

Eindrapportage

The background image shows a woman with long blonde hair smiling as she looks at a tablet. The tablet displays a young girl with blonde hair, wearing a light blue shirt, sitting at a table and eating from a white bowl. A glass of orange juice is on the table next to her. The scene is set in a bright, indoor environment. The image is overlaid with a pink diagonal shape on the left and a blue triangle at the bottom right.

Monitoring scenario's flexibilisering van contactmomenten



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Titel

Monitoring scenario's flexibilisering van contactmomenten

Auteurs

Jaap Toet, Marga Beckers

Informatie

Marga Beckers
030-760 04 08

Een publicatie van

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
Churchillaan 11, 7e etage
3527 GV Utrecht

030-760 04 05
centrumjeugdgezondheid@ncj.nl
www.ncj.nl

Bronvermelding

Het overnemen van gegevens uit deze publicatie is toegestaan met de bronvermelding.

© NCJ - Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, juli 2014

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	4
SAMENVATTING	5
1. INLEIDING EN AANLEIDING	7
2. DOEL EN VRAAGSTELLING	9
3. SCENARIO'S EN DEELNEMENDE ORGANISATIES	10
3.1 Alle Kinderen In Beeld (AKIB)	10
3.2 Kwaliteit voor Ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ (KIEN)	10
3.3 Controlegroep	11
4. WERKWIJZE	12
4.1 Onderzoeksmethode	12
4.2 Projectorganisatie	12
4.3 Rapportage	13
5. RESULTATEN	14
5.1 Uitvoerbaarheid in de praktijk	14
5.2 Adequate zorg	16
5.3 Professionele ruimte voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben	17
5.4 Inventarisatie flexibiliseringsmodellen voor de contactmomenten JGZ 0-19 jaar	20
6. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	23
6.1 Conclusies	23
6.2 Aanbevelingen	24
LITERATUUR	26
BIJLAGEN	27
1. ZonMw-projecten flexibilisering	28
2. Interviewvragen voor focusgroepbijeenkomsten met medewerkers in de pilotregio's	29
3. Wat is adequate zorg in de JGZ?	31
4. Samenstelling begeleidingscommissie en regisseursoverleg	32
5. Factsheets AKIB en KIEN	33
6. De 11 AKIB-resultaten	36
7. De APL, gebruikt in AKIB en het ETM, gebruikt in KIEN	39
8. Overzicht huidige richtlijn Contactmomenten en de contactmomenten in de scenario's	42

WOORD VOORAF

Hierbij presenteren wij het rapport Monitoring scenario's flexibilisering. Voor deze monitoring hebben wij twee flexibiliseringsscenario's, AKIB en KIEN, onder de loep genomen om te toetsen op een aantal vraagstellingen.

Wij willen u, voordat u de uitkomsten van de monitoring leest, het volgende meegeven. Bij de beschouwing van de uitvoerbaarheid van de twee scenario's in de praktijk moet worden meegenomen dat AKIB door twee relatief kleine organisaties en KIEN door het grote CJG Rijnmond is ingevoerd en dat er minder contactmomenten geflexibiliseerd zijn bij AKIB dan bij KIEN. Verder speelt bij KIEN mee dat de invoering later is gestart, gefaseerd is verlopen en dat tijdens de looptijd van de monitoring nog niet alle teams de nieuwe werkwijze geheel hadden ingevoerd. Het CJG Rijnmond heeft voorafgaand aan de invoering van KIEN een grote organisatieverandering (fusie en verzelfstandiging) doorgemaakt. AKIB en KIEN bevonden zich ten tijde van de monitoring derhalve in verschillende implementatiestadia.

Ook moet een kanttekening worden geplaatst bij de informatie die uit de focusgroepinterviews is verkregen. In het geval van CJG Rijnmond is een kleine groep medewerkers op één locatie bevraagd. Zij waren recentelijk overgestapt op de nieuwe werkwijze en bevonden zich nog midden in de verandering. Hun opmerkingen moeten in deze context worden beschouwd.

Het CJG Rijnmond heeft de KIEN-werkwijze geëvalueerd; de resultaten zijn in het derde kwartaal 2014 beschikbaar.

SAMENVATTING

Inleiding

De Nederlandse jeugdgezondheidszorg werkt sinds 2003 met het Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar en de richtlijn 'Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar' (hierna: richtlijn Contactmomenten). Omdat JGZ-organisaties en gemeenten de bestaande richtlijn als knellend ervoeren, zijn zij op zoek gegaan naar mogelijkheden die beter aansluiten op wat ouders en jongeren nodig hebben. Gebaseerd op de behoefte in het veld aan goede voorbeelden voor flexibilisering en de lopende experimenten heeft het NCJ in 2012 de handreiking 'Scenario's voor flexibilisering in de JGZ' uitgegeven, waarin drie mogelijke scenario's voor flexibilisering zijn beschreven. Deze scenario's waren nog onvoldoende beproefd in de praktijk. Het NCJ heeft daarom de uitvoering van de scenario's gemonitord in de praktijk.

De scenario's die zijn gemonitord, zijn:

- o Alle Kinderen In Beeld (AKIB), bij de Zorgboog en ZuidZorg (scenario 2 uit de NCJ-handreiking)
- o Kwaliteit voor ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ (KIEN), bij CJG Rijnmond (scenario 3 uit de NCJ-handreiking)

Daarnaast is een landelijke enquête uitgezet bij alle JGZ-organisaties om te inventariseren of en hoe zij flexibiliseren.

Vraagstelling

De hoofdvraagstellingen van de monitoring waren:

1. Zijn de scenario's uitvoerbaar in de JGZ-praktijk?
.....
2. Leveren de scenario's adequate zorg aan kinderen en hun ouders?
.....
3. Leveren de scenario's professionele ruimte (extra tijd) op voor de kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben?
.....
4. Wat zijn de flexibiliseringsactiviteiten van de JGZ-organisaties (in Nederland)?

Resultaten

De monitoring heeft, gelet op de hoofdvraagstellingen, tot de volgende resultaten geleid:

Ad 1. De twee scenario's zijn uitvoerbaar in de praktijk.

Ad 2. Met de twee scenario's wordt volgens de geïnterviewde medewerkers van de betrokken JGZ-organisaties nog steeds adequate zorg geleverd. Op basis van de registraties kon hierover geen uitspraak worden gedaan. Bij AKIB wordt de grotere betrokkenheid van ouders als winst genoemd. Met KIEN wordt volgens de medewerkers nog wel adequate zorg geleverd, maar is het signaleren van risicokinderen gevoelsmatig wel moeilijker geworden en opzichte van de oude situatie; dit is deels te wijten aan de overgangssituatie waarin de organisatie zich bevindt.

Ad 3. De over AKIB aangeleverde registratiegegevens geven een aanwijzing dat er bij bepaalde contactmomenten een verschuiving heeft plaatsgevonden van reguliere contactmomenten naar consulten op indicatie. Het is niet mogelijk geweest te onderzoeken of dit ten goede is gekomen van kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben. Bij KIEN is het nog niet mogelijk geweest registratiegegevens te gebruiken voor de monitoring omdat de organisatie zich nog in de implementatiefase bevond.

Ad 4. Bij ruim driekwart van de JGZ-organisaties die aan de inventarisatie mee hebben gedaan (36), vinden activiteiten op het gebied van flexibilisering plaats. De meeste organisaties zijn in 2012 begonnen met flexibiliseren. De contactmomenten op de leeftijd van 7,5 maanden, 9 maanden, 18 maanden, 5 jaar (groep 2), 10 jaar (groep 7) en 13 jaar (klas 2 vo) worden het meest frequent geflexibiliseerd.

Het werken met een controlegroep van twee JGZ-organisaties, namelijk: JGZ Kennemerland (0-4 jaar) en GGD Brabant-Zuidoost (4-19 jaar), die volgens de huidige richtlijn Contactmomenten werken, is anders uitgedacht dan voorzien. Zij

hebben wel registratiegegevens aangeleverd, maar deze waren niet te vergelijken met de gegevens van de organisaties die de flexibiliseringsscenario's uitvoeren. Het geplande focus-groepinterview met hen is wegens tijdgebrek niet doorgegaan. Zij zijn wel actief betrokken geweest in het regisseursoverleg (overleg met de coördinatoren in de pilotregio's) en hebben op die manier bijgedragen aan de inrichting en uitvoering van de pilots.

Het is in deze monitoring niet gelukt ouders (en kinderen) te betrekken.

Conclusies en aanbevelingen

Flexibilisering is niet een nieuw schema invoeren; flexibilisering gaat over ruimte scheppen voor professionals om in samenspraak met het gezin/de jongere de zorg af te stemmen op hun behoefte.

Op basis van deze monitoring zijn geen harde uitspraken te doen over de invoering van een van de twee gemonitorde scenario's. Wel zijn er lessen te leren uit de implementatietrajecten van beide modellen. AKIB kan als mogelijk flexibiliseringsscenario worden uitgevoerd in de JGZ. Over KIEN kan op basis van deze monitoring nog geen uitspraak worden gedaan, omdat KIEN zich op het moment van deze monitoring nog te vroeg in het implementatietraject bevond. De evaluatieresultaten, die in het derde kwartaal verschijnen, geven hier mogelijk antwoord op.

Er zijn geen uitspraken te doen over of met deze scenario's signalen worden gemist, hiervoor zijn geen objectieve criteria geformuleerd. Er zijn evenmin objectieve uitspraken te doen wat betreft gezondheidsresultaten voor kinderen; daarvoor is longitudinaal onderzoek nodig.

Op basis van de monitoring wordt een aantal aanbevelingen geformuleerd over de wijze van opzet en uitvoering van flexibiliseringsvarianten in de praktijk en wordt aanbevolen deze te

onderzoeken. Tot slot wordt aanbevolen de resultaten van deze monitoring te betrekken bij de wijze van uitvoering van het Basispakket JGZ, dat per 1 januari 2015 van kracht wordt. Het NCJ heeft deze resultaten betrokken bij het opstellen van het Landelijk professioneel kader voor de uitvoering van het Basispakket JGZ.¹

Hoewel de resultaten van de monitoring zijn achtergebleven bij onze verwachtingen, hopen wij dat organisaties die aan het flexibiliseren zijn met deze ervaringen en aanbevelingen toch hun voordeel kunnen doen.

1. Zie Toolbox Basispakket JGZ op www.ncj.nl.

1. INLEIDING EN AANLEIDING

De Nederlandse jeugdgezondheidszorg werkt sinds 2003 met een 'Basistakenpakket' (BTP) dat bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Dit maatwerkdeel kan per gemeente verschillend zijn. Met het uniforme deel van het BTP is ieder kind in Nederland verzekerd van eenzelfde preventief aanbod. De inhoud van dit aanbod wordt in 20 contactmomenten, die zijn vastgelegd in de JGZ-richtlijn 'Contactmomenten Basistakenpakket JGZ' uit 2003, aangeboden aan ouders en jongeren. In het rapport 'Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment' (ABC-rapport, 2008) is beschreven wat de JGZ kan aanbieden vanuit het uniforme deel van het BTP. Wat daadwerkelijk aan de orde komt, hangt af van waar de ouders over willen praten of van wat op dat moment aan de hand is met het kind en van wat professionals in overleg met de ouders willen onderzoeken of bespreken.

De afgelopen jaren hebben JGZ-organisaties gewerkt met alternatieven voor de huidige richtlijn Contactmomenten - al dan niet - vergezeld van onderzoek, gefinancierd vanuit het ZonMw-programma 'Vernieuwing Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg' en met toestemming van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Begin 2012 heeft het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) de handreiking 'Scenario's voor flexibilisering in de JGZ' gepubliceerd. Vanuit de behoefte van het veld aan goede voorbeelden (en ordening) en gebaseerd op de praktijk zijn daarin drie scenario's voor het flexibiliseren van het schema van de contactmomenten beschreven.

Er ontstond discussie in het JGZ-veld toen de Inspectie voor de Gezondheidszorg in november 2011 aangaf op deze flexibiliseringsscenario's in de toekomst te willen gaan handhaven.

Over dit voornemen heeft vervolgens overleg plaatsgevonden tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het NCJ en het ministerie van VWS. Dit heeft geresulteerd in een brief aan de Tweede Kamer (19 januari 2012, TK 32 793, nr. 11), waarin de staatssecretaris van VWS aangaf dat op basis van de kennis die uit diverse trajecten voortkomt, de scenario's kunnen worden doorontwikkeld. Met voldoende draagvlak zouden deze kunnen leiden tot een nieuwe veldnorm, die in de plaats komt van de huidige richtlijn Contactmomenten. Het NCJ benadrukte destijds dat de beschreven scenario's waren bedoeld als ondersteuning voor het JGZ-veld bij experimenten met flexibilisering. Het was niet de bedoeling van het NCJ scenario's te beschrijven om een verplichtend kader te scheppen. Het is juist van belang de scenario's in de praktijk eerst te beproeven, te beoordelen op bruikbaarheid en JGZ-organisaties daarmee meer keuzemogelijkheden aan te reiken voor het beter aansluiten op de behoefte van kind en ouder. Ook stelde het NCJ dat de scenario's zijn beschreven om ervaring op te doen met het flexibiliseren van contactmomenten en dat er geen bezuinigingsmotief aan ten grondslag ligt.

Begin 2012 heeft de staatssecretaris van VWS de commissie De Winter geïnstalleerd om het huidige Basistakenpakket JGZ te evalueren en op basis daarvan te adviseren over de inhoud van een nieuw Basisaanbod preventie dat per 1 januari 2015 van kracht zal zijn. Het NCJ heeft met ActiZ, GGD Nederland en de beroepsverenigingen in de JGZ, AJN, V&VN en NVDA, in november 2012 een standpunt uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS over de inhoud van dit 'Basisaanbod preventie'. Dit standpunt is ook aangeboden aan de commissie De Winter en naar alle JGZ-organisaties gestuurd.² Het rapport van de commissie De Winter, 'Een

2. Kern van het standpunt is bepleiting van een breed basisaanbod preventie jeugd, waarin ook concrete steun en preventieve (voorlichtings)activiteiten voor ouders zijn opgenomen.

stevig fundament', verscheen in februari 2013. De staatssecretaris van VWS heeft in zijn standpunt hierover (25 juni 2013) aangegeven het Basistakenpakket JGZ grotendeels te handhaven en te moderniseren. Flexibilisering wordt in dit standpunt bepleit. Samen met ActiZ, GGD Nederland en de beroepsverenigingen AJN, V&VN en NVDA heeft het NCJ in 2013 een positieve reactie op het standpunt van de staatssecretaris gegeven. Eveneens met deze partijen heeft het NCJ half juni 2014 een reactie op het concept-Besluit PG gegeven. Het definitieve Besluit PG wordt in het najaar verwacht.

In de handreiking 'Scenario's voor flexibilisering in de JGZ' is aangegeven dat de scenario's nog onvoldoende beproefd zijn in de praktijk en dat nog moet worden beoordeeld of daarmee het beoogde effect van de flexibilisering, namelijk 'adequate zorg voor kinderen en hun ouders', wordt behaald. Daarom is de uitvoering van de scenario's van juni 2012 tot december 2013 gemonitord in de praktijk. Zoals het NCJ in de handreiking aangeeft, is dat gebeurd in nauwe samenspraak met de JGZ-organisaties, die een van de scenario's uitvoeren en aan de pilot hebben deelgenomen.

Daarbij is onder andere afgesproken dat alle JGZ-organisaties, voor zover ze niet aan de NCJ-pilots deelnamen, door het NCJ werden bevraagd of en, zo ja, hoe zij hun schema van contactmomenten flexibiliseren. Het resultaat hiervan vindt u eveneens in deze rapportage.

De resultaten van de monitoring van de scenario's en deze inventarisatie kunnen in samenhang met de uitkomsten van het ZonMw-programma 'Vernieuwing Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg' en het wettelijk vast te leggen 'Basispakket JGZ' worden gebruikt om tot verantwoorde alternatieven te komen voor de huidige richtlijn Contactmomenten. Dit valt echter buiten het bestek van deze rapportage.

Het NCJ heeft de resultaten van deze monitoring inmiddels betrokken bij het opstellen van het Landelijk professioneel kader voor de uitvoering van het Basispakket JGZ.³ Meer informatie hierover vindt u op de NCJ-website in de Toolbox Basispakket JGZ, waarmee het NCJ de implementatie van het nieuwe Basispakket JGZ ondersteunt.

Een overzicht van de afgeronde flexibiliseringsprojecten in het kader van het ZonMw-programma is in bijlage 1 opgenomen.

Graag wil het NCJ de deelnemende organisaties in de pilot bedanken voor de open en constructieve wijze waarop ze hebben deelgenomen aan de pilot en ons hebben laten meekijken bij de (door)ontwikkeling van hun flexibiliserings-scenario.

3. Zie Toolbox Basispakket JGZ op www.ncj.nl.

2. DOEL EN VRAAGSTELLING

Het doel van het werken met meerdere scenario's voor de richtlijn Contactmomenten is om daarmee meer op maat te kunnen aansluiten op de behoefte aan jeugdgezondheidszorg van ouders en jongeren.

De drie hoofdvraagstellingen voor de monitoring van de scenario's waren:

1. Zijn de scenario's uitvoerbaar in de JGZ-praktijk?
.....
2. Leveren de scenario's adequate zorg aan kinderen en hun ouders?
.....
3. Leveren de scenario's professionele ruimte (extra tijd) op voor de kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben?
.....

Later is op verzoek van het ministerie, de brancheorganisaties, VNG en IGZ de volgende vraagstelling toegevoegd:

4. Hoeveel JGZ-organisaties zijn bezig met flexibiliseringsactiviteiten en op welke wijze?

3. SCENARIO'S EN DEELNEMENDE ORGANISATIES

In de handreiking 'Scenario's voor flexibilisering in de JGZ' zijn drie scenario's voor flexibilisering van contactmomenten, op basis van bestaande en vernieuwde uitvoeringspraktijken van de JGZ, beschreven. Voor de monitoring van deze scenario's is een aantal organisaties benaderd. Voor scenario 1 is geen organisatie gevonden. Dit scenario betreft de huidige richtlijn Contactmomenten met de toevoeging van een contactmoment voor 15-/16-jarigen. Voor dit extra contactmoment is additioneel financiering beschikbaar gesteld door het ministerie van VWS. Onder verantwoordelijkheid van GGD Nederland en met inhoudelijke inbreng van het NCJ en ActiZ is een apart project gestart om dit contactmoment inhoud en vorm te geven. Dit scenario is met deze ontwikkeling buiten de context van dit project geplaatst en is dus niet gemonitord.

De hierna genoemde organisaties deden mee aan de monitoring:

- o Alle Kinderen In Beeld, AKIB: de Zorgboog en ZuidZorg (0-4 jaar) (scenario 2 uit de handreiking⁴).
- o Kwaliteit voor Ieder Kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ, KIEN: CJG Rijnmond (0-19 jaar) (scenario 3 uit de handreiking⁵).
- o Huidige richtlijn (controlegroep): JGZ Kennemerland (0-4 jaar) en GGD Brabant-Zuidoost (4-19 jaar).

Op verzoek van de VWS-overleggroep is voor de inventarisatie van flexibilisering van contactmomenten bij alle Nederlandse JGZ-organisaties een internetvragenlijst opgesteld, die naar alle 50 JGZ-organisaties is gestuurd.

De kenmerken van de twee flexibiliseringsscenario's die in deze monitoring aan de orde zijn, worden hierna beschreven.

3.1 Alle Kinderen In Beeld (AKIB)

- o Meerdere contactmomenten worden gedifferentieerd (individueel of in groepen vanuit de vraag en behoefte van ouders en kind) aangeboden: bij 4 maanden, 7,5 maanden, 11 maanden en 18 maanden.
- o Op vastgestelde momenten (2e-3e week, 6e week, 7-9 maanden, 2½ jaar en 3½ jaar) wordt op indicatie een extra contactmoment of een collectief contactmoment⁶ opgenomen.
- o De behoefte van het kind/de jongere en diens ouders is leidraad voor het zorgaanbod.
- o Vaste evaluatiemomenten met ouders/de jongere zijn onderdeel van de werkwijze.
- o Door de ruimte die ontstaat kan de zorg voor de risicokinderen⁷ geïntensiveerd worden.
- o Samenwerking in de keten is een voorwaarde om dit scenario te kunnen uitvoeren.

Voor meer informatie zie bijlage 5.

3.2 Kwaliteit voor Ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ (KIEN)

- o Er zijn twaalf basiscontactmomenten voor ieder kind.
- o Deze basiscontactmomenten worden aangevuld met een collectief aanbod en/of een extra individueel aanbod. Dit gebeurt in overleg met de ouder/het kind.
- o De JGZ sluit aan bij de vindplaatsen, zoals de scholen, peuterspeelzalen en kinderdagverblijven, om het (gezamenlijk) vroegtijdig

4. Handreiking Scenario's voor flexibilisering in de JGZ (2012), NCJ.

5. Handreiking Scenario's voor flexibilisering in de JGZ (2012), NCJ.

6. Met een collectief contactmoment wordt bedoeld: een contactmoment waarbij JGZ-professionals meerdere kinderen (en hun ouders) tegelijk zien (vaccinaties) of hen gezamenlijk voorlichting (borstvoeding) of instructies geven (zindelijkheid).

7. AKIB spreekt van 'risicokinderen' wanneer sprake is van meer dan drie risicofactoren in een gezin.

signaleren van vragen/problemen te optimaliseren. Dit in de vorm van bijvoorbeeld het aanbieden van groepsvoorlichtingen, inloopspreekuren of casuïstiekoverleg. Voor meer informatie zie bijlage 5.

3.3 Controlegroep

De deelnemende organisaties (JGZ Kennemerland (0-4 jaar) en GGD Brabant-Zuidoost (4-19 jaar)) die de huidige richtlijn Contactmomenten uitvoeren, zouden worden ingezet als 'vergelijkings situatie' voor de contactmomenten die in de scenario's geflexibiliseerd zijn.

4. WERKWIJZE

In dit hoofdstuk komen de gebruikte onderzoeksmethoden en meetinstrumenten aan bod. Daarnaast is aangegeven hoe de organisatie van de monitoring was opgezet en hoe de rapportage plaatsvond.

4.1 Onderzoeksmethode

De monitoring bestond uit vier onderdelen.

1. Het eerste onderdeel van de monitoring richtte zich op de vraag of de in de handreiking beschreven scenario's **uitvoerbaar waren in de JGZ-praktijk**. Hiervoor zijn in 2012 de beschikbare documenten over de scenario's bestudeerd en zijn interviews met de regisseurs van de pilotregio's gehouden. Ook zijn hiervoor gegevens uit focusgroepinterviews met de medewerkers gebruikt.
2. In het tweede onderdeel van de monitoring stond de vraag centraal of de scenario's **adequate zorg voor kinderen en hun ouders** opleverden. Hiervoor zijn in de zomer van 2013 vier focusgroepinterviews met de betrokken lokale regisseurs, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen gehouden. De interviewvragen (zie bijlage 2) zijn opgesteld in overleg met de begeleidingscommissie en het regisseursoverleg. Voorafgaand aan de interviews is er voor het begrip 'adequate zorg' een uitgewerkte definitie opgesteld (zie bijlage 3). Deze definitie is in overleg met de regisseurs van de pilots, de begeleidingscommissie en medewerkers van het NCJ opgesteld. De interviews zijn opgenomen en vervolgens uitgewerkt.
3. Het derde onderdeel ging over de **professionele ruimte** (extra tijd) die het werken met de scenario's kan opleveren en die gebruikt kan worden voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben. Hiervoor zijn gegevens uit de registraties van de JGZ-organisaties opgevraagd. Per geflexibiliseerd contactmoment kan worden uitgerekend of

dit professionele ruimte opgeleverd heeft (door vergelijking van het aantal uitgevoerde consulten per contactmoment voor en na flexibilisering). Als dit het geval is, kan uitgezocht worden of de tijd die dit oplevert, ingezet wordt voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben. De registratiegegevens van het kalenderjaar 2012 vormden de basis voor dit onderdeel van de monitoring.

4. Het vierde en laatste onderdeel van de monitoring was de **inventarisatie van flexibilisering van contactmomenten bij alle Nederlandse JGZ-organisaties**. Hiervoor is een internetvragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is naar alle 50 JGZ-organisaties gestuurd. In de vragenlijst zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen: kenmerken van de organisatie (GGD of thuiszorgorganisatie); doelgroep; flexibiliseringsactiviteiten (ja/nee); startjaar flexibilisering; geflexibiliseerde contactmomenten; wijze van flexibilisering; onderbouwing; ervaringen en resultaten; vrijgekomen 'professionele ruimte'; kwaliteit en klanttevredenheid.

4.2 Projectorganisatie

Voor het begeleiden van de monitoring heeft het NCJ een projectorganisatie opgezet met een begeleidingscommissie en een regisseursoverleg. De taak van de begeleidingscommissie was het begeleiden van de uitvoering en monitoring van de scenario's. De commissie bestond uit vertegenwoordigers vanuit de wetenschap en een afvaardiging vanuit de brancheorganisaties, de beroepsverenigingen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De commissie stond onder leiding van het NCJ. Het regisseursoverleg, bestaande uit een vertegenwoordiger uit elke deelnemende JGZ-organisatie, had als taak de uitvoeringsactiviteiten van de monitoring in de pilot te coördineren. In bijlage 4 is de samenstelling van de begeleidingscommissie en het regisseursoverleg opgenomen.

4.3 Rapportage

In maart 2013 is een eerste tussenrapportage opgesteld om te rapporteren over de voortgang van de monitoring en om andere JGZ-organisaties te informeren over de stand van zaken. Een geplande tweede tussenrapportage in het najaar is niet opgesteld, omdat er op dat moment te weinig nieuwe inzichten waren die dit rechtvaardigden. De eindrapportage is in het voorjaar van 2014 opgesteld en besproken in het regisseuroverleg en met de begeleidingscommissie.

5. RESULTATEN

In dit hoofdstuk komen de vier onderdelen van de monitoring aan bod. De eerste drie onderdelen: uitvoerbaarheid in de praktijk, adequate zorg en professionele ruimte voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben, zijn per scenario uitgewerkt. In het laatste onderdeel zijn de resultaten van de landelijke inventarisatie van flexibiliseringsscenario's weergegeven.

5.1. Uitvoerbaarheid in de praktijk

Bij dit onderdeel zijn de volgende aspecten aan bod gekomen: aanleiding voor de flexibilisering, onderbouwing, implementatie en uitvoerbaarheid en tevredenheid van ouders/jongeren en medewerkers.

In eerste instantie is de beschikbare documentatie over de twee scenario's (AKIB en KIEN) bestudeerd. Vervolgens zijn in het najaar van 2012 de regisseurs van de pilotregio's geïnterviewd. Tijdens deze interviews zijn onder andere de voorbereidingen voor de uitvoering van de flexibilisering, de afwijkingen van de huidige richtlijn (onder andere inhoud, duur, uitvoerende discipline, betreffende aantal kinderen), de volledigheid van de uitvoering en de vrijgekomen tijd voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben, aan bod gekomen. De overige aspecten, zoals uitvoerbaarheid in de praktijk en tevredenheid van ouders en medewerkers, zijn tijdens de focusgroepinterviews (uitgevoerd in de zomer van 2013) met de medewerkers aan de orde gekomen.

AKIB

De JGZ-organisaties de Zorgboog en ZuidZorg zijn in 2008 gestart met het ontwerp van AKIB en in het eerste kwartaal van 2010 begonnen met de implementatie van AKIB. Per 1 januari 2012 is de implementatiefase afgerond en het scenario bevindt zich sinds januari 2012 in de zogenaamde landingsfase. Dit houdt dit in dat de werkwijze in het gehele werkgebied is geïmplementeerd. De nieuwe werkwijze vraagt extra tijd om daadwerkelijk in de genen van de medewerkers 'te landen'.

De wens om beter aan te sluiten bij de behoeften van kinderen en ouders was voor de Zorgboog en ZuidZorg de aanleiding om met AKIB te gaan werken. Een aanvullende wens was om de doorgaande lijn (naar ouders en ketenpartners) te versterken en te verbreden.

De onderbouwing van dit scenario is verwoord in een uitvoerig gedocumenteerd werkplan (zie factsheet in bijlage 5) 'Implementatieplan AKIB organisaties ZuidZorg en de Zorgboog, december 2009'.

De betrokken JGZ-organisaties hebben het scenario zoals beschreven in de handreiking uitgevoerd. De eerste resultaten zijn beschreven in: 'Eindrapport Project AKIB; de inhoud' (13 januari 2012); 10 van de 11 gewenste resultaten zijn naar tevredenheid behaald. Deze zijn:

- Alle kinderen van 0 tot 4 jaar worden bereikt in de JGZ en/of zijn in beeld.
- Alle risico- en zorgkinderen zijn bekend, inclusief het vervolgbeleid door JGZ en/of verwijzingen.
- De afdeling JGZ 0-4 jaar gebruikt practice-based instrumenten voor risicosignalering en risicotaxatie (de APL); zie bijlage 7.
- De contactmomenten worden conform het nieuwe schema uitgevoerd.
- Cliënten ontvangen een aanbod op maat, gericht op de vraag van de ouder, en worden naar behoefte gesteund bij het opvoeden en opgroeien van hun kind.
- De JGZ heeft een gevarieerd aanbod, afgestemd op de vraag, op het gebied van voorlichting, advies en begeleiding (interventies).
- De JGZ voert ketencoördinatie uit conform de regels van Zorg voor Jeugd (zie bijlage 6).
- De afdeling JGZ heeft de samenwerking, verwijzing en de overdracht van kinderen naar diverse relevante instanties goed geregeld (zie bijlage 6).
- De (vernieuwde) producten ten behoeve van de prenatale fase zijn ontwikkeld en de overdracht prenataal/kraamzorg naar JGZ is geregeld (zie bijlage 6).

- o De afdeling JGZ heeft de benodigde competenties van de medewerkers voor de nieuwe werkwijze beschreven en de competenties worden ontwikkeld en benut (zie bijlage 6). Eén gewenst resultaat, 'het verminderen van de (ervaren) werkbelasting', werd niet gehaald.

De twee JGZ-organisaties zijn zich bewuster gaan richten op de kinderen die meer aandacht nodig hebben (met behulp van een 'aandachtspuntenlijst risicokind/zorgkind'⁸), de vraag van ouders is meer centraal komen te staan en de organisaties zijn beter gaan samenwerken met (nieuwe) samenwerkingspartners in de jeugdketen.

Uit de focusgroepinterviews met de medewerkers van de Zorgboog en ZuidZorg kwam naar voren dat de voorbereidingen voor de implementatie uitgebreid waren. Er is gestart met een pilot-team, hoewel nog niet alle voorbereidingen waren afgerond. Dat er gedurende de hele implementatiefase geëvalueerd is, werd door de geïnterviewden op prijs gesteld. Een belangrijk onderdeel van de implementatie was de introductie van de motiverende gespreksvoering, waarbij gericht kijken naar de benodigde zorg en aansluiten bij de behoeften van ouders centraal stonden.

Over de uitvoerbaarheid van AKIB zijn de medewerkers positief. In de praktijk is er goed mee te werken. Door de taakherschikking zien verpleegkundigen kinderen met wie het goed gaat nu vaker dan voorheen, en de kinderen met wie het minder goed gaat worden in samenspraak met het gehele CB-team door de jeugdarts of de verpleegkundig specialist gezien en begeleid.

Het werken met de 'aandachtspuntenlijst risicokind/zorgkind' (APL; zie bijlage 7) was in het begin moeilijk, maar na verloop van tijd konden de meeste medewerkers goed met de lijst overweg. Deze helpt om sneller een risicokind te signaleren. Ook voor de ouders was het wennen aan de nieuwe aanpak. Zij moesten leren omgaan met de ruimte die zij kregen om

aan te geven wanneer zij weer naar het consultatiebureau wilden komen of wat zij verwachtten van de dienstverlening van de JGZ. Als de zorg over een kind niet gedeeld wordt door de ouders, is het nog wel moeilijk. Men vond wel dat het werken met de APL constant onder de aandacht van de medewerkers moet worden gebracht, inclusief scholing. De APL is een risicosignaleringsinstrument, gebaseerd op onder andere het Balansmodel van Bakker, waarmee risicokinderen gesignaleerd kunnen worden. De Zorgboog en ZuidZorg hebben een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De resultaten hiervan waren nog niet bekend op het moment van het opstellen van deze rapportage.

KIEN

De Stichting CJG Rijnmond heeft dit scenario ontwikkeld uit de behoefte om het gehele Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar anders te ordenen en in te richten. Hier was eveneens de wens om beter aan te sluiten bij de behoeften van kinderen en ouders aanleiding voor de ontwikkeling van het scenario. Een belangrijk uitgangspunt van KIEN is dat ieder kind en iedere ouder door kind- en omgevingsfactoren andere behoeften heeft aan ondersteuning en informatie. Door tijd vrij te spelen in het basisaanbod dat ieder kind ontvangt, wordt extra ondersteuning en/of zorg gegeven aan kinderen die meer aandacht nodig hebben.

De Stichting CJG Rijnmond is in 2012 begonnen met de implementatie van KIEN en er is sprake van een gefaseerde invoering van het programma. KIEN beoogt: 'minder aan iedereen, ruimte voor waar nodig'. Voor de differentiatie wordt gebruikgemaakt van het ernsttaxatiemodel (ETM; zie bijlage 7). Het ETM ondersteunt de professional bij het inschatten van de status van de ontwikkeling en/of het opvoedprobleem, om de behoefte aan medische en pedagogische zorg binnen het gezin te bepalen. Het is daarbij een middel dat wordt gebruikt bij het verzamelen, kaderen en wegen van informatie afkomstig van verschillende bronnen (kind, ouders, om-

8. Zie bijlage 7.

geving en ketenpartners) over het betreffende kind en diens gezin. Het ETM dient te helpen om te komen tot een passende vervolgactie. Vanaf 1 januari 2013 werkt de gehele Rotterdam-Rijnmond-regio volgens het programma KIEN. De onderbouwing van dit scenario is beschreven in het factsheet 'Nieuwe werkwijze voor het CJG Rijnmond' (zie bijlage 5).

In de focusgroepinterviews met de medewerkers kwam naar voren dat voor de voorbereidingsperiode ruim de tijd is genomen en dat er veel personen bij waren betrokken. De aangeboden informatie over de nieuwe werkwijze was uitgebreid. Hier was men tevreden over. Er waren voldoende mogelijkheden om op de voorgestelde veranderingen te reageren, maar niet alle suggesties zijn overgenomen.

Volgens de geïnterviewden was de aanpak met pilotlocaties goed, maar de voorgestelde verbeterpunten, gebaseerd op de ervaringen uit deze pilots, zijn niet altijd meteen doorgevoerd. Bij de implementatie kwam ook naar voren dat een aantal randvoorwaarden (bijv. de beschikbaarheid van materialen, zoals werk-instructies, brieven, e.d.) niet altijd meteen was geregeld. Dit soort signalen is door het implementatieteam, waarmee bij de introductie van KIEN werd gewerkt, snel opgepakt. Ook was er behoefte bij sommige medewerkers aan een 'eenduidig implementatieplan' voor de hele organisatie (op organisatieniveau gold hetzelfde raamwerk op hoofdlijnen maar op teamniveau was ruimte gecreëerd voor een specifieke invulling).

De geïnterviewden vinden KIEN goed uit te voeren. Zij geven aan dat de inhoud van de contactmomenten niet veel is veranderd. Medewerkers hebben het gevoel dat van hen wordt verwacht dat ze meer in kortere tijd moeten doen; er moet sneller en efficiënter ingeschat worden of een gezin extra aandacht nodig heeft. Bij de JGZ 4-19 jaar vindt men het jammer dat het PGO in groep 7 niet meer standaard is. Het gat tussen het PG voor groep 2 (5 jaar) en PGO-VO1 (12 jaar) vindt men groot. Men vindt het jammer dat het PGO voor groep 2 nu het laatste contactmoment is waar zowel

het kind als de ouders worden gezien.

Het werken met het Ernsttaxatiemodel (ETM) wordt door de geïnterviewde medewerkers gezien als een hulpmiddel om in te schatten of het om een risicogezin gaat en niet direct om te bepalen welk contactmoment het kind de volgende keer krijgt. Het ETM is een momentopname van de situatie van het gezin waarbij het perspectief van de ouder(s) wordt meegenomen in de professionele afweging. Beide perspectieven komen niet altijd overeen. Men heeft de indruk dat het ETM binnen de teams op dezelfde wijze gebruikt wordt, maar tussen de teams niet omdat er geen teamoverstijgend afstemmingsoverleg is.

5.2. Adequate zorg

Voor het onderdeel 'adequate zorg' is de informatie uit de focusgroepinterviews gebruikt. Ter voorbereiding op de vragen over adequate zorg is een beschrijving van dit begrip aan de geïnterviewden toegestuurd. In deze beschrijving is een onderscheid gemaakt naar kwaliteit, doeltreffendheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid (zie bijlage 3).

Aan de focusgroepinterviews hebben twintig medewerkers van de drie bij de monitoring betrokken organisaties deelgenomen (zie tabel 5.1).

AKIB

Kwaliteit: De medewerkers vonden de kwaliteit die met de nieuwe werkwijze geleverd wordt in het algemeen goed. Het feit dat ouders meer betrokken worden bij beslissingen over vervolgspraken vond men een kwaliteitsverbetering. Doeltreffendheid: Hierbij werd door de medewerkers gemeld dat er over de doeltreffendheid bij kinderen die op de contactmomenten verschijnen geen zorgen zijn, maar nog niet duidelijk is hoe ermee omgegaan moet worden wanneer kinderen niet verschijnen. De werkspraak is dat men in dit geval werkt volgens het landelijke standpunt 'Bereik van de jeugdgezondheidszorg'. Daar zijn de procedures ook op afgestemd. De uitvoering daarvan in de praktijk is soms lastig, omdat het vaak niet zo concreet gemaakt kan worden.

Tabel 5.1. Deelnemers aan de interviews naar scenario, organisatie en discipline.

		Jeugdarts	Jeugdverpleegkundige	Manager	Totaal
Scenario 2: AKIB	De Zorgboog	2	2	1	5
	ZuidZorg	2	2	0	4
Scenario 3: KIEN	CJG Rijnmond N.W.N.*	2	2	1	5
	CJG Rijnmond Stad Rotterdam	2	3	1	6
Totaal		8	9	3	20

* Nieuwe Waterweg-Noord (Schiedam, Vlaardingen en Maassluis).

Doelmatigheid: In de richtlijn 'Contactmomenten AKIB' is uitgeschreven welke activiteiten zeker uitgevoerd moeten worden (om kwaliteit en richtlijnen na te streven) en welke activiteiten flexibel aangeboden kunnen worden. De uitvoerende professionals waren in het begin bang om bepaalde zaken te missen. Men heeft de indruk dat er nu niet meer kinderen 'gemist' worden dan vóór AKIB.

Cliëntgerichtheid: De medewerkers vonden dat de cliëntgerichtheid met AKIB is verbeterd. De verantwoordelijkheid wordt meer met de ouders gedeeld.

KIEN

Kwaliteit: Volgens de medewerkers heeft het wegvallen van contactmomenten voor kinderen met wie het goed gaat niet tot problemen geleid, maar sommige ouders vinden de tijd tussen de contactmomenten wel lang. Goede kwaliteit van zorg wordt volgens de medewerkers nog steeds geleverd, maar medewerkers vinden het nog moeilijk met KIEN 'uit te filteren' welk kind extra zorg nodig heeft.

Doeltreffendheid: Hierover zijn door de medewerkers geen specifieke opmerkingen gemaakt.

Doelmatigheid: De gesprekken op scholen worden op deze locatie (waar het interview plaats vond) niet erg doelmatig gevonden: er komen tot nu toe weinig leerlingen op af. De geïnterviewden geven aan dat de tijd die in dit

product gestoken wordt mogelijk beter besteed kan worden. Dit geldt ook voor de groepsvoorlichtingen aan ouders van kinderen die 8 maanden zijn. Er is voorgesteld om naar een alternatief te zoeken voor de locaties waar de groepsvoorlichting niet werkt.

Cliëntgerichtheid: Onder cliëntgerichtheid wordt 'klantvriendelijkheid' verstaan en men vindt deze niet van de werkwijze afhangen. Men heeft de indruk dat er bij de JGZ 0-4 jaar cliëntgerichter gewerkt kan worden dan bij de JGZ 4-19 jaar, omdat daar meer overleg met ouders mogelijk is. Over het gebruik van sociale media bestaat de indruk dat er 'nog wel een slag te slaan' is. Vooral met Facebook en Twitter kan meer gedaan worden dan tot nu toe. Er zijn ook plannen om met e-consulten te gaan werken. Uit de laatste klanttevredenheidsonderzoeken bleek, volgens de medewerkers, dat ouders het op prijs stellen om steeds met dezelfde persoon te maken te hebben.

5.3. Professionele ruimte voor kinderen/ ouders die meer aandacht nodig hebben

Voor dit onderdeel van de monitoring is gebruik gemaakt van registratiegegevens van de deelnemende organisaties.

AKIB

Bij de Zorgboog en ZuidZorg, die sinds 1 januari 2012 met scenario 2 werken, zijn registratiege-

gevens aangevraagd. De Zorgboog en ZuidZorg hebben geaggregeerde gegevens over de periodes 1-1-2008 tot 1-1-2009 en 1-7-2011 tot 1-7-2012 beschikbaar gesteld (zie tabellen 5.2 en 5.3).

Tabel 5.2a. Registratiegegevens AKIB. ZuidZorg, regulier.

Leeftijd	Aantal kinderen in zorg 1-1-2008	Gemiddeld aantal consulten per kind 2008	Aantal kinderen in zorg 1-7-2012	Gemiddeld aantal consulten per kind 2012	Vershil 2008-2012
0-1 jaar	5265	9,39	5246	8,34	-1,04
1-2 jaar	5401		5403		
2-3 jaar	5483	1,68*	5270	1,40*	-0,28*
3-4 jaar	5356		5199		
Totaal	21505	3,57	21118	3,13	-0,44

* 1-2 jaar, 2-3 jaar en 3-4 jaar samen.

Tabel 5.2b. Registratiegegevens AKIB. ZuidZorg, consulten op indicatie en huisbezoeken.

Soort contactmoment	Extra 2008	Gemiddeld per kind 2008	Extra 2012	Gemiddeld per kind 2012	Vershil 2008-2012
C.O.I.*	3899	0,18	2611	0,12	-0,06
Huisbezoeken	3099	0,14	2812	0,13	-0,01
Totaal	6998	0,32	5423	0,25	-0,07

* Consulten op indicatie.

Tabel 5.3a. Registratiegegevens AKIB. De Zorgboog, regulier.

Leeftijd	Aantal kinderen in zorg 1-1-2008	Gemiddeld aantal consulten per kind 2008	Aantal kinderen in zorg 1-7-2012	Gemiddeld aantal consulten per kind 2012	Vershil 2008-2012
0-1 jaar	2367	8,00	2172	7,06	-0,94
1-2 jaar	2418	3,19	2361	2,77	-0,42
2-3 jaar	2424	1,02	2370	0,97	-0,06
3-4 jaar	2650	1,17	2458	1,33	-1,25
Totaal	9859	3,26	9361	2,89	-0,37

Tabel 5.3b. Registratiegegevens AKIB. De Zorgboog, consulten op indicatie en huisbezoeken.

Soort contact-moment	Extra 2008	Gemiddeld per kind 2008	Extra 2012	Gemiddeld per kind 2012	Vershil 2008-2012
C.O.I.*	3078	0,32	3543	0,36	0,04
Huisbezoeken	2725	0,28	2360	0,24	-0,04
Totaal	5803	0,60	5903	0,60	-0,00

* Consulten op indicatie.

De analyse van deze gegevens laat voor beide organisaties in 2012 een afname van het gemiddelde aantal consulten per kind zien ten opzichte van 2008. Bij de Zorgboog nam het gemiddelde aantal consulten op indicatie per kind iets toe, maar bij ZuidZorg is dit niet het geval. Het is echter niet mogelijk om met deze geaggregeerde gegevens te beoordelen of de tijd die is vrijgekomen (omdat het gemiddelde aantal consulten per kind verminderd is), is besteed aan kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben, omdat dit nu nog niet door hen uit de registratie is te halen. Door de medewerkers van de Zorgboog werd aangegeven dat er per contactmoment wel meer tijd aan kinderen en gezinnen is besteed die dit nodig hadden. Er is een toename van kindbesprekingen in netwerkverband van bijna 50% gesignaleerd (van 702 uur op jaarbasis in 2008 naar 1242 uur op jaarbasis in 2012 en doorberekend op kindaantallen van 9859 in 2008 naar 9361 in 2012).

KIEN

Voor CJG Rijnmond was het niet mogelijk om bruikbare cijfers aan te leveren van het eerste halfjaar van 2013, gezien de implementatiefase waarin de organisatie zich toentertijd bevond. Als tussenoplossing is door het CJG Rijnmond een eigen onderzoeksrapport van de afdeling Strategie & Ontwikkeling ('Evaluatie KIEN Fase 1') aangeleverd (gebaseerd op een analyse van eigen registratiegegevens). De voor dit verslag belangrijkste resultaten zijn:

- De kwaliteit van de geregistreerde gegevens was volgens het interne onderzoek van het CJG Rijnmond nog onvoldoende en geeft daarom soms een vertekend beeld van de

werkelijkheid. Als verklaring hiervoor worden de volgende punten aangevoerd:

- De nieuwe werkwijze vraagt om een andere invulling van contactmomenten en vormt een breuk met de routine. In sommige gevallen wordt geregistreerd volgens de oude werkwijze.
- Nieuwe producten vragen om een nieuwe manier van registreren. In deze registratie valt een leercurve op; het duurt een tijd voordat medewerkers aan de nieuwe manier van registreren zijn gewend en deze goed toepassen.
- Met name de inloopsprekuren en de groepsvoorlichtingen worden nog niet voldoende geregistreerd. Deze kwantitatieve informatie is voor de monitoring van belang omdat deze activiteiten in plaats van de bestaande contactmomenten zijn gekomen.
- Het CJG Rijnmond maakt gebruik van twee soorten extra contactmomenten (ECM): 'ECM JGZ' bij twijfel, vragen of zorgen op lichamelijk gebied en 'ECM Zorg' als een CJG-medewerker of derden zich zorgen maakt of zorgen maken over de jeugdige of het gezin. De aantallen ECM Zorg zijn voor de monitoring van de flexibilisering een belangrijke uitkomstmaat. Uit de eigen evaluatie van het CJG Rijnmond bleek echter dat in bijna de helft van alle gevallen de medewerkers het ECM Zorg (Plusaanbod) registreerden daar waar dit eigenlijk een ECM JGZ had moeten zijn.

Een belangrijke vraag voor de monitoring is of kinderen die meer aandacht nodig hebben, meer zorg krijgen dan in het basispakket wordt aangeboden. Dit is echter moeilijk uit het infor-

matisysteem te halen, omdat het DD JGZ geen cliëntvolgsysteem is.

De door JGZ Kennemerland (0-4 jaar) en GGD Brabant-Zuidoost (4-19 jaar) aangeleverde registratiegegevens waren niet te vergelijken met de gegevens van de organisaties die AKIB uitvoerden. Vergelijking met KIEN was niet mogelijk omdat hiervoor geen gegevens zijn aangeleverd.

5.4 Inventarisatie flexibiliseringsmodellen voor de contactmomenten JGZ 0-19 jaar

In maart 2013 is door het NCJ een uitnodiging om een internetvragenlijst over flexibiliseringsmodellen in te vullen gestuurd naar alle 50 JGZ-organisaties in Nederland. In de periode maart t/m mei 2013 zijn van 36 organisaties ingevulde vragenlijsten ontvangen. Dit komt neer op een respons van 72%.

In de vragenlijst zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- kenmerken van de organisatie (GGD of thuiszorgorganisatie; doelgroep);
- flexibiliseringsactiviteiten (ja/nee);
- startjaar flexibilisering;
- geflexibiliseerde contactmomenten;
- wijze van flexibilisering;
- onderbouwing;
- ervaringen en resultaten;
- vrijgekomen 'professionele ruimte'.

Soort organisatie en doelgroep

Van de 36 organisaties die aan het onderzoek meegedaan hebben, waren er 18 (50%) een 'zorgorganisatie' (ZO) en eveneens 18 (50%) een GGD. 16 organisaties werken voor de doelgroep van 0-4 jaar, 7 voor de doelgroep van 4-19 jaar en 13 voor de hele doelgroep van 0-19 jaar. Van de 18 ZO's werken er 16 voor de doelgroep van 0-4 jaar en 2 voor de hele doelgroep van 0-19 jaar. Van de 18 GGD'en werken er 7 voor de doelgroep van 4-19 jaar en 11 voor de hele doelgroep 0-19 jaar.

Flexibiliseringsactiviteiten

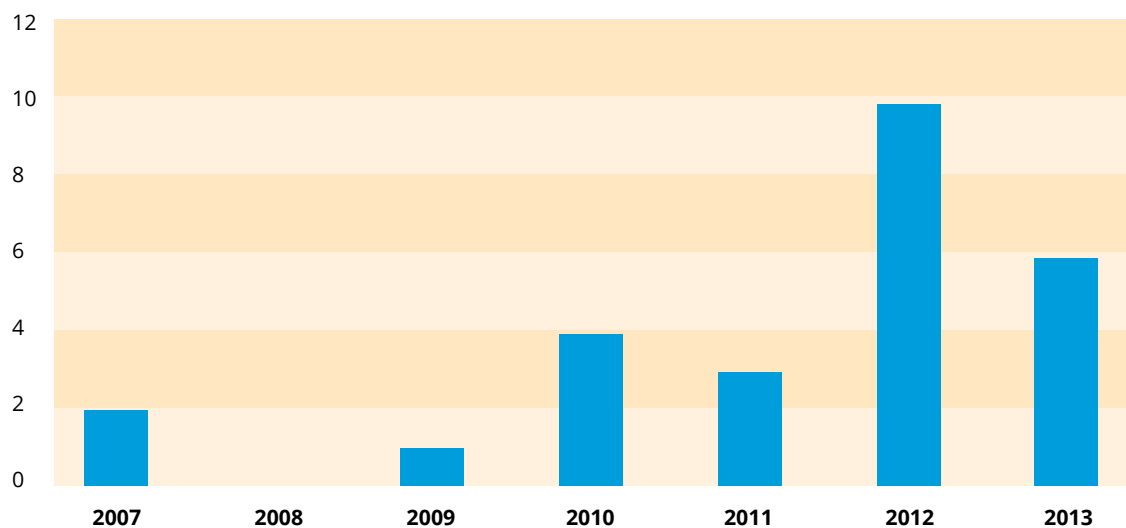
Bij 28 van de 36 organisaties (78%) vinden activiteiten op het gebied van de flexibilisering van contactmomenten plaats (zie tabel 5.4). Bij de GGD'en gaat het om 16 van de 18 organisaties en bij de ZO's om 12 van de 18 organisaties. Van de 16 organisaties die voor de doelgroep van 0-4 jaar werken, hebben er 11 flexibiliseringsactiviteiten. Bij de 7 organisaties die voor de 4 - 19 jaar werken, zijn er 6 met flexibilisering bezig en bij de 13 organisaties die voor de doelgroep van 0-19 jaar werken, hebben er 11 flexibiliseringsactiviteiten.

Van 26 organisaties is bekend in welk jaar zij met de flexibiliseringsactiviteiten begonnen zijn (zie figuur 4.1). In 2007 zijn de eerste 2 organisaties begonnen met de flexibilisering van de contactmomenten (zie figuur 4.1). De meeste (10) organisaties zijn in 2012 begonnen en in de eerste 5 maanden van 2013 zijn nog 6 organisaties gestart met flexibilisering.

Tabel 5.4. Aantal JGZ-organisaties dat flexibiliseringsactiviteiten heeft, naar soort organisatie en doelgroep.

Soort organisatie	Doelgroep	Aantal meegedaan	Aantal die flexibiliseren
GGD	4-19 jaar	7	6
	0-19 jaar	11	10
Zorgorganisatie	0-4 jaar	16	11
	0-19 jaar	2	1
Totaal	50	36	28

Figuur 4.1. Start flexibilisering naar jaar.

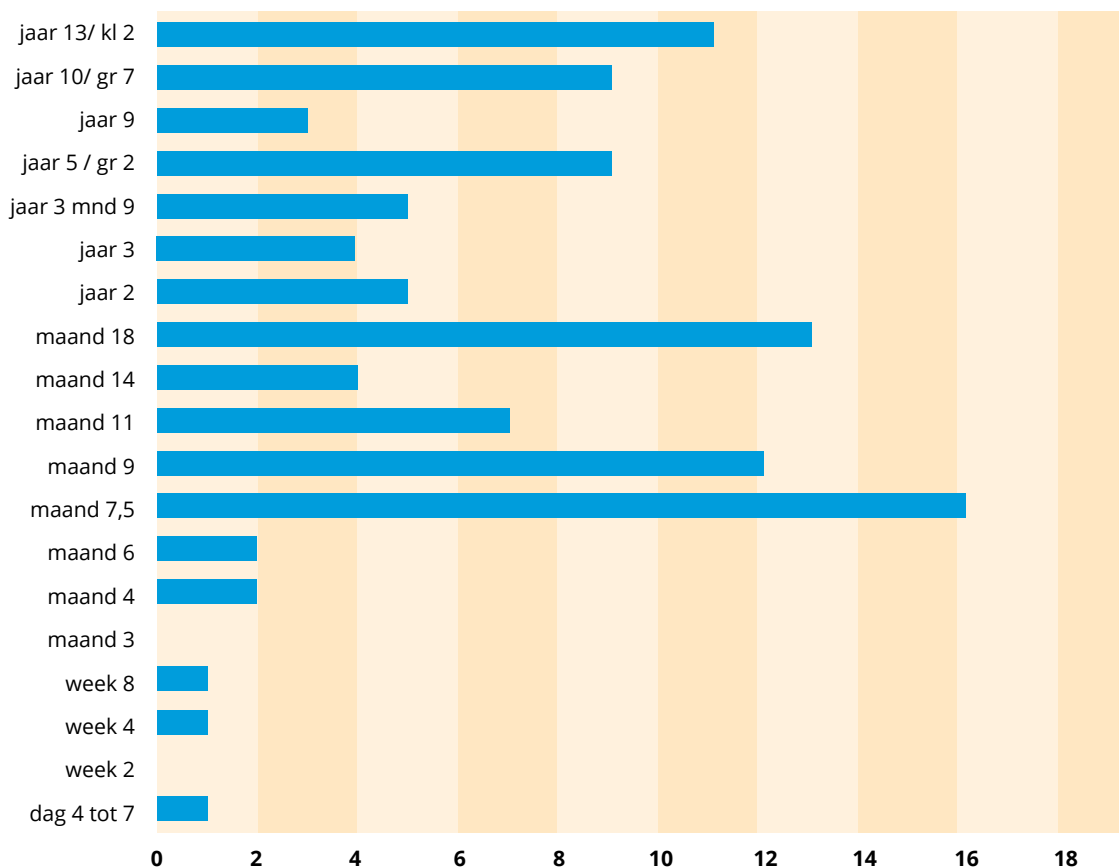


Welke contactmomenten?

Het contactmoment bij 7,5 maanden is door de meeste organisaties geflexibiliseerd (16 x).

Daarna volgen de contactmomenten bij 18 maanden (13 x), 9 maanden (12 x), 13 jaar/klas 2 vo (11 x) en groep 2 en groep 7 (9 x).

Figuur 4.2. Aantal organisaties dat op een bepaald contactmoment heeft geflexibiliseerd.



Wijze van flexibilisering

Aan de organisaties die flexibiliseren is gevraagd op welke wijze zij hun contactmomenten aangepast hebben. Hiervoor zijn de mogelijkheden gebruikt die in de handreiking 'Scenario's voor flexibilisering in de JGZ' beschreven zijn:

- o Inhoud (gebaseerd op de inhoud van het ABC-rapport (2008), de situatie van het kind/ de jongere, de behoefte van de ouder/jongere en de inschatting van de professional).
- o Focus (individueel of collectief).
- o Vorm (consult, huisbezoek, vaccinatie, screening of groepsactiviteit).

- o Discipline (jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente of verpleegkundig specialist).
- o Extra zorg (voor een bepaald deel van de kinderen, jongeren of ouders).

In tabel 5.5 is van de zes contactmomenten die het meest geflexibiliseerd zijn, aangegeven op welke wijze deze zijn aangepast. Bij alle zes contactmomenten is de vorm het meest frequent geflexibiliseerd, gevolgd door de 'extra zorg' en de inhoud. Dit komt overeen met de verdeling bij alle contactmomenten.

Tabel 5.5. Wijze van flexibilisering contactmomenten.

Contactmoment	Aantal	Inhoud	Focus	Vorm	Discipline	Extra zorg
maand 7,5	16	6	4	9	2	8
maand 9	12	5	2	6	4	4
maand 18	13	5	2	9	0	5
jaar 5/groep 2	9	2	1	5	7	6
jaar 10/groep 7	9	2	2	6	7	5
jaar 13/klas 2	11	1	1	7	5	5

Onderbouwing, ervaringen en resultaten van de flexibilisering

Van de organisaties die met flexibilisering zijn gestart, had iets meer dan driekwart (16 van de 21 organisaties) een gedocumenteerde onderbouwing van het gekozen flexibiliseringsmodel. Meer dan de helft van de organisaties (12 van de 22 organisaties) had reeds ervaringen met en/of resultaten van de flexibilisering beschikbaar. Van de 22 organisaties die informatie hebben verstrekt over hun flexibiliseringsactiviteiten gaf ruim een derde (8 organisaties) aan dat er informatie beschikbaar is over eventueel vrijgekomen 'professionele ruimte' (extra tijd) voor kinderen/ouders die extra aandacht nodig hebben. Bij iets meer dan een kwart van de organisaties (6 van de 22) was informatie beschikbaar over de kwaliteit van de zorg na

de invoering van de flexibilisering en bij 9 van de 23 organisaties is een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd na de invoering van de flexibilisering.

In de inventarisatie is niet te onderscheiden of flexibiliseren van een contactmoment eventueel tot het schrappen van het contactmoment heeft geleid.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1 Conclusies

In deze monitoring zijn twee scenario's voor de flexibilisering van contactmomenten in de JGZ onderzocht, AKIB (Alle Kinderen In Beeld; uitgevoerd door de Zorgboog en ZuidZorg) en KIEN (Kwaliteit voor Ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ; uitgevoerd door CJG Rijnmond), waarbij de uitvoerbaarheid in de praktijk, het leveren van adequate zorg en het beschikbaar komen van extra tijd voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben, aan bod kwamen. Daarnaast hebben twee JGZ-organisaties als controlescenario gefungeerd, omdat zij de huidige richtlijn Contactmomenten uitvoeren.

Aanvullend is een inventarisatie van flexibiliseringsmodellen voor de contactmomenten in de JGZ 0-19 jaar uitgevoerd bij alle JGZ-organisaties.

Over de **uitvoerbaarheid in de praktijk** kan, op basis van de bestudeerde documenten en de interviews met medewerkers, worden geconcludeerd dat beide scenario's uitvoerbaar zijn. De aanleiding voor de implementatie en de onderbouwing van hun flexibiliseringsaanpak zijn door de drie organisaties die met de scenario's werken goed gedocumenteerd. De organisaties hebben de implementatie goed voorbereid en hiervoor voldoende tijd genomen. De medewerkers zijn betrokken geweest bij de voorbereidingen van de implementatie. Ondanks een aantal kanttekeningen zijn de scenario's volgens de medewerkers uitvoerbaar in de praktijk.

Met de twee scenario's wordt volgens de geïnterviewde medewerkers van de betrokken JGZ-organisaties nog steeds adequate zorg geleverd. Registraties leverden hierover geen informatie. Van de vier aspecten van **adequate zorg** die in de focusgroepinterviews besproken zijn, hadden de medewerkers de meeste opmerkingen over de kwaliteit en de cliëntgerichtheid. Zij vonden de kwaliteit die met de nieuwe

werkwijze geleverd wordt in het algemeen goed (AKIB) of min of meer vergelijkbaar met die in de oude situatie (KIEN). Bij de cliëntgerichtheid was er sprake van een verbetering (AKIB: de grotere betrokkenheid van ouders werd als winst beschouwd) en een gemengd beeld (KIEN waarbij de JGZ 0-4 jaar een positiever beeld oplevert dan de JGZ 4-19 jaar). Over de doeltreffendheid en doelmatigheid konden tijdens de interviews minder uitspraken gedaan worden, omdat de medewerkers het moeilijk vonden om daarover nu al te oordelen.

Volgens de medewerkers die met AKIB werken is er ten opzichte van de oude situatie niet veel veranderd en heeft de verandering niet tot minder adequate zorg geleid. Het meest in het oog springend bij AKIB is dat de medewerkers zo positief zijn over de grotere rol van de ouders bij het vaststellen van de komende contactmomenten. Met KIEN wordt volgens de medewerkers nog wel adequate zorg geleverd. Zij vinden het, in deze fase van het implementatietraject, nog moeilijk uit te filteren welk kind extra zorg nodig heeft.

Over de **extra tijd (professionele ruimte) voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben** die met de twee scenario's behaald kan worden, is geen conclusie te trekken. De aangeleverde registratiegegevens van een van de twee organisaties die met AKIB werken (de Zorgboog) gaven een aanwijzing dat er bij bepaalde contactmomenten een verschuiving heeft plaatsgevonden van reguliere contactmomenten naar consulten op indicatie. Bij de andere organisatie (ZuidZorg) was zo'n verschuiving niet zichtbaar. Het is echter niet mogelijk geweest te onderzoeken of deze verschuiving ten goede van kinderen/ouders is gekomen die meer aandacht nodig hebben, omdat dit nog niet uit de registraties te halen is. Uit de focusgroepinterviews kwam ook niet duidelijk naar voren dat er meer tijd beschikbaar is gekomen voor kinderen/ouders die meer

aandacht nodig hebben. Bij KIEN is het nog niet mogelijk geweest registratiegegevens te gebruiken voor de monitoring. Volgens het CJG Rijnmond zijn er nog onvoldoende gegevens in deze fase van de uitvoering van de nieuwe werkwijze om al uitspraken te kunnen doen over de extra tijd voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben. Het CJG Rijnmond heeft de KIEN-werkwijze geëvalueerd; de ervaringen van professionals, ketenpartners en ouders staan hierin centraal. De resultaten zijn in het derde kwartaal van 2014 beschikbaar.

Uit de **inventarisatie van flexibiliseringsactiviteiten bij alle JGZ-organisaties** kwam naar voren dat bij ruim driekwart van de JGZ-organisaties die aan de inventarisatie mee hebben gedaan, activiteiten op het gebied van flexibilisering plaatsvinden. De meeste organisaties zijn in 2012 begonnen met flexibiliseren. De contactmomenten bij 7,5 maanden, 9 maanden, 18 maanden, 5 jaar (groep 2), 10 jaar (groep 7) en 13 jaar/klas 2 worden het meest frequent geflexibiliseerd. Bij deze contactmomenten is de vorm (consult, huisbezoek, vaccinatie, screening of groepsactiviteit) het meest frequent geflexibiliseerd, gevolgd door de 'extra zorg' (voor een bepaald deel van de kinderen, jongeren of ouders) en de inhoud (gebaseerd op de inhoud van het ABC-rapport (2008), de situatie van het kind/de jongere, de behoefte van de ouder/jongere en de inschatting van de professional). Geconcludeerd kan worden dat flexibilisering van de contactmomenten bij veel JGZ-organisaties leeft, maar dat veel organisaties nog 'zoekende' zijn naar manieren van flexibilisering.

Overall conclusie

Elke JGZ-organisatie heeft een eigen proces van flexibilisering, aangepast aan en afgestemd op de lokale omstandigheden. Flexibilisering moet concrete positieve resultaten opleveren op het gebied van gezondheid, veiligheid en het opgroeien en opvoeden van kinderen. Door tijd vrij te spelen kun je ouders en jongeren die dat nodig hebben meer ondersteuning op

maat bieden. Dit kan door ouders en jongeren waar het goed mee gaat minder vaak te zien en ouders en kinderen die meer ondersteuning nodig hebben vaker te zien. Daarnaast kan ook flexibel ingespeeld worden op de vraag van ouders door de manier waarop je informatie, ondersteuning en begeleiding biedt aan ouders en jongeren.

Er zijn geen harde uitspraken te doen voor wat betreft een advies voor invoering van een van de twee gemonitorde scenario's, wel zijn er lessen te leren uit de implementatietrajecten van beide modellen.

AKIB is uitvoerbaar in de praktijk, levert volgens de medewerkers adequate zorg en levert mogelijk extra tijd op voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben. De medewerkers zijn enthousiast over de grotere betrokkenheid van de ouders bij de zorg.

KIEN is eveneens uitvoerbaar in de praktijk en levert volgens de medewerkers ook nog adequate zorg. Het is nog niet mogelijk geweest om te onderzoeken of KIEN extra tijd oplevert voor kinderen/ouders die meer aandacht nodig hebben. Punt van aandacht is dat de implementatie van KIEN nog niet volledig is afgerond. De evaluatieresultaten verschijnen in het derde kwartaal van 2014.

Het kost JGZ-professionals tijd om de oude werkwijze los te laten (omdat men bang is dat daardoor 'iets' wordt gemist) en zich de nieuwe eigen te maken; daarmee moet rekening worden gehouden in het implementatietraject.

Er zijn geen uitspraken te doen of met deze scenario's signalen worden gemist, hiervoor zijn geen objectieve criteria geformuleerd. Er zijn evenmin objectieve uitspraken te doen wat betreft gezondheidsresultaten voor kinderen; daarvoor is longitudinaal onderzoek nodig.

6.2 Aanbevelingen

Op basis van het voorgaande formuleren we de volgende aanbevelingen:

Algemeen:

- Schep ruimte voor professionals om in samenspraak met het gezin/de jongere de zorg af te stemmen op hun behoefte.
- Zorg dat gezonde kinderen voldoende in beeld blijven om ze te begeleiden bij het gezond en veilig opgroeien, het ontwikkelen van talenten en participatie.
- Ga niet uit van risico's maar van eigen kracht en talentontwikkeling.
- Betrek ouders en jongeren in het ontwerpen van veranderingsprocessen; zij weten wat ze willen.

Ten aanzien van de voorbereiding:

- Realiseer randvoorwaarden voordat de implementatie start: ondersteuningsmaterialen, instructies, wijze van registratie en intervisie.
- Betrek medewerkers in de opzet en uitvoering van het traject en hen meenemen in de afwegingen waarom er wel of niet iets wordt gedaan met hun opmerkingen ten aanzien van de implementatie van de vernieuwing.
- Regel coachende randvoorwaarden voor een vernieuwende attitude van de medewerkers.
- Geef daadwerkelijk verantwoordelijkheid aan de medewerkers, zij zijn leidend in het proces.
- Gebruik een uitgewerkt implementatieplan bij de invoering van flexibilisering in de praktijk.
- Voer eerst de implementatie uit op kleine schaal voordat deze grootschalig wordt uitgezet.
- Verander niet alles tegelijkertijd.
- Stel expertise beschikbaar voor het koppelen van DD JGZ-bestanden om benodigde gegevens te kunnen genereren.

Ten aanzien van implementatie, registratie en monitoring:

- Gebruik objectieve criteria voor adequate zorg die toetsbaar en meetbaar zijn.

- Ga na of er gezondheidsverlies is door het van missen van contactmomenten.
- Betrek Ouders/jongeren bij monitoring en onderzoek.
- Ondersteun en stimuleer blijvend professionals die de verandering uitvoeren in de praktijk.
- Zorg voor uniforme uitvoering door afstemmingsoverleg met de betrokken teams.
- Werk uit hoe wordt gemeten of eventueel beoogde extra tijd die beschikbaar komt ook wordt ingezet voor kinderen en ouders die extra aandacht nodig hebben.
- Vraag blijvend aandacht voor de uitvoering en registratie zoals beoogd.
- Monitor de vier aspecten van kwaliteit (zie bijlage 3) goed bij de invoering.
- Borg dat de door flexibilisering vrijgekomen tijd kan worden besteed aan kinderen die extra aandacht vragen.

Ten aanzien van landelijke ontwikkelingen:

- Monitor/onderzoek (mogelijk via ZonMw) de uitvoering van flexibilisering in de praktijk met het oog op verbeterpunten en lange(re) termijneffecten.
- Betrek de resultaten uit deze monitoring bij de wijze van uitvoering van het Basispakket JGZ.
- Geef aan waaraan klanttevredenheidsonderzoek moet voldoen.

LITERATUUR

Brouwers, D., Kellenaers, A. (2009). Implementatieplan AKIB. Eindhoven en Helmond: ZuidZorg en de Zorgboog.

Brouwers, D., Kellenaers, A., Spoor, D. (2012). Eindrapport Project AKIB; de inhoud. Eindhoven en Helmond: ZuidZorg en de Zorgboog.

CJG Rijnmond. (2011). KIEN komt eraan! Kwaliteit voor ieder kind door Effectief Noodzakelijke jeugdgezondheidszorg. Rotterdam.

CJG Rijnmond. (2013). Nieuwe werkwijze CJG Rijnmond. Rotterdam.

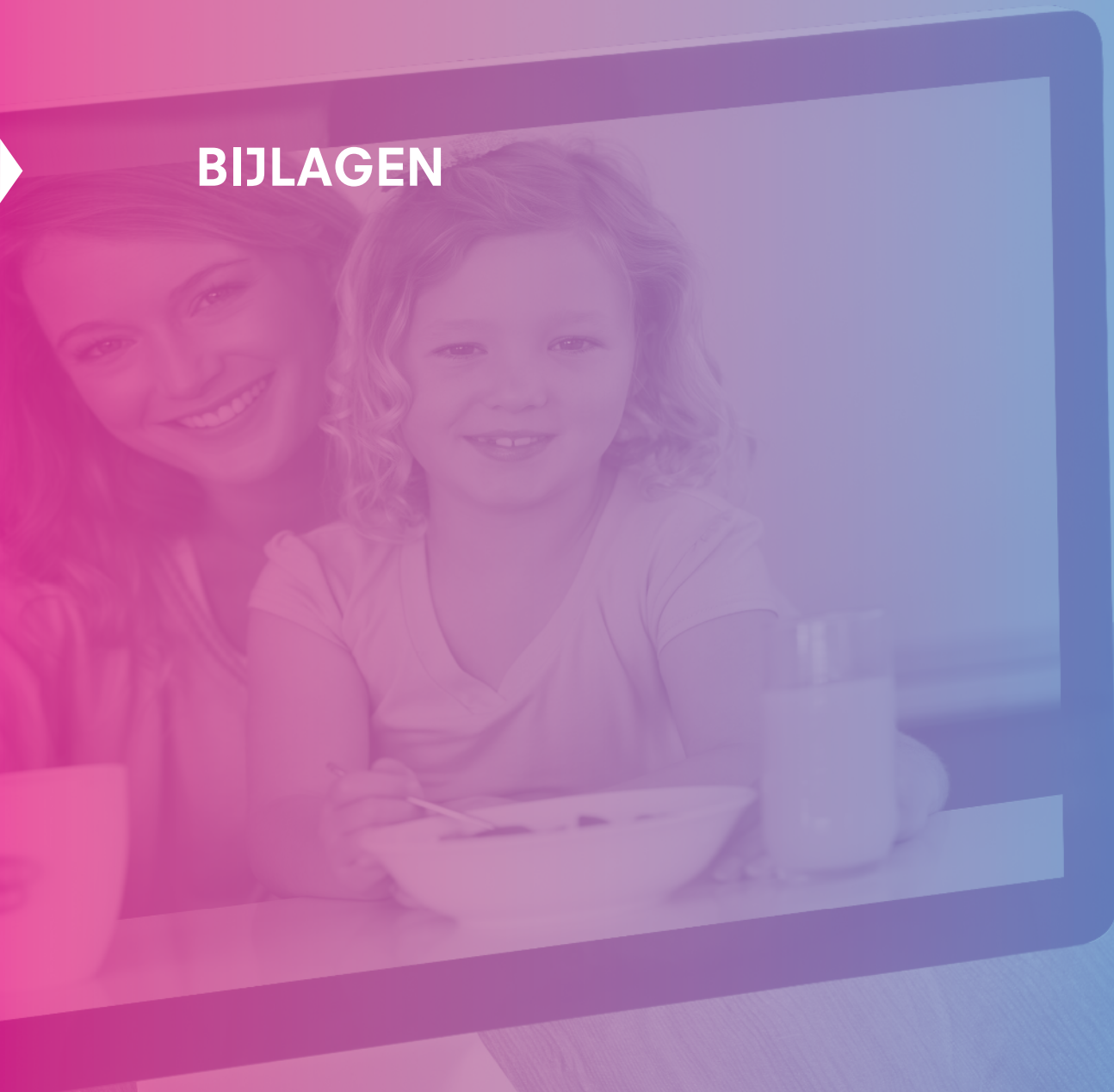
CJG Rijnmond. (2013) Evaluatie KIEN Fase 1. Rotterdam.

Dubbeldam-Westrate, E., Beckers, M. (2012). Scenario's voor flexibilisering in de JGZ. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Dunnink, G., Lijs-Spek, W. (2008). Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. Bilthoven: RIVM.

Schwarte, J., Gijsbers, M. (2012). Richtlijn Contactmomenten in de JGZ 0-4 jaar. Eindhoven en Helmond: ZuidZorg en de Zorgboog.

BIJLAGEN



BIJLAGE 1. ZONMW-PROJECTEN-FLEXIBILISERING

1. Project: Op weg naar evidencebased triage binnen de jeugdgezondheidszorg van 0-4 jaar. Betrokken organisaties: gemeente Graft-De Rijp en GGD Hollands Noorden.

2. Project: Effect van triage in de JGZ op signaleringsmethoden en de zorg.
Betrokken organisatie: Hulpverlening Gelderland Midden (GGD).

3. Project: Impact en uitvoerbaarheid van taakherschikking van arts naar verpleegkundige binnen de JGZ 0-4.
Betrokken organisatie: Icare JGZ.

4. Project: Kwalitatief onderzoek naar de gevolgen van triage op verschillende leeftijdsmomenten, een beschrijvend procesonderzoek.
Betrokken organisaties: Thebe en Pantein JGZ.

5. Project: E-health4Uth: nieuw contactmoment jeugdgezondheidszorg 15/16 jaar door webbased signalering en triage, online advies op maat en preventief consult 'on demand'. Lokale implementatie en evaluatie van proces, kosten en effecten.
Betrokken organisatie: GGD Zuid Holland-Zuid.

6. Project: Risico-inschatting door de jeugdgezondheidszorg bij geautomatiseerde triage op grond van vragenlijsten in het voortgezet onderwijs.
Betrokken organisatie: GGD Brabant-Zuidoost.

7. Project: Evaluatie van advies en voorlichting bij flexibilisering van contactmomenten op een leeftijd tussen de 6 en 11 maanden.
Betrokken organisatie: GGD Midden-Nederland.

8. Project: Toepassen van zorgpaden in de jeugdgezondheidszorg.
Betrokken organisatie: GGD Zeeland.

9. Project: Twee alternatieve contactmomenten op de leeftijd van 9 maanden bij niet-risicogezinnen.
Betrokken organisaties: GGD Rotterdam-Rijnmond en Thebe JGZ.

10. Project: 'Wasstraat - Your health' - Integraal preventief zorgaanbod aan de voorkant van het mbo voor studenten met een hoog risico.
Betrokken organisaties: GGD Rotterdam-Rijnmond en Erasmus Universiteit Rotterdam, afdeling MGZ.

BIJLAGE 2. INTERVIEWVRAGEN VOOR FOCUSGROEPBIJEENKOMSTEN MET MEDEWERKERS IN DE PILOTREGIO'S

Introductie

De interviewer geeft een korte toelichting op het doel van het focusgroepinterview. Er wordt benadrukt dat de gegevens vertrouwelijk behandeld worden. Het verslag zal ter goedkeuring aan de geïnterviewden worden voorgelegd.

Vragen

1. Is iedereen op de hoogte van de nieuwe werkwijze (AKIB/KIEN) die de afgelopen jaren ingevoerd is?
2. Hoe zijn de voorbereidingen voor de uitvoering van AKIB/KIEN geweest?
3. Hebben jullie specifieke trainingen gevolgd om met AKIB/KIEN te werken? En, zo ja, hoe hebben jullie die ervaren?
4. Wat waren volgens jullie de specifieke competenties en vaardigheden die nodig zijn om met AKIB/KIEN te kunnen werken?
5. Zijn er door jullie de afgelopen tijd nog andere trainingen (bijv. voor Samen Starten) gevolgd?
6. Hebben jullie instructiemateriaal over AKIB/KIEN ontvangen? En, zo ja, was dit instructiemateriaal duidelijk?
7. Hoe hebben jullie de voorbereidings-, inrichtings-, uitrol- en overdrachtsfasen van AKIB/KIEN achteraf ervaren? Wat waren de goede kanten van deze fasen en wat de minder goede?
8. Hebben jullie de indruk dat je goed voorbereid aan de nieuwe werkwijze begonnen bent?
9. Wat vinden jullie in het algemeen van de 'uitvoerbaarheid' van AKIB/KIEN?
10. Hoe gaat het werken met de 'aandachtspuntenlijst risicokind/zorgkind (APL)/het ernsttaxatiemodel (ETM) in de praktijk?
11. Jullie zien nu een beschrijving van wat onder 'adequate zorg in de JGZ' verstaan wordt (tekst toegestuurd). Wat vinden jullie van de kwaliteit van de zorg (met name 'zo vroeg mogelijk' en 'adequaat' signaleren) nu er met AKIB/KIEN gewerkt wordt?
12. Wat vinden jullie van de doeltreffendheid?
13. Wat vinden jullie van de doelmatigheid?
14. Wat vinden jullie van de cliëntgerichtheid?
15. Kunnen jullie alle onderdelen van het BTP (bijv. ook anticiperende voorlichting) nog binnen de bandbreedte uitvoeren?
16. Voldoen jullie met AKIB/KIEN nog aan de JGZ richtlijn Contactmomenten uit 2003?
17. Hoe worden de activiteiten van de overgeslagen contactmomenten ingehaald?
18. Hoe verlopen de collectieve contactmomenten (onderlinge contacten tussen ouders)?
19. Hoe is volgens jullie het bereik van de vaccinaties na de invoering van AKIB/KIEN (verandering t.o.v. oude situatie)?
20. Worden de vaccinaties nog steeds op de voorgeschreven tijdstippen gegeven?
21. Hoe groot is het aantal verwijzingen (naar huisarts, jeugdzorg e.d.) na de invoering van AKIB/KIEN?
22. Hebben jullie het gevoel dat er met AKIB/KIEN meer risicokinderen/zorgkinderen bereikt worden?
23. Welke invloed heeft volgens jullie de invoering van AKIB/KIEN gehad op het geautomatiseerde oproepsysteem?
24. In welke nieuwe netwerken zijn jullie gaan participeren na de invoering van AKIB/KIEN?
25. Is er volgens jullie met AKIB/KIEN meer professionele ruimte vrijgekomen voor risicokinderen/zorgkinderen?
26. Hoe hebben jullie de ouders geïnformeerd over de invoering van AKIB/KIEN?
27. Wat zijn de reacties van ouders/verzorgers nu er met AKIB/KIEN gewerkt wordt?
28. Hoe tevreden zijn volgens jullie de ouders met AKIB/KIEN?

29. Wat vinden de ouders van de groepsconsulten (en wat is het bereik)?
30. Hoe tevreden zijn jullie zelf over het werken met AKIB/KIEN?
31. Hebben jullie, alles overziend, de indruk dat AKIB/KIEN in de praktijk werkt?
32. Wat zijn eventuele verbeterpunten?
33. Wat is jullie top 3 van positieve kanten van AKIB/KIEN (en wat de top 3 van negatieve kanten)?
34. Als je alles overnieuw had kunnen doen, hoe hadden jullie het dan gedaan?

BIJLAGE 3. WAT IS ADEQUATE ZORG IN DE JGZ?

Een professionele JGZ-organisatie levert adequate zorg. Dit is zorg van goede kwaliteit, die in ieder geval cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De geleverde zorg voldoet aan veld- en beroepsnormen, wordt volgens de richtlijnen uitgevoerd en is gewaarborgd met behulp van een werkend kwaliteitssysteem. Daarmee wordt geborgd dat informatie over kwaliteit systematisch wordt geregistreerd en wordt vertaald naar structurele kwaliteitsverbetering.

Kwaliteit

Onder *kwaliteit* wordt in deze context verstaan dat alle kinderen de zorg krijgen die ze nodig hebben en dat de onderdelen zoals beschreven in het Basistakenpakket JGZ uitgevoerd worden. Dit betekent dat een (risico op een) gezondheids- en/of ontwikkelingsprobleem:

1. zo veel mogelijk wordt voorkomen door gerichte informatie en voorlichting;
2. zo vroeg mogelijk wordt herkend zodat tijdig een vervolgactie kan worden ingezet;
3. adequaat wordt herkend, hetgeen betekent dat er zo min mogelijk (binnen een zo klein mogelijke marge) fout-positieve (er is geen probleem, maar er wordt er wel een gesignaleerd) en fout-negatieve bevindingen (er is wel een probleem, maar dit wordt niet gesignaleerd) zijn;
4. op dezelfde manier wordt gesignaleerd; er sprake is van 'interrater' betrouwbaarheid (overeenkomst in werkwijze tussen de verschillende hulpverleners).

De medewerkers beschikken over de voor hun functie noodzakelijke competenties en vaardigheden om de juiste zorg te bieden.

Clientgericht

Onder *cliëntgericht* wordt verstaan dat de benadering uitgaat van de uniekheid van personen

en respect voor verschillen in sociaal-culturele achtergrond, normen, waarden en keuzen. Bij cliëntgericht werken heeft de cliënt een actieve rol en verantwoordelijkheid bij het formuleren en oplossen van de eigen ervaren problemen. De JGZ stelt de cliënt centraal, sluit aan bij diens behoefte en versterkt zo mogelijk de cliënt in diens omgeving. Voor de JGZ geldt dat de belangen van het kind altijd gewogen worden naast de wensen van de ouders.

De geleverde zorg heeft een optimale bereikbaarheid en beschikbaarheid en er wordt gebruik gemaakt van moderne communicatievormen (sociale media).

Doeltreffendheid

Onder *doeltreffend* wordt verstaan dat de onderdelen (i.e. de onderzoeken die binnen het PGO worden uitgevoerd) van de contactmomenten leiden tot adequate signalering van gezondheidsrisico's of problemen van/bij het kind die resulteren in een vervolghandeling (zoals een aanvullend consult op indicatie of verwijzing) die de gezondheid van het kind ten goede komt.

Doelmatigheid

Onder *doelmatig* wordt verstaan dat het proces van de zorg passend en niet te duur is in verhouding tot de behaalde effectiviteit en dat bij de juiste kinderen de juiste dingen gedaan worden.

BIJLAGE 4. SAMENSTELLING BEGELEIDINGSKOMMISSIE EN REGISSEURSOVERLEG

Voor het begeleiden van de pilotregio's is de volgende projectorganisatie opgezet.

De begeleidingscommissie:

De taak van de begeleidingscommissie is het begeleiden van de opzet en monitoring van de uitvoering van de drie scenario's. De begeleidingscommissie bestaat uit vertegenwoordigers van de brancheorganisaties ActiZ en GGD Nederland, van de beroepsverenigingen (AJN en V&VN), uit de wetenschap (TNO), van ZonMw en van de intervisiegroep flexibilisering; de IGZ is toevoerder. Het NCJ vervult de voorzittersrol voert het secretariaat en stelt opzet en uitvoering van de monitoring vast.

Het regisseursoverleg:

De taak van het regisseursoverleg is de coördinatie en afstemming van de uitvoeringsactiviteiten. De regisseurs zijn afkomstig uit de drie afzonderlijke pilotgebieden; het regisseursoverleg vond plaats voorafgaand, tijdens en bij afronding van de pilot. Tijdens deze bijeenkomsten worden de pilotopzet en monitoring en de uitvoering besproken, de ervaringen en resultaten gedeeld en de uitkomsten, lessen en inrichting van de landelijke implementatie besproken. Deelnemende pilotregio's leveren inbreng in het regisseursover-

leg en zijn verantwoordelijk voor de regionale uitvoering conform de afspraken. Het NCJ zit het regisseursoverleg voor en voert het secretariaat.

Begeleidingscommissie:

- Marga Beckers (NCJ, voorzitter);
- Marjanne Bontje (GGD Hollands Midden; namens de intervisiegroep);
- Ingrid Brokk (V&VN);
- Hannelore Hoogeveen (GGD Nijmegen, namens GGD NL);
- Mascha Kamphuis (TNO);
- Marja van Kuppevelt (V&VN);
- Frank van Leerdam (IGZ);
- Matthea van Leeuwe (ZonMw);
- Ellen Peer-Bolte (AJN);
- Jacqueline de Vries (ActiZ);
- Jaap Toet (NCJ, secretaris).

Regisseursoverleg:

- Marga Beckers (NCJ, voorzitter);
- Dineke Brouwers (ZuidZorg);
- Eline Dubbeldam/Cathelijn van Baar (CJG Rotterdam Rijnmond);
- Annette Kellenaers (de Zorgboog);
- Peter van Nierop (GGD BZO);
- Riemke Rip (JGZ Kennemerland);
- Jaap Toet (NCJ, secretaris).

BIJLAGE 5. FACTSHEETS AKIB EN KIEN

KIEN

De nieuwe werkwijze is vanuit het programma KIEN ontwikkeld. KIEN staat voor 'Kwaliteit voor Ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke jeugdgezondheidszorg'.

Door de nieuwe werkwijze treden er veranderingen op in het basiswerk van de jeugdgezondheidszorg, namelijk in de:

- o leeftijd dat het kind wordt uitgenodigd;
- o tijdsduur van een contactmoment;
- o discipline die een contactmoment uitvoert;
- o inhoud van een contactmoment;
- o plaats waar een contactmoment wordt uitgevoerd;
- o werkwijze van een contactmoment: individueel of collectief.

Voorheen kreeg ieder kind hetzelfde aantal contactmomenten aangeboden, variërend van 19 in de stad Rotterdam tot 21 in de regio Rijnmond en Goeree-Overflakkee. In september 2012 is een start gemaakt met de implementatie van een nieuwe werkwijze, waarbij elk kind 12 basiscontactmomenten krijgt aangeboden. Daardoor kan meer tijd en aandacht worden gegeven aan kinderen die dat nodig hebben.

Een belangrijk uitgangspunt binnen de nieuwe werkwijze is dat ieder kind en iedere ouder door kind- en omgevingsfactoren andere behoeften heeft aan ondersteuning en informatie. Door tijd vrij te spelen in het basisaanbod dat ieder kind ontvangt, wordt extra ondersteuning en/of zorg gegeven aan kinderen die meer aandacht nodig hebben. Zo wordt met dezelfde middelen meer tijd en aandacht gecreëerd voor kinderen die dit nodig hebben.

Doelstellingen KIEN

Met deze nieuwe werkwijze worden drie doelen nagestreefd:

- o Een daling van het aantal kinderen die meer aandacht nodig hebben in zorgtrajecten op

lange termijn door het geven van adequate preventieve zorg (in beeld, signaleren, verwijzen en volgen).

- o Het aanbieden van een eenduidig en excellent basis- en plusdienstenpakket publieke zorg voor de jeugd in de stad en regio, meer passend bij de (onbewuste) behoefte en situatie van de klant (ouder en kind).
- o De klant ziet CJG Rijnmond als een zeer gewaardeerde partner in preventieve gezondheidszorg en opvoeding.

Nieuw contactmomentenschema

De kwetsbare momenten in de lichamelijke en (psycho)sociale ontwikkeling van het gezonde kind zijn leidend bij de bepaling van de individuele contactmomenten in het basisaanbod. Dit leidt tot twaalf contactmomenten in het basisaanbod die ieder kind, ongeacht zijn situatie, minimaal krijgt aangeboden. Het basisaanbod bestaat uit een individueel en een collectief aanbod. Wanneer het gaat om een kind dat meer aandacht nodig heeft, wordt in plaats van het collectieve aanbod een 'plusaanbod' aangeboden, dat op ieder moment kan worden ingezet. Dit kan in de vorm van een extra individueel contactmoment, een huisbezoek of het uitvoeren van zorgcoördinatie. Deze keuze wordt samen met de ouder en het kind gemaakt.

Door het aantal basiscontactmomenten terug te brengen naar twaalf, wordt er professionele ruimte in tijd vrijgespeeld. De vrijgespeelde tijd wordt ingezet voor de uitvoering van het plusaanbod en om verbinding te maken met de vindplaatsen. Doel is om samen met hen zo vroeg mogelijk te signaleren en tijdig extra ondersteuning en zorg in te zetten. Voorbeelden van extra producten die worden ingezet zijn:

- o inloopsprekuren op basis- en voortgezet onderwijs voor ouders, kinderen en leerkrachten;
- o themabijeenkomsten, georganiseerd in samenwerking met vindplaatsen;

- o inloopsprekuren op het CJG voor professionals en vrijwilligers in de wijk.

Vraaggericht werken

De nieuwe werkwijze sluit beter aan op de vraag en behoefte van de ouder en het kind. Dit vormt het uitgangspunt van ieder individueel contactmoment. Om nog beter in te kunnen spelen op de vraag en om ouder en kind nog meer centraal te stellen, worden alle CJG-medewerkers geschoold in dialooggerichte consultvoering. Ondersteunend aan de dialooggerichte consultvoering zijn voor een aantal contactmomenten een vragenlijst en checklist ontwikkeld. Deze hebben twee doelen:

- o De ouder en het kind worden op een laagdrempelige manier voorbereid op het contactmoment.
- o De CJG-medewerker kan direct ingaan op urgente vragen van de ouder en het kind.

Ernsttaxatiemodel

Sinds 2012 werkt het CJG met een ernsttaxatiemodel (ETM). Door het ETM wordt op uniforme wijze de status van de ontwikkeling en de opvoeding van een kind ingeschat, om de behoefte aan medische en pedagogische zorg binnen het gezin te bepalen. Het ETM ondersteunt de CJG-medewerker bij het maken van de keuze van het best passende aanbod aansluitend bij de vraag van de ouder en het kind. Dit kan zijn een collectief contactmoment, een contactmoment in het plusaanbod of het eerstvolgende individuele basiscontactmoment.

Evaluatie en doorontwikkeling

In 2013 is in Rotterdam een halfjaarlijkse evaluatie van de nieuwe werkwijze gestart, gericht op inhoud en proces. De ervaringen van de CJG-medewerkers, ouders en kinderen staan hierin centraal. De uitkomsten kunnen aanleiding geven om deze werkwijze verder te verbeteren. Naast de evaluatie vindt ook doorontwikkeling van de nieuwe werkwijze plaats. CJG Rijnmond richt zich daarbij op:

- o Een passend aanbod voor jongeren van 16 jaar en ouder. Hierbij worden de mogelijkheden

onderzocht van het bieden van e-consults, het Your Health-aanbod en collectieve momenten zoals workshops en themabijeenkomsten.

- o Het verbinden van de CJG-locaties met vindplaatsen zoals sportverenigingen, buurthuizen en vrijwillige organisaties.

Het ETM is een hulpmiddel om risico's op het gebied van ontwikkeling en opvoeding te signaleren. Het model brengt op systematische wijze de aanwezige risico- en beschermende factoren van vier verschillende domeinen in kaart, namelijk:

- o Het functioneren van het kind: lichamelijk, cognitief, gedrag en psychosociaal.
- o De verzorging van het kind.
- o De beleving van de opvoeding en het ouderschap.
- o De omgeving (omstandigheden en steunnetwerk) van het kind.

AKIB

In het voorjaar van 2008 is gestart met dit project naar aanleiding van verschillende ontwikkelingen op het gebied van jeugdbeleid binnen en buiten onze organisaties (ZuidZorg en de Zorgboog). De ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat herbezinning op de visie en inhoud van de zorgverlening voor de JGZ-doelgroep bij ZuidZorg en de Zorgboog nodig was.

De politieke en maatschappelijke veranderingen

Na verschillende schrijnende incidenten waarvan kinderen de dupe waren is in 2006 de grootschalige landelijke Operatie Jong van start gegaan, die tot het speerpunt heeft geleid dat geen enkele jongere buiten de boot mag vallen. Daaruit vloeide voort dat er een ministerie voor Jeugd en Gezin kwam, dat de instrumenten Centra voor Jeugd en Gezin en de landelijke verwijzindex (in onze regio het signaleringssysteem Zorg voor Jeugd) initieerde (De invoering van het EKD was een besluit uit een vorige kabinetsperiode).

Het kabinet steekt in op samenwerking tussen organisaties in het belang van (de doorgaande lijn voor) het kind. De gemeentes hebben in dit opzicht steeds meer wettelijke verantwoordelijkheden gekregen. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) richt zich op ondersteuning op het gebied van zorg en gezondheid en op de participatie aan de samenleving. De Wet collectieve preventie volksgezondheid, waarbinnen de JGZ is verankerd, sluit aan bij de Wmo. De Wet op de jeugdzorg en de Wmo hebben de gemeente de regie over en verantwoordelijkheid voor het preventieve jeugdbeleid (waaronder de JGZ) toegewezen. De voorheen gelabelde financieringsstromen werden per 2008 gebundeld in een brede doeluitkering (BDU). De prenatale zorg werd vanaf 1 januari 2009 een gemeentelijke verantwoordelijkheid en werd een onderdeel van de BDU. Naar aanleiding van het rapport over het 'Maasmeisje', heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aangegeven *'toezicht op de JGZ te intensiveren om te beoordelen of de JGZ haar werkwijze zodanig aanpast dat zij in staat is de veilige ontwikkeling van kinderen te bewaken'* (citaat uit IGZ-rapport augustus 2007).

Al deze ontwikkelingen dagen de JGZ uit om zich opnieuw te bezinnen en zich in te spannen voor het *effectief* vroegtijdig signaleren van risicofactoren bij kinderen met als doel *effectieve* (preventieve) maatregelen te nemen en zorg te coördineren. De tijd is rijp om opnieuw kritisch te kijken naar de JGZ-taken, die zijn vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid en zijn beschreven in het Basistakenpakket JGZ.

Veranderingen binnen de uitvoering van de afdeling JGZ

Bovenstaande ontwikkelingen hebben invloed op de inhoud van de werkzaamheden van de professionals. Zij ervaren dat er naast de huidige werkzaamheden steeds meer taken bij komen, zonder dat daar extra tijd tegenover staat, waardoor de werkdruk hoog wordt. De laatste jaren zijn aan de reguliere consulten een aantal standaarden toegevoegd, zoals het

signaleren van meisjesbesnijdenis, de hartstandaard, extra vaccinaties, de meldcode kindermishandeling, een nieuw registratiesysteem en sinds kort het werken met het EKD. Het signaleringssysteem Zorg voor Jeugd en de daaraan gekoppelde ketencoördinatie is een nieuwe taak die extra tijd en energie vergt.

Daarnaast is de taakopvatting binnen de teams verschillend; sommige teams zijn sterk selfsupporting en anderen verwachten meer steun en sturing van het management. De stijl van leidinggeven binnen het management wordt verschillend ingevuld en het onderwerp competentiegericht leidinggeven komt vaker ter sprake binnen de afdeling JGZ. Er moesten keuzes gemaakt worden die verantwoord zijn voor de cliënt en voor de medewerker en waarbij de organisatie heldere randvoorwaarden stelt.

BIJLAGE 6. DE 11 AKIB-RESULTATEN

De AKIB-doelen zijn vertaald naar 11 meetbare resultaten. Voor alle resultaten geldt dat eind 2012 een borgingsplan is gemaakt voor 2013 en daarna.

Resultaat 1

Alle kinderen van 0 tot 4 jaar worden bereikt in de JGZ en/of zijn in beeld.

Het 'Standpunt bereik JGZ' van RIVM is geïmplementeerd in beide organisaties. Eind 2011 is het standpunt ook afgestemd met het AMK. In 2012 zal de werkwijze worden geëvalueerd, worden de resultaten teruggekoppeld naar de teams en kunnen verbeteracties worden gerealiseerd. Bij de Zorgboog heeft de eerste reeds plaatsgevonden, echter de werkwijze vraagt nog om monitoring en sturing. In de beleidsinformatie JGZ zijn de gegevens rondom bereik opgenomen. Eind 2012 kunnen we het bereik verantwoorden.

Resultaat 2

Alle risico- en zorgkinderen zijn bekend inclusief het vervolgsbeleid door de JGZ en/of verwijzingen.

De aandachtspuntenlijst risicokind/zorgkind (APL) is ontwikkeld en opgenomen in het DD JGZ. Medewerkers zijn geschoold. Begin 2012 zal er een directe koppeling van de APL aan Zorg voor Jeugd worden gerealiseerd zodat medewerkers op basis van signalering direct de keuze gegeven wordt een registratie aan te maken. In 2012 wordt de rapportage van APL gecommuniceerd en zo nodig wordt bijgeschoold. De werkwijze omtrent het volgen van verwijzingen is ontworpen. In januari 2012 zal de gebruikersgroep DD JGZ een voorstel maken voor de inrichting van de werkwijze in het DD JGZ, waarna implementatie van de werkwijze plaats zal vinden.

Resultaat 3

De afdeling JGZ 0 tot 4 jaar gebruikt evidence-based instrumenten voor risicosignalering en risicotaxatie.

Om effectief te kunnen signaleren (en intervensies) gebruiken we zoveel mogelijk effectieve programma's die in de databank van het NJi zijn opgenomen. ZuidZorg maakt reeds gebruik van Samen Starten, Stevig Ouderschap, VHT-kortdurend en Triple P. In het najaar van 2011 en in 2012 wordt het opvoedingsondersteuningsprogramma Triple P in alle gemeenten in het werkgebied van ZuidZorg en de Zorgboog ingevoerd. In de gemeente Veldhoven wordt vanaf 2012 Samen Starten uitgevoerd.

De borging van de opvoedingsondersteuningsprogramma's is zeer tijdrovend en de programma's overlappen soms elkaar. In 2012 zal onderzocht worden of sommige programma's en de borging ervan geïntegreerd kunnen worden.

Resultaat 4

Consultatiebureau wordt conform de nieuwe afspraken uitgevoerd.

De nieuwe richtlijn Contactmomenten 0 tot 4 jaar wordt in 2012 opgenomen in het inwerkprogramma. Het schema contactmomenten, inclusief de voor- en nabespreking, heeft een duidelijke plek gekregen in de uitvoering. Van belang is het gebruik van het schema te blijven volgen en mogelijkheden te blijven benutten om het schema duidelijk af te stemmen op de behoefte van de ouders en het kind.

Het groepsconsultatiebureau (cb) is geëvalueerd bij ZuidZorg. Verpleegkundigen geven aan dat het groeps-cb zeer waardevol is, maar dat het groeps-cb op de leeftijd van 4 maanden (inclusief vaccineren) niet geschikt en niet efficiënt is. De Zorgboog heeft de combinatie van vaccineren met groeps-cb ook als problematisch ervaren, maar zij zijn wel enthousiast over het groeps-cb bij 4 maanden. Andere mogelijke momenten voor groeps-cb's zijn nu opgenomen in het cb-schema. Het uitgangspunt hierbij is dat het groeps-cb op elk gewenst moment op vraag van een groep ouders aangeboden moet kunnen worden. Er is een algemeen draaiboek voor groeps-cb's beschikbaar. De evaluatie

hiervan zal plaatsvinden medio 2012. Het advies voor borging volgt dan eind 2012.

Het lichamenlijk onderzoek door de verpleegkundige is geschoold in 2011 en dient in 2012 te worden geëvalueerd.

Het intake-huisbezoek is geschoold in 2011 en de evaluatie vindt plaats in 2012.

Rooster cb: De Zorgboog heeft er, na reacties van de medewerkers, voor gekozen het consult bij 4 jaar anders te organiseren. Daarvoor zijn eind 2011 2 pilots gestart met verschillende werkwijzen van cb bij 4 jaar. In 2012 evalueert de Zorgboog deze nieuwe werkwijze en wordt een besluit genomen voor uitrol in de andere teams. ZuidZorg heeft in 2011 de planning van cb's geëvalueerd en zal daar in 2012 een besluit over nemen na advies van de werkgroep.

Resultaat 5

Cliënten ontvangen een aanbod op maat, gericht op de vraag van de ouder/het kind en worden naar behoefte gesteund bij het opvoeden en opgroeien.

Ouders worden op verschillende manieren en momenten bevroegd naar hun ervaringen:

- o De schriftelijke evaluatie op 2 contactmomenten tijdens cb (HKZ-evaluatie).
- o De mondelinge evaluatie op 4 contactmomenten tijdens de blokevaluatie.
- o De landelijke benchmark cliënttevredenheid (steekproef 2- tot 3-jaarlijks).

Het evaluatiegesprek aan het einde van een blok wordt nog niet consequent uitgevoerd door alle artsen en verpleegkundigen. In het voorjaar van 2012 volgt bijscholing, tegelijk met bijscholing APL.

Op dit moment wordt onderzocht of de HKZ-evaluatie en de blokevaluatie ineengeschoven kunnen worden. In voorjaar 2012 volgt een voorstel hiervoor.

In de genoemde evaluaties wordt nog niet onderzocht wat ouders vinden van de nieuwe producten. Op dit moment wordt hiervoor een digitale werkwijze ontwikkeld bij de Zorgboog. De klantevaluatie dient verder ingericht te worden op vervolg zorgverlening, kwaliteit, tevredenheid en productvernieuwing.

Resultaat 6

De JGZ heeft een gevarieerd aanbod, afgestemd op de vraag, op het gebied van voorlichting, advies en begeleiding (interventies).

De JGZ heeft een variabel aanbod: individueel en groepsgericht, digitaal, telefonisch, inloop, op uitnodiging, huisbezoek. Het bieden van voorlichting en advies op vraag van de ouders werd getraind in de cursus motiverende gespreksvoering. De eigen kracht van ouders wordt middels deze gespreksmethode benut en versterkt. De borging van motiverende gespreksvoering zal gebeuren met behulp van intervisies en VIB in de teams in 2011 en 2012. Eind 2011 zal in een advies de borging van vraaggericht werken naar de komende jaren beschreven worden.

Resultaat 7

De JGZ voert ketencoördinatie uit conform de regels van Zorg voor Jeugd (systeem ZVJ).

Dit resultaat wordt in de reguliere P&C-cyclus per organisatie getoetst. De APL in het DD JGZ (mICAS) wordt in het eerste kwartaal van 2012 gekoppeld aan Zorg voor Jeugd.

Resultaat 8

De afdeling JGZ heeft de samenwerking met en de verwijzing en de overdracht van kinderen naar diverse relevante instanties goed geregeld.

De notitie 'Samenwerking in de keten' is geïmplementeerd in de teams. De teams maken een concreet plan van aanpak voor samenwerking met (nieuwe) partners in 2012. In de PDCA-cyclus worden de plannen gevolgd.

De digitale overdracht naar de GGD is vernieuwd en de vernieuwde overdracht is geïmplementeerd. In de praktijk zijn er zorgen over de continuïteit van zorg na een (warme) overdracht aan de GGD. Eind 2012 zijn cijfers beschikbaar van het aantal en de aard van (warme) overdrachten.

Zowel de samenwerking als de overdracht vraagt om goede monitoring en sturing in 2012.

Resultaat 9

De (vernieuwde) producten ten behoeve van de prenatale fase zijn ontwikkeld en de overdracht prenataal/kraamzorg naar JGZ is geregeld.

Dit resultaat bestaat uit 4 onderdelen:

- Overdracht prenataal/kraam/JGZ; implementatie in 2012 (in samenwerking met TNO).
- De prenatale voorlichting is vernieuwd.
- Prenataal huisbezoek aan risicozwangeren; pilots en onderzoek TNO naar het effect en de meerwaarde.
- Cursusaanbod specifieke doelgroepen; implementatie voorjaar 2012.

Alle producten zijn zorgvuldig ontwikkeld, (worden) geïmplementeerd of onderzoek loopt. De verschillende evaluaties vinden plaats in 2012.

Resultaat 10

De afdeling JGZ heeft de benodigde competenties van de medewerkers voor de nieuwe werkwijze beschreven en de competenties worden ontwikkeld en benut.

De competenties van de JGZ-functies zijn in beide organisaties beschreven. Vanaf 2012 worden alle functioneringsgesprekken gevoerd met behulp van POP (en met gebruik van een portfolio vanaf het derde kwartaal bij ZuidZorg). Voor de Zorgboog geldt dat competentie-management vanuit de afdeling HRM verder ontwikkeld wordt.

De JGZ zal dit als eerste afdeling in 2012 toe gaan passen. Vraaggericht werken, door leidinggevenden en stafmedewerkers, gericht naar medewerkers zal ook in 2012 moeten worden geborgd. Het inspirerend en coachend leiderschap dient op deze manier meer vorm te krijgen.

Resultaat 11

De (ervaren) werkbelasting is voor de medewerkers verminderd.

Dit resultaat kon niet worden behaald in 2011. Dit was ook te verwachten. Door alle vernieuwingen ervaren de medewerkers meer werkdruk. Wel wordt verwacht dat met vraaggericht werken, het benutten van competenties, de eigen kracht van medewerkers en een goede

samenwerking in de keten de werkrust zal toenemen. De eerste signalen vanuit de AKIB-pilotteams bevestigen dit. Het thema werkrust zal daarom ook in 2012 van belang blijven. De JGZ-teams kunnen hierbij zelf prioriteiten en benodigde hulpmiddelen aangeven. Afhankelijk van de keuze van medewerkers en manager/afdelingshoofd JGZ wordt aandacht voor het thema opgenomen in de teamplannen.

BIJLAGE 7. APL, GEBRUIKT IN AKIB, EN HET ETM, GEBRUIKT IN KIENN

APL (aandachtspuntenlijst) in MLCAS		
Kindfactoren <i>Belemmerende factoren</i>	Ouderfactoren <i>Belemmerende factoren</i>	Gezinsfactoren <i>Belemmerende factoren</i>
slechte start	tienermoeder	echtscheiding
laag geboortegewicht/prematuur	alcohol of drugsgebruik in zwangerschap	nieuw samengesteld gezin
overgewicht of obesitas	geen gebruik JGZ of alleen vaccinaties	groot gezin
adoptie/pleegkind	langdurige werkloosheid/ arbeidsongeschiktheid	ingrijpende gebeurtenissen
illegaal kind	geen of gebrekkig gebruik Nederlandse taal	huisvestingsproblemen
achterstand in Nederlandse taal	(chronisch) ziek	slechte leefomstandigheden
extreem veel huilen	verslaafd aan alcohol	(chronisch) ziek gezinslid
gedragsproblemen	verslaafd aan drugs	(verbaal) agressief gedrag
ontwikkelingsproblemen/-stoornis	psych(iatr)ische problemen	opvoedingsonmacht
(aangeboren) medische problemen/afwijkingen	als kind mishandeld/verwaarloosd	eenoudergezin
blootstelling aan sigarettenrook	functioneel analfabeet	financiële zorgen
(vermoeden van) zorgtekort	laag opleidingsniveau	
ongewenst kind/geslacht	verstandelijke handicap/zwakbegaafd	
(vermoeden van) kindermishandeling	(crimineel) gedrag	
asielzoekerskind	afwijkende verblijfstatus	
	overig	
Kindfactoren <i>Beschermende factoren</i>	Ouderfactoren <i>Beschermende factoren</i>	Gezinsfactoren <i>Beschermende factoren</i>
fijne zwangerschap	stabiele persoonlijkheid	affectieve gezinsrelaties
gezond geboren	goede gezondheid	stabiele financiële situatie
gewenst geslacht	positieve jeugdervaring	sociale steun netwerk
makkelijk temperament	open staan voor hulp	opvoedingscompetent
veerkracht		

Ernsttaxatiemodel

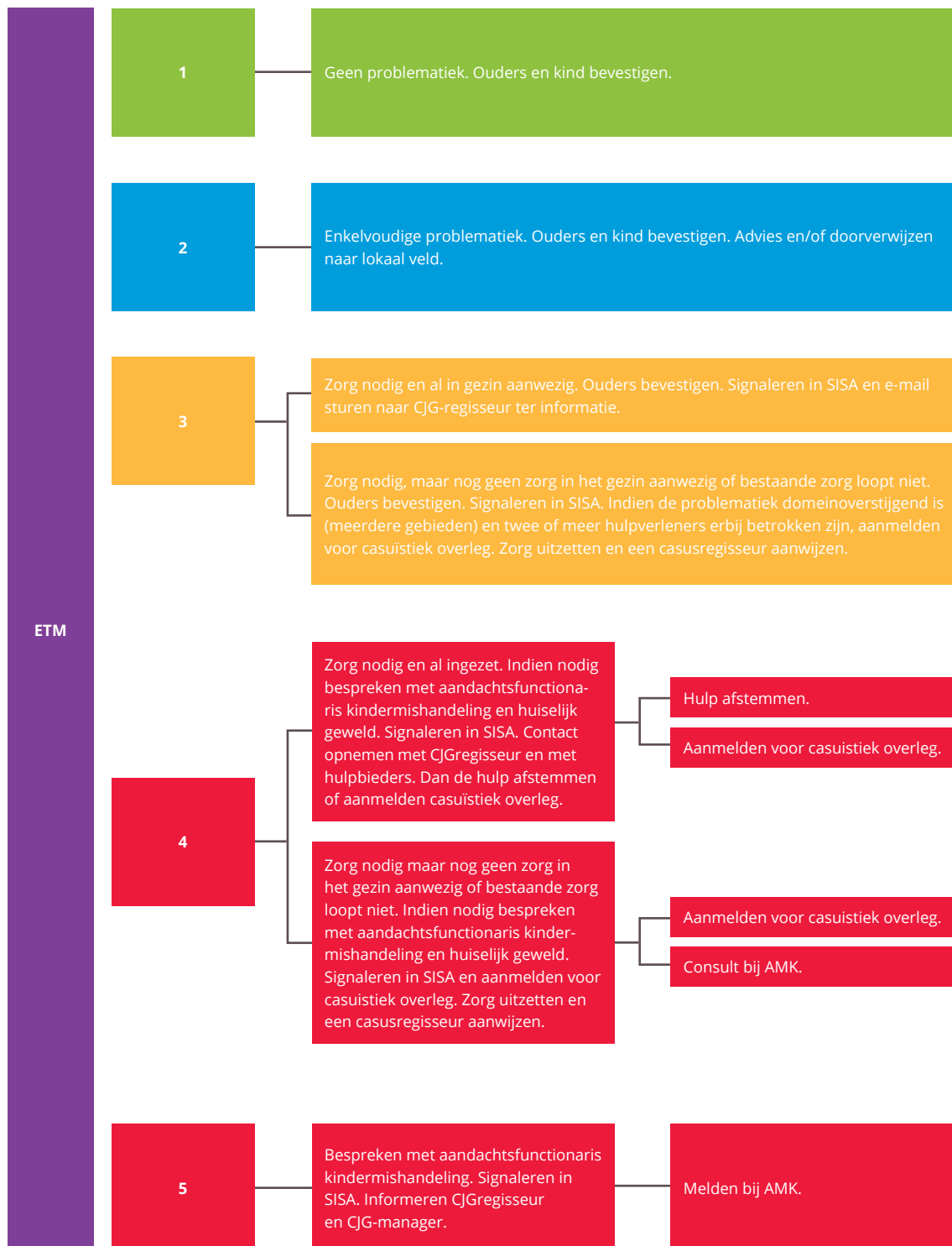
ERNSTTAXATIE/AANDACHTSSTATUS		Enkelvoudige problematiek (80%)		Meervoudige problematiek (20%)		
		GEEN ZORGEN	SPANNING	VERHOOGDE SPANNING	NOOD	CRISIS
FUNCTIONEREN KIND	Lichamelijk Hoe functioneert het kind op lichamelijk gebied?	Er zijn geen zorgen. De lichamelijke ontwikkeling is normaal	Er zijn enkele zorgen	Er zijn veel zorgen	Er zijn ernstige zorgen	Er zijn ernstige zorgen en er moet acuut actie ondernomen worden
	Cognitief¹ Hoe functioneert het kind op cognitief gebied?	Er zijn geen zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn enkele zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn veel zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn ernstige zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn ernstige zorgen over het cognitief functioneren
	Gedrag Hoe functioneert het kind op gedragsmatig gebied?	Het kind heeft thuis, op school of op straat weinig tot geen problemen	Er is regelmatig een probleem met het kind thuis, op school of op straat	Er zijn altijd wel wat problemen met het kind thuis, op school of op straat	Het leven van het kind thuis, op school of op straat is een aaneenschakeling van problemen	Er is een acute probleemsituatie met het kind
	Psychosociaal Hoe functioneert het kind op emotioneel gebied?	Er zijn geen zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn enkele zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn veel zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn ernstige zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn ernstige zorgen waarbij het kind een gevaar is voor zichzelf of anderen
VERZORGING KIND	Kwaliteit van de basiszorg² Hoe zit het met de basiszorg en veiligheid van het kind?	Er is goede basiszorg	Er is voldoende basiszorg	Er is meestal voldoende basiszorg	Er is gebrekkige basiszorg	Er is gebrekkige basiszorg waarbij het kind acuut in gevaar is
	Onderlinge steun van de ouders³ In hoeverre wordt de basiszorg en veiligheid bevorderd of belemmerd door het pedagogisch besef van de ouders en door de onderlinge relatie tussen de opvoeders?	Er is voldoende saamhorigheid tussen de ouders	Er is beperkte steun tussen de ouders	De ouders hebben niet veel steun aan elkaar	De ouders lopen beiden vast in de opvoeding en geven elkaar geen steun	De ouders lopen beiden vast in de opvoeding en geven elkaar geen steun. Hierdoor komt de ontwikkeling van het kind direct in gevaar
OUDERSCHAP	Beleving opvoeding Hoe ervaren ouders de opvoeding?	Opvoedingsvragen zijn naar tevredenheid op te lossen	De ouder vindt de opvoeding van het kind vaak moeilijk	Er is sprake van chronische opvoedingsstress	De relatie tussen kind en ouder is ernstig verstoord	De ouder kan het echt niet meer aan en geeft het op
	Beleving ouderschap Hoe ervaren ouders het ouderschap?	De ouder voelt zich competent	De ouder voelt zich onzeker	De ouder voelt zich tekortschieten	De ouder voelt zich machteloos en de situatie lijkt onoplosbaar	De ouder heeft geen controle meer en/of kan de veiligheid van het kind niet meer garanderen
OMGEVING	Omstandigheden Wat zijn de (belemmerende) opvoedomstandigheden?	Er zijn geen omstandigheden die de opvoeding belemmeren	Het opvoeden wordt belemmerd door hoogstens één omstandigheid	Het opvoeden wordt belemmerd door twee tot drie omstandigheden	Er is een opeenstapeling van drie of meer omstandigheden die het opvoeden belemmeren	Er is een snel escalerende opeenstapeling van omstandigheden die het opvoeden belemmeren
	Steun netwerk Welke steun heeft het gezin uit het sociaal netwerk	Er is voldoende steun uit het netwerk	Er is maar af en toe steun uit het netwerk	Het netwerk kan geen echte oplossing bieden	Het netwerk functioneert niet meer	Het netwerk kan in acute situaties niets betekenen
STEUN/HULPBEHOEFTE		BEVESTIGING	BEVESTIGING EN PERSOONLIJK ADVIES	BEVESTIGING EN BEGELEIDING	HULP EN INTENSIEVE BEGELEIDING	ACUTE HULP EN INTENSIEVE BEGELEIDING

1 Het cognitieve niveau van het kind afgezet tegen het gemiddelde niveau van een kind op de betreffende leeftijd.

2 Onder basiszorg wordt verstaan: medische zorg, voeding, kleding, huisvesting, sociaal contact, scholing en emotionele steun die samen cruciaal zijn voor de veiligheid en gezonde ontwikkeling.

3 Overall waar ouder staat kan ook opvoeder of verzorger worden gelezen.

Stroomdiagram ernsttaxatiemodel en SISA



NB. Bij ETM 3 signaleren we in SISA. Vanuit professionele overwegingen kan daarvan afgeweken worden mits daarvan in Kidos melding wordt gemaakt met onderbouwing waarom niet.

BIJLAGE 8. OVERZICHT VAN HUIDIGE RICHTLIJN CONTACTMOMENTEN EN DE CONTACTMOMENTEN IN DE SCENARIO'S

Contactmoment	Huidige richtlijn	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Dag 4 tot 7	Ja	Ja	Ja	Ja (extra zorg doelgroepen)
Week 2	Ja	Ja	Ja	Ja
Week 2/3 Op in*	Nee	Nee	Ja	Nee
Week 3	Nee	Nee	Nee	Ja
Week 4	Ja	Ja	Ja	Nee
Week 6 Op in	Nee	Nee	Ja	Nee
Week 8	Ja	Ja	Ja	Ja
Maand 3	Ja	Ja	Ja	Ja
Maand 4	Ja	Ja	Ja	Ja (RVP)
Maand 4/5 Op in	Nee	Ja (collectief)	Nee	Ja
Maand 6	Ja	Ja	Ja	Ja
Maand 7,5	Ja	Nee	Nee	Nee
Maand 7,5 Op in	Nee	Ja (individueel)	Ja	Nee
Maand 8/9 Op in	Nee	Nee	Nee	Ja
Maand 8/9 (coll.)	Nee	Nee	Nee	Ja
Maand 9	Ja	Ja	Ja (indiv./coll.)	Nee
Maand 11	Ja	Nee	Ja	Nee
Maand 11 Op in	Nee	Ja	Nee	Ja
Maand 11 (RVP)	Nee	Ja (collectief)	Nee	Ja
Maand 14	Ja	Ja	Ja	Ja
Maand 18	Ja	Ja (indiv./coll.)	Ja (indiv./coll.)	Nee
Jaar 2	Ja	Ja	Ja	Ja

Contactmoment	Huidige richtlijn	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Jaar 2,5 Op in	Nee	Nee	Ja	Nee
Jaar 3	Ja	Ja	Ja	Ja
Jaar 3,5 Op in	Nee	Nee	Ja	Nee
Jaar 3,9	Ja	Ja	Ja	Nee
Jaar 4 (RVP)	Nee	Nee	Nee	Ja
Jaar 4 Op in	Nee	Nee	Nee	Ja
Jaar 4 Klassikaal	Nee	Nee	Nee	Ja
Jaar 5 (screening)	Ja	Nee	Nee	Nee
Jaar 5 (PGO gr. 2)	Ja	Ja	Ja	Ja
Jaar 9 (RVP)	Ja	Ja	Ja	Ja
Jaar 10 (PGO gr. 7)	Ja	Ja	Ja	Ja
Jaar 12 (RVP M)	Ja	Ja	Ja	Ja
Jaar 12 (1 vo)	Nee	Ja	Ja	Ja
Jaar 13 (2 vo)	Ja	Nee	Nee	Nee
Jaar 13 Op in	Nee	Ja	Nee	Nee
Jaar 14 Op in jr. 3	Nee	Nee	Ja	Nee
Jaar 15 Op in	Nee	Nee	Ja	Nee
Jaar 15/16	Nee	Ja (E-consult)	Ja (E-consult)	Ja (E-consult jaar voor examen)
Mbo	Nee	Nee	Nee	Ja (collectief)
Speciaal onderw.	Ja	Ja	Ja	Ja

* Op indicatie

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

www.ncj.nl



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid