga	GGD Oost-Groningen	Veendam
A.C.M. v.d. Neut- v. Noordenburg	GGD Noord-en Midden Drenthe	Assen
G.J. Nijhof	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
A. Nijlant	Dienst Welzijn en Volksgezondheid	Amhem
G.W. van Omme	GGD Rotterdam e.o.	Rotterdam
M. Oosting-Jansen	GGD Zaanstreek	Zaandam
M.A. Oziël	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
P. Pekelder	GGD Gemeentekring Almelo	Almelo
A.R. Politiek	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
H. Posthuma	Gemeente Menaldumadeel	Menaldum
R. Razoux Schultz	GGD Oost-Veluwe	Apeldoorn
G.D.T. Rietman	DGD Midden Twente	Hengelo
Y.P.H.M. Roskam	GGD Zeeland	Goes
A. le Roux	GGD Groningen Stad en Ommelanden	Groningen
J.T. Ruge	GGD Noordwest-Veluwe	Harderwijk
K. de Ruijsscher	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
J.C.M. Ruiter	GGD Westfriesland	Hoorn
J.A.M. Saan	Landelijk Centrum GVO	Utrecht
N. Scheffer-Termijtelen	GGD Samenwerkingsverband Enschede	Enschede
M.J.J. Schmitz Wickermann	GGD Gemeentekring Almelo	Almelo
J.M.A. Schnieders	GGD Noord-en Midden Drenthe	Assen
R. Siertsema	Regionale Kruisvereniging Oost-Groningen	Veendam
M.E. Smid-Roos	Thuiszorg Drenthe	Assen
M. Smids-Holwerda	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten
T. Y. de Smit	GGD Zuidwest Friesland	Sneek
I. Snijders	Stichting Thuiszorg Ommelanden	Bedum
M.H.A. Spauwen	GGD Regio IJssel-Vecht	Zwolle
J. Spierts	GGD Flevoland	Lelystad
A. Stoffers	Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Groningen en Drenthe	Groningen
M. Stokvisch	GGD Oost-Gelderland	Doetinchem
M.B. Swagerman-van Hees	GGD Waterland	Purmerend
H. Swinkels	GGD Stadsgewest 's-Hertogenbosch	Den Bosch
D.M.J. Teunissen	GGD Rivierenland	Tiel
J.J. Toet	GGD West-Holland	Voorburg
A.M.W. Trouwhorst	GGD West-Holland	Voorburg
J. van Ulden	GGD Regio de Friese Wouden	Drachten

J. van der Veer
M. Vierhout-Zwitsers
J.C. Visser
C.J.M. v. Vlerken
J. Volmer
H.P. de Vries
P.H.C. de Vries
F. Wafelbakker
M.M. Wagenaar-Fischer
I. Wassenaar
M.L. van Weert-Waltman
F.M.G. Wekker-Heitbrink
N. v.d. Werf
P.A. Wiegersma
B.J. Wiggers
A.J. Wolbers
B.A. Wolters
B.M.E. van Zandwijk
M.A.T.W. Zwartendijk-Schats

GGD Gooi en Vechtstreek
GGD Noord-en Midden-Drenthe
GGD Zuid-Oost Drenthe
Landelijk instituut GGD'en
Stichting Thuiszorg Ommelanden
GGD Noord-Kennemerland
GGD Rijnstreek
NISSO
GGD Zuid-Oost Utrecht
GGD Stadsgewest Breda
GG en GD Amsterdam
GGD Groningen Stad en Ommelanden
GGD Regio de Friese Wouden
GGD Groningen Stad en Ommelanden
GGD Noord-Friesland
GGD Samenwerkingsverband Enschede
GGD Groningen Stad en Ommelanden
Dienst Welzijn en Volksgezondheid
Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ

Bussum
Assen
Emmen
Utrecht
Bedum
Alkmaar
Alphen a/d Rijn
Den Haag
Zeist
Breda
Amsterdam
Groningen
Drachten
Groningen
Leeuwarden
Enschede
Groningen
Arnhem
Den Haag

LIJST VAN SPREKERS EN FORMUMLEDEN

Dhr. F. Wafelbakker, jeugdarts, senioradviseur NISSO, voorheen inspecteur GHI Jeugdgezondheidszorg.

Mw. F.M.G. Wekker, sociaal verpleegkundige, regiocoördinator GGD GSO.

Dhr. L. Mees, beleidsmedewerker/voorlichter GGD GSO.

Dhr. P.A. Wiegersma, jeugdarts, epidemioloog GGD GSO.

Mw. F.I.R. Blaauw, sociaal verpleegkundige GGD GSO.

Dhr. F. Bakker, arts GGD GSO.

Mw. M.A. Oziël, sociaal verpleegkundige, wijkpreventiewerker GGD GSO.

Mw. G.J. Nijhof, arts, regiocoördinator GGD GSO.

Dhr. E.J.G. Klungel, directeur christelijke basisschool "Roemte" te Loppersum.

Mw. M.L. van Weert, jeugdarts, voorzitter Nederlandse Vereniging Jeugdgezondheidszorg.

Mw. M.E. Smid, jeugdarts, operationeel manager (medisch) Thuiszorg Drenthe.

Dhr. J.A.M. Saan, adviseur kwaliteit Landelijk Centrum GVO.

