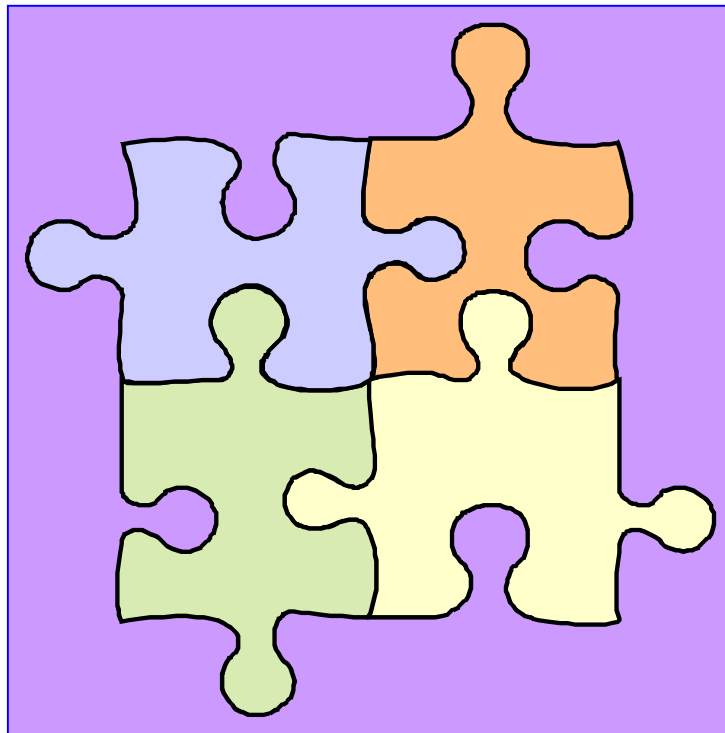




Integrale Jeugdgezondheidszorg op de Zuid-Hollandse eilanden

STUDENT: Hella Kuiper Ponse
GROEP: MGZ 2003
INSTELLING: Zorg en Welzijn Groep
ADRES: Vliedbergstraat 1 Hellevoetsluis
STAGEBEGELEIDER: Petra Scheffer

8 juni 2006

INHOUDSOPGAVE

1	VOORWOORD	1
2	INLEIDING.....	2
2.1	MOTIVATIE.....	2
2.2	PROBLEEMSTELLING	2
3	WAT IS INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	3
3.1	INLEIDING.....	3
3.2	HET ONTSTAAN VAN JEUGDGEZONDHEIDSZORG	3
3.3	INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	4
3.3.1	Inleiding	4
3.3.2	BANS.....	4
3.3.3	Positionering van de jeugdgezondheidszorg	4
3.3.4	Wet collectieve preventie.....	5
4	HET FUNCTIONEREN VAN DE INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	7
4.1	INLEIDING.....	7
4.2	INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG, DE STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND.....	7
4.2.1	Inleiding	7
4.2.2	"Landelijke scan" 'samenwerking integrale JGZ'	7
4.2.3	'Verschuivende beelden' Rapportage integrale Jeugdgezondheidszorg en Rapportage uitvoering basistaken pakket jeugdgezondheidszorg 2004	7
4.2.4	Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004. 'Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!?'	8
4.3	THEORETISCHE KADERS VOOR HET VORMGEVEN VAN INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	8
4.4	BEST PRACTICE VOORBEELDEN	9
4.4.1	Inleiding	9
4.4.2	Delflandse model	9
4.4.3	Amstelland- de Meerlanden	11
4.4.4	Ouder en Kindcentra Amsterdam	12
5	JEUGDGEZONDHEIDSZORG OP DE ZUID-HOLLANDSE EILANDEN	14
5.1	INLEIDING.....	14
5.2	INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG OP DE ZUID-HOLLANDSE EILANDEN	14
5.2.1	Inleiding	14
5.2.2	De gemeenten.....	14
5.2.3	De GGD en de ZWG	14
6	ROL VAN DE JEUGD VERPLEEGKUNDIGE BIJ INTEGRALE JGZ.....	18
6.1	INLEIDING.....	18
6.2	COMPETENTIES JEUGD VERPLEEGKUNDIGE BIJ INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	18
6.2.1	Zorgverlener competentie 2.....	18
6.2.2	Regisseur competentie 6	19
6.2.3	Beroepsbeoefenaar competentie 13	19
6.2.4	Rol ontwerper competentie 10	19
6.2.5	Rol coach competentie 12	20
7	NABESCHOUWING	21
7.1	INLEIDING.....	21
7.2	VISIE TEN AANZIEN VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG.....	21
7.2.1	Inleiding	21
7.2.2	Theorie van Betty Neuman	21
7.2.3	Neuman Systems Model	22
7.3	VAN JEUGDGEZONDHEIDSZORG NAAR INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	22
7.4	ALGEMENE CONCLUSIE	24

7.5 TERUGKOPPELING NAAR PROBLEEMSTELLING	24
8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	25
8.1 INLEIDING	25
8.1.1 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de overheid	25
8.1.2 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de gemeenten.....	25
8.1.3 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de GGD ZHE en ZWG.....	25
8.1.4 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de professionals	26
9 NAWOORD	27
10 LITERATUURLIJST	28
11 BIJLAGE 1 MODEL VAN NEUMAN	31
12 BIJLAGE 2 MODEL VAN LALONDE	32
13 BIJLAGE 3 (CONCEPT) ORGANOGRAM JGZ 0-19 JAAR ZUID-HOLLANDSE EILANDEN.....	33
14 BIJLAGE 4 INTERVIEW GGD AMSTELLAND- DE MEERLANDEN	34
15 BIJLAGE 5 INTERVIEW GEMEENTE HELLEVOETSLUIS	35
16 BIJLAGE 6 INTERVIEW ZWG.....	36
17 BIJLAGE 7 INTERVIEW GGD	37

1 VOORWOORD

De interesse voor een integrale jeugdgezondheidszorg is bij mij ontstaan, toen ik door mijn werk als verpleegkundige op het consultatie bureau bij de Zorg en Welzijn Groep, voortaan benoemd als ZWG, ontdekte dat het kind vanaf vier jaar niet meer onder de zorg van het consultatiebureau valt. Vanaf vier jaar vallen de kinderen onder de zorg van de GGD Zuid-Hollandse eilanden, voortaan benoemd als GGD. Met name het grote hiaat tussen de laatste oproep op het consultatiebureau van de ZWG en de eerste oproep met vijf jaar bij de GGD vond ik opvallend. Er kwamen bij mij vragen naar boven over de overgang van de zorg voor de vier jarigen tussen beiden organisaties. Ik krijg regelmatig vragen van ouders over hun oudere kinderen wanneer zij met een jonger broertje of zusje op het consultatiebureau komen. Ouders hechten blijkbaar waarde aan de relatie die zij hebben opgebouwd op het consultatiebureau, waardoor deze zorg laagdrempelig is voor hen.

Door de helft van de stage, in opdracht van de Haagse Hogeschool ten behoeve van de opleiding tot jeugdverpleegkundige, te lopen bij de GGD in mijn eigen werkgebied werd mij duidelijk dat er naar mijn mening meer samengewerkt kan worden tussen beide organisaties om tot een betere aansluiting van zorg te komen. Er wordt binnen de beide organisaties wel gewerkt aan samenwerking. Ik hoop door middel van dit afstudeerwerkstuk inzicht te krijgen in deze samenwerking en een bijdrage te kunnen leveren aan een integrale jeugdgezondheidszorg op de Zuid-Hollandse eilanden.

Vanuit mijn stage neem ik voor mijzelf een aandachtspunt mee met betrekking tot het verzamelen van informatie. Ik wil me beperken tot die informatie die van belang is voor mijn probleemstelling.

2 INLEIDING

2.1 MOTIVATIE

In de praktijk is mij opgevallen dat er weinig wordt samengewerkt tussen de verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg 0 - 4 jaar en de verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg 4 – 19 jaar. Deze verpleegkundigen zijn respectievelijk in dienst van de ZWG en de GGD.

Er wordt op bestuurlijk niveau wel samengewerkt, wat zich uit in het realiseren van een gezamenlijk elektronisch dossier, gezamenlijke deelname in overlegstructuren, gezamenlijk aanbieden van diensten.

De artsen, werkzaam bij de ZWG en de GGD hebben naar eigen inzicht overleg over de gezinnen die extra zorg behoeven bij de overgang naar de jeugdgezondheidszorg 4 – 19 jaar.

De verpleegkundigen hebben weinig contact met de GGD over gezinnen. Er is wel een ontwikkeling gaande dat de verpleegkundigen Ouder en Kindzorg, voortaan als OKZ benoemd, uitgenodigd worden in overlegsituaties waarin gezinnen besproken worden waar ook kinderen bij betrokken zijn die onder de zorg vallen van de verpleegkundigen OKZ.

Er is onderzoek gedaan (Giotto 2003) naar integrale jeugdgezondheidszorg en daar komt globaal naar voren dat samenwerking op de werkvloer goed verloopt, maar de obstakels tussen verschillende organisaties blijken op bestuurlijk niveau erg hoog te zijn. Dit blijkt volgens dit onderzoek uit het feit dat samenwerkingsprojecten hierop vastlopen. De belangen van samenwerkende organisaties zijn vaak tegenstrijdig. Van oudsher is er een scheiding tussen de zorg voor 0 – 4 jarigen en de zorg voor 4 – 19 jarigen. Ieder wilt het eigen stuk werk krampachtig bij zich houden. Mijn ervaring is ook dat organisaties wanneer er informatie gevraagd wordt over gezinnen waar zorgen over zijn, zich verschuilen achter de privacy reglementen, die door de wet worden aangegeven.

Ik denk ook dat het verschil in visie misschien een rol speelt hierbij. De visie van de GGD overlapt de visie van de ZWG wat betreft het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van de doelgroep. Hierbij leggen zij de nadruk op de signalering en doorverwijzing, terwijl de ZWG meer uitgaat van de beïnvloeding van relevante gezondheidsdeterminanten en de eigen verantwoordelijkheid van ouders.

De GGD heeft naast de visie ook een missie en deze luidt als volgt:

‘voor een gezond bestaan en een sluitende zorg’.

De overheid heeft aangegeven dat er gestreefd moet worden naar een integrale jeugdgezondheidszorg.

Ik zie zelf het belang van een samenwerking tussen de verpleegkundigen van de ZWG en de verpleegkundigen van de GGD, omdat ik verwacht dat dit kwaliteitsverhogend zal werken in de preventieve zorg die beide organisaties nastreven. Momenteel gaat er veel informatie verloren door gebrek aan samenwerking. Het komt echter ook voor dat een gezin dubbele zorg krijgt vanuit beide organisaties. Wanneer je deze zorg kunt koppelen kun je naar mijn mening kostenbesparend werken. Voor ouders heeft het een duidelijk voordeel om één organisatie als aanspreekpunt te hebben. Daarnaast getuigt het naar mijn mening van professionaliteit wanneer je in het belang van doelgroep kunt samenwerken.

2.2 PROBLEEMSTELLING

Mijn probleemstelling is:

Hoe kan door structurele samenwerking tussen verpleegkundigen werkzaam bij de ZWG afdeling Ouder en Kindzorg 0 -4 jaar, en de verpleegkundigen werkzaam bij de GGD Zuid-Hollandse eilanden afdeling jeugdgezondheidszorg 4 – 19 jaar, de integrale gezondheidszorg 0 – 19 jaar verbeterd worden en wat is de bijdrage van de jeugdverpleegkundige hierin.

3 WAT IS INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal ik kort ingaan op het ontstaan van de jeugdgezondheidszorg. Daarna beschrijf ik wat integrale jeugdgezondheidszorg inhoudt

3.2 HET ONTSTAAN VAN JEUGDGEZONDHEIDSZORG

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is ontstaan aan het eind van de achttiende eeuw¹, naar aanleiding van de hoge zuigelingen - en kindersterfte. Slechte maatschappelijke omstandigheden gepaard gaande met armoede, slechte hygiëne, ondervoeding en infectieziekten waren hier de oorzaak van. De bewustwording van artsen en verpleegkundigen van deze omstandigheden, en het besef dat door individuele zorg en voorlichting aan moeders hier iets aan zou kunnen veranderen, heeft de basis gelegd voor de jeugdgezondheidszorg voor zuigelingen en kleuters. In eerste instantie waren het een aantal artsen die dit initiatief namen. Half in de negentiende eeuw ontstonden er kruisverenigingen uit particulier initiatief, die actief waren op het gebied van moeder - en kindzorg.

Aan het begin van de negentiende eeuw was het schoolgaan een gevaar voor de gezondheid van leerlingen. Scholen vormden een verspreidingsplaats voor besmettelijke ziekten, door gebrek aan hygiëne, slechte schoolgebouwen en volle klaslokalen, en niet onbelangrijk de slechte gezondheidstoestand van veel leerlingen. Door de invoering van de leerplicht in 1901 werd er sterk gepleit om het medisch schooltoezicht aan artsen toe te vertrouwen en schoolartsen in dienst van gemeenten aan te stellen. Uiteindelijk zijn door stimuleringsregelingen van de overheid alle schoolartsendiensten opgenomen in (inter) gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en).

In het begin van de negentiende eeuw lag de nadruk van de zorg bij jonge kinderen vooral op het voorkomen van ondervoeding en infectieziekten. De schoolgezondheidszorg omvatte vooral de school zelf (hygiëne, gebouw) en de bestrijding van besmettelijke ziekten in de school. Pas in een veel latere fase was er sprake van zorg voor individuele kinderen.

Het huidige systeem van de JGZ heeft als doel binnen het netwerk van welzijnszorg en gezondheidszorgvoorzieningen de gezondheid van jeugdigen van 0 tot 19 jaar te bevorderen en te beschermen opdat ieder individu als jeugdige en als volwassene een optimaal niveau van individueel en maatschappelijk functioneren kan bereiken. Uitgangspunt bij deze zorg zijn de eigen verantwoordelijkheid van ouders voor hun kinderen en van jongeren voor zichzelf. In de jaren tachtig verschuift de aandacht van gezondheidszorg naar gezondheidsbeleid². Dit wordt door de overheid vastgelegd in 'de nota 2000' waar niet ziekte, maar gezondheid als uitgangspunt wordt genomen.

Wanneer je gezondheid als uitgangspunt neemt denk je eerder aan ziekte - preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering dan aan de voorzieningen waar bij ziekte een beroep op kan worden gedaan. Men gaat uit van de determinanten die de gezondheid beïnvloeden, biologische (waaronder erfelijke) factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving en leefwijzen. Dit heet het model van Lalonde³. In deze tijd is ook de epidemiologie en gezondheidsvoorlichting tot ontwikkeling gekomen. De bezuinigingen voortkomend uit de economische recessie en de decentralisatie speelden een belangrijke rol in het ontstaan van het nieuwe beleid ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg. Mede naar aanleiding van deze ontwikkelingen is later De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid ontstaan.

Momenteel is de jeugdgezondheidszorg voor jonge kinderen sterk gericht op individuele kinderen en hun ouders, terwijl er bij de schoolgezondheidszorg een verschuiving heeft plaatsgevonden van sterk individueel gericht (sinds Tweede Wereldoorlog) naar groepsgericht. Ook jongere kinderen gaan vaker deel uit maken van groepen, denk aan crèches, speelzalen, waardoor de zorg in de toekomst ook meer groepsgericht zal worden.

Het bereik van de jeugdgezondheidszorg wordt binnen de organisaties niet eenduidig gerapporteerd. Het inspectie rapport⁴ gaat uit van de totale populatie waar de zorg aan wordt aangeboden.

Wat betreft de zuigelingen kom je uit op een gemiddeld bereik variërend tussen 90% en 95%.

Wat betreft de peuters kom je uit op een gemiddeld bereik variërend tussen 85% en 95%.

¹ Meulmeester J.F. 'Jeugdgezondheidszorg in Nederland' H.2

² Sibbing H. Beleid ten aanzien van preventie 1. blz 62/63

³ Bijlage 2 model van Lalonde

⁴ Inspectie gezondheidszorg deelrapport 'Het functioneren van de JGZ in 2004' bijlage 5

In de JGZ 4-19 jaar wordt uitgegaan van het aantal leerlingen per jaargroep, wat betreft het basisonderwijs, en het aantal kinderen per klas, wat betreft het voortgezet onderwijs. Er zijn ook organisaties die leeftijdscategorieën gebruiken bijvoorbeeld 5 of 10 jarigen.

Gemakshalve wordt er uitgegaan van schoolgaande kinderen om het bereik in beeld te brengen.

Gemiddeld ligt het bereik voor het Periodiek Geneeskundig Onderzoek (PGO) van groep 2 basisonderwijs tussen de 85% en 95%

Het bereik voor het PGO van klas 1 of 2 van HAVO / VWO tussen de 85% en 95% en voor het PGO in klas 1 of 2 van het VMBO ligt dit tussen 85% en 95%.

Er zitten zowel uitschieters naar boven als naar beneden tussen.

3.3 INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

3.3.1 Inleiding

In het van Dale Hedendaags Nederlands woordenboek vind ik als verklaring van het woord integraal: 'allesomvattend, geheel, volledig'. Wanneer ik dit doortrek naar de integrale jeugdgezondheidszorg kom ik op een allesomvattende jeugdgezondheidszorg, die volledig is en één geheel vormt.

In de volgende paragrafen zal ik beschrijven wat er door de overheid met integrale jeugdzorg bedoeld wordt en waar deze zijn oorsprong vond.

3.3.2 BANS

De basis van de integrale jeugdgezondheidszorg werd gelegd door het kabinet, Inter Provinciaal Overleg (IPO) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Op 4 maart 1999 hebben het kabinet, IPO en de VNG het Bestuursakkoord-nieuwe-stijl⁵ (BANS) ondertekend. Daarin is afgesproken een gezamenlijke visie op het jeugdbeleid op te stellen, die richtinggevend is voor het jeugdbeleid van de overheden.

Doel van de visie is een gezamenlijke koers voor het jeugdbeleid te bepalen en op basis daarvan afspraken te maken hoe het jeugdbeleid van de overheden elkaar kan versterken. Uitgangspunt is dat door een gezamenlijke inzet van de overheden meer bereikt kan worden voor jeugd.

In 'Jeugdbeleid in Ba(la)ns' wordt de situatie van jeugd en de belangrijkste trends die voor het jeugdbeleid in de komende jaren van belang zijn kort beschreven. Vervolgens is de gezamenlijke koers bepaald, in de vorm van vijf criteria voor het jeugdbeleid. Op basis van die criteria wordt de inzet van de overheden voor jeugd beschreven en zijn afspraken gemaakt om gezamenlijk de samenhang in het beleid voor de jongste leeftijdsgroep, de 0- tot 6-jarigen, te versterken.

In "Jeugdbeleid in Ba(la)ns" hebben de verschillende overheden, (rijk, provincies en gemeenten), een visie geformuleerd in de vorm van vijf criteria voor een gezamenlijk jeugdbeleid.

De overheden spreken af dat zij:

- beleid maken met jeugd (en hun opvoeders) en niet over hun hoofden heen
- balans brengen in het jeugdbeleid door niet alleen te focussen op de problemen, maar ook te investeren in versterking van algemene voorzieningen voor jeugdigen
- niet wachten tot problemen ontstaan, maar inspelen op situaties waarin jeugdigen extra risico lopen
- er gezamenlijk voor zorgdragen dat de instellingen een samenhangend aanbod realiseren dat een adequaat en herkenbaar antwoord geeft op de vragen van jeugd en hun ouders
- projectenbeleid in onderling overleg zullen inzetten ter versterking van het structurele aanbod.

De overheden beschouwen deze criteria voor de toen lopende kabinetsperiode als richtinggevend voor hun eigen en gezamenlijk jeugdbeleid. Zij spreken met elkaar af hun beleid de komende jaren aan deze criteria te toetsen.

3.3.3 Positionering van de jeugdgezondheidszorg

Het besluit om te komen tot een integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar is genomen op 20 november 2000 door de ministerraad. Dit gebeurde naar aanleiding van het voorstel van toenmalig

⁵ Rijk, IPO en VNG 'Jeugdbeleid in ba(la)ns' H.1. De kern van de visie op jeugdbeleid en de afspraken

staatssecretaris van VWS Margot Vliegenthart om de gemeenten vanaf 2002 de regierol te geven over de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar.⁶

Zij schreef 'de beleidsnotitie positionering van de jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar'.⁷ Zij beoogt met deze notitie (citaat):

- Vanuit de inhoud van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) een integraal aanbod te doen aan alle jeugdigen.
- Richting te geven aan de positionering van de JGZ 0 – 4 jarigen.
- Het kader te scheppen voor keuzes die de komende maanden moeten worden gemaakt over de invulling van de opzet van de JGZ. Daartoe zal in overleg met de meest betrokken partijen (VNG, GGD Nederland, LVT) de inhoud van het basistakenpakket definitief worden vastgesteld, evenals het financieringsmodel, de omvang van het noodzakelijke budget en de invulling van het juridisch kader. Uiteraard zal daarbij de kwaliteitsborging een belangrijk aspect vormen.

De visie die de minister ten aanzien van de JGZ heeft en als leidraad dient voor het beleid is als volgt: 'Voorop blijft het beginsel staan dat een evenwichtige en gezonde ontwikkeling van de jeugdige niet alleen een fundament voor zijn toekomst legt, maar ook een fundament voor de kwaliteit en vitaliteit van onze toekomstige samenleving'.

De overheid heeft op grond van de grondwet (artikel 22) de opdracht maatregelen te treffen om de gezondheid te bevorderen. Daarnaast heeft Nederland zich onder meer verplicht door ondertekening van het 'Verdrag voor de Rechten van het Kind', om preventieve gezondheidszorg en begeleiding voor ouders te ontwikkelen.

3.3.4 Wet collectieve preventie

De jeugdgezondheidszorg 0 – 4 jaar wordt uitgevoerd door 60 thuiszorginstellingen met ongeveer 1500 consultatiebureaus, die gefinancierd worden vanuit de AWBZ (ten tijde van deze nota). Op grond van de Wet collectieve volksgezondheid (Wcpv), die in mei 1990 (met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 1989) in werking is getreden, draagt de gemeenteraad zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie betreffende gezondheidsrisico's voor jeugdigen vanaf 4 jaar tot 19 jaar. Deze zorg wordt uitgevoerd door 51 (inter-)gemeentelijke GGD's. De JGZ 4 -19 jaar wordt behoudens het vaccinatieprogramma gefinancierd uit het gemeentefonds. Dit vertaalde zich in de praktijk naar een zeer groot verschil in aanbod van zorg per regio. Deze situatie waarbij er binnen de JGZ twee verschillende systemen functioneren, ieder met een eigen aansturing en financiering, waarbinnen geen waarborgen of verplichtingen bestaan ten aanzien van beleidsafstemming, wordt door de minister als problematisch aangemerkt. Bij de oplossing van deze problematiek moet de inhoud van de JGZ centraal staan. Dit resulteerde in een basistakenpakket geschreven door de 'Wergroep jeugdgezondheidszorg', waarbij het uitgangspunt is een basis van zorgvoorzieningen, gekoppeld aan de leeftijd, die ieder kind / jeugdige krijgt aangeboden. Het basistakenpakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerk deel.

Het uniform deel staat vast en wordt systematisch aan ieder kind / jeugdige aangeboden. Het maatwerkdeel bestaat uit in de Wcpv globaal omschreven producten die eveneens geleverd moeten worden, maar de gemeenten kunnen deze naar gelang de gezondheidssituatie van de jeugd in hun gebied verder invullen. Om op de hoogte te zijn van de gezondheidssituatie en eventuele bedreigingen moet er eenduidig geregistreerd worden. Dit basistakenpakket werd op 1 januari 2003 ingevoerd en is vastgelegd in de Wcpv. Er werden nog een aantal wijzigingen in deze wet vastgelegd. De eindverantwoordelijkheid voor de jeugdgezondheidszorg 0 – 4 jaar wordt verschoven van de overheid naar de gemeenten wat betreft de uitvoering van dit basistakenpakket. Dit houdt concreet in dat de JGZ 0 - 4 jaar nu onder regie van de gemeenten valt.

De doelstelling die de minister heeft is dat alle ontwikkelingen die onder invloed van de Wcpv in gang zijn gezet leiden tot één JGZ die:

- Onder gemeentelijke regie de gehele jeugd van geboorte tot 19 jaar (longitudinaal) volgt. De minister geeft de gemeente een centrale rol in het beleid omdat een gezonde ontwikkeling volgens haar meer is dan alleen fysieke aspecten, namelijk de sociaal emotionele ontwikkeling

⁶ Bos K. 'De integratie van de jeugdgezondheidszorg in Flevoland'

⁷ Vliegenthart M. 'Beleidsnotitie Positionering Jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar'

maakt daar deel van uit. Zij bedoelt hiermee ook de sociaal-culturele omstandigheden, het woon en leefmilieu en de sociaal economische positie van het gezin.

- Hiertoe gebruik gemaakt van één integraal (elektronisch) dossier en daarmee continuïteit waarborgt.

Om kinderen longitudinaal te kunnen volgen moet er een 'integraal dossier' komen dat de jeugdige volgt in zijn / haar ontwikkelingsfase. Hierdoor kan een dreigende of een beginnende verstoring van een normale ontwikkeling in een zo vroeg mogelijk stadium onderkent worden.

- Goed toegankelijk en bereikbaar is voor de gehele jeugd, de opvoeders en de intermediaire.
- Gezond gedrag bij de jeugd bevordert.
- Signalen van bedreigingen en (potentiële) problemen, zowel op individueel als op groepsniveau, oppakt en daar adequaat op reageert.
- Inzicht heeft in de gezondheidstoestand van de jeugd (op plaatselijk, regionaal zowel als landelijk niveau) en hierover beleidsadviezen uitbrengt aan gemeente en rijk.
- Nauw samenwerkt met het veld van zorg en hulpverlening rond de jeugd, en daarbij beschouwd kan worden als een belangrijke deelnemer aan het netwerk van voorzieningen voor de jeugd op lokaal of regionaal niveau.

Er moet meer afstemming en samenwerking gaan plaatsvinden tussen JGZ en het lokaal jeugdbeleid. De gemeente gaat de rol van regisseur vervullen voor de samenhang tussen de verschillende sectoren.

Ook geeft zij aan dat er meer moet worden samengewerkt met personen of instanties die direct of indirect invloed uitoefenen op het kind.

- Zoveel mogelijk werkt met interventies met bewezen effectiviteit en volgens landelijk vastgelegde standaarden.
- Daadwerkelijk uniform werkt waar dat volgens de wet noodzakelijk is en die daarbij tevens voldoet aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen: het bieden van doelmatige, doeltreffende en cliëntgerichte zorg.

4 HET FUNCTIONEREN VAN DE INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wil ik een beeld schetsen hoe de Integrale Jeugdgezondheidszorg in Nederland functioneert naar aanleiding van de wijzigingen in de Wcpv. Daarna zal ik beschrijven welke theoretische kaders er zijn voor het vormgeven van een Integrale Jeugdgezondheidszorg.

4.2 INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG, DE STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND

4.2.1 Inleiding

Er is door verschillende partijen gekeken naar de voortgang van het tot stand komen van integrale jeugdgezondheidszorg in Nederland.

- Er is door Giotto management consultants een rapport uitgebracht in 2003 “Landelijke scan” ‘samenwerking integrale JGZ’ aan Thuiszorg Stad Utrecht.
- GGD Nederland heeft in 2004 een rapportage uitgebracht: Verschuivende beelden rapportage integrale Jeugdgezondheidszorg en rapportage uitvoering basistaken pakket jeugdgezondheidszorg.
- De Staat van de Gezondheidszorg heeft in 2005 een deelrapport uitgebracht : Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004. Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!?

4.2.2 “Landelijke scan” ‘samenwerking integrale JGZ’

Volgens dit rapport wordt er in Nederland hard gewerkt aan een integratie van de JGZ 0 – 4-jaar met de JGZ van 4 – 19 jaar. Er worden pogingen ondernomen om samen te werken waarbij de meest effectieve manier van samenwerking op dit moment de projectmatige samenwerking is, waarbij de inhoud voorop wordt gesteld. Het verschilt veel per regio, hoever de invoering is. Sommigen staan nog aan het begin terwijl anderen al een eind op weg zijn. Soms richt men zich sterk op de inhoudelijke thema's in andere gevallen richt men zich meer op beleid, verantwoording en contractering.

Wanneer succesvol aan integrale JGZ gewerkt wilt worden is een duidelijke projectstructuur en projectsturing nodig, waarbij aandacht voor aspecten van cultuur en proces aanwezig is. De aanwezigheid van gemeenten in de projectstructuur bevordert de continuïteit van het samenwerkingsproces. Ook het uitspreken van de intentie de eerste jaren niet te spreken over de organisatorische vormgeving van de integrale JGZ bevordert het samenwerkingsproces en draagt bij aan onderling vertrouwen.

Wanneer de voorbereidingsfase voorbij is en de daadwerkelijke integratie wordt een feit, dan ontstaan er knelpunten namelijk geld tekort en een passende organisatievorm.

Giotto management consultants is van mening dat er grote bereidheid is binnen de sector om een integrale JGZ te vormen, maar dat wanneer er vanuit de overheid niet meer middelen beschikbaar worden gesteld deze veranderingsbereidheid snel zal afnemen.

Giotto management consultants heeft in Nijmegen het proces naar Integrale jeugdgezondheidszorg begeleid⁸.

4.2.3 ‘Verschuivende beelden’ Rapportage integrale Jeugdgezondheidszorg en Rapportage uitvoering basistaken pakket jeugdgezondheidszorg 2004

In deze rapportage wordt een beeld geschetst van de integrale jeugdgezondheidszorg door de ogen van GGD medewerkers, van directeur tot JGZ medewerker.

In dit rapport komt naar voren dat in de ogen van de medewerkers van de GGD-en een goede samenwerking gericht op inhoud van beleid en uitvoeringsproces op basis van vertrouwen van de actoren in elkaar als belangrijkste succesfactoren voor een integrale JGZ gelden. De gemeenten moeten hierin actief meedenken en weten waar ze naar toe willen met de integrale jeugdgezondheidszorg. De intenties over de uitvoering op langere termijn tussen gemeenten en uitvoerende instanties moeten duidelijk zijn en daarnaast moeten er financiële middelen zijn om het integratie proces op gang te houden.

⁸Heyden van der e.a. ‘Naar een ongedeelde JGZ in Nijmegen en omgeving’

4.2.4 Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004. 'Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!'

In dit rapport wordt aangegeven dat het ontbreken van een landelijke visie op de integrale JGZ ertoe leidt dat overall geworsteld wordt met het begrip en dat hier overall een eigen invulling aan kan worden gegeven. Uit onderzoek door de inspectie blijkt dit ook daadwerkelijk te gebeuren. Dit is niet in het belang van de JGZ om te komen tot een kwalitatief sterke, landelijke herkenbare JGZ zonder scheiding, die als belangrijkste basis het aanbieden van een uniform basistakenpakket aan alle kinderen in Nederland heeft.

De samenwerking tussen de JGZ onderling en gemeenten is, ondanks dat er hard aan gewerkt wordt, tot nu toe weinig zichtbaar naar buiten toe. De samenwerking beperkt zich in de praktijk voornamelijk op de inhoud. Er wordt nauwelijks samengewerkt op gebied van epidemiologie, invulling van het maatwerk en er wordt in samenwerking met derden nog niet gezamenlijk opgetreden als JGZ 0 – 19 jaar. Integratie is meer schijn dan werkelijkheid.

Veel organisaties voldoen wat betreft de invoering van het landelijk basistakenpakket nog niet aan de wettelijke eisen. Er wordt nog weinig evidence based gewerkt binnen de JGZ. Inmiddels zijn er vier onderzoeksstandaarden ontwikkeld (gehoor, visus, scoliose en houdingsafwijkingen en congenitale hartafwijkingen), deze zijn nog niet of niet volledig geïmplementeerd. Er is binnen de JGZ een te kort aan epidemiologisch onderzoek, met name de JGZ 0 – 4 jaar heeft hier een achterstand ten opzichte van de JGZ 4 – 19 jaar.

De gemeenten moeten hun regierol beter gebruiken om de JGZ te stimuleren en meer samenwerking te creëren in het aanbod van het marktdeel van het basistakenpakket. Er moet ook meer geld worden vrijgemaakt door gemeenten om de JGZ te financieren zodat zij ook op nieuwe gezondheidsbedreigingen kunnen interveniëren. Gemeenten moeten de JGZ meer betrekken in het ontwikkelen van jeugdbeleid. Er is nog steeds sprake van een versnipperde JGZ, zowel geografisch als bestuurlijk.

4.3 THEORETISCHE KADERS VOOR HET VORMGEVEN VAN INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

De samenwerkingsmodellen⁹ die in ons land gebruikt worden om de integrale JGZ te realiseren lopen sterk uiteen. Het loopt uiteen vanaf een relatief los- vaste samenwerking op inhoud tot overname van de JGZ 0 – 4 jarigen door GGD-en. Het projectmatig samenwerken is in Nederland het meest gebruikte model.

De samenwerkingsmodellen voor de JGZ kunnen ingedeeld worden naar twee dimensies. De eerste dimensie heeft betrekking op de verhouding tussen de JGZ partners. Hierbij gaat het erom of de partners op gelijkwaardige of ongelijkwaardige wijze participeren in de samenwerking. Bij de tweede dimensie gaat het om de zelfstandigheid van de beide partners. De vraag is of beide partners hun zelfstandigheid op het vlak van de JGZ behouden of niet. Naar aanleiding hiervan kom je tot vier samenwerkingsvarianten. (zie tabel 1)

Tabel 1 vier samenwerkingsvarianten

	Zelfstandige positie wordt behouden	Zelfstandige positie(s) wordt (worden) opgeheven
Gelijkwaardigheid tussen partners	Projectmatig samenwerken	Fusie Joint venture
Ongelijkwaardigheid tussen partners	Hoofdaannemerschap	Overname van JGZ 0-4 jaar door GGD Overname van JGZ 4-19 jaar door thuiszorg

▪ Projectmatig samenwerken

In dit model is een projectorganisatie de motor van de integratie. Alle betrokkenen participeren binnen deze projectorganisatie vanuit hun zelfstandige positie. Vaak bestaat de projectorganisatie uit een stuurgroep, projectgroep en werkgroepen. De gemeenten en uitvoeringsorganisaties vormen gezamenlijk de stuurgroep. In de projectgroepen en werkgroepen zijn voornamelijk de uitvoeringsorganisaties betrokken, maar er wordt in sommige gevallen ook vanuit de gemeente

⁹ Giotto management consultants H. 2 uit: 'Landelijk scan samenwerking integrale JGZ'

geparticipeerd. In theorie is dit samenwerkingsmodel kwetsbaar. De projectmatige samenwerking kan alleen bestaan zolang alle partners voordeel in de samenwerking zien. De wederzijdse binding is beperkt, waardoor de samenwerking gemakkelijk opzegbaar is.

- Hoofdaannemerschap versus onderaannemerschap

In dit samenwerkingsmodel wordt ook projectmatig samengewerkt, maar zijn beide partners niet gelijkwaardig. In deze situatie loopt de subsidierelatie van de thuiszorgorganisatie via de GGD. De thuiszorg sluit dus geen contract met de gemeenten, maar met de GGD. Daarmee is zij onderaannemer van de GGD, waardoor er een afhankelijkheidsrelatie is ontstaan. In veel gevallen heeft de GGD in dit model ook (een deel van) de regierol van de gemeenten. De organisaties zijn wel autonoom maar niet gelijkwaardig. Voor de projectstructuur maakt deze situatie geen verschil. Wel is in dit model de thuiszorgorganisatie minder vrij het samenwerkingsverband te verlaten.

- Fusie en joint venture

Een vorm van samenwerking kan zijn dat de JGZ- partners GGD en thuiszorgorganisatie(s) geheel fuseren om de integratie van de JGZ te realiseren. Een variant op dit model is vormt de joint venture. Hierbij gaan beide organisaties niet in zijn geheel op in een nieuwe organisatie. Zij brengen alleen de onderdelen van de jeugdgezondheidszorg onder in een nieuwe gezamenlijke organisatie. Op deze manier wordt eenheid van leiding, beleid en middelen gerealiseerd, wat de integrale JGZ moet bevorderen. De bestuurlijke verantwoordelijkheid over de uitvoering wordt gedeeld door de beide partijen.

- Overname JGZ (2 manieren)

- In dit samenwerkingsmodel gaat de preventieve jeugdgezondheidszorg van 0 – 4 jaar over naar de GGD of de JGZ van 4 – 19 jaar gaat over naar de thuiszorg. Hierbij verliest één van de partijen de zeggenschap over de JGZ. In de praktijk komt alleen de eerste variant voor. Risico bij dit model zijn de weerstand bij de overgenomen werknemers en een lange periode van frictie als het proces niet strak en met draagvlak is ingezet. Daarnaast kan het proces van inlijven hoge kosten met zich meebrengen.

4.4 BEST PRACTICE VOORBEELDEN

4.4.1 Inleiding

Zoals in dit hoofdstuk duidelijk mag worden is dat er in Nederland op verschillende manieren gewerkt wordt aan een integrale JGZ. Ik ga drie praktijkvoorbeelden uit Nederland beschrijven, het Delflandse model, de integratie regio Amstelland- de Meerlanden en de oprichting van de Ouder en Kindcentra in Amsterdam.

4.4.2 Delflandse model

Een voorbeeld van het komen tot een integrale JGZ is 'Het Delflandse model'.¹⁰ Het gaat hier om de GGD Delfland en de thuiszorgorganisatie Maatzorg. Zij gaan, met ondersteuning van Management Consultants bureau Giotto¹¹, aan de slag met het model van projectmatige samenwerking en creëren zodoende:

- een stuurgroep, waarin beide JGZ organisaties en de gemeente participeren
- een projectgroep waarin wederom de beide JGZ organisaties en de gemeente participeren
- meerdere werkgroepen die verschillend van formatie zijn afhankelijk van het onderwerp maar in ieder geval medewerkers van beide JGZ organisaties bevatten.

- Stuurgroep

- De samenstelling van de stuurgroep geeft duidelijk aan welk belang er vanuit de verschillende organisaties aan het traject gehecht wordt en biedt goede koppeling naar de politiek binnen de regio. De stuurgroep stelt het actieprogramma vast en bewaakt en bevordert de uitvoering hiervan. Ook zorgt zij voor de benodigde faciliteiten, waaronder de financiële middelen, om het actieprogramma succesvol te kunnen uitvoeren.

¹⁰ Groenendijk C. 'Naar Integrale Jeugdgezondheidszorg' uit Alle kinderen in beeld blz. 279-284

¹¹ GGD Delfland en Stichting Maatzorg 'Naar een integrale jeugdgezondheidszorg'

projectgroep

- De projectgroep is in de projectorganisatie de club die daadwerkelijke de actielijnen uitzet. Zij stelt het actieprogramma op, dat door de stuurgroep wordt vastgesteld. Vervolgens is de projectgroep verantwoordelijk voor de uitvoering van het actieprogramma en de interne en externe communicatie hierover. Om het actieprogramma goed te verankeren in de betrokken organisaties en te kunnen afstemmen op de reguliere werkdruk, maakt het management van de jeugdgezondheidszorg van beide organisaties deel uit van de projectgroep. De deelnemers uit de gemeenten hebben meer een klankbordachtige rol in de projectgroep. De verantwoordelijkheid voor de werkwijze en voortgang binnen de projectgroep ligt bij de voorzitter/projectleider. De projectgroep rapporteert regelmatig aan de stuurgroep over de voortgang en resultaten van het ontwikkeltraject 'Naar integrale Jeugdzorg'.

werkgroep

- Iedere werkgroep staat onder leiding van een lid van de projectgroep, die als voorzitter optreedt. De verdere samenstelling van de werkgroepen wordt steeds afgestemd op de opdracht aan de werkgroep. In ieder geval zullen er medewerkers van de GGD en Maatzorg in iedere werkgroep zitten. Ook kunnen anderen, zoals medewerkers van andere aanbieders in de jeugdhulpverlening of ambtenaren van betrokken gemeenten, worden gevraagd in de werkgroepen deel te nemen. Indien nodig kan ook aan de werkgroepen externe ondersteuning worden geboden, als facilititeit om het werkplan te kunnen realiseren. Om tot daadwerkelijk integrale JGZ te komen moeten verschillende activiteiten worden uitgevoerd. Deze activiteiten worden als actielijnen beschreven in het actieprogramma 'Naar integrale jeugdgezondheidszorg'. Per actielijn wordt er een werkgroep gevraagd deze uit te werken. Deze werkgroepen gaan aan de slag en rapporteren over de voortgang, knelpunten en resultaten aan de projectgroep.

Uiteraard kan een traject als 'Naar integrale JGZ' niet succesvol zijn, zonder de inbreng van de klanten van de JGZ. Dit zijn kinderen, ouders en scholen. Bij Maatzorg zal de Cliëntenraad JGZ regelmatig worden geïnformeerd over het actieprogramma, de actielijnen en de uitkomsten van het traject. Daarbij wordt de Cliëntenraad uitgenodigd haar inbreng te hebben en oordeel te vormen over het traject 'Naar integrale JGZ'. Door de GGD zullen de scholen goed geïnformeerd worden over dit traject. Omdat hier geen daadwerkelijk georganiseerd verband bestaat, zullen de scholen regelmatig (schriftelijk) worden geïnformeerd over de voortgang en resultaten van het traject.

Naast de betrokkenheid op het niveau van het gehele project, zal er ook inbreng van de klanten op het niveau van de werkgroepen worden gerealiseerd. In de werkgroepen wordt gewerkt aan vernieuwing van de manier waarop de JGZ wordt gerealiseerd, dus daar is het meedenken van klanten het meest gewenst. Onderdeel van de opdracht aan de werkgroepen is daarom ook om te bezien op welk moment en op welke wijze zij de klant zal betrekken in haar werkzaamheden. In het traject 'Naar integrale JGZ'¹² gaat het erom vanuit de inhoud de bedrijfsvoeringen van de beide JGZ partners zo te veranderen, dat er beter op elkaar afgestemde JGZ wordt geleverd, waardoor er uiteindelijk sprake is van integrale JGZ. Deze aanpak en doelstelling geven al aan dat het initiatief en de verantwoordelijkheid voor het traject 'Naar integrale JGZ' bij de twee aanbieders van JGZ ligt. Er wordt niettemin nadrukkelijk ook steun en samenwerking gezocht met andere betrokken partijen, zoals andere aanbieders in het veld van de jeugdzorg en de gemeenten. Deze zijn namelijk van groot belang om de route naar integrale JGZ succesvol te kunnen bewandelen. In de uitwerking van de projectstructuur komt dit terug.

Vanuit de ervaring uit deze regio zijn een aantal 'lessen te leren':¹³

1. Laat de praktijk aan het woord en niet de managers. Het gaat er bij integratie om een betere en ongedeelde JGZ te realiseren. De werkers in het veld weten maar al te goed wat de huidige knelpunten zijn en kunnen als de beste bedenken hoe het beter kan. Breng deze werkers dan ook om de tafel en bepaal pas later welk organisatiemodel nu het beste in staat zal zijn de nieuwe praktijk te ondersteunen. Dat is tenslotte het doel van een organisatiemodel.

¹² GGD Delfland en Stichting Maatzorg 'Naar integrale jeugdgezondheidszorg'

¹³ Groenendijk C. 'Naar een integrale jeugdgezondheidszorg' uit 'Alle kinderen in Beeld'

2. Werk met concrete en haalbare projecten. Mensen vanuit de praktijk zijn vaak zo enthousiast, dat zij wel eens de rode draad in een verhaal kwijtraken. Zorg daarom dat er behapbare en concrete opdrachten worden gegeven en zorg dat er eerst volgbare stappenplannen worden opgesteld voorat men echt aan de slag gaat. Dat zorgt ervoor dat er resultaat geboekt wordt en het project beheersbaar blijft.
3. Betrek gemeenten goed bij het project. Gemeenten krijgen de regierol ook voor de JGZ van 0 – 4 jarigen. Voor gemeenten is dat een nieuwe tak van sport, waar zij zich op moeten inwerken en verstand van moeten krijgen. Door hen te betrekken bij een dergelijk traject, spijkeren de gemeenten hun kennis bij en kunnen zij zich ontwikkelen tot een hoogwaardig klankbord, ook op dit vlak. Ook ontstaat hierdoor de ruimte om te bezien of delen van de middelen Vroegsignalering aangewend kunnen worden voor een dergelijk structureel veranderingsprogramma.

4.4.3 Amstelland- de Meerlanden

'Het Delflands model' speelde in 2000. Vanaf 14 december 2005 wordt er in de regio Amstelland de Meerlanden jeugdgezondheidszorg geïntegreerd aangeboden. De betrokken gemeenten hebben besloten dat de integrale JGZ (iJGZ) 0 – 19 jaar per 01-01-2006 ondergebracht moet zijn bij de GGD Amstelland de Meerlanden¹⁴. De consequentie hiervan is dat de JGZ 0 – 4 jaar vanuit Amstelring overgedragen wordt aan de GGD. De beide organisaties kiezen ervoor een projectstructuur in het leven te roepen. Deze bestaat uit:

- een stuurgroep,
- een Projectleiding

stuurgroep

- De stuurgroep wordt gevormd door de directeur van de GGD en één van de twee leden van de Raad van Bestuur (RvB) van Amstelring. De stuurgroep neemt besluiten op basis van voorstellen, hakt knopen door, en verzorgt de communicatie naar de betrokken portefeuillehouders van de gemeenten¹⁵.

projectleiding

- Twee projectleiders zullen in samenwerking het project leiden. Voor de GGD zal het hoofd JGZ als projectleider fungeren. Amstelring heeft een projectleider ad interim aangetrokken. De projectleiding kan één of meer werkgroepen aan het werk zetten, maar ook individuen of duo's.

Belangrijk wordt gevonden om tot één gezamenlijke organisatie cultuur te komen door van beide culturen de positieve kanten te behouden. Betrokkenheid van alle medewerkers wordt bevorderd door periodieke schriftelijke communicatie (minimaal ieder kwartaal een nieuwsbrief) en diverse bijeenkomsten voor alle medewerkers (zoveel mogelijk binnen de huidige overleg- en scholingsstructuur) bij het behalen van 'mijlpalen'. Het verschil in inschaling van het personeel van de thuiszorg instelling is nog niet duidelijk. Alle verpleegkundigen hebben een HBO opleiding, maar worden aan de hand van hun takenpakket voorlopig ingeschaald volgens de schaal van de GGD. Deze inschaling is lager dan die van hun collega's van de GGD. Dit heeft onrust onder het personeel tot gevolg¹⁶.

Wanneer ik de indeling van de te leren 'lessen' vanuit de praktijk van het 'Delflandse model' hanteer kom ik tot het volgende resultaat:

1. Er wordt gekozen voor een doorgang van het primaire proces, namelijk de integrale JGZ (iJGZ) activiteiten. De deelnemers van de werkgroepen bestaan hierdoor voor het grootste deel uit managers en hoofden van dienst. Alleen op de zorginhoudelijke onderwerpen worden de mensen van de werkvloer ingezet. De medewerkers worden structureel op de hoogte gehouden van de vordering van de integratie.

¹⁴Amstelring, GGD Amstelland- de Meerlanden 'Integrale JGZ Amstelland de Meerlanden' Plan van aanpak

¹⁵ Zie bijlage 4 interview met manager iJGZ Amstelland de Meerlanden

¹⁶ Zie bijlage 4 interview met manager iJGZ Amstelland de Meerlanden

2. De werkgroepen krijgen een concrete opdracht met een tijdspad waarbinnen dit gerealiseerd moet zijn. Per onderwerp is de samenstelling anders. Zoveel mogelijk komen de deelnemers uit beide organisaties.
3. De gemeenten hebben geen zitting in de stuurgroep, maar worden door de stuurgroep geïnformeerd over de voortgang van het proces. De begroting voor de iJGZ is al gereed eind 2004 om deze in te kunnen dienen bij de gemeenten.

4.4.4 Ouder en Kindcentra Amsterdam

In Amsterdam is er nooit een scheiding geweest tussen de zorg voor 0-4 jaar en de zorg voor 4-19 jaar¹⁷. Hier valt de gehele zorg voor 0-19 jaar onder de GG&GD. Dit is een mooi voorbeeld van integrale JGZ. In Amsterdam zijn ze echter verder gegaan met het integreren van zorg. Zij hebben Ouder en Kind Centra's¹⁸ ontwikkeld. Een Ouder en Kindcentra (OKC) is een goed bereikbare plaats in de buurt waar ouders met hun kind van -9 maanden tot schoolgaand terecht kunnen met alle vragen die zij hebben over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind. In een OKC werken de volgende partners samen:

- Verloskundigen
- Kraambureau's
- Het consultatiebureau, onderdeel van jeugdgezondheidszorg (GG&GD of Amsterdamse thuiszorg)
- Aanbieders van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering

Een OKC:

- werkt preventief
- vraaggericht
- is goed bereikbaar en laagdrempelig
- samenhangend en met sluitend aanbod

De achtergrond van deze OKC's ligt in het feit dat de gemeente Amsterdam de consultatiebureaus ziet als primaire vindplaats voor problemen of de kans op problemen¹⁹. Een van de sterke kanten van de JGZ is het hoge bereik waardoor zij het consultatiebureau als basis zien van het OKC. Vroege signalering van lichamelijke, psychomotorische en sociale gezondheidsproblemen en ondersteuning van opvoeders hierbij gaat escalatie van deze problemen tegen.

In opdracht van Stadsdelen en B&W Amsterdam is het de bedoeling dat ieder stadsdeel een OKC krijgt.

De regiegroep jeugdbeleid (met portefeuillehouder) zorgt voor de inbedding OKC in jeugdbeleid van het stadsdeel.

Ieder stadsdeel levert:

- een portefeuillehouder die verantwoordelijk is voor de uitvoer van de besluiten over de implementatie van het OKC.
- een kwartiermaker voor de implementatie, deze is secretaris in de implementatiegroep.

In de implementatiegroep OKC zijn vertegenwoordigd: stadsdeel, kwartiermaker, teamleider JGZ, managers, opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering (O&O), verloskunde en kraam (op afroep) en bureau jeugdzorg Amsterdam (BJA).

De implementatiegroep zorgt dat implementatieplan op stadsdeel toegesneden wordt en wordt zonodig ondersteund door werkgroepen om een bepaald onderdeel uit te werken en een protocol te maken (voorbeelden: toeleiding voorschouw, overdracht verloskunde/ kraam naar consultatiebureau, afbakening verantwoordelijkheid, deskundigheidsbevordering signaleerders).

De regiomanager JGZ is verantwoordelijk voor de uitvoer van de besluiten over de implementatie OKC voor het JGZ deel en levert voldoende menskracht hiervoor.

De manager O&O is verantwoordelijk voor de uitvoer van de besluiten over de implementatie OKC voor het O&O deel en levert voldoende menskracht hiervoor.

¹⁷ P. Schuil Nederlands leerboek voor de jeugdgezondheidszorg deel A. H. 1.3

¹⁸ Woudenberg, Annemiek 'Vroeg begonnen, veel gewonnen'

¹⁹ Stuurman M.E. 'Op weg naar een Ouder en Kind Centrum' JGZ nr.2 april 2002

De vertegenwoordigers verloskunde en kraamzorg zijn verantwoordelijk voor de uitvoer van de besluiten over de implementatie OKC voor het verloskundige/ kraamzorg deel en leveren hier voldoende menskracht hiervoor.

Overkoepelend is het stedelijk projectteam die op allerlei manieren ondersteuning biedt aan de implementatie van OKC's. Dit projectteam bestaat uit:

- Hoofden welzijn van de betrokken stadsdelen
- Het hoofd JGZ AT en GG&GD
- Een vertegenwoordiger van de verloskundigen en de kraamzorg (op afroep)
- De zorgverzekeraar voor de verloskundigen en kraamzorg
- Een vertegenwoordiger van BJA (preventie)

Wanneer ik de indeling van de te leren 'lessen' vanuit de praktijk van het 'Delflandse model' hanteer kom ik tot het volgende resultaat:

1. In de pilots in Amsterdam- Noord en de Baarsjes²⁰ werd per lokatie door medewerkers onder voorzitterschap van het stadsdeel bedacht op welke wijze ze met elkaar willen samenwerken. De medewerkers werden hierbij betrokken.
2. Er wordt per onderwerp gewerkt, bijvoorbeeld borstvoedingsprotocol, maar er komt niet duidelijk naar voren welke opdrachten er concreet gegeven zijn. Er is wel duidelijkheid over ieders verantwoordelijkheden in het tot stand komen van de integratie.
3. De gemeenten zijn duidelijk de voortrekkers van het project. Alle partijen zijn actief betrokken bij de integratie. De pilots laten zien dat door de grote betrokkenheid van de gemeenten er efficiënt geadviseerd wordt richting de gemeente wat betreft de benodigde zorg per stadsdeel. Er wordt door de grote betrokkenheid van de gemeenten ook financieel geïnvesteerd in een sluitend zorgaanbod voor de doelgroep.

²⁰ Stuurman M.E. 'Op weg naar een Ouder en Kind Centrum' JGZ nr.2 april 2002

5 JEUGDGEZONDHEIDSZORG OP DE ZUID-HOLLANDSE EILANDEN

5.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk geef ik een beeld van de huidige situatie van de jeugdgezondheidszorg en welke intenties er zijn om te komen tot een integrale jeugdgezondheidszorg op de Zuid-Hollandse eilanden.

5.2 INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG OP DE ZUID-HOLLANDSE EILANDEN

5.2.1 Inleiding

Ik geef in de volgende paragrafen aan wat er op de Zuid-Hollandse eilanden door de gemeenten gedaan is met betrekking tot de integrale jeugdgezondheidszorg en wat de stand van zaken is bij de ZWG en de GGD met betrekking tot het vormen van een integrale jeugdgezondheidszorg.

5.2.2 De gemeenten

Met de aanpassing van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) per 1 januari 2003 is er voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) veel veranderd. De totale JGZ voor 0-19 jarigen valt onder gemeentelijke regie en de JGZ 0-4 jaar wordt niet langer gefinancierd via de AWBZ, maar via geoormerkte middelen in het gemeentefonds. Voor de gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden heeft dit verstrekken gevolgen. Daarom hebben de 16 gemeenten besloten om het integratieproject gezamenlijk op te pakken en uit te werken²¹. De eerste fase van dit traject is door middel van een conferentie op 30 oktober 2003 afgerond.

Met betrekking tot het vervolgtraject werden indertijd vijf deelprojecten onderscheiden:

1. invoering basistakenpakket (zowel inhoudelijk als financieel);
2. ontwikkeling van een visie m.b.t. de gezondheidsrisico's van 0-19 jarigen;
3. nadere uitwerking samenwerking ZWG – GGD;
4. ontwikkeling kosten verdeel systematiek RSU (Regeling Specifieke Uitkering) -middelen;
5. onderzoek mogelijkheden gezamenlijke regie en gezamenlijk beheer van het budget.

5.2.3 De GGD en de ZWG

Op de Zuid-Hollandse eilanden wordt op dit moment de jeugdgezondheidszorg 0 – 19jaar uitgevoerd door twee organisaties, namelijk de thuiszorg ZWG de 0 – 4 jaar en de GGD ZHE de zorg voor 4 – 19 jaar. Deze organisaties hebben als werkgebied 16 gemeenten. Naar aanleiding van de ontwikkelingen hierboven beschreven is er een samenwerkingsverklaring²² getekend door zowel de ZWG als de GGD waarin zij de intentie uitspreken om:

- Een herkenbare, toegankelijke en laagdrempelige zorg voor de doelgroep 0 – 19 jaar en hun omgeving te realiseren.
- Kwalitatief optimale dienstverlening (sluitende ketenzorg) te verlenen.
- Aan de hand van concrete initiatieven nader te onderzoeken of mogelijke efficiency winst is te behalen.

Beide organisaties hebben een 'Integraal Beleidsplan JGZ 0 – 19' geschreven. Dit is echter nog in concept. In het beleidsplan van de ZWG en de GGD²³ die ik van de manager OKZ heb gekregen staat een gezamenlijke missie benoemd:

“Alle kinderen (0 – 19 jaar) in beeld voor een gezond bestaan en sluitende zorg”.

De visie luidt als volgt:

“ De jeugdgezondheidszorg richt zich op het beschermen, beveiligen en bevorderen van een gezonde lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling en gezondheid van de populatie kinderen van 0 tot 19 jaar. Hiertoe wordt preventieve jeugdgezondheidszorg ontwikkeld en aangeboden aan de 0 tot 19 jarige inwoners van de Zuid-Hollandse eilanden en hun ouders. De rechten van het kind zijn hierbij uitgangspunt zonder daarbij de eigen verantwoordelijkheid van de ouders uit het oog te verliezen”.

²¹ Gemeenten Zuid-Hollandse eilanden 'Reader Slotconferentie JGZ'

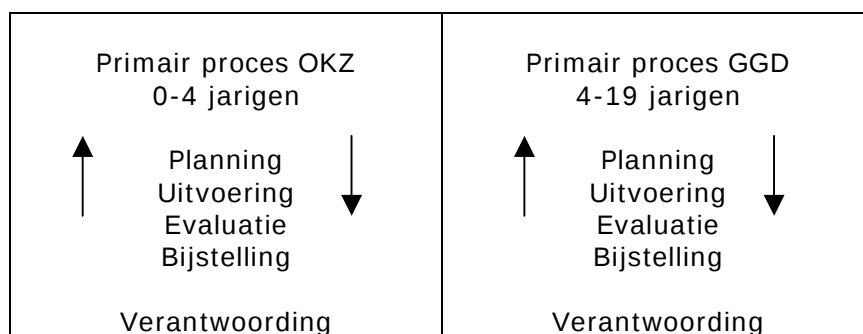
²² ZWG – GGD Zuid-Hollandse Eilanden Samenwerkingsovereenkomst

²³ Leeuwen, Tessa 'Concept Integraal Beleidsplan JGZ 0 – 19 Zorg en Welzijn Groep en GGD 2006-2010'

De uitgangspunten voor samenwerking zijn:

- De ZWG en GGD voeren hun taken ten aanzien van de 0-4 jarigen en de 4-19 jarigen uit volgens het landelijk basistakenpakket.
- De invulling van het maatwerkdeel komen ZWG en GGD in gezamenlijkheid overeen met de gemeenten van de Zuid-Hollandse eilanden. Zij hebben hun zorgaanbod beschreven aan de hand van het basistakenpakket. Het uniform deel van het pakket wordt conform de landelijke normen aangeboden.
- De ZWG en de GGD streven naar een herkenbare, toegankelijke en laagdrempelige zorg vanuit één zorgloket voor de doelgroep 0-19 jaar en hun omgeving.
- De ZWG en GGD streven naar kwalitatief optimale dienstverlening (sluitende ketenzorg) waaronder snelle doorverwijzing na signalering van ernstige problematiek.
- De integrale JGZ uitgevoerd door de ZWG en GGD is het vangnet voor groepen kinderen en jeugdigen die tussen 'de wal en het schip' dreigen te vallen.
- Geïntegreerde JGZ -teams van medewerkers ZWG OKZ en GGD vormen de basis van effectieve jeugdgezondheidszorg werkend vanuit een integraal JGZ -dossier.
- Het JGZ -team wordt de zorgcoördinator in de afstemming naar jeugdzorg en in de organisatie van uitvoerend jeugdbeleid regionaal, eilandelijk en per gemeente.
- De GGD en ZWG gaan aan de hand van concrete initiatieven nader onderzoeken of mogelijke efficiency winst is te behalen door onder andere gemeenschappelijke huisvesting.
- De aanbieders hanteren bij de uitvoering van hun werkzaamheden de zorgketen gedachte en de principes vraaggestuurd, integraal en lokaal werken. De GGD-ZHE richt zich daarbij vooral op de preventieve dienstverlening aan de totale doelgroep en risicogroepen daarin en de ZWG OKZ is vooral gericht op de individuele preventieve zorgvraag.

Beide organisaties blijven verantwoordelijk voor de wijze waarop zij operationeel en inhoudelijk invulling geven aan het basistakenpakket. Ten aanzien van de gemeenten zullen beiden verantwoording afleggen over de uitvoering van het basistakenpakket. Voor de ZWG is dat de zorg geleverd aan 0-4 jarigen en voor de GGD ZHE is dat de zorg geleverd aan 4-19 jarigen. (Zie figuur 1.)



Figuur 1 verantwoording activiteiten plannen

In het kader van de integrale JGZ is er een directieoverleg (voorheen stuurgroep) ingesteld. Deze bestaat uit de bestuurder ZWG en manager OKZ wat betreft de ZWG en voor de GGD bestaat deze uit de directeur en het hoofd JGZ. In het directieoverleg vindt besluitvorming plaats over de beleidsvoorbereidende activiteiten, de integratiebevorderende projecten en innovatie op het gebied van de integrale JGZ. Er wordt een managementteam opgericht, dat bestaat uit de manager OKZ van de ZWG en het hoofd JGZ van de GGD. Dit managementteam heeft een adviserende en voorbereidende rol naar het directieoverleg en is verantwoordelijk voor de aansturing van de activiteiten binnen de kaders die hiertoe door het directieoverleg worden gesteld. Binnen het directieoverleg en binnen het managementteam worden de besluiten op basis van gelijkwaardigheid genomen²⁴.

Er lopen een aantal integratie bevorderende projecten, waaronder het elektronische dossier sinds maart 2004, er is sprake van epidemiologie sinds april 2003, sluitende zorg en preventie van kindermishandeling is gestart in september 2004 en er wordt gestreefd naar gemeenschappelijke

²⁴ Bijlage 3 Concept Organogram JGZ 0 – 19 jaar uit Integraal Beleidsplan JGZ 0 – 19 ZWG en GGD ZHE

huisvesting. In de gemeente Hellevoetsluis zijn deze pogingen mislukt, in Brielle wordt gemeenschappelijke huisvesting gerealiseerd²⁵.

Naar aanleiding van een inventarisatie door gemeenten wordt er gewerkt aan regionaal gezondheidsbeleid. De managers van de ZWG OKZ en de managers van de JGZ GGD hebben hierin geadviseerd naar de gemeenten. Een voorbeeld is cariës en tanderosie. Hier wordt programmatische preventie op uitgevoerd door zowel de GGD als de ZWG OKZ en de kinderopvang. Dit wordt door middel van voorlichting en folders en oefen materiaal vorm gegeven. Dit wordt mede gefinancierd door zorgverzekeraar OZ.

Voor de gezamenlijke productbegroting hebben de ZWG en de GGD afgesproken te wachten op de landelijke versie van de productbegroting van Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)-GGD. Voor de komende jaren zullen de beide organisaties in samenspraak met de gemeenten kijken of dit nieuwe landelijk ontwikkelde rekenmodel een bruikbaar model is om tot een gezamenlijk productbegrotingssysteem te komen.

De beleidscyclus wordt gezamenlijk gevolgd en bestaat uit een meerjarenbeleidplan, een werkplan en twee activiteitenplannen. Uitgangspunten voor het meerjaren beleidsplan zijn de vraag, de behoefte en de ontwikkelingen in de doelgroep 0-19 jarigen op de Zuid--Hollandse eilanden en de ontwikkelingen in de openbare gezondheidszorg. Op basis van dit meerjarenbeleidplan wordt het werkplan JGZ geformuleerd.

In het directieoverleg (voorheen stuurgroep integrale JGZ) worden het meerjarenbeleidplan (1 maal per 4 jaar) en het werkplan (jaarlijks) voor de JGZ 0-19 jaar gezamenlijk ontwikkeld en vóór 1 april voorgelegd aan de samenwerkende gemeenten. Na ontvangst van de reacties van de gemeenten stelt een aparte vergadering van het algemeen bestuur van de GGD het meerjarenbeleidplan vast; de ZWG ontvangt voor deze vergadering expliciet een uitnodiging. Na vaststelling van het beleidsplan stelt het directieoverleg voor 1 november het werkplan voor het komend jaar vast.

De samenwerkende gemeenten voeren de regie over de integrale JGZ 0-19 jaar. De ZWG en GGD adviseren de gemeenten daarover. In de communicatie naar gemeenten treden de GGD en de ZWG gezamenlijk op.

De ZWG en GGD zijn verantwoordelijk voor de activiteitenplannen (de uitvoering van het primair proces) van de eigen organisatie. Vanuit de eigen begroting van resp. de ZWG en de GGD worden de gezamenlijke activiteitenplannen gerealiseerd en vervolgens verantwoord in een jaarrekening naar de gemeenten. (figuur 2)

(Meerjaren-) Beleidsplan Integrale JGZ (eindverantwoordelijkheid gemeenten)	
Werkplan Integrale JGZ (eerstverantwoordelijke GGD, namens directieoverleg)	
Activiteitenplan 0-4 jarigen (OKZ) verantwoordelijkheid ZWG	Activiteitenplan 4-19 jarigen (GGD) verantwoordelijkheid GGD

Figuur 2 verantwoordelijkheden JGZ 0-19 jaar.

In het concept Integraal beleidsplan/ werkplan van de GGD²⁶ komen dezelfde zaken aan de orde wat betreft de organisatorische kant van de JGZ 0-19 jaar. Zij hebben dit beleidsplan aangevuld met bijlagen over het maatwerk van beide organisaties. Zij gaan niet in op de samenwerkingsafspraken en de visie en missie die hieraan ten grondslag ligt. Uit het interview met de manager ouder en kindzorg van de ZWG²⁷ blijkt dat het beleidsplan van de GGD een beleidsjaarplan is.

²⁵ Bijlage 7 vraag 5 uitwerking interview manager OKZ ZWG

²⁶ Visch, Henk 'Concept Integraal Beleidsplan / Jaarplan JGZ 0 – 19 GGD 2006'

²⁷ Bijlage 6 vraag 3 uitwerking interview manager OKZ ZWG

Wanneer ik de indeling van de te leren 'lessen' vanuit de praktijk van het 'Delflandse model' hanteer kom ik tot het volgende resultaat:

1. De samenwerking wordt voornamelijk op management gestalte gegeven waarbij er projectmatig wordt samengewerkt. In de organisatiestructuur integratie JGZ 0-19 jaar²⁸ staan projectteams ter bevordering integratiebevordering benoemd. Er staat echter niet benoemd welke disciplines hierin deelnemen. Uit het interview met de manager OKZ²⁹ blijkt dat er bij de integratie bevorderende projecten medewerkers uit beide organisaties betrokken zijn geweest.
2. Er wordt in de beleidsplannen wel gesproken over integratieprojecten maar niet hoe hier daadwerkelijk vorm aan gegeven wordt.
3. De gemeenten nemen niet direct deel aan de integratie. De gemeenten hebben een visie ten aanzien van de gezondheidsrisico's van de jeugd ontwikkeld, niet ten aanzien van integrale jeugdgezondheidszorg. Er wordt door het directieoverleg advies aan gemeenten gegeven en beide organisaties blijven verantwoordelijk voor de eigen uitgevoerde activiteiten ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg. Uit een interview met hoofd JGZ³⁰ van de GGD ZHE blijkt dat er verschillende belangen spelen ten opzichte van de integratie en dat de voorkeur van de gemeente uitgaat (in 2005) naar jeugdgezondheidszorg vanuit één organisatie. De gemeente Hellevoetsluis geeft nu aan (2006) dat zij de expertise wilt houden waar hij is. Beide organisaties moeten doen waar ze goed in zijn³¹.

²⁸ Bijlage 3 Concept Organogram Integrale JGZ

²⁹ Bijlage 6 uitwerking interview manager OKZ ZWG

³⁰ Ponse Hella interview met hoofd JGZ GGD ZHE uit: 'Instellingsverslag Hella Ponse'

³¹ Bijlage 5 uitwerking interview Gemeente ambtenaar JGZ Hellevoetsluis

6 ROL VAN DE JEUGD VERPLEEGKUNDIGE BIJ INTEGRALE JGZ

6.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk ga ik in op de rollen en competenties die nodig zijn om als jeugd verpleegkundige een rol te spelen bij het tot stand komen van een integrale jeugdgezondheidszorg. Zowel in het overheidsbeleid als in de voorbeelden uit de praktijk kom ik de volgende taken van de jeugdverpleegkundige tegen bij het vormgeven van integrale jeugdgezondheidszorg:

- De verpleegkundige als zorgcoördinator in de jeugdgezondheidszorg
- De verpleegkundige als ervaringsdeskundige op de werkvloer
- De verpleegkundige als gesprekspartner bij het maken van beleid

Ik ga deze taken vertalen naar rollen en competenties.

6.2 COMPETENTIES JEUGD VERPLEEGKUNDIGE BIJ INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Competentieprofielen³² geven een beeld van datgene wat verwacht mag worden van een beroepsbeoefenaar om haar rollen en werkzaamheden te kunnen uitvoeren. De jeugdverpleegkundige kan een dergelijk profiel individueel en binnen een groep gebruiken. Zij³³ kan zich spiegelen aan dit beeld, gericht feedback vragen aan collega's en cliënten, een persoonlijk ontwikkelplan maken, gebaseerd op haar functioneren, intercollegiale toetsing gebruiken voor kwaliteitsverbetering en haar functioneringsgesprek hierop baseren. Het profiel is opgebouwd uit competenties. Competenties zijn de vermogens van mensen om een taak onder verschillende omstandigheden in de reële werkelijkheid uit te voeren en tot de gewenste resultaten te komen. (Benner 1982) Het gaat bij competenties om het geïntegreerde geheel van kennis, houding, vaardigheden, ervaring, motivatie, zelfbeeld en normen en waarden. Een zorgverlener gebruikt al die elementen om haar beroep zo goed mogelijk te kunnen invullen in allerlei verschillende situaties. Zij gebruikt van dit geheel aan vermogens dat wat nodig is in een specifieke situatie en zij kan eveneens haar vermogens aanpassen aan de situatie waarin zij werkt.

Om de taken beschreven in de inleiding uit te voeren moet de jeugdverpleegkundige:

- haar rol van zorgverlener gebruiken, want zij is degene die het contact onderhoudt met het kind/ jongere en zijn/ haar omgeving,
- haar rol als regisseur, zij coördineert de zorg,
- haar rol als beroepsbeoefenaar, zij is immers deskundig,
- haar rol als ontwerper, bij het maken van beleid, en
- haar rol als coach bij het ondersteunen van (nieuwe) collega's.

Alle rollen en competenties die een jeugdverpleegkundige nodig heeft om haar beroep uit te oefenen staan uitgebreid beschreven in het competentieprofiel voor verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Ik ga nu in op de specifieke competenties die de jeugdverpleegkundige nodig heeft om een aandeel te leveren aan integrale jeugdgezondheidszorg.

6.2.1 Zorgverlener competentie 2

Om de gezondheid en het gezond opgroeien van jeugdigen te beschermen en te bevorderen analyseert de jeugdverpleegkundige systematisch bedreigende factoren, het risico voor individu en groep en maakt de jeugdverpleegkundige een plan voor adequate preventieve interventies, zodat er een zo optimaal mogelijke balans ontstaat tussen de invloed van risicofactoren en beschermende factoren op het gezond opgroeien van jeugdigen.

(basistakenpakket BTP: in schatten zorgbehoefte, productgroep 2)

Bij het inschatten van de zorgbehoefte wordt de balans tussen draagkracht en draaglast onderzocht en wordt vastgesteld in welke mate ouders en jeugdige door bedreigende factoren worden belast en of de ouders de verzorging en opvoeding aankunnen. Daarnaast wordt ingeschat in welke mate er behoefte is aan voorlichting, ondersteuning en zorg. Het doel van het verpleegkundig handelen is de

³² Mast, J. ,Pool A. 'In ontwikkeling' Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundigen in de JGZ 0 – 19 jaar

³³ De jeugdverpleegkundige wordt als zij benoemd, dit kan ook als hij gelezen worden

jeugdige en/ of ouders/ verzorgers te ondersteunen in het vinden van een balans tussen risicofactoren en beschermende factoren voor de ontwikkeling en gezondheid van de jeugdige. Om dit op cliëntgerichte wijze te doen is het noodzakelijk dat de jeugdverpleegkundige een relatie aangaat en onderhoudt met de jeugdige en zijn/ haar ouders/ verzorgers. In de preventieve zorgverlening is die professionele relatie van groot belang als middel om het doel te realiseren.

6.2.2 Regisseur competentie 6

Om de preventieve zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op de gezondheid en het welzijn van jeugdigen initieert en coördineert de jeugdverpleegkundige de zorg. Waar nodig verwijst de jeugdverpleegkundige naar derden.
(relatie BTP: Zorgsysteem, netwerken, overleg, samenwerking, productgroep 6)

De regiefunctie van de jeugdverpleegkundige bestaat uit het bewaken van de continuïteit van de zorgverlening. Deze rol maakt zij concreet door in overleg te treden met andere zorgverleners en behandelaars en zaken te regelen die ouders niet zelf kunnen. Hiermee wordt voorkomen dat de adequate zorg niet tijdig uitgevoerd wordt, verschillende activiteiten herhaald worden aangeboden of dat ouders hun verhaal telkens moeten herhalen. Bij kinderen met een extra risico of kinderen met gezondheidsproblemen kan de jeugdverpleegkundige de regie voeren over de zorgverlening.

6.2.3 Beroepsbeoefenaar competentie 13

Om het beroep van jeugdverpleegkundige te ontwikkelen tot een professie die aansluit bij de maatschappelijke ontwikkelingen van de eenentwintigste eeuw, vervult de jeugdverpleegkundige een actieve rol in de vernieuwing van het beroep, het bevorderen van het beroepsbewustzijn en is zij in staat een modelrol hieromtrent aan te nemen.
(Relatie met het BTP: Samenwerking, zorgsysteem, productgroep 6)

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de JGZ. De jeugdverpleegkundige oefent haar beroep uit vanuit een organisatie die door de gemeente is aangewezen om dit werk te verzorgen. Kenmerkend voor het werken in de collectieve preventie is dat de jeugdverpleegkundige actief contact zoekt met ambtenaren en vertegenwoordigers van diverse partijen op het niveau van wijk, buurt, gemeente, regio, provincie of landelijk niveau. De jeugdverpleegkundige onderhandelt vanuit haar professionaliteit en onderneemt verschillende activiteiten om haar doelen te bereiken. Maar ongeacht wie haar werkgever is, oefent de jeugdverpleegkundige haar vak uit vanuit haar professionele referentiekader, dat wordt gevormd door opleiding en deskundigheidsbevordering, deelname aan beroepsorganisaties en inschrijving in het register. Dit geeft haar speciale verplichtingen en verantwoordelijkheden. Het veronderstelt het gebruik maken van haar capaciteiten en het zoeken naar mogelijkheden om actief mee te werken aan de professionalisering van het beroep. Zij identificeert zich met de waarden van het beroep, verweeft haar professionaliteit in de dagelijkse zorgverlening. Dat houdt in dat zij vanuit haar beroepsperspectief standpunten kan innemen aangaande ethische, economische en cultureel maatschappelijke vraagstukken. Gezien de combinatie van kwaliteiten die zijn verbonden aan een hogere beroepsopleiding en aan het beroep, mag van de jeugdverpleegkundige worden verwacht dat zij een actieve rol vervult bij de beroepsontwikkeling en bij de ontwikkeling van het beroepsbewustzijn bij vakgenoten. Het is juist in het domein van de beroepsinnovatie dat de jeugdverpleegkundige haar bijdrage kan leveren. De jeugdverpleegkundige kan hierin een modelrol vervullen.

6.2.4 Rol ontwerper competentie 10

Om de kwaliteit van de zorg en preventie te bewaken en te waarborgen participeert de jeugdverpleegkundige in het ontwerpen van kwaliteitszorg op wijk/ school niveau, regionaal en landelijk niveau.
(relatie met het BTP: Zorgsysteem, productgroep 6)

Om de kwaliteit en doelmatigheid van de preventieve zorgverlening te bevorderen levert de jeugdverpleegkundige een bijdrage aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van protocollen, procedures en kwaliteitscriteria.

6.2.5 Rol coach competentie 12

Om stagiaires en collega verpleegkundigen te begeleiden en te steunen bij de uitoefening van hun beroep, hun groei en ontwikkeling hierin is de jeugdverpleegkundige in staat als rolmodel te fungeren en de collega's met raad en daad ter zijde te staan.

(relatie met het BTP: Samenwerking, zorgsysteem, productgroep 6)

Jeugdverpleegkundigen werken meestal in een multidisciplinair team. Daarnaast werken zij samen met tijdelijke medewerkers, lager opgeleide beroepsbeoefenaren, stagiaires van opleidingen van verschillende niveaus, en nieuwe collega verpleegkundigen. De jeugdverpleegkundige is in staat om op een coachende manier (nieuwe) collega's, beginnende beroepsbeoefenaren in te werken en te steunen daar waar dat nodig is. Het gaat hierbij om het hanteren van processen die horen bij het ingroeien in de zorg en het omgaan met werkproblemen in de uitvoering van de zorg.

7 NABESCHOUWING

7.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal ik eerst de visie omschrijven waarop mijn handelen in de jeugdgezondheidszorg is gebaseerd. Daarna zal ik ordenen wat ik in de literatuur gelezen heb over integrale jeugdgezondheidszorg, en mijn mening hierover vormen.

7.2 VISIE TEN AANZIEN VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

7.2.1 Inleiding

Ik werk vanuit de visie beschreven door Betty Neuman omdat zij in haar visie de mens, de omgeving, gezondheid en verplegen een centrale plaats geeft. Ik kan mij goed vinden in haar holistische mensvisie en het belang van de coping strategieën bij het herstellen van een verstoord evenwicht. Ik vind dit heel herkenbaar in mijn werk met gezinnen. Het ene gezin herstelt een verstoord evenwicht met behulp van de eigen omgeving, terwijl het andere gezin hier de hulp van de jeugdverpleegkundige voor nodig heeft.

7.2.2 Theorie van Betty Neuman

De theorie van Betty Neuman³⁴ geeft een beschrijving van de vier verpleegkundige concepten: mens, omgeving, gezondheid en verplegen. Neuman ziet een mens/ mensen als een cliëntsysteem dat in voortdurende interactie is met andere systemen. De omgeving bestaat uit actoren en stressoren die het systeem beïnvloeden en dreigen het uit evenwicht te brengen. Het systeem heeft verdedigingsmechanismen die het beschermen en ervoor zorgen dat het evenwicht behouden blijft of hersteld wordt. Systemen zoeken altijd weer naar een nieuw evenwicht.

Gezondheid en welbevinden stelt Neuman gelijk aan evenwicht. Het verplegen stelt zij gelijk aan het steunen van mensen in veranderende levensomstandigheden om niet uit balans te raken of een nieuw evenwicht te vinden. Neuman gebruikt drie bestaande theorieën in haar theorie:

systeemtheorie van Von Bertalanffy

stresscopingtheorie van Seyle (1950) en Lazarus en Folkman (1984)

preventietheorie van Caplan.

- Uit de systeemtheorie van Von Bertalanffy gebruikt Neuman het systeemdenken. Neuman spreekt van het cliëntsysteem; een systeem dat de mens als individu omvat, of als gezin, of als een groep mensen of als een sociale leefgemeenschap. Het cliëntsysteem is open en voortdurend in interactie met de omgeving. Materie, energie en informatie passeren voortdurend de grens van het systeem (input) en worden door het systeem bewerkt (throughput) om vervolgens met de omgeving te worden uitgewisseld (output). Wanneer er voldoende energie is, beweegt het systeem zich in de richting van behoud of herstel van gezondheid en is er te weinig energie, dan neemt de gezondheid af.
- Bij de stresscopingtheorie van Seyle(1950) en Lazarus en Folkman (1984) gaat het om de wijze waarop interactie tussen het cliëntsysteem en de omgeving plaatsvindt. Over stress en coping zijn verschillende theorieën ontwikkeld. Neuman gebruikt Lazarus en Folkman omdat zij een belangrijke plaats toekennen aan de eigen perceptie en ervaring van de betrokkenen. De manier waarop iemand met zijn omgeving omgaat, bepaalt of gebeurtenissen worden ervaren als stress of niet. Coping wordt bepaald door de manier waarop iemand de eigen mogelijkheden inschat en vervolgens zijn probleemoplossend vermogen wel of niet gebruikt. Het gaat om het omgaan met stress, niet om het beheersen ervan. Dat proces van inschatten van stress en coping noemt Neuman taxatie. Dit betreft het inschatten of iets als bedreigend dan wel als overschrijding van de eigen mogelijkheden wordt ervaren en het welzijn in gevaar brengt, alsmede de mogelijkheden om daarmee om te gaan. Taxatie gebeurt vrij snel, soms zelfs in een reflex.
- De preventietheorie van Caplan zegt dat mensen voortdurend moeten kunnen beschikken over reserves, gerelateerd aan hun levens ontwikkelingsfase. Deze reserves hebben betrekking op het lichamelijk, psychosociaal en sociaal - cultureel functioneren.

³⁴ Vries de Jaqueline 'Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model' uit: JGZ tijdschrift febr 2006

Neuman stelt gezondheid gelijk aan welbevinden en definieert dit als optimale stabiliteit van het cliëntsysteem. Stabiliteit ontstaat als alle variabelen in balans zijn. Verpleegkundige interventies zijn gericht op het in stand houden, bevorderen of herstellen van de systeemstabiliteit. Dit wordt bereikt door een juiste inschatting van de potentiële of aanwezige effecten van stressoren en het begeleiden van het cliëntsysteem bij het afstemmingsproces op de omgeving, zodat een optimaal welbevinden wordt bereikt. Hiermee wordt bedoeld de best haalbare gezondheid op een bepaald moment, binnen de mogelijkheden van het cliëntsysteem.

De verpleegkundige interventies om dat doel te bereiken worden geclassificeerd in drie categorieën: primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Primaire preventie

- Bij primaire preventie is er nog geen sprake van stressoren of dreigende stressoren die reacties van het systeem veroorzaken. De interventies zijn erop gericht dat er geen energie verloren gaat waardoor de stabiliteit wordt aangetast. De verdedigingslinie wordt versterkt om stress te voorkomen en risicofactoren te verminderen. De interventies zijn gericht op alledaagse stressoren zoals voeding, slapen, kleding, zich veilig voelen, eigen normen en waarden kunnen naleven, enzovoort.

Secundaire preventie

- Secundaire preventie heeft als doel het weerstandssysteem te ondersteunen nadat de balans verstoord is. De interventies zijn gericht op beschermen van de basisstructuur, mobiliseren van hulpbronnen, ondersteunen, motiveren en informeren, coördineren van zorg en zorgen voor een blijvend effect. Hierbij wordt gekeken naar wat de cliënt zelf al gedaan heeft en wat kan hij doen om het probleem te verhelpen. Is het probleem ontstaan door tekort aan kennis of motivatie is ook belangrijk om te weten.

Tertiaire preventie

- Tertiaire preventie is gericht op het ondersteunen en versterken van het herstelde evenwicht, het versterken van zelfvertrouwen.

Neuman besteedt ook aandacht aan het begrip 'de gecreëerde werkelijkheid'. Elk mens zit in zijn eigen gecreëerde omgeving. De één ziet zichzelf als intelligent en succesvol, de ander ziet zichzelf als een loser in deze maatschappij. Zo nu en dan moet een mens zijn zelfbeeld bijstellen. Een flitsende jonge meid is na de geboorte van een kind moeder geworden. Na het verlies van een partner kost het mensen moeite om zichzelf niet langer als een deel van een liefhebbend echtpaar te zien, maar als alleenstaande. Iemand die zijn werkelijkheid moet bijstellen is uit balans. In positieve zin geeft dat vreugde, maar in negatieve zin leidt dat tot veel verdriet, woede, angst en twijfels.

7.2.3 Neuman Systems Model

Hoe al deze factoren op elkaar van invloed zijn heeft Neuman weergegeven in een model, het Neuman Systems Model.³⁵ Het Neuman Systems model heeft naar mijn mening een toegevoegde waarde voor de integrale jeugdgezondheidszorg omdat het de doelstellingen van de collectieve preventie, beschreven in de Wcpv goed omvat. Met name brengt dit model goed in kaart in welke mate het gezin uit balans is, en of primaire preventie, secundaire preventie of tertiaire preventie geïndiceerd is. Met dit model kun je al vroeg signaleren en door de inzet van primaire preventie de zelfredzaamheid van het gezin versterken.

7.3 VAN JEUGDGEZONDHEIDSZORG NAAR INTEGRALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

De Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar is ontstaan uit particulier initiatief van een aantal artsen naar aanleiding van de hoge zuigelingen sterfte. Pas later (begin 1900) met de invoering van de leerplicht ontstond de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar op initiatief van de overheid. Dit alles ontstond door de slechte hygiënische omstandigheden van de bevolking. Op dit moment is de scheiding tussen de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar en 4-19 jaar ontstaan.

Vanaf de jaren tachtig is er een verschuiving ontstaan van gezondheidszorg naar gezondheidsbeleid waar niet ziekte maar gezondheid als uitgangspunt diende. Dit werd vastgelegd in nota 2000. De hygiënische omstandigheden zijn verbeterd en men is er achter gekomen dat er nog veel meer

³⁵ Bijlage 1 Het Neuman Systems Model

factoren een rol spelen bij de ontwikkeling van kinderen. Denk aan sociale omgeving, de fysieke omgeving enzovoort.

Wanneer ik bedenken dat de scheiding van de jeugdgezondheidszorg al vanaf 1900 bestaat, waarbij de aansturing ook verschillend is, realiseer ik me dat het realiseren van één jeugdgezondheidszorg niet gemakkelijk zal zijn.

Door de overheden is een beleid ontwikkeld om te komen tot meer structuur in het zorgaanbod aan de doelgroep 0-19 jaar. Een eerste aanzet wordt gegeven in het "Bans akkoord". Later wordt er een aanzet gegeven tot integrale jeugdgezondheidszorg door de toenmalige minister van VWS

Vliegenthart door de regie van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar bij de gemeenten neer te leggen.

Dit staat beschreven in 'de beleidsnotitie positionering van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar'.

De kaders die zij beschrijft zijn breed toepasbaar, waardoor het niet duidelijk is wat de minister nu verwacht van een Integrale JGZ. Naar mijn mening heeft zij zich niet voldoende gerealiseerd dat gemeenten nog nooit te maken hebben gehad met de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, waardoor zij de kennis missen om deze adequaat aan te sturen. Andersom hebben de thuiszorg instellingen ook nog nooit hoeven samenwerken met gemeenten. De marktwerking die ontstaan is door het maatwerk deel in het basistakenpakket hierbij is ook nieuw voor de thuiszorg. De GGD valt al sinds 1900 onder de regie van gemeenten. De minister beoogt meer samenwerking maar geeft hier geen kaders aan waardoor iedere organisatie dit op eigen wijze kan invullen. Dit leidt naar mijn mening niet tot een Integrale JGZ omdat iedere organisatie en gemeente een eigen visie heeft op deze samenwerking. Ik heb gelezen dat de gemeente Hellevoetsluis een visie heeft ten aanzien van risico jongeren, maar een visie ten aanzien van een integrale jeugdgezondheidszorg komt in de slotconferentie integrale JGZ niet naar voren. Bij navraag bij de gemeenteambtenaar beogen ze een samenwerking tussen de ZWG en de GGD maar dit hoeft niet tot één aanbieder te leiden. Er zijn zover ik kon achterhalen drie onderzoeken gedaan naar het functioneren van de Integrale JGZ in Nederland. "Landelijke scan" 'samenwerking integrale JGZ' aan Thuiszorg Stad Utrecht door onderzoeksbureau 'Giotto' in 2003, 'Verschuivende beelden' Rapportage integrale Jeugdgezondheidszorg en Rapportage uitvoering basistaken pakket jeugdgezondheidszorg 2004 door GGD Nederland en de Staat van de Gezondheidszorg heeft in 2005 een deelrapport uitgebracht : Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004. Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!?

De conclusie die 'Giotto' en GGD Nederland trekken komt overeen met elkaar. De motivatie in het werkveld is nu (nog) groot maar kan snel afnemen wanneer er niet meer geld en sturing komt vanuit de overheid. Er moeten duidelijke doelen gesteld worden ten aanzien van de samenwerking, er moet eerst op inhoud samengewerkt worden en de organisatievorm later aanpassen aan de samenwerking. Ik vraag me af in hoeverre deze conclusies objectief zijn wanneer ik bedenken dat 'Giotto' ook begeleiding biedt aan organisaties die een integratie beogen. Zij hebben economische belangen. GGD Nederland is een overkoepelende organisatie die naar mijn mening de belangen van zijn leden behartigt. Uit de voorbeelden van integrale jeugdgezondheidszorg blijkt dat zowel bij het Delflands model als in Nijmegen Giotto Management Consultants bureau heeft ondersteund in dit proces. Dit lijkt een hulpmiddel te zijn voor het slagen van integrale jeugdgezondheidszorg.

Het rapport van de Staat van de Gezondheidszorg geeft aan dat de integratie meer schijn dan werkelijkheid is. Door het ontbreken van een landelijke visie op Integrale jeugdgezondheidszorg wordt dit overal naar eigen inzicht vorm gegeven. De JGZ is nog steeds versnipperd. De samenwerking tussen gemeenten en JGZ organisaties is nog niet tot stand gekomen. De jeugdgezondheidszorg wordt nog te weinig betrokken bij de ontwikkeling van het jeugdbeleid van de gemeenten. Bij de gemeente Hellevoetsluis wordt voor het vormgeven van het jeugdbeleid samengewerkt met jeugdzorg. Het rapport geeft aan dat veel organisaties nog niet voldoen aan de eisen met betrekking tot het basistakenpakket, en er wordt nog weinig Evidence Based gewerkt. De gemeenten moeten hun regierol beter gaan vervullen en financiële middelen vrijmaken om nieuwe producten te ontwikkelen naar aanleiding van gezondheidsbedreigingen bij de jeugd.

Naar mijn mening is dit een realistischer beeld omdat hier benoemd staat wat er mis gaat en ook aangeeft welk aandeel iedere partij hierin heeft.

Ik herken in dit rapport ook de knelpunten die optreden bij de integrale JGZ op de Zuid-Hollandse eilanden. De samenwerking die beoogt wordt komt heel voorzichtig tot stand omdat de gemeenten de JGZ 0-19 jaar niet bij één organisatie wilt onderbrengen. De GGD heeft als kleine organisatie alle inkomsten die zij kunnen genereren hard nodig. De ZWG heeft eigen belangen zij willen een organisatie zijn die zorg levert van de wieg tot het graf. Ieder gaat voor zijn eigen belang.

Ik zie dat in de voorbeelden waar de integrale jeugdgezondheidszorg met succes ingevoerd zijn dat met name de sterke regierol van de gemeenten een cruciale rol speelt en dat organisaties de hulp

inroepen van een onafhankelijk bureau dat ervaring heeft in het begeleiden van organisatieveranderingen. Ik heb ook ontdekt dat er een aantal integratiebevorderende projecten zijn geweest binnen de ZWG en de GGD waarbij de professionals van beide organisaties betrokken zijn geweest. Bij navraag onder collega's bleek dat deze samenwerking niet concreet is doorgedrongen tot de werkvloer. Naar mijn mening laten de professionals hier een belangrijke kans voor een verbeterde samenwerking liggen.

7.4 ALGEMENE CONCLUSIE

Wanneer ik alle informatie naast elkaar heb gelegd kom ik tot de volgende conclusie: Ondanks dat er door veel organisaties en gemeenten hard wordt gewerkt aan het vormen van een integrale jeugdgezondheidszorg, is het meer "schijn dan werkelijkheid".

Dit geldt ook voor de Zuid-Hollandse eilanden.

De belangrijkste factoren die hierin een rol spelen zijn naar mijn mening:

- Er ontbreekt een landelijke visie, ten aanzien van integrale jeugdgezondheidszorg.
- Er ontbreekt een gezamenlijke visie van de gemeenten, de ZWG en de GGD ten aanzien van integrale jeugdgezondheidszorg.
- De gemeenten hebben te weinig kennis met betrekking tot jeugdgezondheidszorg om de regierol goed vorm te kunnen geven.
- Er zijn geen waarborgen voor de financiële gevolgen die de invoering van integrale jeugdgezondheidszorg met zich meebrengt.
- Er zijn te veel verschillende belangen, met name financiële, waardoor de samenwerking meer "schijn dan werkelijkheid" is. Uit de praktijk blijkt dat het belangrijk is om tot een gezamenlijke organisatie cultuur en structuur te komen.
- Door alle bovenstaande factoren wordt het een management vraagstuk dat niet tot de inhoudelijke zorg, uitgevoerd door professionals, doordringt.

7.5 TERUGKOPPELING NAAR PROBLEEMSTELLING

Wanneer ik al deze informatie terugkoppel naar mijn probleemstelling in hoofdstuk 2.2 kom ik tot de conclusie dat een structurele samenwerking van de jeugdverpleegkundigen van de ZWG en de GGD kan leiden tot een verbetering van de integrale jeugdgezondheidszorg, wanneer alle faciliteiten geboden worden die deze samenwerking mogelijk maakt. Ik denk dan aan het overheidsbeleid dat duidelijke kaders aan moet geven naar de gemeenten. Ook denk ik aan de verschillende economische belangen van de samenwerkende partijen. Als laatste denk ik ook aan de professionalisering van de jeugdverpleegkundige.

In eerste instantie zal de samenwerking plaatsvinden in werkgroepen die inhoudelijk meedenken over de vorm en inhoud van deze samenwerking. Door de ervaring en deskundigheid van de jeugdverpleegkundige kan zij hier een grote rol in hebben blijkt uit de praktijk.

In tweede instantie, wanneer deze fase voorbij is, zie ik een structurele samenwerking in de terugkoppeling van informatie over gezinnen waarbij kinderen van 0 – 4 jaar en kinderen/ jeugdigen van 4 – 19 jaar betrokken zijn.

Op dit moment is er een wankel evenwicht wat naar mijn mening eerst verstevigd dient te worden. Ik zet dit in het licht van de theorie van Neuman, beschreven in 7.2.2. De jeugdgezondheidszorg vormt het systeem. De overheid stelt andere eisen aan het systeem, het moet een integrale jeugdgezondheidszorg gaan vormen. Dit stelt andere eisen aan het systeem en aan de betrokken partijen die allemaal invloed uitoefenen op het systeem. Deze betrokken partijen hebben verschillende belangen waardoor het systeem wankelt. Naar mijn mening is de integrale JGZ op de Zuid-Hollandse eilanden op dit punt belandt. Het systeem zoekt naar een nieuw evenwicht en heeft daar hulp bij nodig, bijvoorbeeld van wettelijke kaders. Wanneer het systeem weer een stabiel evenwicht heeft bereikt kan het zich verder ontwikkelen. Daar zie ik een grote rol voor de jeugdverpleegkundigen van de ZWG en de GGD om hun samenwerking structureel vorm te geven.

8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk trek ik conclusies met betrekking tot integrale jeugdgezondheidszorg op de Zuid-Hollandse eilanden en doe aanbevelingen ter verbetering.

Het vormen van een integrale JGZ vindt niet alleen plaats op het gebied van de organisatie en bij de professionals op de werkvloer, maar heeft ook een politiek karakter. De overheid biedt de beleidskaders waaruit de organisaties en de gemeenten moeten werken. Ik heb de keuze gemaakt om te beginnen bij de overheid, daarna de gemeenten en de organisaties en dan de professionals.

8.1.1 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de overheid

Conclusies

1. Er ontbreekt in de wetgeving een duidelijke visie ten aanzien van integrale jeugdgezondheidszorg.
2. De gemeenten hebben onvoldoende kennis om de regierol ten aanzien van de JGZ 0-4 jaar actief vorm te geven en vervullen als gevolg hiervan geen sterke regierol.

Aanbevelingen

1. Er moet een landelijke visie komen wat er verstaan wordt onder integrale jeugdgezondheidszorg, waarbij een aantal kaders aangegeven worden waarbinnen de integrale jeugdgezondheidszorg vorm moet krijgen.
2. Er moet ondersteuning komen voor de gemeenten bij het vervullen van de regierol ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, zodat zij die regierol kunnen versterken.

8.1.2 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de gemeenten

Conclusies

1. De gemeente streeft naar een integrale jeugdgezondheidszorg omdat dit in de wet wordt opgedragen.
2. De gemeente heeft geen sterke regierol bij de vorming van integrale jeugdgezondheidszorg omdat zij de verschillende belangen van de betrokken partijen laten bestaan.

Aanbevelingen

1. De gemeente moet zich meer inhoudelijk verdiepen in de jeugdgezondheidszorg, zodat zij de meerwaarde zien van een integrale jeugdgezondheidszorg.
2. De gemeente moet een sterkere regierol gaan vervullen naar de GGD ZHE en de ZWG om te komen tot :
 - Een gezamenlijke visie ten aanzien van integrale jeugdgezondheidszorg.
 - Gemeenschappelijke belangen.
 - Een goed financieel plan.

8.1.3 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de GGD ZHE en ZWG

Conclusies

1. Er staat veel op papier over het streven naar gezamenlijkheid van de GGD ZHE en de ZWG, maar dit blijft heel algemeen, is niet specifiek gericht op een integrale jeugdgezondheidszorg.
2. De GGD ZHE en de ZWG hebben tegenstrijdige belangen, met name financiële.
3. Het streven naar een integrale jeugdgezondheidszorg is opgelegd en geen overtuiging.
4. De GGD ZHE en de ZWG ondervinden weinig steun van gemeenten.

Aanbevelingen

1. De GGD ZHE, ZWG en de gemeenten moeten komen tot een gezamenlijke visie over integrale jeugdgezondheidszorg en daar gezamenlijk beleid op maken.
2. De belangen van alle partijen parkeren en eerst beleid maken op de inhoud van integrale JGZ, om zo gezamenlijkheid te creëren.
3. Vanuit de inhoud gaan samenwerken, door gaan met inhoudelijke projecten zoals 'sluitende zorg'. Door inhoudelijke samenwerking de kwaliteiten van elkaar leren kennen en erkennen, waardoor integrale jeugdgezondheidszorg een overtuiging wordt. In deze fase is het

belangrijk dat de organisaties de faciliteiten scheppen, dat de professionals van de GGD ZHE en de ZWG elkaar leren kennen en elkaar vertellen waar ze mee bezig zijn, gebruik maken van hun deskundigheid.

4. De GGD en de ZWG moeten de gemeenten aanspreken op hun verantwoordelijkheid de regierol sterker te vervullen.

8.1.4 Conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de professionals

Conclusies

1. Professionals zijn weinig betrokken bij het proces integrale jeugdgezondheidszorg.
2. Professionals profileren zich te weinig binnen de organisatie met als gevolg dat er weinig gebruik gemaakt wordt van de ervaring en deskundigheid van de professionals.

Aanbevelingen

1. Professionals moeten elkaar aanspreken op hun verantwoordelijkheden met betrekking tot vernieuwingsprocessen.
2. Professionals moeten zich meer profileren binnen hun organisatie duidelijk aangeven wat hun deskundigheid is en wat hun aandeel kan zijn.

9 NAWOORD

In mijn voorwoord sprak ik de hoop uit om meer inzicht te krijgen in de vorming van integrale jeugdgezondheidszorg op de Zuid-Hollandse eilanden. Door me goed te oriënteren op de achtergronden en de ervaringen in andere organisaties is het me gelukt om een beeld te krijgen van integrale jeugdgezondheidszorg en in het bijzonder de integrale jeugdgezondheidszorg op de Zuid-Hollandse eilanden. Ik realiseer me dat er geen pasklaar antwoord voor het komen tot integrale jeugdgezondheidszorg. Het is een proces dat in 1999 in gang is gezet door het toen zittende kabinet en wat langzaam vorm begint te krijgen. De knelpunten beginnen naar voren te komen, wat een nieuwe uitdaging biedt voor de uitvoerende organisaties van jeugdgezondheidszorg en de verantwoordelijke gemeenten. Dit heb ik ook willen laten zien op de voorpagina. Een puzzel is pas één geheel wanneer alle stukjes in elkaar passen en ook daadwerkelijk in elkaar geschoven worden. Er is pas sprake van een integrale jeugdgezondheidszorg wanneer alle zorg voor jeugdigen zich aansluit en invoegt. Dit is een proces dat in gang is gezet en dat langzaam vorm begint te krijgen, maar nog lang niet is afgerond.

Ten aanzien van de informatieverzameling voor mijn scriptie heb ik mijzelf steeds kritisch afgevraagd of de informatie die ik vond van belang was voor mijn probleemstelling. Dit heeft goed gewerkt zodat ik tot de essentie mijn onderwerp kon doordringen en aanbevelingen heb kunnen geven ten aanzien van de structurele samenwerking van de jeugdverpleegkundigen op de Zuid-Hollandse eilanden. Ik heb mij echter niet beperkt tot aanbevelingen voor de structurele samenwerking van jeugdverpleegkundigen, maar heb ook aanbevelingen gedaan naar de overheid, de gemeenten en de organisaties die op de Zuid-Hollandse eilanden de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar uitvoeren, namelijk de GGD ZHE en de ZWG.

Ik sprak de hoop uit dat ik door dit afstudeerwerkstuk een bijdrage kan leveren aan de integrale jeugdgezondheidszorg op de Zuid-Hollandse eilanden. De tijd zal het leren.

10 LITERATUURLIJST

Amstelring, GGD Amstelland – de Meerlanden

'Integrale JGZ Amstelland – de Meerlanden' Plan van aanpak

Interne uitgave GGD Amstelland de Meerlanden

2005

Bos K. 'De integratie van de jeugdgezondheidszorg in Flevoland' blz. 274 uit: 'Alle kinderen in beeld'

Bakker W. e.a.

2001 Assen

Gemeenten Zuid-Hollandse eilanden

'De tweede fase van het traject 'Integratie JGZ 0 – 19 op ZHE' H.1 uit: 'Reader Slotconferentie JGZ'

Interne uitgave Gemeenten Zuid-Hollandse eilanden

Maart 2005

GGD Delfland, Stichting Maatzorg

'Naar integrale jeugdgezondheidszorg' Actieprogramma

Interne uitgave GGD Delfland en Stichting Maatzorg

www.ggdkennisnet.nl zoekoptie 'JGZ Delfland' resultaat 2 'Naar integrale jeugdgezondheidszorg'

2001

Giotto Management Consultants

'Samenwerkingsmodellen' H.2 uit: 'Rapport "Samenwerking Integrale JGZ"

www.minvws.nl zoekoptie Giotto

2003

Giotto Management Consultants

'Slaag – en faalfactoren' H.4 uit: 'Rapport "Samenwerking Integrale JGZ"

www.minvws.nl zoekoptie Giotto

2003

Giotto Management Consultants

'Conclusies' H.5 uit: 'Rapport "Samenwerking Integrale JGZ"

www.minvws.nl zoekoptie 'Giotto'

2003

Groenendijk C.

'Naar Integrale Jeugdgezondheidszorg' blz. 279-284 uit: 'Alle kinderen in beeld'

Bakker W. e.a.

2001 Assen

Heyden van der, Drs. Veronique, Willemsen van der, Drs. Bettina

'Naar een ongedeelde jeugdgezondheidszorg in Nijmegen en omgeving'

Eindrapportage 7 mei 2001

Inspectie voor de Gezondheidszorg

'Het bereik van de jeugdgezondheidszorg 2003-2004 bijlage 5 uit: Deelrapport

'Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004; Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!?'

www.minvws.nl zoekoptie 'functioneren jeugdgezondheidszorg 2004' documenten/ het functioneren van de jeugdgezondheidszorg

2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg

'Bevindingen' H.4 uit: Deelrapport 'Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004; Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!?'

2005

Leeuwen van Tessa

'Concept Integraal Beleidsplan JGZ 0 – 19' Zorg en Welzijn Groep en GGD ZHE
Interne uitgave ZWG en GGD ZHE
2006 – 2010

Leistra Ellen, e.a.

'Beroepsmatig handelen' H. 4 uit: Beroepsprofiel van de verpleegkundige
Eerste druk, derde oplage 2001

Mast J., Pool A.

'In ontwikkeling': Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar
Maart 2005

Meulmeester J.F.

'Jeugdgezondheidszorg in Nederland' H.2 uit: TNO- Gezondheidsonderzoek 'Rapport Jeugdgezondheidszorg Organisatie en Inhoud' 'Een vergelijkend onderzoek in Amsterdam, een grote stad in de randstad en vier landelijke gebieden'
Februari 1994 herdruk

Millenaar – Smits Anoeska

'Zorg op Maat' Maatwerkdeel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg'
scriptie MGZ opleiding Haagse Hogeschool
Den Haag 2000

Ouwelant van den W. 'De rapportage' H. 3 uit: 'Verschuivende beelden, Rapportage integrale JGZ en Rapportage uitvoering BTP JGZ'

www.ggdnederland.nl zoekoptie 'verschuivende beelden'
November 2004

Ponse Hella

Interview met hoofd JGZ GGD ZHE bijlage 2 uit: 'Instellingsverslag Hella Ponse'
Scriptie ten behoeve van de MGZ opleiding Haagse Hogeschool
Juli 2005

Rijk, IPO en VNG Vastgesteld door

'De kern van de visie op jeugdbeleid en de afspraken' H.1 uit: 'Jeugdbeleid in ba(la)ns' afspraken van rijk, provincies en gemeenten over een gezamenlijk jeugdbeleid
December 1999

Sardes LVT

'J.G.Z. en de Gemeente' Handreiking voor Thuiszorgorganisaties'
Juni 2003 Bunnik / Utrecht

Schuil P. 'Jeugdgezondheidszorg in Nederland' H. 1 uit: Nederlands leerboek Jeugdgezondheidszorg deel A' pagina 2-22
5^e druk, 2002

Sibbing Huub

'Beleid ten aanzien van Preventie1: Nota 2000 en Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid'
Interne uitgave Haagse Hogeschool
Den Haag September 2003

Sibbing Huub, Bakens Peter

Hoekstra T.S. 'Neuman in de bedrijfsverpleegkunde'
Interne uitgave MGZ opleiding Haagse Hogeschool
Den Haag December 2003

Straalen van Lia, Meerveld Julie, Mast Jennie
'Competentiebeschrijvingen voor jeugdverpleegkundigen in de thuiszorg'
2004

Stuurman M.E., Hira Sing R.A.
'Op weg naar een Ouder en Kind Centrum'
Tijdschrift JGZ nr 2
april 2002

Visch Henk
'Concept Integraal Beleidsplan / Werkplan JGZ 0 – 19 jaar GGD'
Interne uitgave GGD ZHE
2006

Vliegenthart M. 'Beleidsnotitie Positionering Jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar'
www.minvws.nl zoekoptie 'positionering jeugdgezondheidszorg' kamerstukken
Februari 2000

Vries de Jacqueline
'Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model en de betekenis voor de jeugdgezondheidszorg'
Tijdschrift JGZ februari jaargang 38
Februari 2006

Woudenberg van Annemiek
'Vroeg begonnen, veel gewonnen, plan van aanpak invoering Ouder en Kindcentra'
Interne uitgave GG&D Amsterdam
Februari 2003

Zorg en Welzijn Groep, GGD Zuid- Hollandse Eilanden
'Samenwerkingsovereenkomst Zorg en Welzijn Groep – GGD Zuid- Hollandse Eilanden'
Interne uitgave ZWG en GGD
Maart 2005

Interviews

Interview

Gerits Dennis
Gemeenteambtenaar JGZ gemeente Hellevoetsluis
Mei 2006

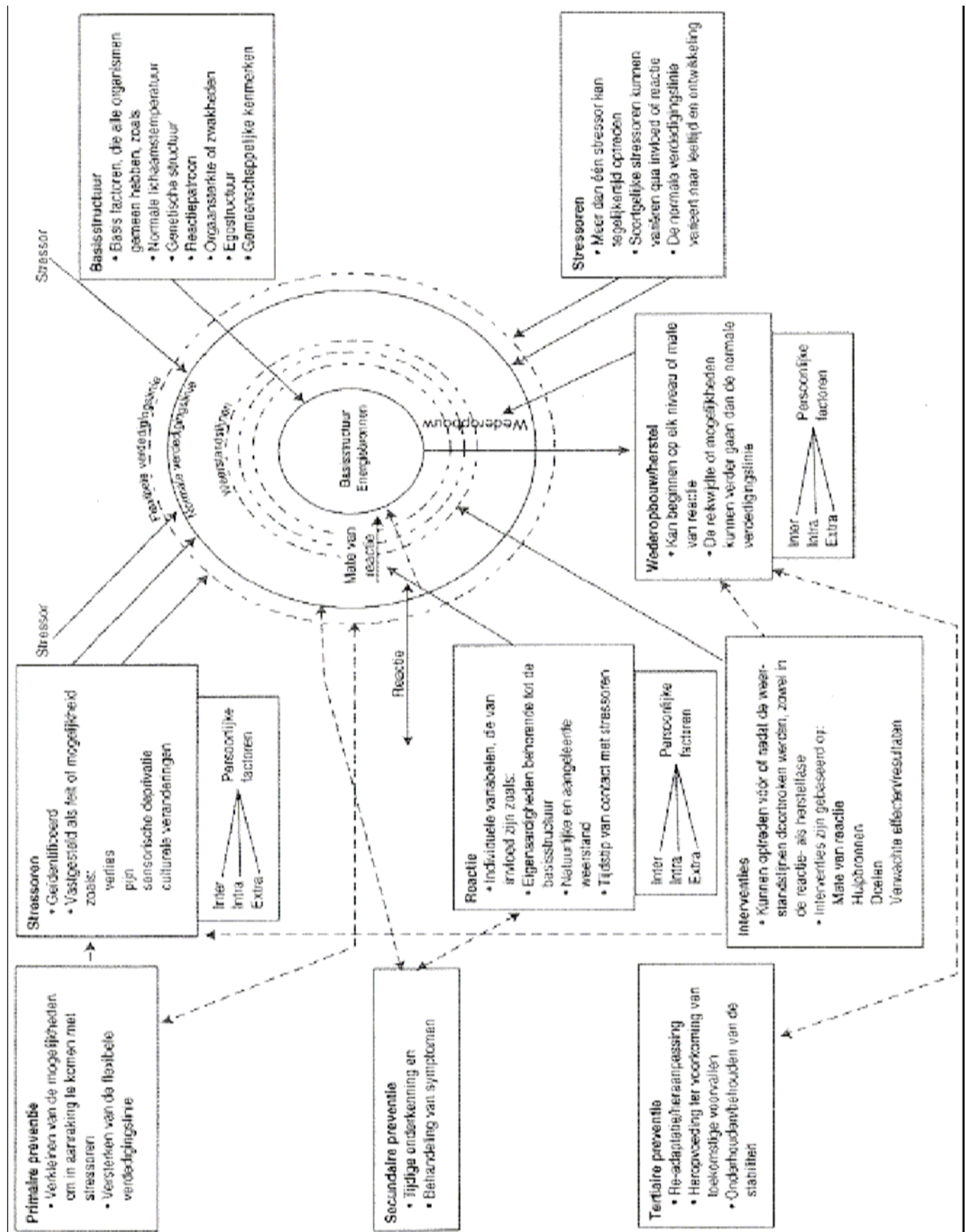
Interview

Hesselink Annemiek
Manager iJGZ GGD Amstelland- de Meerlanden
April 2006

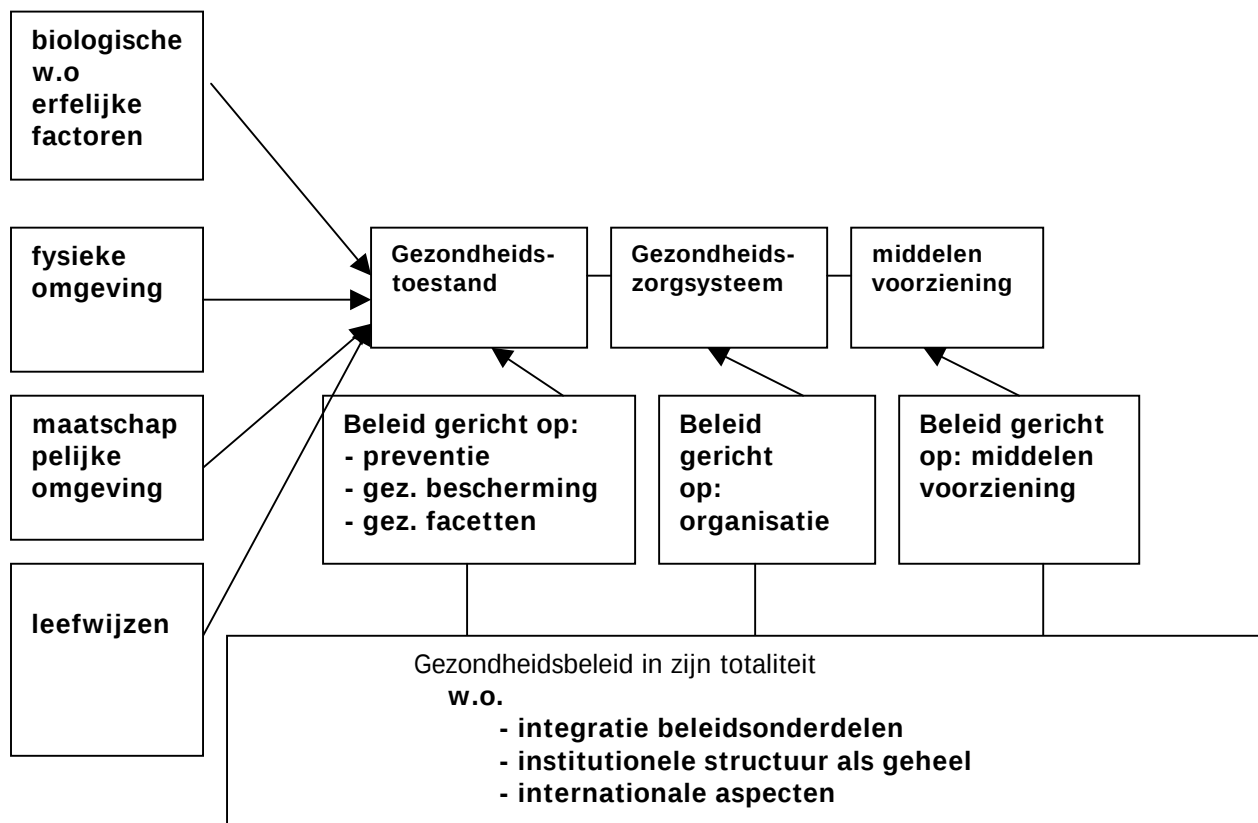
Interview

Leeuwen Tessa
Manager Ouder en Kindzorg ZWG
Mei 2006

11 BIJLAGE 1 MODEL VAN NEUMAN

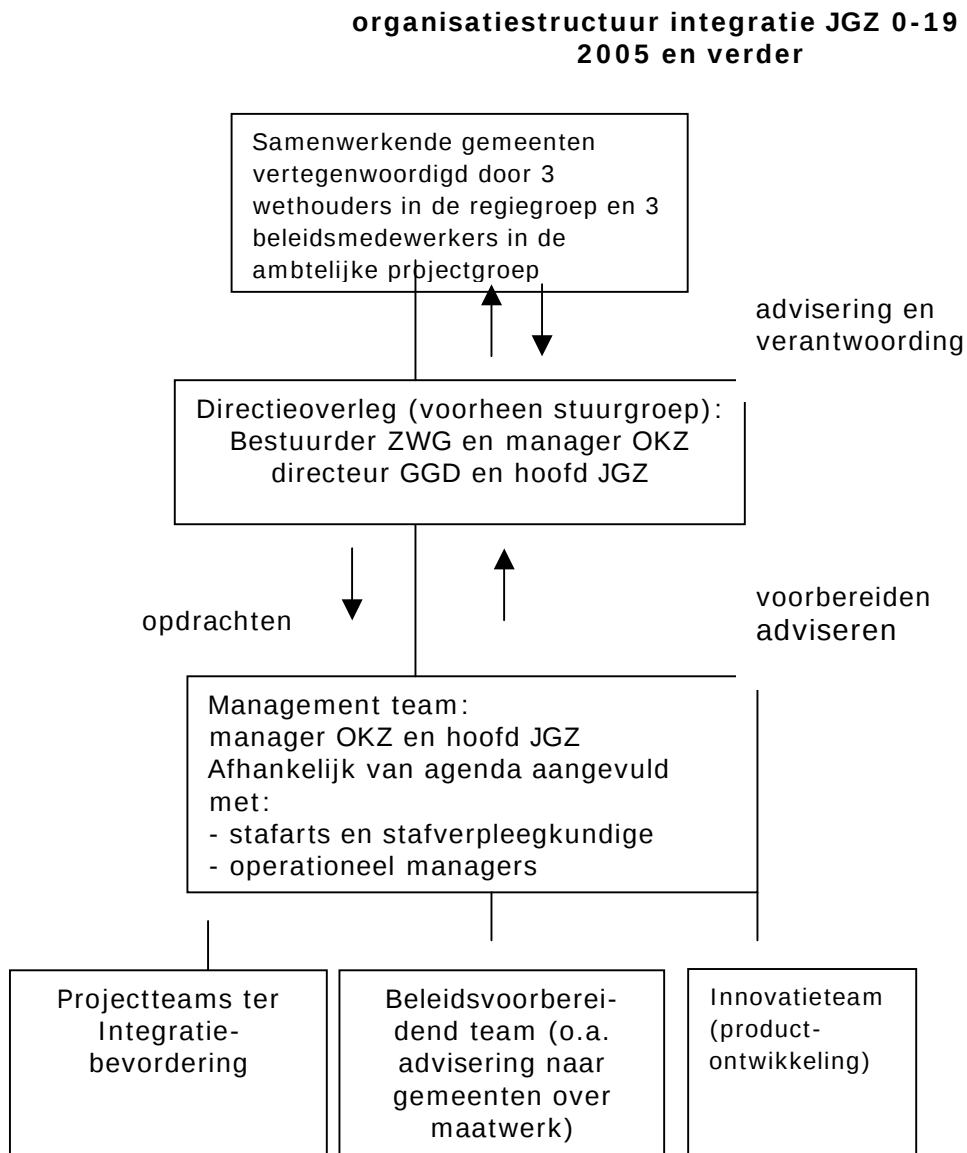


12 BIJLAGE 2 MODEL VAN LALONDE



Gezondheidsmodel van Lalonde

- Niet ziekte maar gezondheid is het uitgangspunt
- Gezondheidsbeleid gaat uit van een analyse van de gezondheidstoestand van de bevolking en de factoren die de gezondheid bedreigen/beïnvloeden (zgn. Determinanten)
Deze analyse is gebaseerd op "EPIDEMOLOGISCH ONDERZOEK".
Hierin kunnen dus grote verschillen bestaan tussen landen/steden/wijken.
- Gezondheidsbeleid moet zich dus richten op het tegengaan van de negatieve invloed van deze determinanten.
Afhankelijk van de determinanten kan gekozen worden voor verschillende instrumenten (preventie, facetbeleid ed.)
- De gezondheidsvoorzieningen moeten afgestemd zijn op de specifieke gezondheidsproblemen per land/stad/wijk.
waarop dit georganiseerd wordt, wordt sterk beïnvloed door de PHC-gedachte.
- Gezondheidsbeleid moet streven naar gezondheidswinst, uitgedrukt in concrete, meetbare doelen (zgn. Targets) Bijv. *In 2000 moet de sterfte ten gevolge van X met Y% verminderd zijn.*

13 BIJLAGE 3 (CONCEPT) ORGANOGRAM JGZ 0-19 JAAR ZUID-HOLLANDSE EILANDEN

14 BIJLAGE 4 INTERVIEW GGD AMSTELLAND- DE MEERLANDEN

Vragen naar aanleiding van het plan van aanpak Integrale JGZ Amstelland- de Meerlanden aan de manager iJGZ:

1. Vanuit de literatuur is bekend dat een overname veel geld kost en dat wordt als een knelpunt gezien bij de invoering van Integrale JGZ. Met welke middelen is bij uw organisatie de integratie bekostigd?
2. De sociaal verpleegkundigen zitten qua salarisschaal hoger ingedeeld dan de verpleegkundigen van de thuiszorg, hoe is hiermee omgegaan?
3. Wanneer dit gelijkgetrokken is waaruit is dit gefinancierd?
4. Vanuit onderzoek is gebleken dat bij een overname, wat in uw situatie gebeurt is, er veel weerstand kan zijn bij het overgenomen personeel. Hoe is dat in uw organisatie en hoe wordt daar mee omgegaan?
5. Wat is de rol van de jeugdverpleegkundigen geweest bij het tot stand komen van de integratie?

Uitwerking van het interview.

1. Er is eerst gewerkt aan een beleid over integrale JGZ. Dit traject heeft in 2004 gelopen en is bekostigd door minder maatwerk te leveren en deze middelen hiervoor aan te wenden. In 2005 is men gaan kijken naar de faciliteiten zoals huisvesting. Dit werd ook bekostigd door minder maatwerk te leveren. De frictiekosten, onder andere de kosten van personeel dat vervangen moest worden wanneer zij tijd investeerden in de werkgroepen zijn tot januari 2006 bekostigd uit de subsidies voor de thuiszorg en de GGD en het geld dat voor maatwerk beschikbaar was. Vanaf 2006/2007 gaat de subsidie die beschikbaar is voor het uniform en maatwerkdeel van het basistakenpakket naar de GGD. De stuurgroep, met name de directeur van de GGD had contact met de gemeente waardoor de gemeente zeer betrokken was bij het integratieproces. De gemeente staat garant voor eventuele financiële nadelen die ten grondslag liggen aan de integratie. Dit geldt voor beide organisaties.
2. De thuiszorg is nog bezig met de CAO onderhandelingen, waardoor er nog niet duidelijk is hoe de inschaling gaat verlopen. Op dit moment worden de verpleegkundigen uit de thuiszorgorganisatie betaald naar hun takenpakket in de schaal van de GGD. Dit valt lager uit dan de collega's van de GGD terwijl zij allemaal HBO opgeleid zijn. Dit geeft onder de medewerkers onrust.
3. Dit traject loopt nog.
4. Er is sinds 2003 gewerkt aan een integratie van de thuiszorg en de GGD, waardoor medewerkers lange tijd hebben gehad om te wennen hieraan. Het draagvlak werd ook vergroot door de vier beleidsdagen per jaar waarop het personeel van beide organisatie de kans kregen elkaar te leren kennen. Tijdens deze dagen werden zij geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de integratie. Zij gaven presentaties over hun werkzaamheden aan elkaar. Er werd ook gewerkt aan het op elkaar aanpassen van werkzaamheden (gezamenlijke protocollering). Er is een aparte ondernemingsraad gevormd waaruit mensen uit de ondernemingsraden van beide organisaties zitting hadden om de belangen van de medewerkers te behartigen.
5. De rol van de verpleegkundigen heeft voornamelijk gelegen in deelname in de werkgroepen met inhoudelijke thema's. Medewerkers hadden door middel van de beleidsdagen de kans om inspraak te hebben in beslissingen.

15 BIJLAGE 5 INTERVIEW GEMEENTE HELLEVOETSLUIS

Vragen met betrekking tot Integrale Jeugdgezondheidszorg aan de gemeenteambtenaar jeugdgezondheidszorg:

1. Wat is de visie van de gemeente Hellevoetsluis ten aanzien van Integrale JGZ?
2. Wat is de rol van de gemeente bij het vormgeven van een Integrale JGZ?
3. Heeft de gemeente Hellevoetsluis voldoende kennis om de regie te voeren over de JGZ 0-4 jaar?
4. Indien Ja, hoe is deze kennis tot stand gekomen?
5. Welke invloed heeft de JGZ op het jeugdbeleid van de gemeente Hellevoetsluis?
6. Uit welke middelen wordt de Integrale JGZ bekostigd?

Uitwerking van het interview met de gemeente Hellevoetsluis.

1. De gemeente heeft als visie dat er meer samenhang moet komen in de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Zij zien dit in een nauwere samenwerking tussen de GGD ZHE en de ZWG. Zij vinden dat de ZWG de expertise heeft voor de JGZ 0 – 4 jaar en de GGD voor de JGZ 4 – 19 jaar. Er zijn veel tegenstrijdige belangen tussen de beide organisaties waardoor meer dan een projectmatige samenwerking op dit moment niet haalbaar is. Doordat er op de Zuid-Hollandse eilanden zestien gemeenten zijn is het lastig om hier één beleid op te maken. De GGD ZHE is een kleine GGD die de JGZ afdeling hard nodig heeft om bestaansrecht te hebben.
2. De gemeente heeft naar aanleiding van de wetswijziging, waardoor zij de regierol krijgen over de JGZ 0 – 4 jaar conferenties integratie JGZ georganiseerd. Hierbij zijn werkgroepen samengesteld met gemeente medewerkers en de beleidsmakers van de GGD en de ZWG. Deze conferenties hadden ten doel om het basistakenpakket vorm te geven (uniform deel) en een gezamenlijke visie op het maatwerk te ontwikkelen. De samenwerking tussen de GGD en de ZWG heeft vorm gekregen en er is onderzoek gedaan naar de verdeling kosten systematiek. De gemeente heeft liever twee aanbieders van JGZ zodat zij kunnen vergelijken.
3. De gemeente geeft aan dat het voor de kleinere gemeenten lastig is om voldoende kennis te vergaren over de jeugdgezondheidszorg omdat de ambtenaren in een kleine gemeente meerdere aandachtsgebieden heeft. De grotere gemeenten zoals Hellevoetsluis hebben meer mogelijkheden op dit gebied.
4. De kennis is tot stand gekomen door de conferenties die de gemeente heeft georganiseerd. Dhr. Gerits heeft meegekeken op het consultatiebureau in Hellevoetsluis op uitnodiging van het team.
5. De JGZ heeft niet direct invloed op het jeugdbeleid. Dit beleid richt zich meer op risicogroepen waarbij de gemeente zich meer laat adviseren door jeugdzorg.
6. Tot 2007 is er afgesproken dat de RSU middelen (Regeling Specifieke Uitkering), van alle gemeenten naar de ZWG gaan voor het uniforme deel van het basistakenpakket JGZ 0-4 jaar. Het maatwerk voor de ZWG wordt uit het gemeentefonds betaald. De GGD wordt betaald uit het gemeentefonds.

16 BIJLAGE 6 INTERVIEW ZWG

Vragen Integrale JGZ aan de manager Ouder en Kindzorg ZWG en Hoofd JGZ van de GGD:

1. Hebben de ZWG en de GGD zich verdiept in de theoretische achtergronden van Integrale jeugdgezondheidszorg?
2. Indien ja, wat is daar uitgekomen?
3. Er zijn twee concept beleidsplannen Integrale JGZ één van de ZWG en één van de GGD ZHE, is dit een bewuste keuze?
4. Wat is de rol van de gemeente in het tot stand komen van een Integrale JGZ?
5. Hoe zou de ZWG deze rol ingevuld willen zien?
6. Welke rol is weggelegd voor de ZWG?
7. Wat gaat de rol zijn die de jeugdverpleegkundige gaat vervullen met betrekking tot de Integrale JGZ?
8. Bekend is dat de invoering van Integrale JGZ hoge kosten met zich mee brengt, met welke middelen wordt dit gefinancierd?

Uitwerking van het interview met de ZWG.

1. De ZWG heeft zich in 2003 verdiept in de manieren waarop integrale JGZ ingevuld kan worden door zich te verdiepen in de informatie die op dat moment beschikbaar was. Met name de mogelijkheden voor samenwerking zijn onderzocht.
2. Daar is uitgekomen dat projectmatige samenwerking op dat moment de beste optie was. De gemeente heeft hierin meebeslist. Er is geprobeerd met respect voor de verschillende opvattingen en werkwijze in beide organisaties te komen tot een samenwerking. Er is gekozen voor het opzetten van een aantal integratiebevorderende projecten tussen de GGD en ZWG waarvan sluitende zorg een voorbeeld is. Hierbij hebben verpleegkundigen en artsen meegedacht over de overdracht van gezinnen waarin beide organisaties participeren. Deze informatie is niet aan medecollega's overgebracht.
3. De verschillende (concept) beleidsplannen is geen keuze geweest maar een vergissing. De ZWG heeft het meerjaren beleidsplan geschreven en de GGD heeft het jaarplan geschreven en beide organisaties hebben ieder een actieplan geschreven voor de eigen organisatie. De beleidsplannen kregen per abuis dezelfde naam mee en dit is niet met elkaar gecommuniceerd. Het concept van de organisaties ligt nu bij de gemeente voor goedkeuring.
4. De gemeente heeft zich verdiept in integrale JGZ en heeft de organisaties ondersteund in de beslissing voor projectmatige samenwerking. De gemeente heeft niet echt een grote rol, is meer sturend aanwezig en moet nog wennen aan de nieuwe regierol. In de gemeente Brielle heeft de gemeente aanzet gegeven tot het vormen van een brede school. Hierbij komen de GGD en ZWG in één gebouw te zitten. In Hellevoetsluis is de poging om tot gemeenschappelijke huisvesting te komen mislukt.
5. De ZWG zou graag zien dat de gemeenten zich meer inhoudelijk verdiepten in de JGZ.
6. De eigen rol van de ZWG zou hierin ook actiever kunnen zijn. Op een aantal plaatsen hebben de teams contact gezocht met de JGZ ambtenaren van hun gemeenten. Dit is niet overal gebeurd en zou misschien actiever uitgevoerd moeten worden. Het management kan hierin ook meer stappen ondernemen naar de gemeenten toe.
7. Wat betreft de ZWG is de verpleegkundige de spil in de zorg en tevens het contact met het gezin. De werkwijze bij de GGD verschilt hierin. De arts heeft een belangrijke plaats bij de GGD.
8. De gelden die beschikbaar zijn voor de JGZ 0 – 19 jaar moeten verdeeld worden onder de GGD en ZWG waardoor er een marktwerking tot stand is gekomen. De beide organisaties bieden een begroting aan. Een overschrijding van de begroting wordt bij de andere organisatie weggehaald. Het RSU geld komt niet altijd bij de ZWG terecht. De ZWG is trots op de zorg die zij leveren van de wieg tot het graf en wilt dit graag behouden. De GGD heeft ook eigen belangen om zoveel mogelijk zorg te mogen leveren, wat hun positie als kleine GGD verstevigd.

17 BIJLAGE 7 INTERVIEW GGD

Ik heb gekozen om een interview dat ik juli 2005 heb gehad met het hoofd JGZ van de GGD ZHE Henk Visch toe te voegen omdat ik hierin informatie kreeg over de visie van de GGD ZHE ten aanzien van de integrale jeugdgezondheidszorg. Op de vragen in bijlage 6 heb ik geen respons gehad, vandaar deze keuze.

Vragen interview hoofd jeugdgezondheidszorg:

1. Wat zijn uw werkzaamheden als hoofd jeugdgezondheidszorg (JGZ) binnen de GGD ZHE?
2. Hoe ervaart u de organisatiecultuur van de GGD ZHE, en wat is uw taak in deze?
3. De GGD ZHE is uitgeroepen tot de beste GGD van Nederland, hierdoor heeft zij er extra taken bij gekregen, kortom deze GGD is volop in ontwikkeling en groeit. Wat zijn hiervan de direct merkbare gevolgen voor de medewerkers?
4. Welke invloed heeft GGD- Nederland op de inhoud van de protocollen met betrekking tot de PGO's?
5. Wat is de visie van de GGD op een integrale JGZ op de Zuid-Hollandse eilanden?
6. Hoe ver zijn de ontwikkelingen met betrekking tot een integrale JGZ ?

Uitwerking interview:

1. 1.Het hoofd JGZ is verantwoordelijk voor het afdelingsbeleid en geeft leiding aan de afdeling JGZ. In de praktijk houdt dit in dat hij verantwoordelijk is voor innovatie en budgettering en het richting geven in het kader van de landelijke ontwikkelingen aan de uitvoering van op de JGZ Zuid-Hollandse Eilanden.
De teams zijn zelfsturend. De taak van het hoofd JGZ faciliteiten bieden en coachen. Wanneer nodig is treedt hij sturend op.
2. 2.De cultuur van de GGD zit door het hele gebouw, de transparantie, de creativiteit, die terug te vinden is in kunstwerken. Deze stijl wordt op alle locaties doorgevoerd.
Het hoofd JGZ probeert deze cultuur uit te dragen naar de medewerkers door als leidinggevende zichtbaar te zijn en bereikbaar te zijn voor hen. Hij doet dit door op elke lokatie één keer per zes weken aanwezig te zijn op het locatieoverleg. Wanneer hij bij een gemeente is langs geweest gaat hij ook door naar de locatie in deze gemeente. Belangrijk daarbij vindt hij het stimuleren van hun creativiteit.
3. 3.Door alle ontwikkelingen is het takenpakket van de verpleegkundigen JGZ uitgebreid. Er is door het nieuw contactmoment op het voortgezet onderwijs een taakherschikking onderling geweest. Verpleegkundigen konden kiezen voor het basisonderwijs of het voortgezet onderwijs of een combi hiervan.
Het werk heeft ook andere aspecten gekregen. De GGD gaat zich meer richten op opvoedingsadviezen en bemoeizorg.
Dit heeft voor een aantal verpleegkundigen tot gevolg dat zij zich moeten bijscholen.
Er is ook een functionele laag tussen het hoofd JGZ en de medewerkers gekomen in de vorm van productgroep coördinatoren.
4. GGD Nederland heeft geen invloed op de inhoudelijke aspecten van de diensten die de GGD levert, is belangen behartiger van de GGD'en in Nederland.
De inhoud wordt bepaald aan de hand van de richtlijn die de wet basistaken pakket geeft wat er gescreend moet worden op welke leeftijd.
Platform JGZ is een organisatie die zich meer inhoudelijk bezighoudt met de JGZ.
5. De GGD ZHE heeft de visie zorg te dragen voor een sluitende zorg. De GGD en de Zorg en Welzijn Groep zijn aan het onderzoeken op welke gebieden er kan worden samengewerkt.
Wanneer er meer inzicht is in de gezinssituatie kan de GGD, maar ook de Ouder en Kindzorg betere preventieve zorg bieden. De GGD heeft een nauwe samenwerking met de gemeenten en voelt zich medeverantwoordelijk voor een integrale JGZ. De JGZ binnen één organisatie

heeft hun voorkeur, maar er spelen veel verschillende belangen mee waardoor er nog geen sprake van kan zijn.

6. Momenteel zijn de GGD en de Zorg en welzijn Groep aan het onderzoeken of het mogelijk is om een gemeenschappelijke huisvesting te creëren. Er wordt gewerkt aan eenduidige dossiervorming. De GGD heeft de Zorg en Welzijn Groep ondersteund in het opzetten van de monitoren. Er wordt ook gewerkt aan zorgcoördinatie tussen 0-4 jaar en 4-19 jaar, zodat er inzicht is in de gezinssituatie, waardoor er makkelijker actie ondernomen kan worden.

