

Programmeringstudie Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2012

De Programmeringstudie 2012 is uitgevoerd ter onderbouwing van het ZonMw-programma 'Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018'. Met onlinevragenlijsten is onderzocht waar de behoefte ligt binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) ten aanzien van herziening of ontwikkeling van richtlijnen en welke onderwerpen prioriteit moeten krijgen. Criteria voor prioritering waren de ernst van de aandoening en de te behalen gezondheidswinst. Vervolgens is rekening gehouden met de keuze van de JGZ-professionals in de behoeftepeiling en de beschikbaarheid van afgerond of lopend wetenschappelijk onderzoek. Er zijn 376 vragenlijsten ingevuld. Er bestaat behoefte aan richtlijnen over depressie, angst (inclusief faalangst), draaglast/draagkracht, ouder-kindrelatie, spraak-taalontwikkeling, motorische ontwikkeling, slapen, heupdysplasie, extremiteiten en ondergewicht. Er is behoefte aan herziening van de richtlijnen over de onderwerpen kindermishandeling, psychosociale problemen en gehoorproblemen. Door de projectgroep zijn hieraan de onderwerpen scoliose en hartafwijkingen toegevoegd, omdat deze richtlijnen inmiddels meer dan 5 jaar oud zijn en er nieuwe ontwikkelingen op dit gebied zijn.

Inleiding

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ZonMw het programma 'Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018' ontwikkeld. Het doel van dit programma is de kwaliteit van de uitvoering van het Basistakenpakket te vergroten door de ontwikkeling en herziening van JGZ-richtlijnen, samenwerkingsrichtlijnen met andere sectoren én producten ter ondersteuning van de implementatie van deze richtlijnen. Richtlijnen voorzien professionals van kennis en vaardigheden om hun werk goed te kunnen doen. De richtlijnen leveren een bijdrage aan uniformering van de beroepsuitoefening van de JGZ-professionals en verbeteren en borgen de kwaliteit van de JGZ-organisaties. Daarmee draagt het programma bij aan de fysieke, psychische en sociale gezondheid van kinderen in Nederland en aan de ondersteuning van ouders in de opvoeding. Het programma is een vervolg op het programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2007-2012.¹ Het budget voor dit vervolpprogramma bedraagt 6 miljoen euro. Om het programma 2013-2018 te onderbouwen, is de Programmeringstudie 2012 uitgevoerd. Deze bestaat uit 2 delen. Deel I, uitgevoerd door IQ Healthcare, richtte zich op het adviseren over vernieuwingen in de werkwijze voor richtlijnontwikkeling voor het programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018. De resultaten zijn te lezen in het rapport 'Versnelling en vernieuwing richtlijnen'.¹ Deel

II had tot doel te onderzoeken of er binnen de JGZ behoefte bestaat aan richtlijnen over nieuwe onderwerpen en of er behoefte bestaat aan herziening van bestaande richtlijnen, en met welke prioriteit deze richtlijnen ontwikkeld of herzien zouden moeten worden.²

De opdracht was een agenda te maken voor 10 nieuwe JGZ-richtlijnen. Hiertoe is een behoeftepeiling in het JGZ-veld uitgevoerd en een beperkte kennisinventarisatie gedaan, en op grond van de uitkomsten, een prioritering van de onderwerpen aangebracht. De resultaten van deel II vormen het uitgangspunt voor de richtlijnontwikkelagenda van ZonMw in de komende jaren. Dit artikel beschrijft de resultaten van de Programmeringstudie deel II.

Methode

Vragenlijst

Van de respondent zijn de functie en de organisatie waar de respondent op dat moment werkzaam was geïnventariseerd (functies: jeugdarts, jeugdverpleegkundige, doktersassistente, manager, staffunctie, medewerker/bestuurslid beroepsvereniging/koepel, universitair onderzoeker/docent, anders; organisaties: GGD, (thuis)zorgorganisatie, brancheorganisatie ActiZ/GGD Nederland, beroepsvereniging Artsen Jeugdgezondheid Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden

J.E. Kist-van Holthe, kinderarts, senior onderzoeker, en R.A. HiraSing, hoogleraar Jeugdgezondheidszorg, Sociale Geneeskunde, EMGO+ Instituut/Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam. E. Hafkamp-de Groen, jeugdarts, arts-onderzoeker en H. Raat, hoogleraar Jeugdgezondheidszorg, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam. M.M. Boere-Boonekamp, arts Maatschappij en gezondheid, senior onderzoeker, TNO Child Health, Leiden. M. Kamphuis, jeugdarts KNMG, senior onderzoeker TNO Child Health, Leiden, tevens werkzaam bij Stichting JGZ Zuid-Holland West. M.A.H. Fleuren, senior onderzoeker implementatie, TNO Life Style, Leiden. Alle auteurs zijn lid van de projectgroep. Correspondentie: j.kist@vumc.nl.

Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA), anders).

De vragen betroffen de behoefte aan nieuwe richtlijnen voor het uitvoeren van de JGZ-taken over een bepaald onderwerp, 36 in getal, en de mate van prioriteit die men toekende aan dat onderwerp (op een 5-punts Likert-schaal die liep van 'geen/zeer laag' tot 'zeer hoog'). De 36 onderwerpen betroffen de thema's uit het Basistakenpakket (universeel en maatwerk), aangevuld met de onderwerpen die worden genoemd in de Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 2000 en de Update daarvan uit 2005 (zeer hoge/hoge prioriteit of prioriteit).³⁻⁶

Vervolgens is nagegaan over welke onderwerpen er richtlijnen zijn of nog worden gepubliceerd in de periode 2008-2013. Over deze onderwerpen zijn geen vragen gesteld. Een uitzondering vormen de onderwerpen psychosociale problemen en kindermishandeling: vanwege de snelle ontwikkelingen rond deze thema's zijn deze wel opgenomen in de vragenlijst. De vragenlijst sloot af met een open vraag naar onderwerpen (die gemist werden in de lijst) waarvoor een richtlijn wenselijk zou zijn.

Dataverzameling

In mei 2012 is de vragenlijst online gezet. De link naar de vragenlijst is met een begeleidende tekst, verzonden naar de koepels (Actiz, GGD Nederland) en beroepsverenigingen (AJN, V&VN, NVDA) en naar het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) ter verspreiding naar de JGZ-organisaties. Verder werd een oproep om de vragenlijst in te vullen, verspreid via diverse websites en nieuwsbrieven: het Actiz-ledennet, de algemene Actiz-nieuwsbrief en de specifieke nieuwsbrief voor JGZ (en kraamzorg), de Yammer-community (een blog webdienst); het JGZ-portaal (www.captise.nl/jgz), ook doorgezet via [twitter@jeugdgezondheid](https://twitter.com/jeugdgezondheid) en via enkele LinkedIn-groepen en op de AJN-website bij 'Tets voor U!'.

Data-analyse

'Uitvoerend' werkzame respondenten zijn ingedeeld naar functie: (dokters)assistente, verpleegkundige, arts en naar werkveld (0-4 en 4-19; personen die het werkveld 0-19 hadden ingevuld, zijn voor de analyse ingedeeld bij 4-19). Respondenten met een staffunctie of met een anderszins overkoepelende functie zijn ingedeeld in de groep 'niet-uitvoerend'. Respondenten met zowel een uitvoerende als een niet-uitvoerende functie zijn bij beide groepen ingedeeld.

De respons per discipline is berekend aan de hand van het aantal per discipline werkzame JGZ-professionals volgens het databestand van het NCJ (peiling 2010). Alle resultaten telden even zwaar mee, ook de resultaten van 2 niet-uitvoerenden die aangaven namens de jeugdartsen in hun organisatie te spreken.

De frequenties van de antwoorden op de vraag of rond een thema een richtlijn wenselijk is, zijn per respondentgroep onderzocht. De frequenties van de antwoorden op de vraag of rond een thema een richtlijn wenselijk is, zijn per respondentgroep onderzocht. Indien deze vraag positief werd beantwoord, is het percentage respondenten berekend dat aan dat onderwerp (zeer) hoge prioriteit gaf. Ten slotte is per respondentgroep de top 10 van onderwerpen in kaart gebracht.

Om de robuustheid van de resultaten te testen, zijn 2 aanvullende analyses verricht: een waarbij de resultaten van de 3 organisaties met een respons van meer dan 20 respondenten zijn weggelaten en een waarbij alleen de resultaten zijn geanalyseerd van de respondenten die niet-uitvoerend werkzaam waren.

Om tot een agenda te komen van 10 nieuwe richtlijnen, is bepaald aan welke onderwerpen door 2 of meer respondentgroepen een grote behoefte aan een richtlijn bestond. Omdat leeftijdspecifieke onderwerpen door deze werkwijze minder kans zouden hebben om in de top 10 terecht te komen, is gecontroleerd of de top 3 van onderwerpen, aangegeven door de specifieke werkvelden (0-4 en 4-19), in de uiteindelijke lijst van 10 onderwerpen zijn opgenomen.

Kennisinventarisatie

Voor elk van de onderwerpen is een systematische search van de literatuur uitgevoerd naar: prevalentie, methoden voor preventie, signalering en interventie in de JGZ, en te behalen gezondheidswinst. Afhankelijk van de aanwezige evidence is geadviseerd een evidence-based (eventueel deels practice-based) richtlijn te ontwikkelen, dan wel een practice-based richtlijn op te stellen.

Prioriteren van richtlijnonderwerpen

Op basis van 7 criteria vond prioritering plaats van de 10 onderwerpen die uit de behoeftepeiling naar voren waren gekomen. De scores op deze criteria zijn na de kennisinventarisatie door consensus in de projectgroep tot stand gekomen. In overleg met de klankbordgroep, die voor dit project werd opgericht, en de wetenschappelijke commissie van het NCJ aangevuld met JGZ-professionals uit het veld, is besloten om de ernst van de aandoening en de te behalen gezondheidswinst als belangrijkste criteria te nemen bij het prioriteren. Vervolgens is rekening gehouden met de keuze van de JGZ-professionals in de behoeftepeiling, met name met de hoogte van de prioriteit die zij gaven aan een onderwerp waarvoor behoefte is aan een richtlijn. Ten derde is per onderwerp gekeken of wetenschappelijk onderzoek dat belangrijk is voor het ontwikkelen van de richtlijn, al afgerond is of wanneer onderzoeksresultaten verwacht worden. Deze strategie is gebruikt voor de prioritering van de nieuwe richtlijnen en de te herziene richtlijnen. Het resultaat van de prioritering is vervol-

Tabel 1. Aantallen respondenten naar functie* en groep ($n_{\text{totaal}} = 428$).

functie	per groep
CB-assistente 0-4	2
doktersassistente 4-19	17
(dokters)assistente 0-19	1
<i>totaal</i>	20
jeugdarts 0-4	69
jeugdarts 4-19	46
jeugdarts 0-19	20
<i>totaal</i>	135
jeugdverpleegkundige 0-4	109
jeugdverpleegkundige 4-19	48
jeugdverpleegkundige 0-19	13
verpleegkundig specialist preventie	3
<i>totaal</i>	173
bestuurslid/medew. beroepsver./koepel	5
manager	11
universitair onderzoeker/docent	5
staffunctie: arts	31
staffunctie: verpleegkundige	14
staffunctie: beleidsmedewerker	15
anders, namelijk	19
<i>totaal</i>	100

* Sommige respondenten hadden 2 of meer functies ingevuld.

gens weer getoetst bij de klankbordgroep en de wetenschappelijke commissie van het NCJ.

Resultaten

In totaal hebben 376 unieke respondenten de onlinevragenlijst ingevuld. De functie van de respondenten is weergegeven in tabel 1.

Respondenten konden bij meerdere organisaties werkzaam zijn (bijvoorbeeld als stafverpleegkundige en bestuurslid koepel) en binnen 1 organisatie in meerdere functies (bijvoorbeeld als stafarts en uitvoerend jeugdarts). In totaal vulden de 376 respondenten 428 functies in. De respondenten zijn ingedeeld in de volgende functiegroepen: 20 dokters- en consultatiebureauassistenten (respons 20/819 = 2,4%), 135 jeugdartsen (respons 135/1616 = 8,4%), 173 jeugdverpleegkundigen (respons 173/3070 = 5,6%) en een groep van 100 niet-uitvoerenden. Van de 100 niet-uitvoerenden waren 52 respondenten jeugdarts of -verpleegkundige; deze zijn voor de analyses zowel bij de desbetreffende beroepsgroep ingedeeld als bij de groep niet-uitvoerenden. De overige 48 niet-uitvoerenden waren bijvoorbeeld bestuurslid, manager, onderzoeker/docent en 'anders' (bijvoorbeeld lactatiekundige, pedagogisch adviseur, coördinator cursusbureau) en soms hadden zij meerdere functies.

Een indeling van de respondenten naar werkveld geeft de volgende resultaten: 183 respondenten waren werkzaam in de JGZ 0-4, 145 respondenten in de JGZ 4-19, en 48 respondenten elders (anders). De 34 respondenten die aangaven in JGZ 0-19 te werken, zijn ingedeeld in de groep JGZ 4-19.

Tabel 2 vermeldt het percentage van de (groepen) respondenten, ingedeeld naar functie en naar werkveld, dat behoefte heeft aan een richtlijn voor de genoemde onderwerpen. Per groep is de top 10 van richtlijnen gecursiveerd. De 10 onderwerpen waarvoor door 2 of meer respondentengroepen een grote behoefte aan een richtlijn is aangegeven, staan vermeld in tabel 3. De aanvullende analyses toonden de robuustheid van deze lijst met 10 onderwerpen.

Voor 3 onderwerpen is door 2 of meer respondentengroepen de behoefte aan een update aangegeven: kindermis-handeling, psychosociale problemen en gehoor (tabel 3). Hieraan zijn door de projectgroep 2 onderwerpen toegevoegd die in aanmerking komen voor herziening, omdat de richtlijn meer dan 5 jaar oud is: scoliose (2003) en hartafwijkingen (2005).

Als antwoord op de open vraag naar onderwerpen voor een richtlijn die men miste in de vragenlijst zijn met name de volgende onderwerpen genoemd: sociale media, zorg- en adviesteams, multidisciplinair team en decentralisatie (rol van de verpleegkundige en rol van de JGZ). In tabel 3 staan tevens enkele resultaten samengevat van de kennisinventarisatie en de prioritering van de 10 onderwerpen. De volledige kennisinventarisatie is opgenomen in het uitgebreide rapport.⁷

Discussie

In dit onderzoek is een peiling verricht onder JGZ-professionals en medewerkers van JGZ-gerelateerde beroeps- en brancheorganisaties naar de behoefte aan richtlijnen over specifieke onderwerpen uit het Basistakenpakket JGZ. In totaal vulden 376 respondenten de onlinevragenlijst in. De peiling resulteerde in 10 onderwerpen voor richtlijnontwikkeling en 3 onderwerpen voor een richtlijn-update. Na kennisinventarisatie en prioritering zijn de onderwerpen voor een nieuwe richtlijn: depressie, angst (inclusief faalangst), inschatten draaglast/draagkracht, ouder-kindrelatie, spraak-taalontwikkeling, motorische ontwikkeling, slapen, heupdysplasie, extremeiten en ondergewicht; reserveonderwerp is grote lengte. Geadviseerd wordt om richtlijnen over onderwerpen die een groot raakvlak hebben, zoals 'angst en depressie' en 'spraak-taalontwikkeling en motorische ontwikkeling' gelijktijdig te ontwikkelen. Voor 2 onderwerpen (draagkracht/draaglast en ouder-kindrelatie) wordt in verband met het beperkte wetenschappelijke bewijs geadviseerd om in plaats van een evidence-based richtlijn een practice-based richtlijn te ontwikkelen. Het Van Wiechenonderzoek kan in de richtlijnen 'spraak-taalontwikkeling en motorische ontwikkeling' ingebed

worden. Voor kindermishandeling, psychosociale problemen en gehoorproblemen is behoefte aan een herziening van de bestaande richtlijn. Door de projectgroep zijn hieraan de onderwerpen scoliose en hartafwijkingen toegevoegd, omdat deze richtlijnen inmiddels meer dan 5 jaar oud zijn.

De peiling vormt vanwege de omvang (376 unieke respondenten), de substantiële deelname van de 3 groepen uitvoerende JGZ-professionals en de spreiding van de respondenten over de organisaties in het land een sterke basis om tot onderwerpen en prioritering in de tijd voor de richtlijnontwikkelagenda te komen. Het prioriteren in de tijd van de onderwerpen is zo zorgvuldig en transparant mogelijk gedaan, met raadpleging van diverse deskundigen. Desondanks bleef het prioriteren een lastig proces, waarin enige subjectiviteit niet kan worden uitgesloten. Hierdoor zullen voor sommige lezers onderwerpen ontbreken. We nodigen lezers uit dit aan ons te laten weten én aan ZonMw. JGZ-richtlijnen worden vóór en door de JGZ ontwikkeld en het aandragen van onderwerpen kan een continu proces zijn dat zich niet hoeft te beperken tot de onderhavige behoeftepeiling.

Met de Programmeringstudie 2012 deel II is een belangrijke stap gezet in de onderbouwing van het ZonMw-programma 'Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018'. Met de resultaten van de studie kunnen nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld en kan worden gewerkt aan de verdere professionalisering van de JGZ.

Dankbetuiging

De klankbordgroep: M. Beckers, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht; W. Brink, Verplegenden & Verzorgenden Nederland, Utrecht; E. Driessen-Stensen, Nederlandse Vereniging voor Dokters Assistenten, Utrecht; K. Flipsen, Artsen Jeugdgezondheid Nederland, Utrecht; F. van Leerdam, Inspectie Gezondheidszorg, Utrecht; S. Neppelenbroek, GGD Nederland, Utrecht; T. Peters-Volleberg, GGD, Utrecht; I. Steinbuch, Actiz, Utrecht; waarnemend lid V. Verschoor, ZonMw, Den Haag worden allen hartelijk bedankt voor hun inzet bij het tot stand komen van het rapport.

Dit rapport kwam tot stand met subsidie van ZonMw (80-82460-98-610).

Tabel 2. Percentage van (groepen) respondenten.

onderwerp	dokters- assistenten <i>n</i> = 20	jeugd- artsen <i>n</i> = 135	jeugd- verpleeg- kundigen <i>n</i> = 173	uitvoerend 0-4 <i>n</i> = 183	uitvoerend 4-19 <i>n</i> = 145	niet- uitvoerend <i>n</i> = 48 [#]
angst	71	52	55	46	67	40
congenitale hartafwijkingen (update)	6	44	35	48	24	26
depressie	35	54	50	44	59	40
extremiteiten	44	77	48	61	59	23
faalangst	71	40	42	33	56	24
gehoorproblemen (update)	72	62	40	47	57	40
grote lengte	61	61	37	41	59	27
heupdysplasie	6	57	37	57	26	44
houding: inclusief scoliose, kyfose (update)	30	58	37	39	53	15
inschatten draaglast/draagkracht/zorgbehoefte	53	47	63	58	52	55
kindermishandeling en huiselijk geweld (update)	65	40	46	46	42	43
motorische ontwikkeling	59	64	44	56	49	28
ondergewicht	78	56	63	60	62	29
ouder-kindrelatie/hechting	59	48	56	55	50	65
psychosociale problemen (update)	35	47	54	47	55	56
slapen en slaappgedrag	71	51	61	58	57	41
spraak-taalontwikkeling	35	64	56	67	47	62

De groep niet-uitvoerenden die niet tevens als jeugdarts of jeugdverpleegkundige werkzaam was. De groepen zijn ingedeeld naar functie en naar werkveld dat behoefte heeft aan een richtlijn voor de onderwerpen genoemd in het Basistakenpakket. Per groep respondenten zijn de 10 hoogst scorende onderwerpen gecursiveerd. In verband met de beschikbare ruimte zijn in deze tabel alleen de onderwerpen weergegeven die in een van de respondentgroepen in de top 10 vielen.

Tabel 3. Prioritering van onderwerpen voor nieuwe en te herziene richtlijnen.

prioritering	onderwerp richtlijnen	ernst aandoening	te behalen gezondheidswinst	hoge prioriteit behoeftepeiling (%)	incidentie of prevalentie	wetenschappelijke evidentie /variatie in aanpak	resultaten onderzoek verwacht
<i>nieuwe richtlijnen</i>							
1	depressie	+++	+++	64%	< 13 jr: 2,8% 13-18 jr: 5,6% < 20 jr: 20-25%	++ / ++	doorgaand onderzoek
2	angst	+++	++	59%	10-20%	++ / ++	2012
	(inclusief faalangst	+	+	51%	12-14 jr: 10-13%	++ / +	Project PASTA (RUG) (2013)
3	inschatten draaglast/draagkracht	++	++	78%	onbekend	+ / ++	geen; nader onderzoek naar de signalering van draaglast-draagkracht wordt aanbevolen
4	ouder-kindrelatie	++	++	76%	onbekend	+ / +	geen
5	spraak-taalontwikkeling	++	++	77%	3-4 jr: 5%	+ / ++	2012
6	motorische ontwikkeling	++	++	67%	5-10% (DCD)	++ / +	Nederlandse normen voor de Bayley-III (2013); SPACE BOB (2014)
7	slapen en slaapgedrag	+	+++	70%	2-24 jr: 25% adolescenten: 7-36%	++ / ++	-
8	heupdysplasie	++	luxatie: +++ anders ^a : ++	59%	alle DHO: 3-4% heupluxatie: 0,1-0,2%	++ / +	resultaten van een RCT naar behandeling stabiele dysplasie komen in 2014 beschikbaar (UMCU)

9	extremiteten	++	++	64%	knieklachten: 11:1000/jaar stugge platvoet: 15%	++ / ++	onderzoek naar effectiviteit van niet-chirurgische behandeling van platvoeten is wenselijk
10	ondergewicht	++	++	62%	?	++ / ++	geen
reserve	grote lengte	+	+	44%	2%	++ / +	geen
<i>te herziene richtlijnen</i>							
1	kindermishandeling	+++	+++	64%	jaarprevalentie 3,4%	++ / ++	doorgaand onderzoek
2	psychosociale problemen	+++	++	64%	4-28%	++ / ++	2014?
3	scoliose	+++	++	50%	10°: 2-3% 20°: 0,3-0,5%	++ / +++	Scoliosis Research Society werkgroep, eind 2012 / begin 2013
4	gehoorproblemen	++	neonataal: n.v.t. jongeren: ++	46%	1-1,5:1.000 kinderen > 40 dB gehoorverlies 12-18 jr: 15%	neonataal: +++ / + jongeren: ++ / +	lawaaislechthorendheid bij jongeren: vroege detectie, gedragsdeterminanten en langetermijneffecten, 2015 voor de kleutergehoorscreening is eerst onderzoek wenselijk: is het wel effectief/ kan het effectiever?
5	hartafwijkingen ^b	+++	neonataal: +++ jongeren: ++	38%	7:1.000	+++ / +	zuurstofsaturatie meten?

a. andere vormen van heupdysplasie b. Op grond van de gestelde criteria zou de update van de richtlijn over hartafwijkingen vóór die van gehoor geplaatst moeten worden. De richtlijn over gehoor is echter meer verouderd dan die over hartafwijkingen; tevens is er in het veld meer behoefte aan een update van de richtlijn over het gehoor. jr = jaar; DCD = *developmental coordination disorder*; DHO = dysplastische heupontwikkeling; n.v.t. = niet van toepassing.

Literatuur

1. <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/jeugd-richtlijnen-jeugdgezondheid/algemeen/>. Geraadpleegd op 7-2-2013.
2. http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Rapport_JGZ_ZonMw_definitief.pdf. Geraadpleegd op 7-2-2013.
3. Dijkstra NS, Wijngaarden JCM van, Vries J de, Lim-Feijen JF, Raat H, Juttman RE, Leerdam FJM van, Hirasig RA. Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg deel 1: eindrapport; GGD Nederland, LCOKZ, TNO-PG, iMGZ Erasmus universiteit; Utrecht, 2001.
4. Raat H, Juttman RE, Leerdam FJM van, Hirasig RA. Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg deel 2: Verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het Basispakket JGZ. Utrecht, Bunnik, Rotterdam, Leiden: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit, TNO Preventie en Gezondheid; 2001.
5. Dijkstra NS, Wijngaarden JCM van, Vries J de, Lim-Feijen JF. Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg deel 3: behoefte onderzoek; GGD Nederland, LCOKZ; Utrecht, 2001.
6. Neppelenbroek SE, Wijngaarden JCM van, Lim-Feijen JF, Leerdam FJM van, Raat H, HiraSing RA. Update Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. GGD Nederland; Utrecht, 2005.
7. Kist-van Holthe JE, Hafkamp-de Groen H, Boere-Boonekamp MM, Kamphuis M, Fleuren MAH, Raat H, HiraSing RA. Programmeringstudie Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2012. <http://www.zonmw.nl>.

F. Dronkers

Richtlijnen jeugdzorg: aanbevelingen voor de jeugdzorgprofessional

Net als in zoveel maatschappelijke organisaties is ook binnen de jeugdzorg een kanteling zichtbaar van *de structuur in the lead* naar *de professional in the lead*. Dit leidt tot een grotere autonome ruimte voor die professional, die immers voor de continuïteit van de zorg en de samenwerking kunnen zorgen. Onderdeel van de professionaliseringsslag is de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen voor de jeugdzorg. Deze richtlijnen hebben een eigen perspectief en als er al richtlijnen bestaan met hetzelfde onderwerp, zullen zij daar op aansluiten en complementaire kennis bevatten. Vóór april 2015 zullen 13, mogelijk 14 richtlijnen het licht zien. Veel is nieuw en anders: ook dat van alle richtlijnen een cliëntversie ontwikkeld wordt.

De context: professionalisering van de jeugdzorg

Het zal weinigen zijn ontgaan dat structuren, controle en beheersing in de afgelopen jaren te veel het beeld hebben bepaald van de jeugdzorg. In de jeugdzorg wordt nu een begin van een kanteling gezien, overigens net als in veel maatschappelijke organisaties en ondernemingen, waarbij niet de structuren maar de professional en de professionele afwegingen centraal komen te staan. Dat is een hoopgevende ontwikkeling, want het werkt deregulerend, het versterkt de beroepstrots en de focus komt weer op de kerntaken van de jeugdzorg te liggen. Bovendien, in het licht van de overgang van de jeugdzorg naar gemeenten zijn het niet de structuren, maar als het er echt op aankomt, de professionals die voor de continui-

teit van de zorg en de samenwerking kunnen zorgen. Door de kanteling van de jeugdzorg van *structuur in the lead* naar *professional in the lead*, ontstaat er een grotere autonome ruimte voor die professional. Maar alleen een autonome ruimte die verstandig wordt ingevuld, met kennis (o.a. richtlijnen) en waarden (beroepscode), leidt tot betere zorg. Dan kan een professional in die ruimte de juiste afwegingen maken en tot goede besluitvorming komen. Zonder dat is het een lege huls. Dit indachtig, zullen alle medewerkers in de jeugdzorg vanaf 2014 opgenomen worden in een beroepsregister, en zich dus moeten kwalificeren en periodiek herkwalificeren. Dit zal met een AMVB in de *Wet op de Jeugdzorg* geregeld worden en het zal een ongekende impact op het jeugdzorgveld hebben.