



9 januari 2014

Ondersteuning bij de integratie van de JGZ in de ouder- en kindteams Amsterdam

de JeugdZaak, 9 januari 2014

Marian van Leeuwen

Martine Jansen

Annemiek van Woudenberg

Zefanja van der Kolk



9 januari 2014

Conclusies en aanbevelingen

1. Takenpakket ouder- en kindteam

Conclusies

- Het takenpakket van de OKA is in de functieprofielen duidelijk omschreven maar niet consistent doorgevoerd naar alle leeftijdscategorieën.
- De taken uit het basistakenpakket JGZ blijven bij de functieprofielen 4-12 en 12-19 onderbelicht. Bovendien zou uit deze omschrijving geconcludeerd kunnen worden dat de Jeugdverpleegkundige geen deel uitmaakt van het ouder- en kindteam (OKT) boven de 4 jaar.
- Ook is niet duidelijk hoe de functieprofielen tot stand zijn gekomen.
- De eis dat een OKA 5 tot 10 jaar werkervaring moet hebben om als OKA te kunnen functioneren is erg ambitieus.

Aanbevelingen

- Stel het takenpakket op als een takenpakket en profiel voor een OKT, i.p.v. per OKA.
- Voer de taken in de functieprofielen consistent door in elke leeftijdscategorie.
- Benoem ook de taken uit het basistakenpakket JGZ in de leeftijdscategorieën 4-12 en 12-19 jaar; een JGZ-verpleegkundige kan ook werkzaam zijn in een OKT voor 4-19 jaar.
- Leg de functieprofielen met alle betrokkenen nog eens onder de loep om te bezien of ze compleet zijn.
- Laat de eis dat een OKA 5-10 jaar relevante werkervaring moet hebben los.

2. Welke taken kunnen worden uitgevoerd door welke beroepsgroepen

Conclusies

- Op dit moment en in de nabije toekomst zijn er dus geen medewerkers te vinden die alle taken uit het functieprofiel van de OKA kan uitvoeren. Dit pleit voor het samenstellen van OKT's met medewerkers uit alle verschillende disciplines om een teamprofiel te krijgen dat voldoet aan het generalistische takenpakket van het OKT.
- De huidige OKA's kunnen al redelijk breed ingezet worden, maar dat er zorgen bestaan over de vraag of alle jeugdverpleegkundigen, pedagogen, schoolmaatschappelijk werkers en jeugdhulpverleners wel een blik hebben die "breed" genoeg is. Met name een gebrek aan de sociaal-medische blik bij niet medisch opgeleide medewerkers wordt zowel door de JGZ als door de agogische beroepsgroepen genoemd als punt van zorg.
- Er is geruime tijd nodig om tot ervaren generalisten te komen. Een eenvoudige optelsom leert dat er nog minstens 12 jaar overheen gaan voordat de nieuwe generalistische zorgverleners kunnen worden ingezet. Dan hebben we het op zijn vroegst over het jaar 2025.
- Om ook zicht te krijgen op wat de toekomstige OKA's zelf vinden van het takenpakket zou het schema uit paragraaf 2.3 waarin het takenpakket per leeftijdsgroep en functie omschreven staat ook nog ingevuld kunnen worden door de OKA's zelf.

Aanbevelingen

- Stel Multi-disciplinaire OKT's samen met voldoende ruimte in het takenpakket om van elkaar te leren. Maak in 2014 ruimte voor een stevig leertraject dat practice based is en aansluit op de

9 januari 2014

bestaande opleidingen. Het leertraject in 2014 sluit op dit moment aan op bestaande opleidingen, maar vooral ook op het bestaand aanbod van deskundigheidsbevordering voor professionals (binnen de instellingen).

- Doe de invuloefening met de het schema uit paragraaf 2.3 met zowel management, teamleiders als de toekomstige OKA's van de organisaties in Amsterdam die OKA's (gaan) leveren om meer inzicht te krijgen in welke taken deze beroepsgroepen zelf denken te kunnen uitvoeren en welke niet. Scherp de functieprofielen met de hierbij verkregen informatie aan.

3. Verhouding taken tot productenboek JGZ

Conclusies

- Het productenboek van de JGZ is een weerslag van wat "oud denken" genoemd zou kunnen worden. Dit denken is conform New Public Managnt en knipt integrale werkzaamheden op in losse en veronderstelde meetbare "producten". Het denken is bedrijfsmatig, men denkt in termen van producten en klanten.
- De praktijk van de JGZ is in de werkelijkheid flexibeler en vraaggerichter. Bijvoorbeeld: een arts heeft één uur per week om op een school aanwezig te zijn in het ZAT(16), voert een gesprek met een leerling met een dreigende anorexia (7) , overlegt met de zorgcoördinator van de school over een andere leerling die mogelijk mishandeld wordt (11).
- Belangrijkste bezwaar van de huidige JGZ praktijk in relatie tot de gewenste OKT-praktijk is de nu zeer strak georganiseerde JGZ, waarin de JGZ weliswaar alle taken die ook het OKT moet uitvoeren al uitvoert, maar met beperkte tijd en ruimte.
- De wijze waarop verantwoord wordt is nu sterk output gericht en zegt weinig over de kwaliteit en/of het gewenste generalistisch werken. De vraag of en hoe het huidige productenboek in deze vorm ook in de toekomst door de gemeente zou moeten worden afgenomen laten we hier verder buiten beschouwing. Het stimuleert in elk geval niet de samenwerking.
- De inspectie vereist dat er bepaalde wettelijke taken worden uitgevoerd, deze zijn verweven in meer dan de helft van de producten van het BTP.

Aanbevelingen

In de toekomst kunnen taken van verschillende disciplines geïntegreerd worden. Een eerstvolgende stap is dat ook de productboeken van de andere organisaties op dezelfde manier bekeken worden om vervolgens tot een gemeenschappelijke integrale productbeschrijving te komen

- Daarbij kan in de toekomst een andere, integrale manier van verantwoorden gezocht worden, waarin aandacht is voor outcome.
- Onderdelen van de huidige JGZ producten kunnen door OKA's verricht worden die geen sociaal medische achtergrond hebben en omgekeerd. Gezien de wettelijke vereisten van een aantal JGZ-taken dient deze experimenteerruimte in overleg met de inspectie gecreëerd te worden. Op dit moment is het de vraag wat dit oplevert gezien de grote organisatorische ingreep die dit vereist, maar voor de toekomst lijkt het wel een goede mogelijkheid.
- JGZ heeft hier zelf al een voorzet voor geleverd, door percentages in te schatten die overgenomen kunnen worden. Dit is echter logischerwijze sterk geënt op de huidige bestaande



9 januari 2014

structuur en dat is waarschijnlijk niet behulpzaam om tot vernieuwing te komen.

4. Analyse en beoordeling van de offerte JGZ meerkosten proeftuinen 2014

Conclusies

- De bedragen en fte's geven een deel van de werkelijkheid weer. Namelijk de gemiddelde prijs van JGZ voor inzet in een proeftuin en een kostprijs. En de prijs per fte voor een JGZ arts en verpleegkundige.
- Wat niet helderder wordt zijn de kosten die gemaakt worden bij verlies van synergie door het vormen van nieuwe functies, en smaller maken van het takenpakket van JGZ. Denk hierbij aan kennis van de geschiedenis van een kind en aan ontvlechtingkosten.

Aanbevelingen

- De vraag die eigenlijk gesteld moet worden is: welke kosten zijn gemoeid om met een efficiënte inzet de OKT-taken uit te voeren. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gekeken of de vooronderstelde routing aansluit bij het gedrag van de cliënten en welke kosten gemaakt worden om de overgangen tussen professionals op elkaar te laten aansluiten.
- Het is de moeite waard om in een proeftuin ruimte te geven aan JGZ professionals zodat alle wettelijke taken goed uitgevoerd kunnen worden en goed bij te houden hoeveel extra tijd zij hiervoor nodig hebben en dit te vergelijken met een regio waar JGZ alleen haar basistaken mag doen. Hierbij moeten dan zowel kosten als taken worden geëvalueerd.

5. 3 scenario's voor uitvoering van de Ouder- en kindteams

Conclusies

De scenario's dienen als leidraad om de gedachten rondom de organisatie van de proeftuinen en uiteindelijk de stedelijke uitvoering van de OKT's te bepalen. Het gaat om de vraag waar de gemeente Amsterdam naar toe wil in de toekomst en de keuze voor de weg om die toekomst te realiseren. De scenario's moeten verder uitgewerkt en doorgerekend worden. Omdat tijdens de gesprekken in dit traject de voorkeur uitgaat naar scenario 3, de "zelf aan de slag teams", is in hoofdstuk 6 een voorzet gedaan om met dit scenario in de proeftuinen te experimenteren.

6. Experimenten voor in de proeftuinen als input voor opdrachtgeverschap 2014

In dit hoofdstuk worden een aantal experimenten uitgewerkt waarmee geëxperimenteerd kan worden in de proeftuinen in 2014. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Opzetten voorloper zelf aan de slag team
- Ontwikkelingsgerichte monitoring
- Casuïstiek overleggen
- Verdere flexibilisering en modernisering (innovatie) BTP
- Centering parenting
- Aanpak obesitas/overgewicht en aanpak schoolverzuim



9 januari 2014

7. Flexibilisering van de JGZ

Conclusies

- Het meest opvallend bij de flexibiliseringstrajecten is dat deze niet andere disciplines dan de JGZ-betrekt, variatie is gezocht in minder inzet van de arts of de verpleegkundige en in andere vormen van zorg zoals groepssprekken of meer accent op risicogroepen en slimme triage.
- Er is nog onvoldoende overall evidence of de flexibilisering echt iets oplevert; hier wordt wel aan gewerkt in het land.
- Uitwerking van de kosten en baten van de flexibiliseringstrajecten worden nergens genoemd
- Amsterdam heeft al veel geflexibiliseerd, vooral in triage en nu ook in nieuwe vormen van zorg zoals e-health.

Aanbevelingen

- Denk bij flexibilisering ook aan integratie met andere, niet sociaal medische disciplines.
- Zet altijd een goede monitor in, ga niet zomaar flexibiliseren.



9 januari 2014

Inhoud

Conclusies en aanbevelingen	2
Inleiding en uitgangssituatie	7
1. Takenpakket ouder- en kindteam	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Het ouder- en kindteam	8
1.3 Organisaties die ouder- en kindadviseurs leveren	9
1.4 Taken ouder- en kindadviseur	9
1.5 Wat opvalt aan de functieprofielen	11
1.6 Competenties ouder- en kindadviseur	12
1.7 Conclusies	12
1.8 Aanbevelingen	12
2. Welke taken kunnen worden uitgevoerd door welke beroepsgroepen	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Taken OKA volgens opleiders HBO instellingen	13
2.3 Taken OKA volgens teamleiders Amsterdamse jeugdhulpinstellingen/JGZ	14
2.4 Wat opvalt aan de taakverdeling	16
2.5 Analyse	16
2.6 Conclusies	17
2.7 Aanbevelingen	17
3. Verhouding taken tot productenboek JGZ	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Productboekanalyse op OKA producten	18
3.3 Hoe ziet de zorg er in de praktijk uit, uitgaande van de productbeschrijving?	19
3.4 Productboekanalyse op niet specifiek sociaal-medische taken	20
3.5 Conclusies	21
3.6 Aanbevelingen	21
4. Analyse en beoordeling van de offerte JGZ meerkosten proeftuinen 2014	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Uitleg	24
4.3 Conclusies	25
4.4 Aanbevelingen	25
5. 3 scenario's voor uitvoering van de Ouder- en kindteams	26
5.1 Inleiding	26
5.2 Scenario 1: JGZ als basisvoorziening	26
5.3 Scenario 2: Schuifpuzzel	26



9 januari 2014

5.4	Scenario 3: “zelf aan de slag teams”	28
5.5	Conclusies	29
6.	Experimenten voor in de proeftuinen als input voor opdrachtgeverschap 2014	30
6.1	Inleiding	30
6.2	Opzetten voorloper zelfstandig aan de slag team	30
6.3	Ontwikkelingsgerichte monitoring	31
6.4	Casuïstiek overleggen	32
6.5	Verdere flexibilisering en modernisering (innovatie) BTP	32
6.6	Centering parenting	32
6.7	Aanpak obesitas/overgewicht en aanpak schoolverzuim	32
7.	Flexibilisering van de JGZ	33
7.1	Inleiding	33
7.2	Groepsconsulten	35
7.3	Triage	35
7.4	Digitale en groepscontactmomenten voor gezonde jeugdigen en gezinnen	35
7.5	Aanbod voor risicojeugdigen en –gezinnen	35
7.6	Disciplines die de contactmomenten uitvoeren	36
7.7	Nieuwe contactmomenten voor jeugdigen ouder dan 14 jaar	36
7.8	Voorbeelden uit het land en flexibilisering door GGD Amsterdam	37
7.9	Conclusies	43
7.10	Aanbevelingen	43
Bronnen		44



9 januari 2014

Inleiding en Ausgangssituatie

Op diverse plaatsen in de stad Amsterdam zijn ouder- en kindteams (OKT) gestart. De OKT's zijn een uitwerking van het koersbesluit "Om het kind". In de teams zijn inmiddels zo'n 100 ouder- en kindadviseurs aan het werk. Een eigen registratiesysteem is in ontwikkeling (RIS). Er wordt gewerkt aan een coöperatie waarin o.a. de instellingen plaats gaan nemen die ouder- en kindadviseurs leveren zodat eenduidige aansturing wordt gerealiseerd.

Zoals beschreven in het koersbesluit "Om het kind" is het streven om de JGZ-taken, evenals die van het schoolmaatschappelijk werk, pedagogische adviseurs en jeugdhulpverleners, volledig te integreren in de ouder- en kindteams. Een herschikking van de inzet en de middelen van de jeugdgezondheidszorg (JGZ), schoolmaatschappelijk werk (SMW), pedagogische adviseurs (O&O) en jeugdhulpverleners (JHV) moet leiden tot minder dubbelingen en fragmentatie van het werk en uiteindelijk tot de gewenste besparing. De mate van integratie van de JGZ-taken en wie deze taken kan uitvoeren zijn onderwerp van discussie tussen DMO en de GGD. Deze discussie is waardevol, maar dreigt steeds meer een vertragende factor te worden in de ontwikkeling van de OKT's. Dit komt doordat er op een aantal vragen nog geen helder antwoord is geformuleerd.

Vraagstelling

DMO heeft Marian van Leeuwen en Martine Jansen van de JeugdZaak gevraagd om in het kader van de hierboven beschreven ontwikkeling, ondersteuning te bieden bij de beantwoording van deze vragen:

1. Beschrijf op zo concreet mogelijk niveau het takenpakket van de ouder- en kindteams, uitgaande van het koersbesluit.
2. Maak inzichtelijk welke taken door welke beroepsgroepen moeten of kunnen worden uitgevoerd.
3. Laat zien hoe dit zich verhoudt tot het productenboek/begroting van de JGZ van de GGD.
4. Geef, voor zover dat onder punt 3 nog niet is gebeurd, een analyse en beoordeling van de begroting van de JGZ van de GGD t.a.v. de meerkosten voor deelname aan de proeftuinen.
5. Werk een aantal scenario's uit voor het mogelijk functioneren van de OKT's.
6. Geef een aantal opties voor acties die uitgetoetst kunnen worden in de proeftuinen als input voor het opdrachtgeverschap van de stadsdelen aan de JGZ voor 2014.
7. Geef voorbeelden van hoe in Amsterdam en in het land met JGZ -flexibilisering wordt omgegaan.
8. Lever input voor de concrete invulling voor een bijeenkomst op 8 november 2013 met Tom van Yperen en Janine bezem.

In hierna volgende hoofdstukken wordt achtereenvolgens op bovenstaande onderwerpen ingegaan. Behalve op het laatste onderdeel. De input hiervoor is naar tevredenheid gegeven en de bijeenkomst bij DMO op 8 november jl. is goed verlopen.



9 januari 2014

1. Takenpakket ouder- en kindteam

1.1 Inleiding

De vraag is wat nu concreet het takenpakket van de ouder- en kindteams omvat. Het koersbesluit Om het Kind¹ hebben wij als leidraad genomen alsmede het document over de uitgangspunten van de Ouder- kindteams². Hiernaast hebben we de taken van de ouder- en kindadviseurs overgenomen uit de functieprofielen van de ouder- en kindadviseur -10 maanden – 4 jaar, 4 – 12 jaar, 12 – 19 jaar³. Deze functieprofielen zijn opgesteld voor de proeftuin Amsterdam Oud Oost maar worden in alle proeftuinen gebruikt.

Hieronder volgt eerst een korte beschrijving van de ouder- en kindteams en de ouder- en kindadviseurs. Vervolgens kijken we naar het takenpakket van de ouder- en kindadviseurs en geven daarbij aan wat ons opvalt.

1.2 Het ouder- en kindteam

Ouder- en kindteams en de buurtteams Samen Doen (MPG) vormen met het digitale platform de basisinfrastructuur van het nieuwe jeugdstelsel in Amsterdam. De ouder- en kindteams zijn er voor jeugdigen en hun ouders, andere opvoeders, familieleden en professionals in onderwijs, kinderopvang, jongerenwerk e.d. De teams sluiten aan bij het dagelijks opvoedmilieu van de jeugdigen, op kinderdagverblijven en op scholen en bieden nulde en eerstelijnszorg op het brede terrein van de jeugdgezondheidszorg, opvoeden, jeugdzorg, jeugd GGZ en jeugd VB.

De samenstelling van het ouder en kindteam is afhankelijk van de populatie in de wijk en de leerlingenpopulatie op de scholen. Het team is opgebouwd uit verschillende expertises en bestaat gemiddeld uit 20 à 25 ouder- en kindadviseurs, 3 à 4 jeugdartsen, 3 à 4 jeugdpsychologen en 2 à 3 assistenten. Uitgaande van 450 ouder- en kindadviseurs en 143.000 jeugdigen van 0-18 jaar komt de gemiddelde caseload uit op ruim 300 jeugdigen per ouder – en kindadviseur. Per OKT komt de caseload dan uit op gemiddeld 7.250 kinderen. Bij deze berekening wordt er vanuit gegaan dat het OKT alle kinderen in beeld heeft.

In het ouder-kindteam werken ouder- en kindadviseurs, die afkomstig zijn uit verschillende disciplines. De ouder- en kindadviseur (OKA) is een generalist met basiskennis op vier gebieden: 1) de preventieve jeugdgezondheidszorg, 2) opvoed- en opgroeiondersteuning, 3) geestelijke gezondheidzorg voor jeugdigen (jeugd GGZ), 4) (licht) verstandelijke beperkten-problematiek. De OKA werkt vraaggericht, cliënt- en systeemversterkend, omgevingsgericht en is op samenwerking gericht. Bovendien werkt de OKA in diverse netwerken. De OKA is “eigen kracht expert”. De huidige jeugdverpleegkundigen, schoolmaatschappelijk werkers, opvoed- en opgroeiadviseurs en jeugdhulpverleners met minimaal 5-10 jaar werkervaring en beschikkend over een aantal specifieke competenties kunnen ouder- en kindadviseur worden.

¹ Koersbesluit Om het kind. Programma Hervorming zorg voor de jeugd. Gemeente Amsterdam, 15 mei 2013

² Uitgangspunten Ouder- en kindteams op basis van het Koersbesluit, d.d. 15 mei 2013

³ Functieprofielen ouder- en kindadviseur -10 maanden-4 jaar, 4-12 jaar, 12-19 jaar versie 7 maart 2013



9 januari 2014

Het OKT is de spil in de zorg voor de jeugd dichtbij het gezin, op de basisschool, de school voor voortgezet onderwijs, in de buurt en werkt outreachend. Hij of zij weet het vertrouwen van de ouders te winnen en is het eerste aanspreekpunt voor ouders bij vragen en problemen rond opgroeien en opvoeden. Hij of zij benut de kracht van het gezin en het netwerk erom heen. De ouder- en kindadviseur staat naast de ouders en werkt altijd vanuit het gesprek met ouders. Hij of zij weet door houding en gedrag effectief met ouders te communiceren. Dat vraagt een zekere sensitiviteit van de professional.

De kern van de nieuwe werkwijze is dat de OKT's:

- de kracht van de ouders versterken,
- breed kijken naar de verschillende leefgebieden van ouders en kind en met het resultaat daarvan kunnen handelen,
- in staat zijn ertoe bij te dragen dat ouders met een groot aantal vragen problemen zelf verder kunnen en
- daardoor minder doorverwijzen
- en zo bijdragen aan ontzorgen en normaliseren en demedicaliseren.

1.3 Organisaties die ouder- en kindadviseurs leveren

De ouder- en kindadviseurs worden door diverse organisaties in Amsterdam geleverd. Het gaat hier om jeugdverpleegkundigen van de JGZ, schoolmaatschappelijk werkers van organisaties als Spirit en welzijnsinstellingen, opvoedadviseurs van de welzijnsinstellingen en jeugdhulpverleners van de diverse jeugdhulpverleningsorganisaties in Amsterdam. Het streven is dat alle ouder- en kindadviseurs die nu in de proeftuinen aan de slag zijn en die vanaf 2015 in de Ouder- en kindteams gaan werken, de taken uitvoeren zoals beschreven in de functieprofielen.

1.4 Taken ouder- en kindadviseur

De taken van de ouder- en kindadviseur staan beschreven in de functieprofielen van de ouder- en kindadviseur -10 maanden tot 4 jaar, 4-12 jaar en 12-19 jaar.

In het Koersbesluit worden de volgende kerntaken van de ouder- en kindadviseur beschreven:

1. Monitoren, screenen en vaccineren
2. De opvoeding van jeugdigen versterken
3. Ondersteuning aan ouders en professionals bieden
4. Signaleren & analyseren en toeleiden naar de tweede lijn

In de functieprofielen wordt niet gesproken over kerntaken maar over resultaatgebieden die niet één op één overeenkomen met de kerntaken. De volgende resultaatgebieden zijn in de functieprofielen genoemd:

1. Een uitgevoerd basistakenpakket conform de WPG
2. Een in kaart gebrachte opvoed- en opgroeisituatie
3. Geleverde adviezen en lichte hulp
4. Gearrangeerde zorg



9 januari 2014

Over de functieprofielen kan worden opgemerkt dat het niet geheel duidelijk is hoe deze tot stand zijn gekomen. Zijn de omschreven taken wetenschappelijk onderbouwd? Hoe zijn ze tot stand gekomen? Is het takenpakket volledig of zijn er nog mee taken mogelijk? Aangezien dit wel de taken zijn waarmee in de proeftuinen wordt gewerkt zijn ze in dit stuk integraal overgenomen.

In onderstaande schematische weergave zijn de taken uit de functieprofielen per leeftijdsgroep geclusterd naar de hierboven genoemde resultaatgebieden.

OKA - 10 maanden 19 jaar	OKA 0-4	OKA 4-12	OKA 12-18
Uitgevoerd BTP			
reguliere JGZ contacten	V		
periodieke screening sociaal medisch	V		
onderzoeken (PGO's)	V		
hielprik, neonatale gehoorscreening	V		
RVP	V		
OKA werkt samen met JVP en JA aan deze taken		V	V
opvoed- en opgroeisituatie in kaart gebracht			
werkt actief en zichtbaar op CB/OKC, psz, kdv en haalt proactief info bij ouder, kind, buurt en professionals	V		
Is structureel aanwezig op school en haalt proactief info bij ouder, kind, buurt en professionals		V	V
voert zelfstandig gesprekken met ouder, kinderen en profs om zicht te krijgen en signalen te beoordelen	V	V	V
werkt nauw samen met professionals op school		V	V
werkt systeemgericht, betreft het gezin en buurt bij analyse	V	V	V
zorgt voor terugkoppeling aan betrokkene/melder	V	V	V
ziet signalen van kindermishandeling en handelt ernaar	V	V	V
verheldert de vraag en analyseert de binnengekomen info en consulteert specialisten uit wijkteam	V	V	V
analyseert de zelfredzaamheid van ouders/kind met gebruik van instrumenten en schaaft evt. op naar Samen Doen	V	V	V
analyseert uitkomsten van PGO's en onderzoeken		V	V
vormt een oordeel (is actie nodig)	V	V	V
geleverde adviezen en lichte hulp			
geeft advies over opvoed- en gezondheidsvragen en versterkt eigen kracht van -10 maanden-4 jaar	V		
geeft preventief en proactief advies over verzorging en versterkt eigen kracht 0-4 jaar	V		
adviseert over (preventieve) verzorging 4-12 jaar		V	
adviseert over (preventieve) verzorging/ontw. 12+			V
ondersteunt leerkracht en school bij pedagogisch handelen en bij pedagogisch partnerschap bij ouders			
ondersteunt kind, leerling, jeugdige met gedrags- en sociaal- emotionele problemen		V	V



9 januari 2014

ondersteunt ouders bij opvoed- vragen en problemen en versterkt hun eigen kracht en evt. netwerk		V	V
adviseert over gezondheidsvragen in afstemming met JGZ		V	V
stelt zelfstandig plannen op en voert die uit			
voert systeemgerichte interventies in gem. 5 gesprekken		V	V
voert triple P 1,2 en 3 uit	V		
geeft trainingen	V		
gearrangeerde zorg			
haalt specialist van OKT of ander hulpaanbod erbij	V	V	V
maakt met afspraken tussen cliënten en organisaties over termijnen en terugkoppeling			V
maakt zorgplan voor zorg buiten school in afstemming met intern begeleider of zorgcoördinator		V	V
monitort uitgezette acties in Kidos	V		
voert zorgcoördinatie uit	V	V	V
evalueert met ouders of hun vraag/probleem is opgepakt	V	V	V
beoordeelt interventies op kwaliteit en effectiviteit	V	V	V

1.5 Wat opvalt aan de functieprofielen

Bij het profiel van -10-maanden tot 4 jaar staat het resultaatgebied “een uitgevoerd basistakenpakket” als eerste genoemd met een aantal specifiek benoemde deeltaken. Bij de profielen van 4-12 en 12-19 jaar staat deze taak als laatste genoemd, zonder specifiek omschreven deeltaken. Het zou logischer en consistent zijn de functieprofielen op dezelfde manier op te bouwen en ook voor de leeftijd 4-19 jaar specifieke taken uit het Basistakenpakket voor deze leeftijdsgroep te benoemen. Ook hier worden namelijk alle genoemde deeltaken uitgevoerd, zij het minder frequent en meer gericht op risicogroepen.

Een ander opvallend punt is dat bij dit resultaatgebied voor de leeftijdsgroepen 4 tot 12 en 12 tot 19 jaar staat dat de ouder- en kindadviseur samenwerkt met de jeugdverpleegkundige en jeugdarts om deze taken uit te voeren. Kennelijk wordt er van uitgegaan dat de jeugdverpleegkundige voor deze leeftijdsgroepen niet de ouder- en kindadviseur is.

Wat verder opvalt is dat er bij het functieprofiel - 10 maanden -4 jaar onder resultaatgebied 3 “gearrangeerde zorg” een taak is opgenomen die uitgezette acties in Kidos monitort. Deze taak komt in de profielen van 4-12 en 12-19 jaar niet voor. Dat is gek omdat er ook in die leeftijdsgroepen door de JGZ steeds geregistreerd wordt in Kidos.

Een laatste inconsistentie zien we in het functieprofiel 12-19 jaar. Daar is onder resultaatgebied 3 “gearrangeerde zorg” een taak opgenomen die luidt: “maakt afspraken met cliënten en organisaties over termijnen en terugkoppeling en zorgt voor goede afstemming met;” Deze zin is niet afgerond en in de functieprofielen -10 maanden-4 jaar en 4-12 jaar komt deze taak niet voor.

1.6 Competenties ouder- en kindadviseur

In de functieprofielen is vervolgens opgenomen dat alle OKA's minimaal 5 tot 10 jaar relevante werkervaring moeten hebben. Ook is brede basiskennis op het gebied van opvoed- en



9 januari 2014

opgroeiondersteuning, jeugdgezondheidszorg, GGZ en LVB nodig. Hiernaast is kennis van ontwikkelingspsychologie en pedagogiek vereist. Kennis van interne zorgstructuur, onderwijsstructuur en diagnostiek van normale en afwijkende ontwikkeling op betreffende expertisegebied is noodzakelijk. Hiernaast moeten de OKA's getraind zijn op Triple P niveau 1,2 en 3. Er wordt kennis van de sociale kaart van de buurt gevraagd alsmede kennis van de meldcode huiselijk geweld/kindermishandeling, privacywetgeving en enige kennis van sociale zekerheid.

Als competenties worden genoemd:

Clíëntgericht- en cliëntversterkend werken, systeemgericht werken, samenwerken/verbinden, resultaatgericht werken, analytisch denken, oordeel vormen en lerend vermogen hebben en flexibel zijn.

1.7 Conclusies

- Het takenpakket van de OKA is in de functieprofielen duidelijk omschreven maar niet consistent doorgevoerd naar alle leeftijdscategorieën.
- De taken uit het basistakenpakket JGZ blijven bij de functieprofielen 4-12 en 12-19 onderbelicht. Bovendien zou uit deze omschrijving geconcludeerd kunnen worden dat de Jeugdverpleegkundige geen deel uitmaakt van het OKT boven de 4 jaar.
- Ook is niet duidelijk hoe de functieprofielen tot stand zijn gekomen.
- De eis dat een OKA 5 tot 10 jaar werkervaring moet hebben om als OKA te kunnen functioneren is erg ambitieus.

1.8 Aanbevelingen

- Voer de taken in de functieprofielen consistent door in elke leeftijdscategorie.
- Stel het takenpakket op als een takenpakket en profiel voor een OKT, i.p.v. per OKA.
- Benoem ook de taken uit het basistakenpakket JGZ in de leeftijdscategorieën 4-12 en 12-19 jaar; een JGZ-verpleegkundige kan ook OKA 4-19 jaar zijn.
- Leg de functieprofielen met alle betrokkenen nog eens onder de loep om te bezien of ze compleet zijn.
- Laat de eis dat een OKA 5-10 jaar relevante werkervaring moet hebben los.



9 januari 2014

2. Welke taken kunnen worden uitgevoerd door welke beroepsgroepen

2.1 Inleiding

Om een beeld te krijgen van welke beroepsgroepen gezien hun opleiding in staat zouden moeten zijn om de ouder- en kindadviseurstaken uit te voeren, hebben wij diverse opleiders (HBO-Verpleegkunde, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, HBO Pedagogiek en Sociaal Pedagogische Hulpverlening) gevraagd om in het schema aan te vinken welke taken op dit moment door welke OKA kunnen worden uitgevoerd, op basis van de uitstroomprofielen van deze opleidingen. We hebben deze vraag ook aan de teamleiders en een stafarts van Amsterdamse organisaties die OKA's leveren gevraagd.

2.2 Taken OKA volgens opleiders HBO instellingen

Hieronder geven we weer welke OKA-taken volgens de opleiders van diverse huidige HBO opleidingen uitgevoerd kunnen worden wanneer de studenten hun opleiding voltooid hebben.

OKA - 10 maanden 19 jaar	OKA 0-4	OKA 4-12	OKA 12-18		HBO-V	MWD	HBO-P	SPH
Uitgevoerd BTP								
reguliere JGZ contacten	V				V			
periodieke screening sociaal medisch	V				V			
onderzoeken (PGO's)	V				V			
hielprik, neonatale gehoorscreening	V				V			
RVP	V				V			
OKA werkt samen met JVP en JA aan deze taken		V	V		V	V	V	V
opvoed- en opgroeisituatie in kaart gebracht								
werkt actief en zichtbaar op CB/OKC, psz, kdv en haalt proactief info bij ouder, kind, buurt en profs	V				V	V	V	V
Is structureel aanwezig op school en haalt proactief info bij ouder, kind, buurt en professionals		V	V		V	V	V	V
voert zelfst gesprekken met ouder, kinderen en profs om zicht te krijgen en signalen te beoordelen	V	V	V		V	V	V	V
werkt nauw samen met professionals op school		V	V		V	V	V	V
werkt systeemgericht, betreft het gezin en buurt bij analyse	V	V	V			V	V	V
zorgt voor terugkoppeling aan betrokkene/melder	V	V	V		V	V	V	V
ziet signalen van kindermishandeling en handelt ernaar	V	V	V		V	V	V	V
verheldert de vraag en analyseert de binnengekomen info en consulteert specialisten uit wijkteam	V	V	V		V	V	V	V
analyseert de zelfredzaamheid van ouders/kind met gebruik van instrumenten en schaaft evt. op naar Samen Doen	V	V	V		V	V		V
analyseert uitkomsten van PGO's en onderzoeken		V	V		V			
vormt een oordeel (is actie nodig)	V	V	V		V	V	V	V
geleverde adviezen en lichte hulp								



9 januari 2014

geeft advies over opvoed- en gezondheidsvragen en versterkt eigen kracht van -10 maanden-4 jaar	V				V			
geeft preventief en proactief advies over verzorging en versterkt eigen kracht 0-4 jaar	V				V			
adviseert over (preventieve) verzorging 4-12 jaar		V			V			
adviseert over (preventieve) verzorging/ontw. 12+			V					
ondersteunt leerkracht en school bij pedagogisch handelen en bij pedagogisch partnerschap bij ouders					V	V	V	V
ondersteunt kind, leerling, jeugdige met gedrags- en sociaal- emotionele problemen		V	V		V	V	V	V
ondersteunt ouders bij opvoed- vragen en problemen en versterkt hun eigen kracht en evt. netwerk		V	V		V	V	V	V
adviseert over gezondheidsvragen in afstemming met JGZ		V	V		V			V
stelt zelfstandig plannen op en voert die uit					V	V	V	V
voert systeemgerichte interventies in gem. 5 gesprekken		V	V			V	V	V
voert triple P 1,2 en 3 uit	V				V	V	V	V
geeft trainingen	V					V	V	V
gearrangeerde zorg								
haalt specialist van OKT of ander hulpaanbod erbij	V	V	V		V	V	V	V
maakt met afspraken tussen cliënten en organisaties over termijnen en terugkoppeling			V		V	V	V	V
maakt zorgplan voor zorg buiten school in afstemming met intern begeleider of zorgcoördinator		V	V			V	V	V
monitort uitgezette acties in Kidos	V				V			
voert zorgcoördinatie uit	V	V	V		V	V	V	V
evalueert met ouders of hun vraag/probleem is opgepakt	V	V	V		V	V	V	V
beoordeelt interventies op kwaliteit en effectiviteit	V	V	V		V	V	V	V

Uit het schema wordt duidelijk dat een afgestudeerde jeugdverpleegkundige volgens de opleiders verreweg de meeste taken van de OKA zou moeten kunnen uitvoeren. In ieder geval is de JVP de enige die de medische handelingen uit het takenpakket van de OKA kan verrichten. Taken die raken aan jeugdhulpverlening (opstellen zorgplan, systeemgerichte 5 gesprekken methodiek) kunnen volgens de opleiders niet worden uitgevoerd door een jeugdverpleegkundige. Deze taken kunnen dan wel weer worden uitgevoerd door de overige afgestuurde HBO-ers. Maar waar het gaat om medische handelingen uitgevoerd vanuit het BTP en het adviseren over gezondheidsvragen zijn deze afgestudeerden volgens de opleidingen niet gekwalificeerd. Opleidingen geven aan dat er wel verschil bestaat tussen afgestudeerden op basis van wel of niet gevolgte minors.

2.3 Taken OKA volgens teamleiders Amsterdamse jeugdhulpinstellingen/JGZ

In het volgende schema geven we weer welke taken uitgevoerd zouden kunnen worden door de huidige OKA's volgens de teamleiders en stafarts. We hebben alleen gevraagd naar wat teamleiders en stafarts van hun eigen 'medewerkers verwachten. We hebben dus niet gevraagd of ze willen/kunnen aangeven wat ze van de OKA's van andere organisaties verwachten.



9 januari 2014

OKA - 10 maanden 19 jaar	OKA 0-4	OKA 4-12	OKA 12-18	JGZ	SMW	O&O	JHV
Uitgevoerd BTP							
reguliere JGZ contacten	V			V			
periodieke screening sociaal medisch	V			V			V
onderzoeken (PGO's)	V			V			V
hielprik, neonatale gehoorscreening	V			V			
RVP	V			V			
OKA werkt samen met JVP en JA aan deze taken		V	V	V	V	V	V
opvoed- en opgroeisituatie in kaart gebracht							
werkt actief en zichtbaar op CB/OKC, psz, kdv en haalt proactief info bij ouder, kind, buurt en profs	V			V	V	V	V
Is structureel aanwezig op school en haalt proactief info bij ouder, kind, buurt en professionals		V	V	V	V	V	V
voert zelfstndig gesprekken met ouder, kinderen en profs om zicht te krijgen en signalen te beoordelen	V	V	V	V	V	V	V
werkt nauw samen met professionals op school		V	V	V	V	V	V
werkt systeemgericht, betreft het gezin en buurt bij analyse	V	V	V	V	V	V	V
zorgt voor terugkoppeling aan betrokkene/melder	V	V	V	V	V	V	V
ziet signalen van kindermishandeling en handelt ernaar	V	V	V	V	V	V	V
verheldert de vraag en analyseert de binnengekomen info en consulteert specialisten uit wijkteam	V	V	V	V	V	V	V
analyseert de zelfredzaamheid van ouders/kind met gebruik van instrumenten en schaaft evt. op naar Samen Doen	V	V	V	V	V		V
analyseert uitkomsten van PGO's en onderzoeken	V			V			
vormt een oordeel (is actie nodig)		V	V	V			
geleverde adviezen en lichte hulp	V	V	V	V	V	V	V
geeft advies over opvoed- en gezondheidsvragen en versterkt eigen kracht van -10 maanden-4 jaar	V			V	V	V	V
geeft preventief en proactief advies over verzorging en versterkt eigen kracht 0-4 jaar	V			V	V	V	V
adviseert over (preventieve) verzorging 4-12 jaar		V		V	V	V	V
adviseert over (preventieve) verzorging/ontw. 12+			V			V	
ondersteunt leerkracht en school bij pedagogisch handelen en bij pedagogisch partnerschap bij ouders				V	V	V	V
ondersteunt kind, leerling, jeugdige met gedrags- en sociaal- emotionele problemen		V	V				
ondersteunt ouders bij opvoed- vragen en problemen en versterkt hun eigen kracht en evt. netwerk		V	V	V	V	V	V
adviseert over gezondheidsvragen in afstemming met JGZ		V	V	V	V	V	V
stelt zelfstandig plannen op en voert die uit		V	V	V		V	V
voert systeemgerichte interventies in gem. 5 gesprekken				V	V	V	V
voert triple P 1,2 en 3 uit		V	V		V	V	V
geeft trainingen	V			V	V	V	V
gearrangeerde zorg	V				V	V	V

9 januari 2014

haalt specialist van OKT of ander hulpaanbod erbij	V	V	V		V	V	V	V
maakt met afspraken tussen cliënten en organisaties over termijnen en terugkoppeling			V		V	V	V	V
maakt zorgplan voor zorg buiten school in afstemming met intern begeleider of zorgcoördinator		V	V		V	V	V	V
monitort uitgezette acties in Kidos	V				V			
voert zorgcoördinatie uit	V	V	V		V	V	V	V
evalueert met ouders of hun vraag/probleem is opgepakt	V	V	V		V	V	V	V
beoordeelt interventies op kwaliteit en effectiviteit	V	V	V		V	V	V	V

2.4 Wat opvalt aan de taakverdeling

Wat opvalt is dat de teamleiders en stafarts van mening zijn dat “hun” medewerkers in staat zijn meer taken te kunnen uitvoeren dan de opleidingen op basis van hun uitstroomprofielen aangeven. Teamleiders geven wel aan dat op dit moment de jeugdverpleegkundigen deze taken nog niet allemaal (kunnen) uitvoeren, maar daartoe wel in staat zouden kunnen zijn. Jeugdverpleegkundigen zijn bijvoorbeeld Triple P niveau drie getraind, maar voeren het programma op dat niveau niet uit. De teamleider van de Jeugdhulpverleners geeft aan dat bepaalde medische handelingen, zoals meten en wegen, uitgevoerd zouden kunnen worden na het volgen van een training. Opgemerkt moet worden dat medewerkers intern nog vele trainingen volgen waardoor hun kennisniveau toeneemt.

Er is op dit moment geen opleiding die studenten aflevert die alle beschreven OKA taken kan uitvoeren. Evenmin is er een organisatie in Amsterdam te vinden 'met medewerkers die alle taken van een OKA kan uitvoeren. De generalist die Amsterdam voor ogen heeft is dus op dit moment nog niet te vinden.

2.5 Analyse

In de huidige proeftuinen wordt voor de leeftijdsgroep -10 maanden – 4 jaar de jeugdverpleegkundige ingezet als ouder- en kindadviseur, en voor de groepen 4-12 en 12-19 jaar de opvoedadviseur, schoolmaatschappelijk werker en jeugdhulpverlener. Deze verdeling roept stof op tot discussie. Het is de vraag of in de teams van boven 4 jaar de sociaal-medische blik niet te veel uit beeld verdwijnt als de jeugdverpleegkundige geen deel uitmaakt van het team van OKA's. Ook mede gezien de problemen die spelen op het gebied van overgewicht en obesitas. Evengoed is de vraag aan de orde of het ontbreken van SMW en O&O in de teams van 0-4 geen gebrek oplevert aan de pedagogische, psychologische en agogische blik in het team. Hiertoe is de bijgeleverde matrix gemaakt waarin per huidige HBO functie (JGZ, O&O, SMW, JHV) alle taken op een rijtje zijn gezet en is gekeken welke functie door welke OKA uitgevoerd kan worden en welke taak niet. We zien dat vrijwel alle taken (op de medische taken van de jeugdverpleegkundige na) door elke beroepsgroep uitgevoerd kunnen worden. Vervolgens is dan de vraag of je bepaalde “bloedgroepen” buiten bepaalde leeftijdscategorieën moet houden of dat er juist gestreefd moet worden naar het vormen van zo breed mogelijk samengestelde multidisciplinaire teams.



9 januari 2014

Overigens pleit het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid voor een toekomst waarin de publieke zorg voor jeugd wordt uitgevoerd met generalistische teams en breed opgeleide professionals.⁴ Een belangrijke voorwaarde voor een succesvol proces naar integraal werken is dat de ouder- en kindteams lerende netwerken zijn, waarin de verzamelde diversiteit aan expertise benut wordt. Elkaar consulteren en betrekken, in plaats van doorschuiven. Op die wijze leert iedere afzonderlijke ouder- en kindadviseur steeds meer bij.

2.6 Conclusies

- De belangrijkste conclusie is dat er nog geruime tijd nodig is om tot ervaren generalisten te komen. Stel dat over twee jaar het curriculum van de opleidingen dusdanig is aangepast dat er begonnen kan worden met het opleiden van de gewenste brede generalisten in de sociaal-medische, psychologische én agogische kennis kennisgebieden. Dan duurt het nog minstens 6 á 7 jaar voordat de eerste afgestudeerde brede generalisten van de opleiding komen met het juiste uitstroomprofiel. Voordat deze mensen in te zetten zijn in de ouder- en kindteams moeten ze ook nog 5 á 10 jaar werkervaring hebben. De optelsom die dan gemaakt wordt leert dat er nog minstens 12 jaar overheen gaan voordat deze zorgverleners kunnen worden ingezet. Dan hebben we het op zijn vroegst over het jaar 2025.
- Een andere conclusie is dat huidige OKA's al redelijk breed ingezet kunnen worden, maar dat er zorgen bestaan over de vraag of alle jeugdverpleegkundigen, pedagogen, schoolmaatschappelijk werkers en jeugdhulpverleners wel een blik hebben die "breed" genoeg is. Met name een gebrek aan de sociaal-medische blik bij niet medisch opgeleide medewerkers wordt zowel door de JGZ als door de agogische beroepsgroepen genoemd als punt van zorg.
- Op dit moment en in de nabije toekomst zijn er dus geen medewerkers te vinden die alle taken uit het functieprofiel van de OKA kan uitvoeren. Dit pleit voor het samenstellen van OKT's met medewerkers uit alle verschillende disciplines om een teamprofiel te krijgen dat voldoet aan de generalistische eisen van de gemeente Amsterdam.
- Om ook zicht te krijgen op wat de toekomstige OKA's zelf vinden van het takenpakket zou het bovenstaande schema ook nog ingevuld kunnen worden door deze mensen.

2.7 Aanbevelingen

- Doe de invuloefening met de het bovenstaande schema met alle organisaties in Amsterdam die OKA's (gaan) leveren om meer inzicht te krijgen in welke taken deze beroepsgroepen zelf denken te kunnen uitvoeren en welke niet.
- Doe dit zowel met management, teamleiders als de toekomstige OKA's zelf.
- Scherp de functieprofielen met de hierbij verkregen informatie aan.
- Zorg voor ruimte in het takenpakket om van elkaar te leren en stel multi-disciplinaire ouder- en kindteams samen. Maak in 2014 ruimte voor een stevig leertraject dat practice based is en aansluit op de bestaande opleidingen. Het leertraject in 2014 sluit op dit moment aan op bestaande opleidingen, maar vooral ook op het bestaand aanbod van deskundigheidsbevordering voor professionals (binnen de instellingen).

⁴ Betrokken en nabij. Contouren van een visie op de Publieke Zorg voor Jeugd en de rol van zorgverleners daarin. NCJ mei 2012.

9 januari 2014

3. Verhouding taken tot productenboek JGZ

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de verhouding van de taken van de OKA ten opzichte van het productenboek JGZ aan de orde. Dat een bepaalde beroepsgroep volgens het uitstroomprofiel van de opleiding bepaalde taken zou moeten kunnen uitvoeren, betekent nog niet dat die beroepsgroep dat in de praktijk ook doet. Dat is namelijk afhankelijk van de praktijk waarin de professional aan het werk gaat. We zijn nagegaan in hoeverre de JGZ-professionals, naast dat ze volgens de opleiders vrijwel alle taken van de OKA zouden moeten kunnen uitvoeren, dit in hun huidige praktijk ook daadwerkelijk doen. Daartoe hebben we het productenboek van de JGZ geanalyseerd. Dit productenboek is als het ware de overeenkomst die de gemeente aangaat met de JGZ over welke taken ze in hun gemeente uitvoert. We hebben alle taken uit het productenboek gescoord op de taken van de OKA. Zo hebben we er zicht op gekregen welke huidige taken van de JGZ overeenkomen met die van de OKA. Daarnaast hebben we opnieuw, nog specifiekere gekeken welke taken uit het productenboek naar ons inzicht niet per sé specifieke sociaal medische kennis vereisen en mogelijk ook door agogische geschoolden uitgevoerd kunnen worden. Sociaal medische kennis is kennis van de normale fysieke en psychische ontwikkeling en gezondheid van individuele kinderen en jeugdigen. Daarnaast is het kennis over specifieke groepen in een populatie (bijvoorbeeld over een school, een wijk, tienermoeders, MPG).

3.2 Productboekanalyse op OKA producten (bijlage tabblad 1 excel)

Verreweg de meeste taken die in het nieuwe systeem door de OKA zouden moeten worden uitgevoerd komen terug in de beschrijving van de productenboek JGZ. Deze staan hierna per onderdeel OKA taken beschreven:

Uitgevoerd BTP

De meeste producten van JGZ zijn –uiteraard– terug te vinden onder uitgevoerd BTP.

- De onderverdeling in *uitgevoerd BTP* zoals omschreven in de profielschets bij de OKA taken is onduidelijk; bijvoorbeeld het verschil tussen reguliere JGZ contacten en PGO's is niet helder en de omschrijving *OKA werkt samen met JVP en JZ aan deze taken*. Wat “*deze taken*” zijn wordt niet duidelijk.
- Een aantal producten scoort niet onder *uitgevoerd BTP*, maar juist wel onder de andere onderdelen van de OKA taken. Dit betreft onder meer: het overbruggingsplan overgewicht (24), Voorzorg (25), bezoeken voorschoolse voorzieningen (26), de ziekteverzuimbegeleiding VO (27), het Tienerpakket VO (29), tweede contactmoment VO (30, wordt waarschijnlijk verplicht), participatie in ZAT MBO (31), Zorgcoördinatie/Matchpoint (32) en de Plusproducten (A t/m G). Samen Starten (18) is integraal ingebed in de JGZ systematiek maar scoort ook vooral op de andere onderdelen van de OKA taken.

De opvoed- en opgroeisituatie in kaart gebracht

Hier wordt onder verstaan dat de OKA goed zichtbaar is, proactief signaleert, krachtversterkend samenwerkt met ouder en kind en samenwerkt met collega's uit andere organisaties. Bij ongeveer de helft van de JGZ producten staan taken die hiermee te maken hebben. Goede zichtbaarheid wordt



9 januari 2014

bijvoorbeeld beschreven in product 23 als: *“De OKC-assistent is (face-to-face en telefonisch) aanspreekpunt voor ouders, jeugdigen en professionals in en van buiten het OKC. Bij de balie van het OKC kunnen zij, zowel mondeling als schriftelijk, informatie opvragen over het OKC en voorzieningen in de buurt”* of in product 6 als *“een wekelijks weegspreekuur voor zuigelingen op elke locatie voor gewichtsmeting, advisering en voorlichting. Daarnaast een telefonisch spreekuur voor ouders van kinderen tussen 0 en 4 jaar en voor ouders van schoolkinderen en medewerkers van scholen.”*

Proactief signaleren vindt men bijvoorbeeld bij product 18 *“Vroege signalering van mogelijke probleemsituaties bij en rondom het jonge kind vanaf het PGO 8 weken op het consultatiebureau. Dit kunnen zowel psychische problemen, als sociaal-emotionele, medische, financiële en opvoedingsproblemen zijn.”* De diverse monitors (13, G) zijn ook een voorbeeld van proactief signaleren.

Samenwerken met andere collega's staat bijvoorbeeld beschreven als *“relevante gegevens terugkoppelen aan ketenpartners en doorgeleiding naar opvoedingsondersteuning binnen het OKC”* of *“De arts of verpleegkundige JGZ vertegenwoordigt het OKC en is op de hoogte van het OKC aanbod. Neemt tevens signalen vanuit school mee terug naar het OKC”*(16)

Geleverde adviezen en lichte hulp

Hier wordt onder verstaan dat de OKA advies en ondersteuning biedt aan kinderen, ouders en jeugdigen in de vorm van gesprekken, trainingen of scholingen. Daarnaast biedt zij ondersteuning aan partners. In ongeveer de helft van de JGZ producten staan taken die hiermee te maken hebben. Advies en ondersteuning wordt bijvoorbeeld in product 3 beschreven als *“Adviseren en/of verwijzen naar het (para)medisch circuit, de GGZ (geestelijke gezondheidszorg), of andere hulpverlening (bv. BJAA). Waar mogelijk wordt rechtstreeks verwezen.”* Het geven van trainingen of scholingen wordt bijvoorbeeld genoemd in *“de Triple P methodiek wordt gebruikt bij pedagogische advisering door de verpleegkundige JGZ”* of *“in een klassikaal filmpje voorafgaand aan E-MOVO (Electronische Monitor en VOorlichting), bij de E-MOVO adviezen en in een folder bij de uitnodiging worden de verschillende mogelijkheden voor jongeren om contact te krijgen met de GGD onder de aandacht gebracht”* (product 30).

Gearrangeerde zorg

Hier wordt coördinatie van zorg, verwijzen naar juiste zorg en monitoring bedoeld. Ook deze functies staan in ongeveer de helft van de JGZ producten beschreven. Het product Voorzorg (25) is hier een goed voorbeeld van: *er wordt volgens een gestandaardiseerd programma gewerkt aan 6 domeinen: (1) gezondheid van moeder en kind, (2) veiligheid van directe omgeving (3) levensloop ontwikkeling van de moeder (4) rol van de moeder (5) partner, familie en vrienden (6) andere gemeenschapsvoorzieningen.*

3.3 Hoe ziet de zorg er in de praktijk uit, uitgaande van de productbeschrijving?

In de manier waarop een aantal producten beschreven staan klinkt de openbare gezondheidszorgtaak (monitoren, screenen en vaccineren) sterk door. Veel JGZ producten zijn namelijk ingebed in een zeer strak gestroomlijnde organisatie rondom verplichte contactmomenten, het bereiken van álle kinderen en andere opgaven van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze zijn georganiseerd rondom noodzakelijk contactmomenten om te vaccineren en momenten van



9 januari 2014

screening (onderzoek heup, hart, visus etc). Daarnaast vraagt de Inspectie voor de Gezondheidszorg van de JGZ dat zij alle kinderen bereikt, dat er op de voorgeschreven contactmomenten inderdaad contact is, dat psychosociale problematiek, kindermishandeling en overgewicht gesignaleerd worden en dat hier ook iets aan gedaan wordt. In de manier waarop de producten zijn beschreven is dit zichtbaar. In de tabel zijn alle producten gescoord op de eisen van de Inspectie. Als afgeweken wordt van deze eisen door bijvoorbeeld een contactmoment anders in te richten, moet eerst toestemming van de Inspectie worden verkregen. De meeste producten zijn ofwel wettelijk verplicht of sterk verbonden (12,16, 18,19, 20,27) met wettelijke taken. Producten 20,21, 22, 23, 25, 26 B t.e.m. G zijn dit niet.

De JGZ doet weliswaar (bijna) alle OKA taken, de beschrijving in de producten en de ervoor beschikbare tijd laat echter zien capaciteit en elasticiteit om de taken uit te voeren gering is en erg wisselend per product. Zo is er voor elke individuele Amsterdamse baby in de eerste levensmaanden ongeveer 200 minuten contacttijd. Dit neemt snel af met de leeftijd. Voor een schoolkind 4 tot 12 jaar is dit ca. 200 minuten in 6 jaar. Voor kinderen met problemen is er overigens wel veel meer tijd, en voor geselecteerde groepen zoals kinderen die verzuimen of tienermoeders nog meer. Voor het gewone bereik van alle kinderen zijn een arts en verpleegkundige hoogstens 2 tot 4 uur per week aanwezig op een school. Daarin vindt overleg in het ZAT plaats en wordt een aantal extra zorg kinderen gezien. Op een VO school is er per leerling maximaal ongeveer een uur tijd per periodiek gezondheidsonderzoek (PGO).

Juist de producten die niet zondermeer vereist zijn voor de Inspectie zoals participatie in het ZAT of OKC sluiten het meest aan bij de gewenste OKA-taken. Dat geldt ook voor producten als Samen Starten of Voorzorg en de OKC assistente.

3.4 Productboekanalyse op niet specifiek sociaal-medische taken (bijlage tabblad 2 excel)

Een aantal taken uit het productenboek is niet specifiek sociaal-medisch, deze zijn rood aangegeven. Erachter is aangegeven door welke OKA's deze taken volgens ons ook zouden kunnen worden uitgevoerd. Onder taken in bijvoorbeeld het PGO (3) valt *“het beoordelen van factoren die de gezondheid bevorderen of bedreigen, door algemeen lichamelijk onderzoek, onderzoek van de groei, lichamelijke verschijning, zintuigen, BMI, ontwikkeling (specifiek motorisch/psychosociaal), spraak/taalontwikkeling en het sociaal en emotioneel functioneren”*. Dit laatste zou in principe ook door een maatschappelijk werker of opvoedadviseur gedaan kunnen worden. Dat geldt ook voor de *“beoordeling van de omgevings- en schoolsituatie”*. Een ander voorbeeld dat genoemd kan worden zijn onderdelen uit Samen Starten (18.) *“Vroege signalering van mogelijke probleemsituaties bij en rondom het jonge kind vanaf het preventief gezondheidsonderzoek 8 weken op het consultatiebureau. Dit kunnen zowel psychische problemen, als sociaal-emotionele, medische, financiële en opvoedingsproblemen zijn”*. Deze onderdelen binnen de producten is dus niet strikt sociaal-medisch te noemen. Denk bijvoorbeeld ook aan de mogelijke begeleiding bij (vermoeden van) kindermishandeling, advies geven voor vervolgonderwijs, opvoedingsondersteuning volgens Triple P methodiek niveau, onderzoek naar het sociaal en emotioneel functioneren waarin onder meer de SDQ oudervragenlijst (PGO 10), tienerpakket waarbij besproken wordt of er vragen leven bij ouders op het gebied van opgroeien, opvoedondersteuning, huiswerkbegeleiding, financiële ondersteuning. Zoals eerder vermeld en zichtbaar in de tabel zijn veel onderdelen echter wel zeer verweven in de JGZ organisatie.

9 januari 2014

3.5 Conclusies

- Het productenboek is een weerslag van wat “oud denken” genoemd zou kunnen worden. Dit denken is conform New Public Management en knipt integrale werkzaamheden op in losse en naar verwachting meetbare “producten”. Het denken is bedrijfsmatig, men denkt in termen van producten en klanten.
- Het productenboek suggereert dat er 39 afzonderlijke producten zijn (32 reguliere en 7 plusproducten) die elk afzonderlijk gekocht en uitgevoerd kunnen worden. Dit biedt nauwelijks ruimte voor de gewenste meer integrale werkwijze.
- In werkelijkheid is er overigens volgens de JGZ wel een andere, meer generalistische praktijk gegroeid. Bijvoorbeeld: een arts heeft één uur per week om op een school aanwezig te zijn in het ZAT(16), voert een gesprek met een leerling met een dreigende anorexia (7) , overlegt met de zorgcoördinator van de school over een andere leerling die mogelijk mishandeld wordt (11).
- Ook wordt aangegeven dat als in een OKT 4-19 één jeugdverpleegkundige als OKA één school bedient en daarnaast op een aantal andere scholen uitsluitend de JGZ taken uitvoert (dit model is nu alleen in het OK team 4-12 in West gerealiseerd) soepel en met zo min mogelijk inzet wel de JGZ expertise beschikbaar gesteld wordt aan de OKT-leden en in de praktijk de noodzakelijke ‘kruisbestuiving’ kan optreden.
- Dan zou wel gevraagd moeten worden van deze verpleegkundige dat zij daadwerkelijk de extra taken langer uitvoert en minder doorverwijst.
- Belangrijkste bezwaar van de huidige JGZ praktijk in relatie tot de gewenste OKA-praktijk is dus de nu zeer strak georganiseerde JGZ, waarin de JGZ weliswaar alle taken die ook de OKA moet uitvoeren al uitvoert, maar met beperkte tijd en ruimte.
- De wijze waarop verantwoord wordt blijft heel sterk output gericht en zegt weinig over de kwaliteit en/of het gewenste generalistisch werken. De vraag of en hoe het huidige productenboek in deze vorm ook in de toekomst door de gemeente zou moeten worden afgenomen laten we hier verder buiten beschouwing. Het stimuleert in elk geval niet de samenwerking.
- Uitzondering vormt een aantal producten zoals Samen starten (18) en Voorzorg (25) en Ziekteverzuimbegeleiding (27). Hier is een meer alomvattend pakket waarbij breder dan strikt sociaal medische taken worden uitgevoerd. De uitvoer van het werk is uiteraard beschreven voor JGZ professionals maar de taken zijn conform de OKA-taken en kunnen dus feitelijk ook door anderen uitgevoerd worden. Echter: Amerikaans onderzoek wijst nu juist uit dat uitvoering door verpleegkundige een meerwaarde heeft boven bijvoorbeeld uitvoering door een maatschappelijk werkende.
- De inspectie vereist dat er bepaalde wettelijke taken worden uitgevoerd, deze zijn verweven in meer dan de helft van de producten van het BTP.

3.6 Aanbevelingen

- Voor de toekomst kunnen taken van professionals uit andere organisaties geïntegreerd worden. Een eerstvolgende stap is dat ook de productboeken van de andere organisaties op dezelfde manier bekeken worden.
- Vervolgens kan een gemeenschappelijke integrale productbeschrijving gemaakt worden



9 januari 2014

- Daarbij kan in de toekomst een andere, integrale manier van verantwoorden gezocht worden, die ook veel meer outcome gericht is.
- Onderdelen van de huidige JGZ producten kunnen dan ook door een andere OKA verricht worden die geen sociaal medische achtergrond heeft en onderzocht kan worden of dat omgekeerd ook kan. Op dit moment is het de vraag wat dit oplevert gezien de grote organisatorische ingreep die dit vereist, maar voor de toekomst lijkt het wel een goede mogelijkheid.
- JGZ heeft hier zelf al een voorzet voor geleverd, door percentages in te schatten die overgenomen kunnen worden. Dit is echter logischerwijze sterk geënt op de huidige bestaande structuur en dat is waarschijnlijk niet behulpzaam om tot vernieuwing te komen.

9 januari 2014

4. Analyse en beoordeling offerte JGZ extra inzet proeftuinen 2014⁵

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een analyse en beoordeling gegeven van de begrotingsvoorstellen van de JGZ voor de kosten die volgens de JGZ gemoeid zijn met de extra inzet in de proeftuinen in 2014. In het koersbesluit staat dat de JGZ integraal onderdeel is van de ouder-kindteams. De JGZ staat daar volledig achter en wil bijdragen aan de ontwikkeling van de ouder-kindteams door aan de proeftuinen mee te doen, binnen alle leeftijdsgroepen. Belangrijkste voorwaarde is dat de essentie van de preventieve functie van de JGZ niet verloren gaat. Onderzoekspunten zijn een verdere doorvoering van meer risicogestuurde inzet van contactmomenten, het aanpassen van de werkprocessen en een bundeling van taken met andere functies binnen de Ouder- en kindteams. De wens van de wethouder is dat de JGZ de ruimte krijgt om te experimenteren en op termijn volledig participeert in de OKT's. Maar de financiering hiervoor geheel of zo veel mogelijk vindt in de eigen begroting. Er is een verschuiving van taken nodig om JGZ artsen en JGZ verpleegkundigen meer armslag te geven in de OKT's en tegelijk bij te dragen aan de bezuinigingstaakstelling die voor de gehele stad geldt. Hiervan is door de JGZ een financiële vertaling gemaakt.

Bronnen

- Concept JGZ inzet in de proeftuinen A tot Z om het Kind, Financiële onderbouwing van 23 sept. 2013
- Voorstel aanpassingen BTP JGZ inclusief 2 bijlagen van Astrid Krikken voor beleidsoverleg en PHO, 17 oktober 2013/8 november 2013
- Memo Inzet JGZ in gemeentelijke ontwikkelingen met bijlagen, van Paul van der Velpen en Elisabeth Jens aan wethouder Hilhorst en portefeuillehouder Rengelink, 23 oktober 2013
- Memo voortgangsoverleg OKC van Sytske Tjeerdema en Astrid Krikken aan wethouder Hilhorst en portefeuillehouder Rengelink, 7 november 2013
- Bijlage 2 Toelichting op nieuwe ontwikkelingen, deel B
- Bijlage 3 Extra besparing niet wettelijke taken en/of taken die onlosmakelijk verbonden zijn met het BTP en hun afbreukrisico's

	NOORD	OOST	CENTRUM	WEST	TOTAAL
FACTSHEET	€ 283.223	€ 264.038	€ 629.876	€ 325.948	€ 1.503.085
SUBSTITUTIE	€ 31.996	€ 47.821	€ 35.559	€ 59.800	€ 175.176
OFFERTE 2014	€ 34.286	€ 67.547	€ -	€ 40.342	€ 142.175
INZET JGZ	€ 216.941	€ 148.670	€ 594.318	€ 225.806	€ 1.185.734

Tabel 1 kosten

⁵ JGZ inzet in de proeftuinen A tot Z om het Kind, concept GGD/JGZ d.d. 23 september 2013

9 januari 2014

FACTSHEET	3,18	2,94	7,44	3,73	17,29
SUBSTITUTIE	0,38	0,58	0,43	0,72	2,11
OFFERTE 2014	0,77	0,87	0	0,53	2,17
INZET JGZ	2,02	1,5	7,01	2,48	13,01

Tabel 2, bijbehorende fte's

4.2 Uitleg

Factsheet: Met “de organisatie Factsheet” wordt bedoeld op een uitvraag van DMO (Norbert Krijnen, Marco Penders) aan de JGZ in juni 2013. Om te participeren in het ouder en kindteam is naast de huidige reguliere JGZ taken een raming gemaakt over de inzet van JGZ in de ouder en kindteams. Deze raming is een aanname. Zo is bijvoorbeeld op basis van de factsheet voor een proeftuin per stadsdeel 16 uur in de week aangenomen. Deze uren worden dan verdeeld over meerdere artsen, per proeftuin zijn gemiddeld 3 a 4 jeugdartsen verbonden. Gemiddeld komen de uren overeen met de gevraagde uren van de jeugdpsycholoog. De bedoeling hiervan was om aan te geven welke kosten per stadsdeel totaal gemaakt moeten worden voor deelname van de JGZ aan de proeftuinen. De bedragen zijn dus een door JGZ gemaakte inschatting van uren die de verpleegkundigen en artsen ongeveer nodig zouden kunnen hebben om naast de reguliere taken extra aanwezig te zijn op de plaatsen waar ouders en kinderen veel zijn en meer taken zelf uit te voeren in plaats van te verwijzen. Ofwel taken van een OKA.

Voor de OKA 0-4 was dit mede gebaseerd op ramingen die zijn gedaan vanuit stadsdelen op basis van eerste MBKA gegevens. De ramingen voor kosten inzet JGZ verpleegkundige 4 -19 blijken verschillend te zijn per uitvraag door een stadsdeel. In Centrum werkt een jeugdverpleegkundige als OKA 4-12 op een school voor 0.28 fte extra, in West is dit 0.53 fte. In Oost is de aanname dat indien jeugdverpleegkundigen meedraaien in het team (incl. scholingen) hier 1 uur per week per proeftuinschool voor nodig is gedurende 40 weken per jaar. Voor het VO is uitgegaan van 1,5 uur per week per VO school, gedurende 40 weken per jaar. Voor deze aanwezigheid is een totaal bedrag van € 1.503.085 gemoeid en het betekent een extra formatie van 11,80 fte. Let op: de idee was dat met deze bedragen de JGZ volledig zou kunnen participeren in de voor 2014 beoogde proeftuinen. Het is dus niet de reguliere inzet van JGZ in deze stadsdelen.

Substitutie betekent letterlijk vervanging. Er zijn door JGZ regulier uitgevoerde werkzaamheden die ook door andere dan JGZ professionals kunnen worden gedaan. Dit is onderzocht en daarmee kan een bedrag van € 175.176 gesubstitueerd worden. 2,11 fte JGZ wordt dan vervangen door de OKA. Overigens zou, mits geschikt, deze taak natuurlijk ook door een OKA gedaan kunnen worden die van JGZ afkomstig is. Let op: dit zijn dus taken die wel uitgevoerd moeten worden en in dit opzicht is het dus geen bezuiniging.

JGZ heeft voor de uitvoering van taken van de OKA in de proeftuinen capaciteit vrijgemaakt. Van de taken verpleegkundige JGZ 0-4 kan gemiddeld 9 % worden aangemerkt als taken die ook door de OKA kunnen worden uitgevoerd. Het gaat concreet om de producten: 7 extra zorg (5%), 15 huisbezoek op indicatie (10%), 19 participatie OKC. Zowel de inzet als secretaris van het casuïstiekoverleg als de inzet voor partneroverleg, product 26 bezoeken VVE (100%) en product 32 Zorgcoördinatie (10%). Voor de verpleegkundige 4-12 is het percentage over te dragen taken van de verpleegkundige naar de OKA 0,5 %. Het betreft de producten: 7 extra zorg (10%), 17 collectieve incidenten (50%) en 32 zorgcoördinatie



9 januari 2014

(10%) . Voor JGZ 12-19 is het percentage over te dragen taken van de verpleegkundige naar de OKA eveneens 0.5 %. Het gaat om de producten: 7 extra zorg(10%), 17 collectieve incidenten (50%), 19 tienerpakket VO (100%) en 32 zorgcoördinatie (10%) .

Offertes zijn afspraken van de stadsdelen met de JGZ over gewenste extra inzet van bijvoorbeeld aanvullend OKA werk 0-4. Denk hierbij aan intensivering contacten VVE/ KDV (Noord), uitvoering Triple P niveau 3, aanwezigheid bij spelinloop of extra proeftuintrajecten. Hier is verschil per stadsdeel te zien omdat deze inzet afhankelijk is van de wensen van het stadsdeel. Er is ook verschil in de duur van de offerte. Dit heeft te maken met contracten en afspraken met de stadsdelen. Met deze middelen kan € 142.175 worden bespaard en dit komt overeen met 2,17 fte. Deze bedragen komen dan ook in mindering op het bedrag dat de centrale stad betaalt.

De inzet JGZ is het geraamde bedrag minus de substitutie en de offertes van de stadsdelen. Dit is totaal € 1.185.734 en komt neer op een totale inzet van 13,02 fte (gemiddeld JGZ € 89.828 per fte). Voor 4 proeftuinen komt dit neer op een gemiddelde prijs van € 237.147 per proeftuin.

4.3 Conclusies

- De bedragen en fte's geven een deel van de werkelijkheid weer. Namelijk de gemiddelde prijs van JGZ voor inzet in een proeftuin en een kostprijs. En de prijs per fte voor een JGZ arts en verpleegkundige.
- Wat niet helderder wordt zijn de kosten die gemaakt worden bij verlies van synergie door het vormen van nieuwe functies, en smaller maken van het takenpakket van JGZ. Denk bij hierbij aan kennis van de geschiedenis van een kind en aan ontvlechtingkosten.

4.4 Aanbevelingen

- De vraag die eigenlijk gesteld moet worden is: welke kosten zijn gemoeid om met een efficiënte inzet de OKT taken uit te voeren. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gekeken of de vooronderstelde routing aansluit bij het gedrag van de cliënten en welke kosten gemaakt worden om de overgangen tussen professionals op elkaar te laten aansluiten.
- Het is de moeite waard om in een proeftuin ruimte te geven aan JGZ professionals zodat alle wettelijke taken goed uitgevoerd kunnen worden en goed bij te houden hoeveel extra tijd zij hiervoor nodig hebben en dit te vergelijken met een regio waar JGZ alleen haar basistaken mag doen. Hierbij moeten dan zowel kosten als taken worden geëvalueerd. Dit wordt verder in hoofdstuk 5 uitgewerkt.



9 januari 2014

5. Drie scenario's voor uitvoering Ouder- en kindteams

5.1 Inleiding

Naar onze mening zijn er drie scenario's denkbaar voor de nabije toekomst van de ouder- en kindteams in Amsterdam. Het eerste scenario volgt de zogenaamde vindplaatsen en ziet de JGZ als een vindplaats op zich. Op deze manier werkt de proeftuin in West min of meer. Het tweede scenario gaat uit van generalistische professionals, die elk afzonderlijk in principe alle OKA-taken kan uitvoeren zoals beoogd in het Koersbesluit Om het kind. Zoals we eerder zagen is al gauw 12 jaar gemoeid om tot deze professionals te komen. Tot die tijd is een overgangsfase nodig waarin zo effectief en efficiënt mogelijk de verschillende beroepsprofielen worden ingezet. Dat proces is als het ware een schuifpuzzel waarbij bijvoorbeeld JGZ taken inschuiven in de OKA taken en (deels) door andere professionals gedaan worden of MW taken die door JGZ gedaan worden. Hiermee wordt nu geëxperimenteerd in de proeftuinen. Het derde scenario dat wij zien is het scenario waarin multidisciplinaire teams worden samengesteld die zelfstandig aan de slag gaan, met een behoorlijke mate van zelfsturing en binnen de kaders van het koersbesluit zelf een werkwijze ontwikkelen waarin ze doen wat nodig is en past binnen hun taakopdracht/resultaatgebied. De scenario's worden hieronder uitgewerkt

5.2 Scenario 1: JGZ als basisvoorziening

JGZ is net zoals de kinderopvang, peuterspeelzaal en school te zien als een basisvoorziening, waar de OK-adviseur op aansluit en beschikbaar is. De JGZ kan hiermee de OK-taken uitvoeren voor de kinderen en ouders die vragen hebben en/of gesignaleerd worden binnen de JGZ. In dat geval (bijvoorbeeld) voert de JGZ de OKA-taken uit in aansluiting op de JGZ, de pedagogische adviseurs in aansluiting op de kinderopvang en peuterspeelzalen en SMW in aansluiting op de scholen. Ook bij zo'n insteek is er meer tijd nodig bij de JGZ voor het kunnen uitvoeren van de OKA-taken. Maar omdat de OKA-taken op de andere basisvoorzieningen door andere beroepsgroepen worden gedaan, en de JGZ daar minder doet, komen er uren vrij die de JGZ kan omzetten in OKA-taken. De verwachting is dat dit niet voldoende zou zijn, maar dat moet voor zover dat mogelijk is berekend worden. In dit scenario is het van belang dat de OKA's met elkaar in één gebiedsteam zitten en gebruik maken en leren van elkaars expertise. De JGZ verpleegkundige is in dit scenario deels OKA.

Voor een deel werkt het al op deze manier in de stad. De consultatiebureau's zijn een vindplek met een heel groot bereik in de stad. Maar de huidige manier van organiseren laat geen ruimte voor extra inzet vanuit de JGZ in de rol van OKA.

5.3 Scenario 2: Schuifpuzzel

In een eerder adviestraject in één van de proeftuinen is al een voorzet gedaan om te bezien welke taken van de JGZ (deels) uitgevoerd kunnen worden door schoolmaatschappelijk werkers of pedagogische adviseurs of jeugdhulpverleners.⁶

⁶ Uitwerking jeugdgezondheidszorg in de proeftuin Ouder- en kindteams in Amsterdam Oud Oost. Marian van Leeuwen i.s.m. Antje Dijk en Marrit Nijman, mei 2013



9 januari 2014

Product BTP JGZ 0-4	Huidige JGZ activiteiten te onderzoeken voor taken ouder- en kind adviseur	Voorstel % overdragen aan OK adviseur
7	Extra Zorg	max 5 %
15	Huisbezoek op indicatie.	max 10 %
19	participatie OKC verpleegkundige inzet als secretaris OKC overleg	100%
26	Bezoeken Voorschoolse voorzieningen	evt. 100%
32	Zorgcoördinatie / MP	max 10%

Product BTP JGZ 4-19	Huidige JGZ activiteiten te onderzoeken voor taken ouder- en kind adviseur	Voorstel % overdragen aan OK adviseur
7	Extra Zorg VPK 5 %	5%
17	Ondersteuning collectieve incidenten VPK 50 %	50%
29	Tienerpakket VO 100%	100%
32	Zorgcoördinatie / Matchpoint door VPK 10%	10%

Als er zicht is op hoeveel formatie per taak wordt ingezet, is te berekenen hoeveel formatie vrij kan worden gemaakt voor ouder- en kindadviseurs taken. Dit is voor een deel van de taken door de JGZ al gedaan en berekend in de offerte voor de extra inzet van de JGZ in de proeftuinen. Maar de vraag is of de JGZ dan zelf deze ouder- en kindadviseurs taken uitvoert (aangevuld met formatie om de overige ouder- en kindadviseurs taken uit te kunnen voeren) of dat anderen dit gaan doen, en de JGZ dus formatie ten behoeve van die anderen afstaat, blijft staan.

Bovenstaande exercitie van de JGZ zou ook moeten worden uitgevoerd voor de taken van schoolmaatschappelijk werk en pedagogisch adviseurs. Wat kan van die taken door JGZ worden uitgevoerd en wat niet. Tevens dient in beeld gebracht te worden om hoeveel fte het gaat. Hiermee zijn alle onderdelen van de schuifpuzzel compleet en kan bekeken worden welke taken door wie uitgevoerd kunnen worden binnen het beschikbare budget. Dit is een eerder stadium min of meer gedaan, maar zou herberekend moeten worden.

Om vervolgens de schuifpuzzel te kunnen maken zijn oriëntatiepunten van belang. Oriëntatiepunten op basis waarvan op de korte termijn (pragmatisch) kan worden bepaald welke beroepsgroep het



9 januari 2014

meest in aanmerking komen om voor bepaalde groepen de ouder- en kindadviseurs taken uit te oefenen. En welke taken er dan blijven liggen, omdat die beroepsgroep daar niet voor is opgeleid. En zijn er wettelijk, politiek en/of inhoudelijk redenen om die taken wel uit te voeren?

Een kanttekening bij deze schuifpuzzel is dat het wellicht voor ouders en kinderen niet meer duidelijk is wie welke taken uitvoert. Het kan verwarrend zijn als steeds andere mensen diverse taken uitvoeren, zowel medisch als agogisch. Het is de vraag wat het de stad oplevert om veel te schuiven met taken.

5.4 Scenario 3: “zelf aan de slag teams”

Als derde scenario kan gekeken worden naar de “zelf aan de slag teams”⁷. Deze Multi-disciplinaire teams leveren een besparing op omdat door een bepaalde mate van zelfstandigheid er minder management nodig is. In dit scenario maakt de JGZ integraal deel uit van het ouder- en kind team voor elke leeftijd, net als de opvoedadviseur, de schoolmaatschappelijk werker en de jeugdhulpverlener. De hoeveelheid fte per beroepsgroep per team moet vooraf bepaald worden, daarna is het aan de oka's zelf om te bepalen wie het beste wat kan doen. Principes als vraagsturing en zelfsturing zijn hierbij belangrijk.

Het gaan werken met ‘zelfstandig aan de slag teams’ vraagt niet alleen van de medewerkers andere competenties, maar zeker ook van het strategische en operationeel management. De onderstaande sturingselementen kunnen worden toegekend naar de verschillende niveaus in de organisatie:⁸

De manager stuurt op:

- Beleidsdoelen
- Dienstverlening
- Budgetbeheersing
- Cliëntenstromen en kosten

De teamleider stuurt op:

- Dienstverlening
- Verschuiving van zwaar >>> licht ambulant >>> preventie

De generalist in het wijkteam stuurt (zichzelf) op:

- Eigen kracht, preventie
- Integraliteit
- Eén gezin, één plan

Annemarie van Dalen promoveerde op de werkzame factoren voor zorgvernieuwing. Zij toonde aan dat zelfsturing belangrijk is. Bij succesvolle zorgvernieuwing liggen de verantwoordelijkheden ‘laag’ in de organisatie, dicht bij cliënten in clusters of teams. Er is ruimte én ook de verantwoordelijkheid om het werk zelf te organiseren binnen de kaders en uitgangspunten van de organisatie. Daar moeten de risico's worden gezien, worden genomen of moet voorkomen worden dat ze optreden.

⁷ Deze teams zijn nadrukkelijk geen zelfsturende teams. Een goede procesbegeleiding is nodig. Maar er wordt wel van deze teams verwacht dat ze met een bepaalde mate van zelfstandigheid opereren.

⁸ P.J. van Delden, Publieke sturing CJG Capelle a/d IJssel. Andersson Alferts Felix, 2013 (concept)

9 januari 2014

“De werkwijze is gebaseerd op vertrouwen in verantwoord handelen door opgeleide vakmensen, zorgverleners die met elkaar spreken over de zorg én de organisatie ervan en verantwoording afleggen over gemaakte keuzes. Het bieden van oplossingen die aansluiten op specifieke vragen van cliënten staat daar centraal. Eén van de grootste risico’s is dat er cruciale fouten worden gemaakt aan de basis, in het handelen van de zorgverleners. Een benadering geënt op een centraal neergelegde risicobeheersing en daarop aansluitende wijze van informatie verzamelen en toezicht houden past hier niet bij.”. Annemarie van Dalen noemt vijf kenmerken voor succesvolle zorgvernieuwing, deze vijf kenmerken kunnen als uitgangspunten worden meegegeven aan de organisaties die de ‘zelf aan de slag teams’ gaan vormen:

1. Actief bezig zijn met potentiële fouten. Een (bijna) fout kan worden gezien als een goed moment om het systeem en het handelen van betrokkenen te evalueren. Het gaat niet om het tellen en registreren van deze fouten op organisatieniveau, maar juist om het bespreken daarvan op de plaats waar ze zich hebben voorgedaan, zodat ervan kan worden geleerd.
2. Niet simplificeren. Mensen zijn geneigd om zaken eerder simpeler voor te stellen dan ze complexer te maken en nemen daardoor (te) snel de eerste verklaringsmogelijkheid aan. Succesvolle organisaties stellen zich niet tevreden met eerste verklaringen maar onderzoeken of meer en minder zichtbare factoren een rol spelen in risicovolle situaties. Zij moedigen organisatieleden aan om te zoeken naar expertise in de omgeving en afwijkende meningen en sceptische houdingen te onderzoeken.
3. Geaard in de organisatie. Latente fouten die ontstaan door gedrag van medewerkers kunnen niet worden gecorrigeerd door centrale controlesystemen en abstracte managementinformatie. Succesvolle HRO’s richten zich meer op de ‘frontline’ dan op het grotere plaatje van het organisatieniveau. Zij zorgen ervoor dat managementbeslissingen gefundeerd zijn in uitstekende kennis van de praktijk en operationele werkprocessen.
4. Veerkracht en incasseringsvermogen. Succesvolle organisaties ontwikkelen de capaciteit om veerkracht te tonen in onverwachte situaties of nadat fouten zijn gemaakt. De veerkracht bestaat uit het vermogen om fouten klein te houden en/of oplossingen te bedenken waardoor het systeem blijf functioneren. Vindingrijkheid en kunnen improviseren in onverwachte situaties wordt aangemoedigd. Dat vraagt van mensen een goede kennis van het vak, de technologie, zichzelf, materialen, het systeem en een werkklimaat waar het vinden van creatieve oplossingen wordt gestimuleerd.
5. Eerbied voor inhoudelijke expertise. Binnen HRO’s leeft het besef dat deskundigheid zich niet altijd in de hoogste lagen van de organisatie bevindt. Om te voorkomen dat fouten hoog in de hiërarchie grote gevolgen hebben, brengen organisaties beslissingsbevoegdheid lager in de organisatie. Autoriteit komt te liggen bij mensen met de meeste inhoudelijke expertise.

5.5 Conclusies

Deze scenario’s dienen als leidraad om de gedachten rondom de organisatie van de proeftuinen en uiteindelijk de stedelijke uitvoering van de OKT’s te bepalen. Het gaat om de vraag waar de gemeente Amsterdam naar toe wil in de toekomst en de keuze voor de weg om die toekomst te realiseren. De scenario’s moeten verder uitgewerkt en doorgerekend worden. Omdat tijdens de gesprekken in dit traject de voorkeur uitgaat naar scenario 3, zal in hoofdstuk 6 een voorzet worden gedaan om met dit scenario in de proeftuinen te experimenteren.



9 januari 2014

6. Experimenten voor in de proeftuinen als input voor het opdrachtgeverschap van de stadsdelen aan de JGZ 2014

6.1 Inleiding

Tijdens de gesprekken met de opdrachtgever kwam de wens naar boven om voor de bestaande en eventueel nieuw op te zetten proeftuinen nieuwe experimenten nodig zijn om de integratie van de JGZ in de OKT's te bevorderen. Hieronder volgen een aantal opties die zijn voortgekomen uit een overleg met JGZ, DMO en stadsdeel Oost.

6.2 Opzetten voorloper zelfstandig aan de slag team

Voorgesteld wordt om in een proeftuin een voorloper van een “zelf aan de slag team” in te richten. We hebben een toekomstgericht leermodel in ontwikkeling voor ogen. Het wordt een integraal team met JGZ, O&O, SMW en de jeugdhulpverleners. Natuurlijk maken ook de jeugdarts, jeugdpsycholoog en de assistent deel uit van het team. Gezocht moet worden naar een team dat niet te groot is, maximaal 15 OKA's. Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat wellicht in Amsterdam Noord een geschikt team geformeerd kan worden. Dit is nog niet met de implementatiemanager besproken.

Het slagen van zo'n team vraagt veel van de OKA's, en andere leden van het team, maar ook van de managers van de diverse organisaties. De sturing vanuit de organisaties moet losser worden. Een goede coach is nodig om de leden van het team zelf te laten bepalen hoe de werkzaamheden worden opgepakt en uitgevoerd.

In het vorige hoofdstuk noemden we vijf uitgangspunten voor de organisaties die de zelfstandig aan de slag teams gaan formeren:

1. Actief bezig zijn met potentiële fouten
2. Niet simplificeren.
3. Geaard in de organisatie
4. Veerkracht en incasseringsvermogen
5. Eerbied voor inhoudelijke expertise

Naast deze principes zijn er ook nog aandachtspunten die meer van praktische aard zijn, zoals:

- De voorkeur gaat uit naar het formeren van een OKT 0-12 jaar
- Het huidige beschikbaar budget wordt flexibel ingezet
- Extra budget regelen
- De samenstelling van het team hangt af van de samenstelling van de wijk
- Eigen scholingsbudget
- Goede coach/procesbegeleider aanstellen
- Genoeg tijd nemen om te experimenteren
- Verwachtingen van de managers van instellingen regelen
- Goed evalueren

9 januari 2014

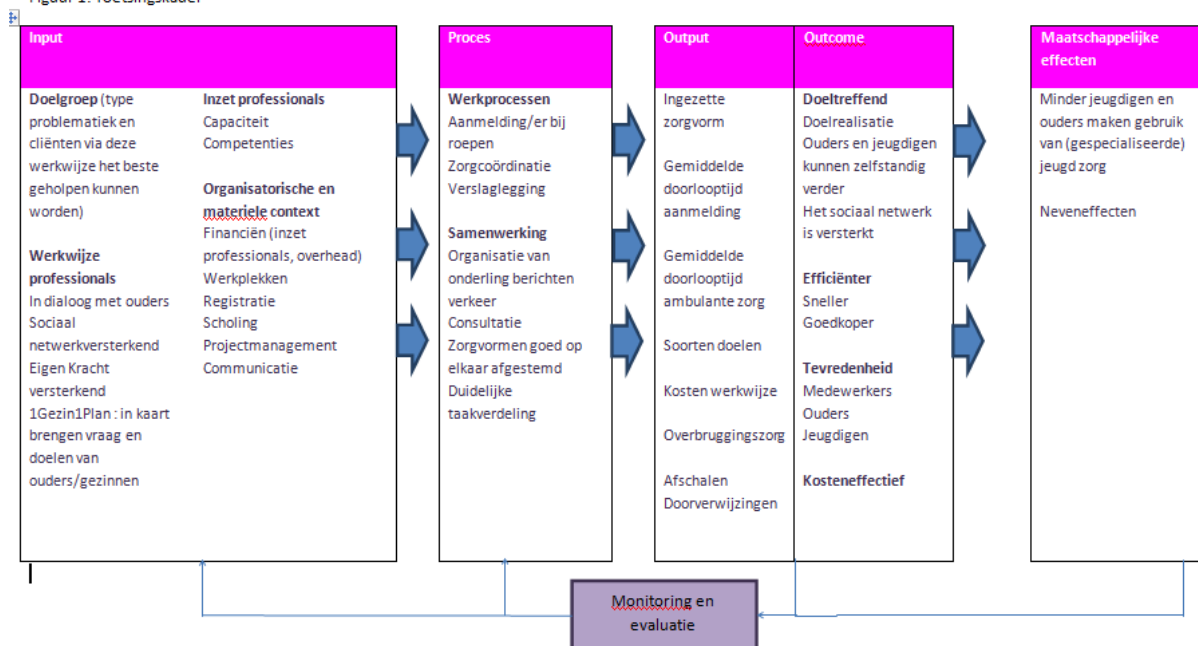
6.3 Ontwikkelingsgerichte monitoring

Om het proces te stimuleren en te richten is een ontwikkelingsgerichte monitor van belang. Met een dergelijke monitor hou je de pilot als het ware op koers. Hiertoe moeten oriëntatiepunten worden geformuleerd die na enige ontwikkeltijd als indicatoren kunnen worden opgenomen in de monitor. De oriëntatiepunten en de indicatoren die gemeten zullen worden zijn van verschillende ordes, we hebben het dan over:

- Inputindicatoren: alles wat er in de nieuwe werkwijze wordt gestopt aan visie, opdrachten, professionals, middelen etc.
- Procesindicatoren: de daadwerkelijke uitvoering
- Output indicatoren: de productie
- Outcome indicatoren: de resultaten
- Maatschappelijke effecten

In onderstaande figuur is als voorbeeld het toetsingskader weergegeven, dat is ontwikkeld voor een proeftuin in de stadsregio Rotterdam.

Figuur 1: Toetsingskader⁴



⁴ Opzet van het schema is ontleend aan www.ink.nl, zie ook 'Toets basisset indicatoren CJG' Nji: 2010.

Een monitor voor de zelf-aan-de-slagteams moet op maat worden gemaakt, in samenspraak met de projectleider/manager en leden van het team.



9 januari 2014

6.4 Casuïstiek overleggen

Voor de proeftuinen geldt dat er meer aandacht moet komen voor de stapeling van casuïstiek overleggen. Naast het OKC casuïstiek overleg zijn de ZAT's en ZBO's. Nu komt er ook nog een OKT casuïstiek overleg. Dat zijn te veel casus overleggen naast elkaar. Het is van belang om in kaart te brengen wat de bedoeling is van elk overleg, met name welke doelgroep men probeert te bereiken, wat wel goed werkt en wat niet en waar de overlap zit. Casuïstiek overleggen zijn overigens erg belangrijk voor het leerproces van de deelnemers in de proeftuinen. Een mogelijkheid om de overleggen anders en efficiënter in te steken is differentiatie naar enkel- en meervoudige problematiek. Dan kan vervolgens gekeken worden in welke vormen en met welke professionals casusoverleggen over enkel- en meervoudige problematiek worden uitgevoerd. Bovendien zou casuïstiek altijd met ouders en in de basisvoorziening besproken moeten worden

Voorgesteld wordt om in samenwerking met de JGZ de casuïstiek overleggen in de proeftuinen anders in te richten en te organiseren zodat er geen werkzaamheden dubbel worden uitgevoerd. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt in casusoverleggen ter lering van professionals en casusoverleggen voor (complexe) problematiek voor maken van plan van aanpak en afspraken over coördinatie van zorg.

6.5 Verdere flexibilisering en modernisering (innovatie) BTP

Voor alle proeftuinen en daarbuiten geldt dat de JGZ bezig is met het flexibiliseren van de contactmomenten van 4, 7, 5, 11 en 14 maanden en naar dat van 3,9 jaar. Dit levert enige financiële ruimte op, maar die zal beperkt blijven. Onder ander omdat het 4 maanden consult ook een prikmoment is. Ook word er gekeken naar innovatie van de uitvoering, zoals digitalisering en chatfuncties. Hiernaast wordt er geëxperimenteerd met voorlichtingen op maat en voorlichtingen in groepsverband. Deze modernisering levert wat winst, maar de JGZ verwacht niet dat het hier om enorme bedragen gaat. Wel kan gekeken worden in hoeverre het mogelijk is niet JGZ professionals om te scholen zodat zij JGZ taken kunnen uitvoeren.

6.6 Centering parenting

Voor een beschrijving van centering parenting zie het volgende hoofdstuk. Er is animo om met Centering parenting te experimenteren in de proeftuinen. Het werken volgens deze methode past uitstekend in de ontwikkelingen in Amsterdam en zullen uiteindelijk op zijn minst budgetneutraal moeten uitpakken. De winst zit hem in het versterken van de eigen kracht en netwerk van ouders. Zie voor meer informatie over Centering parenting het volgende hoofdstuk.

6.7 Aanpak obesitas/overgewicht en aanpak schoolverzuim

De gebieden van deze aanpakken lopen niet synchroon met de proeftuingebieden. Als de gebieden ruimer geïnterpreteerd mogen worden zodat ook de proeftuingebieden onder deze aanpak vallen, kan er op dat gebied meer worden uitgeprobeerd in de proeftuinen.

9 januari 2014

7. Flexibilisering van de JGZ

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat flexibilisering inhoudt en hoe dit in het land en door de GGD Amsterdam wordt toegepast. Daarna volgen conclusies en adviezen.

Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg is verankerd in de Wet Publieke Gezondheid en vastgelegd in de JGZ Richtlijn Contactmomenten. Deze richtlijn moet ertoe leiden dat elke jeugdige in Nederland rond dezelfde leeftijd dezelfde handelingen van eenzelfde kwaliteit door de jeugdgezondheidszorg krijgt aangeboden. De Inspectie voor de Volksgezondheid ziet toe op de naleving van de Wet. Naast het uniforme deel is er een maatwerkdeel, dat per gemeente verschillend is. Na evaluatie en onderzoek naar het gebruik van de Richtlijn Contactmomenten bleek dat organisaties graag onderscheid willen maken in het aantal contactmoment, door meer contactmomenten aan te bieden voor risicokinderen en – gezinnen en meer of minder contact aan te bieden op verzoek van ouders. Dit heeft ertoe geleid dat flexibilisering van de jeugdgezondheidszorg hoog op de agenda staat (NCJ, 2012). In de tabel is zichtbaar hoe flexibilisering geconcretiseerd kan worden.

Vorm	Uitleg
Aantal contactmomenten	Meer of minder dan de huidige 20 contactmomenten
Discipline	Wie voert het contactmoment uit? Jeugdarts, jeugdverpleegkundige, assistent en/of verpleegkundige specialist
Plaats	Waar wordt het contactmoment geboden? CB, CJG, school of thuis
Individueel of groep	Wordt het aanbod individueel gegeven of aan een groep ouders of jeugdigen
Vorm	De vorm van het contactmoment: Consult, huisbezoek, telefonisch, digitaal
Duur	Duur van het contactmoment
Triage	Betreffende de inschatting van de risico's van jeugdigen en classificeren.

De flexibilisering kan dus verschillende vormen krijgen en betreft bijvoorbeeld het aantal contactmomenten dat een kind krijgt aangeboden. Zo zullen gezonde kinderen minder contactmomenten krijgen dan risico- of aandachtskinderen. De winst in tijd en middelen die hiermee gemoeid is kan worden gestoken in meer aandacht voor risicojeugdigen en –gezinnen. Ook de discipline (de jeugdarts, verpleegkundige, verpleegkundige-specialist of de assistent) die het contactmoment uitvoert kan veranderen of afhangen of het gaat om gezonde kinderen of risicokinderen. Verandering van het contactmoment kan ook betrekking hebben op de plaats van het contact (thuis, in het OKC, op school). De duur van het contactmomenten kan eveneens verschillen. Als laatste kan de vorm van het contactmoment veranderen, zo kan het een huisbezoek, face-to-face afspraak, groep van jeugdigen of ouders, telefonisch of digitaal contactmoment zijn. Dit kan weer kan verschillen voor de groep gezonde kinderen of risicojeugdigen (NCJ, 2012).



9 januari 2014

Vorm	Aantal contact-momenten	Discipline	Plaats	Individueel of groep	Vorm	Duur	Triage
Centring pregnancy en Centring parenting		X		X			
ZONMw Op weg naar evidence-based triage binnen de jeugdgezondheidszorg van 0-4 jaar		X					X
GGD Gelderland Midden: Effect triage in de JGZ op signaleringsmethoden en de zorg (4-12 jaar)							X
ZONMw GGD Brabant ZO: Risico-inschatting door jeugdgezondheidszorg bij geautomatiseerde triage op grond van vragenlijsten VO	X				X		X
ZONMwKwalitatief onderzoek naar gevolgen van triage op verschillende leeftijdsmomenten, beschrijvend procesonderzoek		X					X
Icare JGZ: Impact en uitvoerbaarheid van taakherschikking van arts naar verpleegkundige binnen de JGZ 0-4		X					
Zeeland: Toepassen van zorgpaden in de jeugdgezondheidszorg		X			X		X
Twee alternatieve contactmomenten op 9 maanden bij niet-risico gezinnen	X			X			X
Evaluatie van advies en voorlichting bij flexibilisering van contactmomenten tussen 6 en 11 maanden	X						X
E-health4Uth: Nieuw contactmoment JGZ15/16 jaar door web-based signalering en triage, online advies-op-maat en preventief consult 'on demand'.	X			X			X
Wasstraat - Your health" - Integraal preventief zorgaanbod aan de voorkant van het MBO voor studenten met een hoog risico	X						
Hollands Midden: Flexibilisering basistakenpakket JGZ	X	X	X	X	X		X
Alle kinderen in Beeld	X			X	X		
Prenataal huisbezoek	X						
KIEN: Kwaliteit voor ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ	X	X	X	X	X		X

In bovenstaande tabel wordt bij 15 voorbeelden uit het land gescoord op de focus van flexibilisering. In de helft van de gevallen wordt geëxperimenteerd met de aantallen contactmomenten. Bijna altijd vindt een vorm van triage plaats. Daarop wordt in het vervolgtraject de discipline of de vorm van het consult aangepast. Er zijn twee voorbeelden waarin op bijna alle fronten geëxperimenteerd wordt. Hierna wordt kort ingegaan hoe de flexibilisering eruit kan zien.



9 januari 2014

7.2 Groepsconsulten

Samen met een werkgroep hebben Dam en Deering (2013) de mogelijkheden voor verdere flexibilisering van de contactmomenten in Amsterdam verkend. Hieruit blijkt dat Amsterdam vergevorderde plannen heeft voor modernisering en flexibilisering van het takenpakket JGZ. Uitgangspunt is dat het takenpakket dat aan alle kinderen wordt aangeboden voldoende is voor gezonde jeugdigen en gezinnen met het vermogen tot aanpassing en zelfmanagement en de mogelijkheden voor een optimale participatie in de samenleving. Het huidige aanbod voor risicokinderen en –gezinnen blijft bestaan en zal waar nodig uitbreiding behoeven. De contactmomenten bij de 1^e, 2^e, 4^e en 8^e week, 3, 6, 11 en 24 maanden en 3 jaar blijven in vorm ongewijzigd, de andere contactmomenten worden aangepast. Waarbij het individuele contactmoment voor gezonde jeugdigen en gezinnen kan komen te vervallen of vervangen kan worden door een collectief groepsaanbod, of door het bieden van digitale informatie.

7.3 Triage

Een belangrijke randvoorwaarde voor het aanbieden van contactmomenten op basis van behoeften en risico's betekent dat er een goede inschatting van de risico's en behoeften plaats dient te vinden. Bij deze triage worden jeugdigen gecategoriseerd in wel of geen risico jeugdige of – gezin⁹. Op basis van de inschatting wordt het aanbod verder aangepast. Daarnaast zien we dat aanbod tevens ingezet kan worden op basis van het wijkprofiel, de school waar de jeugdige op zit (bijvoorbeeld een school voor speciaal onderwijs), of dat het een 1^e kind is in het gezin of niet. In verschillende regio's wordt geëxperimenteerd met verschillende instrumenten voor deze triage. In Amsterdam wordt het DMO protocol als stapsgewijs volgsysteem en risicotaxatiemodel gebruikt. De wetenschappelijke basis voor de triage ontbreekt nog maar wordt wel op diverse plaatsen onderzocht. Ook is het nog onduidelijk of triage leidt tot kwalitatief vergelijkbare zorg tegen lagere kosten. Een geheel geautomatiseerde triage levert een kostenbesparing op in de vorm van tijdswinst.

7.4 Digitale en groepscontactmomenten voor gezonde jeugdigen en gezinnen

Voor gezonde jeugdigen en gezinnen vervallen met de flexibilisering enkele individuele contactmomenten, deze kunnen worden vervangen door collectieve consulten, digitale informatie of consulten of inloopsprekken. Bij de GGD Zeeland loopt bijvoorbeeld een project met verschillende zorgpaden voor jeugdigen. Ouders van jeugdigen zonder risico in het standaard zorgpad krijgen op 2 jarige leeftijd een e-consult aangeboden.

7.5 Aanbod voor risicojeugdigen en –gezinnen

Met de flexibilisering worden op maat contactmomenten aangeboden voor zogenaamde risicojeugdigen en –gezinnen. Zogenaamde contactmomenten op indicatie. Vaak wordt bedoeld op individuele consulten die voor gezonde jeugdigen komen te vervallen. Naast deze consulten voor risicojeugdigen en gezinnen wordt, bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van KIEN¹⁰ in Rotterdam, aandacht gegeven aan de samenwerking met andere betrokken ketenpartners en zorgcoördinatie voor deze jeugdigen, gericht op risicojeugdigen en gezinnen.

⁹ Bij onderzoek naar triage bij Thebe en Pantein worden jeugdigen ingedeeld in de groepen laag risico/gemiddeld risico/hoog risico.

¹⁰ KIEN staat voor Kwaliteit voor Ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ

9 januari 2014

Maar met de flexibilisering kunnen ook nieuwe contactmomenten voor risicojeugdigen geboden worden. Zo is door De Zorgboog en Yunio het 'Prenatale huisbezoek' als extra contactmomenten voor risicogezinnen ontwikkeld. Risicoselectie vindt plaats door verloskundigen. De huisbezoeken worden uitgevoerd door de JGZ-verpleegkundige, zij verheldert de problemen samen met de aanstaande ouders, motiveert voor en verwijst naar hulp, geeft voorlichting en lichte opvoedingsondersteuning. Ouders geven aan zich beter in hun vel te voelen en beter voorbereid op het ouderschap te zijn en vinden de adviezen bruikbaar. Jeugdverpleegkundigen vonden het een meerwaarde al voor de geboorte vertrouwen op te kunnen bouwen bij kwetsbare gezinnen.

7.6 Disciplines die de contactmomenten uitvoeren

Ook de disciplines die contactmomenten uitvoeren kunnen veranderen binnen de modernisering van de JGZ, of afgestemd worden op de zorgbehoefte van jeugdige en ouders. OP grond van triage wordt een indeling gemaakt welke discipline, wel binnen de JGZ, verder gaat. Kinderen met een gemiddeld risico (30%) ontvangen zorg van de verpleegkundige en de jeugdarts en kinderen met een hoog risico (20%) worden begeleid door jeugdarts en verpleegkundig specialist. Kinderen met een laag risico worden gevolgd door een team van verpleegkundige JGZ en verpleegkundig specialist waarbij de jeugdarts alleen op indicatie de kinderen onderzoekt. Hoewel er geen harde conclusies getrokken kunnen worden lijkt triage met drie maanden mogelijk het meest geschikt als eerste triagemoment.

7.7 Nieuwe contactmomenten voor jeugdigen ouder dan 14 jaar

In het kader van de flexibilisering worden er ook 'nieuwe' contactmomenten ontwikkeld voor 14-18 jarigen. De staatssecretaris staat achter het advies om aanbod voor jeugdigen vanaf 14 jaar in te richten en wil dit vastleggen (Min VWS, 2013). In het voorstel van Dam & Deering (2013) staat aanbod voor 16 jarigen in de vierde klas van het voortgezet onderwijs beschreven, met consulten op indicatie en specifieke scholen. Er zijn enkele initiatieven te benoemen in het land met betrekking tot contactmomenten voor jeugdigen ouder dan 14. Amsterdam is op dit onderwerp een voorloper met de invoering van het 2^e contactmoment VO, dit is nl. al structureel geïmplementeerd op alle Amsterdamse VO scholen

9 januari 2014

7.8 Voorbeelden uit het land en flexibilisering door GGD Amsterdam

In onderstaand overzicht zijn alle voorbeelden van flexibilisering zichtbaar. Achter de voorbeelden is opgenomen of en hoe de GGD Amsterdam hiermee omgaat of mee om wil gaan in de toekomst.

Naam project	Focus	Betrokkenen?	Wat is het?	Resultaten?	GGD Amsterdam
Centring Pregnancy en Centring parenting	Groep	TNO, SAG – Amsterdam	CenteringPregnancy is een vorm van groepszorg dat is gebaseerd op een Amerikaanse methode die in de USA erg succesvol is gebleken. In plaats van de huidige korte één op één controles tijdens de zwangerschap, wordt de zorg in 10 sessies aangeboden aan een groep van 10-12 zwangeren met eenzelfde zwangerschapsduur. CenteringParentingTM is gericht op groepszorg in het consultatiebureau	Uit onderzoek in Amerika naar CentringPregnancy blijkt dat deze vorm van zorg betere uitkomsten geeft. Er worden bijvoorbeeld minder kinderen te vroeg geboren.	Het huidige aanbod voor risicokinderen en –gezinnen blijft bestaan en zal waar nodig uitbreiding behoeven. De contactmomenten bij de 1e, 2e, 4e en 8e week, 3, 6, 11 en 24 maanden en 3 jaar blijven in vorm ongewijzigd, de andere contactmomenten worden aangepast. Waarbij het individuele contactmoment voor gezonde jeugdigen en gezinnen kan komen te vervallen of vervangen kan worden door een collectief groepsaanbod, of door het bieden van digitale informatie.
Op weg naar evidence-based triage binnen de jgz van 0-4 jaar	Triage	Gemeente Graft-de Rijp en GGD Hollands Noorden	Triage wordt in dit project gebaseerd op drie informatiebronnen: 1) de afname van de ASQ en/of andere signaleringsinstrumenten bij de ouders, 2) het stellen van aanvullende vragen aan de ouders en 3) Informatie vastgelegd in het dossier tijdens voorafgaande contactmomenten. Beslisregels over de aard van het contactmoment op 2 en 3 jaar worden ontwikkeld en beschreven in het triage-protocol.		In Amsterdam wordt voor 0 tot 4 jaar het DMO protocol als stapsgewijs volgsysteem en risicotaxatiemodel gebruikt. Samen Starten app: i.s.m. TNO en ZonMw ontwikkeld en onderzocht. JGZ wil onderzoeken/participeren in de doorontwikkeling van de SamenStarten App i.s.m. TNO, GGD Amsterdam (3.0) en gemeente PGO 9 maanden is alleen op indicatie(20%)
Effect van triage in de JGZ op signaleringsmethoden en de zorg (4-12 jaar)	Triage, Discipline	GGD Gelderland Midden	Passend in het beleid van aandacht voor risicokinderen is door Hulpverlening Gelderland Midden (HGM) in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) een innovatieve triagemethodiek ontwikkeld met onderliggende protocollen. Doktersassistenten en verpleegkundigen doen onderzoek bij alle kinderen op de reguliere contactmomenten. JGZ-artsen en -verpleegkundigen geven waar nodig vervolgzorg in de spreekuren.		Risicotaxatie en flexibele uitvoering PGO 5 PGO 10 op school PGO klas 2 en 4 van VO: risicotaxatie en flexibele uitvoering bij VMBO-t/HAVO/VWO. Vanaf schooljaar 2010-2011 (na een pilot in schooljaar 2009-2010). Alle leerlingen vullen een digitale (E-MOVO) vragenlijst in, inclusief SDQ, en krijgen op basis van de antwoorden online feedback en voorlichting op maat. Risicotaxatie

9 januari 2014

Risico-inschatting door de JGZ bij geautomatiseerde triage op grond van vragenlijsten in het Voortgezet Onderwijs	Triage, Discipline	GGD Brabant Zuid-Oost	In de tweede klas van het voortgezet onderwijs van havo/vwo-scholen voert de assistente het gezondheidsonderzoek (PGO) van niet-risicokinderen uit, de verpleegkundige dat van risicokinderen. Voorafgaand aan het PGO maakt de verpleegkundige de indeling wel of geen risicokind (trriage).	Uit het onderzoek zijn aanpassingen naar voren gekomen die noodzakelijk zijn om geheel geautomatiseerd te kunnen triëren met behoud van een goede risico-inschatting.	door verpleegkundige en vervolgens zo nodig bij een deel van de leerlingen. vervolgonderzoek door verpleegkundige of arts (als leerling al bekend is bij arts bv vanuit overleg op school, of ziekteverzuimbegeleiding), vervolgonderzoek door verpleegkundige. Uitvoering op school door doktersassistent bij alle kinderen VMBO-t/HAVO/VWO, screening: lengte en gewicht, Risicotaxatie door verpleegkundige gebeurt op basis van: E-MOVO vragenlijst, informatie van school over bv gezondheid, leefstijl, gedrag, verzuim, uitkomsten van de screening door doktersassistent, een verzoek van ouders en/of leerling Bij VMBO-LWOO en praktijkonderwijs wordt geen risicotaxatie gedaan, alle kinderen worden uitgenodigd voor een PGO klas 2 bij de arts.
Kwalitatief onderzoek naar de gevolgen van triage op verschillende leeftijdsmomenten	Triage, Discipline	Thebe JGZ, Pantein	Bij Thebe jeugdgezondheidszorg en Pantein worden ouders en zuigelingen op basis van een risico-inschatting (trriage) ingedeeld in drie groepen met een laag, gemiddeld of hoog risico op problemen. Kinderen en gezinnen met een laag risico (+/-50%) worden gevolgd door een team van verpleegkundige JGZ en verpleegkundig specialist waarbij de jeugdarts alleen op indicatie de kinderen onderzoekt. Kinderen met een gemiddeld risico (30%) ontvangen zorg van de verpleegkundige en de jeugdarts en kinderen met een hoog risico (20%) worden begeleid door jeugdarts en verpleegkundig specialist.	Het onderzoek heeft een gedetailleerde procesbeschrijving opgeleverd. In 50% van de triage-overwegingen wordt de uiteindelijke profielindeling bepaald door de aanvullende professionele overwegingen. Er is sprake van interprofessionele variatie tussen individuele JGZ-professionals en tussen locaties. Hoewel er geen harde conclusies getrokken kunnen worden lijkt triage met drie maanden mogelijk het meest geschikt als eerste triagemoment.	
Impact en uitvoerbaarheid van taakherschikking van arts naar verpleegkundige binnen de JGZ 0-4	Discipline	Icare JGZ	Verpleegkundigen zullen standaardconsulten, die voorheen door artsen werden gedaan, zelfstandig uitgaan voeren. De arts is coach, bepaalt beleid bij afwijkingen, ziet kinderen, als de verpleegkundige daarom vraagt, en voert daarnaast andere, nieuw te ontwikkelen, taken uit.	Conclusie van dit project is dat het haalbaar is om verpleegkundigen bij gezonde kinderen vanaf twee maanden alle consulten te laten uitvoeren. Zij hebben laten zien de bekwaamheid en het zelfvertrouwen te verwerven om deze taak uit te voeren.	



9 januari 2014

Toepassen van zorgpaden in de JGZ	Triage, Discipline, Vorm	GGD Zeeland	Een zorgpad omvat een heldere doelstelling en een beschrijving van alle zorgelementen. In het 18 maanden consult wordt samen met de ouders bepaald of en welke zorg kind en ouder nodig hebben in de komende peuterperiode: kinderen worden geïnccludeerd in twee zorgpaden: 1) een 'standaard' zorgpad met gebruik van e-consulten; en 2) een 'modulair' zorgpad bij verhoogd en hoog risico op ontoereikende opvoedingsvaardigheden met interventies en extra contactmomenten rondom opvoeden, gericht op samenwerking met ouders en ketenpartners in het CJG.	Werken met zorgpaden binnen de JGZ en CJG is mogelijk. De groepen in de twee ontwikkelde zorgpaden verschillen significant van elkaar (populatiekenmerken, ontwikkeling en opvoeding). Laag risico is goed te volgen middels e-consulten. Ouders zijn uiterst positief. De 'module opvoeding' is een instrument die alle CJG processen versterkt.	
Twee alternatieve contactmomenten op 9 maanden bij niet-risicogezinnen	Aantal, Groep, Triage	CJG Rotterdam Rijnmond; Thebe JGZ	Tijdens het consult voorafgaand aan het nieuwe aanbod (6-7 maanden) vindt triage plaats. Hierbij wordt een indeling gemaakt in risicokinderen en niet-risicokinderen. In het werkgebied van CJG Rijnmond krijgen ouders van niet-risicokinderen een groepsbijeenkomst aangeboden rond 9 maanden; in de regio Thebe JGZ krijgen ouders van niet-risicokinderen een online contactmoment aangeboden rond 9 maanden. Risicokinderen krijgen het reguliere individuele 9 maanden consult aangeboden.		
Evaluatie van advies en voorlichting bij flexibilisering van contactmomenten tussen 6 en 11 maanden	Aantal, Triage	GGD Midden Nederland	GGD Midden-Nederland heeft tussen 6 en 11 maanden 2 consultatiebureau bezoeken laten vervallen voor kinderen die geen risico lijken te lopen op ontwikkelingsproblemen. De consulten op 7,5 en 9 maanden vervallen. Op basis van een risicotaxatie op 6 maanden kunnen één of meer indicatieconsulten worden aangeboden voor kinderen met meer risico of op verzoek van ouders.	Er zijn criteria opgesteld waaraan scenario's voor flexibilisering van contactmomenten tussen 6 en 11 maanden aan zouden moeten voldoen	



9 januari 2014

E-Health 4Uth	Aantal, Vorm,	GGD Zuid-Holland Zuid	Het project gaat om het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een nieuw contactmoment Jeugdgezondheidszorg (JGZ) op de leeftijd 15/16 jaar (klas 3 VMBO, klas 4 HAVO/VWO) gebruikmakend van gevalideerde risicosignalering (SDQ), triage, nieuwe media (E-health4Uth met online feed-back/advies-op-maat, 'FAQ', E-mail/chat-sprekkuur). Het digitale contactmoment wordt waar gewenst of nodig aangevuld met een persoonlijk preventief consult met een verpleegkundige/arts.		Jongerensite jouwggd.amsterdam.nl vanaf 2011. Jougwd.amsterdam.nl is een jongerensite met informatie over gezondheid en leefstijl. Jongeren kunnen via deze site ook aangeven of zij willen chatten of mailen met JGZ e-team. Filmpjes: op de website ggdamsterdam.nl zijn filmpjes te zien over het visusonderzoek bij 3,9 jarigen, het onderzoek bij 5- en 10-jarigen, het onderzoek in 2e en 4e klas VO, en de jeugdarts op het MBO. E-team: een team van artsen en verpleegkundigen die chatten met jongeren. Medewerkers participeren in twitter @deschoolarts en @ggdjongeren
Wasstraat- Your Health	Aantal,	CJG Rijnmond	In het project worden jongeren die instromen op niveau 1 en 2 onderzocht op problemen op gebieden als inkomen, gezondheid, huisvesting en gezin. Daarna krijgen de jongeren in de interventiegroep een contactmoment met de sociaal verpleegkundige aangeboden op school. Jongeren die dat nodig hebben, worden vervolgens zoveel mogelijk binnen de zorgstructuur in het onderwijs geholpen en gevolgd.		
Flexibilisering BTP JGZ	Aantal, Discipline, Plaats, Groep, Vorm, Triage	GGD Hollands Midden	In Hollands Midden is in 2011 een scenario gekozen voor flexibilisering. Taxatie vindt plaats in een basisgesprek met ouders en JGZ professional mbt van de GIZ. Groepsconsulten, groepsvaccinatiessprekuren en groepsvoorlichting worden geboden aan ouders van niet-risicojeugdigen. De jeugdarts wordt ingezet als plusaanbod voor risicojeugdigen. Dienstverlening wordt vergroot met inloopsprekuren, digitale informatie, e-mail en chatmogelijkheden.		



9 januari 2014

Alle Kinderen in Beeld	Aantal, Groep, Vorm	De Zorgboog en Zuidzorg	Meerdere contactmomenten worden gedifferentieerd aangeboden, ten minste: 4 maanden, 7 ½ maand, 11 maanden en 18 maanden. Daarnaast wordt op vastgestelde momenten (2e-3e week, 6e week, 7-9 maanden, 2½ jaar en 3½ jaar) op indicatie een extra contactmoment of een collectief contactmoment opgenomen.	De JGZ organisaties zijn zich bewuster gaan richten op de kinderen die het echt nodig hebben, de vraag van ouders is meer centraal komen te staan en zij zijn beter gaan samenwerken met samenwerkingspartners in de jeugdketen. Het verminderen van de (ervaren) werkbelasting werd niet gehaald.	
Prenataal huisbezoek	Aantal	De Zorgboog en Yunio	In de regio's Helmond en de Achterhoek wordt onderzoek gedaan naar deze nieuwe werkwijze van prenatale huisbezoeken door een JGZ-verpleegkundige. Risicoselectie vindt plaats door verloskundigen op basis van het signaleringsinstrument ALPHA-NL en/of anamnese. De huisbezoeken worden uitgevoerd door de JGZ-verpleegkundige die de ouders ook na de geboorte bij het consultatiebureau zullen ontmoeten. De jeugdverpleegkundige verheldert de problemen samen met de aanstaande ouders, motiveert voor en verwijst naar hulp, geeft voorlichting en lichte opvoedingsondersteuning; bij zwaardere problematiek leidt de JGZ-verpleegkundige toe naar specifiekere vormen van hulpverlening.	Volgens zowel cliënten, jeugdverpleegkundigen en verloskundigen heeft het contactmoment een meerwaarde. Ouders geven aan zich beter in hun vel te voelen en beter voorbereid op het ouderschap te zijn en vinden de adviezen bruikbaar. Jeugdverpleegkundigen vonden het een meerwaarde al voor de geboorte vertrouwen op te kunnen bouwen bij kwetsbare gezinnen.	Onderdelen van actieplan modernisering JGZ en innovaties JGZ zijn ondermeer: • nog meer gebruik maken van digitale en sociale media in contact met klanten: brieven, website, filmpjes, GroeiGidsapp, (digitale) inloopsprekuren, digitale voorlichting, uitbreiding chat met ouders van kinderen 0-4 jaar, what's app, skype • eigen internetpagina voor een JGZ team (incl foto's medewerkers) • meer continu feedback klanten ophalen (bv door gastenboek) • onderzoeken mogelijkheden doorontwikkeling SamenStarten en DMO-protocol voor de leeftijd >4 jaar • op verzoek van verloskundige of ouder- en kindadviseur uitvoeren van prenataal huisbezoek • onderzoeken aanvullende mogelijkheden collectieve



9 januari 2014

KIEN: Kwaliteit voor Ieder Kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke JGZ	Aantal, Discipline, Plaats, Groep, Vorm, Triage	CJG Rijnmond	Ieder kind krijgt minimaal 12 individuele contactmomenten. Aanvullend gebruik maken van een collectief aanbod van vaccinatiesprekuren tot voorlichtingsbijeenkomsten. Aandachtskinderen krijgen individueel aanbod ook voor vaccinaties. Er vindt intensievere afstemming plaats met derden die betrokken zijn bij het gezin en er is extra tijd voor zorgcoördinatie. Belangrijke triage momenten worden in tijdens de individuele consulten bij 3-jarige leeftijd van het kind en in groep 2 gedaan.		preventie op scholen voor de leeftijden 10 jaar, 14 jaar, 16 jaar • onderzoeken mogelijkheden aanpassen vorm van PGO 4 maanden en PGO 14 maanden (inloopsprekuren, digitale voorlichting) • onderzoeken mogelijkheden risicotaxatie PGO 10 jaar • onderzoeken mogelijkheden uitvoering PGO 3,9 door verpleegkundige • wijkbijeenkomsten JGZ en huisartsen doorvoeren in proeftuinen A-Z en daarna gehele stad, i.s.m. gemeente, en 1stelijnsAmsterdam • participatie in Noord in overleg in overleg Beter Samen Doen (met 1e lijns gezondheidszorg, Samen DOEN team), waarbij vooral gekeken wordt naar plan van aanpak kinderen met obesitas.
---	---	--------------	--	--	--



9 januari 2014

6.4 Conclusies

- Het meest opvallend bij de flexibiliseringstrajecten is dat nergens buiten de JGZ disciplines wordt gedacht, variatie is gezocht in minder inzet van de arts of de verpleegkundige en in andere vormen van zorg zoals groepssprekuren of meer accent op risicogroepen en slimme triage.
- Er is nog onvoldoende overall evidence of de flexibilisering echt iets oplevert; hier wordt wel aan gewerkt in het land.
- Samen Starten is onderzocht in Gronings onderzoek: *Effectiviteit van het DMO-protocol bepalen. (UMCG i.s.m. Icare JGZ 29 november 2013).*¹¹
- Uitwerking van de kosten en baten van de flexibiliseringstrajecten worden nergens genoemd
- Amsterdam heeft al veel geflexibiliseerd, vooral in triage en nu ook in nieuwe vormen van zorg zoals e-health.
- Flexibilisering is zeker mogelijk, een ver doorgevoerde en uitgewerkte vorm is in Rotterdam Rijnmond met het Kien project, dit is een andere manier van flexibilisering en triage dan Amsterdam maakt deze afwegingen met behulp van het DMO protocol

7.10 Aanbevelingen

- Denk bij flexibilisering ook aan integratie met andere, niet sociaal medische disciplines
- Zet altijd een goede monitor in, ga niet zomaar flexibiliseren

¹¹ Het DMO-P draagt bij aan de kwaliteit van de JGZ: Beschermende factoren kunnen valide in kaart worden gebracht, dit geldt niet voor risicofactoren. De zorg sluit beter aan bij wensen van ouders. Er worden eerder en vaker risico's gesignaleerd (klein effect). Op de kind leeftijd van 18 maanden wordt een klein effect gevonden op hoe vrij ouders zich voelen om zorgen te bespreken op het consultatiebureau. Er werd geen effect gevonden op de psychosociale ontwikkeling bij kinderen op de leeftijd van 18 maanden



9 januari 2014

Bronnen

Literatuur

CJG Rijnmond (2011). *Factsheet: KIEN komt eraan!*

Dam & Deering (2013). *Modernisering takenpakket JGZ Amsterdam*. Zoetermeer: Verdonck, Klooster & Associates B.V.

DMO, Voorstel aanpassingen BTP JGZ inclusief 2 bijlagen van Astrid Krikken voor beleidsoverleg en PHO, 17 oktober 2013/8 november 2013

Dalen, A. van, *Zorgvernieuwing Over anders besturen en organiseren*, 2012

Delden, P.J. van, *Publieke sturing CJG Capelle a/d IJssel*. Andersson Alfes Felix, 2013 (concept)

DMO, Memo voortgangsoverleg OKC van Sytske Tjeerdema en Astrid Krikken aan wethouder Hilhorst en portefeuillehouder Rengelink, 7 november 2013

Functieprofielen ouder- en kindadviseur -10 maanden-4 jaar, 4-12 jaar, 12-19 jaar versie 7 maart 2013

GGD Amsterdam, Concept JGZ inzet in de proeftuinen A tot Z om het Kind, Financiële onderbouwing van 23 sept. 2013

GGD Amsterdam, Memo Inzet JGZ in gemeentelijke ontwikkelingen met bijlagen, van Paul van der Velpen en Elisabeth Jens aan wethouder Hilhorst en portefeuillehouder Rengelink, 23 oktober 2013

GGD Hollands Midden. *Stand van zaken flexibilisering van het basistakenpakket JGZ*.

Jong, Wim de, Kolk, Zefanja van der, Leeuwen, Marian van, (2012) *Jeugd- en Opvoedhulp om de hoek* Onderzoeksplan voor evaluatie en monitoring, de JeugdZaak i.o.v. Stadsregio Rotterdam

Koerbesluit Om het kind. Programma Hervorming zorg voor de jeugd. Gemeente Amsterdam, 15 mei 2013

NCJ (2012). *Scenario's voor flexibilisering in de JGZ*. Utrecht: NCJ.

NCJ (2013). *Tussenrapportage monitoring flexibilisering*.

NCJ (2012). *Betrokken en nabij*. Contouren van een visie op de Publieke Zorg voor Jeugd en de rol van zorgverleners daarin

Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (25 juni 2013). *Kamerbrief standpunt advies basispakket Jeugdgezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie VWS.

Vink, R., Ven Sleuwen, B. & Boere-Boonekamp, M. (2013). *Evaluatie prenatale huisbezoeken JGZ*. Leiden: TNO.

Uitgangspunten Ouder- en kindteams op basis van het Koersbesluit, d.d. 15 mei 2013



9 januari 2014

Uitwerking jeugdgezondheidszorg in de proeftuin Ouder- en kindteams in Amsterdam Oud Oost. Marian van Leeuwen i.s.m. Antje Dijk en Marrit Nijman, mei 2013

Websites:

ZonMW (2013). Programma: Vernieuwing Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg. Gevonden op 5 december 2013. Verkregen op 5 december 2013 van <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/vernieuwing-uitvoeringspraktijk-jeugdgezondheidszorg/algemeen/>

GGD Limburg Noord (2013). Zorg op maat: 'Wisselwachters op het goede spoor'. Verkegen op 6 december, 2013 van <http://www.ggdlimburgnoord.nl/Diensten/Jeugdgezondheidszorg/lk-ben-een-samenwerkingspartner>

TNO (2013). CENTERINGPREGNANCY; NIEUWE MANIER VAN VERLOSKUNDIGE ZORG. Verkregen op 5 december, 2013 van http://www.tno.nl/content.cfm?context=thema&content=prop_case&laag1=891&laag2=902&laag3=138&item_id=1318

Centring Healthcare (2013). WAT HOUDT CENTERINGPREGNANCY™ IN? Verkregen op 5 december, 2013 van <http://www.centeringhealthcare.nl/over-ons/informatie>

Annemarie van Dalen , 2013, **Toezicht en verantwoording. Van risico naar kans.** Nummer 1 februari 2013 www.boardroomzorg.nl