

Vergaderjaar 2000–2001

27 004

Positionering Jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar

Nr. 2

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 31 oktober 2000

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 4 februari 2000 inzake de beleidsnotitie Positionering Jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar (27 004 nr. 1). Deze vragen zijn, met uitzondering van de vragen 25, 28 t/m 30, 35, 36, 51 en 69, met de door de bij brief van toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt. De vragen en antwoorden worden voorafgegaan door een inleiding van de staatssecretaris.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Rouvoet (RPF), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Spoelman (PvdA), Hermann (GL), Kant (SP), Gortzak (PvdA), Buijs (CDA), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Arib (PvdA) en Atsma (CDA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Schutte (GPV), Van Gent (GroenLinks), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Smits (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Marijnissen (SP), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), O.P.G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Duijkers (PvdA) en Th.A.M. Meijer (CDA).

Inleiding

De onderwerpen uit de vragen 25, 28 t/m 30, 35, 36, 51 en 69 zijn op dit moment voorwerp van het bestuurlijk overleg dat ik met betrokken partijen voer. De antwoorden op deze vragen zijn dan ook niet in de bijlage opgenomen. Zo spoedig mogelijk na afronding van het overleg, zal ik u een brief met deze antwoorden toezenden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart

Vragen PvdA-fractie

1

Is feitelijk bekend hoeveel gemeenten inmiddels een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid hebben doen uitkomen? In hoeverre heeft het actieprogramma versterking gemeentelijke gezondheidsbeleid geleid tot een toename van zulke gemeentelijke nota's ?

Naar schatting van de VNG heeft 50% van de gemeenten initiatieven ondernomen om, ondersteund door hun GGD, een gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid op te stellen.

Dit resultaat valt inderdaad toe te rekenen aan het actieprogramma van de minister alsmede aan de – door VWS financieel gefaciliteerde – inspanningen van de VNG.

2

Zijn er gegevens bekend in hoeverre de afschaffing van de toegangs-bijdrage per 1 januari 1999 geleid heeft tot een groter bereik van jeugdigen en gezinnen (in achterstandssituaties)?

Op grond van een in 1999 door het KPMG verricht onderzoek naar het feitelijk gebruik van de JGZ door 0 tot 4 jarigen kan worden geconcludeerd dat de afschaffing van de toegangsbijdrage geen effect heeft gehad op het bereik van jeugdigen en gezinnen.

3

Binnen welke productgroep zou bijvoorbeeld de signalering van (taal)achterstand kunnen worden gerangschikt? Met andere woorden: op welke wijze zal/kan de jeugdgezondheidszorg een bijdrage leveren aan bijvoorbeeld doorverwijzing naar peuterspeelzalen dan wel vroegschoolse opvang?

De activiteit «spraak/taal» is door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg gerangschikt onder de productgroep «Monitoring en signalering». De benadering is zowel individueel als doelgroep gericht. Als de JGZ (taal-) achterstand signaleert kan zij ouders stimuleren hun kind gebruik te laten maken van de peuterspeelzaal en/of gebruik te maken van een ontwikkelingsprogramma.

4

Wat is de stand van zaken omtrent het overleg met de vier grote steden om, vooruitlopend op een definitieve wettelijke en financiële regeling van een geïntegreerde JGZ, alvast ruimte te bieden om tot zo'n integratie te komen? Zijn deze gemeenten bereid hieraan medewerking te verlenen? Brengt e.a.a. ook financiële consequenties met zich mee? Zo ja, welke?

Alvorens de grote steden ruimte te geven om aan de slag te gaan met een geïntegreerde JGZ, vooruitlopende op een definitieve wettelijke en financiële regeling, dient eerst het overleg te worden afgerond dat ik momenteel voer met VNG, GGD Nederland en LVT over de concretisering van mijn kaderstellende notitie van 4 februari jl. Op basis van die resultaten zal het overleg met de grote steden gestart worden, waarbij alle relevante aspecten aan de orde zullen komen.

Vragen VVD-fractie

5

Kan de staatssecretaris aangeven hoever de lokale beleidsvrijheid bij één uniform basispakket voor de JGZ 0–19 zou moeten gaan?

Het wettelijk basispakket bestaat uit zes productgroepen en bevat twee hoofdbestanddelen:

- a. uniform bestanddeel: verplichte activiteiten die aan elk kind worden aangeboden;
- b. maatwerk bestanddeel: activiteiten die niet verplicht aan elk kind worden aangeboden. Het aanbod van die activiteiten is afhankelijk van de zorgvraag en de lokale situatie. De gemeente heeft de beleidsvrijheid om daarvan uitgaande keuzen te maken en is als zodanig in staat zorg op maat te leveren. Het maatwerkdeel van het basispakket biedt de gemeenten de mogelijkheid om met inachtneming van de zorgvraag en de behoeften voorkomende uit de lokale situatie een eigen beleid te voeren.

Voor het overige verwijst ik u naar het antwoord op vraag 50.

6

Hoe ziet de nauwe samenwerking tussen de JGZ en de AMK's er idealiter volgens de staatssecretaris uit?

De JGZ heeft raakvlakken met het integraal (gemeentelijk) jeugdbeleid en met de (provinciale) jeugdhulpverlening en jeugdzorg. Zij kan als laagdrempelige, niet stigmatiserende voorziening, met een hoog bereik onder de jeugd, een belangrijke rol spelen als het gaat om het signaleren van (dreigende) problemen in de opvoedingssituatie, zoals kindermishandeling en -verwaarlozing. De samenwerking tussen JGZ en AMK moet eruit bestaan dat de JGZ tijdig vermoedens of signalen van kindermishandeling doorgeeft aan het AMK. Wanneer noodzakelijk neemt het AMK de melding over en zorgt na onderzoek voor inschakeling van de juiste hulp. Het AMK kan de JGZ (consultatiebureau-arts of schoolarts) adviseren bij een vermoeden van mishandeling en over de vraag hoe signalen van mishandeling te herkennen, te beoordelen en hoe daarmee om te gaan. In het voorstel tot wijziging van de Wet op de jeugdhulpverlening is een bepaling opgenomen op grond waarvan hulpverleners, waaronder artsen, (vermoedens van) kindermishandeling kunnen melden bij een AMK. Belangrijk in de samenwerking tussen JGZ en AMK's is dat beide partners goed op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden en op beleidsniveau samenwerken ten aanzien van de kwaliteit van de hulp en het signaleren van trends in de ontwikkeling van kindermishandeling.

7

Hoe moet de JGZ verbetering tot stand brengen in het bereiken van jeugdigen en gezinnen in achterstandssituaties?

Naast wat reeds tot stand is gebracht kan de JGZ een (verdere) verbetering in haar bereik realiseren door nauw samen te werken met andere voorzieningen in het kader van het integrale jeugdbeleid en meer «outreaching» (huisbezoek) te verwerken. Ook kan door gemeenten die immers op populatieniveau inzicht hebben in de bevolkingssamenstelling beter maatwerk worden geleverd.

8

Welke «specifieke activiteiten» heeft de staatssecretaris in gedachten om de doelstellingen van de JGZ te kunnen verwezenlijken?

De door de JGZ uit te voeren activiteiten dienen nauw aan te sluiten op de ontwikkeling van jonggeborene naar adolescentie en volwassenheid. In de eerste levensjaren ligt het accent meer op het individu gerichte preventieve zorg, zoals het opsporen van ziekten, het onderkennen van afwijkingen en ongewenste ontwikkelingen alsmede de uitvoering van het vaccinatieprogramma. Met het ouder worden verschuift het accent van de activiteiten naar meer groepsgerichte aandacht, zoals bijvoorbeeld de

vroege opsporing van psychosociale problematiek (zoals eetstoornissen en depressie). Tijdens deze ontwikkelingsfase is gerichte aandacht nodig voor invloeden van leefomgeving, cultuur, sociaal-economische status en dergelijke.

9

Wat is de relatie tussen de JGZ voor ouders en kinderen en het bureau jeugdzorg bij de vroege opsporing van psychosociale problematiek en hoe moet de samenwerking er in de praktijk uit zien?

De vormgeving van de samenwerking tussen de JGZ voor ouders en kinderen en het bureau jeugdzorg moet in de regio worden ingevuld. De JGZ is onder andere vanwege haar grote bereik een belangrijke vindplaats voor (ernstige) opvoeding- en ontwikkelingsproblemen. Het is de taak van de JGZ om signalen te onderzoeken, te screenen en door te verwijzen naar de juiste instantie, zoals het bureau jeugdzorg. Wanneer specifieke hulpverlening vanuit de jeugdzorg geboden is, verwijst de JGZ naar het bureau jeugdzorg, dat de toegang vormt voor de intersectorale jeugdzorg.

Het bureau jeugdzorg kan op haar beurt aan voorzieningen in het lokale netwerk voor jeugd, waaronder de JGZ, advies en consultatie bieden.

10

Wat is de bijdrage/positie van de jeugd-GGZ in het basispakket JGZ?

De jeugd-GGZ als zodanig is een curatieve activiteit en maakt daarom geen deel uit van het (preventieve) basispakket JGZ. Via de productgroep «Monitoring en signalering» en de productgroep «Voorlichting, advies, instructie en begeleiding» kan het kind zonodig door de JGZ worden doorverwezen naar het bureau jeugdzorg of anderen die zich met hulp aan jongeren bezig houden.

11

Hoe ziet de nauwe samenwerking met andere zorgverleners bij de onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren eruit en wie zijn die andere zorgverleners?

Voor de beschrijving van de nauwe samenwerking verwijs ik naar mijn opmerkingen in vraag 6 en 9. Bij zorgverleners denk ik onder andere aan huisartsen en hulpverleners in de jeugdzorg, maar ook verloskundigen en hulpverleners in de kraamzorg kunnen een belangrijke informatiebron zijn.

12

Onder welke omstandigheden dient de JGZ binnen de zorgsystemen (punt 6) als coördinator op te treden?

Voor sommige jeugdigen wordt door de JGZ (en andere lokale jeugdvoorzieningen) samengewerkt met en/of doorverwezen naar gespecialiseerde voorzieningen in de gezondheidszorg en de jeugdzorg. Na behandeling worden goede afspraken gemaakt over de nazorg. Mocht een interventie die volgt vanuit een doorverwijzing van de JGZ mislukken dan heeft de JGZ mede de verantwoordelijkheid om samen met diverse betrokkenen te zoeken naar een nieuwe weg.

13

Wat bedoelt de staatssecretaris met «een voor jeugdigen gelijkwaardig JGZ-aanbod» en bestaat die nu dan niet?

Het evaluatierapport «Op weg naar volwassenheid» constateerde in 1997 dat er een gevarieerde uitvoeringspraktijk in de JGZ bestaat. Het nu geformuleerde basispakket vervult een voorwaarde om te komen tot een integrale jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar en vermindert de geconstateerde ongewenste variatie in de uitvoering daarvan.

14

Op welke wijze moeten opvoedingsondersteuning en de brede school een bijdrage leveren aan de jeugdgezondheidszorg?

De JGZ kan een belangrijke bijdrage leveren aan opvoedingsondersteuning en de brede school.

De JGZ geeft voorlichting en advies aan ouders over de gezondheids- en psychosociale ontwikkeling van hun kind en kan doorverwijzen naar meer gespecialiseerde voorzieningen wanneer verdergaande hulp geboden is. Bij achterstanden in de ontwikkeling van het kind, ook op het gebied van taalontwikkeling, stimuleert de JGZ de ouders om hun kind gebruik te laten maken van de peuterspeelzaal en/of gebruik te maken van een intensief ontwikkelingsprogramma. Daartoe is samenwerking tussen de JGZ en andere lokale voorzieningen voor jeugd geboden.

Bij de brede schoolontwikkeling, die in zeer veel gemeenten vorm krijgt, kan de JGZ een belangrijke partner zijn in het netwerk van voorzieningen voor jeugd dat samenwerkt rondom de school.

15

Hoe ziet volgens de staatssecretaris een «goede balans» er uit tussen enerzijds wettelijke garanties ter wille van kwaliteitszorg en anderzijds de ruimte voor gemeentelijke verantwoordelijkheid voor optimale aansluiting op de specifieke gemeentelijke situatie?

Uitgangspunt is dat een kwalitatief hoogwaardige integrale jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar onder regie van de gemeente aan alle kinderen en hun ouders/begeleiders worden aangeboden. Kwaliteitsborging vereist het stellen van expliciete regels voor de uitvoering. Bij de realisering van dit uitgangspunt zal derhalve de kwaliteitsborging van het uniforme deel van het basispakket in een goed evenwicht moeten worden gebracht met de beleidsmatige vrijheid van gemeenten om het maatwerkdeel van het basispakket naar eigen inzicht, rekening houdend met de zorgbehoefte van het kind, uit te voeren.

16

Kan de staatssecretaris aangeven wat de plek van de Wet op de jeugdzorg is binnen het traject van het ontwikkelen van een basispakket voor de JGZ?

De Wet op de jeugdzorg en het traject rond de JGZ zijn twee aparte trajecten maar uiteraard wordt gezorgd voor een goede afstemming. De notitie met het beleidskader van de Wet op de jeugdzorg zal in juni dit jaar naar de Tweede Kamer worden gezonden. De bespreking van deze notitie is geagendeerd voor een Nota Overleg op 26 juni a.s.

Vragen CDA-fractie

17

Mag uit de gepresenteerde beleidsvisie worden opgemaakt dat de regie van de jeugdzorg van 0–19 jaar het beste kan worden verzorgd door de gemeenten?

Ja. Ik ga er hierbij van uit dat met de aanduiding «jeugdzorg» de jeugdgezondheidszorg wordt bedoeld.

18

Bij problemen in de ontwikkeling of in de gezinssituatie wordt samenwerking bepleit met maatschappelijk werk, jeugdzorg en AMK's. Is een goede samenwerking met de curatieve sector (huisartsen, kinderartsen etc.) zoals dat nu het geval is, niet evenzeer wenselijk?

Een goede samenwerking met de curatieve sector is uiteraard wenselijk. In de praktijk vindt zulks reeds plaats.

19

«De JGZ (0–19 jaar) is een zorgvoorziening», etc. Is het niet beter te spreken van gezondheidsbevordering conform de nomenclatuur van de Zorgnota, of wordt met deze benaming ook bedoeld dat naast preventieve taken ook daadwerkelijk zorg geboden wordt?

Binnen de JGZ worden in beginsel uitsluitend preventieve taken verricht.

20

In het kader van basistaken worden zes productgroepen onderscheiden. Als één van de productgroepen wordt zorgsystemen beschreven. De JGZ zou hier een functie van coördinator kunnen hebben. Wordt hier niet meer de functie van «gericht verwijzen» bedoeld, of wordt hier geduid op een inhoudelijke functie, bijv. te vergelijken met die van de huisarts?

De JGZ is een zorgsysteem ten behoeve van de doelgroep jeugd. Na probleemsigalering door de JGZ wordt het kind respectievelijk de ouder zo snel mogelijk verwezen. Zie ook het antwoord op vraag 12.

21

Over de precieze omvang van de op te nemen productgroepen kan nog geen uitspraak worden gedaan. Dit is mede afhankelijk van het onderzoek naar de financiële vertaling van het uit te voeren takenpakket. Waarom wordt hier het belang van een goede JGZ zorg primair afhankelijk gemaakt van de benodigde financiën? Geld volgt toch het beleid i.p.v. de omgekeerde beweging?

Onlangs is een pakketvergelijking uitgevoerd tussen het geformuleerde basispakket en het Zorgpakket Ouder- en kindzorg (0–4 jaar) en Zorgen voor jeugd (4–19 jaar). Op basis hiervan wordt binnen het basispakket een verdeling gemaakt tussen een uniform deel en een maatwerkdeel. Het ligt in de rede dat de toekomstige uitvoerders van het basispakket een helder beeld willen hebben van het basispakket en de daartoe beschikbare middelen. Hierover vindt overleg plaats met de koepels.

22

Over de grens van de JGZ tot 17 of 18 jaar wordt nog nagedacht. Op welke termijn zullen de vruchten van dit denken geplukt kunnen worden? Waarom wordt niet gekozen voor een flexibele grens die meer begrensd wordt door het tijdstip waarop het middelbaar onderwijs verlaten wordt?

Een besluit over de grens van de jeugdgezondheidszorg zal ik in de tweede helft van dit jaar nemen. Ik betrek in mijn overwegingen tevens het voorstel van de Sectie Jeugdgezondheidszorg voor een «vervolg zorg» voor 17 tot 24 jarigen.

23

Risicojeugd heeft recht op extra aandacht. Wat wordt precies verstaan onder het begrip «risicojeugd»? Kan daarvan een definitie worden gegeven? Hoe zal de bedoelde «extra aandacht» precies gestalte krijgen?

Onder «risicojeugd» versta ik kinderen die meer dan andere kinderen gevaar lopen op bepaalde schade of verlies van gezondheid. Ik refereer hierbij aan de definitie zoals deze is opgenomen in het in februari 2000 door het Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg opgestelde begrippenkader.

24

Het voornemen bestaat in de Wcpv de gemeenten de verplichting op te leggen om de vier jaar een nota gezondheidsbeleid te laten uitbrengen, waarvan de JGZ een integraal onderdeel zal vormen. Zal deze nota ter zake van de JGZ een aantal standaardcriteria kennen waaraan moet worden voldaan? Zo ja, welke?

Aan wie wordt deze nota uitgebracht en wat is de rol en invloed van de Openbare gezondheidszorg (bijv. de GGD) bij de totstandkoming van deze nota?

Het is mijn bedoeling de verplichting tot de vaststelling van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid in de Wcpv op te nemen als een taak van de gemeenteraad. Ik acht het opstellen van nota's gezondheidsbeleid door gemeenten een noodzakelijk middel om beleid te ontwikkelen en vast te stellen op het gebied van de collectieve preventie. Daarmee vervult de nota een belangrijke rol voor de uitvoering van het maatwerkdeel van het JGZ basispakket. Op basis van deze nota zullen met de uitvoerders nadere afspraken gemaakt worden, dus ook over het JGZ deel.

De nota's dienen naar mijn oordeel doelstellingen op populatieniveau te bevatten en verbanden aan te geven van de JGZ met gemeentelijke beleidsterreinen als jeugdbeleid, wonen, werken, sociale zekerheid, welzijn en onderwijs.

Het ligt niet primair op mijn weg uniformiteit in de uitvoering van de nota's op te leggen. Wel overweeg ik om in overleg met betrokken partners te bezien welke voor de JGZ relevante items in de gemeentelijke nota kunnen worden opgenomen. Ik hecht belang aan gemeentelijke vrijheid om het beleid inzake de collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid – en daarmee het maatwerk deel van het JGZ basispakket – af te stemmen op de plaatselijke situatie, daarbij begrepen de zorgbehoefte van het kind.

26

In de vier grote steden zal worden bezien of eerder ruimte geboden kan worden om tot integratie van de JGZ te komen. Waarom is gekozen voor deze aanpak, temeer daar de financiering van thuiszorgorganisaties (bijv. consultatiebureaus) zich niet altijd tot deze gemeentegrenzen verhoudt?

Zie het antwoord op vraag 4.

27

Bij de vervolgstappen voor implementatie van een ongedeelde JGZ wordt een drietal activiteiten beschreven. Het uiteindelijke doel zal niet eerder dan over enkele jaren kunnen worden bereikt. Waarom worden geen heldere keuzes gemaakt en waarom blijft onduidelijk wat het te bereiken einddoel is? Kan concreet het einddoel worden aangegeven?

Einddoel voor mij is een kwalitatief hoogwaardige integrale jeugdgezondheidszorg 0–19 onder regie van de gemeente. De realisatie van deze doelstelling wordt – zoals ik in mijn brief van 4 februari jongstleden heb aangegeven – in overleg met partijen op bestuurlijk niveau ingevuld. Mede gezien de belangen die in dit traject in het geding zijn, geef ik hierbij de voorkeur aan zorgvuldigheid via een stapsgewijze ontwikkeling.

Vragen D66-fractie

31

Via het longitudinaal volgen van jeugdigen en hun ouders wordt preventieve zorg geboden, die er onder meer uit bestaat dat actief en vroegtijdig ziekten en risicofactoren worden opgespoord. Wat wordt in de praktijk verstaan onder actief en mag deze zorg ook min of meer dwingend worden opgelegd?

JGZ wordt als preventieve activiteit gevraagd en ongevraagd aangeboden. Actieve opsporing kan onder andere bestaan uit het afleggen van huisbezoeken en het bezoek aan belangrijke vindplaatsen van jongeren als scholen. De cliënt is niet verplicht om de aangeboden zorg daadwerkelijk af te nemen.

32

Een goed ontwikkeld registratiesysteem lijkt daarbij een vanzelfsprekend hulpmiddel. Dit is ook de wens in de jeugdhulpverlening, die hiervoor ook reeds modellen heeft ontwikkeld. Deze sector loopt echter aan tegen de privacywetgeving en de toetsing daarop door de Registratiekamer. Dreigt dit in de jeugdgezondheidszorg ook te gebeuren of worden slechts zulke algemene gegevens verzameld dat dit op zichzelf weer niet een echt volgsysteem oplevert? Gaan er koppelingen gelegd worden met andere volgsystemen zoals in het onderwijs en de jeugdhulpverlening?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde in april 1999 dat door de thuiszorgorganisaties met Ouder- en Kindzorg (OKZ) geen eenduidig begrippenkader wordt gehanteerd en de OKZ-registraties ontoereikend zijn. Inmiddels heeft het Landelijk Centrum OKZ in februari 2000 een overzicht opgesteld van te gebruiken definities voor gegevensverzameling voor de jeugdgezondheidszorg 0–4 jaar. De LVT heeft toegezegd dat zij dit voorjaar een plan van aanpak gereed heeft voor de verbetering van de registratie van relevante parameters binnen de Jeugdgezondheidszorg 0–4 jaar, zoals omvang van de populatie 0–4 jarigen en het aantal kinderen in zorg. Over het gebruik van GBA-gegevens zal nader overleg moeten worden gevoerd. Een koppeling met andere volgsystemen is op dit moment niet aan de orde.

33

Door afstemming van JGZ activiteiten, lokaal jeugdbeleid, lokaal onderwijsachterstandenbeleid en jeugdzorg wordt de continuïteit en samenhang in de zorg voor risicokinderen bevorderd. Acht de regering het noodzakelijk ter stimulering van deze samenhang dat de JGZ ook vertegenwoordigd is in het Bureau Jeugdzorg?

In mijn beleidsnotitie heb ik reeds aangegeven dat de JGZ een belangrijke rol kan spelen als vindplaats van signalen, die door andere jeugdvoorzieningen opgepakt kunnen worden. Zij is bij uitstek in staat om de jeugd periodiek en laagdrempelig vanaf de geboorte tot het 19e levensjaar te volgen, waarbij het reeds in gebruik zijnde integraal dossier JGZ als rode draad kan dienen. Aanwezigheid van de JGZ in het Bureau Jeugdzorg lijkt niet direct noodzakelijk. In ieder geval zijn goede afspraken over samenwerking en afstemming noodzakelijk, zonodig via het opstellen van protocollen.

Op dit moment wordt nog onderzocht welke expertise in ieder geval in het Bureau Jeugdzorg aanwezig moet zijn. In de notitie met het beleidskader van de Wet op de jeugdzorg zal hier uitsluitel over komen. Deze notitie zal in juni dit jaar naar de Kamer worden gezonden.

34

Afstemming zorgverlening op zorgbehoefte m.a.w. risicobepaling. Kan de regering in het kader van deze zeer brede definitie toelichten wanneer deze hulpverlening door de JGZ geboden gaat worden en wanneer gebruik gemaakt gaat worden van aanpalende hulpverleningsgebieden zoals SPD'en en jeugdhulpverlening? Gaat nog geformuleerd worden wanneer doorverwezen wordt?

De productgroep «Afstemming zorgverlening op zorgbehoefte» van het basispakket richt zich op het inschatten van de zorgbehoefte. Het antwoord op de vraag wanneer hulpverlening door de JGZ wordt aangeboden dan wel door anderen zoals de SPD of jeugdhulpverlening, is afhankelijk van de zorgvraag. De aard en ernst van de problematiek bepaalt welke voorziening het meest geëigend is de nodige hulp te bieden. De professionele kwaliteit van de JGZ staat borg voor een juiste verwijzing. Als jeugdzorg noodzakelijk is wordt via het bureau Jeugdzorg gekeken welke vorm van jeugdzorg wordt aangeboden.

37

Consultatiebureaus hebben een belangrijke signaleringsfunctie, niet alleen door het veelvuldig ontvangen van ouders met kleine kinderen voor bijvoorbeeld vaccinatie, maar ook door het actief organiseren van oudercursussen enzovoort. Veel consultatiebureaus pakken deze rol actief op, vele ook niet. Hoe gaat dit gestimuleerd worden? Hoe komt scholing tot stand? Is de regering bereid hiervoor financiële middelen beschikbaar te stellen?

Advies op maat met betrekking tot ouderschap en opvoeding vormt een onderdeel van de productgroep «Voorlichting, advies, instructie en begeleiding» in het JGZ basispakket.

Stelregel is dat de rijksoverheid in de initiële opleiding voorziet, de werkgever (ook financieel) is in principe verantwoordelijk voor deskundigheidsbevordering. De cursist wordt aldus in staat gesteld aan de kwaliteitseisen te voldoen. Ik heb geen reden om van deze regel af te wijken. Partijen nemen hierin hun verantwoordelijkheid. Ik verwijs hierbij naar de Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsenverenigingen (LFC) die in eigen beheer een keurmerk ontwikkeld heeft ter bewaking van de kwaliteit van het werk van consultatiebureau-artsen in de JGZ (0–4 jaar).

38

Samen met de vier grote steden wordt bekeken hoe in deze gemeenten al eerder ruimte geboden kan worden om tot integratie van de JGZ te komen. Waarom is niet gekozen om dit ook te bekijken met de G21?

Omdat de aansluiting tussen de werkgebieden van de zorg aan 0–4 jarigen en de 4–19 jarigen bij de G4 zodanig samenvalt, dat vooruitlopen op definitieve wetgeving eenvoudiger is in de G4 dan bij de G21.

Vragen GroenLinks-fractie

39

Hoe zijn de eerdere beleidsbeslissingen uit het standpunt van de Minister van VWS op de Evaluatie JGZ (brief dd 31 oktober 1997) in deze beleidsnotitie ingekaderd?

In mijn beleidsnotitie van 4 februari jl. heb ik u meegedeeld voornemens te zijn in de Wcpv via een Amvb de hoofdlijnen van het basispakket op te nemen. De minister heeft tijdens het Algemeen Overleg van 29 maart toegezegd, vóór het einde van dit jaar de concept-AMvB's inzake de basis-

taken openbare gezondheidszorg, waaronder de JGZ, aan de Kamer voor te leggen. Voorts heeft zij u in haar brief van juni 1999 geïnformeerd over haar voornemen om in de Wcpv de verplichting op te nemen dat gemeenten om de vier jaar een nota Gezondheidsbeleid zullen uitbrengen.

40

Op welk tijdstip wordt de toezegging uit die brief tot vaststellen van een standaardbasispakket gerealiseerd? Is de Staatssecretaris bereid de vaststelling basispakket (pag. 12) nog in 2000 uit te voeren, gezien het feit dat gemeenten en GGDen reeds vanaf 1995 duidelijkheid op dit punt is toegezegd?

Zie het antwoord op vraag 39.

41

Welke mogelijkheden om standaarden JGZ te ontwikkelen en effectiviteitsonderzoek uit te voeren heeft het ministerie inmiddels gecreëerd in het ZON-programma?

De minister heeft in juni 1999 ZON via een aanwijzing verzocht, in het kader van het programma Preventie 1998–2002 een aantal standaarden te ontwikkelen. Voor dat doel is in 1999 een bedrag van f 500 000,- beschikbaar gesteld. De minister heeft het voornemen om voor 2000 wederom via een aanwijzing de totstandkoming van standaarden te faciliteren. Momenteel loopt bij ZON de Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg. Doel van deze studie is te komen tot prioritering en programmering van toekomstig onderzoek binnen de JGZ voor de komende vijf jaar. Het gaat hierbij om onderzoek naar doeltreffendheid, doelmatigheid en uitvoerbaarheid van activiteiten in de JGZ, zoals deze beschreven staan in het basispakket. In het kader van dit onderzoek is reeds een concept-rapportage over literatuur- en behoefteonderzoek afgerond.

42

Hoe is het voornemen uit het regeerakkoord om het preventiebeleid voor alcohol, drug- en tabaksgebruik middels de JGZ te versterken in de beleidsnotitie ingekaderd?

In het Regeerakkoord is geen rechtstreekse koppeling gelegd tussen versterking van het preventiebeleid voor alcohol-, drugs- en tabaksgebruik en JGZ. Door zowel algemene als specifiek op jongeren gerichte voorlichtingsprogramma's wordt in samenwerking met partijen preventiebeleid op genoemde terreinen gevoerd.

43

Welk deel van het f 610 miljoen budget GGD-en wordt nu besteed aan de JGZ 4–19 jaar?

Voor de bepaling van de uitgaven van GGD-en aan JGZ-activiteiten zijn geen actuele cijfers beschikbaar. In het evaluatierapport «Op weg naar volwassenheid» van 1997 wordt uitgegaan van gegevens die het CBS tot 1993 heeft verzameld op basis van de statistiek van gezondheidsdiensten. Dit bedrag is destijds vastgesteld op f 203 mln. In het rapport wordt gesteld dat voor de periode 1994 tot 1996 geen harde aanwijzingen zijn dat majeure reducties of toenamen van de kosten zijn opgetreden. Het Rijksvaccinatieprogramma wordt apart gefinancierd (f 75 mln).

44

Welk deel van het f 324 miljoen budget OKZ/dieetadvisering wordt nu besteed aan de JGZ 0–4 jaar?

Biedt de voorgenomen integratie onder gemeentelijke regie mogelijkheden om de efficiëntie van de uitvoeringorganisatie te verhogen?

Het aandeel van het OKZ/dieetkosten-budget is niet exact bekend. Op basis van een recente inventarisatie door het College voor zorgverzekeringen naar de kostenverdeling van de status-aparte activiteiten wordt voorlopig uitgegaan van een percentage van 85% voor de OKZ. Voor een antwoord op de vraag in hoeverre een integratie van de OKZ (0-4 jaar) met de JGZ (4-19 jaar) onder gemeentelijke regie leidt tot een efficiëntere uitvoeringsorganisatie verwijs ik u naar mijn beleidsnotitie van 4 februari jl. Hierin betoog ik dat de voorgenomen opheffing van de cesuur primair ingegeven is ter verhoging van de kwaliteit van de te leveren JGZ. Daarnaast sluit ik niet uit dat er efficiencyvoordelen te realiseren zijn door het creëren van een eenduidige regie. Gemeenten kunnen via gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid bewerkstelligen dat goede afstemming plaatsvindt tussen verschillende voorzieningen, waarbij verantwoordelijkheden duidelijk zijn benoemd en toegedeeld.

45

Bij de invoering van de Wcpv heeft een overhevelingskorting op het budget 4-19 jaar plaats gevonden. Is de Staatssecretaris bereid correctie van deze korting te overwegen nu blijkt dat de meeste gemeenten actief bezig zijn met jeugdbeleid?

Neen, ik ben niet bereid de toenmalige decentralisatiekorting te heroverwegen. Wel zijn financiële aspecten van het ingezette traject bij het integrale JGZ-dossier vanzelfsprekend aan de orde.

46

De notitie besteedt niet expliciet aandacht aan deskundigheidsbevordering resp. de gewenste deskundigheid voor de uitvoering van de beschreven aanpak. Wil de staatssecretaris aangeven welke beroepskwalificaties (jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente, GVO, epidemioloog, logopedist, mondhygiënist etc.) zij voor de onderscheiden taken gewenst acht? Is de staatssecretaris bereid om de voor de opleiding benodigde middelen te betrekken bij de doorrekening van het vast te stellen basispakket?

De opleiding tot doktersassistente maakt onderdeel uit van het beroeps- en volwasseneneducatie (BVE). De eindtermen van het beroep worden door de Minister van OCenW vastgesteld op grond van een voorstel van het landelijk orgaan voor de opleiding van Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen (OVDB).

Wat betreft de paramedische beroepen kan worden gewezen op het in het kader van de wet BIG genomen Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut (Sb. 1997 nr. 516) en op het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut (Sb. 1997 nr. 523). De deskundigheidsomschrijving voor deze beroepen omvat onder meer het geven van advies, voorlichting en instructie aan personen/patiënten op de diverse beroepsterreinen.

De deskundigheidseisen voor de jeugdarts worden opgesteld door het College voor Sociale Geneeskunde in het kader van de opleiding maatschappij en gezondheid.

De deskundigheidseisen voor de jeugdverpleegkundige worden thans privaatrechtelijk geregeld. Zij kunnen publiekrechtelijk worden geregeld indien invulling is gegeven aan de regeling zoals bedoeld in artikel 14 van de wet BIG. Aanpassing van de deskundigheidseisen voor de uitvoering van de aanpak van het vast te stellen basistakenpakket zal het nodige overleg vereisen met betrokken partijen.

Vragen SP-fractie

47

De Werkgroep Jeugdgezondheidszorg heeft een basispakket voor individuele contactmomenten aanbevolen en wel minimaal in het eerste jaar 9 contactmomenten, waarvan een huisbezoek, bij kinderen van 1 tot 4 jaar 4–6 contactmomenten en van 4–19 jaar 4 contactmomenten waarbij het laatste contactmoment idealiter plaats vindt tussen het 15e en 18e jaar. Neemt u deze aanbeveling in zijn geheel over? Zo nee, waarom niet?

De Sectie JGZ adviseert dat, om recht te doen aan de gewenste beschrijving en vastlegging van de fysieke en geestelijke gesteldheid van ieder kind in zorg, een viertal expliciete levensfasen worden benoemd waarin de persoonlijke fysieke en geestelijke gesteldheid van het kind wordt beschreven. Hierdoor wordt een beeld verkregen van groei en ontwikkelingen dat zondig kan leiden tot vroegtijdige verwijzing en interventie door de JGZ. In tegenstelling tot de werkgroep JGZ kiest de Sectie JGZ dus niet voor het vastleggen van een minimum aantal contacten, maar voor vier ijkmomenten in belangrijke overgangsfasen in het leven van het kind. Mijn voorkeur gaat uit naar het voorstel van de Sectie JGZ.

48

De werkgroep acht vier contactmomenten bij de leeftijdsgroep van 4–19 jaar noodzakelijk omdat met name leefstijl en psychosociale problemen bij 4 tot 19 jarigen aandacht behoeven? Is dit ook uw mening en is het u bekend dat een aantal schoolgezondheidsdiensten minder dan 4 contactmomenten hebben of in enkele gevallen geheel de individuele periodieke screening hebben afgeschaft? Vindt u individuele periodieke screening wel noodzakelijk en zullen de betreffende diensten tot herinvoering moeten overgaan indien hier wettelijk toe besloten wordt?

Het is mij bekend dat niet elke GGD tenminste vier contactmomenten dan wel een individuele periodieke screening kent. Juist deze diversiteit in uitvoering was voor de Minister reden om het advies in het evaluatierapport «Op weg naar volwassenheid» over te nemen en de totstandkoming van een basispakket JGZ te bevorderen. Ik ben van mening dat voor een goede zorgverlening het kind ook daadwerkelijk gezien moet worden.

49

De werkgroep acht 13 tot 15 contactmomenten voor de ouder- en kindzorg minimaal noodzakelijk. De norm van het LVT pakket voor ouder- en kindzorg ligt momenteel op 18 tot 22 consulten. Hoe verklaart u deze discrepantie? Hoe groot acht u het risico dat bij de invoering van een «bodempakket» veel instellingen het aantal contacten terug gaan draaien tot dit minimum?

De werkgroep JGZ noemt 13 – 15 contacten als minimum, maar differentieert voor de uitvoering niet naar de benodigde deskundigheid. Het Zorgpakket OKZ doet de aanbeveling van 18 – 22 contactmomenten van consultatiebureau-arts en OKZ-verpleegkundige afzonderlijk. Op deze totalen zouden 3 – 6 contactmomenten als teamconsult gegeven kunnen worden. Het College voor Zorgverzekeringen constateert overigens dat in het LVT basispakket een grote verscheidenheid aan producten is opgenomen die slechts door een deel van de OKZ instellingen (of op onderdelen) wordt gehanteerd.

50

Het basispakket zal worden verankerd door middel van een wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Zal dit alleen in hoofdlijnen gebeuren of gaat dit ook inhouden het vastleggen van het minimaal

aantal contactmomenten? Indien het aantal contactmomenten niet wordt vastgelegd, op welke manier kan dan worden gegarandeerd dat instellingen deze noodzakelijke zorg bieden? Hetzelfde geldt voor inhoudelijke screenings zoals gehoortest, zal dit ook wettelijk worden vastgelegd?

In een wijziging van de AmvB bij de Wet collectieve preventie volksgezondheid wordt het binnenkort vast te stellen basispakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ) vastgelegd. Dit basispakket zal bestaan uit een landelijk uniform deel en een maatwerkdeel. In het landelijk uniform deel worden die JGZ-activiteiten opgenomen die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden. Op dit onderdeel van het basispakket-JGZ zal dus geen gemeentelijke beleidsvrijheid bestaan. Dit ligt anders bij het maatwerkdeel. Dit deel omvat die activiteiten die ook door de JGZ moeten worden uitgevoerd, doch waarvan de mate waarin dat zal dienen te geschieden onder meer afhankelijk wordt gesteld van de individuele zorgbehoefte van het kind, de visie van de professional en de op epidemiologische analyse gebaseerde gezondheidssituatie van de bevolking.

52

De preventieve zorg voor kinderen tot het vierde levensjaar wordt uitgevoerd door 60 thuiszorgorganisaties met ongeveer 1500 consultatiebureaus. Hoe groot is de teruggang in locaties vanaf 1996 geweest? De onderzoekers in het laatste TNO rapport wezen op de negatieve gevolgen van sluiting voor het bereik. Zijn op alle plaatsen waar bureaus zijn gesloten goede alternatieven georganiseerd? Zullen naar verwachting thuiszorginstellingen de komende tijd nog meer locaties afstoten? Bent u van mening dat landelijk normen voor geografische beschikbaarheid dienen te worden vastgesteld.

Het aantal consultatiebureaus wordt geraamd op ongeveer 1500. Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) heeft in het kader van haar onderzoek naar de financiering van de Verstrekking Ouder en Kindzorg de thuiszorginstellingen gevraagd naar het aantal vestigingspunten waarvoor de door u genoemde jaren OKZ werd gegeven. De instellingen bleken echter niet in staat om deze gegevens te verstrekken. Het CvZ-onderzoek geeft aan dat 91% van de zorginstellingen vestigingspunten heeft afgestoten, 6% uitgebreid en 47% verplaatst dan wel verhuisd. Van de zorginstellingen heeft 81% pogingen ondernomen om de toegankelijkheid te verbeteren, met name door uitbreiding van de telefonische bereikbaarheid, telefonische consultatie en verruiming van openingstijden.

Daarnaast werkt het RIVM in mijn opdracht aan de Zorgatlas. Deze atlas geeft een beeld van de ruimtelijke spreiding van zorgvraag, -aanbod en -gebruik in Nederland. Op mijn verzoek stelt het RIVM het aantal consultatiebureaus per 1 januari 2000 zo nauwkeurig mogelijk vast en voert tevens op basis van de verzamelde gegevens een bereikbaarheidsanalyse uit. Dit rapport zal ik, zodra het beschikbaar is, betrekken bij mijn oordeelsvorming over de wenselijkheid van landelijke normen voor geografische beschikbaarheid.

53

De sectie jeugdgezondheidszorg wijst erop dat op grond van de rechten van het kind het eveneens een vanzelfsprekende zaak is dat ook illegale jeugdigen toegang tot de JGZ hebben, ook al zou dit in strijd zijn met de Koppelingswet. Ook de LVT wijst hierop. Is dit ook uw mening? Zo nee, waarom niet? Zo ja, bent u bereid hierop actief beleid in te zetten?

Vooropgesteld zij dat iedereen in Nederland, ook illegalen, recht heeft op medische zorg in levensbedreigende situaties. Het KPMG-rapport «Het

feitelijke gebruik van de JGZ voor 0–4 jarigen» van mei 1999 rangschikt de groep illegalen onder de categorie van het niet-bereik. Probleem is dat illegalen, dus ook jongeren, moeilijk voor de JGZ traceerbaar zijn en hen slechts veelal vraaggerichte zorg kan worden geboden. Enigerlei vorm van registratie (en dus een mogelijkheid tot detectie door de JGZ) wordt door hen vermeden. Geboorten worden niet bij de burgerlijke stand aangegeven. Door actief gebruik te maken van zowel de persoonlijke contacten met illegale jongeren (en hun ouders) als het benutten van de verschillende netwerken zou het bereik systematisch door de JGZ kunnen worden verhoogd.

54

Sociaal-culturele omstandigheden, het woon- en leefmilieu en de sociaal economische positie van het gezin hebben grote invloed op de ontwikkeling van kinderen en hun gezondheid. De sectie JGZ adviseert in de AmvB behorend bij de Wcpv op te nemen dat elke jeugdige die opgroeit in een achterstandsituatie en elke jeugdige met persoonlijke gezondheidsrisico's adequate aandacht krijgt door middel van situatiegerichte extra gezondheidszorg en extra individuele gezondheidszorg. De sectie JGZ beveelt aan deze extra gezondheidszorg als onderdeel van het basispakket op te nemen. Neemt u deze aanbevelingen over? Zo nee, op welke manier wilt u dan garanderen dat de jeugdgezondheidszorg wordt ingezet om de sociaal-economische verschillen te verkleinen?

In het bestanddeel «maatwerk» van het basispakket heeft de gemeente dan wel de aanbieder een beleidsmatige vrijheid in de keuze en omvang van de uit te voeren activiteiten. De lokale situatie en de zorgbehoefte van het kind zijn daarbij bepalend. Uit het reeds genoemde CvZ-rapport blijkt dat 51% van de OKZ zorginstellingen specifiek beleid heeft geformuleerd op achterstandswijken en -groepen, waaronder alleenstaande ouders en asielzoekers.

55

Een goed ontwikkeld registratiesysteem lijkt een vanzelfsprekend hulpmiddel. Het Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg heeft inmiddels een eenduidig begrippenkader ontwikkeld. De LVT werkt aan een plan ter verbetering van de registratie. Hoe zit het met de registratie van de JGZ van 4–19 jaar, sluit dat hierop aan, en bent u van mening dat u dit volledig kunt overlaten aan het veld?

Krachtens artikel 6, lid 1 van de Wcpv beschikt de GGD over epidemiologische deskundigheid. De GGD verzamelt informatie op lokaal niveau, die op regionaal en landelijk niveau kan worden geaggregeerd. Te zijner tijd zal de registratie voor 0–4 jarigen en die voor 4–19 jarigen moeten worden geïntegreerd tot één registratiesysteem JGZ 0–19 jaar. De invoering van een goed functionerend registratiesysteem JGZ vraagt een gecoördineerd optreden van bestuurlijke partners, uitvoerders, professionals en rijksoverheid.

56

Is naast toegankelijkheid van voorzieningen kwaliteit ook niet een noodzakelijke voorwaarde om tot goede resultaten te komen? Dient inhoudelijke afstemming tussen JGZ van 0–4 jaar en JGZ van 4–19 jaar niet ook zijn weerslag te krijgen in de opleidingen voor verpleegkundigen en artsen in de JGZ van 0–19 jaar? Zullen in financiële en personele zin voldoende mogelijkheden worden gecreëerd om noodzakelijke bijscholing mogelijk te maken?

Uiteraard is de kwaliteit van voorzieningen naast toegankelijkheid een noodzakelijke voorwaarde om tot goede resultaten te komen. Welke

gevolgen inhoudelijke afstemming tussen JGZ 0–4 jaar en JGZ 4–19 jaar heeft voor opleiding van verpleegkundigen en artsen in de JGZ 0–19 jaar is een punt van aandacht in het verdere implementatietraject.

57

In antwoord op eerdere vragen stelde u dat u geen signalen bereikten over zorgelijke situaties inzake een tekort aan consultatiebureau-artsen. De LVT stelt in haar nota «Voor nu en voor later» dat in Nederland in de afgelopen jaren in veel werkgebieden in toenemende mate een tekort ontstaat aan consultatiebureauartsen. Ook in het TNO-rapport werd aanbevolen op landelijke schaal aandacht te geven aan de krapte in de arbeidsmarkt voor CB-artsen en OKZ-verpleegkundigen. Heeft u inzicht in de tekorten nu, een inschatting van de behoefte op termijn en of hieraan kan worden voldaan? Zo nee, wilt u dergelijk onderzoek initiëren.

Inzicht in de huidige tekorten ontbreekt. Vrijwel alle 900 CB-artsen in dienstverband (1998) werken in deeltijd. De deeltijdfactor bedraagt 0,3, zodat 270 fte's beschikbaar zijn. Een inschatting van de behoefte zou kunnen worden gerelateerd aan de groei van de bevolkingsgroep van 0–3 jaar. Deze bevolkingsgroep neemt volgens het middenalternatief van de CBS-bevolkingsprognose-1998 tussen 2000 tot 2010 af met ongeveer zeven procent. De instellingen zijn verantwoordelijk voor handhaving van de kwaliteit en de werving van voldoende personeel. In het kader van het reguliere overleg over arbeidsmarktvoorwaarden zal dit onderwerp geagendeerd worden.

58

De verloskundige zorg vóór de geboorte van het kind wordt niet tot de JGZ gerekend. Adviezen inzake bijvoorbeeld foliumzuur en hepatitis-b vaccinatie zouden de aanstaande moeders al dienen te bereiken voordat zij zwanger zijn en/of de verloskundige zorg bezoeken. Acht u hier een taak weggelegd voor de JGZ, bijvoorbeeld bij het laatste contactmoment aan het einde van de leerplichtige leeftijd?

Ja, het door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg geformuleerde basispakket voorziet in deze taak. Bekeken dient nog te worden op welk moment en in welke vorm genoemde voorlichting aan jeugdigen kan worden aangeboden.

59

De JGZ kan een belangrijke rol spelen als vindplaats van signalen, die door andere jeugdvoorzieningen opgepakt kunnen worden. Bent u van mening dat hiervoor regelmatig individuele contactmomenten ten aanzien van alle jeugdigen een noodzakelijke voorwaarde zijn omdat elk kind een risicokind kan zijn of worden?

Preventie, dus ook JGZ, wordt gevraagd en ongevraagd aangeboden. Naast een actieve benadering zoals bijvoorbeeld door huisbezoeken of schoolbezoeken kunnen signalen ook door intermediairen als leerkrachten, wijk- en buurtwerk e.d. naar het JGZ-zorgsysteem worden gecommuniceerd. Voor het overige verwijs ik naar het antwoord op vraag 47.

60

Voor het opsporen van de gehele doelgroep, inclusief alle risicokinderen met name verwaarloosde en mishandelde kinderen, acht de LVT koppeling met de Gemeentelijke Basis Administratie noodzakelijk. Hoe denkt u hierover? Deelt u de mening dat juist voor deze groep kinderen actieve opsporing bijvoorbeeld in de vorm van huisbezoeken noodzakelijk kunnen zijn?

Huisbezoeken kunnen een middel zijn om kindermishandeling door gerichte opsporing te traceren naast melding van mogelijke mishandeling door intermediairen. Binnen het geformuleerde basispakket wordt expliciet aandacht besteed aan de signalering van kindermishandeling. Zie overigens het antwoord op vraag 32 inzake de registratie binnen de JGZ.

61

Kunt u inzicht verschaffen in de activiteiten op het gebied van Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen? Worden deze in alle regio's in voldoende mate uitgevoerd?

Het eerder genoemde lopende onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zal onder meer informatie bieden over de betrokkenheid van de thuiszorgorganisaties en GGD-en bij VTO-samenwerkingsverbanden. Het rapport verwacht ik voor de zomer.

62

In hoeverre wordt facetbeleid momenteel uitgevoerd bij de diverse GGD-en? Is hier ook sprake van vanuit de consultatiebureaus? De sectie JGZ merkt op dat gezondheidseffectscreening nog lang geen gemeengoed is. Waar en op welke manier vindt deze wel plaats op het gebied van de JGZ en bent u voornemens dit te stimuleren?

Onder facetbeleid versta ik die activiteiten die ingezet worden om het beleid in sectoren buiten de volksgezondheid te beïnvloeden met als doel gezondheidswinst te behalen.

Ik beschik noch over voldoende gegevens om aan te geven in hoeverre GGD'en en consultatiebureaus facetbeleid uitvoeren, noch over gegevens om aan te geven wat de effecten zijn.

Volgens de Wcpv hebben gemeenten tot taak om gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu te bewaken. In het door mij te ontwikkelen voorstel van wet tot wijziging van de Wcpv overweeg ik om deze taak van gemeentebesturen niet slechts tot die bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu te beperken. Ik ben van mening dat in alle bestuurlijke beslissingen van gemeenten de gezondheidsaspecten dienen te worden bewaakt.

Het is de bedoeling dat JGZ-activiteiten die in het wettelijk basispakket zijn vastgelegd daadwerkelijk worden uitgevoerd.

63

De sectie JGZ stelt dat de realiteit is dat de harde kern van de jeugdigen die risico's loopt nog steeds onvoldoende bereikt wordt. Bent u het hier mee eens en kunt u dit toelichten? De sectie JGZ beveelt daarom nauwe aansluiting bij de overige welzijns- en jeugdvoorzieningen aan met als sleutelwoord ketenmanagement. Wat wordt hier precies mee bedoeld en hoe gaat u dit uitvoeren? De sectie JGZ adviseert voor de jongeren die het einde van de leerplicht hebben bereikt een exit-consult aan te bieden om het aantal «spoorloze» uitvallers te beperken. Bent u van plan dit over te nemen en om hoeveel «spoorloze» uitvallers gaat het?

De Sectie JGZ wijst er op dat in klas 4 van het voortgezet onderwijs (15-jarige leeftijd) veelal het laatste reguliere contact tussen de JGZ en haar cliënten plaatsvindt.

Ik streef er naar de harde kern van jeugdigen zo goed mogelijk te bereiken door het optimaal benutten van de jeugdgezondheidszorgketen met behulp van het daarover gevoerde ketenmanagement.

De JGZ kan door middel van ketenmanagement aansluiting vinden bij welzijns- en jeugdvoorzieningen. Met ketenmanagement wordt bedoeld dat voorzieningen met elkaar afspraken maken zodat zij gezamenlijk bijdragen aan een sluitend aanbod. In het kader van deze afspraken zullen

voorzieningen moeten samenwerken, dat betekent onder meer: zorgdragen voor goede informatieoverdracht, op elkaar afstemmen van het aanbod (algemeen en in individuele gevallen), tijdig en adequaat naar elkaar doorverwijzen, afspraken maken over eventuele nazorg en helder vastleggen wie waarvoor verantwoordelijk is. Op die manier moet een sluitende keten ontstaan. De gemeente heeft hierin een belangrijke regierol. Voor het overige verwijs ik naar het antwoord op vraag 22.

64

Over de precieze omvang van de op te nemen productgroepen kunt u op dit moment nog geen uitspraak doen. U noemt dit mede afhankelijk van de resultaten van lopende onderzoeken naar de financiële vertaling van het uitgevoerde takenpakket. Betekent dit dat budgettaire aspecten voor een zorginhoudelijke benadering gaan?

Zie mijn antwoord op vraag 21.

65

U onderschrijft het voorstel van de sectie JGZ om vier ijkmomenten te benoemen. Zijn deze ijkmomenten vooral bedoeld om de ontwikkeling van het individuele kind vast te leggen en epidemiologische gegevens te verzamelen of wordt hier mogelijk ook mee bedoeld een minimaal aantal contactmomenten van 4 in de wet vast te leggen?

Zie mijn antwoord op vraag 47.

66

De staatssecretaris legt zich nog niet vast op periodieke externe kwaliteits-toetsen. Deelt u de mening dat wetenschappelijke inzichten, standaarden dan wel het draagvlak bij de beroepsgroep/cliënten op basis van de meest recente inzichten op korte termijn betrokken dienen te worden in het basispakket? Zo ja, hoe wilt u dat dan realiseren?

Actuele wetenschappelijke inzichten en draagvlak bij de beroepsgroep/cliënten zijn voor de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg uitgangspunt geweest voor de formulering van het basispakket. Nieuw ontwikkelde standaarden, resultaten van effectonderzoek en nieuwe ontwikkelingen en inzichten zullen langs een nader te bepalen weg in het huidige basispakket hun neerslag moeten vinden.

67

Om de samenhang in de JGZ te bewerkstelligen wilt u de gehele JGZ onder regie van de gemeente brengen. Eerdere rapporten hebben laten zien dat de JGZ van 4–19 jaar, die al langer onder de regie van de gemeenten valt, verschillend en op een aantal plaatsen onder de maat wordt uitgevoerd. Op welke wijze gaat u ervoor zorgen dat de integrale JGZ onder de regie van de gemeente, voor alle kinderen in Nederland op dezelfde en voldoende wijze beschikbaar is?

Een belangrijk instrument om dit beleidsvoornemen te realiseren is het wettelijk basispakket. Het basispakket kent een uniform en een maatwerkbestanddeel.

Wat betreft het uniformdeel heeft de gemeente geen beleidsvrijheid, alle activiteiten zullen moeten worden uitgevoerd. De Inspectie heeft hierin een nadrukkelijke controlerende rol.

Wat betreft het bestanddeel maatwerk heeft de gemeente dan wel de aanbieder een beleidsmatige vrijheid in de keuze en omvang van de uit te voeren activiteiten. De gemeente heeft dan ook een eigen verantwoordelijkheid over de uitvoering van het maatwerkdeel. Dat neemt niet weg dat het basispakket in zijn geheel onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet

valt. In dat verband zullen afspraken worden gemaakt over de vervulling van de toezichtfunctie. Bij het vervullen van de toezichtfunctie op aanbieders van de JGZ zijn zowel de gemeentelijk nota Gezondheidsbeleid, waarin het beleid over het maatwerkdeel van de JGZ is vastgelegd en de afspraken die tussen gemeente en aanbieder zijn gemaakt, van belang.

68

Uit het SCP-onderzoek Lokaal jeugdbeleid blijkt dat 60% van de gemeenten actief bezig is met het ontwikkelen van een samenhangend jeugdbeleid. Hoe zit dit bij de overige 40% van de gemeenten?

Sinds de toedeling van de regie-verantwoordelijkheid voor het lokaal preventief jeugdbeleid aan de gemeenten in 1994 (zie het regeringsstandpunt Regie in de jeugdzorg) heeft een groot aantal gemeenten deze rol met voortvarendheid op zich genomen. Uit het SCP-onderzoek van 1999 blijkt dat het aantal gemeenten dat een samenhangend jeugdbeleid voert, sinds 1995 is verdubbeld: van 30% (bron: projectgroep Ontwikkeling lokaal preventief jeugdbeleid) naar 60% (SCP 1999).

Uit het SCP-onderzoek blijkt dat de resterende 40% vooral gezocht moet worden bij de minder stedelijke gemeenten. Hoewel deze gemeenten veelal een redelijk aanbod van jeugdvoorzieningen kennen, beschikken zij vaak nog niet over een sluitende regievoering dan wel samenhangend jeugdbeleid voor hun algemene en specifieke jeugdvoorzieningen. Het door VWS en BZK gesubsidieerde VNG-project Lokaal jeugdbeleid is er op gericht gemeenten te ondersteunen bij de ontwikkeling en implementatie van hun jeugdbeleid en moet er ook toe leiden dat de resterende 40% van de gemeenten tot een samenhangend jeugdbeleid komt.

70

GGD'en zouden epidemiologische analyses kunnen verrichten dat inzicht geeft in de gezondheidssituatie van de zuigelingen en peuters. Beschikken alle GGD'en over deskundigheid en ervaring op dit gebied? Zo nee, hoe gaat u dit oplossen?

GGD-en beschikken conform artikel 6, lid 1 van de WCPV ondermeer over deskundigheid op het gebied van epidemiologie en geneeskunde. De opleiding tot jeugdarts betreft tevens de leeftijdscategorie 0–4 jarigen. Inhoudelijke kennis over zuigelingen en kleuters is derhalve ook bij GGD-en aanwezig.

71

In het wetsvoorstel inzake het basispakket kondigt u aanscherping aan voor wat betreft waarborging en het toezicht op een adequate uitvoering van het wettelijk verankerd basispakket. Bent u van mening dat hiervoor noodzakelijk is dat het basispakket zich niet tot hoofdlijnen beperkt maar uitgewerkte richtlijnen dient te bevatten wat basiszorg inhoudt zodat dit als toetssteen voor de Inspectie kan dienen? Het evaluatierapport «Op weg naar volwassenheid» stelde dat een effectief mechanisme voor bijsturing van de JGZ ontbreekt en adviseerde de bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg te vergroten. Bent u alsnog van plan een uitbreiding van bevoegdheden in te voeren?

Ik ben van mening dat de Inspectie met het door mij vast te stellen basispakket JGZ over een geobjectiveerd, toetsbaar instrument beschikt om haar inspecterende taak naar behoren uit te oefenen. Ik overweeg dan ook geen uitbreiding van bevoegdheden.