

Vergaderjaar 1997–1998

25 619

Jeugdzorg 1998–2001

Nr. 3

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 31 oktober 1997

Hierbij treft u aan mijn standpunt op het onderzoeksrapport «Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996» dat ik u op 14 mei jongstleden toezond. Dit onderzoek vloeide voort uit het standpunt op de positionering van de Jeugdgezondheidszorg 0–4 jarigen (TK, 1993–1994, 23 608, nr. 1).

Conclusies en aanbevelingen van het rapport

Doel van het onderzoek was het realiseren van een overzicht en analyse van de stand van zaken van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0–19 jarigen, in het licht van onderlinge afstemming, samenhang en samenwerking van de organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van deze zorg (thuiszorgorganisaties, GGD's en gemeentebesturen). Kwaliteit in termen van effectiviteit, doelmatigheid en prijs/kwaliteitverhouding stond in het onderzoek centraal.

De centrale vraagstelling van de evaluatie luidde: Wat is op 1 januari 1996 de stand van zaken:

- van de jeugdgezondheidszorg 0–19 jarigen sinds de vorige evaluatie-onderzoeken (1992/3) en in welke richting lijkt de JGZ zich – in een veranderende omgeving – te ontwikkelen?
- van de organisatorische vormgeving van de VTO-ondersteuningsfunctie (VroegTijdige onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen) en op welke wijze heeft inbedding in de reguliere zorg plaats gehad?

Het rapport doet onder meer uitspraken over de samenwerking van de jeugdgezondheidszorg met RIAGG's, (buurtnetwerken) jeugdhulpverlening, voorzieningen voor asielzoekers en vluchtelingen, netwerken jeugd welzijn alsmede gemeentelijke en provinciale netwerken. Uit het onderzoek blijkt dat de lokale bestuurlijke aandacht voor jeugd in de grotere gemeenten toeneemt.

Het rapport doet een aantal aanbevelingen. Deze zijn kort samengevat:

1. het vaststellen van één integraal basispakket JGZ
2. de ontwikkeling van één beleidsplan JGZ op lokaal niveau
3. het intensiveren van toezicht en sancties op de uitvoering
4. het buiten de marktwerking houden en het drempelloos toegankelijk maken van de JGZ, te bereiken door het opheffen van de toegangs-bijdrage voor de JGZ 0–4 jarigen en het creëren van een «status aparte» binnen GGD's voor de JGZ 4–19 jarigen voor zorgonderdelen conform het basispakket
5. het verbeteren van de effectiviteit van de landelijke regie.

Op deze aanbevelingen neem ik hierbij mijn standpunt in. Daarbij zijn richtsnoer de beleidsdoelen die ten grondslag liggen aan het jeugdgezondheidszorgbeleid: toegankelijkheid van noodzakelijke zorgvoorzieningen, kwaliteit, het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en kosteneffectiviteit en doelmatigheid.

1. Het standaardbasispakket JGZ

Het rapport constateert een omvangrijke variatie in de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Zo is er groot verschil in het aantal consulten, preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's) en screenings en de momenten waarop deze onderzoeken plaatsvinden. Deze verschillen kunnen niet verklaard worden uit relevante regionale omstandigheden die dergelijke verschillen rechtvaardigen. Een deel van de variatie wordt verklaard uit verschillende opvattingen binnen de medische beroepsbeoefenaren over de doeltreffendheid van de PGO's. Ik acht de omvang van de geconstateerde variatie niet gewenst.

De jeugdgezondheidszorg in Nederland is bedoeld voor alle kinderen van 0–19 jaar en hun ouders/verzorgers, waarbij de groepen met de hoogste risico's op gezondheidsschade ook de meeste zorg ontvangen. Een tijdige signalering van lichamelijke en psychische problemen op jonge leeftijd voorkomt gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Juist bij risicogroepen is gezondheidswinst te behalen. Werken aan een goede jeugdgezondheidszorg is daarom een investering in de toekomst.

Ik onderschrijf dan ook de aanbeveling van de onderzoekers om te komen tot de realisering van een standaardbasispakket JGZ. Dit pakket kan worden geformuleerd op basis van de reeds door VNG/LVGGD respectievelijk LVT ontwikkelde zorgpakketten «Zorgen voor Jeugd. Basispakket» en «Zorgpakket Ouder en Kindzorg. Inhoud en achtergronden van de ouder- en kindzorg». Een dergelijk standaardbasispakket omvat die JGZ-activiteiten die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden. Dit standaardbasispakket kan – voor wat betreft de 4–19 jarigenzorg – op initiatief van de betrokken gemeente worden aangevuld met een specifiek, op de lokale en individuele situatie toegesneden pakket. De financiering van het standaardbasispakket zal geschieden vanuit de huidige beschikbare financiële middelen. Financiering van het aanvullend pakket, waarvan de inhoud op geleide van de betrokken gemeente(n) wordt ontwikkeld is een gemeentelijke verantwoordelijkheid. De onderdelen van het standaardbasispakket die zich richten op de 0–4 jarigen worden gefinancierd uit de middelen die in de aanspraak «zorg aan ouder en kind» onder de «status aparte» vallen. Uiteraard kunnen thuiszorgorganisaties, als zij in additionele financiering kunnen voorzien, in aansluiting op lokale behoeften voor de 0–4 jarigenzorg een aanvullend JGZ-pakket (doen) ontwikkelen. Inmiddels is vanaf januari 1997 met het beschikbaar zijn van het Integraal Dossier JGZ een ongehinderde zorgoverdracht van de 0–4 naar de 4–19 jarigenzorg mogelijk.

Inmiddels heb ik als onderdeel van het actieprogramma «Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid» (zie mijn standpunt op het rapport «Gemeentelijk Gezondheidsbeleid. Beter op zijn plaats» dat ik u op 20 mei jl. toezond), een werkgroep Basistaken Jeugdgezondheidszorg ingesteld. Deze werkgroep, waarin zowel vakinhoudelijke als bestuurlijke expertise vertegenwoordigd is, heeft tot taak het standaardbasispakket JGZ (0–19 jarigen) te formuleren. Ook levert zij een overzicht van deeltaken binnen de JGZ (4–19 jarigen) die gemeenten naar eigen inzicht in een aanvullend pakket kunnen aanbieden. De rapportage dient uiterlijk in mei 1998 aan mij opgeleverd te worden.

Nadat ik vervolgens het standaardbasispakket heb vastgesteld, kan dit mede tot toetssteen dienen voor het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) uit te oefenen toezicht op de uitvoering daarvan. De implementatie van het basispakket zal onderdeel vormen van de voor het jaar 2000 voorgenomen evaluatie van de collectieve preventie, het gemeentelijk gezondheidsbeleid en de GGD's, zoals reeds in mijn standpunt op het advies van de commissie-Lemstra is verwoord. Ik ga ervan uit dat de komende jaren de inhoud van het pakket op basis van de resultaten van uit te voeren effectiviteitsstudies zal worden aangepast. Voor een zorgvuldige verwerking daarvan in het vigerende standaardbasispakket zal ik een procedure vaststellen.

2. De ontwikkeling van één beleidsplan JGZ op lokaal niveau

In bovengenoemd standpunt «gemeentelijk gezondheidsbeleid» heb ik gesteld het van belang te vinden dat gemeenten samenwerking tot stand brengen met partijen binnen de zorg en dat zij met betrekking tot de volksgezondheid integraal beleid voeren met andere sectoren. Gemeenten zullen relaties moeten leggen tussen taken als preventie, zorg, welzijn en andere terreinen die hiermee samenhangen, zoals bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning. Ik denk hierbij vooral aan een afstemming via de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid van de JGZ met lokale projecten rond preventief jeugdbeleid, jeugdzorg en onderwijsbeleid en de lokale functionele zorgnetwerken (thuiszorg, huisartsen, RIAGG's en ziekenhuizen), m.a.w. wederzijdse afstemming van zorg- en jeugdbeleid. De JGZ zal van deze gemeentelijke nota gezondheidsbeleid een – herkenbaar – onderdeel moeten uitmaken. Zij kan met name op het gebied van signalering en «early warning» een bijdrage leveren.

De Interdepartementale Werkgroep Opvoedingsondersteuning en Ontwikkelingsstimulering (IWG/OO) brengt voor het kerstreces een notitie uit over opvoedings- en ontwikkelingsproblemen in relatie tot maatschappelijke achterstanden, sociale uitval en jeugdcriminaliteit. Hierin zal ook op de rol van de JGZ worden ingegaan. Uit de experimenten opvoedingsondersteuning is reeds gebleken dat de JGZ onder bepaalde voorwaarden een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van (potentiële) opvoedings- en ontwikkelingsproblemen door vroegtijdig in te gaan op opvoedingsvragen.

Daarnaast heeft naar mijn mening ook de huisarts een belangrijke taak in het samenspel met jeugdarts en jeugdverpleegkundige, zowel voor wat betreft de 0–4 jarigenzorg als de 4–19 jarigenzorg. Deze kan voor de ouder/verzorger een stimulerende rol spelen voor het bezoek aan het consultatiebureau of kinderen doorverwezen krijgen van het consultatiebureau. De huisarts is evenzeer verwijzer van kinderen met een indicatie voor nader onderzoek naar kinderarts of andere relevante beroepsbeoefenaar.

Om de mogelijkheden van een dergelijke samenwerking beter in kaart te brengen ben ik voornemens een tweetal experimenten te entameren: een experiment waarin de mogelijkheden tot afstemming en samenwerking tussen de nulde en de eerstelijnszorg worden geëxploreerd (thuiszorg, GGD en huisarts) en een grootschaliger experiment, waarin naast de nulde en eerstelijnszorg ook de tweelijnszorg participeert (thuiszorg, GGD, ziekenhuis, RIAGG, medisch kinderdagverblijf).

3. Het intensiveren van toezicht en sancties op de uitvoering

Het evaluatierapport stelt dat momenteel een effectief mechanisme voor bijsturing van de uitvoering van de JGZ ontbreekt. Het adviseert daarom de bevoegdheden van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg (IGZ), zoals neergelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen, te vergroten. Een dergelijke uitbreiding van bevoegdheden acht ik – mij daarmee conformerend aan de visie van de IGZ – thans niet opportuun. Wel ga ik ervan uit dat wanneer ik het standaardbasispakket heb vastgesteld, dit mede tot toetssteen dient voor een door de IGZ effectief uit te oefenen toezicht op de uitvoering daarvan. Ook de professionele standaarden JGZ dienen als uitgangspunt voor toetsing door de IGZ.

4. Het buiten de marktwerking houden en het drempelloos toegankelijk maken van de JGZ

De KPMG-TNO-evaluatie concludeert dat «Het bevorderen van een gelijke toegang tot de JGZ impliceert dat de toegangsbijdrage voor de JGZ 0–4 niet meer passend is en zou moeten worden opgeheven.» Voor de JGZ 0–4 jarigen geldt met ingang van 1 januari 1997 de zogeheten «status aparte» voor de financiering van activiteiten die onder het pakket Ouder- en kindzorg vallen. Vanaf deze datum is de JGZ 0–4 jarigen buiten de marktwerking geplaatst. Macro is hiervoor (inclusief dieetadvisering en preventie) f 290 miljoen per jaar beschikbaar. De JGZ 4–19 jarigen is niet onderhevig aan de marktwerking. Voor dit JGZ-segment overweeg ik geen «status aparte» als geldt voor de 0–4 jarigen zorg. Met het beschikbaar komen van het standaardbasispakket JGZ en de implementatie daarvan wordt echter de uitvoering van een aantal, door het veld noodzakelijk geachte JGZ-activiteiten gegarandeerd.

Met genoegen heb ik kennis genomen van de bevinding in het rapport dat de JGZ in Nederland een laagdrempelige voorziening is. «Het bereik in 1995 van de zuigelingen was minimaal 95% (...) Het bereik in 1995 van peuters lager dan 90 (...) De opkomst van de schoolgaande jeugd lag in 1995 tussen de 90% en de 95% (...)» Ik constateer tevens dat uit het jaarlijkse rapport «Vaccinatietoestand Nederland per 1 januari 1996» van de IGZ (april 1997) blijkt dat de vaccinatietoestand het afgelopen decennium (binnen beperkte marges) stabiel is.

Voor de goede orde wijs ik er op dat de inentingen van het vaccinatieprogramma en de screening op congenitale hypothyreoïdie (CHT) en op fenyketonurie (PKU) buiten de vigerende toegangsbijsdragerregeling vallen en derhalve worden verstrekt, zonder dat een eigen bijdrage verschuldigd is. Teneinde elk misverstand te vermijden heb ik de IGZ verzocht bij de betrokken organisaties te benadrukken dat de inentingen van het Rijksvaccinatieprogramma en de screening op PKU/CHT niet onder de werking van de toegangsbijsdrage zijn gebracht en derhalve zonder het betalen van een eigen bijdrage worden verstrekt. Bij circulaire van 14 oktober 1997 is dit gebeurd (bijlage 1).¹

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

In mijn overwegingen inzake de toegangsbijsdrage en de toegankelijkheid in het algemeen van de JGZ ga ik er van uit dat de toeganke-

lijkheid van de JGZ – als laagdrempelige voorziening – gehandhaafd moet blijven. Uit de KPMG-TNO evaluatie werd niet duidelijk of er een relatie bestond tussen het bereik van de 0–4 jarigen zorg en het heffen van de toegangsbijdrage van f 55. Ik heb daarom de IGZ verzocht een quick scan uit te voeren naar de mogelijke gevolgen van het heffen van de toegangsbijdrage op de toegankelijkheid van JGZ-voorzieningen. Ook uit deze quick scan blijkt niet dat er de afgelopen jaren een aantoonbare relatie bestond tussen de toegangsbijdrage en de toegankelijkheid van de JGZ 0–4 jarigen (bijlage 2)¹. Het betreft al met al een complexe materie, die binnen de beschikbare termijn voor het uitwerken van dit standpunt nog niet tot een afgeronde standpuntbepaling heeft kunnen leiden. Op dit onderdeel zal ik voor 1 februari 1998 nader terugkomen. Ik zal bij dat standpunt ook de quick scan van de IGZ betrekken.

5. Het verbeteren van de effectiviteit van de landelijke regie

Het rapport constateert dat de effectiviteit van de landelijke regie verbeterd kan worden wanneer de betrokken koepelorganisaties meer dan tot nu toe het geval geweest is, beleidsmatige afstemming op het terrein van de JGZ tot stand brengen. De kwaliteit van zorg kan onder meer door standaarden worden gewaarborgd. Dit traject is reeds in december 1996 met een pilotproject in gang gezet, waarin de methodiek voor het opstellen van standaarden JGZ wordt ontwikkeld en één standaard volgens deze methodiek wordt opgesteld. Voltooid producten zullen hun plaats kunnen vinden in het standaardbasispakket.

Voorts hecht ik er aan dat ook de JGZ «evidence-based» wordt uitgevoerd. Er bestaat onmiskenbaar behoefte aan onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid van de JGZ 0–19 jarigen. Gezien de beperkte beschikbaarheid van voltooid wetenschappelijk onderzoek acht ik een prioritering van effectiviteitsonderzoek op dit gebied gewenst. Een dergelijk onderzoek kan worden gecombineerd met een snelle overzichtsstudie van reeds verrichte evaluaties van effectiviteitsonderzoeken JGZ 0–19 jarigen. Binnen het ZON-programma creëer ik mogelijkheden om daarin zowel de ontwikkeling van standaarden als het doen uitvoeren van effectiviteitsonderzoek in te bedden.

De landelijke coördinatie van activiteiten JGZ 0–4 jarigen geschiedt momenteel door het Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg (LC-OKZ). Voor de aansturing van bovengenoemde trajecten denk ik aan de totstandkoming van een landelijk gezaghebbend platform JGZ, waarin koepelorganisaties, professionals en wetenschap zijn vertegenwoordigd. Als taken zie ik voor dit platform de stimuleren van verdere kwaliteitsontwikkeling en de aansturing van vervolgactiviteiten rond het standaardbasispakket. Ik ben voornemens hierover binnenkort met betrokken organisaties van gedachten te wisselen. Het platform zou kunnen worden aangehaakt bij het platform openbare gezondheidszorg, dat ik in mijn standpunt op het rapport-Lemstra reeds heb beschreven.

VTO

De financiering van rijkswege van de VTO-ondersteuningsfunctie is per 1 juli 1994 beëindigd. Voor VWS is altijd uitgangspunt geweest dat VTO een onderdeel is van de reguliere zorg en als zodanig verder binnen deze zorg zou moeten worden ontwikkeld. Uit het onderzoek blijkt dat in 1995 vrijwel alle thuiszorgorganisaties en GGD's in een VTO samenwerkingsverband participeerden, hoewel niet elke thuiszorgorganisatie en GGD een bijdrage aan de VTO-teams leverden. Het rapport concludeert wel dat de deelname aan de VTO-samenwerkingsverbanden vanaf 1995 verminderde en dat er in 1995 in elk geval geen volledig dekkend netwerk van

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

VTO-teams aanwezig was. Het doet de aanbeveling dat, gezien de niet onaanzienlijke investeringen van thuiszorgorganisaties en GGD's er jaarlijks een landelijke verslaglegging wordt gemaakt, waaruit duidelijk de omvang en het resultaat van de werkzaamheden van de VTO-teams blijkt. Ik neem deze aanbeveling over en zal dit aspect in mijn voorgenomen overleg met de betrokken organisaties betrekken. Het ligt voor de hand dat de werkgroep basistaken JGZ de effectieve vormen van VTO zal opnemen in het standaardbasispakket JGZ. Naar mijn mening ligt hierin de waarborg dat VTO wordt aangeboden aan die kinderen die deze voorziening behoeven.

Resumé beleidsbeslissingen

1. er is een werkgroep Basistaken Jeugdgezondheidszorg ingesteld met de opdracht uiterlijk mei 1998 een standaardbasispakket JGZ te formuleren. Het pakket omvat die JGZ-activiteiten die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland worden aangeboden. Financiering geschiedt uit de huidige beschikbare middelen;
2. het standaardbasispakket kan worden aangevuld met een specifiek, op de lokale situatie toegesneden pakket. Thuiszorgorganisaties c.q. gemeenten dragen hiervoor financiële verantwoordelijkheid;
3. implementatie van het standaardbasispakket vormt onderdeel van de voor 2000 voorgenomen evaluatie van de collectieve preventie, het gemeentelijk gezondheidsbeleid en de GGD's;
4. gemeenten worden gestimuleerd om via de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid te komen tot wederzijdse afstemming van zorg- en jeugdbeleid;
5. er worden twee experimenten gestart met als uitgangspunt samenhang en samenwerking tussen de nulde, eerste en tweedelijnszorg;
6. het standpunt over de toegangsbijdrage voor de 0-4 jarigenzorg wordt voor 1 februari 1998 aan de Kamer meegedeeld;
7. de reeds ingezette ontwikkeling van professionele standaarden wordt gecontinueerd;
8. onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid van de JGZ wordt geïntensiveerd;
9. de totstandkoming van een gezaghebbend platform JGZ wordt gestimuleerd. Dit platform wordt onderdeel van het in oprichting zijnde platform openbare gezondheidszorg;
10. effectieve vormen van VTO worden in het standaardbasispakket opgenomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers