

Vergaderjaar 2008–2009

31 001

Programma voor Jeugd en Gezin

Nr. 72

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR JEUGD EN GEZIN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juli 2009

In het Algemeen Overleg Centra Jeugd en Gezin van 21 januari jl. (31 001, nr. 65) hebben de kamerleden Bouchibti en Sterk mij gevraagd hoe het staat met de flexibilisering van de contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg. Graag wil ik hier in deze brief nader op ingaan. Deze brief is tevens het vervolg op mijn brief van 21 april jl. over het IGZ rapport «Jeugdgezondheidszorg in beweging» (vergaderjaar 2008–2009, 31 001, nr. 67).

Met deze brief voer ik ook motie nr. 136 van het kamerlid Uitslag (31 200 XVI, nr. 136) uit, alsmede mijn toezegging uit het Algemeen Overleg op 23 april 2008 (31 200 XVI, nr. 36) om het ABC rapport en de bijbehorende publieksversie toe te sturen, mijn toezegging om u te informeren over een extra contactmoment voor adolescenten en mijn toezegging uit het Verslag Algemeen Overleg op 16 april 2008 (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2007–2008, nr. 77, blz. 5381–5387) om inzicht te geven in de veranderingen in het uniforme deel van het basistakenpakket en de uitvoering daarvan sinds 2002.

Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg

Sinds 2003 bieden gemeenten alle 0–19 jarigen en hun ouders in Nederland jeugdgezondheidszorg aan. Deze zorg is vastgelegd in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg en bestaat uit een uniform deel en een maatwerk deel. De inhoud van het uniform deel is wettelijk vastgelegd krachtens de Wet Publieke Gezondheid. Het uniform deel richt zich op het volgen van de fysieke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van het kind. Het doel is (risico's op) stoornissen te voorkomen, tijdig te signaleren en zonodig te (laten) behandelen. Gemeenten vullen het maatwerk deel in. Het maatwerk deel vult het uniform deel aan en is afgestemd op de specifieke behoeften van het individuele kind of van groepen kinderen/jeugdigen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het programma voorzorg, opvoedcursussen, trainingen tegen bedplassen of extra aandacht voor overgewicht. De inhoud van het maatwerk deel kan per gemeente

verschillen. Ook sluit de gemeente de invulling van het maatwerk aan bij het aanbod van het overige lokale jeugdbeleid. Doel van de invoering van het Basistakenpakket in 2003 was verbetering van de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg. Ik heb u op 21 januari 2008 geïnformeerd over de resultaten van de evaluatie. Deze lieten zien dat met de invoering van een landelijk aanbod voor alle 0–19 jarigen in Nederland jeugdigen beter in beeld zijn. Dit geeft de mogelijkheid om preventieve programma's in te zetten en de kwaliteit van de vroegsignalering systematisch te verbeteren. Een landelijk vastgesteld aanbod levert ook herkenbaarheid, duidelijkheid en transparantie op voor ouders en jeugdigen. Sinds de invoering van het basistakenpakket zijn er geen wijzigingen in de wettelijke opdracht doorgevoerd. Wel heeft de jeugdgezondheidszorg geïnvesteerd in verdere verhoging van de kwaliteit door rekening te houden met nieuwe wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen.

Contactmomenten

Professionals voeren de jeugdgezondheidszorg voor een groot deel uit tijdens de zogenaamde contactmomenten. Contactmomenten hebben betrekking op het uniform deel. De jeugdgezondheidszorg biedt ook de hiepriek en het rijksvaccinatieprogramma aan binnen de contactmomenten. Het rapport Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar per Contactmoment maakt dit inzichtelijk (februari 2008, RIVM Centrum Jeugdgezondheid, bijlage 1 en publiekversie, bijlage 2).¹ Professionals bevorderen de kwaliteit van de uitvoering door het opstellen van richtlijnen en hebben hier de afgelopen jaren in geïnvesteerd. Professionals voeren via richtlijnen onder andere nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen in. Voorbeelden zijn de richtlijn vroegsignalering van psychosociale problemen en de richtlijn vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0–19 jaar. Deze richtlijnen geven onder meer aan hoe en wanneer de zorgverlener een activiteit moet uitvoeren. Dergelijke richtlijnen behoren tot de professionele autonomie van de zorgverleners. Ik faciliteer de ontwikkeling van de richtlijnen via het ZonMw-programma Richtlijnen Jeugdgezondheid. Het geheel van activiteiten (inclusief de vaccinaties en de hiepriek) en de momenten waarop deze moeten worden uitgevoerd kunnen worden uitgezet in een tijdlijn. Clustering hiervan levert de basis op voor het vaststellen van de contactmomenten. Deze contactmomenten zijn vastgelegd in de JGZ Richtlijn Contactmomenten. De richtlijn is een instrument voor professionals voor het leveren van preventie en zorg van een hoge kwaliteit gericht op het voorkomen van aandoeningen of het tijdig aanbieden van de noodzakelijke interventies. In deze richtlijn zijn 20 contactmomenten opgenomen, voor huisbezoeken, periodieke geneeskundige onderzoeken, screenings en vaccinaties. Er zijn 15 contactmomenten in de leeftijd 0–4 jaar en 5 in de leeftijd 4–19 jaar. Het relatief grote aantal contactmomenten voor jonge kinderen hangt samen met de snelle ontwikkeling die kinderen in de eerste jaren doormaken. Een advies van het RIVM Centrum Jeugdgezondheid (oktober 2008) geeft aan dat een extra contactmoment rond 15/16 jarige leeftijd nuttig is om de ontwikkelingen die in de puberleeftijd plaatsvinden goed te volgen (bijlage 3).¹ Hier ga ik later in deze brief nader op in.

Extra zorg en ondersteuning voor jeugdigen

Het uniform deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg biedt alle kinderen in Nederland eenzelfde preventief gezondheidsprogramma. Daarnaast is extra aandacht en ondersteuning mogelijk voor kinderen en gezinnen die dat nodig hebben. Tijdens de contactmomenten kunnen

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

korte interventies worden aangeboden. Ook is een extra contactmoment op indicatie mogelijk en kan het maatwerkdeel hulp voor kinderen die meer zorg nodig hebben omvatten. Gemeenten bepalen inhoud en omvang van dit maatwerk deel. De concrete invulling daarvan is afhankelijk van de lokale situatie. Met mijn beleid voor de Centra voor Jeugd en Gezin stel ik extra financiële ruimte beschikbaar. Hiermee kunnen gemeenten investeren in preventie en opvoeden opgroei-ondersteuning. Ik merk nadrukkelijk op dat gemeenten deze middelen ook kunnen inzetten voor de jeugdgezondheidszorg. Deze extra financiële middelen, oplopend tot € 100 miljoen in 2011 vanuit het Rijk, zijn onderdeel van de Brede Doeluitkering CJG. Daarnaast komen extra financiële middelen beschikbaar via het accres van het Gemeentefonds, eveneens oplopend tot € 100 mln. in 2011 (bestuursakkoord «Samen aan de slag» tussen Rijk en VNG).

Uniformiteit versus flexibiliteit

Het vastleggen van de activiteiten en de wijze van uitvoering draagt bij aan de uniformiteit en de kwaliteit van het aanbod aan alle kinderen in Nederland. Opgroeien gaat met vallen en opstaan, met ieder kind is wel eens iets aan de hand. Daar waar het de kwaliteit van preventie en zorg betreft hebben alle kinderen recht op eenzelfde hoge kwaliteit. Dit laat onverlet dat professionals de ruimte (en de plicht) hebben om deze zorg af te stemmen op het individuele kind. Een professionele richtlijn geeft de gouden standaard hoe te handelen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg beschouwt de richtlijnen als een norm voor het verlenen van adequate zorg. Echter een professional kan en moet in voorkomende situaties ook beargumenteerd kunnen aangeven wanneer van de richtlijn afgeweken moet worden.

Flexibiliteit in de uitvoering van de contactmomenten kan op diverse manieren vorm krijgen. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om:

- de uitvoeringsvorm (bijvoorbeeld gezondheidsonderzoek of schriftelijke vragenlijst)
- het moment waarop het onderzoek plaatsvindt
- het type professional dat het onderzoek uitvoert
- afstemmen van de inhoud en frequentie van de zorg op de specifieke situatie van het kind/gezin
- rekening houden met diversiteit
- aanvullende maatwerk activiteiten.

Al deze vormen komen in de praktijk voor, soms als onderdeel van de reguliere werkwijze, soms in de vorm van pilots.

Extra contactmoment voor 15/16 jarigen

Het RIVM Centrum Jeugdgezondheid heeft advies uitgebracht over een extra contactmoment op adolescentenleeftijd. Het advies geeft aan dat adolescenten grote lichamelijke en psychosociale veranderingen ondergaan. Gezond gedrag staat hierbij onder druk; vooral als het gaat om alcohol, roken, drugs, seksueel gedrag, overgewicht en psycho-sociaal functioneren. Een extra contactmoment draagt bij aan vroegtijdige signalering van ongezond gedrag en vroege interventie. Ook kan aandacht gegeven worden aan zaken als schooluitval en beroepskeuze. Gezien de uiteenlopende ontwikkeling van jeugdigen en hun problematiek op VMBO en HAVO/VWO zijn verschillende momenten voor een dergelijk contact met de jeugdgezondheidszorg aangewezen. Ook geeft het advies diverse uitvoeringsmogelijkheden aan.

Een aantal gemeenten heeft invoering van een nieuw contactmoment op adolescentenleeftijd al ingezet. Dit gebeurt op verschillende manieren. Deze diversiteit is zinvol, uitgaande van verschillen in de lokale situatie of de problematiek van de verschillende groepen adolescenten. Ik wil het dan ook aan gemeenten overlaten om te bepalen aan welke

groepen zij een extra contactmoment willen bieden. Hierbij kunnen zij inhoud en vorm afstemmen op overige lokale of schoolse activiteiten.

Actuele ontwikkelingen in de uitvoering

De jeugdgezondheidszorgorganisaties doen voortdurend onderzoek naar verbeteringen in de uitvoering. Het kan gaan om meer aansluiten bij de vraag van ouder en kind of maatschappelijke ontwikkelingen, een efficiëntere uitvoering of het verhogen van de effectiviteit. De volgende pilots wil ik in dit verband noemen: *Onderzoek huisbezoek 18 maanden* (Zeeland). Onderzocht wordt in hoeverre een gestructureerd huisbezoek op de leeftijd van 18 maanden inzicht biedt in de zorgbehoefte van het individuele kind en de ouder, op grond waarvan de groepen met verhoogd risico worden onderscheiden die vervolgactie nodig hebben. *Project triage* (HVD Gelderland Midden). De contactmomenten op de basisschoolleeftijd worden uitgevoerd in de vorm van een triage. Dat wil zeggen dat de doktersassistente alle kinderen ziet en een aantal activiteiten uitvoert. De kinderen/ouders vullen ook een vragenlijst in. Vervolgens worden kinderen, wanneer hier een indicatie voor bestaat, doorverwezen naar de arts dan wel de verpleegkundige. Op deze wijze kan de inzet van arts en verpleegkundige gericht worden ingezet en kan taakdifferentiatie binnen de jeugdgezondheidszorg vorm krijgen. Op dit moment vindt onderzoek plaats naar de effectiviteit van deze aanpak. *Onderzoek differentiatie/flexibilisering contactmomenten* (Gemeente Rotterdam) In vervolg op het convenant dat ik met de gemeente Rotterdam heb afgesloten is de gemeente een onderzoek gestart dat zich richt op differentiatie c.q. flexibilisering van de voorgescreven contactmomenten en alsdan te beschouwen issues, met als doel de beschikbare tijd en capaciteit beter op de behoeften van het specifieke kind te kunnen afstemmen.

Toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Zij hanteren de Richtlijn Contactmomenten als een norm voor verantwoorde zorg. Uit het voorgaande blijkt dat deze norm niet absoluut is en ook verantwoord experimenteren niet in de weg staat. Toetsingspunten voor de Inspectie bij afwijkingen van deze norm zijn onder meer:

- Krijgen alle kinderen de basiszorg die voortvloeit uit het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg?
- Signaleert de jeugdgezondheidszorg alle risicokinderen en -gezinnen tijdig en volgt zij deze voldoende intensief om de veilige ontwikkeling van de kinderen te bevorderen en te bewaken?
- Vindt bij verschuiving van taken deze verschuiving plaats naar bevoegde en bekwame medewerkers?
- Zet de gemeente de vrijkomende ruimte daadwerkelijk in voor extra aandacht voor risicokinderen en -gezinnen?
- Levert de jeugdgezondheidszorg de zorg die past bij de risico's die de jongere heeft?

Professionalisering

Binnen de jeugdgezondheidszorg is een beroepenstructuur en er zijn beroepsverenigingen, verplichte beroeps(her)registratie (o.a. door middel van het volgen van bij- en nascholing), een beroepscode en toetsing daarvan via het tuchtrecht. Ook wordt gebruik gemaakt van andere kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnontwikkeling, intervisie en visitatie. Hiermee is de basis gelegd voor verdere professionalisering van de jeugdgezondheidszorg.

Ontwikkelingen in de samenleving vragen een andere focus van de jeugdgezondheidszorg, zo ook de vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin.

Voor het bereiken van de doelen van de Centra voor Jeugd en Gezin is een goede kwaliteit van dienstverlening onontbeerlijk. De inzet van professionals is van groot belang om de maatschappelijke opgave van de Centra voor Jeugd en Gezin vorm te geven. Het vraagt van professionals, JGZ-organisaties en gemeenten een specifieke gezamenlijke visie en benadering. Het accent ligt daarbij op «klantgericht werken» en «samenwerken». Om de professionals hierbij te ondersteunen ben ik het traject «ondersteuning van de cjb-professional» gestart. Tot 2011 zal een aantal specifieke activiteiten worden uitgevoerd gericht op het versterken van de bestaande kwaliteiten van professionals en het leggen van nieuwe accenten.

Tot slot

De Richtlijn Contactmomenten is in 2003 vastgesteld en is sinds die tijd niet gewijzigd. Wel zijn er – zoals ook in deze brief geschetst – in de tussentijd initiatieven genomen voor versterking en vernieuwing van de jeugdgezondheidszorg. Ik wil dit verder ondersteunen door op korte termijn een kwaliteitsprogramma jeugdgezondheidszorg bij ZonMw op te starten. Dit programma gaat zich richten op onderwerpen zoals effectiviteit en doelmatigheid van triage en andere vernieuwende aanpakken binnen de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

De minister voor Jeugd en Gezin,
A. Rouvoet